



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας

Νικολάου Ελισσάβητ
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

- Επιβλέποντες:
- 1. Α. Φιλαλήθης**
Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 - 2. Ι. Σιγάλας**
Οικονομολόγος, Διδάκτωρ του Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ

Ευχαριστίες

Δεν γνωρίζω, αν τελικά έχει μεγαλύτερη σημασία η Ιθάκη από το ταξίδι....

Αυτό που έχω σίγουρα να πω είναι, Ευχαριστώ στον άνθρωπο που μου έδωσε όραμα μέσα από τη διδασκαλία του, τον καθηγητή κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη. Δεν θα τον γνώριζα, αν δεν είχα κάνει το ταξίδι..

Ευχαριστώ, οφείλω και στον άνθρωπο που ο συνεχής αγώνας του για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, υπήρξε για εμένα φωτεινό παράδειγμα, τον κ. Ιωακείμ Σιγάλα.

Σ' αυτό το ταξίδι βοήθησαν πολλοί άνθρωποι για να βρω τον προορισμό μου, ένας από αυτούς είναι και η κα. Ευτυχία Μανουσάκη.

Ευχαριστώ θα πω και σε όλους τους συναδέλφους στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. στο Τμήμα του Χειρουργείου, που στάθηκαν δίπλα μου σε κάθε στιγμή κόπωσης ή αδυναμίας, το ίδιο ισχύει και για την κα. Κική Τασέλη, που με την ηρεμία της και την υπομονή της πολλές φορές στήριξε τον αγώνα μου.

Ευχαριστώ οφείλω επίσης και σε όλους τους συναδέλφους του Χειρουργείου του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου, που όλο αυτό το διάστημα μου έδιναν δύναμη και κουράγιο.

Όσο για την οικογένειά μου, οι γονείς μου είναι εκείνοι που με έμαθαν να αγωνίζομαι..

Τέλος, ευχαριστώ και όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν σ' αυτή την έρευνα...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	8
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	
Η έννοια της ποιότητας	10
Η ποιότητα στην υγεία	11
Η ικανοποίηση των ασθενών.....	13
Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	14
Μεθοδολογία	
Πεδίο μελέτης.....	16
Πληθυσμός και διάρκεια της μελέτης.....	17
Επιλογή μεθόδου συλλογής δεδομένων – Ερευνητικό εργαλείο.....	19
Δεοντολογία της έρευνας.....	20
Στατιστική Ανάλυση.....	21
Αποτελέσματα	
Περιγραφική ανάλυση δεδομένων.....	22
Ανάλυση συσχετίσεων.....	42
Συζήτηση	59
Συμπεράσματα – Προτάσεις	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	70

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας

Της: Ελισσάβητ Νικολάου, Γ.Ε. Νοσηλεύτριας.

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Αναστάσιου Φιλαλήθη
2. Ιωακείμ Σιγάλα

Ημερομηνία: Δεκέμβριος 2011

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία, κρίνεται πλέον στις μέρες μας αναγκαία και αναπόφευκτη.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Απώτεροι στόχοι της είναι η διατύπωση προτάσεων, που θα σχετίζονται με τα ευρήματα της έρευνας, και θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων στη διοίκηση του νοσοκομείου προς πιθανή λήψη διορθωτικών μέτρων.

Υλικό-Μέθοδος: Για την εκτίμηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από 226 νοσηλευθέντες ασθενείς κατά την περίοδο Αύγουστο και Σεπτέμβριο 2011. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και οι ασθενείς ενημερωνόταν για το σκοπό της.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος από την συνολική φροντίδα που τους προσφέρθηκε εμφανίζεται άνω του μετρίου ικανοποιημένη (βαθμολογία 6-10). Στις κλίμακες αξιολόγησης 0-10, το ιατρικό προσωπικό συγκεντρώνει (M=8,24), το νοσηλευτικό προσωπικό (M=7,92), η βαθμολογία της συνολικής ικανοποίησης από τη νοσηλεία (M=7,89), το διοικητικό προσωπικό με βαθμολογία (M=7,24), και η υποδομή του νοσοκομείου (M=5,98).

Συμπεράσματα: Η υποδομή του νοσοκομείου λαμβάνει χαμηλό ποσοστό βαθμολογίας, με αποτέλεσμα η αντιμετώπισή του, να απαιτεί διοικητική παρέμβαση. Η δημιουργία

«γραφείου ποιότητας» κρίνεται απαραίτητη, για την αξιολόγηση όλων των παραπάνω παραμέτρων και τη διατύπωση στοχευμένων προτάσεων.

Λέξεις κλειδιά: ικανοποίηση, ικανοποίηση ασθενών, υπηρεσίες υγείας.

Abstract

Title: Examination of patients' degree of satisfaction from health services provided at Hippocrates General Hospital of Thessaloniki

By: Elissavet Nikolaou

Supervisors: 1.Anastasios Philalithis

2.Ioakim Sigalas

Date: December 2011

The measurement of patients' satisfaction aims to draw conclusions about the quality of services provided in the hospitals. This task is nowadays necessary and inevitable.

The **purpose** of this research is to investigate the degree of patients' satisfaction from Hippocrates General Hospital health services. Its objectives are the formulation of proposals that will be related to current research conclusions and will contribute to the improvement of health services, as well as the notification of results to hospitals' administration for possible adoption of corrective measures.

Material-method: For the assessment of satisfaction, a standardized patient questionnaire was used, fulfilled by 226 patients at the period from August to September 2011. Participation to the research was optional and the patients were informed of its aims.

Results: With respect to the total care offered, the majority of patients were satisfied beyond average (grades 6-10). In evaluation scales from 0 to 10, the medical personnel was evaluated at M=8,24, the nursing personnel at M=7,92, the administrative personnel at M=7,24, and the hospital infrastructure at M=5,98. Overall satisfaction was M=7,89.

Conclusions: Hospital infrastructure received low grades, thus administrative action is required for resolving the problem. The creation of a "quality standards office" is judged essential, in order to evaluate all parameters and formulate proposals.

Key words: satisfaction, patients' satisfaction, health services

Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας.

Εισαγωγή

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζουν μια τριπλή πρόκληση. Αυτή εστιάζεται, στην απαίτηση των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, στο διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής τους και τέλος στην ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητά της (Σιγάλας, 1999).

Σ' αυτή την εποχή, που η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων υγείας έχει αλλάξει, είναι φανερό η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, ενώ ο Cleary, (1997, 2003) αναφέρει, πως η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι, η ικανοποίηση του ασθενή έχει προστεθεί στη λίστα των ποιοτικών δεικτών (Παπανικολάου, 2007).

Μολονότι σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (Meterko et al, 1990). Κρίνεται λοιπόν αναγκαία, η συνεχής μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Joy & Malay, 1992) και ο καλύτερος τρόπος, είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής, καθώς έχει τη δυνατότητα, να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο (Donabedian, 1982).

Τις περισσότερες φορές, ο ασθενής είναι και αυτός που ανακαλύπτει προβληματικές περιοχές στην παροχή υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Για παράδειγμα, σε ένα νοσοκομείο μπορεί η διοίκηση να γνωρίζει ότι η διαδικασία της εισαγωγής είναι αργή, αλλά να μην αντιλαμβάνεται το βάθος και την ένταση του προβλήματος ή το πόσο επιβλαβές μπορεί να είναι για τον άρρωστο. Αυτό είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί, αν πληροφορηθούν οι αρμόδιοι σχόλια και απόψεις των ασθενών, από έρευνες ικανοποίησής τους, που αφορούν αυτή τη διαδικασία (Παπανικολάου, 2007).

Επομένως, οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των ασθενών, για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων σ' αυτούς υπηρεσιών, αποτελούν πλέον καθολικό κοινωνικό αίτημα και έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των οργανισμών παραγωγής και διανομής τους (νοσοκομείων, κέντρων υγείας, πολυιατρείων). Κάθε παρέκκλιση από την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών και απαιτήσεων δημιουργεί την εντύπωση της κακής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999).

Η μέτρηση, επομένως, της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποτιμήσει : α) την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, β) τη συμβουλευτική παρέμβαση για την υγιή ή μη συμπεριφορά, γ) την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό επίπεδο, δ) τη λήψη αποφάσεων πολιτικής, στ) τη διοίκηση προσωπικού, ζ) την πώληση αγαθών στους χρήστες, η) την ανάπτυξη επαγγελματικής ηθικής (Μερκούρης και συν, 2001). Σε μια εποχή που αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών, με στόχο τη βελτίωσή τους, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης και συν, 2001).

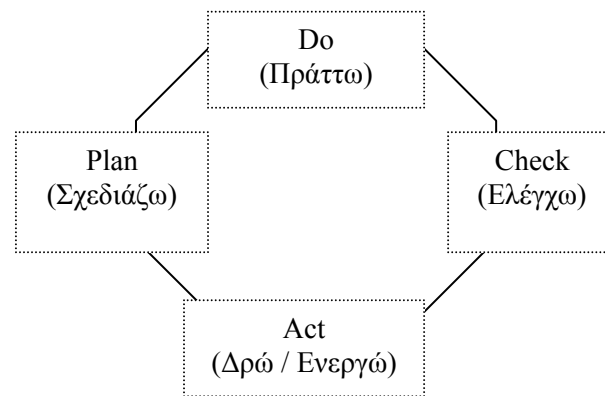
Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία των Βαλκανίων. Το μέγεθος, η ιδιαιτερότητα, καθώς έχει κλινικές, εργαστήρια, μονάδες εντατικής θεραπείας, Πανεπιστημιακές και του Ε.Σ.Υ. και, κυρίως, η ιστορία αυτού του νοσοκομείου (προέκυψε από τη συνένωση δύο νοσοκομείων το 1983: του τέως «Ιπποκράτειου» και του τέως «Η Αγία Σοφία») ήταν από τους λόγους που οδήγησαν στην παρούσα έρευνα.

Σκοπός της είναι, η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Απώτεροι στόχοι της είναι, η διατύπωση προτάσεων, που θα σχετίζονται με τα ευρήματα της έρευνας, και θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων στη διοίκηση του νοσοκομείου προς πιθανή λήψη διορθωτικών μέτρων.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η έννοια της ποιότητας

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε κατά τη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία, χώρα στην οποία κλήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming, για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών (Τούντας, 2003α). Οι προτάσεις του, συνοψίζονται σε 14 σημεία, και σε αυτές ξεχωρίζουν η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση διοίκησης ανά στόχο (management by objectives) (Deming, 1986). Υπήρξε, επίσης, ο θεμελιωτής των «κύκλων ποιότητας» με τον γνωστό «κύκλο του Deming» (Σχήμα 1) (Τούντας, 2008).



Σχήμα 1: Ο κύκλος του Deming

Πηγή: Deming (1986)

Ο Joseph M. Juran θεωρείται, και αυτός, θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία. Την ίδια περίπου περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης, δημιουργώντας το «εγχειρίδιο ποιοτικού ελέγχου» και εντοπίζοντας δέκα βήματα που βελτιώνουν την ποιότητα (Juran & Gryna, 1988). Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, περιλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Όσο αφορά τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη (Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με τον Τούντα, (2008) πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, έχουν επιχειρήσει να δώσουν έναν ορισμό για την ποιότητα. Αυτός, είναι άλλοτε συνοπτικός και σύντομος, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και

άλλοτε πιο σύνθετος, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει ως ποιότητα «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητά της να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Bicking & Gryna, 1979). Τέλος, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό, κατά τον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις» (Kotler, 2003).

Η ποιότητα στην υγεία

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας, είναι πιο σύνθετη απ' ότι στο χώρο της βιομηχανίας. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος και κύριος στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία, όσο και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, δεν συμβαίνει το ίδιο, γιατί οι ασθενείς, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Η έννοια του μηδενικού ελαττώματος, που κυριαρχεί στη βιομηχανία, στην υγεία ταυτίζεται, με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων / ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει, βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Αυτό το εγχείρημα είναι δυσκολότερο, από την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων, όπως συμβαίνει στη βιομηχανία (Τούντας, 2003α).

Με βάση τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε, ότι η ποιότητα έχει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να εμπεριέχει πολλαπλές εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος στους ορισμούς που αναφέρονται σε αυτή (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να επισημανθεί, ότι δεν υπάρχει σήμερα ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα. Ακόμη και αν ερωτηθούν χίλιοι άνθρωποι για το τι σημαίνει ποιότητα, είναι πολύ πιθανό να λάβουμε τον ίδιο αριθμό διαφορετικών ορισμών (Καλογεράκη, 2007).

Η προσέγγιση του Donabedian (1980), αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία. Αρχικά, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και στη συνέχεια κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες καθορίζουν τον ορισμό της. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις: α) **Το τεχνικό μέρος** (technical, science of medicine), που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή. β) **Το διαπροσωπικό μέρος** (interpersonal, art of medicine). Αυτό αφορά την ανθρώπινη

(ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, αφορά και τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. γ) **Την ξενοδοχειακή υποδομή** (amenities), που έχει σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται η φροντίδα, οι ανέσεις, οι ευκολίες.

Ο Donabedian, έχοντας ως βάση τις τρεις παραπάνω διαστάσεις, διατύπωσε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας στην ιατρική, ως: «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών, αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Donabedian, 1980). Στη συνέχεια, ο Donabedian (1988) περιγράφει την ποιότητα της περίθαλψης ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων. Σε αυτό, η περίθαλψη, αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό επίπεδο, αλλά ως γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του, καθώς και το κοινωνικο-πολιτιστικό του περιβάλλον.

Το 1990, με το άρθρο «The Seven Pillars of Quality» «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας», ο Donabedian, παραθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα: 1) **Κλινική αποτελεσματικότητα** (efficacy), 2) **Αποτελεσματικότητα** (effectiveness), 3) **Αποδοτικότητα** (efficiency), 4) **Βελτιστότητα** (optimality), 5) **Αποδεκτικότητα** (acceptability), 6) **Νομιμότητα** (legitimacy), 7) **Δίκαιη κατανομή ωφελειών** (equity).

Εκτός από τον Donabedian, ορισμούς για την ποιότητα στην υγεία, διατύπωσαν και πολλοί άλλοι ερευνητές. Η παράθεσή τους, ξεπερνά τα όρια της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Γι' αυτό και η παρούσα μελέτη περιορίζεται, σε εκείνες τις προσεγγίσεις, που προσανατολίζονται στο θέμα που διαπραγματεύεται αυτή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Τούντας, 2008). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (Institute of Medicine Committee), δίνοντας έναν πιο σύντομο ορισμό, ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για

άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα στην υγεία, ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, και τέλος, με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008). Ουσιαστικά, το κλειδί στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, είναι ένα μείγμα αποτελεσμάτων αξιολογήσεων, επικεντρωμένων στο κλινικό κομμάτι και στον ασθενή (Crow et al, 2002).

Σύμφωνα με τους Virgo et al (2007), οι αξιολογήσεις, τις περισσότερες φορές, βασίζονται στην προσέγγιση του Donabedian και επικεντρώνονται στη δομή (επάρκεια εγκαταστάσεων, υλικών και προσωπικού), στις διαδικασίες (παροχής φροντίδας και τρόπων βελτίωσης αποδοτικότητας) και τέλος, στα αποτελέσματα για το χρήστη (μεταβολές στην κατάσταση υγείας του, η ικανοποίησή του, ο βαθμός ενημέρωσης, δείκτες επιπλοκών, δείκτες θνησιμότητας διάρκεια παραμονής). Συνοψίζοντας, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιαίτερη περίπτωση υπηρεσιών, στις οποίες η αποτύπωση της ποιότητας δεν συνδέεται με τη συχνότητα αγοράς ενός προϊόντος ή επιστροφής του σε ένα οργανισμό, αλλά εμπερικλείουν πολλά δεδομένα, τα οποία έχουν ως στόχο, τη μοναδική εμπειρία της παροχής φροντίδας υγείας που βιώνεται (Σιγάλας, 1999).

Η ικανοποίηση των ασθενών

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, ξεκίνησαν το 1956, στην Αμερική, από το χώρο της νοσηλευτικής (Abdellah & Levine, 1957). Σήμερα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Johansson et al, 2002; Laschinger et al, 2005).

Η ικανοποίηση για τον ασθενή, είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει, και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό της (Donabedian, 1980). Ο Risser (1975), αναφέρει πως ικανοποίηση για τον ασθενή είναι η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσδοκίας του, για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής του, για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνει. Σύμφωνα με τους Tavana et al (2003), είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της

ικανοποίησης και των προσδοκιών των πελατών, γι' αυτό και η διαφορά του βαθμού ικανοποίησης και των προσδοκιών, είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος μέτρησης.

Συμπερασματικά, ως ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να οριστεί, η προσωπική του εκτίμηση, όχι μόνο για τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες υγείας, αλλά και για τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών, καθώς και για τον τρόπο παροχής τους. Είναι απαραίτητο λοιπόν οι προμηθευτές, κατά τον προσδιορισμό του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας, να γνωρίζουν τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Αυτή η πληροφορία, βοηθά τους οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο να προσαρμόσουν, αλλά και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες τους, με τρόπο που να ικανοποιούν τις προσδοκίες του ασθενή (Sansgiry, 2005).

Επομένως, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών, αναδεικνύεται σε όλο και πιο σημαντικό κριτήριο για τον τομέα της υγείας, με στόχους την αξιολόγηση των προγραμμάτων και συστημάτων υγείας, την ανάδειξη εκείνων των πτυχών της φροντίδας που χρήζουν βελτίωσης, καθώς επίσης και τον εντοπισμό των ατόμων που είναι πιθανόν να μη θελήσουν στο μέλλον να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του οργανισμού (Jackson et al, 2001; Κουμανδράκη και συν, 2004).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, παρ' όλο που έχει καθιερωθεί διεθνώς ως πάγια τακτική (Andaleeb et al, 2007), απουσιάζει προς το παρόν, από την καθημερινή πρακτική των ελληνικών οργανισμών που ασχολούνται με την υγεία (Τσιριντάνη και συν, 2010). Όπως υποστηρίζεται από τους Sitzia & Wood (1997), η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να γίνεται μεμονωμένα, αλλά να είναι μια επαναλαμβανόμενη διαδικασία σε τακτά χρονικά διαστήματα, μέσα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Όπως τεκμηριώνεται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν, το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Όλα τα παραπάνω, επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τους ασθενείς, στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society for Quality & Safety in Health care, 2003).

Οι παράγοντες που πρέπει να εξετάζονται εντούτοις, για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, όπως αναγράφονται από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003) είναι:

- ◆ **Οι προσδοκίες των χρηστών:** Οι προσδοκίες του καταναλωτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Σε σχετική βιβλιογραφία (Williams, 1994), δεν αποτελεί κύριο θέμα η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε.
- ◆ **Η ηλικία:** Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία (Crow et al., 2002) και δίνουν συνήθως, κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Papanikolaou & Ntani, 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης ή έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις.
- ◆ Όσο αφορά **το φύλο** δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Ορισμένες μελέτες, σε αντίθεση με άλλες, δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).
- ◆ **Η ασθένεια:** Ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν αποδεικνύεται, όμως, αν η δυσαρέσκεια τους οφείλεται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες, (Hall & Milburn, 1998)
- ◆ **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση:** Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγείται, λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas et al., 2004; Dowd et al, 2009). Το είδος της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν φαίνεται να επηρεάζει την

ικανοποίηση (Crow et al, 2002; Quintana et al, 2006). Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης και συν, 2004).

- ◆ **Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης:** Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εμπειρία προγενέστερης παροχής υπηρεσιών, αλλά και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους (Crow et al, 2003).
- ◆ **Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) με τον ασθενή:** Η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και το επικοινωνιακό στυλ που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση (Scotto et al, 2009; Ng et al, 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του ιατρού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αφορά την προσέγγιση, την αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, τη μη ξεκάθαρη επεξήγηση και τη χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας (Scotto et al, 2009). Επίσης, η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση, αυξάνουν την ικανοποίηση (Woodward, 2009).
- ◆ **Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού:** Η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η προσφορά άνετης διαμονής, η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al, 2009).

Με βάση τα στοιχεία, της παραπάνω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διατυπώθηκαν και τα ερευνητικά ερωτήματα στην παρούσα έρευνα. Οι βασικές υποθέσεις που εξετάστηκαν ήταν, αν και κατά πόσο, κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, εισόδημα, επίπεδο μόρφωσης), καθώς, και σε ποιο βαθμό η υποδομή του νοσοκομείου, η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι ημέρες νοσηλείας, επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύονται στο «Ιπποκράτειο» νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Μεθοδολογία

Πεδίο μελέτης

Η έρευνα διεξήχθη στο «Ιπποκράτειο» Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Το νοσοκομείο, όπως τονίστηκε και στην εισαγωγή, προήλθε από την ενοποίηση δύο νοσοκομείων το 1983. Πριν τη συνένωση λειτουργούσαν δύο ανεξάρτητα νοσοκομεία, το πρώτο (τ. Ιπποκράτειο - εγκαινιάστηκε το 1908) με δύναμη 233 οργανικών κλινών και το δεύτερο (τ. Αγία Σοφία - χτίστηκε αρχές του 20ου αιώνα) με δύναμη 390 οργανικών κλινών. Από τη συγχώνευση έως και το 1985, το νέο νοσοκομείο λειτούργησε με 623 κλίνες και από το 1986 με 910 κλίνες (Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», 2003).

Σήμερα το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» έχει 981 αναπτυγμένες κλίνες (πίνακας 1). Είναι ένα από τα μεγαλύτερα της Ελλάδας, ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ. και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Στα 8 κτίρια από τα οποία αποτελείται, λειτουργούν 33 Κλινικές-Τμήματα-Μονάδες (Πανεπιστημιακές και του Ε.Σ.Υ), που χωρίζονται σε τομείς, αυτοί είναι : Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ, Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ, Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, Γ' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, ΤΟΜΕΑΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ, ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ. Επίσης λειτουργούν, 55 εργαστήρια, 186 Εξωτερικά Ιατρεία, και υπάγονται σε αυτό τα Κέντρα Υγείας Θέρμης και Ζαγκλιβερίου. (Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», 2011).

Πίνακας 1. Στατιστικά στοιχεία του έτους 2010 για το Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ 2010 Γ.Ν.Θ. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»	
Έκταση Οικοπέδου	36.607 m²
Δομημένη Επιφάνεια	57.294 m²
Αρ.κτιρίων...8...	2 Κέντρα Υγείας (Θέρμης, Ζαγκλιβερίου)
Αναπτυγμένες Κλίνες	981
Απασχολούμενο Προσωπικό (μόνιμο & συμβ. & Κ.Υ) :	2.283
(Ιατρικό.... 735..... Νοσηλευτικό....836 ... Παραϊατρικό ...197... Διοικητικό ...140...	
Τεχνικό ...57.... Βοηθητικό προσωπικό ...291... Λοιπό Επιστημονικό ...27...)	

Πληθυσμός και διάρκεια της μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο του 2011. Η επιλογή του δείγματος έγινε από ασθενείς που εισήχθησαν σε 21 κλινικές του νοσοκομείου. Από αυτές οι 8 είναι του Α' και Β' Χειρουργικού Τομέα, οι 8 είναι του Α' και Β' Παθολογικού Τομέα, και οι 5 είναι του Γ' Χειρουργικού Τομέα στον οποίο ανήκουν οι Μαιευτικές – Γυναικολογικές Κλινικές (πίνακας 2). Η δειγματοληψία ήταν μη πιθανότητας (non probability sampling) και έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ηλικία των ασθενών μεγαλύτερη των 15 ετών.
- Νοσηλεία στο νοσοκομείο για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μίας ημέρας.
- Προφορική συγκατάθεση των ασθενών, για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, αφού είχε προηγηθεί επεξήγηση του σκοπού της.
- Προετοιμασία τους για έξοδο από το νοσοκομείο (έκδοση Εξιτηρίου).
- Ικανότητά τους για επικοινωνία, καθώς και να μιλούν και να διαβάζουν ελληνικά.
- Να βρίσκονται σε ψυχική ηρεμία, να μην υποβάλλονται σε θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση και να μην είναι βαριά πάσχοντες, ώστε να αδυνατούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο νοσηλεύτηκαν σε όλες τις κλινικές της έρευνας συνολικά 5.213 ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω κριτήρια μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια από την ερευνήτρια και επέστρεψαν επαρκώς συμπληρωμένα 226 (πίνακας 2). Το ποσοστό απόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 90,4%.

Πίνακας 2. Νοσηλευθέντες Αυγούστου και Σεπτεμβρίου ανά κλινική, και πλήθος (n) ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα

Κτήριο	Κλινική	Νοσηλευθέντες Αυγούστου 2011	Νοσηλευθέντες Σεπτεμβρίου 2011	n
Α	Χειρ /κή Κλινική Μεταμοσχεύσεων	107	166	10
	B' Προπαιδευτική Παθολογική	335	402	15
	B' Προπαιδευτική Παθολογική (Θέσεις)			5
	Δ' Παθολογική	190	207	15
	Νεφρολογική	94	107	8
	E' Χειρουργική	78	109	4
	B' Μαιευτική – Γυναικολογική + (Θέσεις, κοινή για B', Γ', Δ', Μ/Γ) + (Εμβρυομητρική, κοινή για B' & Γ' Μ/Γ)	208	241	26

	Γ' Μαιευτική – Γυναικολογική + (Θέσεις, κοινή για Β', Γ', Δ', Μ/Γ)) + (Εμβρυομητρική, κοινή για Β' & Γ' Μ/Γ)	150	214	26
	Δ' Μαιευτική - Γυναικολογική + (Θέσεις, κοινή για Β', Γ', Δ', Μ/Γ))	190	193	25
	Β' Προπαιδευτική Χειρουργική	72	107	16
B	Νευρολογική	92	91	12
	Β' Παθολογική	201	239	5
Γ	Νευροχειρουργική	58	59	2
	Α' Παθολογική	149	143	9
	Β' Καρδιολογική	84	104	9
	Ω.Ρ.Λ.	121	132	16
	Ορθοπαιδική	94	101	7
	Α' Χειρουργική	79	126	10
	Ουρολογική	75	95	6
Σύνολο Νοσηλευθέντων		2.377	2.836	
		5213		
Σύνολο Ερωτηματολογίων ανά Τομέα		Χειρουργικός (Α' & Β')		71
		Παθολογικός (Α' & Β')		78
		Μαιευτικός / Γυναικολογικός (Γ' ΧΕΙΡ/ΚΟΣ)		77
Συνολικός Αριθμός Ερωτηματολογίων				226

Επιλογή μεθόδου συλλογής δεδομένων – Ερευνητικό εργαλείο

Η συλλογή των πρωτογενών στοιχείων πραγματοποιήθηκε, μέσω ποσοτικής έρευνας και τη χρήση καλά δομημένου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007). Το ίδιο εργαλείο μέτρησης, επιλέχθηκε σε έρευνα, για τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης, σε δείγμα 300 ασθενών στα νοσοκομεία Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ» και «Γ. Παπανικολάου» το 2007 (Καλογεράκη, 2007).

Το ερωτηματολόγιο (βλέπε παράρτημα), περιελάμβανε 67 ερωτήσεις ποιοτικών (ιεραρχικών-nominal και διατεταγμένων-ordinal), ποσοτικών μεταβλητών (scale) και 2 ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις από τις οποίες αποτελείται, είναι σχετικές με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών, και επιχειρούν να ανιχνεύσουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά τους, αφ' ενός από τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες, αφετέρου από την υποδομή του νοσοκομείου, κατά την προσέλευση, παραμονή και αποχώρηση από αυτό.

Νοηματικά, διακρίνεται σε δύο μέρη. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος συγκεντρώνει γενικές πληροφορίες για δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ το δεύτερο περιέχει: **1)** Κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακα Likert με πέντε διαβαθμίσεις (1= Διαφωνώ απολύτως, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5= Συμφωνώ απολύτως), **2)** Ερωτήσεις διχοτόμησης (ΝΑΙ/ΟΧΙ), **3)** Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, **4)** Ερωτήσεις κλίμακας (βαθμολογία 0-10). Σε αυτές ο ερωτώμενος καλείται να εκφράσει το βαθμό ικανοποίησής του, αξιολογώντας με έναν ακέραιο αριθμό πάνω σε έναν άξονα ισομερώς βαθμονομημένο από το 0 (απόλυτη δυσαρέσκεια) έως το «άριστα» 10 (απόλυτη ικανοποίηση), με το 5 να δηλώνει την ουδετερότητα ή μέτρια ικανοποίησή του) και αφορούσαν τη μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς για συγκεκριμένα στοιχεία. Αυτά ήταν: το επίπεδο των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, νοσηλευτικών υπηρεσιών, υποδομής του νοσοκομείου, διοικητικών υπηρεσιών και τέλος συνολικής αξιολόγησης της φροντίδας, της οποίας έτυχε ο ασθενής, λαμβάνοντας υπόψη του όλες τις παραπάνω παραμέτρους. **5)** Ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, αναφορικά με τη γενική αποτίμηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Ο μέγιστος χρόνος που απαιτούνταν ήταν 15 λεπτά και οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να το συμπληρώσουν είτε άμεσα, μόνοι τους ή με τη βοήθεια της ερευνήτριας, όταν βρισκόταν σε διαδικασία εξιτηρίου ή τους είχε ήδη εκδοθεί. Η επιλογή αυτή έγινε, για να αποφευχθεί ένα σημαντικό μειονέκτημα που αντιμετωπίζουν όλες οι έρευνες που πραγματοποιούνται σε ασθενείς που ήδη νοσηλεύονται. Οι ερωτώμενοι βρίσκονται σε δεινή θέση και εξαρτημένοι από τους θεραπευτές τους, με αποτέλεσμα να μην απαντούν με μεγάλο βαθμό ελευθερίας. Ταυτόχρονα, ο φόβος τους για την εξέλιξη της ασθένειάς τους, οδηγεί στο να εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, γεγονός που ενδέχεται να δημιουργήσει στρεβλώσεις στην αμεροληψία των αποτελεσμάτων (Νιάκας, 2000).

Δεοντολογία της έρευνας

Για τη διεξαγωγή αυτής, εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις, από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου, μετά από αντίστοιχο αίτημα προς αυτήν με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου (εγκρίθηκε 19/7/2011), από το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου (εγκρίθηκε 3/8/2011) και από το Διευθυντή της εκάστοτε Κλινικής, η οποία επιλέχθηκε και η ερευνήτρια έκανε τη μελέτη.

Η συμμετοχή των ασθενών στην παρούσα έρευνα, απαιτούσε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν από αυτή τη διαδικασία, οι ασθενείς ενημερώνονταν από την ερευνήτρια προφορικά και γραπτά (ύπαρξη εντύπου ενημέρωσης στο ερωτηματολόγιο, βλέπε Παράρτημα), για το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και την ύπαρξη πληροφοριών τόσο για την ερευνήτρια, όσο και σε περίπτωση ανάγκης επικοινωνίας.

Στατιστική Ανάλυση

Μετά από τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, το επόμενο βήμα ήταν η καταγραφή των δεδομένων της έρευνας στο περιβάλλον του Microsoft Excel (2003) και η στατιστική τους επεξεργασία, με τη χρήση του προγράμματος SPSS (ver. 19.0).

Η πρωτογενής ανάλυση που διενεργήθηκε έδωσε βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς (μέση τιμή, ελάχιστο-μέγιστο, τυπική απόκλιση) για τις ποσοτικές μεταβλητές και τα διάφορα στοιχεία κλίμακας συμπεριλαμβανομένων και εκείνων τύπου Likert, καθώς θεωρήθηκε ότι μπορούν να έχουν εσωτερική διάταξη με αριθμητική σημασία, δηλαδή να λαμβάνουν αριθμητικές τιμές ως κλίμακες διαστήματος. Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται ότι οι προτάσεις, με τις οποίες μετρήθηκαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είχαν πάντα την ίδια φορά. Έτσι, οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις με κλίμακα Likert (ερωτήματα 27, 30, 36, 39) υποβλήθηκαν σε αντιστροφή της αρχικής κωδικοποίησης (επιλογή recoding), ώστε σε όλα τα υπόλοιπα στοιχεία του ερωτηματολογίου οι μεγαλύτερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης και αντίστροφα.

Για τα συνεχή δεδομένα, όπως η ηλικία ή οι ημέρες νοσηλείας των ερωτηθέντων, κρίθηκε απαραίτητο να ομαδοποιηθούν σε μορφή κατάλληλη για τις αναλύσεις και για το λόγο αυτό διαμορφώθηκαν διαφορετικές διακριτές κατηγορίες και προκαθορισμένες κλάσεις. Επιπρόσθετα, για όλες τις ερωτήσεις κλειστού τύπου του ερωτηματολογίου, ποσοτικά και ονομαστικά μέτρα (φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.α) υπολογίστηκαν οι σχετικές συχνότητες εμφάνισης των διαφορετικών επιπέδων κάθε μεταβλητής.

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε η μετάβαση από την περιγραφική στην επαγωγική στατιστική. Επιλέχθηκαν μόνο μη-παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης, παρά την μικρότερη ισχύ, σε σχέση με τα αντίστοιχα παραμετρικά τεστ, καθώς ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov που προηγήθηκε, έδειξε ότι η κατανομή των μελών του δείγματος διέφερε σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές σημαντικά από την κανονική.

Η διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις απαντήσεις ποικίλων στοιχείων του ερωτηματολογίου, μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για ορισμένους δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πραγματοποιήθηκε μέσω του ελέγχου ταξινόμησης-αθροίσματος Mann-Whitney. Αυτός επιτυγχάνει ότι και ένας έλεγχος t (όταν οι κατανομές των δύο δειγμάτων δεν αποκλίνουν σημαντικά από την κανονική), αν και συγκρίνει διάμεσους και όχι μέσους όρους (διαφορά ranking).

Για την εξέταση της ομοιογένειας σε τρεις ή περισσότερες ομάδες μη συνεχών μεταβλητών (π.χ. ανάμεσα σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιών) αξιοποιήθηκε ο μη-παραμετρικός, ισοδύναμος του one-way Anova, έλεγχος Kruskal-Wallis, το στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του οποίου υποδηλώνει την ύπαρξη ενός τουλάχιστον ζεύγους ανεξάρτητων ομάδων, των οποίων οι διάμεσοι πραγματικά διαφέρουν. Δεδομένης της αδυναμίας πολλαπλών ελέγχων (post hoc), τέτοιες πιθανές διαφορές εξετάστηκαν, συγκρίνοντας τις ομάδες ανά ζεύγη με το Mann-Whitney. Σε κάθε περίπτωση στις πολλαπλές συγκρίσεις περιελήφθησαν όλα τα πιθανά ζευγάρια παραγόντων, για τους οποίους ο αρχικός έλεγχος Kruskal-Wallis έδωσε στατιστικά σημαντική (ή οριακά σημαντική) διαφορά. Σημαντικές μεταβλητές-παράγοντες διαφοροποίησης που εξετάστηκαν στην ανάλυση ήταν το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ ορισμένων στοιχείων της έρευνας. Έτσι, ελέγχθηκε η ισχύς της θετικής ή αρνητικής σχέσης των απαντήσεων των ασθενών στις ερωτήσεις αξιολόγησης που αναφέρονταν στη συνολική ικανοποίηση τους από τους λειτουργούς υγείας, το διοικητικό προσωπικό, τις κλινικές υποδομές και τη γενική εμπειρία νοσηλείας, με διάφορους παράγοντες. Για τον προσδιορισμό όλων των διμεταβλητών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Spearman rho, ως περισσότερο κατάλληλη μέθοδος, εφόσον η υπόθεση της κανονικότητας δεν ικανοποιείται. Τέλος, μέσω της εξίσωσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, διερευνήθηκε τρόπος επίδρασης στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης (εξαρτημένη μεταβλητή) που λαμβάνουν οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους, από τις αθροιστικές κλίμακες που υποδήλωναν το επίπεδο ικανοποίησής τους από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και την αρτιότητα και επάρκεια των κλινικών υποδομών (ανεξάρτητες μεταβλητές).

Αποτελέσματα

Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος (Ερωτήσεις 1-13 βλ. Παράρτημα).

Στον **Πίνακα 3**, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος. Η πλειονότητά τους ήταν γυναίκες σε ποσοστό 64,6%, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών που απάντησαν είναι 42 έτη περίπου, με ελάχιστη την ηλικία των 15 ετών και μέγιστη την ηλικία των 87 ετών. Η ηλικιακή κλάση 26-35 έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων. Από το δείγμα μας, η πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι ασθενείς (69,3%) και έπονται άγαμοι (20,2%), χήροι (5,5%) και διαζευγμένοι (5%), ενώ διαπιστώνεται ότι το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων αποτελούν έλληνες υπήκοοι (93,2%).

Πίνακας 3. Δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων ασθενών του δείγματος.

Δημογραφική μεταβλητή	n	%
<i>Φύλο</i>		
Ανδρας	80	35,4
Γυναίκα	146	64,6
	(226)	
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
15-25	41	18,6
26-35	58	26,2
36-45	40	18,1
46-55	21	9,5
56-65	25	11,3
>65	36	16,3
M.: 42,2 , ελάχ.: 15 , μέγ.: 87 , SD: 18,6	(221)	
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Έγγαμος/η	151	69,3
Άγαμος/η	44	20,2
Χήρος/α	12	5,5
Διαζευγμένος/η	11	5
	(218)	
<i>Υπηκοότητα</i>		
Ελληνική	207	93,2
Άλλη	15	6,8
	(222)	

Η ποσοστιαία αναλογία (%) αναφέρεται στο σύνολο των έγκυρων απαντήσεων (σε παρένθεση). n: πλήθος απαντήσεων, M: μέση τιμή, SD: τυπική απόκλιση.

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**. Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα (35,2%). Σημαντικός αριθμός ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από σπουδαστές της μέσης και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και γυναίκες οικιακά απασχολούμενες (18,7%), με τους αριθμούς των ελεύθερων επαγγελματιών και συνταξιούχων να ακολουθούν (17,1% και 13% αντίστοιχα), ενώ το ποσοστό των ανέργων (8,8%) φαίνεται να υπερβαίνει εκείνο των δημόσιων υπαλλήλων (7,3%).

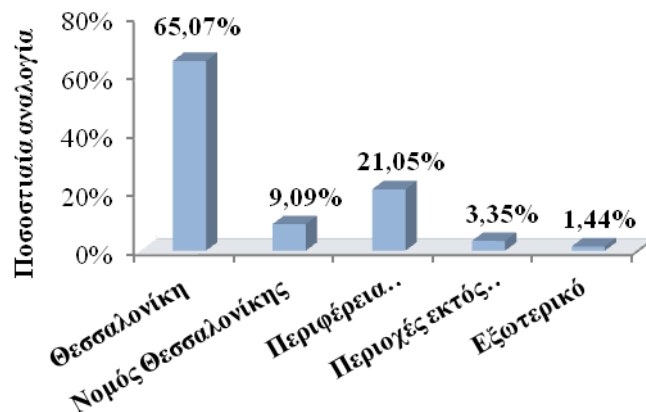
Πίνακας 4. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Κοινωνικοοικονομική μεταβλητή	N	%
<i>Επάγγελμα</i>		
Δημόσιος υπάλληλος	14	7,3
Ιδιωτικός υπάλληλος	68	35,2
Ελεύθερος επαγγελματίας/Αγρότης	33	17,1
Συνταξιούχος	25	13,0
Οικιακά/Μαθητής/Φοιτητής	36	18,7
Άνεργος/η	17	8,8
	(193)	
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>		
Απόφοιτος δημοτικού	43	19,5
Απόφοιτος γυμνασίου	29	13,2
Απόφοιτος λυκείου/εξατάξιου γυμνασίου	57	25,9
Απόφοιτος τεχνικής/πανεπιστημιακής σχολής	91	41,4
	(220)	
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>		
<600 €	39	21,0
601-900€	43	23,1
901-1500€	58	31,2
1501-2100€	28	15,1
2101-2700€	9	4,8
>2700€	9	4,8
	(186)	
<i>Ασφαλιστική κάλυψη</i>		
Δημόσιο	27	12,1
ΙΚΑ	128	57,4
ΟΓΑ	20	9,0
ΤΕΒΕ	29	13,0
ΤΣΜΕΔΕ	0	0
Ιδιωτική ασφάλιση	1	0,4
Καμία ασφάλιση	5	2,2
Άλλη (π.χ. ΤΥΔΚΥ, ΠΡΟΝΟΙΑ κ.α.)	13	5,8
	(223)	

Ποσοστιαία αναλογία (%) εκπεφρασμένη επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων (σε παρένθεση).

Με βάση το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα έχουν άτομα της υψηλής βαθμίδας εκπαίδευσης με την πλειοψηφία να είναι απόφοιτοι κάποιου τεχνολογικού ή πανεπιστημιακού ιδρύματος (41,4%), ενώ ακολουθούν εκείνοι που ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια και/ή την υποχρεωτική εκπαίδευση (αθροιστικό ποσοστό 58,6%). Σε 186 ασθενείς, η σχετική πλειοψηφία (31,2%) δήλωσε εισόδημα (901-1500€), με τα χαμηλότερα εισοδήματα να συγκροτούν περίπου το ήμισυ του δείγματος, ενώ τα υψηλότερα εισοδήματα αφορούν μικρό ποσοστό ερωτηθέντων που κυμαίνεται από 15,1% για την κατηγορία 1501-2100€ έως μόλις 4,8% για τις κατηγορίες 2101-2700€ και άνω των 2700€. Τέλος, το ασφαλιστικό ταμείο των ασθενών φαίνεται να είναι αλληλένδετο με το επάγγελμά τους. Δεδομένης της ύπαρξης προστατευόμενων μελών και παροχής έμμεσης ασφάλισης, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει ως ασφαλιστικό φορέα το ΙΚΑ (57,4%) με το ΤΕΒΕ και το Δημόσιο να ακολουθούν (12,1-13%) (Πίνακας 4).

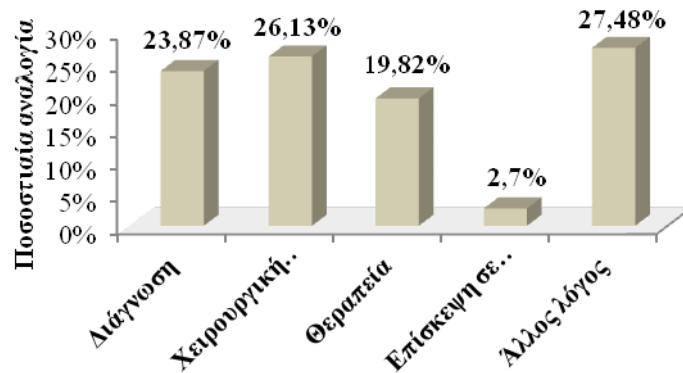
Ο τόπος διαμονής των ερωτηθέντων του δείγματος παρουσιάζεται στο **Σχήμα 2**. Από τις απαντήσεις τους φαίνεται πως η πλειοψηφία (65,07%) κατοικεί στη ζώνη του πολεοδομικού συγκροτήματος Θεσσαλονίκης.



Σχήμα 2: Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών του δείγματος σχετικά με τον τόπο διαμονής τους.

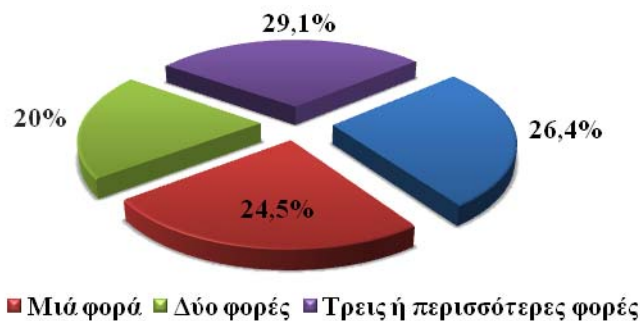
Αναφορικά με το λόγο εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο (**Σχήμα 3**), εκτός της διάγνωσης (23,87%), της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης (26,13%), της θεραπείας (19,82%), και της τακτικής επίσκεψης σε ειδικό ιατρό (2,7%), η πλειοψηφία

(27,48%) δηλώνει ότι ήρθε στο νοσοκομείο για άλλο λόγο. Αυτός μπορεί να είναι : Τοκετός, ατυχήματα, παρακολούθηση πορείας νόσου κ.α



Σχήμα 3: Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το λόγο εισαγωγής τους.

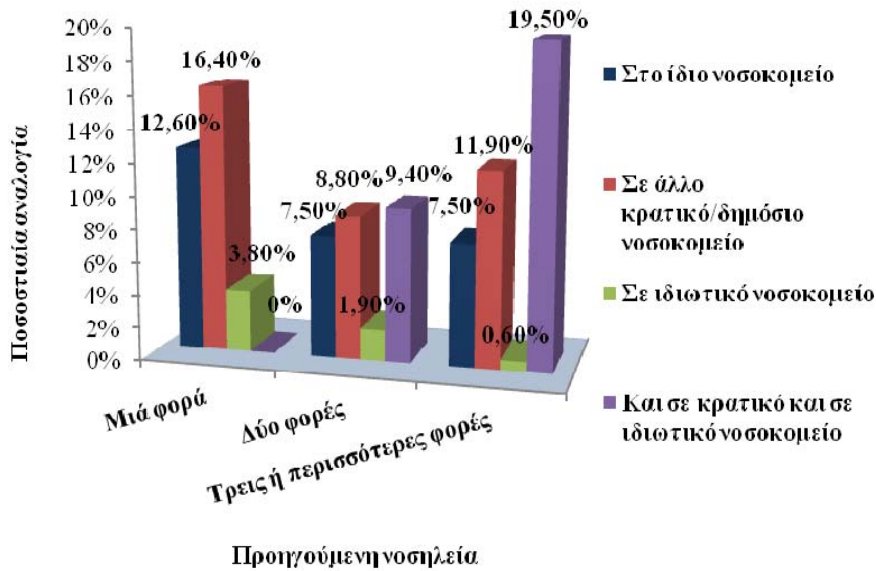
Το αποτέλεσμα της ερώτησης για ενδεχόμενη προηγούμενη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο εμφανίζεται στο Σχήμα που ακολουθεί (**Σχήμα 4**). Από τους 220 ασθενείς που απάντησαν, 58 (26,4%) δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ, 54 νοσηλεύτηκαν για μία φορά (24,5%), δύο φορές δήλωσαν 44 άτομα (20%), ενώ η σχετική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (64 άτομα ή 29,1%) είχαν βιώσει την εμπειρία αυτή για τρεις ή περισσότερες περιπτώσεις στο παρελθόν.



Σχήμα 4: Ποσοστιαία αναλογία της ύπαρξης προηγούμενης εμπειρίας νοσηλείας σε κάποιο νοσοκομείο.

Το είδος του νοσοκομείου της παλαιότερης νοσηλείας δίδεται στο **Σχήμα 5**. Από 159 ερωτηθέντες που νοσηλεύτηκαν τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν προκύπτει ότι 20 άτομα (12,6%) δήλωσαν ότι είχαν νοσηλευτεί ξανά μία φορά στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», 26 άτομα (16,4%) είχαν νοσηλευτεί σε άλλο κρατικό ή δημόσιο νοσοκομείο, 6 άτομα (3,8%) είχαν εισαχθεί μία φορά σε κάποια ιδιωτική κλινική. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο νοσηλεύτηκαν δύο φορές στο παρελθόν ξανά 12 άτομα (7,5%), 14 άτομα (8,8%) και τις δύο φορές σε άλλο κρατικό ή δημόσιο ίδρυμα και 3 άτομα

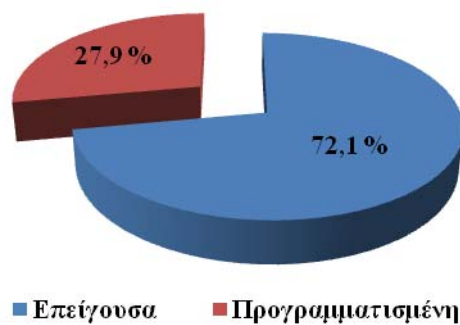
(1,9%) επέλεξαν ιδιωτικό φορέα, ενώ εμπειρία και από ιδιωτικά και κρατικά νοσοκομεία (συμπεριλαμβανομένου του Ιπποκράτειου) είχαν 15 ασθενείς (9,4%). Ανάμεσα στους ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί για τρεις ή περισσότερες φορές, 12 άτομα (7,5%) το έπραξαν στο παρόν νοσοκομείο, 19 άτομα (11,9%) σε άλλο κρατικό ή δημόσιο νοσοκομείο, 31 άτομα (19,5%) είχαν επισκεφθεί ιδιωτικά και κρατικά νοσοκομεία και μόλις 1 άτομο (0,6%) προτίμησε σε όλες τις περιπτώσεις κάποια ιδιωτική κλινική.



Σχήμα 5: Ποσοστιαία αναλογία του τύπου νοσοκομείου, στο οποίο πραγματοποιήθηκε η προηγούμενη νοσηλεία.

Διαδικασία εισαγωγής στο Νοσοκομείο (Ερωτήσεις 14-24 βλ. παράρτημα).

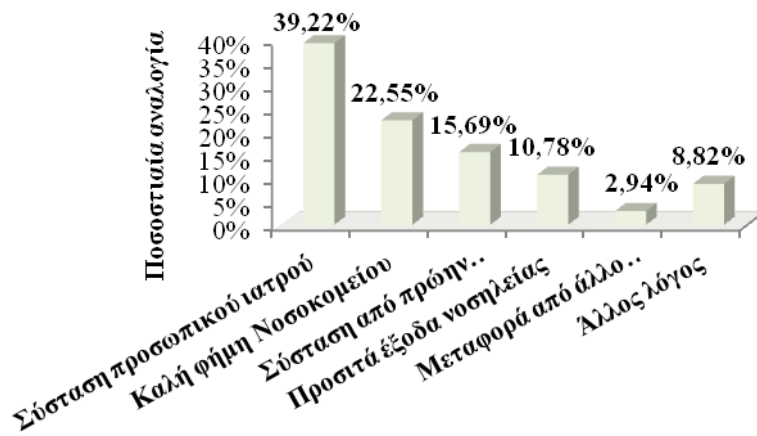
Όσον αφορά τη διαδικασία εισαγωγής στο νοσοκομείο, 163 ασθενείς δήλωσαν ότι αυτή ήταν επείγουσα (72,1%), ενώ προγραμματισμένα νοσηλεύτηκαν 62 ασθενείς (27,9%), όπως φαίνεται στο **Σχήμα 6**.



Σχήμα 6: Ποσοστιαία αναλογία των δύο τύπων εισαγωγής των ερωτηθέντων ασθενών στο νοσοκομείο.

Στο **Σχήμα 7** διακρίνεται ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε μια προγραμματισμένη εισαγωγή. Περίπου τέσσερις στους δέκα ασθενείς επέλεξαν το

«Ιπποκράτειο», κατόπιν σύστασης του προσωπικού τους ιατρού. Ενώ σημαντικοί λόγοι φαίνεται ότι ήταν και η καλή φήμη του νοσοκομείου (22,55%), και η σύσταση από πρώην νοσηλευθέντες (15,69%).



Σχήμα 7: Ποσοστιαία αναλογία του λόγου επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου από τους ασθενείς του δείγματος με προγραμματισμένη εισαγωγή.

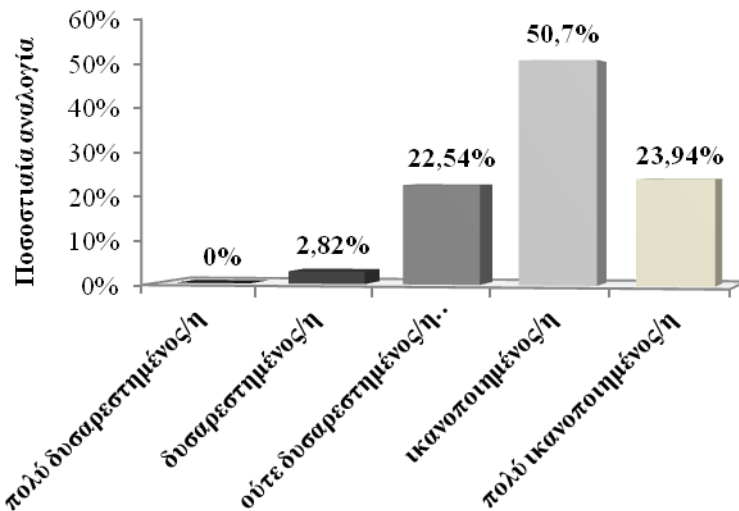
Από το **Σχήμα I** (βλέπε Παράρτημα) διαπιστώνουμε ότι ο χρόνος αναμονής για ραντεβού εξέτασης στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι) κυμάνθηκε από 0-5 ημέρες για το 46,27% των ερωτηθέντων, από 6-10 ημέρες για ποσοστό 28,36%, από 11-30 ημέρες ποσοστό 20,9%, ενώ για μόλις 4,48% των ασθενών απαιτήθηκε διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα.

Όσον αφορά τους λόγους, για τους οποίους οι ασθενείς πιστεύουν ότι συνέβαλαν ώστε να οριστεί ημερομηνία για το ραντεβού εξέτασης στα Τ.Ε.Ι (**Σχήμα II**, Παράρτημα), η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντά σε ποσοστό 38,67% ότι ο λόγος είναι η προσωπική τους γνωριμία με τον ιατρό. Ακολουθεί σε ποσοστό 36% η τήρηση των διαδικασιών, ενώ οι παρεμβάσεις τρίτων σε 14,67%.

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με προγραμματισμένη εισαγωγή, δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένος/η» σε ποσοστό 35,14% (**Σχήμα III**, Παράρτημα) από τον χρόνο αναμονής που απαιτήθηκε, για να κλείσουν ραντεβού εξέτασης στα Τ.Ε.Ι. Ακολουθούν τα ποσοστά 29,73% για εκείνους που δηλώνουν «ικανοποιημένος/η» και 25,68% γι' αυτούς που εκφράζουν ουδέτερη κατάσταση «ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η». Αξίζει να αναφερθεί και ένα ποσοστό ασθενών (5,41%) που δηλώνουν «πολύ δυσαρεστημένος/η».

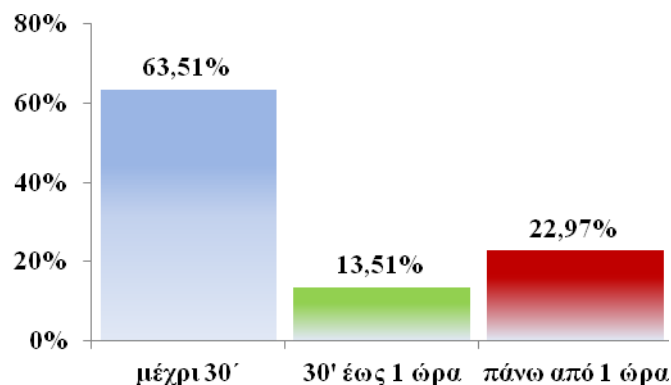
Στο **Σχήμα IV** (Παράρτημα) οι νοσηλευθέντες σε ποσοστό 70,83% είχαν αναμονή 1-5 ώρες για να εισαχθούν στην κλινική τους από τα Τ.Ε.Ι., το 16,67% 1-20 ημέρες, ενώ το 12,50% των ασθενών είχε αναμονή 1-6 μήνες.

Από τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στα Τ.Ε.Ι. (**Σχήμα 8**) το 50,7% των ασθενών δηλώνουν «ικανοποιημένος/η», το 23,94% «πολύ ικανοποιημένος/η» και το 22,54% «ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος». Μόλις το 2,82% των ασθενών εκφράζει δυσαρέσκεια από τις ιατρικές υπηρεσίες στα Τ.Ε.Ι.



Σχήμα 8: Ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν στα Τ.Ε.Ι. (προγραμματισμένη εισαγωγή).

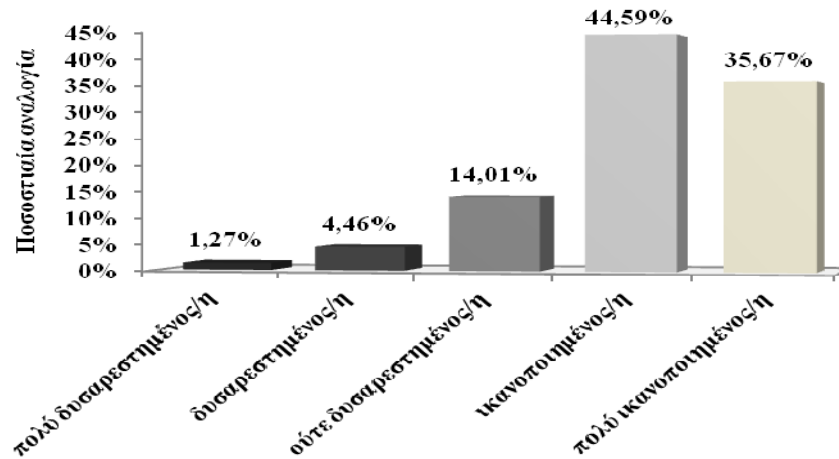
Η ταχύτητα εξυπηρέτησης των ασθενών στα Ιατρεία Εφημερίας (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών – ΤΕΠ) αποτυπώνεται στο **Σχήμα 9**. Ο χρόνος αναμονής γενικά κυμαίνεται από 5 λεπτά έως αρκετές ώρες. Περίπου έξι στους δέκα νοσηλευόμενους (63,51% ή 94 άτομα) δήλωσαν ότι εξετάστηκαν μέσα σε τριάντα λεπτά από τη στιγμή της έλευσής τους στο νοσοκομείο. Έως μία ώρα χρειάστηκε να περιμένουν 20 άτομα (13,51%) και πάνω από μία ώρα 34 άτομα (22,97%).



Σχήμα 9. Ποσοστιαία αναλογία του χρονικού διαστήματος αναμονής εξέτασης των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (επείγουσα εισαγωγή).

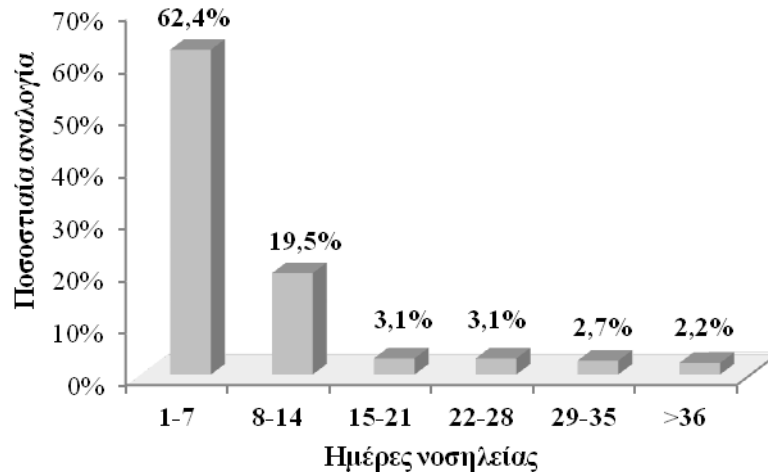
Η ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος από τις προσφερόμενες υπηρεσίες στα Ιατρεία Εφημερίας (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) φαίνεται στο **Σχήμα 10**. Σε αυτό

γίνεται αντιληπτό, ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων έμεινε γενικά ικανοποιημένη από τη λειτουργία των ΤΕΠ, με ποσοστό 44,59% να δηλώνουν «ικανοποιημένοι» και 35,67% «πολύ ικανοποιημένοι» αντίστοιχα. Ουδέτερη κατάσταση εξέφρασε το 14,01%, ενώ «δυσανεστημένοι» και «πολύ δυσανεστημένοι» εμφανίζεται να είναι το 4,46% και το 1,27% αντίστοιχα.



Σχήμα 10: Ποσοστιαία αναλογία του βαθμού ικανοποίησης των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρθηκαν στα Ιατρεία Εφημερίας στους ερωτηθέντες ασθενείς της έρευνας.

Η ενότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, που αφορούν τη διαδικασία εισαγωγής των ασθενών στο Νοσοκομείο, ολοκληρώνεται με την αναφορά τους στο χρονικό διάστημα παραμονής σε αυτό. Το διάστημα της νοσηλείας των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 1 έως 150 ημέρες. Στο **Σχήμα 11** διακρίνεται κατηγοριοποιημένο σε έξι κλάσεις. Από τους 210 ασθενείς που απάντησαν, έως μία βδομάδα νοσηλεύτηκαν 141 άτομα (62,4%), έως δύο βδομάδες 44 άτομα (19,5%), έως τρεις και τέσσερις βδομάδες 7 άτομα αντίστοιχα (3,1%) και έως πέντε βδομάδες 6 άτομα (2,7%). Μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία από πέντε εβδομάδες δήλωσαν 5 ασθενείς (2,2%).



Σχήμα 11: Ποσοστιαία αναλογία του χρονικού διαστήματος παραμονής των ασθενών στις κλινικές του νοσοκομείου.

Αξιολόγηση της φροντίδας που πρόσφερε το Ιατρικό προσωπικό (Ερωτήσεις 25-32 βλ. Παράρτημα).

Οι ασθενείς αξιολόγησαν τη φροντίδα που τους πρόσφερε το ιατρικό προσωπικό με τη χρήση της διαβαθμισμένης 5-βάθμιας κλίμακας Likert (απόλυτη διαφωνία έως απόλυτη συμφωνία). Η κλίμακα παρέχει ολοκληρωμένη πληροφόρηση για την άποψη των ερωτηθέντων πάνω στις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν από το ιατρικό προσωπικό στις κλινικές που νοσηλεύτηκαν, αποδίδοντας το βαθμό ικανοποίησης, για διαφορετικά επιμέρους στοιχεία αξιολόγησης της εργασίας και συμπεριφοράς του. Από τον παρακάτω **Πίνακα 5** φαίνεται ότι οι ασθενείς θεωρούν πως το ιατρικό προσωπικό ήταν ευγενικό απέναντί τους (M: 4,24>4) και εμφανίζονται πολύ ικανοποιημένοι από την ικανότητα και επιδεξιότητα που αυτό επέδειξε (M: 4,26>4) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους μετριάζοντας τη σχετική τους ανασφάλεια (M: 4,14>4) και προσεγγίζοντάς τους με κατανοητό τρόπο (M: 4,09>4). Ελαφρώς μικρότερη ικανοποίηση καταγράφεται από τους ασθενείς, για την ενημέρωση των ιατρών που αφορούσε την κατάσταση της υγείας τους (M: 3,95<4) και την ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών τους (M: 3,94<4). Ωστόσο, οι ασθενείς, παρά την μάλλον ικανοποιητική διαθεσιμότητα των ιατρών σε ώρα ανάγκης (M: 3,96<4), φαίνεται να εκφράζουν πιθανώς την μέτρια δυσαρέσκειά τους για το χρόνο που τελικά τους διατέθηκε (M: 3,73<4). Στον **Πίνακα 5** παρουσιάζονται και οι σχετικές ποσοστιαίες αναλογίες των διαφορετικών βαθμών ικανοποίησης της κλίμακας Likert για τα ερωτήματα 25-32.

Πίνακας 5. Οι μέσες τιμές (M) και το ποσοστό, στην κλίμακα αξιολόγησης Likert (1-5), των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού στο σύνολο των ερωτηθέντων.

Ερώτημα: το ιατρικό προσωπικό...	διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα	M	SD
n							
25. συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	0	3	31	99	92	4,24 (225)	0,74
(%)	0	1,3	13,8	44	40,9		
26. με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	5	17	36	92	74	3,95 (224)	1,00
(%)	2,2	7,6	16,1	41,1	33		
27. ήταν απόμακρο, δύσκολα μπορούσες να μιλήσεις	64	94	35	21	10	3,94 (224)*	0,93
(%)	28,6	42	15,6	9,4	4,5		
28. ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν	6	14	33	103	69	3,96 (225)	0,97
(%)	2,7	6,2	14,7	45,8	30,7		
29. ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει	4	0	18	114	89	4,26 (225)	0,75
(%)	1,8	0	8	50,7	39,6		
30. ο χρόνος που μου αφιέρωνε ήταν πολύ λίγος	41	99	56	22	5	3,73 (223)*	0,88
(%)	18,4	44,4	25,1	9,9	2,2		
31. μιλούσε απλά και κατανοητά	4	10	18	122	70	4,09 (224)	0,85
(%)	1,8	4,5	8	54,5	31,3		
32. με έκανε να αισθάνομαι ασφαλής	3	6	26	112	79	4,14 (226)	0,82
(%)	1,3	2,7	11,5	49,6	35		

n: πλήθος απαντήσεων, SD: τυπική απόκλιση. Σε παρένθεση ο συνολικός αριθμός έγκυρων απαντήσεων.

* η κλίμακα έχει αναστραφεί για να ακολουθεί τη φορά όλων των στοιχείων της (Ερωτ. 27 και 30). Με κόκκινο το στοιχείο με τη χαμηλότερη μ.τ.

Αξιολόγηση της φροντίδας που πρόσφερε το Νοσηλευτικό προσωπικό (Ερωτήσεις 34-40 βλ. Παράρτημα).

Η αξιολόγηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών στις κλινικές των ερωτηθέντων έδωσε το αποτέλεσμα που παρουσιάζεται στον **Πίνακα 6**. Οι μέσες τιμές της κλίμακας Likert αποτυπώνουν την ικανοποίηση των ασθενών για την επαγγελματική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως αυτή εκφράζεται στο στοιχείο της ικανότητας και

επιδεξιότητάς (M: 4,11>4), τη διαθεσιμότητά του σε περίπτωση ανάγκης (M: 4,04>4), ενώ τη θετική γνώμη των νοσηλευόμενων απέσπασε και η συμπεριφορά των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (M: 4,04>4). Ελαφρώς μικρότερη ικανοποίηση καταγράφεται για την ευκολία προσέγγισής τους (M: 3,97<4), καθώς και τη συμβολή τους στην επίτευξη ενός αισθήματος ασφάλειας για τη θετική έκβαση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (M: 3,92<4). Ενδεικτικές της δυσαρέσκειας των ερωτηθέντων για τη νοσηλευτική φροντίδα ήταν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις για το συνολικό χρόνο που τους αφιερώθηκε σε κάθε περίπτωση από τους νοσηλευτές (M: 3,67<4) και κυρίως την παρεχόμενη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους (M: 3,61<4). Στον **Πίνακα 6** παρουσιάζονται και οι σχετικές ποσοστιαίες αναλογίες των διαφορετικών βαθμών ικανοποίησης της κλίμακας Likert για τα ερωτήματα 34-40.

Πίνακας 6. Οι μέσες τιμές (M) και το ποσοστό, στην κλίμακα αξιολόγησης Likert (1-5), των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού στο σύνολο των ερωτηθέντων.

Ερώτημα: το νοσηλευτικό προσωπικό...	διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα	M	SD
	n						
34. συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	6	14	27	98	81	4,04 (226)	0,98
(%)	2,7	6,2	11,9	44	35,8		
35. με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	11	32	41	91	50	3,61 (225)	1,12
(%)	4,9	14,2	18,2	40,4	22,2		
36. ήταν απόμακρο, δύσκολα μπορούσες να μιλήσεις	54	119	23	19	10	3,97 (225)*	0,85
(%)	24	42	10,2	8,4	4,4		
37. ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν	3	13	27	111	70	4,04 (224)	0,89
(%)	1,3	5,8	12,1	49,6	31,3		
38. ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει	2	6	24	126	67	4,11 (225)	0,76
(%)	0,9	2,6	10,7	56	29,8		

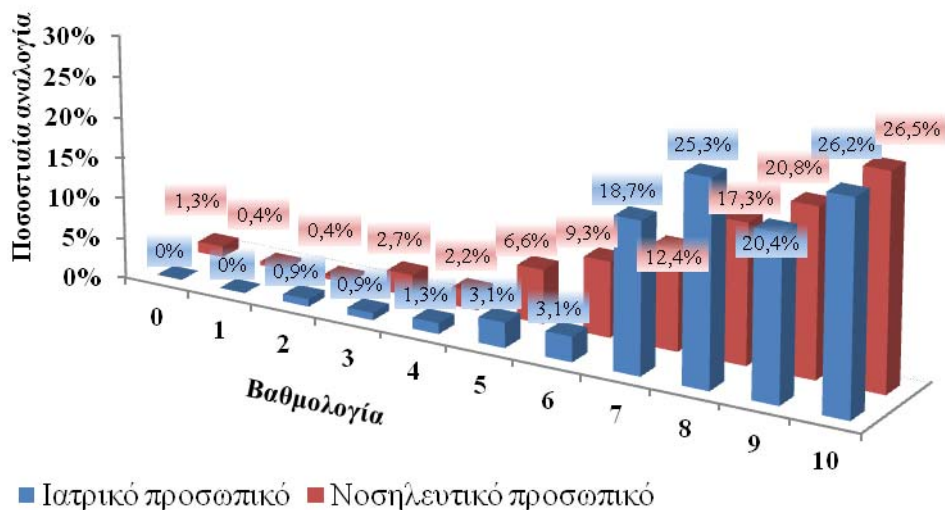
39. ο χρόνος που μου αφιέρωνε ήταν πολύ λίγος	43	87	58	29	8	3,67 (225)*	0,94
(%)	19,1	38,7	25,8	12,9	3,6		
40. με έκανε να αισθάνομαι ασφαλής	4	14	39	108	60	3,92 (225)	0,92
(%)	1,8	6,2	17,3	48	26,7		

n: πλήθος απαντήσεων, SD: τυπική απόκλιση. Σε παρένθεση ο συνολικός αριθμός έγκυρων απαντήσεων.

* η κλίμακα έχει αναστραφεί για να ακολουθεί τη φορά όλων των στοιχείων της (Ερωτ. 36 και 39). Με κόκκινο το στοιχείο με τη χαμηλότερη μ.τ.

Αξιολόγηση της φροντίδας που πρόσφερε το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό σε κλίμακα 0-10 (Ερωτήσεις 33 και 41 βλ. Παράρτημα).

Η απλή παράθεση των συχνοτήτων που αφορούν τις βαθμολογίες για τις δύο ομάδες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Ερωτήσεις 33 και 41 αντίστοιχα) διακρίνονται στο **Σχήμα 12**. Γενικά, περίπου εννιά στους δέκα ερωτηθέντες φαίνεται να επιλέγει βαθμό άνω του μετρίου (6-10) για τις υπηρεσίες των δύο ομάδων εργαζόμενων, με το πλήθος των παρατηρήσεων της μέγιστης δυνατής βαθμολόγησης (10) να αποτελεί την πλειοψηφία των απαντήσεων, ελάχιστα μεγαλύτερο για το νοσηλευτικό προσωπικό (26,2% έναντι 26,5%). Παρατηρείται, επίσης, μια ευρύτερη κατανομή των χαμηλότερων βαθμών ικανοποίησης όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ καμία παρατήρηση με μηδενική ή μοναδιαία βαθμολογία δεν καταγράφηκε για το ιατρικό προσωπικό.



Σχήμα 12: Ποσοστιαία αναλογία του γενικού βαθμού ικανοποίησης (0-10) των υπηρεσιών του ιατρικού (σε μπλε) και νοσηλευτικού (σε κόκκινο) προσωπικού του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών (ερωτήματα 33 και 41 αντίστοιχα).

Υπαρξη Αποκλειστικής (Ερωτήσεις 42-43 βλ. Παράρτημα).

Η πλειοψηφία των ασθενών (93,75%) δεν επέλεξαν την επιπλέον φροντίδα της αποκλειστικής νοσοκόμας (βλέπε Παράρτημα, **Σχήμα V**). Από το ποσοστό των ασθενών που είχαν αποκλειστική νοσοκόμα (6,25%), το 50% αυτών, ο λόγος για τον οποίο έτυχε επιπλέον φροντίδας, ήταν γιατί η κατάσταση της υγείας του απαιτούσε τη συνεχή παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού. Το 18,75%, γιατί αισθανόταν μεγαλύτερη ασφάλεια και άλλος λόγος που συγκεντρώνει το ίδιο ποσοστό (18,75%) είναι η προσωπική σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με την αποκλειστική. Τέλος, ποσοστό 6,25% των ασθενών επιλέγει την ύπαρξη αποκλειστικής, γιατί γνωρίζει ότι θα έχει άμεση ανταπόκριση και επίσης γιατί δεν ικανοποιήθηκε από τη φροντίδα που του πρόσφερε το νοσηλευτικό προσωπικό (βλέπε Παράρτημα, **Σχήμα VI**).

Διαχείριση Πόνου (Ερωτήσεις 44-45 βλ. παράρτημα).

Στο σύνολο 224 ασθενών, το 24,11% (n=54) είχαν εμπειρία από πόνο σε μέτριο βαθμό, 47 ασθενείς (20,98%) βίωσαν πάρα πολύ πόνο, 42 ασθενείς (18,75%) δεν αισθάνθηκαν πόνο, και ακολουθεί το ποσοστό των ασθενών που αισθάνθηκε πολύ πόνο 18,30% (n=41) ή λίγο πόνο 17,86% (n=40) (βλέπε Παράρτημα, **Σχήμα VII**). Συνολικά, από τους 182 ασθενείς που είχαν εμπειρία από πόνο (λίγο – σε μέτριο βαθμό – πολύ –

πάρα πολύ), το 48,35% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη διαχείριση του πόνου τους (n= 88), το 23,63% πολύ ικανοποιημένοι (n=43), 30 ασθενείς απάντησαν ουδέτερα (16,48%), και δυσαρέσκεια εξέφρασαν συνολικά 21 ασθενείς. Από αυτούς το 6,59% ήταν δυσαρεστημένοι από την αντιμετώπιση του πόνου (n=12) και 4,95% των ασθενών ήταν πολύ δυσαρεστημένοι (n=9) (βλέπε παράρτημα, **Σχήμα VIII**).

Αξιολόγηση της Υποδομής του Νοσοκομείου (Ερωτήσεις 46-55 βλ.

Παράρτημα).

Για να αξιολογηθούν από τους ασθενείς του δείγματος, στοιχεία που γενικά διευκολύνουν την παραμονή και νοσηλεία τους στην κλινική που νοσηλεύονται, δηλαδή των νοσοκομειακών υποδομών (χώροι, ανέσεις, συμπεριφορά βοηθητικού προσωπικού), έγινε χρήση της 5-βάθμιας κλίμακας Likert (**Πίνακας 7**). Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, τα μέσα αναψυχής (τηλεόραση, πρόσβαση στον αύλειο χώρο κ.α.) και επικοινωνίας (τηλέφωνο) που τους προσφέρθηκαν στο πλαίσιο της νοσηλείας, κρίθηκαν από την πλειονότητά τους ως ελλιπή (M: 2,45<3). Δυσαρέσκεια εκφράστηκε επίσης για την επάρκεια του διαθέσιμου χρόνου των εξωτερικών επισκέψεων (M: 2,74<3). Μέτριες ενστάσεις των νοσηλευόμενων διατυπώθηκαν για το επίπεδο της καθαριότητας των χώρων υγιεινής και της ποιότητας του φαγητού που τους χορηγήθηκε (M: 3,14-3,15), ενώ σχετικά με την καθαριότητα του δωματίου εκδηλώνεται ελαφρώς μεγαλύτερη ικανοποίηση (M: 3,45<4). Επιπλέον, η διαφαινόμενη σε κάποιο βαθμό αδυναμία επίτευξης των ευνοϊκών, κατά τη γνώμη των ασθενών, συνθηκών νοσηλείας αντανακλάται και στις σχετικά χαμηλές τιμές ικανοποίησής τους, όσον αφορά την τήρηση των προβλεπόμενων ωρών ανάπαυσης και τον περιορισμό της ενόχλησης (M: 3,32<4), καθώς και την εξασφάλιση της κατάλληλης θερμοκρασίας στο θάλαμο (M: 3,2<4). Από την άλλη προκύπτει ότι η συμπεριφορά του προσωπικού που επιφορτίζεται με την εξυπηρέτηση μέρους των παραπάνω αναγκών, αξιολογείται περισσότερο θετικά από τους ερωτηθέντες. Έτσι, τουλάχιστον με βάση την μέση τιμή ικανοποίησης στην κλίμακα Likert φαίνεται να εκτιμώνται οι καλοί τρόποι των υπαλλήλων τροφοδοσίας και σίτισης (M: 3,98≈4) κατά κύριο λόγο και δευτερευόντως εκείνων της καθαριότητας (M: 3,76<4).

Πίνακας 7. Οι μέσες τιμές (M) και το ποσοστό, στην κλίμακα Likert (1-5), στις επιμέρους κατηγορίες αξιολόγησης των υποδομών (χώρων-ανέσεων) της κλινικής, και της συμπεριφοράς του βοηθητικού προσωπικού του Νοσοκομείου.

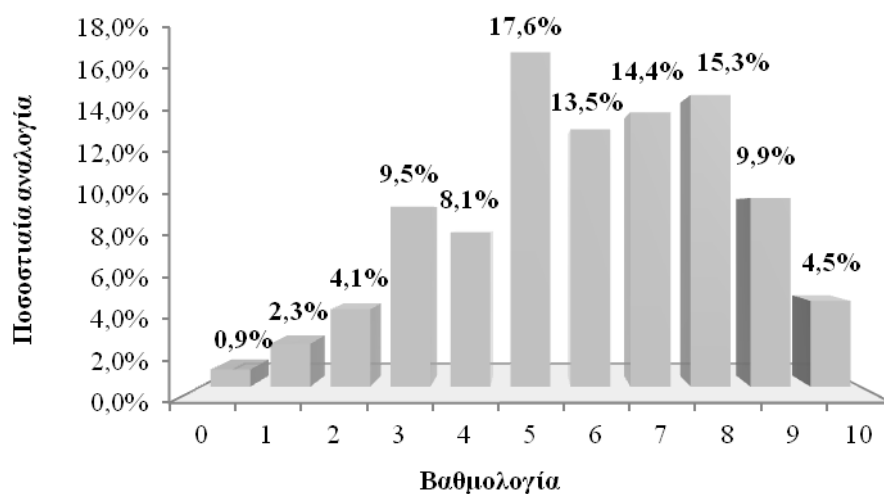
Υποδομή του νοσοκομείου Ερώτημα:	διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα	M	SD
	n						
46. το δωμάτιο ήταν άνετο	11	24	37	116	36	3,63 (224)	1,03
(%)	4,9	10,7	16,5	44	16,1		
47. το δωμάτιο είχε την ιδανική θερμοκρασία	21	45	53	79	27	3,20 (225)	1,17
(%)	9,3	20	23,6	35,1	12		
48. το δωμάτιο ήταν καθαρό	12	29	55	100	27	3,45 (223)	1,04
(%)	5,4	13	24,7	44,8	12,1		
49. οι χώροι υγιεινής ήταν καθαροί	26	38	64	72	25	3,14 (225)	1,17
(%)	11,6	16,9	28,4	32	11,1		
50. οι ώρες κοινής ησυχίας τηρούνταν αυστηρά	24	36	42	89	33	3,32 (224)	1,21
(%)	10,7	16,1	18,8	39,7	14,7		
51. η ποιότητα του φαγητού ήταν πολύ καλή	23	35	68	74	20	3,15 (220)	1,12
(%)	10,5	15,9	30,9	33,6	9,1		
52. το προσωπικό παροχής υπηρεσιών διατροφής ήταν ευγενικό	6	13	26	113	66	3,98 (224)	0,94
(%)	2,7	5,8	11,6	50,4	29,5		
53. το προσωπικό καθαριότητας ήταν ευγενικό	8	18	39	114	45	3,76 (224)	0,98
(%)	3,6	8	17,4	50,9	35		
54. υπήρχε δυνατότητα για επικοινωνία και αναψυχή	66	62	36	39	17	2,45 (220)	1,29
(%)	30	28,2	16,4	17,7	7,7		

55. οι ώρες επισκεπτηρίου ήταν πολλές	33	67	62	42	17		
(%)	14,9	30,3	28,1	19	7,7	2,74 (221)	1,15

n: πλήθος απαντήσεων, M: μέση τιμή, SD: τυπική απόκλιση. Με κόκκινο το στοιχείο με τη χαμηλότερη μ.τ.

*Συνολική αξιολόγηση των χώρων και των ανέσεων (ξενοδοχειακή υποδομή)
της κλινικής, του Νοσοκομείου σε κλίμακα 0-10 (Ερώτηση 56 βλ.
Παράρτημα).*

Η συνολική ικανοποίηση 222 ασθενών που απάντησαν για τις υποδομές της κλινικής που νοσηλεύτηκαν διακρίνεται στο **Σχήμα 13**. Στις σχετικές συχνότητες των διαφορετικών απαντήσεων με βάση την κλίμακα αξιολόγησης 0-10 αποτυπώνεται κατά κάποιο βαθμό το μικρότερο επίπεδο ικανοποίησης συγκριτικά με τις υπηρεσίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (βλ. και **Σχήμα 12**), καθώς η σχετική πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε βαθμό 5 (17,6%), ενώ μόλις τρεις στους δέκα φαίνεται να δίδει υψηλή βαθμολογία (8-10). Ενδεικτική του μεγαλύτερου βαθμού δυσαρέσκειας των ασθενών του δείγματος είναι η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης κάποιων χαμηλών βαθμολογιών (9,5%-8,1% για βαθμό 3-4), σε σχέση με εκείνη των παρατηρήσεων της άριστης βαθμολόγησης ή μέγιστης ικανοποίησης (4,5%), ενώ καταγράφεται αυξημένη μοναδιαία βαθμολογία (2,3%).



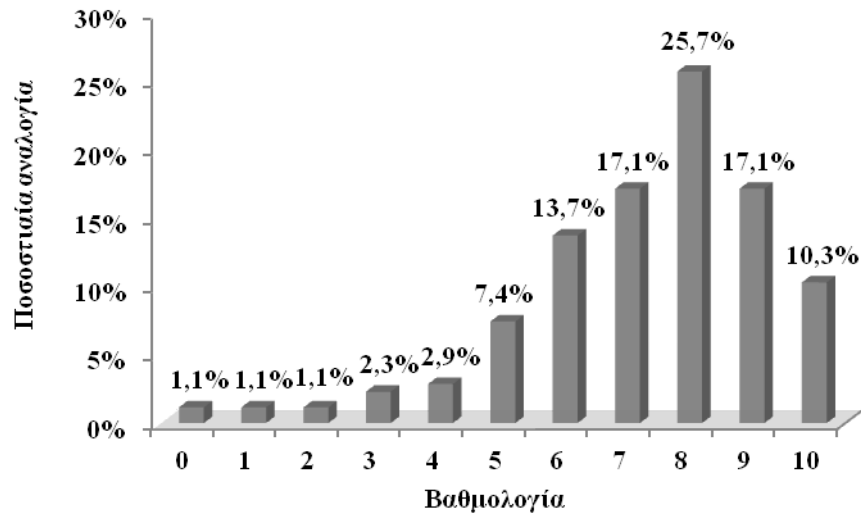
Σχήμα 13: Ποσοστιαία αναλογία του γενικού βαθμού ικανοποίησης (0-10) των ασθενών του δείγματος, από την ξενοδοχειακή υποδομή (χώροι – ανέσεις) της κλινικής, στην οποία νοσηλεύτηκαν.

Αξιολόγηση κατά την αναχώρηση από το Νοσοκομείο (Ερωτήσεις 57-59 βλ. Παράρτημα).

Στην ερώτηση που διερευνούσε τη γνώμη των ασθενών σχετικά με το χρονικό διάστημα παραμονής τους στο Νοσοκομείο (βλέπε Παράρτημα, **Σχήμα IX**), η πλειοψηφία (85,19%) απάντησε πως νοσηλεύτηκε «περίπου όσο χρειαζόταν». Οι υπόλοιπες απαντήσεις συγκεντρώνουν πολύ μικρότερα ποσοστά. Το 8,76% θεωρεί ότι η παραμονή του στο νοσοκομείο ήταν για διάστημα «μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν», ενώ το 4,17% των ασθενών πιστεύει ότι παρέμεινε για διάστημα «μικρότερο από όσο χρειαζόταν». Ποσοστά 0,93% συγκεντρώνουν οι απαντήσεις «πολύ μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν» και «πολύ μικρότερο από όσο χρειαζόταν».

Στην ερώτηση 58, οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους, μετά την παραμονή τους στο νοσοκομείο (βλέπε Παράρτημα, **Σχήμα X**). Η πλειοψηφία των ασθενών απάντησε πως υπήρξε βελτίωση, σε σχέση με την προηγούμενή τους κατάσταση. Οι απαντήσεις «καλύτερη από πριν» και «πολύ καλύτερη από πριν» συγκεντρώνουν 44,08% και 30,81% αντίστοιχα, ενώ το 14,69% των ασθενών, απάντησε «δεν γνωρίζω».

Αρκετά διαφορετική είναι η εικόνα (**Σχήμα 14**) που παρουσιάζει η παράθεση της γνώμης των ασθενών του δείγματος, αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν από τους διοικητικούς υπαλλήλους του νοσοκομείου. Οι περισσότεροι ασθενείς (25,7%) τις αξιολογούν με βαθμό 8, και ακολουθούν σε συχνότητα οι παρατηρήσεις της βαθμολόγησης με 9 και 7 (από 17,1%) και άνω του μετρίου ή 6 (13,7%), ενώ το ποσοστό της μέγιστης ικανοποίησης (10) εμφανίζεται χαμηλότερο (10,3%). Συνοπτικά, περίπου εννιά στους δέκα ερωτηθέντες δηλώνει τουλάχιστον μέτρια ικανοποιημένος (βαθμολογία 5-10).



Σχήμα 14: Ποσοστιαία αναλογία του βαθμού ικανοποίησης του συνόλου των ασθενών από τις υπηρεσίες του διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου.

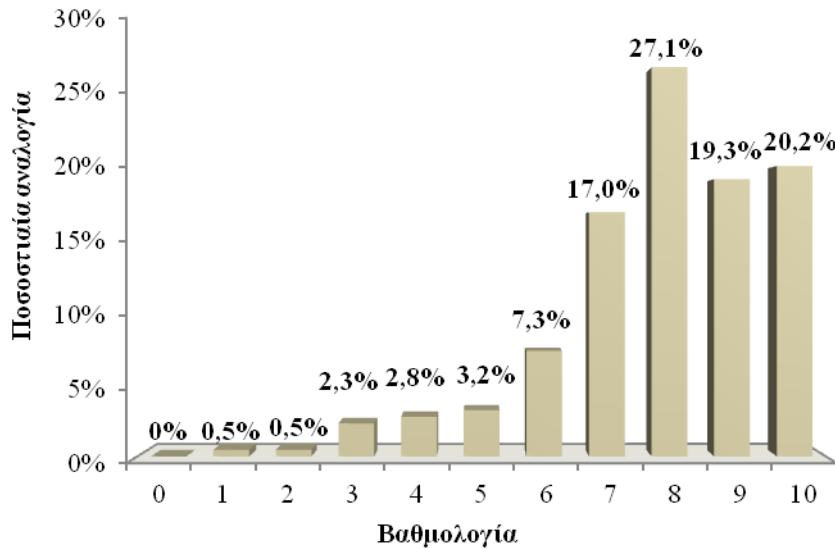
Αξιολόγηση του κόστους νοσηλείας στο Νοσοκομείο (Ερωτήσεις 60- 64 βλ. Παράρτημα).

Στον **Πίνακα I** (βλέπε Παράρτημα) παρουσιάζονται συγκεντρωτικά, οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που αφορούσαν το κόστος της νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο. Το 87,62% των ασθενών απάντησαν ότι ο ασφαλιστικός τους φορέας κάλυψε όλα τα έξοδα της νοσηλείας τους, για το 80,28% δεν απαιτήθηκαν επιπλέον έξοδα για τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο. Κάποιοι από τους ασθενείς (12,50%) επιβαρύνθηκαν με έξοδα για τη διαμονή μελών της οικογένειάς τους, και το 26,48% των ερωτηθέντων απάντησαν πως είχαν επιπλέον έξοδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι λόγοι των πρόσθετων εξόδων για τους ασθενείς, παρουσιάζονται στο **Σχήμα XI** (βλέπε Παράρτημα). Το 12,5% αναφέρει πως έκανε κάποια επιπλέον έξοδα «ως αναγνώριση της φροντίδας που προσφέρθηκε», το 16,07% των ασθενών υποστηρίζει ότι «έτσι συνηθίζεται» επικρατεί δηλαδή κάποιος άγραφος κανόνας, το 17,86% ουσιαστικά δηλώνει πως «αν πληρώσεις σε αντιμετωπίζουν καλύτερα» και το 53,57% προβαίνει σε επιπλέον έξοδα για κάποιον «άλλο λόγο».

Συνολική αξιολόγηση του Νοσοκομείου (Ερωτήσεις 65- 69 βλ. Παράρτημα).

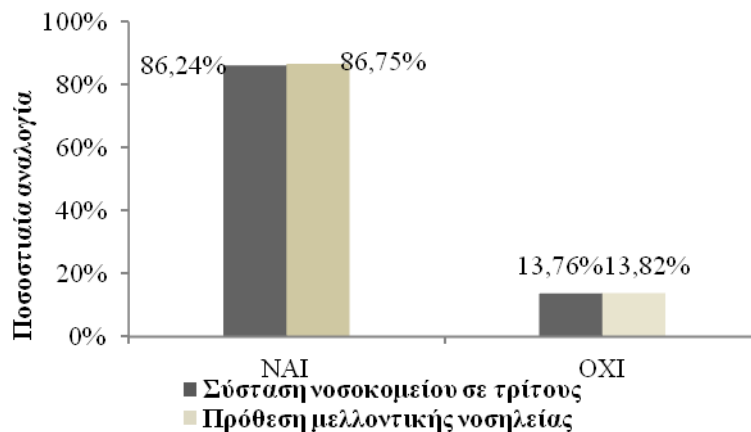
Το αποτέλεσμα της αξιολόγησης της συνολικής φροντίδας, που προσφέρθηκε στους ασθενείς του δείγματος, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, παρουσιάζεται στο **Σχήμα 15**. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων εμφανίζεται

άνω του μετρίου ικανοποιημένη (6-10), με τους περισσότερους ασθενείς του δείγματος (27,1%) να αξιολογούν την εμπειρία της παραμονής τους στο νοσοκομείο με βαθμό 8, το οποίο αποτέλεσε και το ελάχιστο όριο ικανοποίησης για περίπου δύο στους τρεις νοσηλεύόμενους. Τέλος, δεν καταχωρήθηκε καμία παρατήρηση μηδενικής ικανοποίησης.



Σχήμα 15: Ποσοστιαία αναλογία του βαθμού συνολικής ικανοποίησης (1-10) του συνόλου των ασθενών από την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Στο **Σχήμα 16** παρουσιάζονται οι ποσοστιαίες αναλογίες των θετικών και αρνητικών απαντήσεων στα ερωτήματα που αναφέρονται στην πρόθεση νοσηλείας στο ίδιο νοσοκομείο και τη σύστασή του σε τρίτους. Γίνεται αντιληπτό ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θα επέλεγε το ίδιο νοσοκομείο και για κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας που ενδεχομένως θα αντιμετώπιζε στο μέλλον (86,8%) και ταυτόχρονα θα το σύστηνε για τον ίδιο λόγο σε κάποιον φίλο ή συγγενή (86,2%).



Σχήμα 16: Ποσοστιαία αναλογία θετικών και αρνητικών απαντήσεων, αναφορικά με την

πρόθεση επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε μελλοντική νοσηλεία και την πιθανή σύστασή του σε κοντινά και συγγενικά πρόσωπα.

Σε αυτή, την τελευταία ενότητα που αφορά και τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου, υπάρχουν και δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου (Ερώτηση 66 και 67, βλέπε Παράρτημα), στις οποίες οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν τη γνώμη τους, σχετικά με το μεγαλύτερο πλεονέκτημα, αλλά και το μεγαλύτερο πρόβλημα του νοσοκομείου.

Τα **πλεονεκτήματα**, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών είναι: η προσβασιμότητα (βρίσκεται στην πόλη της Θεσσαλονίκης), η καλή επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού, η ύπαρξη σχεδόν όλων των ειδικοτήτων στο νοσοκομείο, η υπευθυνότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, και ο σύγχρονος βιοιατρικός εξοπλισμός που διαθέτει.

Τα **μειονεκτήματα**, κατά την άποψη των ασθενών, είναι: η δυσκολία στην πρόσβαση στο εσωτερικό των κτιρίων του για ΑΜΕΑ, οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά (οι ασθενείς αγοράζουν είτε φάρμακα, είτε επιδεσμικό υλικό), οι κτιριακές του εγκαταστάσεις (παλαιότητα κτιρίων) και η απουσία συστηματικής τους συντήρησης, η πλημμελής καθαριότητα των θαλάμων νοσηλείας και των χώρων υγιεινής, η ύπαρξη πολύκλινων θαλάμων σε κάποιες από τις κλινικές του, η απουσία ψυγείου και air condition από τους θαλάμους των ασθενών, γεγονός που δυσχεραίνει τις συνθήκες νοσηλείας τους ιδιαίτερα το καλοκαίρι, και η ανάρμοστη συμπεριφορά κάποιων επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών).

Ανάλυση συσχετίσεων

Η μετάβαση από την περιγραφική στην επαγωγική στατιστική, έγινε για να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις απαντήσεις ποικίλων στοιχείων του ερωτηματολογίου.

Στον **Πίνακα 8** που ακολουθεί παρατίθενται οι μέσες τιμές των απαντήσεων των ανδρών και των γυναικών, ασθενών του δείγματος, στις πέντε κλίμακες αξιολόγησης (0-10) του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού προσωπικού, των νοσοκομειακών υποδομών και της συνολικής ικανοποίησης νοσηλείας.

Πίνακας 8. Οι μέσες τιμές (M) στις ερωτήσεις 33, 41, 56, 59 και 65 ανά φύλο των ερωτηθέντων.

Μεταβλητή	Φύλο	n	M	SD
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	Ανδρας	80	8,54	1,484

	Γυναίκα	145	8,07	1,640
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	Ανδρας	80	8,08	2,042
	Γυναίκα	146	7,72	2,196
Βαθμολόγηση Χώρων-Ανέσεων	Ανδρας	77	6,23	2,411
	Γυναίκα	145	5,84	2,232
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	Ανδρας	60	7,4	2,196
	Γυναίκα	115	7,16	1,954
Γενική Ικανοποίηση Υπηρεσιών Νοσηλείας	Ανδρας	77	8,22	1,774
	Γυναίκα	141	7,72	1,761

n: πλήθος απαντήσεων M: μέση τιμή, SD: τυπική απόκλιση.

Η διερεύνηση της πιθανής διαφοράς ανάμεσα στις δύο ομάδες διακρίνεται στον επόμενο **Πίνακα 9**. Με βάση το αποτέλεσμα της ανάλυσης Mann-Whitney, διαφαίνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων μόνο στο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού και της συνολικής φροντίδας νοσηλείας. Έτσι, οι γυναίκες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες από την ιατρική φροντίδα και ενημέρωση, καθώς η μέση σειρά των γυναικών (106,05) είναι χαμηλότερη από των ανδρών (125,6) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p = 0,027$ ($<0,05$). Ομοίως, λιγότερο ικανοποιημένες δηλώνουν και για το επίπεδο της συνολικής φροντίδας που δέχθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ($p = 0,015$).

Πίνακας 9. Το αποτέλεσμα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney για τη διαφοροποίηση των απαντήσεων στα ερωτήματα 33, 41, 56, 59 και 65.

Μεταβλητή	Φύλο	n	Μέση σειρά	Z	Mann-Whitney U	p
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	ΑΝΔΡΑΣ	80	125,60	-2,212	4792,000	0,027*
	ΓΥΝΑΙΚΑ	145	106,05			
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	ΑΝΔΡΑΣ	80	111,76	-1,297	5241,500	0,195
	ΓΥΝΑΙΚΑ	146	108,06			
Βαθμολόγηση Χώρων Ανέσεων	ΑΝΔΡΑΣ	77	119,59	1,379	4959,500	0,168
	ΓΥΝΑΙΚΑ	145	107,20			
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	ΑΝΔΡΑΣ	60	94,19	-1,186	4792,000	0,235
	ΓΥΝΑΙΚΑ	115	84,77			
Βαθμός Ικανοποίησης Νοσηλείας	ΑΝΔΡΑΣ	77	123,32	-2,440	4364,500	0,015*
	ΓΥΝΑΙΚΑ	141	101,95			

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων U: μέτρο του στατιστικού, p: στατιστική σημαντικότητα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01$ * (2-tailed)

Το δεύτερο δημογραφικό στοιχείο που εξετάστηκε αναφορικά με τη διαφοροποίηση των απαντήσεων στην κλίμακα αξιολόγησης (0-10) των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65, ήταν η ηλικία των νοσηλευόμενων. Στην παρούσα εργασία σχηματίστηκαν εξαρχής έξι διαφορετικές ηλικιακές κλάσεις, την διερεύνηση της ομοιογένειας μεταξύ των οποίων παρουσιάζει ο **Πίνακας 10** με τη βοήθεια του μη-παραμετρικού (μονόδρομου) ελέγχου Kruskal-Wallis. Το κύριο ερμηνευτικό στοιχείο που παρουσιάζει ενδιαφέρον στον παρακάτω Πίνακα είναι ότι, με βάση μια πιθανότητα p που κυμαίνεται από 0,000 έως 0,004 υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις έξι ηλικιακές κλάσεις σε κάθε στοιχείο από τα πέντε που εξετάστηκαν.

Πίνακας 10. Οι μέσες τιμές (M) στην κλίμακα αξιολόγησης (0-10) των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65 για τις διαφορετικές ηλικιακές κλάσεις των ασθενών του δείγματος και το αποτέλεσμα της διερεύνησης της ομοιογένειας μεταξύ των ομάδων με τη βοήθεια του μη-παραμετρικού (μονόδρομου) ελέγχου Kruskal-Wallis.

Μεταβλητή	Ηλικιακ		M	SD	min	max	Μέση σειρά	X ²	ρ
	έξ	n							
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	15-25	41	8,12	1,615	3	10	105,17	526,486	0,000*
	26-35	58	7,66	1,753	2	10	86,05		
	36-45	40	8,15	1,477	3	10	103,25		
	46-55	21	8,29	1,419	4	10	109,69		
	56-65	25	8,88	1,364	5	10	138,28		
	>65	35	9,11	0,993	7	10	146,19		
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	15-25	41	7,34	2,254	0	10	93,59	19,995	0,001*
	26-35	58	7,53	2,045	2	10	97,72		
	36-45	40	7,55	2,511	0	10	103,83		
	46-55	21	7,90	2,047	3	10	110,50		
	56-65	25	8,56	1,917	1	10	133,48		
	>65	36	8,92	1,461	5	10	144,89		
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	15-25	34	7,38	1,741	4	10	86,44	30,003	0,000*
	26-35	46	6,87	1,515	4	10	69,87		
	36-45	33	6,00	2,761	0	10	63,70		
	46-55	16	7,75	1,880	2	10	102,16		
	56-65	21	8,10	2,047	3	10	111,50		
	>65	22	8,55	0,963	7	10	120,32		
Βαθμολόγηση Χώρων Ανέσεων	15-25	41	5,68	2,230	0	10	100,05	20,926	0,001*
	26-35	56	5,70	1,963	2	10	97,89		
	36-45	40	5,43	2,480	1	9	97,44		
	46-55	19	5,79	2,440	0	9	105,45		

	56-65	25	6,00	2,449	1	10	108,44		
	>65	36	7,53	1,949	3	10	151,58		
Βαθμός	15-25	41	7,78	1,406	4	10	96,40		
	26-35	55	7,51	1,762	2	10	90,22		
Ικανοποίησης	36-45	38	7,63	2,085	1	10	101,05	17,493	0,004*
	46-55	20	8,00	1,654	3	10	107,68		
Νοσηλείας	56-65	25	8,52	1,735	4	10	130,52		
	>65	34	8,65	1,555	3	10	135,88		

n: πλήθος απαντήσεων M: μέση τιμή, SD: τυπική απόκλιση, min και max: ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφοράς, χ^2 : μέτρο στατιστικού, p: στατιστική σημαντικότητα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Στον **Πίνακα 1A**, (βλέπε Παράρτημα), παρατηρείται το αποτέλεσμα των πολλαπλών ελέγχων διερεύνησης της διαφοράς ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική ηλικία. Η ύπαρξη αστερίσκων (*) υποδεικνύει ότι υπάρχουν δύο ζεύγη ηλικιακών ομάδων, των οποίων οι μέσες τιμές διαφέρουν σημαντικά (σε επίπεδο $p < 0,05$).

Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα νεαρά άτομα της κλάσης 15-25 και των κλάσεων 56-65 ($p = 0,031 < 0,05$) και ηλικίας άνω των 65 ($p = 0,003 < 0,05$), με τη διαφορά αυτή να εμφανίζεται περισσότερο ισχυρή μεταξύ των πρώτων και των τελευταίων. Από τις σχετικές τιμές σημαντικότητας ($p = 0,001$ και $0,000 < 0,05$) πολύ σημαντική διαφαίνεται και η διαφορά που παρατηρείται ανάμεσα στις κλάσεις 25-35 και τις δύο κλάσεις μεγαλύτερης ηλικίας, 56-65 και άνω των 65. Οι διάμεσοι για τους βαθμούς ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό, διαφέρουν σημαντικά ανάμεσα, επίσης, στα άτομα της επόμενης ηλικιακής κλάσης (36-45) και τις δύο κλάσεις ηλικιωμένων και υπερηλικών ατόμων (κλάσεις 56-65 και άνω των 65) σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,025 (< 0,05)$ και $p = 0,002 (< 0,05)$ αντίστοιχα. Σημαντική διαφορά μαρτυρά και ο έλεγχος μεταξύ των μεσήλικων ατόμων και εκείνων άνω των 65 σε επίπεδο $p = 0,018$. Αντίθετα, καμία ουσιαστική διαφορά δεν καταγράφηκε στις απαντήσεις μεταξύ των μεγαλύτερων ασθενών του δείγματος.

Οι πολλαπλοί έλεγχοι Mann-Whitney για την εξέταση της διαφοράς των απαντήσεων των ερωτηθέντων, σχετικά με την ικανοποίησή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό, αποκάλυψαν μια παρόμοια εικόνα με τα παραπάνω (**Πίνακας 2B**, Παράρτημα). Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των τριών πρώτων ηλικιακών κλάσεων και των δύο τελευταίων κλάσεων ηλικίας σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,010 (< 0,05)$ και $p = 0,001 (< 0,05)$ για τα ζεύγη 15-25/56-65 και 15-25/>65 αντίστοιχα, σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,013 (< 0,05)$ για το

ζεύγος 26-35/ 56-65 και $p = 0,001 (< 0,05)$ για το ζεύγος 26-35/>65, ενώ με εξαίρεση το ζεύγος 36-45/56-65 που η διαφορά είναι οριακά σημαντική $p = 0,066 (> 0,05)$ στη σύγκριση των απαντήσεών τους, σημαντικές είναι οι διαφορές ανάμεσα στην κλάση 36-45 και >65 με επίπεδο $p = 0,003 (< 0,05)$, καθώς ανάμεσα στην τελευταία και την κλάση των μεσήλικων ατόμων (46-55) σε επίπεδο $p = 0,037 (< 0,05)$. Και πάλι καμία ουσιαστική διαφορά δεν εμφανίζεται μεταξύ των μεγαλύτερων σε ηλικία ερωτηθέντων.

Όσον αφορά την κρίση των ατόμων του δείγματος για την ποιότητα των διοικητικών υπηρεσιών παρουσιάζονται ορισμένες ασυμφωνίες με τα προηγούμενα (**Πίνακας 3Γ**, Παράρτημα). Αυτή τη φορά στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται μεταξύ των νεαρών ατόμων και εκείνων που συγκροτούν την μεγαλύτερη ηλικιακή κλάση σε επίπεδο $p = 0,012 (< 0,05)$, ενώ με την αμέσως προηγούμενη (56-65) η διαφορά θεωρείται οριακά σημαντική ($p = 0,076 > 0,05$). Σε αντίθεση με τα παραπάνω, διαφορά υφίσταται ανάμεσα στην κλάση 26-35 και της κλάσης 46-55 σε επίπεδο $p = 0,012 (< 0,05)$, αποτέλεσμα που συναντάται και στο αποτέλεσμα της εξέτασης της ομοιογένειας της κλάσης 36-45 με τις μεγαλύτερες (46-55, 56-65, >65). Τέλος, καμία διαφορά δεν εμφανίζει η βαθμολόγηση του διοικητικού προσωπικού από άτομα που ανήκουν στις κλάσεις 56-65 και >65.

Χωρίς να θεωρείται αναγκαίο να παρατεθούν τα σχετικά επίπεδα σημαντικότητας για όλα τα δυνατά ζεύγη, στον **Πίνακα 4Δ** (παράρτημα) που παρουσιάζει το αποτέλεσμα των πολλαπλών ελέγχων των απαντήσεων της 10βάθμιας κλίμακας συνολικής αξιολόγησης της νοσηλείας των ερωτηθέντων, γενικά είναι ορατή μία ομοιότητα ως προς την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ανάμεσα στις ίδιες ηλικιακές ομάδες ασθενών του δείγματος με εκείνη που αναφέρθηκε προηγουμένως για το ιατρικό προσωπικό (**πίν. Α**). Εξαιρέσεις εντοπίζονται στην αντιπαραβολή των ηλικιακών κλάσεων 36-45 και 56-65, καθώς ανάμεσα στο ζεύγος 46-55 και >65, όπου κυρίως στο πρώτο η διαφορά τους κρίνεται στατιστικά οριακή ($p = 0,059 > 0,05$).

Τελευταίο στοιχείο διερεύνησης αποτελεί η συνολική ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος από τη συνολική εμπειρία της νοσηλείας τους, όπως διακρίνεται στον **Πίνακα 5Ε** (Παράρτημα). Συναντάται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των ερωτηθέντων κάθε ηλικιακής κλάσης και την κλάση των ατόμων >65 που για το αποτέλεσμα της ανάλυσης Mann-Whitney μεταξύ των τριών πρώτων ομάδων και της ομάδας >65 προέκυψε σε πολύ σημαντικό επίπεδο $p = 0,000 (< 0,05)$. Για τα άλλα δύο δυνατά ζεύγη, δηλαδή 46-55/>65 και 56-65/>65, το επίπεδο σημαντικότητας p ήταν μικρότερο και ήταν από 0,009 και 0,013 αντίστοιχα.

Οι διμεταβλητές συσχετίσεις που εν μέρει αποκαλύπτονται παραπάνω, αποτυπώνονται σαφέστερα στην ανάλυση συσχέτισης της ηλικίας και των πέντε 10-βάθμιων κλιμάκων αξιολόγησης, όπως εμφανίζεται στον **Πίνακα 11**. Η αρνητική γραμμική συσχέτιση της ηλικίας με κάθε ένα από στοιχεία που εξετάστηκαν προηγουμένως είναι μάλλον ασθενής, με την ισχύ αυτή να είναι ελαφρώς μεγαλύτερη με βάση το συντελεστή συσχέτισης Spearman μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού (0,274). Το αποτέλεσμα αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα άτομα του δείγματος εμφανίζουν την τάση να δηλώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε όλα τα στοιχεία, καθώς αυξάνεται η ηλικία. Ωστόσο, η μικρή ισχύς της συσχέτισης αντανακλάται στο γεγονός ότι η αυξητική αυτή τάση δεν αφορά όλα τα ηλικιακά εύρη, αλλά κυρίως εκδηλώνεται ανάμεσα στα άτομα με μεγάλη διαφορά ηλικίας.

Πίνακας 11. Συσχέτιση ηλικίας και κλίμακας αξιολόγησης (0-10) πέντε βασικών χαρακτηριστικών λειτουργίας του νοσοκομείου (ερωτήματα 33, 41, 56, 59 και 65).

		Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	Βαθμολόγηση Χώρων/Ανέσεων	Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	Βαθμός Ικανοποίησης Νοσηλείας
Ηλικία	Spearman n rho	0,266	0,274	0,219	0,247	0,246
	ρ	0,000**	0,000**	0,001**	0,001**	0,000**
	n	220	221	217	172	213

rho: μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, n: πλήθος έγκυρων απαντήσεων, ρ: στατιστική σημαντικότητα. ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01$ (2-tailed)

Ένα ακόμη σημαντικό κοινωνικό στοιχείο πιθανής διαφοροποίησης των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος είναι το μορφωτικό τους επίπεδο. Στο περιεχόμενο του ερωτηματολογίου ορίζονταν τέσσερις διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης. Το αποτέλεσμα της γενικής διερεύνησης της ομοιογένειας μεταξύ των δυνατών ομάδων παρουσιάζεται στον **Πίνακα 6Z** (Παράρτημα), όπως προέκυψε με τη βοήθεια του (μη-παραμετρικού) ελέγχου Kruskal-Wallis. Η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ανάμεσα σε ασθενείς διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης αφορά εκ νέου και στα πέντε στοιχεία των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65. Για την ιατρική φροντίδα εντοπίζεται σε επίπεδο $p = 0,009$ ($< 0,05$), για το σύνολο της νοσηλείας, όπως και τη νοσηλευτική φροντίδα, σε

επίπεδο $p = 0,007$, τις νοσοκομειακές υποδομές σε επίπεδο $p = 0,002$ και τις διοικητικές υπηρεσίες σε επίπεδο $p = 0,001$.

Οι πολλαπλοί έλεγχοι κατά ζεύγη κλάσεων για τα όλα τα στοιχεία αξιολόγησης που εξετάζονται αναλύονται παρακάτω. Στον **Πίνακα 7H** (Παράρτημα) στατιστικά σημαντική διαφορά στην κρίση των ερωτηθέντων αναφορικά με την ικανοποίησή τους από τις ιατρικές υπηρεσίες εμφανίζεται μόνο μεταξύ των δύο άκρων του επιπέδου εκπαίδευσης, δηλαδή των αποφοίτων Δημοτικού και εκείνων κάποιου Πανεπιστημιακού ή Τεχνολογικού Ιδρύματος σε επίπεδο $p = 0,002$ ($< 0,05$), ενώ με σχεδόν οριακή σημαντικότητα μπορεί να υποστηριχθεί το ίδιο και για το ζεύγος σύγκρισης αποφοίτων Γυμνασίου/ Τεχνικής ή πανεπιστημιακής σχολής ($p = 0,059 > 0,05$).

Από την άλλη, διαφορές σημαντικές αποκαλύπτονται μεταξύ άλλων ομάδων ερωτηθέντων, αναφορικά με την ικανοποίηση του από τη νοσηλευτική φροντίδα, όπως παρατηρείται στον **Πίνακα 8Θ** (Παράρτημα). Έτσι, υψηλότερη ικανοποίηση δηλώνουν οι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης τόσο από τους ασθενείς με πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ σε επίπεδο $p = 0,009$ ($< 0,05$), όσο και με ασθενείς που παρακολούθησαν τις τρεις τάξεις του Λυκείου ή όλες του Εξατάξιου Γυμνασίου σε επίπεδο $p = 0,034$ ($< 0,05$). Διαφορά με τις δύο τελευταίες κλάσεις εμφανίζουν στο βαθμό ικανοποίησής τους και οι απόφοιτοι της υποχρεωτικής Μέσης Εκπαίδευσης, σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,027$ ($< 0,05$) και $0,008$ ($< 0,05$) αντίστοιχα.

Η διαφοροποίηση του βαθμού ικανοποίησης από τις υποδομές του νοσοκομείου (**Πίνακας 9I**, Παράρτημα) φαίνεται ότι δεν αφορά μόνο τους ασθενείς Δημοτικού και με πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, αλλά και δύο ομάδες ερωτηθέντων, το μορφωτικό επίπεδο των οποίων θεωρητικά απέχει λιγότερο, σε σχέση με άλλες ομάδες, δηλαδή τους αποφοίτους Λυκείου /εξατάξιου Γυμνασίου και τους αποφοίτους Ανώτατης και Ανώτερης Εκπαίδευσης. Έτσι, φαίνεται οι δεύτεροι να τείνουν να βαθμολογούν χαμηλότερα τους χώρους και ανέσεις των κλινικών νοσηλείας τους σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,028$ ($< 0,05$). Αντίθετα, καμιά διαφορά δεν καταγράφηκε σε ενδιάμεσες βαθμίδες εκπαίδευσης.

Η γνώμη των ερωτηθέντων για τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των αποφοίτων δημοτικής εκπαίδευσης και των αποφοίτων Λυκείου/εξατάξιου Γυμνασίου σε επίπεδο $p = 0,009$ ($< 0,05$), καθώς και μεταξύ των πρώτων και των αποφοίτων Τεχνικής/Πανεπιστημιακής σχολής σε επίπεδο $p = 0,000$ ($< 0,05$). Επιπλέον, οριακά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στους ασθενείς με υποχρεωτική Μέση εκπαίδευση και τους πτυχιούχους Ανώτερων και

Ανώτατων σπουδών ($p = 0,047 < 0,05$). Το αποτέλεσμα των έλεγχων Mann-Whitney διακρίνεται στον **Πίνακα 10Κ** (Παράρτημα).

Τέλος, η συνολική ικανοποίηση που αποκόμισαν οι ασθενείς του δείγματος από την εμπειρία της παραμονής τους στις νοσοκομειακές κλινικές διαφοροποιείται σημαντικά ανάμεσα στους ερωτηθέντες δημοτικής εκπαίδευσης και των αποφοίτων Τεχνικής/Πανεπιστημιακής σχολής σε επίπεδο $p = 0,006 (< 0,05)$, καθώς και ανάμεσα στους τελευταίους και τους ασθενείς με υποχρεωτική Μέση εκπαίδευση σε επίπεδο $p = 0,007 (< 0,05)$. Ακόμη, σημαντική είναι η διαφορά κατά την αξιολόγηση του συνόλου της νοσηλείας τους ανάμεσα στους αποφοίτους Λυκείου/εξατάξιου Γυμνασίου και τους αποφοίτους Ανώτατης και Ανώτερης Εκπαίδευσης σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,035 (< 0,05)$, με τους δευτέρους να εμφανίζονται γενικά λιγότερο ικανοποιημένοι από το επίπεδο της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο (**Πίνακας 11Α**, Παράρτημα).

Στον **Πίνακα 12** εμφανίζονται οι συσχετίσεις μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και του στοιχείου αξιολόγησης των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65. Η αρνητική συσχέτιση που παρατηρείται σε κάθε διμεταβλητό ζεύγος εξέτασης δηλώνει ότι, καθώς το επίπεδο της εκπαίδευσης αυξάνεται, ο βαθμός ικανοποίησης κάθε στοιχείου τείνει να μειώνεται. Εδώ η γραμμική αυτή σχέση είναι και πάλι ασθενής με τη γραμμικότητα της να αυξάνεται ελαφρώς, με βάση το συντελεστή συσχέτισης Spearman, ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του διοικητικού προσωπικού (0,301). Το αποτέλεσμα αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα άτομα του δείγματος εμφανίζουν μεν την τάση να δηλώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε όλα τα στοιχεία, καθώς βελτιώνεται το επίπεδο των σπουδών τους. Το γενικό πρότυπο εκδήλωσή της διαφοράς στο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των ερωτηθέντων αφορά ασθενείς, με μεγάλο χάσμα εκπαίδευσης, γεγονός που αντανακλά την μικρή ισχύ της συσχέτισης ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, του βαθμού ικανοποίησης από κάθε στοιχείο αξιολόγησης και του μορφωτικού επιπέδου.

Πίνακας 12. Συσχέτιση της βαθμίδας εκπαίδευσης και κλίμακας αξιολόγησης (0-10) πέντε βασικών χαρακτηριστικών λειτουργίας του νοσοκομείου (ερωτήματα 33, 41, 56, 59 και 65).

		Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	Βαθμολόγηση Χώρων/Ανέσεων	Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	Βαθμός Ικανοποίησης Νοσηλείας
Μορφωτικό επίπεδο	Spearman rho	-0,229	-0,210	-0,254	-0,301	-0,234

	ρ	0,001**	0,002**	0,000**	0,000**	0,001**
	n	219	220	216	169	212

rho: μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, n: πλήθος έγκυρων απαντήσεων, ρ: στατιστική σημαντικότητα. ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01^*$ (2-tailed)

Ένας ακόμη κοινωνικοοικονομικός παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων ασθενών του δείγματος, σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις πέντε βασικούς άξονες αξιολόγησης που αναλύθηκαν μέχρι τώρα, αποτελεί το καθαρό μηνιαίο εισόδημα. Στον **Πίνακα 12M** (Παράρτημα) παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της διερεύνησης της διαφοράς μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis, μεταξύ των έξι ομάδων διαφορετικού εισοδήματος. Ίσως έκπληξη προκαλεί το γεγονός ότι διαφορές στις απαντήσεις των νοσηλευόμενων εντός των ομάδων προέκυψαν μόνο για την ικανοποίηση τους από τις κλινικές υποδομές σε επίπεδο $\rho = 0,020 (< 0,05)$, που δε θεωρείται πολύ ισχυρό, αλλά γίνεται αποδεκτό ως στατιστικά σημαντικό. Επομένως, αν και δεν περιορίστηκαν οι επιμέρους έλεγχοι μόνο μεταξύ των ομάδων για το στοιχείο των υποδομών, παρουσιάζονται τυπικά μόνο αυτοί.

Το αποτέλεσμα της διερεύνησης της στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των μέσων τιμών, σωστότερα των διαμέσων, και της συνολικής εκφραζόμενης ικανοποίησης από τους χώρους και ανέσεις των κλινικών νοσηλείας των ερωτηθέντων συνοψίζεται στον **Πίνακα 13N** (Παράρτημα). Παρατηρείται, έλλειψη σημαντικής διαφοράς ανάμεσα στους ασθενείς, με το χαμηλότερο εισόδημα (έως 600 ευρώ) και τις υπόλοιπες κλάσεις, με πιθανή εξαίρεση την κλάση 1501 -2100€, σε άκρως οριακό επίπεδο σημαντικότητας $\rho = 0,05$. Αντίθετα, σημαντική διαφορά καταγράφεται μεταξύ της κλάσης 601 -900€ και τις δύο επόμενες κλάσεις 901-1500€ και 1501 -2100€ σε επίπεδο σημαντικότητας $\rho = 0,024$ και 0,002 αντίστοιχα, ενώ οριακή κρίνεται η σημαντικότητα της διαφοράς με τους ασθενείς που δηλώνουν το μεγαλύτερο εισόδημα σε επίπεδο $\rho = 0,060 > (0,05)$, καθώς και μεταξύ των κλάσεων 901-1500€ και 1501-2100€ ($\rho = 0,067 > 0,05$). Τέλος, καμία άλλη διαφορά δεν εντοπίζεται μεταξύ των υπολοίπων κλάσεων.

Στη συνέχεια, κρίθηκε αναγκαία και η εξέταση της πιθανής διαφοροποίησης των απόψεων των νοσηλευόμενων σε διαφορετικές κλινικές. Χάριν ευκολίας διακρίθηκαν τρεις γενικές κλάσεις που αντιστοιχούν σε τρεις βασικούς τομείς, Μαιευτικό, Χειρουργικό και Παθολογικό. Το αποτέλεσμα του ελέγχου Kruskal-Wallis, όπως παρουσιάζεται στον **Πίνακα 14Ξ** (Παράρτημα) έδωσε σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών τομέων κλινικών

μόνο στο ερώτημα που αφορά το βαθμό ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες σε επίπεδο σημαντικότητας $p = 0,006 (< 0,05)$, ενώ οριακά σημαντικές είναι οι διαφορές της αξιολόγησης των υποδομών ($p = 0,064 > 0,05$).

Η διερεύνηση των παραπάνω διαφορών έδωσε το αποτέλεσμα του **Πίνακα 150** (παρατίθενται μόνο τα στοιχεία εκείνα, για τα οποία υπήρξαν έστω και στατιστικά οριακές διαφορές, βλέπε Παράρτημα). Συγκεκριμένα, διαφορές, με σημαντική στατιστική ισχύ, προκύπτουν μεταξύ των ασθενών του Μαιευτικού και Χειρουργικού τομέων σε επίπεδο $p = 0,005 (< 0,05)$ και οριακά μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου Παθολογικού ($p = 0,060 > 0,05$), όσον αφορά τη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού. Σχετικά με την ικανοποίηση από τις κλινικές υποδομές σημαντική διαφορά καταγράφεται ανάμεσα στους νοσηλεύόμενους του Μαιευτικού και Παθολογικού τομέων σε επίπεδο $p = 0,026 (< 0,05)$. Τέλος, σημαντική διαφορά εντοπίζεται και στο βαθμό ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες και πάλι μεταξύ των παρατηρήσεων του Μαιευτικού και Παθολογικού τομέα σε επίπεδο $p = 0,001 (< 0,05)$.

Έπειτα, εξετάστηκαν τα διαφορετικά διαστήματα νοσηλείας, όπως προέκυψαν από τις κλάσεις, σε σχέση με τις 10-βάθμιες κλίμακες αξιολόγησης. Από τον **Πίνακα 16Π** διαπιστώνουμε ότι οριακά ($p=0,052$ ελάχιστα μεγαλύτερο του 0,05) υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού, καθώς και του γενικού βαθμού ικανοποίησης νοσηλείας και των ημερών νοσηλείας, των ασθενών ($p=0,051$ ελάχιστα μεγαλύτερο του 0,05).

Αναλυτικά στον **Πίνακα 17P** (Παράρτημα), υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, και συναντάται μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, νοσηλείας μίας και δύο εβδομάδων αντίστοιχα, στην περίπτωση της βαθμολόγησης του ιατρικού προσωπικού ($p=0,010<0,05$).

Στη συνέχεια, έγιναν συσχετίσεις της συνολικής αξιολόγησης των υπηρεσιών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην κλίμακα 0-10, με κάθε ερώτημα ξεχωριστά που αφορούσε την φροντίδα που προσφερόταν από τις δύο ομάδες εργαζομένων (**Πίν. 13, 14**). Από τον **Πίνακα 13** προκύπτει ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική αρκετά ισχυρή θετική (κυρίως) ή αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής κλίμακας (0-10) βαθμολόγησης και κάθε ξεχωριστού στοιχείου αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας σε επίπεδο $p=0,000$. Η ισχύς της σχέσης αυτής είναι μεγαλύτερη ανάμεσα στα ερωτήματα που εξέταζαν την ικανότητα των ιατρών να μετριάσουν την πιθανή ανασφάλεια των ασθενών (σ.χ.: 0,636) και το επίπεδο της ενημέρωσής που λάμβαναν οι τελευταίοι σχετικά με την πορεία της υγείας τους (σ.χ.: 0,623). Το στοιχείο της συμπεριφοράς του ιατρικού προσωπικού φαίνεται να συμμετέχει με ελαφρώς μικρότερη βαρύτητα στη διαμόρφωση

της άποψης των ερωτηθέντων για τις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν (σ.χ.: 0,623). Μία σχετικά ισχυρή θετική συσχέτιση, όπως αυτή αποτυπώνεται στο αποτέλεσμα του **Πίνακα 13** σημαίνει ότι, καθώς ο βαθμός ικανοποίησης σε κάποιο στοιχείο αυξάνει, ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες τείνει επίσης να αυξάνει. Η αρνητική τάση στη σχέση συμμεταβολής μεταξύ των ερωτημάτων 27, 30 και του γενικού βαθμού αξιολόγησης των ιατρών αποδίδεται στην αντίθετη φορά διατύπωσης των συγκεκριμένων ερωτημάτων και σε απόλυτη τιμή (0,525 και 0,530 αντίστοιχα) είναι μικρότερη από όλα τα στοιχεία που εξετάστηκαν.

Πίνακας 13. Συσχέτιση της συνολικής αξιολόγησης των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού στην κλίμακα 0-10 με κάθε επιμέρους στοιχείο της ιατρικής φροντίδας (στοιχεία ερωτηματολογίου 25-32).

Ερώτημα: το ιατρικό προσωπικό...	Spearman rho	ρ
25. συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	0,623	0,000**
26. με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	0,632	0,000**
27. ήταν απόμακρο, δύσκολα μπορούσες να τους μιλήσεις	-0,525	0,000**
28. ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν	0,594	0,000**
29. ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει	0,565	0,000**
30. ο χρόνος που μου αφιέρωνε ήταν πολύ λίγος	-0,530	0,000**
31. μιλούσε απλά και κατανοητά	0,585	0,000**
32. με έκανε να αισθάνομαι ασφαλής	0,636	0,000**

(1) rho: μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, ρ: στατιστική σημαντικότητα. ** Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Στον **πίνακα 14** παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της διερεύνησης της συσχέτισης της ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες των νοσηλευτών, με κάθε ερώτηση αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας που προηγείται της γενικής βαθμολογίας (0-10). Σε κάθε περίπτωση εμφανίζεται σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών σε επίπεδο $\rho=0,000$. Η παροχή αισθήματος ασφάλειας αποτελεί και πάλι το στοιχείο με τον υψηλότερο συντελεστή θετικής συσχέτισης (0,726), ενώ σχεδόν η ίδια ισχυρή σχέση εμφανίζεται μεταξύ της συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού και της συνολικής βαθμολογίας (σ.χ. 0,724). Ακόμη, οι ασθενείς του δείγματος φαίνεται να δίνουν μεγάλη σημασία στη διαθεσιμότητα των νοσηλευτών, όπως αυτό αντανακλάται στην τιμή του συντελεστή συσχέτισης (0,683). Πιθανόν ενδεικτική της διαφοράς της φύσης και των αρμοδιοτήτων των δύο επαγγελματιών υγείας είναι η διαφορά που

παρουσιάζεται στα υπόλοιπα στοιχεία, όπως η πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους (σ.χ. 0,625).

Πίνακας 14. Συσχέτιση της συνολικής αξιολόγησης των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλίμακα 0-10 με κάθε επιμέρους στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας (στοιχεία ερωτηματολογίου 34-40).

Ερώτημα: το νοσηλευτικό προσωπικό...	Spearman rho	ρ
34.συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	0,724	0,000**
35.με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	0,625	0,000**
36. ήταν απόμακρο, δύσκολα μπορούσες τους να μιλήσεις	-0,614	0,000**
37. ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν	0,683	0,000**
38. ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει	0,632	0,000**
39. ο χρόνος που μου αφιέρωνε ήταν πολύ λίγος	-0,661	0,000**
40. με έκανε να αισθάνομαι ασφαλής	0,726	0,000**

rho: μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, ρ: στατιστική σημαντικότητα.** Συσχέτιση σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Στην ανάλυσή κρίθηκε απαραίτητο να μελετηθεί κάθε ερώτηση-στοιχείο του ερωτηματολογίου τύπου Likert (Ερωτήσεις 25-32 και 34-40), που αφορά τις δύο ομάδες του προσωπικού, ιατρών και νοσηλευτών. Γι' αυτό, διερευνήθηκε η στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών της εκφραζόμενης ικανοποίησης των ασθενών. Αυτή επιχειρήθηκε, με το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney (για ισότητα μέσων παρατηρήσεων ανεξαρτήτων δειγμάτων, συγκρίνοντας διάμεσους), λόγω της έλλειψης ύπαρξης κανονικότητας στην κατανομή των δεδομένων, η οποία ελέγχθηκε με το τεστ Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$). Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον **Πίνακα 18Σ** (Παράρτημα), όπου παρατίθεται η διαφορά των διαμέσων των δύο ομάδων και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p).

Βρέθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ($p=0,001$) μεταξύ των μέσων όρων ικανοποίησης (τυπικά των διαμέσων) από τις υπηρεσίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όσον αφορά το επίπεδο της ενημέρωσης-πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας τους (ερ. 26/35) και συγκεκριμένα φαίνεται ότι είναι όντως χαμηλότερη εκείνη που τους παρέχεται από την πλευρά των νοσηλευτών (Μ: 3,61 έναντι 3,95, βλ. **Πίνακες 5 και 6**).

Ομοίως, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,018$) στην αποτίμηση της εργασίας των δύο ομάδων προσωπικού στο στοιχείο της επάρκειας της επαγγελματικής κατάρτισής τους (ερ. 29/38). Και στην περίπτωση αυτή οι ασθενείς

φαίνεται να θεωρούν ελαφρώς περισσότερο ικανό το ιατρικό προσωπικό (M: 4,26 έναντι, 4,11, βλ. **Πίνακες 5 και 6**).

Διαπιστώθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,027$) μεταξύ των δύο δειγμάτων προς σύγκριση στην ικανότητα μετρίασης της πιθανής ανασφάλειας που βίωναν οι νοσηλεύόμενοι, σχετικά με την ολοκληρωτική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας τους (ερ.32/40). Έτσι, μεγαλύτερη ικανοποίηση φαίνεται να αντλούν από το ιατρικό προσωπικό (M: 4,14 έναντι M: 3,92, βλ. **Πίνακες 5 και 6**).

Επίσης διερευνήθηκε το αποτέλεσμα της διαφοράς, στις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος στις κλίμακες αξιολόγησης (0-10) των ερωτήσεων 33, 41, 56, 59 και 65. Στον **Πίνακα 15** φαίνεται ότι την υψηλότερη βαθμολογία συγκεντρώνει το ιατρικό προσωπικό, με $M=8,24$, ακολουθεί το νοσηλευτικό, με $M=7,92$ ενώ η υποδομή του νοσοκομείου λαμβάνει τη χαμηλότερη βαθμολογία, με $M=5,98$. Για κάθε ερώτησης-στοιχείο του ερωτηματολογίου η εξέταση της στατιστικά σημαντικής διαφοράς της εκφραζόμενης ικανοποίησης των ασθενών έγινε δυνατή με τη χρήση του απαραίτητου μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis (όπως ορίζει η μη κανονικότητα των δεδομένων της ανάλυσης). Το αποτέλεσμα του ελέγχου υποδεικνύει ότι υπάρχει όντως σημαντική διαφορά στους διάμεσους στις συγκρίσεις των πέντε κλιμάκων με $X^2=49.57$ (συνολικό $n=1130$, $df=4$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0.000<0,001$. Πράγματι, παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις μέσες σειρές (*mean rank*), όπως γίνεται αντιληπτό για τη βαθμολόγηση των υποδομών και των υπηρεσιών του διοικητικού προσωπικού σε σχέση με τα υπόλοιπα στοιχεία.

Πίνακας 15. Το αποτέλεσμα της διερεύνησης της διαφοράς στις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος στις κλίμακες αξιολόγησης (0-10) των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65 με τη βοήθεια του μη-παραμετρικού (μονόδρομου) ελέγχου Kruskal-Wallis.

Βαθμολόγηση στοιχείου	n	M	SD	min	max	Μέση σειρά	X^2	ρ
Ιατρικό προσωπικό	225	8,24	1,59	2	10	703,14		
Νοσηλευτικό προσωπικό	226	7,92	2,02	0	10	663,69	173,483	0,000
Χώροι Ανέσεις	222	5,98	2,29	0	10	390,40		

Διοικητικό προσωπικό	175	7,24	2,03	0	10	438,21
Συνολική ικανοποίηση νοσηλείας	218	7,89	1,77	1	10	632,06

n: πλήθος έγκυρων απαντήσεων M: μέση τιμή, SD: τυπική απόκλιση, min και max: ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφοράς, χ^2 : μέτρο στατιστικού, p: στατιστική σημαντικότητα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01$

Οι επιμέρους διαφορές μπορεί να συγκριθούν ανά ζεύγη με το τεστ Mann-Whitney, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 16**. Η διαφορά των βαθμολογιών ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό (ερ. 33) και τα υπόλοιπα στοιχεία είναι στατιστικά σημαντική, με επίπεδο σημαντικότητας (p) 0,000 ($<0,001$) και αφορά τη σύγκριση με την αξιολόγηση των υποδομών (ερ. 56) και του διοικητικού προσωπικού (ερ. 59), ενώ είναι 0,014 ($<0,05$), σε σχέση με το βαθμό συνολικής ικανοποίησης νοσηλείας (ερ. 65). Από αυτό προκύπτει ότι η βαθμολογία που δόθηκε στο ιατρικό προσωπικό, είναι υψηλότερη και από τα τρία παραπάνω στοιχεία. Αναφορικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, σημαντική διαφορά διακρίνεται, σε σχέση με τη βαθμολόγηση των ασθενών του δείγματος των υποδομών και του διοικητικού προσωπικού ($p = 0,000 < 0,001$), εκφράζοντας υψηλότερη ικανοποίηση. Ωστόσο καμία ουσιαστική διαφορά δεν προκύπτει για τη σύγκριση με τη γενική αξιολόγηση της νοσηλείας τους ($p = 0,228 > 0,05$), γεγονός που αποτυπώνεται και στις αντίστοιχες μέσες τιμές των δύο στοιχείων-ερωτημάτων. Αναμενόμενη βάσει των μέσων τιμών τους (5,98 και 7,89 αντίστοιχα, **Πίν. 16**) ήταν και η στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,000 < 0,001$) ανάμεσα στην αξιολόγηση των υποδομών και γενική αξιολόγηση της νοσηλείας. Η διαφορά της αξιολόγησης των υποδομών, σε σύγκριση με την αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, δε φαίνεται σημαντική, όπως τουλάχιστον προκύπτει από το στατιστικό έλεγχο, ($p = 0,389 > 0,05$). Τέλος, η διαφορά των αξιολογήσεων του διοικητικού προσωπικού και της συνολικής φροντίδας νοσηλείας παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $p = 0,001$ ($<0,001$). Εν κατακλείδι, είναι εύλογο να θεωρηθεί με βάση και τις μέσες τιμές, ότι τη μικρότερη ικανοποίηση οι νοσηλευόμενοι την άντλησαν από το επίπεδο επάρκειας και αρτιότητας των κλινικών υποδομών.

Πίνακας 16. Το αποτέλεσμα του μη-παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney για τη διαφοροποίηση των απαντήσεων στα ερωτήματα 33, 41, 56, 59 και 65.

(I) Στοιχείο αξιολόγησης	(J) Στοιχείο αξιολόγησης	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
Ιατρικό προσωπικό	Υποδομές	291,34	161,66	10884,500	-10,668	0,000*
	Διοικητικό προσωπικό	277,62	175,38	13984,000	-8,437	0,000*
	Ικανοποίηση νοσηλείας	241,34	211,66	22185,000	-2,467	0,014**
Νοσηλευτικό προσωπικό	Υποδομές	280,96	172,04	13229,500	-8,942	0,000*
	Διοικητικό προσωπικό	269,78	183,22	15757,000	-7,122	0,000*
	Ικανοποίηση νοσηλείας	233,79	219,21	23891,000	-1,207	0,228
Υποδομές	Διοικητικό προσωπικό	221,25	231,75	24351,500	-0,861	0,389
	Ικανοποίηση νοσηλείας	175,95	277,05	14113,000	-8,308	0,000*
Διοικητικό προσωπικό	Ικανοποίηση νοσηλείας	188,37	264,63	16920,000	-6,286	0,000*

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων U: μέτρο του στατιστικού, ρ: στατιστική σημαντικότητα.

* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01$, ** στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Η αποκάλυψη συμπερασμάτων, σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην τελική διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, από τη συνολική φροντίδα που εισέπραξαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, μπορεί να επιχειρηθεί εν μέρει από τα αποτελέσματα της εξίσωσης γραμμικής παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ικανοποίηση νοσηλείας (ερ. 65) και ανεξάρτητες, την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (**Πίνακας 17**). Η στατιστική σημαντικότητα του λόγου F είναι $\rho=0,000$ ($<0,001$) και προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική πρόβλεψη/γραμμική σχέση της συνολικής ικανοποίησης από την ικανοποίηση που έλαβαν οι ασθενείς από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου ($\rho = 0,000 < 0,001$). Πράγματι, ο πολλαπλός R δείχνει μία ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές πρόβλεψης και την εξαρτημένη μεταβλητή ($R= 0,795$), ενώ η τιμή του R^2 υποδηλώνει ότι το 63% περίπου της διακύμανσης στη συνολική ικανοποίηση νοσηλείας εξηγείται από τις δύο παραπάνω μεταβλητές. Ειδικότερα, μία αύξηση της ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό κατά μία μονάδα, οδηγεί σε αύξηση της συνολικής ικανοποίησης κατά 0,322 μονάδες, ενώ αυτή η επίδραση στη συνολική ικανοποίηση των

ασθενών είναι ισχυρότερη, όσον αφορά την αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού (0,493), κάτι που φαίνεται και στις αντίστοιχες τιμές β (Beta).

Πίνακας 17. Το αποτέλεσμα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ικανοποίηση νοσηλείας (ερ. 65) και ανεξάρτητες την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Μοντέλο	Μη κανονικοποιημένοι συντελεστές		Κανονικοποιημένοι συντελεστές	t	P
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	1,387	0,393		3,532	0,001*
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	0,322	0,057	0,288	5,691	0,000*
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	0,493	0,042	0,593	11,726	0,000*

$R = 0,795$, $R^2 = 0,632$, προσαρμοσμένο $R^2 = 0,628$, $F = 184,307$ με $p = 0,000 < 0,001$. * στατιστικά σημαντικό σε $p < 0,01$

Εμβαθύνοντας ακόμα περισσότερο στον τρόπο που διαμορφώνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, σχετικά με τη συνολική φροντίδα που τους παρασχέθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, σύμφωνα με τα συμπεράσματα που προέκυψαν παραπάνω, κατασκευάστηκε ένα δεύτερο υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (**Πίνακας 18**), με εξαρτημένη μεταβλητή πάλι τη συνολική ικανοποίηση νοσηλείας, και ανεξάρτητες την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και το επίπεδο των νοσοκομειακών υποδομών (χώρων-ανέσεων).

Από το αποτέλεσμα της ανάλυσης εντοπίζονται τρία στοιχεία που ικανοποίησαν το κριτήριο εισαγωγής, προκειμένου να συμπεριληφθούν στην εξίσωση (βαθμολόγηση ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού και υποδομών). Ο πολλαπλός R δείχνει και πάλι μία σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις τρεις μεταβλητές πρόβλεψης και την εξαρτημένη μεταβλητή ($R = 0,826$). Η τιμή του R^2 στο συγκεκριμένο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, με σταθερό συντελεστή 1,264, εξηγεί το 67,8% (προσαρ. R^2) της συνολικής μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής «συνολική ικανοποίηση νοσηλείας». Οι τιμές β δείχνουν τη σχετική επίδραση των καταχωρημένων παραγόντων. Δηλαδή, ότι η βαθμολογία του νοσηλευτικού προσωπικού έχει τη μεγαλύτερη επίδραση (0,504), ακολουθεί η βαθμολογία των κλινικών χώρων-ανέσεων (0,261), ενώ η

αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού φαίνεται να επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος, για τη συνολική φροντίδα που έλαβαν κατά τη νοσηλεία τους (0,230). Η κατεύθυνση της επίδρασης και για τις τρεις μεταβλητές-παράγοντες είναι βεβαίως θετική.

Πίνακας 18. Το αποτέλεσμα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ικανοποίηση νοσηλείας (ερ. 65) και εξαρτημένες την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού, νοσηλευτικού προσωπικού και των νοσοκομειακών υποδομών

Μοντέλο	Μη κανονικοποιημένοι συντελεστές		Κανονικοποιημένοι συντελεστές	t	P
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	1,264	0,368		3,438	0,001*
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	0,257	0,054	0,230	4,762	0,000*
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	0,418	0,041	0,504	10,116	0,000*
Βαθμολόγηση υποδομών	0,206	0,035	0,261	5,820	0,000*

$R = 0,826$, $R^2 = 682$, προσαρμοσμένο $R^2 = 0,678$, $F = 151,612$ με $\rho = 0,000 < 0,001^*$ στατιστικά σημαντικό σε $\rho < 0,01$

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση, από τον **Πίνακα 19** διακρίνουμε τη σχεδόν τέλεια θετική συσχέτιση επιλογής του ίδιου νοσοκομείου για νοσηλεία στο μέλλον και σύστασής τους σε τρίτους (ο μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman τείνει στο 1) (Ερ. 68 και 69, παράρτημα). Είναι προφανές από τον παρακάτω Πίνακα ότι η μία επιλογή ευνοεί την άλλη.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της πρόθεσης επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε μελλοντική νοσηλεία και της πιθανής σύστασή του σε τρίτους.

		Πρόθεση νοσηλείας			Συσχέτιση Spearman rho (Pearson r)	ρ	
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο			
Σύσταση Νοσοκομείου	ΝΑΙ	n	185	1	186	0,960**	0,000
		%	86	0,5	86,5		
	ΟΧΙ	n	1	28	29		
		%	0,5	13,0	13,5		
Σύνολο	n	186	29	215			
	%	86,5	13,5	100,0			

rho: μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, n: πλήθος έγκυρων απαντήσεων, ρ: στατιστική σημαντικότητα. *στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01$ (2-tailed)

Συζήτηση

Σύμφωνα με την μετα-ανάλυση των Hall και Dornan (1990), είναι δύσκολη η σύγκριση των δεδομένων μιας έρευνας με άλλες, λόγω της χρήσης διαφορετικών εργαλείων μέτρησης. Αξίζει όμως να αναφερθεί, ότι το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα του 2007 (Καλογεράκη, 2007) στα νοσοκομεία «Γ. Παπανικολάου» και «ΑΧΕΠΑ». Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα συγκριθούν, ως επί το πλείστον, με αυτή του 2007, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην απόδοση μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας, για τα τρία μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης.

Τα στοιχεία σύγκρισης είναι πολλά σε αριθμό, γιατί μεγάλος είναι και ο όγκος της πληροφορίας που συλλέχθηκε από το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε. Το ερωτηματολόγιο είχε 69 ερωτήσεις, και μέσα από αυτό εξεταζόταν όλες οι παράμετροι που διαμορφώνονται και έχουν σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Στην συζήτηση θα αναφερθούν τα πλέον σημαντικά ευρήματα που προέκυψαν από αυτή την προσπάθεια.

Αρχικά στο αποτέλεσμα της αξιολόγησης της συνολικής φροντίδας, που προσφέρθηκε στους ασθενείς του δείγματος (Ερωτ. 65), κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων εμφανίζεται άνω του μετρίου ικανοποιημένη (βαθμολογία 6-10), με τους περισσότερους ασθενείς του δείγματος (27,1%) να αξιολογούν την εμπειρία της παραμονής τους στο νοσοκομείο με βαθμό 8. Αυτό το εύρημα, διαφοροποιείται από τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε στα νοσοκομεία «Γ. Παπανικολάου» και ΑΧΕΠΑ το 2007 (Καλογεράκη, 2007). Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς συνολικά υπηρεσίες, για το πρώτο νοσοκομείο είναι 9,16 ενώ για το ΑΧΕΠΑ 8,92.

Όσο αφορά τις βαθμολογίες για τις δύο ομάδες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, με τη μέγιστη δυνατή βαθμολόγηση (10) αξιολόγησε σε ποσοστό 26,2% το ιατρικό προσωπικό, και 26,5% το νοσηλευτικό προσωπικό. Το ποσοστό των ασθενών που βαθμολόγησαν ιατρούς και νοσηλευτές με (10) στο Ιπποκράτειο, είναι πολύ μικρότερο από αυτό που συγκεντρώνουν τα νοσοκομεία «Γ. Παπανικολάου» και ΑΧΕΠΑ (65,5% για ιατρούς και 62,5% για νοσηλευτές) (Καλογεράκη, 2007). Επίσης, τα αποτελέσματα δεν συμφωνούν με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο, και φάνηκε υψηλού βαθμού ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1995; Κυριόπουλος, Γεωργούση, 1993). Η ύπαρξη μιας ευρύτερης κατανομής των χαμηλότερων

βαθμών ικανοποίησης για το νοσηλευτικό προσωπικό, από την παρούσα μελέτη, φαίνεται να υποδηλώνει και μια γενικότερη δυσαρέσκεια ως προς την φροντίδα που προσφέρει. Εύρημα που συμφωνεί, με τα αποτελέσματα έρευνας, στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής, όπου οι ασθενείς του δείγματος εξέφρασαν αρκετή δυσαρέσκεια, για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται (Μερκούρης, 1996).

Η συνολική αξιολόγηση της υποδομής του νοσοκομείου (χώροι και ανέσεις, Ερωτ 56), από την πλειοψηφία των ασθενών (17,6%) κρίθηκε με βαθμό 5. Η χαμηλή αξιολόγηση των υποδομών παρουσιάζεται και σε άλλες έρευνες (Κυριόπουλος & Γεωργούση, 1993; Νιάκας & Γαρδέλης, 2000) που έγιναν στον Ελλαδικό χώρο.

Αναφορικά με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, η πλειοψηφία των ασθενών (25,7%) τις αξιολογεί με βαθμό 8. Βαθμός, χαμηλότερος από αυτόν με τον οποίο αξιολόγησαν οι ασθενείς τα νοσοκομεία «Γ. Παπανικολάου» (9,29) και ΑΧΕΠΑ (8,23) το 2007.

Στην προσπάθεια να διερευνηθούν συσχετίσεις μεταξύ των διάφορων χαρακτηριστικών των ασθενών (φύλο, ηλικία, βαθμίδα εκπαίδευσης, εισόδημα), προέκυψαν τα παρακάτω σημαντικά στοιχεία.

Οι άνδρες φαίνεται να αξιολογούν με υψηλότερο βαθμό από τις γυναίκες όλα τα επίπεδα της φροντίδας, Από τον Πίνακα 9, φαίνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, και στη συνολική φροντίδα νοσηλείας, με τις γυναίκες να εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες. Αυτό που θα πρέπει όμως να επισημανθεί είναι, ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες, λόγω της συμμετοχής στην έρευνα και όλων των Μαιευτικών-Γυναικολογικών κλινικών του νοσοκομείου.

Επίσης, στην αξιολόγηση της φροντίδας στις κλίμακες 0-10 φαίνεται να παίζει ρόλο και η ηλικία. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές κλάσεις και κάθε στοιχείου συνολικής αξιολόγησης (Ερωτ. 33, 41, 56, 59, 65). Ενδεικτικά στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει στις κλάσεις 15-25, 56-65 και άνω των 65, στην αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού, του νοσηλευτικού, των διοικητικών υπηρεσιών, της συνολικής εμπειρίας από τη νοσηλεία. Το αποτέλεσμα της ανάλυσης δείχνει, ότι τα άτομα του δείγματος της παρούσας έρευνας εμφανίζουν την τάση να δηλώνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης όσο αυξάνεται η ηλικία τους, αποτέλεσμα που το συναντάται και σε άλλες έρευνες (Rosenheck et al, 1997; Young et al, 2000; Jaipaul & Rosenthal, 2003, Parapanikolaou & Ntani, 2008). Από την άλλη, αυτά τα ευρήματα, δε συμφωνούν με έρευνα που έγινε το 2007 στο Παρίσι, από τους Moret et al, η οποία έδειξε, ότι η ηλικία των

ασθενών με την ικανοποίηση συσχετιζόταν γραμμικά και θετικά σε ηλικίες κάτω των 65 ετών, και αρνητικά σε ηλικίες άνω των 65.

Η συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό ικανοποίησης έδειξε, ότι, καθώς το επίπεδο της εκπαίδευσης αυξάνεται, ο βαθμός ικανοποίησης κάθε στοιχείου που εξετάστηκε στην κλίμακα αξιολόγησης από 0-10 μειώνεται. Ως προς το εισόδημα, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κλάσεων του εισοδήματος και της συνολική αξιολόγησης της υποδομής του νοσοκομείου. Τα ευρήματα της μελέτης, συμφωνούν με ευρήματα και άλλων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης και το εισόδημα (Hargraves et al, 2001; Thi et al, 2002, Niakas et al., 2004).

Από τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε τρεις τομείς του νοσοκομείου (Παθολογικός-Χειρουργικός-Μαιευτικός), δείχνει ότι οι ασθενείς του Μαιευτικού τομέα, που εκ προοιμίου είναι αποκλειστικά γυναίκες, φαίνεται, από τη μέση σειρά, να έχουν την τάση να δίνουν χαμηλότερη βαθμολογία, ως προς το ιατρικό προσωπικό, την υποδομή, και το διοικητικό προσωπικό, σε σχέση με τους ασθενείς των άλλων τομέων. Τα αποτελέσματα, της μελέτης σ' αυτή την παράμετρο, δε συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που εμφανίζουν τους ασθενείς των μαιευτικών τμημάτων πιο ικανοποιημένους από τους υπόλοιπους (Finkelstein et al, 1998; Young et al, 2000).

Εξετάζοντας τη μεταβλητή (διάστημα νοσηλείας), υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, και συναντάται μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, νοσηλείας μίας και δύο εβδομάδων αντίστοιχα, στην περίπτωση της βαθμολόγησης του ιατρικού προσωπικού ($p=0,010<0,05$).

Στις συσχετίσεις της συνολικής αξιολόγησης των υπηρεσιών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην κλίμακα 0-10 με κάθε ερώτημα ξεχωριστά που αφορούσε την φροντίδα που προσφερόταν από τις δύο ομάδες εργαζομένων, προέκυψε ότι υπάρχει μια σχετικά ισχυρή συσχέτιση. Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, το στοιχείο της ικανότητάς τους να εμπνέουν ασφάλεια στον ασθενή, καθώς και η ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, φαίνεται να συμμετέχουν με μεγαλύτερη βαρύτητα στη διαμόρφωση της τελικής τους γνώμης που αποδίδεται στην κλίμακα 0-10. Για τους νοσηλευτές, το αίσθημα ασφάλειας που νιώθει ο ασθενής, η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και η διαθεσιμότητά του, αυτοί οι παράμετροι δείχνει να συμμετέχουν με μεγαλύτερη βαρύτητα στην γενική βαθμολογία σε κλίμακα 0-10. Η

άποψη των ασθενών παρουσιάζει αντίστοιχη εικόνα και στην έρευνα που έγινε μεταξύ των νοσοκομείων «Γ. Παπανικολάου» και ΑΧΕΠΑ.

Στο δείγμα των ασθενών της μελέτης, διερευνώντας τη διαφορά στις κλίμακες αξιολόγησης 0-10, το ιατρικό προσωπικό συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία (M=8,24), ακολουθεί η βαθμολογία του νοσηλευτικού προσωπικού (M=7,92), η βαθμολογία της συνολικής ικανοποίησης από τη νοσηλεία (M=7,89), το διοικητικό προσωπικό με βαθμολογία (M=7,24) ενώ, η υποδομή του νοσοκομείου λαμβάνει τη χαμηλότερη βαθμολογία (M=5,98).

Οι παράγοντες που επιδρούν, στην τελική διαμόρφωση, του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, από τη συνολική φροντίδα που είχαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους είναι, η συνολική αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού (**Πίνακας 18**), έπεται της ξενοδοχειακής υποδομής, ενώ η αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού επηρεάζει σε μικρότερο βαθμό τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος. Το αποτέλεσμα ως προς τη σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, εμφανίζεται και στην έρευνα των Yellen et al (2002).

Τέλος, οι ασθενείς του δείγματος δηλώνουν σχεδόν στο σύνολό τους (86,5%) ότι θα επέλεγαν ξανά για τη νοσηλεία τους το ίδιο νοσοκομείο, όπως και ότι θα το πρότειναν σε συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο. Δεν παύει όμως να δημιουργεί προβληματισμούς, το αποτέλεσμα αυτών των δύο τελευταίων ερωτήσεων (Er 68 και 69), όταν το 13,5% των ασθενών του δείγματος, δεν θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν ξανά στο νοσοκομείο και ούτε θα το πρότειναν σε συγγενή ή φίλο.

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει επίσης και μειονεκτήματα. Το μικρό δείγμα των ασθενών που συλλέχθηκε από την ερευνήτρια, σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο, ο τρόπος δειγματοληψίας (δειγματοληψία ευκολίας) και η αριθμητική υπεροχή των γυναικών στο σύνολο των ασθενών, περιορίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Ένα άλλο στοιχείο, είναι ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας. Ο Αύγουστος είναι μήνας, κατά τον οποίο μειώνεται η πληρότητα των κλινών (53,96% ήταν για το μήνα Αύγουστο και 60,02% ήταν για τον Σεπτέμβριο), με ενδεχόμενο να μην αποτυπώνεται η πραγματική εικόνα του νοσοκομείου, ούτε να αναδύονται τα ουσιαστικά προβλήματα μέσα από αυτή. Καλό θα ήταν, σε μια μελλοντική έρευνα που θα διερευνούσε την ικανοποίηση των ασθενών, το δείγμα να συλλεχθεί και από διαφορετικές χρονικές

περιόδους, γεγονός που θα σκιαγραφούσε, με περισσότερη λεπτομέρεια, όλες τις παραμέτρους που μελετήθηκαν, και τα αποτελέσματα θα ήταν περισσότερο αξιόπιστα.

Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλειφθεί και η στάση των ασθενών απέναντι σε αυτού του είδους έρευνες. Οι περισσότεροι τις αντιμετωπίζουν με καχυποψία, ιδιαίτερα οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και με δυσκολία δέχονται να συμμετέχουν. Ο φόβος μήπως τύχουν κακής εξυπηρέτησης σε μελλοντική νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, αλλά και η αντίληψη, ότι τέτοιου είδους έρευνες, δεν έχουν να προσφέρουν στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας τους, είναι οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς είτε δεν ανταποκρίνονται στην έρευνα είτε είναι ανειλικρινείς.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένη σε πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου, οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης, μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Επίσης, συμβάλλει στον εντοπισμό προβλημάτων, βοηθά στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης (Λαζάρου, 2001).

Από την άλλη, υπάρχει αμφισβήτηση, ως προς τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας πως οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν, αυτό που επιθυμούν δεν είναι πάντα και ό, τι έχουν ανάγκη, ενώ άλλες φορές, δεν είναι ειλικρινείς, είτε γιατί βρίσκονται εξαρτημένοι από τους ιατρούς και το νοσοκομείο είτε γιατί η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση επηρεάζει την κρίση τους (Τούντας, 2008).

Για τους παραπάνω λόγους, η εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, σύμφωνα με τον Πολύζο και συν. (2004), δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών. Το «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Παρατηρείται ανομοιογένεια μεταξύ των κλινικών, υπάρχουν Πανεπιστημιακές και του Ε.Σ.Υ. έχει παλιές εγκαταστάσεις και μεγάλο αριθμό αναπτυγμένων κλινών. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πιθανόν να επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των ασθενών.

Κρίνεται απαραίτητη λοιπόν, η δημιουργία «Γραφείου Ποιότητας», που θα συμβάλλει στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, με μετρήσεις του

αποτελέσματος της φροντίδας, οι οποίες να αντανακλούν, όχι μόνο τις απόψεις των ασθενών, αλλά και των λειτουργών υγείας. Η καθιέρωση συστημάτων αξιολόγησης της φροντίδας που παρέχεται, ενδέχεται να ενεργοποιήσει όλο τον οργανισμό (ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό, διοικητικές υπηρεσίες, τεχνικό προσωπικό), αλλά και τους ασθενείς, ώστε να ανταποκρίνονται σε έρευνες αξιολόγησης, χωρίς καχυποψία, με ειλικρινή διάθεση και κυρίως με το όραμα της βελτίωσης του οργανισμού, μέσα από την αλλαγή στάσεων, απόψεων και κουλτούρας.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdellah, F.G. & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5(3), 100-108.
- Andaleeb, S.S. Siddiqui, N. Khandakar, S. (2007). Patient Satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273
- Bicking, C. & Gryna, F.M. (1979). Process control by statistical methods. In JM. Juran (Ed), *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Cleary, P.D. & Edgman–Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives, *JAMA*, 278, 1608-12.
- Cleary, P.D. (2003). A hospitalization from hell: A patient’s perspective on quality. *Ann Intern Med*, 138(1), 33-39.
- Crow, R. Storey, L. Page, H. (2003). The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
- Crow, R. Gage, H. Hampson, S. Hart, J. Kimber, A. Storey, L. Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 32(6).
- Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Anne Arbor. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 1743-48.
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 14-16.
- Finkelstein, B.S. Singh, J. Silvers, J.B. Neuhauser, D. Rosenthal, G.E. (1998). Patient and hospital characteristics associated with patient assessments of hospital obstetrical care. *Medical Care*, 36(8), AS68-AS78.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887- 889.

- Hall, J.A. & Milburn, M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), 70-75.
- Hall, J.A. Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine*, 6, 811-818.
- Hargraves, J.L. Wilson, I.B. Zaslavsky, A. James, C. Walker, J.D. Rogers, G. Cleary, P.D. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39(6), 635-641.
- Irish Society for Quality & Safety in Healthcare. (2003). *Measurement of patient satisfaction – Guidelines*. Health Strategy Implementation project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
- Jackson, J.L. Chamberlin, J. Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 52, 609-620.
- Johansson, P. Oleni, M. Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16(4), 337-344.
- Joy, L. & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, 23(7), 73-77.
- Juran, J.M. & Gryna, F.M. (1988). *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. Eleventh Edition. New Jersey: Prentice Hall International Editions.
- Laschinger, H.S. Hall, L.M. Pedersen, C. Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 20(3), 220-230.
- Meterko, M., Nelson, E.C. & Rubm, H.R. (1990). Patient judgments of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care Supplement*, 28(9).
- Nelson, A.R. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. London: Sterling.
- Ng, C.W. Lim, G.H. McMaster, F. Molina, J. Seow, E. Heng, B.H. (2009). Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586-589.
- Niakas, D. Gnardellis, C. Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17 (1), 62-69.

- Papanikolaou, V. Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
- Pappa, E. Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6, 146.
- Quintana, J.M. Gonzalez, N. Bilbao, A. Aizpuru, F. Escobar, A. Esteban, C. San-Sebastian, J.A. De-la-Sierra, E. Thomson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.
- Risser, H.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs. Res.* 24, 45-52.
- Rosenheck, R. Wilson, N.J. Meterko, M. (1997). Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatric Services*, 48(12), 1553-1561.
- Sansgiry, S. (2005). Pharmacy patient –reported satisfaction with health care services offered by health plans, health clinics and pharmacies. *Drug Benefit Trends*, 17(1), 38-49.
- Scotto, F De Ceglie, A. Guerra, V. Misciagna, G. Pellecchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 86-97.
- Sitzia, J. Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45(12), 1829-1843
- Tavana, M. Mohebbi, B. Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a bench-marking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507-527.
- Thi, P.L. Briancon, S. Empereur, F. Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine*, 54(4), 493-504.
- Virgo, K.S. Piry, J.R. Valentine, M.P. Denner, D.R. Ryan, G. Risk, N.K. Price, R.K. (2007). Access, Quality and Satisfaction with care: Concerns of Vietnam Veterans. *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 17-40.
- WHO. (1993). *Continuous Quality Development: A Proposal National Policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (www.euro.who.int).
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.

- Woodward, J.L. (2009). Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit. *Clinical Nurse Specialist*, 23(4), 200-206.
- Yellen, E. Davis, G.C. Ricard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 16(4), 23-29.
- Young, G.J. Meterko, M. Desai, K.R. (2000). Patient satisfaction with hospital care: Effect of demographic and institutional characteristics. *Medical Care*, 38(30), 325-334.

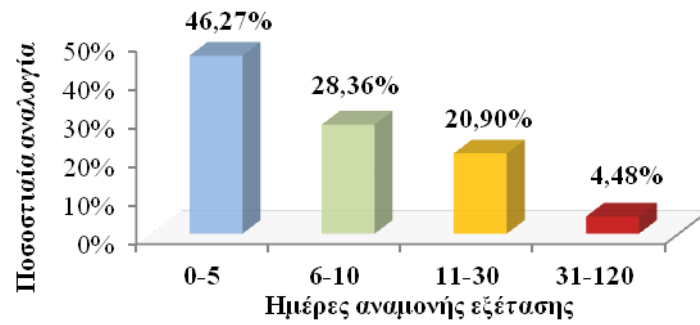
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Καλογεράκη, Α. (2007). *Συγκριτική μελέτη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες. Η περίπτωση των ασθενών των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου και ΑΧΕΠΑ»*. Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Κέπεντζης, Σ. Γκογκόσης, Κ. Νιάκας Δ. (2004). *Διερεύνηση της Ικανοποίησης ΑΑσθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής*. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.
- Κουμανδράκη, Α. Θεοδώρου, Μ. Καϊτελίδου, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Νοσηλευτική*, 43(2), 237-245.
- Κυριόπουλος, Ι. Δράκου, Ι. Κτενάς, Ε. & Γεωργούση, Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 44, 300-306.
- Λαζάρου, Π.Ν. (2001). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 12(68), 23-24.
- Λιακοπούλου, Ε. (2008). *Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα»*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.
- Μερκούρης, Α. (1996). Διδακτορική διατριβή: *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Αθήνα.

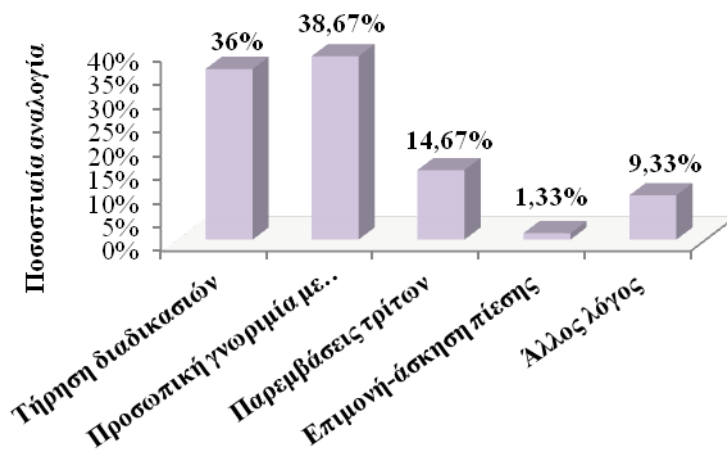
- Μερκούρης, Α. Οζουνίδου, Α. Μουδερίδου, Δ. Ρουμπή, Μ. Ζουγρής, Π. Λεμονίδου, Χ. (2001). Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο, *Νοσηλευτική*, 3, 74–84.
- Νιάκας, Δ. & Γναρδέλλης, Χ. (2000). Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική*, 77, 464-470.
- Νιάκας, Δ. Γαρδέλης, Χ. (2000). Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική*, 77(5), 464-470.
- Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.
- Πολύζος, Ν. Μπαρτσώκας, Δ. Πιερράκος, Γ. Ασημακοπούλου, Ι. Υφαντόπουλος, Ι. (2004). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3), 284-295.
- Ραφτόπουλος, Β. & Οικονομοπούλου, Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48(2), 84-94.
- Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Στο : *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (σελ. 15–97). Τόμος Δ', Πάτρα: Εκδ. Ε.Α.Π.
- Τούντας, Γ. (2003α). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 20(5), 532-546.
- Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- Τσιριντάνη, Μ. Γιοβάνης, Α. Μπινιώρης, Σ. Γούλα, Α. (2010). Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1), 40-52.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

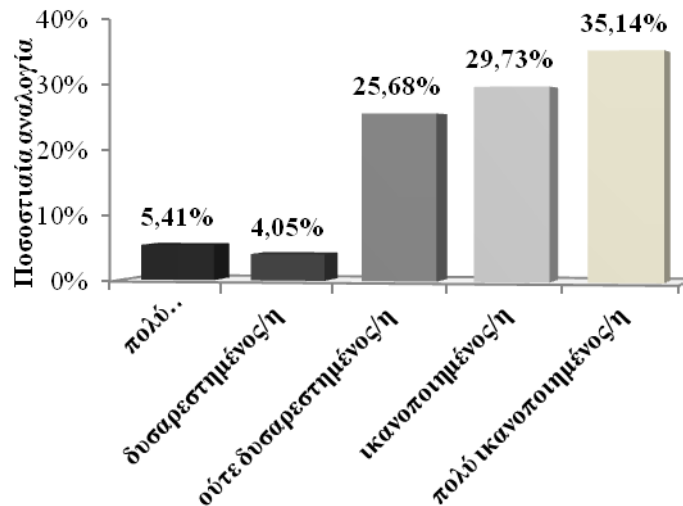
- Σχήματα και Πίνακες αποτελεσμάτων
- Ερωτηματολόγιο



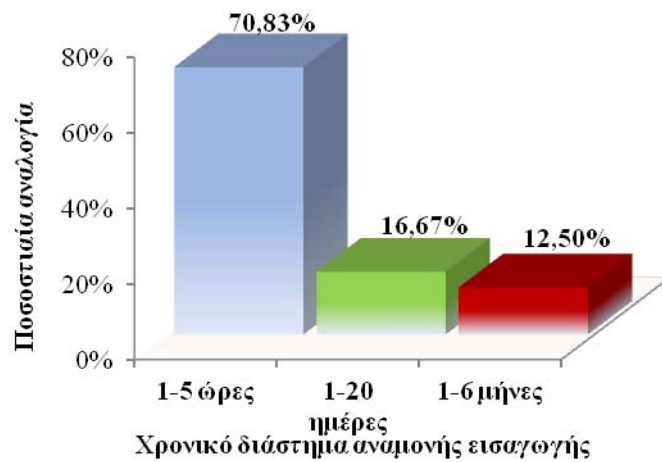
Σχήμα Ι: Ποσοστιαία αναλογία του χρόνου αναμονής των ασθενών του δείγματος με προγραμματισμένη εισαγωγή για ραντεβού εξέτασης στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.



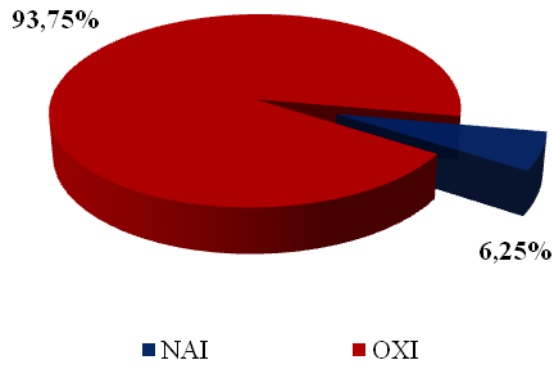
Σχήμα ΙΙ: Ποσοστιαία αναλογία των λόγων που πιστεύουν οι ασθενείς ότι συνέβαλαν, ώστε να καθοριστεί το ραντεβού εξέτασής τους στα Τ.Ε.Ι. (προγραμματισμένη εισαγωγή).



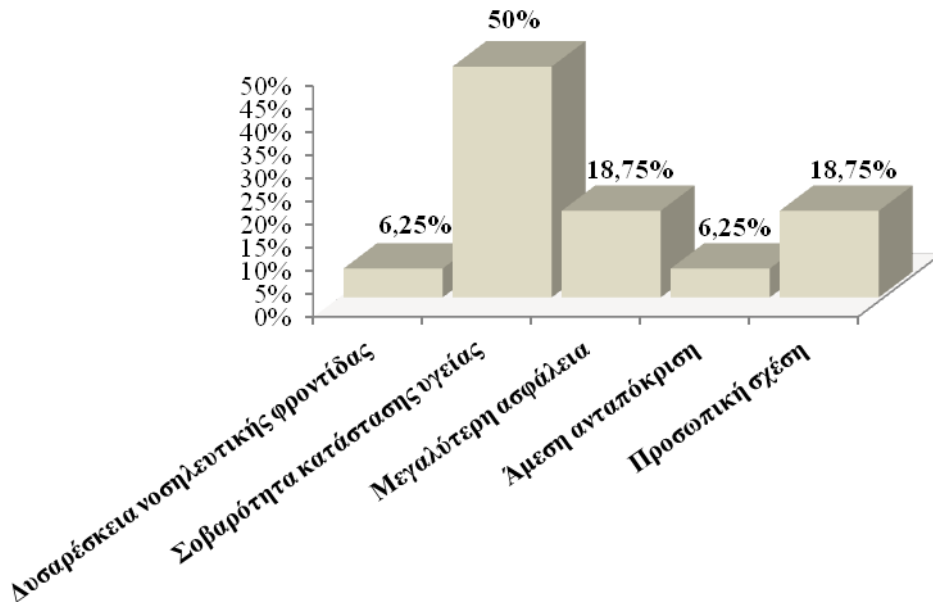
Σχήμα III: Ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών, από τον χρόνο αναμονής για ραντεβού εξέτασης στα Τ.Ε.Ι. (προγραμματισμένη εισαγωγή).



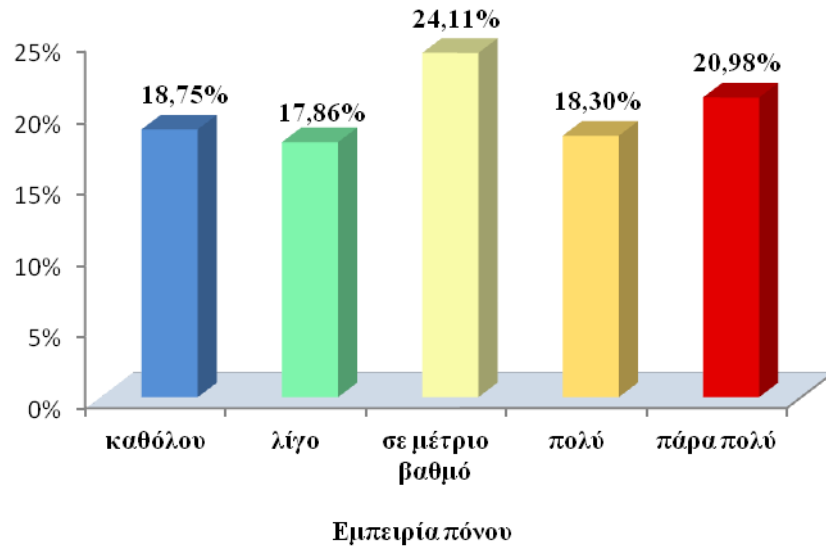
Σχήμα IV: Ποσοστιαία αναλογία των ασθενών του δείγματος που αφορά το χρονικό διάστημα αναμονής τους για εισαγωγή στην κλινική, μετά την εξέταση στα Τ.Ε.Ι. (προγραμματισμένη εισαγωγή).



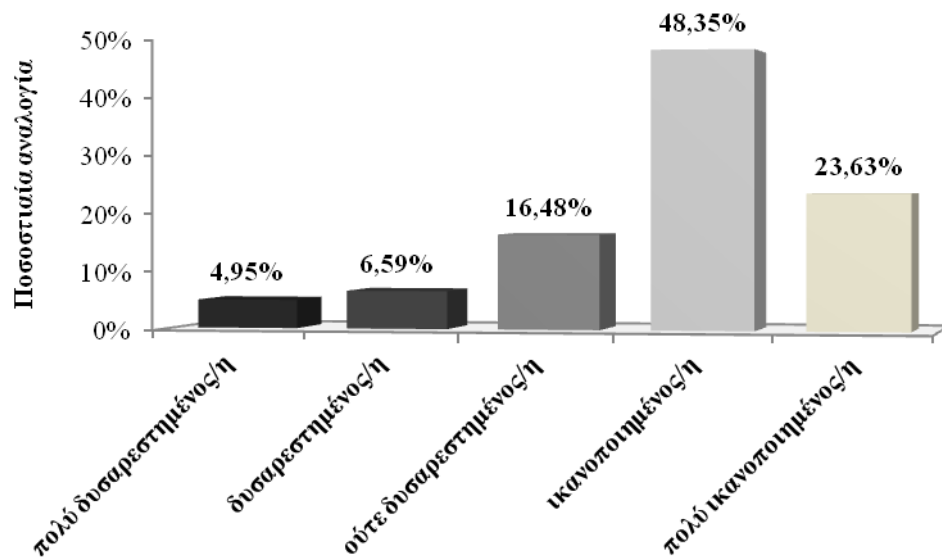
Σχήμα V: Ποσοστό ασθενών που επέλεξαν την επιπλέον φροντίδα αποκλειστικής νοσοκόμας.



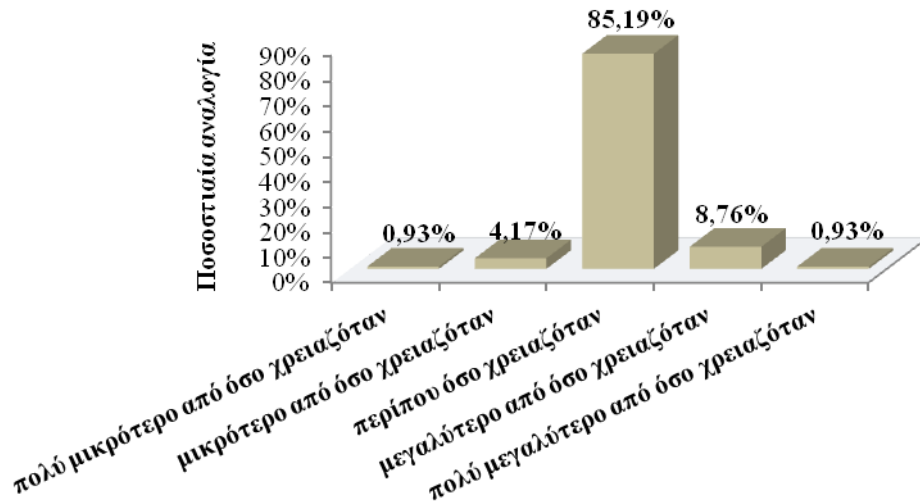
Σχήμα VI: Λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς επέλεξαν την επιπλέον φροντίδα αποκλειστικής νοσοκόμας.



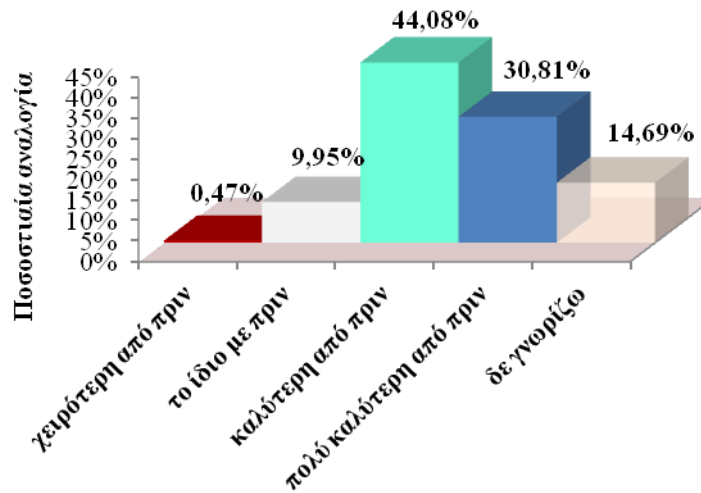
Σχήμα VII: Ποσοστό ασθενών που είχαν εμπειρία από πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.



Σχήμα VIII: Ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από την αντιμετώπιση του πόνου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.



Σχήμα ΙΧ: Ποσοστιαία αναλογία χαρακτηρισμού (από τους ασθενείς) του χρονικού διαστήματος παραμονής τους στο νοσοκομείο.

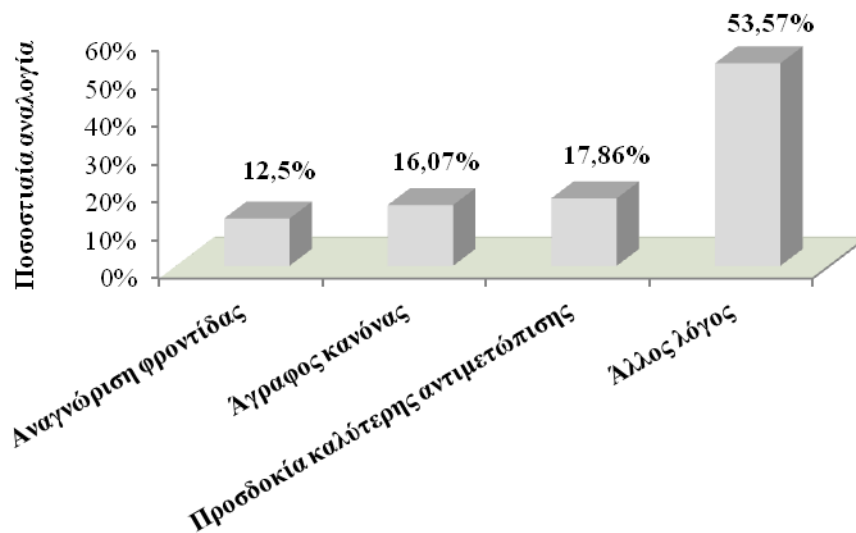


Σχήμα Χ: Ποσοστιαία αναλογία της αξιολόγησης των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, μετά την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Πίνακας I. Κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων (ΝΑΙ/ΟΧΙ) των ασθενών του δείγματος στα στοιχεία του ερωτηματολογίου 60-63.

Ερώτημα		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
60. Κάλυψη εξόδων από ασφαλιστικό φορέα	n	177	25	202
	%	87,62	12,36	
61. Έξοδα μεταφοράς στο Νοσοκομείο	n	42	171	213
	%	19,72	80,28	
62. Έξοδα διαμονής συνοδών	n	27	189	216
	%	12,50	87,5	
63. Επιπλέον έξοδα	n	58	161	219
	%	26,48	73,52	

n: πλήθος παρατηρήσεων, %: ποσοστιαία αναλογία.

**Σχήμα XI:** Ποσοστό ασθενών που επέλεξαν τους λόγους για τους οποίους χρειάστηκε να κάνουν κάποια επιπλέον έξοδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Πίνακας 1Α. Το αποτέλεσμα των πολλαπλών ελέγχων για την ύπαρξη διαφοράς στις απαντήσεις της κλίμακας αξιολόγησης (0-10) των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ανά ζεύγη με το τεστ Mann-Whitney στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
15-25	26-35	44,79	37,33	636,000	-1,444	0,149
	36-45	41,38	40,61	804,500	-0,150	0,880
	46-55	31,01	32,45	410,500	-0,306	0,760
	56-65	29,65	39,82	354,500	-2,153	0,031*
	>65	31,82	46,33	443,500	-2,956	0,003*
26-35	36-45	46,10	54,43	963,000	-1,462	0,144
	46-55	37,52	46,86	465,000	-1,640	0,101
	56-65	36,41	54,96	401,000	-3,294	0,001*
	>65	37,78	62,29	480,000	-4,354	0,000*
36-45	46-55	30,30	32,33	392,000	-,0437	0,662
	56-65	28,95	39,48	338,000	-2,248	0,025*
	>65	30,96	46,04	418,500	-3,092	0,002*
46-55	56-65	19,90	26,52	187,000	-1,724	0,085
	>65	22,14	32,31	234,000	-2,356	0,018*
56-65	>65	29,50	31,21	412,500	-0,399	0,690

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 2Β. Πολλαπλοί ανά ζεύγη έλεγχοι διαφοράς στις απαντήσεις κλίμακας αξιολόγησης (0-10) των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των ηλικιακών ομάδων με το τεστ Mann-Whitney στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
15-25	26-35	48,84	50,82	1141,500	-0,342	0,732
	36-45	39,07	42,98	741,000	-0,757	0,449
	46-55	29,93	34,57	366,000	-0,972	0,331
	56-65	28,82	41,18	320,500	-2,585	0,010*
	>65	30,93	48,19	407,000	-3,468	0,001*

	36-45	48,30	51,24	1090,500	-0,509	0,611
26-35	46-55	38,78	43,38	538,000	-0,799	0,424
	56-65	37,78	51,80	480,000	-2,479	0,013*
	>65	40,04	59,51	611,500	-3,448	0,001*
	46-55	30,34	32,26	393,500	-0,411	0,681
36-45	56-65	29,68	38,32	367,000	-1,837	0,066
	>65	31,60	46,17	444,000	-2,961	0,003*
	56-65	21,02	25,58	210,500	-1,181	0,238
46-55	>65	23,26	32,35	257,500	-2,082	0,037*
56-65	>65	28,60	32,67	390,000	-0,930	0,352

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 3Γ. Πολλαπλοί έλεγχοι Mann-Whitney της διαφοράς στις απαντήσεις της κλίμακας αξιολόγησης (0-10) των υπηρεσιών του διοικητικού προσωπικού ανά ζεύγος των ηλικιακών ομάδων της έρευνας στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
	26-35	44,79	37,33	44,79	-1,444	0,149
	36-45	41,75	37,56	678,500	-0,812	0,417
15-25	46-55	24,04	28,59	222,500	-1,051	0,293
	56-65	25,03	32,81	256,000	-1,777	0,076
	>65	24,16	35,20	226,500	-2,527	0,012*
	36-45	41,75	37,56	678,500	-0,812	0,417
26-35	46-55	28,16	41,09	214,500	-2,515	0,012*
	56-65	29,08	44,79	256,500	-3,106	0,002*
	>65	27,55	49,02	186,500	-4,262	0,000*
	46-55	21,48	32,25	148,000	-2,520	0,012*
36-45	56-65	22,12	35,95	169,000	-3,188	0,001*
	>65	21,08	38,39	134,500	-3,993	0,000*
	56-65	17,25	20,33	140,000	-0,891	0,373
46-55	>65	16,97	21,34	135,500	-1,263	0,206
56-65	>65	21,62	22,36	223,000	-0,201	0,841

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 4Α. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) διαφοράς μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των ερωτηθέντων της έρευνας στις απαντήσεις της κλίμακας (0-10) συνολικής αξιολόγησης της νοσηλείας τους.

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
15-25	26-35	50,48	47,03	1046,500	-0,615	0,539
	36-45	39,24	40,82	748,000	-0,311	0,756
	46-55	29,88	33,30	364,000	-0,726	0,468
	56-65	29,50	40,06	348,500	-2,216	0,027*
	>65	31,30	46,07	422,500	-2,994	0,003*
26-35	36-45	45,12	49,72	941,500	-0,825	0,409
	46-55	36,25	42,83	453,500	-1,187	0,235
	56-65	36,09	50,20	445,000	-2,573	0,010*
	>65	37,74	56,75	535,500	-3,451	0,001*
36-45	46-55	28,93	30,58	358,500	-0,359	0,719
	56-65	28,54	37,26	343,500	-1,887	0,059*
	>65	31,04	42,60	438,500	-2,398	0,016*
46-55	56-65	20,28	25,18	195,500	-1,285	0,199
	>65	22,70	30,32	244,000	-1,774	0,076
56-65	>65	29,82	30,13	420,500	-0,072	0,943

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$, με κόκκινο οριακή διαφορά

Πίνακας 5Ε. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς στις απαντήσεις της 10-βάθμιας κλίμακας αξιολόγησης των κλινικών υποδομών (χώρων-ανέσεων) μεταξύ των ηλικιακών ομάδων της έρευνας στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
15-25	26-35	49,50	48,63	1127,500	-0,152	0,880
	36-45	41,44	40,55	802,000	-0,172	0,864
	46-55	29,93	34,57	366,000	-0,972	0,331
	56-65	32,66	34,88	478,000	-0,461	0,645
	>65	30,44	48,75	387,000	-3,622	0,000*
26-35	36-45	48,39	48,65	1114,000	-0,045	0,964
	46-55	37,40	39,76	498,500	-0,413	0,679
	56-65	39,95	43,36	641,000	-0,610	0,542

	>65	37,52	60,47	505,000	-4,061	0,000*
36-45	46-55	29,23	31,63	349,000	-0,508	0,612
	56-65	31,68	35,12	447,000	-0,721	0,471
	>65	29,34	48,68	353,500	-3,852	0,000*
46-55	56-65	22,13	22,78	230,500	-0,167	0,867
	>65	20,37	32,03	197,000	-2,603	0,009*
	56-65	24,30	35,65	282,500	-2,482	0,013*

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 6Z. Οι μέσες τιμές (M) στη 10-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65 για τις διαφορετικές ηλικιακές κλάσεις των ασθενών του δείγματος και το αποτέλεσμα της διερεύνησης της ομοιογένειας μεταξύ των ομάδων με τη βοήθεια του ελέγχου Kruskal-Wallis

Μεταβλητή	Μορφωτικό επίπεδο	n	M	SD	min	max	Μέση σειρά	X ²	ρ
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	Δημοτικό	42	8,76	1,376	4	10	111,55	11,689	0,009*
	Γυμνάσιο	29	8,59	1,211	6	10	95,78		
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	57	8,14	1,757	2	10	83,37		
	Τεχνική/πανεπιστημιακή Σχολή	91	7,89	1,650	3	10	71,02		
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	Δημοτικό	43	8,49	1,723	3	10	129,57	12,135	0,007*
	Γυμνάσιο	29	8,69	1,391	5	10	133,91		
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	57	7,72	1,980	1	10	103,06		
	Τεχνική/πανεπιστημιακή Σχολή	91	7,42	2,404	0	10	98,69		
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	Δημοτικό	42	6,88	2,308	0	10	111,55	15,927	0,001*
	Γυμνάσιο	29	6,10	2,350	0	10	95,78		
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	56	6,21	2,417	1	10	83,37		
	Τεχνική/πανεπιστημιακή Σχολή	89	5,36	2,046	1	10	71,02		
Βαθμολόγηση Χώρων Ανέσεων	Δημοτικό	29	8,24	1,573	2	10	134,30	14,991	0,002*
	Γυμνάσιο	25	7,64	2,039	3	10	111,91		
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	46	7,20	1,916	1	10	115,01		
	Τεχνική/πανεπιστημιακή Σχολή	69	6,68	2,166	0	10	91,12		

	Δημοτικό	41	8,29	1,764	3	10	122,12		
Βαθμός	Γυμνάσιο	27	8,48	1,252	5	10	124,65		
Ικανοποίησης	Λυκείου /εξατάξιο	56	8,07	1,639	4	10	112,05	12,255	0,007*
	Γυμνάσιο								
Νοσηλείας	Τεχνική/πανεπιστημιακή Σχολή	88	7,44	1,887	1	10	90,12		

n: πλήθος απαντήσεων, SD: τυπική απόκλιση, min και max: ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφοράς, X2: μέτρο στατιστικού, ρ: στατιστική σημαντικότητα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 7Η. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς στις απαντήσεις της 10-βάθμιας κλίμακας αξιολόγησης των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού μεταξύ των διαφορετικών βαθμίδων εκπαίδευσης της έρευνας στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Επίπεδο	(J) Επίπεδο	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
Δημοτικό	Γυμνάσιο	37,75	33,47	535,500	-0,894	0,371
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	56,82	44,97	910,500	-2,092	0,036
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	82,00	60,08	1281,000	-3,124	0,002*
Γυμνάσιο	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	46,79	41,82	731,000	-0,897	0,369
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	71,16	57,10	1010,500	-1,939	0,059
Λύκειο /εξατάξιο Γυμνάσιο	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	80,12	70,98	2273,000	-1,292	0,196

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 8Θ. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς στις απαντήσεις της 10-βάθμιας κλίμακας αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού ανά βαθμίδα εκπαίδευσης στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Επίπεδο	(J) Επίπεδο	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
Δημοτικό	Γυμνάσιο	36,05	37,17	604,000	-0,232	0,816
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	57,44	45,26	927,000	-2,124	0,034*
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	80,08	61,55	1415,500	-2,625	0,009*
Γυμνάσιο	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	51,66	39,35	590,000	-2,206	0,027*
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	75,09	55,85	896,500	-2,637	0,008*
Λύκειο /εξατάξιο Γυμνάσιο	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	76,45	73,28	2482,500	-0,443	0,657

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 9I. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς απάντησης των ερωτηθέντων διαφορετικών βαθμίδων εκπαίδευσης της έρευνας όσον αφορά τη 10-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης των νοσοκομειακών υποδομών.

(I) Επίπεδο	(J) Επίπεδο	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	P
		I	J			
Δημοτικό	Γυμνάσιο	39,05	31,59	481,000	-1,511	0,131
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	54,15	46,01	980,500	-1,417	0,157
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	84,10	57,46	1109,000	-3,783	0,000*
Γυμνάσιο	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	42,17	43,43	788,000	-0,224	0,823
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	68,16	56,68	1039,500	-1,585	0,113
Λύκειο /εξατάξιο Γυμνάσιο	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	82,57	66,98	1956,000	-2,198	0,028*

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 10K. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς στη 10-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης του διοικητικού προσωπικού για τις διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης της έρευνας.

(I) Επίπεδο	(J) Επίπεδο	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	P
		I	J			
Δημοτικό	Γυμνάσιο	29,21	25,52	313,000	-0,881	0,378
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	46,07	32,91	433,000	-2,607	0,009*
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	66,28	42,45	514,000	-3,847	0,000*
Γυμνάσιο	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	39,58	34,05	485,500	-1,095	0,273
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	56,68	44,17	633,000	-1,989	0,047*
Λύκειο /εξατάξιο Γυμνάσιο	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	63,40	54,40	1338,500	-1,440	0,150

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 11A. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς ανά βαθμίδα εκπαίδευσης στη 10-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης των συνολικών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ερωτηθέντων της έρευνας.

(I) Επίπεδο	(J) Επίπεδο	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
Δημοτικό	Γυμνάσιο	34,38	34,69	548,500	-0,065	0,948
	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	51,73	47,00	1036,000	-0,836	0,403

	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	78,01	58,94	1270,500	-2,758	0,006*
Γυμνάσιο	Λυκείου /εξατάξιο Γυμνάσιο	45,07	40,52	673,000	-0,826	0,409
	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	72,89	53,43	786,000	-2,717	0,007*
Λύκειο /εξατάξιο Γυμνάσιο	Τεχνική/πανεπιστημιακή σχολή	81,54	66,75	1958,000	-2,112	0,035*

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 12M. Οι μέσες τιμές (M) στην 10-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65 στις έξι κατηγορίες μηνιαίου εισοδήματος των ασθενών του δείγματος και το αποτέλεσμα της διερεύνησης της διαφοράς μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis μεταξύ των ομάδων.

Μεταβλητή	Μηνιαίο Εισόδημα κλάσεις	n	M	SD	min	max	Μέση σειρά	X ²	P
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	< 600 €	39	8,41	1,634	2	10	96,90	6,030	0,303
	601 -900€	42	8,71	1,419	4	10	106,17		
	901-1500€	58	8,26	1,482	5	10	89,11		
	1501 -2100€	28	8,11	1,031	7	10	77,34		
	2101-2700 €	9	8,11	1,764	5	10	84,72		
	>2701 €	9	8,56	1,333	7	10	96,72		
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	< 600 €	39	8,26	2,136	0	10	102,37	8,201	0,145
	601 -900€	43	8,49	1,681	3	10	105,52		
	901-1500€	58	7,86	2,148	0	10	89,93		
	1501 -2100€	28	7,29	2,192	1	10	72,48		
	2101-2700 €	9	7,78	2,108	5	10	87,00		
	>2701 €	9	7,89	2,315	3	10	92,50		
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	< 600 €	34	7,29	1,915	1	10	73,34	2,949	0,708
	601 -900€	28	7,50	2,099	2	10	79,82		
	901-1500€	44	7,23	1,939	0	10	72,16		
	1501 -2100€	23	6,78	1,930	3	10	60,78		
	2101-2700 €	7	7,29	2,430	4	10	73,00		
	>2701 €	8	7,13	2,850	1	10	78,44		
Βαθμολόγηση Χώρων Ανέσεων	< 600 €	39	6,10	2,137	1	9	94,96	13,398	0,020*
	601 -900€	43	6,91	2,223	0	10	113,33		
	901-1500€	58	5,93	2,159	0	10	90,48		
	1501 -2100€	26	4,88	2,535	1	10	69,15		
	2101-2700 €	9	5,56	2,455	3	10	79,94		
	>2701 €	9	5,11	2,667	1	9	75,33		

	< 600 €	38	8,26	1,446	5	10	96,96		
Βαθμός	601 -900€	40	8,45	1,663	3	10	106,81		
	901-1500€	58	7,79	1,587	3	10	82,70		
Ικανοποίησης	1501 -2100€	27	7,59	1,927	2	10	80,24	8,783	0,118
Νοσηλείας	2101-2700 €	9	7,22	2,108	4	10	69,17		
	>2701 €	8	7,63	2,825	1	10	93,44		

n: πλήθος απαντήσεων, SD: τυπική απόκλιση, min και max: ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφοράς, X2: μέτρο στατιστικού, ρ: στατιστική σημαντικότητα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$

Πίνακας 13N. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς της 10-βάθμιας κλίμακας αξιολόγησης των νοσοκομειακών υποδομών μεταξύ των ερωτηθέντων για τις διαφορετικές κατηγορίες εισοδήματος της έρευνας.

(I) Εισόδημα	(J) Εισόδημα	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
< 600 €	601 -900€	37,01	45,57	663,500	-1,641	0,101
	901-1500€	50,50	47,99	1072,500	-0,435	0,663
	1501 -2100€	36,72	27,42	362,000	-1,959	0,050*
	2101-2700 €	25,27	21,17	145,500	-0,801	0,423
	>2701 €	25,46	20,33	138,000	-1,000	0,317
601 -900€	901-1500€	58,55	45,41	922,500	-2,250	0,024*
	1501 -2100€	40,83	25,37	308,500	-3,126	0,002*
	2101-2700 €	28,09	18,89	125,000	-1,673	0,094
	>2701 €	28,29	17,94	116,500	-1,881	0,060
901-1500€	1501 -2100€	45,73	35,29	566,500	-1,831	0,067
	2101-2700 €	34,60	30,11	226,000	-0,650	0,515
	>2701 €	34,75	29,17	217,500	-0,808	0,419
1501 -2100€	2100€	17,33	19,94	99,500	-0,667	0,505
	>2701 €					
2101-2700€	>2701 €	17,75	18,72	110,500	-0,247	0,805

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$, με κόκκινο οριακή διαφορά

Πίνακας 14Ξ. Οι μέσες τιμές (M) στις 10-βάθμιες κλίμακες αξιολόγησης των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65 των ασθενών του δείγματος ανά τομέα κλινικής νοσηλείας και το αποτέλεσμα της διερεύνησης της διαφοράς μεταξύ των τριών ομάδων μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis.

Μεταβλητή	Τομέας	n	M	SD	min	max	Μέση σειρά	df	X ²	ρ
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	Μαιευτικός	77	7,91	1,607	2	10	97,23	2	8,085	0,018*
	Χειρουργικός	71	8,59	1,326	4	10	126,23			
	Παθολογικός	77	8,23	1,761	2	10	116,57			
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	Μαιευτικός	77	7,53	2,216	0	10	103,34	2	3,025	0,220
	Χειρουργικός	71	7,92	2,222	0	10	116,98			
	Παθολογικός	78	8,09	1,988	0	10	120,36			
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	Μαιευτικός	63	6,84	1,780	1	10	73,16	2	10,374	0,006*
	Χειρουργικός	53	7,26	2,211	0	10	89,95			
	Παθολογικός	59	7,64	2,082	0	10	102,09			
Βαθμολόγηση Χώρων Ανέσεων Βαθμός Ικανοποίησης Νοσηλείας	Μαιευτικός	76	5,51	2,126	1	10	97,82	2	5,497	0,064
	Χειρουργικός	70	6,13	2,407	0	10	116,38			
	Παθολογικός	76	6,30	2,315	0	10	120,68			
	Μαιευτικός	74	7,57	1,938	1	10	97,78	2	4,416	0,110
	Χειρουργικός	70	8,19	1,582	4	10	118,81			
	Παθολογικός	74	7,96	1,755	3	10	112,41			

n: πλήθος απαντήσεων, SD: τυπική απόκλιση, min και max: ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφοράς, X²: μέτρο στατιστικού, ρ: στατιστική σημαντικότητα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$, σε κόκκινο οριακά σημαντική διαφορά

Πίνακας 15O. Πολλαπλοί έλεγχοι (Mann-Whitney) της διαφοράς της 10-βάθμιας κλίμακας αξιολόγησης του ιατρικού, διοικητικού προσωπικού και των νοσοκομειακών υποδομών ανά τομέα κλινικής της έρευνας.

Μεταβλητή	Τομέας (I)	Τομέας (J)	Μέση σειρά I	Μέση σειρά J	Mann-Whitney U	Z	P
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	Μαιευτικός	Χειρουργικός	65,33	84,44	2027,500	-2,783	0,005*
	Χειρουργικός	Παθολογικός	77,79	71,47	2500,000	-,923	0,356
	Παθολογικός	Μαιευτικός	84,10	70,90	2456,000	-1,880	0,060*

Βαθμολόγηση Χώρων-Ανέσεων	Μαιευτικός Χειρουργικός	67,72	79,77	2221,000	-1,734	0,083
	Χειρουργικός Παθολογικός	72,11	74,78	2562,500	-,385	0,700
	Παθολογικός Μαιευτικός	84,40	68,60	2287,500	-2,233	0,026*
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	Μαιευτικός Χειρουργικός	53,58	64,35	1359,500	-1,743	0,081
	Χειρουργικός Παθολογικός	52,60	60,00	1357,000	-1,227	0,220
	Παθολογικός Μαιευτικός	72,09	51,58	1233,500	-3,261	0,001*

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$, σε κόκκινο οριακά σημαντική διαφορά

Πίνακας 16Π. Οι μέσες τιμές (M) στη 10-βάθμια κλίμακα αξιολόγησης των ερωτημάτων 33, 41, 56, 59 και 65 για τα διαφορετικά διαστήματα νοσηλείας των ασθενών του δείγματος και το αποτέλεσμα της διερεύνησης διαφορών μεταξύ των ομάδων με τη βοήθεια του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis.

Μεταβλητή	Ημέρες νοσηλείας	n	M	SD	min	max	Μέση σειρά	X ²	ρ
Βαθμολόγηση Ιατρικού προσωπικού	1-7	141	8,09	1,581	2	10	98,74	10,969	0,052*
	8-14	44	8,64	1,672	2	10	125,03		
	15-21	7	8,57	1,134	7	10	113,79		
	22-28	7	8,00	1,528	6	10	90,43		
	29-35	6	7,67	2,066	4	10	88,92		
	>35	5	9,40	0,894	8	10	153,50		
Βαθμολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	1-7	141	7,71	2,075	0	10	100,51	7,162	0,209
	8-14	44	7,95	2,515	0	10	114,33		
	15-21	7	9,29	0,951	8	10	150,36		
	22-28	7	7,86	1,952	5	10	102,64		
	29-35	6	7,17	2,639	3	10	89,17		
	>35	5	8,40	2,510	4	10	129,30		
Βαθμολόγηση Χώρων Ανέσεων	1-7	139	5,90	2,138	1	10	102,86	4,181	0,524
	8-14	43	6,26	2,508	1	10	113,26		
	15-21	7	6,57	2,440	2	9	124,00		
	22-28	7	5,00	3,367	0	10	85,50		
	29-35	6	4,83	2,858	0	9	79,83		
	>35	5	4,80	3,271	1	8	83,10		
Βαθμολόγηση Διοικητικού προσωπικού	1-7	115	7,31	1,847	0	10	83,74	8,374	0,137
	8-14	34	7,47	1,973	3	10	89,50		
	15-21	5	6,80	3,421	1	10	85,40		
	22-28	4	8,25	0,957	7	9	108,88		
	29-35	4	4,50	2,887	2	7	35,25		
	>35	4	4,50	3,873	0	9	46,00		

	1-7	136	7,79	1,730	1	10	98,28		
Βαθμός	8-14	44	8,18	1,715	2	10	113,70		
Ικανοποίησης	15-21	7	9,14	0,690	8	10	149,14	11,022	0,051*
	22-28	7	7,43	1,718	5	10	82,07		
Νοσηλείας	29-35	6	6,50	2,588	3	10	66,83		
	>35	4	8,25	2,872	4	10	130,50		

n: πλήθος απαντήσεων M: μέση τιμή, SD: τυπική απόκλιση, min και max: ελάχιστη και μέγιστη τιμή αναφοράς, X^2 : μέτρο στατιστικού, ρ: στατιστική σημαντικότητα. * οριακά στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$.

Πίνακας 17P. Το αποτέλεσμα των πολλαπλών ελέγχων για την ύπαρξη διαφοράς στις απαντήσεις της 10-βάθμιας κλίμακας αξιολόγησης της ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό μεταξύ των ομάδων διαστήματος νοσηλείας ανά ζεύγη με το τεστ Mann-Whitney στο σύνολο των ερωτηθέντων.

(I) Διάστημα νοσηλείας	(J) Διάστημα νοσηλείας	Μέση σειρά		Mann-Whitney U	Z	ρ
		I	J			
1-7	8-14	87,49	110,65	2325,500	-2,567	0,010*
	15-21	73,97	85,21	418,500	-0,693	0,488
	22-28	74,78	68,86	454,000	-0,365	0,715
	29-35	74,29	67,17	382,000	-0,411	0,681
	>35	72,21	109,80	171,000	-1,999	0,046*
8-14	15-21	26,48	23,00	133,000	-0,601	0,548
	22-28	27,14	18,86	104,000	-1,425	0,154
	29-35	26,51	18,08	87,500	-1,383	0,167
	>35	24,26	31,50	77,500	-1,127	0,260
15-21	22-28	8,43	6,57	18,000	-0,863	0,388
	29-35	7,71	6,17	16,000	-0,741	0,459
	>35	5,43	8,00	10,000	-1,290	0,197
22-28	29-35	7,00	7,00	21,000	0,000	1,000
	>35	5,14	8,40	8,000	-1,615	0,106
29-35	>35	4,50	7,80	6,000	-1,702	0,089

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, ρ: στατιστική σημαντικότητα, μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για κάθε ομάδα. * στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$.

Πίνακας 18Σ. Η διαφοροποίηση των επιμέρους στοιχείων της αξιολόγησης των υπηρεσιών και συμπεριφοράς του προσωπικού των ιατρών και νοσηλευτών στο σύνολο των ερωτηθέντων, όπως αυτή εκφράζεται με το μη-παραμετρικό τεστ Mann-Whitney.

Μεταβλητή		Μέση σειρά	Z	Mann-Whitney U	ρ
Σεβασμός/ευγένεια (25/34)	Ιατρικό προσωπικό	235,88	-1,734	23202,500	0,083
	Νοσηλευτικό προσωπικό	216,17			
Πληροφόρηση/ενημέρωση (26/35)	Ιατρικό προσωπικό	244,14	-3,278	20913,500	0,001**
	Νοσηλευτικό προσωπικό	205,95			
Προσωπικό ενδιαφέρον/επικοινωνία (27/36)	Ιατρικό προσωπικό	214,23	-0,139	22840,000	0,889
	Νοσηλευτικό προσωπικό	215,77			
Ανταπόκριση-διαθεσιμότητα (28/37)	Ιατρικό προσωπικό	221,01	0,481	24302,000	0,481
	Νοσηλευτικό προσωπικό	229,01			
Ικανότητα/επιδεξιότητα (29/38)	Ιατρικό προσωπικό	238,50	0,018	22387,500	0,018*
	Νοσηλευτικό προσωπικό	212,50			
Επάρκεια ατομικού χρόνου ασθενούς (30/39)	Ιατρικό προσωπικό	221,89	-0,685	22804,000	0,494
	Νοσηλευτικό προσωπικό	214,09			
Παροχή αισθήματος ασφάλειας (32/40)	Ιατρικό προσωπικό	237,43	0,027	22415,000	0,027*
	Νοσηλευτικό προσωπικό	212,62			

Z: διαφορά διαμέσων των δύο δειγμάτων, U: μέτρο του στατιστικού ελέγχου, ρ: στατιστική σημαντικότητα μέση σειρά: θέση στην ταξινόμηση για τις δύο ομάδες.* στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,05$ (2-tailed), **στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο $\alpha = 0,01$ (2-tailed)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση και η αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», από τις παρεχόμενες σ' αυτούς υπηρεσίες υγείας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αποτελείται από τρία μέρη. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που παρατίθενται, καθώς αυτό θα βοηθήσει στην διατύπωση εγκυρότερων αποτελεσμάτων.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια. Ενδιαφερόμαστε μόνο για την καλύτερη κρίση σας, οι δε πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας.

Αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου 10-15min.

Ευχαριστούμε πολύ για το ενδιαφέρον σας και για τη συνεργασία σας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΠΜΣ

Νικολάου Ελισάβετ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

“Ιπποκράτειο” Γ. Ν. Θ. - Χειρουργείο Α' Κτήριο, 5^{ος} Όροφος

Τηλέφωνο: 697 6892258

E-mail: nelissav@nured.auth.gr

Προσωπικές Πληροφορίες

Νοσοκομείο:.....

Κλινική :

-
- | | | | |
|-----|----------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| 1. | Φύλο: | <input type="checkbox"/> | Άνδρας |
| | | <input type="checkbox"/> | Γυναίκα |
| 2. | Ηλικία: | | ετών |
| 3. | Οικογενειακή κατάσταση: | <input type="checkbox"/> | Άγαμος/η |
| | | <input type="checkbox"/> | Έγγαμος/η |
| | | <input type="checkbox"/> | Χήρος/α |
| | | <input type="checkbox"/> | Διαζευγμένος/η |
| 4. | Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας: | | |
| 5. | Υπηκοότητα: | <input type="checkbox"/> | Ελληνική |
| | | <input type="checkbox"/> | Άλλη (αναφέρατε):..... |
| 6. | Εκπαίδευση: | <input type="checkbox"/> | Απόφοιτος δημοτικού |
| | | <input type="checkbox"/> | Απόφοιτος γυμνασίου |
| | | <input type="checkbox"/> | Απόφοιτος λυκείου (ή εξατάξιου γυμνασίου) |
| | | <input type="checkbox"/> | Απόφοιτος τεχνικής/πανεπιστημιακής σχολής |
| 7. | Επάγγελμα: | | |
| 8. | Ασφαλιστική κάλυψη: | <input type="checkbox"/> | Δημόσιο |
| | | <input type="checkbox"/> | ΙΚΑ |
| | | <input type="checkbox"/> | ΟΓΑ |
| | | <input type="checkbox"/> | ΤΕΒΕ |
| | | <input type="checkbox"/> | ΤΣΜΕΔΕ |
| | | <input type="checkbox"/> | Ιδιωτική ασφάλιση |
| | | <input type="checkbox"/> | Καμία ασφάλιση |
| | | <input type="checkbox"/> | Άλλη (παρακαλώ αναφέρατε): |
| 9. | Μηνιαίο εισόδημα (οικογενειακό για τους έγγαμους): | <input type="checkbox"/> | Μέχρι 600 ευρώ |
| | | <input type="checkbox"/> | 601 με 900 ευρώ |
| | | <input type="checkbox"/> | 901 με 1500 ευρώ |
| | | <input type="checkbox"/> | 1501 με 2100 ευρώ |
| | | <input type="checkbox"/> | 2101 με 2700 ευρώ |
| | | <input type="checkbox"/> | πάνω από 2701 ευρώ |
| 10. | Τόπος διαμονής: | | |
| 11. | Παρακαλώ αναφέρατε | <input type="checkbox"/> | Διάγνωση |

- ποιος ήταν ο λόγος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο:
- Χειρουργική επέμβαση
 - Θεραπεία
 - Επίσκεψη σε γιατρό
 - Άλλος (παρακαλώ αναφέρατε):
12. Έχετε ξανανοσηλευτεί στο παρελθόν;
- Ποτέ → συνεχίστε στην ερώτηση 14
 - Μία φορά
 - Δύο φορές
 - Τρεις ή περισσότερες φορές
13. Αν η απάντησή σας στην προηγούμενη ερώτηση είναι θετική, σε τι είδους νοσοκομείο έχετε (ξανα)νοσηλευτεί;
- Στο ίδιο νοσοκομείο
 - Σε άλλο κρατικό/ δημόσιο νοσοκομείο
 - Σε ιδιωτικό νοσοκομείο
 - Και σε κρατικό και σε ιδιωτικό νοσοκομείο

Η διαδικασία εισαγωγής σας στο Νοσοκομείο

14. Η εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν :

- Επείγουσα → αν αυτή είναι η απάντησή σας, συνεχίστε στην ερώτηση 21
- Προγραμματισμένη

15. Αν η εισαγωγή σας ήταν προγραμματισμένη, για ποιους λόγους επιλέξατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Μου το σύστησε ο γιατρός που με παρακολουθεί ή άλλοι γιατροί
- Το νοσοκομείο έχει καλή φήμη στη θεραπεία παρόμοιων περιπτώσεων με τη δική μου
- Γνωρίζω πολλούς που έχουν νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο που έμειναν ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους
- Τα έξοδα νοσηλείας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν μέσα στις δυνατότητές μου
- Χρειάστηκε να μεταφερθώ σε αυτό το νοσοκομείο από άλλο νοσοκομείο λόγω έλλειψης των απαραίτητων μηχανημάτων για τις εξετάσεις και τη θεραπεία μου
- Άλλο (παρακαλώ αναφέρατε):

16. Πόσο χρονικό διάστημα χρειάστηκε να περιμένετε μέχρι να κλείσετε το ραντεβού εξέτασής σας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ;

.....ημέρες μήνες

17. Ποιοι λόγοι πιστεύετε πως συνέβαλαν ώστε να οριστεί ημερομηνία για το ραντεβού εξέτασης;

- Ακολούθησε τις διαδικασίες που τηρούνται για όλους
- Η προσωπική μου γνωριμία με το γιατρό
- Οι παρεμβάσεις συγγενών και φίλων που γνώριζαν προσωπικά μέλη του προσωπικού
- Η επιμονή μου και η καθημερινή μου επαφή με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου
- Άλλοι λόγοι (αναφέρατε) :
-

18. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το χρόνο που χρειάστηκε να περιμένετε μέχρι να κλείσετε ραντεβού εξέτασης;

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η
- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

19. Πόσο περιμένατε, μετά την εξέτασή σας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, για την εισαγωγή σας στην κλινική;

.....ώρες ημέρες μήνες

20. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία; → συνεχίστε στην ερώτηση 23

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η
- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

21. Σε περίπτωση που εισαχθήκατε από τα Ιατρεία Εφημερίας (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), πόσο χρειάστηκε να περιμένετε από τη στιγμή που φθάσατε μέχρι να εξεταστείτε;

.....λεπτά ώρα ώρες

22. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στα Ιατρεία Εφημερίας;

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η

- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

23. Ποια ήταν η διάγνωσή σας;

.....

24. Πόσες μέρες μείνατε στο νοσοκομείο;

.....

Η φροντίδα που σας πρόσφερε το ιατρικό προσωπικό

25. Το ιατρικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

26. Το ιατρικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

27. Το ιατρικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους μιλήσεις για όσα αισθάνεσαι

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

28. Το ιατρικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

29. Το ιατρικό προσωπικό ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

30. Ο χρόνος που μου αφιέρωσε το ιατρικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

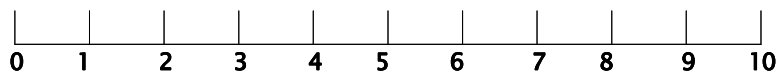
31. Το ιατρικό προσωπικό μιλούσε απλά και κατανοητά

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

32. Το ιατρικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

33. Πώς βαθμολογείτε το ιατρικό προσωπικό, με άριστα το 10



Η φροντίδα που σας πρόσφερε το νοσηλευτικό προσωπικό

34. Το νοσηλευτικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

35. Το νοσηλευτικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

36. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να του ζητήσεις κάτι

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

37. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

38. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό, ήξερε τι έκανε

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

39. Ο χρόνος που μου αφιέρωνε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

40. Το νοσηλευτικό προσωπικό με έκανε να νοιώθω ασφαλής

διαφωνώ απόλυτα	διαφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

41. Πώς βαθμολογείτε το νοσηλευτικό προσωπικό, με άριστα το 10



Αποκλειστική Νοσοκόμα

42. Είχατε αποκλειστική νοσοκόμα

- Ναι
- Όχι → συνεχίστε στην ερώτηση 44

43. Αν η απάντησή σας στην προηγούμενη ερώτηση είναι θετική, για ποιους λόγους είχατε αποκλειστική νοσοκόμα;

- Δεν ήμουν ικανοποιημένος/η από τη φροντίδα που μου παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό
- Η κατάσταση μου ήταν τέτοια που απαιτούσε να βρίσκεται κάποιος δίπλα συνέχεια και το προσωπικό του νοσοκομείου δεν επαρκούσε
- Ήταν απόφαση των συγγενών μου, ώστε να υπάρχει κάποιος δίπλα μου κάθε στιγμή
- Προτιμώ να πληρώσω κάποιον και να ξέρω πως θα ανταποκριθεί στις ανάγκες μου, παρά να περιμένω πότε θα βρει χρόνο το νοσηλευτικό προσωπικό να ασχοληθεί μαζί μου
- Επέλεξα να έχω αποκλειστική νοσοκόμα γιατί είναι πιο εύκολο να έχεις μια πιο προσωπική σχέση και να ζητήσεις κάποια πράγματα
- Άλλο :

Διαχείριση Πόνου

44. Είχατε εμπειρία από πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

- καθόλου
- λίγο
- σε μέτριο βαθμό
- πολύ
- πάρα πολύ

45. Πόσο ικανοποιημένος/η είσθε από την αντιμετώπιση του πόνου σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η
- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

Υποδομή του Νοσοκομείου

		<i>διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>διαφωνώ</i>	<i>ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	<i>συμφωνώ</i>	<i>συμφωνώ απόλυτα</i>
46.	Το δωμάτιο ήταν άνετο	1	2	3	4	5
47.	Το δωμάτιο είχε την ιδανική θερμοκρασία	1	2	3	4	5
48.	Το δωμάτιο ήταν καθαρό	1	2	3	4	5
49.	Οι χώροι υγιεινής (λουτρό, τουαλέτα, κλπ.) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
50.	Οι ώρες κοινής ησυχίας τηρούνταν αυστηρά	1	2	3	4	5
51.	Η ποιότητα του φαγητού ήταν πολύ καλή	1	2	3	4	5
52.	Το προσωπικό που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό	1	2	3	4	5
53.	Το προσωπικό καθαριότητας ήταν ευγενικό	1	2	3	4	5
54.	Υπήρχε δυνατότητα για επικοινωνία και αναψυχή (σαλόνι, τηλεόραση, τηλέφωνο, πρόσβαση στον αύλειο χώρο κλπ.	1	2	3	4	5
55.	Οι ώρες επισκεπτηρίου ήταν πολλές	1	2	3	4	5

56. Πώς βαθμολογείτε τους χώρους και τις ανέσεις (ξενοδοχειακή υποδομή), με άριστα το 10



Αναχώρηση από το Νοσοκομείο

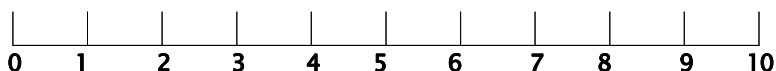
57. Πως θα χαρακτηρίζατε το διάστημα παραμονής σας στο Νοσοκομείο ;

- πολύ μικρότερο από όσο χρειαζόταν
- μικρότερο από όσο χρειαζόταν
- περίπου όσο χρειαζόταν
- μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν
- πολύ μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν

58. Πως θα αξιολογούσατε την κατάσταση της υγείας σας μετά την παραμονή σας στο Νοσοκομείο ;

- πολύ χειρότερη από πριν
- χειρότερη από πριν
- το ίδιο με πριν
- καλύτερη από πριν
- πολύ καλύτερη από πριν
- δεν ξέρω

59. Σε περίπτωση που ήλθατε σε επαφή με τις διοικητικές υπηρεσίες (γραφείο εισαγωγής, νοσηλίων, Γραμματείας, Κίνησης κλπ.), πως θα βαθμολογούσατε το διοικητικό προσωπικό με άριστα το 10 ;



Το κόστος νοσηλείας

60. Ο ασφαλιστικός φορέας κάλυψε όλα τα έξοδα της νοσηλείας σας ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

61. Χρειάστηκε να κάνω έξοδα για τη μεταφορά μου στο νοσοκομείο ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

62. Χρειάστηκε να κάνω έξοδα για εξασφάλιση διαμονής μελών της οικογένειάς μου που με συνόδευαν.

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

63. Ξοδέψατε κάποια χρήματα επιπλέον ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ → συνεχίστε στην ερώτηση 65

64. Αν ΝΑΙ για ποιους λόγους ;

- ως αναγνώριση της φροντίδας που μου προσφέρθηκε
- γιατί έτσι συνηθίζεται
- γιατί αν πληρώσεις σε αντιμετωπίζουν καλύτερα
- άλλος λόγος

.....

Συνολική αξιολόγηση του Νοσοκομείου

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου που νοσηλεύτηκατε :

65. Λαμβάνοντας υπόψη συνολικά την εμπειρίας της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη φροντίδα που σας προσφέρθηκε ; Βαθμολογείστε με άριστα το 10 :



66. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του νοσοκομείου ;

.....

.....

.....

.....

67. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα του νοσοκομείου ;

.....

.....

.....

.....

68. Θα επιλέγατε ξανά το ίδιο νοσοκομείο για τη νοσηλεία σας ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

69. Θα προτείνατε σε κάποιον δικό σας, φίλο ή συγγενή το συγκεκριμένο νοσοκομείο ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Παρατηρήσεις - Προτάσεις

(Μπορείτε να γράψετε εδώ παρατηρήσεις, σχόλια και προτάσεις για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας)

.....

.....

.....

.....

.....

.....