



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**Πανεπιστημιακή Κλινική Καρδιάς-Θώρακος –
Αγγείων**



Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Τσιλιμίκας

Διδακτορική Διατριβή

"Διερεύνηση του άγχους και της ψυχολογικής επιβάρυνσης σε ασθενείς
Χειρουργικών Ειδικοτήτων, η συσχέτιση με την τελική έκβαση και
διερεύνηση της ικανοποίησης τους ως κριτήριο ποιότητας των
νοσηλευτικών υπηρεσιών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας"

υπό

ΧΑΡΙΣΗ Ι. ΕΥΑΓΓΕΛΗΣ

Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ,

ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Π.Γ.Ν.Α

2015

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διδακτορικού Διπλώματος
Λάρισα, 2015

© 2015 Χαρίση Ευαγγελή

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202 παρ. 2).

**Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής
(9^η/25-06-2015 ΓΣΕΣ):**

1^{ος} Εξεταστής **N. ΤΣΙΛΙΜΙΓΚΑΣ**
(Επιβλέπων) Καθηγητής Χειρουργικής κλινικής Θώρακος
Καρδιάς και Αγγείων
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

2^{ος} Εξεταστής **Γ. ΤΑΓΑΡΑΚΗΣ**
Λέκτορας - ΚαρδιοΘωρακοχειρουργικής
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3^{ος} Εξεταστής **Δ. ΖΑΧΑΡΟΥΛΗΣ**
Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

4^{ος} Εξεταστής **Ι. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ**
Καθηγητής Παθολογίας- Νεφρολογίας
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

5^{ος} Εξεταστής **Μ. ΜΕΛΕΚΟΣ**
Καθηγητής Ουρολογίας,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

6^{ος} Εξεταστής **Κ. ΜΠΙΟΝΩΤΗΣ**
Λέκτορας Ψυχιατρικής
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

7^{ος} Εξεταστής **Κ. ΔΙΚΑΙΟΣ**
Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας,
Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην εκπόνηση της διδακτορικής μου διατριβής συνέβαλαν αρκετοί άνθρωποι, που οφείλω έναν – έναν, όχι μόνο να τους ευχαριστήσω αλλά και για να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη που με την πολύτιμη βοήθειά τους, συντέλεσαν στην ποιοτικότερη παρουσίαση του θέματος.

Αρχικά θα ευχαριστήσω από καρδιάς όλους τους συμμετέχοντες καθώς και τους συνοδούς αυτών, που αφιέρωσαν το πολύτιμο χρόνο τους για να συμμετέχουν στην έρευνα. Χωρίς την δική τους συμμετοχή η παρούσα διατριβή δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί.

Τον επιβλέποντα καθηγητή της Χειρουργικής Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακος του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. *Νικόλαο Τσιλιμίγκα*, έναν άνθρωπο με σπάνιο ήθος και αδαμάντινο χαρακτήρα, έναν άξιο ακαδημαϊκό που με την απaráμιλλη ευγένεια του, υπήρξε το πρότυπο που συνέβαλε αποφασιστικά στην ολοκλήρωση της έρευνας, αναδεικνύοντας την αξία της ομαδικής και ουσιαστικής συνεργασίας. Υπήρξε ο καθοριστικός φάρος στην πραγματοποίηση και ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Στον Λέκτορα καθηγητή της Καρδιοθωρακοχειρουργικής του Τμήματος Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης κ. *Γεώργιο Ταγαράκη*, τον άξιο επιστήμονα που με τις καίριες υποδείξεις του και την αμέριστη συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια της διατριβής υπήρξε ο σύμβουλος με τη κριτική σκέψη, στη δύσκολη προσπάθεια του συνδυασμού εργασίας, έρευνας και συγγραφής. Η πολύτιμη βοήθεια του τόσο στην επεξεργασία του κειμένου, της δημοσίευσης όσο και στην ανάλυση οδήγησαν σε ένα ποιοτικό αποτέλεσμα .

Στον Αναπληρωτή καθηγητή της Γενικής Χειρουργικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. *Δημήτριο Ζαχαρούλη*, έναν άξιο ερευνητή που από νωρίς όντως ακόμη το 2004 εργαζόμενη στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική, με μύησε στην έρευνα και υπήρξε καθοδηγητής στις ερευνητικές μου αναζητήσεις.

Τον Δρ. Γιώργο Κρομμύδα για τη συνεχή συνεργασία του στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της διατριβής.

Τον Καθηγητή και Διευθυντή του Εργαστηρίου Προγραμματισμού Υγείας κ. Τάσο Φιλαλήθη για την άδεια που έδωσε να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο της ικανοποίησης ασθενών.

Τον Καθηγητή και μέλος Ε.Π. στο ΤΕΙ Κρήτης κ. Γιώργο Κριτσωτάκη για την άδεια που έδωσε να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο της ικανοποίησης ασθενών καθώς και το υλικό μου μας πρόσφερε.

Την εξαιρετική κα Καρανίκα Μαρία, υπεύθυνη των διδακτορικών διατριβών του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την αμέριστη συμπαράσταση της και τις συμβουλές της. Μια άξια επαγγελματίας με ανθρωπιά και γνώση.

Χαρίση Ευαγγελή

*Αφιερώνω την διδακτορική μου διατριβή στις αγαπημένες μου, μητέρα
μου Κωνσταντία
και την αδελφή μου Τζούλια,
πιστούς συνοδοιπόρους στο ταξίδι της ζωής μου.*

...εις μνήμη του πατέρα μου Ιωάννη, που έφυγε γρήγορα από κοντά μας...

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Επίθετο	Χαρίση
Όνομα	Ευαγγελή
Όνομα Πατρός:	Ιωάννης
Διεύθυνση	Μπασδέκη 5
Ταχ. Κώδικας	41223
Πόλη	Λάρισα
Χώρα	Ελλάδα
Τηλέφωνο	6972706063
Email:	charisieva@gmail.com

Εκπαίδευση

- 1985-1989 Πτυχίο Νοσηλευτικής Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας Τεχνολογικό Τμήμα Νοσηλευτικής, Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Α.Τ.Ε.Ι.Λ. Λάρισας.
- 1997-1998 Τίτλος Ειδικότητας Χειρουργικής Νοσηλευτικής, με Βαθμό «Άριστα», Νοσηλευτικό Ίδρυμα Γ.Ν.Π. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκης.
- 2006–2008 Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», με Βαθμό «Άριστα», Σχολής Επιστημών Υγείας, Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.
- 2008-2009 Πτυχίο Παιδαγωγικής Κατάρτισης (ΕΠΠΑΙΚ) με Βαθμό «Άριστα», Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, ΑΣΠΑΙΤΕ, Γενικό Τμήμα Παιδαγωγικών Μαθημάτων, Βόλος.
- 2011-2015 Εν πτυχίο από το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών.
- 2012-2015 Υποψήφια Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Σχολής Επιστημών Υγείας, Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.

Επαγγελματική Εμπειρία

- 1990-1991 Γενικό Ν.Ν..Λάρισας Χειρουργική κλινική.
- 1992-1993 Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καρδίτσας, Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών.
- 1993-1994 Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας Τ.Ε.Π, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
- 1997-1998 Νοσηλευτική Χειρουργική Ειδικότητα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- 2000-2008 Υπεύθυνη Τ.Ε. Νοσηλεύτρια στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική.
- 2008-2009 Υπεύθυνη Τ.Ε. Νοσηλεύτρια και έναρξη του Τμήματος Εκπαίδευσης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, αρ.14^ο ΕΗΔ απόσπασμα πρακτικού της αριθμ. 4/19-02-2008 συνεδρίασης του Δ.Σ. του Π.Γ.Ν.Λ.
- 2009-2012 Προϊστάμενη στη Μονάδα Βραχεία Νοσηλείας Π.Γ.Ν.Λ.
- 2012-2015 Προϊστάμενη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με την απόφαση Α474η του Διοικητή Διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων.
- 2015 Προϊστάμενη στη Θωρακοχειρουργική Κλινική και ΑΚ.Α.

Ανακοινώσεις παρούσας μελέτης:

1. 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Χειρουργών Θώρακας-Αγγείων-Καρδιάς. «Υποκειμενικό αίσθημα άγχους και πόνου σε Θωρακοχειρουργικούς ασθενείς στο τμήμα Βραχείας Νοσηλείας- έλεγχος ποιότητας υπηρεσιών». Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2012.
2. 1^η Επιστημονική Δημερίδα με τίτλο: «Καινοτομία στις Υπηρεσίες Υγείας – Κοινωνική Ευθύνη των Φορέων Υγείας» 1^η Συνεδρία: Εφαρμογή Καινοτόμων Δράσεων στα Νοσοκομεία της 5^{ης} ΥΠΕ. Θέμα : «Πρότυπη Δράση διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών χειρουργικών ειδικοτήτων σε Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (Μ.Β.Ν.) η συσχέτισή της με το άγχος και τον πόνο: Κριτήριο ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας του Π.Γ.Ν.Α». Λάρισα –Ιούνιος 2014, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.

Δημοσίευση παρούσας μελέτης:

Evangelī Charisi, Georgios Tagarakis, Dimitrios Zacharoulis, Nikolaos Tsilimingas. «Exploring the satisfaction of surgical patients in the Surgical ER short-stay unit. Correlation of the initial anxiety and pain with the final satisfaction: a quality criterion of nursing» (1083-1089). *JOURNAL OF SOCIAL SCIENCES RESEARC*, Vol 6, No 3, February 2015.

**<ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ, Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΩΣ
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ
ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ>.**

ΧΑΡΙΣΗ ΕΥΑΓΓΕΛΗ
Τ. Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Π.Γ.Ν.Α
2015

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ν. ΤΣΙΛΙΜΙΓΚΑΣ
(Επιβλέπων)
Καθηγητής Χειρουργικής Κλινικής Θώρακος Καρδιάς και Αγγείων
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Γ. ΤΑΓΑΡΑΚΗΣ
Λέκτορας Καθηγητής ΚαρδιοΘωρακοχειρουργικής
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Δ. ΖΑΧΑΡΟΥΛΗΣ
Αναπληρωτής Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Πίνακας περιεχομένων

Συνοπμογραφίες.....	12
Περίληψη	123
Abstract.....	14
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	15
1. Η ΥΓΕΙΑ	16
1.1 Σύγχρονες προσεγγίσεις για την υγεία	17
1.2 Ο ορισμός του Π.Ο.Υ.	18
1.3 Δείκτες υγείας	19
1.4 Ποιότητα ζωής.....	21
1.4.1 Η έννοια της Ποιότητας Ζωής.....	23
1.4.2 Παράγοντες που καθορίζουν τη Ποιότητα Ζωής	24
1.4.3 Δείκτες μέτρησης ποιότητας	25
1.4.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ).....	26
1.4.4.1 Η χρησιμότητα της Μέτρησης	27
1.4.5 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	28
2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	33
2.1 Πελάτες.....	36
2.1.1 Ρόλος , τρόποι σκέψης και απαιτήσεις πελατών	37
2.2 Ικανοποίηση ασθενών.....	38
2.2.1 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών.....	39
2.2.2 Ικανοποίηση πελατών και ολική ποιότητα	41
3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	40
3.1 Ποιότητα υπηρεσιών	42
3.2 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	43
3.3 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	45
3.4 Αξιολόγηση Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	47
3.4.1 Πλεονεκτήματα ενός συστήματος μέτρησης της ποιότητας.....	48
3.4.2 Μειονεκτήματα στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών.....	48
3.5 Μοντέλα μέτρησης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών	49
3.6 Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας	58
4.ΑΓΧΟΣ	59
5.ΠΟΝΟΣ	61
6. ΤΕΠ	62
6.1 Ορισμός ΤΕΠ.....	62
6.2 Λειτουργία ΤΕΠ.....	63
6.3 Επείγον.....	64
6.4 Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (MBN).....	65
6.4.1 Πλεονεκτήματα από τη λειτουργία της MBN.....	66
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	67
Σκοπός	67
Υλικό και μέθοδοι	67
Στατιστική ανάλυση	71
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	71
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

Συντομογραφίες

Π.Γ.Ν.Λ. : Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Μ.Β.Ν. : Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

VAS : Visual Analog Scale

SSU : Short Stay Unit

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

W.H.O. : World Health Organization

Α.Ε.Π : Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

Σ.Υ.Π.Ζ. : Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

EQ-5D : Ερωτηματολόγιο Γενικής Εκτίμησης Υγείας

QUALYs : Quality Adjusted Life Years - Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης

Δ.Ο.Π. : Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Ο.Ο.Σ.Α : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Τ.Ε.Π : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

CASC: Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο βασικότερος δείκτης αποτίμησης του επιπέδου παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η συνολική αντίληψη των ασθενών για την φροντίδα που λαμβάνουν από το σύστημα υγείας το οποίο επισκέπτονται.

Σκοπός: Ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των χειρουργικών ασθενών που νοσηλεύονται στη MBN και η συσχέτισή της με τα επίπεδα άγχους και πόνου. Στόχος ήταν οι παραπάνω παράμετροι να μελετηθούν ως κριτήρια της ποιότητας των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών στη MBN.

Υλικό και μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 302 διαδοχικοί ασθενείς συνολικά που νοσηλεύτηκαν στην MBN κατά τη διάρκεια ενός εξαμήνου. Το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το SERVQUAL. Η εκτίμηση της επίπτωσης ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών όπως αναφέρθηκε παραπάνω έγινε με τη χρήση της «Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Η αξιολόγηση του πόνου έγινε με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS).

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 198 άνδρες ηλικίας $49,3 \pm 25,39$ ετών και 104 γυναίκες ηλικίας $56,78 \pm 20,58$ ετών. Η μέση ικανοποίηση των ασθενών ήταν ίση ή υψηλότερη του 6 στην επτάβαθμη κλίμακα Likert σε όλες τις εξεταζόμενες διαστάσεις. Η μέση τιμή του άγχους ($7,67 \pm 2,90$) ήταν υψηλότερη του ορίου 7 για τη φυσιολογική τιμή, ενώ στην περίπτωση της κατάθλιψης ήταν εντός φυσιολογικών ορίων ($5,00 \pm 2,98$). Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών των ασθενών [$F(5,296)=4,130, p=0,001$]. Υψηλότερα επίπεδα άγχους και πόνου συσχετίστηκαν θετικά με τη συνολική ικανοποίηση ($p<0,01$).

Συμπέρασμα: Το επίπεδο ικανοποίησης στη MBN είναι μεν υψηλό, χρειάζεται όμως εξατομικευμένη φροντίδα και βελτίωση αντικειμενικών παραμέτρων νοσηλείας που συσχετίζονται με οργανωτικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Λέξεις κλειδιά: ικανοποίηση, ασθενείς, πόνος, μονάδα βραχείας νοσηλείας, τραύμα

Abstract

Introduction: The main indicator for the evaluation of nursing services is the overall perception of the patients receiving care from the health care unit they visit.

Purpose: To investigate the satisfaction of surgical patients hospitalized in a SSU-ER-short stay unit (day care) and its correlation with anxiety and pain levels. In addition, to study the parameters mentioned above, as criteria of the quality of nursing services provided in SSU.

Materials and methods: The study included a total of 302 consecutive patients hospitalized in the SSU during a period of six months. The satisfaction questionnaire used were the SERVQUAL.I . The estimated incidence of development of mental disorders, as mentioned above, was performed using the “Hospital Anxiety and Depression Scale” (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). The pain assessment was done by the visual analog scale (VAS).

Results: The study included 198 men aged $49,3 \pm 25,39$ years and 104 women aged $56,78 \pm 20,58$ years. The average patient satisfaction was equal to or higher than 6 in the 7-point Likert scale (all dimensions contemplated). The average stress ($7,67 \pm 2,90$) was higher than the threshold 7 for normal price, while in the case of depression the average findings were within normal limits ($5,00 \pm 2,98$). Statistically significant differences were observed in the level of overall satisfaction among the various categories of patients [$F(5,296) = 4,130, p = 0,001$]. Higher levels of anxiety and pain were positively associated with overall satisfaction ($p < 0,01$).

Conclusion: The level of satisfaction in SSU is high. What is needed is individualized care and improvement of objective parameters associated with organizational and economic factors.

Keywords: satisfaction, patients, pain, trauma, day care

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο βασικότερος δείκτης αποτίμησης του επιπέδου παροχής υπηρεσιών είναι η συνολική αντίληψη των ασθενών για την φροντίδα που λαμβάνουν από τη μονάδα υγείας την οποία επισκέπτονται. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και από τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Η ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη σε αυτόν φροντίδα είναι πολύ σημαντική τόσο για την μονάδα υγείας που τον φιλοξενεί, όσο για τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν την φροντίδα, αλλά και για τον ίδιο τον ασθενή ο οποίος αξιολογεί υποκειμενικά την υγεία του, σύμφωνα με τα πρότυπα και τις προσδοκίες του τόσο για τη διατήρηση όσο και την προάσπιση της.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη χώρα μας, οι αντίστοιχες προσπάθειες είναι λίγες και αποσπασματικές. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών από τα ελληνικά νοσοκομεία, μέσα σε ένα αντίξοο δημοσιονομικό περιβάλλον και με χρονίζοντα προβλήματα στις υλικοτεχνικές τους υποδομές. Παρόλα αυτά, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς, οι μελέτες που αφορούν στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (MBN) είναι πρακτικά ανύπαρκτες, παρόλο που οι MBN εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό ασθενών και η εύρυθμη λειτουργία τους μπορεί να αποσυμφορήσει σημαντικά τα νοσοκομεία. Άλλωστε, οι MBN, όπως και τα τμήματα επειγόντων, αποτελούν σημεία πρώτης επαφής του ασθενή με τις ιατρικές νοσηλευτικές υπηρεσίες και η ικανοποίηση του από αυτές συναρτάται με τη γενικότερη ικανοποίηση του από τη νοσηλευτική μονάδα, αλλά και με την επιτυχή έκβαση της θεραπείας του.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των χειρουργικών ασθενών που νοσηλεύονται στη MBN και η συσχέτισή της με τα επίπεδα άγχους και πόνου. Στόχος ήταν οι παραπάνω παράμετροι να μελετηθούν ως κριτήρια της ποιότητας των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών στη MBN.

1. Η ΥΓΕΙΑ

Ιπποκράτης: «Υγεία εστί προνοεῖν και προλαμβάνειν” το δε προλαμβάνειν προτιμότερον του θεραπεύειν».

Η υγεία, αποτελεί ανθρώπινο θεμελιώδες δικαίωμα πέρα από φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτικές ή οικονομικές διακρίσεις.¹

Η έννοια της υγείας καθοριζόταν ενίοτε από τις κοινωνικές συνθήκες και την πολιτική αντίληψη της εκάστοτε ιστορικής περιόδου. Είναι δυνατό να προσεγγιστεί από διαφορετικές οπτικές γωνίες: κοινωνική, ιατρική, βιοματική και ψυχολογική, ενώ μεταβάλλεται διαχρονικά ανάλογα με τις επικρατούσες αντιλήψεις της εποχής.

Πρώτοι οι αρχαίοι Έλληνες διατύπωσαν την άποψη ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι ο αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που αμφισβήτησε τον μυστικισμό και τη μαγεία. Στο «Περί αέρων, υδάτων, τόπων» καθορίζει την υγεία ως την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος, (άνεμοι, νερό, έδαφος, τροφή) και την ατομική συμπεριφορά (διατροφή, ποτό, σεξουαλική δραστηριότητα, εργασία, ψυχαγωγία). Από την «εξωτερική» ισορροπία του ανθρώπου με το περιβάλλον εξαρτάται και η «εσωτερική» ισορροπία των 4 «χυμών» του ανθρώπινου σώματος. Η εσωτερική ισορροπία αντιστοιχεί στη θεωρία των τεσσάρων «χυμών», το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη χολή και η μαύρη χολή, κάθε χυμός αντιστοιχεί σε ένα ανθρώπινο όργανο, καρδιά, εγκέφαλος, ήπαρ και σπλήνα. Η αναλογία τους στο ανθρώπινο σώμα προσδιορίζει και τον χαρακτήρα του ατόμου.²

Ο Γαληνός υποστήριξε ότι, η υγεία εξαρτάται από τη σωστή αναλογία τροφής, ποτού, άσκησης, ύπνου, ερωτικής πράξης, κ.α.. Διατύπωσε το θεωρητικό σύστημα φυσιολογίας, Η πιο γνωστή θεωρία για την φυσιολογία αφορά στην κυκλοφορία του αίματος κυρίαρχη ως το 17^ο αιώνα.^{3,4}

Ο Πλάτων στο έργο του «Πολιτεία» προσδιορίζει την υγεία ως την ισόρροπη αλληλεξάρτηση των στοιχείων «κρατείν τε και κρατείσθαι υπ’ αλλήλων».

Ο Γαλιλαίος (1564- 1642) όπως αναφέρει ο (Ackerknecht, 1998) απέδειξε ότι οι επιστημονικές μέθοδοι παρέχουν μια μηχανιστική αντίληψη του φυσικού κόσμου και αντιλαμβάνεται το ανθρώπινο σώμα σαν μηχανή που διέπεται από νόμους της φυσικής. Λίγο αργότερα ο Καρτέσιος (1596-1650) απέδειξε πως οι ίδιες αρχές

διέπουν όλους τους ζωντανούς οργανισμούς. Τον 17ο αιώνα ο W. Harvey με την ανακάλυψη της κυκλοφορίας του αίματος επιβεβαίωσε την άνω θεωρία. Ο Μερκαντιλισμός και ο Διαφωτισμός του 17ου αιώνα ενίσχυσαν ακόμα περισσότερο την μηχανιστική θεωρία περί του ανθρωπίνου σώματος. Η Αναγέννηση θεωρήθηκε η εποχή της καλλιτεχνικής δημιουργίας και η έναρξη της σύγχρονης ιατρικής.³

1.1 Σύγχρονες προσεγγίσεις για την υγεία

Νεότεροι φιλόσοφοι και διανοητές επιχείρησαν να διευρύνουν και να επαναπροσδιορίσουν την έννοια της υγείας. Το 1930 ο Williams αποδέσμευσε την αρρώστια από την υγεία, και συνέδεσε την υγεία με την απόλαυση της χαράς της ζωής, την έμπνευση, τη και τη δημιουργική εργασία. Ο Rollo May ορίζει την υγεία ως την απελευθέρωση του ανθρωπίνου οργανισμού ώστε να πραγματώσει τις δυνατότητες του και αρρώστια τον τρόπο να περιορίζει κανείς τον κόσμο του, ώστε, έχοντας μειωμένες ευθύνες και φροντίδες να μπορεί ευκολότερα να τον αντιμετωπίσει. Ενώ σύμφωνα με τις προσεγγίσεις του Άγγλου ιστορικού της ιατρικής Henry Sigerist (1891-1957), το υγιές άτομο είναι ισορροπημένο σωματικά και ψυχικά, καλά προσαρμοσμένο στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, ελέγχει πλήρως τις φυσικές και πνευματικές του δυνάμεις, μπορεί να προσαρμόζεται στις αλλαγές του περιβάλλοντος όσο αυτές δεν ξεπερνούν κάποια όρια και συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο ανάλογα με τις δυνατότητες του. Η κοινωνιολόγος Herzlich στην έρευνά της, για την υγεία και την ασθένεια, αναφέρει ότι η υγεία και η ασθένεια είναι έννοιες, κοινωνικά προσδιορισμένες. Καθορίζονται, ως προς τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες που συνδέονται, με το περιβάλλον, τις κοινωνικές επαφές και τις σχέσεις και επί της ουσίας συνιστούν κοινωνικές καταστάσεις.⁵ Ο Rene Dubos (1901-1982) ορίζει την Υγεία ως *modus Vivendi*, που επιτρέπει στον άνθρωπο (που εξ ορισμού είναι ατελής) να επιτυγχάνει μια ικανοποιητική και σχετικά ανώδυνη ύπαρξη, στην προσπάθειά του να ζήσει και να επιβιώσει σε έναν ατελή κόσμο. Ο Dubos πίστευε ότι η υγεία και η αρρώστια είναι έννοιες που δεν αλληλοαποκλείονται. Σύμφωνα με τον Calnan (1987) η υγεία έχει λειτουργικό και βιωματικό ορισμό, θετικούς και αρνητικούς ορισμούς, με παρουσία ή απουσία χαρακτηριστικών.⁶ Ο Parsons, όρισε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει την καλύτερη

δυνατή εκπλήρωση ρόλων για τους οποίους το άτομο έχει εγκοινωνιστεί, ενώ αντίθετα η αρρώστια, δεν του επιτρέπει να συνεισφέρει στην κοινωνική και παραγωγική διαδικασία.⁷

Η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες:

- α.** τη βιοϊατρική, όπου η υγεία θεωρείται ως η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- β.** την ψυχολογική, η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής του,
- γ.** την κοινωνιολογική, ο πολιτισμός και το περιβάλλον αποτελούν βασικούς συντελεστές επιρροής της υγείας.

Βάσει όλων των παραπάνω η Υγεία ορίζεται, ως η δυναμική ισορροπία μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος και των συνιστωσών, βάση της οποίας διασφαλίζεται η προσαρμογή.

1.2 Ο ορισμός του Π.Ο.Υ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη, βασιζόμενος στην προσέγγιση του Sigerist, όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας».^{8,9} Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία οριοθετείται από την απουσία ασθένειας και την ευεξία, ενώ αναγνωρίζεται η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης της υγείας. Ο ορισμός του ΠΟΥ είναι ένας (θετικός) ορισμός, ο οποίος εστιάζει στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών συμπεριλαμβανομένου εκτός από τη σωματική υγεία και άλλων παραγόντων, όπως κοινωνικών και ψυχικών, οι οποίοι θεωρούνται σημαντικοί για υγεία υψηλού επιπέδου, αποδίδοντας το μέγιστο δυνατό συνολικό εύρος της υγείας.¹⁰ Ο ορισμός δέχτηκε έντονη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, με την αιτιολογία ότι δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να διορθώνεται στα χρόνια που ακολούθησαν. Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας «να αναγνωρίζει και να κατανοεί

φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον». Η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές σε διαφορετικά επίπεδα. Στη διακήρυξη του Ευρωπαϊκού γραφείου του WHO «Υγεία για όλους» ξαναδιατυπώνεται ο ορισμός της υγείας: « ... όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωή που τους ικανοποιεί κοινωνικά, ψυχικά και οικονομικά». ¹¹ Η Υγεία είναι η συνολική ικανοποίηση που λαμβάνει το άτομο από διάφορες πτυχές, της κοινωνικής, οικονομικής και ψυχικής σφαίρας, έχοντας την ευκαιρία ανάπτυξης του δυναμικού της, ανεξάρτητα από φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτικές, οικονομικές ή κοινωνικές διακρίσεις. ¹² Η υγεία, αποτελεί τη σημαντικότερη και πιο επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης και τοποθετείται υψηλότερα στην κλίμακα από κάθε άλλη επιλογή. ¹³

1.3 Δείκτες υγείας

Οι δείκτες υγείας αποτελούν αρωγούς στον τρόπο μέτρησης και αποτίμησης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Διακρίνονται σε θετικούς, αρνητικούς, και γενικότερους. ^{14,15,16,17.}

Οι Θετικοί δείκτες υγείας παρουσιάζουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας και είναι:

- οι δείκτες γεννητικότητας,
- το προσδόκιμο επιβίωσης (ο μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού),
- ο δείκτης γονιμότητας.

Οι Αρνητικοί δείκτες υγείας είναι δείκτες εμφάνισης συχνότητας νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων:

- οι δείκτες θνησιμότητας,
- οι δείκτες νοσηρότητας,
- οι δείκτες θνητότητας.

Υποκειμενικοί δείκτες θετικής υγείας είναι:

- οι δείκτες λειτουργικής ικανότητας,
- οι δείκτες καλής ψυχολογικής κατάστασης,
- οι δείκτες ποιότητας ζωής,
- οι δείκτες κοινωνικής ισορροπίας,

- το γενικό προφίλ υγείας.

Οικονομικοί και Διοικητικοί δείκτες, είναι δείκτες που αποτυπώνουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση στο σύστημα υπηρεσιών υγείας.

- Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ.
- Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας.
- Αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών σ' ένα νοσοκομείο.
- Αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία.
- Μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών.
- Μέση διάρκεια νοσηλείας.
- Αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων.

Οι γενικότεροι δείκτες απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, δεν αφορά μόνο αυτούς που εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα αλλά αφορά το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού.^{14,15.}

- Ισοδύναμα Υγιή Χρόνια Ζωής.
- Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής.
- Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής.
- Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής.
- Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα.

Οι δείκτες υγείας πρέπει να πληρούν ορισμένες ιδιότητες για να είναι αποδεκτοί από όλους.^{15.}

- Αξιοπιστία: Οι δείκτες είναι αξιόπιστοι αν καταλήγουν στο ίδιο αποτέλεσμα.
- Αλήθεια: Οι δείκτες είναι αληθείς και αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια την κατάσταση.
- Ακρίβεια: Οι δείκτες είναι ακριβείς.
- Ευαισθησία: Οι δείκτες είναι ευαίσθητοι.
- Ομοιογένεια: Οι δείκτες είναι ομοιογενείς.
- Επικαιρότητα : Οι δείκτες να είναι επίκαιροι.
- Συγκρισιμότητα: Οι δείκτες είναι συγκρίσιμοι.
- Συνέπεια: Οι δείκτες είναι συνεπείς αν είναι διαχρονικά συγκρίσιμοι.
- Πληρότητα : Οι δείκτες είναι πλήρεις αν υπάρχουν σε όλα τα κράτη – μέλη.

1.4 Ποιότητα ζωής

Ο φιλόσοφος Αριστοτέλης, (1993), αναφερόμενος στη λέξη «ευδαιμονία» εννοούσε τον όρο «ποιότητα ζωής». Στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» θεωρεί την ευδαιμονία ως το «τέλειο και άυταρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Ο Αριστοτέλης υποστηρίζει ότι για το σύνολο των ανθρώπων, απλοί και μορφωμένοι, το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία, θεωρώντας ότι η ποιότητα ζωής, το (ευ ζην) και η ευημερία, το (ευ πράττειν) είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία.¹⁸

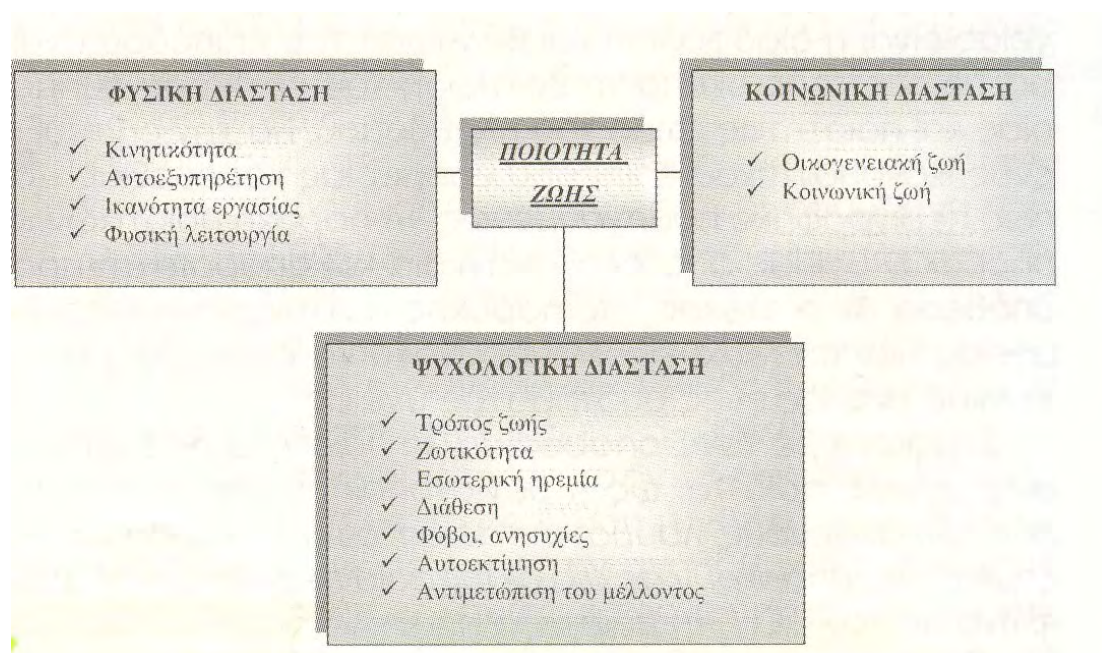
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 με τον ορισμό της υγείας, τοποθετεί και την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «..η ποιότητα ζωής είναι η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του».

Ο ΠΟΥ, δίνει στην έννοια της ποιότητας ζωής έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα καθώς περιλαμβάνει και άλλες διαστάσεις, όπως την περιβαλλοντική¹⁹ και πολιτισμική διάσταση^{20,21} της υγείας, οι οποίες επηρεάζουν τις ατομικές αντιδράσεις στην αρρώστια. Μελετητές εισάγουν στην ποιότητα ζωής έννοιες όπως η προσωπική ελευθερία, η συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ισορροπία τονίζοντας την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με την ποιότητα ζωής.²² «Η έννοια της ποιότητας ζωής καθορίζεται τόσο από το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και το σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, όσο και από τους στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντά του. Είναι μια ευρεία έννοια, που επηρεάζεται ποικιλότροπα από τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με το περιβάλλον».⁹ Η Ποιότητα ζωής αντανακλά τη λειτουργικότητα στη διάσταση της ζωής συνυπολογισμένης της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε χρήστη υγείας.²³ Στον ιατρικό χώρο η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η έννοια που περικλείει μεγάλο εύρος σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, περιγράφοντας την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να λειτουργεί και να αποκομίζει ικανοποίηση από αυτή τη λειτουργία.¹⁹

Συνεπώς η ποιότητα ζωής έχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις.

Οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε τρεις κυρίως διαστάσεις.^{24,17,22}

- **Η φυσική διάσταση:** είναι η εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η φυσική του κατάσταση να πράξει. Σε αυτό τον τομέα εξετάζονται η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο κινητικότητας, ικανότητας για εργασία και αυτοεξυπηρέτησης
- **Η ψυχική-ψυχολογική διάσταση:** αναφέρεται στον τρόπο ζωής του ατόμου, στη διάθεση, στους φόβους, στην προσαρμοστικότητα του και στην αυτοεκτίμηση. Έννοιες όπως το άγχος, ο φόβος και η κατάθλιψη, που νοιώθει το άτομο μπροστά στην ασθένεια, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κακής ποιότητας ζωής.
- **Η κοινωνική διάσταση:** αφορά την γενική ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή, της κοινωνικής και οικογενειακής, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες καθώς και την άσκηση των κοινωνικών του ρόλων.



Σχήμα Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής (Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος, 2003)

Το 1984, το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ ξεκίνησε την εκστρατεία με θέμα: «Υγεία για Όλους», έχοντας ως σκοπούς :

- Ισότητα στην υγεία για όλους,
- Προσθέτοντας χρόνια στη ζωή,

- Δίνοντας υγεία στη ζωή,
- Προσθέτοντας ζωή στα χρόνια.

Το 1991 ο ΠΟΥ εκδίδει μια τροποποιημένη δήλωση σχετικά με τους στόχους του προγράμματος «Υγεία για Όλους» στην οποία συμπεριλαμβάνεται μια συγκεκριμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής: «...όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά».

1.4.1 Η έννοια της Ποιότητας Ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής εμφανίστηκε πρώτη φορά στις ΗΠΑ στη δεκαετία του '50 και περιελάμβανε την έννοια του βιοτικού επιπέδου, του καταναλωτισμού και της ιδιοκτησίας. Το 1960 υπήρξε μια διεύρυνση του όρου καθώς περιελάμβανε έννοιες όπως υγεία, παιδεία, ευεξία, ανάπτυξη και οικονομία.²⁵ Ο McCall υποστήριξε την ύπαρξη και τη δυνατότητα πρόσβασης του ατόμου προς όλες τις απαραίτητες συνθήκες, που απαιτούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί η ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία.²⁶ Κατά τον Parsons (1979), «Ποιότητα ζωής είναι η κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενούς να εκπληρώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, γεγονός που δηλώνει φυσική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, και την ικανοποίησή του ως προς τα επίπεδα λειτουργικότητάς του και ως προς την αίσθηση του ελέγχου του για την ασθένεια και/ή τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί».²⁷ Ο Shaw, θεωρώντας ότι η ευτυχία μπορεί να θυσιαστεί προκειμένου να γίνει η Ποιότητα ζωής πιο ουσιαστική, διαχώρισε τις δύο έννοιες.²⁸ Το 1979 οι Zautra και Goodman και αργότερα ο Lehman, θεώρησαν ότι ήταν απαραίτητος ένας συνδυασμός αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών, προκειμένου να αποσαφηνιστεί η έννοια του όρου ποιότητας ζωής.^{29,30}

Το 1991 ο ΠΟΥ με τον ορισμό του, ορίζει «... ποιότητα ζωής καθορίζεται από το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο τη θέση του στη ζωή, στο πολιτισμικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, από του στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντα του...» Φαίνεται η ποιότητα ζωής να επηρεάζεται ποικιλότροπα τόσο από τη φυσική και την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις του με το περιβάλλον, καθώς και από το επίπεδο ανεξαρτησίας του.³¹ Ο ΠΟΥ προσδιορίζει την ποιότητα ζωής ως την

αντίληψη του κάθε ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του αξιακού και πολιτισμικού περιβάλλοντος όπου ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους που θέτει, τα πρότυπα, τις αξίες, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του.³²

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι ενστικτωδώς καταλαβαίνουν την έννοια της ποιότητας ζωής. Λόγω της διαφορετικότητας ο καθένας αντιλαμβάνεται την έννοια της ποιότητας ζωής μέσα από την σημασία που αποδίδεται από τον ίδιο κάθε φορά, ανάλογα με το εκάστοτε αντικείμενο του ενδιαφέροντός του.³³ Σύμφωνα με τη Νάκου, 2001, φαίνεται ποιότητα ζωής και παιδική ηλικία να συσχετίζονται με την ευεξία και την επιτυχία στην ενήλικη ζωή.³⁴ Η έννοια περιλαμβάνει όλα τα φυσικά χαρίσματα του ατόμου, θετικά και αρνητικά, που προσδιορίζουν τη ζωή του, συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης της οικογένειας και της κοινωνίας.³⁵ Γίνεται κατανοητό πως η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια με ευρύ περιεχόμενο που περιλαμβάνει λειτουργικές, επιδημιολογικές, πολιτισμικές και βιοϊατρικές προσεγγίσεις καθώς και μια σειρά από προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες και αντιλήψεις.^{36,37} Μπορεί να οριστεί ως η ισορροπία ανάμεσα σε επιθυμίες για τη ζωή και σε αυτά που έχουν επιτευχθεί ή μπορούν να επιτευχθούν.³⁸

Στην κλινική σκέψη, ο όρος ποιότητα ζωής, παίρνει διαφορετική υπόσταση, ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν τη δεδομένη χρονική στιγμή, τα βιώματα, τις εμπειρίες καθώς και το πολιτισμικό περιβάλλον που επικρατεί. τον κλινικό ιατρό γίνεται αντιληπτή όχι σαν μια μεταβλητή της υγείας αλλά ως φιλοσοφική τοποθέτηση.³⁹ Συμπερασματικά, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη, υποκειμενική και με πολλά χαρακτηριστικά, που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ακριβή μέτρηση και ποσοτικοποίηση της.⁴⁰

1.4.2 Παράγοντες που καθορίζουν τη Ποιότητα Ζωής

Η υγεία σύμφωνα με νεότερα δεδομένα αναγνωρίζεται ως ένας από τους παράγοντες, που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής.⁴¹ Ποιότητα ζωής και υγεία θεωρούνται πολυδιάστατες έννοιες που επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες.⁴² Μοντέλα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας, συνδυάζουν τους κοινωνικο-οικονομικούς και ψυχολογικούς και παράγοντες σε τρεις κατηγορίες :⁴³

- τις εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, κατοικία),
- τις διαπροσωπικές σχέσεις (σχέση, σύντροφος, οικογένεια),

- την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση).

Η Lehman, (1997) διαχωρίζει τους παράγοντες σε :

- Αντικειμενικοί παράγοντες: αφορούν την ικανότητα του ατόμου και την πρόσβαση του σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους αυτούς, για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του.
- Υποκειμενικοί παράγοντες: αφορούν τα αισθήματα ψυχικής ευεξίας.

Σύμφωνα με τους (Θεοδώρου και συν., 1997) οι σημαντικότεροι από τους παράγοντες είναι:

- Οι οικονομικοί-πολιτικοί παράγοντες: αφορούν το επίπεδο της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, τη διανομή εισοδήματος και τους τομείς της οικονομίας.
- Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες : αφορούν το τρόπο ζωής και τις κοινωνικές - οικονομικές ανισότητες
- Η κοινωνικο-οικονομική δομή και η λειτουργία της κοινωνίας: αφορά τη κοινωνική διαστρωμάτωση , τη παραγωγή και εργασία.
- Οι ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: αφορά τις νοοτροπίες, τάσεις, ήθη , έθιμα, και κοινωνικούς ρόλους, στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά, άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες: αφορά το περιβάλλον και το οικοσύστημα.
- Οι γεωφυσικοί παράγοντες: αφορά το κλίμα τον φυσικό και ορυκτό πλούτος, τις πρώτες ύλες.
- Οι υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: αφορά το υγειονομικό σύστημα, τις επιδημιολογικές μελέτες και την ιατρική εξέλιξη..
- Οι δημογραφικοί παράγοντες: δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ρυθμοί αύξησης, μετανάστευση.

1.4.3 Δείκτες μέτρησης ποιότητας

Η ποιότητα ζωής είναι μια αφηρημένη έννοια, που ορίζεται με δυσκολία και ως μια πολυδιάστατη έννοια κάνει ακόμη δυσκολότερη τη μέτρηση της. Ως εκ τούτου η μέτρησή της θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένους δείκτες και πολλές διαστάσεις. Λόγω της πολυπλοκότητας έχουν προταθεί και έχει αναπτυχθεί μεγάλος αριθμός εργαλείων μέτρησης υπό της μορφής ερωτηματολογίων, τα οποία

συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς είτε με τη συνέντευξη είτε με τη συμπλήρωση εκ των ιδίων.^{44,45}

Οι δείκτες ποιότητας ζωής διακρίνονται σε αντικειμενικούς και κοινωνικούς δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης, αλλά και σε υποκειμενικούς και ατομικούς δείκτες. Οι δείκτες αποτυπώνουν την κοινωνική και ατομική πραγματικότητα, που επηρεάζουν την ποιότητα την ποιότητα ζωής.⁴⁶

Οι κοινωνικοί δείκτες αποτυπώνουν τη συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους παράγοντες και τους δείκτες υγείας ενός πληθυσμού.⁴⁶ Η μέτρηση των ατομικών δεικτών ποιότητας ζωής, κινείται σε τρεις διαστάσεις:⁴⁷

- Της σωματικής ευεξίας,
- της ψυχικής ευεξίας,
- της κοινωνικής ευεξίας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής θα πρέπει να μετράται ξανά, όταν αναμένεται να έχει συμβεί αλλαγή στην ζωή του ασθενούς.⁴⁸

1.4.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ)

Ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» εστιάζει στην υγεία, καθώς περιλαμβάνει γενικά θέματα της υγείας, τη συναισθηματική, γνωστική, σεξουαλική και κοινωνική λειτουργικότητα καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου.²⁸ Προέρχεται από το χώρο της δημόσιας υγείας, διότι εστιάζει στη σχέση ποσότητας και ποιότητας της ζωής δίνοντας έμφαση στις πιθανές επιδράσεις της ασθένειας, των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των πολιτικών υγείας στην ποιότητα ζωής. Είναι μια δυναμική έννοια, που μεταβάλλεται όταν μεταβάλλεται το επίπεδο υγείας, και οι ρόλοι του κάθε ανθρώπου. Ορίζεται ως η αξία που διανέμεται στη διάρκεια της ζωής, όπως αυτή τροποποιείται από τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας.⁴⁹

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μια γενική εκτίμηση της άποψης του ασθενούς σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον οποίο τη βιώνει, καθώς και το πώς αυτή επηρεάζει τη δραστηριότητά του στον ψυχολογικό και

κοινωνικό τομέα. Μπορεί να οριστεί ως η λειτουργικότητα των διαστάσεων της ζωής του κάθε ανθρώπου συνυπολογισμένης της ευεξίας όπως αυτή εκτιμάται από τον ίδιο.²³ Σύμφωνα με τον Patrick & Erickson, 1993, μπορεί να οριστεί ως η αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες.⁵⁰ Ο Kaplan & Bush, 1982, θεωρεί ότι οι προσδοκίες των ατόμων για τη βελτίωση της υγείας τους, παίζουν σημαντικό ρόλο στη ΣΥΠΖ, καθώς και οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι πολιτικές υγείας, επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Η ΣΥΠΖ κάθε ατόμου είναι μοναδική, και η ζωή κάθε ατόμου διαφορετική. Όταν το άτομο νοσεί η ΣΥΠΖ του ατόμου επηρεάζεται από το βασικό νοσολογικό υπόστρωμα, από τις πιθανές καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας, από καταστάσεις εξάρτησης και υποστήριξης, από παρενέργειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων, των φαρμακευτικών σκευασμάτων, ή και της φαρμακευτικής αγωγής. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως η κατάσταση υγείας που μπορεί να αντιμετωπιστεί ως συνέχεια ή σύνθεση των ολοένα και περισσότερων μεταβλητών και καταστάσεων της έκβασης της υγείας, όπως είναι οι βιολογικοί/φυσικοί παράγοντες, τα συμπτώματα, η γενική αντίληψη για την υγεία, η γενική ευημερία ή ποιότητα ζωής.⁴⁴

Ο όρος ΣΥΠΖ περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

- *Την υποκειμενική αποτίμηση της (σωματική και ψυχική λειτουργία του ανθρώπου).*
- *Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του.*
- *Τον περιορισμό της λειτουργικότητας σε τομείς απαραίτητους ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του.⁴⁴*

1.4.4.1 Η χρησιμότητα της Μέτρησης

Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να σχεδιάζουν να αξιολογούν και να αποτιμούν την αποδοτικότητα τους, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες εκείνους που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών τους και την ανταπόκριση των χρηστών σε αυτές. Η ιατρική κοινότητα και οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να βασίζονται στην

ωφέλεια που αποκομίζουν τα άτομα από τις ιατρικές πράξεις, καθώς και στις επιπτώσεις που πιθανόν υπάρξουν για το σύνολο της ζωής τους.⁴⁰ Πρέπει να υπάρχει μια σύγκριση οφέλους και ανεπιθύμητων ενεργειών, ή κόστους – αποτελεσματικότητας.^{41,51} Στο παρελθόν οι κλίμακες περιλαμβάνουν εκτιμήσεις για την υγεία, αυτο-βαθμολογούμενα επίπεδα για την κατάσταση υγείας, εκτιμήσεις των χρόνιων παθήσεων, τη λειτουργικότητα, συγκρίσεις, την ικανοποίηση, την αισθηματική κατάσταση, την αναπηρία, και τους περιορισμούς και τις κοινωνικές επαφές.⁵² Για την μέτρηση χρησιμοποιούνται νέα πολυδιάστατα εργαλεία μέτρησης, τα οποία διενεργούν δυναμικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Η μέτρηση, και η αξιολόγηση πραγματοποιείται με τη χρήση ειδικών τυποποιημένων ερωτηματολογίων, τα οποία πληρούν αυστηρά κριτήρια εγκυρότητας, ειδικότητας, αξιοπιστίας και ανταποκρισιμότητας προσαρμοσμένα γλωσσικά και πολιτιστικά ανάλογα με τον πληθυσμό της εκάστοτε χώρας.^{53,54,55,56} Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής το εργαλείο μέτρησης που θα επιλεγεί θα πρέπει να είναι κατάλληλο και να μετρά τις διαστάσεις της υγείας, του πληθυσμού επιλογής.^{57,45}

1.4.5 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Τα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι πολλά.⁵⁸ Είναι τα εργαλεία γενικής χρήσης (*generic instruments*) και τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (*disease specific instruments*).

A. Τα εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments):

Είναι σχεδιασμένα για να μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, και των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών και πολιτιστικών ομάδων. Εφαρμόζονται σε πολλούς και διάφορους τύπους ασθενειών, διαταραχών, ανικανοτήτων και ιατρικών θεραπειών. (SF-36, EQ-15D, EQ- 5D., GHQ, SIP)

B. Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments):

Σχεδιασμένα για να μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων σε συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων.

Τα κριτήρια επιλογής ενός εργαλείου μέτρησης είναι:

- *Καταλληλότητα (appropriateness)*: καταλληλότητα του ερωτηματολογίου ως προς τη συγκεκριμένη εφαρμογή.
- *Αποδοχή (acceptability)*: αφορά το βαθμό στον οποίο γίνεται αποδεκτό από τους ερωτώμενους.
- *Εφικτότητα (feasibility)*: αφορά στην ευκολία χορήγησης και επεξεργασίας του εργαλείου μέτρησης.
- *Ερμηνευσιμότητα (interpretability)*: ο βαθμός στον οποίο τα αποτελέσματα της μέτρησης είναι κατανοητά.
- *Σαφήνεια (precision)*: αναφέρεται στην ακρίβεια των διακρίσεων που πραγματοποιούνται από ένα εργαλείο.

Κατά τη μέτρηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να τηρούνται κάποιες βασικές προϋποθέσεις :⁵⁸

- Η επιλογή των διαστάσεων μέτρησης.
- Η επιλογή των επιπέδων, μέσω των οποίων θα αξιολογηθούν οι διαστάσεις που επιλέχθηκαν.
- Ο προσδιορισμός των αξιών κάθε διάστασης.
- Η επιλογή τόσο των διαστάσεων και της μέτρησης της κατάστασης της υγείας, όσο και η μέθοδος συνδυασμού διαφορετικών διαστάσεων της υγείας και ο προσδιορισμός αξιών σε αυτούς τους συνδυασμούς, απαιτούν την αναγνώριση και αξιολόγηση κάποιων αξιολογικών κρίσεων. Ο Culyer 2007, κάνει εκτενή αναφορά και ασκεί κριτική στα διαφορετικά είδη αξιολογικών κρίσεων, που υιοθετούνται από διάφορους ερευνητές.⁵⁹

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Εκτίμησης της Υγείας EQ-5D

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Εκτίμησης της Υγείας EQ-5D, είναι κατάλληλα σχεδιασμένο για την εκτίμηση της υγείας του γενικού πληθυσμού και ομάδων πληθυσμού με ειδικά προβλήματα υγείας. Είναι ένα τυποποιημένο γενικό εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, το οποίο αναπτύχθηκε και υποβλήθηκε σε αυστηρές δοκιμές από την ομάδα EuroQol.⁶⁰

Είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια σε χώρες της Ευρώπης και σε πολλές άλλες χώρες,^{60,61} προσφέροντας τη δυνατότητα σύγκρισης της

ποιότητας ζωής μεταξύ διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, να συγκριθούν καταστάσεις υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων, να γίνουν διαχρονικές συγκρίσεις διαφόρων ομάδων ασθενών μιας κατηγορίας νόσου και διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων.⁶⁰

Το EQ-5D δημιουργήθηκε από την επιστημονική πολυεθνική ομάδα EuroQoL Group. (Διεθνές Διεπιστημονικό Δίκτυο Ερευνητών με κοινό σκοπό τη μέτρηση της έκβασης υγείας ως αποτέλεσμα των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων). Το EQ-5D δημιουργήθηκε ως προέκταση μετά την εμφάνιση του EQ-15D. Το 1987 στο Πανεπιστήμιο York της Αγγλίας, ερευνητές θέλοντας να δημιουργήσουν ένα νέο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, αξιολόγησαν τα διάφορα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και το Μάιο του 1987 δημιουργήθηκε το EQ-5D.⁶⁰

Το EQ-5D εφαρμόζεται σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων υγείας, θεραπευτικών προσεγγίσεων και θεραπειών υγιεινής παρέχοντας μια ενιαία αξία δεικτών ποσοτικής εκτίμησης της έκβασης της υγείας, και ένα profile υγείας, για την αξιολόγηση της έρευνας στο χώρο της υγείας, της οικονομίας και στον ευρύτερο πληθυσμό μιας χώρας. Το EQ-5D εφαρμόζεται σε έρευνες των φαρμακευτικών βιομηχανιών και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης στις αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας, που πραγματοποιεί το Washington Panel on Cost Effectiveness in Health and Medicine.

Μειονεκτήματα

Μειονέκτημα φαίνεται να είναι το φαινόμενο οροφής (ceiling effect) ή πατώματος (floor effect) που παρατηρείται.

Υστερεί σε ευαισθησία στη σύγκριση με άλλα όργανα γενικής χρήσης.

Το EuroQoL Group, θεωρεί ότι θα πρέπει να συνοδεύεται και από άλλα πιο αναλυτικά, γενικά ή ειδικά όργανα.

Πλεονεκτήματα

Είναι εύκολο και σύντομο στη χρήση και κατανοητό.

Η ικανότητά για γενίκευση της αποτίμησης των καταστάσεων υγείας είναι υψηλή και δεν επηρεάζεται από τις διαστρωματώσεις του πληθυσμού.

Η μέτρηση γίνεται με όρους χρησιμότητας ή με άμεσες αποτιμήσεις.

Ιδανικό για χρήση στις ταχυδρομικές έρευνες και στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη.

QUALYs (Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη επιβίωσης)

Τα QALYs ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής είναι ένας δείκτης μέτρησης της ποιότητας ζωής. Τα νεότερα δεδομένα εκτιμούν πως η αξιολόγηση και η μέτρηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού πρέπει να πραγματοποιείται βάση εξειδικευμένων διεπιστημονικών προσεγγίσεων μέσω πολυπαραγοντικών αναλύσεων. Η μέθοδος ανάλυσης κόστους- χρησιμότητας, εφαρμόζεται για την κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και της κλινικής πρακτικής. Εστιάζει στη μέτρηση του κλινικού και κοινωνικού αποτελέσματος μιας θεραπευτικής παρέμβασης.⁶² Είναι ένας συνδυασμός μεθόδων που συνδυάζουν την κλινική απόφαση (clinical decision making) υπό συνθήκες κινδύνου (uncertainty or risk) με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο συνδυασμός των μεθόδων εκφράζεται με το δείκτη των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης και αντικατοπτρίζεται στα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Επιβίωσης του ατόμου (QUALYs) (Quality Adjusted Life Years).⁶² Με την μέθοδο μπορούν να μετρηθούν αφενός η υποκειμενική ικανοποίηση του ασθενή από τις παρεχόμενες σ' αυτόν υπηρεσίες υγείας, αλλά και οι ωφέλειες –αλλαγές, που επέρχονται με την εφαρμογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων, στη διάρκεια και στη ποιότητα της ζωής του.

Οι παράμετροι που επηρεάζουν τους σταθμισμένους δείκτες είναι:⁶³

- Ο χρόνος επιβίωσης του ατόμου (ποσότητα),
- Η ποιότητα ζωής.

Οι βασικότεροι μέθοδοι αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας, είναι:⁶³

Μέθοδος κατηγοριοποίησης (Category method)

Είναι μια απλή και περιεκτική μέθοδος αξιολόγησης του επιπέδου υγείας. Τα άτομα αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους, βάση μιας κλίμακας με τιμές, από 0-100.

- Θάνατος = 0.
- Απόλυτα υγιής = 100.

Η κλίμακα έχει βάση το ερωτηματολόγιο EuroQol, και συγκεκριμένα την οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale) (VAS), θερμόμετρο διαβάθμισης υγείας.⁵⁸

Μέθοδος του ισοδύναμου χρόνου (Time trade off method –TTO)

Η μέθοδος βασίζεται στη θεωρία της ωφελιμότητας,^{64,65} και συνίσταται σε μια θεωρητική και εμπειρική επέκταση άλλων προσεγγίσεων.

Μέθοδος αποτίμησης μεγεθών (Magnitude method)

Η μέθοδος δημιουργήθηκε από τους (Rosser & Kind, 1978). Είναι υπολογισμός των QALYs σε ένα πίνακα ταξινόμησης των επιπέδων υγείας, που προκύπτουν από το συνδυασμό 8 κατηγοριών αδυναμίας ή αναπηρίας και 4 κατηγοριών ενόχλησης ή πόνου.⁶⁶

Μέθοδος των παιγνίων (Standard gamble technique – SG)

Η μέθοδος αφορά τη μέτρηση της ωφελιμότητας. Προτάθηκε από τους (Wolfson, Torrance, 1986) και στηρίζεται στο κλασικό έργο των Von Neumann και Morgenstern. Συνίσταται στην προσπάθεια τυποποίησης των προτιμήσεων του καταναλωτή, υπό καθεστώς αβεβαιότητας.

2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Η λέξη ικανοποίηση (satisfaction) προκύπτει από την λατινική λέξη satis, που σημαίνει αρκετά και τη λέξη facere που σημαίνει κάνω ή φτιάχνω. Η έννοια της λέξης ικανοποίησης δηλώνει ευχαρίστηση και εκπλήρωση. Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη, (1998)⁶⁷ – η λέξη ικανοποίηση προέρχεται από το «ικανός», (*επίθετο προερχόμενο από το αρχαίο ρήμα «ίκω» = φθάνω, απλώνω*) και το ποιέ-ω (*ρήμα που σημαίνει κάνω*). Σημαίνει ευχαρίστηση που πηγάζει από το αίσθημα της επιτυχίας, της πραγματοποίησης της επιθυμίας. «Η ικανοποίηση είναι μια γνωσιακή κατάσταση του πελάτη, όσον αφορά την επαρκή ή ανεπαρκή ανταμοιβή του για τις θυσίες και τις προσπάθειες που έχει καταβάλλει».⁶⁸ «Η ικανοποίηση είναι μια διαδικασία αξιολόγησης, η οποία βασίζεται στο κατά πόσο η συγκεκριμένη εμπειρία, ήταν τόσο καλή όσο ο πελάτης πίστευε ότι θα ήταν».⁶⁹ «Η ικανοποίηση είναι μια συναισθηματική αντίδραση στις εμπειρίες του πελάτη, οι οποίες σχετίζονται είτε με συγκεκριμένα προϊόντα και υπηρεσίες, είτε με τις διαδικασίες αγοράς, είτε ακόμη με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πελάτη αυτού».⁷⁰

Ο Brown (1992) ορίζει την ικανοποίηση ως:

«... Ικανοποίηση είναι η κατάσταση στην οποία οι ανάγκες, οι επιθυμίες και οι προσδοκίες ενός πελάτη διαχρονικά καλύπτονται ή και υπερκαλύπτονται από τη χρήση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας και οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες αγορές, σε καταναλωτική αφοσίωση και σε θετικές συστάσεις για το εν λόγω προϊόν ή υπηρεσία»

Ο Oliver (1997) αναφερόμενος σε αυτό το θέμα λέει ότι όλοι γνωρίζουν τι είναι η «ικανοποίηση» μέχρι τη στιγμή που θα τους ζητηθεί να δώσουν ένα ορισμό. Τότε φαίνεται ότι κανείς δεν ξέρει. Η ικανοποίηση είναι μια αντίδραση εκπλήρωσης του καταναλωτή. Είναι μια αξιολόγηση ότι το προϊόν (ή η υπηρεσία) αυτό κάθε αυτό, παρείχαν (ή παρέχουν) ένα απολαυστικό επίπεδο εκπλήρωσης σχετιζόμενο με την κατανάλωση, συμπεριλαμβανομένων επιπέδων υπό- ή υπέρ εκπλήρωσης.»⁷¹

Σύμφωνα με τους Giese & Cote (2000) η ικανοποίηση πελατών εμπεριέχει τρία βασικά συστατικά.⁷²

- Η ικανοποίηση είναι μια αντίδραση (συναισθηματική ή γνωσιακή).
- Είναι περισσότερο συναισθηματική αντίδραση παρά γνωσιακή. Ο συναισθηματικός χαρακτήρας της ικανοποίησης επιβεβαιώνεται από τις συναισθηματικές αντιδράσεις των πελατών, για να περιγράψουν την ικανοποίηση από την χρήση της υπηρεσίας.⁷²

- Η αντίδραση εστιάζεται στις προσδοκίες, στην υπηρεσία, ή στο προϊόν καθώς και στην εμπειρία του πελάτη. Έτσι αναγνωρίζεται η αιτία της ικανοποίησης του η οποία περιλαμβάνει σύγκριση της απόδοσης της υπηρεσίας με κάποια πρότυπα (standards), τα οποία ποικίλουν από περίπτωση σε περίπτωση.
- Η αντίδραση λαμβάνει χώρα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή μετά την επιλογή της υπηρεσίας, βασιζόμενη σε συσσωρευμένη εμπειρία. Η ικανοποίηση του πελάτη προκύπτει μετά από την χρήση της υπηρεσίας.

Κριτήρια της Ικανοποίησης πελατών

Σύμφωνα με τους Jones & Sasser, (1995), τέσσερα βασικά στοιχεία έχουν επιπτώσεις στην ικανοποίηση πελατών.³⁸

- Τα βασικά χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας,
- οι βασικές υπηρεσίες υποστήριξης,
- η παροχή εξαιρετικής υπηρεσίας,
- οι διαδικασίες ανάκαμψης στην κακή εμπειρία που μπορεί να έχει ο πελάτης μετά την λήψη του προϊόντος ή της υπηρεσίας που έλαβε.

Οι Jones & Suh, (2000) διαφοροποιούν την ικανοποίηση που προέρχεται από μια συγκεκριμένη συναλλαγή και τη γενική ικανοποίηση.⁷³

Η γενική ικανοποίηση βασίζεται στις πληροφορίες από όλη την προηγούμενη εμπειρία που έχει ο πελάτης από το φορέα παροχής υπηρεσιών και αντιμετωπίζεται ως το αποτέλεσμα από όλες τις προηγούμενες συναλλαγές και επιμέρους ικανοποιήσεις.^{74,75}

Η Ικανοποίηση είναι το αίσθημα που προκύπτει, όταν οι καταναλωτές αξιολογούν θετικά την απόφασή τους, η οποία «ικανοποίησε» τις ανάγκες ή τους στόχους τους και συνδέεται με αίσθημα αποδοχής, ευτυχίας, ανακούφισης και ευχαρίστησης.⁷⁶

Γενικά, η ικανοποίηση από μια συγκεκριμένη συναλλαγή με τον πάροχο της υπηρεσίας μπορεί να μην σχετίζεται με τη συνολική ικανοποίηση άμεσα. Βάσει των αποτελεσμάτων των εμπειρικών μελετών η ικανοποίηση από μια συγκεκριμένη συναλλαγή, μπορεί να διαφοροποιηθεί από τη συνολική ικανοποίηση. Η συνολική ικανοποίηση είναι καλύτερος δείκτης της πρόθεσης επαναγοράς. Σημαντικό είναι να αποτιμάται τόσο η συνολική ικανοποίηση όσο και η ικανοποίηση από επιμέρους συναλλαγές. Η σχέση ανάμεσα στην αξιολόγηση των επιμέρους συναλλαγών των αγαθών και υπηρεσιών και της γενικής ικανοποίησης, είναι δυναμική και

μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του χρόνου. Τόσο η ικανοποίηση από το προϊόν όσο και από την υπηρεσία έχουν ασύμμετρη επίδραση στον καθορισμό της πρόθεσης συμπεριφοράς του πελάτη στον προμηθευτή.

Ο Parasuraman et al., (1997)⁷⁷ εισάγαγε την έννοια της αντιλαμβανόμενης αξίας (perceived value) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας η οποία ορίζεται ως η χρησιμότητα του αγαθού για τον πελάτη σε σχέση με τις «θυσίες» που έκανε για να το αποκτήσει. Η έννοια της αντιλαμβανόμενης αξίας των καταναλωτών έχει πολύ στενή σχέση με την ικανοποίησή τους.⁷⁸ Σύμφωνα με τον Parasuraman et al., (1997)⁷⁷, η συνεχής παροχή υψηλής αξίας στον καταναλωτή προϋποθέτει ότι ο πάροχος της υπηρεσίας έχει πλήρως αντιληφθεί την αλυσίδα αξίας του πελάτη.

Οι Zeithaml et al., (1996)⁷⁹, υποστηρίζουν ότι οι επιχειρήσεις πρέπει να εξετάζουν την επίδραση της ποιότητας των υπηρεσιών στις αντιδράσεις των πελατών. Οφείλουν οι εταιρίες- υπηρεσίες να αναλύσουν προσεκτικά τις προσδοκίες των πελατών τους σε κάθε στάδιο, να αναπτύξουν υποστηρικτικές διαδικασίες, συστήματα αξιολόγησης και συστήματα κινήτρων προκειμένου να ικανοποιήσουν τους πελάτες.⁸⁰

Στο τομέα της υγείας το προϊόν- υπηρεσία παράγεται και διατίθεται στους χρήστες άμεσα. Η νοσηλευτική φροντίδα και η ιατρική περίθαλψη μπορούν να προσφερθούν από δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς. Οι χρήστες- καταναλωτές επιθυμούν κυρίως την γρήγορη, άμεση και ουσιαστική επίλυση του υγειονομικού προβλήματος τους, καθώς και την πληρέστερη τεκμηριωμένη πληροφόρηση.⁸¹

Οι γνώσεις, η ετοιμότητα, το υψηλό επίπεδο των ιατρών, η επαγγελματική ευσυνειδησία σε συνδυασμό με το σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια αποτελούν προϋποθέσεις για την έγκαιρη διάγνωση, την ορθή και αποτελεσματική αντιμετώπιση την συντονισμένη και άμεση θεραπευτική παρέμβαση ώστε να επιτευχθεί η ταχύτερη επίλυση του προβλήματος υγείας.⁸²

Η μέτρηση ικανοποίησης είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί να συμβάλει σημαντικά προς την κατεύθυνση του καθορισμού των απαιτήσεων και των αναγκών των πελατών, ώστε να υπάρξει σχεδιασμός και μέσω των προγραμμάτων μια συνεχή και διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Ο Deming, (1986), εισάγει τον όρο «υπέρ-ικανοποιημένος» πελάτης (delight customer).⁸³ Με την φράση αυτή ο Deming προτρέπει όχι απλά να ικανοποιούνται οι πελάτες, αλλά δεδομένου αυτού, που πρέπει απαραίτητα να γίνεται, να στοχεύεται ένα παραπάνω βήμα, η υπέρ-ικανοποίηση του πελάτη. Ένας πελάτης είναι ενθουσιασμένος αν η υπηρεσία που του προσφέρεται ξεπερνά τις προσδοκίες του.⁸⁴

Οι προσδοκίες των πελατών μπορούν να ξεπεραστούν με δύο τρόπους:

- όταν ο ίδιος ο πελάτης αναγνωρίζει ότι η υπηρεσία που του προσφέρθηκε ήταν καλύτερη από ότι περίμενε,
- όταν το επίπεδο απόδοσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας ήταν εκπληκτικά καλύτερο απ' ό,τι αναμενόταν.⁸⁵

Η σημαντικότητα των χαρακτηριστικών των προϊόντων και των υπηρεσιών εστιάζεται στις:

- Στις *βασικές ιδιότητες* (product attributes), που αναφέρονται στη βασική λειτουργία του προϊόντος. Η έλλειψη των βασικών αυτών ιδιοτήτων μπορεί να προκαλέσει δυσαρέσκεια.
- Στις *υποστηρικτικές διαδικασίες*. Είναι χαρακτηριστικά που υποστηρίζουν την βασική λειτουργία του προϊόντος, προκαλούν ικανοποίηση (satisfiers) και η ύπαρξή τους προσθέτει αξία στην χρήση του προϊόντος.
- Σε *χαρακτηριστικά που προσφέρουν απόλαυση* (delights) και υπέρ-ικανοποιούν τους πελάτες. Η απόλαυση μπορεί να μεγαλώσει τις προσδοκίες των καταναλωτών. Η υπερκάλυψη των προσδοκιών είναι πιθανό να αυξήσει τις προσδοκίες. Οι προσδοκίες μπορεί να αυξηθούν μετά την παροχή μιας συγκεκριμένης απόλαυσης, οπότε θα είναι πολύ δύσκολο για τον προμηθευτή να ευχαριστήσει τους πελάτες στο μέλλον.^{86,85}

2.1 Πελάτες

Ο «πελάτης» προέρχεται από την αρχαία λέξη <πελάζω>, που σημαίνει ωθώ, πλησιάζω. Σύμφωνα με το Word Book Encyclopedia Dictionary: «Πελάτης είναι εκείνος με τον οποίο πρέπει να διαπραγματευτείς». Στις υπηρεσίες υγείας οι πελάτες ονομάζονται χρήστες υγείας. Τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες των οργανισμών δεν απευθύνονται σε όλη την αγορά. Γι' αυτό και υπάρχει διαχωρισμός των πελατών σε κατηγορίες. Υπάρχουν οι δυνητικοί πελάτες, εσωτερικοί και εξωτερικοί πελάτες κ.α.

- **Εσωτερικοί πελάτες** (internal customers) είναι το προσωπικό της επιχείρησης.
- **Εξωτερικοί πελάτες** είναι οι αγοραστές ή χρήστες των τελικών προϊόντων και υπηρεσιών της επιχείρησης ή του οργανισμού.
- **Δυνητικοί πελάτες** είναι τα άτομα που έχουν την επιθυμία, το κίνητρο και τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους για την αγορά του προϊόντος- υπηρεσίας.

Οι πελάτες αποτελούν μέρος των διαδικασιών παραγωγής και παράδοσης της υπηρεσίας. Υπάρχουν οργανισμοί –επιχειρήσεις όπου απαιτείται από τους πελάτες, μια σειρά από πληροφορίες καθώς και η φυσική παρουσία -συμμετοχή αυτών προκειμένου να πραγματοποιηθεί η συναλλαγή ή η τελική παροχή των υπηρεσιών.⁸⁷ Ο πελάτης με την συνεχή παρουσία του σε όλες τις διαδικασίες συμβάλλει άμεσα στην ποιότητα της παραδοθείσας υπηρεσίας, και κατ' επέκταση και στη δική του ικανοποίηση.⁸⁸

2.1.1 Ρόλος, τρόποι σκέψης και απαιτήσεις πελατών

Οι Kelley et.al. (1990) στο ρόλο του πελάτη στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών, αναγνωρίζουν την συνεισφορά στη διαδικασία παροχής της υπηρεσίας (τεχνική ποιότητα πελατών) και τη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της παροχής της υπηρεσίας (λειτουργική ποιότητα πελατών).⁸⁷ Σε μερικές υπηρεσίες, οι πελάτες δεν είναι σε θέση να κρίνουν την τεχνική ποιότητα τους παρά μόνο μετά την παροχή τους.⁸⁹ Οι οργανισμοί και επιχειρήσεις συνεχίζουν να υπάρχουν λόγω ύπαρξης των πελατών τους. Οι πελάτες είναι οι τελικοί κριτές της απόδοσής του οργανισμού ή της υπηρεσίας. Πρέπει η παρεχόμενη υπηρεσία ή το προϊόν να ικανοποιεί ή να ξεπερνά τις προσδοκίες τους. Οι πελάτες εάν απογοητευθούν από την παροχή εξυπηρέτησης για την υπηρεσία που θα λάβουν, δύσκολα θα ανανεώσουν την εμπιστοσύνη τους. Οι προσανατολισμένες στους πελάτες επιχειρήσεις οφείλουν, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Μοντέλο Ποιότητας, να εκπαιδεύουν τους πελάτες τους ώστε εκείνοι να απαιτούν την καλύτερη ποιοτικά μεταχείριση από την επιχείρηση- οργανισμό. Προστατεύοντας τους πελάτες τους, δημιουργείται μια συνεταιριστική σχέση μεταξύ πελατών και οργανισμού. Τα δικαιώματα των πελατών στις υπηρεσίες, είναι:

- Ασφάλεια για την υπηρεσία που προμηθεύονται.
- Ποιότητα υπηρεσίας.
- Άριστη πληροφόρηση και ενημέρωση.
- Δικαίωμα επιλογής.
- Δυνατότητα να εκφράσουν τη γνώμη τους.

Οι απαιτήσεις των πελατών μεταβάλλονται με μεγάλη ταχύτητα. Οι μεγάλες αλλαγές που συνέβησαν στο Εθνικό σύστημα υγείας, η μείωση παροχών των κοινωνικών ταμείων, η αύξηση της εγκληματικότητας, η μετανάστευση, οι ανασφάλιστοι κ.α..

Ακόμη αν σε αυτά προστεθούν :

- Η εξέλιξη της τεχνολογίας,
- Τα νέα προϊόντα και οι υπηρεσίες,
- Τα νέα δεδομένα του ελεύθερου ανταγωνισμού,
- Η μεταβολή των κοινωνικών δεδομένων.

Βάση όλων των παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι δημιουργήθηκαν νέες και μεγαλύτερες απαιτήσεις εκ μέρους των πελατών. Οι οργανισμοί πρέπει γρήγορα να αντιληφθούν και να αναγνωρίζουν έγκαιρα τις μεταβολές των απαιτήσεων των πελατών και να προσαρμόζουν με ταχύτητα τις υπηρεσίες και τα προϊόντα τους στις μεταβολές αυτές.

2.2 Ικανοποίηση ασθενών

Σύμφωνα με τον Maslow οι ανθρώπινες ανάγκες κλιμακώνονται κατά σειρά προτεραιότητας, σχηματίζοντας μία πυραμίδα ιεραρχίας. Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι βασικές ανάγκες (βιολογικές και ασφάλειας), ακολουθούν οι ανώτερες ανάγκες που ικανοποιούνται κυρίως με άυλα αγαθά, (κοινωνικότητα, αναγνώριση, αυτοπραγμάτωση). Το 1954 ο Maslow εξέδωσε το *Motivation and Personality*, στο οποίο διατύπωσε μία θεωρία σχετικά με τον τρόπο που οι άνθρωποι ικανοποιούν τις ποικίλες προσωπικές τους ανάγκες στα πλαίσια της εργασίας τους. Σύμφωνα με τον Maslow οι ασθενείς νοιώθουν ικανοποίηση, όταν ικανοποιούνται οι εσωτερικές τους ανάγκες: η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, η συμμετοχή, η αναγνώριση. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία του Management και του Marketing, η επικέντρωση δίνεται στην ικανοποίηση του πελάτη. Αυτό οδήγησε στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.⁹⁰

Ο Korsch (1978), προσδιόρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας που τους παρέχεται, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην αναγνώριση των προβλημάτων, στην άντληση χρήσιμων πληροφοριών που χρειάζονται για την βελτίωση της

διαχείρισης των πόρων στις υπηρεσίες υγείας. Η Linder-Pelz (1982), υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειες που έχουν ως αποτέλεσμα την εκτίμηση κάποιων επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας που παρέχεται από μια μονάδα υγείας.⁹¹ Ο Pascoe (1983), υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια εσωτερική και μοναδική αντίδραση, που εκδηλώνεται με εμφανείς μεταβολές στη συμπεριφορά τους.⁹² Είναι μια γενική αντίδραση τους ως αποδέκτες της φροντίδας υγείας που λαμβάνουν, σε σημαντικά σημεία της δομής, των διαδικασιών, του περιεχομένου και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι Bolton & Drew, (1991), και αργότερα οι Cronin & Taylor (1994), συνέδεσαν την ικανοποίηση του ασθενή με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα αποτελεί μια μακροπρόθεσμη και εξελίξιμη έννοια από την πλευρά του ασθενή, ενώ η ικανοποίηση συνεπάγεται μια διανοητική εκτίμηση της συγκεκριμένης διακριτής συναλλαγής.^{93,90} Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.⁹⁴

Οι Bond & Thomas 1992, αναφέρουν ως ικανοποίηση των ασθενών, «...οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους,ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».⁹⁵ Οι Meredith & Wood (1995), περιέγραψαν την ικανοποίηση των ασθενών ως αναδυόμενη και ρευστή έννοια.⁹⁶ Πολλοί μελετητές ^{97,98,99,100,101} συγκλίνουν πως οι επαγγελματίες υγείας όταν αξιολογήσουν σωστά τις προσδοκίες των ασθενών –χρηστών υγείας, τότε επιτυγχάνεται μια βασική συνεργασία, όπου οι ασθενείς παίζουν σημαντικό ρόλο για μια υψηλού επιπέδου ποιότητας παρεχόμενη υπηρεσία.

2.2.1 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών

Σύμφωνα με τον Onretveit (2000), οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, εστιάζονται:¹⁰²

- στις αλλαγές των προσδοκιών των ασθενών,
- οι ασθενείς αναμένουν να έχουν, το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών με εκείνες που παρέχονται από τα καταστήματα ή άλλες υπηρεσίες,

- η αύξηση της κοινωνικής ευημερίας,
- ο ρόλος του κοινωνικού κράτους και του κράτους «πρόνοιας»,
- η πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας,
- η μετάβαση στην παγκόσμια οικονομία.

Σύμφωνα με τον Parsons (1951), οι ρόλοι του ασθενή και του γιατρού είναι συνδεδεμένοι με συγκεκριμένες προσδοκίες και συνεπάγονται υποχρεώσεις και δικαιώματα.

Ενώ σύμφωνα με τον Weiss (1988), η ικανοποίηση των ασθενών καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας:

- ο Οργανωτικά- ιατρική φροντίδα,
- ο συνθήκες που επικρατούν για την διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων,
- ο λειτουργικά- (σχέσεις γιατρού και ασθενή).

Στην επικοινωνία γιατρού και ασθενή επικεντρώνονται και οι (Mack et al., 1997) την οποία θεωρούν ιδιαίτερης και κομβικής σημασίας για την ικανοποίηση του ασθενή.¹⁰³

Οι Hall & Dornan (1988), διέγνωσαν ότι στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, καθοριστικό ρόλο παίζουν:¹⁰⁴

- η συνολική ικανοποίηση,
- η πρόσβαση,
- το κόστος,
- η συνολική ποιότητα,
- η ανθρωπιά,
- η ικανότητα,
- η πληροφόρηση,
- οι γραφειοκρατικές διαδικασίες,
- οι εγκαταστάσεις και τα μηχανήματα,
- ο χειρισμός ψυχολογικών προβλημάτων,
- η συνέχεια της φροντίδας,
- το αποτέλεσμα.

Σύμφωνα με τους Greeneich et al. (1992), υπάρχουν πέντε παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας:

- τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του προσωπικού (σεβασμός, ευγένεια, ειλικρίνεια, ενδιαφέρον),
- τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας (τεχνικές επικοινωνίας, αναγνώριση, υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών),

- η νοσηλευτική ικανότητα,
- τα στοιχεία του περιβάλλοντος (ησυχία, καθαριότητα),
- οι προσδοκίες των ασθενών.

2.2.2 Ικανοποίηση πελατών και ολική ποιότητα

Η ικανοποίηση πελατών συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και είναι αναπόσπαστο κομμάτι της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ).¹⁰⁵ Η βασική επιδίωξη της εφαρμογής της ΔΟΠ είναι η επίτευξη ικανοποίησης των πελατών της. Ο στόχος της διοίκησης ποιότητας πρέπει πάντα να είναι η ικανοποίηση των πελατών, μέσω της ικανοποίησης των προσδοκιών και απαιτήσεων τους. Οι απαιτήσεις των πελατών είναι κάποιες φορές πολύ διαφορετικές από τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας ή του προϊόντος που παρέχει ένας οργανισμός και λαμβάνει ως τελικός αποδέκτης ο πελάτης. Στόχος της ΔΟΠ, είναι η ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών πελατών, διαμορφώνοντας με τον τρόπο αυτό την Αλυσίδα Αξίας των Υπηρεσιών (Service Profit Chain).

Η φιλοσοφία της ικανοποίησης πελατών στηρίζεται:

- στην αναγνώριση των πελατών,
- στον καθορισμό των αναγκών και προσδοκιών τους,
- στη μέτρηση των αντιλήψεών τους.¹⁰⁶

Η γνώση των αναγκών των πελατών είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παροχή των ιδανικών προϊόντων και υπηρεσιών στους πελάτες.

Η βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών βασίζεται σε εσωτερικούς δείκτες της επιχείρησης-οργανισμού. Αποτελέσματα και αναλύσεις δεδομένων ικανοποίησης που προέρχονται άμεσα από τους πελάτες, όσο και αναλύσεις δεδομένων που προέρχονται μέσα από την επιχείρηση πρέπει να συνδυάζονται. Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα ολικής ποιότητας.

3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Ο Kotler (1997), ορίζει την υπηρεσία ως εξής: «Η υπηρεσία είναι οποιαδήποτε πράξη ή απόδοση που ένα συμβαλλόμενο μέρος μπορεί να προσφέρει σε ένα άλλο και που είναι ουσιαστικά άυλο και δεν καταλήγει σε ιδιοκτησία κάποιου πράγματος. Η παραγωγή της υπηρεσίας είτε μπορεί να συνδέεται είτε όχι με ένα φυσικό προϊόν.»¹⁰⁷ Η Οργάνωση Διεθνών Προτύπων (ISO) ορίζει την υπηρεσία, «...υπηρεσία ορίζονται οι δραστηριότητες του προμηθευτή κατά τη διεπαφή του με έναν πελάτη, και τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων όλων των προμηθευτών προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των πελατών».¹⁰⁸ Η Υπηρεσία αποτελεί το αποτέλεσμα των συγκεκριμένων πράξεων και ενεργειών στις οποίες προβαίνει ο παροχέας της, τις επιδόσεις του παροχέα από τις πράξεις ενέργειες που πραγματοποιεί και τα αποτελέσματα που λαμβάνει ο τελικός αποδέκτης από αυτές τις πράξεις και ενέργειες του πάροχου.¹⁰⁹

Η έννοια της υπηρεσίας προσδιορίζεται από το τρίπτυχο:

- των **προϋποθέσεων**, (όλοι οι απαιτούμενοι πόροι προκειμένου να καταστεί εφικτή η παροχή της υπηρεσίας),
- της **διαδικασίας κατά την οποία παράγεται** η υπηρεσία,
- του **αποτελέσματος** της διαδικασίας.¹¹⁰

Σύμφωνα με τους Zeithalm, Bitner, (2000), στην παραγωγή και παράδοση των υπηρεσιών λαμβάνουν μέρος η επιχείρηση, οι παροχείς και οι πελάτες, το «**τρίγωνο της υπηρεσίας**».¹¹¹

3.1 Ποιότητα υπηρεσιών

Η ποιότητα γίνεται κατανοητή και αντιληπτή με διαφορετικό τρόπο από τον καθένα, αφού αποτελεί καθαρά υποκειμενική έννοια. Η ποιότητα προσδιορίζεται από την αντίληψη του πελάτη για την καλύτερη και τελειότερη υπηρεσία που λαμβάνει και πως αυτή του προσφέρθηκε.^{112,113} Οι ορισμοί που έχουν δοθεί για την ποιότητα κατά καιρούς είναι: Το 1887, ο William Procter, εγγονός του ιδρυτή της Procter & Gamble, τόνιζε στους υπαλλήλους του, τη σημασία της ποιότητας των προϊόντων και υπηρεσιών ως παράγοντα ικανοποίησης των πελατών, της επίτευξης κέρδους και μακροπρόθεσμης επιτυχίας για την επιχείρηση.¹¹⁴

Σύμφωνα με τον ορισμό που περιέχεται στο πρότυπο ISO 9000, «*ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχει την ικανότητα να ικανοποιεί τόσο τις δηλωμένες, όσο και τις αδήλωτες ανάγκες των ατόμων*» (ISO 8402-1986: Quality Vocabulary).¹⁰⁸ Ο Taguchi (1987) καθορίζει την ποιότητα ως, « το βαθμό αντίληψης του πελάτη για ένα προϊόν, πέρα από την πραγματική αξία των εγγενών λειτουργιών του».¹¹⁵

Ο Joseph Juran, αναφέρει πως «..αν ο 20ος αιώνας χαρακτηρίστηκε, επιχειρησιακά, ως ο αιώνας της παραγωγικότητας, ο 21ος θα χαρακτηριστεί ως ο αιώνας της ποιότητας».¹¹⁶ Ο καθορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών αρχικά βασιζόταν μόνο στα υλικά στοιχεία του προϊόντος (εμφάνιση, τεχνικά χαρακτηριστικά και άλλα αισθητήρια στοιχεία), τα οποία είναι δυνατόν να τυποποιηθούν.¹¹⁷

Ο Edward Deming, ορίζει ότι «η ποιότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συνεχή βελτίωση ενός παραγωγικού συστήματος που βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση λειτουργίας».¹¹⁸ Ο Mike Asher (1996) επισημαίνει ότι δύο είναι τα στοιχεία που καθορίζουν την ποιότητα.¹¹⁹ Η αντιλαμβανόμενη από τους πελάτες ποιότητα και οι ανάγκες της αγοράς. Η προσέγγιση αυτή είναι προσανατολισμένη στην αγορά, με επικέντρωση ωστόσο στον πελάτη. Η ικανοποίηση και η ποιότητα υπηρεσιών συνδέονται μεταξύ τους μέσω του επιπέδου διάψευσης των προσδοκιών.¹²⁰

3.2 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα της υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στα κείμενα του Ιπποκράτη, με την αποτύπωση της έκφρασης «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Το 1980 άρχισαν να εφαρμόζονται μέτρα στην καθημερινή κλινική πρακτική για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών και ξεκίνησε η δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία.¹²¹ Ο όρος ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι δύσκολο εννοιολογικά να προσδιοριστεί, καθώς η ποιότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος κρίνεται και ερμηνεύεται από τη θέση που κατέχει ο χρήστης, τόσο στην παραγωγική διαδικασία του προϊόντος ή της υπηρεσίας ή μετά το πέρας της λήψης αυτής.

Ο Juran, (1974) όρισε την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, από την καταλληλότητά αυτών για χρήση.¹¹⁶ Ο Crosby (1979), ως «..τη συμμόρφωση προς τις προδιαγραφές και απαιτήσεις του πελάτη».¹²² Ο Deming την ορίζει «..ως την

ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη»,¹¹⁸ ενώ ο Feigenbaum (1991), «..ως τη σύνθεση χαρακτηριστικών από προϊόντα και υπηρεσίες που σχετίζονται με το μάρκετινγκ, την τεχνολογία, την κατασκευή και τη συντήρηση, τα οποία θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες του πελάτη, όταν εκείνος τα χρησιμοποιήσει»¹²³

Δύο είναι οι αντιλήψεις που συνυπάρχουν στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας:

- Η ποιότητα στην τεχνική διάσταση της φροντίδας υγείας (technical care). Αναφέρεται στην επάρκεια της προληπτικής, διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας.
- Η ποιότητα στη διάσταση της τέχνης (art of care). Αναφέρεται σε παράγοντες του περιβάλλοντος των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και στη στάση και συμπεριφορά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες.

Οι δύο αυτές αντιλήψεις συνυπάρχουν και αλληλοσυσχετίζονται μεταξύ τους κατά ποικίλους τρόπους.¹²⁴ Η ποιότητα ως χαρακτηριστικό του τομέα της υγείας κατανοείται στο μακροεπίπεδο και το μικροεπίπεδο. Στο μακροεπίπεδο η ποιότητα αναφέρεται στην τελειότητα του υγειονομικού συστήματος, ενώ στο μικροεπίπεδο ορίζεται ως μια από τις παραμέτρους που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της συμμόρφωσης του αποτελέσματος σε προκαθορισμένα πρότυπα.¹²⁵ Ο όρος εμπεριέχει την έννοια της φροντίδας υγείας, που αναφέρεται σε υπηρεσίες που προσφέρονται σε υγιή άτομα και στο σύνολο του πληθυσμού, και την έννοια της περίθαλψης και αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα, ασθενείς που εκδηλώνουν συμπτώματα ή και νοσούν. Ο Donabedian (1988) ορίζει τη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως *«η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης»*.¹²⁶

Η περίθαλψη πρέπει να αξιολογείται τόσο στο τεχνικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο ενός ευρύτερου αποτελέσματος.¹²⁷ Σύμφωνα με τον Donabedian, τα κριτήρια και οι αντίστοιχες μετρήσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αφορούν σε τρεις τομείς:¹²⁷

1. Δομή (structure): αποτελεί αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν θεωρείται ασφαλές εργαλείο μέτρησης, διότι από μόνη δεν επαρκεί για την παροχή άριστων φροντίδων υγείας. (κτίρια, εξοπλισμός, πόροι, εργατικό δυναμικό).

2. Διαδικασίες (process): είναι όλες οι ενέργειες περίθαλψης, οι ημέρες νοσηλείας, η διάρκεια, η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, ο χρόνος αναμονής, , το κόστος εξετάσεων, κ.α..

3. Αποτελέσματα (outcomes): είναι η τελική μεταβολή στο επίπεδο υγείας του ασθενούς, η έκβαση της υγείας του, η ικανοποίηση του, ο βαθμός ενημέρωσης που λαμβάνει.

Ιδιαίτερα μεγάλη σαφήνεια παρουσιάζουν οι ορισμοί ποιότητας που δόθηκαν από το Institute of Medicine (1996), των ΗΠΑ, «Ο βαθμός στον οποίον οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ομάδες πληθυσμού αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση»¹²⁸ και το UK Department of Health (1999), ποιότητα είναι «Να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο».

3.3 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο Maxwell (1984), προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος στις παραμέτρους όπως: η προσπελασιμότητα, η δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, η ισότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοχή, η καταλληλότητα.¹²⁹ Από τον Οργανισμό Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) προστέθηκαν έννοιες όπως: η ασφάλεια και η συνέχεια της φροντίδας. Για να επιτευχθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να εφαρμόζονται ορθές και κατάλληλες διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων.^{130,131} Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., «η ποιότητα αποτελεί παροχή ιατρικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, που πρέπει να στοχεύει στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής».¹³²

Η ποιότητα μπορεί να εκφραστεί ως συνάρτηση των διαστάσεών της. Σύμφωνα με τους Zeithaml et al., (1990), οι διαστάσεις αυτές είναι η υλική υπόσταση, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ικανότητα, επαγγελματικότητα, επιδεξιότητα, η

ευγένεια, η εμπιστοσύνη, η ασφάλεια, η προσβασιμότητα, η επικοινωνία, και η εμπάθεια.¹³³

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, στηριγμένη στη φιλοσοφία των δέκα διαστάσεων των Zeithaml et al., επισημαίνει και αυτή τις 10 διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.¹³⁴ Ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2000) όρισε την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση».

Οι δέκα διαστάσεις που διαμορφώνονται είναι:

- i. Η καταλληλότητα (appropriateness),
- ii. Η συνέχεια (continuity),
- iii. η διαθεσιμότητα (availability),
- iv. η αποτελεσματικότητα (effectiveness),
- v. η δραστικότητα (efficacy),
- vi. η αποδοτικότητα (efficiency),
- vii. η ασφάλεια (safety),
- viii. ο σεβασμός (respect),
- ix. η φροντίδα (caring,) και
- x. η επικαιρότητα (timeliness).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2001 πρότεινε ως ποιότητα των συστημάτων υγείας το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων για την βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση στις προσδοκίες του πληθυσμού.

Απαιτούνται από τις υπηρεσίες υγείας να καθορίζονται σαφείς και τεκμηριωμένοι στόχοι, κατάλληλη εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, με κύριο σκοπό την καλύτερη δυνατή παροχή των υπηρεσιών λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών υγείας.

Σύμφωνα με τους Arah et al., (2003), στα συστήματα υγείας οι στρατηγικοί στόχοι είναι:¹³⁵

- Αποτελεσματικότητα (effectiveness),
- αποδοτικότητα (efficiency),
- τεχνική ικανότητα (technical competence),
- ασφάλεια (safety),
- προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility),
- ανάπτυξη με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare),

- διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations),
- συνέχεια της φροντίδας (continuity).

Η σχέση της ποιότητας με την νοσηλευτική περιγράφηκε από τους Parish et al., (2006), χρησιμοποιώντας διαδικασίες όπως η ψυχολογική υποστήριξη, η ανακούφιση, αφοσίωση στην ολοκληρωμένη φροντίδα, εμπλοκή των ασθενών στις διαδικασίες, ενώ αναγνωρίστηκε από τους νοσηλευτές ως στοιχείο ποιότητας ο χρόνος που διαθέτουν, για συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν στις ασθενείς κατά την νοσηλεία τους στα νοσηλευτικά ιδρύματα.¹³⁶ Ο Marek & Baker (2006), προσθέτει στις κατηγορίες την ασφάλεια του ασθενούς, την επιστημονική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού και τις επαγγελματικές μεθόδους με τις οποίες παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα.¹³⁷

Συμπερασματικά, η ποιότητα στο χώρο της υγείας προκύπτει ως συνισταμένη ευρύτερων πεδίων της φροντίδας, της τεχνολογίας, τη στάση και εκπαίδευση του προσωπικού, ο τρόπος διοίκησης των υπηρεσιών και γενικότερα η απορρέουσα εικόνα. Υπόψη πρέπει να λαμβάνεται το κόστος, η ευκολία ή η δυσκολία πρόσβασης, η συναίνεση του ασθενή επί των διαδικασιών, η συνέχεια της φροντίδας και η μετά θεραπευτική λαμβάνουσα πληροφόρηση.

3.4 Αξιολόγηση Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Ένας από τους κύριους στόχους της αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να εξασφαλιστεί η ποιοτική παροχή των υπηρεσιών υγείας.¹³⁸ Για να γίνει η αξιολόγηση θα πρέπει να υπάρχουν κριτήρια, δείκτες και πρότυπα βάση των οποίων θα αξιολογηθεί η παρεχόμενη υπηρεσία της μονάδας υγείας. Ο Deming (1982), υποστηρίζει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ανταποκρίνεται περισσότερο σε κριτήρια που θέτει το κοινό συμφέρον, όπως η πρόληψη της υγείας του πληθυσμού μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας, η έγκυρη επιστημονική βάση για την άσκηση του ιατρικού λόγου, ο συντονισμός και η συνεργασία μεταξύ ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών, η καλή συνεργασία όλων των συμπληρωματικών φορέων με το παροχέα των υπηρεσιών, η ολοκληρωμένη θεραπεία του ασθενή, η ύπαρξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενή, η ευκολία προσπέλασης στις διαθέσιμες φροντίδες υγείας για όλους, η ανάπτυξη συνεργασίας για τη παροχή της φροντίδας και τη συνέχιση αυτής.¹¹⁸

3.4.1 Πλεονεκτήματα ενός συστήματος μέτρησης της ποιότητας

Η αδυναμία των επιχειρήσεων να ανακαλύψουν τι κάνει τους πελάτες ικανοποιημένους αποτελεί ίσως με μεγαλύτερο πρόβλημα.¹³⁹ Η μέτρηση της ποιότητας συμβάλλει σημαντικά σε μια διαδικασία διαρκούς βελτίωσης.

Οι εργαζόμενοι των επιχειρήσεων που έχουν άμεση επαφή με τους πελάτες της επιχείρησης είναι δυνατό να καταλάβουν τις ανάγκες των πελατών τους, να τις μεταβιβάσουν στην διοίκηση της επιχείρησης, ώστε να μπορέσει άμεσα να τις αντιληφθεί δίνοντας την αίσθηση στους πελάτες, ότι η επιχείρηση νοιάζεται για τις ανάγκες και τα προβλήματά τους.^{140,141}

Πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την μέτρηση είναι:

- ο Η επιχείρηση είναι δυνατό να διαπιστώσει, πόσο οι υπηρεσίες της ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών.
- ο Εντοπίζονται και βελτιώνονται όλες οι κρίσιμες διαστάσεις της ποιότητας.
- ο Προσδιορίζεται η υπεροχή της επιχείρησης έναντι των ανταγωνιστών βάσει του βαθμού απόδοσης της.
- ο Γίνονται προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται.

3.4.2 Μειονεκτήματα στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών

Τα μειονεκτήματα εντοπίζονται ως προς:

- Η ποιότητα των υπηρεσιών είναι σχετική, όχι απόλυτη.
- Η ποιότητα καθορίζεται από τον πελάτη, όχι από τον φορέα παροχής των υπηρεσιών.
- Η ποιότητα των υπηρεσιών εξαρτάται από την κάλυψη των προσδοκιών των πελατών.
- Οι πελάτες λόγω της διαφορετικότητας μπορεί να εκλάβουν διαφορετικά το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που τους παρέχεται.

3.5 Μοντέλα μέτρησης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών

Η παραδοσιακή προσέγγιση για τον καθορισμό της ποιότητας υπηρεσιών υπογραμμίζει ότι η ποιοτική αντίληψη υπηρεσιών είναι μια σύγκριση των καταναλωτικών προσδοκιών με την πραγματική απόδοση.^{142,143,144,145}

1. Μοντέλο Fornell (1989)

Ο Fornell, το 1989 εισήγαγε ένα μοντέλο ικανοποίησης με κύρια μεταβλητή την Ικανοποίηση του Πελάτη. Ικανοποίηση Πελάτη, ορίζεται ως η συνολική αξιολόγηση της μετά-αγοραστικής αποδοτικότητας της επιχείρησης ή της χρήσης μιας υπηρεσίας.¹⁴⁶ Το μοντέλο αποτελεί βασικό εργαλείο μέτρησης και ανάλυσης για τον Αμερικανικό δείκτη ικανοποίησης (American Customer Satisfaction Index- ACSI). Οι βασικότεροι παράγοντες που διαμορφώνουν τη ικανοποίηση του πελάτη είναι:

- Αντιλαμβανόμενη Αξία,
- Αντιλαμβανόμενη Ποιότητα,
- Προσδοκίες Πελατών.

Σύμφωνα με το μοντέλο ικανοποίησης, υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης αξίας, της αντιλαμβανόμενης ποιότητας, των προσδοκιών των πελατών και της ικανοποίησης. Υπάρχουν και μεταβλητές οι οποίες εκφράζουν τις επιπτώσεις της ικανοποίησης. Τέτοιες είναι η καταναλωτική αφοσίωση που έχει θετική σχέση με την ικανοποίηση καθώς και τα παράπονα εκ μέρους των πελατών που σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση.

2. Συνδυαστικό Μοντέλο Αντιλαμβανόμενης Ποιότητας Υπηρεσιών (Brogowitch, Delene & Lyth 1990)

Οι Brogowitch, Delene & Lyth το 1990, ανέπτυξαν το συνδυαστικό μοντέλο αντιλαμβανόμενης ποιότητας υπηρεσιών.¹⁴⁷ Στη διαμόρφωση των προσδοκιών των πελατών και στην αντίληψη των 2 διαστάσεων της ποιότητας σημαντικό ρόλο παίζει εικόνα της επιχείρησης. Ο διαχωρισμός της τεχνικής από τη λειτουργική ποιότητα βοηθά στη σωστή αποτίμηση των δύο συνιστωσών.

Από το συνδυασμό του χάσματος τεχνικής ποιότητας και της λειτουργικής ποιότητας, προκύπτει το χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες του πελάτη και στην αντίληψη του για την ολική ποιότητα της υπηρεσίας.

3. Το μοντέλο SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992).

Οι Cronin & Taylor, το 1992, εισήγαγαν το SERVPERF (Service Performance), ένα εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών το οποίο χρησιμοποιείται για τη μέτρηση μόνο της αντίληψης του πελάτη για μια ομάδα προσδιοριστικών παραγόντων της ποιότητας.¹⁴⁸

4. Μοντέλο του Kano (1996)

Ο Noriaki Kano (1996), δημιούργησε το μοντέλο μέτρησης ποιότητας μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος 3 επιπέδων, προκειμένου να ταξινομήσει τις ιδιότητες εκείνες που μπορούν να ικανοποιήσουν καλύτερα τις ανάγκες των πελατών.

1. **Βασικές - Απαραίτητες ανάγκες** (αναμενόμενη ποιότητα) : περιλαμβάνει τα ιδιαίτερα σημαντικά χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που αφορούν συγκεκριμένες δραστηριότητες ή λειτουργίες, τις οποίες αξιολογεί και αναμένει ο πελάτης από την υπηρεσία ή το προϊόν.

2. **Μονοδιάστατες ανάγκες** (επιθυμητή ποιότητα) : αποτελούν τις βασικές επιθυμίες και ανάγκες των πελατών. Η ικανοποίηση των πελατών έχει αναλογική σχέση με την απόδοση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών.

3. **Δελεαστικές ανάγκες** (ελκυστική ποιότητα) : τις αποτελούν χαρακτηριστικά τα οποία ο πελάτης δεν αναμένει από την υπηρεσία ή το προϊόν και εκπλήσσεται όταν του προσφέρονται. Χρησιμοποιούνται για να προσελκύσουν πελάτες, αφού έχουν την δυνατότητα να προκαλούν απόλαυση.

5. Το μοντέλο του OLIVER (1997)

Ο Oliver το 1997 εισήγαγε το μοντέλο διάψευσης προσδοκίας (expectancy disconfirmation model), σύμφωνα με το οποίο το επίπεδο ικανοποίησης προκύπτει συγκρίνοντας την αντιλαμβανόμενη απόδοση του προϊόντος με τις προσδοκίες του πελάτη.¹⁴⁹ Η ζώνη αδιαφορίας, είναι το νέο στοιχείο, που προσδιορίζει το διάστημα της απόδοσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του πελάτη.

Η απόδοση του προϊόντος που δεν ανήκει στη ζώνη αδιαφορίας, η διάψευση των προσδοκιών μπορεί να είναι είτε θετική, οπότε η απόδοση υπερβαίνει τις προσδοκίες, είτε αρνητική οπότε η απόδοση είναι χειρότερη από τις προσδοκίες.

6. Ο ευρωπαϊκός δείκτης ικανοποίησης πελατών (1997)

Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Ποιότητας (European Organization for Quality) σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Ποιοτικής Διοίκησης (European Foundation for Quality Management) και το Δίκτυο CSI, ανέπτυξε το 1997 το δείκτη ικανοποίησης πελατών.

Οι διαφορές ανάμεσα στον Ευρωπαϊκό Δείκτη και στον Αμερικανικό Δείκτη είναι ο διαχωρισμός της αντιλαμβανόμενης ποιότητας του προϊόντος από την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών που συνοδεύουν το προϊόν. Στον Ευρωπαϊκό Δείκτη εισάγεται η έννοια της εταιρικής εικόνας.

Σε αυτό το μοντέλο, υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας, της αντιλαμβανόμενης αξίας, των προσδοκιών του πελάτη, της ικανοποίησης και της εταιρικής εικόνας.

Η ικανοποίηση επηρεάζει θετικά το επίπεδο καταναλωτικής αφοσίωσης η οποία με τη σειρά της προσδιορίζει τις προσδοκίες των πελατών και επιδρά θετικά στην ικανοποίηση και στην καταναλωτική πίστη.

7. Μοντέλο Αντιλαμβανόμενης Ποιότητας Υπηρεσιών

Ο Gronroos το 1990 αναφέρει «...η αντιλαμβανόμενη ποιότητα μιας δεδομένης υπηρεσίας είναι η έκβαση μιας διαδικασίας αξιολόγησης κατά την οποία οι καταναλωτές συγκρίνουν τις προσδοκίες τους με την υπηρεσία που αντιλαμβάνονται ότι τους έχει παραδοθεί, δηλαδή αυτοί θέτουν την αντιλαμβανόμενη υπηρεσία ενάντια στην αναμενόμενη υπηρεσία.»¹⁵⁰

Η ανώτερη ποιότητα των υπηρεσιών γίνεται αντιληπτή όταν η ποιότητα της υπηρεσίας εκπληρώνει τις προσδοκίες των πελατών.

Σύμφωνα με τον Gronroos, (2001) Η ποιότητα μιας υπηρεσίας, γίνεται αντιληπτή από τους πελάτες, μέσω 2 διαστάσεων.¹⁵¹

- Τεχνικής διάστασης (τεχνική ποιότητα αποτελέσματος)

- Λειτουργικής διάστασης (λειτουργική ποιότητα διαδικασίας).

8. Μοντέλο Servqual

Η κλίμακα δημιουργήθηκε από τους καινοτόμους Parasuraman, Zeithaml & Berry, το 1985, στηρίζεται στη θεωρία της διάψευσης των προσδοκιών. Από τότε έχουν αναπτυχθεί περαιτέρω, μια σειρά εκδόσεων.^{113,144,152,153,154,145,155,156,157,75,133}

Το μοντέλο SERVQUAL έχει τύχει μεγάλης αναγνώρισης τόσο από ερευνητές όσο και από τις επιχειρήσεις για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών.^{158, 159}

Το εργαλείο μέτρησης είναι εύκολο στην εφαρμογή του, είναι μια εμπειρική μέθοδος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση του επιπέδου ποιότητας διαφορετικών επιχειρήσεων ή της ίδιας επιχείρησης σε διαφορετικές χρονικές περιόδους.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών για να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών της. Αρκετές δημοσιεύσεις περιλαμβάνουν θεωρητικές συζητήσεις αλλά και εφαρμογές της SERVQUAL. Το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορους επιχειρηματικούς τομείς όπως νοσοκομεία,^{160, 161,162,163,164,165} υπηρεσίες ψυχικής υγείας, υπηρεσίες αναψυχής, οδοντιατρικές υπηρεσίες¹⁶⁶ οφθαλμολογικά υπηρεσίες, σχολές διοίκησης επιχειρήσεων¹⁶⁷ τριτοβάθμιας εκπαίδευσης^{168,169} hospitality,¹⁷⁰ οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις των πελατών είναι πολύ σημαντικές για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η SERVQUAL παρέχει επίσης στους διαχειριστές του νοσοκομείου ένα εργαλείο για τη μέτρηση της λειτουργικής ποιότητας στις δικές τους οργανώσεις. Το μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει το πώς αντιλαμβάνονται οι πελάτες την ποιότητα των υπηρεσιών των Οργανισμών και Ιδρυμάτων.¹⁷¹

Η SERVQUAL βασίζεται στην άποψη ότι η εκτίμηση του πελάτη είναι υψίστης σημασίας. Η εκτίμηση αυτή γίνεται αντιληπτή ως ένα χάσμα ανάμεσα σε αυτό το πελάτη αναμένει και πώς τελικά το αντιλαμβάνεται. Η μέτρηση επιτυγχάνεται μέσω της σύγκρισης μεταξύ των προσδοκιών των πελατών για το πώς θα πρέπει να παρέχεται μια υπηρεσία και του τι τελικά αποκομίζουν.

Το εργαλείο αποτελείται από 5 καθοριστικούς παράγοντες και 22 μεταβλητές, βάση των οποίων οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν, με μια επταβάθμια κλίμακα Likert, από το «Διαφωνώ Απόλυτα» (1) έως το «Συμφωνώ Απόλυτα» (7) τι θα περίμεναν από μια υπηρεσία και πώς τελικά την αντιλήφθηκαν.

Μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι πέντε καθοριστικοί παράγοντες των διαστάσεων μέτρησης της ποιότητας είναι σταθεροί στους διάφορους τύπους βιομηχανιών.¹⁷²

Τα στοιχεία συλλέγονται μέσω ερευνών σε ένα δείγμα πελατών- χρηστών. Το τελικό αποτέλεσμα που προκύπτει από τις απαντήσεις των μεταβλητών καθορίζει και την ποιότητα της υπηρεσίας. Το αποτέλεσμα είναι οι διακυμάνσεις μεταξύ των προσδοκιών και των εμπειριών των πελατών για την ποιότητα μιας υπηρεσίας. Η ανάλυση χάσματος που προκύπτει βάση των μετρήσεων, συγκρίνεται και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών. Το μοντέλο έχει χαρακτηριστεί από τους δημιουργούς του ως μια απλή και περιεκτική, πολλαπλών διαστάσεων κλίμακα μέτρησης με καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Οι δημιουργοί του υποστηρίζουν επίσης ότι βρίσκει εφαρμογή σε μεγάλο και ποικίλο αριθμό υπηρεσιών και εμπορικών επιχειρήσεων. Ταυτόχρονα το μοντέλο αυτό έχει επικριθεί από μερικούς θεωρητικούς και πρακτικούς.^{173,174,175,148,176,177,178}

Στην αρχική τους διατύπωση οι Parasuraman et al., (1985) εντόπισαν δέκα συστατικά για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών:¹⁴⁴

Αξιοπιστία της υπηρεσίας: Η παροχή της υπηρεσίας με συνέπεια και ακρίβεια .

- ο Παροχή της υπηρεσίας βάσει των προδιαγραφών από την πρώτη φορά
- ο Παροχή της υπηρεσίας στον προκαθορισμένο χρόνο
- ο Ακριβής τήρηση αρχείων πελατών.

Ανταπόκριση του προσωπικού: Η προθυμία του προσωπικού να παρέχουν την υπηρεσία .

- ο Άμεση εξυπηρέτηση του πελάτη
- ο Έγκαιρη ενημέρωση του πελάτη, σε περίπτωση λάθους ή προβλήματος
- ο Αποστολή εγγράφων και παραστατικών χωρίς καθυστέρηση.

Δεξιότητες του προσωπικού: Οι γνώσεις και οι ικανότητες του προσωπικού για την παροχή της υπηρεσίας.

- ο Γνώσεις και ικανότητες του προσωπικού της παραγωγής και των λειτουργιών
- ο Γνώσεις και ικανότητες του προσωπικού πρώτης γραμμής
- ο Δυνατότητες έρευνας και ανάπτυξης της επιχείρησης (R&D).

Ευγένεια του προσωπικού: η συμπεριφορά του προσωπικού πρώτης γραμμής προς τον πελάτη.

- ο Σεβασμός στις απαιτήσεις και στις ιδιαιτερότητες του κάθε πελάτη
- ο Φιλική αντιμετώπιση του πελάτη

- Ευπρεπής και προσεγμένη εμφάνιση του προσωπικού πρώτης γραμμής.

Προσβασιμότητα: Η ευκολία πρόσβασης στο χώρο παροχής της υπηρεσίας.

- Βολική τοποθεσία του χώρου παροχής της υπηρεσίας
- Ελάχιστος χρόνος αναμονής του πελάτη για τη λήψη της υπηρεσίας
- Ευέλικτο ωράριο λειτουργίας.

Επικοινωνία: κατανοητή αμφίδρομη πληροφόρηση μεταξύ παροχέα της υπηρεσίας και πελάτη.

- Επεξήγηση όλων των κανόνων που διέπουν την παροχή της υπηρεσίας
- Σωστή πληροφόρηση για το κόστος της υπηρεσίας
- Διαβεβαίωση του πελάτη για άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων, αν προκύψουν.

Εμπιστοσύνη: Η αφοσίωση του πελάτη προς την επιχείρηση παροχής της υπηρεσίας.

- Απόκτηση φήμης και διατήρηση του καλού ονόματος της επιχείρησης στην αγορά
- Ειλικρίνεια και εντιμότητα, τα χαρακτηριστικά της επιχείρησης απέναντι στο πελάτη
- Το προσωπικό πρώτης γραμμής έχει ιδιαίτερα αναγνωρίσιμα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ασφάλεια: Η προστασία έναντι των κινδύνων που παρέχεται στον πελάτη.

- Προστασία των προσωπικών δεδομένων του πελάτη
- Προστασία του πελάτη έναντι οικονομικών κινδύνων
- Προστασία του πελάτη έναντι φυσικών κινδύνων.

Κατανόηση και γνώση των αναγκών του πελάτη: Συλλογή και ερμηνεία όλων πληροφοριών, που αφορούν τις ανάγκες του πελάτη.

- Εξατομικευμένη εξυπηρέτηση του κάθε πελάτη
- Γνώση των ιδιαίτερων αναγκών του πελάτη
- Προσδιορισμός της διαφορετικότητας, ανά ομάδες πελατών.

Περιουσιακά υλικά στοιχεία της επιχείρησης: Στοιχεία που αποτελούν απτή απόδειξη παροχής της υπηρεσίας.

- Εγκαταστάσεις, κτίρια της επιχείρησης
- Υλικοτεχνική υποδομή και μηχανολογικός εξοπλισμός
- Φυσικά στοιχεία, (έγγραφα, πιστοποιητικά, κ.α..)

Οι ερευνητές αργότερα μείωσαν τον αριθμό των διαστάσεων του σε πέντε και το μοντέλο ονομάστηκε SERVQUAL από τα αρχικά των λέξεων service quality. Οι 5 νέες διαστάσεις είναι:

Αξιοπιστία: η επιχείρηση παρέχει την υπηρεσία με συνέπεια και ακρίβεια (από την πρώτη φορά χωρίς λάθη) και τηρεί τις υποσχέσεις της προς τον πελάτη.

Διασφάλιση: η συμπεριφορά των εργαζομένων και εμπλεκομένων στην παροχή της υπηρεσίας, δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης του πελάτη προς την επιχείρηση. Η συμπεριφορά όλων των εργαζομένων προς τον πελάτη χαρακτηρίζεται από ευγένεια. Το προσωπικό διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να ανταποκριθεί επακριβώς στις απαιτήσεις του πελάτη.

Υλικά περιουσιακά στοιχεία: την επιχείρηση χαρακτηρίζουν οι εγκαταστάσεις, η υλικοτεχνική υποδομή και ο εξοπλισμός που χρησιμοποιεί, καθώς και η εμφάνιση και του προσωπικού.

Εξατομίκευση: κάθε πελάτης αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή οντότητα, για τον οποίο η επιχείρηση έχει την ικανότητα ανάλογα με την περίπτωση να του παρέχει τη κατάλληλη εξυπηρέτηση, έχοντας μοναδικό στόχο τη μέγιστη ωφέλεια και ικανοποίηση. Η λειτουργία της επιχείρησης, βάση ωραρίων βασίζεται στην εύλογη εξυπηρέτηση των πελατών.

Ανταπόκριση: οι εργαζόμενοι ανταποκρινόμενοι άμεσα στα αιτήματα των πελατών τους, πάντα πρόθυμοι να τους εξυπηρετούν, να τους ενημερώνουν χωρίς καθυστέρηση για την εξυπηρέτηση, το χρόνο αναμονής, την πιθανή ύπαρξη λάθους ή προβλημάτων αν προκύψουν, και την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών.

Η αντιστοιχία της αρχικής προσέγγισης, των δέκα διαστάσεων της ποιότητας υπηρεσιών με τις πέντε διαστάσεις του μοντέλου SERVQUAL, ενσωματώνονται ως:

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ SERVQUAL	ΜΟΝΤΕΛΟΥ
Αξιοπιστία		Αξιοπιστία	
Δεξιότητες		Διασφάλιση	
Ευγένεια			
Αφοσίωση			
Ασφάλεια			

Υλικά περιουσιακά στοιχεία	Υλικά περιουσιακά στοιχεία
Προσβασιμότητα	Εξατομίκευση
Επικοινωνία	
Κατανόηση/ γνωρίζοντας τον πελάτη	
Ανταπόκριση	Ανταπόκριση

Αντιστοιχία Διαστάσεων Ποιότητας Υπηρεσιών και Διαστάσεων Μοντέλου SERVQUAL (Parasuraman et al., 1985).

Βάση του μοντέλου, η ποιότητα των υπηρεσιών προκύπτει αν από τις προσδοκίες των καταναλωτών, οι οποίες προσδιορίζονται αν, από τις προσωπικές τους ανάγκες, αφαιρεθεί η πραγματική απόδοση της υπηρεσίας. Στο μοντέλο η ποιότητα προσδιορίζεται από τους ίδιους τους καταναλωτές (αντιλαμβανόμενη ποιότητα) και όχι βάσει κάποιων προδιαγραφών (quality standards).

Η πελατοκεντρική αντίληψη δίνει τη δυνατότητα στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών να μετρήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν βασιζόμενες σε δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από τους ίδιους τους πελάτες.

Οι πελάτες είναι ικανοί να καθορίσουν το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Το επίπεδο της ποιότητας που καθορίζουν, διαφέρει από την αντικειμενική ποιότητα, η οποία σχετίζεται αλλά δεν είναι ταυτόσημη με την ικανοποίηση του πελάτη. Οι πελάτες λαμβάνουν ικανοποίηση, όταν εκπληρώνονται οι ανάγκες τους. Τα συναισθήματα που προκύπτουν από την ικανοποίηση είναι συνάρτηση αλληλεπιδράσεων, μεταξύ των προσδοκιών και της αξιολόγησης της λαμβανόμενης υπηρεσίας.

Η ποιότητα υπηρεσιών είναι η ολική αξιολόγηση της παρεχόμενης – λαμβανόμενης υπηρεσίας.

Το μοντέλο SERVQUAL, παρουσιάζει ορισμένα **μειονεκτήματα** τα οποία έχουν επισημανθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.⁷⁴

- Σε συγκεκριμένες υπηρεσίες η ομάδες των προσδιοριστικών παραγόντων για τις προσδοκίες και τις εκτιμήσεις των πελατών, υπάρχουν διαφορές.
- Τα 22 χαρακτηριστικά του μοντέλου δεν καλύπτουν πάντα όλες τις πτυχές μιας υπηρεσίας. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές σε πολλές απ' αυτές και απαιτείται, είτε να προστεθούν νέα χαρακτηριστικά, είτε να παραληφθούν κάποια απ' τα προτεινόμενα του μοντέλου.

- Όταν οι προσδοκίες αξιολογηθούν κατά τη διάρκεια ή μετά τη λήψη της υπηρεσίας, αυτό που αξιολογείται είναι το αποτέλεσμα από χρήση της υπηρεσίας. Η χρήση της υπηρεσίας είναι ικανή να μεταβάλλει τις προσδοκίες του πελάτη, έχοντας ως αποτέλεσμα η αξιολόγηση από τη σύγκρισή να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Το μοντέλο SERVQUAL είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την κατανόηση και τη διερεύνηση μιας υπηρεσίας.

Τα 5 κενά (Gaps) του Μοντέλου

Στο μοντέλο Servqual υπάρχουν 5 Κενά (gaps) που περιβάλλουν το γενικό αυτό κενό η ανάλυση των οποίων προσπαθεί να εξακριβώσει τα αίτια της μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών σε κάθε μία ή σε όλες τις διαστάσεις

Τα πέντε γενικά κενά που ισχύουν ανεξάρτητα από το θεματικό τύπο υπηρεσίας είναι: 1) οι πληροφορίες και η ανατροφοδότηση-σχετικά με τα κενά, 2) κενά που σχετίζονται με τον σχεδιασμό, 3) εφαρμογή-σχετικά με τα χάσματα, 4) κενά που αφορούν την επικοινωνία, 5) κενά που σχετίζονται με τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των πελατών.

Τα 5 κενά (Gaps) επιγραμματικά είναι :

1. Κενό μεταξύ προσδοκιών του πελάτη και των αντιλήψεων της Διοίκησης για αυτές τις προσδοκίες των πελατών. (Gap1)
2. Κενό μεταξύ αντίληψης της Διοίκησης για τις προσδοκίες του πελάτη και των προδιαγραφών ποιότητας για τις υπηρεσίες. (Gap 2)
3. Κενό μεταξύ των προδιαγραφών ποιότητας της υπηρεσίας και της υπηρεσίας που τελικά παραδίδεται. (Gap 3)
4. Κενό μεταξύ της πραγματικής παραδοθείσας υπηρεσίας και τι κοινοποιείται τελικά στους πελάτες για τις υπηρεσίες αυτές. (Gap 4)
5. Κενό μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη από τον φορέα παροχής υπηρεσιών και των αντιλήψεών του για την παράδοση από την πλευρά του προμηθευτή. (Gap 5)

3.6 Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι ασθενείς είναι ενεργοί καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και όχι απλοί παθητικοί αποδέκτες.¹⁷⁹ Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και η μέτρηση αυτής, λόγω της έλλειψης των θεωρητικών βάσεων, πρέπει να ερμηνεύονται με ιδιαίτερη προσοχή.¹⁸⁰ Η ικανοποίηση των ασθενών, είναι ένας παράγοντας που κερδίζει συνεχώς έδαφος ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το Institute of Medicine, (1990) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών, «ως ο βαθμός που οι ιατρικές υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι σε συμφωνία με το καλύτερο των γνώσεων, είναι μια μερική προσέγγιση του όρου ποιότητα».¹²⁸ Η ικανοποίηση των ασθενών είναι η δυνατότητα ενός επιθυμητού αποτελέσματος, είναι ένας δείκτης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, εκφράζοντας την άποψη για την ποιότητα της φροντίδας, απαραίτητη και προαπαιτούμενη συνθήκη, ώστε να υπάρξει ποιότητα στο υγειονομικό σύστημα υγείας.¹⁸¹

Η ποιότητα στην υγεία, εξαρτάται από το πολιτιστικό υπόβαθρο του κάθε λαού, ποικίλλει από χώρα σε χώρα ανάλογα με το σύστημα υγείας και εξαρτάται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή.¹⁸¹ Ο Drucker (1973) ειδικός σε θέματα διοίκησης, υποστηρίζει ότι «*δε μπορείς να διαχειριστείς κάτι το οποίο δε μπορείς να το μετρήσεις*».¹⁸² Σύμφωνα με τον Palmer (1991), μέτρηση είναι: «*Η απόδοση μίας ποσότητας σε μία ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια*». Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, αρχικά αναγνωρίζονται οι ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών και αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες, που μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανομή των πόρων και στη διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βελτίωση μπορεί να επέλθει και στην πολιτική της υγείας, καθώς τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης είναι δυνατό να δημιουργήσουν μία νέα δυναμική πολιτική, έχοντας στόχο την κατανόηση των βαθύτερων αιτιών των προβλημάτων της υγειονομικής περίθαλψης και των συστημάτων υγείας. Ο ασθενής ανεξάρτητα από την άποψη του προσωπικού που εργάζεται στις υπηρεσίες υγείας, καθορίζει τη συμπεριφορά του μέσα στο υγειονομικό σύστημα.^{95,103} Είναι επιβεβλημένη η ανάγκη να γίνει κατανοητό πως οι

υποκειμενικές εμπειρίες των ασθενών επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης καθώς και τις μελλοντικές προθέσεις τους προς τον παροχέα της ιατρικής φροντίδας.¹⁰³

4. ΑΓΧΟΣ

Ο όρος Άγχος προέρχεται από το αρχαίο ρήμα ἄγχω, που σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Η λέξη άγχος σύμφωνα με το Λεξικό της Νέας Ελληνικής γλώσσας, (Μπαμπινιώτης, 1998) σημαίνει, μια συγκινησιακή κατάσταση (αγωνία- φόβο, κ.α.) που μπορεί να είναι παροδική και χαμηλής έντασης (φυσιολογική), ή επίμονη και μεγάλης έντασης (παθολογική).⁶⁷ Προκύπτει ως μια εναγώνια αναμονή μιας δυσάρεστης γενικά κατάστασης ή ενός επικείμενου κακού ή κινδύνου, που χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα ψυχοσωματικά γνωρίσματα και αλλαγές της συμπεριφοράς. Ως άγχος μπορεί να οριστεί η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στη ζωή ενός ατόμου. Υπάρχουν διάφορες συνθήκες που λειτουργούν ως πηγές άγχους και διαφοροποιούνται ανάλογα με το βαθμό επίδρασης των συνθηκών αυτών από άτομο σε άτομο.

Το άγχος είναι δυνατό να έχει ψυχογενή προέλευση ή να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Εξαρτάται κυρίως από τις συναισθηματικές, γνωστικές διεργασίες καθώς και τον τρόπο ζωής και τον τρόπο αντίληψης του ατόμου. Το άγχος συνδέεται άμεσα με την ζωή και την επιβίωση του κάθε ανθρώπου, αποτελεί δε φυσιολογική εκδήλωση. Περιβάλλον και άνθρωπος αλληλεπιδρούν σε μια κοινή συνύπαρξη μέσα στο γίνεσθαι.

Ο όρος άγχος σύμφωνα με τον Beyer, (1987), χρησιμοποιείται για να περιγραφούν πολύπλοκες συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούνται από υποθετικές ή πραγματικές απειλές, εσωτερικής ή εξωτερικής προέλευσης. Αναφέρεται στο τρόπο της αντίληψης, ερμηνείας και αναγνώρισης των γεγονότων που αντιμετωπίζει κάποιος και στην αδυναμία του να τα ερμηνεύσει κατάλληλα, διότι βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών.¹⁸³ Η υποκειμενική αντίληψη του άγχους ως συναίσθημα αποδίδεται με διάφορους όρους όπως stress, φόβος, αγωνία.

Stress (καταπόνηση)

Οι έννοιες του άγχους και του στρες χρησιμοποιούνται σαν συνώνυμοι. Ο όρος εισήχθη για πρώτη φορά από τον Selye, το 1936, ο οποίος όρισε το stress ως τη μη ειδική απόκριση του σώματος έναντι κάποιας πραγματικής ή φανταστικής απειλής.¹⁸⁴

Το 1990 ο Jones ορίζει το stress ως μια απαιτητική κατάσταση του περιβάλλοντος που παρουσιάζεται και το άτομο προκειμένου να ανταπεξέλθει στην κατάσταση αυτή, θα πρέπει να αντιδράσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο.¹⁸⁵ Το στρες είναι μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία που προκαλείται όταν ένα στρεσογόνο ερέθισμα, δημιουργεί την αντίληψη μιας απειλητικής κατάστασης, προκαλώντας άγχος στο άτομο.

Ο Spielberger διακρίνει το άγχος σε 2 κατηγορίες:

Περιστασιακό άγχος (State anxiety):

Αναφέρεται στην αντίδραση του ατόμου απέναντι σε μια συγκεκριμένη απειλητική για αυτόν κατάσταση, με διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος στα υποκειμενικά, αλλά αντιλαμβανόμενα συνειδητά αισθήματα έντασης και ανησυχίας.

Χαρακτηριστικό άγχος (Trait anxiety)

Το άτομο χαρακτηρίζεται από την προδιάθεση να αντιλαμβάνεται και να αντιδρά σε ένα πλήθος μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές, διακατέχοντας από υψηλά επίπεδα περιστασιακού άγχους.¹⁸⁶

Ο Freud χρησιμοποιεί τον όρο *άγχος- σήμα* για την περιγραφή του άγχους που δεν αναγνωρίζεται συνειδητά, αλλά πυροδοτεί μηχανισμούς άμυνας τους οποίους χρησιμοποιεί το άτομο προκειμένου να αντεπεξέλθει σε δυνητικά απειλητικές καταστάσεις για την ζωή του.¹⁸⁷

Πρόκληση του Άγχους

Τα ερεθίσματα που προκαλούν άγχος ανήκουν σε 4 κατηγορίες:

1. φυσικά, που έχουν συνήθως αρνητικό ψυχολογικό αντίκτυπο
2. ψυχολογικά, που προκαλούν μεταβολές της συμπεριφοράς,
3. κοινωνικά, αντανακλούν μια διαταραγμένη σχέση μεταξύ των ατόμων,
4. αυτά που μεταβάλλουν την καρδιαγγειακή και μεταβολική ομοιόσταση,

Τα ερεθίσματα διακρίνονται σε οξεία και χρόνια, ενώ, ακόμα, διαφέρουν και ως προς την ένταση τους.^{188,189}

Άγχος και συνέπειες

Το άγχος είναι ικανό να εμφανίσει πληθώρα συναισθηματικών και σωματικών αντιδράσεων καθώς και αντιδράσεις συμπεριφοράς.

1. Αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η δράση των φαγοκυττάρων και των λεμφοκυττάρων.
2. Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης έχει ως συνέπεια την αύξηση της πίεσης και της τριβής στα τοιχώματα των αρτηριών.
3. Αύξηση των επιπέδων επινεφρίνης, μείωση των επιπέδων των βοηθητικών T-κυττάρων και αύξηση των επιπέδων των κατασταλτικών T-κυττάρων.
4. Η μείωση των επιπέδων της ανοσοσφαιρίνης A, αποτελεί ένδειξη της μειωμένης ανοσοποιητικής λειτουργίας.

5. ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος αποτελεί μία από τις κύριες αιτιάσεις των ασθενών στο ΤΕΠ. Εκτιμάται ότι περισσότεροι από το 70% των ασθενών στα ΤΕΠ βιώνουν πόνο. Ο πόνος υποθεραπεύεται, αν και που ενθαρρύνεται η επιθετική πρόωμη αναλγησία προκειμένου να αποτραπεί ο φαύλος κύκλος ‘πόνος, άγχος, περισσότερος πόνος’ και οι παθοφυσιολογικές επιπτώσεις του.

Οι Melzack & Casey, (1968) πρότειναν ότι υπάρχουν τρεις μεγάλες ψυχολογικές διαστάσεις του πόνου:¹⁹⁰

- ο αισθητηριακή διακριτική,
- ο συναισθηματική-προτρεπτική,
- ο αξιολογική-γνωστική.

Αυτές οι τρεις κατηγορίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ώστε να μπορούν να παρέχουν ποσοτικές και ποιοτικές πληροφορίες σχετικά με τα συστατικά του πόνου. Πάνω σε αυτές τις τρεις διαστάσεις βασίστηκε η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου, The McGill Pain Questionnaire.

Ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (The McGill Pain Questionnaire): συνίσταται σε κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν το πώς ένας ασθενής αισθάνεται τον πόνο, δείχνει ότι ο πόνος αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, παρέχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση πόνου και χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.⁴⁰ Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το ερωτηματολόγιο MPQ είναι ένα έγκυρο, αντικειμενικό και αξιόπιστο όργανο,¹⁹¹ που προσφέρει μια μεθοδολογική προσέγγιση για την αξιολόγηση των αισθητικών και συναισθηματικών συστατικών του πόνου.¹⁹² Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές ερευνητικές μελέτες. Αποτελεί ένα από τις πιο ευρέως διαδεδομένες δοκιμασίες για την αξιολόγηση του πόνου και έχει εφαρμοστεί στη διάγνωση και στην έρευνα για μια μεγάλη ποικιλία ασθενών με προβλήματα πόνου. Έχει μεταφραστεί με επιτυχία σε πολλές γλώσσες : Ολλανδικά,¹⁹³ Γερμανικά,^{194,195} Γαλλικά,¹⁹⁶ Μεξικάνικα,¹⁹⁷ Σουηδικά,¹⁹⁸ .Νορβηγικά,^{199,200} Στην ελληνική γλώσσα το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί από (Mystakidou et al., 2004).²⁰¹

6. ΤΕΠ

6.1 Ορισμός ΤΕΠ

Ανά τον κόσμο τα περισσότερα από τα νοσηλευτικά ιδρύματα δημόσια και ιδιωτικά διαθέτουν αυτόνομα και αυτοτελή ειδικά εξοπλισμένους και διαμορφωμένους χώρους, με μόνιμο εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, για την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών που χρήζουν άμεσης και ειδικής φροντίδας και νοσηλείας τα οποία λειτουργούν σε καθημερινή και 24ωρη βάση. Σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 5 του ν. 2889/2001, σύμφωνα με τον Οργανισμό του κάθε Νοσοκομείου του οποίου η δυναμικότητα ξεπερνά τις 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ως διατομεακό τμήμα), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Συμπληρωματικά για την εφαρμογή της παραπάνω διάταξης εκδόθηκε η αριθμ. Υ4α/οικ.4472, η οποία

ρυθμίζει τη λειτουργία και οργάνωση των ΤΕΠ. (Νόμος 2889/2001, άρθρο 6, παρ. 5).²⁰²

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM), το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση & αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξεία προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό».²⁰³

Σύμφωνα με το Αυστραλιανό Κολλέγιο Επείγουσας Ιατρικής το ΤΕΠ είναι ένα τμήμα του νοσοκομείου που οργανώνεται και διοικείται με τρόπο ώστε να παρέχει άμεσα την οξεία και επείγουσα φροντίδα, όταν παρουσιαστεί η ανάγκη στα άτομα της κοινότητας.²⁰⁴

Ένα μεγάλο ποσοστό περιστατικών που επισκέπτονται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών που κυμαίνεται από 20% έως 60% δεν ανήκει στα επείγοντα περιστατικά αλλά αφορά κυρίως, έκτακτα, τακτικά ή χρόνια.²⁰⁵

6.2 Λειτουργία ΤΕΠ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ιδρύθηκε με στόχο την άμεση, γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων που θέτουν την ανθρώπινη ζωή σε κίνδυνο. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών είναι ζήτημα υψίστης σημασίας για την αξιοπιστία του κάθε συστήματος υγείας. Το ΤΕΠ λειτουργεί ως «φίλτρο», προλαμβάνοντας τις άσκοπες εισαγωγές που επιβάρυναν κατά πολύ τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων.²⁰⁶ Στην Αμερική, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (EDS) βρίσκονται σε κρίση, λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των ασθενών.²⁰⁷ Είναι τόσοσ ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών, που λόγω υπερπληθυσμού δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν στα τμήματα επειγόντων από το υπάρχον προσωπικό.^{207,208}

6.3 Επείγον

Σύμφωνα με την ετυμολογία η λέξη «επείγον», είναι ουσιαστικοποιημένο ουδέτερο της μετοχής ενεστώτα επείγων, του ρήματος επείγω. Επείγει, όταν πρέπει να αντιμετωπιστεί γρήγορα, άμεσα, χωρίς καθυστέρηση, όσο πιο γρήγορα γίνεται. Επείγον περιστατικό αποτελεί κάθε ασθενής ο οποίος αντιμετωπίζει μία επείγουσα κατάσταση της υγείας του, η οποία είναι απειλητική για τη ζωή του και απαιτεί γρήγορη εκτίμηση και άμεση αντιμετώπιση μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί το χώρο του νοσοκομείου για την αντιμετώπιση απειλητικών ή δυνητικά απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή του ατόμου. Καταστάσεις που μπορούν να χαρακτηριστούν ως επείγουσες χαρακτηρίζονται:²⁰⁶

- Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Καρδιοαναπνευστική ανακοπή
- Σοβαρή-παρατεινόμενη καρδιακή αρρυθμία
- Οξείες λοιμώξεις αναπνευστικού, κ.α.
- Οξεία αναπνευστική δυσχέρεια
- Οξεία κρίση άσθματος
- Τροχαία ατυχήματα
- Πολυτραυματίες
- Τραύματα έως δύο ημέρες μετά το τραυματισμό
- Πνευμοθώρακας (υπό τάση –τραυματικός)
- Πόνος που δεν υποχωρεί με τα αναλγητικά
- Μαζική- ακατάσχετη αιμορραγία γαστρεντερικού
- Υπογλυκαιμικό κώμα
- Μεταβολές του επιπέδου συνείδησης
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Ψυχιατρικές διαταραχές (εισαγγελικά)
- Δηλητηριάσεις
- Λοιπές οξείες καταστάσεις και παθήσεις.

6.4 Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (MBN)

Οι Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας (MBN), δεν υπήρχαν στα πρώτα ΤΕΠ. Αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1970 ως αποτέλεσμα των αναγκών ολιγόωρης παρακολούθησης και νοσηλείας των ασθενών του ΤΕΠ. Η παρουσία των ιατρών με ειδικευση στην επείγουσα ιατρική, στα νοσοκομεία βοήθησε στη στελέχωση και λειτουργία των MBN.²⁰⁹ Η MBN περιγράφεται στις ΗΠΑ και στο Ην. Βασίλειο ως Observation Unit = Μονάδα Βραχείας Παρακολούθησης, Holding Unit = Μονάδα Βραχείας Παραμονής, και Clinical Decision Unit = Μονάδα Κλινικής Διερεύνησης Περιστατικών.²⁰⁶ Σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2889/2001 ο ασθενής « .. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο αναγκαίο για την περίπτωσή του τμήμα...»²¹⁰ Ο αριθμός κλινών στη MBN καθορίζεται ανάλογα με το λειτουργικό μέγεθος του ΤΕΠ, την ημερήσια κίνηση των ασθενών σε αυτό, τις εισαγωγές που προέρχονται από το ΤΕΠ και διαφοροποιούνται ανάλογα με τον αριθμό του απασχολούμενου εργατικού δυναμικού, ιατρικού – νοσηλευτικού καθώς εξαρτάται οικονομικά από τους διαθέσιμους πόρους του νοσοκομείου.

Η MBN είναι εξοπλισμένη με 4-20 ψηλά τροχήλατα κρεβάτια, για ευκολότερη διακίνηση των ασθενών προς τις διάφορες κατευθύνσεις του νοσοκομείου.²¹¹ Οι MBN εξυπηρετούν το 5% έως 10% του συνολικού όγκου των ΤΕΠ. Ο μέσος χρόνος παραμονής είναι 24 ώρες, ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών εκτιμάται στις 10 ώρες.^{209,212} Το 80% των ασθενών που παραμένουν στη MBN μπορούν να εξέλθουν με ασφάλεια στο σπίτι τους ενώ οι υπόλοιποι απαιτείται να παραμείνουν εντός του νοσοκομείου για την παροχή θεραπευτικής αγωγής και νοσηλείας.^{213,212} Στη βιβλιογραφία αναφέρονται οι πολύτιμες υπηρεσίες των MBN, για τις χώρες που τις εφήρμοσαν.^{214,215,216,217} Κυρίως δρούν αποτρεπτικά προς την συμφόρηση και την αποδιοργάνωση των Τμημάτων, των διαφόρων ειδικοτήτων, απελευθερώνοντας σημαντικά τους γιατρούς από το δίλημμα και τον φόβο μιας λανθασμένης εκτίμησης.²¹⁸

6.4.1 Πλεονεκτήματα από τη λειτουργία της MBN

Τα πλεονεκτήματα από τη λειτουργία της MBN είναι:

- Φιλτράρισμα των εισαγωγών ασθενών στο νοσοκομείο [gatekeeper]. Βάση της βιβλιογραφίας φαίνεται να αποφεύγονται οι δαπανηρές εισαγωγές στο νοσοκομείο.^{219,220,221,222}
- Μείωση του κόστους νοσηλείας. Αναφέρεται ότι εξοικονομούνται από 1.000 έως 3.000 δολάρια για κάθε ασθενή στις ΗΠΑ²⁰⁹
- Βελτίωση των εκβάσεων με την αποτελεσματικότερη διάγνωση
- Βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σε σχέση με την φροντίδα που λαμβάνουν ενδονοσοκομειακά, αφού αποφεύγουν τη δυσάρεστη εμπειρία της εισαγωγής στο νοσοκομείο και επιστρέφουν σύντομα στο σπίτι τους.^{223,224}
- Μείωση της έκθεσης του ασθενούς στους κινδύνους που απορρέουν από την ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, φυσική απορύθμιση του ασθενή, καθώς και λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή αναφέρονται ως κίνδυνοι εντός του νοσοκομείου.²²⁵

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των χειρουργικών ασθενών που νοσηλεύονται στη MBN και η συσχέτισή της με τα επίπεδα άγχους και πόνου. Στόχος είναι οι παραπάνω παράμετροι να μελετηθούν ως κριτήρια της ποιότητας των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών στη MBN. Παράλληλα αξιολογήθηκε και η ποιότητα ζωής των ασθενών που προσήλθαν στο ΤΕΠ.

Υλικό και μέθοδοι

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 302 διαδοχικοί ασθενείς συνολικά που νοσηλεύτηκαν στην MBN κατά τη διάρκεια ενός εξαμήνου. Οι ασθενείς ήταν όλοι τραυματίες ποικίλης αιτιολογίας, μιλούσαν ικανοποιητικά ελληνικά και δεν έπασχαν από άνοια.

Το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το SERVQUAL, τροποποιημένο ώστε να αναφέρεται στις νοσοκομειακές υποδομές και το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με την προσθήκη κάποιων ερωτήσεων που αναφέρονται σε δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.²²⁶ Οι 5 πιο αντιπροσωπευτικές διαστάσεις για το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών SERVQUAL είναι κατά σειρά σημαντικότητας :

- **Η Αξιοπιστία (Reliability)** - το να κάνουν αυτό που λένε ότι θα κάνουν, στην ώρα τους και συγκεκριμένα.
- **Η Ανταπόκριση (Responsiveness)** - η θέληση για παροχή βοήθειας και η ανταπόκριση σε συγκεκριμένες απαιτήσεις
- **Η Ασφάλεια (Assurance)** - η κατοχή των απαιτούμενων ικανοτήτων για την παροχή της υπηρεσίας καθώς και μετάδοση της εμπιστοσύνης.
- **Κατανόηση (Empathy)**-δείχνει την κατανόηση των αναγκών των πελατών και την παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας
- **Απτή διάσταση (Tangibility)**-περιλαμβάνει φυσική εμφάνιση των ατόμων και των εγκαταστάσεων

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα κρίσιμο δείκτη της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Συνδέεται τόσο με τη νοσηλευτική φροντίδα όσο και με το οργανωτικό περιβάλλον. Η ικανοποίηση των ασθενών από

την φροντίδα που λαμβάνουν αποτελεί κριτήριο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη πίστη στις υπηρεσίες υγείας και τη στάση των χρηστών υγείας απέναντι στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.^{227,228}

Η εκτίμηση της επίπτωσης ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών έγινε με τη χρήση της «Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Η κλίμακα HADS αποτελεί ένα εύχρηστο εργαλείο για τη διερεύνηση της ψυχικής κατάστασης νοσηλευόμενων ασθενών. Με την κλίμακα αυτή γίνεται εκτίμηση των δύο συχνότερων ψυχικών διαταραχών που αναπτύσσονται σε νοσοκομειακούς ασθενείς, του άγχους και της κατάθλιψης.^{229,201} Η κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 14 ερωτήματα από τα οποία 7 αφορούν την εκτίμηση της ανάπτυξης αγχώδους διαταραχής και τα υπόλοιπα 7 την εκτίμηση της κατάθλιψης. Το κάθε υποερώτημα περιλαμβάνει 4 επιλογές οι οποίες βαθμολογούνται από 0-3. Το συνολικό αποτέλεσμα που προκύπτει για την κάθε διαταραχή ξεχωριστά μπορεί να κυμαίνεται από 0-21. Σαν παθολογική προτείνεται να χαρακτηρίζονται οι περιπτώσεις ασθενών τα ερωτηματολόγια των οποίων αποδίδουν βαθμολογία >11, ενώ συνολικό αποτέλεσμα <7 θεωρείται ως μη παθολογικό. Αποτέλεσμα 8-10 κατατάσσεται σαν αμφίβολη περίπτωση. Η κλίμακα HADS έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου από τους Mystakidou et al, το 2004.²⁰¹ Επίσης, ικανοποιητικά αποτελέσματα αξιοπιστίας και εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας βρέθηκαν και από τους Michopoulos et al (2008), όταν η κλίμακα εφαρμόστηκε σε ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων.²³⁰ Η HADS είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης που αναπτύχθηκε ειδικά για ιατρική εσωτερική αξιολόγηση των ασθενών με ηπιότερες μορφές άγχους και της κατάθλιψης, οι οποίες είναι πιο συχνές.²³¹ Ο Herrmann, 1997, αναφέρει ότι η HADS έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί με αξιοπιστία και εγκυρότητα σε περισσότερες από 25 χώρες.²³²

Τα λήμματα που διερευνούν την κατάθλιψη δεν περιλαμβάνουν ερωτήσεις για τα σωματικά συμπτώματα, όπως η αϋπνία και η ελάττωση του βάρους, τα οποία μπορεί να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα της κλίμακας. Η HADS θεωρείται από την διεθνή επιστημονική κοινότητα, ως ένα από τα καλύτερα διαθέσιμα μέτρα μέτρησης της κατάθλιψης και του άγχους, για τον έλεγχο και την αξιολόγηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων.

Ερωτηματολόγιο EQ-5D

Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο EQ-5D μελετά τις διαστάσεις ποιότητας:

Οι διαστάσεις προσδιορίζουν:

- τη φυσική (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, πόνος-δυσφορία),
- την κοινωνική (καθημερινές δραστηριότητες, λειτουργικότητα),
- τη συναισθηματική-ψυχική (άγχος-κατάθλιψη).^{40,233}

Αποτελείται από 5 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν μία κατάσταση υγείας σε 5 διαστάσεις της ΣΥΠΖ :

- 1. Κινητικότητα**
- 2. Αυτοεξυπηρέτηση**
- 3. Εκτέλεση των Συνηθισμένων Δραστηριοτήτων**
- 4. Πόνος και Δυσφορία**
- 5. Άγχος και Κατάθλιψη.**

Η βαθμολογία της κάθε ενότητας κυμαίνεται από 0-1 σε ακέραιους αριθμούς. Κάθε διάσταση εκτιμάται μέσω 3 επιπέδων-πιθανών απαντήσεων που διαβαθμίζουν το επίπεδο λειτουργικότητας, επίπεδα (κανένα, μερικό, σημαντικό πρόβλημα). Οι 5 διαστάσεις με τα 3 επίπεδα πιθανώς απαντήσεων για την κάθε μια, (στις οποίες μπορούν να προστεθούν δύο ακόμη-ο θάνατος και η απώλεια αισθήσεων), δημιουργούν ένα σύνολο $3^5=243$ διαφορετικών καταστάσεων υγείας (health profiles) που κωδικοποιείται με τα 5 ψηφία ακολουθίας των αριθμών 1,2 και 3 των απαντήσεων. Έτσι, 12213 είναι η κατάσταση υγείας στην οποία ο ερωτώμενος αναφέρει ότι δεν έχει προβλήματα κινητικότητας, έχει μέτρια προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και μέτρια προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητές του, δεν αισθάνεται πόνο ή δυσφορία και αισθάνεται έντονο άγχος ή κατάθλιψη. Η έκτη ερώτηση που περιέχεται στο ερωτηματολόγιο διερευνά τη σημερινή κατάσταση υγείας σε σχέση με την κατάσταση υγείας ένα χρόνο πριν, όπως αυτή εκτιμάται από τον ερωτώμενο. Όσο μεγαλύτερο είναι το αποτέλεσμα, τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής.

Η αξιολόγηση του πόνου έγινε με την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) και με το ερωτηματολόγιο McGill. Η VAS είναι μια οριζόντια κλίμακα μήκους 100mm, στην οποία το 0 αντιστοιχεί σε καθόλου πόνο και το 100 στο χειρότερο δυνατό. Ο ασθενής καλείται ανάλογα με το αίσθημα του να επιλέξει ένα ψηφίο το οποίο αντιστοιχεί

στην ένταση του πόνου. Το ερωτηματολόγιο McGill αποτελείται από κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν:

- πώς ένας ασθενής αισθάνεται τον πόνο,
- αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής,
- παρέχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα για τη μέτρηση πόνου.

Η βαθμολογία δίνεται σε 5-βαθμη κλίμακα Likert.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς, παρουσία του ερευνητή. Οι ασθενείς ρωτήθηκαν με ξεχωριστή ερώτηση για τη συνολική τους ικανοποίηση από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Οι απαντήσεις ήταν βαθμονομημένες σε 5βαθμη κλίμακα Likert. Άδεια για τη μελέτη δόθηκε από την επιτροπή βιοηθικής του ΠΠΓΝΛ. Ακολούθησε επαναξιολόγηση (Follow –up) 50 των ασθενών μετά την έξοδό τους από τη MBN, με την κλίμακα VAS. Οι 50 ασθενείς ήταν εκείνοι που δέχτηκαν να συμμετάσχουν και στην επαναξιολόγηση και επελέγησαν αντιπροσωπευτικά από το σύνολο του δείγματος, προς αναλογία με τις χειρουργικές κλινικές.

Ερωτηματολόγιο CASC

Το ερωτηματολόγιο για τη «Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία» (Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care- CASC) (CASC-G) αναπτύχθηκε από τους Brédart και συν. (1998, 1999)^{234,235,236} και έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί σε ογκολογικούς ασθενείς στην Ιταλία, Γαλλία, Πολωνία, Σουηδία (Brédart και συν. 2001),^{237,238} αλλά και στην Ελλάδα από τους (Kritsotakis et al. 2009).²³⁹ Πρόκειται για ένα πρακτικό εργαλείο για την αξιόπιστη αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών. Το CASC αποτελείται από 61 ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν την ιατρική, τη νοσηλευτική και την οργανωτική-διοικητική διάσταση της φροντίδας. Στις οδηγίες που δίνονται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αναφέρεται ότι οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και δεν πρόκειται να κοινοποιηθούν μεμονωμένα στο προσωπικό της κλινικής. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert (από 1 = κακό έως 5 = άριστο), εκτός από την τελευταία ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση, που αξιολογείται από μια 10βάθμια κλίμακα. Υπάρχουν, επίσης, 5 δηλώσεις για το σύνολο της εμπειρίας της νοσηλείας στις οποίες οι δυνατότητες απάντησης είναι από 1 = διαφωνώ απόλυτα έως 5 = συμφωνώ απόλυτα. Για κάθε διάσταση της νοσηλείας

υπολογίζεται μια συνολική τιμή ή ο μέσος όρος, που προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις της κάθε υποκλίμακας. Η συνολική βαθμολογία αντιπροσωπεύει το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο υψηλό είναι αυτό το επίπεδο.

Στατιστική ανάλυση

Περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές μέθοδοι ANOVA με post hoc ανάλυση (δοκιμασία Bonferroni) και Student's t-test, καθώς και οι συσχετίσεις κατά Spearman. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Για την γραφική απεικόνιση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν θεκογράμματα (box-plot). Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

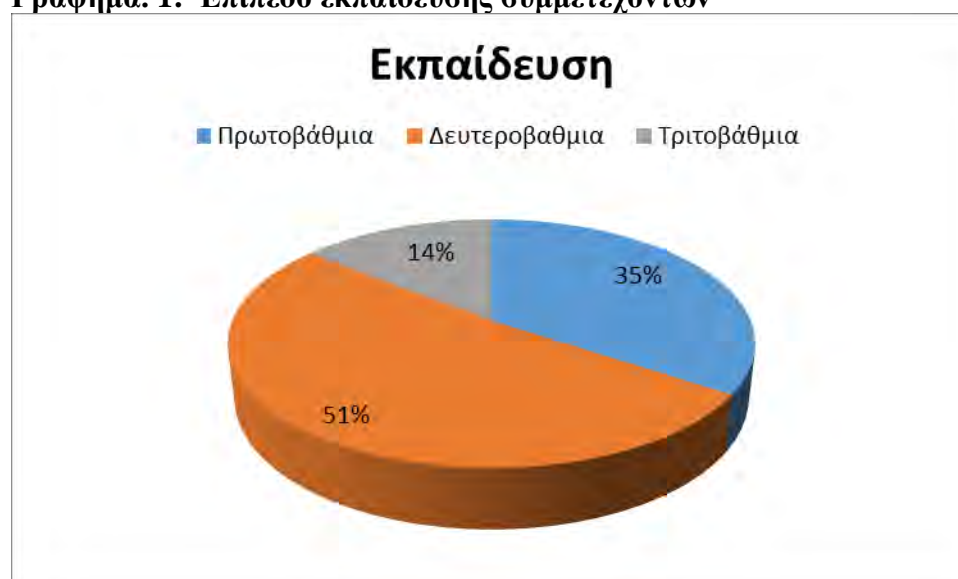
Στη μελέτη συμμετείχαν 198 άνδρες ηλικίας $49,3\pm 25,39$ ετών και 104 γυναίκες ηλικίας $56,78\pm 20,58$ ετών, σύνολο 302 άτομα. Δεκαοχτώ άτομα (6%) ήταν ανασφάλιστοι. Η πλειονότητα των ασθενών αφορούσε σε ορθοπαιδικά και νευροχειρουργικά συμβάματα (αθροιστικά 56,3%) και αναλυτικά η κατανομή των ασθενών ανά χειρουργική κατηγορία είχε ως εξής : 20 θωρακοχειρουργικοί ασθενείς, 44 που χρειάζονταν θωρακοχειρουργική εκτίμηση, 64 χειρουργικοί ασθενείς, 81 νευροχειρουργικοί ασθενείς, 89 ορθοπαιδικοί ασθενείς και 4 ωτορινολαρυγγολογικοί ασθενείς (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και κατηγοριοποίηση ασθενών

	N	%
<i>Φύλο</i>		
Άνδρες	198	65,6
Γυναίκες	104	34,4
Σύνολο	302	100,0
<i>Ασφαλιστική κάλυψη</i>		
ΝΑΙ	284	94,0
ΟΧΙ	18	6,0
Σύνολο	302	100,0
<i>Κατηγορίες χειρουργικών ασθενών</i>		
Θωρακοχειρουργικοί	20	6,6
Προς θωρακοχειρουργική εκτίμηση	44	14,6
Χειρουργικοί	64	21,2
Νευροχειρουργικοί	81	26,8
Ορθοπαιδικοί	89	29,5
Ωτορινολαρυγγολογικοί	4	1,3
Σύνολο	302	100,0

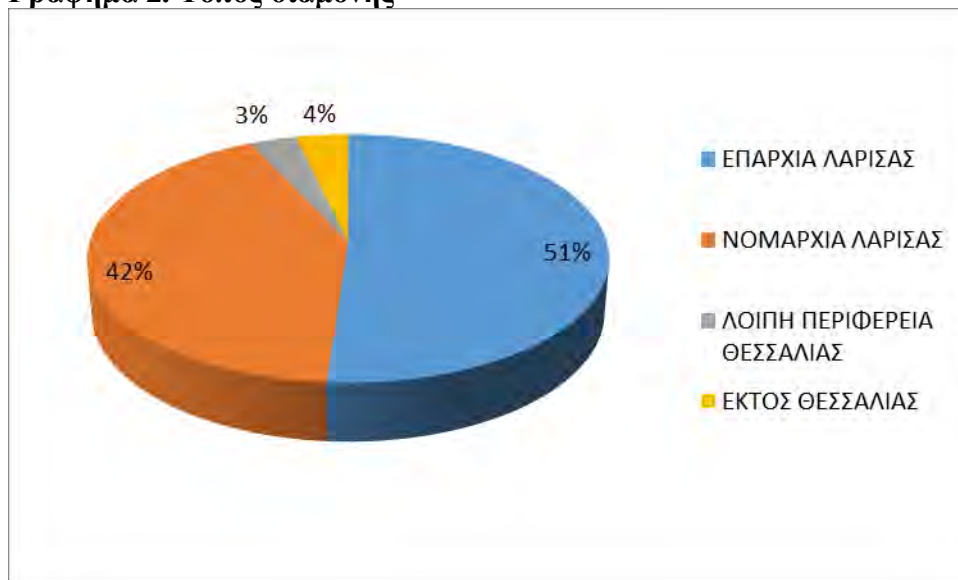
Το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων: το 51% ήταν Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 35% πρωτοβάθμιας και το 14% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. (γράφημα 1).

Γράφημα. 1: Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων



Τόπος διαμονής των συμμετεχόντων: το 51% των συμμετεχόντων ήταν κάτοικοι της επαρχίας Λάρισας, το 42% κατοικούσε εντός της Νομαρχίας Λάρισας, το 3% προερχόταν από τη Λοιπή Περιφέρεια Θεσσαλίας, ενώ το 4% προερχόταν από περιοχές εκτός Θεσσαλίας. (γράφημα 2)

Γράφημα 2. Τόπος διαμονής



Η μέση ικανοποίηση των ασθενών ήταν ίση ή υψηλότερη του 6 στην επτάβαθμη κλίμακα Likert σε όλες τις εξεταζόμενες διαστάσεις. Οι υψηλότερες τιμές σημειώθηκαν στην υποκλίμακα της αξιοπιστίας και της ανταπόκρισης ($6,49 \pm 0,46$ και $6,50 \pm 0,44$ αντίστοιχα). Η μέση τιμή του άγχους ($7,67 \pm 2,90$) ήταν υψηλότερη του ορίου 7 για τη φυσιολογική τιμή, ενώ στην περίπτωση της κατάθλιψης ήταν εντός φυσιολογικών ορίων ($5,00 \pm 2,98$). Η αξιολόγηση του πόνου στην κλίμακα VAS έδειξε μέση τιμή $81,06 \pm 11,80$ (πίνακας 2). Η συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα ($4,12 \pm 0,33$ and $4,28 \pm 0,56$, αντίστοιχα), με στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ των νοσηλευτών ($p < 0,05$). Στον πίνακα 3 απεικονίζεται η εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων της μελέτης.

Πίνακας 2. Ικανοποίηση και ψυχολογικές παράμετροι στους ασθενείς της μελέτης

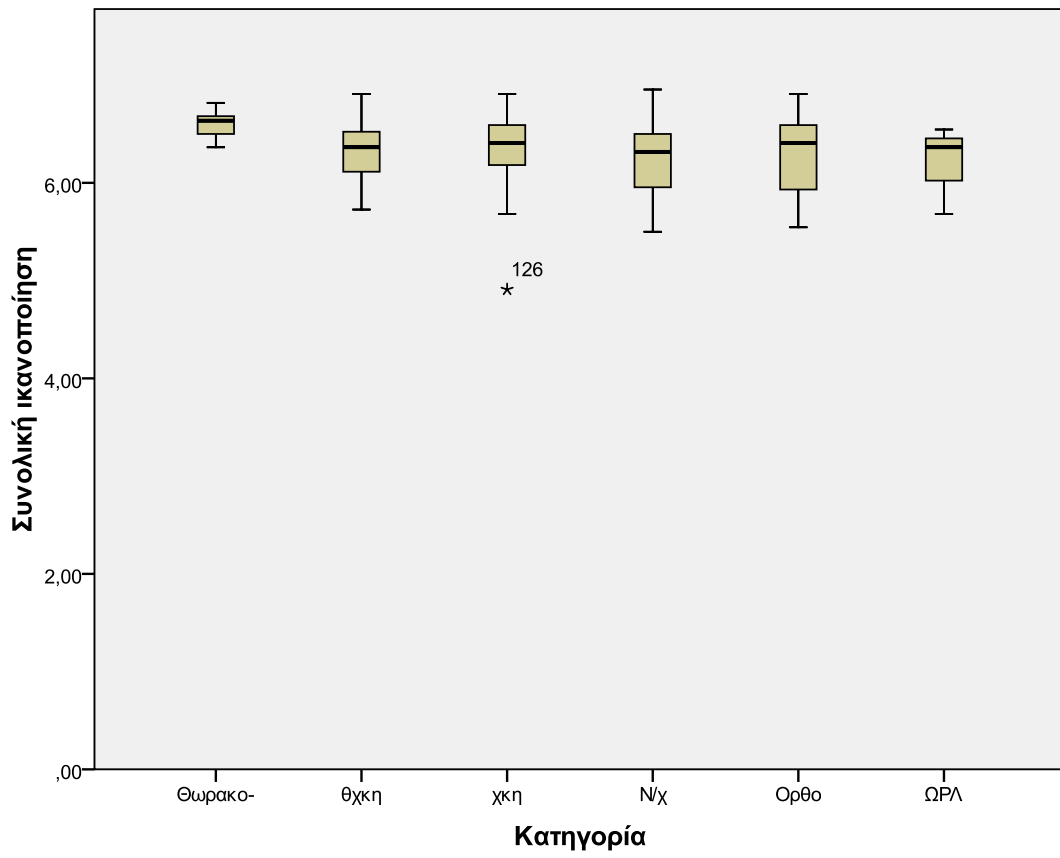
	ΜΤ±ΤΑ
<i>Πόνος</i>	
VAS	81,06±11,80
<i>Ψυχολογικές παράμετροι</i>	
Άγχος	7,67±2,90
Κατάθλιψη	5,00±2,98
<i>Διαστάσεις ικανοποίησης</i>	
Υλικά στοιχεία	5,99±0,30
Αξιοπιστία	6,49±0,46
Ανταπόκριση	6,50±0,44
Ασφάλεια	6,44±0,38
Ενσυναίσθηση	6,33±0,34
<i>Προσωπικό</i>	
Ιατρικό προσωπικό	4,12 ±0,33
Νοσηλευτικό	4,28 ± 0,56

Πίνακας 3. Εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων της μελέτης

Servqual	Cronbach a
Υλικά στοιχεία	0,70
Αξιοπιστία	0,80
Ανταπόκριση	0,82
Ασφάλεια	0,77
Ενσυναίσθηση	0,81
Ικανοποίηση από νοσηλεία	
Ιατρικό	0,96
Νοσηλευτικό	0,95
Άλλες υπηρεσίες	0,92
Ξενοδ.	0,87
Υποστήριξη	
Πληροφορίες και θεραπεία	0,86
Συνολική αποτίμηση	0,62
Συνολική ικανοποίηση σε Follow –up (νέα υποκλίμακα 4 ερωτήσεων)	0,98

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών των ασθενών [$F(5,296)=4,130$, $p=0,001$]. Οι Θωρακοχειρουργικοί ασθενείς είχαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τους Νευροχειρουργικούς ($6,59\pm 0,25$ έναντι $6,29\pm 0,21$, $p<0,05$) και τους Ορθοπεδικούς ασθενείς ($6,27\pm 0,37$, $p<0,05$). (γράφημα 3).

Γράφημα 3. Θηκόγραμμα ικανοποίησης για τις κατηγορίες των χειρουργικών ασθενών



Αναλυτικά οι τιμές στις εξεταζόμενες παραμέτρους ανά κατηγορία ασθενών παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

Πίνακας 4. Περιγραφική στατιστική των εξεταζόμενων παραμέτρων στους θωρακοχειρουργικούς ασθενείς

Θωρακοχειρουργικοί Ασθενείς	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
Υλικά στοιχεία	5,75	6,75	6,19	0,27
Αξιοπιστία	6,40	7,00	6,81	0,17
Ανταπόκριση	6,25	7,00	6,81	0,25
Ασφάλεια	6,50	7,00	6,65	0,15
Ενσυναίσθηση	6,00	7,00	6,50	0,25
Συνολική ικανοποίηση (Servqual)	6,36	6,82	6,60	0,12
VAS εισόδου	60,00	90,00	80,00	10,54
VAS εξόδου	30,00	80,00	57,50	12,09
McGILL	1,00	3,00	2,55	0,69
Άγχος	6,00	17,00	9,05	2,91
Κατάθλιψη	3,00	14,00	6,60	2,60
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση				

Πίνακας 5. Περιγραφική στατιστική των εξεταζόμενων παραμέτρων στους ασθενείς προς Θωρακοχειρουργική εκτίμηση

Ασθενείς προς Θ/Χ εκτίμηση		Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
	Υλικά στοιχεία	4,75	6,75	5,93	0,39
	Αξιοπιστία	5,80	7,00	6,44	0,37
	Ανταπόκριση	5,75	7,00	6,53	0,38
	Ασφάλεια	5,75	7,00	6,51	0,34
	Ενσυναίσθηση	5,00	7,00	6,18	0,47
	Συνολική ικανοποίηση (Servqual)	5,73	6,91	6,32	0,29
	VAS Εισόδου	50,00	100,00	83,33	12,83
	VAS Εξόδου	30,00	100,00	63,86	15,43
	McGILL	1,00	3,00	2,23	0,64
	Άγχος	4,00	15,00	7,98	2,39
	Κατάθλιψη	1,00	15,00	5,27	2,84

Πίνακας 6 . Περιγραφική στατιστική των εξεταζόμενων παραμέτρων στους Νευροχειρουργικούς ασθενείς

Νευροχειρουργικοί Ασθενείς		Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
	Υλικά στοιχεία	4,75	7,25	6,00	0,40
	Αξιοπιστία	4,80	7,00	6,46	0,46
	Ανταπόκριση	4,75	7,00	6,47	0,44
	Ασφάλεια	5,00	7,00	6,42	0,43
	Ενσυναίσθηση	5,00	6,80	6,25	0,39
	Συνολική ικανοποίηση (Servqual)	4,91	6,91	6,32	0,36
	VAS Εισόδου	70,00	95,00	82,50	8,80
	VAS Εξόδου	40,00	90,00	72,58	14,36
	McGILL	,00	3,00	1,89	0,72
	Άγχος	2,00	13,00	7,03	2,44
	Κατάθλιψη	,00	13,00	3,76	2,37

Πίνακας 7. Περιγραφική στατιστική των εξεταζόμενων παραμέτρων στους Χειρουργικούς ασθενείς

Χειρουργικοί Ασθενείς		Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
	Υλικά στοιχεία	5,25	6,75	5,94	0,38
	Αξιοπιστία	5,20	7,00	6,36	0,46
	Ανταπόκριση	5,50	7,00	6,47	0,47
	Ασφάλεια	5,50	7,00	6,41	0,40
	Ενσυναίσθηση	5,00	7,00	6,14	0,41
	Συνολική ικανοποίηση (Servqual)	5,50	6,95	6,28	0,34
	VAS Εισόδου	60,00	90,00	80,00	10,95
	VAS Εξόδου	20,00	90,00	66,42	15,21
	McGILL	,00	3,00	1,89	0,69
	Άγχος	1,00	14,00	8,31	2,85
	Κατάθλιψη	2,00	16,00	5,73	3,01

Πίνακας 8. Περιγραφική στατιστική των εξεταζόμενων παραμέτρων στους Ορθοπαιδικούς ασθενείς

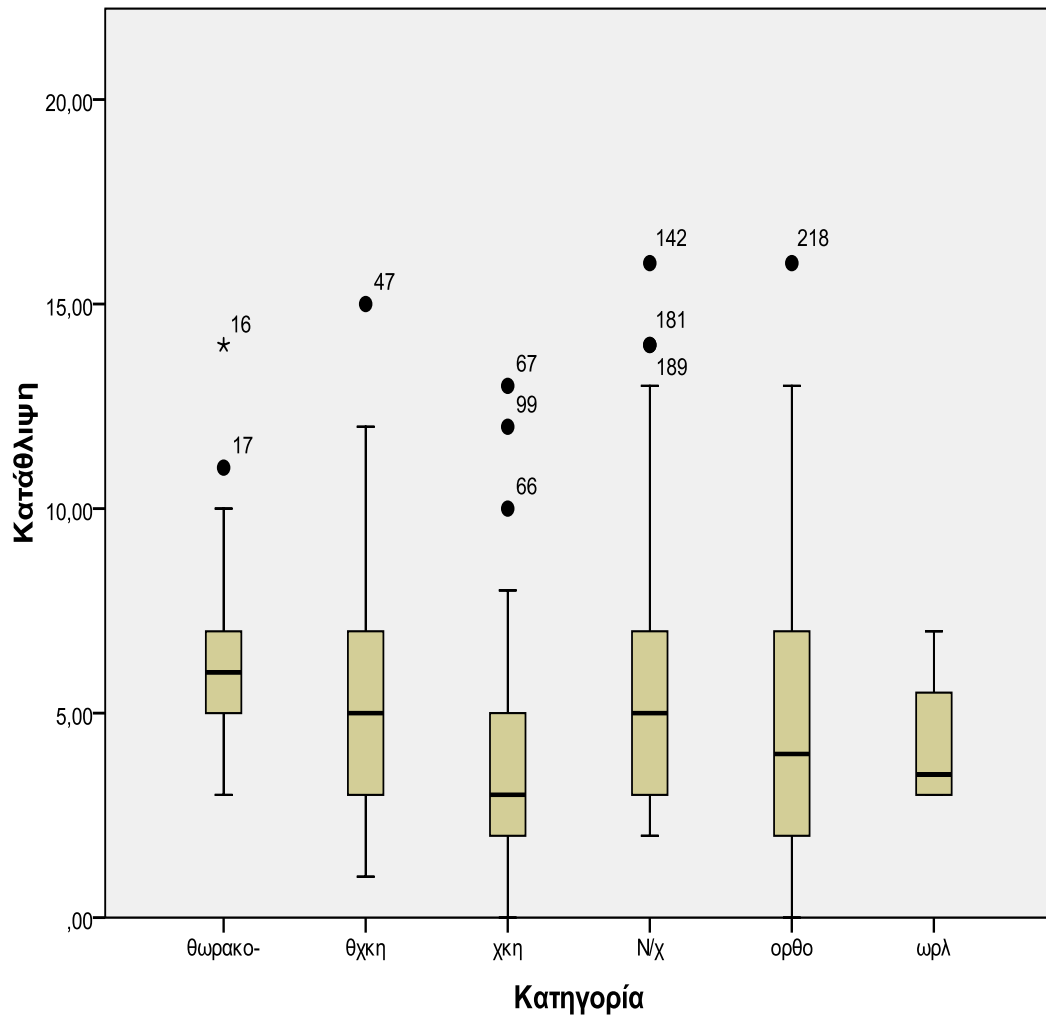
Ορθοπαιδικοί Ασθενείς		Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
	Υλικά στοιχεία	5,25	6,75	6,03	0,33
	Αξιοπιστία	5,20	7,00	6,32	0,52
	Ανταπόκριση	5,25	7,00	6,48	0,49
	Ασφάλεια	5,50	7,00	6,43	0,40
	Ενσυναίσθηση	4,80	7,00	6,18	0,48
	Συνολική ικανοποίηση (Servqual)	5,55	6,91	6,28	0,38
	VAS Εισόδου	50,00	100,00	84,64	11,38
	VAS Εξόδου	10,00	100,00	64,89	18,63
	McGILL	,00	80,00	3,04	8,29
	Άγχος	,00	17,00	7,11	3,31
	Κατάθλιψη	,00	16,00	4,74	3,20

Πίνακας 9. Περιγραφική στατιστική των εξεταζόμενων παραμέτρων στους ΩΡΛ ασθενείς

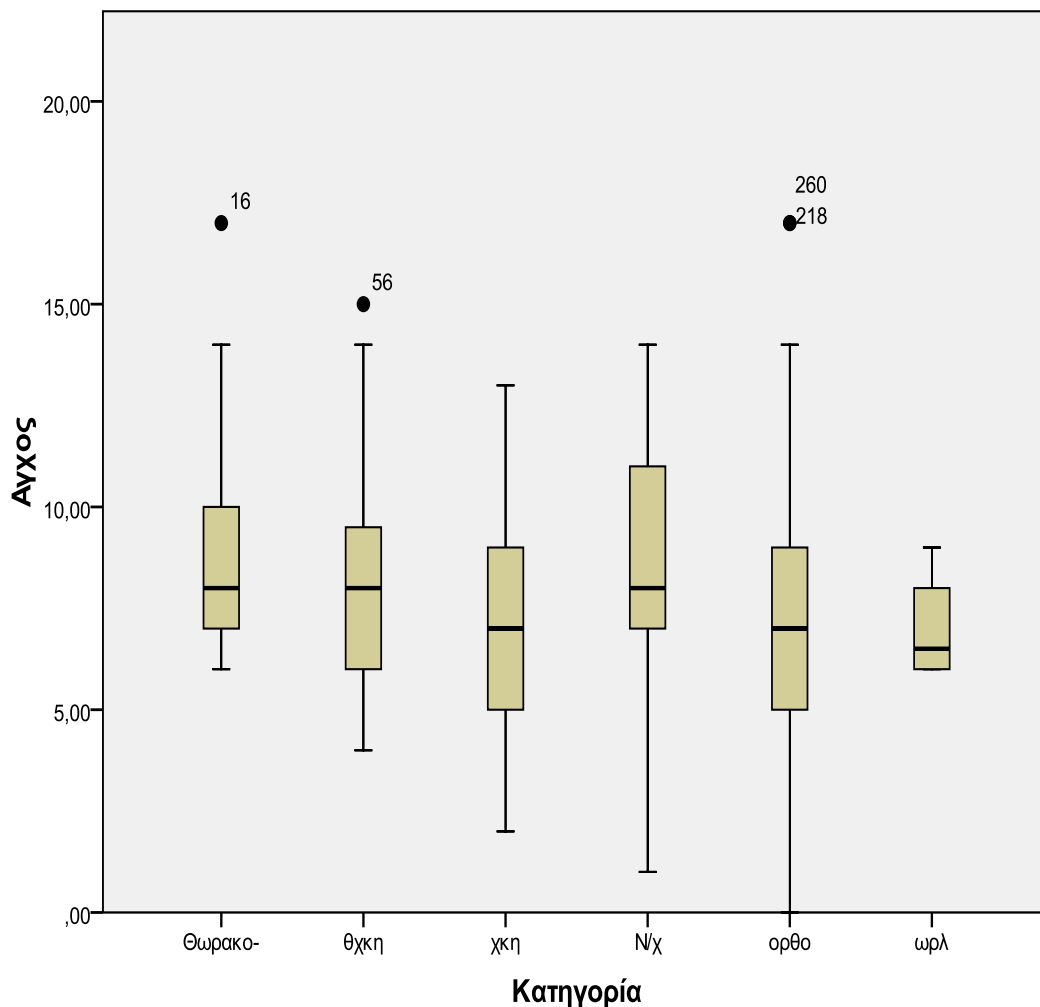
ΩΡΛ Ασθενείς	ΩΡΛ	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
Υλικά στοιχεία	4,50	6,75	5,81	0,94
Αξιοπιστία	6,20	6,80	6,55	0,25
Ανταπόκριση	6,25	6,75	6,50	0,20
Ασφάλεια	6,25	6,50	6,44	0,13
Ενσυναίσθηση	5,00	6,40	5,90	0,62
Συνολική ικανοποίηση (Servqual)	5,68	6,55	6,24	0,38
VAS Εισόδου	70,00	90,00	80,00	8,16
VAS Εξόδου				
McGILL	1,00	80,00	21,00	39,34
Άγχος	6,00	9,00	7,00	1,41
Κατάθλιψη	3,00	7,00	4,25	1,89

Αναφορικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των νευροχειρουργικών ασθενών ($3,76 \pm 2,37$) και όσων έτυχαν Θωρακοχειρουργικής εκτίμησης ($5,27 \pm 2,83$, $p < 0,001$) και Χειρουργικών ασθενών ($5,72 \pm 3,01$, $p < 0,001$). (γράφημα 4). Στην υποκλίμακα του άγχους, η κυριότερη διαφορά παρουσιάστηκε μεταξύ των Θωρακοχειρουργικών ασθενών ($9,05 \pm 2,91$) και των Νευροχειρουργικών ($7,03 \pm 2,43$) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p = 0,095$. (γράφημα 5).

Γράφημα 4. Επίπεδα κατάθλιψης ανά κατηγορία ασθενών



Γράφημα 5. Επίπεδα άγχους ανά κατηγορία ασθενών



Κατά την είσοδο τους η πλειονότητα των ασθενών εμφάνιζε σημαντική επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής τους όπως αυτή εκφράζεται μέσα από το ερωτηματολόγιο EURO- Q5, ενώ κατά την έξοδο των ασθενών, η πλειονότητα των 50 ασθενών που συμμετείχαν στην επαναξιολόγηση εμφάνιζε άριστη ποιότητα ζωής (το 48% είχε την απόλυτη ποιότητα).

Πίνακας 10. Τιμές EURO- Q5 (εισόδου –σύνολο ασθενών)

	N	%
11111	4	1,3
11112	11	30,7
11121	2	0,7
11122	22	7,2
11123	3	1,0
11132	10	3,3
11133	3	1,0
11222	107	35,4
11232	10	3,3
12131	3	1,0
12211	3	1,0
12222	12	4,0
12231	2	0,7
12232	9	3,0
13222	8	2,7
21122	7	2,3
21232	13	4,3
22222	31	10,3
22223	3	1,0
22332	10	3,3
23233	4	1,3
23332	4	1,3
32232	2	0,7
33322	11	3,6
33331	3	1,0
33332	5	1,7

Πίνακας 11. Τιμές EURO- Q5 (εισόδου –50 ασθενών παρακολούθησης)

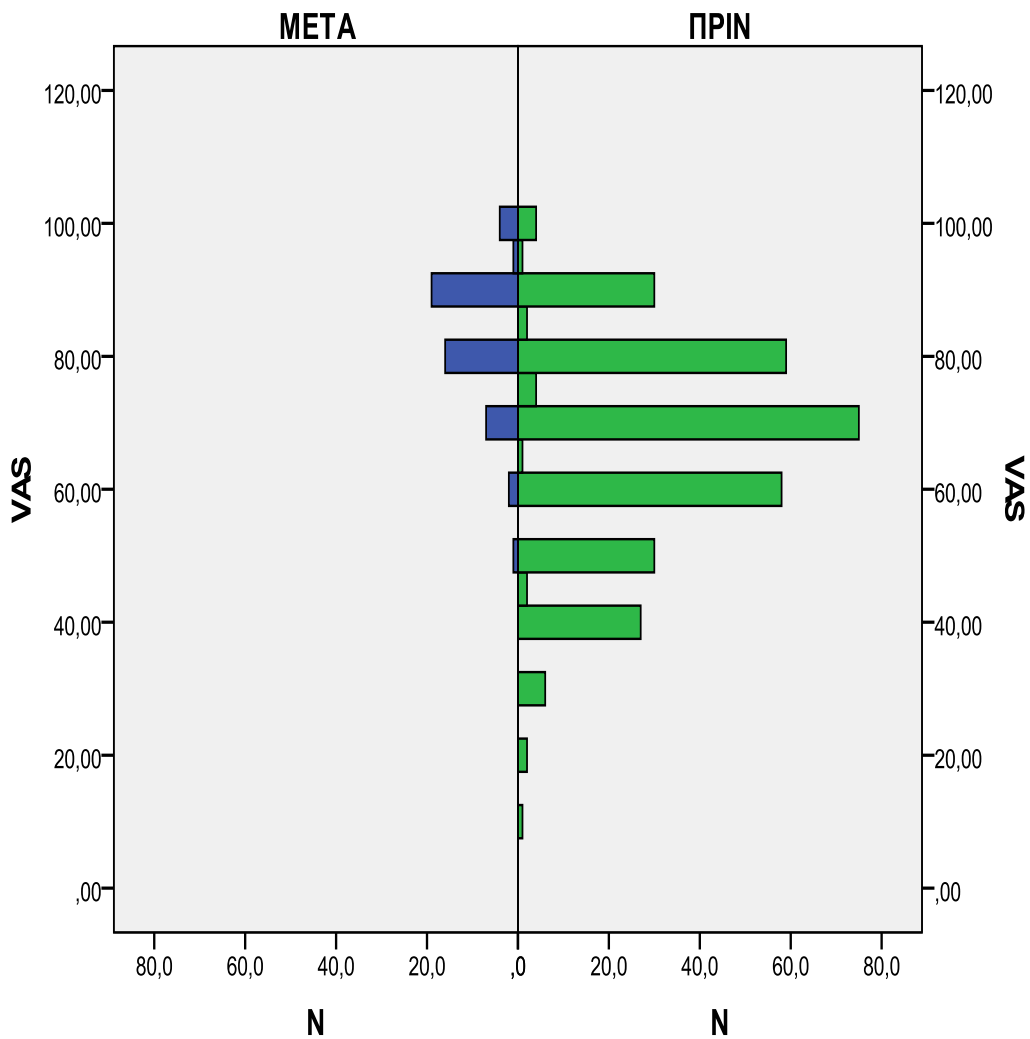
	N	%
11132	2	4.0
11232	3	6.0
12221	3	6.0
12222	5	10.0
12232	6	12.0
12233	1	2.0
21132	2	4.0
21122	4	8.0
21222	4	8.0
22122	1	2.0
22221	1	2.0
22222	3	6.0
22223	1	2.0
22332	2	4.0
23232	1	2.0
23332	1	2.0
33322	2	4.0
33331	1	2.0
Σύνολο	50	100,0

Πίνακας 12. Τιμές EURO- Q5 (εξόδου –50 ασθενών παρακολούθησης)

	N	%
11111	24	48.0
11112	3	6.0
11121	7	14.0
11121	1	2.0
11211	4	8.0
12111	1	2.0
12211	1	2.0
21111	1	2.0
21121	1	2.0
21212	3	6.0
21221	4	8.0

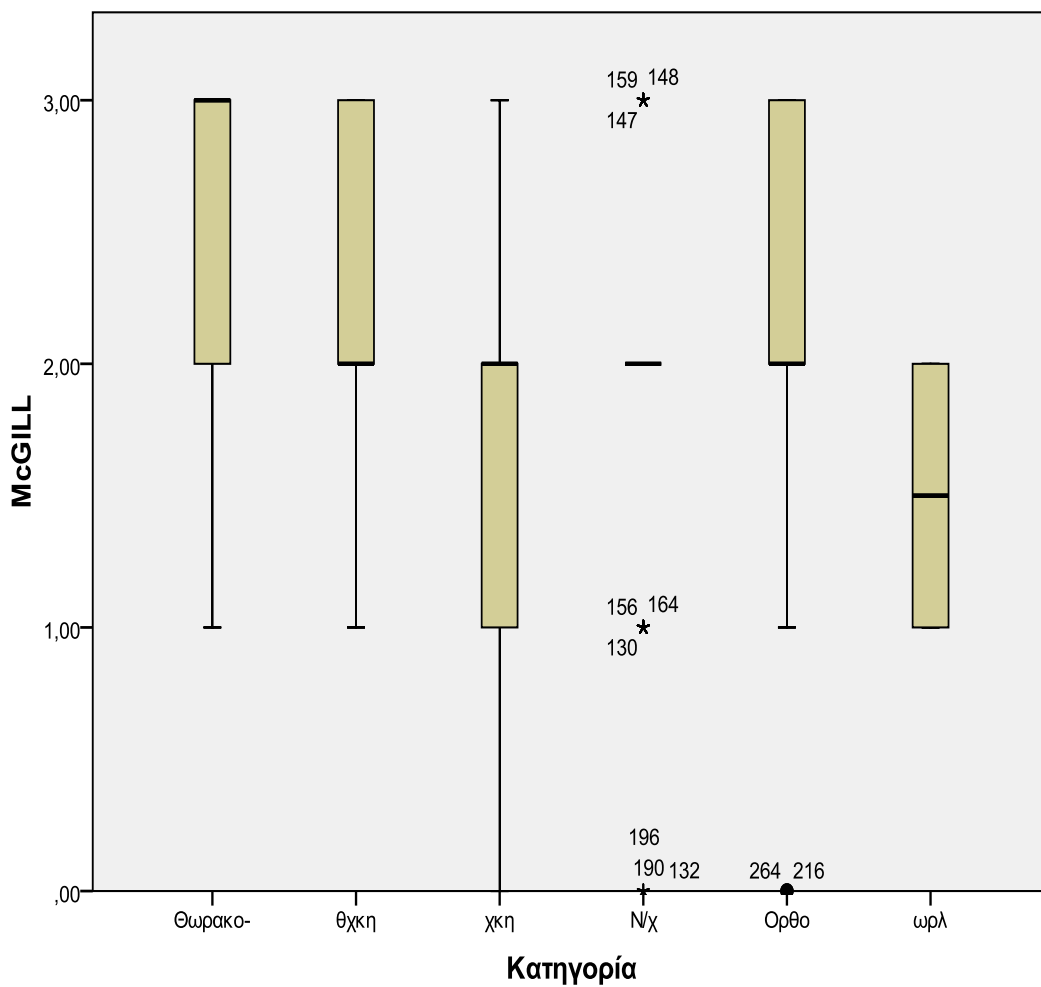
Η διαφορά στα άτομα στα άτομα που συμπλήρωσαν και την κλίμακα VAS εξόδου, σε σύγκριση με τις τιμές VAS εισόδου ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $p < 0,001$. ($82,97 \pm 11,03$ την είσοδο και $61,95 \pm 16,25$ κατά την έξοδο). (γράφημα 6)

Γράφημα 6. Τιμές στην κλίμακα VAS εισόδου –εξόδου



Στην κλίμακα McGill, στατιστικά σημαντικές διαφορές υπήρξαν μεταξύ των Θωρακοχειρουργικών ασθενών ($2,55 \pm 0,69$) και των Νευροχειρουργικών ($1,89 \pm 0,69$) και των Χειρουργικών ασθενών ($1,88 \pm 0,71$) σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας $p=0,007$ και $p=0,005$ αντίστοιχα. (γράφημα 7)

Γράφημα 7. Αξιολόγηση πόνου με το ερωτηματολόγιο McGill ανά κατηγορία ασθενών



Αναφορικά με τη συσχέτιση πόνου και άγχους, οι ασθενείς με τα υψηλότερα επίπεδα πόνου (McGill=3) διέφεραν στατιστικά σημαντικά από εκείνους κατηγορίας 2 ($p=0,007$), εμφανίζοντας τιμές άγχους στην κλίμακα HADS ίσες με $8,45\pm 3,16$ έναντι τιμών $7,19\pm 2,45$ των ασθενών με McGill=2. Στην κατάθλιψη δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. (πίνακας 13)

Πίνακας 13. Διαφορές άγχους και κατάθλιψης ανάλογα με τα επίπεδα πόνου.

<i>McGILL</i>		N	Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
0	Άγχος	6	0,00	11,00	5,33	4,18
	Κατάθλιψη	6	0,00	6,00	3,17	2,14
1	Άγχος	56	2,00	14,00	7,96	3,13
	Κατάθλιψη	56	0,00	15,00	5,13	3,47
2	Άγχος*	149	1,00	14,00	7,19	2,45
	Κατάθλιψη	149	1,00	16,00	4,81	2,62
3	Άγχος*	89	1,00	17,00	8,45	3,16
	Κατάθλιψη	89	0,00	16,00	5,37	3,22
<p>*$p=0,007$ ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση</p>						

Οι τιμές VAS εισόδου συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με το άγχος και την κατάθλιψη.

Πίνακας 14. Συσχετίσεις των κλιμάκων πόνου με τη συνολική ικανοποίηση και τις ψυχολογικές παραμέτρους.

N=50			McGILL	Άγχος	Κατάθλιψη	VAS ΕΙΣ.	VAS ΕΞ.
Spearman's rho	Ικανοποίηση	r	-0,218	0,163	0,262	-0,165	-0,038
		p	0,145	0,280	0,078	0,272	0,802
	McGILL	r		0,023	0,056	-0,173	-0,094
		p		0,875	0,701	0,229	0,515
	Άγχος	r			0,823**	0,606**	0,079
		p			<0,001	<0,001	0,587
	Κατάθλιψη	r				0,628**	0,111
		p				<0,001	0,441
	VAS ΕΙΣ.	r					-0,089
		p					0,540

*p<0,05

** p<0,01

Η συνολική ικανοποίηση συσχετίστηκε θετικά με την κατάσταση υγείας, την πληροφόρηση και την ικανοποίηση από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά και την ξενοδοχειακή υποστήριξη.

Πίνακας 15. Συσχέτιση της συνολικής ικανοποίησης με την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και τις λειτουργικές παραμέτρους της MBN

N=50, *p<0,05** p<0,01			Άγχος	Κατάθλιψη	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Άλλες υπηρεσίες	Ξενοδοχειακή υποστήριξη	Πληροφορίες και θεραπεία	Κατάσταση υγείας
S P E A R M A N' rho	Συνολική ικανοποίηση (CASC)	r	0,163	0,262	0,784*	0,750**	0,831**	0,907**	0,547**	0,645**
		p	0,280	0,078	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Άγχος	r		0,823**	0,096	0,187	0,169	0,122	0,077	0,224
		p		<0,001	0,507	0,213	0,262	0,572	0,616	0,134
	Κατάθλιψη	p			0,245	0,308*	0,294*	0,260	0,150	0,308*
		r			0,087	0,037	0,047	0,219	0,325	0,037
	Ικανοποίηση από ιατρικό προσωπικό	r				0,878**	0,855**	0,908**	0,618**	0,767**
		p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Ικανοποίηση από Νοσηλευτικό προσωπικό	r					0,814**	0,857**	0,699**	0,752**
		p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Άλλες υπηρεσίες	p						0,858**	0,544**	0,714**
		r						<0,001	<0,001	<0,001
	Ξενοδοχειακή υποστήριξη	r								0,883**
		p								<0,001

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύονται σε MBN και παράλληλα να συσχετίσει το επίπεδο ικανοποίησης με την ένταση του πόνου και την ψυχολογική τους κατάσταση, δυο ιδιαίτερα σημαντικές παραμέτρους για ασθενείς που προσέρχονται στο νοσοκομείο με επείγοντα προβλήματα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στη MBN είναι υψηλό. Οι τομείς που σχετίζονται με τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού και τις αμιγώς ιατρικές υπηρεσίες συγκεντρώνουν πολύ υψηλή βαθμολογία. Ωστόσο, οι ασθενείς ενδεχομένως να προβληματίζονται για την επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό εύρημα ότι η ένταση του πόνου συσχετίστηκε θετικά με την ικανοποίηση, όπως άλλωστε και η βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους. Υψηλότερη βαθμολογία και στις δύο κλίμακες (ήτοι περισσότερο άγχος και περισσότερος πόνος κατά την είσοδο του ασθενούς στη MBN) συνδυάστηκαν με μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πράγματι, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς οι ασθενείς αντλούν ιδιαίτερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά και το γενικότερο ενδιαφέρον που δείχνει απέναντί τους το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έχει βρεθεί ότι δύο πολύ σημαντικοί τομείς της ικανοποίησης των ασθενών είναι η ποιότητα των ιατρικών πληροφοριών και οι σχέσεις με το προσωπικό και την καθημερινή ρουτίνα. Αυτοί οι δύο τομείς, που σχετίζονται με τις διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας, αποτελούν δύο προβλεπτικούς παράγοντες της γνώμης των ασθενών για την περίθαλψη.²⁴⁰ Η προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή είναι ευρέως αναγνωρισμένη.^{241,242,243,244,245} Στη μελέτη των Bos et al (2012) διαπιστώθηκε ότι, σύμφωνα με τους ασθενείς, οι τρεις πιο σημαντικές πτυχές της απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης ήταν η εμπιστοσύνη στην ικανότητα των επαγγελματιών παροχής υπηρεσιών υγείας, η τήρηση των κανόνων υγιεινής και οι προσδοκίες των ασθενών.²⁴⁶ Έχει διαπιστωθεί ότι κατά την προσέλευση στο ΤΕΠ, η εμπιστοσύνη στους ιατρούς και νοσηλευτές ήταν η πιο σημαντική παράμετρος για τους ασθενείς. Δεύτερη σημαντικότερη ήταν «να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια» και τρίτη, να τους παρέχονται εξηγήσεις «σχετικά με την κατάσταση και τη θεραπεία». Είναι ενδιαφέρον ότι ο μεγάλος χρόνος αναμονής δεν περιλαμβάνονταν στις κύριες αιτίες δυσαρέσκειας.²⁴⁶

Στην παρούσα μελέτη οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς είναι μεν ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους σε επίπεδο βραχείας νοσηλείας, αλλά εγείρουν σοβαρές ενστάσεις για το κατά πόσο η ξενοδοχειακή υποστήριξη που λαμβάνουν μπορεί να είναι επαρκής και εμμέσως να διευκολύνει την ταχύτερη ανάρρωσή τους και έξοδό τους από τη MBN. Πράγματι, η αντιμετώπιση του πόνου και της ανησυχίας των ασθενών έχουν συσχετιστεί θετικά με την ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και η θετική τους συσχέτιση με την ικανοποίηση στην παρούσα μελέτη πιθανόν μαρτυρά επιτυχημένες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.^{247,248} Με δεδομένο ότι ο μέσος χρόνος νοσηλείας δεν υπερέβαινε τις 10 ώρες, αλλά και ότι επρόκειτο για χειρουργικά περιστατικά ποικίλης βαρύτητας και με πολλαπλές ανάγκες, οι απαντήσεις των ασθενών συνηγορούν υπέρ ενός υψηλού επιπέδου παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία καθώς η MBN αποτελεί την πρώτη ουσιαστική επαφή του ασθενούς με τις συνθήκες νοσηλείας στο νοσοκομείο και αναμένεται να επηρεάσει την άποψή του για τις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας, αλλά και τη συμμόρφωσή του με τις απαιτήσεις της νοσηλείας του.^{249, 250}

Τα προβλήματα των υποδομών στα νοσοκομεία επηρεάζουν ασθενείς και επαγγελματίες υγείας και ακυρώνουν μεγάλο μέρος των προσπαθειών που καταβάλλονται για την επιτυχή αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς συχνά δεν υπάρχουν οι αντικειμενικές συνθήκες που θα διευκολύνουν το έργο των ιατρών και των νοσηλευτών, αλλά και τη συμμόρφωση του ασθενούς. Στα ελληνικά νοσοκομεία η αντίφαση αυτή συναντάται συχνά: Ικανοποίηση από ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και δυσαρέσκεια από υλικοτεχνικές υποδομές, ακόμα και εάν πρόκειται για τριτοβάθμια νοσοκομεία. Η έννοια των υποδομών μπορεί να διευρυνθεί, ώστε να περιλάβει γενικά τα συστήματα διαχείρισης των ασθενών. Πράγματι, έχει βρεθεί ότι οι παράγοντες που υποβαθμίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του ΤΕΠ είναι η ανυπαρξία ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης του ασθενή, η ανεπαρκής στελέχωση, τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και οι συγκρούσεις ρόλων που δυσχεραίνουν την ομαδική εργασία, η απουσία οργάνωσης σε θέσεις εργασίας και καθηκοντολογίου. Τα παραπάνω οδηγούν σε αδυναμία στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων αλλά και σε αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.^{251,252} Το φαινόμενο είναι εντονότερο τα τελευταία χρόνια, γεγονός που

ίσως θα μπορούσε αν αποδοθεί και στα μέτρα δημοσιονομικά μέτρα λιτότητας που έχουν αντίστοιχες επιπτώσεις στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.^{253,254}

Επίσης, η ανάδειξη διαφορετικού επιπέδου ικανοποίησης ανάλογα με την αιτία προσέλευσης των χειρουργικών ασθενών φανερώνει τη σημασία που πρέπει να αποδίδεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς και την ανάγκη για πολύπλευρη προσέγγισή του. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αντίστοιχα διεθνών ερευνών που δείχνουν ότι η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και μπορεί να εμφανίζονται σημαντικές αποκλίσεις, ακόμα και για αντικειμενικά παρόμοιες συνθήκες νοσηλείας.^{247,255,256} Η διαμόρφωση της άποψης των ασθενών, σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία, καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την επικοινωνία που έχουν με το ιατρικό προσωπικό, αλλά και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Έχει βρεθεί ότι άτομα τα οποία επισκέπτονται το νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, έδειξαν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι που οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς κυρίως λόγους, ήταν δυσαρεστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.²⁵⁷

Το γεγονός ότι οι ασθενείς προέρχονταν από ένα μόνο νοσοκομείο και αφορούσαν μόνον χειρουργικούς ασθενείς περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Είναι όμως ενδεικτικά των συνθηκών που επικρατούν στις ελληνικές MBN και της ανάγκης βελτίωσης συγκεκριμένων παραμέτρων στη φροντίδα των ασθενών, που σχετίζονται με την παρεχόμενη υλικοτεχνική υποδομή. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να προσδιορίσει εκείνα τα χαρακτηριστικά των ασθενών που λειτουργούν ως προγνωστικοί παράγοντες της ικανοποίησης στις MBN ανά κατηγορία ασθενών.

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που εξετάζει την ικανοποίηση κατά την παραμονή στη MBN στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματά της επιτρέπουν αφενός αισιοδοξία όσον αφορά το παρεχόμενο έργο από ιατρούς και νοσηλευτές, αφετέρου δείχνουν την ανάγκη εξατομικευμένης φροντίδας και βελτίωσης αντικειμενικών παραμέτρων νοσηλείας που σχετίζονται με οργανωτικούς και οικονομικούς παράγοντες. Άλλωστε, ο βασικότερος δείκτης αποτίμησης του επιπέδου παροχής υπηρεσιών είναι η συνολική αντίληψη των ασθενών για την φροντίδα που λαμβάνουν από το σύστημα υγείας το οποίο επισκέπτονται. Κατά τους Shipley et al²⁵⁸ και Rentrop et al,²⁵⁹ η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες που

λαμβάνουν, αποτελεί ένα ουσιαστικό δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, περισσότερο ακριβή και από τα αντίστοιχα κριτήρια και πρότυπα που αφορούν στην ίδια την παροχή των υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς, οι μελέτες που αφορούν στην MBN είναι ελάχιστες, παρόλο που οι MBN εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό ασθενών και η εύρυθμη λειτουργία τους μπορεί να αποσυμφορήσει σημαντικά τα νοσοκομεία. Οι MBN, όπως και τα τμήματα επειγόντων αποτελούν τμήματα πρώτης επαφής του ασθενή με τις ιατρικές νοσηλευτικές υπηρεσίες και η ικανοποίηση του από αυτές συναρτάται με τη γενικότερη ικανοποίηση του από τη νοσηλευτική μονάδα, αλλά και με την επιτυχή έκβαση της θεραπείας του.²⁶⁰ Η προσέγγιση του άγχους και της κατάθλιψης, όπως και του πόνου θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, καθώς αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας, καθώς επιτρέπουν την αποτελεσματική βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση και την καλύτερη έκβαση της νόσου. Η ποιότητα της φροντίδας μεταβάλλεται και διαμορφώνεται σύμφωνα με τις ανάγκες που δημιουργούνται από τους χρήστες υγείας στο δημόσιο σύστημα υγείας.²⁶¹ Η γνώση της ποιότητας και της ικανοποίησης βοηθά στην αναγνώριση των αναγκών και των επιθυμιών του ασθενή και στον επαναπροσδιορισμό της φροντίδας, με στόχο την αναβάθμισή της, η οποία σε βάθος χρόνου είναι εφικτή, όπως προκύπτει από διεθνείς μελέτες, αρκεί οι οργανισμοί υγείας να εστιάσουν στις ανάγκες του ασθενούς.^{248,262-}
²⁶⁵ Ο ασθενής θα πρέπει να προσεγγίζεται ως ενιαία ψυχοκοινωνική οντότητα, με σκοπό την εξατομίκευση της θεραπευτικής αγωγής όχι μόνο για να αυξηθεί το προσδόκιμο της επιβίωσης του αλλά και να είναι ικανός να απολαμβάνει περισσότερη υγεία στα χρόνια δηλαδή να έχει μια Ποιότητα Ζωής (ποιοτικά έτη ζωής).^{266,267}

Χρειάζεται να παγιωθούν διαδικασίες για τη διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο των ΤΕΠ και ειδικότερα στις MBN. Αυτές θα πρέπει να αναφέρονται στη φροντίδα που δέχεται ο ασθενής κατά την είσοδο του στο ΤΕΠ και να ολοκληρώνονται με την έξοδο του. Χρειάζεται να εφαρμοστούν πολιτικές και διαδικασίες που να περιγράφουν το πλαίσιο εργασίας με το οποίο οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν ακολουθώντας θεραπευτικά πρωτόκολλα και πρότυπα επείγουσας φροντίδας που προτείνονται από επαγγελματικούς οργανισμούς (πχ. Emergency Nursing Association, American College of Surgeons κτλ). Οι διαδικασίες αυτές θα μπορούσαν να επεκταθούν και στην τηλεφωνική παρακολούθηση της φροντίδας του ασθενή με τηλεφωνήματα σε ασθενείς μετά την έξοδο τους για λήψη δεδομένων για

τα αποτελέσματα της φροντίδας, και με ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μέσω γραπτών ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων, με την καταγραφή παραπόνων και του επιπέδου ικανοποίησης από την αντιμετώπιση της κατάστασης του και την ανταποκρισιμότητα του προσωπικού στη MBN και στα συνεργαζόμενα τμήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] **World Health Organization.** Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization no 2).
- [2] **Bai Xinghua.** "Αρχαία Ελληνική Ιατρική. Περιοδικό της Ακαδημίας Αρχαίας Ελληνικής και Παραδοσιακής Κινέζικης Ιατρικής." «*Παιωνία*».2010:(12):9
- [3] **Ackerknecht E.** "Ιστορία της Ιατρικής" (Β. Πασχάλης, Γ. Ηλιάδης, Β.Καρατζούλης. Μετάφραση Αθήνα: *Μαράθια*. 1998.
- [4] **Lindberg D.** "Οι απαρχές της δυτικής επιστήμης: Η ευρωπαϊκή επιστημονική παράδοση σε φιλοσοφικό, θρησκευτικό και θεσμικό πλαίσιο." (Η. Μαρκολέφας, Μετάφραση). Αθήνα: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις *ΕΜΠ*. 1999.
- [5] **Herzlich, C. *Medecine, maladie et societ.*** Raris- La Haye, Mouton Jones PW. "Health status in chronic obstructive pulmonary disease." *Eur Respir Rev.* 1999: (9):169-172.
- [6] **Calnan M.** "Health and illness: the lay perspective". *Tavistock*, London. 1987: p.29.
- [7] **Parsons T.** "Definitions of health and illness in the light of the American Values and social structure". In Jaco E.G., & Gartney E. (eds). *Patients, physicians and illness: a source book in behavioural science and health*, εκδ.*Collier-McMillan*, London.1979.
- [8] **WHO.** "The constitution of WHO Geneva". 1974.
- [9] **Τούντας, Γ.** "Τι είναι Υγεία 2". Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. *Νέα Υγεία*, 1999: (23):12.
- [10] **WHO.** "Revised Targets for Health for All in Europe". *WHO*. 1991.

- [11] **WHO.** Στόχοι για "Υγεία για Όλους". Πολιτική υγείας για την Ευρώπη. Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*. 1991.
- [12] **Τούντας Γ.** "Τι είναι Υγεία 1". Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις. *Νέα Υγεία*. 1998:(21):12
- [13] **Υφαντόπουλος Γ.** "Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001:(18) :279-287.
- [14] **Λιαρόπουλος Α. Α.** "Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας". Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. Τόμος Α. 2007.
- [15] **Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π.** "Υπηρεσίες Υγείας". Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα. Τόμος Α. 2007.
- [16] **Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ.** "Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας". *Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας*. Αθήνα. 1994.
- [17] **Υφαντόπουλος Γ.** "Τα οικονομικά της Υγείας". *Τυπωθήτω*, Αθήνα. 2003.
- [18] **Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου.** Στο: Κεφ. 4. Ηθικά Νικομάχεια Α. Κάκτος. Αριστοτέλης. Άπαντα. Αθήνα. 1993:31-39 & 51.
- [19] **Rogerson R. J.** "Environmental and health-related quality of life" *Soc Sci Med*. 1995:(41):1373-1382
- [20] **Kuylen, W., Orley J., Hudelson, P., & Sartorius, N.** "Quality of life assessment across cultures". *Int J Mental Health*. 1994:(23):5-14.
- [21] **Guarnaccia P. J.** "Anthropological perspectives". The importance of culture in the assessment of quality of life. In: Spilker B (ed). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd ed). Philadelphia: *Lippincott-raven*. 1996.
- [22] **Fayers, P. M., & Machin D.** "Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation". Wiley pbs, West Sussex. 2006.
- [23] **Bullinger M.** International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: Noskov A, Gudex C

(eds). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. *IOS Press*.2003:1-11.

- [24] **Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ.** "Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα". Εκδόσεις ιδίων συγγραφέων. Αθήνα.1997.
- [25] **Fallowfield L.,** "Quality of Life". Souvenir, Press, Ltd, London. Flanagan,John (1978). A research approach to improving our quality of life. *America Psychologist*. 1990. Vol:33(2):138-147.
- [26] **McCall S.** "Quality of life". *Social Indicators Research*.1975:(2):229-248.
- [27] **Parson T.** "Definitions Of Health And Illness In The Light Of The American Values And Social Structure". Collier, Mcmillan, London.1979.
- [28] **Fayers, P.M., & Machin, D.** "Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation". John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England.2000:3-5.
- [29] **Zautra, A., & Goodhart, D.** "Quality of life indicators: A Review of the literature". *Commun Mental Health Rev*.1979:(4):1-10.
- [30] **Lehman F.** "Instruments for measuring quality of life in mental illness". In: Katsching H, Freeman H, Santorius N (eds). *Quality of life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England.1997:79-80.
- [31] **WHO.** "Quality of Life Assessment Group (WHOQOL) ". What is quality of life? 1996.
- [32] **Bonomi, A. E., Patrick, D. L., & Bushnell, D. M.** "Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument". *J Clin Epidem*. 2000:(53):19-23.
- [33] **Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., et al.** "Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001:(18):239-253.

- [34] **Νάκου Σ.** "Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001:(18):254-266.
- [35] **Bowling A.** In: Open University Press. "Measuring health: a review of quality of life measurements scales". UK. 1997.
- [36] **Yfantopoulos, J.** "Quality of life and QALYs in the measurement of health". *Archives of Hellenic Medicine*. 2001:(18):114-130.
- [37] **Yfandopoulos, J.** "The "social" quality of life". *Archives of Hellenic Medicine*. 2001:(18):108-113.
- [38] **Jones, T. O., & Sasser, W. E. Jr.** "Why Satisfied Customers Defect". *Harvard Business Review*. 1995:(73): 88-99.
- [39] **Βαλάσση-Αδάμ Ε.** "Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001:(18):216-217.
- [40] **Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ.** "Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001:(18):218-229.
- [41] **Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Υφαντόπουλος, Γ.** "Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2001(18):230-238.
- [42] **Wilson, I. B., & Cleary, P. D.** "Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes". *JAMA*. 1995:(273): 59-65.
- [43] **Lindström B.** "Measuring and improving quality of life for children". In: Lindström B, Spencer N (eds). *Social Paediatrics*. Oxford University Press, Oxford. 1995:570-585.
- [44] **Kaplan, R. M., & Bush, J. W.** "Health related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis". *Health Psychol.* 1982:(1):6180

- [45] **Σαρρής Μ.** "Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής". Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα. 2001.
- [46] **Simmons, R. G., Anderson, C. R., & Abress, L. K.** "Quality of life and rehabilitation differences among four end-stage renal disease therapy groups". *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 1990:(131):7-22.
- [47] **Samuelson, P. A., & Nordhaus, W. D.** "Οικονομική". Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα. 2000.
- [48] **Buchanan, D. R., O Mara, A. M., Kelaghan, J. M., & Minasian, L. M.** "Quality-Of Life Assessment In The Symptom Management Trials Of The National Cancer Institute". Supported Community Clinical Oncology Program. *Clin J Oncol P.* 2005:591-598.
- [49] **Ebrahim S.** "Clinical and public health perspectives and applications of health – related quality of life measurement". *Soc Sci Med.* 1995:(41):1383-1394.
- [50] **Patrick, B., & Erickson. P. D.** "Health Status and Health Policy". In: Oxford University Press. Allocating Resources to Health Care. Oxford.1993.
- [51] **Rapkin, B., & Schwartz, C.** "Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: implications of findings from studies of response shift". *Health and Quality of Life Outcomes.* 2004:(2):14-18.
- [52] **Segovia, J., Bartlett, R. F., & Edwards, A. C.** "An empirical analysis of the dimensions of health status measures". *Soc Sci Med.* 1989:(29):761-768.
- [53] **Roset, M., Herdman, M., Badia, X., et al.** Uses and applications of health-related quality of life measures. The state of play in Spain. *Archive of Hellenic Medicine.*2001:(18):131-136
- [54] **Υφαντόπουλος Γ.** "Η ελληνική απόδοση του EuroQol EQ-5D". 2001.
- [55] **Κοντοδημόπουλος, Ν., Φραγκούλη, Δ., Παππά, Ε., et al.** "Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2004:(21):451-462.

- [56] **Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., & Νιάκας, Δ.** "Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας του SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2006:(23):159-166.
- [57] **Thomas, M., Gill, M. D., Alvan, R., & Feinstein, M. D.** "A critical appraisal of the quality of life measurements". *JAMA*. 1994:(272):618-626.
- [58] **Wilkin, D, Hallam, L., & Doggett, M. A.** "Measures of Need and Outcome for Primary Health Care". Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo. 1994.
- [59] **Culyer A. J.** "Need - an instrumental view" in Richard Ashcroft, Angus Dawson, Heather Draper and John McMillan (Eds.) *Principles of Health Care Ethics*, 2nd Edition, Chichester: Wiley. 2007:231-238.
- [60] **EUROQOL GROUP.** "EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life" *Health Policy*. 1990:(19):199-208.
- [61] **Brooks, R.** "EuroQol: The current state of play". *Health Policy*. 1996:(37):53–72.
- [62] **Ματσαγγάνης, Μ.** "Ποιοτικώς Αναπροσαρμοσμένα Έτη Ζωής (QALYs). Χρήσεις και καταχρήσεις ενός μεθοδολογικού εργαλείου". *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*. 1995:(4):127-143.
- [63] **Williams, A., & Kind, P.** "The present state of play about QALYs". In: HOPKINS A. (Ed), *Measures of the Quality of life and the uses to which such measures may be put*. *Royal College of Physicians of London*. 1992.
- [64] **Torrance, G. W.** "Measurement of health state utilities for economic appraisal: a review". *J Health Econm*. 1986:(5):1-30.
- [65] **Dolan, P., Gudex C., Kind P., & Williams A.** "The time trade – off method: Results from a general population survey". *Health Economics*. 1996:(5):141-154

- [66] **Rosser, R.M., & Kind, P.** "A scale of evaluations of status of illness: Is there a social consensus". *Int J Epidem.* 1978:(7):347-358.
- [67] **Μπαμπινιώτη, Γ.** "Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας". Εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα. 1998.
- [68] **Howard, A. J., & Sheth N. J.** "The theory of buyer behavior". New York, Wiley. 1969.
- [69] **Hunt, H. K.** "Customer satisfaction/dissatisfaction: Overview and future research directions, in: H. K. Hunt (Ed.), Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction". *Marketing Science Institute*, Cambridge. MA.1977.
- [70] **Westbrook, R. A., & Reilly, M. D.** "Value-percept disparity: An alternative to the disconfirmation of expectations theory of customer satisfaction". In: Bagozzi R. P., & Tybout, A. M. (Eds.). *Advances in consumer research*. Association for Consumer Research, Ann Arbor, MI. 1983:256-261.
- [71] **Oliver, R. L.** "Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer". Irwin McGraw-Hill, Boston. 1997.
- [72] **Giese J., & Cote J.** "Defining Consumer Satisfaction". *Academy of Marketing Science Review*.2000. Volume 1.
- [73] **Jones, M. A., & Suh, J.** "Transaction-specific satisfaction and Overall Satisfaction: an Empirical Analysis". *Journal of Services Marketing*. 2000:(14): 147-159.
- [74] **Teas, K. R.** "Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality". *Journal of Marketing*. 1993:(57):18-34.
- [75] **Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. L.** "Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research". *Journal of Marketing*. 1994:(58):111-24.
- [76] **Hoyer, W. D., & MacInnis, D. J.** "Consumer Behaviour". 2nd ed., Boston: Houghton Mifflin Company. 2001.

- [77] **Parasuraman, A.** "Reflections on Gaining Competitive Advantage Through Customer Value". *Journal of the Academy of Marketing Science*, Spring. 1997:(25):154-161.
- [78] **Woodruff, R. B.** "Customer Value": The Next Source for Competitive Advantage. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1997:(25):139-153.
- [79] **Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A.** "The Behavioral Consequences of Service Quality". *Journal of Marketing*. 1996:(60):31-46.
- [80] **Finkelman, D. P., & Goland, A. R.** "Customer's Once Can be Customers for Life". *Information Strategy: the Executive's Journal*. 1990:(6):5-9.
- [81] **Θεοδώρου Μ.** "Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας". *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*. 1992:(τόμος 3):τεύχος 1.
- [82] **Αδαμαντίδου Τ.** "Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας". *Επιθεώρηση Υγείας*, Ιούλιος – Αύγουστος. 2004:29-31.
- [83] **Deming, E. W.** "Out of the Crisis". Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study. 1986.
- [84] **Friday, S., & Cotts, D. G.** "Quality Facility Management: A Marketing and Customer Service Approach". John Wiley & Sons, Inc., New York, USA. 1995.
- [85] **Rust, R. T., & Oliver, R. L.** "Should we delight the Customer"? *Journal of the Academy of Marketing Science*. 2000:(28):86-94.
- [86] **Farson, R.** "Management of the Absurd: Paradoxes in Leadership". Touchstone, New York, USA. 1997.
- [87] **Kelley, S. W., Donnelly, J. H., & Skinner, S. J.** "Customer participation in service production and delivery". *Journal of Retailing*. 1990:(66):315-335.

- [88] **Mills, P. K., Chase, R. B., & Margulies, N.** "Motivating the client/employee system as a service production strategy". *Academy of Management Review*. 1983:(8):301-310.
- [89] **Kotler, P., & Keller, L.** "Marketing Μάνατζμεντ". 12η Αμερικάνικη Έκδοση, εκδόσεις : Κλειδάριθμος, 2006.
- [90] **Cronin, J. J., & Taylor, S. A.** "SERVPERF versus SERVQUAL": Reconciling Performance- Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*. 1994:(58):125-131.
- [91] **Linder-Pelz, S.** "Toward a theory of patient satisfaction". *Social Science and Medicine*. 1982:(16):577-582.
- [92] **Pascoe, G. C.** "Patient satisfaction in primary health care": A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 1983:(6):299-314.
- [93] **Bolton, R. N., & Drew J. H.** "A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes". *Journal of Marketing*. 1991:(55):1-10.
- [94] **Fitzpatrick, R.** "Surveys of Patient satisfaction": I-Important general considerations. *British Medical Journal*. 1991:(302):887-889.
- [95] **Bond, S., & Thomas L. H.** "Measuring patients' satisfaction with nursing care". *Journal of advanced Nursing*. 1992:(17):52-56.
- [96] **Meredith, J., & Wood, N.** The development of the Royal College of Surgeons of England's patient satisfaction audit service. *Journal Quality in Clinical Practice*. 1995:(15):67-74.
- [97] **Marquis, M. S., Davies, A. R., & Ware, J.E., Jr.** " Patient satisfaction and change in medical care provider": a longitudinal study. *Med Care*. 1983:(21): 821-829.
- [98] **Donabedian, A.** "The quality of care". How can it be assessed? 1988. *Arch Pathol Lab Med*. 1997:(121):1145-1150.

- [99] **Guldvog, B.** "Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris"? *Int J Qual Health Care*. 1999:(11):233-240.
- [100] **Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D.** "Need for redefining needs". *Health Quality Life Outcomes*. 2003:(1):34.
- [101] **Packham, C., Asadi-Lari, M., & Gray, D.** "Patients' needs and Quality of Life". *Outcomes*. 2004:(1):40-42
- [102] **Ovretveit, J.** "The economics of quality". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004:(13):200-207.
- [103] **Mack, L. J., File, M. K., Horwitz, E. J., & Price, R. A.** "Τα αποτελέσματα της αμεσότητας στην ικανοποίηση του ασθενούς και στις μελλοντικές επιλογές του τμήματος επειγόντων περιστατικών". *Επιθεώρηση Υγείας*. 1997:(8):86-88.
- [104] **Hall, J., & Dornan, M.** "What Patients Like about Their Medical Care and How Often they are asked": A Meta-analysis of the Satisfaction Literature. *Social Science and Medicine*. 1988:(27):935-939.
- [105] **Γρηγορούδης, Ε., & Σίσκος, Γ.** "Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη". Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Αθήνα. 2000.
- [106] **Stenberg, E.** "Customer Value Management – Concept Creation and Implementation –Case Wärtsilä Diesel Powerplants". Series Discussion and Working Papers 9, Kirjapaino Grafia Oy, Turku, Finland. 1997.
- [107] **Kotler, P.** "Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control". 9th ed., Prentice- Hall, New Jersey, USA. 1997.
- [108] **ISO 8402-1986:** Quality Vocabulary.
- [109] **Γούναρης, Σ.** "Marketing Υπηρεσιών". Εκδόσεις Rosili. 2003.
- [110] **Edvardsson B.** "Research and concepts": Service quality improvement, *Managing Service Quality*. 1998:Vol. 8:No 2

- [111] **Zeithalm, V.A., Bitner, M.J.** "Services Marketing Integrating customer focus across the firm", 2nd edition, Irwin McGraw- Hill. 2000.
- [112] **Berry, L. L., Davidson, P.H., & Thompson, T.W.** "Banking tomorrow - managing markets through planning". Van Nostrand Reinhold, New York. 1988.
- [113] **Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.** "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research". *Journal of Marketing*. 1985:(49):41-50.
- [114] **Evans, J., & Lindsay, W.** "The management and control of quality". 6th edn, Thomson South Western. 2005.
- [115] **Taguchi, G.** "Jikken keikakuho (3rd ed., Vol I & II)". Tokyo: Maruzen. English translation edited by D. Clausing. System of experimental design. New York: UNIPUB/Kraus International. 1987.
- [116] **The Juran Institute's official.**
- [117] **Douglas, L., & Connor R.** "Attitudes to service quality – the expectation gap". *Nutrition and Food Science*. 2003:(33):165-172.
- [118] **Deming, W. E.** "Out of the Crisis". Cambridge: Cambridge University Press. 1982.
- [119] **Asher, M.** "Managing Quality in the Service Sector", London : Cogan Page. 1996.
- [120] **Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R. & Zeithaml, V.** "A dynamic process model of service quality": from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*. 1993:(30):7-27
- [121] **Osterfeld, E.** "Aristotle on the good life and quality of life". In: Nordenfelt, L. (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam: Kluwer. 1994:19–34.
- [122] **Crosby, P.** "Quality is free: the art of making quality certain". Mc Graw Hill. 1979.

- [123] **Feigenbaum, A.** "Total quality control". *Mc Graw Hill*. 1991:7.
- [124] **Σιγάλας, Ι.** "Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας". Στο Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν., & Σίσσουρας, Α. Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας. Εκδόσεις *Θεμέλιο*. 2000.
- [125] **Μουμτζόγλου, Α.** "Η διασφάλιση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία". *Επιθεώρηση Υγείας*. 1997:4-36.
- [126] **Donabedian, A.** "Quality Assessment and Assurance: Unity of purpose. Diversity of Means". *Inquiry*. 1988:175-192.
- [127] **Τούντας, Γ.** "Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 2003:(20):532-546.
- [128] **Institute of Medecine.** "Health, health care, and quality of care". In medicare: a strategy for quality assurance. *National Academy Press*, Washington DC, USA. 1990:(1):19-44.
- [129] **Maxwell, R. J.** "Quality assessment in Health". *British Medical Journal*. 1984:(288):1470-1473
- [130] **Binns, Gs.** "The Relationship Among Quality, Cost, And Market Share In Hospitals". *Top Health Care Financ*. 1991:(18):21–32.
- [131] **Jensen, J.** "Marketing Hospital Quality". *Top Health Care Financ*. 1991:(18):58–66.
- [132] **WHO.** "Continuous Quality Development: A Proposal National Policy". *Regional Office for Europe*, Copenhagen. 1993.
- [133] **Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L.** "Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations". New York: *The Free Press*. 1990.
- [134] **Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations.** "Agenda for Change" (Update) 1987: Newsletter (1):1:1-4.
- [135] **Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., Asbroek A. T., & Custers, T.** "Conceptual Frameworks For Health Systems Performance": A Quest

For Effectiveness, Quality, And Improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;(15):377–398.

- [136] **Parish, K., Glaetzer, K., Grbich, C., Hammond, L., Hegarty, M., & Annie, M.** "Dying for attention: palliative care in the acute setting". *Aust J Adv Nurs*. 2006;(24):21-25.
- [137] **Marek, K. D., & Baker, C. D.** "Nurse home visit programs for the elderly". *Annu Rev Nurs Res*. 2006;(24):157-178.
- [138] **Zineldin, M.** "The quality of health care and patient satisfaction". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2006;(19):60-92.
- [139] **Rothschild, W. E.** "How to Gain (and Maintain) the Competitive Advantage in Business". McGraw-Hill Book Company, New York, USA. 1984.
- [140] **Chase, R. B., & Garvin, D. A.** "The Service Factory". *Harvard Business Review*. 1989;(67):61-69.
- [141] **Stonebraker, P. W., & Keong, L. G.** "Operations Strategy: Focusing Competitive Excellence". Allyn and Bacon, Massachusetts, USA. 1994.
- [142] **Lewis, R. C., Boom, B. H.** "The marketing aspects of quality". Emerging perspectives of services marketing, *American Marketing Association*. 1983:99-107
- [143] **Grönroos, C.** "A service quality model and its marketing implications". *European Journal of Marketing*. 1984;(18):36-44.
- [144] **Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.** "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of Marketing*. 1985;(67):41-50.
- [145] **Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A.** "An Empirical Examination of Relationships in an Extended Service Quality Model". *Marketing Science Institute, Cambridge, MA*. 1990.

- [146] **Fornell, C.** "A National Customer Satisfaction Barometer": The Swedish Experience. *Journal of Marketing*. 1992:(56):6-21.
- [147] **Brogowitch, A. A., Delene, L. M., & Lyth, D. M.** "A Synthesized Service Quality Model with Managerial Implications". *International Journal of Service Industry Management*. 1990:Vol.1:No.1.
- [148] **Cronin J. J., & Taylor A. S.** "Measuring Service Quality": A Re-examination and Extension. *Journal of Marketing*. 1992:(56):55-68.
- [149] **Oliver, R. L.** "Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer". New York, McGraw Hill. 1997.
- [150] **Gronroos, C.** "Service management and marketing: Managing the moments of truth in service competition". Massachusetts: *Lexington Books*. 1990.
- [151] **Grönroos, C.** "Service Management and Marketing, a Customer Relationship Management Approach". 2nd edition, John Wiley and Sons Inc. 2001.
- [152] **Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. L.** "Servqual: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality". Report No. 86-108, *Marketing Science Institute*, Cambridge, MA. 1986.
- [153] **Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.** "Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality". *Journal of Retailing*. 1988:12-40.
- [154] **Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. L.** "Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*. 1988:(64):12-40.
- [155] **Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A.** "Perceived service quality as a customerbased performance measure: an empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model". *Human Resource Management*. 1991a:(30):335-64.

- [156] **Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. L.** "Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale". *Journal of Retailing*. 1991b:(67):420-50.
- [157] **Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. L.** "Research note: more on improving service quality measurement". *Journal of Retailing*. 1993:(69):140-147.
- [158] **Davies, B., Baron, S., Gear, T., & Read, M.** "Measuring and managing service Quality". *Marketing Intelligence & Planning*. 1999:(17):33-40.
- [159] **Bloemer, J., DeRuyter, K., & Wetzels, M.** "Linking perceived service quality and service loyalty": A multi-dimensional perspective. *European Journal of Marketing*. 1999:(33):1082-1106.
- [160] **Babakus, E. and Mangold, W.G.** "Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation". *Health Services Research*, Vol. 26 No. 2, February. 1992:767-86.
- [161] **Mangold, G. W., & Babakus, E.** "Service quality": the front-stage perspective vs the back stage perspective. *Journal of Services Marketing*. 1991:(5):59-70.
- [162] **Reidenbach, R. E., & Sandifer-Smallwood, B.** "Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach". *Journal of Health Care Marketing*. 1990:(10):47-55.
- [163] **Soliman, A. A.** "Assessing the quality of health care". *Health Care Marketing*. 1992:(10):121-41.
- [164] **Vandamme, R., & Leunis, J.** "Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality". *International Journal of Service Industry Management*. 1993:(4):30-49.
- [165] **Walbridge, S. W., & Delene, L. M.** "Measuring physician attitudes of service quality". *Journal of Health Care Marketing*. 1993:(13):6-15.

- [166] **Carman, J. M.** "Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions". *Journal of Retailing*. 1990:(66):33-35.
- [167] **Rigotti, S., & Pitt, L.** "Servqual as a measuring instrument for service provider gaps in business schools". *Management Research News*. 1992:(15):9-17
- [168] **Ford, J. W., Joseph, M., & Joseph, B.** "Service quality in higher education: a comparison of universities in the United States and New Zealand using SERVQUAL", unpublished manuscript, Old Dominion University, Norfolk, VA. 1993.
- [169] **McElwee, G., & Redman, T.** "Upward appraisal in practice: an illustrative example using the QUALED scale". *Education and Training*. 1993:(35):27-31
- [170] **Johns, N.** "Quality management in the hospitality industry, part 3: recent developments". *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 1993:(5):10-15.
- [171] **Casarreal, K. M., Mills, J. I., & Plant, M. A.** "Improving Service through Patient Surveys in a Multihospital Organization". *Hospital & Health Services Administration*. 1986:(31):41-52.
- [172] **Groonroos, C.** "Service management and marketing". A customer relationship management approach. 2nd Edition. London: Wiley.2000.
- [173] **Finn, D.W. & Lamb, C.W.** "An evaluation of the SERVQUAL scales in a retail setting". *Advances of Consumer Research*. 1991:(18):483-490.
- [174] **Mersha, T., & Adlakha, V.** "Attributes of service quality: the consumers' perspective". *International Journal of Service Industry Management*. 1992:(3):34-45.
- [175] **Babakus, E., & Boller, G. W.** "An empirical assessment of the SERVQUAL scale". *Journal of Business research*. 1992:(24):253-268.

- [176] **Brown, J. T, Churchill, G. A., & Paul, P.** "Improving the measurement of service quality". *Journal of retailing*. 1993:(69):127-139.
- [177] **Rosen, L. D. & Karwan, K. R.** "Prioritising the dimensions of service quality". *International Journal of Service Industry Management*. 1994:(5):39-52.
- [178] **Buttle, F.** "SERVQUAL": review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*. 1996:(30):8-33.
- [179] **Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L.** "Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale". *J Retailing*. 1991:(67):420–450.
- [180] **Lin, H. C., Sudha, X., Laditka, J. N.** "Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics". *Int J Qual Health Care*. 2004:(16):437–445.
- [181] **Vuori, H.** "Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality care"? *Quality Review Bulletin*. 1987:(13):106-108.
- [182] **Drucker P. F.** "Management": Tasks, responsibilities and practices. New York: Harper & Row.1973.
- [183] **Pervin, L. A., & John, O. P.** "Personality": Theory and research (8th Ed.). New York: Wiley. 2001.
- [184] **Selye H.** "A syndrome produced by diverse nocious agents". *Nature*. 1936:(138):32–40
- [185] **Jones, J.G.** "A cognitive perspective on the processes underlying the relationship between stress and performance in sports". Chichester, England: Wiley In J.G. Jones & L. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport*. 1990: 17-42.
- [186] **Spielberger, C.D.** "Theory and research on anxiety". In C.S. Spielberger (Ed), *Anxiety and Behavior New York: Academic Press*. 1966:3-20.

- [187] **Kaplan and Sadock's.** "Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής". Αθήνα. 1996: Γ' έκδοση, εκδόσεις ΠΑΡΙΣΤΑΣΙΑΝΟΥ.
- [188] **Pacak K, Palkovits M, Yadid G, Kvetnansky R, Kopin IJ, Goldstein DS.** "Heterogeneous neurochemical responses to different stressors": A test of Selyes doctrine of nonspecificity. *Am J Physiol.* 1998; 275:R1247-R1255.
- [189] **Van Der Kar LD, Blair ML.** "Forebrain pathways mediating stress-induced hormone secretion". *Front Neuroendocrinol* 1999;(20):1-48.
- [190] **Melzack, R., & Casey, K. L.** "Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model". In: Kenshalo D, ed. *The skin senses*. Springfield, IL: Chas C. Thomas. 1968:423–439.
- [191] **Melzack, R., & Katz, J.** "The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status". In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of pain assessment*. New York: *Guilford Press*. 1992:152–168.
- [192] **Melzack, R.** "The McGill Pain Questionnaire": major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;(1):277–299.
- [193] **Vanderiet, K., Adriaensen, H., Carton, H., & Vertommen, H.** "The McGill Pain Questionnaire constructed for the Dutch language (MPQ-DV)". Preliminary data concerning reliability and validity. *Pain.* 1987;(30):395–408.
- [194] **Kiss, I., Müller, H., & Abel, M.** "The McGill Pain Questionnaire—German version". A study on cancer pain. *Pain.* 1987;(11):247–253.
- [195] **Stein, C., & Mendl, G.** "The German counterpart to McGill Pain Questionnaire". *Pain.* 1988;(32):251–255.
- [196] **Boureau, F., Luu, M., & Doubrere, J. F.** "Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions". *Pain.* 1992;(50):59–65.
- [197] **Escalante, A., Lichtenstein, J. M., Ríos, N., & Hazudamm P. H.** "Measuring chronic rheumatic pain in Mexican Americans": cross-

- cultural adaptation of the McGill Pain Questionnaire. *J Clin Epidemiol*. 1996;(12): 1389– 1399.
- [198] **Burckhardt, S.C., & Bjelle, A.** "A Swedish version of the short-form McGill Pain Questionnaire". *Scand J Rheumatol*. 1994;(23):77–81.
- [199] **Strand, L. I., & Wisnes, A. R.** "The development of a Norwegian pain questionnaire". *Pain*. 1991;(46):61–66.
- [200] **M. Developing** "A translation of the McGill Pain Questionnaire for cross cultural comparison": an example from Norway. *J Adv Nurs*. 1995;(21):421–426.
- [201] **Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E. et al.** "The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients": psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer*. 2004;(12):821–825.
- [202] **Υ4α/οικ.4472**
- [203] **EuSEM.** Policy Statement. 2007
- [204] **Australasian college for emergency medicine.** "Policy Document Standard Terminology".
- [205] **Innes, G. M., Sonsow, P. L.** "The emergency department fast track" In: Saluzzo, R. F., Myer, T.A., et al. editors. *Emergency department management St Louis, Missouri: Mosby*. 1997:267-268.
- [206] **Λάμπρου, Π.** "Τμήμα επειγόντων περιστατικών : Οργάνωση και λειτουργία". *Mediforce*, Αθήνα. 2005.
- [207] **Wilson, M. J. & Nguyen, K.** "Bursting at the seam", Improving Patient Flow to Help America's Emergency Departments". 2004:1-4.
- [208] **Niska, R., Bhuiya, F., & Xu, J.** "National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary". *National Health Statistics Reports*. 2007:1-27.
- [209] **Graff, L. G.** "Observation units in the emergency department". In Saluzzo RF, Myer TA et al (eds.) (1997) *Emergency Department Management St. Louis, Missouri: Mosby*. 1997.

- [210] **Νόμος 2889/2001**, άρθρο 6, παρ. 5.
- [211] **Brillman, J. C., & Tandberg, D.** "Observation unit impact on ED admission for asthma". *American Journal of Emergency Medicine*. 1994;(12): 11–14.
- [212] **Graff, L. G.** "Observation medicine: The healthcare system's tincture of time". Retrieved April 15, 2010, from *American College of Emergency Physicians*.
- [213] **Baugh, C. W., & Bohan, J. S.** "Estimating observation unit profitability with options modeling". *Academic Emergency Medicine*. 2008;(15):445–452.
- [214] **Farkouh, M. E., Smars, P. A., Reeder, G. S., Zinsmeister, A. R., Evans, R. W., Meloy, T. D., et al.** "A clinical trial of a chest-pain observation unit for patients with unstable angina. chest pain evaluation in the emergency room (CHEER) investigators". *New England Journal of Medicine*. 1998;(339):1882–1888.
- [215] **Cooke, M. W., Higgins, J., & Kidd, P.** "Use of emergency observation and assessment wards": A systematic literature review. *Emergency Medicine Journal*. 2003;(20):138–142.
- [216] **Peacock, W. F., Young, J., Collins, S., Diercks, D., & Emerman, C.** "Heart failure observation units: Optimizing care". *Annals of Emergency Medicine*. 2006;(47):22–33.
- [217] **Decker, W. W., Smars, P. A., Vaidyanathan, L., Goyal, D. G., Boie, E. T., Stead, L. G., et al.** "A prospective, randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation". *Annals of Emergency Medicine*. 2008;(52):322–328.
- [218] **Bickell, W., Rice, M.** "Resuscitation outcomes". In Civetta, T. *Critical Care* 3th Edition.1997:149-162.
- [219] **Graff, L., Joseph, T., Andelman, R., Bahr, R., DeHart, D., Espinosa, J., et al.** American College of Emergency Physicians information paper: "Chest pain units in emergency departments—A

report from the short-term observation services section". *American Journal of Cardiology*. 1995;(76): 1036–1039.

- [220] **Roberts, R. R., Zalenski, R. J., Mensah, E. K., Rydman, R. J., Ciavarella, G., Gussow, L., et al.** "Costs of an emergency department-based accelerated diagnostic protocol vs hospitalization in patients with chest pain": A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1997;(278):1670–1676.
- [221] **Zalenski, R. J., McCarren, M., Roberts, R., Rydman, R. J., Jovanovic, B., Das, K., et al.** "An evaluation of a chest pain diagnostic protocol to exclude acute cardiac ischemia in the emergency department". *Archives of Internal Medicine*. 1997;(157):1085–1091.
- [222] **Goodacre, S., Nicholl, J., Dixon, S., Cross, E., Angelini, K., Arnold, J., et al.** "Randomised controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care". *BMJ*. 2004: 328, 254.
- [223] **Rydman, R. J., Zalenski, R. J., Roberts, R. R., Albrecht, G. A., Misiewicz, V. M., Kampe, L. M., et al.** "Patient satisfaction with an emergency department chest pain observation unit". *Annals of Emergency Medicine*. 1997;(29):109–115.
- [224] **Rydman, R. J., Roberts, R. R., Albrecht, G. L., Zalenski, R. J., & McDermott, M.** "Patient satisfaction with an emergency department asthma observation unit". *Academic Emergency Medicine*. 1999;(6):178–183.
- [225] **Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al.** "The Canadian Adverse Events Study": The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*. 2004;(170):1678–1686.
- [226] **Robert Szyca Anna Rosiek Urszula Nowakowska, Krzysztof Leksowski.** "Analysis of Factors Influencing Patient Satisfaction with Hospital Treatment at the Surgical Department". *Polish Journal of Surgery*. 2012:Volume 84:Issue 3

- [227] **Wagner D.,M. Bear.** "Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing Framework". *Adv. Nurse.* 2009;65(3):692-701
- [228] **Laschinger H., Hall L., Pedersen C., Almost J.** "A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: actionable approach to measuring patient satisfaction". *J Nurs Care Qual.* 2005: 20(3):220-230.
- [229] **Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC.** "Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care". *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):32-6.
- [230] **Michopoulos, A. Douzenis, et al.** "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)": validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry.* 2008;(7):4.
- [231] **Zigmond, A. S., Snaith, R. P.** "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatr Scand.* 1983;(67):361–370.
- [232] **Herrmann, C.** "International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results". *J Psychosom Res.* 1997;(42):17–41.
- [233] **Sintonen, H.** "Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring healthrelated quality of life". *Archive of Hellenic Medicine.* 2001;(18):156-160.
- [234] **Brédart A, Razavi D, Deelvuax N, Goodman V, Farvacques C, Van Heer C.** "A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients". *Supportive Care in Cancer .* 1998;(6):518-523.
- [235] **Brédart A, Razavi D, Robertson C, Didier F, Scaffidi E, De Haes JCJM.** "A comprehensive assessment of satisfaction with care": Preliminary psychometric analysis in an oncology institute in Italy. *Annals of Oncology.* 1999;(10):839-846.

- [236] **Brédart A, Razavi D, Delvaux N, Goodman V, Farvacques C, Van Heer C.** "A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients". *Support Care Cancer*. 1998;(6):518-23.
- [237] **A Brédart, D Razavi, C Robertson, S Brignone.** "Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores". *Elsevier: Patient education and Counseling*. 2002;(46):131-136.
- [238] **A Brédart, C Robertson, D Razavi, L. Batel-Copel , G. Larsson , D. Lichosik , J. Meyza , S. Schraub , L. Von Essen and J.C.J.M. De Haes.** "Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden". *Psycho-Oncology*. 2003;(12):1:68–77.
- [239] **Kritsotakis G, Koutis AD, Kotsori A, Alexopoulos CG, Philalithis AE.** "Measuring patient satisfaction in oncology units: interview-based psychometric validation of the 'Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care' in Greece". *European Journal of Cancer Care*. 2009.
- [240] **Soufi Gh., Belayachi J., Himmich S. & Ahid S.** "Patient satisfaction in an acute medicine department in Morocco". *BMC Health Services Research*. 2010;10:149.
- [241] **Bowman M.** "Good physician-patient relationship improved patient outcome"? *J Fam Pract*.1991;32:135–6.
- [242] **Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C.** "Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations". *BMJ*.2001;323:908–11.
- [243] **Vivanti A, Ash S, Hulcombe J.** "Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services". *J Hum Nutr Diet*. 2007; 20:41-49.

- [244] **Bell R.A, Kravitz R.L, Thom D, Krupat E, Azari R.** "Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits". *Arch Intern Med.* 2001;161:1977-1984.
- [245] **Auerbach S.M, Penberthy A, Kiesler D.J.** "Opportunities for control, interpersonal impacts and adjustment to a long-term invasive health procedure". *J Behav Med.* 2004; 27:11-29.
- [246] **Bos N, L M Sturms, A Schrijvers, H van Stel, PB1.** "A new measure to assess the quality of care at the emergency department from patients' perspective in The Netherlands". *Emerg Med J.* 2012:29
- [247] **Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Wildali AH, Saleem HM, Aysa HA, Badwan MA, Awang R, Morisky D:** "Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension": a cross-sectional study. *Int J Cardiol.* 2013:168
- [248] **Barr, J. K., Giannotti, T. E., Sofaer, S., Duquette, C. E., Waters, W. J., & Petrillo, M. K.** "Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement". *Health Services Research.* 2006:41
- [249] **Christopher W. Baugh , Arjun K. Venkatesh , J. Stephen Bohan.** *Health Care Management Review:* March 2011:(36):1:28 – 37.
- [250] **Kleefstra, S.M., Kool, R.I.B., Zandbelt, L.C., & J.C.J.M de Haes.** "An instrument assessing patient satisfaction with day care in hospitals". *BMC Health Services Research.* 2012: (12):125
- [251] **Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., Παπασωτηρίου Α., και ΣΙΑ Ο.Ε.** "Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας". Εκδόσεις Παπασωτηρίου. 2008.
- [252] **Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ., & Ζήμερας, ΣΤ.** "Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών". *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2006: (23):603-614.
- [253] **Niakas, D., Gnardellis, C., & Theodorou, M.** "Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a

- patient satisfaction survey". *Health Serv Manage Res.* 2004: (17):62-69.
- [254] **Matis, G.K., Birbilis, T.A., & Chrysou, O.I.** "Patient satisfaction questionnaire and quality achievement in hospital care: the case of a Greek public university hospital". *Health Serv Manage Res.* 2009: (22):191-196.
- [255] **Szyca, R., Rosiek, A., Nowakowska, U., & Leksowski, K.** "Analysis of factors influencing patient satisfaction with hospital treatment at the surgical department". *Pol Przegl Chir.* 2012: (84):136-143.
- [256] **Ene, K.W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F.G., & Sjöström, B.** "Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses". *J Clin Nurs.* 2008: (17):2042-2050.
- [257] **Αντωνοπούλου, Α., Καραμητρόπουλος, Δ., & Σοφιανός, Ε.** "Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών". *Επιθεώρηση Υγείας.* 1991: 50-53.
- [258] **Shipley, K., Hilborn, B., Hansell, A., Tyrer, J., & Tyrer, P.** "Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service". *Acta Psychiatr Scand.* 2000: (101):330-333.
- [259] **Rentrop, M., Böhm, A., & Kissling, W.** "Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature". *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1999: (67):456-465.
- [260] **Kleefstra, S.M., Zandbelt, L.C., J.C.J.M de Haes., & Kool, RB.** "Trends in patient satisfaction in Dutch university medical centers: room for improvement for all". *BMC Health Serv Res.* 2015: (15):112.
- [261] **Σαρρής Μ., Γούλα,Α., Γκιάκα, β.,Σούλης Σ.** "Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2008, (25):201-208

- [262] **Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., et al.** "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States". *BMJ*. 2012: (344):e1717.
- [263] **Groene, O.** "Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation". *Int J Qual Health Care*. 2011: (23):531–537.
- [264] **Riiskjaer, E., Ammentorp, J., Nielsen, J.F., & Kofoed, P.E.** "Patient surveys—a key to organizational change"? *Patient Educ Couns*. 2010: (78):394–401.
- [265] **Patwardhan, A., & Spencer, C.** "Are patient surveys valuable as a service-improvement tool in health services"? An overview. *Journal of Healthcare Leadership*. 2012: (2012):33–46.
- [266] **Kontodimopoulos, N., & Niakas, D.** "An estimate of lifelong costs and QALYs in renal replacement therapy based on patients' life expectancy". *Health Policy*. 2008: (86):85-96.
- [267] **Υφαντόπουλος, Γ.** "Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D". Ερευνητική εργασία. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*. 2001: (18): 279-287.