



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
&  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΓΓΙΚΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ»

## ΘΕΜΑ

***Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών ως δείκτης ποιότητας παροχής υπηρεσιών στον τομέα της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής***

***The measurement of patient satisfaction as an indicator of the quality of services provided in the field of Medical Assisted Reproduction***

Όνομα μεταπτυχιακής φοιτήτριας : ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Ιδιότητα :ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

A.M. :2018034

### **Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

1. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ : ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ Επιβλέπουσα
2. ΚΛΑΙΡΗ ΓΟΥΡΟΥΝΤΗ: ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
3. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΓΑΙΤΑΝΟΥ: Τομεάρχης Ειδικών Μονάδων NNA-Συντονίστρια ΜΙΥΑ/NNA  
MMPH, MSc, PhD

Αθήνα, 2021

*Στην λατρευτή μου οικογένεια*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της Διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να απευθύνω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Αικατερίνη Λυκερίδου, Καθηγήτρια Μαιευτικής του τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για την επιστημονική καθοδήγησή και την αρωγή που μου παρείχε σε όλο το διάστημα εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω επίσης την κυρία Κλαίρη Γουρουντή μέλος της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής μου, για τη βοήθεια και καθοδήγηση.

Στο σημείο αυτό, αισθάνομαι την ανάγκη να επισημάνω την καθοδήγηση που είχα και τις ανεκτίμητες συμβουλές από την συνάδελφο και φίλη κ. Κωνσταντίνα Γαϊτάνου την οποία θαυμάζω και αποτελεί έμπνευση για μένα.

Εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους ασθενείς της Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στην οποία εργάζομαι που χωρίς τη συμμετοχή τους, δεν θα ήταν εφικτή η διενέργεια αυτής της μελέτης.

Επιπλέον να ευχαριστήσω το σύζυγό μου για την ηθική συμπαράσταση και τα παιδιά μου για τη στήριξη και υπομονή τους, σε όλο το διάστημα εκπόνησης του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ευχαριστώ το Θεό που με βοήθησε σε όλη αυτή την πορεία προς τη γνώση και με βοηθά καθημερινά στην προσωπική και επαγγελματική ζωή μου.

Τέλος, οφείλω ευχαριστίες στους καθηγητές του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος για τη συμβολή τους στις γνώσεις και το ενδιαφέρον που απέκτησα για το αντικείμενο της «Γυναικείας Αναπαραγωγής» το οποίο είναι και το αντικείμενο της επαγγελματικής μου εργασίας.

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών και η συσχέτισή της με την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα πολύ έντονα την τελευταία δεκαετία και αυτό αντανακλάται στο μεγάλο αριθμό ερευνών που έχει διενεργηθεί σε αυτό το πεδίο.

Στις μέρες μας σημειώνεται μια προτίμηση στη χρήση του όρου «Ικανοποίηση Ασθενούς» η οποία αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα για τους διοικητές υγειονομικής περίθαλψης και για τους φορείς χάραξης πολιτικής.

Όπως περιγράφει ο Τούντας, οι ασθενείς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των νοσοκομείων και είναι περισσότερο πληροφορημένοι και απαιτητικοί από ότι παλαιότερα (Τούντας, 2008). Συνεπώς, είναι επιτακτική ανάγκη τα νοσοκομεία να διερευνούν τη γνώμη και τις επιθυμίες των ασθενών με έρευνες ικανοποίησης από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σε τακτικό επίπεδο.

Στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και πιο συγκεκριμένα στη Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών που διενεργείται η έρευνα, η παραπάνω ανάγκη είναι υποχρεωτική. Η πιστοποίηση της Μονάδας, που πραγματοποιείται με βάση το πρότυπο EN 15224 περιλαμβάνει τη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών ως πολιτική επικοινωνίας με τους ασθενείς καθώς επίσης και διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων και παραπόνων που προκύπτουν.

Η αξιοποίηση των πληροφοριών που αντλούνται από τη διενέργεια μιας έρευνας ικανοποίησης μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη συνεχή ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

**Εισαγωγή:** Το κλειδί για την κατανόηση της συνολικής ποιότητας της περίθαλψης σε οποιοδήποτε υγειονομικό σύστημα είναι τα θετικά σχόλια των ασθενών καθώς και η κριτική τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών σε Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και η απόδειξη εκ των αποτελεσμάτων της μελέτης πως η αυξημένη βαθμολογία της ικανοποίησης αποτελεί δείκτη ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη σε δημόσιο στρατιωτικό νοσοκομείο σε μονάδα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής της Αττικής. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη ήταν η συμπλήρωση ερωτηματολογίου ικανοποίησης, με κλειστές απαντήσεις με τη μορφή της πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και το βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα παροχής υπηρεσιών 7 διαστάσεων φροντίδας από την αναφερόμενη μονάδα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 184 ασθενείς (γυναίκες και άντρες) που είναι δικαιούχοι των στρατιωτικών νοσοκομείων από τον Απρίλιο του '19 έως τον Ιανουάριο του '20. Το ερωτηματολόγιο είναι του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες ικανοποίησης. Η εσωτερική συνοχή και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου είναι εμφανής καθώς ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$  κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα άνω του αποδεκτού ορίου.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στη Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δημόσιου στρατιωτικού νοσοκομείου του Ν. Αττικής, κυμαίνεται σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, ως προς τις 7 διαστάσεις φροντίδας που ελέγχθηκαν παρατηρήθηκε ποσοστό ικανοποίησης από 92.3% έως 98.9% στη Γενική Εξυπηρέτηση, από 90.1% έως 93.4% ως προς το Διοικητικό Προσωπικό, από 94.5% μέχρι 98.4% ως προς τη Μαιευτική/Νοσηλευτική φροντίδα, από 60.1 έως 87.6% ως προς την Ταχύτητα Εξυπηρέτησης, 96.7 % έως 97.3% ως προς τις Κλινικές και Εργαστηριακές Εξετάσεις, 94.0% έως 98.9% ως προς τις εντυπώσεις από την Ιατρική φροντίδα και 71.7% έως 98.4% ως προς την Υποδοχή

– Περιβάλλον. Η καλύτερη βαθμολογία εντοπίστηκε στις διαστάσεις ‘Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας’ και ‘Συμπεριφορά των ιατρών’ ενώ η πιο χαμηλή βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ‘Τήρηση προγραμματισμένης ώρας ραντεβού’ και στο ‘Χρόνο αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό’. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το επίπεδο μόρφωσης επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών και μάλιστα αντίστροφα.

**Συμπεράσματα:** Η μέτρηση ικανοποίησης ασθενών όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται σαν μια σημαντική διάσταση της ποιότητας ιδιαίτερα στη θεραπεία για υπογονιμότητα. Η ικανοποίηση ασθενών δεν θα πρέπει να αποτελεί μόνο μέτρο ελέγχου της ποιότητας αλλά βασικό σκοπό της διοίκησης κάθε Νοσηλευτικού Οργανισμού καθώς είναι χρήσιμος δείκτης ποιότητας για τους διευθυντές, το διοικητικό συμβούλιο και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων των υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση δυσαρέσκειας των ασθενών στην ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου σε κάποιους τομείς, βοηθά την ομάδα ποιότητας να θέσει διορθωτικές ενέργειες προς αποφυγή παρόμοιων καταστάσεων στο μέλλον.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

**Introduction:** The key to understanding the overall quality of care in any healthcare system is the positive feedback from patients as well as their criticism.

**Aim:** The purpose of the present study was to investigate the measurement of patient satisfaction in a Medically Assisted Reproduction Unit and to prove from the results of the study that the increased satisfaction score is an indicator of the quality of service.

**Methods:** The search was conducted at a public military hospital in a medically assisted reproduction unit of Attika. The method used for the study was the completion of a satisfaction questionnaire, with closed answers in the form of a five-point Likert scale. The questions concerned the demographic and social data of the participants as well as the degree of satisfaction with the quality of 7-dimensional care services provided by the mentioned unit. The research sample consisted of 184 patients (women and men) who are beneficiaries of military hospitals from April '19 to January '20. The questionnaire is from the Ministry of Health and Social Solidarity and has been used in other satisfaction surveys as well. The internal consistency and reliability of the questionnaire is evident as Cronbach's a reliability coefficient is high above the acceptable level.

**Results:** The results of the research showed that the patients' satisfaction with the health care services provided in the Medical Assisted Reproduction Unit in a public military hospital of the prefecture of Attica, is at extremely high levels. Specifically, for the 7 dimensions of care that were checked, there was a satisfaction rate from 92.3% to 98.9% in General Service, from 90.1% to 93.4% in terms of Administrative Staff, from 94.5% to 98.4% in terms of Obstetrics / Nursing care, from 60.1 to 87.6% in terms of Service Speed, 96.7% to 97.3% in terms of Clinical and Laboratory Examinations, 94.0% to 98.9% in terms of impressions from Medical care and 71.7% to 98.4% in terms of Reception - Environment. The best score was found in the dimensions 'Respect for human dignity' and 'Behavior of doctors' while the lowest score was observed in 'Keeping a scheduled appointment time' and 'Waiting time until the visit to the doctor'. From the demographic characteristics, the level of education affects inversely the patient's satisfaction.

**Conclusions:** Measuring patient satisfaction is increasingly recognized as an important dimension of quality especially in infertility treatment. Patient satisfaction should not only be a quality control measure but a key goal of the management of any Nursing Organization as it is a useful quality indicator for the directors, the board of directors and those involved in the decision making of the health services. Finding patients' dissatisfaction with the analysis of the questionnaire results in some areas helps the quality team to take corrective action to avoid similar situations in the future.



## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Ευχαριστίες.....	3
Πρόλογος.....	4
Περίληψη στα Ελληνικά.....	5
Περίληψη στα Αγγλικά.....	7

### Γενικό Μέρος-Θεωρητικό Υπόβαθρο και Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελέτης

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ποιότητα.....</u>	<u>12</u>
1.1 Συνοπτική Ιστορία της Ποιότητας στο χώρο της Βιομηχανίας.....	12
1.2 Οι «γκουρού» της ποιότητας.....	13
1.3 Συνοπτική Ιστορία της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας.....	16
1.4 Ορισμός της ποιότητας.....	18
1.5 Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	19
1.6 Η διασφάλιση της Ποιότητας ( Quality Assurance).....	21
1.7 Διαρκής βελτίωση ποιότητας (Quality improvement).....	22
1.8 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας-ΔΟΠ (Total Quality Management-TQM).....	23
1.9 Τυποποίηση – ISO και Πρότυπα για τις Υπηρεσίες υγείας.....	24
1.10 Αξιολόγηση και Μέτρηση της Ποιότητας.....	26
1.11 Μοντέλα μέτρησης ποιότητας.....	28
1.12 Το κόστος της ποιότητας.....	29
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ικανοποίηση Ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.....</u>	<u>31</u>
2.1 Σύντομη ιστορία Ικανοποίησης.....	31
2.2 Ορισμός Ικανοποίησης.....	32
2.3 Αναγκαιότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών.....	33
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	35
2.5 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης.....	40
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.Υπογονιμότητα/Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.....</u>	<u>43</u>
3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία και ορισμός της Υπογονιμότητας.....	43
3.2 Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή .....	44
3.3 Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΜΙΥΑ).....	44
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελέτης.....</u>	<u>47</u>

4.1. Ποιότητα και Τομέας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	47
4.2. Ποιότητα και Ικανοποίηση ασθενών στον Τομέα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	48
4.3 Σκοπός-Ερευνητικά Ερωτήματα.....	49

Ειδικό Μέρος – Μεθοδολογία, Αποτελέσματα και Συζήτηση

<u>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</u>	<u>52</u>
1. Δείγμα και διάρκεια έρευνας.....	52
2. Χώρος διεξαγωγής έρευνας.....	52
3. Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	53
4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	54
5. Ηθική και δεοντολογία της έρευνας.....	54
6. Στατιστική ανάλυση δεδομένων .....	54
<u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</u>	<u>56</u>
<u>ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</u>	<u>87</u>
1. Συζήτηση.....	88
2. Περιορισμοί της μελέτης.....	90
3. Συμπεράσματα.....	91
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	<u>92</u>
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΕΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....</u>	<u>100</u>
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....</u>	<u>102</u>

## Γενικό Μέρος

### Θεωρητικό Υπόβαθρο και Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελέτης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Ποιότητα

«Το μυστικό της χαράς στη δουλειά περιέχεται σε μια λέξη: ποιότητα. Το να ξέρεις να κάνεις κάτι καλά σημαίνει να το απολαμβάνεις.»

Περλ Μπακ, 1892-1973, Αμερικανίδα συγγραφέας, Νόμπελ 1938

### 1.1 Συνοπτική Ιστορία της Ποιότητας στο χώρο της Βιομηχανίας

«Ποιότητα σημαίνει να το κάνεις σωστά, όταν κανένας δεν κοιτάζει.»

Henry Ford, 1863-1947 Αμερικανός βιομήχανος

Η αρχική προσέγγιση στην ποιότητα ήταν ο ποιοτικός έλεγχος που εφαρμόστηκε κυρίως στη βιομηχανία. Ο ποιοτικός έλεγχος είχε κατασταλτικό και όχι προληπτικό χαρακτήρα και αφορούσε τον έλεγχο του αποτελέσματος μιας διαδικασίας, χωρίς να εξασφαλίζει ότι το λάθος δεν θα επαναληφθεί (Χατζηπουλίδης, 2003).

Ιστορικά η επιστημονική προσέγγιση της ποιότητας έχει τις ρίζες της στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα με τη δημιουργία των πρώτων εργαστηρίων για πρότυπα στη Μεγάλη Βρετανία και τις τεχνικές ελέγχου στην αυτοκινητοβιομηχανία Ford στις ΗΠΑ. Στην ίδια περίπου εποχή το 1920, ιδρύεται τμήμα ποιότητας στην εταιρεία AT & T Bell, όταν ο W. Shewart εισάγει για πρώτη φορά τις τεχνικές στατιστικού ελέγχου των διεργασιών. Ωστόσο, η επιστημονική διερεύνηση της ποιότητας φαίνεται ότι ξεκινά στη δεκαετία του 1950 με την ανάπτυξη ενός συνόλου ενεργειών και τεχνικών που έχουν ως στόχο την εξέταση σε ενδιάμεσα στάδια μετρήσιμων χαρακτηριστικών των προϊόντων, δηλαδή τον έλεγχο της ποιότητας και τα «διορθωτικά» μοντέλα ποιότητας.

Αρχικά, δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στους χώρους της αεροπλοΐας και των πυρηνικών εγκαταστάσεων για την ανάπτυξη των προτύπων ποιότητας της πολεμικής βιομηχανίας (Military Standards) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Παρότι δηλαδή η έννοια της ποιότητας αρχικά συνδέθηκε με την ανάπτυξη του ποιοτικού σχεδιασμού, του ελέγχου και της βελτίωσης, αργότερα επεκτάθηκε και στις υπηρεσίες και ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την ακαταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη (Κωσταγιόλας et al., 2008).

Κεντρικό ρόλο για τον ποιοτικό έλεγχο της γραμμής παραγωγής στις αρχές του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, διαδραμάτισαν οι Edwards W. Deming και Joseph M. Juran, θεμελιωτές και οι δύο της ποιότητας στη βιομηχανία. Ο πρώτος, Αμερικανός

στατιστικός κλήθηκε στην Ιαπωνία μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο να βοηθήσει στην αλλαγή και ουσιαστική εξέλιξη των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών. Οι προτάσεις του Deming συνοψίζονται σε 14 κρίσιμα σημεία μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν, η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση της διοίκησης με βάση τους τιθέμενους στόχους. Ο δεύτερος, Ρουμάνος, που το μεγαλύτερο έργο του το πραγματοποίησε στην Ιαπωνία, την ίδια περίπου περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης (Palaskas, 2005).

Μετά τον πόλεμο, τα ηνία πήρε ο Kaoru Ishikawa, Ιάπωνας ερευνητής του Πανεπιστημίου του Τόκιο ο οποίος εισήγαγε επτά εργαλεία για το σχεδιασμό και τη διαχείριση της ποιότητας, που χρησιμοποιούνται έως σήμερα. Τα ιαπωνικά προϊόντα έγιναν τόσο ανταγωνιστικά σε τιμή και ποιότητα ώστε έως τα τέλη του 1970 εκτόπισαν μεγάλους τομείς της Αμερικανικής βιομηχανίας όπως των ηλεκτρονικών και των αυτοκινήτων (Α.Παπακωστίδη Ν.Γσουκαλάς, 2012).

## 1.2 Οι «γκουρού» της ποιότητας

Στη βιβλιογραφία, μπορούν να εντοπιστούν και να αναφερθούν μερικές από τις πιο σημαντικές απόψεις για την ποιότητα και τη διαχείριση της ποιότητας, των οποίων οι κύριοι ιδρυτές ήταν: Deming, Juran, Crosby και οι Ιάπωνες Ishikawa και Taguchi.

### 1.2.1. W.E. Deming

Ο Δρ William Edwards Deming (1900-1993) έχει αναγνωριστεί διεθνώς ως υπεύθυνος για την «επανάσταση» στην Ιαπωνική βιομηχανία (αύξηση του επιπέδου ποιότητας και παραγωγικότητας) στη δεκαετία του 1950. Θεωρείται ο πατέρας της ολικής ποιότητας, προσφέροντας καινοτόμα συστήματα μέτρησης. Στόχος του ήταν να ικανοποιήσει τον πελάτη όσο το δυνατόν περισσότερο, προσφέροντας προϊόντα όσο το δυνατόν φθηνότερα. Στη θεωρία του συμπεριλαμβάνεται η δέσμευση στην ποιότητα και η προσεκτική άντληση πληροφοριών σχετιζόμενων με τις ανάγκες των πελατών (Huber, 2017).

Η προσέγγιση του Deming το 1986 για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού συνοψίζεται σε 14 σημεία τα οποία εφόσον εφαρμοστούν οδηγούν στη

Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) και έχουν καθολική εφαρμογή είτε πρόκειται για τον τομέα των υπηρεσιών, είτε πρόκειται για επιχειρήσεις (Alauddin & Yamada, 2019).

Η θεωρία του Deming για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας, είναι γνωστή και ως ο κύκλος του Deming (Deming Circle), ο οποίος είναι επίσης γνωστός και ως PDCA (Plan-Do-Check-Act).

Plan-Σχεδιάζω: Ο προσδιορισμός των στόχων και των διαδικασιών ώστε να προκύψουν αποτελέσματα σύμφωνα με τις αναμενόμενες αποδόσεις.

Do-Πραγματοποιώ: Εφαρμογή των νέων διαδικασιών.

Check-Ελέγχω: Μέτρηση των νέων διαδικασιών και σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αναμενόμενα αποτελέσματα ώστε να εξακριβωθούν τυχόν αποκλίσεις.

Act-Δρω: Ανάλυση των αποκλίσεων ώστε να προσδιοριστεί η αιτία τους και να προκύψει διορθωτική παρέμβαση.

Ο Deming το 1993 αναθεώρησε τον κύκλο ποιότητας αντικαθιστώντας το Check-Ελέγχω με το Study-Μελετώ, διαμορφώνοντας το PDSA (Plan-Do-Study-Act) (Anderson et al., 1994).

### 1.2.2. J.M. Juran

Ο Joseph Moses Juran (1904 - 2008) ήταν σύμβουλος διαχείρισης του 20ου αιώνα, ο οποίος είναι κυρίως γνωστός για την ενασχόλησή του με την ποιότητα και τη διαχείριση της ποιότητας. Ο Juran γεννήθηκε στη Ρουμανία, αλλά μεγάλο μέρος του έργου του το επιτελέστηκε στην Ιαπωνία. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα ως προς τη διαχείριση της ποιότητας, καθώς επίσης στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση διευθυντικών στελεχών.

Η εστίαση του επικεντρώθηκε στην από πάνω προς τα κάτω διοίκηση (top – down management) και σε τεχνικές μεθόδους με ιδιαίτερη προσοχή στις μετρήσεις, σε αντίθεση με τον Deming που εστίασε στην ικανοποίηση και υπερηφάνεια των εργαζομένων.

Είναι γνωστός διεθνώς για την τριλογία του Juran (The Juran Trilogy) η οποία αναφέρεται σε τρεις διαδικασίες με τις οποίες η διοίκηση διατηρεί και βελτιώνει την ποιότητα και είναι οι εξής:

1η Σχεδιασμός Ποιότητας (Quality Planning)

2η Έλεγχος ποιότητας (Quality Control)

### 3η Βελτίωση Ποιότητας (Quality Improvement)

(Κωσταγιόλας et al., 2008)

#### 1.2.3. P. B. Crosby

Ο Philip Bayard Crosby (1926-2001) ασχολήθηκε με τα συστήματα βελτίωσης ποιότητας και την αναγκαιότητα του στατιστικού ποιοτικού ελέγχου. Η φιλοσοφία του βασίζεται στην πεποίθηση ότι τα προβλήματα στην επιχείρηση προέρχονται από κακή διαχείριση και όχι από κακούς εργάτες. Οι εργασίες του αναγνωρίζονται διεθνώς από φράσεις τις οποίες εισήγαγε ο ίδιος προσπαθώντας να συνοψίσει τη φιλοσοφία του: «Quality is free», «Right first time» και «Zero defects» (Androniceanu, 2017).

Ο Crosby καθιέρωσε πρόγραμμα 14 σημείων για τη βελτίωση της ποιότητας καθώς επίσης εισήγαγε 4 Απόλυτες Θέσεις, όπως περιγράφονται παρακάτω:

1η Απόλυτη Θέση: Ποιότητα είναι η συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις του πελάτη.

2η Απόλυτη Θέση: Η ποιότητα επιτυγχάνεται με την πρόληψη μη συμμορφώσεων και όχι με τον έλεγχο και την επιθεώρηση μετά την παραγωγή.

3η Απόλυτη Θέση: Ο σκοπός και το πρότυπο για την επίτευξη της ποιότητας θα πρέπει να είναι η μηδενική ανοχή στις μη συμμορφώσεις και όχι κάποιο επίπεδο αποδεκτής ποιότητας.

4η Απόλυτη Θέση: Η μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να γίνεται με βάση το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι σε δείκτες. (Δερβιτσιώτης, 2001)

#### 1.2.4. K. Ishikawa

Ο Kaoru Ishikawa (1915-1989) ήταν Ιάπωνας καθηγητής στη σχολή μηχανικών στο πανεπιστήμιο του Τόκιο, γνωστός για τις καινοτομίες του στη διαχείριση ποιότητας και για την απλούστευση των μεθόδων ελέγχου ποιότητας χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία. Είναι γνωστός επίσης, για την ανάπτυξη των κύκλων ποιότητας στην Ιαπωνία, για την εισαγωγή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εργαζομένων καθώς και την ανάπτυξη των διαγραμμάτων «αιτίου-αποτελέσματος» ή «ψαροκόκκαλου» (fishbone) (Liliana, 2016).

### 1.2.5. G. Taguchi

Ο Genichi Taguchi (1924 - 2012) Ιάπωνας μηχανικός και στατιστικός διακρίθηκε για την ανάπτυξη μεθόδου βελτίωσης της ποιότητας των προϊόντων. Έδωσε έμφαση στην ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του κόστους. Εστίασε σε ένα είδος ελέγχου ο οποίος προηγείται της παραγωγικής διαδικασίας και εφαρμόζεται στη φάση του σχεδιασμού προϊόντων και διαδικασιών.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι ο Taguchi όρισε την ποιότητα στο πλαίσιο ελαχιστοποίησης των απωλειών, από τη στιγμή χρήσης του προϊόντος. Για αυτόν ήταν σημαντικό να παρατηρείται η διαδικασία παραγωγής ενός προϊόντος στο σύνολό του: από το σχεδιασμό του έως ότου φτάσει στα χέρια ενός πελάτη.

Επιπρόσθετα, μέσα από αυτό που ονομάζεται η λειτουργία απώλειας (loss function), ο Taguchi ήταν σε θέση να αναλύσει την ποιότητα κάθε προϊόντος με βάση την απώλεια που θα δημιουργούσε στην κοινωνία κατά τη διάρκεια της ωφέλιμης ζωής του (Roy, 2010).

## 1.3 Συνοπτική Ιστορία της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας

«Ultimately, the secret of quality is love. You have to love your patient, you have to love your profession, you have to love your God. If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system.» Τελικά, το μυστικό της ποιότητας είναι η αγάπη. Πρέπει να αγαπάς τον ασθενή σου, πρέπει να αγαπάς το επάγγελμά σου, πρέπει να αγαπάς τον Θεό σου. Εάν έχεις αγάπη, μπορείς στη συνέχεια να εργαστείς για την παρακολούθηση και τη βελτίωση του συστήματος. Avedis Donabedian (Best & Neuhauser, 2004)

Η ποιότητα στον τομέα υγείας, συμβαδίζει χρονικά με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Οι πρώτες αποδείξεις ιατρικής αντιμετώπισης αποτυπώνονται στον «πάπυρο Smith» περίπου το 2.600 π.Χ.. Ο Πάπυρος Έντγουιν Σμιθ είναι αρχαίο αιγυπτιακό ιατρικό κείμενο-εγχειρίδιο, που φέρει το όνομα του αιγυπτιολόγου ιδιώτη που το αγόρασε το 1862, του Έντγουιν Σμιθ. Πρόκειται για την αρχαιότερη γνωστή χειρουργική πραγματεία για το τραύμα (Veiga, 2009).

Από την αρχαιότητα η ποιότητα αποτελεί μια ανθρώπινη αναζήτηση και είναι συνώνυμη με τη συνεχή βελτίωση και το «αιέν αριστεύειν» της Αρχαίας Ελληνικής φράσης που αναφέρει ο Όμηρος στην Ιλιάδα (8<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ.).



Η έννοια της ποιότητας της υγείας παρουσιάζεται στα κείμενα του Ιπποκράτη, όπου αναφέρει ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελέειν ή μη βλάπτειν»(Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2015).

Η βελτίωση της ποιότητας απασχολούσε από πολύ παλιά επίσης τους ανθρώπους με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον όρκο του Ιπποκράτη (5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ.) ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας(Madhok, 2002).

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858 όταν η Αγγλίδα νοσηλεύτρια Florence Nightingale, στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, κατέγραψε πρώτη και αξιοποίησε επιδημιολογικά στοιχεία θνητότητας των τραυματιών προκειμένου να βελτιωθεί η περίθαλψη(McDonald, 2001).

Κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η ποιότητα εξελίχθηκε σταδιακά από την επιθεώρηση και τον έλεγχο, στη διασφάλιση και τέλος στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η κάθε μια από τις προαναφερθείσες έννοιες διευρύνει την προγενέστερη προσέγγιση μεταβαίνοντας σε πιο σύνθετες διευθετήσεις. Η επιθεώρηση και ο έλεγχος της ποιότητας σχετίζονται περισσότερο με τη διόρθωση προβλημάτων ποιότητας, ενώ τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας σχετίζονται με την πρόληψη προβλημάτων ποιότητας και τέλος, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας με τη συνεχή βελτίωση(Kωσταγιόλας et al., 2008).

Η διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας, με μεγάλη χρονική διαφορά από τον τομέα της Βιομηχανίας, είχε περισσότερο ερευνητικό χαρακτήρα έως τα τέλη του 1970. Ο Aventis Donabedian, ιατρός και ερευνητής υπηρεσιών υγείας, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ανέπτυξε το αρχικό μοντέλο ποιότητας το 1980, σύμφωνα με το οποίο, 3 είναι οι κατηγορίες που δίνουν πληροφορίες για την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας και την αξιολόγησή της. Πιο αναλυτικά, το Donabedian Model διαχωρίζει την περίθαλψη στη Δομή, τη Διαδικασία και το Αποτέλεσμα ως ακολούθως:

Στην πρώτη κατηγορία περίθαλψης Structure-Δομή, περιγράφει το πλαίσιο στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη συμπεριλαμβανομένων των κτιριακών υποδομών του νοσοκομείου, τους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, τον εξοπλισμό, αλλά και

τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργείας του. Η δομή είναι συχνά εύκολο να παρατηρηθεί και να μετρηθεί.

Στη δεύτερη κατηγορία Process-Διαδικασία, περιγράφει τις ενέργειες που λαμβάνουν χώρα για την παροχή υγειονομικής φροντίδας όπως είναι η λήψη ιστορικού, η τήρηση φακέλου ασθενούς οι εξετάσεις, η διάγνωση, η θεραπεία, η αποκατάσταση, η επανεξέταση και κάθε άλλη διαδικασία παροχής φροντίδας στον ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian, η μέτρηση της διαδικασίας είναι σχεδόν ισοδύναμη με τη μέτρηση της ποιότητας της περίθαλψης, επειδή η διαδικασία περιέχει όλες τις πράξεις παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Στην τρίτη κατηγορία Outcome-αποτέλεσμα, περιλαμβάνει την έκβαση της φροντίδας, την ποιότητα της ζωής και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα (Voyce et al., 2015). Τα αποτελέσματα μερικές φορές θεωρούνται ως οι πιο σημαντικοί δείκτες ποιότητας, επειδή η βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών είναι ο πρωταρχικός στόχος της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η ακριβής μέτρηση των αποτελεσμάτων που μπορούν να αποδοθούν αποκλειστικά στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολύ δύσκολη. (Avedis Donabedian, 1980) Ο σχεδιασμός συνδέσεων μεταξύ διαδικασίας και αποτελεσμάτων απαιτεί συχνά μεγάλους πληθυσμούς δειγμάτων, προσαρμογές ανά συνδυασμό περιπτώσεων και μακροπρόθεσμες συνέπειες, καθώς τα αποτελέσματα ενδέχεται να απαιτούν πολύ χρόνο για να γίνουν παρατηρήσιμα (Avedis Donabedian, 2002).

#### 1.4 Ορισμός της ποιότητας

Πλήθος ορισμών έχουν δημιουργηθεί για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, οι οποίοι όμως δεν επιτυγχάνουν τον σκοπό τους διότι αποτελεί πολύπλοκη έννοια που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και να ορισθεί. Επιπρόσθετα, λόγω της συμμετοχής πολλών εμπλεκομένων στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολο να υπάρξει ένας ενιαίος ορισμός της ποιότητας.

Ο ορισμός της ποιότητας έχει τουλάχιστον δύο όψεις: εκείνη του αγοραστή/πελάτη/χρήστη και εκείνη του παραγωγού του προϊόντος ή παρόχου της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του χρήστη, η ποιότητα συνδέεται με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τον βαθμό ικανοποίησης, ενώ, από την οπτική του παραγωγού, σχετίζεται με τον σχεδιασμό και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να

ανταποκριθεί στις προδιαγραφές που έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού (Ζέρβας, 2020).

Σύμφωνα με προσεγγίσεις κάποιων εμπνευστών της ποιότητας ενδεικτικοί ορισμοί της ποιότητας με δυνατότητα εφαρμογής σε προϊόντα και υπηρεσίες είναι:

α. Η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις/προδιαγραφές (Crosby)

β. Ο βαθμός στον οποίο δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη (Juran)

γ. Η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε χαμηλό κόστος και η ακαταλληλότητά του για την αγορά (Deming)

δ. Σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία, όταν αποδοθούν σε χρήση, θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη (Feigenbaum) (Κωσταγιόλας et al., 2008).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρικό κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Palaskas, 2005).

Σε μια άλλη προσέγγιση από διαφορετική σκοπιά ο Maxwell προσδιορίζει την ποιότητα στον χώρο της υγείας με βάση την προσβασιμότητα, δηλαδή τη δυνατότητα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα στο σωστό τόπο και χρόνο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, ισότιμα και αποτελεσματικά (Maxwell, 1984).

Από τα παραπάνω, όπως παρατηρείται βιβλιογραφικά, η έννοια και ο ορισμός της ποιότητας παρουσιάζει πολύπτυχες προσεγγίσεις οι οποίες μεγεθύνονται λόγω των ιδιαιτεροτήτων του συστήματος υγείας. Ως εκ τούτου, δίνεται ο ορισμός του κύριου εκφραστή της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας του ακαδημαϊκού οικονομολόγου υγείας Avedis Donabedian σύμφωνα με τον οποίο, η ποιότητα ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα

κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν στη διαδικασία περίθαλψης (Avedis Donabedian, 1988).

### 1.5 Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή στη διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, την αποφυγή λαθών και την ευαισθητοποίηση και προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του, με έναν τρόπο, που ενσωματώνει το κόστος, όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων(Thompson, 1980).

Ο ιατρονοσηλευτικός κόσμος σε παγκόσμια κλίμακα έχει εστιάσει στην ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κύριο μέλημα του κάθε υγειονομικού οργανισμού και συστήματος υγείας.

Επτά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης καθορίζουν την ποιότητά της όπως τα διατυπώνει ο Donabedian:

1ο Αποτελεσματικότητα (efficacy): η ικανότητα της περίθαλψης, στην καλύτερη περίπτωση, να βελτιώσει την υγεία.

2ο Αποδοτικότητα (efficiency): ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται επιτεύξιμες βελτιώσεις στην υγεία.

3ο Βελτιστοποίηση (optimality): η πιο συμφέρουσα εξισορρόπηση κόστους και οφέλους.

4ο Αποδοχή (acceptability): συμμόρφωση με τις προτιμήσεις του ασθενούς σχετικά με την προσβασιμότητα, τη σχέση ασθενούς-επαγγελματία υγείας, τις ανέσεις, τα αποτελέσματα της φροντίδας και το κόστος της φροντίδας

5ο Νομιμότητα (legitimacy): συμμόρφωση με τις κοινωνικές προτιμήσεις που αφορούν όλα τα παραπάνω

6ο Δικαιοσύνη (equity): δικαιοσύνη στην κατανομή της περίθαλψης και οι επιπτώσεις της στην υγεία και

7ο Κόστος (cost): η ικανότητα να επιτευχθεί η μεγαλύτερη βελτίωση της υγείας με το χαμηλότερο κόστος.

Οι συνεισφορές του στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση θεμάτων όπως η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η μέτρηση και η αξιολόγηση της ποιότητας, η πληρότητα και ακρίβεια των ιατρικών αρχείων, η ικανοποίηση ασθενών και οι πολιτιστικές προτιμήσεις στην υγειονομική περίθαλψη (Best & Neuhauser, 2004), (A. Donabedian, 1990).

Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών καθώς και τις κοινωνικές προτιμήσεις για την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας. Όταν τα δύο είδη προτίμησης διαφωνούν, ο γιατρός αντιμετωπίζει την πρόκληση να τα συμφιλιώσει.

Μέσω της διαπροσωπικής σχέσης, ο ασθενής παρέχει πληροφορίες στον επαγγελματία υγείας, απαραίτητες για τον καθορισμό της κατάλληλης παρέμβασης, και αναπτύσσει αίσθηση εμπιστοσύνης, που προάγει τη συνεργασία και αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας (Avedis Donabedian, 1988).

### 1.6 Η Διασφάλιση της Ποιότητας (Quality Assurance)

Η έννοια της ποιοτικής φροντίδας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια από την ποιοτική εκτίμηση στην ποιοτική διασφάλιση και ακόμα πιο πολύ στην ποιοτική διαχείριση. Εφαρμόζοντας τους κανόνες και τις αρχές της ποιοτικής διασφάλισης (quality assurance) είναι γνωστό ότι η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω.

Κατά τους Evans&Lindsay (Evans&Lindsay, 1996) η διασφάλιση της ποιότητας είναι απλή. Αντί να ελέγχονται τα προϊόντα ή οι παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι αρκετό να επιβεβαιωθεί ότι ο παραγωγός είναι ενδεδειγμένα οργανωμένος. Αποτελεί δηλαδή, τη συνειδητή μετατόπιση των δραστηριοτήτων από τον έλεγχο της ποιότητας και τη διόρθωση, στην πρόληψη εμφάνισης μη συμμορφώσεων, ελαττωματικών προϊόντων και αποκλίσεων από προδιαγεγραμμένα χαρακτηριστικά.

Από τον Donabedian έως τον Deming, τον Juran και τον Crosby, η διασφάλιση ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρεχόμενης φροντίδας, της καθημερινής εργασίας των επαγγελματιών υγείας, της εκπαίδευσης και κατάρτισης των νοσηλευτών και ιατρών, του σχεδιασμού, της οργάνωσης και του ελέγχου των υπηρεσιών υγείας. Θεωρείται επίσης η βάση για τη συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, της αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων και της αποτελεσματικής οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης(Σταυροπούλου Α et al., 2018).

Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων, τον καθορισμό των προτύπων και τον έλεγχο, χρησιμοποιώντας δείκτες αξιολόγησης. Αφορά δηλαδή στις αναγκαίες, οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες που απαιτούνται για να εξασφαλιστεί ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί δεδομένες απαιτήσεις ποιότητας. Συνεπώς, έχει ευρεία εφαρμογή, καλύπτοντας όλες τις διαδικασίες στη λειτουργία ενός οργανισμού και αφορά σε κάθε εμπλεκόμενο μέλος του προσωπικού (Α.ΠαπακωστιδηΝ.Τσουκαλάς, 2012).

### 1.7 Διαρκής βελτίωση ποιότητας (Quality Improvement)

Ο όρος ‘διαρκής βελτίωση ποιότητας’, αναφέρεται στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης. Η συνεχής ποιοτική βελτίωση απαιτεί μια συνεχή δέσμευση όλου του προσωπικού. Δεν διαφέρει από την τελειότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση του ασθενή, τη σχέση της κοινότητας, την οικονομική επιτυχία ή οποιοδήποτε άλλο επιθυμητό οργανωτικό χαρακτηριστικό, το οποίο απαιτεί τη συνεχή προσοχή της διαχείρισης (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Απαιτείται συνεχής βελτίωση ποιότητας διότι το προϊόν αφορά στην υγεία του πολίτη. Ο στόχος δεν είναι να μειώσουμε τα λάθη και τον αριθμό των σκάρτων προϊόντων, αλλά να τα μηδενίσουμε.

Μοντέλο διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας είναι ο κύκλος της ποιότητας. Η διαρκής βελτίωση της ποιότητας αποτελεί σύμφωνα με τους Al Assaf et al, τον κύκλο της ποιότητας ο οποίος περιέχει 10 βασικά βήματα:

- 1ο. Σχεδιασμός και επαναξιολόγηση (Planand reassess)
- 2ο. Καθορισμός προτύπων (Set standards)
- 3ο. Ενημέρωση προσωπικού (Communicate standards)
- 4ο. Ποιοτικός έλεγχος (Monitor)
- 5ο. Εντόπιση ευκαιριών βελτίωσης (Identify and prioritize opportunities for improvement/OI)
- 6ο. Επιλογή κατά προτεραιότητα (Define OI)
- 7ο. Ομάδα υλοποίησης (Identify who will work on OI)

8ο. Μελέτη (Analyze and study OI)

9ο. Επιλογή και σχεδιασμός λύσης (Choose and design solution)

10ο. Εφαρμογή λύσης (Implement solution)

(Al-Assaf et al., 2004)

Τα τρία πρώτα βήματα, εντάσσονται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας, στη συνέχεια ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος και τα επόμενα έξι βήματα εντάσσονται στη διαδικασία διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας. Ο μηχανισμός διαρκούς βελτίωσης συνεχίζεται αδιάκοπα.

### 1.8 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας-ΔΟΠ (TotalQualityManagement-TQM)

Μια φιλοσοφία που συνεισφέρει ουσιαστικά στην ορθολογικότερη διαχείριση της νοσοκομειακής διοίκησης, είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management-TQM), με κύριο γνώμονα την εφαρμογή ποσοτικών μεθόδων και διαχείριση των ανθρώπινων πόρων με στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών και των διαδικασιών. Συγκεκριμένα, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στοχεύει στα ακόλουθα:

- Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών
- Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας σε σχέση με το κόστος
- Καινοτομία και ευελιξία
- Συμπίεση του χρόνου ικανοποίησης των αιτημάτων των ασθενών και της περίθαλψης
- Αξιοποίηση και αύξηση της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού
- Αξιοποίηση της τεχνολογίας

(Godiwalla et al., 1997)

Σύμφωνα με το Δερβιτσιώτη, η ΔΟΠ αποτελεί φιλοσοφία διοίκησης με στόχο τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ευελιξίας, της ανταγωνιστικότητας και της ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών. Ως «εξωτερικοί πελάτες» νοούνται οι τελικοί αποδέκτες, καταναλωτές και χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών, ενώ ως «εσωτερικοί πελάτες» νοούνται τα διοικητικά στελέχη, οι

εργαζόμενοι και οι οργανωσιακές οντότητες μέσα στον οργανισμό(Δερβιτσιώτης, 2001).

Οι παράγοντες επιτυχίας για να πετύχει η ΔΟΠ σε έναν οργανισμό ή μια υπηρεσία υγείας είναι κατά τους Talib&Rahman: Δέσμευση της ηγεσίας, εστίαση στο χρήστη υπηρεσιών υγείας, διαρκής επικοινωνία με τους εργαζόμενους, συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζομένων, αλληλένδετες σχέσεις με τους προμηθευτές, ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζομένων, δημιουργία αντιπροσωπευτικών δεικτών και καθορισμός στόχων, διαρκής αξιολόγηση αποτελέσματος και τέλος αναθεώρηση των διαδικασιών του προγράμματος (Μαλάμου, 2016).

### 1.9 Τυποποίηση – ISO και Πρότυπα για τις Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια της ποιότητας δεν περιορίζεται μόνο στην ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά επεκτείνεται και στην ποιότητα της Επιχείρησης που το προσφέρει. Έτσι, δημιουργείται η έννοια της Ολικής Ποιότητας, που έχει σαν βασικό σκοπό να μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητα των επιχειρήσεων και να ελαχιστοποιεί το κόστος τους. Η διασφάλιση της ποιότητας γίνεται μέσα από την ανάπτυξη και την εφαρμογή προτύπων. Η επιστημονική έννοια του όρου τυποποίηση αφορά στην εκπόνηση προδιαγραφών και προτύπων, κανονισμών και κανόνων. Διακρίνεται ως προς τα επίπεδα ανάπτυξης προδιαγραφών και προτύπων σε α) εθνική, β) ευρωπαϊκή, γ) διεθνή και δ) κλαδική ή ειδική. Για την τυποποίηση έχουν αναπτυχθεί οργανισμοί οι οποίοι έχουν αυτή την αρμοδιότητα. Στην Ελλάδα αρμόδιος φορέας είναι ο ελληνικός οργανισμός τυποποίησης (ΕΛΟΤ)(Κωσταγιόλας et al., 2008).

Ο διεθνής οργανισμός τυποποίησης (ISO- International Organization for Standardization) είναι μια διεθνής, μη κερδοσκοπική οργάνωση δημιουργίας και έκδοσης προτύπων που αποτελείται από αντιπροσώπους των εθνικών οργανισμών τυποποίησης 164 χωρών. Ο οργανισμός ιδρύθηκε στις 23 Φεβρουαρίου του 1947 και παράγει τα παγκόσμια βιομηχανικά και εμπορικά πρότυπα ISO(ISO - About Us, n.d.).

Σήμερα, υπάρχουν δημοσιευμένα >21.000 διεθνή πρότυπα ISO, μεταξύ αυτών και η σειρά ISO 9000, η οποία περιλαμβάνει πρότυπα που αφορούν στη δημιουργία (ανάπτυξη) και στην εφαρμογή συστημάτων ΔΟΠ για οργανώσεις-φορείς κάθε τύπου. Το πρότυπο ISO 9001 εστιάζει στη συνεχή βελτίωση της αποδοτικότητας μιας οργάνωσης, έτσι ώστε να υπηρετούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των



ενδιαφερομένων μερών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και έχει στόχο την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών. Έχει αναθεωρηθεί το 2000, το 2008 και το 2015 (Τζωρτζόπουλος, 2018).

Η εφαρμογή του ISO 9001:2015, στην πρόσφατη έκδοσή του, στις υπηρεσίες υγείας γίνεται μέσω του συστήματος διαχείρισης ΕΛΟΤ EN 15224:2017. Για να θεωρηθεί διεθνώς αναγνωρισμένο ένα πρότυπο είναι απαραίτητο η πιο πρόσφατη έκδοση του να συμφωνηθεί από την πλειοψηφία των κρατών-μελών του οργανισμού. Αυτό σημαίνει ότι το πρότυπο είναι αποδεκτό από την πλειοψηφία των χωρών παγκόσμια. Το εν λόγω πρότυπο περιλαμβάνει ιδιαίτερες προσεγγίσεις και ειδικεύσεις στον τομέα της υγείας. Οι αρχές ποιότητας του προτύπου εστιάζουν στον πελάτη/χρήστη των υπηρεσιών υγείας δεδομένου ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες στοχεύουν στην ικανοποίηση τόσο των γενικών απαιτήσεων των αποδεκτών της υπηρεσίας όσο και των ατομικών απαιτήσεων κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Απαιτούν τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων μερών καθόσον η έννοια της ποιότητας στο χώρο της παροχής υγείας υποχρεούται στη συλλογή δεδομένων από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, καθώς και στην άποψη του ασθενούς-πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας, αλλά και του επαγγελματία υγείας, ώστε να επιτευχθεί ο σχεδιασμός των αντίστοιχων υπηρεσιών (Mourtzikou et al., 2015).

Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφερθεί ότι το πρότυπο ΕΛΟΤ EN 15224 εισάγει τα 11 χαρακτηριστικά ποιότητας στην παροχή υγείας και είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Κατάλληλη και σωστή φροντίδα: ανάλογα με το είδος της ανάγκης και βάση ενδεδειγμένων πρωτοκόλλων
- ✓ Διαθεσιμότητα: η οποία δεν πρέπει να περιορίζεται από οικονομικούς ή άλλους παράγοντες
- ✓ Συνέχεια της φροντίδας: αδιάλειπτη παροχή συντονισμένης φροντίδας, απασχόληση επαγγελματιών υγείας και φορέων, θεραπείας και τελικά αποκατάστασης
- ✓ Αποτελεσματικότητα: επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, θεραπείες ή παρεμβάσεις
- ✓ Αποδοτικότητα: επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικής διαχείρισης πόρων
- ✓ Ισότητα: παροχή φροντίδας σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας, κλπ

- ✓ Τεκμηριωμένη φροντίδα: η οποία βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία και γνώσεις
- ✓ Φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή: σύμφωνα με τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών και την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους
- ✓ Συμμετοχή του ασθενή: ενημερώνεται, μετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων για θέματα που τον αφορούν
- ✓ Ασφάλεια του ασθενή: αναγνώριση και έλεγχος κινδύνων, πρόληψη πιθανών προβλημάτων που μπορούν να προκύψουν
- ✓ Τήρηση προθεσμιών: έγκαιρη παροχή φροντίδας με προτεραιότητα τις ανάγκες και τη σοβαρότητα της πάθησης του ασθενή

(EN 15224: 2012, Διαχείριση Ποιότητας Στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας | TÜV HELLAS, n.d.)

### 1.10 Αξιολόγηση και Μέτρηση της Ποιότητας

Η διερεύνηση της ποιότητας, είναι καίριας σημασίας, αφού είναι δυνατό να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία ωφελούν το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στον κλάδο της υγείας, τους ασθενείς και τους οργανισμούς των νοσοκομείων. Η βιβλιογραφία, είναι πλούσια σε μελέτες μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας, μέσω διερεύνησης ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι δείκτες, είναι αυτοί της διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ικανοποίησης των εργαζομένων, με τον πρώτο να υπερτερεί βιβλιογραφικά, του δεύτερου (Βουδιγάρης, 2015).

Σημαντικοί παράγοντες έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας είναι οι παρακάτω:

- ✓ Ηγεσία
- ✓ Δέσμευση στο στόχο
- ✓ Επικέντρωση στους ασθενείς και στους προμηθευτές
- ✓ Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών
- ✓ Ενδυνάμωση των εργαζομένων
- ✓ Προληπτικές βελτιώσεις
- ✓ Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων
- ✓ Ομαδική εργασία
- ✓ Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση

(Al-Assaf et al., 2004)

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donabedian, η μέτρηση της ποιότητας μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσω της ανάπτυξης βασικών δεικτών προκειμένου να μετρηθεί η τρέχουσα απόδοση των κατηγοριών του συστήματος (δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα) και να συγκριθούν με τα επιθυμητά πρότυπα που πρέπει να επιτευχθούν. Επομένως, τρεις είναι οι βασικές κατηγορίες δεικτών για τη μέτρηση της τεχνικής ποιότητας στην υγεία:

A. Δείκτες δομών (Structure measures): αφορούν σε εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και στελέχωση

B. Δείκτες διαδικασιών (Process measures): πχ πληρότητα φακέλου ιστορικού, αναμονή ασθενών, διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας

Γ. Δείκτες έκβασης (Outcome measures): πχ ποσοστά επιβίωσης, διάστημα ελεύθερο νόσου ή υποτροπής νόσου, ικανοποίηση ασθενών όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων. Σε κάθε μια από τις 3 κατηγορίες υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν όπως για παράδειγμα:

Στην πρώτη κατηγορία, τη δομή, η εκπαίδευση, η κατάρτιση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών.

Στην δεύτερη κατηγορία, τη διαδικασία, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών.

Και στη τρίτη κατηγορία, το αποτέλεσμα, ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών από την περίθαλψη που παρέχεται σε ένα περιβάλλον υγειονομικό ως μέτρο πληροφόρησης της συνολικής ποιότητας αυτού του συστήματος (Πέππας & Κοράκη, 2013).

Βασικά κριτήρια για την επιλογή δεικτών αξιολόγησης της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας είναι οι μεταβλητές όπως: χρησιμότητα (usefulness), εγκυρότητα (validity), αξιοπιστία (reliability), δυνατότητα σύγκρισης (comparability), ανταποκρισιμότητα (responsiveness), ευαισθησία (sensitivity), αποδοτικότητα (efficiency), αποτελεσματικότητα (effectiveness), επίδραση (impact), επάρκεια (adequacy), επίπτωση (effect), τεχνολογικό και επιστημονικό επίπεδο (Technical and Scientific quality level) και οικονομική διάσταση (Economic dimension) (Rikos, 2015).

Εκτός από τη χρήση δεικτών, προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα γίνεται χρήση ειδικών εργαλείων όπως προτείνει ο Ιάπωνας ερευνητής Kaoru Ishikawa τα οποία χρησιμοποιούνται έως και σήμερα:

- ✓ Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause and effect diagram/fishbone diagram/Ishikawa diagram) που προσδιορίζει τις πιθανές αιτίες ενός προβλήματος.
- ✓ Φύλλο ελέγχου (check sheet), έντυπο συλλογής στοιχείων για τη συχνότητα ορισμένων συμβάντων.
- ✓ Διάγραμμα ελέγχου μιας διαδικασίας (process behavior chart), για την ποσοτικοποίηση και την πρόβλεψη του αποτελέσματος μιας διαδικασίας
- ✓ Ιστόγραμμα (histogram), σχηματική αποτύπωση της κατανομής των δεδομένων
- ✓ Διάγραμμα Pareto (Pareto chart), ανάλυση δεδομένων για την ανάδειξη των σημαντικών συμβάντων
- ✓ Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram), σχηματική μέθοδος για τον καθορισμό της συσχέτισης δύο μεταβλητών
- ✓ Στρωμάτωση (stratification), κατηγοριοποίηση των δεδομένων ώστε να αναδειχθεί το υπόστρωμα μιας κατάστασης (εναλλακτικά χρησιμοποιείται το διάγραμμα ροής flowchart)

(Α.Παπακωστιδη Ν.Τσουκαλάς, 2012)

### 1.11 Μοντέλα μέτρησης ποιότητας

Τα δύο σημαντικότερα μοντέλα μέτρησης της ποιότητας στις βιομηχανίες και στις υπηρεσίες τα οποία με τις κατάλληλες βελτιώσεις και προσαρμογές επιτρέπουν την εφαρμογή τους και στο χώρο της υγείας είναι τα παρακάτω:

(1) Servqual: από τα σημαντικότερα μοντέλα μέτρησης ποιότητας των υπηρεσιών το οποίο αναπτύχθηκε το 1988 από τους Parasuramanetal και σύμφωνα με τον Lam μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Αποτυπώνει τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων κατά τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών. Για τις υπηρεσίες υγείας, το μοντέλο μετράει τις παρακάτω διαστάσεις:

α)Υλικά περιουσιακά στοιχεία (Tangibles) που περιλαμβάνουν υλικοτεχνική και κτιριακή υποδομή, προσωπικό, εγκαταστάσεις και εξοπλισμό.

β) Αξιοπιστία (reliability), η επιχείριση οφείλει να παρέχει υπηρεσίες με ακρίβεια και συνέπεια, τηρώντας τις υποσχέσεις της προς τους πελάτες λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα, ξεχωριστά χαρακτηριστικά του και να λειτουργεί με τρόπο που θα του εξασφαλίσει το μεγαλύτερο δυνατό όφελος.

γ) Ανταπόκρισιμότητα (responsiveness) στις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών. Προθυμία άμεσης εξυπηρέτησης, χωρίς καθυστερήσεις και έγκαιρη ενημέρωση σε περιπτώσεις αστοχίας προϊόντων ή λαθών που αφορούν την υπηρεσία.

δ) Διασφάλιση (assurance) οι πάροχοι των υπηρεσιών και οι εργαζόμενοι, οφείλουν να συμπεριφέρονται με ευγένεια και να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις που να τους καθιστούν ικανούς να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των πελατών.

ε) Ενσυναίσθηση (empathy)

(A. Parasuraman et al., 1985)(Lam, 1997)(Tripathi&Siddiqui, 2018)

## (2) Balance Scorecard

Οι πρώτοι που εισήγαγαν τα μοντέλο ήταν οι Kaplan & Norton 1996 και ανέφεραν την ύπαρξη 4 διαστάσεων στη μέτρηση της ποιότητας, ενώ σε μια πιο σύγχρονη προσέγγιση οι διαστάσεις γίνονται πέντε:

α) Λογιστική διάσταση (return on investment)

β) Εστίαση στον πελάτη (customer's outcomes)

γ) Αποτελέσματα (clinical outcomes)

δ) Εσωτερικές διαδικασίες (internal process outcomes)

ε) Ανάπτυξη-Εκπαίδευση (learning and growth)

Οι διαστάσεις του μοντέλου αποτελούν μια αλυσίδα και συνδέονται με σχέσεις αιτίας αποτελέσματος. Για παράδειγμα, η βελτίωση των ικανοτήτων του προσωπικού οδηγεί στην επίτευξη καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων στην υγεία των ασθενών (Kaplan, 1998), (Santiago, 1999).

## 1.12 Το κόστος της ποιότητας

Η εισαγωγή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας σε έναν οργανισμό από την αρχική του εφαρμογή, προκαλεί αύξηση του κόστους στη λειτουργία του. Τέσσερα είναι τα σημεία που εστιάζεται το κόστος της ποιότητας : α) Το κόστος της πρόληψης

έτσι ώστε να διατηρηθεί στο ελάχιστο το κόστος αποτυχίας και αξιολόγησης β) Το κόστος της αξιολόγησης, πού είναι το κόστος για τον προσδιορισμό του βαθμού συμμόρφωσης προς τις απαιτήσεις της ποιότητας γ) Το κόστος της εξωτερικής αποτυχίας το οποίο είναι το κόστος που σχετίζεται με ελαττώματα που εντοπίστηκαν μετά την παραλαβή του προϊόντος ή της υπηρεσίας από τον πελάτη δ) Το κόστος της εσωτερικής αποτυχίας το οποίο είναι το κόστος που σχετίζεται με ελαττώματα που βρέθηκαν πριν ο πελάτης λάβει το προϊόν ή την υπηρεσία (Rehacek, 2018).

Αρχικά το κόστος αυξάνεται λόγω των πόρων που απαιτούνται για την εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες μεθοδολογίες, για την εφαρμογή ελέγχων και μετρήσεων των αποτελεσμάτων, για την οργάνωση συστήματος καταγραφής των διαδικασιών, για τις δράσεις βελτίωσης της ποιότητας. Έπειτα από εύλογο χρονικό διάστημα που όλα τα παραπάνω θα έχουν ενσωματωθεί σε μία ομαλή ροή διαδικασιών, το κόστος ελαχιστοποιείται (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Επομένως, αφού συντονιστούν όλες οι διαδικασίες της ποιότητας το κόστος μειώνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα και ανατροφοδοτείται ο κύκλος της συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### Ικανοποίηση Ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας

#### 2.1 Σύντομη ιστορία της Ικανοποίησης Ασθενούς

Ιστορικά η έρευνα για την ικανοποίηση ασθενών στον τομέα της υγείας ξεκίνησε την δεκαετία του 1960 όπου η Νοσηλευτική υπηρεσία των ΗΠΑ ασχολήθηκε σχετικά με την μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα. Στην πρώτη αυτή έρευνα, η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλήψεις στη φροντίδα (Abdellah & Levine, 1957).

Για τα επόμενα 30 χρόνια πραγματοποιήθηκαν πλήθος ερευνών πάνω στο εν λόγω θέμα. Αρχικά η έρευνα εστίασε στην ικανοποίηση των ασθενών από τα αποτελέσματα της νοσηλείας τους όπως τη συμμόρφωση με τη θεραπεία ή την πραγματοποίηση του ραντεβού στην ώρα του. Σταδιακά το ενδιαφέρον στράφηκε στην ικανοποίηση του ασθενούς σαν εξαρτημένη μεταβλητή. Οι απόψεις των ασθενών έγιναν ένα σημαντικό εργαλείο της διαδικασίας, του ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Στη συνέχεια τα νοσοκομεία υιοθέτησαν ασθενοκεντρική στάση. Στη σύγχρονη ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία και είναι ευρέως αποδεκτό, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφηθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Στις μέρες μας, είναι σπάνιο κάποιο νοσοκομείο να αποτύχει να ενσωματώσει τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των ασθενών του στην αξιολόγηση της φροντίδας (Hendriks et al., 2002), (Κοτσαγιώργη&Γκέκα, 2015).

Σε προηγμένες χώρες σήμερα η μέτρηση της ικανοποίησης είναι νομικά κατοχυρωμένη και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την χορήγηση άδειας λειτουργίας νοσοκομείων (Bond&Thomas, 1992).

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με: (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του (φύλο, μορφωτικό επίπεδο και

ηλικία) και (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Λέντζας Ι. και συνεργάτες, 2010).

## 2.2 Ορισμός της Ικανοποίησης Ασθενούς

Στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία υπάρχει ποικιλομορφία στον ορισμό ικανοποίησης του ασθενούς καθώς αποτελεί μια πολυδιάστατη και πολύπλευρη έννοια. Είναι μια δυναμική διαδικασία στην οποία το προσωπικό στοιχείο κατέχει σημαντική θέση στη διαμόρφωση της άποψης του ασθενή και επομένως είναι δύσκολο να αποδοθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Από την άλλη, η εμπειρία του ασθενούς παγκοσμίως αναγνωρίζεται ως ανεξάρτητη διάσταση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Με αυτό το αναμφισβήτητο γεγονός συμφωνούν ασθενείς, υγειονομικοί, διοικητές νοσοκομείων, managers, κ.α. (Oben, 2020).

Το 1982 η Linder-Pelz στην έρευνά της η οποία αφορούσε τη θεωρία της ικανοποίησης του ασθενούς σύμφωνα με τις θεωρίες κοινωνικής επιστήμης και ψυχολογίας, τονίζει την υποκειμενική φύση του θέματος και ορίζει την ικανοποίηση σαν τη θετική στάση του ατόμου στις διαφορετικές διαστάσεις των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Linder-Pelz, 1982).

Στο μοντέλο μέτρησης ποιότητας του Donabedian, η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως η μέτρηση αποτελεσμάτων τα οποία αναφέρονται από τον ασθενή, ενώ οι δομές και οι διαδικασίες φροντίδας μπορούν να μετρηθούν με εμπειρίες που και αυτές αναφέρονται από τον ασθενή. Ο Donabedian το 1980 υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντίθεση με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό (Καλούπη, 2015).

Οι Bond και Thomas, προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές τους ανάγκες, όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, για αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2015).



Ο Vuori H. αναφέρει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι:

- Ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα
- Δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας
- Προ απαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Ο ίδιος συγγραφέας υποστήριξε ότι εάν οι ασθενείς είναι δυσαρεστημένοι, οι φροντιστές υγείας δεν έχουν πετύχει το σκοπό τους (H. Vuori, 1987), (HannuVuori, 1991).

Άλλοι συγγραφείς ορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως το βαθμό συνάφειας μεταξύ των προσδοκιών για ιατρική φροντίδα και των αντιλήψεών τους για την πραγματική φροντίδα (Al-Abri & Al-Balushi, 2014a).

Κατόπιν των παραπάνω και σύμφωνα με τους ποικίλους ορισμούς που έχουν δοθεί για την ικανοποίηση διεθνώς, δεν δύναται να διεξάγει κάποιος το συμπέρασμα αν η ικανοποίηση του ασθενούς είναι στάση, αντίληψη ή απλά μια άποψη για τη φροντίδα υγείας. Η προσωπική εκτίμηση του καθενός σύμφωνα με τις προηγούμενες εμπειρίες του, τις προσδοκίες, τις αξίες και τις ανάγκες του είναι διαφορετική σε κάθε άτομο.

### 2.3 Αναγκαιότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών

Η μέτρηση ικανοποίησης όχι απλά χρειάζεται αλλά επιβάλλεται να πραγματοποιείται επαναλαμβανόμενα και σε τακτά χρονικά διαστήματα στον υγειονομικό τομέα. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί αξιόπιστο μέτρο εκτίμησης της ποιότητας και του βαθμού αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του υγειονομικού τομέα (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2015).

Συγκεκριμένα όταν μετράμε την ικανοποίηση των ασθενών από τις πληροφορίες που συλλέγουμε, μετράμε και αξιολογούμε την ποιότητα στο φαγητό, την καθαριότητα του νοσοκομείου, τον ιατρικό εξοπλισμό, τις συνθήκες λειτουργίας του νοσοκομείου, το χρόνο αναμονής, τα αποτελέσματα της διάγνωσης των εξετάσεων, την επικοινωνία του ασθενούς με τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό (Matsui et al., 1998).

Κατά τον Donabedian, οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς

παίζουν ποικίλους ρόλους στην αξιολόγηση και παρακολούθηση της ποιότητας. Η έκφραση των προτιμήσεών τους παρέχει πληροφορίες για εναλλακτικές στρατηγικές φροντίδας. Έτσι βοηθούν στον καθορισμό της τεχνικής έννοιας της ποιότητας. Επιπλέον οι προτιμήσεις τους έχουν πρωταρχική σημασία στον ορισμό της ποιότητας της διαπροσωπικής διαδικασίας και των ανέσεων της φροντίδας. Οι ασθενείς αποτελούν επίσης πολύτιμες πηγές πληροφοριών στην αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης. Ορισμένα δεδομένα σχετικά με μη τεχνικές πτυχές της φροντίδας λαμβάνονται ευκολότερα από τους ασθενείς μέσω της μέτρησης της ικανοποίησής τους (Avedis Donabedian, 1987).

Η διοίκηση μπορεί, επιπλέον, να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Γι' αυτό η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη προσέλκυση των ασθενών-πελατών (marketing) (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2015).

Επιπλέον, η μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη αποτελέσματος για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Το γεγονός αυτό είναι αποδεδειγμένο με πολλαπλές μελέτες στη βιβλιογραφία. Ξεκίνησε η μελέτη της από τον Donabedian (Avedis Donabedian, 1988) και αποδεικνύεται συνεχώς σε έρευνες που πραγματοποιούνται μέχρι και σήμερα (Smith et al., 1995), (Arnetz & Arnetz, 1996), (Boudreaux et al., 2003), (Lyuetal., 2013), (vanBerckeleetal., 2017).

Στην πραγματικότητα, όπως αναφέρει στην διδακτορική του διατριβή και ο Μερκούρης, σύμφωνα με την άποψη του French, η σχέση ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης αναγκών των ασθενών είναι αλληλοεπιδρώμενη. Συνεπώς, οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Αντιστρόφως, το ελάχιστο που απαιτεί ένα βασικό μοντέλο για την αξιολόγηση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής πέντε διαστάσεις: καταλληλότητα θεραπείας, χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας και τέλος ικανοποίηση

ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Μερκούρης, 1996), (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2015).

Στην μελέτη που πραγματοποίησε ο Vuori σχετικά με τη σημαντικότητα των πληροφοριών που λαμβάνουμε κατά την επεξεργασία αποτελεσμάτων της ικανοποίησης ασθενών περιλαμβάνεται το γεγονός ότι οι ασθενείς είναι εταίροι στην υγειονομική περίθαλψη, γνωρίζουν καλύτερα από τον καθένα αν η φροντίδα είναι καλή ή κακή. Είναι επίσης οι καλύτεροι κριτές ορισμένων πτυχών της φροντίδας, όπως παροχές και διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης, ο Vuori αναφέρει ότι ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη η ικανοποίηση των ασθενών, είναι ο μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης από μια αγορά πωλητών σε μια αγορά καταναλωτών όπου η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών είναι μέρος του ορισμού της ποιότητας. Επιπρόσθετα, υπάρχει ο ιδεολογικός παράγοντας σύμφωνα με τον οποίο σε μια δημοκρατική κοινωνία, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να επηρεάζουν τις αποφάσεις και τις δραστηριότητες που τους επηρεάζουν. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς σηματοδοτεί την αρχή της κοινοτικής συμμετοχής στην υγειονομική περίθαλψη (Hannu Vuori, 1991).

Η διοίκηση μπορεί, επιπλέον, να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας. Σε περίπτωση που ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών αξιοποιηθεί σωστά, αυτό μπορεί να συνεισφέρει στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, όταν εκφράζονται οι απόψεις των ασθενών σχετικά

με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν αλλά και τη ποιότητα της φροντίδας, αυτό αυτόματα δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, ελέγχου της κατάστασης ενθαρρύνοντας την ενεργό συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Τέλος, έχει υποστηριχτεί ότι η συνεχής αξιολόγηση και δημοσίευση ερευνών ασθενών μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά ως προς τη συστηματική καταγραφή των κλινικών αποτελεσμάτων στα νοσοκομεία, καθώς και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης σε μακροχρόνιο χρονικά ορίζοντα (Τζιδάμη, 2019).

## 2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο της ίδιας ποιοτικά παρεχόμενης φροντίδας υγείας, παρατηρήθηκαν διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης σε ασθενείς. Το γεγονός αυτό, οδήγησε στην αναζήτηση παραμέτρων/παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Οι ασθενείς είναι κατά μια άποψη οι «καταναλωτές» των υπηρεσιών υγείας, η αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της προοπτικής του ασθενούς έχει καταστεί προτεραιότητα στη διαχείριση της υγείας. Ωστόσο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι περίπλοκη και παρά την άνοδο πολλαπλών θεωριών στη δεκαετία του '80 υπάρχει ακόμη έλλειψη εννοιολογικής βάσης και αυτό εμποδίζει τη σωστή μέτρησή της. Η ικανοποίηση του ασθενούς επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες όπως προσβασιμότητα, οργάνωση του συστήματος, γνώσεις των υγειονομικών, κλινικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, τεχνική ποιότητα της φροντίδας, κόστος και άλλους (Τζιδάμη, 2019).

Σε 19 έρευνες που διεξήχθησαν στην Αγγλία από το 1998 έως το 2005 οι οποίες συμπεριέλαβαν συνολικά πάνω από 1 εκατομμύριο ασθενείς και κάλυψαν πολλαπλά τμήματα μιας υπηρεσίας υγείας όπως τμήμα επειγόντων, εξωτερικά ιατρεία, τμήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, ογκολογικούς ασθενείς, ψυχιατρικούς, εσωτερικοί ασθενείς ενήλικες και παιδιά, ζητήθηκε από τους ασθενείς να αποτυπώσουν τις πρόσφατες εμπειρίες τους (όχι ικανοποίηση) με το νοσοκομείο και την περίθαλψη που έλαβαν. Εστιάζοντας στις λεπτομέρειες της εμπειρίας των ασθενών οι οποίες μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό προβλημάτων με μεγαλύτερη ακρίβεια, εντοπίστηκαν 8 πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης που οι ασθενείς κρίνουν υψίστης σημασίας:

- ✓ Γρήγορη πρόσβαση σε αξιόπιστες συμβουλές για την υγεία
- ✓ Αποτελεσματική θεραπεία που παρέχεται από αξιόπιστους επαγγελματίες
- ✓ Συμμετοχή στις αποφάσεις και σεβασμός των προτιμήσεων
- ✓ Σαφείς κατανοητές πληροφορίες και υποστήριξη για αυτοφροντίδα
- ✓ Προσοχή στις φυσικές και περιβαλλοντικές ανάγκες
- ✓ Συναισθηματική υποστήριξη, ενσυναίσθηση και σεβασμός
- ✓ Συμμετοχή και υποστήριξη για την οικογένεια και τους φροντιστές
- ✓ Συνέχεια της φροντίδας και ομαλές μεταβάσεις

Στα συμπεράσματα των παραπάνω ερευνών στο σύστημα NHS των Αγγλικών Νοσοκομείων, αναφέρεται ότι η προσπάθεια κατανόησης και προσαρμογής στις ανάγκες των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις του υγειονομικού συστήματος τις οποίες προτείνουν οι ίδιοι οι ασθενείς (Coulter, 2006).

Η Αλεξιάδου αναφέρει στην μελέτη της, πλήθος έρευνών σύμφωνα με τις οποίες επιβεβαιώνεται η επιρροή στην ικανοποίηση των ασθενών των παρακάτω παραγόντων:

➤ Η βαρύτητα της ασθένειας

Έχει επιβεβαιωθεί ότι όσο σοβαρότερη είναι η κατάσταση του ασθενούς τόσο πιο πιεσμένος είναι ψυχολογικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι λιγότερο ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας. Οι χρονίως πάσχοντες τείνουν να βαθμολογούν τις υγειονομικές υπηρεσίες μάλλον αρνητικά.

➤ Το φύλο

Αν και δεν έχει επιβεβαιωθεί ακόμη από όλες τις μελέτες, συνήθως οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

➤ Η ηλικία

Η ηλικία είναι από τους πιο σοβαρούς παράγοντες καθώς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο περισσότερο έχει ανάγκη τους γιατρούς και τόσο πιο ικανοποιημένος είναι. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές δεν βρίσκουν συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης.

➤ Η οικογενειακή κατάσταση

Οι ασθενείς που είναι παντρεμένοι έχουν πιο υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στις περισσότερες μελέτες.

➤ Οι προσδοκίες των ασθενών

Οι προσδοκίες του κάθε ασθενή για το αποτέλεσμα της κατάστασης του επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησης του το οποίο το κρίνει ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Επίσης, οι προσδοκίες τείνουν να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου εξαιτίας προηγούμενων εμπειριών, επίδραση από προηγούμενες αναμνήσεις, ή γνωσιακό χάσμα. Είναι αποδεδειγμένο στην πλειοψηφία των ερευνών ότι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

➤ Επίπεδο υγείας

Η πλειοψηφία των ερευνών αναφέρει ότι οι ασθενείς με καλή και μέτρια κατάσταση υγείας παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης.

➤ Κοινωνική-οικονομική κατάσταση

Το επίπεδο εκπαίδευσης η οικογενειακή κατάσταση καθώς και η οικονομική κατάσταση επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Ασθενείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζονται με υψηλή ικανοποίηση. Επίσης, οι ασθενείς με υψηλότερο εισόδημα εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι. Βέβαια, οι ασθενείς με καλό οικονομικό επίπεδο τείνουν να επιλέγουν συχνότερα τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

➤ Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή

Η εμπειρία κάθε ασθενή επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών του νοσοκομείου. Η συχνότητα προηγούμενων νοσηλείων σε νοσοκομείο συσχετίζεται θετικά με το βαθμό ικανοποίησης.

➤ Η σχέση μεταξύ του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή

Η επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού κρίνουν το βαθμό της ικανοποίησης του ασθενή. Όσο περισσότερο αποτελεσματική είναι η επικοινωνία μεταξύ τους τόσο περισσότερο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής.

➤ Το περιβάλλον και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά κάθε κλινικής

Η καθαριότητα, ο χώρος νοσηλείας, η διαμονή καθώς και η εισαγωγή και το εξιτήριο του ασθενή από το νοσοκομείο καθορίζουν το αποτέλεσμα της ικανοποίησης τους (Αλεξιάδου, 2017).

Τέλος, αξίζει να αναφερθούν τα στοιχεία τα οποία συνθέτουν ανταποκρισιμότητα και ικανοποίηση στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας που καθόρισε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και που είναι τα παρακάτω:

Η αξιοπρέπεια: ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου συνδέεται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η ελευθερία μετακίνησης των ατόμων που πάσχουν από AIDS, η ευπρεπής συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια της παροχής θεραπείας, η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων και την παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και της θεραπείας και η διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας (privacy).

Η αυτονομία: Η επίτευξη της αυτονομίας του ασθενή προϋποθέτει την κατοχύρωση μιας σειράς δικαιωμάτων όπως η πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει και τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας της, η συναίνεση και η ενεργός συμμετοχή του στις αποφάσεις για τη θεραπεία του, η συγκατάθεση του για

τη διεξαγωγή εξετάσεων και θεραπείας καθώς επίσης και η δυνατότητα άρνησης της θεραπείας υπό την προϋπόθεση πνευματικής διαύγειας.

Η έγκαιρη προσοχή: Η έγκαιρη προσοχή επιτυγχάνεται με την παροχή έγκαιρης φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις, την παροχή φροντίδας μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε οι λίστες αναμονής να μην καλύπτουν μεγάλες χρονικές περιόδους, τον μικρό χρόνο αναμονής στις ιατρικές επισκέψεις και στη διεξαγωγή των εξετάσεων.

Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών: τις βασικές παραμέτρους αυτού του στοιχείου αποτελούν, η προστασία της ιδιωτικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, καθώς επίσης και η προστασία του απορρήτου των πληροφοριών τις οποίες παρέχει ο ασθενής και των πληροφοριών οι οποίες σχετίζονται με την ασθένεια του.

Η επικοινωνία: Η δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος επικοινωνίας σχετίζεται με προϋποθέσεις όπως το προσωπικό να ακούει προσεκτικά τον ασθενή, να δίνονται κατανοητές, επαρκείς εξηγήσεις και να υπάρχει χρόνος για ερωτήσεις από μέρους του.

Η επιλογή επαγγελματιών παροχής των Υπηρεσιών Υγείας: Το δικαίωμα της επιλογής των επαγγελματιών λαμβάνει διπλή υπόσταση δεδομένου ότι αναφέρεται αφενός στη δυνατότητα επιλογής γιατρού, νοσηλευτών ή άλλων υγειονομικών επαγγελματιών και, αφετέρου, στη δυνατότητα επιλογής υγειονομικής μονάδας.

Η κοινωνική υποστήριξη: Η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει το δικαίωμα να δέχεται ο ασθενής επισκέψεις συγγενών και φίλων, την άδεια παροχής τροφής ή άλλων ειδών προσωπικής χρήσης από τους συγγενείς και φίλους αν δεν παρέχονται από το νοσοκομείο και την ελευθερία άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων και των εθιμικών παραδόσεων εφόσον δεν παρακωλύουν την λειτουργία του νοσοκομείου ή προσβάλλουν την ευαισθησία των άλλων ατόμων.

Το περιβάλλον: Η επάρκεια του χώρου, της επίπλωσης, του κλιματισμού, του καθαρού νερού, των αποχωρητηρίων, του ιματισμού και των τροφίμων, το καθαρό περιβάλλον οι εγκαταστάσεις και, τέλος, η τακτικότητα στις διαδικασίες καθορισμού και συντήρησης των κτιριολογικών εγκαταστάσεων, αποτελούν τις βασικές συνιστώσες προσδιορισμού του περιβάλλοντος (Γούσιου, 2019).

## 2.5 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης

Πολυάριθμα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί μέχρι σήμερα για την αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενή τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με το μέγεθός τους, τον αριθμό των ερωτήσεων και τον τρόπο απάντησης, τις διαστάσεις της ικανοποίησης που αξιολογούν και τους πληθυσμούς ασθενών στους οποίους απευθύνονται (Thayaragan & Mahdi, 2013).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί λοιπόν να ποσοτικοποιηθεί με τη χρήση των ερωτηματολογίων ικανοποίησης, απευθυνόμενα σε ασθενείς ώστε με δομημένο τρόπο να εκφράσουν τη γνώμη τους για τις εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών (Pierakos et al., 2017).

Ένας άλλος τρόπος διερεύνησης της ικανοποίησης είναι οι συνεντεύξεις των ασθενών, με μικρότερο βαθμό προτίμησης από τους μελετητές, καθώς τα ερωτηματολόγια παρουσιάζουν σαν πλεονέκτημα τη γρήγορη συλλογή υλικού, αντικειμενικότερες απαντήσεις χωρίς τη δέσμευση του ερευνητή.

Ο O'Malley, διατυπώνει 5 βασικά εργαλεία για τη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών, εκ των οποίων τα τρία πρώτα είναι παθητικά και χρησιμοποιούνται αφού έχει φύγει ο ασθενής, ενώ τα δύο τελευταία είναι ενεργητικά και χρησιμοποιούνται κατά το χρόνο παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο:

- Με γραπτό τρόπο
- Τηλεφωνικώς
- Σε εστιασμένη ομάδα
- Στο σημείο εξυπηρέτησης του ασθενούς
- Με προσέγγιση πελάτη

(Τάψα, 2019).

Από τη βιβλιογραφία, μερικά δημοφιλή ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση ικανοποίησης είναι τα παρακάτω:

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενούς:

Ο Ware και οι συνεργάτες του αναγνωρίζοντας τη σημασία της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενούς στην εκτίμηση ποιότητας της φροντίδας ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ). Το αρχικό αποτελείται από 80 στοιχεία και είχε σκοπό να εφαρμοστεί σε μελέτες του γενικού πληθυσμού και να χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό, τη διαχείριση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων παροχής υγείας. Η επόμενη έκδοση, το PSQII με 68 στοιχεία πιο



εύκολο στη διαχείρισή του. Στη συνέχεια η εκδοχή του εργαλείου PSQIII, αποτελείται από 50 είδη ερωτήσεων οι οποίες αφορούν σε επτά όψεις της φροντίδας: τεχνική ποιότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία, οικονομικές πτυχές της φροντίδας, χρόνος συνδιαλλαγής με το γιατρό, ευκολία πρόσβασης της φροντίδας. Το PSQIII, παρέχει αρκετές βελτιώσεις από τις προηγούμενες εκδόσεις. Για τον έλεγχο της ισχύος του αποτελέσματος το εργαλείο περιέχει θετικά και αρνητικά είδη ερωτήσεων. Παρά τα αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά του, το μέγεθος των 50 ερωτήσεων απαιτεί 10 με 15 λεπτά να συμπληρωθεί. Γι' αυτό η επόμενη έκδοση PSQ-18, είναι μια πιο σύντομη μορφή (shortform) το ίδιο αξιόπιστη και έγκυρη με τις προηγούμενες. Είναι γεγονός ότι είναι έκδοση πιο εύκολη στη διαχείρισή της και απαιτεί μόλις 3 με 4 λεπτά για τη συμπλήρωσή της. Αξίζει να αναφερθεί ότι το PSQ-18, διατηρεί πολλά από τα χαρακτηριστικά με το ομόλογό του πλήρους μήκους PSQ. Σύμφωνα με τους Thayaparan και Mahdi αποτελεί ένα αξιόπιστο, προσαρμόσιμο και επικυρωμένο εργαλείο για χρήση σε ποικίλες περιπτώσεις (WareJretal., 1983), (Marshall&Hays, 1994), (Thayaparan&Mahdi, 2013).

#### Patient Satisfaction Index/PSI, Δείκτης ικανοποίησης του ασθενή:

Αξιόπιστο εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως σε συνεντεύξεις. Αποτελείται από ερωτήσεις που αντανακλούν περισσότερο τις εμπειρίες παρά την ικανοποίηση του ασθενούς (Guyattetal., 1995), (Soriano&Calong, 2019).

#### Consultation Satisfaction Questionnaire/ConsultSQ, Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την επίσκεψη:

Το ερωτηματολόγιο έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, ωστόσο οι ερωτήσεις επαναλαμβάνονται και δεν υπάρχει ερώτηση που να μετρά τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Baker et al., 2011), (Poulton, 1996).

#### Picker Patient Experience Questionnaire/PPE-15:

Εργαλείο με υψηλή εγκυρότητα και εσωτερική συνέπεια αξιοπιστίας. Χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εμπειρίας του ασθενούς, περιέχει 15 ερωτήσεις που εφαρμόζονται σε όλα τα νοσοκομεία και απευθύνεται σε όλους τους ασθενείς. Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι είναι ένα αρκετά ευαίσθητο εργαλείο για τη διάκριση μεταξύ ομάδων επαγγελματιών υγείας (CRISPIN Jenkinson et al., 2002).

#### Service Quality/Servqual, Ερωτηματολόγιο servqual:

Αποτελεί πολυδιάστατο ερευνητικό εργαλείο το οποίο μετρά τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών σε μια μονάδα υγείας κατά τις 5 διαστάσεις που αντιπροσωπεύουν την ποιότητα των υπηρεσιών. Δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το

1985 από μια ομάδα ερευνητών, Parasuramankαι συνεργάτες, για τη μέτρηση της ποιότητας στον τομέα υγείας. Το εργαλείο έχει υψηλή βαθμολογία σε εγκυρότητα και αξιοπιστία. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε διαφορετικούς κλάδους όπως υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, τραπεζικές υπηρεσίες, κ.α.(Nyecketal., 2002), (A. P. Parasuraman et al., 1985).

EUROPEP questionnaire, ερωτηματολόγιο EUROPEP:

Αξιολογεί τις βαθμολογίες των ασθενών για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έχει μεταφραστεί και στην ελληνική γλώσσα. Εντοπίζει τις ευκαιρίες για βελτίωση και την δημιουργία αλλαγών στον τομέα της γενικής ιατρικής. Οι ερωτήσεις που περιέχει, καλύπτουν τη φροντίδα που παρέχεται από τους νοσηλευτές, τους ιατρούς, το περιβάλλον του νοσοκομείου, την παροχή πληροφοριών κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και τη συνολική βαθμολόγηση του νοσοκομείου.(Groletal., 2000), (Wensingetal., 2000)

Συμπερασματικά, οι τρεις σημαντικές ιδιότητες που απαιτείται να έχουν τα ερωτηματολόγια είναι η εστίαση, η συντομία και η σαφήνεια. Πιο αναλυτικά οι ερωτήσεις θα πρέπει να εστιάζουν σε συγκεκριμένα θέματα, να είναι σύντομες και κατανοητές καθώς επίσης να εκφράζονται όσο πιο απλά και με σαφήνεια γίνεται. Επιπλέον τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να διαθέτουν και κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες (Στάγιας, 2015).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

### Υπογονιμότητα/Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

#### 3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία και ορισμός της Υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται σε ένα μεγάλο και διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ζευγαριών, παίρνοντας διαστάσεις σοβαρού κοινωνικού προβλήματος. Η συχνότητα της υπογονιμότητας στο δυτικό κόσμο εκτιμάται ότι είναι ένα στα επτά ζευγάρια ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι ένα σε κάθε τέσσερα ζευγάρια. Σε κάποιες περιοχές του κόσμου συμπεριλαμβανομένης της Νότιας Ασίας, ορισμένες χώρες της υποσαχάριας Αφρικής, τη Μέση Ανατολή και Βόρεια Αφρική, την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη τα ποσοστά υπογονιμότητας μπορεί να φτάσουν το 30%. Συνοπτικά, η υπογονιμότητα εκτιμάται ότι επηρεάζει το 8-12% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας παγκοσμίως ή διαφορετικά, 50 με 80 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από υπογονιμότητα, σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Vander Borghet & Wyns, 2018), (Babakhanzadehetal., 2020), (WHO / *Multiple Definitions of Infertility*, n.d.).

Στην Ελλάδα, τα υπογόνιμα ζευγάρια υπολογίζονται σε 300.00 περίπου. Η υπογονιμότητα είναι ασθένεια του γυναικείου ή αντρικού αναπαραγωγικού συστήματος και ορίζεται ως η αποτυχία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από 12 μήνες φυσιολογικών σεξουαλικών επαφών (πάνω από 8 επαφές το μήνα) χωρίς προφύλαξη για ηλικίες έως και 34 ετών και έπειτα από 6 μήνες για ηλικίες 35 ετών και άνω.

Το 15% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας αντιμετωπίζουν δυσκολία είτε στη σύλληψη γενικώς είτε στη σύλληψη επιθυμητού αριθμού τέκνων. Ο ΠΟΥ αναγνωρίζει την υπογονιμότητα σαν πρόβλημα δημόσιας υγείας το οποίο παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια (Calhaz-Jorge et al., 2020).

Η σπουδαιότητα της αναπαραγωγής και της διαίωνισης του είδους έχουν τονιστεί από όλους τους πολιτισμούς στο παρελθόν, αφού η ανθρώπινη ύπαρξη ολοκληρώνεται μέσα από ένα παιδί.

Από την αρχαιότητα η υπογονιμότητα θεωρήθηκε κοινωνικό στίγμα και αντιμετωπίστηκε ως κοινωνικά, διανοητικά και σωματικά δυσάρεστη εμπειρία

κυρίως για τις άτεκνες γυναίκες και όχι τόσο για τους άντρες. Έχει αναφερθεί ότι είναι το 4<sup>ο</sup> πιο δραματικό συμβάν στη ζωή μιας γυναίκας σε σύγκριση με το θάνατο των γονιών και την απιστία του συζύγου (Oddens, 1999).

### 3.2 Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

Η ζήτηση για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σύμφωνα με τις εκτιμήσεις συνεχώς αυξάνεται. Εν αντιθέσει με το παρελθόν όπου τα υπογόνιμα ζευγάρια δεν είχαν άλλη επιλογή από το να αποδεχτούν την αδυναμία τεκνοποίησης, στη σημερινή εποχή η ιατρική δίνει λύσεις στο πρόβλημα με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ως υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ορίζονται όλες εκείνες οι μέθοδοι κατά τις οποίες η γονιμοποίηση επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές και όχι μέσω της σεξουαλικής πράξης και στοχεύουν στην θεραπεία της υπογονιμότητας (Ρούπα-Δαριβάκη et al., 2009).

Η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART-Assisted Reproductive Technology) περιλαμβάνει όλες τις θεραπείες υπογονιμότητας με κυριότερη την εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF, In Vitro Fertilization), η οποία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά με επιτυχία στον άνθρωπο το 1978 με την ιστορική γέννηση της Λουίζ Μπράουν. Από τότε, περισσότερα από οκτώ εκατομμύρια μωρά έχουν γεννηθεί παγκοσμίως με τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μέχρι σήμερα (De Geyter et al., 2018).

Η IVF ξεκίνησε σαν θεραπευτική αγωγή για υπογόνιμα ζευγάρια με μη αναστρέψιμο σαλπινγικό παράγοντα και επεκτάθηκε σε υπογονιμότητα λόγω άλλων παραγόντων, ακόμη και αγνώστου αιτιολογίας, καθώς και περιπτώσεις μειωμένης ικανότητας ενός ατόμου να αναπαραχθεί (μόνες γυναίκες, ζευγάρια ιδίου φύλου, κλπ) (Mascarenhas et al., 2012).

### 3.3 Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΜΙΥΑ)

Λόγω αυξημένης ζήτησης, ο τομέας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξελίσσεται διαρκώς. Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται σε νόμιμες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής γνωστές και ως «Κέντρα Εξωσωματικής», οι οποίες είναι ειδικά οργανωμένες μονάδες με αντικείμενο την κυοφορία και τεκνοποίηση που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας. Μπορεί να βρίσκονται σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία ή να είναι ανεξάρτητες επιχειρήσεις. Η ίδρυση, λειτουργία και

αδειοδότησή τους ελέγχεται από την Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Ε.Α.Ι.Υ.Α.) η οποία ελέγχει αν τηρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις. Στην Ελλάδα υπάρχουν 52 αδειοδοτημένες από την Ε.Α.Ι.Υ.Α ΜΙΥΑ σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία από το 2016 έως σήμερα.

Στην Αθήνα λειτουργούν 5 δημόσια νοσοκομεία με ΜΙΥΑ και πληθώρα ιδιωτικών. Συνολικά, από το 2016 έως σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 55 αδειοδοτημένες από την Ε.Α.Ι.Υ.Α δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες. (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής - Επίσημος διαδικτυακός τόπος, n.d.)

Σύμφωνα με το ΠΔ υπ' αριθμ 10 του 2016 και το ΠΔ υπ' αριθμ 26 του 2008 οι Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής οφείλουν να έχουν θεσπίσει πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρωπίνων ιστών και κυττάρων. Όπως προβλέπεται στα εν λόγω Προεδρικά Διατάγματα οι ΜΙΥΑ εφαρμόζουν σύστημα διαχείρισης ποιότητας και τυπικές διαδικασίες λειτουργίας.

(Pd10\_2016.Pdf,n.d.), (ΠΔ-26-ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ-ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ-ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ.Pdf, n.d.)

Πιο αναλυτικά, οι Μ.Ι.Υ.Α. εφαρμόζουν σύστημα ποιότητας και το επικαιροποιούν. Για ένα έτος μετά την έκδοση του παρόντος η πιστοποίηση των συστημάτων ποιότητας γίνεται με βάση το πρότυπο ISO 9001 για τον τομέα υγείας ή αντίστοιχο. Στα επόμενα έτη η πιστοποίηση γίνεται με βάση το πρότυπο 15.224:2012, όπως ισχύει. Την πιστοποίηση διενεργούν οι διαπιστευμένοι από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) φορείς. Το σύστημα ποιότητας περιλαμβάνει ιδίως την ακόλουθη τεκμηρίωση. Η λίστα τεκμηρίωσης με τα κάτωθι αναφερόμενα είναι ενδεικτική και αυτά αποτελούν τα κατ' ελάχιστον υποχρεωτικά περιλαμβανόμενα στην τεκμηρίωση των διαδικασιών πιστοποίησης:

α. εγχειρίδιο ποιότητας, β. τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας (Τ.Δ.Λ.), γ. κατευθυντήριες γραμμές, δ. καθήκοντα ανά θέση εργασίας, ε. εγχειρίδια κατάρτισης και αναφοράς, στ. έντυπα εκθέσεων και αναφορών προς την Ε.Α.Ι.Υ.Α. (συμπεριλαμβανομένων και των αρχείων συμβάντων όπως προβλέπονται στα άρθρα 18 του Ν. 3305/2005 και 11 του Π.δ. 26/2008), ζ. αρχεία διαχείρισης παραπόνων, η. αρχεία δοτών (συμπεριλαμβανομένων και των συναινέσεων λαμβάνοντας υπόψη και την τήρηση του απορρήτου για προσωπικά δεδομένα), θ. πληροφορίες για τον τελικό

προορισμό του γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων, ι. τήρηση δεικτών ποιότητας για τη συνεχή βελτίωση και γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων τους στην Ε.Α.Ι.Υ.Α., ια. αρχεία του συστήματος ποιότητας, ιβ. μελέτη εκτίμησης της επικινδυνότητας και τα αποτελέσματα της διαχείρισης της κλινικής επικινδυνότητας, ιγ. μελέτη – διαδικασία αντιμετώπισης και κοινοποίησης σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων και αντιδράσεων.

Η υλοποίηση της μελέτης για τη διαχείριση κλινικής επικινδυνότητας των Μ.Ι.Υ.Α., έχει σκοπό τη μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων και των αρνητικών τους επιπτώσεων. Η διαχείριση κλινικής επικινδυνότητας αφορά στη διαχείριση οποιουδήποτε κλινικού ή μη κλινικού παράγοντα κινδύνου που μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική επίπτωση στην έκβαση για οποιαδήποτε από τις απαιτήσεις των χαρακτηριστικών ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας που σχετίζεται με τις Μ.Ι.Υ.Α. (*Pd10\_2016.Pdf*, n.d.).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

### Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Μελέτης

#### 4.1 Ποιότητα και Τομέας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Τα κέντρα γονιμότητας μπορούν να επωφεληθούν σε μεγάλο βαθμό από την εφαρμογή

ποιοτικού ελέγχου σύμφωνα με τα πρότυπα διαχείρισης ποιότητας, ανεξάρτητα από το μέγεθός τους και το είδος τους (δημόσια ή ιδιωτικά). Ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας καθιστά σαφές πώς πρέπει να λειτουργούν όλα καθώς ορίζονται ξεκάθαρα οι διαδικασίες, η ροή εργασίας, οι ρόλοι και οι ευθύνες του προσωπικού. Επιπλέον, το σύστημα διαχείρισης ποιότητας παρέχει εργαλεία για την παρακολούθηση και συνεχή βελτίωση της της υπηρεσίας στο σύνολό της. Ενθαρρύνει αλλαγές προσαρμογές και βελτιώσεις βάσει δεδομένων εφόσον όλα τα γεγονότα αναγράφονται και αναλύονται.

Για να είναι το πρόγραμμα υψηλής ποιότητας πρέπει να έχει υψηλές μετρήσεις της φροντίδας, της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας, της επικέντρωσης στον ασθενή, της ισότητας και να μη βασίζεται σε μια μόνο παράμετρο όπως τα ποσοστά εγκυμοσύνης (Bento & Esteves, 2016).

Το πρόγραμμα της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) είναι σύνθετο και απαιτεί την ενσωμάτωση πολλαπλών υγειονομικών κλάδων. Το πρόγραμμα 9001:2008, (9001:2012 στην πρόσφατη έκδοσή του), είναι ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας εύκολα προσαρμόσιμο σε ένα πρόγραμμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το ISO παρέχει μια αίσθηση διαφάνειας εντός του οργανισμού και σαφέστερη κατανόηση του τρόπου παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς. Ένα ποιοτικό πρόγραμμα ορίζει τους στόχους και παρακολουθεί την πρόοδό τους (Alper, 2013).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση η οποία συγκέντρωσε είκοσι δυο μελέτες με είκοσι χιλιάδες ασθενείς από οκτώ χώρες, αξιολόγησε τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία γονιμότητας οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένας από τους σημαντικούς λόγους ήταν η κακή ποιότητα παροχής υγειονομικής φροντίδας από το κέντρο (Bento & Esteves, 2016).

Ο Dancet και οι συνεργάτες του σε μελέτη που πραγματοποίησαν σχετικά με τη σημαντικότητα των 6 διαστάσεων ποιότητας της περίθαλψης σύμφωνα με τις απόψεις

διαφορετικών επαγγελματιών υγείας και ασθενών, συμπέραναν ότι οι κλινικές γονιμότητας οφείλουν να εστιάζουν κυρίως στη διαχείριση της ποιότητας για τη βελτίωση της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και της επικέντρωσης στη φροντίδα των ασθενών (Dancet et al., 2013).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η ασφάλεια της φροντίδας, η αποτελεσματικότητα, το επιθυμητό αποτέλεσμα στις θεραπείες, η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού κατά την εφαρμογή ολικής διαχείρισης ποιότητας, είναι τα σημαντικότερα κριτήρια επιλογής του κέντρου γονιμότητας σύμφωνα με τις αντιλήψεις των ασθενών (Olofsson et al., 2013).

Τα κέντρα γονιμότητας ωφελούνται εξαιρετικά από την εφαρμογή ποιοτικής φροντίδας ανεξαρτήτως του μεγέθους τους ή του αν είναι δημόσια ή ιδιωτικά. Ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας καθιστά γνωστό τον τρόπο διεκπεραίωσης των διαδικασιών καθώς και οι ρόλοι και οι υπευθυνότητες ορίζονται ξεκάθαρα (Bento & Esteves, 2016).

Στο ερευνητικό ερώτημα για το αν οι άντρες και οι γυναίκες αξιολογούν ως σημαντικές τις ίδιες πτυχές της φροντίδας σε πρόγραμμα βελτίωσης γονιμότητας, βρέθηκε ότι η ιατρική φροντίδα και η πληροφόρηση μετά τη θεραπεία είναι οι τομείς με το υψηλότερο σκορ και στα δυο φύλλα (Herborg Holter et al., 2014).

#### 4.2 Ποιότητα και Ικανοποίηση ασθενών στον Τομέα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Πολυάριθμες έρευνες έχουν διενεργηθεί διεθνώς για την εκτίμηση ικανοποίησης ασθενών και τη σχέση της με την ποιότητα. Ο Dancet και η ομάδα του, σε κέντρο γονιμότητας του Βελγίου, αναγνωρίζουν ότι για την ποιότητα της φροντίδας είναι πολύ σημαντική η προσέγγιση με κέντρο τον ασθενή. Η εκτενής ερευνητική ανασκόπηση σε 51 επιλεγμένες έρευνες ικανοποίησης ασθενών που πραγματοποίησαν, δηλώνει ότι οι υπογόνιμοι ασθενείς εκτός από την ανάγκη τους για ιατρική φροντίδα έχουν και ‘ανθρώπινες ανάγκες’, όπως σεβασμός, ώρα αναμονής πρώτου ραντεβού, προσωποποιημένη φροντίδα, πληροφορίες, συμμετοχή στις αποφάσεις, συναισθηματική υποστήριξη, χρόνος για συζήτηση, γενική πληροφόρηση, ικανότητες επικοινωνίας, στάση διοικητικού προσωπικού, συμμετοχή συνοδού, ποιότητα συμβουλευτικής (Dancet et al., 2010).



Ο ίδιος ερευνητής με διαφορετική ομάδα συνεργατών οργάνωσε 14 γκρουπ ασθενών από δύο ευρωπαϊκές χώρες για να ερευνήσει την θετική ή αρνητική εμπειρία των ασθενών κατά τη διάρκεια της φροντίδας υπογονιμότητας. Ημελέτη περιγράφει τις 10 διαστάσεις της έννοιας ‘ασθενοκεντρική φροντίδα ασθενούς’ σε κέντρο γονιμότητας. Τα κέντρα ενθαρρύνονται να βελτιώσουν την ασθενοκεντρική φροντίδα τους λαμβάνοντας υπόψη την λεπτομερή περιγραφή των διαστάσεων της ανωτέρω φροντίδας και δίνοντας προσοχή στους ανθρώπινους παράγοντες και τους παράγοντες του συστήματος καθώς επίσης στην αλληλεπίδρασή τους (Dancet et al., 2011).

Ένας σημαντικός παράγοντας στην αξιολόγηση των θεραπειών γονιμότητας καθώς και άλλων ιατρικών παρεμβάσεων είναι η ικανοποίηση του ασθενούς. Μέσω των αποτελεσμάτων ικανοποίησης ο επαγγελματίας υγείας κατανοεί καλύτερα τις πραγματικές ανάγκες τις επιθυμίες και τις προτεραιότητες του ασθενούς (Gonen, 2016).

Πολλές μελέτες συγκρίνουν τα αποτελέσματα ερωτηματολογίου των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών για τη σημασία των διαφορετικών προσεγγίσεων της φροντίδας. Έχει αποδειχτεί ότι οι επαγγελματίες υγείας υποτιμούν σημαντικά την προτεραιότητα των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα που επιθυμούν να έχουν όπως η υπευθυνότητα, η συνέχεια της φροντίδας, η συμμετοχή στις αποφάσεις και η διαθεσιμότητα της κλινικής. Τα παραπάνω αποτελέσματα θα δώσουν στους επαγγελματίες υγείας επιπρόσθετες γνώσεις όταν προτεραιοποιούν τους τομείς που πρέπει να αναπτύξουν για να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας σε συνεργασία με τους ασθενείς τους (Herborg Holter et al., 2017).

Ο πιο σημαντικός δείκτης για την ποιότητα της φροντίδας έχει δείχθει ότι είναι η ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, σε πολλούς τομείς της υγείας και πέρα από αυτόν της υπογονιμότητας (Grigorescu et al., n.d.), (Lyu et al., 2013), (Boudreaux et al., 2003), (Arnetz & Arnetz, 1996).

#### 4.3 Σκοπός-Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών σε Δημόσια Στρατιωτική Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (MIYA) του Ν. Αττικής και η απόδειξη εκ των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου πως η αυξημένη βαθμολογία της ικανοποίησης αποτελεί δείκτη ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

### Επιμέρους Στόχοι:

- ✓ Η αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών και η ανάλυσή της θα αναδείξει τυχόν προβλήματα που υπάρχουν στην οργάνωση και λειτουργία της ΜΙΥΑ, στις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές/μαιευτικές και διοικητικές υπηρεσίες καθώς και στην κτιριακή υποδομή και θα γίνουν ενέργειες βελτίωσής τους.
- ✓ Επιπρόσθετα, θα αποτελέσει μεθοδολογικό εργαλείο για τη διοίκηση του νοσοκομείου στο έργο της αναβάθμισης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας προκειμένου να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών.
- ✓ Επιπλέον στόχος ορίζεται η εξέταση του βαθμού συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων του δείγματος με τις επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ΜΙΥΑ.

## **Ειδικό Μέρος**

### Μεθοδολογία -Αποτελέσματα- Συζήτηση

## Μεθοδολογία

### 1. Δείγμα και διάρκεια έρευνας

Για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκε δείγμα 184 ατόμων (146 γυναίκες, 38 άντρες) δικαιούχοι νοσηλείας στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και αφορά άτομα από γενικό πληθυσμό Αθηνών και Επαρχίας που συμμετείχαν σε πρόγραμμα θεραπείας υπογονιμότητας σε Δημόσια Στρατιωτική Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΜΙΥΑ) νομού Αττικής, από τον Απρίλιο του 2019 έως τον Ιανουάριο του 2020. Στα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων τα ζευγάρια τα οποία βρίσκονται στη διαδικασία της IVF ή ICSI, και συγκεκριμένα μετά τη διενέργεια της ωοληψίας και πριν την αναχώρηση από τη μονάδα. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν πολύ υψηλό (92%) καθώς από τα 200 ερωτηματολόγια που δόθηκαν τα 184 ήταν πλήρως συμπληρωμένα. Ο τύπος της έρευνας είναι Προοπτική Περιγραφική Μελέτη. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 22.0.

### 2. Χώρος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (ΜΙΥΑ/ΝΝΑ) το οποίο είναι Δημόσιο Στρατιωτικό Νοσοκομείο. Οι δικαιούχοι οι οποίοι έχουν πρόσβαση νοσηλείας είναι οι ένστολοι των Ενόπλων Δυνάμεων (Στρατό Ξηράς, Πολεμική Αεροπορία, Πολεμικό Ναυτικό) και των Σωμάτων Ασφαλείας (Λιμενικό Σώμα, Ελληνική Αστυνομία και Πυροσβεστικό Σώμα) καθώς και τα μέλη οικογενείας τους. Η ΜΙΥΑ/ΝΝΑ είναι μια από τις 5 Δημόσιες Μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής της Αθήνας και η μοναδική που εδράζεται σε Στρατιωτικό Νοσοκομείο της Ελλάδος.

### 3. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για την υλοποίηση της παρούσας ποσοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών του Υπουργείου Υγείας, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες δημοσίων νοσοκομείων (Ξημεράκη et al., 2015), (Ενγίριδου, 2014). Στο ερωτηματολόγιο έγινε μικρή τροποποίηση για το αντικείμενο της συγκεκριμένης Μονάδας Υπογονιμότητας. Το σχέδιο του ερωτηματολογίου επιμελήθηκε ομάδα νοσηλευτών και μαιών της ΜΙΥΑ και δοκιμάστηκε αρχικά σε μικρό δείγμα ασθενών της μονάδας για να διαπιστωθούν

τυχόν παρερμηνείες στις ερωτήσεις καθώς και η κατανόηση των ερωτήσεων από όλες τις ομάδες πληθυσμού που είναι δικαιούχοι της ΜΠΥΑ.

Το τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελεί τυποποιημένο μη ειδικό εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης. Οι πρώτες 5 ερωτήσεις αφορούν σε δημογραφικά στοιχεία του δείγματος όπως φύλο, ηλικία, σχέση με Ένοπλες Δυνάμεις και Σώματα Ασφαλείας, ιθαγένεια/υπηκοότητα και επίπεδο εκπαίδευσης. Η αξιολόγηση που αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών έγινε με τριάντα δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου σε 7 τομείς οι οποίοι έχει αποδειχτεί στη βιβλιογραφία ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών:

- ✓ Υποδοχή – Περιβάλλον εννέα ερωτήσεις
- ✓ Ταχύτητα Εξυπηρέτησης τέσσερις ερωτήσεις
- ✓ Κλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις δύο ερωτήσεις
- ✓ Εντυπώσεις από την Ιατρική Φροντίδα πέντε ερωτήσεις
- ✓ Εντυπώσεις από την Νοσηλευτική-Μαιευτική Φροντίδα τέσσερις ερωτήσεις
- ✓ Διοικητικές Υπηρεσίες τρεις ερωτήσεις
- ✓ Γενική Εξυπηρέτηση πέντε ερωτήσεις

Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται με ερωτήσεις για τη συνολική αξιολόγηση της μονάδας, για το αν θα επέλεγαν ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα, για το αν θα τη συστήσουν σε συγγενείς και φίλους, καθώς και με ερώτηση ανοιχτού τύπου για να δοθεί η δυνατότητα στους ερωτηθέντες να εκφράσουν ελεύθερα την άποψή τους.

Οι απαντήσεις δόθηκαν σύμφωνα με 5-βαθμη κλίμακα Likert με διαβαθμίσεις των απαντήσεων από κακές εντυπώσεις έως πολύ καλές και Οπτική Αναλογική κλίμακα VAS.

Η κλίμακα Likert, χρησιμοποιείται από τους ερευνητές επειδή γίνεται εύκολα κατανοητή από τους ερωτώμενους και εξασφαλίζει αμεροληψία. Επιτρέπει στους ερωτηθέντες να επιλέξουν από ένα γραμμικό σύνολο απαντήσεων που αυξάνουν ή μειώνουν την ένταση. Είναι μια κλίμακα κλειστής επιλογής, που επιτρέπει στον ερευνητή να συλλέξει δεδομένα που παρέχουν αποχρώσεις και πληροφορίες για τις απόψεις των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που συλλέγονται είναι ποσοτικά και μπορούν εύκολα να αναλυθούν στατιστικά.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας ατου Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου, οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

#### 4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο και η μελέτη, έπειτα από αίτημα διενέργειας της έρευνας, εγκρίθηκαν από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών το 2018, το οποίο χορήγησε σχετική άδεια για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με απόλυτη εμπιστευτικότητα από τους ίδιους τους ασθενείς μετά τη διενέργεια της ωοληψίας της λίγο πριν την αποχώρησή της γυναίκας από τη ΜΙΥΑ. Κάποια από τα ερωτηματολόγια δόθηκαν και στους συζύγους την ίδια χρονική στιγμή. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαινόταν κατά μέσο όρο από 8 έως 10λεπτά.

#### 5. Ηθική και Δεοντολογία της έρευνας

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την ερευνήτρια κατόπιν ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με την ανωνυμία και την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων, το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, τον εθελοντικό χαρακτήρα καθώς και το γεγονός ότι τα αποτελέσματα θα βελτιώσουν την παροχή υπηρεσιών της μονάδας. Τονίστηκε επίσης ότι η μη συμμετοχή στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν θα επηρεάσει την κλινική φροντίδα του υπογόνιμου ζεύγους.

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης. Η ερευνήτρια βρισκόταν στο χώρο διακριτικά καθ' όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για τυχόν απορίες και διευκρινήσεις.

#### 6. Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis.

Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $0.05/k$  ( $k$ = αριθμός των συγκρίσεων).

Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ).

Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0.1 έως 0.3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0.31 έως 0.5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0.5.

Για την διερεύνηση της δομής του ερωτηματολογίου ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε “factor analysis” (*Rotation Method: Oblimin*).

Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα δομής του ερωτηματολογίου υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των παραγόντων όπως προέκυψαν από την “factor analysis”.

Για τη σύγκριση μεταξύ των βαθμολογιών ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon-signed ranktest.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 184 άτομα με μέση ηλικία τα 37 έτη (SD=4.2 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	146	79,3
	Ανδρας	38	20,7
<b>Ιθαγένεια / Υπηκοότητα</b>	Ελληνική	176	95,7
	Άλλη	8	4,3
<b>παρακαλώ σημειώστε</b>	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1	0,5
	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΝΗ	1	0,5
	ΓΕΩΡΓΙΑΝΗ	1	0,5
	ΙΤΑΛΙΚΗ	2	1,1
	ΚΥΠΡΙΑΚΗ	1	0,5
	ΡΩΣΙΚΗ	1	0,5
	ΦΙΛΙΠΠΙΝΕΖΙΚΗ	1	0,5
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	μέχρι 3η Γυμνασίου	0	0,0
	απόφοιτος Λυκείου	59	32,4
	Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ	101	55,5
	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ή Διδακτορικό	22	12,1

Το 79.3% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 95.7% ήταν Έλληνες. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν πτυχιούχοι πανεπιστημίου ή ΤΕΙ με το ποσοστό να είναι 55.5%.



Η σχέση των συμμετεχόντων με τις Ένοπλες Δυνάμεις / τα Σώματα Ασφαλείας δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Σχέση συμμετεχόντων με τις Ένοπλες Δυνάμεις

Σώμα	N	%
Ε.Ε. Λιμενικό Σώμα	21	11,4
Ε.Ε. Πολεμική Αεροπορία	7	3,8
Ε.Ε. Πολεμικό Ναυτικό	34	18,5
Ε.Ε. Πυροσβεστικό Σώμα	4	2,2
Ε.Ε. Στρατός Ξηράς	16	8,7
Ε.Ε. Ελληνική Αστυνομία	12	6,5
ΜΕΛΟΣ Πολεμικό Ναυτικό	30	16,3
ΜΕΛΟΣ Ελληνική Αστυνομία	8	4,3
ΜΕΛΟΣ Στρατός Ξηράς	27	14,7
ΜΕΛΟΣ Πολεμική Αεροπορία	5	2,7
ΜΕΛΟΣ Πυροσβεστικό Σώμα	1	0,5
ΜΕΛΟΣ Λιμενικό Σώμα	19	10,3

Το 18.5% των συμμετεχόντων ήταν Ε.Ε. Πολεμικό Ναυτικό, το 16.3% ήταν μέλη Πολεμικού Ναυτικού και το 14.7% ήταν μέλη στρατού ξηράς.

## Ικανοποίηση συμμετεχόντων

Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την υποδοχή και το περιβάλλον δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

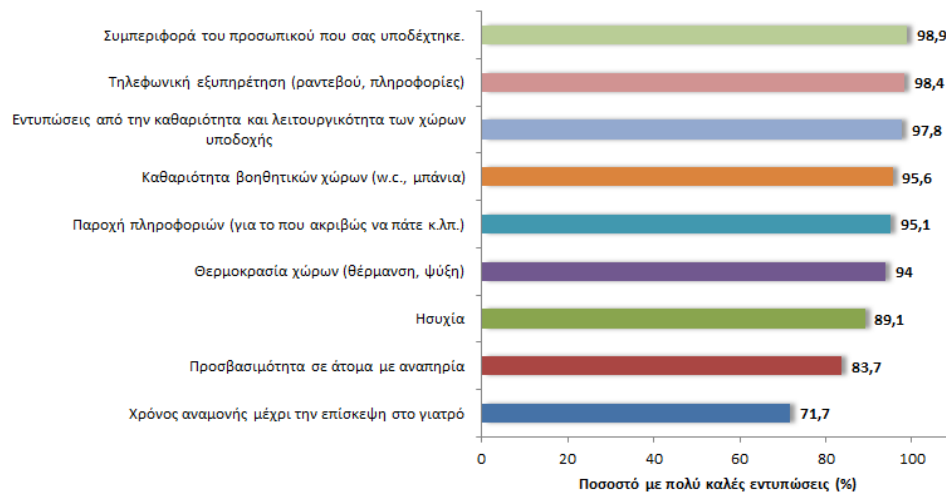
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από την υποδοχή και το περιβάλλον

ΥΠΟΔΟΧΗ - ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	181 (98,4)
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)	182 (98,9)
Χρόνος αναμονής μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό	0 (0)	2 (1,1)	13 (7,1)	37 (20,1)	132 (71,7)
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε κ.λπ.)	0 (0)	1 (0,5)	2 (1,1)	6 (3,3)	175 (95,1)
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,2)	180 (97,8)
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση, ψύξη)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (6)	173 (94)
Ήσυχία	0 (0)	0 (0)	5 (2,7)	15 (8,2)	163 (89,1)
Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (w.c., μπάνια)	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,5)	6 (3,3)	175 (95,6)
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	0 (0)	0 (0)	2 (1,2)	25 (15,1)	139 (83,7)

Τα ποσοστά πολύ υψηλής ικανοποίησης από την υποδοχή και το περιβάλλον κυμαίνονταν από 71.7% μέχρι 98.4%. Συγκεκριμένα, το 71.7% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από το χρόνο αναμονής μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό και το 98.4% ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από τα στοιχεία της υποδοχής και του περιβάλλοντος, με φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Ποσοστά ικανοποίησης συμμετεχόντων από τα στοιχεία της υποδοχής και του περιβάλλοντος



Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

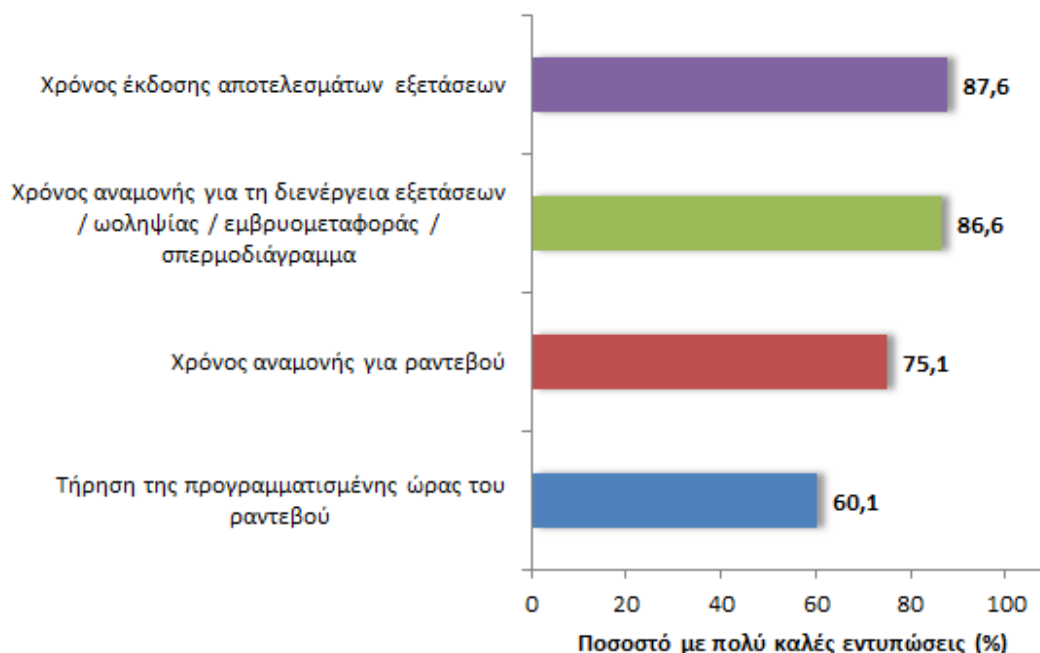
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης

ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Χρόνος αναμονής για ραντεβού	1 (0,6)	2 (1,1)	10 (5,5)	32 (17,7)	136 (75,1)
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού	3 (1,6)	3 (1,6)	17 (9,3)	50 (27,3)	110 (60,1)
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων / ωοληψίας / εμβρυομεταφοράς / σπερμοδιάγραμμα	0 (0)	0 (0)	6 (3,4)	18 (10,1)	155 (86,6)
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων	0 (0)	0 (0)	4 (2,3)	18 (10,2)	155 (87,6)

Τα ποσοστά πολύ υψηλής ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης κυμαίνονταν από 60.1% μέχρι 87.6%. Συγκεκριμένα, το 60.1% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από την τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού και το 87.6% ήταν πολύ ικανοποιημένο από το χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, με φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Ποσοστά συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης



Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις κλινικές-εργαστηριακές εξετάσεις δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

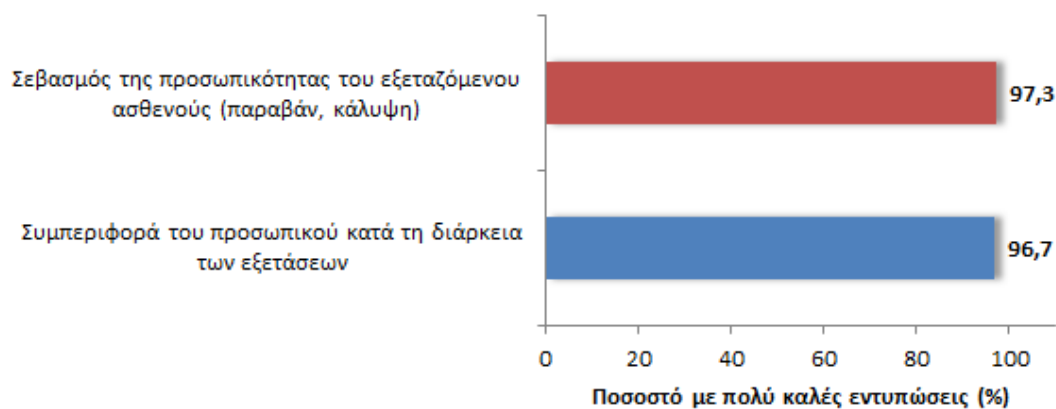
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από τις κλινικές-εργαστηριακές εξετάσεις

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (3,3)	177 (96,7)
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς (παραβάν, κάλυψη)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (2,7)	178 (97,3)

Το 96.7% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων και το 97.3% ήταν πολύ ικανοποιημένο από το σεβασμό της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από τα στοιχεία των κλινικών-εργαστηριακών εξετάσεων, με φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Ποσοστά ικανοποίησης συμμετεχόντων από τις κλινικές-εργαστηριακές εξετάσεις



Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ιατρική φροντίδα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από την ιατρική φροντίδα

ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,2)	179 (97,8)
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)	181 (98,9)
Ψυχολογική υποστήριξη από τους γιατρούς	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)	9 (4,9)	172 (94)
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας σας	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (3,8)	176 (96,2)
Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)	179 (98,9)

Τα ποσοστά πολύ υψηλής ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα κυμαίνονταν από 94.0% μέχρι 98.9%. Συγκεκριμένα, το 94.0% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από την ψυχολογική υποστήριξη από τους γιατρούς και το 98.9% ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά των ιατρών και τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από τα στοιχεία της ιατρικής φροντίδας, με φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Ποσοστά Ικανοποίησης συμμετεχόντων από την ιατρική φροντίδα



Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα

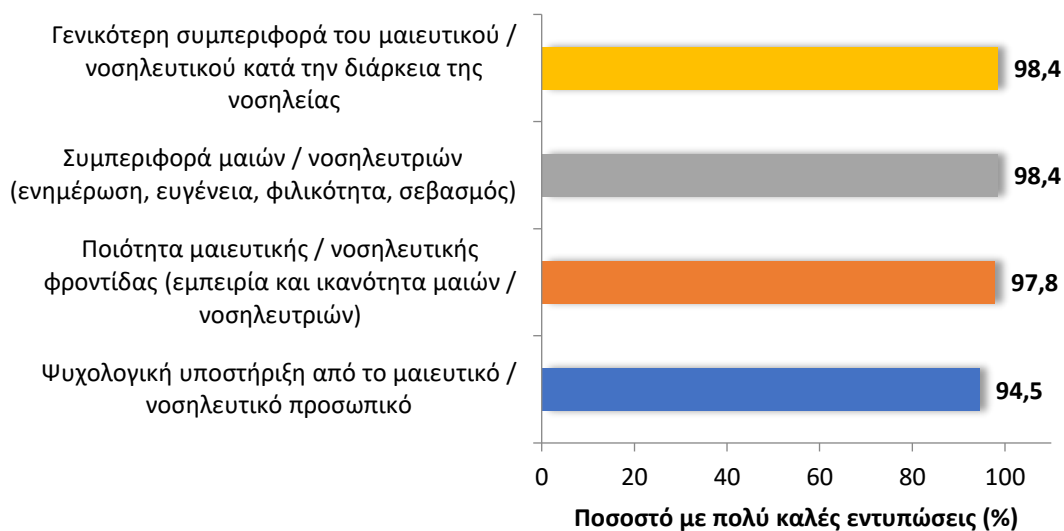
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Ποιότητα μαιευτικής / νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα μαιών / νοσηλευτριών)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,2)	177 (97,8)
Ψυχολογική υποστήριξη από το μαιευτικό / νοσηλευτικό προσωπικό	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	7 (3,8)	172 (94,5)
Συμπεριφορά μαιών / νοσηλευτριών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	179 (98,4)
Γενικότερη συμπεριφορά του μαιευτικού / νοσηλευτικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	179 (98,4)

Τα ποσοστά πολύ υψηλής ικανοποίησης από τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα κυμαίνονταν από 94.5% μέχρι 98.4%. Συγκεκριμένα, το 94.5% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από την ψυχολογική υποστήριξη από το μαιευτικό / νοσηλευτικό προσωπικό και το 98.4% ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά μαιών / νοσηλευτριών και τη γενικότερη συμπεριφορά του μαιευτικού / νοσηλευτικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από τα στοιχεία της μαιευτικής/νοσηλευτικής φροντίδας, με φθίνουσα σειρά.



ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Ποσοστά Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα



Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις διοικητικές υπηρεσίες δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

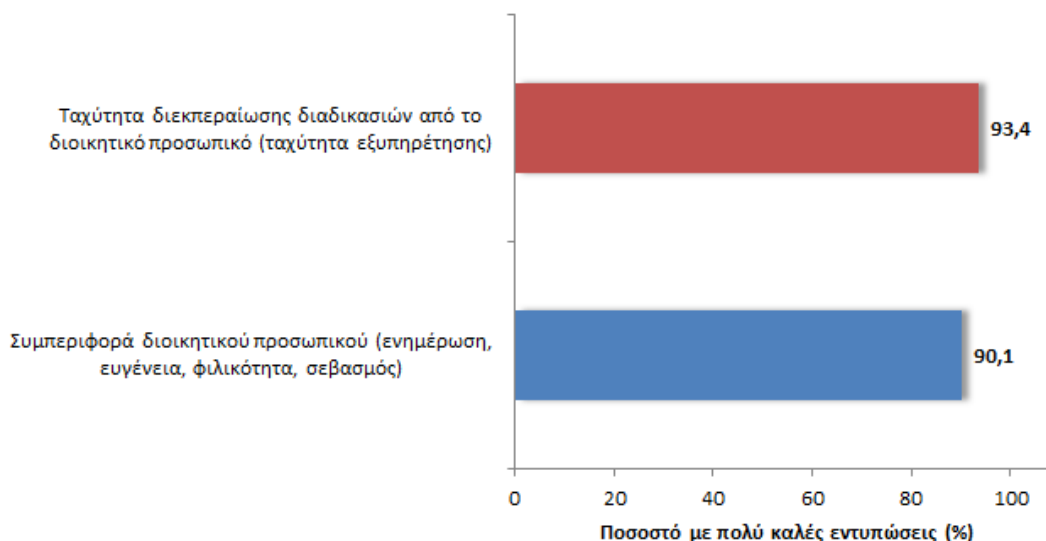
ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από τις διοικητικές υπηρεσίες

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)	0 (0)	0 (0)	3 (1,6)	15 (8,2)	164 (90,1)
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)	11 (6,1)	169 (93,4)

Το 90.1% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού και το 93.4% ήταν πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από τα στοιχεία των διοικητικών υπηρεσιών, με φθίνουσα σειρά.

Γράφημα 6. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από τις διοικητικές υπηρεσίες



Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη γενική εξυπηρέτηση δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

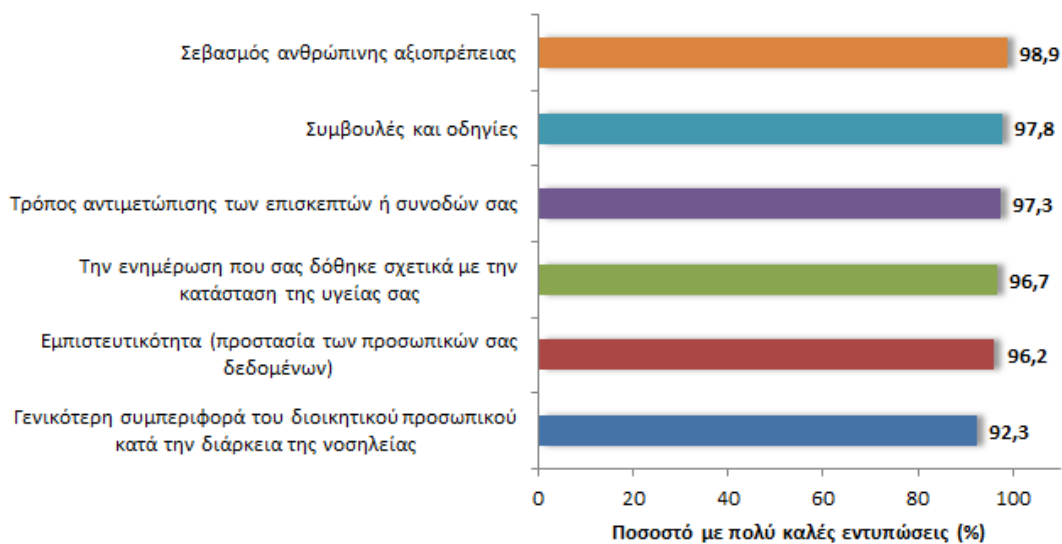
Πίνακας 9. Ποσοστό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη γενική εξυπηρέτηση

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Εντυπώσεις από:</b>					
Γενικότερη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	13 (7,1)	169 (92,3)
Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (2,7)	178 (97,3)
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών σας δεδομένων)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	6 (3,3)	176 (96,2)
Συμβουλές και οδηγίες	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (2,2)	178 (97,8)
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (3,3)	177 (96,7)
Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,1)	181 (98,9)

Τα ποσοστά πολύ υψηλής ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση κυμαίνονταν από 92.3% μέχρι 98.9%. Συγκεκριμένα, το 92.3% των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη γενικότερη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας και το 98.9% ήταν πολύ ικανοποιημένο από το σεβασμό ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με πολύ καλές εντυπώσεις από τα στοιχεία της γενικής εξυπηρέτησης, με φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Ποσοστό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη γενική εξυπηρέτηση



Στη συνέχεια δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη 10βαθμια κλίμακα συνολικής αξιολόγησης της μονάδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Συνολική αξιολόγηση της μονάδας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
<b>Συνολική αξιολόγηση της μονάδας</b>	7	10	9,7 (0,6)	10 (9 - 10)

Η βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης της μονάδας κυμαινόταν από 7 μέχρι 10 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 9.7 μονάδες (SD=0.6 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ερωτήσεις σχετικά με την επανεπιλογή της μονάδας ή τη σύστασή της σε φίλους/συγγενείς των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Επανεπιλογή της μονάδας ή τη σύστασή της σε φίλους/συγγενείς

	Σίγουρα όχι	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Σίγουρα ναι
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στη Μονάδα μας</b>	0 (0)	0 (0)	11 (6,2)	166 (93,8)
<b>Θα συστήνατε τη Μονάδα μας στους φίλους και στην οικογένειά σας</b>	0 (0)	1 (0,6)	8 (4,5)	168 (94,9)

Το 93.8% θα επέλεγε σίγουρα ξανά τη μονάδα και το 94.9% θα τη σύστηνε σίγουρα σε φίλους και συγγενείς.

Βάσει της factor ανάλυσης με τη μέθοδο PrincipalComponent (RotationMethod: Oblimin), οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 7 παράγοντες. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Factor ανάλυσης με τη μέθοδο Principal Component

	Υποδοχή - περιβάλλον	Ταχύτητα εξυπηρέτησης	Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	Εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα	Εντυπώσεις από τη μαιευτική / νοσηλευτική φροντίδα	Διοικητικές υπηρεσίες	Γενική εξυπηρέτηση
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες)	0,81						
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.	0,73						
Χρόνος αναμονής μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό	0,79						
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε κ.λπ.)	0,47						
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής							
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση, ψύξη)	0,67						
Ησυχία	0,58						
Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (w.c., μπάνια)	0,86						
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	0,50						
Χρόνος αναμονής για ραντεβού		0,66					
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού		0,78					
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων / ωοληψίας / εμβρυομεταφοράς / σπερμοδιάγραμμα		0,62					
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων		0,60					
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων			0,68				
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς (παραβάν, κάλυψη)			0,67				
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών)				0,40			
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)				0,82			
Ψυχολογική υποστήριξη από τους γιατρούς				0,40			
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας σας				0,63			
Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων							
Ποιότητα μαιευτικής / νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα μαιών / νοσηλευτριών)					0,77		
Ψυχολογική υποστήριξη από το μαιευτικό / νοσηλευτικό προσωπικό							

Συμπεριφορά μαιών / νοσηλευτριών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)					0,92		
Γενικότερη συμπεριφορά του μαιευτικού / νοσηλευτικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας					0,74		
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)						0,61	
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης)						0,55	
Γενικότερη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας						0,72	
Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας							0,41
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών σας δεδομένων)							0,66
Συμβουλές και οδηγίες							0,88
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας							0,80
Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας							0,82
<b>% Μεταβλητότητας που εξηγούν</b>	<b>7,8</b>	<b>9,7</b>	<b>11</b>	<b>7,4</b>	<b>7,1</b>	<b>9,5</b>	<b>14,5</b>

Ο παράγοντας «Υποδοχή -περιβάλλον» εξηγούσε το 7.8% της μεταβλητότητας, ο παράγοντας «Ταχύτητα εξυπηρέτησης» το 9.7%, ο παράγοντας «Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις» το 11%, ο παράγοντας «Έντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα» εξηγούσε το 7.4% της μεταβλητότητας, ο παράγοντας «Έντυπώσεις από τη μαιευτική / νοσηλευτική φροντίδα» το 7.1%, ο παράγοντας «Διοικητικές υπηρεσίες» το 9.5% και ο παράγοντας «Γενική εξυπηρέτηση» το 14.5% της μεταβλητότητας. Συνολικά το 67.0% της μεταβλητότητας εξηγείται από τους 7 παράγοντες. Οι ερωτήσεις «Έντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής», «Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων» και «Ψυχολογική υποστήριξη από το μαιευτικό / νοσηλευτικό προσωπικό» είχαν φόρτωση κάτω του αποδεκτού ορίου (0.3), οπότε δεν συμπεριλήφθηκαν σε κάποιον παράγοντα. Οι φορτώσεις κυμαίνονταν από 0.40 μέχρι 0.92.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις κάθε παράγοντα, το άθροισμα μετατράπηκε σε ποσοστιαία κλίμακα και έτσι προέκυψαν οι βαθμολογίες που περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα. Οι βαθμολογίες μπορούν να πάρουν τιμές από 0% έως 100%. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Συνολική ικανοποίηση για κάθε παράγοντα

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Ικανοποίηση από υποδοχή/ περιβάλλον	71,9	100,0	97,2 (4,4)	100 (96,4 – 100)	0,70
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	37,5	100,0	92,1 (11,4)	100 (87,5 – 100)	0,69
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	75,0	100,0	99,2 (3,5)	100 (100 – 100)	0,71
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	75,0	100,0	99,1 (3,2)	100 (100 – 100)	0,74
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	75,0	100,0	99,5 (2,9)	100 (100 – 100)	0,81
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	58,3	100,0	97,7 (6,9)	100 (100 – 100)	0,82
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	80,0	100,0	99,3 (2,9)	100 (100 – 100)	0,72
<b>Συνολική ικανοποίηση</b>	<b>81,3</b>	<b>100,0</b>	<b>97,6 (3,5)</b>	<b>99,1 (96,4 – 100)</b>	<b>0,82</b>

Η βαθμολογία ικανοποίησης από την υποδοχή/ το περιβάλλον κυμαινόταν από 71.9% μέχρι 100%, με τη διάμεση τιμή να είναι 100% (ενδ. εύρος: 96.4% - 100%). Η βαθμολογία ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης κυμαινόταν από 37.5% μέχρι 100%, με τη διάμεση τιμή να είναι 100% (ενδ. εύρος: 87.5% - 100%). Οι βαθμολογίες ικανοποίησης από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, από την ιατρική φροντίδα και από τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα κυμαίνονταν από 75% μέχρι 100%, με τη διάμεση τιμή να είναι 100% (ενδ. εύρος: 100% - 100%). Η βαθμολογία ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες κυμαινόταν από 58,3% μέχρι 100%, με τη διάμεση τιμή να είναι 100% (ενδ. εύρος: 100% - 100%) και η βαθμολογία ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση κυμαινόταν από 80% μέχρι 100%, με τη διάμεση τιμή να είναι 100% (ενδ. εύρος: 100% - 100%). Η συνολική βαθμολογία ικανοποίησης κυμαινόταν από 81.3% μέχρι 100%, με τη διάμεση τιμή να είναι 99.1% (ενδ. εύρος: 96.4% - 100%).

Οι συντελεστές αξιοπιστίας *a* του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου, οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Όταν συγκρίθηκαν οι βαθμολογίες ικανοποίησης μεταξύ τους βρέθηκαν τα εξής:

- Η ικανοποίηση από την ταχύτητα εξυπηρέτησης ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την ικανοποίηση από την υποδοχή/ το περιβάλλον ( $p < 0.001$ ), τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις ( $p < 0.001$ ), την ιατρική φροντίδα ( $p < 0.001$ ), τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα ( $p < 0.001$ ), τις διοικητικές υπηρεσίες ( $p < 0.001$ ) και τη γενική εξυπηρέτηση ( $p < 0.001$ ).
- Η ικανοποίηση από την υποδοχή/ το περιβάλλον ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την ικανοποίηση από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις ( $p < 0.001$ ), την ιατρική φροντίδα ( $p < 0.001$ ), τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα ( $p < 0.001$ ), τις διοικητικές υπηρεσίες ( $p = 0.007$ ) και τη γενική εξυπηρέτηση ( $p < 0.001$ ).
- Η ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την ικανοποίηση από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις ( $p = 0.009$ ), την ιατρική φροντίδα ( $p = 0.003$ ), τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα ( $p < 0.001$ ) και τη γενική εξυπηρέτηση ( $p = 0.004$ ).
- Η ικανοποίηση από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, την ιατρική φροντίδα, τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα και τη γενική εξυπηρέτηση ήταν σε παρόμοια επίπεδα ( $p > 0.05$ ).



## Συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών ικανοποίησης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των βαθμολογιών ικανοποίησης από τους διάφορους τομείς και συνολικά.

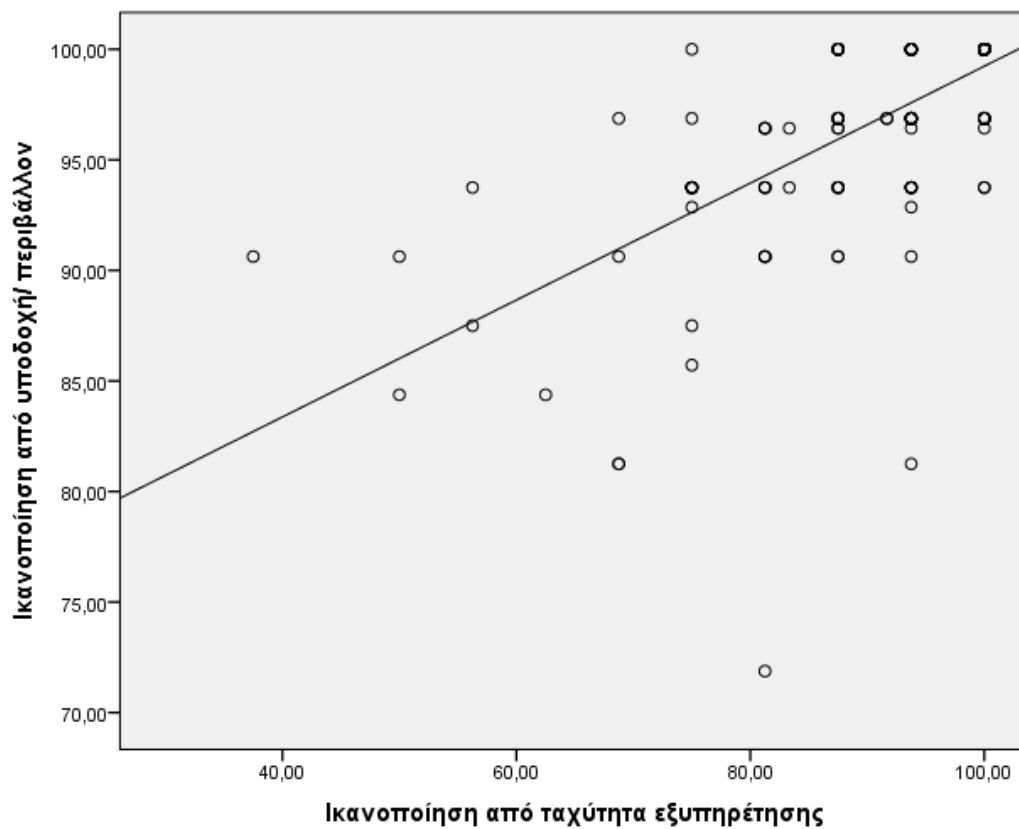
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman

		Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	Συνολική ικανοποίηση
Ικανοποίηση από υποδοχή/περιβάλλον	r	0,75	0,15	0,39	0,18	0,31	0,36	0,86
	P	<0,001	0,039	<0,001	0,017	<0,001	<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	r	1,00	0,17	0,38	0,21	0,33	0,27	0,92
	P		0,022	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	r		1,00	0,27	0,24	0,13	0,05	0,26
	P			<0,001	0,001	0,077	0,535	<0,001
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	r			1,00	0,04	0,21	0,24	0,43
	P				0,575	0,004	0,001	<0,001
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	r				1,00	0,29	0,08	0,26
	P					<0,001	0,268	0,001
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	r					1,00	0,35	0,48
	P						<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	r						1,00	0,38
	P							<0,001

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των βαθμολογιών ικανοποίησης. Οπότε όσο περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν οι συμμετέχοντες σε έναν τομέα τόσο περισσότερο ήταν και στους υπόλοιπους και συνολικά.

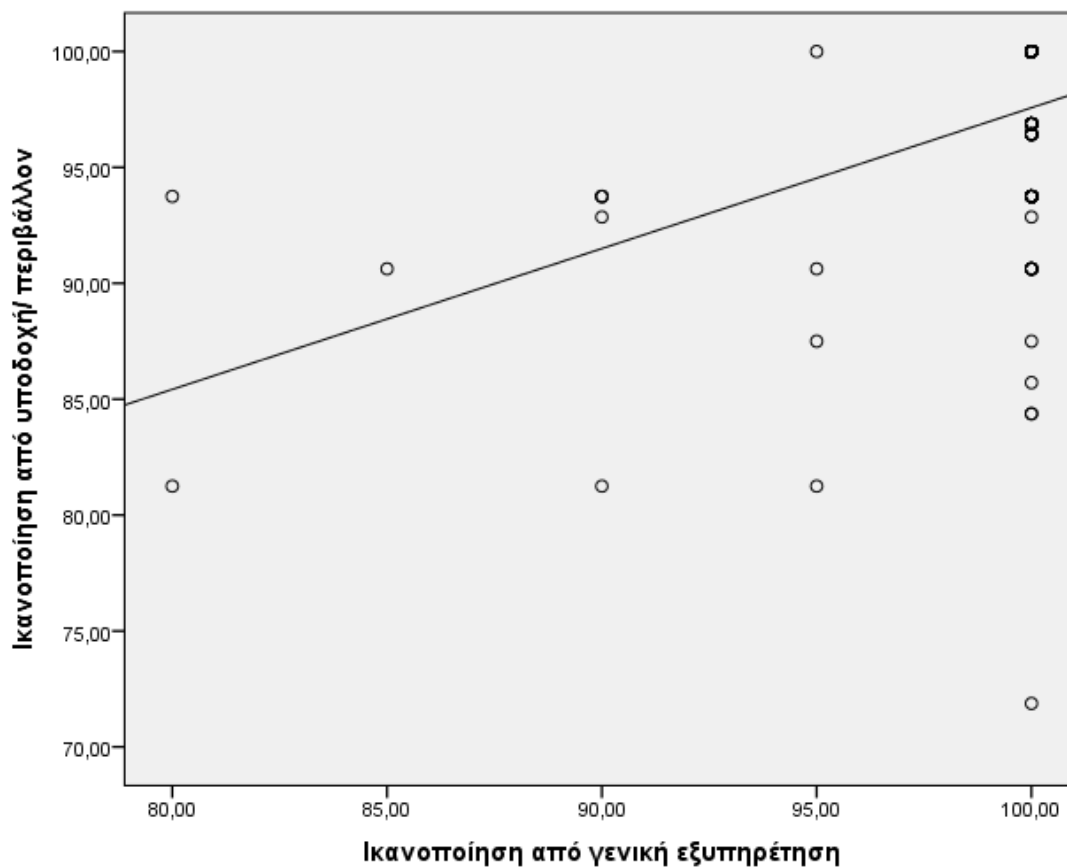
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την υποδοχή/ το περιβάλλον.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8. Συσχέτιση της ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την υποδοχή/ το περιβάλλον



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της ικανοποίησης από την γενική εξυπηρέτηση και την υποδοχή/ το περιβάλλον.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Συσχέτιση ικανοποίησης από την γενική εξυπηρέτηση και την υποδοχή/ το περιβάλλον.



## Συσχέτιση των βαθμολογιών ικανοποίησης με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο τους.

	Φύλο				P Mann-Whitney test
	Γυναίκα		Ανδρας		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Ικανοποίηση από υποδοχή/περιβάλλον	97,2 (4,3)	100 (96,4 – 100)	97,2 (5)	100 (96,4 – 100)	0,900
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	91,5 (11,7)	93,8 (87,5 – 100)	94,5 (9,9)	100 (93,8 – 100)	0,064
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	99,3 (3,2)	100 (100 – 100)	99 (4,5)	100 (100 – 100)	0,894
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	99,1 (3,3)	100 (100 – 100)	99,2 (3)	100 (100 – 100)	0,771
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	99,7 (2,4)	100 (100 – 100)	99,1 (4,2)	100 (100 – 100)	0,440
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	97,7 (6,8)	100 (100 – 100)	97,8 (7,2)	100 (100 – 100)	0,641
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	99,3 (3,1)	100 (100 – 100)	99,5 (2,3)	100 (100 – 100)	0,724
Συνολική ικανοποίηση	97,5 (3,5)	99,1 (96,4 – 100)	97,9 (3,5)	99,6 (96,6 – 100)	0,361

Παρόμοια ήταν η ικανοποίηση αντρών και γυναικών σε όλους τους τομείς αλλά και συνολικά.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με την ιθαγένειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με την ιθαγένειά τους

	Ιθαγένεια / Υπηκοότητα				P Mann-Whitney test
	Ελληνική		Άλλη		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Ικανοποίηση από υποδοχή/ περιβάλλον	97,1 (4,5)	100 (95,1 – 100)	98,7 (2,7)	100 (98,2 – 100)	0,361
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	92 (11,6)	100 (87,5 – 100)	96,1 (5,7)	100 (90,6 – 100)	0,396
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	99,2 (3,6)	100 (100 – 100)	100 (0)	100 (100 – 100)	0,512
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	99,1 (3,3)	100 (100 – 100)	100 (0)	100 (100 – 100)	0,357
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	99,5 (2,9)	100 (100 – 100)	100 (0)	100 (100 – 100)	0,594
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	97,6 (7)	100 (100 – 100)	100 (0)	100 (100 – 100)	0,264
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	99,3 (3)	100 (100 – 100)	100 (0)	100 (100 – 100)	0,445
<b>Συνολική ικανοποίηση</b>	<b>97,5 (3,5)</b>	<b>99,1 (96,4 – 100)</b>	<b>99,1 (1,3)</b>	<b>100 (97,8 – 100)</b>	<b>0,211</b>

Παρόμοια ήταν η ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανεξάρτητα από την ιθαγένειά τους σε όλους τους τομείς αλλά και συνολικά.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

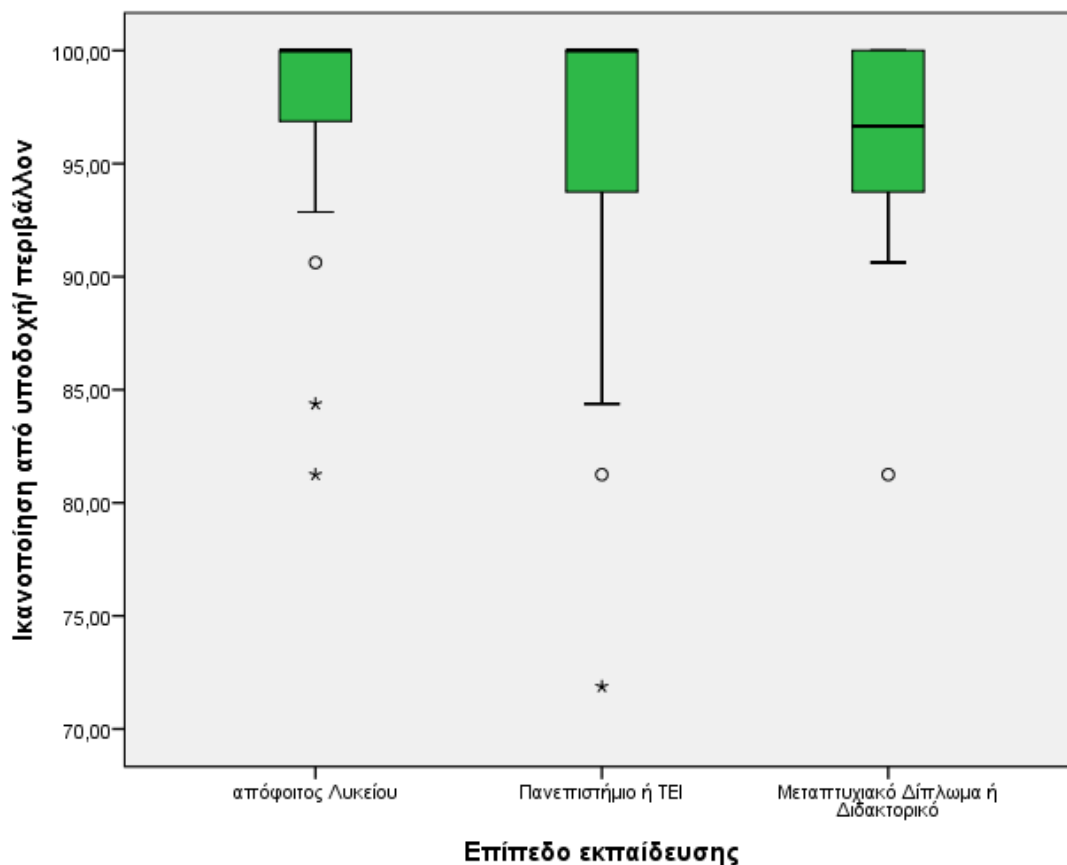
ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο

	Επίπεδο εκπαίδευσης						P Kruskal- Wallis test
	απόφοιτος Λυκείου		Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ		Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ή Διδακτορικό		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Ικανοποίηση από υποδοχή/ περιβάλλον	97,9 (3,8)	100 (96,9 – 100)	97,1 (4,7)	100 (93,8 – 100)	95,5 (4,5)	96,7 (93,8 – 100)	<b>0,010</b>
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	93,5 (11,9)	100 (91,7 – 100)	91,7 (11,5)	93,8 (87,5 – 100)	90,3 (10)	93,8 (81,3 – 100)	0,090
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	99,8 (1,6)	100 (100 – 100)	99,3 (3,5)	100 (100 – 100)	98,9 (3,7)	100 (100 – 100)	0,337
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	99,4 (2,5)	100 (100 – 100)	99,2 (2,7)	100 (100 – 100)	98 (5,9)	100 (100 – 100)	0,610
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	99,1 (4,6)	100 (100 – 100)	99,8 (1,2)	100 (100 – 100)	99,2 (2,5)	100 (100 – 100)	0,253
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	99 (4,7)	100 (100 – 100)	97,1 (7,9)	100 (100 – 100)	97 (6,6)	100 (100 – 100)	0,072
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	99,4 (2,7)	100 (100 – 100)	99,7 (1,6)	100 (100 – 100)	97,5 (6,1)	100 (100 – 100)	0,058
<b>Συνολική ικανοποίηση</b>	<b>98,2 (3,5)</b>	<b>100 (97,4 – 100)</b>	<b>97,5 (3,3)</b>	<b>98,3 (96,6 – 100)</b>	<b>96,3 (3,8)</b>	<b>96,9 (94,8 – 100)</b>	<b>0,020</b>

Διέφερε σημαντικά η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την υποδοχή και το περιβάλλον καθώς και η συνολική τους ικανοποίηση ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι λυκείου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση ικανοποίησης από την υποδοχή και το περιβάλλον σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν πτυχιούχοι μεταπτυχιακού διπλώματος/ διδακτορικού ( $p=0.002$ ). Όμοια, οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι λυκείου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν πτυχιούχοι μεταπτυχιακού διπλώματος/ διδακτορικού ( $p=0.009$ ).

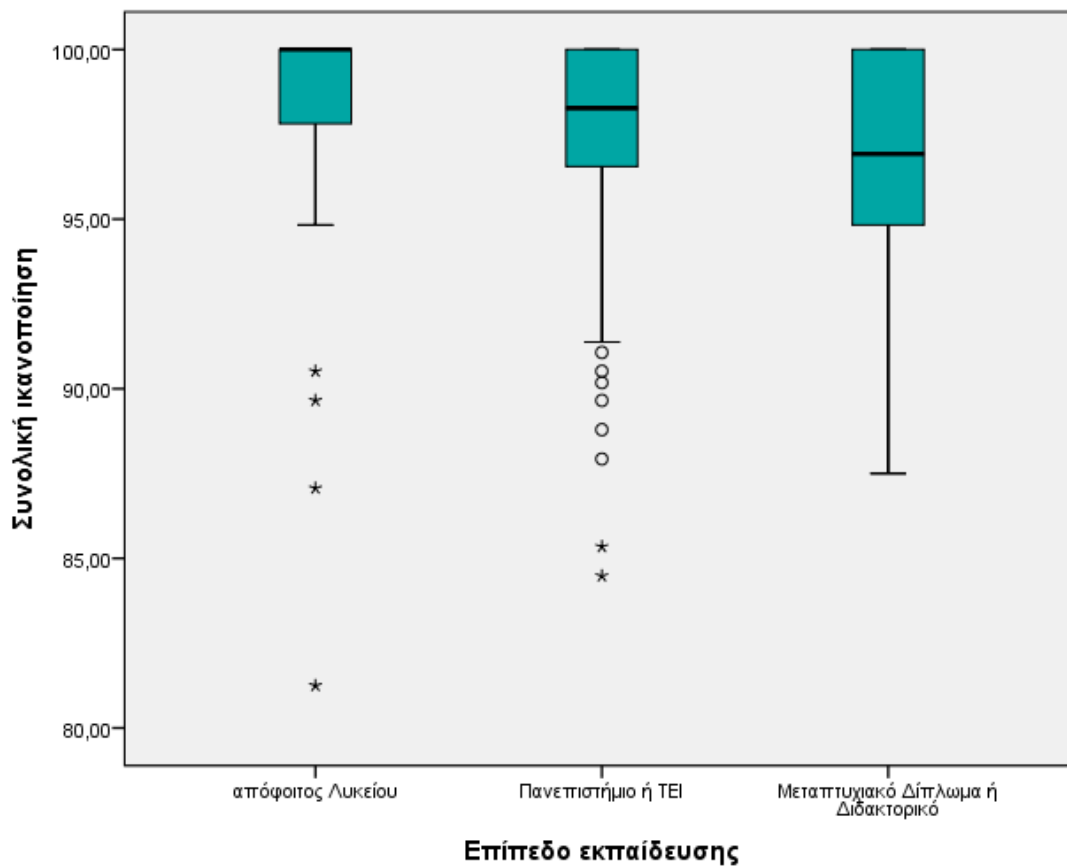
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την υποδοχή και το περιβάλλον ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Ικανοποίηση συμμετεχόντων από την υποδοχή και το περιβάλλον ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Συνολική ικανοποίηση συμμετεχόντων ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο





## Συσχέτιση των βαθμολογιών ικανοποίησης με την πρόθεση για επανεπιλογή και σύσταση της συγκεκριμένης μονάδας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θα επέλεγαν ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα.

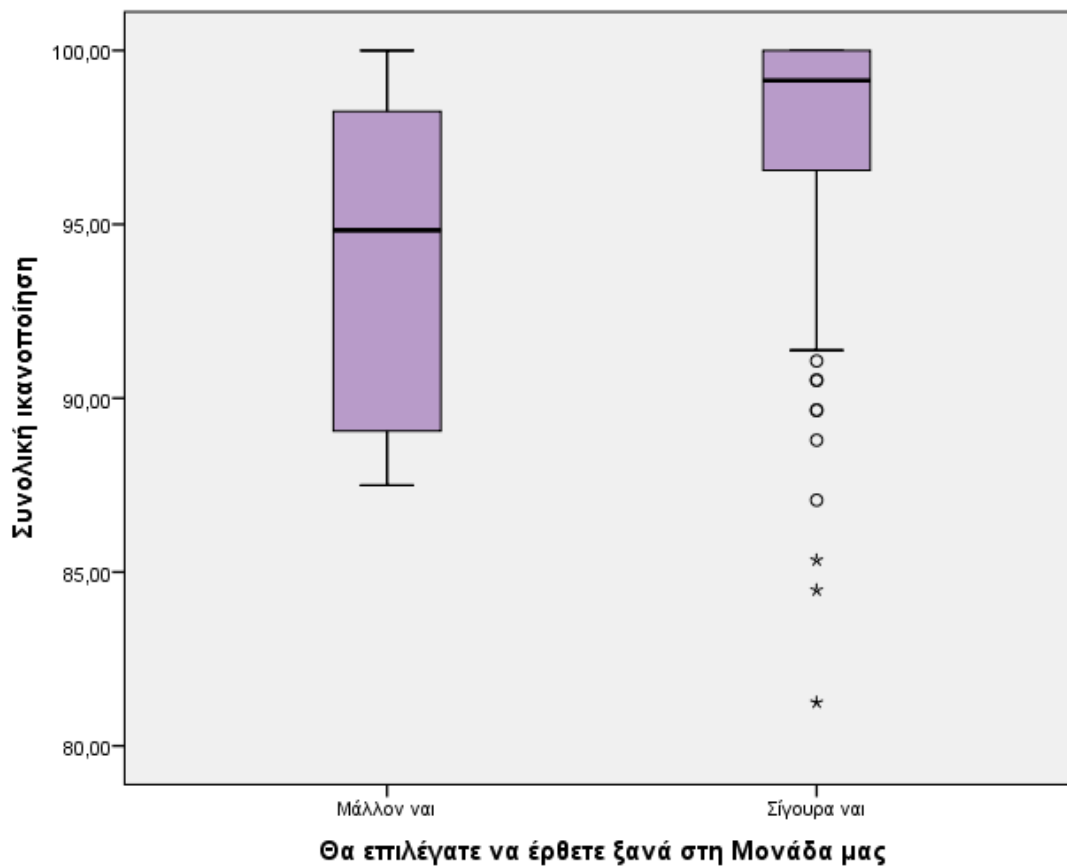
ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θα επέλεγαν ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα

	Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στη Μονάδα μας				P Mann-Whitney test
	Μάλλον ναι		Σίγουρα ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Ικανοποίηση από υποδοχή/ περιβάλλον	94,3 (6,5)	96,9 (90,6 – 100)	97,3 (4,3)	100 (96,4 – 100)	0,880
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	83,9 (17)	91,7 (75 – 93,8)	92,5 (10,9)	100 (87,5 – 100)	<b>0,028</b>
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	96,6 (8,1)	100 (100 – 100)	99,4 (3)	100 (100 – 100)	<b>0,038</b>
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	96 (8)	100 (93,8 – 100)	99,3 (2,6)	100 (100 – 100)	<b>0,031</b>
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	100 (0)	100 (100 – 100)	99,5 (3)	100 (100 – 100)	0,522
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	93,2 (11,1)	100 (83,3 – 100)	97,9 (6,6)	100 (100 – 100)	<b>0,020</b>
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	95 (8,1)	100 (90 – 100)	99,6 (2)	100 (100 – 100)	<b>&lt;0,001</b>
Συνολική ικανοποίηση	94 (5)	94,8 (87,9 – 98,3)	97,8 (3,3)	99,1 (96,6 – 100)	<b>0,004</b>

Οι συμμετέχοντες που θα επέλεγαν σίγουρα ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα ήταν σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, την ιατρική φροντίδα, τις διοικητικές υπηρεσίες, τη γενική εξυπηρέτηση αλλά και συνολικά σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που μάλλον θα την επέλεγαν ξανά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θα επέλεγαν ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12. Συνολική ικανοποίηση ανάλογα με το αν θα επέλεγαν ξανά τη συγκεκριμένη μονάδα



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θα σύστηναν τη συγκεκριμένη μονάδα σε φίλους και συγγενείς.

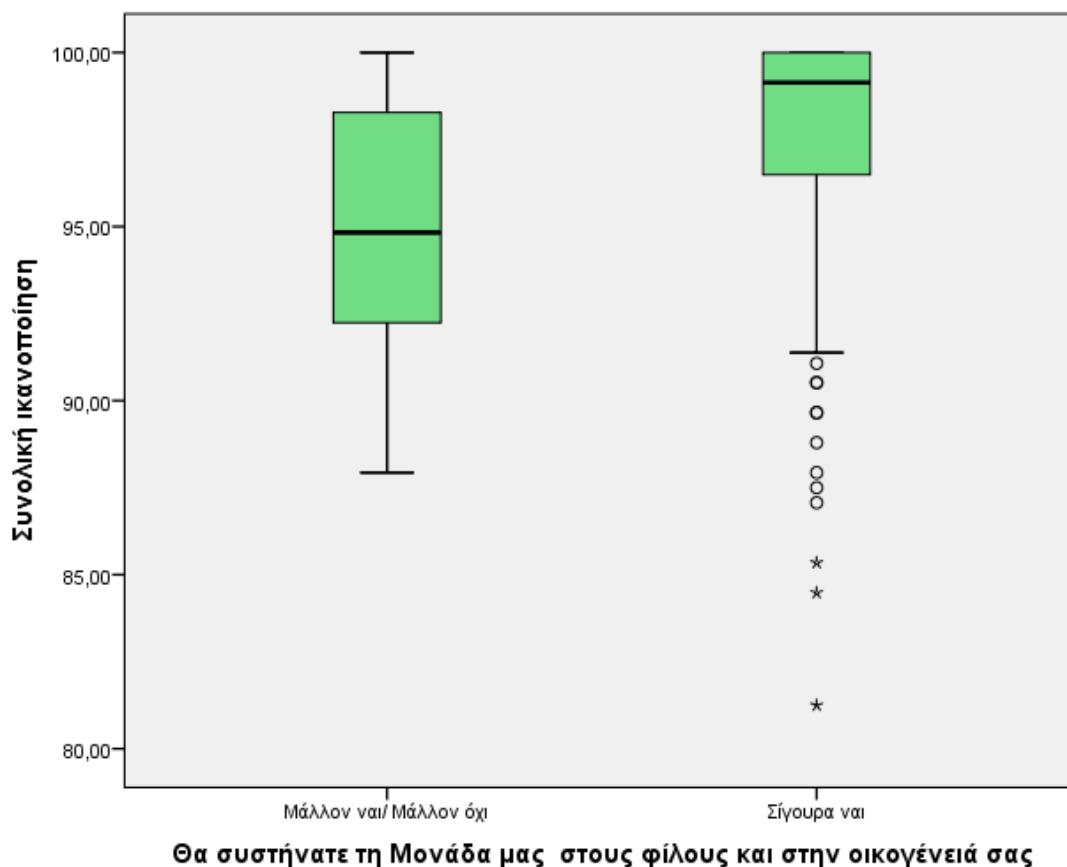
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θα σύστηναν τη συγκεκριμένη μονάδα σε φίλους και συγγενείς

	Θα συστήνατε τη Μονάδα μας στους φίλους και στην οικογένειά σας				P Mann-Whitney test
	Μάλλον ναι/ Μάλλον όχι		Σίγουρα ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Ικανοποίηση από υποδοχή/ περιβάλλον	95,5 (5,4)	96,9 (93,8 – 100)	97,2 (4,4)	100 (96,4 – 100)	0,290
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	82,6 (18,2)	87,5 (81,3 – 93,8)	92,4 (10,9)	100 (87,5 – 100)	<b>0,046</b>
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	95,8 (8,8)	100 (100 – 100)	99,4 (3)	100 (100 – 100)	<b>0,015</b>
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	99,3 (2,1)	100 (100 – 100)	99,1 (3,3)	100 (100 – 100)	0,906
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	100 (0)	100 (100 – 100)	99,5 (3)	100 (100 – 100)	0,565
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	92,6 (12,1)	100 (83,3 – 100)	97,9 (6,6)	100 (100 – 100)	0,057
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	98,3 (3,5)	100 (100 – 100)	99,3 (2,9)	100 (100 – 100)	0,067
<b>Συνολική ικανοποίηση</b>	<b>95,1 (4,2)</b>	<b>94,8 (92,2 – 98,3)</b>	<b>97,7 (3,4)</b>	<b>99,1 (96,5 – 100)</b>	<b>0,021</b>

Οι συμμετέχοντες που θα σύστηναν τη συγκεκριμένη μονάδα σίγουρα τη συγκεκριμένη μονάδα σε φίλους/ συγγενείς ήταν σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και συνολικά σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν ήταν σίγουροι για το αν θα την σύστηναν.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θα σύστηναν τη συγκεκριμένη μονάδα σε φίλους και συγγενείς.

ΓΡΑΦΗΜΑ 13. Συνολική ικανοποίηση ανάλογα με το αν θα σύστηναν τη συγκεκριμένη μονάδα σε φίλους και συγγενείς.



## Συσχέτιση των βαθμολογιών ικανοποίησης με τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης της μονάδας.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των βαθμολογιών ικανοποίησης και της βαθμολογίας συνολικής αξιολόγησης της μονάδας.

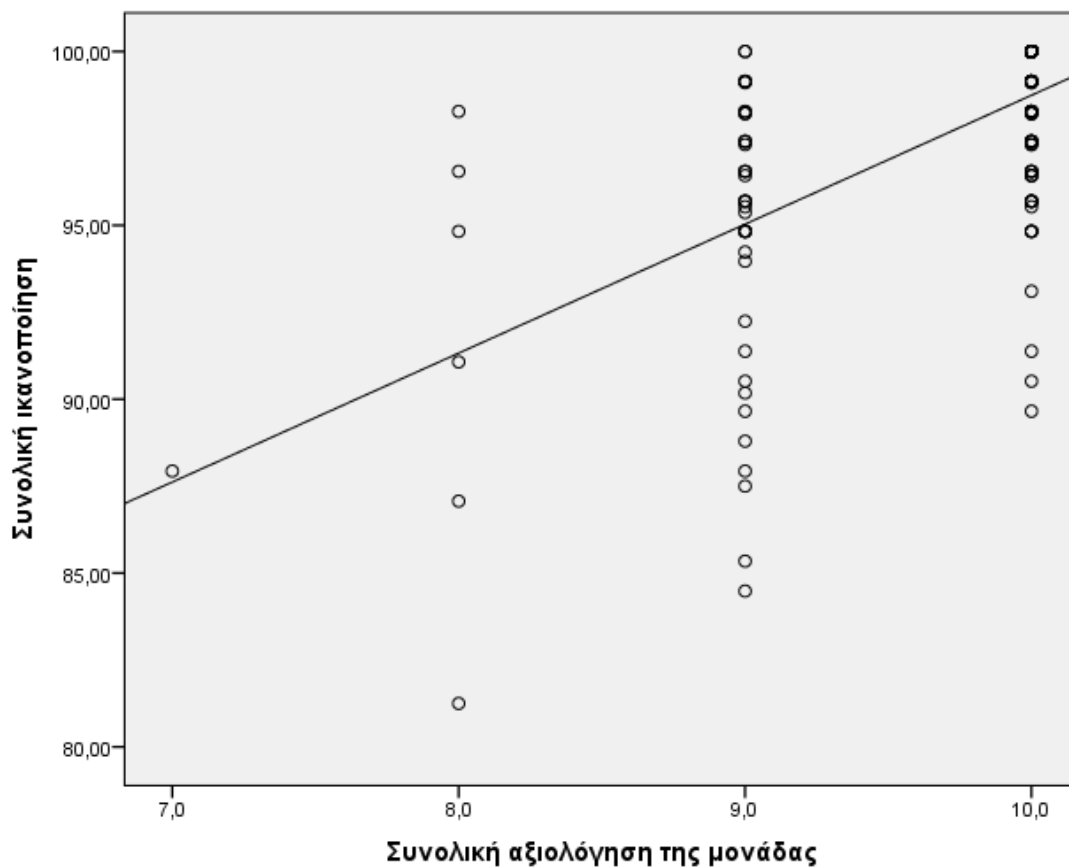
ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman

		Συνολική αξιολόγηση της μονάδας
Ικανοποίηση από υποδοχή/ περιβάλλον	r	0,49
	P	<0,001
Ικανοποίηση από ταχύτητα εξυπηρέτησης	r	0,52
	P	<0,001
Ικανοποίηση από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις	r	0,22
	P	0,003
Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	r	0,34
	P	<0,001
Ικανοποίηση από μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα	r	0,11
	P	0,157
Ικανοποίηση από διοικητικές υπηρεσίες	r	0,31
	P	<0,001
Ικανοποίηση από γενική εξυπηρέτηση	r	0,41
	P	<0,001
Συνολική ικανοποίηση	r	0,58
	P	<0,001

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των βαθμολογιών ικανοποίησης και της βαθμολογίας συνολικής αξιολόγησης της μονάδας. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η βαθμολογία ικανοποίησης από τη μαιευτική/νοσηλευτική φροντίδα που δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης της μονάδας. Οπότε, όσο περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν οι συμμετέχοντες στους διάφορους τομείς αλλά και συνολικά τόσο θετικότερα αξιολόγησαν τη μονάδα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης και της βαθμολογίας αξιολόγησης της μονάδας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 14. Συσχέτιση βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης και της βαθμολογίας αξιολόγησης της μονάδας



## Πολυπαραγοντική ανάλυση για βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης

Έγινε πολυπαραγοντικό μοντέλο γραμμικής εξάρτησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το αν θα ξαναπήγαιναν στη μονάδα και αν θα τη σύστηναν σε φίλους/συγγενείς. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν τα αποτελέσματα που δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Αποτελέσματα Λογαριθμικών Μετασχηματισμών

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα (αναφορά)			
	Άνδρας	0,001	0,003	0,700
<b>Ηλικία</b>		0,001	0,003	0,743
<b>Ιθαγένεια / Υπηκοότητα</b>	Ελληνική (αναφορά)			
	Άλλη	0,006	0,006	0,327
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	απόφοιτος Λυκείου (αναφορά)			
	Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ	-0,003	0,003	0,333
	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ή Διδακτορικό	-0,008	0,004	<b>0,048</b>
<b>Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στη Μονάδα μας</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,021	0,008	<b>0,013</b>
<b>Θα συστήνατε τη Μονάδα μας στους φίλους και στην οικογένειά σας</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,006	<b>0,041</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το επίπεδο εκπαίδευσης, το αν θα επέλεγαν να έρθουν ξανά στη μονάδα και το αν θα τη σύστηναν σε φίλους/ συγγενείς βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία ικανοποίησης των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα,

- Οι συμμετέχοντες που είχαν μεταπτυχιακό/ διδακτορικό είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη συνολική ικανοποίηση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι λυκείου.
- Οι συμμετέχοντες που θα επέλεγαν να έρθουν ξανά στη Μονάδα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν θα την επέλεγαν.
- Οι συμμετέχοντες που θα σύστηναν τη Μονάδα σε φίλους/ συγγενείς είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν θα τη σύστηναν.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 1. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στη Μονάδα Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, κυμαίνεται σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί βασικό παράγοντα της εκτίμησης θεραπειών υπογονιμότητας καθώς και άλλων ιατρικών παρεμβάσεων. Η γνώση για την ποιότητα της φροντίδας μέσω ικανοποίησης ασθενών, ίσως βοηθήσει το υγειονομικό προσωπικό να προσεγγίσουν καλύτερα τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προτεραιότητες των ασθενών τους (Gonen, 2016). Επιπρόσθετα, η διοίκηση είναι δυνατό να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dulletal., 1994).

Είναι γεγονός ότι το κύριο μέλημα των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως είναι η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Είναι εμφανές από τα αποτελέσματα, η πολύ υψηλή ικανοποίηση των ασθενών της ΜΙΥΑ και στις 7 διαστάσεις του ερωτηματολογίου με μικρές διαφορές στη βαθμολογία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης που χρησιμοποιήθηκε παρέχει στους επαγγελματίες υγείας ειδικές πληροφορίες για τις πτυχές της φροντίδας και τους τομείς που πρέπει να εστιάσουν ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών της ΜΙΥΑ, καθώς και τους τομείς οι οποίοι δεν χρήζουν παρέμβασης λόγω πολύ υψηλού βαθμού ικανοποίησης.

Το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη σχέση ιατρού-ασθενούς και την διάρκεια αναμονής (Al-Abri & Al-Balushi, 2014b). Στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι το φύλο και η ιθαγένεια δεν έπαιξαν ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης σε όλους τους τομείς και συνολικά, ενώ ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης η ικανοποίηση διέφερε σημαντικά. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την υποδοχή-περιβάλλον καθώς και συνολική. Δηλαδή παρατηρήθηκε αντίστροφη σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και ικανοποίησης όπως και σε άλλες μελέτες (Al Hajeri et al., 2019). Το γεγονός αυτό



εξηγείται διότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, απαιτούν πλήρεις και επεξηγηματικές διευκρινήσεις σχετικά με τη περίθαλψη και το πλάνο θεραπείας τους, τις οποίες δεν τις λαμβάνουν πάντα όπως επιθυμούν.

Μελέτες στη βιβλιογραφία οι οποίες χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια για την ικανοποίηση ασθενών υποδεικνύουν ότι τα υπογόνιμα ζευγάρια είναι γενικά ικανοποιημένα με τη φροντίδα που λαμβάνουν (Schmidt et al., 2004), (Gonen, 2016). Από την άλλη κάποιες έρευνες ικανοποίησης αποτυγχάνουν να διακρίνουν μεταξύ καλής και κακής κλινικής πρακτικής. Για παράδειγμα, μία υπογόνιμη γυναίκα ίσως είναι ικανοποιημένη με τη θεραπεία της ακόμη και αν δεν της παρέχουν σωστή φροντίδα (CRISPIN Jenkinson et al., 2002).

Η όλο και μεγαλύτερη έμφαση που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιοτικής φροντίδας στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, παρατηρείται παράλληλα με την αυξανόμενη έμφαση στη βιβλιογραφία (Herborg Holter et al., 2017), (H. Holter et al., 2014). Στην παρούσα μελέτη, φαίνεται μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση για τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης, ότι οι συμμετέχοντες σε εξαιρετικά αυξημένο ποσοστό θα επέλεγαν να έρθουν ξανά στη Μονάδα καθώς και να τη συστήσουν σε συγγενείς και φίλους. Το γεγονός αυτό, αποτελεί την ισχυρότερη απόδειξη ικανοποίησης στη βιβλιογραφία (Vassiliadis et al., 2014).

Αξίζει να τονιστεί, όπως αναφέρουν οι Boudreux και συνεργάτες (Boudreaux et al., 2003), ότι η ικανοποίηση των ασθενών, από τη φύση της, είναι υποκειμενική και δεν αντανακλά απαραίτητα την πραγματικότητα. Κατά συνέπεια η ικανοποίηση του ασθενούς χρησιμοποιείται καλύτερα ως μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας που βασίζεται και σε άλλα δεδομένα όπως αναλύσεις διεργασιών, ικανοποίηση εργαζομένων και αντικειμενικούς δείκτες ποιότητας. Λόγω του ότι η ικανοποίηση του ασθενούς βασίζεται στην αντίληψή του, οι παρεμβάσεις που προέρχονται από τέτοια αποτελέσματα πρέπει να βασίζονται και αυτές στην αντίληψή του. Στην παρούσα μελέτη διαφαίνεται ότι υπάρχει μία δυσαρέσκεια των συμμετεχόντων, λόγω του χαμηλότερου ποσοστού ικανοποίησης, ως προς την τήρηση προγραμματισμένης ώρας ραντεβού με τον ιατρό και ως προς τον χρόνο αναμονής για ραντεβού. Η συγκεκριμένη παρατήρηση θα μπορούσε να βοηθήσει την ομάδα ποιότητας της μονάδας να βελτιώσει τους χρόνους αναμονής ώστε να επιτευχθεί

μεγαλύτερη ικανοποίηση και να βελτιωθεί ο τομέας περίθαλψης που εντοπίστηκε ότι πάσχει.

Επιπρόσθετα ευρήματα με ενδιαφέρον, εμφανίστηκαν στον τομέα της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα καθώς και τη νοσηλευτική/μαιευτική φροντίδα όπου παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τους υπόλοιπους τομείς. Το γεγονός αυτό στη βιβλιογραφία εξηγείται λόγω της ιδιαίτερης σχέσης εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και ιατρού/νοσηλεύτριας/μαίας (Μπαμίδης et al., 2011), (Γαβριήλ, 2012), (Dancetetal., n.d.), (Oberst, 1984). Στον αντίποδα το εύρημα αυτό, θα μπορούσε να εξηγείται και από το γεγονός ότι οι ασθενείς φοβούνται να εκφραστούν καθώς θεωρούν ότι μια κακή κριτική στο έργο των ιατρών μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερης ποιότητας υγειονομικής φροντίδας.

## 2. Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς που είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η ΜΙΥΑ είναι μια δημόσια στρατιωτική μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπου το κόστος δεν επιβαρύνει τους ασθενείς. Ασθενείς στους οποίους παρέχεται δωρεάν η θεραπεία έχουν υψηλή ικανοποίηση και είναι λιγότερο επικριτικοί (Mitropoulos et al., 2018).

Ένας επιπρόσθετος περιορισμός αφορά στο δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας το οποίο θεωρείται μεν ικανοποιητικό, αφορά δε ένα μόνο δημόσιο νοσοκομείο και ως εκ τούτου δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον η μελέτη αφορά δημόσιο νοσοκομείο το οποίο απέχει αρκετά από τα δεδομένα ενός ιδιωτικού όπου η μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιείται κυρίως για την προσέλκυση πελατών (Leebon W, 1988). Επομένως, δεν είναι συνετό να γίνει γενίκευση των ευρημάτων.

Επιπλέον περιορισμό ο οποίος έχει αναφερθεί και στη βιβλιογραφία αποτελεί το γεγονός της υποκειμενικότητας των απαντήσεων και του βαθμού ειλικρίνειας σε ένα ερωτηματολόγιο ικανοποίησης για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Έχει αποδειχτεί σε μελέτες ότι πολλοί ασθενείς που δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι στη γενική ερώτηση 'Πόσο Ικανοποιημένος είσαι;', σε άλλες ερωτήσεις ανέφεραν πολλά προβλήματα με την ίδια φροντίδα (C. Jenkinson et al., 2002).

### 3. Συμπεράσματα

Η μέτρηση ικανοποίησης ασθενών όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται σαν μια σημαντική διάσταση της ποιότητας ιδιαίτερα στη θεραπεία για υπογονιμότητα. Η μελέτη, μας δείχνει σαφώς τη σημασία χρήσης ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών για την παροχή πληροφοριών ανατροφοδότησης ώστε να διορθωθούν ατέλειες στην οργάνωση του τμήματος και στις δεξιότητες του προσωπικού. Η συνεχής χρήση εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών θεωρείται απαραίτητη για τη διασφάλιση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η μέτρηση ικανοποίησης είναι χρήσιμος δείκτης ποιότητας για τους διευθυντές, το διοικητικό συμβούλιο και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων των υπηρεσιών υγείας.

Η Ικανοποίηση ασθενών δεν θα πρέπει να αποτελεί μόνο μέτρο ελέγχου της ποιότητας αλλά βασικό σκοπό της Διοίκησης κάθε Νοσηλευτικού Οργανισμού. Τα οφέλη που προκύπτουν από τη μέτρηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς ωφελούν και τους επαγγελματίες υγείας και τη βελτίωση του συστήματος υγείας.

Η έκφραση απόψεων των ασθενών αποτελεί δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους στις θεραπευτικές διαδικασίες και τη συμμόρφωση με την αγωγή.

Το πολύ υψηλό ποσοστό γενικής ικανοποίησης των ασθενών της συγκεκριμένης ΜΙΥΑ αποδεικνύει την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιθώρια περαιτέρω και συνεχούς βελτίωσης.

Η διαπίστωση ποσοστού ασθενών με χαμηλότερη ικανοποίηση λόγω αυξημένου χρόνου αναμονής για το προγραμματισμένο ραντεβού, βοήθησε την ομάδα ποιότητας της ΜΙΥΑ να βελτιώσει τον προγραμματισμό των ραντεβού για την επίτευξη καλύτερου βαθμού ικανοποίησης.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957). Developing a Measure of Patient and Personnel Satisfaction with Nursing Care: *Nursing Research*, 5(3), 100–108.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-195702000-00002>
2. Al Hajeri, A., Ali, M., Saleh, L., Alkowari, S., & Al Saad, A. (2019). Evaluation of Satisfaction Level of Sickle Cell Disease Patients Regarding the Healthcare Services in Bahrain: A Cross-sectional Study. *Journal of the Bahrain Medical Society*, 31(1), 10–16.
3. Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014a). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3–7.  
<https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
4. Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014b). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3–7.  
<https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
5. Al-Assaf, A. F., Sheilkh, M., World Health Organization, & Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2004). *Quality improvement in primary healthcare: A practical guide*. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
6. Alper, M. M. (2013). Experience with ISO quality control in assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 100(6), 1503–1508.  
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.055>
7. Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (1996). The Development and Application of a Patient Satisfaction Measurement System for Hospital-wide Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(6), 555–566.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/8.6.555>
8. Babakhanzadeh, E., Nazari, M., Ghasemifar, S., & Khodadadian, A. (2020). Some of the Factors Involved in Male Infertility: A Prospective Review. *International Journal of General Medicine*, 13, 29–41. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S241099>
9. Baker, R., Smith, A., Tarrant, C., McKinley, R. K., & Taub, N. (2011). Patient feedback in revalidation: An exploratory study using the consultation satisfaction questionnaire. *British Journal of General Practice*, 61(591), e638–e644.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp11X601343>
10. Bento, F. C., & Esteves, S. C. (2016). Establishing a quality management system in a fertility center: Experience with ISO 9001. *MedicalExpress*, 3(3).
11. Best, M., & Neuhauser, D. (2004). Avedis Donabedian: Father of quality assurance and poet. *Quality & Safety in Health Care*, 13(6), 472–473.  
<https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012591>
12. Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 52–63.
13. Boudreaux, E. D., Mandry, C. V., & Wood, K. (2003). Patient Satisfaction Data as a Quality Indicator: A Tale of Two Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine*, 10(3), 261–268. <https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.261>
14. Calhaz-Jorge, C., De Geyter, C. h, Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., Scaravelli, G., Smeenk, J., Vidakovic, S., & Goossens, V. (2020). Survey on ART and

- IUI: Legislation, regulation, funding and registries in European countries. *Human Reproduction Open*, 2020(1), hoz044. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoz044>
15. Coulter, A. (2006). *Trends in Patients' Experience of the NHS*.
  16. Dancet, E. A. F., D'Hooghe, T. M., Spiessens, C., Sermeus, W., De Neubourg, D., Karel, N., Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. D. M. (2013). Quality indicators for all dimensions of infertility care quality: Consensus between professionals and patients. *Human Reproduction*, 28(6), 1584–1597. <https://doi.org/10.1093/humrep/det056>
  17. Dancet, E. A. F., D'hooghe, T. M., Spiessens, C., Sermeus, W., Neubourg, D. D., Karel, N., Kremer, J. A. M., & Nelen, W. L. D. M. (n.d.). ORIGINAL ARTICLE Infertility.
  18. Dancet, E. A. F., Nelen, W. L. D. M., Sermeus, W., De Leeuw, L., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2010). The patients' perspective on fertility care: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(5), 467–487. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq004>
  19. Dancet, E. A. F., Van Empel, I. W. H., Rober, P., Nelen, W. L. D. M., Kremer, J. A. M., & D'Hooghe, T. M. (2011). Patient-centred infertility care: A qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*, 26(4), 827–833. <https://doi.org/10.1093/humrep/der022>
  20. De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., Scaravelli, G., Smeenk, J., Vidakovic, S., Goossens, V., The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Gliozheni, O., Strohmer, H., Obruca, Kreuz-Kinderwunschzentrum, S. P. G., Petrovskaya, E., Tishkevich, O., Wyns, C., Bogaerts, K., ... Baranowski, R. (2018). ART in Europe, 2014: Results generated from European registries by ESHRE†. *Human Reproduction*, 33(9), 1586–1601. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey242>
  21. Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.
  22. Donabedian, Avedis. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor*.
  23. Donabedian, Avedis. (1987). Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review*, 1987(Suppl), 75.
  24. Donabedian, Avedis. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
  25. Donabedian, Avedis. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
  26. Dull, V. T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(8), 444–453. [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(16\)30089-x](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(16)30089-x)
  27. Evans, J. R., & Lindsay, W. M. (1996). *The management and control of Quality*. ST. Paul: West Publishing Company.
  28. Evripidou, P. (2014). *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά ιατρεία*.
  29. Godiwalla, Y. H., Batra, H. C., Johnson, J. A., & Godiwalla, S. Y. (1997). Managing hospitals in dynamic environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 10(4–5), 202–207. <https://doi.org/10.1108/09526869710174230>

30. Gonen, L. D. (2016). Satisfaction with in vitro fertilization treatment: Patients' experiences and professionals' perceptions. *Fertility Research and Practice*, 2, 6. <https://doi.org/10.1186/s40738-016-0019-4>
31. Grigorescu, A., Freitas, B. C. D., & Ivascu, M. (n.d.). *RE-MODELLING THE HEALTHCARE SYSTEM USING TWO POLES – QUALITY OF HEALTHCARE SERVICES AND PATIENT SATISFACTION*. 9.
32. Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J., & Care (EUROPEP), E. T. F. on P. E. of G. P. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: An international comparison. *British Journal of General Practice*, 50(460), 882–887.
33. Guyatt, G. H., Mitchell, A., Molloy, D. W., Capretta, R., Horsman, J., & Griffith, L. (1995). Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(10), 1215–1224. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(95\)00024-x](https://doi.org/10.1016/0895-4356(95)00024-x)
34. Hendriks, A. A. J., Oort, F. J., Vrieling, M. R., & Smets, E. M. A. (2002). Reliability and validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(6), 471–482. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.6.471>
35. Holter, H., Sandin-Bojo, A.-K., Gejervall, A.-L., Wikland, M., Wilde-Larsson, B., & Bergh, C. (2014). Quality of care in an IVF programme from a patient's perspective: Development of a validated instrument. *Human Reproduction*, 29(3), 534–547. <https://doi.org/10.1093/humrep/det421>
36. Holter, Herborg, Gejervall, A.-L., Borg, K., Sandin-Bojö, A.-K., Wikland, M., Wilde-Larsson, B., & Bergh, C. (2017). In vitro fertilization healthcare professionals generally underestimate patients' satisfaction with quality of care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), 302–312. <https://doi.org/10.1111/aogs.13080>
37. Holter, Herborg, Sandin-Bojö, A.-K., Gejervall, A.-L., Wikland, M., Wilde-Larsson, B., & Bergh, C. (2014). Patient-centred quality of care in an IVF programme evaluated by men and women. *Human Reproduction*, 29(12), 2695–2703.
38. *ISO - About us*. (n.d.). ISO. Retrieved January 20, 2021, from <https://www.iso.org/about-us.html>
39. Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 335–339. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>
40. Jenkinson, CRISPIN, COULTER, A., & BRUSTER, S. (2002). The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(5), 353–358. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>
41. Kaplan, R. S. (1998). *The BALANCED SCORECARD*.
42. Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145–152.
43. Leebov W. (1988). *Customer Service Excellence In Ambulatory Care Organization—ProQuest*.

- <https://search.proquest.com/openview/fb6f4fff43b436fa3890ba56a4b1248d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=36770>
44. Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577–582.
  45. Lyu, H., Wick, E. C., Housman, M., Freischlag, J. A., & Makary, M. A. (2013). Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surgery*, 148(4), 362–367.
  46. Madhok, R. (2002). Crossing the Quality Chasm: Lessons from Health Care Quality Improvement Efforts in England. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 15(1), 77–83. <https://doi.org/10.1080/08998280.2002.11927816>
  47. Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). *The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18)*.
  48. Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., V, S., & Stevens, G. A. (2012). *National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys*.
  49. Matsui, D., Cho, M., & Rieder, M. J. (1998). Physicians' attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome. *Pediatric Emergency Care*, 14(3), 198–201.
  50. Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 288(6428), 1470–1472.
  51. McDonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing*, 4(3), 68–69. <https://doi.org/10.1136/ebn.4.3.68>
  52. Mitropoulos, P., Vasileiou, K. Z., & Mitropoulos, I. (2018). *Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece*. <https://doi.org/10.1016/J.JRETCONSER.2017.03.004>
  53. Mourtzikou, A., Stamouli, M., & Pouliakis, A. (2015). The International Organization for Standardization (ISO) in health care: The contribution of the human factor (health care professionals) and of continuing medical education. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(2).
  54. Nyeck, S., Morales, M., Ladhari, R., & Pons, F. (2002). *10 YEARS OF SERVICE QUALITY MEASUREMENT: REVIEWING THE USE OF THE SERVQUAL INSTRUMENT*. 10, 7.
  55. Oben, P. (2020). Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 906–910. <https://doi.org/10.1177/2374373520951672>
  56. Oberst, M. T. (1984). Patients' Perceptions of Care. *Cancer*, 53(S10), 2366–2373. <https://doi.org/10.1002/cncr.1984.53.s10.2366>
  57. Oddens, B. J. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problemsa comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255–261. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.1.255>
  58. Olofsson, J. I., Banker, M. R., & Sjoblom, L. P. (2013). Quality management systems for your in vitro fertilization clinic's laboratory: Why bother? *Journal of Human Reproductive Sciences*, 6(1), 3.
  59. Palaskas, 2005. (n.d.). Retrieved December 29, 2020, from <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/1116/1/PalaskasMsc2005.pdf>

60. Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49. [https://doi.org/10.2307/1251430?uid=25404&uid=3737976&uid=2&uid=5910312&uid=3&uid=25392&uid=67&uid=62&sid=21103987774637source=gbs\\_api](https://doi.org/10.2307/1251430?uid=25404&uid=3737976&uid=2&uid=5910312&uid=3&uid=25392&uid=67&uid=62&sid=21103987774637source=gbs_api)
61. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
62. *Pd10\_2016.pdf*. (n.d.). Retrieved February 10, 2021, from [http://eaiya.gov.gr/wp-content/uploads/2016/02/pd10\\_2016.pdf](http://eaiya.gov.gr/wp-content/uploads/2016/02/pd10_2016.pdf)
63. Pierrakos, G., Charalampos, P., & Dimitrios, I. P. (2017). *Design and implementation of monitoring and evaluation of health care system: The paradigm of primary health care services users in Greece*. 020027. <https://doi.org/10.1063/1.4996684>
64. Poulton, B. C. (1996). Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: Reliability, replicability and discriminant validity. *British Journal of General Practice*, 6.
65. Rehacek, P. (2018). Costs of quality or quality costs. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*, 5(2), 8–13.
66. Santiago, J. M. (1999). *Use of the Balanced Scorecard to Improve the Quality of Behavioral Health Care*. 50(12), 6.
67. Schmidt, L., Holstein, B., Boivin, J., Tjørnhøj-Thomsen, T., Blaabjerg, J., Hald, F., Rasmussen, P., & Andersen, A. (2004). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: Findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 18, 2638–2646. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg505>
68. Smith, C., McCreadie, M., Unsworth, J., Wickings, H., & Harrison, A. (1995). Patient satisfaction: An indicator of quality in disablement services centres. *BMJ Quality & Safety*, 4(1), 31–36.
69. Soriano, G. P., & Calong, K. A. C. (2019). Psychometric Evaluation of Filipino Version of Patient Satisfaction Instrument. *Belitung Nursing Journal*, 5(6), 251–256.
70. Thayaparan, A., & Mahdi, E. (2013). The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Medical Education Online*, 18, 21747. <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.21747>
71. Thompson, R. (1980). The perils, legal and otherwise, if hospitals do not implement quality appraisal/action plans. *Second Opinions on Health Care Issues*, 1(5), 1–7.
72. Tripathi, S. N., & Siddiqui, M. H. (2018). Assessing the quality of healthcare services: A SERVQUAL approach. *International Journal of Healthcare Management*, 1–12.
73. van Berckel, M. M. G., Bosma, N. H., Hageman, M. G. J. S., Ring, D., & Vranceanu, A.-M. (2017). The Correlation Between a Numerical Rating Scale of Patient Satisfaction With Current Management of an Upper Extremity Disorder and a General Measure of Satisfaction With the Medical Visit. *Hand (New York, N.Y.)*, 12(2), 202–206. <https://doi.org/10.1177/1558944716662019>
74. Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>



75. Vassiliadis, C. A., Fotiadis, A. K., & Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: A Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7–8), 897–907.
76. Veiga, P. A. D. S. (2009). *Health and Medicine in Ancient Egypt: Magic and Science*. British Archaeological Reports.
77. Voyce, J., Gouveia, M. J., Medinas, M. A., Santos, A. S., & Ferreira, R. F. (2015). A Donabedian model of the quality of nursing care from nurses' perspectives in a Portuguese hospital: A pilot study. *Journal of Nursing Measurement*, 23(3), 474–484.
78. Vuori, H. (1987). Patient satisfaction—An attribute or indicator of the quality of care? *QRB. Quality Review Bulletin*, 13(3), 106–108. [https://doi.org/10.1016/s0097-5990\(16\)30116-6](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30116-6)
79. Vuori, Hannu. (1991). PATIENT SATISFACTION—DOES IT MATTER? *International Journal for Quality in Health Care*, 3(3), 183–189. <https://doi.org/10.1093/intqhc/3.3.183>
80. Ware Jr, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 247–263.
81. Wensing, M., Mainz, J., & Grol, R. (2000). A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *European Journal of General Practice*, 6(3), 82–87. <https://doi.org/10.3109/13814780009069953>
82. WHO | *Multiple definitions of infertility*. (n.d.). WHO; World Health Organization. Retrieved February 10, 2021, from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>
83. Αλεξιάδου, Ε. (2017). *Παράγοντες ικανοποίησης των καταναλωτών υγείας στο πλαίσιο της λειτουργίας ενός νοσοκομείου: η περίπτωση του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου* [Πανεπιστήμιο Μακεδονίας]. <http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/20237>
84. Αντεριώτη, Π., & Αντωνίου, Γ. Α. (2015). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*.
85. Α.ΠαπακωστιδηΝ.Τσουκαλάς, Ν. Τ. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. 2012.
86. Βουδιγάρης, Δ. (2015). *Ποιοτική αξιολόγηση δημοσίων νοσοκομείων της 6ης Υ. Πε.*
87. Γαβριήλ, Έ. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*.
88. Γούσιου, Ε. (2019). *Η ανάλυση του επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομειακό περιβάλλον: η περίπτωση της μυστικής παρακολούθησης και χαρτογράφησης των υπηρεσιών της διαδικασίας άφιξης ασθενών ενός χειρουργικού τμήματος*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
89. Δερβιτσιώτης, Κ. (2001). *Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση ολικής ποιότητας*.
90. *Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής—Επίσημος διαδικτυακός τόπος*. (n.d.). Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Retrieved February 10, 2021, from <http://eaiya.gov.gr/>
91. *EN 15224: 2012, Διαχείριση Ποιότητας στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας—Υπηρεσίες Υγείας | TÜV HELLAS*. (n.d.). Retrieved January 21, 2021, from <https://www.tuv->

- nord.com/gr/el/pistopoiisi/pistopoiisi-systimaton/ypiresies-ygeias/en-15224-2012-diacheirisi-poiotitas-stin-parochi-ypiresion-ygeias/
92. Ζέρβας, Δ. (2020). ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. *Interscientific Health Care*, 12(1).
  93. Καλούπη, Ε. (2015). *Μελέτη ικανοποίησης ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα του γενικού νοσοκομείου Χίου*. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
  94. Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2015). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. [Http://www.Vima-Asklipeiou.Gr](http://www.Vima-Asklipeiou.Gr). <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/4497>
  95. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., & Χατζοπούλου, Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*.
  96. Μαλάμου, Θ. (2016). *Η Μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία*. 9(3), 6–15.
  97. Μερκούρης, Α. (1996). Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. *Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα*.
  98. Μπαμίδης, Π., Νιάκας, Δ., Πίνης, Α., Σαράφης, Π., & Μαλλιαρού, Μ. (2011). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*.
  99. Ξημεράκη, Κ., Roufas, K., Ximeraki, K., & Ρούφας, Κ. (2015). *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο. Η περίπτωση της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής του "Πα.Γ.Ν.Η."* [Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας (Σ.Δ.Ο), Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων (Ηράκλειο)]. <https://apothesis.lib.hmu.gr/handle/20.500.12688/5695>
  100. Παπακωστίδη, Α., & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 29(4), 480–488.
  101. *ΠΔ-26-ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ-ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ-ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ.pdf*. (n.d.). Retrieved February 10, 2021, from <http://eaiya.gov.gr/wp-content/3.pdf>
  102. Πέππας, Χ., & Κοράκη, Α. (2013). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 9, 25–31.
  103. Ρούπα-Δαριβάκη, Ζ., Πολυκανδριώτη, Μ., Φάρος, Ε., Γουρνή, Ι., & Σωτηροπούλου, Π. (2009). Απόψεις υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. [Http://www.Vima-Asklipeiou.Gr](http://www.Vima-Asklipeiou.Gr).
  104. Στάγιας, Ν. (2015). *Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό*.
  105. Σταυροπούλου Α, Γεωργία, Φ., & Μάρθα, Κ. (2018). Αριστεία και Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας στο Σύγχρονο Περιβάλλον Υγείας. *Rostrum of Asclepius/Vima Του Asklipeiou*, 17(1).
  106. Τάψα, Ν. (2019). *Συγκριτική αξιολόγηση ερωτηματολογίων μέτρησης της εμπειρίας των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες νοσοκομείων*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

107. Τζιδάμη, Ε. (2019). *Ικανοποίηση ασθενών από τη νοσηλεία τους στο ΓΝΘ" Γ. Παπανικολάου"*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο/Hellenic Open University.
108. Τζωρτζόπουλος, Α. (2018). Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα-εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(5).
109. Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας: Συστήματα υγείας, Σχεδιασμός-Οργάνωση-Αξιολόγηση-Ποιότητα-Διοίκηση*.
110. Χατζηπουλίδης, Γ. (2003). Η εφαρμογή των προτύπων διαχείρισης της ποιότητας. Από τη βιομηχανία και τις επιχειρήσεις, στις μονάδες υγείας. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, τ. 2, Τευχ.4, 2003.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΕΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΟΛΕΜΙΚΟ ΝΑΥΤΙΚΟ

ΝΑΥΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ: 8/18

ΑΘΗΝΑ, 15 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2018

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ 8ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ/2018

ΣΧΕΤ: α. Υπτηρ Σημ Υπ.Αριθμ. 8/18 Υδντη ΝΝΑ από 10 Οκτ 2018

β. Άρθρο 24 ΚΟΛ/ΝΝΑ

1. Σε εκτέλεση σχετικού (α) συνεδρίασε σήμερα Δευτέρα 15/10/2018 το Ε.Σ./Ν.Ν.Α. υπό την προεδρία του Πχου (ΥΙ) Ι. Παπαευθυμίου Π.Ν., Υποδιευθυντή Ν.Ν.Α., και μέλη του τους:

- α. Πχο (ΥΙ) Α. Παπαγεωργίου Π.Ν.- Δντη Ιατρικής Υπηρεσίας
- β. Πχο (ΥΙ) Χ. Αγγελικόπουλο Π.Ν. - Δντη Παθολογικού Τομέα (απών)
- γ. Πχο (ΥΙ) Α. Διαμαντή Π.Ν. - Δντη Εργαστηριακού Τομέα (απών)
- δ. Πχο (ΥΙ) Δ. Τρύφο Π.Ν. - Δντη Χειρουργικού Τομέα
- ε. Πχο (ΥΙ) Ν. Γεωργόπουλο Π.Ν. - Δντη Β' Χειρουργικής Κλινικής (απών)
- στ. Πχο (ΥΙ) Σ. Γιαννικάκη Π.Ν. - Δντη Οφθαλμολογικής Κλινικής
- ζ. Πχο (ΥΙ) Λ. Μπιλάλη Π.Ν.- Δντη Παιδιατρικής Κλινικής
- η. Πχο (ΥΙ) Α. Αντωνίου Π.Ν.- Δντη Εκπαίδευσης και Έρευνας
- θ. Πχο (ΥΙ) Ι. Κυριαζάνο Π.Ν. - Δντη Α' Χειρουργικής Κλινικής (απών)
- ι. Πχο (ΥΟ) Α. Συκιώτη Π.Ν. - Δντη Οδοντιατρικού Τομέα
- ια. Πχο (ΥΝ) Μ. Ανυφαντάκη Π.Ν. - Δντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

και αφού έλαβε υπόψη του:

- Τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για τη διενέργεια κλινικών δοκιμών στο Νοσοκομείο
- Το γεγονός ότι όλοι οι φάκελοι είναι πλήρεις και καλύπτουν όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή μελετών

- Ότι από τη διενέργεια των μελετών δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

**Ομόφωνα αποφασίζει και εγκρίνει το παρακάτω θέμα**

(Σημ.: α. Στα θέματα που είναι εισηγητές μέλη του Ε.Σ. δεν προσμετράται η ψήφος τους. β. Ο γραμματέας δε φέρει δικαίωμα ψήφου)

1. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΠΡΟΣ ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΤΗ ΒΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ, ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΗΣ ΜΙΥΑ. ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΠΙΧΟΣ (ΥΝ) Β ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΠΝ  
ΑΡ. ΠΡΩΤ. : 10550/25.09.2018



2. Χειριστής: Πίχης (ΥΙ) Χ. Στοΐδης Π.Ν., Γραμματέας Ε.Σ./Ν.Ν.Α., τηλ 210 7261325

**Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ**

Πίχης (ΥΙ) Χ. Στοΐδης Π.Ν.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

Πίχος (ΥΙ) Ι. Παπαδοθυμίου Π.Ν.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις υπηρεσίες της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής(ΜΙΥΑ) Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (ΝΝΑ) , συμπληρώνοντας το παρακάτω ερωτηματολόγιο.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Η Μονάδα μας έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων. Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, θα μας βοηθήσουν στη βελτίωση παροχής υπηρεσιών της ΜΙΥΑ/ΝΝΑ.

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Φύλο: Γυναίκα  Άνδρας  ΗΛΙΚ .....

Σχέση με Ένοπλες Δυνάμεις / Σώματα Ασφαλείας: .....

Ιθαγένεια / Υπηκοότητα (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας):

1. Ελληνική

2. Άλλη από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε:.....)

Επίπεδο εκπαίδευσης : μέχρι 3<sup>ο</sup> Γυμνασίου  απόφοιτος Λυκείου

Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ  Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ή Διδακτορικό

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

#### ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

	ΚΑΚΕΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΚΕΣ	ΟΥΤΕ ΚΑΛΕΣ ΟΥΤΕ ΚΑΚΕΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΛΕΣ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ
<b>ΥΠΟΔΟΧΗ -ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ</b>					
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες)					
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε. Αν δεν σας υποδέχτηκε κανείς, σημειώστε εδώ <input type="checkbox"/>					
Χρόνος αναμονής μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό					
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε κ.λπ.)					
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής					
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση, ψύξη)					

	ΚΑΚΕΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΚΕΣ	ΟΥΤΕ ΚΑΛΕΣ ΟΥΤΕ ΚΑΚΕΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΛΕΣ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ
Ησυχία					
Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (w.c., μπάνια)					
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία					
<b>ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ</b>					
Χρόνος αναμονής για ραντεβού					
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού					
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων / ωοληψίας / εμβρυομεταφοράς / σπερμοδιάγραμμα					
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων					
<b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ</b>					
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων					
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς (παραβάν, κάλυψη)					
<b>ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>					
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών)					
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)					
Ψυχολογική υποστήριξη από τους γιατρούς					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας σας					
Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων					

<b>ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>					
	<b>ΚΑΚΕΣ</b>	<b>ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΚΕΣ</b>	<b>ΟΥΤΕ ΚΑΛΕΣ ΟΥΤΕ ΚΑΚΕΣ</b>	<b>ΜΑΛΛΟΝ ΚΑΛΕΣ</b>	<b>ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ</b>
Ποιότητα μαιευτικής / νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα μαιών / νοσηλευτριών)					
Ψυχολογική υποστήριξη από το μαιευτικό / νοσηλευτικό προσωπικό					
Συμπεριφορά μαιών / νοσηλευτριών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)					
Γενικότερη συμπεριφορά του μαιευτικού / νοσηλευτικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας					
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</b>					
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)					
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης)					
Γενικότερη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας					
<b>ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ</b>					
Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας					
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών σας δεδομένων)					
Συμβουλές και οδηγίες					
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας					
Σεβασμός ανθρωπίνης αξιοπρέπειας					

### **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ**

Σε κλίμακα από το 0 ως το 10 (όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο), με ποιον βαθμό θα αξιολογούγατε τη συνολική σας εμπειρία από την Μονάδα μας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



**Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στη Μονάδα μας;**

Σίγουρα όχι  Μάλλον όχι  Μάλλον ναι  Σίγουρα ναι

**Θα συστήνατε τη Μονάδα μας στους φίλους και στην οικογένειά σας;**

Σίγουρα όχι  Μάλλον όχι  Μάλλον ναι  Σίγουρα ναι

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ Ή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Η Μονάδα μας σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στην προσπάθειά μας για συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μας. Σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση και καλή επιτυχία.*

**ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ, ΑΦΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΕΙΛΤΕ ΤΟ ΜΕ E-MAIL ΣΤΟ [info@ivfnna.gr](mailto:info@ivfnna.gr)**