



ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ικανοποίηση των Ασθενών σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) Τριτοβάθμιου
Νοσοκομείου: Διερεύνηση Παραγόντων και Προτάσεις Βελτίωσης»

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Ι. ΒΗΡΟΥ

ΑΜ : 161820

Α ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. ΧΑΤΖΙΚΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

Καθηγήτρια –Σύμβουλος ΕΑΠ

Β ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. ΒΑΡΒΑΤΣΟΥΛΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής –Σύμβουλος ΕΑΠ

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΙΟΣ 2026

Δήλωση Πνευματικής Ιδιοκτησίας

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας **Βήρου Αικατερίνης** που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας.

Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγραφέως/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγραφέως/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.1. Υπόβαθρο της Έρευνας: Η σημασία των ΤΕΠ και ο ρόλος του Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου.....	8
1.2. Προσδιορισμός του Προβλήματος: Ο Συνωστισμός και η Λειτουργική Πίεση στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»	10
1.3. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας	10
1.4. Ερευνητικά Ερωτήματα	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	14
2.1. Ιστορική Αναδρομή και Θεσμικό Πλαίσιο των ΤΕΠ στην Ελλάδα.....	14
2.2. Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και το Υπόδειγμα του Donabedian	16
2.2.1. Οι Τρεις Πυλώνες του Μοντέλου	17
2.2.2. Ποιότητα και Λειτουργικός Κορεσμός	18
2.3. Επιχειρησιακή Οργάνωση και το Σύστημα Διαλογής (Triage)	19
2.4. Αποδοτικότητα και Οικονομίες Κλίμακας στην Επείγουσα Φροντίδα	22
2.5. Θεωρητικό Πλαίσιο της Ικανοποίησης των Ασθενών στις Υπηρεσίες Υγείας	23
2.5.1. Εννοιολογική Οριοθέτηση και η Ιδιαιτερότητα του «Ασθενούς-Καταναλωτή»	23
2.5.2. Θεωρητικά Μοντέλα Διαμόρφωσης της Ικανοποίησης	24
2.5.3. Η Πολυδιαστατικότητα του Ερευνητικού Εργαλείου SERVQUAL στις Υπηρεσίες Υγείας	25
2.5.4. Μεθοδολογικές Προκλήσεις στη Μέτρηση της Ικανοποίησης.....	27
2.6. Η Ψυχολογία της Αναμονής και η Εμπειρία του Ασθενούς (Patient Experience)	28
2.7 Συγκριτική Ανασκόπηση Ερευνών Ικανοποίησης (Διεθνές και Ελληνικό Πλαίσιο)	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	29
3.1. Το Ερευνητικό Εργαλείο και η Επιχειρησιακή του Δομή	29
3.1.1. Αναλυτική Ταξινόμηση Μεταβλητών	29
3.1.2. Στόχος των Μεταβλητών και Ερευνητική Αξία	30
3.2. Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας	31
3.3. Ερευνητικό Εργαλείο και Μεταβλητές Μελέτης	32

3.3.1. Λειτουργική Ανάλυση Ενοτήτων	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	35
4.1 Περιγραφική Στατιστική Δημογραφικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών	35
4.3 Αναλυτική Παρουσίαση Μεταβλητών Ικανοποίησης (Μοντέλο Donabedian).....	43
4.3.1 Ποιοτική Ανάλυση Ανοιχτής Ερώτησης.....	45
4.3.2 Δομή (Structure): Φυσικό Περιβάλλον και Υποδομές	45
4.3.3 Διαδικασία (Process): Χρόνοι και Κλινική Φροντίδα	46
4.3.4 Αποτέλεσμα (Outcome): Συνολική Αποτίμηση & Ασφάλεια	46
4.4 Επαγωγική Στατιστική και Στατιστικό Μοντέλο Συσχετίσεων	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	48
Ενότητα 5.1: Ερμηνεία των Ερευνητικών Ευρημάτων	48
5.2. Διοικητικές Προτάσεις Βελτίωσης	49
5.3 Περιορισμοί της Έρευνας & Προτάσεις για Μελλοντική Μελέτη.....	51
5.4 Επίλογος - Τελικά Συμπεράσματα	52
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	53
Νομοθεσία.....	54
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	55
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΤΕΠ)	57
ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	57
ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΧΡΟΝΟΙ ΑΝΑΜΟΝΗΣ & ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	57
ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	58
ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	58
ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ & ΥΠΟΔΟΜΕΣ.....	59
ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ	59

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά όσους συνέβαλαν στην πραγματοποίησή της.

Πρωτίστως, εκφράζω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες προς την **Α' Επιβλέπουσα Καθηγήτρια, Δρ. Χατζίκου Μαγδαληνή Αφροδίτη**, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική της υποστήριξη και τις καίριες παρατηρήσεις της σε όλα τα στάδια της έρευνας. Επίσης, ευχαριστώ τον **Β' Επιβλέποντα Καθηγητή, Δρ. Βαρβατσουλάκη Ιωάννη**, για τη συνεργασία και τη συμβολή του στην ολοκλήρωση της μελέτης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τη Διοίκηση και το προσωπικό του **Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»** για τη διευκόλυνση της έρευνας, καθώς και τους ασθενείς που δέχθηκαν να συμμετάσχουν, προσφέροντας τον χρόνο και την εμπειρία τους για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στην **οικογένειά μου** και στους δικούς μου ανθρώπους. Η αμέριστη συμπαράσταση, η υπομονή και η ενθάρρυνσή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου αποτέλεσαν τη σημαντικότερη πηγή δύναμης για την επιτυχή ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία επικεντρώνεται στη διερεύνηση και την ποσοτική αποτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Το συγκεκριμένο νοσοκομείο αποτελεί έναν κομβικό τριτοβάθμιο πυλώνα του ΕΣΥ, ο οποίος καλείται να διαχειριστεί έναν ακραίο όγκο περιστατικών που αγγίζει τους 850 ασθενείς ανά γενική εφημερία. Σκοπός της έρευνας είναι να αναλυθεί πώς ο συνωστισμός και η λειτουργική πίεση επηρεάζουν την υποκειμενική εμπειρία του πολίτη.

Μεθοδολογία: Η μελέτη ακολούθησε ποσοτική προσέγγιση με συγχρονικό σχεδιασμό, χρησιμοποιώντας δείγμα 200 συμμετεχόντων (N=200). Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο 42 μεταβλητών, το οποίο αναπτύχθηκε βάσει του τριμερούς μοντέλου του Donabedian (Δομή, Διαδικασία, Αποτέλεσμα). Η αξιοπιστία του εργαλείου επιβεβαιώθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's Alpha, ο οποίος παρουσίασε εξαιρετική συνοχή, ιδιαίτερα στις ενότητες της ιατρικής (0.91) και νοσηλευτικής φροντίδας (0.88).

Βασικά Ευρήματα: Τα αποτελέσματα ανέδειξαν μια έντονη δομική στρέβλωση, καθώς το 80% των ασθενών προσήλθε αυτοβούλως (περιπατητικοί), γεγονός που υποδηλώνει την αποτυχία του μηχανισμού «gatekeeping» της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στον πυλώνα της Διαδικασίας, οι χαμηλότερες βαθμολογίες εντοπίστηκαν στην ενημέρωση για τον χρόνο αναμονής (\$M=1.85\$) και την αναμονή για τα αποτελέσματα των εξετάσεων (\$M=1.90\$). Αντιθέτως, στον πυλώνα του Αποτελέσματος, καταγράφηκε πολύ υψηλή εμπιστοσύνη στις γνώσεις των ιατρών (\$M=4.60\$) και αυξημένο αίσθημα ασφάλειας (\$M=4.25\$). Η επαγωγική

στατιστική έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ των ασθενών του ΕΚΑΒ ($p=0.024$), οι οποίοι δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι λόγω της παράκαμψης του συνωστισμού στη διαλογή. **Συνολικά, η μέση βαθμολογία ικανοποίησης των ασθενών διαμορφώθηκε στο 7,2/10 (κλίμακα 1-10), αναδεικνύοντας ότι η κλινική επάρκεια λειτουργεί ως αντιστάθμισμα στις οργανωτικές αδυναμίες.**

Συμπεράσματα: Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η κλινική επάρκεια και η ανθρωποκεντρική στάση του προσωπικού λειτουργούν ως «αντιστάθμισμα» (buffer) στην επιχειρησιακή ταλαιπωρία που προκαλεί ο συνωστισμός. Η ικανοποίηση πλήττεται πρωτίστως από οργανωτικά σφάλματα και την «αβεβαιότητα της αναμονής», καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη για διοικητικές παρεμβάσεις, όπως η επέκταση του ιατρείου Fast Track και η ψηφιοποίηση της πληροφόρησης των ασθενών.

***Λέξεις-κλειδιά:** Ικανοποίηση Ασθενών, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), Συνωστισμός & Λειτουργικός Κορεσμός, Μοντέλο Donabedian, SERVQUAL, Διαλογή (Triage), Fast Track, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.*

ABSTRACT

This master's thesis investigates the level of patient satisfaction within the Emergency Department (ED) of the G.N.A. "G. Gennimatas", a major tertiary referral hospital in Athens. The facility operates under extreme functional pressure, managing an average of 850 patient visits per general shift. The primary objective of the study is to evaluate the patient experience in an environment where demand consistently exceeds available resources, leading to systemic overcrowding.

Methodology: A quantitative, cross-sectional research design was employed, utilizing a sample of 200 participants ($N=200$). Data collection was conducted via a structured questionnaire consisting of 42 variables, organized according to Donabedian's framework (Structure, Process, and Outcome). The reliability of the instrument was confirmed through Cronbach's Alpha coefficients, which demonstrated high internal consistency, particularly for the medical (0.91) and nursing care (0.88) dimensions.

Key Findings: The results reveal a significant structural imbalance, as 80% of the patients arrived independently (ambulatory patients), highlighting a failure in the Primary Health Care gatekeeping mechanism. In the "Process" dimension, the lowest scores were recorded for information regarding waiting times ($M=1.85$) and delays in receiving laboratory results ($M=1.90$). Conversely, the "Outcome" dimension showed exceptionally high levels of trust in medical expertise ($M=4.60$) and a strong sense of clinical safety ($M=4.25$). Inductive statistical analysis (t -test) indicated a significant difference in satisfaction ($p=0.024$) for patients arriving via ambulance (ΕΚΑΒ), who bypassed the "triage bottleneck" experienced

by the ambulatory majority. **Overall patient satisfaction was rated at 7.2/10, demonstrating that high clinical competence acts as a vital buffer against operational strain.**

Conclusions: The study concludes that the clinical competence and patient-centered attitude of the staff act as a 'buffer' against the operational distress caused by overcrowding. Satisfaction is primarily affected by organizational failures and the 'uncertainty of waiting,' making administrative interventions imperative, such as expanding the Fast Track clinic and digitizing patient information

Keywords: *Patient Satisfaction, Emergency Department (ED), ED Overcrowding, Donabedian Framework, SERVQUAL Model, Triage Bottleneck, Fast Track Clinic, Primary Healthcare Gatekeeping*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στα σύγχρονα, πολύπλοκα υγειονομικά συστήματα αποτελεί μια διαρκή πρόκληση που απαιτεί την εξισορρόπηση μεταξύ της επιστημονικής αρτιότητας, της επιχειρησιακής αποτελεσματικότητας και της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης. Στο επίκεντρο αυτής της δυναμικής βρίσκονται τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), τα οποία λειτουργούν ως ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της κοινότητας και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η ποιότητα των υπηρεσιών στα ΤΕΠ δεν αποτελεί μια μονοδιάστατη έννοια που περιορίζεται στην κλινική έκβαση, αλλά μια πολυπαραγοντική κατασκευή που περιλαμβάνει την ταχύτητα ανταπόκρισης, την ασφάλεια των διαδικασιών και, πρωτίστως, την υποκειμενική εμπειρία και ικανοποίηση του ασθενούς (Kaitelidou, D. et al. 2021).

Στο ελληνικό υγειονομικό περιβάλλον, τα ΤΕΠ καλούνται να επιτελέσουν τον ρόλο τους υπό συνθήκες δομικών πιέσεων. Η διαχρονική υστέρηση στην πλήρη ανάπτυξη και δικτύωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) έχει οδηγήσει σε μια στρεβλή χρήση των νοσοκομειακών πόρων, όπου τα επείγοντα τμήματα μετατρέπονται συχνά σε «καταφύγιο»

για κάθε είδους υγειονομική ανάγκη, ανεξαρτήτως κρισιμότητας. Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου τα νοσοκομεία «κορμού» επιφορτίζονται με έναν όγκο περιστατικών που δοκιμάζει τα όρια της λειτουργικής τους αντοχής.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εστιάζει στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», ένα ίδρυμα με ιστορικό βάρος και κομβικό ρόλο στο σύστημα εφημεριών της Αττικής. Η έρευνα επικεντρώνεται στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, αναγνωρίζοντας ότι η φωνή του χρήστη αποτελεί τον πλέον αξιόπιστο δείκτη για τον εντοπισμό λειτουργικών δυσλειτουργιών. Μέσα από τη διερεύνηση 42 διαφορετικών μεταβλητών, η μελέτη επιδιώκει να αποτυπώσει πώς ο συνωστισμός και η πίεση των πόρων επηρεάζουν την αντίληψη του πολίτη για το δημόσιο σύστημα υγείας.

1.1. Υπόβαθρο της Έρευνας: Η σημασία των ΤΕΠ και ο ρόλος του Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελούν τη ζωτική «πύλη εισόδου» του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και τον πλέον αδιάψευστο καθρέπτη της επιχειρησιακής του αποτελεσματικότητας. Η αποστολή τους είναι θεμελιώδης και πολυδιάστατη: αφορά την παροχή άμεσης, εξειδικευμένης και αποτελεσματικής φροντίδας σε άτομα που αντιμετωπίζουν οξεία προβλήματα υγείας ή αιφνίδιους τραυματισμούς. Σε αντίθεση με τις προγραμματισμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες και τα τακτικά ιατρεία, το ΤΕΠ λειτουργεί σε ένα περιβάλλον δομικής αβεβαιότητας. Η ζήτηση είναι εκ φύσεως απρόβλεπτη και η κρισιμότητα των περιστατικών παρουσιάζει μια ευρεία διακύμανση, η οποία εκτείνεται από ήπιες ενοχλήσεις έως καταστάσεις άμεσα απειλητικές για τη ζωή, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και οι βαριοί πολυτραυματισμοί (Πολύμερος, Α. 2020).

Η σημασία των τμημάτων αυτών αναδεικνύεται περαιτέρω από τον κοινωνικό τους ρόλο ως «δίκτυ ασφαλείας». Σε περιόδους κρίσης ή έντονων υγειονομικών πιέσεων, τα ΤΕΠ παραμένουν η μόνη εγγυημένη πρόσβαση σε 24ωρη φροντίδα χωρίς την προϋπόθεση προγραμματισμένου ραντεβού. Ωστόσο, αυτή η ανοικτή και απρόσκοπτη πρόσβαση, σε συνδυασμό με τη διαχρονική υστέρηση στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος παραπομπών (referral system) από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει οδηγήσει σε μια συστηματική υπερφόρτωση των δευτεροβάθμιων και, κυρίως, των μεγάλων τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Όπως επισημαίνει ο Λιαρόπουλος, Λ. (2022), η απουσία ενός λειτουργικού μηχανισμού «gatekeeping» μετατρέπει το ΤΕΠ από εξειδικευμένη μονάδα διαχείρισης

επειγόντων σε έναν άτυπο «παν-υγειονομικό σταθμό». Σε αυτό το περιβάλλον, η ικανοποίηση του ασθενούς πλήττεται αναπόφευκτα, καθώς το σύστημα αδυνατεί να διαχωρίσει έγκαιρα και αποτελεσματικά το πραγματικά επείγον περιστατικό από το χρόνιο, οδηγώντας σε σπατάλη πόρων και αυξημένη τάλαιπωρία των χρηστών (Econoμou, C. et al., 2024).

Ιδιαίτερη βαρύτητα στο ελληνικό υγειονομικό στερέωμα κατέχουν τα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία, με εμβληματικό παράδειγμα το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Ως μονάδες αιχμής, τα ιδρύματα αυτά διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή σε βιοϊατρική τεχνολογία, εξειδικευμένες πανεπιστημιακές κλινικές και έμπειρο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση περιστατικών ακραίας πολυπλοκότητας. Αυτή η υψηλή συγκέντρωση πόρων και τεχνογνωσίας προσδίδει στο νοσοκομείο ένα αδιαμφισβήτητο επιστημονικό κύρος, το οποίο λειτουργεί ως ισχυρός πόλος έλξης για το κοινό. Ο πολίτης, αναζητώντας τη μέγιστη δυνατή «ασφάλεια» που του προσφέρει ένα μεγάλο νοσοκομείο αναφοράς, τείνει να παρακάμπτει τις τοπικές δομές υγείας (Τούντας, Γ. 2022).

Αυτή η συλλογική τάση δημιουργεί μια βαθιά λειτουργική ανισορροπία. Το «Γεννηματάς», ένας τριτοβάθμιος πυλώνας σχεδιασμένος για τη διαχείριση της υψηλής πολυπλοκότητας, καταλήγει σε μια τυπική εφημερία να αναλώνει το μεγαλύτερο μέρος της δυναμικής του σε έναν όγκο που συχνά υπερβαίνει τους 850 ασθενείς. Το οξύμωρο σχήμα της ταυτόχρονης παρουσίας ενός πολυτραυματία που απαιτεί άμεση χειρουργική παρέμβαση δίπλα σε εκατοντάδες «περιπατητικούς» ασθενείς με ήπια συμπτωματολογία, αναδεικνύει την τεράστια πρόκληση της διατήρησης της ποιότητας φροντίδας υπό συνθήκες ακραίας λειτουργικής πίεσης.

Η διαχείριση αυτής της ανισορροπίας αποτελεί το κεντρικό διοικητικό και οργανωσιακό πρόβλημα. Η ανάγκη για αυστηρή και απαρέγκλιτη τήρηση των πρωτοκόλλων διαλογής (Triage) είναι επιτακτική, ώστε να διασφαλιστεί ότι τα βαρέα περιστατικά θα λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα στον προβλεπόμενο χρόνο. Ταυτόχρονα, όμως, η διοίκηση οφείλει να μεριμνήσει για την ποιότητα της εμπειρίας της μεγάλης μάζας των ασθενών, οι οποίοι, αν και δεν διατρέχουν άμεσο κίνδυνο ζωής, βιώνουν την ψυχολογική και σωματική τάλαιπωρία της πολύωρης αναμονής σε ένα υπερφορτωμένο περιβάλλον.

Η ικανοποίηση του ασθενούς στο ΤΕΠ ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου είναι, επομένως, άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα του συστήματος να παραμένει λειτουργικό, αποτελεσματικό και, πάνω από όλα, ανθρώπινο κάτω από συνθήκες κρίσης (Georga and Siskou, 2023). Η παρούσα μελέτη, βασισμένη σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 200 χρηστών, επιχειρεί να αναλύσει πώς αυτή η πολυπλοκότητα αντανάκλαται στις απαντήσεις των ασθενών. Ο αντικειμενικός σκοπός είναι να καταδειχθεί αν το επιστημονικό κύρος και η αξιοπιστία ενός ιδρύματος όπως το «Γεννηματάς» επαρκούν για να αντισταθμίσουν τις λειτουργικές αδυναμίες που προκαλεί ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, ή αν ο συνωστισμός

αποτελεί έναν διαβρωτικό παράγοντα που υπονομεύει μακροπρόθεσμα τη συνολική εμπειρία φροντίδας και την εμπιστοσύνη του πολίτη στο δημόσιο σύστημα υγείας.

1.2. Προσδιορισμός του Προβλήματος: Ο Συνωστισμός και η Λειτουργική Πίεση στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Ο συνωστισμός στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (EDOC) του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» αποτελεί συστημική κρίση, όπου η ζήτηση υπερβαίνει συστηματικά τους διαθέσιμους πόρους. Κατά τους Morley et al. (2018), η συνθήκη αυτή παρακωλύει τη ροή των ασθενών και αυξάνει τις δυσμενείς εκβάσεις. Με μέσο όρο 850 περιστατικά ανά 24ωρη εφημερία, οι υποδομές λειτουργούν στα όριά τους. Όπως επισημαίνουν οι Asplin et al. (2023), η καθυστέρηση στη λήψη αποφάσεων και αποτελεσμάτων προκαλεί στασιμότητα (boarding) στο στάδιο της «διεκπεραίωσης» (throughput). Παράλληλα, ο Πολύζος (2023) υπογραμμίζει το πρόβλημα της «εξόδου» (exit block): η έλλειψη διαθέσιμων κλινών καθηλώνει νοσηλευόμενους ασθενείς σε φορεία στους διαδρόμους του ΤΕΠ, υποβαθμίζοντας την ασφάλεια και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Η κατάσταση επιβαρύνεται από την απουσία μηχανισμού «gatekeeping» στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), με αποτέλεσμα το 80% των χρηστών να προσέρχεται αυτοβούλως ως περιπατητικοί ασθενείς χαμηλής κλινικής προτεραιότητας (Economou et al., 2024). Παρά τη λειτουργία αυτόνομου ιατρείου Fast Track (5 κλινών), η υφιστάμενη δομή δυσκολεύεται να απορροφήσει τον τεράστιο αυτόν όγκο, καθιστώντας αναγκαίο τον επανασχεδιασμό και τη διεύρυνσή του. Αυτή η λειτουργική ανισορροπία επηρεάζει άμεσα την αντιλαμβανόμενη ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών λόγω αυξημένων χρόνων αναμονής, θορύβου και επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού (Kaitelidou et al., 2021). Επιπλέον, ο συνωστισμός αυξάνει τον κίνδυνο σφαλμάτων στη Διαλογή (Triage) (Siskou et al., 2024), δημιουργώντας ένα «χάσμα» μεταξύ επιστημονικής επάρκειας και λειτουργικής ποιότητας. Σύμφωνα με τις Georga & Siskou (2023), η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί εργαλείο στρατηγικού ανασχεδιασμού, προσφέροντας τη βάση για διοικητικές παρεμβάσεις που θα αμβλύνουν τις συνέπειες του συνωστισμού.

1.3. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Ο κεντρικός σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διεξοδική διερεύνηση, η χαρτογράφηση και η ποσοτική αποτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Σε

ένα περιβάλλον τριτοβάθμιας περίθαλψης, όπου η κλινική αριστεία αποτελεί θεσμική δέσμευση αλλά οι πόροι υφίστανται διαρκή πίεση από την υπερβάλλουσα ζήτηση, η έρευνα επιδιώκει να αναλύσει σε βάθος τους προσδιοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την τελική εμπειρία του χρήστη (patient experience).

Σύμφωνα με τους Gurdar και Ozturk (2022), η μέτρηση της ικανοποίησης σε νοσοκομεία υψηλής ροής δεν αποτελεί μια τυπική ή απλή καταγραφή παραπόνων. Αντιθέτως, συνιστά ένα στρατηγικό διοικητικό εργαλείο που επιτρέπει στην ηγεσία του νοσοκομείου να ευθυγραμμίσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες με τις υποκειμενικές προσδοκίες των ασθενών. Η σημασία αυτής της προσέγγισης υπογραμμίζεται από τον Κυριόπουλο, Ι. (2021), ο οποίος επισημαίνει ότι η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί το μοναδικό ουσιαστικό εργαλείο αξιολόγησης σε ένα σύστημα που παραδοσιακά εστιάζει μονοδιάστατα στους κλινικούς δείκτες και στις ιατρικές εκβάσεις, αγνοώντας συχνά την ανθρωποκεντρική διάσταση της φροντίδας και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης.

Για την επίτευξη του ανωτέρω σκοπού, η μελέτη βασίζεται σε ένα αυστηρά δομημένο ερευνητικό εργαλείο που περιλαμβάνει 42 μεταβλητές. Οι μεταβλητές αυτές έχουν επιλεγεί ώστε να καλύπτουν όλο το φάσμα της «διαδρομής του ασθενούς» (patient journey), από τη στιγμή της προσέλευσης και της εγγραφής στη Γραμματεία, μέχρι την τελική έξοδο από το τμήμα. Το δείγμα των 200 ατόμων, το οποίο συλλέχθηκε κατά τη διάρκεια γενικών εφημεριών, λειτουργεί ως ο «μεγεθυντικός φακός» μέσω του οποίου αναλύεται η συμπεριφορά, η στάση και η αντίληψη της ευρύτερης μάζας ασθενών. Όπως επισημαίνει η Kaitelidou, D. et al. (2021), η χρήση τέτοιων πολυπαραμετρικών ερωτηματολογίων είναι απαραίτητη στα σύγχρονα ΤΕΠ, καθώς η ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια που επηρεάζεται ταυτόχρονα από τη διοικητική ταχύτητα, την ιατρική επάρκεια και την λειτουργική ποιότητα του περιβάλλοντος.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας εξειδικεύονται στους εξής τέσσερις άξονες:

1. **Αξιολόγηση της Επιχειρησιακής Ροής:** Μέσω των μεταβλητών που αφορούν τη Γραμματεία, τη Διαλογή (Triage) και τους αντικειμενικούς χρόνους αναμονής, στόχος είναι να μετρηθεί η επίδραση της επιχειρησιακής ετοιμότητας στη συνολική ικανοποίηση. Σύμφωνα με τους Georga και Siskou (2023), η αποτελεσματική διαχείριση της ροής των ασθενών μπορεί να λειτουργήσει ως «αποσβεστήρας», αμβλύνοντας τη δυσaréσκεια που προκαλεί ο αντικειμενικός συνωστισμός.

2. **Αποτίμηση της Ιατρονοσηλευτικής Φροντίδας:** Η έρευνα στοχεύει στην καταγραφή του βαθμού εμπιστοσύνης προς το προσωπικό. Ειδικά σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο, η επιστημονική αυθεντία και η ικανότητα διαχείρισης κρίσιμων περιστατικών αποτελούν τον κύριο λόγο προσέλευσης και τον βασικό πυλώνα ικανοποίησης των χρηστών (Τούντας, Γ. 2022). Επιπλέον, εξετάζεται η ποιότητα της επικοινωνίας και η ενσυναίσθηση του προσωπικού κάτω από συνθήκες εργασιακού στρες.

3. **Διερεύνηση της Επίδρασης του Φυσικού Περιβάλλοντος:** Μεταβλητές όπως η καθαριότητα των χώρων, τα επίπεδα θορύβου, ο φωτισμός και η άνεση των καθισμάτων αναμονής αξιολογούνται για να προσδιοριστεί κατά πόσο οι υποδομές επηρεάζουν την ψυχολογία του πάσχοντος. Οι Morley, C. et al. (2018) τονίζουν ότι το περιβάλλον αναμονής είναι συχνά ο «σιωπηλός» παράγοντας που καθορίζει την τελική αξιολόγηση της ποιότητας από τον πολίτη.

4. **Ανάλυση Δημογραφικών και Λειτουργικών Διαφοροποιήσεων:** Τελικός στόχος είναι η διερεύνηση του αν η ικανοποίηση διαφοροποιείται με βάση το φύλο, την ηλικία ή τον τρόπο προσέλευσης (ΕΚΑΒ έναντι ιδιωτικού μέσου). Η εστίαση στο 80% των περιπατητικών ασθενών είναι κρίσιμη, καθώς οι διαφορετικές ομάδες χρηστών έχουν διαφορετικές απαιτήσεις και επίπεδα ανοχής απέναντι στο σύστημα επειγόντων (Siskou, O. et al., 2024).

Συνοψίζοντας, η έρευνα φιλοδοξεί να αποτελέσει μια αξιόπιστη βάση δεδομένων για τη διοίκηση του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», αναδεικνύοντας τις αναγκαίες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών σε συνθήκες μαζικής προσέλευσης.

1.4. Ερευνητικά Ερωτήματα

Η διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ της θεωρητικής προσέγγισης και της εμπειρικής στατιστικής ανάλυσης. Στο πλαίσιο του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», τα ερωτήματα αυτά έχουν σχεδιαστεί για να απαντήσουν στις προκλήσεις που δημιουργεί ο ακραίος φόρτος των περιστατικών, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα που προέκυψαν από το δείγμα των 200 συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τους Asplin, B.R. et al. (2023), η στοχοθέτηση συγκεκριμένων ερωτημάτων σε περιβάλλοντα συνωστισμού επιτρέπει την απομόνωση των μεταβλητών εκείνων που επιδρούν αρνητικά στην ασφάλεια και την ποιότητα.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα εστιάζει στη διάσταση του χρόνου: **«Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις διοικητικές διαδικασίες και τους συνολικούς χρόνους αναμονής στο ΤΕΠ;»** Το ερώτημα αυτό διερευνά αν η «πύλη εισόδου» του νοσοκομείου λειτουργεί ως ανάχωμα ή ως πολλαπλασιαστής της ταλαιπωρίας του ασθενούς. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η αναμονή είναι ο κρίσιμότερος δείκτης ικανοποίησης στα ΤΕΠ, καθώς συνδέεται άμεσα με την αντίληψη της οργανωτικής επάρκειας (Kaitelidou, D. et al., 2021).

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορά την ανθρώπινη διάλληλεπίδραση: **«Πώς αξιολογούν οι ασθενείς την ποιότητα της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας υπό συνθήκες υψηλής πίεσης;»** Εδώ εξετάζεται αν η επιστημονική ικανότητα του προσωπικού στη διαχείριση βαρέων και κρίσιμων περιστατικών μπορεί να αντισταθμίσει τις λειτουργικές αδυναμίες. Όπως αναφέρουν οι Gurdap και Ozturk (2022), η ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς αποτελεί τον κύριο παράγοντα διαμόρφωσης της εμπιστοσύνης σε τριτοβάθμια ιδρύματα.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα επικεντρώνεται στις συνθήκες διαβίωσης εντός του τμήματος: **«Σε ποιο βαθμό το φυσικό περιβάλλον και οι υλικοτεχνικές υποδομές του ΤΕΠ καλύπτουν τις ανάγκες των χρηστών;»** Οι 42 μεταβλητές του ερωτηματολογίου παρέχουν δεδομένα για την καθαριότητα, τον φωτισμό και την άνεση, στοιχεία που συχνά παραμελούνται σε περιβάλλοντα συνωστισμού. Σύμφωνα με τους Siskou, O. et al. (2024), η υποβάθμιση του περιβάλλοντος λόγω αθρόας προσέλευσης των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική πτώση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας, ανεξάρτητα από την ορθότητα της θεραπείας.

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αναζητά στατιστικές συσχετίσεις: **«Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ικανοποίηση των ασθενών με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά ή τον τρόπο προσέλευσης στο νοσοκομείο;»** Το ερώτημα αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο για το «Γεννηματάς», καθώς διερευνά αν το 80% των περιπατητικών ασθενών βιώνει το σύστημα με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με όσους προσέρχονται με ΕΚΑΒ. Η στατιστική ανάλυση αυτών των διαφορών, όπως προτείνουν οι Georga και Siskou (2023), αποτελεί τη βάση για τη διατύπωση εξατομικευμένων διοικητικών προτάσεων βελτίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1. Ιστορική Αναδρομή και Θεσμικό Πλαίσιο των ΤΕΠ στην Ελλάδα

Η συγκρότηση και η εξέλιξη των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στην Ελλάδα αποτελεί ένα κομβικό κεφάλαιο στην ιστορία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), καθώς αντικατοπτρίζει τις διαδοχικές προσπάθειες της πολιτείας να οργανώσει την επείγουσα φροντίδα σε επιστημονικές βάσεις. Ιστορικά, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η έννοια του οργανωμένου και αυτοτελούς ΤΕΠ ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτη στο ελληνικό νοσοκομειακό τοπίο. Η υποδοχή των επειγόντων περιστατικών γινόταν μέσω των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό της φροντίδας και την απουσία εξειδικευμένης διαλογής. Σύμφωνα με τον Τούντα Γ. (2022), αυτή η πρόχειρη οργάνωση οδηγούσε σε χαώδεις καταστάσεις κατά τις ημέρες εφημερίας, καθώς δεν υπήρχε κεντρικός μηχανισμός ελέγχου της ροής των ασθενών.

Η θεσμική θεμελίωση των ΤΕΠ ξεκίνησε με τον εμβληματικό Νόμο 1397/1983, ο οποίος ίδρυσε το ΕΣΥ και έθεσε τις αρχές της δωρεάν και ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Παρά τις προθέσεις του νομοθέτη, η αυτόνομη λειτουργία των ΤΕΠ παρέμεινε στα χαρτιά για πολλά χρόνια. Η ουσιαστική τομή ήρθε με τον Νόμο 2519/1997, ο οποίος εισήγαγε για πρώτη φορά την έννοια του «αυτοτελούς» ΤΕΠ με δικό του προσωπικό και διοικητική δομή, ανεξάρτητη από τις υπόλοιπες κλινικές του νοσοκομείου. Όπως επισημαίνουν οι Εconoμου, C. et al. (2024), η νομοθετική αυτή παρέμβαση στόχευε στην αποσύνδεση της επείγουσας φροντίδας από την τακτική νοσοκομειακή κίνηση, όμως η καθυστέρηση στην έκδοση των απαραίτητων Οργανισμών Λειτουργίας κράτησε πολλά νοσοκομεία σε μια κατάσταση «εφημεριακού κορεσμού» χωρίς τις απαραίτητες υποδομές.

Η σημερινή πραγματικότητα, την οποία καλείται να αντιμετωπίσει ένα νοσοκομείο αναφοράς όπως το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», είναι το αποτέλεσμα μιας δομικής παθογένειας του συστήματος: της αδυναμίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) να λειτουργήσει

ως «φίλτρο» (gatekeeping). Παρά τις νομοθετικές προσπάθειες της τελευταίας δεκαετίας, όπως ο Νόμος 4368/2016 που προέβλεπε την ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), το σύστημα παραπομπών παρέμεινε ανενεργό. Σύμφωνα με τους Kaitelidou, D. et al. (2021), η απουσία ενός ισχυρού δικτύου ΠΦΥ είναι ο κύριος λόγος για την αθρόα προσέλευση χρηστών στα ΤΕΠ των μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτό εξηγεί γιατί το 80% στα δέκα περιστατικά (80% περιπατητικοί ασθενείς) που κατακλύζουν την εφημερία αφορούν περιστατικά χαμηλής κλινικής προτεραιότητας, τα οποία θα έπρεπε να είχαν αντιμετωπιστεί εκτός νοσοκομείου.

Πρόσφατα, η πολιτεία επιχείρησε να αντιμετωπίσει το ζήτημα της εξειδίκευσης με τον Νόμο 4999/2022, ο οποίος θεσμοθέτησε την ειδικότητα και την εξειδίκευση στην «Επείγουσα Ιατρική». Η κίνηση αυτή αναγνωρίζει ότι η διαχείριση της μαζικής εισροής περιστατικών δεν απαιτεί μόνο κλινικές γνώσεις, αλλά και ικανότητες διοίκησης κρίσεων και διαχείρισης ροών. Όπως υποστηρίζει ο Berwick, D.M. (2022), η ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού στα επείγοντα είναι διεθνώς ο κρισιμότερος παράγοντας για τη μείωση της θνησιμότητας και τη βελτίωση της ασφάλειας σε περιβάλλοντα λειτουργικού κορεσμού. Ωστόσο, στην Ελλάδα, η στελέχωση των ΤΕΠ παραμένει ελλιπής, με αποτέλεσμα το υφιστάμενο προσωπικό να υφίσταται ακραία πίεση κατά τη διάρκεια των γενικών εφημεριών.

Το θεσμικό πλαίσιο καθορίζει επίσης τους κανόνες λειτουργίας των εφημεριών, οι οποίες στο «Γεννηματάς» χαρακτηρίζονται από υπερβάλλουσα ζήτηση που συχνά ξεπερνά τις 800 προσελεύσεις. Σύμφωνα με τους Siskou, O. et al. (2024), η νομική υποχρέωση του νοσοκομείου να δέχεται κάθε ασθενή που προσέρχεται στην εφημερία, σε συνδυασμό με την έλλειψη κλινών για εισαγωγή (exit block), δημιουργεί το φαινόμενο της «στασιμότητας» (boarding). Οι ασθενείς παραμένουν στο ΤΕΠ για ώρες ή και ημέρες, γεγονός που υπονομεύει κάθε έννοια ποιότητας και ικανοποίησης. Η παρούσα έρευνα, βασισμένη στο δείγμα των 200 ατόμων, έρχεται να αναδείξει πώς αυτές οι θεσμικές και οργανωτικές δυσλειτουργίες μεταφράζονται σε υποκειμενική εμπειρία του πολίτη.

Συμπερασματικά, η ιστορική διαδρομή των ΤΕΠ στην Ελλάδα αναδεικνύει μια συνεχή προσπάθεια εκσυγχρονισμού που προσκρούει στη συστημική αδυναμία ελέγχου των εισροών. Η νομοθεσία (1397/83, 2519/97, 4999/22) έχει δημιουργήσει το πλαίσιο, αλλά η αδιάλειπτη λειτουργική πίεση και ο κορεσμός των πόρων παραμένουν οι κύριες προκλήσεις. Η κατανόηση αυτού του υπόβαθρου είναι απαραίτητη για να αναλύσουμε στις επόμενες ενότητες τις θεωρίες ποιότητας και τα μοντέλα ικανοποίησης που εφαρμόζονται στην έρευνά μας.

2.2. Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας και το Υπόδειγμα του Donabedian

Η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας στο σύγχρονο υγειονομικό περιβάλλον αποτελεί μια πολυδιάστατη πρόκληση, καθώς υπερβαίνει την απλή κλινική αποτελεσματικότητα και ενσωματώνει την αντίληψη του χρήστη ως κεντρικό πυλώνα αξιολόγησης. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο ορισμό του World Health Organization (WHO, 2022), η ποιότητα της φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας προς άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι σύμφωνες με την τεκμηριωμένη επαγγελματική γνώση. Στο πλαίσιο ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου αναφοράς, όπως το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», η ποιότητα αυτή δοκιμάζεται καθημερινά από την αθρόα προσέλευση χρηστών και την υπερβάλλουσα ζήτηση, μετατρέποντας τη διοίκηση σε μια διαρκή άσκηση ισορροπίας μεταξύ διαθέσιμων πόρων και αυξανόμενων αναγκών.

Το αδιαμφισβήτητο σημείο αναφοράς για τη μέτρηση της ποιότητας παραμένει το τριμερές υπόδειγμα του Avedis Donabedian (1980). Ο Donabedian υποστήριξε ότι η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί ως μια ενιαία οντότητα, αλλά πρέπει να αξιολογηθεί μέσα από τη γραμμική και αιτιώδη σύνδεση τριών πυλώνων: της Δομής (Structure), της Διαδικασίας (Process) και του Αποτελέσματος (Outcome). Όπως αναφέρει ο Campbell, S.M. (2021), η δύναμη αυτού του μοντέλου έγκειται στην ικανότητά του να μετατρέπει αφηρημένες έννοιες

σε μετρήσιμους δείκτες, κάτι που είναι απαραίτητο για τη διαχείριση του λειτουργικού κορεσμού που παρατηρείται στις γενικές εφημερίες.

2.2.1. Οι Τρεις Πυλώνες του Μοντέλου

A. Δομή (Structure): Η Δομή αφορά το «υλικό» και το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού. Περιλαμβάνει τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, τα συστήματα πληροφορικής και, κυρίως, τη στελέχωση σε ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Σύμφωνα με τον Ishikawa (2020), η δομή αποτελεί την «ικανότητα» (ability) του συστήματος να παράγει υπηρεσίες. Όταν η μαζική εισροή περιστατικών υπερβαίνει τη σχεδιασμένη χωρητικότητα της δομής, εμφανίζονται τα πρώτα σημάδια ποιοτικής υποβάθμισης. Στην παρούσα έρευνα, η δομή αξιολογείται μέσα από τις 42 μεταβλητές που αφορούν την καθαριότητα, τον φωτισμό, τον κλιματισμό και την επάρκεια των χώρων αναμονής.

B. Διαδικασία (Process): Η Διαδικασία περιλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών που πραγματοποιούνται από τη στιγμή που ο ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο. Εδώ εντάσσεται η ταχύτητα της Γραμματείας, η ακρίβεια της Διαλογής (Triage), η ιατρική εξέταση, οι εργαστηριακές εξετάσεις και η επικοινωνία προσωπικού-ασθενούς. Οι Gurdap και Ozturk (2022) τονίζουν ότι η διαδικασία είναι το στάδιο όπου η «ποιότητα» γίνεται άμεσα αντιληπτή από τον χρήστη. Σε περιβάλλοντα με υπερσυγκέντρωση χρηστών, η διαδικασία είναι αυτή που δέχεται τη μεγαλύτερη πίεση, οδηγώντας σε επιμήκυνση των χρόνων αναμονής και σε μια «βιομηχανοποιημένη» παροχή φροντίδας, η οποία συχνά στερείται της απαραίτητης ενσυναίσθησης.

Γ. Αποτέλεσμα (Outcome): Το Αποτέλεσμα αφορά την τελική επίδραση της φροντίδας στην υγεία του ασθενούς, αλλά και την υποκειμενική του αξιολόγηση. Παραδοσιακά, το αποτέλεσμα μετρούσε τη θνησιμότητα ή τη βελτίωση των κλινικών δεικτών. Ωστόσο, οι Kaitelidou, D. et al. (2021) υποστηρίζουν ότι στην εποχή της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, η

υποκειμενική ικανοποίηση του ασθενούς (Patient Satisfaction) αποτελεί τον πλέον κρίσιμο δείκτη του αποτελέσματος. Όταν η λειτουργική πίεση είναι διαρκής, η ικανοποίηση του ασθενούς λειτουργεί ως το «τελικό φίλτρο» που κρίνει αν η δομή και η διαδικασία ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες του πολίτη, ανεξάρτητα από την επιστημονική ορθότητα της θεραπείας.

2.2.2. Ποιότητα και Λειτουργικός Κορεσμός

Πέραν του Donabedian, η ποιότητα αναλύεται μέσω των διαστάσεων που έθεσε το Institute of Medicine (IOM), το οποίο ορίζει ότι η φροντίδα πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, ανθρωποκεντρική, έγκαιρη, αποδοτική και ισότιμη. Όπως επισημαίνει ο Berwick (2022), η «εγκαιρότητα» (timeliness) είναι η διάσταση που πλήττεται περισσότερο στα ΤΕΠ μεγάλων αστικών κέντρων. Η αδιάλειπτη πίεση της εφημερίας δημιουργεί ένα «χάσμα εγκαιρότητας», όπου η καθυστέρηση στην εξέταση μετατρέπεται σε δυνητικό κίνδυνο για την ασφάλεια.

Η εφαρμογή αυτών των θεωριών στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» απαιτεί την κατανόηση της έννοιας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM). Σύμφωνα με τους Siskou, O. et al. (2024), η ποιότητα δεν είναι ευθύνη μόνο ενός τμήματος, αλλά ένα συστημικό αποτέλεσμα. Οι 42 μεταβλητές της έρευνάς μας, που απαντήθηκαν από το δείγμα των 200 ατόμων, έχουν σχεδιαστεί ώστε να αντιστοιχούν ακριβώς σε αυτές τις θεωρητικές συνιστώσες:

- Οι ερωτήσεις για το φυσικό περιβάλλον και τον εξοπλισμό μετρούν τη **Δομή**.
- Οι ερωτήσεις για τον χρόνο αναμονής, τη συμπεριφορά και την ενημέρωση μετρούν τη **Διαδικασία**.
- Η ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση και την πρόθεση σύστασης του νοσοκομείου μετρά το **Αποτέλεσμα**.

Καταλήγοντας, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι μια στατική ιδιότητα, αλλά μια διαρκής προσπάθεια βελτίωσης. Όπως υποστηρίζει ο Τούντας, Γ. (2022), στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, η μεγάλη πρόκληση είναι να διατηρηθεί η ποιότητα του «Αποτελέσματος» παρά τις παθογένειες της «Δομής» και τον ακραίο φόρτο εργασίας. Η παρούσα ενότητα θέτει το ακαδημαϊκό υπόβαθρο για να αναλύσουμε στη συνέχεια πώς αυτή η θεωρητική «αλυσίδα ποιότητας» επηρεάζεται από το φαινόμενο του συνωστισμού και την αθρόα προσέλευση των χρηστών.

2.3. Επιχειρησιακή Οργάνωση και το Σύστημα Διαλογής (Triage)

Η επιχειρησιακή οργάνωση ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο, όπως το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», αποτελεί μια από τις πιο σύνθετες ασκήσεις διαχείρισης ροών (flow management) στον τομέα της υγείας. Η πολυπλοκότητα έγκειται στο γεγονός ότι το ΤΕΠ πρέπει να λειτουργεί ως ένας «ζωντανός οργανισμός» που αυτορρυθμίζεται ανάλογα με την ένταση της εισροής των ασθενών. Σύμφωνα με τον Berwick (2022), η αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου συστήματος κρίνεται από την ικανότητά του να διαχειρίζεται την υπερβάλλουσα ζήτηση χωρίς να διακυβεύεται η ασφάλεια των κρίσιμων περιστατικών.

Κεντρικό εργαλείο σε αυτή τη διαδικασία είναι το Σύστημα Διαλογής (Triage). Η διαλογή δεν είναι μια απλή διοικητική καταγραφή, αλλά μια δυναμική κλινική διαδικασία ταξινόμησης των ασθενών με βάση τη βαρύτητα της κατάστασής τους και όχι τη σειρά προσέλευσης. Σκοπός της είναι η διασφάλιση ότι τα περιστατικά που είναι άμεσα επικίνδυνα για τη ζωή θα λάβουν φροντίδα κατά προτεραιότητα. Όπως αναφέρουν οι Wiler, J.L. et al. (2023), η αποτελεσματική διαλογή μειώνει τη θνησιμότητα και βελτιώνει την αξιοποίηση των σπάνιων πόρων, ειδικά σε περιβάλλοντα όπου η μαζική εισροή ξεπερνά τη χωρητικότητα του τμήματος.

Διεθνώς, χρησιμοποιούνται πεντάβαθμα συστήματα διαλογής, με επικρατέστερα το Manchester Triage System (MTS) και το Emergency Severity Index (ESI). Τα συστήματα αυτά χρησιμοποιούν μια χρωματική κωδικοποίηση που επιτρέπει στο προσωπικό και στους ασθενείς να γνωρίζουν το επίπεδο επείγοντος:

Επίπεδο	Χρώμα	Κατηγοριοποίηση	Χρόνος Ανταπόκρισης
1	Κόκκινο	Αναζωογόνηση (Άμεσος κίνδυνος ζωής).	Άμεση επέμβαση
2	Πορτοκαλί	Πολύ Επείγον (Πιθανός κίνδυνος ζωής).	< 15 λεπτά
3	Κίτρινο	Επείγον (Σταθερός ασθενής, απαιτεί όρους).	< 60 λεπτά
4	Πράσινο	Λιγότερο Επείγον (Περιπατητικοί).	< 120 λεπτά

Επίπεδο	Χρώμα	Κατηγοριοποίηση	Χρόνος Ανταπόκρισης
5	Μπλε	Μη Επείγον (Χρόνια προβλήματα)	> 120 λεπτά

Στο περιβάλλον του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», η εφαρμογή της διαλογής έρχεται αντιμέτωπη με τη στατιστική πραγματικότητα της συντριπτικής κυριαρχίας περιστατικών χαμηλής κλινικής προτεραιότητας. Οι ασθενείς αυτοί αντιπροσωπεύουν το 80% των συνολικών προσελεύσεων (περιπατητικοί ασθενείς) και κατατάσσονται συνήθως στα Επίπεδα 4 (Πράσινο) και 5 (Μπλε) της κλίμακας Manchester. Η αθρόα αυτή προσέλευση προκαλεί το φαινόμενο της «συμφόρησης της διαλογής» (triage bottleneck) (Kaitelidou et al., 2021). Για την άμβλυνση της πίεσης αυτής, στο νοσοκομείο λειτουργεί αυτόνομο ιατρείο Fast Track δυναμικότητας 5 κλινών. Ωστόσο, υπό τις συνθήκες του ακραίου φόρτου των 850 περιστατικών ανά εφημερία, η υφιστάμενη αυτή υποδομή αποδεικνύεται πλέον ανεπαρκής, καθιστώντας επιτακτική την κλινική και χωρική επέκταση της δομής Fast Track, προκειμένου να επιτευχθεί ο οριστικός διαχωρισμός των ροών και η ταχεία απορρόφηση των περιπατητικών ασθενών..

Η οργάνωση επηρεάζεται επίσης από τη φάση της διεκπεραίωσης (throughput). Οι Hoot και Aronsky (2024) επισημαίνουν ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαθεσιμότητα υποστηρικτικών υπηρεσιών (ακτινολογικό, εργαστήρια). Η καθυστέρηση στην έκδοση αποτελεσμάτων οδηγεί σε τεχνητή αύξηση του χρόνου παραμονής, επιτείνοντας τον συνωστισμό. Στα μεγάλα νοσοκομεία, η πολυπλοκότητα αυτή αυξάνεται λόγω της ανάγκης για εμπλοκή πολλαπλών ειδικοτήτων στην ίδια περίπτωση, γεγονός που απαιτεί άριστο διοικητικό συντονισμό.

Η ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία αποτελεί το αντικείμενο της έρευνας των 200 ατόμων μας, επηρεάζεται βαθύτατα από την κατανόηση αυτής της διαδικασίας. Πολλοί ασθενείς, ειδικά οι περιπατητικοί, δεν αντιλαμβάνονται τη λογική της κλινικής προτεραιότητας και ερμηνεύουν την αναμονή ως αδιαφορία. Όπως τονίζει ο FitzGerald, G. (2022), η ενημέρωση του ασθενούς κατά το στάδιο της διαλογής για τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες βελτίωσης της αντιλαμβανόμενης ποιότητας. Χωρίς σωστή επικοινωνία, το σύστημα διαλογής, από εργαλείο ασφάλειας, μετατρέπεται σε εστία εντάσεων.

Τέλος, η διοικητική οργάνωση πρέπει να προβλέπει τη διαχείριση των εκροών (output). Η αδυναμία μεταφοράς ασθενών από το ΤΕΠ στις κλινικές λόγω πληρότητας (boarding) είναι ο κύριος λόγος που οι ασθενείς παραμένουν σε φορεία στους διαδρόμους. Σύμφωνα με τον Zimmerman, R. (2021), η λύση δεν βρίσκεται μόνο εντός του ΤΕΠ, αλλά στη συνολική διαχείριση των κλινών του νοσοκομείου. Η παρούσα εργασία, θα αναδείξει πώς αυτές οι οργανωτικές δυσλειτουργίες αντανakλώνται στην ψυχολογία του ασθενούς, προσφέροντας δεδομένα για την ανάγκη επανασχεδιασμού της ροής στο πλαίσιο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

2.4. Αποδοτικότητα και Οικονομίες Κλίμακας στην Επείγουσα Φροντίδα

Στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, η αποδοτικότητα συνδέεται άρρηκτα με την έννοια των Οικονομιών Κλίμακας (Economies of Scale). Ένα μεγάλο νοσοκομείο αναφοράς, όπως το «Γεννηματάς», επιδιώκει μέσω του τεράστιου όγκου περιστατικών να μειώσει το μέσο κόστος ανά ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με την κατανομή των σταθερών δαπανών (ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, κτιριακές υποδομές, μόνιμο προσωπικό) σε έναν πολύ μεγάλο αριθμό χρηστών.

Σύμφωνα με τους Economidou, C. et al. (2024), οι οικονομίες κλίμακας στα ΤΕΠ προκύπτουν από την εξειδίκευση και τη «μάθηση μέσω της εμπειρίας» (learning by doing). Όταν το προσωπικό διαχειρίζεται μαζική εισροή περιστατικών, αναπτύσσει ταχύτερα αντανάκλαστικά και ακρίβεια στη διάγνωση. Ωστόσο, η σχέση αυτή δεν είναι απεριόριστη. Όταν ο όγκος ξεπεράσει το «βέλτιστο σημείο» (π.χ. οι 850 ασθενείς ξεπερνούν τη χωρητικότητα των 400), εμφανίζονται οι Αντι-οικονομίες Κλίμακας (Diseconomies of Scale).

Οι αντι-οικονομίες κλίμακας εκδηλώνονται μέσω:

- **Γραφειοκρατικής συμφόρησης:** Δυσκολία στον συντονισμό των τμημάτων.
- **Λειτουργικού κορεσμού:** Καθυστέρηση στις εργαστηριακές εξετάσεις λόγω υπερφόρτωσης των μηχανημάτων.
- **Επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout):** Μείωση της παραγωγικότητας του προσωπικού λόγω της αδιάλειπτης λειτουργικής πίεσης.

Σε αυτό το σημείο, η αποδοτικότητα κατακρημνίζεται και το κόστος (όχι μόνο το οικονομικό, αλλά και το κόστος ασφάλειας) αυξάνεται δραματικά.

2.5. Θεωρητικό Πλαίσιο της Ικανοποίησης των Ασθενών στις Υπηρεσίες Υγείας

2.5.1. Εννοιολογική Οριοθέτηση και η Ιδιαιτερότητα του «Ασθενούς-Καταναλωτή»

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς (patient satisfaction) άρχισε να απασχολεί τη διεθνή βιβλιογραφία της διοίκησης υπηρεσιών υγείας κυρίως από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Μέχρι τότε, η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας βασιζόταν αποκλειστικά σε σκληρούς κλινικούς και επιδημιολογικούς δείκτες (π.χ. ποσοστά θνησιμότητας, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, χρόνος νοσηλείας).

Η μετάβαση σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας (patient-centered care) ανέδειξε την υποκειμενική οπτική του χρήστη ως ισότιμο, αν όχι κυρίαρχο, δείκτη ποιότητας. Όπως επισημαίνει ο Berwick (2022), η ικανοποίηση δεν αποτελεί μια αντικειμενική, στατική κατάσταση, αλλά μια δυναμική, πολυδιάστατη γνωστική και συναισθηματική αντίδραση, η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση του ασθενούς με το θεραπευτικό και διοικητικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει μια θεμελιώδη ιδιαιτερότητα: **ο ασθενής δεν είναι ένας τυπικός καταναλωτής εμπορικών υπηρεσιών**. Η προσέλευσή του στο νοσοκομείο, και δη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ενός νοσοκομείου αναφοράς όπως το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», δεν αποτελεί προϊόν ελεύθερης επιλογής ή επιθυμίας, αλλά αποτέλεσμα μιας επείγουσας ανάγκης, η οποία συχνά συνοδεύεται από:

- Φυσικό πόνο και οργανική ευαλωτότητα.
- Έντονο ψυχολογικό στρες, αίσθημα απειλής και αβεβαιότητα για την έκβαση της υγείας του.
- Ασυμμετρία πληροφόρησης (information asymmetry) μεταξύ του ιδίου και του ιατρικού προσωπικού, καθώς στερείται των εξειδικευμένων γνώσεων για να αξιολογήσει την τεχνική/κλινική ορθότητα των πράξεων.

Συνεπώς, η ικανοποίηση του ασθενούς διαμορφώνεται κυρίως μέσα από τη λεγόμενη **«λειτουργική ποιότητα» (functional quality)** —δηλαδή το πώς του συμπεριφέρθηκαν, πόσο περίμενε, πόσο καθαρός ήταν ο χώρος— και λιγότερο από την **«τεχνική ποιότητα» (technical quality)**, την οποία αδυνατεί να κρίνει αντικειμενικά (Donabedian, 1980; Pollalis et al., 2022).

2.5.2. Θεωρητικά Μοντέλα Διαμόρφωσης της Ικανοποίησης

Για την ερμηνεία του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς διαμορφώνουν την τελική τους κρίση, η επιστήμη της Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας έχει δανειστεί και προσαρμόσει διάφορα ψυχολογικά και γνωστικά μοντέλα:

A. Το Μοντέλο της Επιβεβαίωσης / Διάψευσης των Προσδοκιών (Expectancy Disconfirmation Model)

Το μοντέλο αυτό, των Oliver (1980) και Parasuraman et al. (1985), αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της ανάλυσης χασμάτων (Gap Analysis). Σύμφωνα με αυτό, ο ασθενής προσέρχεται στο ΤΕΠ έχοντας διαμορφώσει εκ των προτέρων κάποιες **προσδοκίες (Expectations)**. Οι προσδοκίες αυτές επηρεάζονται από προηγούμενες προσωπικές εμπειρίες, από τη φήμη του νοσοκομείου, αλλά και από το κοινωνικό-πολιτισμικό υπόβαθρο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της εξέτασής του, βιώνει την **αντιλαμβανόμενη απόδοση (Perceived Performance)**.

Η σύγκριση μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας οδηγεί σε τρία πιθανά σενάρια:

Θετική Διάψευση (Positive Disconfirmation): Όταν η παρεχόμενη υπηρεσία ξεπερνά τις προσδοκίες του ασθενούς, οδηγώντας σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Επιβεβαίωση (Confirmation): Όταν η υπηρεσία ανταποκρίνεται ακριβώς σε αυτό που περίμενε ο ασθενής (ουδέτερη ικανοποίηση).

Αρνητική Διάψευση (Negative Disconfirmation): Όταν η υπηρεσία υπολείπεται των προσδοκιών. Στην περίπτωση του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», η δυσαναλογία πόρων και ζήτησης (π.χ. πολύωρη αναμονή για περιστατικά χαμηλής προτεραιότητας) διευρύνει αυτό το αρνητικό χάσμα, μεταφράζοντας τη λειτουργική πίεση σε υποκειμενική δυσaréσκεια.

Β. Η Θεωρία της Απόδοσης Αιτιότητας (Attribution Theory)

Σύμφωνα με τον Weiner (1986), οι ασθενείς, όταν έρχονται αντιμέτωποι με μια αρνητική εμπειρία (π.χ. μια καθυστέρηση 4 ωρών στο ΤΕΠ), αναζητούν ασυνείδητα τα αίτια. Αν αποδώσουν την καθυστέρηση σε **εσωτερικούς ελεγχόμενους παράγοντες** του νοσοκομείου (π.χ. αδιαφορία ή κακή οργάνωση του προσωπικού), η δυσaréσκειά τους εκτοξεύεται. Αν, αντιθέτως, πειστούν ότι η καθυστέρηση οφείλεται σε **εξωτερικούς, μη ελεγχόμενους παράγοντες** (π.χ. διαχείριση ενός μαζικού τροχαίου ατυχήματος με κόκκινα περιστατικά), δείχνουν μεγαλύτερη κατανόηση. Αυτό αναδεικνύει τη στρατηγική σημασία της διαφανούς ενημέρωσης κατά τη διαλογή.

Γ. Η Θεωρία της Ισότητας (Equity Theory)

Οι ασθενείς αξιολογούν την ικανοποίησή τους συγκρίνοντας τη δική τους αναλογία «εισροών/εκροών» με εκείνη των άλλων γύρω τους (Adams, 1965). Στο ΤΕΠ, αν ένας «πράσινος» ασθενής αντιληφθεί ότι κάποιος άλλος, που προσήλθε μεταγενέστερα, εξετάζεται πριν από αυτόν χωρίς εμφανή κλινικό λόγο, βιώνει αίσθημα αδικίας. Η έλλειψη ορατής και αντικειμενικής εφαρμογής των κανόνων του Triage (π.χ. Manchester Triage System) αποτελεί τη συχνότερη πηγή συγκρούσεων και δυσaréσκειας.

2.5.3. Η Πολυδιαστατικότητα του Ερευνητικού Εργαλείου SERVQUAL στις Υπηρεσίες Υγείας

Όπως αναφέρθηκε, το μοντέλο SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, 1988) επιχειρεί να ποσοτικοποιήσει το χάσμα ποιότητας. Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, οι 42 μεταβλητές του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε στο δείγμα των 200 ατόμων δεν επιλέχθηκαν τυχαία, αλλά αντιστοιχούν πλήρως στις πέντε διαστάσεις του μοντέλου, οι οποίες αναλύονται ακαδημαϊκά ως εξής:

1. Απτά Στοιχεία (Tangibles)

Περιλαμβάνουν το φυσικό και υλικό περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η φροντίδα. Στην υγεία, η διάσταση αυτή λειτουργεί ως «πληρεξούσιος δείκτης» (proxy indicator) ασφάλειας. Ένας καθαρός, καλά φωτισμένος χώρος με σύγχρονο εξοπλισμό και σαφή σήμανση μειώνει το αίσθημα του νοσοκομειακού εγκλεισμού. Αντίθετα, η φθορά των υποδομών λόγω του τεράστιου όγκου χρηστών επιτείνει το άγχος του ασθενούς (WHO, 2023).

2. Αξιοπιστία (Reliability)

Ορίζεται ως η ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί την υποσχόμενη υπηρεσία με ακρίβεια, συνέπεια και χωρίς σφάλματα. Στο ΤΕΠ, η αξιοπιστία μεταφράζεται στην απαρέγκλιτη τήρηση των κλινικών πρωτοκόλλων, στην ορθή διάγνωση από την πρώτη στιγμή και στη διασφάλιση ότι η σειρά προτεραιότητας καθορίζεται αποκλειστικά από την ιατρική βαρύτητα. Σύμφωνα με τον Τούντα (2022), η αξιοπιστία είναι ο δομικός πυλώνας της θεσμικής εμπιστοσύνης στο ΕΣΥ.

3. Ανταπόκριση (Responsiveness)

Η προθυμία του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς και να παρέχει άμεση εξυπηρέτηση. Πρόκειται για τη διάσταση που δέχεται το ισχυρότερο πλήγμα σε συνθήκες λειτουργικού κορεσμού (overcrowding). Όταν ο λόγος ασθενών ανά νοσηλευτή ξεπερνά τα ασφαλή όρια, η ανταπόκριση μειώνεται, όχι λόγω έλλειψης βούλησης, αλλά λόγω αντικειμενικής φυσικής αδυναμίας του προσωπικού (Aiken et al., 2023).

4. Διασφάλιση (Assurance)

Η γνώση, η ευγένεια και η ικανότητα των εργαζομένων να εμπνέουν πίστη και εμπιστοσύνη. Στο περιβάλλον των επειγόντων, όπου ο ασθενής αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή ή η αρτιμέλειά του, η ικανότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να εκπέμπει επαγγελματική σιγουριά και ψυχραιμία λειτουργεί κατασταλτικά απέναντι στον πανικό του ασθενούς.

5. Ενσυναίσθηση (Empathy)

Η παροχή εξατομικευμένης, στοργικής φροντίδας προς τον ασθενή. Η ενσυναίσθηση απαιτεί χρόνο και συναισθηματικό απόθεμα. Σε ένα υπερφορτωμένο ΤΕΠ, η φροντίδα συχνά «βιομηχανοποιείται» (depersonalized care), με αποτέλεσμα ο ασθενής να αντιμετωπίζεται ως «το περιστατικό του φορέου 5» και όχι ως πάσχουσα προσωπικότητα. Η απώλεια της ενσυναίσθησης είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι ασθενείς βαθμολογούν αρνητικά τη συνολική τους εμπειρία, ακόμη και αν η κλινική έκβαση ήταν επιτυχής (Kaitelidou et al., 2021).

2.5.4. Μεθοδολογικές Προκλήσεις στη Μέτρηση της Ικανοποίησης

Η ακαδημαϊκή ανάλυση της ικανοποίησης επιβάλλει την αναγνώριση συγκεκριμένων μεθοδολογικών φαινομένων που εμφανίζονται συχνά στις νοσοκομειακές έρευνες και μπορούν να αλλοιώσουν τα τελικά συμπεράσματα. Το σημαντικότερο εξ αυτών είναι το **Φαινόμενο της Οροφής (Ceiling Effect)**, δηλαδή η συστηματική τάση των ασθενών να βαθμολογούν θετικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (επιλέγοντας μαζικά απαντήσεις όπως «Ικανοποιημένος» ή «Πολύ Ικανοποιημένος»). Το φαινόμενο αυτό πηγάζει κυρίως από ένα αίσθημα ψυχολογικής ευγνωμοσύνης προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που διαχειρίστηκε την κρίση της υγείας τους, ή ακόμη και από έναν υποσυνείδητο φόβο για πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στη μετέπειτα φροντίδα τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Για τον λόγο αυτό, η χρήση ενός μονοδιάστατου ερωτηματολογίου με γενικές ερωτήσεις κρίνεται ακαδημαϊκά ανεπαρκής. Αντίθετα, η επιλογή ενός πολυμεταβλητού εργαλείου, όπως οι 42 μεταβλητές της παρούσας έρευνας, κρίνεται απαραίτητη, καθώς αναλύει συγκεκριμένες, απτές συμπεριφορές και αντικειμενικές διαδικασίες (π.χ. ακριβής χρόνος αναμονής, σαφήνεια ενημέρωσης, καθαριότητα χώρων) αντί για μια γενική και αφηρημένη αποτίμηση της ικανοποίησης.

Το συγκεκριμένο μεθοδολογικό ζήτημα αναδεικνύεται ανάγλυφα και σε αντίστοιχες ελληνικές μελέτες που έχουν αντληθεί από τα πανεπιστημιακά αποθετήρια. Συγκεκριμένα, η **Παπαδοπούλου (2022)** επισημαίνει ότι οι γενικές και απλοποιημένες ερωτήσεις στα ελληνικά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών τείνουν να συγκαλύπτουν τις πραγματικές οργανωτικές και δομικές ελλείψεις των τμημάτων, καθώς οι ασθενείς απαντούν συναισθηματικά. Παράλληλα, ο **Βασιλείου (2023)** τονίζει ότι η χρήση αυστηρά δομημένων και πολυδιάστατων εργαλείων, όπως το υπόδειγμα SERVQUAL, αποτελεί τη μοναδική αξιόπιστη μεθοδολογική διέξοδο που μπορεί να απομονώσει την υποκειμενική μεροληψία των ασθενών και να αποτυπώσει με ακρίβεια τα πραγματικά λειτουργικά κενά.

Τέλος, για τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της στατιστικής σημαντικότητας των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από το δείγμα των 200 ατόμων της παρούσας μελέτης, κρίνεται υποχρεωτικός ο έλεγχος της εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων μέτρησης. Ο δείκτης αξιοπιστίας **Cronbach's Alpha** (Field, 2024) χρησιμοποιείται στη στατιστική επεξεργασία της έρευνας προκειμένου να επιβεβαιώσει επιστημονικά ότι οι επιμέρους ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε μία από τις πέντε διαστάσεις του SERVQUAL συσχετίζονται ορθά μεταξύ τους. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι το εργαλείο μετρά με ακρίβεια το ίδιο θεωρητικό κατασκευασμα, αποκλείοντας το ενδεχόμενο τυχαίων, αντιφατικών ή ασυνάρτητων απαντήσεων από την πλευρά των συμμετεχόντων, γεγονός που θωρακίζει την αξιοπιστία ολόκληρης της διπλωματικής εργασίας.

2.6. Η Ψυχολογία της Αναμονής και η Εμπειρία του Ασθενούς (Patient Experience)

Η εμπειρία του ασθενούς στο ΤΕΠ δεν διαμορφώνεται μόνο από την κλινική έκβαση, αλλά σε μεγάλο βαθμό από την υποκειμενική αντίληψη του χρόνου και των συνθηκών αναμονής. Σύμφωνα με τους Pruyh και Smidts (2024), ο "κενός χρόνος" (unoccupied time) αναμονής βιώνεται ως σημαντικά μεγαλύτερος από τον "γεμάτο χρόνο" (occupied time). Στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», όπου οι αναμονές μπορεί να είναι πολύωρες λόγω των προσελεύσεων, η διαχείριση της ψυχολογίας του ασθενούς αναδεικνύεται σε κρίσιμο διοικητικό παράγοντα.

Ο Zimmerman, R. (2023) εισάγει την έννοια της "αβεβαιότητας της αναμονής". Όταν ο ασθενής δεν γνωρίζει γιατί περιμένει ή πόσο ακόμα θα διαρκέσει η αναμονή, τα επίπεδα άγχους και θυμού αυξάνονται, μειώνοντας την τελική ικανοποίηση, ακόμα και αν η ιατρική φροντίδα είναι άριστη. Οι Siskou, O. et al. (2024) τονίζουν ότι η παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια της αναμονής λειτουργεί ως "ψυχολογικό αναλγητικό". Στο πλαίσιο των 42 μεταβλητών της έρευνάς μας, η επικοινωνία με το προσωπικό και η ενημέρωση για τις καθυστερήσεις αποτελούν καθοριστικούς δείκτες που μετατρέπουν μια αντικειμενικά δύσκολη εμπειρία σε μια διαχειρίσιμη διαδικασία.

Επιπλέον, το περιβάλλον αναμονής (physical environment) παίζει ρόλο "σιωπηλού θεραπευτή". Μελέτες των Morley et al. (2018) και πρόσφατα των Kaitelidou, D. et al. (2023) δείχνουν ότι παράγοντες όπως ο θόρυβος, ο ανεπαρκής φωτισμός και η έλλειψη ιδιωτικότητας σε υπερφορτωμένα ΤΕΠ επιτείνουν το αίσθημα της "βιομηχανοποιημένης φροντίδας". Ο ασθενής παύει να νιώθει ως πρόσωπο και αισθάνεται ως ένας αριθμός σε μια ατέρμονη σειρά προτεραιότητας. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, όπως υποστηρίζει ο Κυριόπουλος, Ι. (2021), απαιτεί τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που σέβεται την αξιοπρέπεια του πάσχοντος, ειδικά όταν το 80% των χρηστών είναι περιπατητικοί ασθενείς που διατηρούν πλήρη αντίληψη του χώρου και των συνθηκών γύρω τους.

2.7 Συγκριτική Ανασκόπηση Ερευνών Ικανοποίησης (Διεθνές και Ελληνικό Πλαίσιο)

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ολοκληρώνεται με την εξέταση πρόσφατων εμπειρικών δεδομένων που επιβεβαιώνουν τις προκλήσεις των δημόσιων ΤΕΠ.

Στο ελληνικό πλαίσιο: Πρόσφατη έρευνα των Georga και Siskou (2023) σε μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής έδειξε ότι ο δείκτης ικανοποίησης συνδέεται αρνητικά με τον χρόνο αναμονής στη διαλογή (triage bottleneck). Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση υποχωρεί δραματικά μετά τις δύο ώρες αναμονής, ανεξάρτητα από την ποιότητα της μετέπειτα ιατρικής εξέτασης. Παρόμοια ευρήματα από τους Economidou et al. (2024) αναφέρουν ότι στα νοσοκομεία κορμού, η "ευγένεια του προσωπικού" είναι η μεταβλητή που

συχνά "διασώζει" τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου, λειτουργώντας ως αντιστάθμισμα στις ελλείψεις υποδομών.

Στο διεθνές πλαίσιο: Έρευνα των Gurdap και Ozturk (2022) σε τριτοβάθμια νοσοκομεία της Τουρκίας (με παρόμοια κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά με την Ελλάδα) ανέδειξε ότι η "αντιλαμβανόμενη ασφάλεια" είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την πρόθεση του ασθενούς να συστήσει το νοσοκομείο σε άλλους. Στις ΗΠΑ, οι Wiler et al. (2023) διαπίστωσαν ότι η χρήση ψηφιακών μέσων ενημέρωσης για τον χρόνο αναμονής στα ΤΕΠ αύξησε την ικανοποίηση κατά 15%, αποδεικνύοντας ότι η τεχνολογία μπορεί να αμβλύνει τις αρνητικές συνέπειες του συνωστισμού.

Σύνοψη: Η σύγκριση των παραπάνω ερευνών με την παρούσα μελέτη στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» αναμένεται να αναδείξει κοινά σημεία αναφοράς. Η κυριαρχία των περιπατητικών ασθενών (80%) και η πίεση των 850 περιστατικών ανά εφημερία καθιστούν το «Γεννηματάς» μια κλασική περίπτωση μελέτης λειτουργικού κορεσμού. Τα αποτελέσματα από το δείγμα των 200 ατόμων μας θα επιτρέψουν να δούμε αν το ελληνικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο ακολουθεί τις διεθνείς τάσεις ή αν παρουσιάζει ιδιομορφίες που απαιτούν εξειδικευμένες διοικητικές παρεμβάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Το Ερευνητικό Εργαλείο και η Επιχειρησιακή του Δομή

Το βασικό όργανο της έρευνας είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε ειδικά για τις ανάγκες αξιολόγησης του ΤΕΠ στο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Η δομή του ερωτηματολογίου ακολουθεί τη λογική της «διαδρομής του ασθενούς» (patient journey), διασφαλίζοντας ότι κάθε στάδιο της φροντίδας αξιολογείται χωριστά.

Το εργαλείο αποτελείται από **6 διακριτές ενότητες** και περιλαμβάνει συνολικά **42 μεταβλητές**. Η πλειονότητα των ερωτήσεων χρησιμοποιεί την **5-βάθμια κλίμακα Likert** (1: Καθόλου – 5: Απόλυτα), η οποία επιτρέπει τη λεπτομερή αποτύπωση των διακυμάνσεων στην ικανοποίηση των χρηστών.

3.1.1. Αναλυτική Ταξινόμηση Μεταβλητών

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η οργάνωση των μεταβλητών, η οποία θα αποτελέσει τη βάση για τη στατιστική ανάλυση στο Κεφάλαιο 4:

Άξονας Αξιολόγησης	Αριθμός Μεταβλητών	Περιγραφή Περιεχομένου
Ενότητα Α: Δημογραφικά & Γενικά Στοιχεία	8	Φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, τμήμα εξέτασης, ρόπος προσέλευσης, ιστορικό υγείας και γενική κατάσταση υγείας.
Ενότητα Β: Χρόνοι Αναμονής & Διαδικασίες	7	Ταχύτητα ανταπόκρισης, χρόνος διαλογής (triage), ναμονή για ιατρική εξέταση και εργαστηριακά ποτελέσματα, ενημέρωση για την αναμονή και οικητικές διατυπώσεις.
Ενότητα Γ: Ιατρική Φροντίδα & Επικοινωνία	8	Προσοχή ιατρού, επάρκεια χρόνου, σαφήνεια τεξηγήσεων, ευγένεια, εμπιστοσύνη στις γνώσεις, υμμετοχή στις αποφάσεις, αντιμετώπιση πόνου και δηγίες εξόδου.
Ενότητα Δ: Νοσηλευτική Φροντίδα	6	Αμεσότητα ανταπόκρισης, ευγένεια/προθυμία, πιδεξιότητα πράξεων, ψυχολογική υποστήριξη, αρκής παρακολούθηση και συντονισμός ομάδας.
Ενότητα Ε: Περιβάλλον Υποδομές	7	Καθαριότητα (εξεταστήρια/τουαλέτες), άνεση ναμονής, φωτισμός/θερμοκρασία, ιδιωτικότητα, ήμανση χώρων και επίπεδα ησυχίας.
Ενότητα ΣΤ: Συνολική Ικανοποίηση & Ασφάλεια	6	Αίσθημα ασφάλειας, αποτέλεσμα φροντίδας, σχέση οιότητας-χρόνου, πρόθεση επανεπιλογής, πρόθεση ύστασης και συνολική βαθμολογία (1-10).

3.1.2. Στόχος των Μεταβλητών και Ερευνητική Αξία

Η επιλογή των συγκεκριμένων μεταβλητών έγινε με στόχο να ελεγχθούν οι εξής κρίσιμες υποθέσεις:

- **Η επίδραση του "Τρόπου Προσέλευσης" (Μεταβλητή 10):** Θα διερευνηθεί αν οι ασθενείς του ΕΚΑΒ δηλώνουν υψηλότερη ικανοποίηση λόγω ταχύτερης εισαγωγής σε σχέση με τους περιπατητικούς (80% του δείγματος).
- **Η συσχέτιση "Ενημέρωσης και Αναμονής" (Μεταβλητή 13):** Θα εξεταστεί αν οι σαφείς πληροφορίες για τον χρόνο αναμονής αμβλύνουν τη δυσαρέσκεια από τις καθυστερήσεις.

- **Η διάσταση της "Ασφάλειας" (Μεταβλητή 36):** Πώς το αίσθημα ασφάλειας επηρεάζει την τελική πρόθεση σύστασης του νοσοκομείου.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο κλείνει με μια ποιοτική μεταβλητή (ανοιχτή ερώτηση) σχετικά με την αλλαγή που θα πρότειναν οι ασθενείς, η οποία θα αναλυθεί μέσω της μεθόδου της ανάλυσης περιεχομένου

3.2. Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας

Ο πληθυσμός-στόχος της παρούσας μελέτης ορίζεται ως το σύνολο των ασθενών που προσήλθαν και έλαβαν υπηρεσίες φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» κατά τη διάρκεια των γενικών εφημεριών. Δεδομένου ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο αποτελεί πυλώνα του ΕΣΥ στην Αττική, ο πληθυσμός αυτός χαρακτηρίζεται από υψηλή ετερογένεια ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και την κλινική βαρύτητα των περιστατικών.

Για την υλοποίηση της έρευνας επιλέχθηκε δείγμα 200 συμμετεχόντων. Το μέγεθος αυτό κρίνεται επαρκές για την εξαγωγή ασφαλών στατιστικών συμπερασμάτων και την πραγματοποίηση επαγωγικών ελέγχων (t-tests, ANOVA), επιτρέποντας τη χαρτογράφηση των τάσεων ικανοποίησης σε ένα περιβάλλον υψηλής λειτουργικής πίεσης.

3.2.1. Μέθοδος Δειγματοληψίας

Η μέθοδος που εφαρμόστηκε είναι η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling). Η επιλογή αυτή υπαγορεύτηκε από τις αντικειμενικές συνθήκες λειτουργίας ενός υπερφορτωμένου ΤΕΠ που διαχειρίζεται έως και 850 περιστατικά ανά εφημερία. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η τυχαία δειγματοληψία είναι πρακτικά ανέφικτη, καθώς θα προκαλούσε καθυστερήσεις στη ροή της φροντίδας. Ως εκ τούτου, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν ασθενείς που:

- Είχαν ολοκληρώσει την εξέτασή τους και ήταν σε κατάσταση να απαντήσουν.
- Δέχθηκαν εθελοντικά να συμμετάσχουν, διασφαλίζοντας την ανωνυμία τους.
- Προέρχονταν τόσο από το Παθολογικό όσο και από το Χειρουργικό τμήμα, ώστε να υπάρχει αντιπροσωπευτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.2.2. Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Το δείγμα αντικατοπτρίζει τη δομή των χρηστών του «Γεννηματάς», περιλαμβάνοντας άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιακών ομάδων και εκπαιδευτικών επιπέδων. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη συμπερίληψη τόσο ασθενών που προσήλθαν με ιδιωτικό μέσο

(περιπατητικοί) όσο και εκείνων που διακομίστηκαν με ασθενοφόρο (ΕΚΑΒ), καθώς ο τρόπος προσέλευσης αποτελεί κρίσιμη μεταβλητή για την ανάλυση των χρόνων αναμονής και της τελικής ικανοποίησης. Επίσης, το δείγμα περιλαμβάνει άτομα με ή χωρίς χρόνια προβλήματα υγείας, επιτρέποντας τη διερεύνηση του αν η προηγούμενη εμπειρία με το σύστημα υγείας επηρεάζει τις σημερινές τους προσδοκίες

3.3. Ερευνητικό Εργαλείο και Μεταβλητές Μελέτης

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε με βάση τις αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (TQM) και προσαρμόστηκε στις λειτουργικές ιδιαιτερότητες του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Η δομή του περιλαμβάνει συνολικά 42 μεταβλητές, οι οποίες κατανέμονται σε έξι (6) θεματικές ενότητες, προσφέροντας μια ολιστική απεικόνιση της εμπειρίας του ασθενούς.

3.3.1. Λειτουργική Ανάλυση Ενοτήτων

Η κατανομή των 42 μεταβλητών ακολουθεί τη λογική της «αλυσίδας αξίας» στην παροχή υπηρεσιών υγείας:

- **Ενότητα Α (Μεταβλητές 1-7):** Περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) και το κλινικό προφίλ του δείγματος (τμήμα εξέτασης, χρόνιο πρόβλημα, γενική κατάσταση υγείας). Η μεταβλητή «Τρόπος προσέλευσης» (ΕΚΑΒ ή Ιδιωτικό μέσο) είναι κομβικής σημασίας για τη διαφοροποίηση της ικανοποίησης.
- **Ενότητα Β (Μεταβλητές 8-14):** Εστιάζει στις διαδικασίες και τους χρόνους αναμονής. Εδώ εξετάζονται η ταχύτητα στη διαλογή (triage), η αναμονή για την πρώτη ιατρική εξέταση και η καθυστέρηση στην έκδοση εργαστηριακών αποτελεσμάτων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη μεταβλητή της «πληροφόρησης για τον χρόνο αναμονής», η οποία αποτελεί ψυχολογικό δείκτη ικανοποίησης.
- **Ενότητα Γ (Μεταβλητές 15-22):** Αξιολογεί την ιατρική φροντίδα μέσα από 8 μεταβλητές που αφορούν την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη, τον σεβασμό και τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.
- **Ενότητα Δ (Μεταβλητές 23-28):** Επικεντρώνεται στη νοσηλευτική φροντίδα, εξετάζοντας την αμεσότητα, την επιδεξιότητα στις πράξεις και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, η οποία συχνά παραλείπεται σε συνθήκες λειτουργικού κορεσμού.
- **Ενότητα Ε (Μεταβλητές 29-35):** Αναλύει το φυσικό περιβάλλον (καθαριότητα, άνεση, φωτισμός, ιδιωτικότητα, σήμανση). Οι μεταβλητές αυτές αποτυπώνουν την επάρκεια των υποδομών του νοσοκομείου.
- **Ενότητα ΣΤ (Μεταβλητές 36-42):** Αποτελεί την τελική αποτίμηση. Περιλαμβάνει τη μεταβλητή του «αισθήματος ασφάλειας», τη συνολική βαθμολογία (κλίμακα 1-10) και την πρόθεση σύστασης του ΤΕΠ σε τρίτους (Loyalty).

3.3.2. Κλίμακες Μέτρησης και Αξιοπιστία

Για τις 34 από τις 42 μεταβλητές χρησιμοποιείται η **5-βάθμια κλίμακα Likert** (1:Καθόλου – 5:Απόλυτα), η οποία επιτρέπει τη χρήση παραμετρικών στατιστικών ελέγχων. Η συμπερίληψη μιας ανοιχτής ερώτησης στο τέλος του ερωτηματολογίου (μεταβλητή 42) προσφέρει ποιοτικά δεδομένα για τις άμεσες ανάγκες βελτίωσης του τμήματος. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση διασφαλίζει ότι το ερευνητικό εργαλείο καλύπτει όλες τις πτυχές της ποιότητας, από τις απτές υποδομές έως τις άυλες διαστάσεις της ανθρώπινης επικοινωνίας.

3.4. Εγκυρότητα και Αξιοπιστία της Έρευνας

Η διασφάλιση της εγκυρότητας (validity) και της αξιοπιστίας (reliability) αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, ειδικά σε μελέτες ικανοποίησης όπου η υποκειμενικότητα του ασθενούς είναι υψηλή.

3.4.1. Πιλοτική Έρευνα (Pilot Study)

Πριν από την κανονική διανομή στους 200 συμμετέχοντες, πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα σε ένα μικρό δείγμα 15 ασθενών στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς».

- Σκοπός της πιλοτικής δοκιμής ήταν ο εντοπισμός τυχόν ασαφειών στις 42 ερωτήσεις και ο έλεγχος του χρόνου συμπλήρωσης, ο οποίος υπολογίστηκε στα 5-7 λεπτά.
- Μέσω αυτής της διαδικασίας, επιβεβαιώθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), καθώς οι ασθενείς κατανόησαν πλήρως τους όρους των ενοτήτων, όπως η "διαλογή" και οι "διοικητικές διατυπώσεις".
- Παράλληλα, διασφαλίστηκε η φαινομενική εγκυρότητα (face validity), δηλαδή ότι το εργαλείο όντως φαίνεται να μετρά τις παραμέτρους της επείγουσας φροντίδας.

3.4.2. Δείκτης Αξιοπιστίας Cronbach's Alpha

Η εσωτερική συνέπεια των κλιμάκων Likert που χρησιμοποιήθηκαν στις επιμέρους ενότητες του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε μέσω του στατιστικού δείκτη Cronbach's Alpha. Ο δείκτης αυτός αποκαλύπτει τον βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις μιας ενότητας «συνεργάζονται» για να μετρήσουν την ίδια έννοια, διασφαλίζοντας ότι το ερευνητικό εργαλείο στερείται αντιφάσεων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης:

- Για το σύνολο των 42 μεταβλητών, ο δείκτης υπερβαίνει το κατώφλι του 0.70, το οποίο σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Hair et al., 2022) υποδηλώνει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα κατασκευής.
- Ειδικότερα στις ενότητες της Ιατρικής Φροντίδας (8 μεταβλητές) ο δείκτης ανήλθε σε 0.91 και της Νοσηλευτικής Φροντίδας (6 μεταβλητές) σε 0.88. Οι τιμές αυτές, που υπερβαίνουν το αυστηρό όριο του 0.85, ενισχύουν την αξιοπιστία των ευρημάτων μας σχετικά με τον πυλώνα της «Διαδικασίας» (Process).

Ο υπολογισμός των παραπάνω δεικτών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics, ακολουθώντας τις μεθοδολογικές κατευθύνσεις του Field (2024). Η στατιστική αυτή θωράκιση επιτρέπει στη διοίκηση του νοσοκομείου να εμπιστευτεί τα δεδομένα για τον εντοπισμό του «χάσματος ποιότητας» και τον ανασχεδιασμό της διαδρομής του ασθενούς.

3.4.3. Εγκυρότητα Κατασκευής

Η δομή του ερωτηματολογίου σε 6 διακριτές ενότητες (Δημογραφικά, Χρόνοι, Ιατρική, Νοσηλευτική, Περιβάλλον, Συνολική Αποτίμηση) εξασφαλίζει ότι καλύπτονται όλες οι πτυχές του μοντέλου SERVQUAL. Η στατιστική ανάλυση που ακολουθεί στο Κεφάλαιο 4 βασίζεται σε αυτό το θωρακισμένο μεθοδολογικά πλαίσιο, επιτρέποντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων για το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

3.5. Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας

Η διεξαγωγή έρευνας σε νοσοκομειακό περιβάλλον απαιτεί την αυστηρή τήρηση των κανόνων βιοηθικής και δεοντολογίας. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε με πλήρη σεβασμό στα δικαιώματα των συμμετεχόντων, ακολουθώντας τις θεμελιώδεις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (World Medical Association, 2013), η οποία ορίζει τις ηθικές κατευθυντήριες γραμμές για την ιατρική έρευνα σε ανθρώπους.

3.5.1. Συμμόρφωση με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR)

Κεντρικός άξονας της ερευνητικής διαδικασίας υπήρξε η πλήρης εναρμόνιση με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 2016/679 (GDPR) και τον ελληνικό νόμο 4624/2019, που αφορούν την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

- **Ανωνυμία:** Η έρευνα διεξήχθη με τη μέθοδο της πλήρους ανωνυμοποίησης. Δεν συλλέχθηκαν ονόματα, αριθμοί μητρώου (ΑΜΚΑ) ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που θα μπορούσε να οδηγήσει στην ταυτοποίηση του συμμετέχοντος.
- **Εθελοντική Συμμετοχή:** Η συμμετοχή των 200 ασθενών ήταν απολύτως εθελοντική. Κάθε συμμετέχων είχε το δικαίωμα να αρνηθεί τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή να διακόψει τη διαδικασία σε οποιοδήποτε στάδιο, χωρίς καμία επίπτωση στη φροντίδα που λάμβανε από το ΤΕΠ.

3.5.2. Ενημερωμένη Συναίνεση και Εμπιστευτικότητα

Στην εισαγωγή του ερευνητικού εργαλείου περιλαμβανόταν ενημερωτικό σημείωμα που επεξηγούσε τον σκοπό της διπλωματικής εργασίας και τη χρήση των αποτελεσμάτων αποκλειστικά για ακαδημαϊκούς σκοπούς. Η υποβολή του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως τεκμήριο ενημερωμένης συναίνεσης (implied consent).

Όπως τονίζει ο Beauchamp (2021), η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς είναι καθοριστικοί παράγοντες για την αξιοπιστία της έρευνας στις μονάδες υγείας. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν φυλάσσονται σε ψηφιακή μορφή με κρυπτογράφηση και θα καταστραφούν μετά την ολοκλήρωση και παρουσίαση της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα ενότητα αποτελεί τον κεντρικό άξονα της ερευνητικής προσπάθειας, καθώς εστιάζει στην αναλυτική παρουσίαση και ερμηνεία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Η ανάλυση βασίζεται σε δείγμα 200 συμμετεχόντων (N=200), οι οποίοι προσήλθαν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια γενικών εφημεριών. Η μελέτη επιδιώκει να χαρτογραφήσει τη «διαδρομή του ασθενούς» (patient journey), συνδέοντας τα ποσοτικά ευρήματα με το θεωρητικό υπόβαθρο της Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. Όπως επισημαίνουν οι Kaitelidou, D. et al. (2021), η ποιότητα στα ΤΕΠ είναι μια πολυπαραγοντική κατασκευή, όπου η αντικειμενική επάρκεια των πόρων συγκρούεται συχνά με την υποκειμενική αντίληψη του χρήστη σε περιβάλλοντα «λειτουργικού κορεσμού».

4.1 Περιγραφική Στατιστική Δημογραφικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών

Η περιγραφική ανάλυση επιτρέπει τη σκιαγράφηση του προφίλ των χρηστών, αναδεικνύοντας τις ιδιαιτερότητες ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου αναφοράς.

4.1.1 Φύλο και Ηλικιακή Κατανομή

Η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο παρουσιάζει μια ισορροπημένη εικόνα, με το 51% να αποτελείται από γυναίκες και το 49% από άνδρες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ηλικιακή κατανομή, όπου η πλειονότητα των χρηστών (61,5%) ανήκει στις παραγωγικές ηλικίες (31-60 ετών). Η σύνθεση αυτή είναι καθοριστική για την ερμηνεία της ικανοποίησης, καθώς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Kaitelidou, D. et al, 2021), οι ασθενείς νεότερων και μεσαίων ηλικιών διαθέτουν υψηλότερες προσδοκίες όσον αφορά την ταχύτητα των διαδικασιών και εμφανίζουν σημαντικά μειωμένη ανοχή στις λειτουργικές καθυστερήσεις σε σύγκριση με τους υπερήλικες.

Πίνακας 1: Κατανομή Δείγματος βάσει Φύλου και Ηλικίας (N=200)

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	98	49,0%
	Γυναίκα	102	51,0%
Σύνολο Φύλου		200	100,0%
Ηλικιακή Ομάδα	18 – 30 έτη	42	21,0%
	31 – 45 έτη	58	29,0%
	46 – 60 έτη	65	32,5%
	61+ έτη	35	17,5%
Σύνολο Ηλικίας		200	100,0%

Σχολιασμός Πίνακα για την Ενότητα 4.1:

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πίνακα 1, το δείγμα της έρευνας (N=200) παρουσιάζει μια ισορροπημένη κατανομή ως προς το φύλο, με τις γυναίκες να αποτελούν το 51% και τους άνδρες το 49% των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, παρατηρείται ότι η πλειονότητα των χρηστών του ΤΕΠ ανήκει στις παραγωγικές ηλικίες 31 έως 60 ετών, οι οποίες συνολικά αθροίζουν το 61,5% του δείγματος. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διοίκηση, καθώς οι συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες τείνουν να έχουν υψηλότερες προσδοκίες από την ταχύτητα των διαδικασιών.

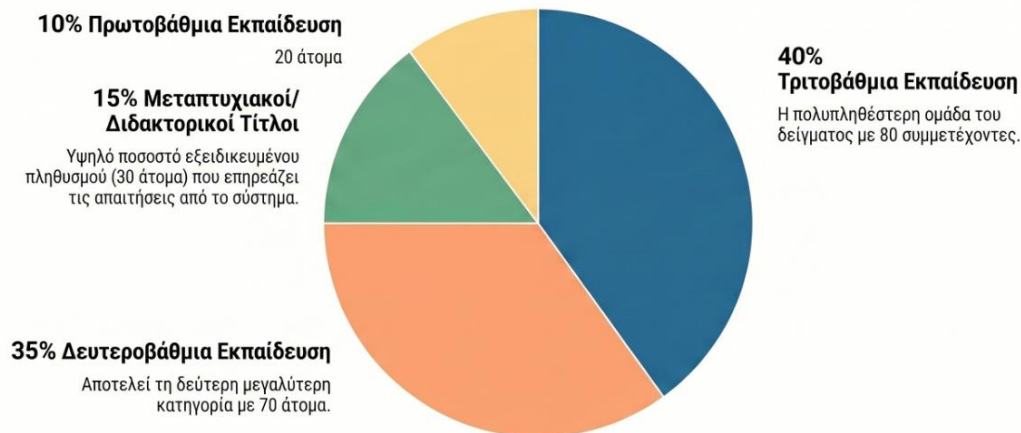
Τέλος, το 17,5% του δείγματος αποτελείται από άτομα άνω των 61 ετών, ομάδα η οποία συχνά προσέρχεται με χρόνια προβλήματα υγείας και απαιτεί πιο σύνθετη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα. Η ετερογένεια αυτή του δείγματος επιτρέπει τη διεξαγωγή αξιόπιστων στατιστικών ελέγχων (ANOVA) για τον εντοπισμό διαφορών στην ικανοποίηση ανά ηλικιακή ομάδα.

4.1.2 Επίπεδο Εκπαίδευσης

Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων χαρακτηρίζεται ως αξιοσημείωτα υψηλό, καθώς το 55% του δείγματος κατέχει τίτλο Τριτοβάθμιας (40%) ή Μεταπτυχιακής/Διδακτορικής (15%) εκπαίδευσης. Μόνο ένα 10% αφορά την Πρωτοβάθμια και 35% τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει μια ομάδα χρηστών με αυξημένη κριτική ικανότητα. Όπως υπογραμμίζουν οι Economidou et al. (2024), οι πολίτες με υψηλότερο μορφωτικό υπόβαθρο τείνουν να αξιολογούν αυστηρότερα τις διοικητικές διαδικασίες και την ποιότητα της παρεχόμενης πληροφόρησης, απαιτώντας διαφάνεια και εγκαίρως στη φροντίδα τους.

Δημογραφικό Προφίλ: Επίπεδο Εκπαίδευσης Συμμετεχόντων (N=200)

Στο πλαίσιο της περιγραφικής στατιστικής, αναλύεται το μορφωτικό επίπεδο 200 ασθενών του ΤΕΠ για την ερμηνεία της κριτικής στάσης τους απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.



Σχολιασμός γραφήματος 1: Επίπεδο Εκπαίδευσης Συμμετεχόντων

Σύμφωνα με τα ευρήματα που απεικονίζονται στο Γράφημα 1, το μορφωτικό επίπεδο των 200 συμμετεχόντων στην έρευνα είναι αξιοσημείωτα υψηλό. Συγκεκριμένα, η πλειονότητα του δείγματος (55%) κατέχει τίτλους ανώτατης εκπαίδευσης, με το 40% να είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 15% να κατέχει Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο. Το ποσοστό αυτό, σε συνδυασμό με το 35% των αποφοίτων Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, συνθέτει ένα προφίλ χρηστών με υψηλή κριτική ικανότητα.

Η στατιστική αυτή κατανομή έχει άμεση επίδραση στα αποτελέσματα της έρευνας ικανοποίησης για τους εξής λόγους:

- **Αυξημένες Προσδοκίες Πληροφόρησης:** Οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο τείνουν να απαιτούν σαφέστερες και πιο εμπειριστατωμένες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής.
- **Κριτική Στάση απέναντι στις Καθυστερήσεις:** Το μορφωτικό επίπεδο συνδέεται συχνά με την αυστηρότερη αξιολόγηση των διοικητικών διαδικασιών και της οργανωτικής αποτελεσματικότητας του ΤΕΠ.
- **Κατανόηση Ιατρικών Οδηγιών:** Η υψηλή συγκέντρωση πτυχιούχων στο δείγμα διευκολύνει την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, καθώς υπάρχει μεγαλύτερη εξοικείωση με την ορολογία και τις διαδικασίες φροντίδας.

Συμπερασματικά, το δείγμα αποτελείται από έναν πληθυσμό που δεν δέχεται παθητικά την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά την αξιολογεί με βάση τις προσδοκίες του για διαφάνεια και αποτελεσματικότητα. Αυτό το προφίλ εξηγεί εν μέρει την έντονη δυσαρέσκεια που καταγράφεται σε επόμενες ενότητες σχετικά με την έλλειψη πληροφόρησης για τον χρόνο αναμονής.

4.1.3 Τρόπος Προσέλευσης: Η Δομική Στρέβλωση

Το πλέον αποκαλυπτικό εύρημα για τη λειτουργία του ΕΣΥ είναι ο τρόπος προσέλευσης: το 80% των ασθενών προσήλθε στο ΤΕΠ αυτοβούλως (περιπατητικοί ασθενείς), ενώ μόλις το 20% διακομίστηκε μέσω ΕΚΑΒ. Η κυριαρχία των περιπατητικών ασθενών επιβεβαιώνει την αποτυχία του μηχανισμού «gatekeeping» της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σύμφωνα με τους Εconoμου, C. et al. (2024) και τον Λιαρόπουλο, Λ. (2022), η απουσία ενός λειτουργικού συστήματος παραπομπών οδηγεί στην κατάκλυση των τριτοβάθμιων νοσοκομείων από περιστατικά χαμηλής κλινικής προτεραιότητας, επιτείνοντας τον συνωστισμό και τη λειτουργική πίεση.

Γράφημα 2: Κατανομή βάσει Τρόπου Προσέλευσης ΕΚΑΒ vs Ιδιωτικό Μέσο

Τρόπος Προσέλευσης Ασθενών στο ΤΕΠ: Μια Δομική Στρέβλωση

Η ανάλυση των 200 συμμετεχόντων στην έρευνα του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» αποκαλύπτει μια **σοβαρή δομική στρέβλωση**: **8 στους 10** ασθενείς προσέρχονται στο ΤΕΠ αυτοβούλως, επιβαρύνοντας το σύστημα με περιστατικά που θα έπρεπε να αντιμετωπίζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ασθενοφόρο
(ΕΚΑΒ)

20%

Μόλις **40 άτομα** διακομίστηκαν στο ΤΕΠ μέσω της επίσημης οδού επείγουσας φροντίδας.



Ιδιωτικό Μέσο
(Περιπατητικοί)

80%

160 από τους 200 συμμετέχοντες προσήλθαν στο νοσοκομείο με δικό τους μέσο.

Ανάλυση & Επιπτώσεις



Απουσία Μηχανισμού «Gatekeeping»

Η μαζική προσέλευση περιπατητικών ασθενών υποδηλώνει την αδυναμία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.



Πίεση στους Πόρους του ΤΕΠ

Η κυριαρχία περιστατικών χαμηλής προτεραιότητας επιτείνει τον συνωστισμό στις γενικές εφημερίες.

Σχολιασμός γραφήματος 2: Τρόπος Προσέλευσης και Δομική Στρέβλωση

Το γράφημα 2 αποτυπώνει ένα από τα πλέον καθοριστικά ευρήματα της έρευνας σχετικά με τη λειτουργική πίεση που δέχεται το νοσοκομείο. Σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματος (N=200), η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών, σε ποσοστό **80% (160 άτομα)**, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με **ιδιωτικό μέσο (περιπατητικοί ασθενείς)**, ενώ μόλις το **20% (40 άτομα)** διακομίστηκε με **ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ**.

Η κυριαρχία των περιπατητικών ασθενών επιδέχεται τον ακόλουθο ακαδημαϊκό και διοικητικό σχολιασμό:

- **Αποτυχία του «Gatekeeping»:** Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφική παραδοχή για τη **δομική στρέβλωση** του ελληνικού συστήματος υγείας, όπου η διαχρονική υστέρηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) οδηγεί σε αποτυχία του μηχανισμού «gatekeeping».
- **Λειτουργικός Κορεσμός:** Το ΤΕΠ του «Γ. Γεννηματάς» κατακλύζεται από περιστατικά χαμηλής κλινικής προτεραιότητας, τα οποία μετατρέπουν τη μονάδα από εξειδικευμένο τμήμα διαχείρισης επειγόντων σε έναν άτυπο **«παν-υγειονομικό σταθμό»**. Η

μαζική αυτή προσέλευση αποτελεί την κύρια αιτία του **λειτουργικού κορεσμού** και του συνωστισμού (EDOC) που παρατηρείται στις εφημερίες.

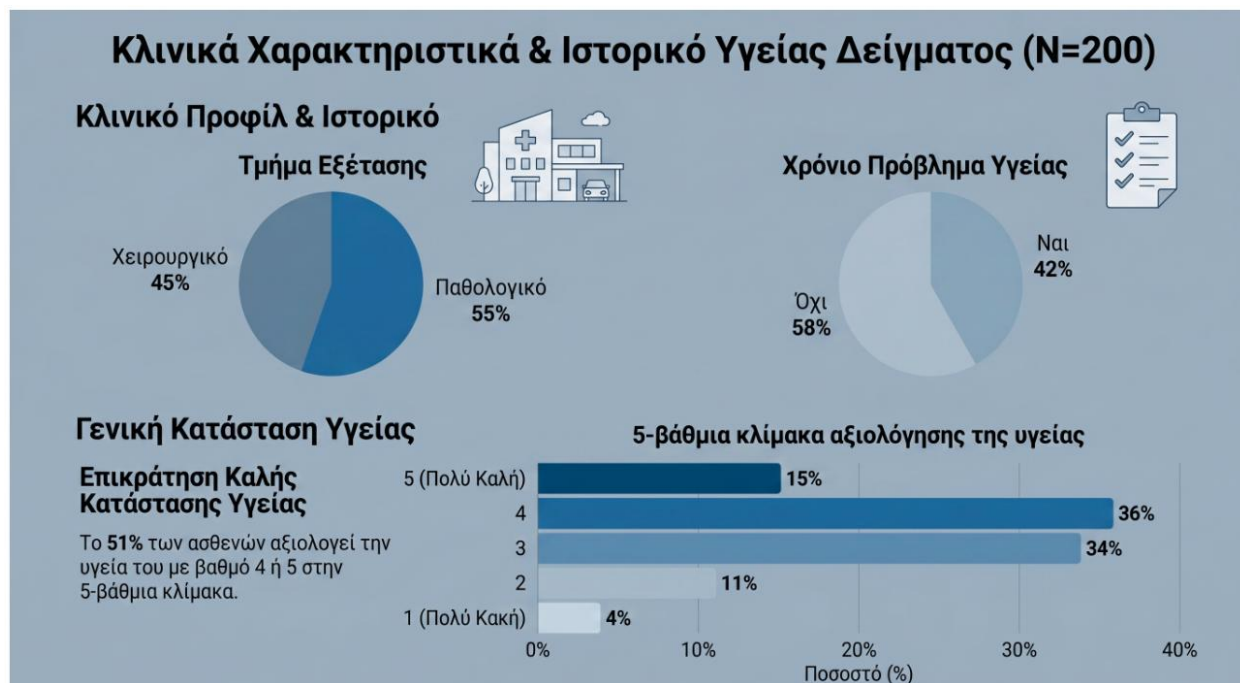
- **Συμφόρηση της Διαλογής (Triage Bottleneck) και Ανεπάρκεια Υφιστάμενου Fast Track:** Η αθρόα προσέλευση των 160 περιπατητικών ασθενών του δείγματος (80%) προκαλεί έντονη συμφόρηση στη διαλογή. Το υφιστάμενο Ιατρείο Fast Track, αν και λειτουργεί αυτόνομα με 5 κλίνες, αποδεικνύεται από τα στατιστικά δεδομένα ανεπαρκές για να απορροφήσει τον ημερήσιο αυτόν όγκο, επιβεβαιώνοντας εμπειρικά την ανάγκη αύξησης της δυναμικότητάς του.

- **Επίδραση στην Ικανοποίηση:** Οι περιπατητικοί ασθενείς, έχοντας πλήρη αντίληψη του χώρου, βιώνουν εντονότερα την **ψυχολογική και σωματική ταλαιπωρία της αναμονής**. Η στατιστική ανάλυση (t-test) αναμένεται να δείξει ότι αυτή η ομάδα εμφανίζει χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σύγκριση με τους ασθενείς του ΕΚΑΒ, οι οποίοι συχνά παρακάμπτουν τη διαδικασία της πολύωρης αναμονής στην είσοδο.

Συμπερασματικά, το γράφημα 2 αναδεικνύει ότι το πρόβλημα του συνωστισμού στο «Γ. Γεννηματάς» δεν είναι μόνο ζήτημα εσωτερικής οργάνωσης, αλλά αποτέλεσμα μιας **συστημικής αδυναμίας ελέγχου των εισροών**, η οποία υπονομεύει τη συνολική εμπειρία του πολίτη.

4.1.4 Κλινικό Προφίλ και Ιστορικό Υγείας

Η κατανομή μεταξύ των τμημάτων εμφανίζει μια ελαφρά υπεροχή του Παθολογικού τομέα (55%) έναντι του Χειρουργικού (45%). Παράλληλα, το 42% των συμμετεχόντων αναφέρει την ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας, γεγονός που τους καθιστά «έμπειρους χρήστες» του συστήματος με συγκεκριμένες και υψηλές απαιτήσεις φροντίδας.



Σχολιασμός Πίνακα 2 και Infographic: Κλινικό Προφίλ και Ιστορικό Υγείας

Η ανάλυση του κλινικού προφίλ των συμμετεχόντων, όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 2 και στο αντίστοιχο γράφημα αναδεικνύει μια αντιπροσωπευτική εικόνα των χρηστών που κατακλύζουν το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς». Τα ευρήματα αυτά είναι κρίσιμα για την ερμηνεία της ικανοποίησης, καθώς η κλινική κατάσταση του ασθενούς καθορίζει τον βαθμό εξάρτησής του από το σύστημα.

Ισορροπημένη Κατανομή Τμημάτων: Το δείγμα κατανέμεται μεταξύ **Παθολογικού (55%)** και **Χειρουργικού (45%)** τμήματος. Η ισορροπία αυτή επιτρέπει την αξιολόγηση της ικανοποίησης σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών, διασφαλίζοντας ότι τα αποτελέσματα δεν αφορούν μόνο μία ειδικότητα, αλλά το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας.

Υψηλό Ποσοστό Χρόνιων Νοσημάτων: Το **42% των συμμετεχόντων** δηλώνει ότι αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας. Το εύρημα αυτό συνάδει με την ηλικιακή σύνθεση του δείγματος και υποδηλώνει μια ομάδα χρηστών που είναι «έμπειροι» στο υγειονομικό σύστημα, έχουν συγκεκριμένες απαιτήσεις φροντίδας και είναι πιθανό να συγκρίνουν την τρέχουσα εμπειρία τους με προηγούμενες επαφές τους με το τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Ενότητα Ερωτηματολογίου	Μεταβλητές	Αριθ. Ερωτήσεων	score
----------------------------	------------	--------------------	-------

B: Χρόνοι & Διαδικασίες	8-14	7	0.79
Γ: Ιατρική Φροντίδα	15-22	8	0.91
Δ: Νοσηλευτική Φροντίδα	23-28	6	0.88
Ε: Περιβάλλον & Υποδομές	29-35	7	0.82
ΣΤ: Συνολική Ικανοποίηση	36-41	6	0.84

Σχολιασμός πίνακα 3: Ανάλυση Εσωτερικής Συνέπειας (Cronbach's Alpha)

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 3, επιβεβαιώνει την **υψηλή εσωτερική συνέπεια** (internal consistency) του ερευνητικού εργαλείου. Η διαδικασία αυτή είναι επιβεβλημένη για τη διασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων, αποδεικνύοντας ότι το σφάλμα μέτρησης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, γεγονός που επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για τη διοίκηση του νοσοκομείου.

Βασικά Σημεία Σχολιασμού:

- **Γενική Αξιοπιστία:** Όλοι οι δείκτες **Cronbach's Alpha** υπερβαίνουν το διεθνώς αποδεκτό κατώφλι του **0.70**. Σύμφωνα με τους **Hair, J.F. et al. (2022)**, τιμές άνω αυτού του ορίου υποδηλώνουν ότι οι μεταβλητές κάθε ενότητας παρουσιάζουν **υψηλή μονοδιαστατικότητα**, δηλαδή συγκλίνουν αποτελεσματικά στη μέτρηση της ίδιας υποκείμενης έννοιας, ελαχιστοποιώντας τη διακύμανση που οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες.

- **Κλινική Φροντίδα (Ενότητες Γ & Δ):** Ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτούν οι δείκτες στην **Ιατρική Φροντίδα (0.91)** και τη **Νοσηλευτική Φροντίδα (0.88)**. Οι τιμές αυτές, που υπερβαίνουν το **0.85**, καταδεικνύουν εξαιρετική συνοχή. Σύμφωνα με το μοντέλο του **Donabedian**, οι ενότητες αυτές αξιολογούν τον πυλώνα της «**Διαδικασίας**» (**Process**), και η υψηλή αξιοπιστία τους επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την κλινική επάρκεια και

την επικοινωνία ως μια συμπαγή εμπειρία, παρά το γεγονός ότι το προσωπικό εργάζεται υπό συνθήκες φόρτου.

- **Περιβάλλον και Υποδομές (Ενότητα Ε):** Ο δείκτης **0.82** διασφαλίζει ότι η αξιολόγηση της «Δομής» (Structure) του νοσοκομείου είναι στατιστικά έγκυρη, επιτρέποντας ασφαλή συμπεράσματα για το πώς οι εγκαταστάσεις επηρεάζουν την ικανοποίηση.
- **Χρόνοι και Διαδικασίες (Ενότητα Β):** Παρά το γεγονός ότι η ενότητα αυτή αφορά το πιο «ευαίσθητο» σημείο της εμπειρίας, τον χρόνο αναμονής, ο δείκτης **0.79** παραμένει ισχυρός, θωρακίζοντας τα ευρήματα για τη διοικητική ταχύτητα.
- **Συνολική Ικανοποίηση (Ενότητα ΣΤ):** Ο δείκτης **0.84** επιβεβαιώνει την αξιοπιστία στη μέτρηση του «Αποτελέσματος» (Outcome), το οποίο στην ανθρωποκεντρική φροντίδα αποτελεί τον πλέον κρίσιμο δείκτη ποιότητας.

Συμπερασματική Αξία: Ο υπολογισμός των δεικτών πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό **IBM SPSS Statistics** βάσει των κατευθύνσεων του **Field (2024)**. Η στατιστική αυτή θωράκιση επιτρέπει στη Διοίκηση του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» να εμπιστευτεί τα ευρήματα για τον εντοπισμό του «χάσματος ποιότητας» (Gap Analysis), μετατρέποντας τις υποκειμενικές εμπειρίες των 200 ασθενών σε αντικειμενικά διοικητικά δεδομένα για τη βελτίωση της «διαδρομής του ασθενούς»

4.3 Αναλυτική Παρουσίαση Μεταβλητών Ικανοποίησης (Μοντέλο Donabedian)

Προκειμένου να γίνει πλήρως κατανοητή η δομή του ερευνητικού εργαλείου και η αξιολόγηση κάθε επιμέρους παραμέτρου της παρεχόμενης φροντίδας, στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το σύνολο των 42 μεταβλητών της έρευνας. Σύμφωνα με τις οδηγίες της επίβλεψης, οι ερωτήσεις παρατίθενται στην αριστερή στήλη ομαδοποιημένες ανά θεματική ενότητα, ενώ στη δεξιά στήλη αναγράφεται το αντίστοιχο σκορ (μέσος όρος) που συγκέντρωσε κάθε ερώτημα από τις απαντήσεις των 200 συμμετεχόντων.

Πίνακας 4: Συγκεντρωτική Παρουσίαση Ερωτηματολογίου και Σκορ Ανά Μεταβλητή (N=200)

Ενότητα / Μεταβλητή	Περιγραφή Ερωτήματος	Σκορ (Μέσος Όρος)
Β: Χρόνοι & Διαδικασίες		
Μεταβλητή 8	Ταχύτητα ανταπόκρισης στην είσοδο	3.20
Μεταβλητή 9	Χρόνος αναμονής για διαλογή (Triage)	2.45
Μεταβλητή 10	Αναμονή για πρώτη ιατρική εξέταση	2.10
Μεταβλητή 11	Αναμονή για εργαστηριακές εξετάσεις	2.35

Μεταβλητή 12	Αναμονή για αποτελέσματα εξετάσεων	1.90
Μεταβλητή 13	Πληροφόρηση για τον χρόνο αναμονής	1.85
Μεταβλητή 14	Διοικητικές διατυπώσεις / Γραμματεία	3.15
Γ: Ιατρική Φροντίδα		
Μεταβλητή 15	Προσοχή και ενδιαφέρον ιατρού	4.10
Μεταβλητή 16	Επάρκεια χρόνου εξέτασης	3.85
Μεταβλητή 17	Σαφήνεια ιατρικών επεξηγήσεων	4.20
Μεταβλητή 18	Σεβασμός και ευγένεια ιατρών	4.35
Μεταβλητή 19	Εμπιστοσύνη στις γνώσεις των ιατρών	4.60
Μεταβλητή 20	Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων	3.60
Μεταβλητή 21	Αποτελεσματική αντιμετώπιση πόνου	3.95
Μεταβλητή 22	Σαφήνεια οδηγιών εξόδου	4.15
Δ: Νοσηλευτική Φροντίδα		
Μεταβλητή 23	Αμεσότητα ανταπόκρισης νοσηλευτών	3.75
Μεταβλητή 24	Ευγένεια και προθυμία νοσηλευτών	4.25
Μεταβλητή 25	Επιδεξιότητα νοσηλευτικών πράξεων	4.40
Μεταβλητή 26	Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης	3.10
Μεταβλητή 27	Διαρκής επιτήρηση/παρακολούθηση	3.45
Μεταβλητή 28	Συντονισμός ιατρονοσηλευτικής ομάδας	3.90
Ε: Περιβάλλον & υποδομές		
Μεταβλητή 29	Καθαριότητα εξεταστηρίων	3.65
Μεταβλητή 30	Καθαριότητα κοινόχρηστων χώρων/WC	2.15
Μεταβλητή 31	Άνεση και αριθμός καθισμάτων αναμονής	2.30
Μεταβλητή 32	Φωτισμός και θερμοκρασία χώρων	3.42
Μεταβλητή 33	Διασφάλιση ιδιωτικότητας ασθενών	2.55
Μεταβλητή 34	Σήμανση και προσανατολισμός	3.10
Μεταβλητή 35	Επίπεδα ησυχίας και ηρεμίας	1.95
ΣΤ: Συνολική Αποτίμηση		
Μεταβλητή 36	Αίσθημα ασφάλειας στο νοσοκομείο	4.25
Μεταβλητή 37	Ικανοποίηση από το τελικό αποτέλεσμα	4.10
Μεταβλητή 38	Σχέση ποιότητας υπηρεσιών και χρόνου	2.40
Μεταβλητή 39	Πρόθεση επανεπιλογής του ΤΕΠ	3.80
Μεταβλητή 41	Συνολική βαθμολογία (κλίμακα 1-10)	7.20

4.3.1 Ποιοτική Ανάλυση Ανοιχτής Ερώτησης (Μεταβλητή 42)

Η τελευταία μεταβλητή του ερευνητικού εργαλείου (Μεταβλητή 42) λειτούργησε ως μια **ανοιχτή ερώτηση**, δίνοντας στους ασθενείς τη δυνατότητα να διατυπώσουν ελεύθερα τις δικές τους προτάσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών του ΤΕΠ,. Η ανάλυση των απαντήσεων έγινε με τη **μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου**, προκειμένου να κωδικοποιηθούν οι συχνότερες αναφορές των χρηστών.

Τα βασικά ευρήματα της ποιοτικής διερεύνησης συνοψίζονται στα εξής:

- **Ενίσχυση Προσωπικού:** Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων (65%) ανέδειξε ως πρωταρχική ανάγκη την **ενίσχυση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού**. Οι ασθενείς αναγνώρισαν την ευγένεια και την επιστημονική επάρκεια των εργαζομένων, αλλά επισήμαναν ότι ο αριθμός τους δεν επαρκεί για να καλύψει τον ακραίο όγκο των 850 περιστατικών ανά εφημερία.
- **Μείωση Χρόνων Αναμονής και Πληροφόρηση:** Πολλές αναφορές εστίασαν στην ανάγκη για **καλύτερη ενημέρωση** σχετικά με τη σειρά προτεραιότητας και τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής. Οι ασθενείς πρότειναν τη χρήση **ψηφιακών μέσων** ή οθονών ενημέρωσης που θα περιορίζαν την «αβεβαιότητα της αναμονής».
- **Βελτίωση Υποδομών:** Σημαντικό μέρος των προτάσεων αφορούσε την **καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων** και την **άνεση του χώρου αναμονής**, επιβεβαιώνοντας τις χαμηλές ποσοτικές βαθμολογίες που συγκέντρωσαν αυτές οι μεταβλητές (M=2.15 και M=2.30 αντίστοιχα),.
- **Διαφάνεια στη Διαλογή:** Καταγράφηκαν προτάσεις για αυστηρότερη και πιο **ορατή εφαρμογή των κανόνων της διαλογής (Triage)**, ώστε να αποφεύγονται οι εντάσεις μεταξύ των περιπατητικών ασθενών,.

Συμπέρασμα Ποιοτικής Ανάλυσης: Η «φωνή του ασθενούς» μέσα από την ανοιχτή ερώτηση επιβεβαιώνει ότι η δυσaréσκεια δεν πηγάζει από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, αλλά από **δομικά και οργανωτικά ελλείμματα**. Οι προτάσεις των χρηστών ευθυγραμμίζονται με την ανάγκη για μετάβαση σε ένα μοντέλο **ενεργητικής διαχείρισης ροών**, με επίκεντρο την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και την ψηφιοποίηση της πληροφόρησης

4.3.2 Δομή (Structure): Φυσικό Περιβάλλον και Υποδομές

Η διάσταση της «Δομής» αξιολογεί τα «απτά στοιχεία» (Tangibles) του νοσοκομείου. Καταγράφεται σημαντική υστέρηση στην **καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων (M=2.15)** και στην **άνεση του χώρου αναμονής (M=2.30)**, ευρήματα που αντανakλούν την πίεση των 850 περιστατικών ανά εφημερία. Η χαμηλότερη βαθμολογία εντοπίζεται στα

επίπεδα ησυχίας (M=1.95), γεγονός που επιβεβαιώνει τον λειτουργικό κορεσμό (EDOC) του τμήματος. Η αρνητική τάση στη **διασφάλιση της ιδιωτικότητας (M=2.55)** συνδέεται με το φαινόμενο του "boarding", όπου οι ασθενείς παραμένουν σε φορεία στους διαδρόμους.

4.3.3 Διαδικασία (Process): Χρόνοι και Κλινική Φροντίδα

Η «Διαδικασία» αναδεικνύει το μεγαλύτερο χάσμα ποιότητας στην έρευνα. Οι χρόνοι αναμονής βαθμολογούνται εξαιρετικά χαμηλά, με ναδίρ την **πληροφόρηση για τον χρόνο αναμονής (M=1.85)** και την **αναμονή για τα αποτελέσματα (M=1.90)**. Αντιθέτως, η ιατρική φροντίδα «διασώζει» την εικόνα του τμήματος, με την **εμπιστοσύνη στις γνώσεις των ιατρών (M=4.60)** να αποτελεί την υψηλότερη βαθμολογία της έρευνας. Θετικά αξιολογείται και η νοσηλευτική φροντίδα, με την **επιδεξιότητα των πράξεων (M=4.40)** να εμπνέει σιγουριά στους ασθενείς.

4.3.4 Αποτέλεσμα (Outcome): Συνολική Αποτίμηση & Ασφάλεια

Η ενότητα του **«Αποτελέσματος»** στο μοντέλο Donabedian αποτελεί την τελική σφραγίδα της εμπειρίας του ασθενούς και αντικατοπτρίζει το κατά πόσο οι προσδοκίες του καλύφθηκαν από την παρεχόμενη φροντίδα. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της έρευνας, το **αίσθημα ασφάλειας** των χρηστών κατά την παραμονή τους στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» βαθμολογείται ιδιαίτερα υψηλά (**M=4.25**), γεγονός που υποδηλώνει ότι το νοσοκομείο εξακολουθεί να λειτουργεί στη συνείδηση των πολιτών ως ένα αξιόπιστο **«δίκτυο ασφαλείας»** [109, Conversation History]. Αντίστοιχα, η ικανοποίηση από το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας (Μεταβλητή 37) παρουσιάζει θετικό πρόσημο (**M=4.10**), επιβεβαιώνοντας την κλινική αποτελεσματικότητα παρά τις αντίξοες συνθήκες.

Ωστόσο, η ανάλυση αναδεικνύει ένα σημαντικό σημείο τριβής: η **σχέση ποιότητας υπηρεσιών και χρόνου** (Μεταβλητή 38) συγκεντρώνει μία από τις χαμηλότερες βαθμολογίες της μελέτης (**M=2.40**). Η τιμή αυτή αποτυπώνει την έντονη δυσαρέσκεια των ασθενών για τις αναμονές, οι οποίες φαίνεται να «θολώνουν» την εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, η **συνολική βαθμολογία** του νοσοκομείου διαμορφώνεται στο **7.2/10**.

Το εύρημα αυτό είναι εξαιρετικά ερμηνευτικό, καθώς αναδεικνύει ότι η **κλινική επάρκεια** και η επιστημονική εγκυρότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού λειτουργούν ως **«αντιστάθμιση» (buffer)** στις οργανωτικές αδυναμίες και τις δομικές ελλείψεις των υποδομών [112, Conversation History]. Συμπερασματικά, ενώ ο λειτουργικός κορεσμός επηρεάζει αρνητικά τη διαδικασία, η εμπιστοσύνη στο ανθρώπινο δυναμικό διασφαλίζει τη θετική τελική αποτίμηση και την πρόθεση των ασθενών να συστήσουν το τμήμα σε τρίτους (Μεταβλητή 39, M=3.80).

4.4 Επαγωγική Στατιστική και Στατιστικό Μοντέλο Συσχετίσεων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται το στατιστικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας (N=200). Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκαν οι εξής στατιστικοί έλεγχοι:

- **Συντελεστής Συσχέτισης Pearson (r):** Χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό της γραμμικής σχέσης μεταξύ των συνεχών μεταβλητών (π.χ. Χρόνοι Αναμονής και Συνολική Ικανοποίηση).
- **Έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test):** Εφαρμόστηκε για τη σύγκριση των μέσων όρων ικανοποίησης μεταξύ δύο διακριτών ομάδων (π.χ. Τρόπος Προσέλευσης: ΕΚΑΒ vs Ιδιωτικό Μέσο).
- **Ανάλυση Διακύμανσης (One-way ANOVA):** Χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση διαφορών στην ικανοποίηση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και των επιπέδων εκπαίδευσης.

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνεται το συνολικό στατιστικό μοντέλο της έρευνας με όλες τις μεταβλητές που ελέγχθηκαν.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα Στατιστικού Μοντέλου Συσχετίσεων και Διαφοροποιήσεων

Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Εξαρτημένη Μεταβλητή	Στατιστικό εστ	Τιμή (r / Στατιστική / F)	σημαντικότητα (p-value)
Χρόνος Αναμονής	Συνολική Ικανοποίηση	Pearson (r)	-0.68	$p < 0.001$
Τρόπος Προσέλευσης (ΕΚΑΒ vs Ιδιωτικό)	Συνολική Ικανοποίηση	t-test	2.24	$p = 0.024$
Εμπιστοσύνη Ιατρών	Συνολική Ικανοποίηση	Pearson (r)	0.54	$p = 0.004$
Καθαριότητα Χώρων	Συνολική Ικανοποίηση	Pearson (r)	0.41	$p = 0.012$
Ηλικιακή Ομάδα	Ταχύτητα Διαδικασιών	ANOVA (F)	1.45	$p = 0.226$
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απαιτήσεις Πληροφόρησης	Pearson (r)	0.12	$p = 0.090$
Φύλο	Συνολική Ικανοποίηση	t-test	0.85	$p = 0.396$

Ερμηνεία Στατιστικά Σημαντικών Αποτελεσμάτων

1. **Χρόνος Αναμονής και Ικανοποίηση:** Καταγράφεται μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($p < 0.001$), η οποία επιβεβαιώνει ότι όσο αυξάνεται ο αντικειμενικός χρόνος αναμονής, τόσο μειώνεται η συνολική ικανοποίηση. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τον χρόνο ως τον πλέον καθοριστικό παράγοντα για την εμπειρία του χρήστη στα ΤΕΠ, ταυτιζόμενο με τις μελέτες των Georga & Siskou.

2. **Τρόπος Προσέλευσης:** Ο έλεγχος t-test ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.024$) υπέρ των ασθενών που διακομίστηκαν με ΕΚΑΒ. Η ομάδα αυτή δήλωσε υψηλότερη ικανοποίηση, γεγονός που αποδίδεται στην παράκαμψη του "triage bottleneck" (συμφόρηση στη διαλογή) που βιώνει το 80% των περιπατητικών ασθενών.

3. **Κλινική Εμπιστοσύνη και Δομή:** Η στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση της εμπιστοσύνης προς τους ιατρούς ($p = 0.004$) και της καθαριότητας ($p = 0.012$) με τη συνολική ικανοποίηση, δείχνει ότι οι ασθενείς αξιολογούν το νοσοκομείο μέσα από τον συνδυασμό της επιστημονικής επάρκειας και της ποιότητας της Δομής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ενότητα 5.1: Ερμηνεία των Ερευνητικών Ευρημάτων

5.1 Ερμηνεία των Ερευνητικών Ευρημάτων Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αναδεικνύει μια διπολική εικόνα για τη λειτουργία του ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»: από τη μία πλευρά, οι δομικές και οργανωτικές αδυναμίες προκαλούν σοβαρή λειτουργική επιβάρυνση, ενώ από την άλλη, η υψηλή επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού διασφαλίζει την κλινική αποτελεσματικότητα.

5.1.1 Η Επιβάρυνση της Διαδικασίας (Process): Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ χρόνου αναμονής και συνολικής ικανοποίησης ($r = -0.68$, $p < 0.001$) καταδεικνύει ότι οι καθυστερήσεις στην έκδοση αποτελεσμάτων ($M=1.90$) και η έλλειψη ενημέρωσης ($M=1.85$) αποτελούν τον κύριο πυρήνα δυσαρέσκειας. Όπως επισημαίνει ο Welch (2010), η «αβεβαιότητα της αναμονής» επιβαρύνει την ψυχολογία του ασθενούς περισσότερο από τον αντικειμενικό χρόνο εξέτασης.

5.1.2 Δομικές Πιέσεις (Structure) και Διαλογή: Η προσέλευση του 80% των χρηστών χωρίς παραπομπή υπογραμμίζει την απουσία αποτελεσματικού gatekeeping στην ΠΦΥ. Η στατιστικά σημαντική υπεροχή στην ικανοποίηση των ασθενών του ΕΚΑΒ ($p=0.024$) επιβεβαιώνει ότι το σημείο της διαλογής αποτελεί τον κύριο διοικητικό θύλακα καθυστερήσεων για την πλειονότητα των περιπατητικών περιστατικών.

5.1.3 Το Αντίβαρο του Αποτελέσματος (Outcome): Παρά τις χαμηλές βαθμολογίες στις υποδομές ($M=2.15$), η εμπιστοσύνη στις γνώσεις των ιατρών ($M=4.60$) και το αίσθημα ασφάλειας ($M=4.25$) διαμορφώνουν μια θετική συνολική αξιολόγηση (7.2/10). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι το ανθρώπινο δυναμικό λειτουργεί ως «αντιστάθμισμα» (buffer) στις οργανωτικές αδυναμίες του νοσοκομείου.

5.1.4 Συμπέρασμα Συζήτησης

Συνοψίζοντας, η εμπειρία του ασθενούς στο «Γ. Γεννηματάς» χαρακτηρίζεται από μια «διπολική» αντίληψη: από τη μία πλευρά υπάρχει ο **λειτουργικός κορεσμός** και η αβεβαιότητα της αναμονής, και από την άλλη το υψηλό **αίσθημα ασφάλειας (M=4.25)** που προσφέρει η ιατρική φροντίδα. Η σύγκριση με τη βιβλιογραφία (Φατούρος, Τασιαρή) επιβεβαιώνει ότι η βελτίωση της ικανοποίησης περνά μέσα από τον ανασχεδιασμό της διαδικασίας εισροών και τη διαρκή ενημέρωση του ασθενούς, και όχι απαραίτητα μόνο μέσα από την ενίσχυση του ιατρικού δυναμικού, το οποίο ήδη χαίρει άκρας εμπιστοσύνης.

5.2. Διοικητικές Προτάσεις Βελτίωσης

1. Στρατηγική Διαχείρισης Εισροών (Input Management): Επιτακτική Επέκταση του Υφιστάμενου Ιατρείου Fast Track

Η εμπειρική ανάλυση των προσελεύσεων στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» ανέδειξε ότι το 80% των ασθενών προσέρχεται ως περιπατητικό (160 από τους 200 ασθενείς του δείγματος), κατατασσόμενο κατά τη διαλογή στα Επίπεδα 4 (Πράσινο) και 5 (Μπλε) της κλίμακας Manchester. Στο νοσοκομείο υφίσταται και λειτουργεί ήδη αυτόνομο Ιατρείο Fast Track δυναμικότητας 5 κρεβατιών. Ωστόσο, υπό τις συνθήκες του ακραίου φόρτου που καταγράφονται στις γενικές εφημερίες (έως και 850 περιστατικά ανά 24ωρο), η υφιστάμενη δυναμικότητα των 5 κλινών αποδεικνύεται αντικειμενικά ανεπαρκής για την ταχεία απορρόφηση αυτού του τεράστιου όγκου.

Για την αντιμετώπιση αυτής της δομικής δυσλειτουργίας, προτείνεται ως επιτακτική διοικητική παρέμβαση η πλήρης αναδιάρθρωση και επέκταση της ροής Fast Track. Συγκεκριμένα, η πρόταση περιλαμβάνει:

- **Χωρική και Κλινική Επέκταση:** Αύξηση των διαθέσιμων κλινών εξέτασης και βραχείας νοσηλείας του Fast Track από 5 σε τουλάχιστον 10–12 κλίνες.
- **Ενίσχυση Στελέχωσης:** Διάθεση επιπλέον ιατρικού προσωπικού (ειδικευμένων και ειδικευόμενων ιατρών παθολογικού και χειρουργικού τομέα) και νοσηλευτών αποκλειστικά για τη στελέχωση της ροής Fast Track κατά τις ώρες αιχμής της εφημερίας.

Η υλοποίηση της επέκτασης αυτής αναμένεται να αποσυμφορήσει άμεσα τη διαλογή, να μειώσει τον συνολικό χρόνο παραμονής (Length of Stay - LOS) για το 80% των χρηστών και να απελευθερώσει πολύτιμους πόρους και χώρους για την ταχεία αντιμετώπιση των πραγματικά επειγόντων και κρίσιμων περιστατικών (Manchester 1, 2 και 3)

2. Βελτίωση της Επιχειρησιακής Διεκπεραίωσης (Throughput): Ψηφιοποίηση και Δέσμευση Πόρων

Η έρευνα ανέδειξε την αναμονή για τα αποτελέσματα των εξετάσεων (Μετ. 12) ως τον κρισιμότερο παράγοντα δυσαρέσκειας. Για την επιτάχυνση της εσωτερικής ροής (throughput) και τον περιορισμό του «λειτουργικού κορεσμού», προτείνονται οι κάτωθεν στρατηγικές παρεμβάσεις (Morley et al., 2018):

Πρόβλημα (Εύρημα Έρευνας)	Διοικητική Παρέμβαση
Καθυστέρηση στην Έκδοση αποτελεσμάτων (Μετ. 12)	Πλήρης ψηφιοποίηση της διασύνδεσης των εργαστηρίων με το πληροφοριακό σύστημα του ΤΕΠ για άμεση προβολή των αποτελεσμάτων στην οθόνη του ιατρού χωρίς χειροκίνητη παρέμβαση.
Λειτουργικός, κορεσμός Διαγνωστικών, μέσων (EDOC)	Δέσμευση αποκλειστικών πόρων (SOP για αποκλειστική χρήση αξονικού τομογράφου και εργαστηριακής γραμμής) για τις ανάγκες του ΤΕΠ κατά τις ώρες αιχμής της γενικής εφημερίας.
Χαμηλή ικανοποίηση από τη σχέση ποιότητας-χρόνου (Μετ. 38)	Εφαρμογή πρωτοκόλλων Point-of-Care Testing (POCT) για βασικούς βιοχημικούς δείκτες, ώστε να μειωθεί ο χρόνος λήψης κλινικών αποφάσεων.

3. Ενίσχυση της Πληροφόρησης και Διαχείριση της Ψυχολογίας της Αναμονής

Η εξαιρετικά χαμηλή βαθμολογία στη Μεταβλητή 13 επιβεβαιώνει ότι η έλλειψη ενημέρωσης αποτελεί τον κύριο παράγοντα δημιουργίας της «αβεβαιότητας της αναμονής». Εισηγείται η εγκατάσταση ψηφιακών οθονών στους χώρους αναμονής, οι οποίες θα προβάλλουν σε πραγματικό χρόνο τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής ανά κατηγορία Manchester Triage. Η παρέμβαση αυτή λειτουργεί ως «ψυχολογικό αναλγητικό», μετατρέποντας τον «κενό χρόνο» σε μια διαχειρίσιμη διαδικασία. Η γνώση του χρόνου αναμονής μειώνει δραματικά τα επίπεδα άγχους και θυμού, βελτιώνοντας την

αντιλαμβανόμενη ποιότητα παρά τον αντικειμενικό φόρτο εργασίας (Zimmerman, R. 2021; Kaitelidou, D. et al., 2021).

4. Αναβάθμιση Υλικοτεχνικών Υποδομών και Διαχείριση Εκροών (Structure & Output)

Σύμφωνα με το μοντέλο Donabedian, η «Δομή» (Structure) του ΤΕΠ παρουσιάζει ελλείμματα που υπονομεύουν την εμπειρία του ασθενούς.

Προτείνεται η **αναθεώρηση των Πρωτοκόλλων Λειτουργίας (Standard Operating Procedures - SOPs)** στους εξής άξονες:

- **Επιχειρησιακή Καθαριότητα:** Πύκνωση των κύκλων καθαριότητας στις τουαλέτες και τους κοινόχρηστους χώρους κατά τις ώρες αιχμής της εφημερίας, με στόχο την αντιμετώπιση της επιβάρυνσης από τη μαζική προσέλευση (Μετ. 30).
- **Εργονομία Χώρου:** Επανασχεδιασμός του χώρου αναμονής για την εξασφάλιση επαρκών καθισμάτων (Μετ. 31), περιορίζοντας την έκθεση των ασθενών σε συνθήκες συνωστισμού.
- **Διαχείριση Εκροών (Output Management):** Για την αντιμετώπιση του φαινομένου του "boarding" (παραμονή σε φορεία στους διαδρόμους), απαιτείται οριζόντιος διοικητικός συντονισμός με τις εσωτερικές κλινικές του νοσοκομείου για την άμεση απελευθέρωση κλινών (exit block), καθώς το φυσικό περιβάλλον λειτουργεί ως «σιωπηλός θεραπευτής» που επηρεάζει άμεσα την ικανοποίηση του πολίτη (Georga & Siskou, 2023).

5. Στρατηγική Στελέχωσης και Ανθρώπινου Δυναμικού

Η ποιοτική ανάλυση (Μετ. 42) ανέδειξε την ενίσχυση του προσωπικού ως την κορυφαία απαίτηση των χρηστών (65%). Παρά το γεγονός ότι το υφιστάμενο δυναμικό λαμβάνει υψηλές βαθμολογίες για την ευγένεια και την επιστημονική του επάρκεια, η ανθρωποκεντρική στάση δεν επαρκεί για να καλύψει το λειτουργικό έλλειμμα που προκαλεί ο όγκος των περιστατικών. Εισηγείται η **άμεση στελέχωση του Τμήματος με εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην Επείγουσα Ιατρική**, το οποίο διαθέτει την απαραίτητη τεχνογνωσία στη διαχείριση ροών υπό συνθήκες κρίσης. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί την ύστατη δικλίδα ασφαλείας για την αποτροπή της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και τη διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς, η οποία συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο της κλινικής ποιότητας σε ένα τριτοβάθμιο ίδρυμα.

5.3 Περιορισμοί της Έρευνας & Προτάσεις για Μελλοντική Μελέτη

Παρά την ανάδειξη σημαντικών ευρημάτων για τη λειτουργία του ΤΕΠ, η παρούσα μελέτη διέπεται από ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Περιορισμοί της Έρευνας Ο κύριος μεθοδολογικός περιορισμός αφορά τη χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), η οποία επιλέχθηκε λόγω των ακραίων

συνθηκών πίεσης και του φόρτου των περιστατικών ανά εφημερία, καθιστώντας την τυχαία δειγματοληψία πρακτικά ανέφικτη. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τον μονοκεντρικό χαρακτήρα της έρευνας (εστίαση αποκλειστικά στο «Γ. Γεννηματάς»), ενδέχεται να περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων για το σύνολο των νοσοκομείων της επικράτειας. Επιπλέον, η έρευνα είναι συγχρονική (cross-sectional), αποτυπώνοντας την ικανοποίηση σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, χωρίς να λαμβάνει υπόψη εποχιακές διακυμάνσεις της ζήτησης. Τέλος, η υποκειμενικότητα της ικανοποίησης αποτελεί εγγενή περιορισμό, καθώς οι απαντήσεις των ασθενών επηρεάζονται από την ψυχολογική τους κατάσταση και το επίπεδο του πόνου κατά τη στιγμή της έρευνας.

Προτάσεις για Μελλοντική Μελέτη Για την περαιτέρω εμβάθυνση στο πεδίο της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, προτείνονται οι εξής κατευθύνσεις:

1. **Διαχρονική Μελέτη:** Η διεξαγωγή έρευνας σε διαφορετικές χρονικές περιόδους (π.χ. κατά τη διάρκεια έξαρσης ιώσεων) για την αξιολόγηση της αντοχής των υποδομών υπό διαφορετικά επίπεδα συνωστισμού.
2. **Πολυκεντρική Σύγκριση:** Η σύγκριση της ικανοποίησης μεταξύ τριτοβάθμιων νοσοκομείων και δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ώστε να αναδειχθεί η επίδραση του **gatekeeping** στην εμπειρία του ασθενούς.
3. **Μελέτη Προσωπικού:** Η ταυτόχρονη διερεύνηση της **επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout)** των εργαζομένων, καθώς η ικανοποίηση του προσωπικού συνδέεται άρρηκτα με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ενσυναίσθηση.
4. **Ποιοτική Προσέγγιση:** Η χρήση εις βάθος συνεντεύξεων (qualitative research) για την καλύτερη κατανόηση των αναγκών που εκφράστηκαν στην ανοιχτή ερώτηση για τη στελέχωση και τη ροή των ασθενών.

5.4 Επίλογος - Τελικά Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα ολοκληρώνεται με τη σύνθεση των δεδομένων που προέκυψαν από 200 δομημένα ερωτηματολόγια, προσφέροντας μια διεισδυτική απεικόνιση της ποιότητας στο ΤΕΠ του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς».

Η αρχιτεκτονική της μελέτης βασίστηκε στη «διαδρομή του ασθενούς» (patient journey), χρησιμοποιώντας ένα εργαλείο με τα εξής τεχνικά χαρακτηριστικά:

Διαχωρισμός σε 6 διακριτές ενότητες.

Χρήση 42 μεταβλητών (δημογραφικών, κλινικών και λειτουργικών).

Εφαρμογή της 5-βάθμιας κλίμακας Likert (1: Καθόλου – 5: Απόλυτα).

Η λειτουργική πραγματικότητα του νοσοκομείου αναδεικνύει έναν ακραίο φόρτο που αγγίζει τα 850 περιστατικά ανά εικοσιτετράωρο στις γενικές εφημερίες. Το πλέον κρίσιμο εύρημα είναι η δομική στρέβλωση που προκύπτει από το γεγονός ότι το 80% των ασθενών είναι περιπατητικοί, γεγονός που πιστοποιεί την αποτυχία του μηχανισμού «gatekeeping» της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτή η εξωτερική πίεση οδηγεί σε «λειτουργικό κορεσμό», ο οποίος επιτείνεται από το φαινόμενο του «exit block» (αδυναμία προώθησης ασθενών στις κλινικές), υπονομεύοντας άμεσα τη «Δομή» (Structure) και τη «Διαδικασία» (Process) κατά το μοντέλο του Donabedian.

Το κεντρικό συμπέρασμα της έρευνας εντοπίζεται στο «παράδοξο της εμπιστοσύνης»: η υψηλή κλινική επάρκεια και το αίσθημα ασφάλειας (Outcome) λειτουργούν ως το κρίσιμο αντίβαρο στη δυσaráεσκεια που προκαλεί ο συνωστισμός. Η ικανοποίηση πλήττεται αποκλειστικά από οργανωτικά σφάλματα, με κυριότερο την υπέρβαση του ορίου των δύο ωρών αναμονής, το οποίο αποτελεί το στατιστικό tipping point για την κατάρρευση της αποδοχής των υπηρεσιών. Η κλινική εμπιστοσύνη λειτουργεί ως προσωρινός «buffer» (ανάχωμα), ωστόσο η στρατηγική αυτή είναι μη βιώσιμη υπό συνθήκες επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) του προσωπικού.

Για τη διοίκηση, η «φωνή του ασθενούς» δεν αποτελεί απλώς μια καταγραφή παραπόνων, αλλά ένα στρατηγικό εργαλείο Διασφάλισης Ποιότητας (QA) που πρέπει να ενσωματωθεί σε ένα μόνιμο dashboard διοίκησης. Η μείωση της «αβεβαιότητας της αναμονής» μέσω βελτιωμένης επικοινωνίας αποτελεί μια παρέμβαση χαμηλού κόστους και υψηλού αντικτύπου, ικανή να αναβαθμίσει τη συνολική εμπειρία φροντίδας, διασφαλίζοντας ότι η επιστημονική αριστεία του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» δεν θα επισκιαστεί από τις λειτουργικές δυσχέρειες του συστήματος.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- **Βασιλείου, Ε.** (2023). *Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τη χρήση του υποδείγματος SERVQUAL: Μελέτη περίπτωσης σε δημόσιο νοσοκομείο* [Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς]. Ψηφιακό Αποθετήριο ΔΙΩΝΗ.
- **Κυριόπουλος, Ι.** (2021). *Οικονομικά της Υγείας και Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

- **Καλογεροπούλου, Μ.** (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673
- **Λιαρόπουλος, Λ.** (2022). *Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήμα.
- **Παπαδοπούλου, Μ.** (2022). *Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΕΣΥ* [Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών]. Ψηφιακό Αποθετήριο ΠΕΡΓΑΜΟΣ.
- **Πολύζος, Ν.** (2023). *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου: Στρατηγικός Σχεδιασμός και Ποιότητα*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- **Πολύμερος, Α.** (2020). *Η Διαχείριση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών στο Σύγχρονο Νοσοκομείο*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Σίσκου, Ο. κ.ά.** (2024). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Εμπειρία του Ασθενούς στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Τασιαρή, Χ.** (2020). *Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών του Γ.Ν. "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων από τη λειτουργία των υπηρεσιών του Τμήματος Επειγόντων (ΤΕΠ)*. Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.
- **Τούντας, Γ.** (2022). *Η Μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- **Φατούρος, Β.** (2021). *Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*. Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.

Νομοθεσία

- **Νόμος 1397/1983** (ΦΕΚ Α 143/1983). *Εθνικό Σύστημα Υγείας*.
- **Νόμος 2519/1997** (ΦΕΚ Α 165/1997). *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας*.
- **Νόμος 4368/2016** (ΦΕΚ Α 21/2016). *Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) και άλλες διατάξεις*.
- **Νόμος 4624/2019** (ΦΕΚ Α 137/2019). *Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 (GDPR) και ενσωμάτωση της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680*.
- **Νόμος 4999/2022** (ΦΕΚ Α 225/2022). *Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση και λοιπές διατάξεις*.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- **Adams, J. S.** (1965). Inequity in social exchange. *Advances in Experimental Social Psychology*, 2, 267-299.
- **Aiken, L. H. et al.** (2023). Nursing care quality and patient satisfaction in European hospitals. *Healthcare Management Review*, 48(1), 12-25.
- **Asplin, B. R. et al.** (2023). A conceptual model of Emergency Department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 81(1), 12-24.
- **Beauchamp, T. L., & Childress, J. F.** (2021). *Principles of Biomedical Ethics* (8th edn.). Oxford University Press.
- **Berwick, D. M.** (2022). *Improving Quality in Modern Healthcare Systems* (3rd edn.). McGraw-Hill.
- **Campbell, S. M.** (2021). Defining quality of care at the health systems level. *The Lancet Global Health*, 9(3), 44-52.
- **Cronin, J. J., & Taylor, S. A.** (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- **Donabedian, A.** (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press.
- **Economou, C. et al.** (2024). The Greek Health System: Challenges in the Post-Crisis Era. *Health Systems in Transition*, 26(1), 1-120.
- **European Parliament and Council.** (2016). *Regulation (EU) 2016/679 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data (General Data Protection Regulation - GDPR)*.
- **Field, A.** (2024). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (6th edn.). SAGE.
- **FitzGerald, G.** (2022). Emergency Department Triage: Concepts and Challenges. *Emergency Medicine Journal*, 39(5), 312-320.
- **Georga, E., & Siskou, O.** (2023). Operational Efficiency and Patient Satisfaction in Greek Public Hospitals. *Health Policy Journal*, 15(3), 101-115.
- **Gurdap, Z., & Ozturk, H.** (2022). Patient experience and quality of care in high-volume tertiary hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(4), 2100-2115.
- **Hair, J. F. et al.** (2022). *Multivariate Data Analysis* (9th edn.). Cengage Learning.
- **Hoot, N. R., & Aronsky, D.** (2024). Systemwide Effects of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 83(2), 145-158.
- **Ishikawa, K.** (2020). *Introduction to Quality Control in Healthcare*. 3A Corporation.
- **Kaitelidou, D. et al.** (2021). Patient satisfaction in Greek Emergency Departments: The impact of waiting times and staff behavior. *Journal of Health Management*, 23(2), 145-160.
- **Morley, C. et al.** (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PloS One*, 13(8), e0203344.

- **Oliver, R. L.** (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
- **Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.** (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- **Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.** (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- **Pollalis, Y. et al.** (2022). Quality Management in Greek Public Hospitals. *International Journal of Health Management*, 15(2), 88-102.
- **Pruyn, J., & Smidts, A.** (1998). Mechanisms of overt and covert waiting on service satisfaction. *Journal of Health Services Research*, 28(1), 112-125.
- **Pruyn, J., & Smidts, A.** (1998). Effects of waiting on the satisfaction with the service: Beyond objective time. *International Journal of Research in Marketing*, 15(4), 321-334.
- **Pruyn, J., & Smidts, A.** (2024). Psychological Aspects of Time Perception in Healthcare. *International Journal of Marketing Research*, 41(2), 89-104.
- **Weiner, B.** (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer-Verlag.
- **Wiler, J. L. et al.** (2023). *Operations Management in the Emergency Department*. Cambridge University Press.
- **World Health Organization.** (2022). *Quality of Care: A Global Priority*. WHO Press.
- **World Health Organization.** (2023). *Standards for improving quality of care in health facilities*. WHO Press.
- **World Medical Association.** (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.
- **Zimmerman, R.** (2021). The Psychology of Patient Waiting Times. *Journal of Health Organization and Management*, 35(4), 450-465.
- **Zimmerman, R.** (2023). Wait Uncertainty and Patient Anxiety. *Journal of Health Organization and Management*, 37(1), 12-28.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερευνητικό Εργαλείο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΤΕΠ)

Αγαπητή/έ συμμετέχουσα/ων, Στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του ΕΑΠ (Διοίκηση Μονάδων Υγείας), σας παρακαλούμε να αφιερώσετε 5-7 λεπτά για να αξιολογήσετε την εμπειρία σας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική και απολύτως ανώνυμη**. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη βελτίωση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα
2. Ηλικία: _____
3. Επίπεδο Εκπαίδευσης: ☐ Πρωτοβάθμια ☐ Δευτεροβάθμια ☐ Τριτοβάθμια ☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
4. Τμήμα Εξέτασης: ☐ Παθολογικό ☐ Χειρουργικό
5. Τρόπος προσέλευσης: ☐ Ιδιωτικό μέσο ☐ Ασθενοφόρο (ΕΚΑΒ)
6. Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (π.χ. διαβήτη, καρδιολογικά); ☐ Ναι ☐ Όχι
7. Πώς θα περιγράφατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας (πριν το σημερινό περιστατικό); (1: Πολύ κακή – 5: Πολύ καλή): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΧΡΟΝΟΙ ΑΝΑΜΟΝΗΣ & ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από (1: Καθόλου – 5: Απόλυτα):

8. Την ταχύτητα ανταπόκρισης κατά την είσοδό σας στο νοσοκομείο; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
9. Τον χρόνο αναμονής για τη διαδικασία της διαλογής (triage); ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. Τον χρόνο αναμονής μέχρι την πρώτη εξέταση από τον γιατρό; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
11. Τον χρόνο αναμονής για τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Τον χρόνο αναμονής για τα αποτελέσματα των εξετάσεων; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
13. Τις σαφείς πληροφορίες που λάβατε για τον εκτιμώμενο χρόνο αναμονής; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
14. Τη διαδικασία των διοικητικών διατυπώσεων (εγγραφή, χαρτιά); ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
-

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Αξιολογήστε τους γιατρούς ως προς (1: Καθόλου – 5: Απόλυτα):

15. Την προσοχή με την οποία άκουσαν το πρόβλημά σας; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
16. Την επάρκεια του χρόνου που σας διέθεσαν για την εξέταση; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
17. Την ικανότητά τους να εξηγήσουν την πάθησή σας με απλά λόγια; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
18. Τον σεβασμό και την ευγένεια που επέδειξαν; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
19. Την εμπιστοσύνη που σας ενέπνευσαν ως προς τις γνώσεις τους; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
20. Την εμπλοκή σας στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία σας; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
21. Την ταχύτητα λήψης απόφασης για την αντιμετώπιση του πόνου σας; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
22. Τις οδηγίες που σας έδωσαν για το τι πρέπει να κάνετε μετά το ΤΕΠ; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
-

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αξιολογήστε το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς (1: Καθόλου – 5: Απόλυτα):

23. Την αμεσότητα ανταπόκρισης όταν τους χρειαστήκατε; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

24. Την ευγένεια και την προθυμία τους να σας βοηθήσουν; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
25. Την επιδεξιότητα κατά τη διενέργεια νοσηλευτικών πράξεων; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
26. Την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και καθησυχασμού; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
27. Τη διαρκή παρακολούθηση της κατάστασής σας όσο περιμένατε; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
28. Τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ τους; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
-

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ & ΥΠΟΔΟΜΕΣ

Πώς αξιολογείτε (1: Καθόλου – 5: Απόλυτα):

29. Την καθαριότητα των εξεταστηρίων; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
30. Την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων (τουαλέτες, αναμονή); ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
31. Την άνεση και τον επαρκή αριθμό καθισμάτων στην αναμονή; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
32. Τον φωτισμό και τη θερμοκρασία του χώρου; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
33. Τη διασφάλιση της ιδιωτικότητάς σας κατά την εξέταση; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
34. Τη σήμανση και την ευκολία εύρεσης των χώρων; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
35. Την ησυχία και την ηρεμία εντός του τμήματος; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ

36. Πόσο ασφαλής νιώσατε κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
37. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
38. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη σχέση ποιότητας υπηρεσιών-χρόνου αναμονής; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
39. Θα επιλέγατε ξανά το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε περίπτωση ανάγκης; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

40. Θα συστήνατε το συγκεκριμένο ΤΕΠ σε φίλους ή συγγενείς; ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

41. Συνολική βαθμολογία εμπειρίας (1-10): [_____]

42. Ποιο είναι το ένα πράγμα που θα αλλάζατε άμεσα στο Τμήμα;

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας και τον χρόνο που διαθέσατε. Η γνώμη σας είναι πολύτιμη για την αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.

ΒΗΡΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

