



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
ως προς την ποιότητα
με βάση την ικανοποίηση των χρηστών.
Μελέτη περίπτωσης: ΓΝΑ ΚΑΤ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ Κ. ΓΑΛΑΝΑΚΗΣ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων
Καθηγητής

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ

Μέλος

Καθηγητής

ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ

Μέλος

Επιστημονικός Συνεργάτης

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος **Γαλανάκης Αριστείδης** του **Κωνσταντίνου**, με αριθμό μητρώου **19039**, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας**» του Τμήματος **Διοίκησης Επιχειρήσεων** της Σχολής **Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι **τον Ιούνιο 2021** και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



Αριστείδης Γαλανάκης

Σύντομη Περίληψη

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών ενός σύγχρονου δημόσιου νοσοκομείου είναι σημαντική για τον προσδιορισμό των παραμέτρων και των διαδικασιών που χρήζουν αναθεώρησης και βελτίωσης, προκειμένου, αφενός η λειτουργία του να διέπεται από αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και οικονομικότητα, σύμφωνα με τις αρχές του νέου δημόσιου μανάτζμεντ, αφετέρου να τίθεται η κατάλληλη στοχοθεσία που θα ικανοποιεί την απαίτηση για παραγωγή δημόσιας αξίας.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να αποτιμηθεί στη βάση της ικανοποίησης των ασθενών και, ειδικότερα, στον προσδιορισμό του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών που διατηρούν για τις υπηρεσίες που πρόκειται να τους παρασχεθούν και των αντιλήψεων που οι ίδιοι σχηματίζουν μετά την παροχή των υπηρεσιών υγείας· τεχνικά, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την αξιοποίηση του μοντέλου SERVQUAL, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών σε διάφορους κλάδους, συμπεριλαμβανομένου του τομέα υγείας.

Η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ΓΝΑ ΚΑΤ πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου SERVQUAL. Συγκεκριμένα, διενεργήθηκε ποσοτική έρευνα, με την ερευνητική μέθοδο της μελέτης περίπτωσης, σε ένα δείγμα 120 νοσηλευόμενων ασθενών που λήφθηκε με αναλογική στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία.

Έλλειμμα ποιότητας ανιχνεύθηκε και στις πέντε διαστάσεις του μοντέλου, με τα υψηλότερα αρνητικά χάσματα να καταγράφονται στις διαστάσεις της ενσυναίσθησης και της αξιοπιστίας. Διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στις πέντε διαστάσεις ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών, με την υψηλότερη να εντοπίζεται μεταξύ των διαστάσεων της διασφάλισης και της αξιοπιστίας. Η ικανοποίηση των ασθενών διαφοροποιούταν σημαντικά ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, με τους ασθενείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου να είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι από τους αντίστοιχους υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου.

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ μπορεί να επιτευχθεί με στοχευμένες παρεμβάσεις της Διοίκησης στο

σύνολο των διαστάσεων του μοντέλου SERVQUAL, με έμφαση στις διαστάσεις, όπου εντοπίζονται τα υψηλότερα αρνητικά χάσματα.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα υπηρεσιών υγείας, διοίκηση ποιότητας στην υγεία, ικανοποίηση ασθενών, SERVQUAL

Σύντομη Περίληψη στην Αγγλική

Abstract

Measuring the quality of the services of a modern public hospital is important for identifying the parameters and procedures that need to be reviewed and improved, so that, on the one hand, its operation is governed by efficiency, effectiveness and economy, according to the principles of the new public management, on the other hand, to set the appropriate target that will satisfy the demand for production of public value.

The quality of the health services provided can be assessed on the basis of patient satisfaction and, in particular, in identifying the gap between their expectations of the services to be provided and the perceptions they themselves form after the provision of health services; technically, this can be achieved by utilizing the SERVQUAL model, which has been used successfully to assess the quality of services in various sectors, including the health sector.

The investigation of the quality level of the nursing services in KAT General Hospital was carried out using the SERVQUAL tool. Specifically, a quantitative study was conducted, using the case study research method, on a sample of 120 hospitalized patients obtained by proportional stratified random sampling.

A quality deficit was detected in all five dimensions of the model, with the highest negative gaps being recorded in the dimensions of empathy and reliability. A significant positive correlation was found between the five dimensions of quality of nursing services, with the highest being located between the dimensions of assurance and reliability. Patient satisfaction varied significantly depending on their educational level, with lower educational level patients being less dissatisfied than their higher educational level counterparts.

The improvement of the quality of the provided nursing services of KAT General Hospital can be achieved with targeted interventions of the Management in all the dimensions of the SERVQUAL model, with emphasis on the dimensions, where the highest negative gaps are identified.

Keywords: quality of health services, quality management in health, patient satisfaction, SERVQUAL

Ευχαριστίες

Καταρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κυρία Ασπασία Γούλα, τόσο για την εμπιστοσύνη της στο πρόσωπό μου με την πρότασή της να αναλάβει την επίβλεψη της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου, όσο και για την αμέριστη φροντίδα και το αληθινό ενδιαφέρον που επέδειξε στην πράξη, με την καθοδήγηση, την υποστήριξη και την έμπνευση που μου παρείχε απεριόριστα καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής και συγγραφικής διαδικασίας.

Ευχαριστώ την Επιτροπή Έρευνας, το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Διοικητικό Συμβούλιο του ΓΝΑ ΚΑΤ για την άδεια που μου ενέκριναν να διεξάγω την έρευνα, καθώς και τις Προϊστάμενες των νοσηλευτικών τμημάτων για την πρακτική βοήθειά τους στη απρόσκοπτη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω να απευθύνω στους ασθενείς του νοσοκομείου ΚΑΤ, όχι μόνο γιατί χωρίς τη συμμετοχή τους η παρούσα ερευνητική απόπειρα θα απέβαινε ατελέσφορη, αλλά και γιατί αυτοί είναι ο λόγος που όλοι εμείς οι εργαζόμενοι στο δημόσιο σύστημα υγείας αγωνιζόμαστε για την βελτίωση, την παροχή ποιοτικότερων υγειονομικών υπηρεσιών και την αριστεία.

Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την οικογένειά μου, τον άνθρωπο της ζωής μου και τους φίλους μου για την στήριξη και την αγάπη τους και να τους υποσχεθώ ότι θα αναπληρώσουμε το χρόνο μαζί που τους στερήσα για όσο διάστημα καταπιάστηκα με την έρευνα και τη συγγραφή της εργασίας μου.

Πίνακας Περιεχομένων

Κατάλογος Πινάκων, Γραφικών Παραστάσεων και Διαγραμμάτων.....	4
Εισαγωγή	6

ΜΕΡΟΣ Ι

1. Εννοιολογικές διασαφηνίσεις: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η διοίκηση ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα	10
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών	10
1.1.1. Οριοθετώντας την έννοια της ποιότητας, με έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών	10
1.1.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	15
1.2. Η διοίκηση ποιότητας στον υγειονομικό τομέα και οι αρχές που την προσδιορίζουν.....	20
1.2.1. Τα συστήματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην υγεία.....	21
1.2.2. Οι αρχές της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	23
1.2.2.1. Η προσανατολισμένη στο χρήστη πολιτική.....	24
1.2.2.2. Η ηγεσία και η δέσμευση της διοίκησης.	25
1.2.2.3. Η ενεργός συμμετοχή του προσωπικού.	26
1.2.2.4. Η συστημική προσέγγιση της διαχείρισης.....	27
1.2.2.5. Η συνεχής βελτίωση.	29
1.2.2.6. Η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων.	29
1.2.2.7. Η αποτελεσματική διαχείριση των σχέσεων.....	30
2. Η σχέση της ποιότητας της φροντίδας υγείας με την ικανοποίηση του ασθενή	32
2.1. Το περιεχόμενο της ικανοποίησης του ασθενή.....	32
2.1.1. Η έννοια της ικανοποίησης.....	32
2.1.2. Οι συνιστώσες της ικανοποίησης του ασθενή	35
2.2. Η συσχέτιση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης στην υγειονομική περίθαλψη	40

3.	Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	44
3.1.	Η προβληματική της αποτίμησης των υγειονομικών υπηρεσιών.....	44
3.1.1.	Μεθοδολογικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών.....	44
3.1.2.	Διαστάσεις της αξιολόγησης στην υγειονομική φροντίδα	46
3.2.	Περιγραφή και ανάλυση του μοντέλου εκτίμησης ποιότητας SERVQUAL	50
3.3.	Προηγούμενες εμπειρικές έρευνες σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα με το εργαλείο SERVQUAL	57
3.3.1.	Ερευνητικές εργασίες διεθνώς.....	57
3.3.2.	Μελέτες με το μοντέλο SERVQUAL στην ελληνική υγειονομική πραγματικότητα	67

ΜΕΡΟΣ II

4.	Μεθοδολογία της έρευνας αξιολόγησης ποιότητας των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο ΚΑΤ	71
4.1.	Το Νοσοκομείο ΚΑΤ - παρουσίαση.....	71
4.1.1.	Ιστορικά στοιχεία.....	71
4.1.2.	Οργανωτική δομή	74
4.2.	Η ερευνητική μεθοδολογία	77
4.2.1.	Αντικείμενο της έρευνας.....	77
4.2.2.	Κύρια ερευνητική υπόθεση.....	77
4.2.3.	Ερευνητικές ερωτήσεις.....	77
4.2.4.	Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	78
4.2.5.	Επιλογή μεθόδου έρευνας.....	78
4.2.6.	Δειγματοληπτικός σχεδιασμός.....	79
4.2.7.	Όργανο μέτρησης και συλλογή δεδομένων	81
5.	Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση	84
6.	Τα αποτελέσματα της έρευνας.....	110
6.1.	Συζήτηση και ερμηνεία των ευρημάτων.....	110

6.2. Συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης	119
Βιβλιογραφία	123
Παράρτημα.....	136
Το ερωτηματολόγιο της έρευνας	136

Κατάλογος Πινάκων, Γραφικών Παραστάσεων και Διαγραμμάτων

Σχήματα

Σχήμα 1. Στάδια ενός συστήματος ΔΟΠ	22
Σχήμα 2. Ο κύκλος του Demin	28

Εικόνες

Εικόνα 1. Το ΓΝΑ ΚΑΤ σήμερα	71
Εικόνα 2. Το λογότυπο του ΓΝΑ ΚΑΤ	74

Πίνακες

Πίνακας 1. Το δείγμα της έρευνας	80
Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	85
Πίνακας 3. Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου με Cronbach's alpha	89
Πίνακας 4. Μέσες βαθμολογίες και gap score	90
Πίνακας 5. Μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του SERVQUAL	95
Πίνακας 6. Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας	96
Πίνακας 7. Συσχέτιση της διάστασης «Υλικοτεχνικές Υποδομές» με τα δημογραφικά	98
Πίνακας 8. Συσχέτιση της διάστασης «Αξιοπιστία» με τα δημογραφικά	100
Πίνακας 9. Συσχέτιση της διάστασης «Ανταποκρισιμότητα» με τα δημογραφικά ..	101
Πίνακας 10. Συσχέτιση της διάστασης «Διασφάλιση» με τα δημογραφικά	102
Πίνακας 11. Συσχέτιση της διάστασης «Ένσυναίσθηση» με τα δημογραφικά	103
Πίνακας 12. Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας SERVQUAL με τα δημογραφικά	105
Πίνακας 13. Βαθμολογίες συμμετεχόντων σε πέντε χαρακτηριστικά αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου.....	107
Πίνακας 14. Στοιχεία αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών ΓΝΑ ΚΑΤ	108

Γραφήματα

Γράφημα 1. Φύλο συμμετεχόντων.....	86
Γράφημα 2. Ηλικία συμμετεχόντων.....	86

Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.....	87
Γράφημα 4. Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.....	88
Γράφημα 5. Τόπος κατοικίας συμμετεχόντων	88
Γράφημα 6. Επάγγελμα συμμετεχόντων	89
Γράφημα 7. Η διάσταση της ποιότητας των υλικοτεχνικών υποδομών	91
Γράφημα 8. Η διάσταση της ποιότητας της αξιοπιστίας	92
Γράφημα 9. Η διάσταση της ποιότητας της ανταποκρισιμότητας	93
Γράφημα 10. Η διάσταση της ποιότητας της διασφάλισης	93
Γράφημα 11. Η διάσταση της ποιότητας της ενσυναίσθησης	94
Γράφημα 12. Μέσες βαθμολογίες και gap διαστάσεων SERVQUAL	95
Γράφημα 13. Συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας «διασφάλιση» και «αξιοπιστία»	97
Γράφημα 14. Βαθμολογία διάστασης «Υλικοτεχνικές Υποδομές» αναλόγως μορφωτικού επιπέδου	99
Γράφημα 15. Βαθμολογία διάστασης «Ενσυναίσθηση» αναλόγως μορφωτικού επιπέδου	104
Γράφημα 16. Μέσο συνολικό χάσμα αναλόγως μορφωτικού επιπέδου	106

Εισαγωγή

Η σύγχρονη δημόσια διοίκηση έχει απομακρυνθεί από την θεώρηση του πολίτη ως «διοικούμενου» ή «εξουσιαζόμενου» και τον προσεγγίζει πλέον ως «πελάτη» των υπηρεσιών που του παρέχει. Και ορθά το πράττει, διότι ο σημερινός πολίτης είναι ένας νοήμων, σκεπτόμενος και υπολογίσιμος κοινωνός του δημόσιου βίου, με κριτική ικανότητα και άποψη περί των πραγμάτων και των καταστάσεων, και όχι ένα άβουλο υποκείμενο που συμμορφώνεται αδιαμαρτύρητα στις κρατικές επιταγές. Επιπρόσθετα, η ανάγκη να λειτουργεί η δημόσια διοίκηση στη βάση των αρχών του νέου δημόσιου μάνατζμεντ, αλλά και η σημαντικότητα της παραγωγής δημόσιας αξίας μέσα από την πολιτειακή δράση, συνηγορούν στην αντιμετώπιση αυτή του πολίτη-πελάτη, ο οποίος έτσι τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, αφού για αυτόν και εξαιτίας αυτού υφίσταται η ίδια η δημόσια διοίκηση.

Ο τομέας της δημόσιας υγείας δεν αποτελεί εξαίρεση στην παραπάνω προσέγγιση: Ο πολίτης-ασθενής σήμερα είναι ο πελάτης του υγειονομικού οργανισμού, υπό την οπτική ότι το ενδιαφέρον της υγειονομικής διοίκησης επικεντρώνεται στην ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας: αυτό με τη σειρά του προϋποθέτει ότι οι εν λόγω υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από ποιότητα, δηλαδή διαθέτουν τα εγγενή εκείνα χαρακτηριστικά, ώστε να συμμορφώνονται με τα πρότυπα που έχουν τεθεί από την υγειονομική διοίκηση ή/και να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες ή/και να καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενή-πελάτη. Οι λόγοι που οδήγησαν στην αναγκαιότητα της διασφάλισης και της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορούν να αναζητηθούν στην απαίτηση οι υγειονομικοί οργανισμοί να λειτουργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά, να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται –όχι απλά να επιβιώνουν - σε περιβάλλοντα όπου επικρατούν φειδωλοί οικονομικοί και ανθρωπίνι πόροι και υψηλού επιπέδου ανταγωνισμός, καθώς και να προσφέρουν στους χρήστες τους απρόσκοπτη και ανεμπόδιστη πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υγειονομικές υπηρεσίες.

Από τα προαναφερόμενα καθίσταται απόλυτα κατανοητό ότι η υιοθέτηση διαδικασιών μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα απαραίτητο και εξεχόντως σημαντικό τμήμα της λειτουργίας ενός δημόσιου υγειονομικού οργανισμού, όπως είναι ένα δημόσιο νοσοκομείο. Για το σκοπό της εκτίμησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών έχουν, στο

πέρασμα του χρόνου, διαμορφωθεί και αξιοποιηθεί πλήθος τεχνικών και προσεγγίσεων. Ιδιαίτερα διαδεδομένη είναι η μεθοδολογία εκείνη που καταγράφει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται, και στη συνέχεια συσχετίζει το βαθμό ικανοποίησης με ένα αντίστοιχο επίπεδο ποιότητας. Οποσδήποτε, οποιαδήποτε παρόμοια απόπειρα πρέπει να γίνεται με προσοχή και κρατώντας κατά νου το γεγονός ότι οι έννοιες τόσο της ικανοποίησης του πελάτη, όσο και της ποιότητας των υπηρεσιών είναι πολυσύνθετες, πολύπλοκες και συχνά δύσκολο να διερευνηθούν και να κατανοηθούν ολιστικά και στην πλήρη έκταση των συνιστωσών και των διαστάσεών τους.

Μια μεθοδολογία αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών στη βάση της ικανοποίησης των ληπτών τους έχει αναπτυχθεί μετρώντας το βαθμό σύμπτωσης των προσδοκιών του πελάτη για τις υπηρεσίες που πρόκειται να του παρασχεθούν και των αντιλήψεων που σχηματίζει, αφού οι συγκεκριμένες υπηρεσίες του έχουν προσφερθεί. Με τον τρόπο αυτό, υπολογίζονται χάσματα ποιότητας, τα οποία μπορεί να λαμβάνουν θετικές ή αρνητικές τιμές (ή την τιμή μηδέν), καταδεικνύοντας ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπερβαίνει ή υπολείπεται αντίστοιχα της οριακής ικανοποίησης του πελάτη (δηλαδή της τιμής μηδέν), σε σχέση πάντα με το δίπολο προσδοκιών-αντιλήψεών του για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Ο υπολογισμός αυτών των χάσμάτων ποιότητας μπορεί να γίνει με τη χρησιμοποίηση του μοντέλου SERVQUAL, το οποίο, μέσα από ζεύγη ερωτημάτων που αναφέρονται στη βαθμολόγηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων του πελάτη για ένα σύνολο χαρακτηριστικών των παρεχόμενων υπηρεσιών που διατρέχουν προκαθορισμένες διαστάσεις της ποιότητας, αποφαινεται για το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη και συνεπακόλουθα για το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που έλαβε. Το εν λόγω εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος διεθνών – αλλά και ελληνικών - ερευνών και στον τομέα της υγείας, επιχειρώντας να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε διάφορους υγειονομικούς οργανισμούς, ώστε στη συνέχεια να προταθούν βελτιωτικές παρεμβάσεις που να εξασφαλίζουν την ικανοποίηση των ασθενών και επομένως το υψηλό επίπεδο προκαθορισμένων ποιοτικών δεικτών.

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ΓΝΑ ΚΑΤ, που αποτελεί ένα από τα νοσοκομεία της χώρας με την υψηλότερη δύναμη κλινών και τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα. Ειδικότερα, μέσα από διαδικασίες ποσοτικής έρευνας - και συγκεκριμένα μελέτης περίπτωσης - επιχειρούμε να εντοπίσουμε και να

αξιολογήσουμε τους παράγοντες εκείνους, οι οποίοι επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών του ΓΝΑ ΚΑΤ από την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, προκειμένου να διατυπώσουμε προτάσεις βελτίωσης που να μπορούν να υιοθετηθούν από τη Διοίκηση του φορέα, ώστε να συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας. Ειδικότεροι στόχοι της έρευνάς μας είναι: Να προσδιορίσουμε τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών – και παρεπόμενα την ποιότητα των υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο ΓΝΑ ΚΑΤ· να εκτιμήσουμε το βαθμό της ειδικότερης επίδρασης καθενός από τους εν λόγω παράγοντες στην ικανοποίηση των ασθενών και επομένως στην ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών· να καταστήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας αξιοποιήσιμα από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, προκειμένου να προωθηθούν οι απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις, ώστε να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, παρέχοντας νοσηλευτικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

Η εργασία μας δομείται σε δύο μέρη: Το πρώτο μέρος (Μέρος Ι, Κεφάλαια 1-3) αποτελεί το θεωρητικό υπόβαθρο, μέσα από το οποίο προσεγγίζεται η εννοιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης του ασθενή από αυτές, ενώ διερευνώνται οι συσχετίσεις και η δυναμική των δύο εννοιών. Συγκεκριμένα, στο Κεφάλαιο 1 διασαφηνίζεται η έννοια της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, οριοθετούνται οι διαστάσεις της και αναλύεται η διοίκηση ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα, καθώς και οι αρχές που την προσδιορίζουν· στο Κεφάλαιο 2 εξετάζεται το περιεχόμενο και οι συνιστώσες της ικανοποίησης του ασθενή και μελετάται η σχέση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης στην υγειονομική περίθαλψη· στο Κεφάλαιο 3 διερευνάται η προβληματική και οι διαστάσεις της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, περιγράφεται και αναλύεται η μεθοδολογική προσέγγιση αποτίμησης της ποιότητας με το μοντέλο SERVQUAL και συζητούνται οι σχετικές διεθνείς και ελληνικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Το δεύτερο μέρος (Μέρος ΙΙ, Κεφάλαια 4-6) συνιστά το ερευνητικό τμήμα της παρούσας εργασίας, όπου αποτολμάται η αξιολόγηση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ βάσει της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών του: Στο Κεφάλαιο 4, κατόπιν μιας σύντομης ιστορικής αναδρομής και παρουσίασης της οργανωτικής δομής του φορέα, αναλύεται πλήρως η ακολουθούμενη ερευνητική μεθοδολογία, η οποία περιλαμβάνει το αντικείμενο της

έρευνας, την κύρια ερευνητική υπόθεση, τα ερευνητικά ερωτήματα, το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, την επιλογή της ερευνητικής μεθόδου, τον δειγματοληπτικό σχεδιασμό, την περιγραφή του οργάνου μέτρησης και τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων· στο Κεφάλαιο 5 παρατίθεται η στατιστική επεξεργασία με ανάλυση, όπου, με την αξιοποίηση πινάκων και γραφικών παραστάσεων, καταδεικνύονται οι παράγοντες που, κατά την εκτίμηση των ασθενών, επιδρούν στην ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ΓΝΑ ΚΑΤ και προσδιορίζεται ο βαθμός επιρροής του κάθε παράγοντα ξεχωριστά, σε σχέση και με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα ασθενών· στο Κεφάλαιο 6 συζητούνται και αιτιολογούνται τα ευρήματα της έρευνας και, τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα και διατυπώνονται προτάσεις βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ με τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων και την αναθεώρηση διαδικασιών.

Η παρούσα ερευνητική απόπειρα είναι πρωτότυπη, διότι δεν έχει στο παρελθόν διερευνηθεί η αξιολόγηση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ με την χρησιμοποίηση του μοντέλου SERVQUAL, αναμένεται δε να συνεισφέρει όχι μόνο στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του εν λόγω φορέα, αλλά και γενικότερα στην επισήμανση και την ευαισθητοποίηση ως προς τους παράγοντες και τις διαστάσεις την ποιότητας των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.

ΜΕΡΟΣ Ι

1. Εννοιολογικές διασαφηνίσεις: Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η διοίκηση ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα

1.1. Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών

1.1.1. Οριοθετώντας την έννοια της ποιότητας, με έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών

Η λέξη «ποιότητα» έχει τη ρίζα της στην αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» και χρησιμοποιείται για να δηλώσει: α) Το σύνολο των ιδιοτήτων και γνωρισμάτων που χαρακτηρίζουν ή αξιολογούν κάποιον ή κάτι, β) το σύνολο των βασικών χαρακτηριστικών ή ιδιοτήτων ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας, ειδικότερα εκείνων που το διαφοροποιούν από άλλα όμοια, γ) τον ανώτερο βαθμό μιας αξιολογικής κλίμακας (Λεξικό της κοινής νεοελληνικής, 1998). Στην αγγλοσαξονική η ποιότητα αποδίδεται με τη λέξη «quality» και προέρχεται ετυμολογικά από τη λατινική αντωνυμία «quails», που υπονοεί τη φύση ή την υπόσταση ενός προσώπου ή ενός αντικειμένου σε σχέση με την αξία του (Glare P. G. W., 1983).

Καθώς διακρίνεται για την υποκειμενική φύση της και τα μη απτά χαρακτηριστικά της, η έννοια της ποιότητας είναι αναμφίβολα αφηρημένη, μπορεί δε να εξηγηθεί και να ερμηνευθεί με πολλούς τρόπους και από διαφορετικές οπτικές (Seawright K. W. & Young S. T., 1996). Ο Mosadeghrad A. M. (2013) παραθέτει μια σειρά προσεγγίσεων της ουσίας της ποιότητας από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου γίνεται λόγος για αξία, αριστεία, ανωτερότητα, ξεχωριστά χαρακτηριστικά, συμμόρφωση σε προδιαγραφές ή σε απαιτήσεις, καταλληλότητα προς χρήση, κάλυψη ή ακόμα και υπέρβαση των προσδοκιών του πελάτη, χαμηλό κόστος.

Οι Juran J. M. & Gryna F. M. (1988), διατυπώνοντας έναν ευρύτερο ορισμό, συναρτούν την ποιότητα ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας με το βαθμό ανταπόκρισής της στις ανάγκες ενός συγκεκριμένου χρήστη, ενώ τονίζουν ότι είναι απαραίτητο να υπεισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία διεργασίες σχεδιασμού, ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας.

Ο Crosby B. P. (1984) προσδιορίζει την ποιότητα κάνοντας λόγο για υποχρέωση συμμόρφωσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι σαν ένα γεγονός που εμπίπτει στην διακριτική ευχέρεια του παραγωγού ή του παρόχου· μάλιστα, προκειμένου να είναι εμπορικά επιτυχημένο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, χρειάζεται οι σχετικές προδιαγραφές παραγωγής ή παροχής, όπως αυτές έχουν τεθεί από τη διοίκηση της οικονομικής μονάδας, να τείνουν να ταυτιστούν με τις απαιτήσεις του πελάτη (Σιγάλας Ι., 1999).

Την προσέγγιση της ποιότητας υπό το πρίσμα της ικανοποίησης των αναγκών που εκφράζονται από τον ίδιο τον καταναλωτή ή που προκύπτουν από τη χρήση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας επιχειρεί ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO, 1990).

Ο Κέφης Β. (2014: 39, 42) προσδιορίζει τη διττή φύση της ποιότητας αφενός ως την χαρακτηριστική ιδιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη/χρήστη, εφόσον ικανοποιούνται πλήρως δεδομένες προδιαγραφές, απαιτήσεις και προσδοκίες, αφετέρου ως ένα σύστημα αξιών, αρχών, προτύπων και μεθόδων δράσης, που τίθενται με σκοπό να αξιοποιηθεί στο έπακρο το ανθρώπινο δυναμικό μιας οικονομικής μονάδας, να μείνουν ικανοποιημένοι οι πελάτες-χρήστες από την κατανάλωση του προϊόντος ή της υπηρεσίας και τελικά να βελτιστοποιηθεί η απόδοση της οικονομικής μονάδας.

Υπό ευρύτερη θεώρηση, η ποιότητα *«...συμβαδίζει με τη μετάβαση, από τη διαισθητική ή την εμπειροτεχνική, στην επιστημονική άσκηση της διοίκησης μέσω αρχών, δεδομένων και στοιχείων, που τεκμηριώνουν ανάλογες αποφάσεις και επιλογές για την ποιότητα των υπηρεσιών»* (Μιχαλόπουλος Ν., 2003:237).

Ο Deming W. E. (1982) επισήμανε από νωρίς την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της παραγωγής και της προσφοράς υψηλής ποιότητας αγαθών και υπηρεσιών από τις οικονομικές μονάδες με τη βελτίωση της παραγωγικότητας, την αύξηση της κερδοφορίας τους, τη μείωση του κόστους, την αποδοτικότητα των επενδύσεων και εν τέλει την μεγέθυνση του μεριδίου τους της αγοράς και την καθιέρωσή τους εντός του εκάστοτε οικονομικού γίνεσθαι.

Όλοι οι προαναφερόμενοι ορισμοί για την ποιότητα αναφέρονται είτε σε αγαθά ή προϊόντα είτε σε υπηρεσίες. Καθώς στη συνέχεια θα πραγματευτούμε το ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, κρίνεται σκόπιμο να επιχειρήσουμε να προσδιορίσουμε την έννοια της υπηρεσίας. Ένας ολοκληρωμένος ορισμός της

«υπηρεσίας» έχει δοθεί εδώ και περισσότερο από σαράντα χρόνια (Hill P., 1977) και περιγράφει την αλλαγή στην κατάσταση ενός ατόμου ή ενός αγαθού μιας οικονομικής μονάδας A, όπως αυτή προκύπτει σαν αποτέλεσμα της δραστηριότητας κάποιας άλλης οικονομικής μονάδας B, εφόσον έχει προηγηθεί η συγκατάθεση ή συναίνεση του ατόμου ή της αρχικής οικονομικής μονάδας A. Απλοποιώντας τον ορισμό του Hill, οι Zeithaml, V.A. et al. (2008) κάνουν λόγο για πράξεις, διαδικασίες και επιδόσεις. Σίγουρα πάντως, οι υπηρεσίες ενσωματώνουν τις οικονομικές δραστηριότητες εκείνες, των οποίων οι εκροές δεν αφορούν σε φυσικά προϊόντα, καταναλώνονται τη στιγμή της παραγωγής τους και παρέχουν προστιθέμενη αξία στην πρόσληψή τους από τους καταναλωτές (Prakash A. & Mohanty R. P., 2013).

Ιστορικά, ήδη από τη δεκαετία του 1950 ο τομέας παραγωγής βιομηχανικών προϊόντων ενδιαφέρθηκε να προσεγγίσει και να κατανοήσει την έννοια της ποιότητας, ωστόσο ήταν οι δεκαετίες του 1960 και 1970 που σηματοδότησαν την εντατικοποιημένη ενασχόληση των οικονομολόγων και των διοικητικών επιστημόνων με το αναδύμενο ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών, ως φυσικού επακόλουθου της μέχρι τότε μελέτης των ποιοτικών χαρακτηριστικών των προϊόντων και μόνο (Godfrey A. B., 1999). Τα επόμενα περίπου δεκαπέντε χρόνια, δηλαδή το χρονικό διάστημα 1980-1995, χαρακτηρίστηκε, σύμφωνα με τους Brown S. W. et al. (1994), από αυξημένο ενδιαφέρον και υψηλού βαθμού ενθουσιασμό για τη θεματική της ποιότητας των υπηρεσιών, ενώ έλαβαν χώρα πλήθος εμπειρικών ερευνών, οι οποίες ασχολήθηκαν με την αξιολόγηση και τον έλεγχο ιδεών, θεωριών, πλαισίων και μοντέλων, συμβάλλοντας καθοριστικά στην εξέλιξη και ανάπτυξη του τομέα (Prakash A. & Mohanty R. P., 2013). Πλέον, το 1995, η κατανόηση και η εφαρμογή των παραμέτρων της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών είναι τέτοια, ώστε να γίνεται λόγος για πρόγνωση ή πρόβλεψη των αποτελεσμάτων και εκροών της υιοθέτησής τους (Dabholkar P. A. et al. 2000), τη στιγμή που η διοίκηση υπηρεσιών συνιστά ένα ώριμο επιστημονικό πεδίο και η ποιότητα των υπηρεσιών έχει μελετηθεί εμπειριστατωμένα (Prakash A. et al., 2011).

Φαίνεται ότι τα προσεχή χρόνια η συναφής ερευνητική δραστηριότητα θα επικεντρωθεί στην κατανόηση των βαθύτερων διασυνδέσεων ανάμεσα στις επιμέρους λειτουργίες των συστημάτων με εκροή «παροχή υπηρεσιών» και τη μοντελοποίηση

της αποτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών από τους πελάτες μέσω της αξιοποίησης νευρωνικών δικτύων¹ (Behara R. S. et al., 2002).

Έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών, η οποία καταλαμβάνει κάθε πιθανή πτυχή της κρίσης του καταναλωτή για τη φύση και την ουσία της υπηρεσίας, θέτοντάς τη σε μια διαδικασία σύγκρισης με άλλες παρόμοιες υπηρεσίες, υπογραμμίζοντας ωστόσο τα μοναδικά πλεονεκτήματά της, δηλαδή αυτά ακριβώς που την χαρακτηρίζουν ως ποιοτική (Mirfakhradini H. et al, 2013).

Ιδιαίτερης σημασίας έχει θεωρηθεί η διάσταση των υποκειμενικών προσδοκιών του χρήστη μιας δεδομένης υπηρεσίας, δηλαδή του τι ακριβώς αναμένει από αυτή, στο πλαίσιο της συμβατότητάς τους με την κατανόηση και ικανοποίηση των αναγκών του (Mirfakhradini H. et al, 2013). Όμως η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί επίσης να υποδηλώνεται σε συνάρτηση με τις αντιλήψεις του πελάτη για την υπηρεσία που τελικά του παρασχέθηκε. Μάλιστα ο λήπτης της υπηρεσίας αποτελεί τον μοναδικό κριτή ή αξιολογητή της, χωρίς να παρεισφρέει οποιοσδήποτε άλλος διαμεσολαβητής, όπως για παράδειγμα κάποιος οργανισμός: υπό το πρίσμα αυτό, η ποιότητα της υπηρεσίας μπορεί να προσδιοριστεί σε σχέση με το βαθμό συμμόρφωσής της στις τιθέμενες από τον ίδιο τον πελάτη προδιαγραφές (Zeithaml V.A. et al., 1993).

Ο Gröpproos C. (1984) υποστήριξε ότι την ποιότητα των υπηρεσιών διατρέχουν δύο διαστάσεις: η τεχνική ποιότητα, που ενσωματώνει όλα όσα ο καταναλωτής λαμβάνει στην πραγματικότητα από την υπηρεσία, και η λειτουργική ποιότητα, που αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία παρέχεται. Αντίστοιχα, άλλοι ερευνητές διαχώρισαν διαστάσεις της ποιότητας, υπονοώντας ότι η ποιότητα μιας υπηρεσίας δεν προσδιορίζεται αποκλειστικά στη βάση του αποτελέσματος, αλλά διατρέχει επίσης τη διαδικασία με την οποία αυτή προσφέρεται: Οι Sasser, Olsen και Wyckoff (1978) έκαναν λόγο για το επίπεδο των υλικών, των εγκαταστάσεων και του προσωπικού· οι Lehtinen και Lehtinen (1982) υποστήριξαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών προκύπτει ως παράγωγο της αντίδρασης ανάμεσα στον καταναλωτή και σε χαρακτηριστικά του παρόχου, διαφοροποίησαν δε μεταξύ φυσικής ποιότητας (ο εξοπλισμός ή οι κτηριακές εγκαταστάσεις), εταιρικής

¹ Με τον όρο «νευρωνικό δίκτυο» αναφερόμαστε σε ένα αφηρημένο αλγοριθμικό δημιούργημα, όπου μια σειρά βημάτων, ενεργειών ή εντολών με σαφή αρχή και τέλος πραγματοποιούνται με αυστηρά καθορισμένη σειρά και σε συγκεκριμένο χρόνο, με σκοπό την επίλυση ενός δεδομένου προβλήματος (Haykin S., 1999).

ποιότητας (η εικόνα ή το προφίλ της οικονομικής μονάδας) και διαδραστικής ποιότητας (η αλληλεπίδραση πελατών και προσωπικού ή των πελατών μεταξύ τους) (Parasuraman A. et al., 1985).

Οι Parasuraman A. et al. (1985), στο πρώτο μιας σειράς άρθρων τους που πραγματεύονται ζητήματα της μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών, στηρίχθηκαν στις παρατηρήσεις και τις επισημάνσεις προηγούμενων επιστημονικών δημοσιεύσεων προκειμένου να συνοψίσουν τα καλώς εκείνα καταγεγραμμένα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ποιότητα μιας υπηρεσίας από την αντίστοιχη ενός υλικού αγαθού: Πρώτον, τη μη απτότητα των υπηρεσιών και τη συνεπακόλουθη αδυναμία διαμόρφωσης ομοιόμορφων «κατασκευαστικών» προδιαγραφών για αυτές· έτσι, ο πάροχος μιας υπηρεσίας είναι πιθανό να δυσκολεύεται να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι λήπτες της την αντιλαμβάνονται και την αξιολογούν, καθώς a priori αποκλείονται διαδικασίες καταμέτρησης, απογραφής, ελέγχου και πιστοποίησης της ποιότητάς της πριν αυτή παρασχεθεί στον πελάτη. Δεύτερον, την έλλειψη ομοιογένειας - ειδικά των υπηρεσιών έντασης εργασίας - η οποία εννοιολογείται στη βάση της διαφοροποίησης των επιδόσεων μεταξύ διαφορετικών παρόχων, διαφορετικών καταναλωτών, ακόμα και διαφορετικών ημερών, συνεπάγεται δε διάσταση ανάμεσα σε εκείνο που θέλει να προσφέρει ο παραγωγός της υπηρεσίας και εκείνο που εισπράττει ο πελάτης· με τον τρόπο αυτό ακυρώνεται οποιαδήποτε πιθανότητα ποιοτικής ομοιομορφίας. Τρίτον, την άρρηκτη διασύνδεση μεταξύ παραγωγής και κατανάλωσης μιας υπηρεσίας, που ερμηνεύεται ως το αδύνατο της παροχής της στον πελάτη ατόφιας, αφού δεν σχεδιάζεται και δεν κατασκευάζεται στα εργαστήρια κάποιας παραγωγικής μονάδας αλλά δημιουργείται κατά την προσφορά της υπηρεσίας, ως έκφανση της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον λήπτη και τον πάροχο· το χαρακτηριστικό αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση υπηρεσιών, η ποιότητα των οποίων μπορεί να επηρεαστεί από την ένταση της συμμετοχής ή της επίδρασης του καταναλωτή, απομειώνοντας ταυτόχρονα τον αντίστοιχο διευθυντικό έλεγχο της διαδικασίας. Σε κάθε περίπτωση, οι ερευνητές κατέληξαν ότι: α) η ποιότητα των υπηρεσιών είναι δυσχερέστερο να αποτιμηθεί συγκρινόμενη με εκείνη των προϊόντων, β) οι αντιλήψεις για την ποιότητα μιας υπηρεσίας προκύπτουν από τη σύγκριση των προσδοκιών του πελάτη σε σχέση με τις πραγματικές επιδόσεις, και γ) η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ενσωματώνει οπωσδήποτε την ίδια τη διαδικασία της παροχής τους στους λήπτες, χωρίς να θεμελιώνεται αποκλειστικά στις σημειούμενες εκροές ή στα αποτελέσματα αυτών (Parasuraman A. et al., 1985).

Ποιοι είναι όμως οι παράγοντες εκείνοι που εξώθησαν την επιστημονική κοινότητα στη διερεύνηση των συνθηκών που εξασφαλίζουν την ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών; Σύμφωνα με τους Prakash A. & Mohanty R. P. (2013), την ευθύνη φέρει η συνδυαστική επίδραση τριών συνιστωσών: α) Της αλματώδους μεγέθυνσης και ανάπτυξης της βιομηχανίας παροχής υπηρεσιών με την συνεπακόλουθη αποφασιστική επιρροή της στα παγκόσμια οικονομικά δρώμενα, β) της θεώρησης της ποιότητας των υπηρεσιών ως ενός αναπόσπαστου και εξέχουσας σημαντικότητας στοιχείου της βιομηχανοποίησης και της πληροφοριοποίησης της τεχνολογίας, και γ) της αποδιοργάνωσης – σε παγκόσμια κλίμακα – σημαντικών βιομηχανιών παροχής υπηρεσιών, ως απότοκος παρωχημένων πρακτικών και μοντέλων δράσης, που καλούσαν δραματικά για επικαιροποίηση και εκσυγχρονισμό.

1.1.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Έχει καταδειχθεί ότι η εννοιολόγηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών παρουσιάζεται σημαντικά περισσότερο πολυσύνθετη σε σύγκριση με άλλους τομείς υπηρεσιών (Brahmbhatt M. et al., 2011). Αυτό συμβαίνει διότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της φροντίδας υγείας είναι τέτοια, που καθιστούν δυσχερή τόσο τον προσδιορισμό όσο και την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας· τα χαρακτηριστικά αυτά είναι (Joss R. & Kogan M, 1995· Jun M. et al., 1998· McLaughlin C. P. & Kaluzny A. D., 2006· Naveh E. & Stern Z., 2005): α) Η άυλη φύση της υγειονομικής φροντίδας, που τη διαφοροποιεί ριζικά από οποιοδήποτε προϊόν, το οποίο μπορεί να αξιολογηθεί ως προς την ποιότητά του με ποσοτικές μεθόδους και να ελεγχθεί σε όλα τα στάδια της παραγωγικής διαδικασίας ή και μετά την ολοκλήρωσή της. Η μη απτότητα των υπηρεσιών υγείας περιορίζει την αποτίμηση της ποιότητάς τους στη βάση των αλληλεπιδράσεων των ασθενών με τους υγειονομικούς παρόχους, ενώ διαστάσεις της ποιότητας όπως η συνέπεια, η πληρότητα ή η αποτελεσματικότητα της προσφερόμενης περίθαλψης, υπόκεινται στην υποκειμενικότητα της αξιολόγησης του ασθενή. β) Η ετερογένεια της υγειονομικής φροντίδας, που μεταφράζεται σε υπηρεσίες υγείας οι οποίες εμφανίζονται ασυνεπείς μεταξύ τους και σε σχέση με την παραγωγή, την κατανάλωση, τον χρόνο και τον τόπο παροχής τους. Οι λόγοι της ετερογένειας αυτής μπορούν να αναζητηθούν τόσο στον διαφορετικό τρόπο που οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και ο οποίος σχετίζεται με παράγοντες όπως η

εκπαίδευση, η κατάρτιση, οι εμπειρία, οι ατομικές δεξιότητες και η προσωπικότητά τους, όσο και στο γεγονός ότι αυτές οι υπηρεσίες υγείας έχουν αποδέκτες ασθενείς με διαφορετικές και ποικίλες ανάγκες². γ) Η ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών, που αποκλείει την αποθήκευση για μελλοντική χρήση και δυσχεραίνει τις διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου. Με άλλα λόγια ο πελάτης-ασθενής δεν είναι σε θέση να αξιολογήσει την ποιότητα της υπηρεσίας υγείας πριν την αγορά και την κατανάλωσή της, με αποτέλεσμα οι εκροές της υγειονομικής περίθαλψης να μην είναι οι αναμενόμενες. Από την παρουσίαση των προαναφερθέντων τριών χαρακτηριστικών που εξειδικεύουν τις υπηρεσίες υγείας, γίνεται φανερός ο παραλληλισμός τους με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά που οι Parasuraman A. et al. (1985) περιέγραψαν για τις υπηρεσίες εν γένει, και τα οποία αναλύθηκαν παραπάνω.

Ο Mosadeghrad A. M. (2013) μελέτησε τη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τους ορισμούς για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και διαμόρφωσε δύο διακριτές κατηγορίες: Πρώτον, η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών με χαρακτηριστικό τη συμμόρφωση με προκαθορισμένες προδιαγραφές και πρότυπα, ορίζεται ως η ικανοποίηση των συγκεκριμένων αυτών απαιτήσεων, όπως έχουν τεθεί από τους παρόχους υγείας, συνεπώς έχει μια εσωστρεφή προσέγγιση και χαρακτηρίζεται από έννοιες όπως την ακρίβεια, την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα. Δεύτερον, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με χαρακτηριστικό την εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών, ορίζεται ως η ικανοποίηση ακριβώς αυτών των αναγκών και προσδοκιών, εστιάζοντας στην εξωστρέφεια και ενσωματώνοντας τις έννοιες της αποτελεσματικότητας, της ενσυναίσθησης, της ασφάλειας και της προσιτότητας.

Εκκινώντας από τη διάκριση του Grönroos C. (1984) ανάμεσα σε τεχνική και λειτουργική ποιότητα, ο Lam S. G. K. (1997) εξειδίκευσε τη διττή φύση της ποιότητας των υπηρεσιών στον υγειονομικό τομέα, περιγράφοντας την τεχνική ποιότητα εντός του πλαισίου της ακρίβειας της ιατρικής διάγνωσης και των συναφών διαδικασιών, καθώς και της συμμόρφωσης με δεδομένες επαγγελματικές προδιαγραφές, και διαφοροποιώντας την από την λειτουργική ποιότητα, την οποία συνάρτησε με τον τρόπο που οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται στους ασθενείς³.

² Αυτός είναι και ένας βασικός λόγος που η καθιέρωση προτύπων ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα είναι δυσχερής.

³ Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι, παρά την πρόδηλη σημαντικότητα της τεχνικής διάστασης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αυτή δεν είναι σε θέση να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο αποτίμησης της ποιότητας, κυρίως λόγω της αδυναμίας – ελλείπει γνώσεων και πληροφόρησης - των

Κατά τον ορισμό του Brown J. A. (2018), η ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει οριστεί ως τον βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές υπηρεσίες αυξάνουν τις πιθανότητες της επιθυμητής έκβασης για την υγεία του ασθενή, είναι δε συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση.

Ο Donabedian A. (1992) προσδιόρισε την υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας ως εκείνη που αναμένεται να μεγιστοποιήσει το συνολικό επίπεδο ευεξίας του ασθενή μετά τον υπολογισμό του αναμενόμενου ισοζυγίου κέρδους-ζημίας κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Μάλιστα, ο ερευνητής πρότεινε πέντε συνιστώσες που συνθέτουν την έννοια της ποιοτικής παροχής φροντίδας: α) Το τεχνικό μέρος, που αναφέρεται στον συγκερασμό της ιατρικής επιστήμης με τη βιοϊατρική τεχνολογία, με γνώμονα την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας για την αντιμετώπιση της νοσηρότητας, β) το διαπροσωπικό μέρος, που περιλαμβάνει τη συμπεριφορά των υγειονομικών επαγγελματιών προς τους ασθενείς και τις σχέσεις μεταξύ παρόχων και ληπτών υπηρεσιών υγείας, στη βάση των κοινωνικά παραδεκτών αρχών ηθικής και δεοντολογίας, γ) τις ξενοδοχειακές υποδομές, που αναφέρονται στις υλικοτεχνικές εγκαταστάσεις, όπου προσφέρονται οι υγειονομικές υπηρεσίες, και στο επίπεδο ανέσεων που απολαμβάνουν οι ασθενείς, δ) την ποσότητα της φροντίδας υγείας, που οφείλει να είναι επαρκής, χωρίς όμως να φτάνει μέχρι του σημείου της εκτέλεσης μη αναγκαίων ιατρικών πράξεων, ε) το οικονομικό κόστος των υπηρεσιών υγείας, που μπορεί να διατηρηθεί χαμηλό, εξορθολογίζοντας την παρεχόμενη φροντίδα και αποφεύγοντας ή αποκλείοντας τις περιττές ιατρικές πράξεις (Donabedian A., 1992).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2006: 8-9) οριοθετεί την ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα υπερτονίζοντας έξι σημεία, τα οποία θεωρεί ως κομβικά στη διαμόρφωση των συστημάτων υγείας: α) Την αποτελεσματικότητα, δηλαδή την παροχή περίθαλψης με τις βέλτιστες δυνατές εκροές, στη βάση τεκμηριωμένων αναγκών του ατόμου και της κοινότητας· β) την αποδοτικότητα, μέσω της μεγιστοποίησης της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και την αποφυγή της σπατάλης· γ) την προσβασιμότητα, δηλαδή την εξασφάλιση έγκαιρης, χωροταξικά εκλογικευμένης φροντίδας υγείας, κάνοντας χρήση δεξιοτήτων και πόρων ενδεδειγμένων για την ιατρική πρακτική· δ) την επικέντρωση στον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις, τις ιδιαιτερότητες και την κουλτούρα του κάθε μεμονωμένου χρήστη υπηρεσιών υγείας· ε) την ισότητα, που μεταφράζεται στην

ασθενών να εκτιμήσουν αποτελεσματικά την ποιότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων και διαδικασιών, στις οποίες υποβάλλονται (Ware, J. E. Jr. & Snyder, M. K., 1975).

προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών που δεν υπολείπονται σε ποιότητα εξαιτίας χαρακτηριστικών, όπως το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, το πολιτισμικό ή κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο του λήπτη· στ) την ασφάλεια, δηλαδή τη μέριμνα της μεγαλύτερης δυνατής απομείωσης πιθανού κινδύνου ή βλάβης για τον ασθενή, ως συνέπεια των ιατρονοσηλευτικών πράξεων. Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1993) ενσωματώνει στην εννοιολόγηση της φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας την αρτιότητα του επαγγελματισμού των υγειονομικών εργαζόμενων, την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων με όρους αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και οικονομικότητας, τη διασφάλιση ότι οι πιθανοί κίνδυνοι για τους λήπτες υγείας έχουν απομειωθεί, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την θετική επίδραση στην υγεία και την ποιότητα ζωής τους ως συνέπεια της καταπολέμησης της νοσηρότητας.

Ο Mosadeghrad A. M. (2013) κάνει λόγο για οκτώ παραμέτρους που χαρακτηρίζουν την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας: α) Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι κατάλληλες, αποδεκτές, αναγκαίες, ακριβείς, ασφαλείς, αποτελεσματικές, πλήρεις και να διακρίνονται για το υψηλό τους επίπεδο και την επικέντρωσή τους στον ασθενή, β) πρέπει να προσφέρονται με τρόπο που να εξασφαλίζει την αποδοτικότητα, αξιοποιώντας τους ενδεδειγμένους πόρους και εφαρμόζοντας τις προβλεπόμενες διαδικασίες, γ) ο τόπος παροχής τους πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμος και οι ίδιες οι υπηρεσίες να διατίθενται απρόσκοπτα, δ) πρέπει να παρέχονται σε χρόνο που να είναι ο αναγκαίος ή ο επιθυμητός, ε) ο πάροχος των υπηρεσιών υγείας πρέπει να διαθέτει ικανότητες, υπευθυνότητα, υποστηρικτικότητα, ευγένεια, φιλικότητα, ειλικρίνεια και διάθεση για δέσμευση, στ) η κατάλληλη υγειονομική υπηρεσία πρέπει να προσφέρεται στον ασθενή εκείνον που τη χρειάζεται, ζ) το χρηματικό αντίτιμο που ζητείται για την προσφορά υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι λογικό για τον πάροχο και προσιτό για τον ασθενή, η) τα κλινικά αποτελέσματα πρέπει να είναι τα καλύτερα δυνατά. Συνοψίζοντας, ο ερευνητής ενσωματώνει στον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας υγείας την αριστεία, την αξία, τη συμμόρφωση με πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές και την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών (Mosadeghrad A. M., 2013).

Οι Κωσταγιόλας Π. και συν. (2008) θεωρούν ως ποιοτικές τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή και, επιπλέον, παρέχονται την κατάλληλη χρονική στιγμή και στο χαμηλότερο δυνατό κόστος. Αναφορά στην παράμετρο του κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών κάνει

και ο Williamson C. (2007), ο οποίος οριοθετεί την ποιότητα σε συνάρτηση τόσο με τα οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής από τη φροντίδα που του παρέχεται όσο και με ορθολογικούς οικονομικούς περιορισμούς.

Ο Harris-Wehling J. (1990) παραθέτει τις εξής διαστάσεις, που λήφθηκαν υπόψη από το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine – US) στη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου ορισμού για την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας: την χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης ποιότητας, την υπόσταση της προς αξιολόγηση οντότητας (δηλαδή τι είναι αυτό που αξιολογείται), τον λήπτη των υπηρεσιών υγείας (άτομο ή πληθυσμός), τη φροντίδα υγείας που έχει σαφή προσανατολισμό τους στόχους, τη στάθμιση των αποκομιζόμενων οφελών έναντι των πιθανών κινδύνων, τις καθορισμένες ή μη πτυχές των αποτελεσμάτων, τον ρόλο και την ευθύνη του λήπτη των υγειονομικών υπηρεσιών, τους περιορισμούς λόγω του υπάρχοντος επιπέδου της τεχνολογίας και της επιστημονικής γνώσης, την τεχνική ικανότητα των επαγγελματιών και των παρόχων υγείας, τις διαπροσωπικές δεξιότητες των υγειονομικών επαγγελματιών, την προσβασιμότητα, το αποδεκτό της φροντίδας υγείας ως συνάρτηση της ικανοποίησης των ληπτών υγειονομικών υπηρεσιών, τους πάσης φύσεως περιορισμούς λόγω στενότητας οικονομικών, ανθρώπινων και λοιπών πόρων, τα πρότυπα υγειονομικής φροντίδας, τους περιορισμούς λόγω συγκεκριμένων περιστάσεων, την απαιτούμενη τεκμηρίωση, τη συνέχεια, διαχείριση και συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, και τις ειδικές συνθήκες που σχετίζονται με τη συχνότητα και τον τρόπο χρήσης των υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Ο Steffen, G. E. (1988) ορίζει την ποιότητα ως την ικανότητα στοιχείων της υγειονομικής φροντίδας, όπως οι δομές και οι διαδικασίες, να επιτυγχάνουν τους τιθέμενους στόχους και να βελτιώνουν τις εκροές του συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με τον Donabedian A. (1988), η αξιολόγηση της ποιότητας εξαρτάται από το συγκεκριμένο στοιχείο της φροντίδας υγείας που τελεί υπό εκτίμηση: Είναι η επαγγελματική απόδοση των υγειονομικών επαγγελματιών; Η περίθαλψη που παρέχεται στους μεμονωμένους ασθενείς; Ή οι υπηρεσίες υγείας απευθύνονται σε πληθυσμούς ή κοινότητες; Υπό την οπτική αυτή, οι έννοιες της υγείας και της περίθαλψης μπορούν να ορίζονται με μεγαλύτερη ή όχι ευρύτητα, και, συνεπακόλουθα, τόσο ο ορισμός της ποιότητας στην υγεία όσο και η αποτίμησή της μπορούν να έχουν ανάλογη έκταση.

Ο Σιγάλας I. (1999) προτείνει τη διαβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας υγείας σε τρία επίπεδα: Πρώτον, το ιδανικό επίπεδο, που πρέπει εξάλλου να είναι και

ο στόχος ενός συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών· δεύτερον, το μέσο επίπεδο, το οποίο ουσιαστικά καθορίζει τα στοιχεία εκείνα των υπηρεσιών υγείας που αξιολογούνται κάτω από το επίπεδο αυτό και που πρέπει - με τη λήψη κατάλληλων και ενδεδειγμένων μέτρων - να βελτιωθούν, προκειμένου να βελτιωθεί συνολικά η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών· τρίτον, το ελάχιστο επίπεδο, που συνιστά το κατώτατο αποδεκτό για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η οποία οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρείται άνω του επιπέδου αυτού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2006: 3), τα βασικά επιχειρήματα που αιτιολογούν το αυξημένο ενδιαφέρον σε παγκόσμιο επίπεδο για την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας είναι δύο: Πρώτον, τα καλά διαμορφωμένα συστήματα υγείας, με ολοκληρωμένη ανάπτυξη, ισχυρή δυναμική και απρόσκοπτη πρόσβαση σε οικονομικούς και λοιπούς πόρους, αποτυγχάνουν συχνά να αγγίξουν τα επίπεδα απόδοσης που έχουν τεθεί από τη σχετική στοχοθεσία, ενώ σημειώνονται και διαφοροποιήσεις στα ίδια τα πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης· δεύτερον, τα υπό ανάπτυξη υγειονομικά συστήματα, που χρειάζεται να εξορθολογίσουν και να βελτιστοποιήσουν την αξιοποίηση των πόρων και να εξασφαλίσουν υψηλούς δείκτες πληθυσμιακής κάλυψης, απαιτείται να οικοδομήσουν τις διαδικασίες μεγέθυνσης και ανάπτυξής τους σε δομημένες στρατηγικές ποιοτικής βελτίωσης, ώστε οι νέες επενδύσεις να αποφέρουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα. Γίνεται κατανοητό ότι και στις δύο προαναφερόμενες περιπτώσεις η επικέντρωση στην ποιότητα μπορεί να επιδράσει δραματικά στις εκροές των συστημάτων υγείας.

1.2. Η διοίκηση ποιότητας στον υγειονομικό τομέα και οι αρχές που την προσδιορίζουν

Σήμερα, παρά τα τεράστια χρηματικά ποσά που δαπανώνται παγκοσμίως για την υγειονομική περίθαλψη των πληθυσμών, οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από αναποτελεσματικότητα, μη αποδοτικότητα και σημαντικές ανεπάρκειες. Το γεγονός αυτό έχει ωθήσει την υγειονομική διοίκηση σε μια στροφή προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου αυτές, όχι μόνο να γίνονται αποδεκτές από τους ασθενείς αλλά και να ικανοποιούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους, και επιπλέον να προσφέρονται σε προσιτές τιμές και εντός εύλογου χρονικού ορίζοντα (Patel G., 2009).

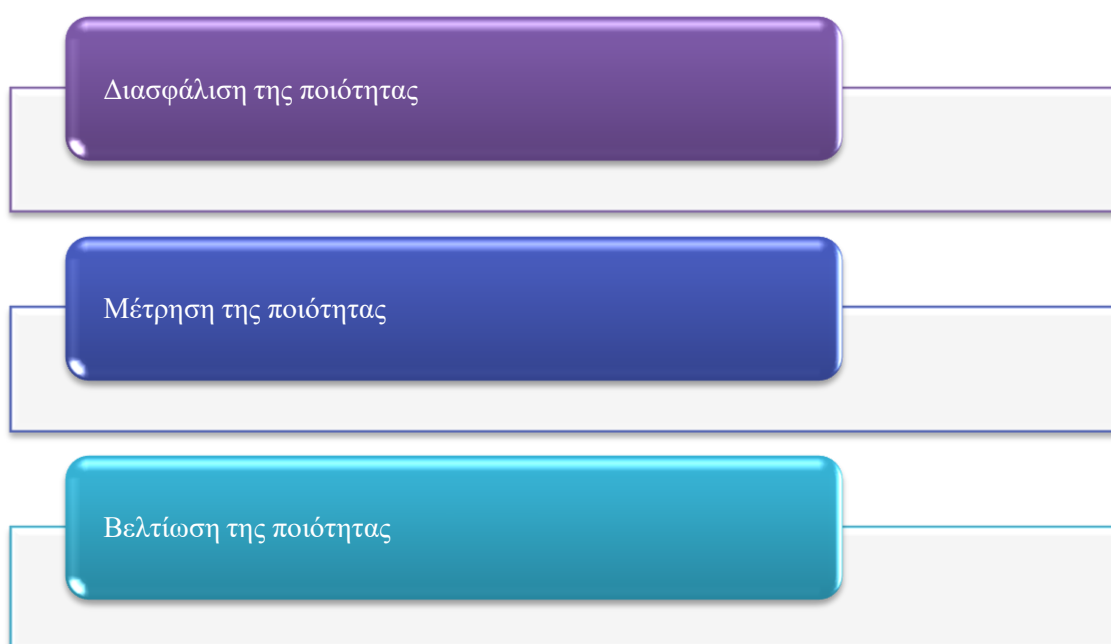
1.2.1. Τα συστήματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην υγεία

Η επιστημονική προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας γίνεται με την εφαρμογή των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), που ορίζεται ως η δέσμευση μιας επιχείρησης για διαρκή βελτίωση, αφενός των προϊόντων που κατασκευάζει ή των υπηρεσιών που παρέχει, αφετέρου των διαδικασιών που έχει υιοθετήσει, με τη συμμετοχή όλων των εργαζομένων, από τον ιεραρχικά κατώτερο μέχρι τα ανώτατα διοικητικά στελέχη, και με σκοπό την απόλυτη ικανοποίηση των διαπιστωμένων αναγκών, παρουσών και μελλοντικών, των πελατών/χρηστών (Κέφης Β., 2014:40, 42-43). Ο Deming, ήδη από την δεκαετία του 1950 εισήγαγε την έννοια της ΔΟΠ. Ένα σύστημα ΔΟΠ περιλαμβάνει τρία στάδια (Βελονάκης Μ. & Τσαλίκογλου Φ., 2005: 40-44, βλ. σχήμα 1):

- Πρώτον, τη διασφάλιση της ποιότητας, που περιλαμβάνει όλες τις γνωστικές και μηχανιστικές διαδικασίες, που σχεδιάζονται με τρόπο τέτοιο, ώστε να προσδιορίσουν και ιδανικά να ελαχιστοποιήσουν οποιονδήποτε παράγοντα απόκλισης μπορεί να επηρεάσει την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Γενικά, ως σύστημα διασφάλισης ποιότητας νοείται το σύνολο των σχεδιασμένων και συστηματικών ενεργειών, των απαραίτητων να προσδώσουν το υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης ότι το αγαθό ή η υπηρεσία ικανοποιούν προσδιορισμένες απαιτήσεις (Κέφης Β., 2014: 176).
- Δεύτερον, τη μέτρηση της ποιότητας, που αναφέρεται στη σύγκριση με μια ποσότητα εκ των προτέρων καθορισμένη και καλείται να απαντήσει στο ερώτημα «πόσο πολύ;», αντιδιαστέλλεται δε με την έννοια της επιτήρησης (monitoring), κατά την οποία παρατηρείται μια δραστηριότητα σε σχέση με συγκεκριμένα κριτήρια ή πρότυπα και αναζητείται απάντηση στο ερώτημα «ναι ή όχι;». Οι τομείς στους οποίους πραγματοποιούνται μετρήσεις είναι α) η δομή, που αφορά στο άψυχο και έμψυχο υλικό του επαγγελματικού χώρου και εξετάζει ποσοτικά και ποιοτικά το επίπεδο προσωπικού, χώρων και εξοπλισμού, ασφάλειας και παροχής υπηρεσιών, β) η διαδικασία, που περιλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών που επισυμβαίνουν και γ) το αποτέλεσμα ή έκβαση, που έχει να κάνει με τη συνολική ικανοποίηση του χρήστη από τη χρησιμοποίηση του υλικού ή της υπηρεσίας. Εργαλεία μέτρησης των παραπάνω τομέων είναι δείκτες, που εκφράζουν την ποσοστιαία αναλογία συχνότητας ενός συγκεκριμένου γεγονότος και βάσει των οποίων διαμορφώνονται τα κριτήρια, που αξιοποιούνται ως συγκριτικά δεδομένα.

- Τρίτον, τη βελτίωση της ποιότητας, που περιλαμβάνει έναν κύκλο ποιότητας⁴ που ολοκληρώνεται σε τέσσερα στάδια: α) εντοπισμό των προβλημάτων που υφίστανται, β) επιλογή ή διαμόρφωση συγκριτικών δεδομένων (κριτηρίων, προτύπων, οδηγιών και πρωτοκόλλων), γ) μέτρηση των πραγματικών δεδομένων και αντιπαραβολή τους με τα συγκριτικά, δ) σχεδιασμό και ανάληψη δράσης για τη βελτίωση της ποιότητας.

Σχήμα 1. Στάδια ενός συστήματος ΔΟΠ



Η ΔΟΠ θέτει στο επίκεντρο της δράσης της τον ανθρώπινο παράγοντα και αποσκοπεί στην εκπλήρωση της απαίτησης για συνεχή αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη/καταναλωτή – που ασφαλώς μπορεί να είναι πολίτης ή ασθενής - διατηρώντας, ωστόσο το κόστος στα κατώτατα δυνατά επίπεδα (Bounds G. et al., 1994). Σύμφωνα με τους Κωσταγιόλα Π. και συν. (2008), μεταξύ των βασικών λόγων εισαγωγής συστημάτων ΔΟΠ στις υγειονομικές μονάδες συμπεριλαμβάνονται η ανάγκη επιβίωσης και ανάπτυξης εντός περιβαλλόντων έντονου ανταγωνισμού, η αποτυχία επίτευξης ενός ποιοτικού επιπέδου διαχείρισης και μάλιστα με την αξιοποίηση άλλων εργαλείων, η αναποτελεσματικότητα των υπάρχουσών διαδικασιών, οι ακατάλληλες διοικητικές δομές, η διασφάλιση της λειτουργίας με

⁴ Η έννοια του κύκλου ποιότητας διαφοροποιείται εδώ σε σχέση με τον ορισμό που τον περιγράφει ως μία ομάδα ατόμων που εργάζονται για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων και την επεξεργασία λύσεων, χρησιμοποιώντας απλές τεχνικές (Κέφης Β., 2014: 67).

όρους οικονομικότητας των διαθέσιμων πόρων και οι καινοτόμες προσεγγίσεις στην παροχή των υπηρεσιών περίθαλψης.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, ένα σύστημα ΔΟΠ μπορεί μακροπρόθεσμα να επιφέρει πολλαπλά οφέλη στην υγειονομική διοίκηση σε όρους καλύτερων αποτελεσμάτων, ανάπτυξης και βελτίωσης των διεργασιών και των κλινικών δραστηριοτήτων, ανταγωνιστικότητας και αξιοπιστίας των διοικητικών και υγειονομικών υπηρεσιών, μεγιστοποίησης της αξίας των υγειονομικών υπηρεσιών, ικανοποίησης των ασθενών και μείωσης του κόστους (Τζωρτζόπουλος Α., 2018).

Η διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων και ενδεδειγμένων στατιστικών εργαλείων – που παρέχονται στο πλαίσιο της εφαρμογής ενός συστήματος ΔΟΠ – πρέπει να αποτελούν πρωταρχικούς στόχους για τους σύγχρονους οργανισμούς υγείας, καθώς με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η ελαχιστοποίηση των λαθών, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζόμενων, η εξάλειψη των εμποδίων που υπονομεύουν την αποτελεσματική συνεργασία των εμπλεκόμενων μερών, και η ενεργός συμμετοχή της ηγεσίας, ώστε ο υγειονομικός οργανισμός να οδηγείται σε συνεχή βελτίωση (Patel G., 2009). Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η παροχή ολοκληρωμένων υγειονομικών υπηρεσιών, και ο προσανατολισμένος στον ασθενή συντονισμός και συνοχή της παρεχόμενης φροντίδας φαίνεται να σχετίζονται με βελτιωμένη υγεία για τους πληθυσμούς, χαμηλότερο κόστος περίθαλψης και άμβλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων (Mutter B. et al., 2018). Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας οφείλει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο κάθε συστήματος υγείας, με δεδομένο ότι, σύμφωνα με τον Reziayn A., θεμελιώδης φιλοσοφία και αποστολή της διαχείρισης των ασθενών συνιστά η ικανοποίηση δημοσίων αναγκών, καθώς η υγεία αποτελεί ένα σημαντικό δημόσιο αγαθό (Mohammadi-Sardo M. R. & Salehi S., 2019).

1.2.2. Οι αρχές της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι σύγχρονοι οργανισμοί υγείας οφείλουν να δρουν στη βάση θεμελιωδών αρχών διοίκησης ποιότητας και να εξασφαλίζουν μια αποτελεσματική, αποδοτική και οικονομική λειτουργία, προκειμένου να επιτυγχάνουν τους στόχους τους, να καθίστανται ανταγωνιστικοί και να προσφέρουν τα μέγιστα στη φροντίδα του ασθενή και τη γενικότερη κοινωνική ευεξία (Sandi A. & Kangbai J., 2019). Στη συνέχεια

παρατίθενται οι βασικές αρχές, που διέπουν μεν τη διοίκηση ποιότητας κάθε οικονομικής μονάδας, εξειδικεύονται δε ώστε να προσαρμόζονται στους υγειονομικούς οργανισμούς.

1.2.2.1. Η προσανατολισμένη στο χρήστη πολιτική. Οι τρέχουσες και οι μελλοντικές ανάγκες των πελατών/χρηστών ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας απαιτείται να γίνονται κατανοητές από τον οργανισμό που προβαίνει στη σχετική παροχή, ώστε να ικανοποιούνται οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις τους. Πελάτης δε θεωρείται μόνο ο αποδέκτης/χρήστης του τελικού αγαθού/υπηρεσίας (οπότε καλείται εξωτερικός πελάτης), αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι σε μια επιχειρηματική μονάδα (εσωτερικοί πελάτες) (Κέφης Β., 2014: 55). Οι τελευταίοι μάλιστα, σύμφωνα με τον Bowen D. E. (1986), πρέπει να κινητοποιούνται κατάλληλα, προκειμένου να δράσουν έχοντας ως σημείο αναφοράς τις παρεχόμενες από τους ίδιους υπηρεσίες προς τους εξωτερικούς πελάτες.

Στον τομέα της υγείας εξωτερικός πελάτης είναι ο ασθενής· για αυτόν υπάρχουν οι υγειονομικές υπηρεσίες, συνεπώς ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην ικανοποίηση των αναγκών, των απαιτήσεων και των προσδοκιών του. Ο συνολικός σχεδιασμός της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και οποιαδήποτε συναφής μεταρρυθμιστική απόπειρα στο χώρο της δημόσιας ή ιδιωτικής υγείας, οφείλει να επιχειρείται με γνώμονα αυτήν ακριβώς την πελατοκεντρική προσέγγιση προς τον ασθενή (Tošić B. et al., 2018). Στο πλαίσιο αυτό, θεμελιώδη ρόλο διαδραματίζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, που συνήθως εκφράζεται ως συνάρτηση της σύγκρισης των προσδοκιών και των αντιλήψεων τους για τα χαρακτηριστικά της κάθε μίας συγκεκριμένης υπηρεσίας που τους παρασχέθηκε (Aharony L. & Strasser S., 1993). Μια επιπλέον διάσταση της υπό συζήτηση θεώρησης του ασθενή από τους υγειονομικούς οργανισμούς αναφέρεται στο ζήτημα της θεραπείας του· ειδικότερα, στο πλαίσιο μιας φροντίδας υγείας με προσανατολισμό στη ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους ιατρούς οι ανάγκες, οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες του ασθενή κατά τον σχεδιασμό και την υλοποίηση των θεραπευτικών σχημάτων (Tošić B. et al., 2018).

Το βέβαιο είναι ότι αναφορικά με τη συζήτηση περί απαιτήσεων παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, οι οργανισμοί υγείας οφείλουν να υιοθετήσουν μια προσέγγιση που να θέτει στο επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή· αυτή εξασφαλίζει – πέρα από την

ικανοποίησή του – υψηλή αξία για τον ίδιο και ενισχύει την εμπιστοσύνη του προς τον οργανισμό, ενδυναμώνοντας με τον τρόπο αυτό τη φήμη του και το μερίδιό του στην αγορά (ISO, 2015). Η βελτίωση της υγείας των ασθενών – και του πληθυσμού εν γένει – συνιστά πρωταρχικό και θεμελιώδη στόχο της διοίκησης ποιότητας στον υγειονομικό τομέα, ενώ τα ποιοτικά αποτελέσματα σχετίζονται άμεσα με την αναπτυσσόμενη θεραπευτική σχέση (Mutter B. et al., 2018).

1.2.2.2. Η ηγεσία και η δέσμευση της διοίκησης. Η ηγεσία του οργανισμού πρέπει να είναι ικανή, να διαθέτει σαφές όραμα, το οποίο να επικοινωνεί αποτελεσματικά στους εργαζόμενους προκειμένου να εξασφαλίσει τη συμμετοχή τους στο όλο εγχείρημα, και να θέτει μετρήσιμους στόχους λειτουργίας, στη βάση της θεμελιώδους φιλοσοφίας του οργανισμού (ISO, 2015).

Ο ρόλος της ηγεσίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν αναφερόμαστε σε οργανισμούς υγείας, διότι είναι αυτή που διασφαλίζει την ενότητα και την καθοδήγηση του υγειονομικού προσωπικού, εμπλέκοντάς το ενεργά προς την κατεύθυνση της επίτευξης των στόχων ποιότητας, όπως αυτοί έχουν διαμορφωθεί και τεθεί για τον συγκεκριμένο οργανισμό (ISO, 2015). Στο πλαίσιο αυτό η ηγεσία εμπνέει, προωθεί και υποστηρίζει μια οργανωσιακή κουλτούρα ποιότητας εντός του υγειονομικού οργανισμού (Γούλα Α., 2014). Σημαντικό ρόλο στη δέσμευση του οργανισμού υγείας στην ποιότητα διαδραματίζουν επίσης οι σχέσεις που εγκαθιδρύονται με τους ασθενείς, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τους προμηθευτές και εν γένει με την κοινωνία (Patel G., 2009). Σύμφωνα με τους Τοσίτς Β. et al. (2018), οι μάνατζερ και οι ιατροί συνεισφέρουν εξίσου, μέσω της επαγγελματικής τους εξειδίκευσης, στη δέσμευση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Ο βελτιωμένος συντονισμός των διαδικασιών του οργανισμού υγείας και η ολοκληρωμένη επικοινωνία μεταξύ των ιεραρχικών επιπέδων και των διαφόρων λειτουργιών του συνδράμουν στην διαμόρφωση ενός διαδραστικού περιβάλλοντος εντός του οποίου οι στόχοι ποιότητας ευοδώνονται σε όρους τόσο αποτελεσματικότητας όσο και αποδοτικότητας. Η δέσμευση του οργανισμού υγείας στην ποιότητα διέρχεται μέσω της ανάπτυξης βιώσιμων ηθικών αρχών, που εξασφαλίζουν μια κουλτούρα εμπιστοσύνης, ακεραιότητας και νομιμότητας (Γούλα Α., 2014). Επιπλέον, η ηγεσία μεριμνά για την επαγγελματική εκπαίδευση και ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, ενώ δεν παραλείπει να υποστηρίζει, να

ενθαρρύνει και να αναγνωρίζει τη συνεισφορά των εργαζόμενων στην ποιοτική λειτουργία του οργανισμού (ISO, 2015).

Η προώθηση μιας κουλτούρας ποιότητας του υγειονομικού οργανισμού βρίσκεται στο επίκεντρο του στρατηγικού σχεδιασμού και της ηγεσίας του, η οποία έτσι αποτελεί πρότυπο των αξιών του οργανισμού σε όλο το φάσμα των αρμοδιοτήτων της, από την οργάνωση και το σχεδιασμό των διαδικασιών μέχρι την εφαρμογή και την αξιολόγηση των συναφών δράσεων (ISO, 2015).

1.2.2.3. Η ενεργός συμμετοχή του προσωπικού. Επιτυγχάνεται με την επίλυση των προκύπτοντων προβλημάτων σε όλα τα ιεραρχικά επίπεδα, τη συμμετοχή των εργαζόμενων στη λήψη αποφάσεων και στη βελτίωση των διαδικασιών, και την ικανοποίηση που λαμβάνει το προσωπικό από την εργασία του ως μέλος του οργανισμού. Όλα τα μέλη ενός οργανισμού υγείας, ανεξαρτήτως της ιεραρχικής τους θέσης, πρέπει να αντιμετωπίζονται από την ηγεσία με σεβασμό, και να τους παρέχεται η δυνατότητα να εκφράζουν τις απόψεις τους επί των διαφόρων θεμάτων οργάνωσης και υλοποίησης των διαδικασιών ευθύνης τους (ISO, 2015). Επιπρόσθετα, είναι πολύ σημαντικό να επενδύει ο οργανισμός στη βελτίωση και ανάπτυξη των επαγγελματικών προσόντων αλλά και των προσωπικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων του υγειονομικού προσωπικού, ώστε να μπορεί να παρουσιάζει το μέγιστο της απόδοσής του κατά την επιτέλεση των καθηκόντων του (Patel G., 2009). Αυτή η προσέγγιση εξάλλου συνάδει με την απαίτηση για «οργανισμό που μαθαίνει», ενδυναμώνει τα κίνητρα για δραστηριοποίηση και ενισχύει τη δημιουργικότητα, συνδράμοντας αποφασιστικά στην επίτευξη των στόχων ποιότητας του οργανισμού υγείας (Γούλα Α., 2014).

Μέσω της συμμετοχικής διαδικασίας οι υγειονομικοί εργαζόμενοι γίνονται – συνειδητά ή ασυνειδητά – κοινωνοί των αξιών, πεποιθήσεων, αντιλήψεων και αποδεκτών συμπεριφορών που διέπουν τον οργανισμό υγείας, αμβλύνοντας τις υφιστάμενες υποκουλτούρες και συνιστώντας έναν σημαντικό παράγοντα ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος για τον εργοδότη τους στον τομέα της υγείας (Tošić B. et al., 2018). Ένα χρήσιμο εργαλείο προς την κατεύθυνση της ενδυνάμωσης και της ομαδικής εργασίας του υγειονομικού προσωπικού αποτελούν οι κύκλοι ποιότητας, που ασχολούνται με την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων και την επεξεργασία λύσεων, με πολλαπλά οφέλη τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τον οργανισμό (Κέφης Β., 2014: 67-68, 279).

Κρίσιμα επίσης στοιχεία συνιστούν η προώθηση της συνεργασίας και μιας κουλτούρας διαμοιρασμού της αποκτούμενης γνώσης και εμπειρίας στο σύνολο του οργανισμού υγείας· είναι σκόπιμο να υιοθετούνται διαδικασίες αυτοαξιολόγησης των εργαζόμενων, ώστε να αναγνωρίζονται τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην απόδοσή τους, όπως και μέθοδοι αξιολόγησης της ικανοποίησης των εργαζόμενων (ISO, 2015). Μάλιστα, οι Παντουβάκης Α. & Μπογιατζίδης Π. (2012) έχουν συσχετίσει την ικανοποίηση που αντλούν οι επαγγελματίες υγείας από την εργασία τους με την έννοια της εσωτερικής ποιότητας του ίδιου του υγειονομικού οργανισμού.

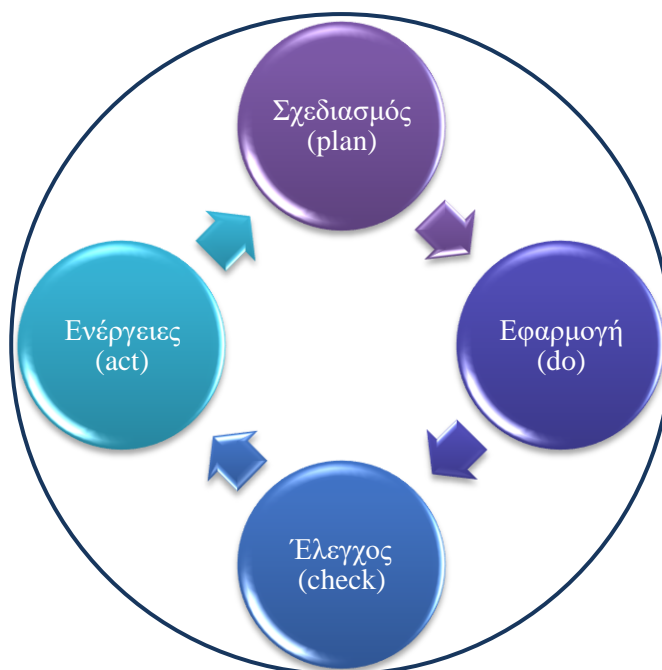
1.2.2.4. Η συστημική προσέγγιση της διαχείρισης. Στο πλαίσιο μιας διεργασιοκεντρικής προσέγγισης της διοίκησης, διαμορφώνονται αναλυτικά επιχειρηματικά σχέδια, συντονίζονται οι αναθέσεις καθηκόντων και υπευθυνοτήτων, προωθείται η ομαδική εργασία, και εν τέλει επιχειρείται η αποδοτική διάρθρωση του οργανισμού για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων. Οι διαδικασίες σε έναν οργανισμό υγείας είναι αλληλοσυνδεδεμένες και αλληλοεξαρτώμενες και πρέπει να αντιμετωπίζονται από την ηγεσία ως ένα ενιαίο λειτουργικό σύστημα, προκειμένου τα παραγόμενα αποτελέσματα να βελτιστοποιούν την απόδοση του οργανισμού (ISO, 2015). Οι Deming και Juran συσχέτισαν τα παρουσιαζόμενα προβλήματα ποιότητας σε έναν οργανισμό, κατά βάση με τις εφαρμοζόμενες διαδικασίες και σε πολύ μικρό βαθμό με την προσωπική ευθύνη των ίδιων των εργαζόμενων (Patel G., 2009).

Η ικανοποίηση του ασθενή μέσω της διαρκούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί υιοθετώντας τα τέσσερα βήματα του κύκλου του Deming (βλ. σχήμα 2) κατά τη διαμόρφωση των σχετικών διαδικασιών (Κέφης Β., 2014: 177-178):

- Σχεδιασμός (Plan): Κατά τη φάση αυτή θα καθοριστεί το πρόβλημα, θα αναλυθούν οι αιτίες που το προκαλούν, θα προταθούν λύσεις και θα καταστρωθεί σχέδιο δράσης. Ουσιαστικά στη φάση αυτή απαντώνται τα ερωτήματα τι; (ποιο είναι το πρόβλημα) γιατί; (αιτίες δημιουργίας του) πώς; (πιθανοί τρόποι επίλυσης) πότε; (κατάστρωση σχεδίου δράσης).
- Εφαρμογή (Do): Περιλαμβάνει την εφαρμογή των βέλτιστων λύσεων που έχουν προταθεί και επιλεγεί στο προηγούμενο στάδιο, με βάση το σχέδιο δράσης.

- Έλεγχος (Check): Αναφέρεται στις διαδικασίες μέτρησης⁵ των παρατηρούμενων αποτελεσμάτων σε σχέση με τους στόχους που έχουν τεθεί. Κατά τη φάση αυτή επίσης ελέγχεται η αποτελεσματικότητα των λύσεων, όπως αυτές εφαρμόστηκαν στο προηγούμενο βήμα.
- Ενέργειες (Act): Σε αυτό το στάδιο επιτελούνται οι απαραίτητες διορθώσεις, εφόσον απαιτούνται, καθιερώνονται νέες, επικαιροποιημένες μέθοδοι εργασίας και αποτυπώνονται οι εμπειρίες που αποκομίστηκαν από την όλη διαδικασία.

Σχήμα 2. Ο κύκλος του Deming



Η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας απαιτεί τον συγκερασμό διαφορετικών λειτουργιών και τη συνεργασία πολλών κλινικών και μη ειδικοτήτων κάτω από την ομπρέλα ορθολογικά σχεδιασμένων και δομημένων διαδικασιών, για τις οποίες πρέπει να καθορίζονται τα επίπεδα εξουσιοδότησης, ευθύνης και λογοδοσίας και να εξασφαλίζεται η απαραίτητη πληροφόρηση, αξιολόγηση και διαχείριση κινδύνου (Τοσίτς Β. et al., 2018). Μέσω μιας τέτοιας προσέγγισης, ο οργανισμός υγείας είναι σε θέση να παράσχει συνεπή και προβλέψιμα αποτελέσματα, να μεγιστοποιήσει την αποδοτικότητά του με την ταυτόχρονη βέλτιστη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την εξάλειψη των συστημικών δυσλειτουργιών και να κερδίσει την

⁵ Σύμφωνα με τους Mutter B. et al. (2018), οι διαδικασίες μέτρησης συνιστούν εργαλεία και όχι αποτελέσματα ποιότητας.

εμπιστοσύνη ασθενών, προσωπικού και προμηθευτών, αυξάνοντας τα συνολικά επίπεδα ικανοποίησής τους (ISO, 2015).

1.2.2.5. Η συνεχής βελτίωση. Η διαρκής βελτίωση της ποιότητας είναι μια έννοια δυναμική, που δίνει έμφαση στην οργανωτική διαδικασία και τη συνεχή βελτίωση, διευρύνοντας την εννοιολόγηση της διοίκησης ποιότητας, αντιδιαστέλλεται δε ως προς τη διασφάλιση της ποιότητας, έννοια εξ ορισμού στατική, που αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε διαδικασίες αναφοράς, για παράδειγμα στατικό έλεγχο ή συμμόρφωση με προκαθορισμένα πρότυπα. Η συνεχής βελτίωση περιλαμβάνει τον εντοπισμό πιθανών ευκαιριών για βελτίωση, τη διατύπωση εναλλακτικών ενεργειών, την ανάδειξη της βέλτιστης λύσης και τη διάθεση των αναγκαίων πόρων για την εφαρμογή της, την παρακολούθηση και μέτρηση των επιπτώσεων της εφαρμοζόμενης ενέργειας, τις διεργασίες πιθανής αναθεώρησης της ακολουθούμενης στρατηγικής του οργανισμού μέσω αξιοποίησης πηγών ανατροφοδότησης (Βελονάκης Μ. και Τσαλίκογλου Φ., 2005: 34).

Η διαρκής βελτίωση είναι απαραίτητη προκειμένου ένας οργανισμός υγείας όχι μόνο να διατηρήσει τα υφιστάμενα επίπεδα απόδοσής του, αλλά αντιδρώντας σε ερεθίσματα από το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον του, να διαμορφώσει νέες ευκαιρίες. Με τον τρόπο αυτό ο οργανισμός υγείας βελτιστοποιεί το οργανωσιακό του δυναμικό, επικεντρώνεται σε διορθωτικές αλλά και προληπτικές δράσεις ώστε να μεγιστοποιήσει την ικανοποίηση των ασθενών και ωθείται στην πρωτοπορία και την καινοτομία. Θεμελιώδους σημασίας εδώ είναι να τεθούν στόχοι βελτίωσης σε όλα τα επίπεδα και ταυτόχρονα να εκπαιδευτούν οι υγειονομικοί εργαζόμενοι στην εφαρμογή εργαλείων και μεθοδολογιών επίτευξης των στόχων αυτών. Ο ορθολογικός σχεδιασμός των σχετικών διαδικασιών, πρέπει να ακολουθείται από την ενδεδειγμένη παρακολούθηση, αναθεώρηση και έλεγχό τους, προκειμένου αυτές να εφαρμοστούν, να ολοκληρωθούν και παράξουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα (ISO, 2015). Ένας οργανισμός που μαθαίνει είναι ένας οργανισμός συνεχώς βελτιούμενος (Γούλα Α., 2014).

1.2.2.6. Η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται πρέπει να χαρακτηρίζονται από ορθολογικότητα, στη βάση τακτικής συλλογής και ελέγχου πληροφοριών και στοιχείων και με τη συμβολή της εμπειρίας και της προαίσθησης. Οι αποφάσεις που βασίζονται στην ανάλυση και αξιολόγηση

δεδομένων και τεκμηρίων είναι περισσότερο πιθανό να οδηγήσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα, απομειώνοντας το ενδεχόμενο παρείσφρησης υποκειμενικότητας και απροσδόκητων επιπτώσεων, και διασφαλίζοντας στο μέτρο του εφικτού τα χαρακτηριστικά της αντικειμενικότητας και της εμπιστοσύνης (ISO, 2015).

Η τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων βελτιώνει τη λειτουργική αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του οργανισμού υγείας, ενώ σταδιακά αποκτάται η ικανότητα της κατάλληλης προσαρμογής των αντιλήψεων και των αποφάσεων στη βάση της αναθεώρησης, των προκλήσεων και της παρελθούσης εμπειρίας του οργανισμού. Προϋπόθεση για να διαθέτει η διαδικασία λήψης αποφάσεων αυτά τα χαρακτηριστικά είναι τα αξιοποιούμενα δεδομένα και τεκμήρια να είναι επαρκώς ακριβή, αξιόπιστα και ασφαλή, να αναλύονται και να αξιολογούνται από τα κατάλληλα άτομα με τη χρησιμοποίηση των ενδεδειγμένων μεθόδων και να συνδυάζονται με την εμπειρία και το ένστικτο των αποφασίζόντων (ISO, 2015).

Ειδικά τη σημερινή εποχή, μεγάλος όγκος υγειονομικών πληροφοριών διακινείται μέσω τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να αξιοποιηθούν ιδανικά ως τεκμήρια κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, εφόσον διακινούνται μέσω προτυποποιημένων διαδικασιών, ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία των δεδομένων και η αποτελεσματική ανταλλαγή τους μεταξύ των παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών και άλλων ενδιαφερομένων μερών (Tošić B. et al., 2018).

1.2.2.7. Η αποτελεσματική διαχείριση των σχέσεων. Η βιώσιμη επιτυχία ενός οργανισμού υγείας προϋποθέτει την αποτελεσματική διαχείριση των σχέσεων που αναπτύσσει με άλλα ενδιαφερόμενα και εμπλεκόμενα μέρη, διότι αυτά μπορούν να επιδρούν με άλλοτε άλλο τρόπο στην απόδοσή του. Τα μέρη αυτά περιλαμβάνουν τους προμηθευτές, τους συνέταιρους/συνεργάτες, τους πελάτες, τους επενδυτές, τους εργαζόμενους και συνολικά την κοινωνία (Tošić B. et al., 2018).

Για καθένα από τα προαναφερόμενα μέρη πρέπει να εντοπιστούν και να διαχειριστούν με τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο οι ευκαιρίες και τα προσκόμματα επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, και επιπλέον να γίνουν κατανοητοί οι στόχοι και οι αξίες τους. Οι συσχετίσεις που αναπτύσσονται μεταξύ του οργανισμού υγείας και των μερών πρέπει να ισορροπούν μεταξύ βραχυπρόθεσμου οφέλους και μακροπρόθεσμης θεώρησης των πραγμάτων. Η ενίσχυση των κινήτρων βελτίωσης

των σχέσεων του υγειονομικού οργανισμού με τα λοιπά μέρη γίνεται στη βάση της μέτρησης της απόδοσης και της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της σχετικής ανατροφοδότησης (ISO, 2015).

Δύο ειδικότερες περιπτώσεις συσχέτισης του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας με τρίτα μέρη παρέχουν οι Τοσιć B. et al. (2018). Η πρώτη αναφέρεται σε συνεργασίες ποιότητας μεταξύ παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών εντός ενός συγκεκριμένου χωρικού πλαισίου, με σκοπό τη διασφάλιση ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς, μέσω εξειδικευμένης ιατρικής τεχνογνωσίας· η δεύτερη αφορά στην αυξημένη προσοχή που αποδίδεται τελευταία στις σχέσεις του οργανισμού υγείας με τρίτα μέρη που παρέχουν κατά βάση υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως τεχνική υποστήριξη, καθαρισμό, τροφοδοσία ή συμβουλευτικές υπηρεσίες, καθώς φαίνεται ότι αυτές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων από τον οργανισμό υγειονομικών υπηρεσιών.

2. Η σχέση της ποιότητας της φροντίδας υγείας με την ικανοποίηση του ασθενή

2.1. Το περιεχόμενο της ικανοποίησης του ασθενή

2.1.1. Η έννοια της ικανοποίησης

Η λέξη «ικανοποίηση» σημαίνει το συναίσθημα της έντονης ευαρέσκειας ή ευχαρίστησης που νοιώθει κάποιος, επειδή πραγματοποιήθηκε κάποια επιθυμία ή επιδίωξή του· επιπλέον, αναφέρεται στην ίδια την πραγματοποίηση μιας επιθυμίας ή επιδίωξης ή στην εκπλήρωση μιας ανάγκης (Λεξικό της κοινής νεοελληνικής, 1998). Η απόδοση της λέξης στην αγγλοσαξονική («satisfaction») εκπορεύεται από το επίρρημα «satis», που σημαίνει «αρκετά», «ικανοποιητικά».

Η Ηλιούδη Σ. Ν. (2013) διέτρεξε τη διεθνή βιβλιογραφία και σταχυολόγησε μια σειρά προσεγγίσεων για την εννοιολόγηση της ικανοποίησης: ψυχολογική κατάσταση (Howard et al., 1969), συναισθηματική αντίδραση (Halstead et al., 1994), αντίδραση στην εκπλήρωση συγκεκριμένων προαπαιτούμενων (Oliver, 1997), αντίδραση στην αντιλαμβανόμενη ασυμφωνία προσδοκιών και επιδόσεων, γνωστική αντίδραση (Bolton et al., 1991), συναισθηματική αντίδραση (Cadotte et al., 1987), αντίδραση με γνωσιακές και συναισθηματικές διαστάσεις (Westbrook, 1980). Ωστόσο, η ερευνήτρια αποφάνθηκε ότι η ικανοποίηση είναι μια έννοια πολυδιάστατη και υποκειμενική, εξαρτάται δε από μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων που διαφοροποιούνται ανάμεσα στους ανθρώπους (Ηλιούδη Σ. Ν., 2013).

Στο ίδιο πνεύμα, οι Giese J. L. & Cote J. A. (2000) θεωρούν κάθε γενίκευση της έννοιας της ικανοποίησης υποκειμενική, εφόσον αυτή γίνεται αντιληπτή με διαφορετικό τρόπο από το κάθε άτομο· και είναι αυτή ακριβώς η φύση της ικανοποίησης, στην οποία οφείλεται η αδυναμία διατύπωσης ενός ακριβούς ορισμού. Ο Yi Y. (1990) συνηγορεί στη διαπιστούμενη αυτή ασυμφωνία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού, υποστηρίζοντας ότι η διάσταση απόψεων εκκινεί από την θεώρηση της ικανοποίησης άλλοτε ως διαδικασίας και άλλοτε ως αποτελέσματος. Ο Car-Hill (1992) συσχετίζει την ικανοποίηση με τη διαφορετικότητα των ατόμων και με

παραμέτρους που αφορούν στην ψυχολογική κατάστασή τους και στις διακυμάνσεις της σε άλλοτε άλλους χρόνους.

Ο Oliver R. L. (1981) περιγράφει την ικανοποίηση ως μια ψυχολογική κατάσταση στην οποία περιέρχεται ο καταναλωτής, όταν τα συναισθήματά του αναφορικά με μια μη επιβεβαιωμένη προσδοκία για μια καταναλωτική εμπειρία συμπίπτουν τελικά με εκείνα που ένοιωθε πριν βιώσει την εν λόγω εμπειρία.

Οι Westbrook K. W. et al. (2014) ορίζουν την ικανοποίηση ως την αντιλαμβανόμενη από τους πελάτες/χρήστες εκπλήρωση των απαιτήσεων και προσδοκιών τους, προσδιορίζοντας έτσι το επίπεδο ικανοποίησης για καθένα τους στη βάση της διαφοράς μεταξύ των αντιλαμβανομένων και προσδοκώμενων επιδόσεων της οικονομικής μονάδας. Με παρόμοιο σκεπτικό, το πρότυπο ISO 10004 περιγράφει την ικανοποίηση ως μια άποψη ή μια κρίση που εκφράζει ο πελάτης, ενώ επισημαίνει ότι ο βαθμός ικανοποίησης αντανακλά την απόσταση ανάμεσα στην προσδοκία του πελάτη για το αγαθό ή την υπηρεσία και την αντίληψή του μετά την κατανάλωση (Biesok G. & Wyród-Wróbel J., 2011).

Σύμφωνα με την έρευνα των Giese J. L. & Cote J. A. (2000), τρεις είναι οι συνιστώσες της ικανοποίησης ενός πελάτη: Πρώτον, η απόκριση - συναισθηματική ή γνωσιακή – σε κάποιο ερέθισμα, η οποία διαφέρει ως προς την έντασή της ανάλογα με τις περιστάσεις· δεύτερον, το ερέθισμα, που πυροδοτεί την απόκριση, και που μπορεί να αναφέρεται σε μια προσδοκία, σε ένα προϊόν ή σε μια καταναλωτική εμπειρία· τρίτον, η χρονικότητα, που αφορά στη χρονική στιγμή εκδήλωσης της απόκρισης, για παράδειγμα μετά την επιλογή ή μετά την κατανάλωση. Οι ερευνητές προσεγγίζουν την ικανοποίηση, ορίζοντάς την ως *«μια συνοπτική συναισθηματική απόκριση ποικίλης έντασης, η οποία προσδιορίζεται σε ένα συγκριμένο χρονικό σημείο, έχει περιορισμένη διάρκεια, και εστιάζει σε πτυχές των διεργασιών απόκτησης και κατανάλωσης αγαθών ή υπηρεσιών»* (Giese J. L. & Cote J. A., 2000).

Οι Biesok G. & Wyród-Wróbel J. (2011) προσδιόρισαν τις εξής διαστάσεις, οι οποίες πλαισιώνουν την έννοια της ικανοποίησης: α) Την αντίδραση του πελάτη σε ένα προϊόν ή μια υπηρεσία. Αυτή μπορεί να εκλυθεί με διάφορους τρόπους: Στη βάση του συνδυασμού των εμπειριών και των συναισθημάτων του μετά την κατανάλωση, με τις προσδοκίες του και την αντιλαμβανόμενη αξία του αγαθού/υπηρεσίας· ως συναισθηματική απάντηση στην αξιολόγηση του αγαθού/υπηρεσίας· ως απόρροια μιας ψυχολογικής διεργασίας, μέσα από την οποία ο πελάτης συγκρίνει το αντιλαμβανόμενο επίπεδο επίδοσης της οικονομικής μονάδας με διακεκριμένα

πρότυπα, που αντικατοπτρίζουν τις προσδοκίες του· ως επακόλουθο της προσδοκώμενης και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας του αγαθού/υπηρεσίας και της σημαντικότητας των ιδιοτήτων τους. β) Την γνώμη του πελάτη όσον αφορά στη συμμόρφωση του αγαθού/υπηρεσίας με συγκεκριμένες απαιτήσεις. Αυτή μπορεί να σχετίζεται με το βαθμό συμμόρφωσης στις ανάγκες και τις προσδοκίες του, με την αντίληψή του σχετικά με το κατά πόσο οι απαιτήσεις του εκπληρώθηκαν, και με την εκτίμηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας. γ) Τα συναισθήματα του πελάτη για την απόκτηση ενός αγαθού ή την παροχή μιας υπηρεσίας. Αυτά καταλαμβάνουν την εκπλήρωση των προσδοκιών του από το αγαθό/υπηρεσία και από την οικονομική μονάδα που το κατασκεύασε/παρείχε, την πραγματοποίηση των επιθυμιών του, την επαναλαμβανόμενη καταναλωτική του εμπειρία από μια συγκεκριμένη επιχείρηση, την ίδια τη διεργασία της αγοράς του αγαθού/υπηρεσίας, και την αξία που αποκόμισε από την αγορά αυτή. Κατά τους ερευνητές, η ικανοποίηση σχετίζεται με γνωρίσματα που αποδίδονται σε αυτό καθεαυτό το αγαθό ή την υπηρεσία, ή αφορούν στη διαδικασία αγοράς, ή αναφέρονται στα συναισθήματα του καταναλωτή. Στον πυρήνα των παραγόντων που επιδρούν στην ικανοποίηση τοποθετούνται η αξία και η ποιότητα του αγαθού/υπηρεσίας, ενώ η υπέρβαση των προσδοκιών του πελάτη φαίνεται να αποτελεί λιγότερο σημαντικό παράγοντα (Biesok G. & Wyród-Wróbel J., 2011).

Η αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των καταναλωτών από την αγορά ενός αγαθού ή την παροχή μιας υπηρεσίας αποτελεί, σύμφωνα με τον Dutka A. (1993), μια σημαντική διαδικασία, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί με διάφορους τρόπους: Στην εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης για τον παραγωγό ή τον πάροχο, μέσω του εντοπισμού δυνατών και αδύναμων σημείων στις διαστάσεις της ικανοποίησης· στην εξεύρεση και αναγνώριση σημαντικών απαιτήσεων των καταναλωτών και την παρεπόμενη επικέντρωση της επιχειρηματικής μονάδας στην εκπλήρωσή τους· στην παρακολούθηση και μελέτη των δεικτών ικανοποίησης και των διακυμάνσεών τους με την πάροδο του χρόνου, με στόχο τη βελτίωση της παραγωγής/παροχής μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων· στη σύγκριση με άλλες οικονομικές μονάδες, ώστε να διερευνηθούν δομικές και λειτουργικές ανεπάρκειες· στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας της επιχειρηματικής πρακτικής εν γένει (Dutka, A., 1993). Περαιτέρω, αποδίδοντας τη δέουσα σημαντικότητα στην ικανοποίηση, ένας επιχειρηματικός οργανισμός είναι σε θέση να καταγράφει και να

αξιολογεί την ποιότητα των οικονομικών εκροών του, να αποτιμά την καθαρή αξία των πελατών του ως περιουσιακού στοιχείου στην πάροδο του χρόνου, να εκτιμά τις παραμέτρους του στρατηγικού και επιχειρησιακού του σχεδιασμού, και να προβλέπει τις δαπάνες και τα εταιρικά κέρδη (Pieska K., 2013).

Η ικανοποίηση του πελάτη/καταναλωτή μπορεί, υπό μια ευρεία θεώρηση, να ενταχθεί στο περιεχόμενο της δεύτερης εκ των πέντε δυνάμεων του μοντέλου των πέντε δυνάμεων (five-force model) του Porter M. (1985), η οποία αναφέρεται στη διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών⁶, με ευθεία επιρροή επί του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος και της ανταγωνιστικής θέσης μιας επιχειρηματικής μονάδας.

2.1.2. Οι συνιστώσες της ικανοποίησης του ασθενή

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις προσφερόμενες σε αυτούς παροχές φροντίδας αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη αποτίμησης της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας, αλλά και ένα μέτρο της αποτελεσματικότητας της ίδιας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας (Nelson C. W. & Niederberger, J., 1990· Fitzpatrick R., 1991).

Σύμφωνα με τον Chou S.-M. et al. (2005), οι ασθενείς είναι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, συνεπώς – έχοντας την ιδιότητα του καταναλωτή και στοχεύοντας στην προαγωγή της ικανοποίησής τους – επιζητούν καλές, ποιοτικές υπηρεσίες περίθαλψης. Ο κάθε ασθενής διαθέτει έναν συγκεκριμένο χαρακτήρα και μια ξεχωριστή προσωπικότητα, ενώ ταυτόχρονα ενσωματώνει ένα δυναμικό προγενέστερων εμπειριών ζωής. Στη βάση των δεδομένων αυτών, διαμορφώνει ένα σύνολο προσδοκιών για τη φροντίδα της υγείας του, εκτιμά δε και αντιδρά με ανάλογο τρόπο στα ερεθίσματα που λαμβάνει πριν, κατά τη διάρκεια ή και μετά το πέρας της υγειονομικής του περίθαλψης. Είναι, λοιπόν, ακριβώς αυτό το σύνολο των ατομικών εκτιμήσεων και αντιδράσεων του κάθε ασθενή που προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησης που ο ίδιος αντλεί από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Τσελέπη X., 2000· Παπανικολάου Β., 2006).

⁶ Οι άλλες τέσσερις δυνάμεις του μοντέλου αφορούν στην απειλή εισόδου νέων ανταγωνιστών, στη διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών, στην ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των υφιστάμενων επιχειρήσεων, και την πίεση ή απειλή από υποκατάστατα προϊόντα (Porter M., 1985).

Οι παράμετροι που καθορίζουν τα επίπεδα ικανοποίησης των ληπτών υγειονομικών υπηρεσιών έχουν περιγραφεί βιβλιογραφικά και περιλαμβάνουν διαφορετικές προσεγγίσεις και οπτικές. Μια κατηγοριοποίηση των παραγόντων που επιδρούν στην ικανοποίηση του ασθενή έχει επιχειρηθεί από τον Weiss G. L. (1988), ο οποίος διακρίνει μεταξύ: α) Χαρακτηριστικών των ίδιων των ασθενών: Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν κοινωνικά και δημογραφικά γνωρίσματα, το γενικότερο επίπεδο υγείας τους, όπως και τις ανάγκες, τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες τους από το σύστημα υγείας και την προσφερόμενη φροντίδα. β) Χαρακτηριστικών των υγειονομικών επαγγελματιών: Εδώ εντάσσονται στοιχεία, όπως η προσωπικότητα, η εν γένει συμπεριφορά και η προσέγγιση των ιατρών, των νοσηλευτών και των λοιπών επαγγελματιών που εμπλέκονται στη θεραπεία του ασθενή, καθώς και ο τρόπος και η τεχνική παροχής των υπηρεσιών τους. γ) Σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στους ασθενείς και στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας: Σημαντικός ρόλος στον εν λόγω παράγοντα επιφυλάσσεται στην απρόσκοπτη και αποτελεσματική επικοινωνία και στην αμοιβαία κατανόηση μεταξύ των δύο ομάδων.

Η ικανοποίηση του ασθενή έχει προσδιοριστεί ως τη συνειδητή εκτίμηση ή κρίση ότι οι συνολικές επιδόσεις της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας αγγίζουν υψηλά επίπεδα (Chou S.-M. et al., 2005). Οι Duffy J. A. et al. (2001) συσχετίζουν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας περισσότερο με το βαθμό εκπλήρωσης ενδογενών αναγκών ή επιθυμιών των ληπτών, παρά με τη σύγκριση των επιδόσεων με προεικαζόμενες προβλέψεις.

Οι Abramowitz S. et al. (1987) ορίζουν ως κριτήρια της ικανοποίησης του ασθενή το επίπεδο ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, την ενημέρωσή του από τους επαγγελματίες υγείας για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και την πορεία της θεραπείας του, αλλά και την εμπειρία της παραμονής του στην υγειονομική μονάδα όπου του παρασχέθηκαν οι σχετικές υπηρεσίες.

Η σημαντικότητα της εμπλοκής των επαγγελματιών υγείας στην ικανοποίηση του ασθενή έχει επισημανθεί και από τους Abdellah F .G. & Levine E. (1965), οι οποίοι τονίζουν τη βαρύτητα των επαγγελματικών δεξιοτήτων και το επίπεδο ανταποκρισιμότητάς τους στις ανάγκες του λήπτη των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι ερευνητές δίνουν μεγάλη σημασία στην αποτελεσματικότητα της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και στο μέτρο που αυτή επηρεάζει την έκβαση της ιατρικής κατάστασης του ασθενή ως παραγόντων ικανοποίησης (Abdellah F .G. & Levine E., 1965). Αντίθετα, ο Harper P. M. B. (1989) αντιμετωπίζει την ικανοποίηση

ως μια αφηρημένη και γενικευμένη αντίληψη του ασθενή για τις συνθήκες παροχής της υγειονομικής περίθαλψης, στην οποία δεν υπεισέρχεται η εκτίμηση της καταλληλότητας ή η αποτίμηση των αποτελεσμάτων της. Ωστόσο, ακόμα και αν πρόκειται για την υποκειμενική αντίληψη του ασθενή – που δεν είναι απίθανο να διαφέρει από την αντίστοιχη των επαγγελματιών υγείας – η ικανοποίηση πρέπει να αντιμετωπίζεται ως πραγματική και έγκυρη κατάσταση, προκειμένου να μπορεί να αξιοποιηθεί προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των υγειονομικών υπηρεσιών (Μερκούρης Α., 1996).

Οι Κωσταγιόλας Π. και συν. (2008) θεωρούν ως καθοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών την προσέγγιση των υγειονομικών παρόχων με γνώμονα και επίκεντρο τον άρρωστο και το πρόβλημά του, τον τρόπο αντιμετώπισής του από τους επαγγελματίες υγείας, την πληροφόρηση και ενημέρωσή του αναφορικά με την ασθένειά του και την κατάσταση της υγείας του, καθώς και την ευκολία πρόσβασης στις υγειονομικές δομές. Ο ρόλος της προσβασιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών στην ικανοποίηση του ασθενή έχει επισημανθεί και από τον Jawahar S. K. (2007), ο οποίος υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της αποτελεσματικής φροντίδας υγείας.

Η Καλογεροπούλου Μ. (2011) κατέγραψε μια σειρά παραγόντων που άπτονται του υγειονομικού τομέα και αξίζει να διερευνώνται, προκειμένου να εκτιμηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβάνοντας σε αυτούς: ζητήματα προσβασιμότητας, αποτελεσματικότητας και διαθεσιμότητας των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών· ποιότητα των επαγγελματιών υγείας και εν γένει του ανθρώπινου δυναμικού των υγειονομικών μονάδων· παραμέτρους του φυσικού περιβάλλοντος (καθαριότητα, διαμόρφωση των χώρων της μονάδας υγείας, συνθήκες νοσηλείας - για παράδειγμα άνεση, ησυχία, θερμοκρασία, αερισμός)· ποιότητα παρεχόμενων γευμάτων· ενημέρωση του ασθενή για το θέμα υγείας που αντιμετωπίζει· χρόνους αναμονής· υψηλή ικανότητα διαγνωστικής ευστοχίας· εμφάνιση και συμπεριφορά των υγειονομικών εργαζόμενων (ιατρονοσηλευτικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού)· σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενή· προστασία των προσωπικών δεδομένων του ασθενή μέσω της διασφάλιση του απορρήτου· προσφορά εξατομικευμένων και ενδεδειγμένων κατά περίπτωση υπηρεσιών υγείας.

Φαίνεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την εκπλήρωση εσωτερικών αναγκών τους, όπως τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη συμμετοχή στη λήψη

αποφάσεων⁷ ή την αναγνώριση, ενώ η ακαταλληλότητα παραγόντων του περιβάλλοντος και γενικότερα των προσφερόμενων διευκολύνσεων από την υγειονομική μονάδα συνηγορούν στη δυσαρέσκειά τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Bond S. & Thomas L. H., 1992).

Μελετώντας τους παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, οι Moore S. T. & Borpp K. D. (1999) και Παπαγιαννοπούλου Β. και συν. (2008) κατέληξαν ότι, πέρα από τα κοινωνικοοικονομικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους, σημαντικότατο ρόλο διαδραματίζουν οι προσδοκίες τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Με άλλα λόγια, σημείο-κλειδί αποτελεί ο βαθμός επαλήθευσης των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν, που σε αριθμητικούς όρους εκφράζεται ως τη διαφορά μεταξύ προσδοκίας και πραγματικής παροχής (Miaoulis G. Jr. et al., 2009).

Οι Parasuraman A. et al. (1988) και Babakus E. & Mangold W. G. (1992) ανίχνευσαν τα αίτια αυτών των σημειούμενων διαφορών αντιλήψεων και προσδοκιών των ασθενών, διαμορφώνοντας τέσσερις περιπτώσεις: α) Διάσταση ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας: Στην περίπτωση αυτή, η υγειονομική μονάδα δεν έχει πληροφόρηση για τις ανάγκες των ασθενών, με αποτέλεσμα να παρέχει υπηρεσίες χαμηλότερης ποιότητας, που υπολείπονται των προσδοκιών τους· β) διάσταση ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και των προδιαγραφών των παρεχόμενων υπηρεσιών: Εδώ, παράγοντες όπως η απουσία έμπρακτης δέσμευσης από τα στελέχη διοίκησης της μονάδας υγείας, υπονομεύουν την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, λόγω αδυναμίας κωδικοποίησης των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών σε συγκεκριμενοποιημένες προδιαγραφές· γ) διάσταση ανάμεσα στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και στα προκαθορισμένα από την ίδια την υγειονομική μονάδα πρότυπα ποιοτικής παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης των ασθενών: Στην εν λόγω περίπτωση σημειώνονται παρεκκλίσεις από τα πρότυπα που έχουν τεθεί, με συνέπεια οι υπηρεσίες που απολαμβάνουν οι ασθενείς να υπολείπονται ποιότητας. Οι πιθανοί λόγοι μιας τέτοιας κατάστασης

⁷ Το αυξημένο ενδιαφέρον συμμετοχής των ληπτών υπηρεσιών υγείας στις διαδικασίες του σχεδιασμού της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και των αποφάσεων που αφορούν στην ασθένειά τους φαίνεται να καταγράφεται ιδίως κατά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980. Ειδικότερα, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και η ανεμπόδιστη πρόσβασή τους σε πηγές πληροφόρησης, διαμόρφωσαν την σαφώς περισσότερο κριτική στάση τους απέναντι στη διάγνωση, την πορεία της νόσου και τη θεραπεία τους, πράγμα που με τη σειρά τους εξώθησε τους θεράποντες ιατρούς να διαφοροποιήσουν τα δεδομένα παροχής ενημέρωσης προς τους θεραπευόμενους (Πολυκανδριώτη Μ., 2011).

μπορούν να αναζητηθούν στην ανεπάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού να τηρήσει τις προδιαγραφές ή στην αδυναμία ικανοποίησης της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας· δ) διάσταση ανάμεσα στις υπηρεσίες που η υγειονομική μονάδα υπόσχεται να προσφέρει και σε αυτές που εν τέλει παράσχει: Αυτό που συμβαίνει εδώ είναι ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν προσδοκίες ιδιαίτερα υψηλού επιπέδου – ακριβώς εξαιτίας των υποσχέσεων που τους δίδονται – ωστόσο η μη τήρηση, λόγω εγγενών αδυναμιών, από τη μονάδα υγείας των όσων έχει υποσχεθεί, οδηγεί στην παροχή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας, με συνεπακόλουθο τη μη ικανοποίηση των ασθενών.

Μελετώντας τις προσδοκίες των ασθενών και το βαθμό επιβεβαίωσης ή διάψευσής τους, ο Pascoe G. C. (1983) διέκρινε μεταξύ του μοντέλου της αντιπαραβολής (contrast model), όπου οι προσδοκίες του ασθενή αντιπαραβάλλονται με τα γεγονότα και τις εμπειρίες των υγειονομικών υπηρεσιών που του παρασχέθηκαν, και του μοντέλου της αφομοίωσης (assimilation model), σύμφωνα με το οποίο, όταν η αντίληψη του ασθενή για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υπολείπεται των προσδοκιών του, τότε οι τελευταίες προσαρμόζονται με τρόπο τέτοιο, ώστε να συμφωνήσουν με την αντίληψη αυτή.

Ο Lawler (1971), σε μια απόπειρα οργάνωσης των διαφόρων θεωριών περί ικανοποίησης του ασθενή, πρότεινε τρεις περιπτώσεις ως προς την αντίληψη της ικανοποίησης: Ασυμφωνία ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής αναμένει να συμβεί και που τελικά συμβαίνει στο πλαίσιο της ιατρονοσηλευτικής του περίθαλψης (θεωρία της ασυμφωνίας), διαφορά μεταξύ της ιδεατής και της ρεαλιστικής ανταμοιβής που εισπράττει ο ασθενής από τη θεραπεία του (θεωρία της δικαιοσύνης), και απλή διαφορά μεταξύ επιθυμιών και προσδοκιών του ασθενή (θεωρία της ολοκλήρωσης) (Larsson G. & Wilde-Larsson B., 2010).

Ο Donabedian A. (1988) κατέδειξε ότι οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζονται επίσης από μια σειρά παραμέτρων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται οι προηγούμενες εμπειρίες που έχουν βιώσει, η πληροφόρηση που λαμβάνουν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, καθώς και η εξέλιξη και έκβαση της ασθένειάς τους. Ο Grapentine T. (1998) πρόσθεσε ότι οι προσδοκίες μπορούν να επηρεαστούν επίσης από τις προσωπικές ανάγκες, τις εναλλακτικές επιλογές θεραπείας, τον ρόλο της φροντίδας υγείας, σύμφωνα με την αντίληψη του ασθενή, καθώς και από περιστασιακούς παράγοντες. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται σκόπιμο να υπάρχει ταύτιση μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υγειονομικών επαγγελματιών, καθώς με τον τρόπο

αυτό διασφαλίζεται ένα βασικό επίπεδο συνεργασίας, που φαίνεται να συνιστά προϋπόθεση για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υψηλής ποιότητας (Bond S. & Thomas L. H., 1992). Επιπρόσθετα, όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται, εμφανίζονται περισσότερο δεκτικοί στην αποδοχή της ιατρικής περίθαλψης και συμμετέχουν ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ η εμπιστοσύνη τους προς την ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν ενισχύεται (Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ., 2010)⁸.

Συνοψίζοντας τους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση του ασθενή από τη διεθνή βιβλιογραφία, η Ηλιούδη Σ. Ν. (2013) διέκρινε τρεις κατηγορίες: α) Χαρακτηριστικά των ασθενών, αφενός κοινωνικά και δημογραφικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο), αφετέρου εμπειρίες από την προσφερόμενη φροντίδα υγείας, β) οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υγειονομικών οργανισμών, κατά βάση γραφειοκρατικές διαδικασίες, προσβασιμότητα στις μονάδες υγείας, υποδομές ξενοδοχειακού τύπου, κόστος και εν γένει οικονομικά ζητήματα και άλλα, γ) χαρακτηριστικά των αναπτυσσόμενων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών σχέσεων, αναφορικά κυρίως με την ποιότητα και την ποσότητα της πληροφόρησης που παρέχεται στον άρρωστο, και με το ενδιαφέρον και την κατανόηση που επιδεικνύει το υγειονομικό προσωπικό για το πρόβλημα της υγείας του και συνολικά για το άτομό του (Ηλιούδη Σ. Ν., 2013).

2.2. Η συσχέτιση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης στην υγειονομική περίθαλψη

Οι Parasuraman et al. (1988) διαφοροποιούν μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης, χαρακτηρίζοντας την πρώτη ως μια συνολική κρίση ή συμπεριφορά σχετιζόμενη με την υπεροχή μιας υπηρεσίας, και περιορίζοντας τη δεύτερη σε μια μεμονωμένη, συγκεκριμένη συναλλαγή. Όμοια, οι Cronin J. J. Jr. & Taylor S. A. (1994) θεωρούν την ποιότητα ως μια μακροχρόνια στάση, ενώ την ικανοποίηση μια παροδική κρίση, όπως αυτή εκφράζεται για μια δεδομένη εμπειρία παροχής υπηρεσιών. Υπέρμαχοι της διαφοροποίησης των δύο εννοιών παρουσιάζονται και οι Cho K. et al. (2004), οι οποίοι θεωρούν σκόπιμη την επισήμανση ότι η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών

⁸ Ωστόσο, διατυπώνεται και η εκ διαμέτρου αντίθετη άποψη, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς, στερούμενοι εξειδικευμένης κλινικής εμπειρίας, είναι επιρρεπείς στην επίδραση μη ιατρικών παραγόντων, και κατά συνέπεια η ικανοποίησή τους πιθανότατα δε συνδράμει στη διευκόλυνση της θεραπευτικής προσέγγισης και διαδικασίας (Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ., 2010).

ιατρονοσηλευτικής φροντίδας συνιστά μια συναισθηματική κατάσταση, πρέπει δε να διαφοροποιείται από την αξιολόγηση της ποιότητάς τους, που είναι μια διαδικασία γνωσιακή

Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και της ικανοποίησης που αντλεί από αυτές ο λήπτης τους: Η διασφάλιση ότι η ικανοποίηση του ασθενή παραμένει σε υψηλά επίπεδα συνεπάγεται αντίστοιχα την υψηλού βαθμού ποιότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Donabedian A., 1988). Έχει καταδειχθεί ότι η ικανοποίηση συνιστά έναν σημαντικό και έγκυρο δείκτη προσδιορισμού και εκτίμησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και, μάλιστα, οι πάροχοι φροντίδας υγείας υπέχουν ηθικής και νομικής υποχρέωσης να μεριμνούν για την διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών τους από τις υπηρεσίες που τους παρέχουν (Laschinger H. S. et al., 2005). Επιπλέον, η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών εξαρτάται από παράγοντες όπως οι αξίες και οι προσδοκίες του ασθενή, ενώ σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν και οι διαπροσωπικές σχέσεις εντός του συστήματος φροντίδας υγείας: είναι οι ίδιοι παράγοντες που διαμορφώνουν τη συνολική ικανοποίηση του ασθενή, η οποία έτσι καθορίζεται από τη γνώμη που ο ίδιος σχηματίζει για τις υγειονομικές υπηρεσίες που του προσφέρονται: Η θεώρηση αυτή προσδίδει στις έννοιες της ικανοποίησης και της ποιότητας μια διάσταση ευθείας αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης (Donabedian A., 1980).

Ο βαθμός επιβεβαίωσης των προσδοκιών του ασθενή για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει αντίστοιχη επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησής του από τις υπηρεσίες αυτές: Όταν οι προσδοκίες επιβεβαιώνονται (θετική επιβεβαίωση), τότε η ικανοποίηση του ασθενή αυξάνει· όταν οι προσδοκίες αποτυγχάνουν να επιβεβαιωθούν (αρνητική επιβεβαίωση), τότε η ικανοποίηση του ασθενή μειώνεται (Uzun O., 2001).

Με δεδομένη την ισχυρή συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την ποιότητα των παρεχόμενων προς αυτούς υπηρεσιών – και προκειμένου να αξιολογηθεί η φροντίδα υγείας - είναι περισσότερο ακριβές να αποτυπώνεται η γνώμη των ασθενών για την υγειονομική τους περίθαλψη, στη βάση των απόψεων, των εμπειριών και του βαθμού κάλυψης των προσδοκιών τους, από το να χρησιμοποιούνται πρότυπα και κριτήρια παροχής των εν λόγω υπηρεσιών (Shipley K. et al., 2000). Με άλλα λόγια, για να εκτιμήσει ένας υγειονομικός πάροχος την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει στους ασθενείς του, είναι αναγκαίο να

μπορεί να αναγνωρίσει όλες τις συνιστώσες που προσδιορίζουν την ικανοποίησή τους (Peter J. et al., 2002).

Οι Kumari R. et al. (2009) διατύπωσαν την άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται ποικιλοτρόπως, όχι μόνο με την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά και με την ποιότητα του ίδιου του συστήματος υγείας. Η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, στη βάση της εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών, μπορεί να συμβάλει στη διόρθωση των αστοχιών και στην άμβλυνση των αδυναμιών των υγειονομικών παρόχων και των υγειονομικών συστημάτων (Baba I., 2004). Συνεπακόλουθα, η συμμετοχή των ληπτών περίθαλψης υγείας σε διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας, ενδυναμώνει την κυριαρχία του ασθενή, ως καταναλωτή, και εκδημοκρατίζει την ίδια τη φροντίδα υγείας (Calcan M., 1988).

Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine – US) περιλαμβάνει την ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κριτηρίων ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας (Faden R. & Lepage A. 1992). Την ίδια άποψη διατυπώνει και ο Vuori H. (1987), ο οποίος, επιπλέον, θεωρεί την ικανοποίηση των ασθενών ως αναγκαία και απαραίτητη συνθήκη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών δεν προσδιορίζεται αποκλειστικά στη βάση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, δηλαδή της επίτευξης του επιθυμητού για τον ασθενή επιπέδου υγείας, αλλά επιπρόσθετα διατρέχει και τη διάσταση του βαθμού ικανοποίησής του από την εν λόγω φροντίδα (Timmins F., 2005).

Σύμφωνα με τους Crow R. et al. (2002), όταν ένας ασθενής δηλώνει ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας που του παρασχέθηκαν, εννοεί ότι οι ανάγκες, οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες του καλύφθηκαν επαρκώς, συνεπώς δεν υφίστανται περιθώρια για παράπονα ή δυσαρέσκεια. Η παραπάνω προσέγγιση υπονοεί ότι η ικανοποίηση συνιστά μια έννοια σχετική, που εκτιμάται στη βάση των αναγκών και των επιθυμιών των ασθενών· επιπρόσθετα, συνάγεται ότι οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες αγγίζουν ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας, απέχοντας, ωστόσο, από το ιδανικό πρότυπο φροντίδας υγείας (Crow R. et al., 2002).

Οι Shojania K., G. et al. (2004) περιγράφουν μια σειρά τύπων στρατηγικής προσέγγισης για τους υγειονομικούς οργανισμούς, προκειμένου να διασφαλιστεί η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και, παρεπόμενα, η ποιότητα της περίθαλψης: α) Τη διαμόρφωση ενός συστήματος υπενθύμισης για τον κάθε ασθενή,

το οποίο θα περιέχει το σύνολο των πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του και την πορεία της θεραπείας του, και που θα είναι ανά πάσα στιγμή προσβάσιμο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να παρέχονται τεκμηριωμένες κατευθύνσεις αναφορικά με τη διαδικασία της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, β) τη διευκόλυνση της επικοινωνίας των δεδομένων υγείας και των κλινικών πληροφοριών των ασθενών στους υγειονομικούς παρόχους, όταν η συλλογή τους δεν έχει πραγματοποιηθεί σε δέοντα τόπο και χρόνο ή όταν υφίστανται διενέξεις μεταξύ των χρησιμοποιούμενων συστημάτων καταγραφής, γ) τις διεργασίες ελέγχου των κλινικών επιδόσεων και τη σχετική ανατροφοδότηση, ώστε να βελτιώνεται συνολικά η παροχή υγειονομικής φροντίδας, δ) την εκπαίδευση, που αφορά όχι μόνο στο υγειονομικό προσωπικό (εκπαιδευτικά σεμινάρια, επιστημονικές διαλέξεις, οπτικοακουστικό υλικό με οδηγίες καλών κλινικών πρακτικών κλπ), αλλά και στους ασθενείς (μεμονωμένα ή ομαδικά, συνήθως με τη χρήση εκπαιδευτικού υλικού – έντυπου, ηλεκτρονικού ή οπτικοακουστικού), ε) την προώθηση της αυτοδιαχείρισης για τους ασθενείς, που περιλαμβάνει δράσεις, όπως τη διανομή υγειονομικού υλικού για την συγκεκριμένη πάθησή τους (πχ μετρητές σακχάρου ή πιεσόμετρα κλπ) ή την πρόσβασή τους σε πόρους (πχ χρήσιμα κλινικά δεδομένα, εξειδικευμένες συστάσεις υγείας κλπ), στ) τις διάφορες υπενθυμίσεις, οι οποίες απευθύνονται στους ασθενείς, προκειμένου να ενδυναμωθούν σε θέματα τήρησης ενός υψηλού επιπέδου αυτοδιαχείρισης της κατάστασης υγείας τους, ζ) το σύνολο των οργανωτικών αλλαγών, που κρίνονται αναγκαίες για την εξέλιξη και την ανάπτυξη του υγειονομικού οργανισμού, η) τις παρεμβάσεις στην οικονομική ή νομοθετική σφαίρα, που προσλαμβάνουν τη μορφή κινήτρων ή αντικινήτρων και μπορεί να απευθύνονται στους υγειονομικούς παρόχους ή στους ασθενείς (Shojania K., G. et al., 2004).

3. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

3.1. Η προβληματική της αποτίμησης των υγειονομικών υπηρεσιών

3.1.1. Μεθοδολογικές προσεγγίσεις της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών

Όπως συζητήθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, η ποιότητα μιας υπηρεσίας είναι, πολύ δυσκολότερο να προσεγγιστεί και να εκτιμηθεί σε σύγκριση με την αντίστοιχη ενός υλικού αγαθού, εξαιτίας κυρίως της απουσίας απτών αποδείξεων: έτσι, όταν ο πελάτης προβαίνει στην αγορά ενός προϊόντος, μπορεί με σχετική ασφάλεια να βασιστεί σε στοιχεία όπως η φόρμα, το στυλ, το χρώμα, το βάρος, η φήμη, η εφαρμογή και άλλα, προκειμένου να αποφανθεί για το επίπεδο της ποιότητάς του· τέτοιες αποδείξεις εκλείπουν όταν αναφερόμαστε στην κατανάλωση μιας υπηρεσίας, οπότε υφίστανται μόνο ενδείξεις, όπως οι φυσικές εγκαταστάσεις, ο εξοπλισμός και το προσωπικό του παρόχου ή ακόμα και η τιμή προσφοράς της, στη βάση των οποίων ο πελάτης εκτιμά την ποιότητά της (Parasuraman A. et al., 1985).

Οι σχετιζόμενες με την εκτίμηση της ποιότητας ιδιότητες αγαθών και υπηρεσιών έχουν διατυπωθεί από τον Nelson P. (1974), ο οποίος διακρίνει μεταξύ ιδιοτήτων διερεύνησης (search properties), δηλαδή χαρακτηριστικών που ο πελάτης μπορεί να προσδιορίσει πριν από την αγορά και κατανάλωση του αγαθού ή της υπηρεσίας, και ιδιοτήτων εμπειρίας (experience properties), οι οποίες αποκαλύπτονται μετά την αγορά ή κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης. Οι Darby M. R. & Karni E. (1973) συμπλήρωσαν μια τρίτη κατηγορία ιδιοτήτων που αναφέρονται σε χαρακτηριστικά που, εξαιτίας έλλειψης γνώσεων ή δεξιοτήτων, ο καταναλωτής δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει ακόμα και μετά την αγορά και κατανάλωση του αγαθού ή της υπηρεσίας, και τις οποίες χαρακτήρισαν ως ιδιότητες αποδοχής (credence properties). Καθώς οι Parasuraman A. et al. (1985) διαπίστωσαν ότι στην αγορά των υπηρεσιών υφίστανται ελάχιστες ιδιότητες διερεύνησης, ενώ οι αντίστοιχες ιδιότητες αποδοχής είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποτιμηθούν, διατύπωσαν την άποψη ότι τυπικά οι καταναλωτές θεμελιώνουν την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που τους παρέχονται στη βάση των ιδιοτήτων εμπειρίας.

Σύμφωνα με τους Parasuraman A. et al. (1991), στοιχείο-κλειδί για την αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί η κατανόηση των προσδοκιών τους. Με τον όρο «προσδοκία» νοούνται οι πεποιθήσεις για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, οι οποίες λειτουργούν ως πρότυπα ή ως σημεία αναφοράς για το σχηματισμό κρίσης ή άποψης του καταναλωτή, και στη βάση των οποίων μπορεί να εκτιμηθεί η ικανοποίησή του και συνεπακόλουθα η ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας (Zeithaml V. A. et al., 1993). Οι προσδοκίες εννοιολογούνται με διαφορετικό τρόπο όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην ικανοποίηση του πελάτη: έτσι στην πρώτη περίπτωση αντιμετωπίζονται ως ανάγκες ή επιθυμίες του καταναλωτή, δηλαδή σχετίζονται με όσα πιστεύει ότι ένας πάροχος θα έπρεπε να του παράσχει – και όχι με το τι θα μπορούσε να του παράσχει (Parasuraman A et al., 1988)· στη δεύτερη περίπτωση προσδιορίζονται ως προβλέψεις του καταναλωτή σχετικά με το πώς μπορεί να εξελιχθεί μια επικείμενη συναλλαγή, ή σαν πιθανότητες μιας θετικής ή αρνητικής έκβασης, ανάλογα με τη συμπεριφορά που θα υιοθετήσει ο καταναλωτής (Oliver R. L., 1981).

Οι Parasuraman A. et al. (1985), συμπλέοντας με προγενέστερα δημοσιεύματα και μελέτες, στήριξαν την έρευνά τους στο γεγονός ότι η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να περιγραφεί ως μια σύγκριση των προσδοκιών του πελάτη με τις αντιλαμβανόμενες από τον ίδιο επιδόσεις του παρόχου, ενώ η ικανοποίηση που αντλείται από την κατανάλωση της υπηρεσίας σχετίζεται με την επιβεβαίωση ή μη των προσδοκιών του λήπτη αυτής⁹. Οι ερευνητές διαπίστωσαν την ύπαρξη αποκλίσεων ή χάσμάτων (gaps) μεταξύ του πώς γίνεται αντιληπτή η ποιότητα μιας υπηρεσίας από τους ίδιους τους παρόχους και πώς τελικά αυτή προσφέρεται στον καταναλωτή· τα εν λόγω χάσματα εντάχθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες: α) gap1, μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη και της αντίληψης του παρόχου, β) gap2, μεταξύ της αντίληψης του παρόχου και των προδιαγραφών ποιότητας, γ) gap3, μεταξύ των προδιαγραφών ποιότητας και της πραγματικής παροχής της υπηρεσίας, δ) gap4, μεταξύ της πραγματικής παροχής της υπηρεσίας και των υποσχέσεων του παρόχου για την ουσία της παροχής. Στηριζόμενοι στη διαπίστωση ότι όλες οι

⁹ Μια παρόμοια θεώρηση της σχέσης προσδοκιών και αντιλήψεων του καταναλωτή για την αξιολόγηση της ποιότητας είχε διατυπωθεί νωρίτερα από τον Oliver R. L. (1977), ο οποίος εισήγαγε την έννοια της «επιβεβαίωσης» (the concept of «disconfirmation»), περιγράφοντας το βαθμό που οι προ της αγοράς ενός αγαθού προσδοκίες του πελάτη επιβεβαιώνονται ή όχι συγκρινόμενες με την αντίληψη των επιδόσεων του αγαθού μετά την κατανάλωσή του.

προαναφερόμενες κατηγορίες χασμάτων επηρεάζουν την ποιότητα της υπηρεσίας από την οπτική του καταναλωτή, οι ερευνητές διατύπωσαν την ακόλουθη πρόταση: «*Η αντιλαμβανόμενη από τον καταναλωτή ποιότητα μιας υπηρεσίας είναι συνάρτηση του μεγέθους και της κατεύθυνσης του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων του για αυτή*» (Parasuraman A. et al., 1985). Το χάσμα αυτό (gap5) εξαρτάται από τη φύση των παραπάνω τεσσάρων χασμάτων που σχετίζονται με τον σχεδιασμό, την προώθηση και την παροχή της υπηρεσίας, μπορεί δε να αποδοθεί μαθηματικά με τον τύπο: $gap5 = f(gap1, gap2, gap3, gap4)$, πρόκειται δηλαδή για μια συνάρτηση. Αναλόγως του μεγέθους και της κατεύθυνσης (θετικής ή αρνητικής) του κάθε χάσματος, η επίδραση στην ποιότητα της υπηρεσίας μπορεί να είναι ευνοϊκή ή μη για τον πάροχο.

3.1.2. Διαστάσεις της αξιολόγησης στην υγειονομική φροντίδα

Παράγοντες όπως το ολοένα αυξανόμενο κόστος υγείας, οι περιορισμένοι πόροι των υγειονομικών συστημάτων και η ποικιλομορφία στην κλινική πρακτική έχουν αυξήσει το ενδιαφέρον και την ανάγκη για αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Campbell S. M. et al. 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2000) υπερτονίζει την ανάγκη αυτή, καθώς η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας σχετίζεται ευθέως με έννοιες, όπως η αποτελεσματικότητα, το κόστος και η κοινωνική αποδοχή. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστικό είναι ότι σταδιακά οι λήπτες υγειονομικών υπηρεσιών εμφανίζονται σε ολοένα μεγαλύτερο βαθμό απρόθυμοι να δέχονται παθητικά, ανερώτητα και αδιαμαρτύρητα την προσφερόμενη φροντίδα υγείας. Οι αυξημένες απαιτήσεις και ο έντονος ανταγωνισμός στην αγορά των υπηρεσιών υγείας έχουν δώσει ώθηση σε νέα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ παράλληλα έχουν καταστήσει επιτακτική την ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, στη βάση της ανατροφοδότησης των υγειονομικών παρόχων από τους ίδιους τους ασθενείς (Chou S.-M. et al., 2005).

Βασικοί εκτιμητές με εξέχοντα ρόλο στην αξιολόγηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας είναι οι ίδιοι οι πελάτες ή καταναλωτές αυτής· ειδικά στον υγειονομικό τομέα, ο ρόλος αυτός επιφυλάσσεται για τους ασθενείς ή χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς οι αντιλήψεις τους είναι εκείνες που παρέχουν θεμελιώδους σημασίας

δείκτες για την αποτίμηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Cronin J. J. Jr. & Taylor S. A., 1992). Η ποιότητα της υγείας φροντίδας μπορεί να αποτιμηθεί αξιόπιστα και ανέξοδα στη βάση της εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Goldman R. L., 1992). Η συμβολή των ασθενών στο εγχείρημα της αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών είναι, σύμφωνα με τον Donabedian A. (1988) όχι μόνο πολύτιμη αλλά και απαραίτητη. Μάλιστα, οι Bowers M. R. et al. (1994) κατέληξαν ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας από τους λήπτες επηρεάζεται περισσότερο από μη τεχνικά χαρακτηριστικά της παροχής τους. Παραπέρα, φαίνεται ότι οι ασθενείς θεμελιώνουν την αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων προς αυτούς υπηρεσιών υγείας σε παράγοντες, όπως διαπροσωπικούς ή περιβαλλοντικούς, τους οποίους οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας κατηγοριοποιούν ως ήσσονος σημασίας (Yesilada F. & Direktör E., 2010). Ωστόσο, ο Mosadeghrad A. M. (2013) τονίζει ότι η εκτίμηση της φροντίδας υγείας συνιστά ένα ομαδικό πόνημα¹⁰, στο οποίο, επιπλέον, συμμετέχουν οι πάροχοι, οι θεσμικοί παράγοντες, οι σχεδιαστές πολιτικών υγείας, οι επωμιζόμενοι τις πληρωμές της υγειονομικής περίθαλψης και οι προμηθευτές: μόνο όταν λαμβάνονται υπόψη οι αντιλήψεις και οι προτεραιότητες όλων των εμπλεκόμενων στην υγειονομική φροντίδα μερών, μπορεί να επιχειρηθεί ο προσδιορισμός, η μέτρηση και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η αξιολόγηση της ποιότητας μπορεί να καταλαμβάνει τόσο την ποιότητα της δομής (structural quality), που σχετίζεται με τα απτά χαρακτηριστικά της υγειονομικής φροντίδας, όσο και την ποιότητα των διαδικασιών (process quality), δηλαδή τις μεθόδους και τις διεργασίες παροχής των υπηρεσιών υγείας (Margolis S. A. et al., 2003). Ειδικότερα, μπορεί να αξιολογείται η ικανοποίηση των ασθενών στο πλαίσιο της σύγκρισης της αντίληψής τους για την υπηρεσία που τους παρέχεται με το επίπεδο προσδοκίας που είχαν θέσει εκ των προτέρων για τη συγκριμένη υπηρεσία (Aharony L. & Strasser S., 1993). Οι προσδοκίες των ασθενών σχετίζονται με τις αναμενόμενες υπηρεσίες υγείας, πριν αυτές παρασχεθούν, επηρεάζονται δε από παραμέτρους, όπως η προηγούμενη εμπειρία, η κοινή γνώμη, η γενικότερη εικόνα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η προφορική ενημέρωση από συγγενείς και φίλους για τις δικές τους απόψεις: αντίστοιχα, οι αντιλήψεις των ασθενών αναφέρονται στην

¹⁰ Ο ερευνητής επισημαίνει ότι αυτή η πλουραλιστική προσέγγιση δεν αφορά σε κάποιου είδους συναίνεση των ενδιαφερόμενων μερών, αντίθετα αξιολογεί την ποικιλία των αντιλήψεων που εκφράζονται (Mosadeghrad A. M., 2013).

πραγματική αίσθηση και τα συναισθήματά τους σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, μετά τη λήψη ιατρικής φροντίδας (Fan L.-h. et al., 2017). Σύμφωνα με τους Lynn M. R. & McMillen B. J. (1999), η εκπλήρωση των προσδοκιών των ληπτών υγειονομικών υπηρεσιών καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική, ιδίως εντός ενός πλαισίου φροντίδας υγείας επικεντρωμένης στον ασθενή και μιας ισχυρής σχέσης μεταξύ του παρόχου και του λήπτη της υγειονομικής περίθαλψης. Υπό την οπτική αυτή, μια ουσιαστικά επικεντρωμένη στον ασθενή προσέγγιση της φροντίδας υγείας οφείλει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις καλά περιγεγραμμένες αποκλίσεις ή χάσματα (gaps) μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων, καθώς, μόνο στην περίπτωση που μετρώνται και αξιολογούνται τόσο οι προσδοκίες όσο και οι αντιλήψεις του, μπορούν να προσδιοριστούν οι τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών που χρήζουν βελτίωσης και να δρομολογηθούν κατά προτεραιότητα οι οργανωτικοί μετασχηματισμοί εκείνοι, οι οποίοι θα εξασφαλίσουν την εκπλήρωση των αναγκών του (Parasuman A. et al., 1985, Parasuman A. et al., 1988).

Οι λόγοι που συνηγορούν στο ζητούμενο για ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες σε αυτούς υπηρεσίες περίθαλψης, αφορούν κατά βάση στο γεγονός της υπέρμετρης προσφοράς και της έντονης ανταγωνιστικότητας που παρατηρείται στην αγορά των υγειονομικών υπηρεσιών (McAlexander J. H. et al., 1994): Οι δυσαρεστημένοι ασθενείς-πελάτες είναι λογικό να μην προτιμήσουν την υπηρεσία υγείας εκείνη που αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους, και να στραφούν προς κάποια άλλη που έχει τα χαρακτηριστικά και τη δυναμική να καλύψει τις ανάγκες τους. Το γεγονός αυτό προσδίδει μεγάλη αξία στον σεβασμό των προσδοκιών των ληπτών υγειονομικών υπηρεσιών, διότι οι υγειονομικοί πάροχοι οφείλουν να εξασφαλίσουν τη διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού, εξαλείφοντας ταυτόχρονα τους παράγοντες εκείνους που μπορεί να κηλιδώσουν τη φήμη τους, η οποία στη συνέχεια είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αποκατασταθεί (Kramer R. M., 1999). Ένας επιπλέον λόγος που δικαιολογεί την απόδοση σημαντικότητας στις προσδοκίες των ασθενών, είναι ότι η αντιμετώπιση μιας αρρώστιας υπερβαίνει τη μονομερή προσφορά ιατρικής περίθαλψης και νοσηλευτικής φροντίδας, ενσωματώνοντας πτυχές όπως τεχνολογικές παράμετροι και διαπροσωπικές σχέσεις, που σαφώς επηρεάζουν την θεραπεία και την πρόγνωση (Soliman A. A., 1992). Εν τούτοις, έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι οι προσδοκίες των ασθενών από ένα κλινικό περιβάλλον

δε μπορούν να είναι σαφείς, εξαιτίας του φαινομένου της ασύμμετρης πληροφόρησης¹¹ (Priporas C. V. et al., 2008).

Η σημαντικότητα των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν έχει καταστεί κατανοητή και επιζητείται η σχετική διερεύνηση αυτών, προκειμένου να προσεγγιστούν ερμηνευτικά οι σχέσεις των ληπτών υγειονομικών υπηρεσιών με τα επίπεδα ικανοποίησης που αποκομίζουν από αυτές αλλά και με τη γενικότερη ποιότητα ζωής που διαβιούν (Asadi-Lari, M. et al., 2004). Ωστόσο, οι απόπειρες μέτρησης της ποιότητας μέσω ποικίλων δεικτών είναι αμφίβολο εάν επηρεάζουν τα σχετιζόμενα με τους ασθενείς αποτελέσματα (πχ ποιότητα ζωής), ενώ ταυτόχρονα δεν καταφέρνουν να αποτυπώσουν εναργώς την εκάστοτε κλινική έκβαση, έχουν υψηλό κόστος και τα οφέλη από τη χρησιμοποίησή τους είναι αμφιλεγόμενα (Mutter B. et al., 2018). Υπό το πρίσμα αυτό, κρίνεται απαραίτητο οι οργανισμοί υγείας να προσαρμόζουν τη δράση τους εντός ενός πλαισίου αρχών, οι οποίες να εξασφαλίζουν ποιοτική παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και κατ' επέκταση επίτευξη των στόχων ποιότητας που τίθενται από τη διοίκηση.

Η έρευνα έχει καταδείξει ότι η εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας στη βάση τις ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν είναι άμοιρη προβλημάτων: Υφίστανται ζητήματα προσέγγισης σε σχέση με την ορολογία, το περιεχόμενο και τις μετρήσεις (Douglas, L. & Connor R., 2003)· απουσιάζει το σαφές θεωρητικό υπόβαθρο, ενώ δεν αποκαλύπτονται σε όλες τις περιπτώσεις τα συναισθήματα, οι αξίες και οι εμπειρίες των ασθενών (Coyle J., 1999)· είναι δυσχερές να αποκαλυφθούν οι ανάγκες ανάπτυξης, βελτίωσης ή αναδιαμόρφωσης της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης (Gonzalez-Valentin A. et al., 2005).

¹¹ Η ασύμμετρη πληροφόρηση αναφέρεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς δε διαθέτουν το επίπεδο εξειδικευμένης γνώσης και πληροφόρησης των υγειονομικών επαγγελματιών, και για το λόγο αυτό δεν είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις για την περίθαλψή τους.

3.2. Περιγραφή και ανάλυση του μοντέλου εκτίμησης ποιότητας SERVQUAL

Ένα μοντέλο υποκειμενικής αξιολόγησης της ποιότητας στη βάση της προαναφερόμενης διαφοράς προσδοκιών-αντίληψεων του πελάτη αναπτύχθηκε ήδη από τις αρχές τις δεκαετίας του 1980 από τον Gröpproos C. (1984), ο οποίος πρότεινε την έννοια της αντιλαμβανόμενης από τον πελάτη ποιότητας υπηρεσιών.

Αργότερα, οι Parasuman A. et al. (1985) μελέτησαν, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, τους παράγοντες που σχετίζονται με τις αντιλήψεις και τις αποφάσεις των πελατών και ανέπτυξαν ένα μοντέλο (gap model) μέτρησης του χάσματος ποιότητας (quality gap) μεταξύ προσδοκιών-αντίληψεων. Υπό το πρίσμα αυτό, οι προσδοκίες των καταναλωτών διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στην ικανοποίησή τους ως συνέπεια της ποιότητας της προσφερόμενης υπηρεσίας, ενώ η ίδια η ποιότητα προσδιορίζεται ως τη διαφορά της προβλεπόμενης ή αναμενόμενης υπηρεσίας από εκείνη που τελικά παρέχεται και γίνεται αντιληπτή. Σύμφωνα με το gap model, η αντίληψη του καταναλωτή όσον αφορά στην ποιότητα μιας προσφερόμενης υπηρεσίας εξαρτάται από την απόκλιση μεταξύ προσδοκώμενης (expected service – ES) και αντιλαμβανόμενης (perceived service – PS) υπηρεσίας. Στο πλαίσιο αυτό οι ερευνητές διέκριναν τρεις περιπτώσεις: Πρώτον, όταν $ES > PS$, τότε η αντιλαμβανόμενη υπηρεσία υπολείπεται της αντίστοιχης προσδοκώμενης, οπότε η αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπολείπεται ενός ικανοποιητικού επιπέδου, συνεπώς η συνολική ποιότητα της υπηρεσίας τείνει να μην γίνεται αποδεκτή. Δεύτερον, όταν $ES = PS$, δηλαδή όταν δεν υφίσταται απόκλιση μεταξύ προσδοκώμενης και αντιλαμβανόμενης υπηρεσίας, τότε η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της υπηρεσίας είναι ικανοποιητική. Τρίτον, όταν $ES < PS$, τότε η αντιλαμβανόμενη υπηρεσία υπερέρχει της προσδοκώμενης και η αντιλαμβανόμενη ποιότητα είναι περισσότερο από αποδεκτή, τείνοντας προς την εξιδανίκευση (Parasuraman A. et al., 1985).

Το gap model, στην αρχική του σύλληψη, ενσωμάτωνε δέκα καθοριστικούς παράγοντες ποιότητας¹²: την αξιοπιστία (reliability), δηλαδή τη συνεπή απόδοση του παρόχου της υπηρεσίας και την τήρηση των όσων υπόσχεται· την ανταποκρισιμότητα (responsiveness), που αναφέρεται στην προθυμία και την ετοιμότητα του προσωπικού

¹² Η σειρά των καθοριστικών παραγόντων ποιότητας είναι τέτοια, ώστε αυτοί που είναι ευκολότερο να εκτιμηθούν προηγούνται, ενώ εκείνοι των οποίων η αξιολόγηση είναι δυσχερέστερη έπονται.

να παράσχει την υπηρεσία· την επάρκεια (competence), που αφορά στην κατοχή όλων εκείνων των αναγκαίων γνώσεων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων για την παροχή της υπηρεσίας· την προσβασιμότητα (access), που σχετίζεται με την ευκολία προσέγγισης του χρήστη στην παροχή· την ευγένεια (courtesy), που ενθυλακώνει επίσης τα χαρακτηριστικά του σεβασμού, της προσοχής και της φιλικότητας εκ μέρους του προσωπικού που παρέχει την υπηρεσία· την επικοινωνία (communication), που αφορά στην ενημέρωση του λήπτη της υπηρεσίας με τρόπο κατανοητό, κατάλληλο και ενδεδειγμένο για το αντιληπτικό και μορφωτικό του επίπεδο, καθώς και στην ικανότητα του προσωπικού να ακούει με προσοχή υποδείξεις ή παράπονα· την εγκυρότητα (credibility), που περικλείει τις έννοιες της εμπιστοσύνης, της αλήθειας, της ειλικρίνειας και τοποθετεί τον πελάτη στο επίκεντρο· την ασφάλεια (security), δηλαδή την προστασία από πάσης φύσεως κινδύνους ή αμφιβολίες· την κατανόηση (understanding/knowing), που σχετίζεται με το να γνωρίζει ο πάροχος της υπηρεσίας τις ανάγκες του λήπτη· τις υποδομές (tangibles), που περιλαμβάνουν τα φυσικά γνωρίσματα της υπηρεσίας, όπως τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό ή την εμφάνιση του προσωπικού (Parasuraman et al., 1985).

Το αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα, γύρω στις αρχές της δεκαετίας του 1990 – και κατόπιν διαδοχικών τροποποιήσεων του gap model – διαμορφώθηκε ένα εργαλείο αξιολόγησης ποιότητας που ονομάστηκε SERVQUAL και το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση μιας ευρείας γκάμας υπηρεσιών, όπως η τραπεζική και η τηλεφωνία (Parasuraman et al., 1988· Parasuraman et al., 1991). Το μοντέλο SERVQUAL αξιολογεί την αντιλαμβανόμενη από τον καταναλωτή ποιότητα μιας υπηρεσίας¹³, συνιστώντας ουσιαστικά μια μορφή συμπεριφοράς, η οποία σχετίζεται – χωρίς όμως να εξισώνεται – με την ικανοποίηση, ενώ προκύπτει από τη σύγκριση των προσδοκιών με τις αντιλήψεις του καταναλωτή όσον αφορά στις επιδόσεις παροχής της συγκεκριμένης υπηρεσίας (Parasuman A. et al., 1988). Η λογική πίσω από την διαμόρφωση ενός γενικού μοντέλου εκτίμησης της ποιότητας εδράζει στο γεγονός ότι, παρά τη μοναδικότητα και τις ιδιαιτερότητες της κάθε υπηρεσίας, υπάρχουν

¹³ Σύμφωνα με την Zeithaml (1987), η αντιλαμβανόμενη ποιότητα αναφέρεται στην κρίση του πελάτη για τη συνολική αριστεία ή υπεροχή της υπηρεσίας (Parasuraman A. et al., 1988), διαφοροποιείται δε από την αντικειμενική ποιότητα, η οποία σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά εκείνα γνωρίσματα που ένας «λογικός» πελάτης θα ανέμενε από τη συνήθη κατανάλωση της παροχής (Hjorth-Andersen C., 1984).

πτυχές ή όψεις που όχι μόνο ανευρίσκονται ως κοινές στο σύνολο των υπηρεσιών, αλλά επιπρόσθετα μπορούν να αξιοποιηθούν ως ποιοτικοί δείκτες (Parasuman A. et al., 1988).

Το μοντέλο SERVQUAL, σε αντίθεση με τον προκάτοχό του (το gap model) αξιολογεί πέντε και όχι δέκα διαστάσεις της ποιότητας: Ειδικότερα, εξετάζονται η ανταποκρισιμότητα (responsiveness), η διασφάλιση (assurance), οι υποδομές (tangibles), η ενσυναίσθηση (empathy) και η αξιοπιστία (reliability)¹⁴. Η διερεύνηση των κριτηρίων αυτών επιτυγχάνεται με την εισαγωγή είκοσι δύο ζευγών ερωτημάτων που τα εξειδικεύουν (Parasuman A. et al., 1991)¹⁵. Το ένα ερώτημα από το κάθε ζευγάρι καλεί τον καταναλωτή να εκφράσει τις προσδοκίες του για την υπηρεσία που πρόκειται να του παρασχεθεί, δηλαδή τι αναμένει να συμβεί, τι περιμένει από την παροχή, πριν ακόμα του προσφερθεί· το άλλο ερώτημα του ζεύγους ζητά την καταγραφή της αντίληψης του καταναλωτή για την υπηρεσία που έλαβε, δηλαδή τι τελικά συνέβη, πώς εισέπραξε την υπηρεσία μετά την παροχή της. Από τα είκοσι δύο αυτά ζεύγη ερωτημάτων (Parasuraman et al., 1988):

- Τέσσερα αξιολογούν τη διάσταση των υποδομών (tangibles): σύγχρονος εξοπλισμός· οπτικά ελκυστικές φυσικές εγκαταστάσεις· ομοιόμορφα ντυμένο και καθαρό προσωπικό· οι φυσικές εγκαταστάσεις να συμβαδίζουν με τον τύπο της παρεχόμενης υπηρεσίας.
- Πέντε αξιολογούν τη διάσταση της αξιοπιστίας (reliability): τήρηση των υποσχέσεων του παρόχου της υπηρεσίας αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της προσφοράς της στον λήπτη· εκδήλωση πραγματικού ενδιαφέροντος επίλυσης των προβλημάτων των πελατών· παροχή αξιόπιστων και σωστών υπηρεσιών από την αρχή· προσφορά της υπηρεσίας τη στιγμή που ο πάροχος υποσχέθηκε να την παράσχει· ορθή τήρηση των αρχείων του παρόχου.
- Τέσσερα αξιολογούν τη διάσταση της ανταποκρισιμότητας (responsiveness): ενημέρωση του λήπτη της υπηρεσίας· παροχή γρήγορων υπηρεσιών στους πελάτες·

¹⁴ Μάλιστα, οι εν λόγω διαστάσεις μπορούν να αποδίδονται χάριν ευκολίας με το ακρωνύμιο RATER από τα αρχικά γράμματα των λέξεων Responsiveness, Assurance, Tangibles, Empathy και Reliability (Chan C. et al., 2003).

¹⁵ Το gap model ανέπτυξε συνολικά ενενήντα επτά ζεύγη ερωτημάτων για την εκτίμηση των δέκα διαστάσεων ποιότητας (Parasuraman A. et al., 1985). Αξίζει να αναφερθεί ότι πριν την τελική διαμόρφωση του μοντέλου SERVQUAL και ως εξέλιξη του gap model, αναπτύχθηκε ένα ενδιάμεσο μοντέλο που αξιολογούσε επτά κριτήρια ποιότητας μέσω τριάντα τεσσάρων ζευγών ερωτημάτων (Parasuraman A. et al., 1988).

προθυμία του προσωπικού να εξυπηρετήσει ανά πάσα στιγμή· ανταπόκριση στα αιτήματα του πελάτη, ανεξαρτήτως του φόρτου εργασίας.

- Τέσσερα αξιολογούν τη διάσταση της διασφάλισης (assurance): συμπεριφορά του προσωπικού που να εμπνέει εμπιστοσύνη στους πελάτες· αίσθημα ασφάλειας του λήπτη της υπηρεσίας κατά τις συναλλαγές του με τον πάροχο· συνέπεια και ευγένεια του προσωπικού· υποστήριξη του προσωπικού από τον πάροχο της υπηρεσίας, προκειμένου να είναι σε θέση να εκτελεί σωστά τα επαγγελματικά του καθήκοντα.
- Πέντε αξιολογούν τη διάσταση της ενσυναίσθησης (empathy): απόδοση ξεχωριστής προσοχής στον κάθε πελάτη· έμφαση στις προσωπικές ανάγκες του κάθε πελάτη· γνώση και κατανόηση των αναγκών του πελάτη· προτεραιότητα στο συμφέρον του πελάτη· βολικές ώρες λειτουργίας για την παροχή της υπηρεσίας.

Από τα προαναφερόμενα είκοσι δύο ζεύγη ερωτημάτων, όπως αυτά κατανέμονται για την εκτίμηση των πέντε κριτηρίων ποιότητας, οι Parasuraman A. et al. (1988) προτείνουν εκείνα που αναφέρονται στην αξιοπιστία και την ενσυναίσθηση να παρουσιάζονται με αρνητική (και όχι θετική) λεκτική διατύπωση, σύμφωνα με τις επιταγές των γενικών κατευθυντηρίων γραμμών σύνταξης ερωτηματολογίων. Για το σύνολο των ερωτημάτων χρησιμοποιείται κλίμακα μέτρησης επτά σημείων, που κυμαίνεται από το λεκτικό «συμφωνώ απόλυτα» (σημείο επτά) μέχρι το αντίστοιχο «διαφωνώ απόλυτα» (σημείο ένα), χωρίς να υφίσταται λεκτικό για τα σημεία δύο έως έξι.

Ουσιαστικά το εργαλείο SERVQUAL υπολογίζει την σύμπτωση επιδόσεων (τι ισχύει) και προσδοκιών (τι θα έπρεπε να ισχύει) αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών· τεχνικά, αυτό είναι εφικτό υπολογίζοντας τις μέσες σταθμισμένες τιμές για καθένα από τα ερωτήματα των κριτηρίων-διαστάσεων που αναφέρονται αντίστοιχα στις αντιλήψεις (perception, P) και στις προσδοκίες (Expectation, E) του πελάτη, και αφαιρώντας τις τιμές των προσδοκιών από εκείνες των αντιλήψεων, οπότε υπολογίζεται το χάσμα ποιότητας Q ($Q = P - E$): Όταν $Q < 0$ σημαίνει ότι η ποιότητα της συγκεκριμένης υπηρεσίας δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του πελάτη ($P < E$), συνεπώς ο πελάτης δεν είναι ικανοποιημένος (Parasuraman A. et al., 1988). Εν τούτοις, μια τέτοια σημειούμενη διαφορά δεν μεταφράζεται αυτομάτως σε υπηρεσία χαμηλής ποιότητας, αλλά προσλαμβάνει την έννοια της μη εκπλήρωσης των προσδοκιών του πελάτη, που με τη σειρά της μπορεί να αποτελέσει πηγή δυσαρέσκειας (Parasuraman A. et al., 1985).

Κατά την αρχική του σύλληψη και σχεδίαση το εργαλείο SERVQUAL δεν αναπτύχθηκε αποκλειστικά για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, ωστόσο κατέστη εφικτή η προσαρμογή του σε περιβάλλοντα υγειονομικού ενδιαφέροντος, όπου εφαρμόστηκε ικανοποιώντας τις προϋποθέσεις εγκυρότητας και αξιοπιστίας για τους εν λόγω χώρους (Duffy J. A. et al., 2001). Ειδικά για τον τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι αναφερόμενες διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ποιότητας περιλαμβάνουν τις υλικοτεχνικές υποδομές-tangibles (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, εμφάνιση υγειονομικού προσωπικού), την αξιοπιστία-reliability (ικανότητα παροχής των προβλεπόμενων υπηρεσιών με προσοχή και φερεγγυότητα), την ανταποκρισιμότητα-responsiveness (πνεύμα συνεργασίας και προθυμία για παροχή άμεσης βοήθειας στους ασθενείς), τη διασφάλιση-assurance (εξειδικευμένη κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού, ευγένεια, εμπιστοσύνη, ικανότητα εμπύχωσης και στήριξης των ασθενών) και την ενσυναίσθηση-empathy (φροντίδα και κατανόηση των αναγκών των ασθενών).

Οι πρώτοι ερευνητές που αξιοποίησαν το μοντέλο SERVQUAL για την εκτίμηση της ποιότητας στον υγειονομικό τομέα ήταν οι Anderson E. A. & Zwellling L. (1996), οι οποίοι αξιολόγησαν τις υπηρεσίες υγείας ενός ογκολογικού κέντρου στο Τέξας των ΗΠΑ. Η προσαρμογή των κριτηρίων του SERVQUAL στα ελληνικά υγειονομικά δεδομένα έγινε από τους Christoglou. K. et al. (2006), που μελέτησαν την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

Αντιπαραθέσεις έχουν καταγραφεί μεταξύ διαφόρων ερευνητών αναφορικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου SERVQUAL: Κάποιοι έχουν διατυπώσει την άποψη ότι οι εξεταζόμενες πτυχές της ποιότητας συγκεράζονται ουσιαστικά σε μία και μόνη διάσταση, η οποία και πρέπει τελικά να αξιολογείται (Babacus E. et al, 1992): άλλοι έχουν προτείνει να λαμβάνεται υπόψη ο τομέας υπηρεσιών που θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο, ώστε να γίνονται προηγούμενα οι κατάλληλες προσαρμογές στα κριτήριά του, προκειμένου να ανταποκρίνεται με υψηλό βαθμό ακρίβειας στη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών του συγκεκριμένου τομέα (Finn D. W. & Lamb C. W., 1991): μια μερίδα συγγραφέων έχει δώσει έμφαση στο γεγονός ότι συχνά οι καταναλωτές τείνουν να υπερβάλλουν αναφορικά με τις προσδοκίες τους από μια υπηρεσία, συνεπώς υπερτονίζουν την ανάγκη να αποδίδεται αυξημένη προσοχή κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης της ποιότητά της,

ώστε να μην προκύπτουν εσφαλμένα συμπεράσματα (Clow K. E. & Vorhies D. E., 1993).

Θα πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι, σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων, οι παρεχόμενες υπηρεσίες καθεμίας παραγωγικής μονάδας είναι ετερογενείς και διαφοροποιούνται ανάλογα με τη δεδομένη ημέρα, τον τόπο, τους παρόχους και τους πελάτες (Parasuraman A. et al. 1988). Έτσι, οι μετρούμενες διαφοροποιήσεις στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών θα μπορούσαν να αποδοθούν στην ποικιλότητα της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας, με τις διαφορετικές παροχές να οδηγούν σε διαφορετικές συσχετίσεις προσδοκιών-αντιλήψεων προς αυτές, τόσο μεταξύ ξεχωριστών υγειονομικών μονάδων, όσο και εντός της ίδιας μονάδας (Ahmad B. Z. et al., 2018). Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό τα αποτελέσματα της αξιολόγησης του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών με τη μέτρηση του χάσματος ποιότητας να ερμηνεύονται με προσοχή και σύνεση, καθώς υπεισέρχονται παράγοντες, όπως το ορθολογικό των προσδοκιών (Alrashdi I., 2012).

Μια διαφορετική οπτική για τη μέτρηση του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων με το εργαλείο SERVQUAL προβάλλει μέσα από την εργασία των Shewchuk R. M. et al. (1991), οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι είναι περισσότερο χρήσιμη η αξιοποίηση της κλίμακας μόνο του μέρους των προσδοκιών ή μόνο του μέρους των αντιλήψεων για την αποτίμηση της ποιότητας, διότι, με τον τρόπο αυτό, μπορούν να αντληθούν περισσότερες πληροφορίες. Αργότερα, οι Cronin J. J. Jr. & Taylor S. A. (1992) διατύπωσαν την άποψη ότι το τμήμα του μοντέλου SERVQUAL που εκτιμά τις προσδοκίες καλό θα ήταν να καταργηθεί και να χρησιμοποιείται μόνο το κομμάτι των επιδόσεων (αντιλήψεων)· μάλιστα το υπό αυτές τις συνθήκες διαμορφούμενο μοντέλο αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών ονόμασαν SERVPERF (από τις λέξεις service-υπηρεσία και performance-επίδοση). Στο πλαίσιο αυτό, οι Papanikolaou V. & Zygiaris S. (2014), μελέτησαν την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και εξέφρασαν αμφιβολίες σχετικά με το αν οι σημειούμενες διαφορές οφείλονται στις διαφορετικές προσδοκίες των ασθενών, πριν αυτοί αναζητήσουν υπηρεσίες περίθαλψης. Ειδικότερα, υποστήριξαν ότι οι ασθενείς διατηρούν τις ίδιες προσδοκίες για τον τρόπο λειτουργίας και παροχής των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις υπό αξιολόγηση διαστάσεις ποιότητας, και, συνεπώς, τα χάσματα πρέπει να αναζητηθούν στο τμήμα που αφορά στις αντιλήψεις

των ασθενών, οι οποίες ουσιαστικά αντικατοπτρίζουν τις εκτιμήσεις της εμπειρίας τους από την υγειονομική φροντίδα που τους προσφέρθηκε. Έτσι, τα παρατηρούμενα χάσματα προσδοκιών-αντιλήψεων οφείλονται μάλλον στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας γίνονται διαφορετικά αντιληπτές από τον κάθε ασθενή, παρά στο γεγονός ότι οι ασθενείς προσέρχονται σε έναν υγειονομικό πάροχο με διαφορετικές προσδοκίες (Papanikolaou V. & Zygiaris S., 2014).

Συνολικά, το μοντέλο SERVQUAL αποτελεί μια συνοπτική κλίμακα πολλαπλών στοιχείων με ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα, που μπορεί να αξιοποιηθεί από τους παρόχους υπηρεσιών, προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των πελατών τους, και κατά συνέπεια να βελτιώσουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Το εργαλείο καθίσταται χρησιμότερο όταν αξιοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να εντοπίζει τις τρέχουσες σε κάθε περίοδο τάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών, είναι δε σκόπιμο να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλους τύπους εργαλείων μέτρησης ποιότητας, όπως για παράδειγμα με έρευνες εργαζομένων. Το μοντέλο SERVQUAL προσφέρει τη δυνατότητα εκτίμησης, όχι μόνο καθεμίας από τις πέντε διαστάσεις ποιότητας, υπολογίζοντας τον μέσο όρο των στοιχείων ή των ερωτημάτων που την απαρτίζουν, αλλά επιπλέον μιας συνολικής αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών μιας οικονομικής μονάδας, λαμβάνοντας τον μέσο όρο των επιδόσεων των επιμέρους διαστάσεων (Parasuraman A. et al., 1988).

Οι Kalaja R. et al. (2016) συνοψίζουν τα κύρια πλεονεκτήματα του εργαλείου SERVQUAL ως εξής: Είναι αποδεκτό ως πρότυπο αξιολόγησης διαφορετικών διαστάσεων της ποιότητας· η εγκυρότητά του έχει καταδειχθεί για μια σειρά υπηρεσιών· είναι αξιόπιστο· μπορεί να χρησιμοποιηθεί ποικιλοτρόπως, ώστε να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των επιδόσεων, τμημάτων μόνο, μιας υπηρεσίας ή μεταξύ διαφορετικών ομάδων καταναλωτών· μπορεί να συντελέσει στην ενεργοποίηση της ηγεσίας μιας οικονομικής μονάδας, λαμβάνοντας υπόψη τις αντιλήψεις τόσο της διοίκησης όσο και των πελατών.

Μεταξύ των εφαρμογών του εργαλείου SERVQUAL περιλαμβάνονται: α) Ο προσδιορισμός του βαθμού σημαντικότητας των συσχετίσεων ανάμεσα σε κάθε διάσταση ποιότητας και τη συνολική αντίληψη του πελάτη, δηλαδή πόσο κάθε διάσταση επηρεάζει την ολική ποιότητα της υπηρεσίας, β) η κατάταξη των πελατών μιας οικονομικής μονάδας σε κατηγορίες (υψηλή, μέση, χαμηλή), ανάλογα με την

αντιλαμβανόμενη από αυτούς ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών· η ανάλυση των κατηγοριών αυτών μπορεί στηρίζεται στα δημογραφικά, ψυχογραφικά ή άλλα χαρακτηριστικά των πελατών, στη σχετική επίδραση κάθε διάστασης ποιότητας στη συνολική ποιότητα της υπηρεσίας και στη διερεύνηση της αιτιολόγησης των αναφερόμενων αντιλήψεων, γ) η εκτίμηση του επιπέδου ποιότητας της παροχής υπηρεσιών καθενός από τα παραρτήματα ή υποκαταστήματα της οικονομικής μονάδας, στην περίπτωση που αυτή λειτουργεί ως αλυσίδα, δ) η αξιολόγηση των επιδόσεων ποιότητας της οικονομικής μονάδας συγκριτικά με τους ανταγωνιστές της (Parasuraman A. et al., 1988).

Στο χώρο της υγείας, το μοντέλο SERVQUAL μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση διαφόρων τύπων κουλτούρας παγκοσμίως, ώστε να ελεγχθεί η καταλληλότητά του για τη μελέτη συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων, για την διακρίβωση των παραγόντων που επιδρούν στις προσδοκίες των ασθενών, για την χρησιμότητα των προσδοκιών αυτών στη διαμόρφωση προτύπων υγειονομικής φροντίδας, και για ανάπτυξη και αναδιαμόρφωση του στρατηγικού μάρκετινγκ στους τομείς της υγειονομικής εκπαίδευσης και των συστημάτων υγείας (Chou S.-M., 2005).

Εν τούτοις, όπως αναφέρουν οι ερευνητές, ένας σημαντικός περιορισμός της αξιοποίησης του εργαλείου SERVQUAL είναι ότι μπορεί να απευθύνεται μόνο στους υπάρχοντες (τρέχοντες και παρελθόντες) και όχι στους εν δυνάμει πελάτες μιας οικονομικής μονάδας, καθώς είναι προαπαιτούμενη η στοιχειώδης γνώση ή εμπειρία των παροχών, προκειμένου η καταγραφή και ερμηνεία των αντιλήψεών τους να έχει νόημα (Parasuraman A. et al., 1988).

3.3. Προηγούμενες εμπειρικές έρευνες σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα με το εργαλείο SERVQUAL

3.3.1. Ερευνητικές εργασίες διεθνώς

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δομών υγείας με τη χρήση του εργαλείου SERVQUAL έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές σε παγκόσμια κλίμακα:

Στις ΗΠΑ, και συγκεκριμένα στο Χιούστον, η Anderson E. A. (1996) διερεύνησε την ικανοποίηση τετρακοσίων τριάντα ενός φοιτητών από την ποιότητα

των παρεχόμενων υπηρεσιών του δημόσιου πανεπιστημιακού κέντρου υγείας. Η έρευνα διάρκεσε συνολικά δύο εβδομάδες, μία τον Μάρτιο και μία τον Απρίλιο, κατά την περίοδο του εαρινού εξαμήνου 1993. Χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL δεκαπέντε ζευγών ερωτημάτων με κλίμακα Likert πέντε βαθμών, και, επιπρόσθετα, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να κατανεύμουν ένα σύνολο εκατό πόντων στις μετρούμενες πέντε διαστάσεις ποιότητας του μοντέλου, ανάλογα με το βαθμό σημαντικότητας που αποδίδουν στην καθεμία από αυτές. Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση των αντιλήψεων των φοιτητών που περιθάλπονταν από το κέντρο υγείας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης, ώστε τα αποτελέσματα να αξιοποιηθούν για την καλύτερη διαχείριση των οικονομικών πόρων του πανεπιστημίου και την διοχέτευση των επενδύσεων προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επεξεργασία των δεδομένων αποκάλυψε αρνητικό χάσμα προσδοκιών-αντιλήψεων για το σύνολο των κριτηρίων ποιότητας, με την «ενσυναίσθηση» και τις «υποδομές» να εμφανίζουν τα μικρότερα χάσματα, και τη «διασφάλιση» το μεγαλύτερο. Στη συνέχεια – και μετά την εφαρμογή τεχνικών στάθμισης στη βάση της κατανομής των εκατό πόντων ανά τις διαστάσεις ποιότητας – καταδείχθηκε το κριτήριο των «υποδομών» ως ήσσονος και αντίστοιχα εκείνο της «αξιοπιστίας» ως μείζονος σημαντικότητας. Η έρευνα κατέληξε συμπερασματικά ότι οι φοιτητές δε φαίνεται να ενδιαφέρονται τόσο για τις διαστάσεις των «υποδομών» και της «ενσυναίσθησης», όσο για εκείνες της «αξιοπιστίας», της «διασφάλισης» και της «ανταποκρισιμότητας», συνείσφερε δε στη λήψη αποφάσεων από την ηγεσία του πανεπιστημίου προς την ανάλογη κατεύθυνση.

Στην Ευρώπη, και συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν υλοποιηθεί αρκετές έρευνες αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας στη βάση των δεδομένων που συλλέχθηκαν με το εργαλείο SERVQUAL: Ο Sewell N. (1997) χρησιμοποίησε το μοντέλο για την εκτίμηση των υπηρεσιών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του St. Helier NHS Trust στην υγειονομική περιφέρεια του Merton-Sutton· την έρευνα συνέδραμε το Πανεπιστήμιο του Κίνγκστον. Από τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν από ένα δείγμα διακοσίων τριάντα πέντε ασθενών προέκυψε ότι η διάσταση της «αξιοπιστίας» συνιστά την περισσότερο σημαντική για την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών· ακολουθούν, κατά σειρά σημαντικότητας, οι διαστάσεις της «διασφάλισης», της «ανταποκρισιμότητας», της «ενσυναίσθησης» και των «υποδομών». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας,

περιθώρια βελτίωσης υπάρχουν και για τις πέντε ποιοτικές διαστάσεις του μοντέλου. Άλλο ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν η υψηλή συσχέτιση μεταξύ των ασθενών άνω των 65 ετών και των διαστάσεων της «ανταποκρισιμότητας» και της «διασφάλισης», που μπορεί να ερμηνευθεί υπό την οπτική ότι οι ηλικιωμένοι ικανοποιούνται περισσότερο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ωστόσο, οι νεότερης ηλικίας ασθενείς φάνηκαν να έχουν υψηλότερες προσδοκίες, πράγμα που σημαίνει ότι θα απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια από τη μονάδα υγείας να ανταποκριθεί σε αυτές, αν τις διατηρήσουν σε υψηλά επίπεδα καθώς μεγαλώνουν. Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας υπερτόνισαν την ανάγκη κατανόησης των διαστάσεων ποιότητας του μοντέλου SERVQUAL με μεγαλύτερη σαφήνεια.

Οι Sargeant A. & Kaehler J. (1998) διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αξιοποιώντας ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL είκοσι τεσσάρων ζευγών ερωτημάτων και κλίμακας Likert πέντε σημείων, διενέργησαν δομημένες προσωπικές συνεντεύξεις σε ένα δείγμα ποσοτώσεων εκατόν ογδόντα δύο ασθενών που είχαν επισκεφθεί τον γενικό ιατρό τους (general practitioner-GP) κατά το τελευταίο έτος. Η έρευνα έλαβε χώρα την άνοιξη του 1996 στα εμπορικά κέντρα του Έξετερ στην νοτιοδυτική Αγγλία. Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων προέκυψε ότι η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αγγίζει το 85,7%, ενώ οι μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών του φύλου και της ηλικίας δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικές. Εν τούτοις, οι ερευνητές θεωρούν ότι κατάλληλες τεχνικές στρατηγικού μάρκετινγκ μπορούν να υιοθετηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, με ιδιαίτερη έμφαση στη διάσταση της «ανταποκρισιμότητας», που καταδείχθηκε ως η βασικότερη πηγή δυσαρέσκειας των ερωτώμενων.

Μια ακόμα έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποιήθηκε από τους Garrand F. & Narayan H. (2013), οι οποίοι χρησιμοποίησαν ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL είκοσι δύο ζευγών ερωτημάτων και με κλίμακα Likert επτά σημείων, προκειμένου να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες του αναδιαμορφωμένου προγεννητικού ελέγχου σε ένα τυπικό περιφερειακό γενικό νοσοκομείο. Ειδικότερα, διερευνήθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις εκατόν

εβδομήντα τριών γυναικών, οι οποίες αναζήτησαν τις σχετικές ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, προκειμένου να διαφανεί ο βαθμός, κατά τον οποίο υπήρχαν στοιχεία των υπηρεσιών αυτών επιδεκτικά βελτιώσεων. Τα αποτελέσματα, τόσο πριν όσο και μετά τις απαραίτητες σταθμίσεις, έδειξαν ότι οι επιδόσεις των υπηρεσιών προγεννητικού ελέγχου, όπως αποτυπώθηκαν στη βάση των αντιλήψεων των ασθενών, εκπληρώνουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις προσδοκίες τους. Οι ερωτώμενες απέδωσαν ιδιαίτερη σημασία στη διάσταση της «αξιοπιστίας», ενώ εκείνη των «υποδομών» θεώρησαν τη λιγότερο σημαντική. Το μικρότερο αρνητικό χάσμα προσδοκιών-αντιλήψεων καταγράφηκε για τη διάσταση της «διασφάλισης», και αντίστοιχα το μεγαλύτερο για τη διάσταση της «ανταποκρισιμότητας».

Στην εργασία των Kalaja R. et al. (2016) μελετήθηκε το επίπεδο ποιότητας ενός δημόσιου νοσοκομείου στην Αλβανία, μέσω αξιοποίησης του εργαλείου SERVQUAL πέντε κριτηρίων με τριάντα ένα ζεύγη ερωτημάτων και με κλίμακα μέτρησης Likert πέντε σημείων για ένα δείγμα διακοσίων ασθενών. Από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, προέκυψε ότι οι ερωτώμενοι ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που παρείχε το εν λόγω νοσοκομείο, καθώς το χάσμα προσδοκιών-αντιλήψεων ήταν θετικό. Οι ασθενείς ανέδειξαν ως βασικό κριτήριο ποιότητας την «αξιοπιστία», ενώ φάνηκε ότι τη μικρότερη επίδραση στην ποιότητα είχε το κριτήριο «υποδομές».

Το μοντέλο SERVQUAL έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στην ήπειρο της Αυστραλίας. Ειδικότερα, οι Chan C. et al. (2003), ορμώμενοι αφενός από τις επιστημονικές διενέξεις αναφορικά με την καταλληλότητα του SERVQUAL για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, αφετέρου από το γεγονός ότι στην Αυστραλία δεν είχε διενεργηθεί κάποια παρόμοια έρευνα, μελέτησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου στη βάση της εκτίμησης των αντιλήψεων εκατόν ογδόντα εννέα υγειονομικών εργαζομένων από διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου μεσαίου μεγέθους. Η εν λόγω εργασία παρουσιάζει δύο πρωτοτυπίες: Πρώτον, αξιολογήθηκαν οι απόψεις όχι των ασθενών, δηλαδή των ληπτών υπηρεσιών υγείας, αλλά του προσωπικού, που είναι ουσιαστικά οι πάροχοι των υπηρεσιών αυτών, και οι οποίοι, στο πλαίσιο των αναγκών της έρευνας, αντιμετωπίστηκαν ως εσωτερικοί πελάτες. Δεύτερον, από το εργαλείο ποιότητας χρησιμοποιήθηκε μόνο το τμήμα που αναφέρεται στις αντιλήψεις των ερωτώμενων,

παραλείποντας το αντίστοιχο των προσδοκιών, ώστε, σύμφωνα με τους ερευνητές, να αποφευχθεί η πιθανότητα υπερεκτίμησης των προσδοκιών, κάτι που θα σήμαινε ότι στη διαδικασία εκτίμησης των αποτελεσμάτων θα υπεισερχόταν ο παράγοντας της προκατάληψης. Έτσι, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε είκοσι δύο ερωτήματα με κλίμακα Likert επτά σημείων για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου όσον αφορά στις εξεταζόμενες διαστάσεις ποιότητας. Η έρευνα απέδειξε την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του μοντέλου για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας: Συγκεκριμένα, οι ιδιότητες αυτές καταδείχθηκαν ισχυρότερες για τη διάσταση της «αξιοπιστίας», ακολουθούμενη από τις διαστάσεις της «ενσυναίσθησης», της «διασφάλισης», των «υποδομών» και της «ανταποκρισιμότητας».

Πλήθος ερευνών αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών διαφόρων υγειονομικών δομών με το μοντέλο SERVQUAL έχουν πραγματοποιηθεί στην ήπειρο της Ασίας. Από τις σχετικές εργασίες διαφαίνεται ότι τις περισσότερες φορές υφίσταται έλλειμμα ικανοποίησης των ασθενών, με τη μη εκπλήρωση των προσδοκιών τους να αφορά σε οποιοδήποτε από τα εξεταζόμενα κριτήρια του εργαλείου SERVQUAL. Ασφαλώς πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών αυτών έχει υλοποιηθεί σε λιγότερο ή περισσότερο «αναπτυσσόμενες» χώρες, των οποίων τα υγειονομικά συστήματα και εν γένει η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας διαφοροποιείται σε αρκετά μεγάλο βαθμό σε σχέση με την Ευρώπη ή την Αμερική. Ωστόσο, αυτός μπορεί να είναι και ο λόγος που γίνονται τόσες πολλές έρευνες στις χώρες αυτές: ακριβώς για να αξιολογηθεί το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να δρομολογηθούν οι απαραίτητες διορθώσεις για την άνοδό του.

Στην έρευνα των Chou S.-M. et al. (2005) μετρήθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών δεκαπέντε τυχαία επιλεγμένων χειρουργικών τμημάτων ενός ιατρικού κέντρου στην Ταϊβάν. Εκατόν ογδόντα έξι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL πέντε κριτηρίων με είκοσι δύο ζεύγη ερωτημάτων, προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίησή τους ως ληπτών υπηρεσιών υγείας, μέσω της εκτίμησης του βαθμού επιβεβαίωσης ή μη των προσδοκιών τους για τη νοσηλευτική φροντίδα: επιπρόσθετα μελετήθηκε η πρόθεσή τους να επιστρέψουν στο εν λόγω ιατρικό κέντρο, καθώς και

η πρόθεσή τους να το συστήσουν σε άλλους. Με κλίμακα Likert πέντε σημείων μετρήθηκαν οι διαφορές προσδοκιών-αντιλήψεων των ασθενών αναφορικά με τις προσφερόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες και οι βαθμολογίες και για τα πέντε κριτήρια του μοντέλου προέκυψαν θετικές, δηλαδή οι ερωτώμενοι δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα σε διάφορους βαθμούς. Από τις εξεταζόμενες μεταβλητές του ερωτηματολογίου η «ανταποκρισιμότητα» και η «αξιοπιστία» ήταν οι πλέον σημαντικές για την πρόβλεψη της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες νοσηλείας του ιατρικού κέντρου. Ενδιαφέρον είναι ότι για την πρόβλεψη της πρόθεσης επιστροφής στην εν λόγω υγειονομική μονάδα και της σύστασης σε άλλους αναδείχθηκαν ως περισσότερο σημαντικές οι μεταβλητές της «αξιοπιστίας» και της «ενσυναίσθησης» αντίστοιχα.

Οι Fan L.-h. et al. (2017) μελέτησαν ένα μεγαλύτερο δείγμα είκοσι πέντε νοσοκομείων από δεκαπέντε επαρχίες της Κίνας, στη βάση της συσχέτισης μεταξύ παρεχόμενων υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και μείωσης των συγκρούσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών. Συγκεκριμένα, προσδιορίστηκε το χάσμα ποιότητας μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων της ποιότητας των υπηρεσιών, σύμφωνα με τους ασθενείς που ερωτήθηκαν (χίλια πεντακόσια είκοσι άτομα) και προκειμένου να συλλεχθούν δεδομένα αναφοράς για τη χάραξη στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας υγείας. Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο SERVQUAL είκοσι τεσσάρων ζευγών ερωτήσεων (μέτρηση με κλίμακα Likert πέντε σημείων), στο οποίο προστέθηκε και μία έκτη διάσταση, αυτή της οικονομίας (economy). Αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της προσδοκώμενης και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας υπηρεσιών, με το χάσμα ποιότητας να είναι αρνητικό για κάθε μία από τις εξεταζόμενες διαστάσεις, γεγονός που σημαίνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν εκπληρώθηκαν και ότι γενικά εμφανίζονταν δυσαρεστημένοι από το επίπεδο ποιότητας της φροντίδας υγείας. Το μεγαλύτερο χάσμα ποιότητας εντοπίστηκε στη διάσταση της «οικονομίας», υποδεικνύοντας το κόστος ιατρικής φροντίδας ως ένα σημαντικό οικονομικό βάρος, που μπορεί να ερμηνευθεί σε συσχέτιση τόσο με τα ιδιαίτερα υψηλά κόστη φροντίδας υγείας και τα αντίστοιχα χαμηλά εισοδήματα των ερωτώμενων ασθενών, όσο και από τις ανεπαρκείς επενδύσεις της κυβέρνησης στον υγειονομικό τομέα. Αντίστοιχα το μικρότερο χάσμα ποιότητας καταγράφηκε για τη μεταβλητή «υποδομές», ίσως λόγω της μειωμένης σημασίας που αποδίδεται σε αυτή

από τους ασθενείς. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το υψηλό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Κίνα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα, που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, ενώ παράλληλα τα νοσοκομεία πρέπει να επικεντρώνονται και να προσπαθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν στον πληθυσμό.

Οι Ahmad B. Z. et al. (2018) χρησιμοποίησαν τις διαστάσεις του εργαλείου SERVQUAL (είκοσι ζεύγη ερωτημάτων και κλίμακα Likert πέντε σημείων) για να αξιολογήσουν το επίπεδο ικανοποίησης τριακοσίων ογδόντα έξι ασθενών, που επιλέχθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία από ένα σύνολο εννέα κλινικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστικό περιβάλλον στη Μαλαισία και μέτρησαν τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών για καθένα από τα κριτήρια του μοντέλου. Η έρευνα έδειξε ότι μόλις το 46,9% των ερωτώμενων δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σημειώνοντας στατιστικά σημαντική αρνητική διαφορά προσδοκιών-αντιλήψεων για όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, η μεταβλητή «υποδομές» αναδείχθηκε ως η πλέον κρίσιμη, καταγράφοντας το μεγαλύτερο χάσμα ποιότητας υπηρεσιών, ενώ η «αξιοπιστία» και η «ανταποκρισιμότητα» κατέγραψαν τις μικρότερες διαφορές. Οι ερευνητές απέδωσαν την χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας των μελετώμενων κλινικών στο γεγονός ότι αυτές ιδρύθηκαν μόλις το 2010 (τα ερευνητικά δεδομένα συλλέχθηκαν τον Ιανουάριο 2017), συνεπώς ήταν σχετικά μικρό το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε για την επίλυση όλων των ζητημάτων σχετικά με τη λειτουργία τους. Εξάλλου πιθανολογείται ότι η ανάδειξη της μεταβλητής «υποδομές» ως της επιδεχόμενης μεγαλύτερης βελτίωσης σχετίζεται με την παρανόηση των ασθενών αναφορικά με τους σκοπούς λειτουργίας των κλινικών, οι οποίες παρέχουν βασικές υπηρεσίες υγείας και υστερούν σε εξειδικευμένα εργαστήρια και σύγχρονο εξοπλισμό.

Οι Brahmhatt M. et al. (2011) πραγματοποίησαν μία συγκριτική έρευνα σε δείγμα διακοσίων σαράντα έξι ασθενών, προκειμένου να μελετήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα σύνολο τριών δημοσίων και πέντε ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ινδία. Χρησιμοποίησαν ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL πέντε κριτηρίων και σαράντα ενός ζευγών ερωτημάτων, στο οποίο οι «υποδομές», η «ανταποκρισιμότητα» και η «ενσυναίσθηση» κατηγοριοποιήθηκαν ως

υποκριτήρια, ενώ εξετάστηκαν επιπλέον οι διαδικασίες και η εφαρμοζόμενη πολιτική των νοσοκομείων. Η μέτρηση έγινε με κλίμακα Likert πέντε σημείων. Η έρευνα επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι τόσο τα δημόσια όσο και τα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν εκπληρώνουν τις προσδοκίες των ασθενών και κατέδειξε το γεγονός ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο πολυσύνθετη και δυσχερής συγκρινόμενη με άλλους τομείς.

Μία ενδιαφέρουσα προσέγγιση στο ζήτημα της αξιολόγησης της ποιότητας ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος με το εργαλείο SERVQUAL πραγματοποιήθηκε από τους Shaikh B. T. et al. (2008) κατά την περίοδο 2004-2005 σε ένα δευτεροβάθμιο νοσηλευτικό ίδρυμα σε περιαστική περιοχή του Πακιστάν. Στην έρευνα έλαβαν μέρος χίλιοι πεντακόσιοι τριάντα τρεις ασθενείς και σε τριμηνιαία βάση - για τη διάρκεια ενός έτους - καλούνταν να συμπληρώσουν τροποποιημένα ερωτηματολόγια SERVQUAL πέντε κριτηρίων με δεκαπέντε ζεύγη ερωτημάτων (χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert τριών σημείων), ενώ παράλληλα συμμετείχαν σε συνεντεύξεις. Τα δεδομένα που συγκεντρώνονταν από κάθε μία από τις τέσσερις φάσεις της έρευνας γνωστοποιούνταν στο προσωπικό του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης της διοίκησης, το οποίο επίσης συμμετείχε σε εργαστήρια ευαισθητοποίησης, ανάπτυξης ικανοτήτων και ενδυνάμωσης. Η όλη διαδικασία οδήγησε στην εντυπωσιακή αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών κατά 47,6%, ενώ αφορούσε και τις πέντε διαστάσεις ποιότητας του μοντέλου SERVQUAL. Στο επίπεδο ικανοποίησης φαίνεται των ερωτώμενων φάνηκε να παίζει ρόλο το φύλο και το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας, με τις μεταβλητές της ηλικίας, της εκπαίδευσης, του επαγγέλματος και του εισοδήματος να είναι στατιστικά μη σημαντικές.

Στο Ιράν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες αξιολόγησης ποιότητας του νοσοκομειακού περιβάλλοντος: Οι Rezaei S. et al. (2016) μελέτησαν τις αντιλήψεις τετρακοσίων ασθενών σε επτά πανεπιστημιακά νοσοκομεία του δυτικού Ιράν αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, χρησιμοποιώντας το μοντέλο SERVQUAL με είκοσι δύο ζεύγη ερωτημάτων και με τη χρήση κλίμακας Likert πέντε σημείων. Η έρευνα κατέδειξε σημαντικά επίπεδα μη σύμπτωσης σε όλες τις μελετώμενες διαστάσεις ποιότητας, καθώς οι προσδοκίες των ασθενών ήταν μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες αντιλήψεις τους, με το μεγαλύτερο χάσμα στη μέση βαθμολογία να καταγράφεται στη μεταβλητή «διασφάλιση» και το μικρότερο στη

μεταβλητή «ανταποκρισιμότητα». Μάλιστα η «ανταποκρισιμότητα» αναδείχθηκε η πλέον σημαντική από τις διαστάσεις ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο των αντιλήψεων των ασθενών. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι, με βάση τα αποτελέσματα της εργασίας τους – τα οποία επιβεβαιώνουν έναν αριθμό προηγούμενων μελετών, μπορούν να χαραχθούν πολιτικές υγείας, οι οποίες θα ενσωματώνουν την απρόσκοπτη πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας, την άμεση ανταπόκριση αυτών και την παροχή φροντίδας υγείας στο λιγότερο δυνατό χρόνο.

Στην έρευνα των Gholami M. et al. (2016) μετρήθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ενός νοσοκομείου του Ιράν, μέσω τροποποιημένου ερωτηματολογίου SERVQUAL είκοσι οκτώ ερωτήσεων και με κλίμακα Likert πέντε σημείων. Αξιοσημείωτο είναι ότι, πέραν των πέντε κριτηρίων, προστέθηκε και η μεταβλητή της «προσβασιμότητας» (accessibility), στο πνεύμα προγενέστερων ερευνών που είχαν πραγματοποιηθεί σε νοσοκομεία της Αγγλίας. Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το δείγμα των 100 ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, καταδείχθηκε αρνητικό χάσμα ποιότητας και στις έξι διαστάσεις του εργαλείου, που ερμηνεύεται ως αποτυχία των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου να ικανοποιήσουν τους ασθενείς, καθώς οι προσδοκίες τους ήταν μεγαλύτερες από τις αντιλήψεις τους για τις υπηρεσίες που έλαβαν. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΤΕΠ του Νοσοκομείου θα μπορούσε να επέλθει εφόσον η διοίκηση προχωρούσε σε εκσυγχρονισμό των εγκαταστάσεων, μείωση του χρόνου αναμονής, προσαρμογή του συστήματος παραγγελιών ανάλογα με την ιατρική κατάσταση των ασθενών και βελτίωση της συμπεριφοράς του υγειονομικού προσωπικού.

Μία ακόμα έρευνα στο χώρο του ΤΕΠ διεξήχθη από τους Mohammadi-Sardo M. R. & Salehi S. (2019), οι οποίοι χρησιμοποίησαν το μοντέλο SERVQUAL προκειμένου να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τριακοσίων εβδομήντα τριών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ΤΕΠ ενός νοσοκομείου στο Ιράν. Στους ασθενείς δόθηκε ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο, όπως αυτό διαμορφώθηκε στη βάση των κριτηρίων SERVQUAL πέντε διαστάσεων, με είκοσι τέσσερα ζεύγη ερωτημάτων (κλίμακα Likert πέντε σημείων), εμπλουτισμένο με δεδομένα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αλλά και από συνεντεύξεις με ειδικούς. Η εν λόγω έρευνα ανέδειξε τη μεταβλητή των

«υποδομών» ως την περισσότερο επιδρώσα στην ικανοποίηση των ερωτώμενων ασθενών και τη μεταβλητή της «ενσυναίσθησης» ως εκείνη με τη μικρότερη επίδραση. Με άλλα λόγια, η ικανοποίηση των ασθενών θα μπορούσε να βελτιωθεί, εφόσον αντίστοιχα βελτιώνονταν οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός του ΤΕΠ, οι χώροι και γενικότερα οι ιδιότητες του περιβάλλοντος του νοσοκομείου, αλλά και η εμφάνιση και παρουσία του υγειονομικού προσωπικού.

Οι Isik O. et al. (2011) συνέκριναν τις διαστάσεις ποιότητας του εργαλείου SERVQUAL μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Τουρκία, αξιοποιώντας τα δεδομένα που άντλησαν μέσω προσωπικών συνεντεύξεων από ένα δείγμα εξακοσίων δέκα ασθενών, το οποίο προέκυψε με στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. Το εργαλείο περιλάμβανε είκοσι δύο ζεύγη ερωτημάτων, εκ των οποίων τελικά τα τέσσερα παραλείφθηκαν κατόπιν επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων, και χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert επτά βαθμών. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με τις προσδοκίες και αντιλήψεις των ασθενών επί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ανάλογα με το νομικό καθεστώς ιδιοκτησίας του νοσοκομείου που επέλεξαν, ωστόσο τόσο τα δημόσια όσο και τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα αξιολογήθηκαν αρνητικά από τους ερωτώμενους.

Στη Βόρεια Κύπρο¹⁶, οι Arasli H. et al. (2008) συνέκριναν τους καθοριστικούς για την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών παράγοντες στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Αμμοχώστου. Η έρευνα έλαβε χώρα την περίοδο Δεκεμβρίου 2003-Ιανουαρίου 2004 με τη συμμετοχή τετρακοσίων πενήντα τεσσάρων ασθενών, οι οποίοι επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία. Χρησιμοποιήθηκε τροποποιημένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL σαράντα οκτώ ζευγών ερωτημάτων με κλίμακα Likert επτά σημείων για την διερεύνηση έξι διαστάσεων ποιότητας: ενσυναίσθηση, σχέσεις ασθενή-προσωπικού, προτεραιότητα στις ανάγκες του ασθενή, επαγγελματισμός των υγειονομικών εργαζομένων, τροφή, και φυσικές εγκαταστάσεις νοσηλείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν αποτυχία εκπλήρωσης των προσδοκιών των ερωτώμενων, τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά θεραπευτήρια, με τη

¹⁶ Εντάσσουμε στην ασιατική ήπειρο το βόρειο τμήμα της Κυπριακής Δημοκρατίας που τελεί υπό τουρκική κατοχή αποκλειστικά και μόνο για μεθοδολογικούς λόγους παρουσίασης των εξεταζόμενων ερευνών διεθνώς.

μεγαλύτερη απόκλιση να καταγράφεται στη διάσταση των υποδομών και των εγκαταστάσεων. Σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνητών, την έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων διατρέχουν πολλές διαστάσεις, πράγμα που καθιστά δυσχερή την αξιολόγησή της από τους νοσηλευόμενους. Επιπλέον, απαιτείται υψηλότερος βαθμός δέσμευσης από την ηγεσία των υγειονομικών μονάδων, προκειμένου να κινητοποιηθεί ανάλογα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια για την επίτευξη του στόχου της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών, στη βάση της ικανοποίησης των ασθενών.

Τέλος, στην ήπειρο της Αφρικής, ο Essiam J. O. (2013) μελέτησε το Τμήμα Εξωτερικών Ασθενών ενός δημόσιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην Γκάνα, με σκοπό, αφενός να εντοπίσει το χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών των ασθενών αναφορικά με τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφετέρου να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ικανοποίηση των ασθενών. Για το λόγο αυτό αξιοποίησε ένα δείγμα τετρακοσίων εξωτερικών ασθενών, το οποίο προέκυψε από δειγματοληψία ευκολίας και που εξετάστηκε με το ερωτηματολόγιο SERVQUAL είκοσι δύο ζευγών ερωτημάτων. Η έρευνα κατέδειξε χάσμα αντιλήψεων-προσδοκιών για όλες τις διαστάσεις ποιότητας, με το μεγαλύτερο να αφορά στην «ανταποκρισιμότητα», και να ακολουθούν η «αξιοπιστία», οι «υποδομές», η «ενσυναίσθηση» και η «διασφάλιση». Όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών, οι ερευνητές κατέληξαν ότι αυτή μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή μέσω των εξής διαστάσεων κατά σειρά σημαντικότητας: αντιλαμβανόμενης «ανταποκρισιμότητας», αντιλαμβανόμενης «ενσυναίσθησης», αντιλαμβανόμενης «διασφάλισης», αντιλαμβανόμενων «υποδομών» και αντιλαμβανόμενης «αξιοπιστίας».

3.3.2. Μελέτες με το μοντέλο SERVQUAL στην ελληνική υγειονομική πραγματικότητα

Εμπειρικές μελέτες με την αξιοποίηση του εργαλείου ποιότητας SERVQUAL έχουν πραγματοποιηθεί και στον ελλαδικό χώρο. Συγκεκριμένα στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, οι Christoglou K. et al. (2006) ήταν οι πρώτοι που πραγματοποίησαν μια έρευνα ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας, αξιοποιώντας το εργαλείο SERVQUAL σε δείγμα εβδομήντα πέντε ασθενών από όλα τα τμήματα του νοσοκομείου. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε ένα προτυποποιημένο ερωτηματολόγιο

τύπου KANO, το οποίο ενσωμάτωνε είκοσι δύο ζεύγη στοιχείων της ανάλυσης SERVQUAL. Οι ερευνητές στάθμισαν την υποκειμενική για τον κάθε ασθενή βαρύτητα καθεμίας από τις πέντε διαστάσεις του εργαλείου SERVQUAL, μέσω μιας αθροιστικής κλίμακας που απεικόνιζε το ποσοστό σημαντικότητας του κάθε αξιολογούμενου χαρακτηριστικού. Προέκυψε ότι θετική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών έχουν οι προσεγμένες εγκαταστάσεις, το περιποιημένο προσωπικό του νοσοκομείου, που ανταποκρίνεται άμεσα, χωρίς διαμαρτυρίες για το φόρτο εργασίας, διαχειρίζεται ορθολογικά το χρόνο του και κατανοεί τις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή. Επιπλέον, η έρευνα κατέδειξε ότι η δυσαρέσκεια των ασθενών μπορεί να αντιμετωπιστεί κυρίως ενισχύοντας τη διάσταση της «διασφάλισης» (πραγματικό ενδιαφέρον του προσωπικού για τα προβλήματα των ασθενών και διάθεση προσπάθειας επίλυσής τους, διαρκής ενημέρωση, ευγένεια, αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας).

Οι Karassavidou, E. et al. (2009) διερεύνησαν την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας σε ένα δείγμα εκατόν τριάντα επτά ασθενών δημόσιων νοσοκομείων της Βόρειας Ελλάδας. Ειδικότερα σημεία μελέτης σχετίζονταν με την αναγνώριση των διαστάσεων ποιότητας που αξιολογούνται από τους Έλληνες ασθενείς, με την αποτύπωση των αντιλήψεων και των προσδοκιών τους για την ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, με την ανάδειξη του βαθμού σύμπτωσης των αντιλήψεων-προσδοκιών αυτών, και με την εκτίμηση της βαρύτητας της κάθε διάστασης ποιότητας στη συνολική αντίληψη των ασθενών. Αξιοποίησαν το εργαλείο SERVQUAL με είκοσι έξι ζεύγη ερωτημάτων και κλίμακα Likert επτά σημείων· τα επιπλέον των είκοσι δύο βασικών ερωτημάτων του μοντέλου τέθηκαν προκειμένου να μελετηθούν ζητήματα σχετικά με το κόστος, την προσβασιμότητα και την τροφοδοσία. Στα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια προστέθηκαν επίσης ένα τμήμα για τη συλλογή δημογραφικών δεδομένων (ηλικία, φύλο, μορφωτικό και εισοδηματικό επίπεδο), καθώς και ένα ερώτημα για τη συνολική εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η έρευνα κατέδειξε γενικά αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών για όλες τις διαστάσεις του εργαλείου. Ωστόσο, η αποκάλυψη αρνητικών χασμάτων μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων επιτρέπει περιθώρια βελτίωσης. Ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες για την ποιότητα υγείας στην ελληνική πραγματικότητα αναδείχθηκαν ο ανθρώπινος παράγοντας, το φυσικό περιβάλλον-υποδομές και η προσβασιμότητα.

Καθώς η μεγαλύτερη διαφορά αντιλήψεων-προσδοκιών βρέθηκε αναφορικά με τον ανθρώπινο παράγοντα, οι ερευνητές προτείνουν - στο πλαίσιο βελτίωσης της ποιότητας – μια ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας, η οποία θα θεμελιώνεται σε σχέσεις σεβασμού, αξιοπρέπειας, ευγένειας και πραγματικού ενδιαφέροντος μεταξύ των ασθενών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Οι Paranikolaou V. & Zygiaris S. (2012) μελέτησαν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα τετρακοσίων πενήντα ασθενών που επισκέπτονταν ένα συγκεκριμένο υποκατάστημα του ΙΚΑ σε μια πυκνοκατοικημένη αστική περιοχή της Αττικής, και διάρκεσε από τον Ιούλιο μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2009. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο SERVQUAL πέντε κριτηρίων ποιότητας με είκοσι δύο ζεύγη ερωτημάτων και κλίμακα Likert επτά βαθμών, προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς έχουν διαφορετικές προσδοκίες από τους υγειονομικούς παρόχους, καθώς και αν διαφορετικές ομάδες ασθενών θεωρούν ορισμένες διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας υγείας περισσότερο σημαντικές από άλλες. Η ανάλυση κατέδειξε χάσματα και στις πέντε διαστάσεις ποιότητας του μοντέλου, με το μεγαλύτερο από αυτά να αφορά στο κριτήριο της «ενσυναίσθησης». Επιπλέον, καταγράφηκαν διαφορές εξαρτώμενες από το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Περαιτέρω ανάλυση των προσδοκιών και των αντιλήψεων αποκάλυψε ότι υπεύθυνες για τα παρατηρούμενα χάσματα είναι περισσότερο οι αντιλήψεις και λιγότερο οι προσδοκίες των ασθενών.

Το εργαλείο SERVQUAL, με είκοσι δύο ζεύγη ερωτημάτων και κλίμακα Likert πέντε βαθμών, χρησιμοποιήθηκε και από τους Karavida A. et al. (2014) για την αξιολόγηση ενός κέντρου υγείας στην επαρχία της Ηλείας κατά τη χρονική περίοδο Μαρτίου-Ιουνίου 2013. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι διαστάσεις της «διασφάλισης» και της «ενσυναίσθησης» εκπληρώνουν τις προσδοκίες των ασθενών ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών· αντίστοιχα, για τις διαστάσεις των «υποδομών», της «ανταποκρισιμότητας» και της «αξιοπιστίας» φαίνεται να σημειώνεται έλλειμμα ικανοποίησης. Επίσης, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, προέκυψε συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων και ορισμένου μορφωτικού επιπέδου με το βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας του κέντρου: Ειδικότερα, οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και

χαμηλότερου εκπαιδευτικού προφίλ φάνηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι, ενώ γενικά οι ασθενείς αισθάνονται σιγουριά και ασφάλεια στη φροντίδα των επαγγελματιών υγείας της μελετώμενης υγειονομικής μονάδας, εντούτοις βελτιώσεις μπορούν να επιχειρηθούν όσον αφορά στον εκσυγχρονισμό του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στην ακρίβεια τήρησης και διαχείρισης των ιατρικών και κλινικών αρχείων και δεδομένων, και στη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων, ώστε οι υπηρεσίες περίθαλψης να παρέχονται με το κατά το δυνατό ποιοτικότερο τρόπο.

Οι Γώγος Χ. και συν. (2015) διερεύνησαν το επίπεδο της εσωτερικής ποιότητας ενός δημόσιου γενικού νοσοκομείου της Μακεδονίας, όπως αυτό γινόταν αντιληπτό από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού (εκατόν δεκαοκτώ άτομα) που εργαζόταν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Η συγκεκριμένη προσέγγιση διαφοροποιείται, διότι εδώ μελετήθηκε η ικανοποίηση των εργαζομένων του νοσοκομείου, ως εσωτερικών πελατών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την αξιοποίηση του μοντέλου SERVQUAL πέντε κριτηρίων με δεκαπέντε ζεύγη ερωτημάτων και με κλίμακα μέτρησης Likert πέντε σημείων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ερωτώμενοι κατέδειξαν μέτρια προς υψηλά επίπεδα σε όλες τις εξεταζόμενες διαστάσεις ποιότητας, γεγονός που δικαιολογείται από τη χρησιμοποίηση ερωτηματολογίου αυτοαναφορών, το οποίο αποτυπώνει προσωπικές γνώμες: ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό βαθμολόγησε σχετικά υψηλά τη μεταβλητή «ανταποκρισιμότητα», ενώ η μεταβλητή «υποδομές» συγκέντρωσε χαμηλή σχετικά βαθμολογία, επιβεβαιώνοντας ότι οι μεταβλητές που σχετίζονται απόλυτα με τους εργαζόμενους και τις ενέργειές τους κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, βαθμολογούνται υψηλότερα από τις υπόλοιπες. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι η μεταβλητή «ενσυναίσθηση» έλαβε τη χαμηλότερη βαθμολογία από τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το οποίο μπορεί να ερμηνευθεί στο πλαίσιο των δυσκολιών ανταπόκρισης των εργαζομένων στις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις εξατομικευμένης φροντίδας. Τέλος, σημαντικό είναι το εύρημα περί θετικής συσχέτισης μεταξύ εσωτερικής ποιότητας του νοσοκομείου και εργασιακής δέσμευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, που εμπεριέχει μία έμμεση συσχέτιση με την εργασιακή αποδοτικότητα.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

4. Μεθοδολογία της έρευνας αξιολόγησης ποιότητας των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο ΚΑΤ

4.1. Το Νοσοκομείο ΚΑΤ - παρουσίαση

4.1.1. Ιστορικά στοιχεία

Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ (ΓΝΑ ΚΑΤ)¹⁷ είναι νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Αττικής και έχει έδρα την Κηφισιά.

Εικόνα 1. Το ΓΝΑ ΚΑΤ σήμερα



Η ιστορική διαδρομή του ΚΑΤ δεν είναι ενδελεχώς και εναργώς καταγεγραμμένη¹⁸: Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει η Διευθύντρια της Ιατρικής Βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου, κυρία Ευ. Λάππα, «*Αρκετές ερευνητικές προσπάθειες*

¹⁷ Το ακρωνύμιο Κ.Α.Τ. σημαίνει Κέντρο Αποκατάστασης Τραυματιών [Ακρωνύμια από K.acronymia.mystrikingly.com/#_8 (προσβάσιμη στις 06/12/2020)].

¹⁸ Για τη συγγραφή του συγκεκριμένου υποκεφαλαίου αντλήθηκαν πληροφορίες από τα εξής τεκμήρια: Χατζηδάκη Χ., 2005· Οικονομοπούλου, Δ. (2009)· Αμπλιανίτη Α. & Σταματοπούλου Σ. (2012). Επίσης από την ιστοσελίδα Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ (ιστορική αναδρομή) 4000news.gr/2020/02/05/geniko-nosokomeio-attikis-kat-istoriki-anadromi/ (προσβάσιμη στις 01/02/2021).

έχουν γίνει για την αποτύπωση της ιστορίας του νοσοκομείου, όμως υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην ανεύρεση αρχείων που θα ολοκληρώσουν την ιστορία του. Το 2000 θέσαμε ερώτημα στα Γενικά Αρχεία του κράτους, για την ανεύρεση τυχόν αναφορών, όπου ελάχιστα ιστορικά στοιχεία εντοπίστηκαν»¹⁹.

Η ίδρυση του ΓΝΑ ΚΑΤ ανατρέχει ιστορικά στις 05/10/1949, οπότε και ιδρύεται το 449 Κέντρο Αποκαταστάσεως Τραυματιών (449 ΚΑΤ), δυνάμει της υπ' αριθ. ΑΠ12083/Α3/1/01-07-1949 διαταγής του ΓΕΣ. Το θεραπευτήριο υπάγεται στο ΓΕΣ/Β6, απολαμβάνει διοικητικής και οικονομικής ανεξαρτησίας, ενώ σκοπός του είναι η περίθαλψη των τραυματιών πολέμου και η αποκατάσταση της ικανότητάς τους για εργασία. Σύμφωνα με μαρτυρίες, η ιδέα ίδρυσης του Κέντρου αποδίδεται στην βασίλισσα Φρειδερίκη ή στον αρχίατρο Ν. Βρυώνη, στρατιωτικό Ιατρό Χειρουργό, ο οποίος μάλιστα είναι και ο πρώτος Γενικός Διευθυντής του, με θητεία κατά την περίοδο 1951-1969. Συγκεκριμένα, ο Βρυώνης φέρεται, κατά τη διάρκεια ταξιδιού του στην Αυστρία, να συναντά Καθηγητή-Διευθυντή κλινικών ορθοπεδικών ατυχημάτων, ο οποίος είχε αναπτύξει τεχνικές θεραπείας, που επέτρεπαν στους στρατιώτες να επιστρέφουν στο πεδίο της μάχης σε πλήρη ικανότητα μόλις μέσα σε ένα εξάμηνο από τον τραυματισμό τους.

Αρχικά, το Κέντρο εγκαθίσταται στη βίλα Καζούλη, που αποτελεί κατά βάση το κτήριο διοίκησης, καθώς και σε οκτώ λυόμενα ξύλινα περίπτερα, τα ΤΟΛ, τα οποία στήνονται από τον στρατό στα δυτικά του οικοπέδου και χρησιμοποιούνται ως θάλαμοι για τη νοσηλεία είκοσι έως σαράντα ασθενών, αναλόγως του μεγέθους τους· επιπλέον, αναπτύσσονται τέσσερα ειδικά περίπτερα, που λειτουργούν ως γυμναστήριο, κέντρο ψυχαγωγίας, βιοτεχνικό εργαστήριο και γεωργικό σχολείο αντίστοιχα. Το θεραπευτήριο, ως ειδική υγειονομική μονάδα, παράγει σημαντικό έργο: Από τους περίπου χίλιους εκατό τροφίμους που περιθάλλει κατά την περίοδο 1949-1951, το 62% αναρρώνει πλήρως.

Με την πάροδο των χρόνων, ο αριθμός των τραυματισμένων στρατιωτών που χρειάζεται τις υπηρεσίες του 449 ΚΑΤ βαίνει σταδιακά μειούμενος· το γεγονός αυτό οδηγεί στην επέκταση του Κέντρου σε άλλες κατηγορίες ασθενών: Το θεραπευτήριο τίθεται στη διάθεση του ΙΚΑ και πλέον δέχεται και πολίτες ως εξωτερικούς ασθενείς. Η στροφή αυτή στον προσανατολισμό του Κέντρου οδηγεί στις 28/10/1951 – και

¹⁹ Μεταμορφώσεις της πόλης – και όχι μόνο [facebook.com/917531414996998/photos/κηφισιά-το-νοσοκομείο-κατ-υπό-κατασκευή-τέλη-δεκ-50η-ιστορία-του-κατ-ξεκινά-με-τ/1021906434559495/](https://www.facebook.com/917531414996998/photos/κηφισιά-το-νοσοκομείο-κατ-υπό-κατασκευή-τέλη-δεκ-50η-ιστορία-του-κατ-ξεκινά-με-τ/1021906434559495/) (προσβάσιμη στις 06/12/2020).

δυνάμει της υπ' αριθ. 3816 συμβολαιογραφικής πράξης - στη σύσταση του ΝΠΙΔ Ιδρύματος Αποκαταστάσεως Αναπήρων «Ο Άγιος Παύλος», που συστεγάζεται με το 449 ΚΑΤ: Ειδικότερα, στο επίπεδο του ισογείου της βίλας Καζούλη στεγάζεται η διοίκηση και λειτουργούν θάλαμοι ασθενών, χειρουργείο και φυσικοθεραπεία, ενώ σε τμήμα του πρώτου υπογείου παρέχονται επίσης φυσικοθεραπευτικές υπηρεσίες και εδρεύουν οι βοηθητικές υπηρεσίες (αποθήκες, μαγειρεία και πλυσταριό). Μέχρι το 1953, το ίδρυμα προσφέρει αποκλειστικά υπηρεσίες φυσικοθεραπευτικής φροντίδας· χαρακτηριστικό είναι ότι μόλις στα δύο πρώτα χρόνια λειτουργίας του (1951-1953) εξυπηρετεί περίπου δύο χιλιάδες οκτακόσιους ασθενείς. Τον Αύγουστο του 1953, με αφορμή τους καταστροφικούς σεισμούς που έπληξαν την Κεφαλονιά και τη Ζάκυνθο, ο «Άγιος Παύλος» λαμβάνει την εντολή να περιθάλψει, ως εσωτερικούς πλέον ασθενείς, ογδόντα θύματα των σεισμών.

Τα επόμενα χρόνια, ο «Άγιος Παύλος» προχωρεί στην επέκταση του περιβάλλοντος χώρου του ιδρύματος: Στις 22/06/1954 αγοράζει πενήντα στρέμματα από τους ιδιοκτήτες της βίλας Καζούλη, ενώ άλλα είκοσι επτά στρέμματα αγοράζονται το 1955. Η έκταση αυτή αποτελεί και τα σημερινά όρια του νοσοκομείου, η οικοδόμηση των πρώτων κτηρίων του οποίου ξεκινά το 1955 και ολοκληρώνεται το 1962· η εγκατάσταση γίνεται στις 01/01/1963.

Στις 12/06/1958, με την υπ' αριθ. 2293 συμβολαιογραφική πράξη, επέρχεται τροποποίηση του καταστατικού του Ιδρύματος Αποκαταστάσεως Αναπήρων «Ο Άγιος Παύλος», που μετονομάζεται σε Νοσοκομείο Ατυχημάτων και Αποκαταστάσεως Τραυματιών και Αναπήρων «Ο Απόστολος Παύλος»· το ίδιο έτος το 449 ΚΑΤ, έχοντας ολοκληρώσει τον σκοπό της ίδρυσής του, διακόπτει τη λειτουργία του. Σημαντικό είναι ότι μεταξύ των σκοπών του νεοϊδρυθέντος νοσοκομείου είναι για πρώτη φορά *«η προαγωγή της ιατρικής και η ειδίκευσις και μετεκπαίδευσις νέων ιατρών»*.

Το νοσοκομείο συνιστά από το 1983 ΝΠΙΔ, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ΠΔ 304/1983. Υπάγεται στο ΕΣΥ, εποπτεύεται από την 1^η ΥΠΕ και είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας. Αναφέρεται ως νοσοκομείο ΚΑΤ, λόγω της ιστορικής καταγωγής του από το θεραπευτήριο 449 ΚΑΤ. Μετά την αναμόρφωση του ΕΣΥ χαρακτηρίζεται ως γενικό νοσοκομείο, συμμετέχοντας στις εφημερίες του νομού

Αττικής²⁰. Ωστόσο, έχοντας σαφή προσανατολισμό στην Ορθοπαιδική και την Τραυματολογία²¹, έχει καθιερωθεί στη συνείδηση των πολιτών ως νοσοκομείο ατυχημάτων-καταγμάτων και ως κέντρο τραύματος.

Στο ΓΝΑ ΚΑΤ λειτουργεί Σχολή Νοσοκόμων, η οποία ιδρύθηκε ως μονοετούς φοίτησης το 1971, μετατράπηκε δε σε ΜΤΕΝ σχολή διετούς φοίτησης το 1980. Επίσης, το 1951, στον περίβολο του κτήματος της βίλας Καζούλη κτίστηκε ο ναός του Αποστόλου Παύλου, με προσφορά της κυρίας Ν. Μπαλάσκα.

4.1.2. Οργανωτική δομή

Το ΓΝΑ ΚΑΤ υπάγεται στις διατάξεις του ΝΔ 2592/1953, σύμφωνα με το άρθρ. 7 του Ν. 3329/2005, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, διασυνδέεται δε με το Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης. Ο οργανισμός του έχει καθοριστεί με την ΚΥΑ Υ4α/123768/2012.

Εικόνα 2. Το λογότυπο του ΓΝΑ ΚΑΤ



Το νοσοκομείο παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, ενώ περιθάλπει και ασθενείς που παραπέμπουν άλλες ΥΠΕ. Μεταξύ των σκοπών του νοσοκομείου είναι: Η ειδίκευση, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας· η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας

²⁰ Συγκεκριμένα, βάσει της Υπουργικής Απόφασης Υ4δ/Γ.Π.οικ.53080/2005, το ΓΝΑ ΚΑΤ λειτουργεί όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο, ως νοσοκομείο «Ειδικής Εφημερίας» για περιστατικά που χρήζουν ορθοπαιδικής και τραυματιολογικής αντιμετώπισης. Στο πλαίσιο αυτό εφημερεύουν καθημερινά μια ορθοπαιδική κλινική εκ περιτροπής και μόνιμα η Κλινική Άκρας Χειρός και Μικροχειρουργικής. Το ΓΝΑ ΚΑΤ συμμετέχει στο πρόγραμμα εφημερίας των νοσοκομείων του λεκανοπεδίου Αττικής ως νοσοκομείο «Γενικής Εφημερίας» (εφημερία Δ΄ δέσμης) κάθε τέσσερις ημέρες· κατά τις υπόλοιπες ημέρες, δηλαδή στις εφημερίες Α΄, Β΄ ή Δ΄ δέσμης, εφημερεύουν οι κλινικές σύμφωνα με τα οριζόμενα στην προαναφερόμενη απόφαση.

²¹ Επιπλέον των συνήθων τμημάτων ενός γενικού νοσοκομείου, το ΚΑΤ διαθέτει επτά Τμήματα Ορθοπαιδικής Χειρουργικής και Τραυματολογίας. Επίσης λειτουργούν εξειδικευμένα Τμήματα Μικροχειρουργικής και Άνω Άκρου, Σπονδυλικής Στήλης και Σκολίωσης, Αθλητικών Κακώσεων και Παιδοορθοπαιδικής, καθιστώντας το ΚΑΤ το μεγαλύτερο ορθοπαιδικό νοσοκομείο και κέντρο τραύματος στην Ελλάδα.

στον υγειονομικό τομέα· η συνεργασία με άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα και δομές υγείας της 1^{ης} ΥΠΕ για την προαγωγή της υγειονομικής φροντίδας· η εφαρμογή καινοτόμων μεθόδων περίθαλψης· η υλοποίηση των στρατηγικών στόχων του Υπουργείου Υγείας, της 1^{ης} ΥΠΕ και του ενιαίου συλλογικού οργάνου διοίκησης του νοσοκομείου· η υλοποίηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και συναφών δραστηριοτήτων με τη λειτουργία Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης.

Το ΓΝΑ ΚΑΤ διαθέτει εξακόσιες πενήντα οργανικές κλίνες. Απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες (Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική-Οικονομική), δύο αυτοτελή τμήματα (Οργάνωσης & Πληροφορικής και Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης) και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης Πολίτη. Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας ενδιαφέρει η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, η οποία ακολουθεί την αντίστοιχη της Ιατρικής, και για τον λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο να παρουσιαστούν και οι δύο υπηρεσίες.

Η Ιατρική Υπηρεσία συνιστά Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε Τομείς²², στους οποίους λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα, Ιατρικές Ειδικότητες – Ειδικές Μονάδες, Διατομεακά Τμήματα και λοιπά Τμήματα, καθώς και Πανεπιστημιακές Κλινικές, Εργαστήρια και Μονάδες που έχουν εγκατασταθεί με τις διατάξεις του άρθρ. 13 του Ν. 1397/1983. Ειδικότερα, οι Τομείς του νοσοκομείου είναι: Α) Ο Παθολογικός, με δύναμη εκατόν ενενήντα εννέα κλινών, ο οποίος περιλαμβάνει τα Τμήματα: Παθολογικό, Καρδιολογικό, Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης και Νευρολογικό. Από αυτά, το Παθολογικό ενσωματώνει την Ιατρική Ειδικότητα της Ρευματολογίας και το Καρδιολογικό την Ειδική Μονάδα Εμφραγμάτων. Β) Ο Α' Χειρουργικός, με δύναμη διακοσίων κλινών, ο οποίος περιλαμβάνει τα Τμήματα: Ορθοπεδικό (τέσσερα Τμήματα), Μικροχειρουργικής Άκρας Χειρός, Αναισθησιολογικό και Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπεδική Χειρουργική Κλινική²³. Από αυτά, στα Ορθοπεδικά Τμήματα εντάσσονται η Μονάδα Σκολίωσης & Σπονδυλικής Στήλης και η ειδικότητα των Αθλητικών Κακώσεων, ενώ στην Γ' Πανεπιστημιακή Κλινική περιλαμβάνεται μια σειρά ειδικοτήτων²⁴. Γ) Ο Β' Χειρουργικός Τομέας, με

²² Στους Τομείς λειτουργούν Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των υπηρετούντων γιατρών.

²³ Απόφαση Εγκατάστασης Υ4α/34097/2008.

²⁴ Οι ειδικότητες αυτές είναι: Επανορθωτικής Ορθοπεδικής Ενηλίκων, Παθήσεων Σπονδυλικής Στήλης, Άκρου Ποδός, Άκρας Χείρας-Μικροχειρουργικής, Αθλητικών Κακώσεων, Παιδοορθοπεδικής, Διαγνωστικής και Αρθροσκοπικής Χειρουργικής, Ορθοπεδικής Παθολογίας, Ορθοπεδικής

δύναμη διακοσίων κλινών, που απαρτίζεται από τα Τμήματα της Γενικής Χειρουργικής, της Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, της Αγγειοχειρουργικής, της Νευροχειρουργικής, της Πλαστικής Χειρουργικής και της Θωρακοχειρουργικής, ενώ περιλαμβάνει και Αναισθησιολογικό Τμήμα. Στον Τομέα, και συγκεκριμένα στο Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, λειτουργεί Ειδική Μονάδα Εγκαυμάτων. Δ) Ο Εργαστηριακός Τομέας, όπου εντάσσονται τα εργαστήρια του νοσοκομείου και ορισμένα Τμήματα²⁵. Επιπλέον των τεσσάρων Τομέων, όπως παρουσιάστηκαν, λειτουργούν: Α) Τα Διατομεακά Τμήματα, με δύναμη πενήντα μίας κλινών, όπου περιλαμβάνονται η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, το Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας και το Αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Β) Τα λοιπά Τμήματα, δηλαδή το Τμήμα Παραϊατρικού Προσωπικού, το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και το Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τέσσερις Νοσηλευτικούς Τομείς που λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιεύθυνσης. Ειδικότερα, σε κάθε Νοσηλευτικός Τομέας εντάσσονται Νοσηλευτικά Τμήματα, ακολουθώντας τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρ. 8 του Ν. 2889/2001: Ο πρώτος Νοσηλευτικός Τομέας περιλαμβάνει επτά Τμήματα, τα οποία αντιστοιχούν στον Παθολογικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας· ο δεύτερος και τρίτος Νοσηλευτικοί Τομείς διαρθρώνονται σε επτά Τμήματα έκαστος, καλύπτοντας αντίστοιχα τον Α' και Β' Χειρουργικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας· ο τέταρτος Νοσηλευτικός Τομέας ενσωματώνει έξι Τμήματα, που καλύπτουν τον Εργαστηριακό Τομέα, τα Διατομεακά Τμήματα και Μονάδες της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Ογκολογίας Οστικών Λοιμώξεων, Εμβιομηχανικής του Μυοσκελετικού Συστήματος, Ιστικής Μηχανικής & Αναγέννησης.

²⁵ Εδώ λειτουργούν τα Τμήματα: Βιοπαθολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό, Αιμοδοσίας, Ακτινοδιαγνωστικό, Νεότερων Απεικονιστικών Μεθόδων (Αξονικός & Μαγνητικός Τομογράφος), Παθολογικής Ανατομικής, Κυτταρολογικό, Φαρμακευτικό, καθώς και το Πανεπιστημιακό Εργαστήριο «Έρευνας των Παθήσεων του Μυοσκελετικού Συστήματος – Θ. Γαροφαλίδης» (σύμφωνα με την Απόφαση Εγκατάστασης Α3α/7160/1992).

4.2. Η ερευνητική μεθοδολογία

4.2.1. Αντικείμενο της έρευνας

4.2.2. Κύρια ερευνητική υπόθεση

Η κύρια ερευνητική υπόθεση της έρευνας τίθεται ως εξής: «Οι ασθενείς των νοσηλευτικών τμημάτων του ΓΝΑ ΚΑΤ είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών».

Ανεξάρτητη μεταβλητή είναι η ποιότητα, η οποία αξιολογείται μέσω του βαθμού στον οποίο οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται· εξαρτημένες μεταβλητές είναι καθένα από τα 22 ζεύγη ερωτημάτων των διαστάσεων ή κριτηρίων ποιότητας του χρησιμοποιούμενου μοντέλου SERVQUAL, σύμφωνα με την αντίληψη των ασθενών.

Η ερευνητική μας υπόθεση είναι κατευθύνουσα.

4.2.3. Ερευνητικές ερωτήσεις

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα για την προσέγγιση του θέματος της εν λόγω ερευνητικής εργασίας είναι τα ακόλουθα:

- Πώς ορίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;
- Πώς εννοιολογείται η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή προς αυτούς υγειονομικών υπηρεσιών;
- Υπάρχει συσχέτιση ποιότητας παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και ικανοποίησης του ασθενή; Αν ναι, πώς προσδιορίζεται;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες – όπως αυτοί γίνονται αντιληπτοί από τους ασθενείς - που επιδρούν στην ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ΓΝΑ ΚΑΤ;
- Πόσο επηρεάζεται η ποιότητα των εν λόγω υπηρεσιών από κάθε έναν από τους παράγοντες αυτούς;
- Τι μέτρα μπορούν να ληφθούν από την ηγεσία του Νοσοκομείου, ώστε να βελτιωθεί το επίπεδο ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο νοσοκομείο ΚΑΤ;

4.2.4. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση, ο εντοπισμός και η αξιολόγηση των παραγόντων εκείνων, οι οποίοι επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών του ΓΝΑ ΚΑΤ από την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, προκειμένου να διατυπωθούν προτάσεις βελτίωσης που να μπορούν να υιοθετηθούν από τη Διοίκηση του φορέα, ώστε να συμβάλλουν στην ποιοτική αναβάθμιση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας.

Ειδικότερα, οι στόχοι της έρευνας είναι οι παρακάτω:

- Ο προσδιορισμός των παραμέτρων εκείνων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών - και κατά συνέπεια την αντιλαμβανόμενη ποιότητα - αναφορικά με τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες στο ΓΝΑ ΚΑΤ.
- Ο βαθμός της ειδικότερης επίδρασης καθενός από τους παράγοντες αυτούς στην ικανοποίηση των ασθενών και άρα στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου.
- Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, προκειμένου να προχωρήσει στις απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις, ώστε να αυξήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, παρέχοντας νοσηλευτικές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

4.2.5. Επιλογή μεθόδου έρευνας

Στο γενικό μέρος (Μέρος Ι) της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας αξιοποιήσαμε τη βιβλιογραφική έρευνα. Συγκεκριμένα, μέσω της ανασκόπησης της διαθέσιμης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, αλλά και τη διαδικτυακή αναζήτηση πηγών, επιχειρήθηκε μια περίοπτη προσέγγιση του υπό έρευνα θέματος, ώστε, αφενός να απαντηθούν κάποια από τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε, αφετέρου να δομηθεί το θεωρητικό υπόβαθρο για τη μετάβαση στο ειδικό ερευνητικό μέρος.

Για τη συγγραφή του ειδικού ερευνητικού μέρους (Μέρος ΙΙ) της εργασίας, η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η μελέτη περίπτωσης. Η εν λόγω μέθοδος θεωρήθηκε ως η καταλληλότερη για την έρευνα που διεξήχθη, διότι πρόκειται για την περιγραφή της αλληλεπίδρασης συγκεκριμένων παραγόντων σε δεδομένο χωροταξικά πεδίο (ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες

νοσηλευτικές υπηρεσίες στο ΓΝΑ ΚΑΤ). Επιπλέον λόγοι που συνηγόρησαν υπέρ της επιλογής της συγκεκριμένης ερευνητικής μεθόδου ήταν ο περιορισμένος χρονικός ορίζοντας της έρευνας, αλλά και η απουσία ερευνητικής ομάδας (μοναδικός ερευνητής ήταν ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας). Μέσω της ερευνητικής μεθόδου της μελέτης περίπτωσης συλλέχθηκαν ποσοτικά δεδομένα με συστηματικό τρόπο, ώστε στη συνέχεια να αναλυθούν και να ερμηνευθούν.

4.2.6. Δειγματοληπτικός σχεδιασμός

Πληθυσμός-στόχος ήταν οι ασθενείς των νοσηλευτικών τμημάτων του ΓΝΑ ΚΑΤ²⁶. Η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ανέρχεται σε 650 οργανικές κλίνες²⁷, ενώ σύμφωνα με στοιχεία της Διοίκησης²⁸, οι νοσηλευθέντες ασθενείς υπολογίζονται σε περίπου 30.000 ετησίως. Επισημαίνεται ότι στον υπό διερεύνηση πληθυσμό δεν συμπεριλήφθηκαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς των διατομεακών τμημάτων (μονάδες εντατικής θεραπείας, εμφραγμάτων, εγκαυμάτων, αυξημένης φροντίδας), καθώς και της Παθολογικής Κλινικής COVID-19 και των λοιμώξεων, λόγω – κατά περίπτωση - της βαρύτητας της κατάστασης της υγείας τους και του μεγάλου ή μικρού χρονικού διαστήματος νοσηλείας τους. Επιπλέον, δε συμμετείχαν οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στις Θέσεις (μονόκλινοι και δίκλινοι θάλαμοι νοσηλείας), διότι σε αυτές παρέχονται επιπλέον υπηρεσίες ξενοδοχειακού χαρακτήρα - που δικαιολογούν εξάλλου το υψηλότερο ημερήσιο νοσήλιο που χρεώνεται – οι οποίες πιθανώς να επηρέαζαν μεροληπτικά τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, εξαιρέθηκαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς της Παιδο-ορθοπεδικής Κλινικής λόγω ηλικίας, καθώς και οι ασθενείς της Κλινικής Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης, λόγω του γεγονότος ότι η νοσηλεία τους είναι συνήθως πολύμηνη και προσιδιάζει τη φροντίδα υγείας που παρέχεται σε ένα ίδρυμα αποκατάστασης, διαφοροποιούμενη από την παραδοσιακή παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών με την στενή έννοια.

Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν ήταν άνω των 18 ετών, ώστε να θεωρούνται δικαιοπρακτικά ικανοί, είχαν νοσηλευθεί για τουλάχιστον μία ημέρα, οπότε είχαν σχηματίσει μία σφαιρική αντίληψη για την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών

²⁶ Για τον δειγματοληπτικό σχεδιασμό μιας έρευνας βλ. Moser, C. A. & Kalton, G. (1979) και Μιχαλοπούλου Κ. (2004).

²⁷ Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «ΚΑΤ» (ΚΥΑ Υ4α/123768/2012), άρθρ. 4.

²⁸ Παρουσίαση έργου Διοίκησης ΓΝΑ ΚΑΤ Μάιος 2016 – Δεκέμβριος 2019 kat-hosp.gr/Documents/Dioik/2019/ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ%20ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ%202016-2019.pdf (προσβάσιμη στις 01/02/2021).

υπηρεσιών, και κατείχαν σε ικανοποιητικό βαθμό την ελληνική, ώστε να είναι σε θέση να κατανοήσουν τα ερωτήματα και να δώσουν αξιόπιστες απαντήσεις. Κατά τον αρχικό σχεδιασμό, οι συμμετέχοντες θα ερωτούνταν εντός μηνός από την ημέρα λήψης του εξιτηρίου από το νοσοκομείο, διότι ο σκοπός μας ήταν να αποτυπώσουμε την εμπειρία τους όσο ήταν πρόσφατη στη σκέψη τους και όχι μετά την πάροδο ορισμένου χρονικού διαστήματος, οπότε πιθανώς κάποια σημαντικά για την έρευνα θέματα θα είχαν ξεχαστεί. Τελικά προτιμήθηκε, για λόγους διευκόλυνσης της ερευνητικής διαδικασίας, τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από τους ασθενείς πριν πάρουν το εξιτήριο τους, δηλαδή ενόσω νοσηλεύονταν.

Επειδή ο αριθμός των νοσηλευομένων ασθενών είναι πολύ μεγάλος σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή, επιλέχθηκε η μελέτη ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού (120 άτομα), το οποίο λήφθηκε με αναλογική στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία (Moser, C. A. & Kalton, G., 1979), όπως φαίνεται στη συνέχεια στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Το δείγμα της έρευνας

α/α	Κλινική	Αριθμός κλινών (δύναμη)	Δείγμα
1	Α Γενική Χειρουργική	20	6
2	Β Γενική Χειρουργική	33	9
3	Αγγειοχειρουργική	20	6
4	Αθλητικές Κακώσεις	11	3
5	Α Όρθοπεδική	26	7
6	Β Όρθοπεδική	23	6
7	Γ Όρθοπεδική	24	7
8	Δ Όρθοπεδική	26	7
9	Ε Όρθοπεδική	24	7
10	ΣΤ Όρθοπεδική	18	5
11	Γναθοχειρουργική	17	5
12	Θωρακοχειρουργική	11	3
13	Καρδιολογική	22	6
14	Μικροχειρουργική	17	5
15	Νευρολογική	10	3
16	Νευροχειρουργική	21	6
17	Παθολογική	21	6
18	Πανεπιστημιακή	42	12
19	Πλαστική Χειρουργική	12	3
20	Ρευματολογική	18	5
21	Σπονδυλική Στήλη	12	3
	Σύνολα	428	120

Η στρωματοποίηση έγινε με βάση τις κλινικές του νοσοκομείου και το δείγμα από κάθε κλινική λήφθηκε με απλή τυχαία δειγματοληψία, ανάλογα με τον αριθμό των κλινών που διαθέτει η κάθε κλινική. Έτσι, το δειγματοληπτικό πλαίσιο της έρευνας αποτέλεσε το σύνολο των κλινών των κλινικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι κλίνες αυτές καταλαμβάνονταν κάθε δεδομένη στιγμή της διάρκειας διεξαγωγής της έρευνας (Δεκέμβριος 2020-Ιανουάριος 2021) από ασθενείς, από τους οποίους και ζητούνταν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου²⁹.

4.2.7. Όργανο μέτρησης και συλλογή δεδομένων

Για συλλογή των δεδομένων της έρευνας, προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL, το οποίο έχει αξιοποιηθεί σε πλήθος ερευνών με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο που μεταφράστηκε και χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα των Christoglou K. et al. (2006), και για το οποίο έχει δειχθεί αξιοπιστία και εγκυρότητα στο πλαίσιο των ελληνικών δεδομένων του δημόσιου νοσοκομείου. Για το εν λόγω ερωτηματολόγιο είχε ζητηθεί και ληφθεί άδεια χρήσης από τους ερευνητές, από την επιβλέπουσα Καθηγήτρια της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας, κυρία Ασπασία Γούλα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία τμήματα: Στο πρώτο τμήμα αξιολογείται το μοντέλο SERVQUAL· χρησιμοποιούνται 22 ζεύγη ερωτήσεων, τα οποία ομαδοποιούνται στα κριτήρια του μοντέλου (υλικοτεχνικές υποδομές, αξιοπιστία, ανταποκρισιμότητα, διασφάλιση και ενσυναίσθηση)³⁰. Οι ερωτώμενοι ασθενείς απαντούσαν σε καθένα από τα 22 ζεύγη στοιχείων των πέντε

²⁹ Πρόκειται για μια περίπτωση μη σύμπτωσης της δειγματοληπτικής μονάδας (που στην έρευνά μας είναι η κλίνη) με την ερευνητική μονάδα (τον ασθενή) (Μιχαλοπούλου Κ., 2004: 33-34).

³⁰ Ειδικότερα, τα τέσσερα πρώτα ζεύγη ερωτημάτων (για τον σύγχρονο εξοπλισμό, την κατάσταση των φυσικών εγκαταστάσεων, την ενδυμασία/καθαριότητα των εργαζομένων και την καθαριότητα των ιατρικών εργαλείων) καλύπτουν τη διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών· τα επόμενα πέντε (για το ενδιαφέρον του προσωπικού για τα προβλήματα των ασθενών, την τήρηση των υποσχέσεων, την παροχή αξιόπιστων/σωστών υπηρεσιών, την έγκαιρη παροχή υπηρεσιών και τη σωστή διατήρηση των αρχείων) αναφέρονται στο κριτήριο της αξιοπιστίας· ακολουθούν τέσσερα ζεύγη ερωτημάτων (για την ενημέρωση των ασθενών, την παροχή γρήγορων υπηρεσιών, την προθυμία και την άμεση ανταπόκριση του προσωπικού) που διερευνούν την διάσταση της ανταποκρισιμότητας· τα επόμενα τέσσερα ζεύγη ερωτημάτων (για την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια των ασθενών, καθώς και για την ευγένεια και την υποστήριξη των εργαζομένων) εξετάζουν τη διάσταση της διασφάλισης· τέλος, το κριτήριο της ενσυναίσθησης μελετάται στα πέντε τελευταία ζεύγη ερωτημάτων (για την προσοχή στους ασθενείς, τα ωράρια λειτουργίας του νοσοκομείου, τις ανάγκες, τα συμφέροντα και τις ειδικές ανάγκες των ασθενών).

προαναφερόμενων διαστάσεων ποιότητας, θεωρώντας αυτό από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες: Πρώτον, τι ανέμεναν να συμβεί, δηλαδή ποιες ήταν οι προσδοκίες που είχαν για τις διαστάσεις ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών, με άλλα λόγια αξιολογούσαν πόσο σημαντικό ήταν για τους ίδιους κάθε κριτήριο ποιότητας. Δεύτερον, τι τελικά συνέβη ή ποιες ήταν οι αντιλήψεις τους για τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, δηλαδή σε σχέση με το πώς βίωσαν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες ή με άλλα λόγια το πώς τις αξιολόγησαν. Η μέτρηση και για τα 44 συνολικά ερωτήματα έγινε με κλίμακα Likert επτά σημείων (όπου το 1 αντιστοιχεί στο λεκτικό «διαφωνώ απόλυτα», το 7 αντιστοιχεί στο λεκτικό «συμφωνώ απόλυτα» και το 4 δηλώνει την ουδετερότητα της στάσης – λεκτικό «μέσος»). Για κάθε ένα από τα ερωτήματα υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές για την προσδοκία και την αντίληψη των ασθενών για τα αντίστοιχα κριτήρια ποιότητας και καταγράφηκαν οι διαφορές (τιμή αντίληψης μείον τιμή προσδοκίας). Για τα ερωτήματα που οι διαφορές υπολογίστηκαν θετικές, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών θεωρείται ποιοτική, καθώς οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από τη δεδομένη παράμετρο (οι αντιλήψεις ξεπερνούσαν τις προσδοκίες τους)· στην αντίθετη περίπτωση, δηλαδή εφόσον οι τιμές προέκυψαν αρνητικές, υποδηλώνεται ότι οι ασθενείς δεν έμειναν ικανοποιημένοι από τη συγκεκριμένη παράμετρο, συνεπώς η ποιότητα των υπηρεσιών εκτιμάται ως χαμηλή.

Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει επτά στοιχεία. Τα πέντε πρώτα σχηματίζουν μια αθροιστική κλίμακα, προκειμένου να κατανεμηθεί από τον κάθε ερωτώμενο ένα σύνολο 100 πόντων σε καθεμιά από τις πέντε διαστάσεις ποιότητας, ανάλογα με τη σημαντικότητα που της προσδίδει· όσο σημαντικότερο είναι ένα κριτήριο, τόσο περισσότερους πόντους έλαβε. Επισημαίνεται ότι η εν λόγω κατανομή πόντων αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων εν γένει. Για τα δύο επόμενα στοιχεία ο ερωτώμενος κλήθηκε να αποφανθεί ποιες από τις προαναφερόμενες διαστάσεις ποιότητας θεωρεί την περισσότερο και αντίστοιχα τη λιγότερο σημαντική όσον αφορά στον καθορισμό της ικανοποίησής του από την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ. Τα αποτελέσματα αυτού του τμήματος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν στη συζήτηση των αποτελεσμάτων εντός ενός κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου.

Στο τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήματα αναφορικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων ασθενών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, περιοχή κατοικίας και επάγγελμα): αυτά συναξιολογήθηκαν στην ανάλυση και τα συμπεράσματα της ερευνητικής εργασίας.

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά τους μήνες Δεκέμβριο 2020 και Ιανουάριο 2021, αφού ελήφθησαν οι σχετικές άδειες από την Επιτροπή Έρευνας, το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Διοικητικό Συμβούλιο του ΓΝΑ ΚΑΤ, κατόπιν αιτήσεων του συγγραφέα. Λόγω του μεγέθους και της πυκνότητας της πληροφορίας του χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου, αλλά και της κατάστασης της υγείας αρκετών συμμετεχόντων, προτιμήθηκε η επιτόπια παρουσία του ερευνητή για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Αυτή η τακτική απέφερε πολλαπλά οφέλη ως προς την διασφάλιση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, της κατανόησης των ερωτημάτων και της ελάχιστης δυνατής επιβάρυνσης και καταπόνησης των ερωτώμενων ασθενών. Έτσι, ο κάθε ασθενής προσεγγιζόταν βάσει του δειγματοληπτικού σχεδιασμού και, πριν από όλα, του εξηγούταν ο σκοπός της έρευνας, του επισημαίνονταν τα σχετικά με την ανωνυμία του και την προστασία των προσωπικών του δεδομένων και λαμβανόταν η προφορική συγκατάθεσή του για τη συμμετοχή στην έρευνα. Ακολούθως, ο ερευνητής περιέγραφε τη δομή του ερωτηματολογίου και εξηγούσε τον τρόπο συμπλήρωσης των διαφόρων τμημάτων του. Τέλος, διάβαζε στον συμμετέχοντα τα ερωτήματα και σημείωνε τις απαντήσεις που δίνονταν. Η παροχή διευκρινίσεων είχε όριο το σημείο της κατανόησης των ερωτημάτων, ενώ λήφθηκε ιδιαίτερη μέριμνα ώστε να μην υπονοείται καθοδήγηση του ασθενή προς συγκεκριμένες απαντήσεις.

5. Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0³¹.

Οι ποιοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν χρησιμοποιώντας τις απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες. Ο έλεγχος της εσωτερικής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έγινε χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach's alpha. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν χρησιμοποιώντας τις μέσες τιμές (mean) και τις τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), καθώς και τις διαμέσους (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Η σχέση δυο ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτιση του Pearson (r)³². Η σχέση μιας ποσοτικής με μια ποιοτική μεταβλητή ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας το Student's t-test, προκειμένου για δύο ομάδες, ή τον παραμετρικό έλεγχο ανάλυσης διασποράς (ANOVA), προκειμένου για περισσότερες ομάδες. Το σφάλμα τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων, ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας τη διόρθωση κατά Bonferroni³³. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Οι γραφικές παραστάσεις που παρατίθενται, σχεδιάστηκαν βάσει των τιμών κάθε μεταβλητής και απεικονίζουν τις διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις συγκρινόμενες παραμέτρους.

³¹ Για τη θεωρητική βάση της στατιστικής ανάλυσης βλ. Witte R. S. & Witte J. S. (2017).

³² Η συσχέτιση των μεταβλητών θεωρείται χαμηλή όταν $0,1 < r < 0,3$, μέτρια όταν $0,31 < r < 0,7$ και υψηλή όταν $r > 0,7$.

³³ Σύμφωνα με τη διόρθωση κατά Bonferroni, το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (όπου το k ισούται με τον αριθμό των συγκρίσεων).

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 120 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στα κλινικά τμήματα του ΓΝΑ ΚΑΤ.

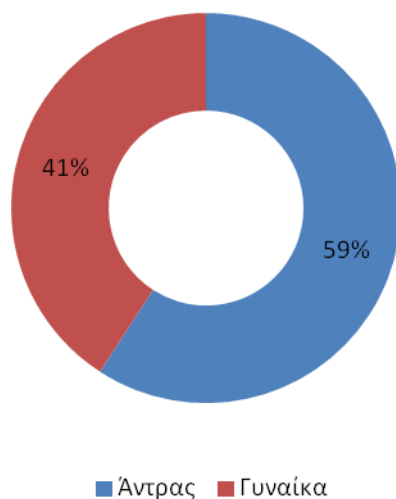
Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων.

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Ανδρας	71	59,2%
	Γυναίκα	49	40,8%
Ηλικία	18-34	23	19,2%
	35-49	41	34,2%
	50-64	31	25,8%
	65 - άνω	25	20,8%
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	25	20,8%
	Σε συμβιωτική σχέση	8	6,7%
	Έγγαμος-η χωρίς παιδιά	11	9,2%
	Έγγαμος-η με παιδιά	31	25,8%
	Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά	4	3,3%
	Διαζευγμένος-η με παιδιά	19	15,8%
	Χήρος-α	22	18,3%
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. Εκπ.	15	12,5%
	Απόφοιτος Β'βάθμιας Εκπ.	34	28,3%
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπ.	25	20,8%
	Απόφοιτος Παν. Εκπ.	23	19,2%
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	16	13,3%
	Κάτοχος Διδακτορικού	7	5,8%
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	87	72,5%
	Ημιαστικό κέντρο	15	12,5%
	Αγροτική περιοχή	8	6,7%
	Νησιώτικη περιοχή	10	8,3%
	Άλλο	0	0,0%
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	22	18,3%
	Φοιτητής	4	3,3%
	Άνεργος	10	8,3%
	Αυτοσυντήρητος	4	3,3%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	27	22,5%
	Δημόσιος Υπάλληλος	17	14,2%
	Αγρότης	4	3,3%
	Οικιακά	18	15,0%
	Συνταξιούχος	12	10,0%
	Άλλο	2	1,7%

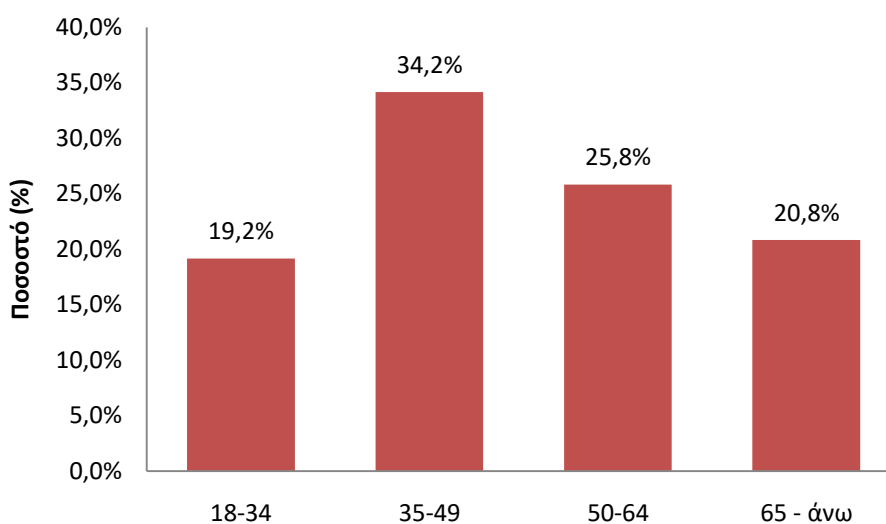
Διαπιστώνουμε ότι οι άνδρες αποτελούν την πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 59,2%, έναντι 40,8% των γυναικών (γράφημα 1).

Γράφημα 1. Φύλο συμμετεχόντων



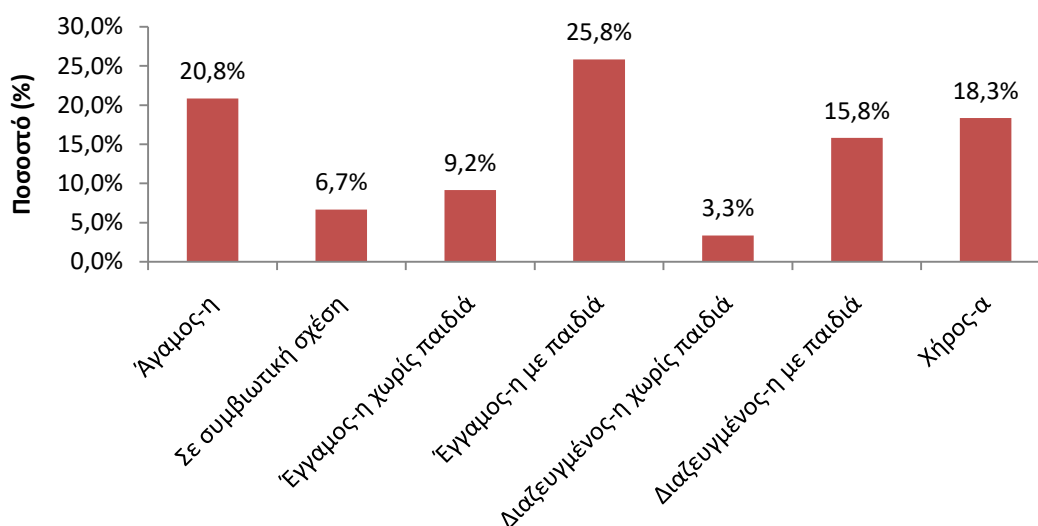
Αναφορικά με την ηλικιακή κατανομή, οι ασθενείς ηλικίας 35-49 αποτελούν το 34,2% του δείγματος· ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 50-64 σε ποσοστό 25,8%, 65-άνω (20,8%) και 18-34 (19,2%) (γράφημα 2).

Γράφημα 2. Ηλικία συμμετεχόντων



Από τους ερωτώμενους, έγγαμοι/-ες ή σε συμβιωτική σχέση είναι το 41,7%, ενώ το ποσοστό των άγαμων ανέρχεται σε 20,8%. Οι διαζευγμένοι/-ες αντιπροσωπεύουν το 19,2% του δείγματος και οι χήροι/-ες το 18,3% (γράφημα 3).

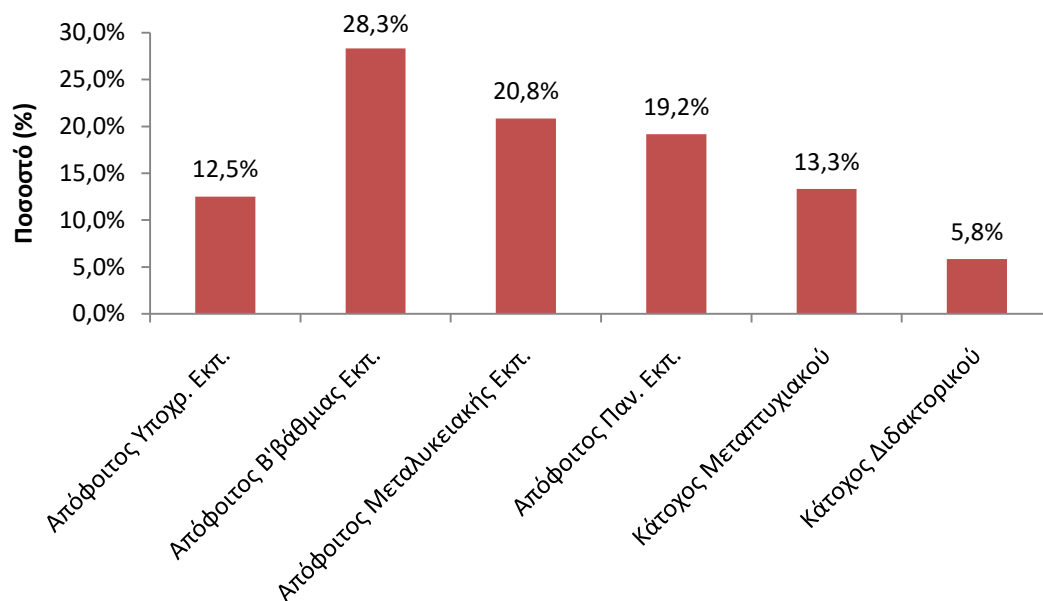
Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων



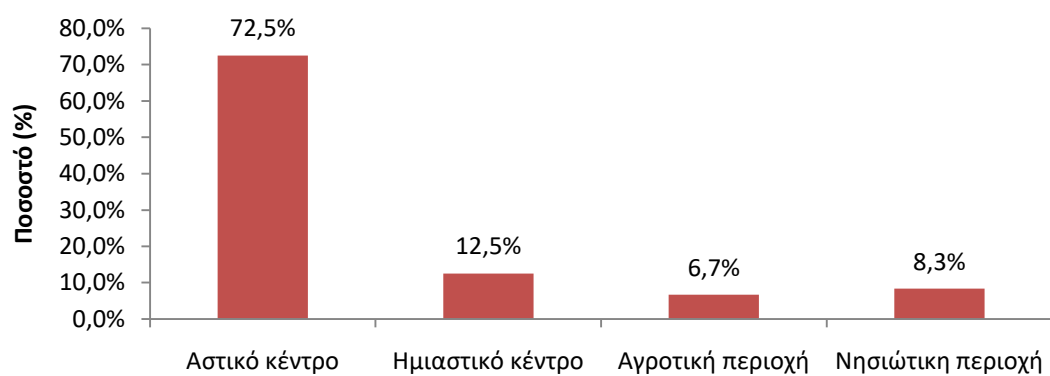
Εξετάζοντας το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία (40,8%) είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Οι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ) ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) αποτελούν το 40% του δείγματος, ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών ανέρχονται σε ποσοστό 19,2% (γράφημα 4).

Οι ερωτώμενοι ζουν κατά πλειοψηφία (72,5%) σε αστικό κέντρο. Λιγότεροι είναι οι ασθενείς που προέρχονται από αγροτική περιοχή (6,7%), ενώ εκείνοι που ζουν σε νησιωτική περιοχή ή σε ημιαστικό κέντρο αντιπροσωπεύονται στο δείγμα σε ποσοστό 6,7% και 12,5% αντίστοιχα (γράφημα 5).

Γράφημα 4. Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων

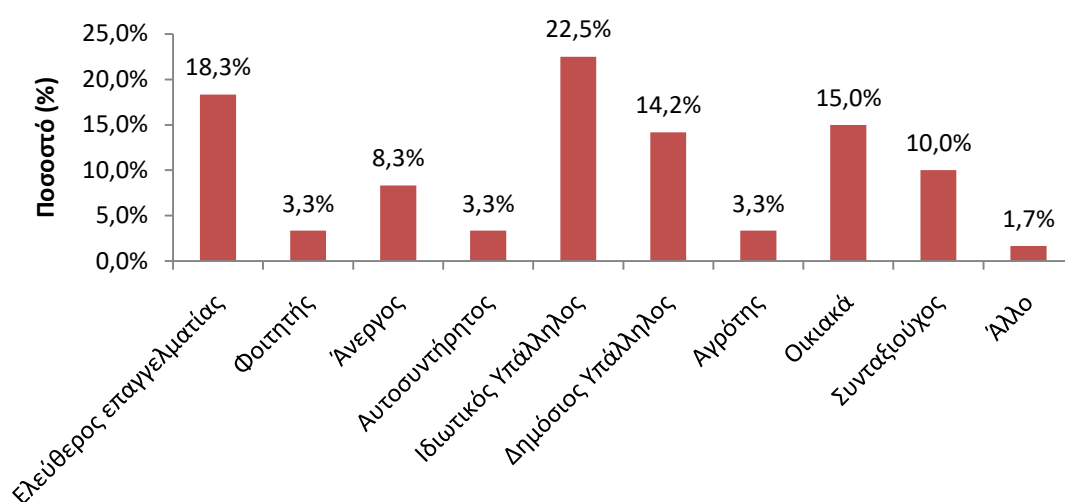


Γράφημα 5. Τόπος κατοικίας συμμετεχόντων



Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα οι περισσότεροι (22,5%) απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα, ακολουθούμενοι από τους ελεύθερους επαγγελματίες (18,3%). Το 15,0% των ερωτώμενων ασχολείται με τα οικιακά, ενώ το 14,2% είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Οι συνταξιούχοι αποτελούν το 10% του δείγματος, τη στιγμή που 8,3% των συμμετεχόντων δηλώνουν άνεργοι. Τέλος, οι ομάδες των φοιτητών, των αγροτών και των αυτοσυντήρητων αντιπροσωπεύονται σε ποσοστό 3,3% έκαστη, με το 1,7% των συμμετεχόντων να δηλώνει άλλη από τις προαναφερόμενες επαγγελματική απασχόληση (γράφημα 6).

Γράφημα 6. Επάγγελμα συμμετεχόντων



Το χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο της έρευνας ελέγχθηκε ως προς την εσωτερική αξιοπιστία του με την αξιοποίηση του συντελεστή alpha του Cronbach και βρέθηκε άνω του αποδεκτού ορίου ($>0,7$): ο δείκτης της αντιλαμβανόμενης διασφάλισης υπολογίστηκε οριακός στο 0,690 (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου με Cronbach's alpha

Διάσταση ποιότητας	Αρ. ερωτήσεων	Cronbach's alpha		
		Προσδοκία	Αντίληψη	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	1-4	0,890	0,824	0,879
Αξιοπιστία	5-9	0,882	0,814	0,864
Ανταποκρισιμότητα	10-13	0,817	0,727	0,782
Διασφάλιση	14-17	0,806	0,690	0,747
Ενσυναίσθηση	18-22	0,869	0,796	0,826

Ο πίνακας 4 που ακολουθεί απεικονίζει τις μέσες βαθμολογίες των συμμετεχόντων ασθενών στα ζεύγη των ερωτήσεων (που αναφέρονται αντίστοιχα στις προσδοκίες (E) και στις αντιλήψεις τους (P) για τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες) για κάθε μία από τις διαστάσεις ποιότητας που διερευνώνται μέσω του εργαλείου SERVQUAL. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί για κάθε ζεύγος ερωτήσεων το αντίστοιχο χάσμα ποιότητας (gap score, Q), αφαιρώντας τη μέση βαθμολογία της προσδοκίας από εκείνη της αντίληψης βάσει της σχέσης $Q = P - E$. Οι υψηλότερες μέσες βαθμολογίες καταδεικνύουν ότι η ποιότητα (αντιλαμβανόμενη ή προσδοκώμενη) των νοσηλευτικών υπηρεσιών για το συγκεκριμένο εξεταζόμενο ερώτημα είναι υψηλότερη. Επίσης, όταν $Q < 0$, δηλαδή επί αρνητικού gap score, υποδηλώνεται ότι η αντίληψη των ασθενών για τη συγκεκριμένη υπηρεσία που εξετάζει το σχετικό ζεύγος ερωτήσεων υπολείπεται της προσδοκίας τους, συνεπώς η εν λόγω υπηρεσία δεν ανταποκρίνεται στα ποιοτικά πρότυπα που έχουν θέσει· με άλλα λόγια, η αντιλαμβανόμενη υπηρεσία του νοσοκομείου είναι χαμηλότερης ποιότητας από την προσδοκώμενη.

Πίνακας 4. Μέσες βαθμολογίες και gap score

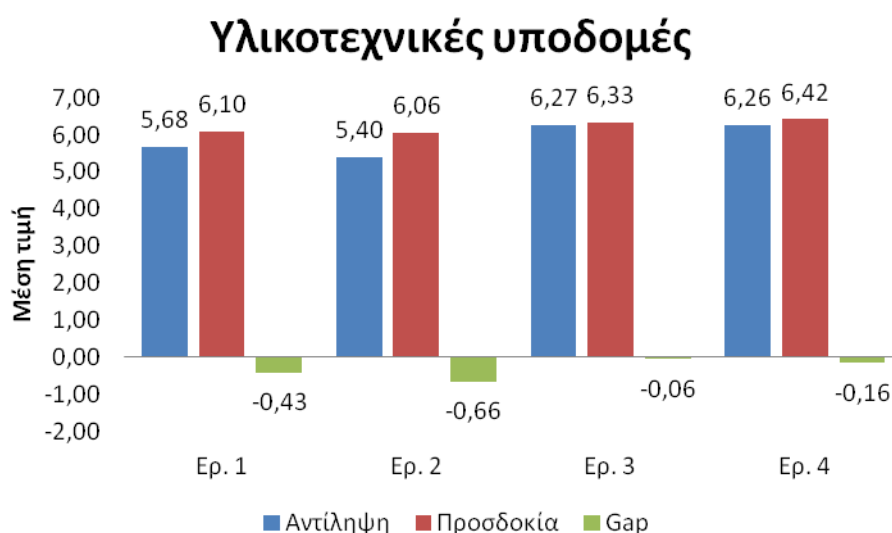
Διάσταση	Ερώτηση	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	1	5,68	6,10	-0,43
	2	5,40	6,06	-0,66
	3	6,27	6,33	-0,06
	4	6,26	6,42	-0,16
Αξιοπιστία	5	5,89	6,17	-0,28
	6	5,91	6,11	-0,20
	7	6,02	6,21	-0,19
	8	6,02	6,14	-0,13
	9	5,97	6,30	-0,33
Ανταποκρισιμότητα	10	5,88	6,25	-0,37
	11	5,88	6,08	-0,19
	12	5,99	6,28	-0,28
	13	5,79	6,11	-0,32
Διασφάλιση	14	5,93	6,25	-0,32
	15	5,78	6,24	-0,46
	16	6,03	6,20	-0,18
	17	5,57	6,23	-0,67
Ενσυναίσθηση	18	5,95	6,15	-0,20
	19	5,71	6,12	-0,41
	20	6,07	6,33	-0,27
	21	5,82	6,25	-0,43
	22	5,60	6,39	-0,79

Από τα gap scores, που βρέθηκαν αρνητικά για το σύνολο των διαστάσεων της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών, προκύπτει ότι οι προσδοκίες των συμμετεχόντων είναι υψηλότερες από τις αντιλήψεις τους, και κατά συνέπεια υφίσταται έλλειμμα ποιότητας.

Στη συνέχεια εξετάζεται εξειδικευμένα κάθε μία από τις πέντε διαστάσεις ποιότητας του μοντέλου SERVQUAL:

- Υλικοτεχνικές υποδομές (γράφημα 7): Το μεγαλύτερο χάσμα (-0,66) ανιχνεύτηκε στο ζεύγος ερωτήσεων 2 σχετικά με την οπτική ελκυστικότητα των φυσικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου (χώρος αναμονής, ιατρεία, θάλαμοι νοσηλείας, τουαλέτες κλπ). Επίσης υψηλό αρνητικό χάσμα (-0,43) υπολογίστηκε για το ζεύγος ερωτήσεων 1 περί σύγχρονου εξοπλισμού του νοσοκομείου. Το ζεύγος ερωτήσεων 4, για το αν τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι τακτοποιημένα και καθαρά, έλαβε λιγότερο αρνητικό gap score (-0,16), ενώ το χαμηλότερο χάσμα (-0,06) εντοπίστηκε στο ζεύγος ερωτήσεων 3, για το αν οι εργαζόμενοι είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.

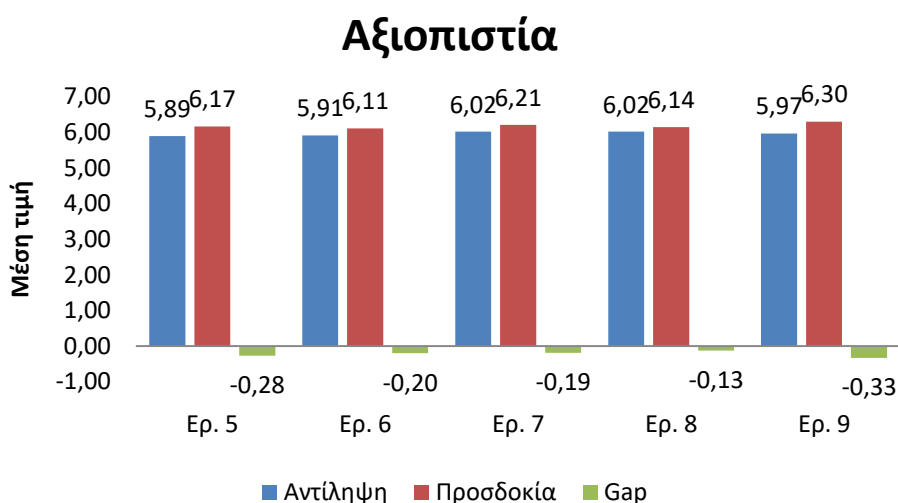
Γράφημα 7. Η διάσταση της ποιότητας των υλικοτεχνικών υποδομών



- Αξιοπιστία (γράφημα 8): Το υψηλότερο gap score (-0,33) εντοπίστηκε στο ζεύγος ερωτήσεων 9 σχετικά με τη σωστή διατήρηση των αρχείων του νοσοκομείου (ιατρικός φάκελος, ραντεβού κλπ). Πολύ κοντά, με χάσμα -0,28, ακολούθησε το

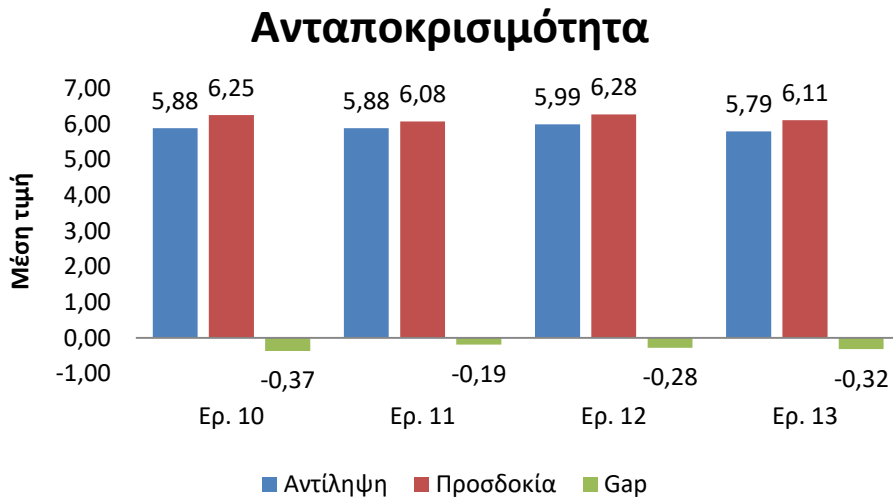
ζεύγος ερωτήσεων 5 σχετικά με το γεγονός ότι, όταν το προσωπικό του νοσοκομείου υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το κάνει. Το χαμηλότερο χάσμα της διάστασης αυτής (-0,13) καταγράφηκε για το ζεύγος ερωτήσεων 8 σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών του νοσοκομείου τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει. Για τα δύο τελευταία ζεύγη ερωτήσεων της διάστασης ποιότητας της αξιοπιστίας (6, περί του πραγματικού ενδιαφέροντος του προσωπικού να επιλύει τα προβλήματα των ασθενών, και 7, περί αξιοπιστίας του νοσοκομείου και παροχής από την αρχή πάντα σωστών υπηρεσιών) τα αρνητικά χάσματα κινήθηκαν στα ίδια επίπεδα (-0,20 και -0,19 αντίστοιχα).

Γράφημα 8. Η διάσταση της ποιότητας της αξιοπιστίας



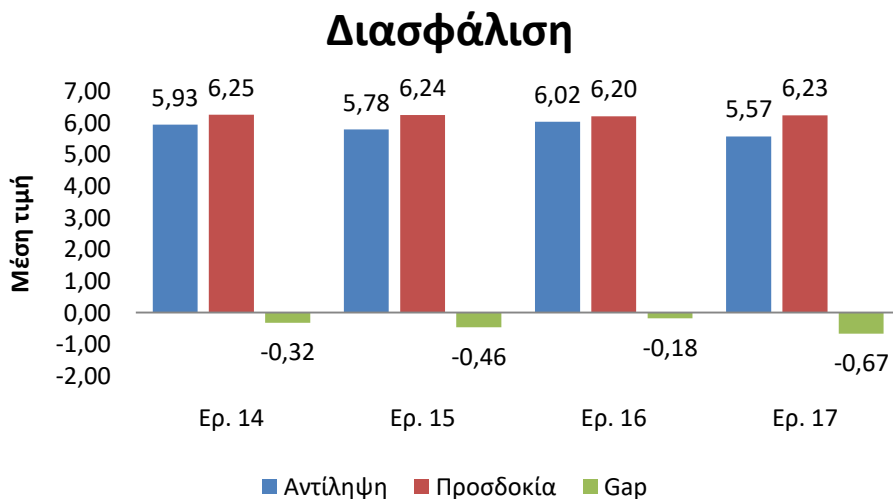
- Ανταποκρισιμότητα (γράφημα 9): Το ζεύγος ερωτήσεων 10, για την ενημέρωση του ασθενή από το προσωπικό του νοσοκομείου, είχε το υψηλότερο αρνητικό χάσμα (-0,37). Αντίστοιχα, το χαμηλότερο αρνητικό χάσμα (-0,19) αφορούσε στο ζεύγος ερωτήσεων 11 για τη γρήγορη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς από το προσωπικό. Τα gap scores για τα δύο άλλα ζεύγη ερωτημάτων αυτής της διάστασης ποιότητας βρέθηκαν κοντά, με το χάσμα του ζεύγους 13, περί της ανταπόκρισης του προσωπικού στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι, να υπολογίζεται σε -0,32 και το αντίστοιχο του ζεύγους 12, περί προθυμίας του προσωπικού να βοηθήσει τους ασθενείς, σε -0,28.

Γράφημα 9. Η διάσταση της ποιότητας της ανταποκρισιμότητας



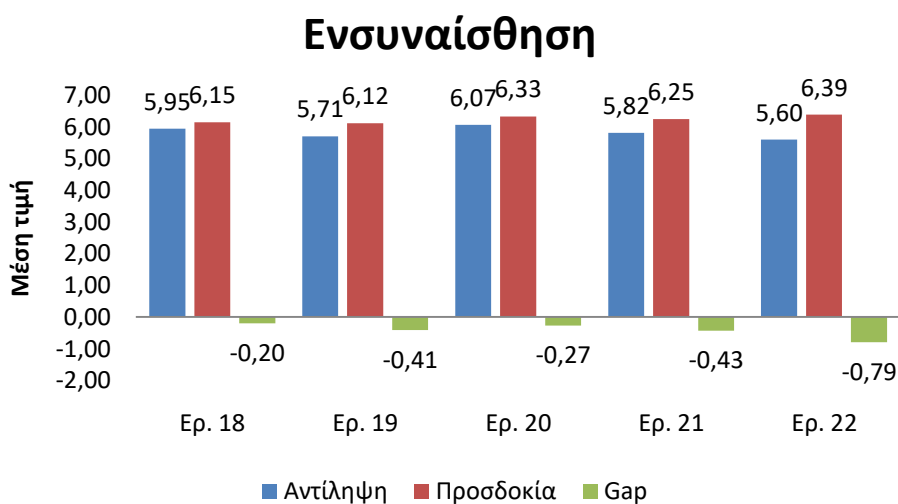
- Διασφάλιση (γράφημα 10): Το υψηλότερο αρνητικό gap score (-0,67) υπολογίστηκε ως προς το ζεύγος ερωτημάτων 17 σχετικά με την υποστήριξη που πρέπει να λαμβάνουν οι εργαζόμενοι ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους. Το χαμηλότερο gap score (-0,18) βρέθηκε σε σχέση με τη συνέπεια και την ευγένεια του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς (ζεύγος ερωτημάτων 16). Στα άλλα δύο ζεύγη ερωτημάτων της συγκεκριμένης διάστασης ποιότητας (15-ασφάλεια που νοιώθουν οι ασθενείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους του νοσοκομείου και 14-συμπεριφορά των εργαζομένων τέτοια, ώστε να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς) σημειώθηκαν χάσματα -0,46 και -0,32 αντίστοιχα.

Γράφημα 10. Η διάσταση της ποιότητας της διασφάλισης



- Ενσυναίσθηση (γράφημα 11): Για το ζεύγος ερωτήσεων 22 για την αντίληψη των ειδικών αναγκών των ασθενών από το προσωπικό, το χάσμα ανήλθε σε -0,79 και ήταν το υψηλότερο αρνητικό gap score της συγκεκριμένης διάστασης ποιότητας. Το χαμηλότερο χάσμα καταδείχθηκε για το ζεύγος ερωτήσεων 18, περί της ξεχωριστής προσοχή του προσωπικού στον κάθε ασθενή, και διαμορφώθηκε στο -0,20. Από τα υπόλοιπα ζεύγη ερωτημάτων της διάστασης: Για το 21, σχετικά με τη διασφάλιση των συμφερόντων των ασθενών, το αρνητικό χάσμα ανήλθε σε -0,43, ακολουθούμενο πολύ κοντά από το χάσμα (-0,41) του ζεύγους 19 για τη λειτουργία του νοσοκομείου σε ώρες που ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς. Τέλος, το gap score για το ζεύγος ερωτημάτων 20 (κατανόηση και γνώση των αναγκών των ασθενών από τους υπαλλήλους του νοσοκομείου) υπολογίστηκε σε -0,27.

Γράφημα 11. Η διάσταση της ποιότητας της ενσυναίσθησης



Ακολουθως υπολογίστηκε το συνολικό χάσμα σε κάθε διάσταση ποιότητας του μοντέλου SERVQUAL. Οι μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 5 που ακολουθεί.

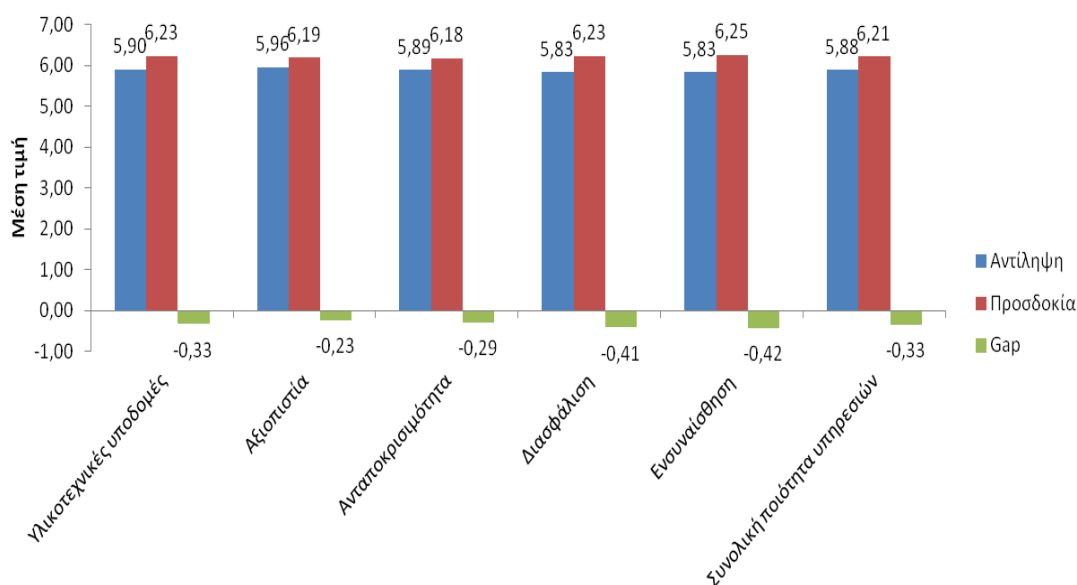
Πίνακας 5. Μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του SERVQUAL

Διάσταση	Συν. Ερωτήσεων	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	4	5,90	6,23	-0,33
Αξιοπιστία	5	5,96	6,19	-0,23
Ανταποκρισιμότητα	4	5,89	6,18	-0,29
Διασφάλιση	4	5,83	6,23	-0,41
Ενσυναίσθηση	5	5,83	6,25	-0,42
Σύνολα	22	5,88	6,21	-0,33

Διαπιστώνεται ότι το υψηλότερο μέσο αρνητικό κενό εντοπίζεται στην διάσταση της ενσυναίσθησης ($gap=-0,42$), ενώ ακολουθεί πολύ κοντά με $gap=-0,41$ η διάσταση της διασφάλισης. Το χαμηλότερο μέσο αρνητικό κενό καταγράφηκε στην διάσταση της αξιοπιστίας ($gap=-0,23$), ενώ για τις διαστάσεις των υλικοτεχνικών υποδομών και της ανταποκρισιμότητας το χάσμα ανήλθε σε $-0,33$ και $-0,29$ αντίστοιχα.

Στο γράφημα 12 που ακολουθεί παρουσιάζονται συνολικά οι μέσες βαθμολογίες και το χάσμα των διαστάσεων του μοντέλου SERVQUAL.

Γράφημα 12. Μέσες βαθμολογίες και gap διαστάσεων SERVQUAL



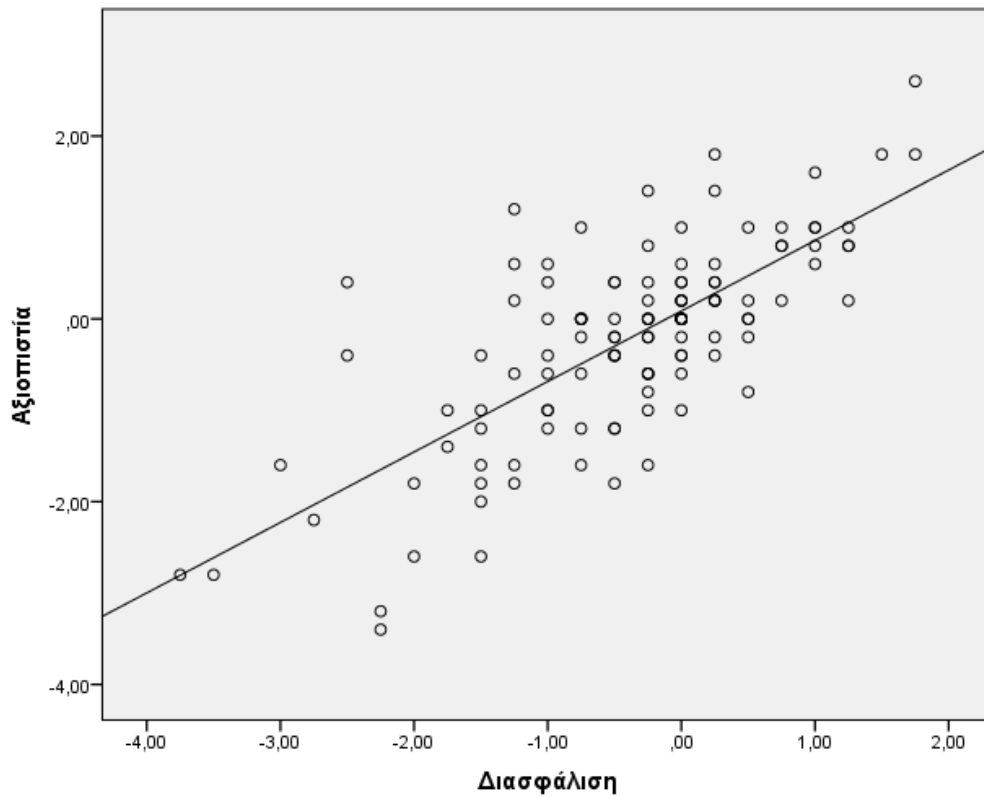
Στη συνέχεια ελέγχθηκε η σχέση μεταξύ των συνολικών gap scores της κάθε μίας από τις διαστάσεις ποιότητας χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r) (πίνακας 6):

Πίνακας 6. Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας

		Αξιοπιστία	Ανταποκρισι- μότητα	Διασφάλιση	Ενσυναίσθηση
Υλικοτεχνικές υποδομές	r	0,684	0,651	0,633	0,585
	p-value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αξιοπιστία	r		0,683	0,733	0,634
	p-value		<0,001	<0,001	<0,001
Ανταποκρισι- μότητα	r			0,687	0,7
	p-value			<0,001	<0,001
Διασφάλιση	r				0,687
	p-value				<0,001

Από τον έλεγχο βρέθηκε να υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερο χάσμα σε μία εκ των διαστάσεων σχετίζεται με υψηλότερο χάσμα και στις υπόλοιπες διαστάσεις. Ειδικότερα, η υψηλότερη συσχέτιση ($r=0,733$) καταδείχθηκε μεταξύ των διαστάσεων της διασφάλισης και της αξιοπιστίας (γράφημα 13).

Γράφημα 13. Συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας «διασφάλιση» και «αξιοπιστία»



Ακολούθως ελέγχθηκε η συσχέτιση των διαστάσεων της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών του μοντέλου SERVQUAL με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα.

- Υλικοτεχνικές υποδομές: Στη συνέχεια αποτυπώνεται το μέσο gap score των ερωτηθέντων ως προς τη διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (πίνακας 7).

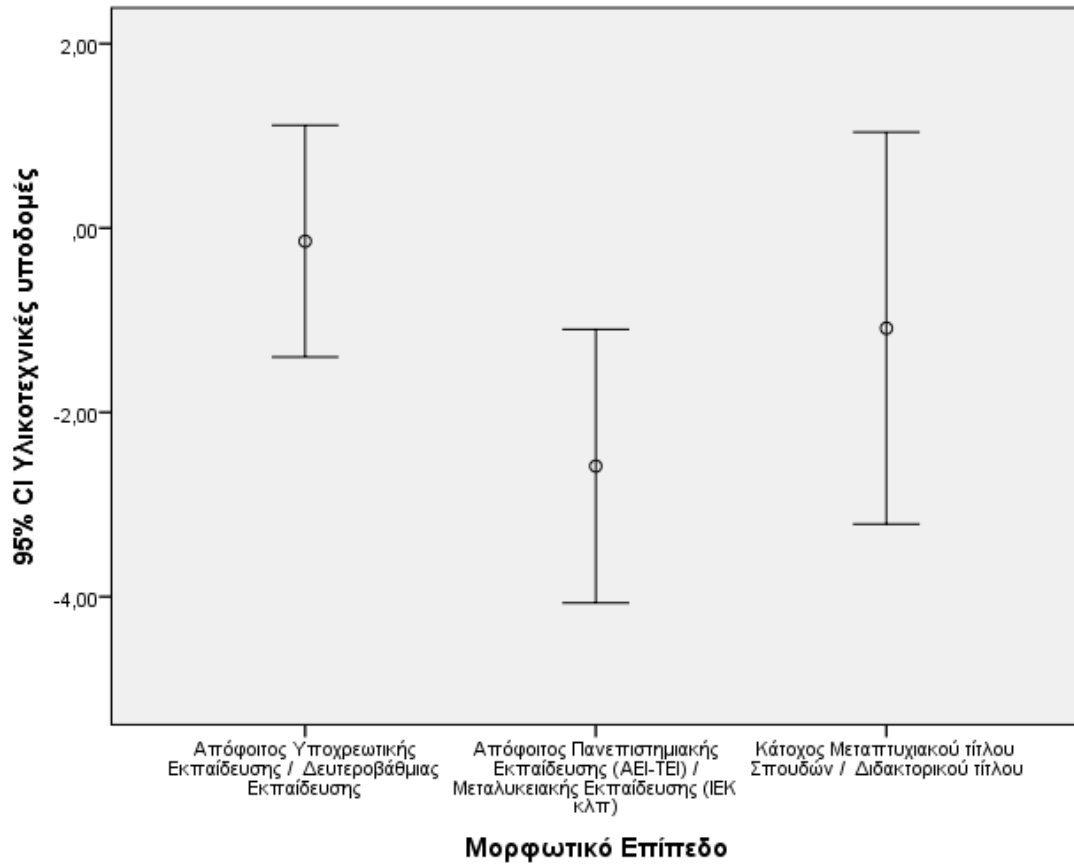
Πίνακας 7. Συσχέτιση της διάστασης «Υλικοτεχνικές Υποδομές» με τα δημογραφικά

		Υλικοτεχνικές υποδομές		
		Mean	Standard Deviation	p-value
Φύλο	Γυναίκα	-1,47	1,15	0,753
	Ανδρας	-1,18	1,27	
Ηλικία	18-34	-1,04	1,17	0,943
	35-49	-1,24	1,18	
	50+	-1,45	1,28	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	-2,4	1,34	0,395
	Έγγαμος-η / Σε συμβιωτική σχέση	-0,9	1,24	
	Διαζευγμένος-η	-1,96	1,11	
	Χήρος-α	-0,27	1,14	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. / Β'βάθμιας Εκπ.	-0,14	1,09	0,045
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής / Παν. Εκπ.	-2,58	1,28	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	-1,09	1,23	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-1,63	1,1	0,217
	Ημιαστικό κέντρο	-1,6	1,83	
	Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	0,56	1,11	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-2,41	1,19	0,422
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-1,15	1,14	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-2,59	1,64	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,25	1,22	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-0,56	1,02	

Από τον έλεγχο προέκυψε ότι το χάσμα στη διάσταση ποιότητας «Υλικοτεχνικές υποδομές» διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($p=0,045$). Ειδικότερα, αφού έγινε η διόρθωση κατά Bonferroni, το χάσμα φαίνεται να είναι σημαντικά μικρότερο για τους ερωτώμενους που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική και τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε σχέση με τους απόφοιτους μεταλυκειακής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ($p=0,040$).

Η βαθμολογία στη διάσταση ποιότητας «Υλικοτεχνικές υποδομές» ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο δίνεται παρακάτω στο γράφημα 14.

Γράφημα 14. Βαθμολογία διάστασης «Υλικοτεχνικές Υποδομές» αναλόγως μορφωτικού επιπέδου



- Αξιοπιστία: Ο πίνακας 8 παρακάτω δίνει το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση της «αξιοπιστίας» αναλόγως των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της διάστασης «Αξιοπιστία» με τα δημογραφικά

		Αξιοπιστία		
		Mean	Standard Deviation	p-value
Φύλο	Γυναίκα	-1,33	1,01	0,736
	Ανδρας	-0,99	1,14	
Ηλικία	18-34	-0,65	1,1	0,815
	35-49	-0,95	0,97	
	50+	-1,45	1,17	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	-2,08	1,24	0,246
	Έγγαμος-η / Σε συμβιωτική σχέση	-0,06	1	
	Διαζευγμένος-η	-2,48	1,06	
	Χήρος-α	-1,05	1,07	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. / Β'βάθμιας Εκπ.	0,12	0,94	0,107
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής / Παν. Εκπ.	-2,08	1,14	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	-1,78	1,18	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-1,2	1,03	0,502
	Ημιαστικό κέντρο	-2,13	1,39	
	Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	0,06	1,05	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-0,5	0,88	0,467
	Φοιτητής / Ανεργος / Οικιακά / Άλλο	-1,59	1,01	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-3	1,45	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,8	1,11	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-0,11	1,04	

Από τον έλεγχο δεν προκύπτει ότι διαφέρει σημαντικά το χάσμα στη διάσταση ποιότητας «Αξιοπιστία» ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

- Ανταποκρισιμότητα: Ακολουθεί ο πίνακας 9, όπου φαίνεται το μέσο gap score των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 9. Συσχέτιση της διάστασης «Ανταποκρισιμότητα» με τα δημογραφικά

		Ανταποκρισιμότητα		
		Mean	Standard Deviation	p-value
Φύλο	Γυναίκα	-1,08	1,08	0,877
	Ανδρας	-1,21	1,14	
Ηλικία	18-34	-1,04	1,17	0,917
	35-49	-0,98	1,19	
	50+	-1,34	1,06	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	-1,56	1,33	0,687
	Έγγαμος-η / Σε συμβιωτική σχέση	-0,58	0,99	
	Διαζευγμένος-η	-1,74	1,18	
	Χήρος-α	-1,41	1,11	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. / Β'βάθμιας Εκπ.	-0,45	0,99	0,354
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής / Παν. Εκπ.	-1,67	1,21	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	-1,61	1,16	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-1,03	1,13	0,501
	Ημιαστικό κέντρο	-2,4	1,31	
	Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-0,72	0,89	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-1,32	0,86	0,705
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-1,47	1,07	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-1,94	1,36	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,2	1,26	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-0,11	1,12	

Ο έλεγχος δεν κατέδειξε σημαντική διαφορά στο χάσμα στη διάσταση «Αξιοπιστία» σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

- Διασφάλιση: Παρακάτω αποτυπώνεται το μέσο gap score των ερωτηθέντων ως προς τη διάσταση της διασφάλισης ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία τους (πίνακας 10).

Πίνακας 10. Συσχέτιση της διάστασης «Διασφάλιση» με τα δημογραφικά

		Διασφάλιση		
		Mean	Standard Deviation	p-value
Φύλο	Γυναίκα	-1,88	1,07	0,566
	Ανδρας	-1,44	1,01	
Ηλικία	18-34	-1,61	1,05	0,977
	35-49	-1,51	0,95	
	50+	-1,7	1,09	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	-2,6	1,13	0,451
	Έγγαμος-η / Σε συμβιωτική σχέση	-1,1	1,02	
	Διαζευγμένος-η	-2,04	0,98	
	Χήρος-α	-1,23	0,98	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. / Β'βάθμιας Εκπ.	-0,69	0,94	0,081
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής / Παν. Εκπ.	-2,56	1,09	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	-1,61	1,01	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-1,75	1	0,128
	Ημιαστικό κέντρο	-2,8	1,36	
	Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	0	0,79	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-1,55	0,9	0,499
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-1,88	0,92	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-3	1,23	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,2	1,16	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-0,78	1,03	

Το χάσμα στη διάσταση ποιότητας της διασφάλισης δε φαίνεται να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων.

- Ενσυναίσθηση: Ο πίνακας 11 απεικονίζει το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» σε σχέση με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

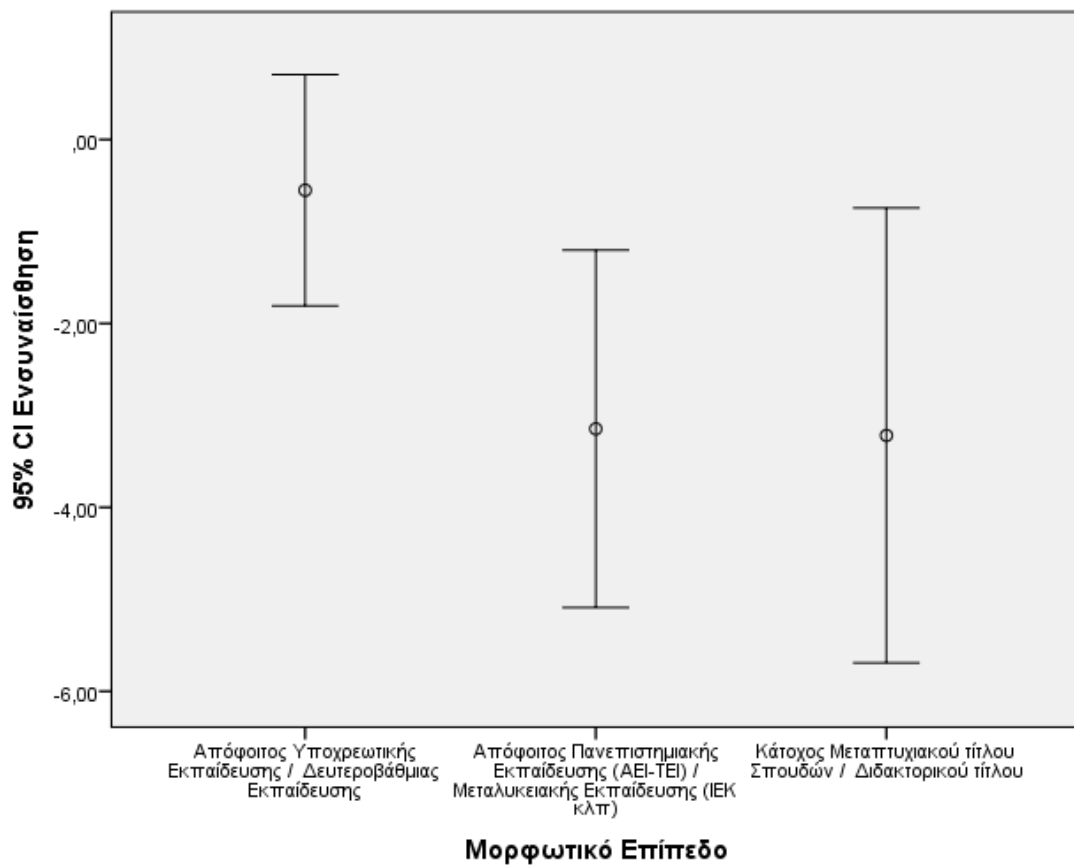
Πίνακας 11. Συσχέτιση της διάστασης «Ενσυναίσθηση» με τα δημογραφικά

		Ενσυναίσθηση		
		Mean	Standard Deviation	p-value
Φύλο	Γυναίκα	-1,55	1,20	0,388
	Ανδρας	-2,48	1,12	
Ηλικία	18-34	-2,78	1,38	0,706
	35-49	-1,56	1,06	
	50+	-2,21	1,13	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	-2,48	1,22	0,950
	Έγγαμος-η / Σε συμβιωτική σχέση	-2,18	1,23	
	Διαζευγμένος-η	-2,09	1,04	
	Χήρος-α	-1,50	1,07	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. / Β'βάθμιας Εκπ.	-0,55	0,88	0,049
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής / Παν. Εκπ.	-3,15	1,34	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	-3,22	1,14	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-2,05	1,10	0,606
	Ημιαστικό κέντρο	-3,33	1,44	
	Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-1,33	1,16	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-2,95	0,98	0,434
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-2,56	1,34	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-3,47	1,37	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,70	1,03	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-1,00	0,93	

Το χάσμα στη διάσταση της ενσυναίσθησης βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($p=0,049$). Ειδικότερα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το χάσμα προκύπτει σημαντικά μικρότερο για τους αποφοίτους υποχρεωτικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τους απόφοιτους μεταλυκειακής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ($p=0,077$).

Το γράφημα 15 που ακολουθεί παρουσιάζει τη βαθμολογία στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων (γράφημα 15).

Γράφημα 15. Βαθμολογία διάστασης «Ενσυναίσθηση»
ανάλογως μορφωτικού επιπέδου



Τέλος ελέγχθηκε το μέσο gap score των ερωτηθέντων στη συνολική κλίμακα SERVQUAL (στο σύνολο των πέντε διαστάσεων ποιότητας) ως προς τα δημογραφικά στοιχεία τους (πίνακας 12).

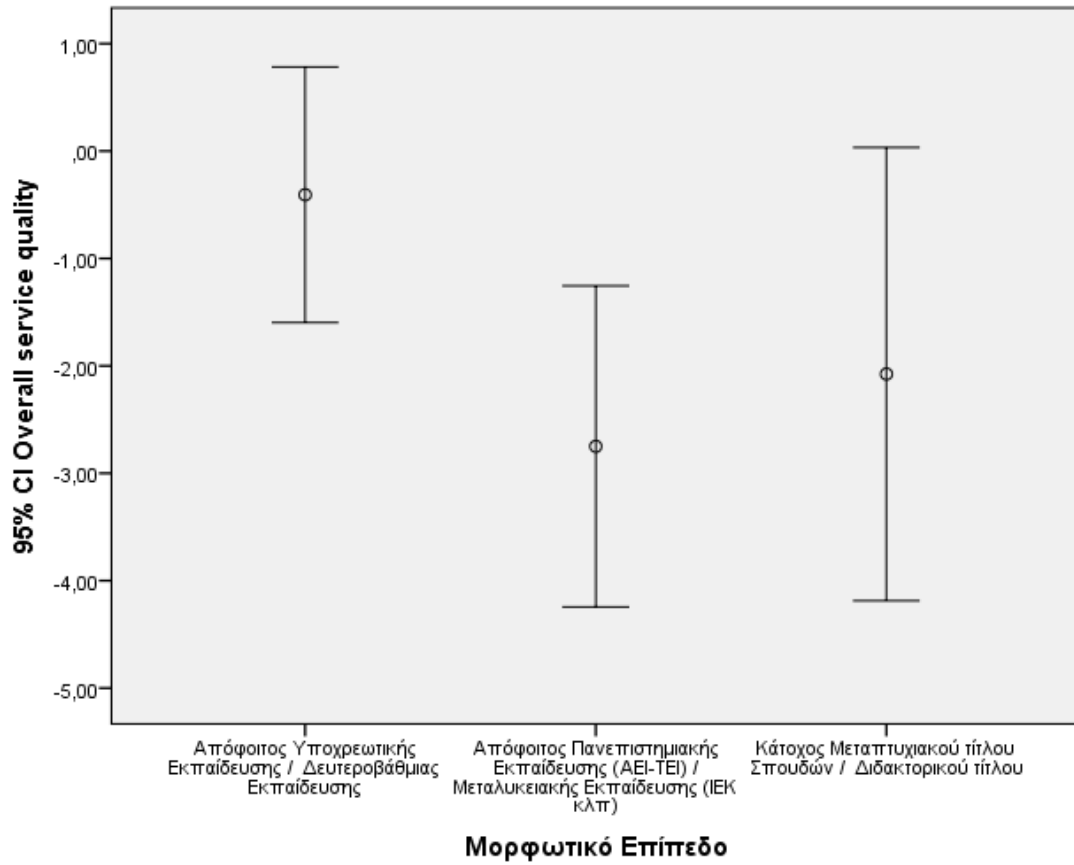
Πίνακας 12. Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας SERVQUAL με τα δημογραφικά

		Total gap		
		Mean	Standard Deviation	p-value
Φύλο	Γυναίκα	-1,68	1,21	0,972
	Ανδρας	-1,65	1,20	
Ηλικία	18-34	-1,61	1,21	0,914
	35-49	-1,44	1,12	
	50+	-1,85	1,26	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	-2,55	1,33	0,534
	Έγγαμος-η / Σε συμβιωτική σχέση	-1,09	1,18	
	Διαζευγμένος-η	-2,35	1,11	
	Χήρος-α	-1,24	1,19	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρ. / Β'βάθμιας Εκπ.	-0,41	1,04	0.048
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής / Παν. Εκπ.	-2,75	1,29	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού	-2,08	1,22	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-1,75	1,12	0,315
	Ημιαστικό κέντρο	-2,79	1,66	
	Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-0,30	1,09	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-2,01	0,89	0,448
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-1,95	1,22	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-3,18	1,64	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,96	1,20	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-0,58	1,07	

Το χάσμα στη συνολική κλίμακα SERVQUAL καταδείχθηκε ότι διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ($p=0,048$). Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το χάσμα προέκυψε σημαντικά μικρότερο για τους συμμετέχοντες που έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική και δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε σχέση με τους απόφοιτους μεταλυκειακής και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,047$).

Το γράφημα 16 στη συνέχεια παρουσιάζει το μέσο συνολικό χάσμα ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 16. Μέσο συνολικό χάσμα αναλόγως μορφωτικού επιπέδου



Στη συνέχεια διερευνάται η σημαντικότητα που αποδίδουν οι συμμετέχοντες σε πέντε χαρακτηριστικά προσαρμοσμένα στα νοσοκομεία, όταν αξιολογούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Κάθε χαρακτηριστικό μπορεί να λάβει από την ελάχιστη τιμή των 0 βαθμών έως τη μέγιστη τιμή των 100 βαθμών· όσο υψηλότερο βαθμό λάβει ένα χαρακτηριστικό, τόσο σημαντικότερο είναι στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Ο πίνακας 13 που ακολουθεί παρουσιάζει τις εν λόγω βαθμολογίες των ερωτώμενων.

Πίνακας 13. Βαθμολογίες συμμετεχόντων σε πέντε χαρακτηριστικά αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	5	30	18 (4)	20 (15 - 21)
Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	10	31	20 (4)	20 (19 - 22)
Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	10	31	20 (4)	20 (19 - 22)
Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	10	30	21 (4)	20 (19 - 23)
Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	5	40	20 (5)	20 (20 - 22)

Διαπιστώνουμε ότι το χαρακτηριστικό ««Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό», που αντιστοιχεί στη διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών, με βαθμολογία που κυμαινόταν από 5 έως 30 και μέση τιμή 18 (SD=4), έχει τη μικρότερη συνεισφορά στην ικανοποίηση των ασθενών – και επομένως στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αντίστοιχα, περισσότερο σημαντική θεωρούν οι ασθενείς τη διάσταση της διασφάλισης, καθώς το χαρακτηριστικό «Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη» έλαβε βαθμολογία μεταξύ 10 και 30 και μέση τιμή 21 (SD=4). Τα υπόλοιπα τρία χαρακτηριστικά φαίνεται να βρίσκονται στα ίδια επίπεδα σημαντικότητας ως προς την ικανοποίηση των ασθενών. Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά «Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια» (διάσταση της αξιοπιστίας) και «Προθυμία για βοήθεια των

ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση» (διάσταση της ανταποκρισιμότητας) βαθμολογήθηκαν μεταξύ 10 και 31 και μέση τιμή 20 (SD=4)· στο χαρακτηριστικό «Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς» (διάσταση της ενσυναίσθησης) η βαθμολογία κυμαινόταν από 5 έως 40 και μέση τιμή 20 (SD=5).

Τέλος στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται στοιχεία της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ από τους συμμετέχοντες για τα πέντε χαρακτηριστικά του πίνακα 13 (πίνακας 14).

Πίνακας 14. Στοιχεία αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών ΓΝΑ ΚΑΤ

		N	%
Ποιο είναι το πιο σημαντικό για εσάς στον καθορισμό της ικανοποίησής σας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΓΝΑ ΚΑΤ	Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	18	15,0%
	Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	26	21,7%
	Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	22	18,3%
	Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	34	28,3%
	Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	20	16,7%
Ποιο χαρακτηριστικό είναι το λιγότερο σημαντικό για εσάς;	Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	38	31,7%
	Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	18	15,0%
	Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	23	19,2%
	Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	20	16,7%
	Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	21	17,5%

Οι συμμετέχοντες κατέδειξαν ως περισσότερο σημαντικά για τον καθορισμό της ικανοποίησής τους από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΓΝΑ ΚΑΤ τα χαρακτηριστικά «Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη» (διάσταση της διασφάλισης) και «Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια» (διάσταση της αξιοπιστίας) σε ποσοστό 28,3% και 21,7% αντίστοιχα.

Αντίθετα, τα χαρακτηριστικά με τη μικρότερη συνεισφορά στην ικανοποίηση των ασθενών ήταν η «Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό» (διάσταση υλικοτεχνικών υποδομών) (31,7%) και η «Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση» (διάσταση ανταποκρισιμότητας) (19,2%).

6. Τα αποτελέσματα της έρευνας

6.1. Συζήτηση και ερμηνεία των ευρημάτων

Όλα τα χάσματα ποιότητας, όπως προέκυψαν από την αφαίρεση της μέσης βαθμολογίας της προσδοκίας από την αντίστοιχη της αντίληψης, υπολογίστηκαν αρνητικά και για τα 22 ζεύγη ερωτημάτων του μοντέλου SERVQUAL, καταδεικνύοντας μη ικανοποίηση των ασθενών και επομένως έλλειμμα ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με το μεγαλύτερο αριθμό των ερευνών αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με βάση την ικανοποίηση των ασθενών αξιοποιώντας το εργαλείο SERVQUAL, τόσο στην Ελλάδα (Karassavidou, E. et al., 2009· Papanikolaou V. & Zygiaris S., 2012), όσο και διεθνώς, όπως στις ΗΠΑ (Anderson E. A., 1996), στο Ηνωμένο Βασίλειο (Sewell N., 1997), στην Κίνα (Fan L.-h. et al., 2017), στη Μαλαισία (Ahmad B. Z. et al., 2018), στην Ινδία (Brahmbhatt M. et al., 2011), στο Ιράν (Gholami M. et al., 2016), στη Γκάνα (Essiam J. O., 2013), στην Τουρκία (Isik O. et al., 2011) και στην Κύπρο (Arasli H. et al., 2008). Φαίνεται, λοιπόν, ότι στα περισσότερα συστήματα υγείας, όχι μόνο στα λιγότερο αλλά και στα περισσότερο ανεπτυγμένα κράτη, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, το υψηλότερο αρνητικό gap score (-0,79) καταγράφηκε στη διάσταση της ενσυναίσθησης και συγκεκριμένα ως προς τη διερεύνηση του κατά πόσο το προσωπικό του νοσοκομείου αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του (ζεύγος ερωτημάτων 22). Η διάσταση της ενσυναίσθησης είχε καταδειχτεί ως εκείνη με το μεγαλύτερο αρνητικό χάσμα ποιότητας και στην έρευνα των Papanikolaou V. & Zygiaris S. (2012). Το εύρημα της έρευνάς μας μπορεί να αξιολογηθεί σε σχέση με το ζεύγος ερωτημάτων 20, που εξετάζει το κατά πόσο οι υπάλληλοι του νοσοκομείου καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών, και για το οποίο το χάσμα ποιότητας ανήλθε σε -0,27, καταδεικνύοντας συγκριτικά αρκετά υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης. Η ερμηνευτική προσέγγιση που μπορεί να υιοθετηθεί εδώ είναι ότι οι ασθενείς παρουσιάζονται εν γένει δυσαρεστημένοι από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ανάγκες τους, οι οποίες δεν είναι αποκλειστικά ανάγκες ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, αλλά επεκτείνονται σε

ανάγκες ψυχολογικής υποστήριξης, ενθάρρυνσης και ενδυνάμωσης. Περαιτέρω, αυτές ακριβώς οι ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, η ανάγκη τους να έχουν το χρόνο που χρειάζονται με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, ώστε να έχουν τις πληροφορίες και την ενημέρωση για το πρόβλημα της υγεία τους, αλλά επιπλέον να λαμβάνουν τη διαβεβαίωση ότι όλα θα πάνε καλά, να νοιώθουν ότι οι γιατροί τους και οι νοσηλευτές τους είναι πλάι τους για ό,τιδήποτε χρειαστούν, αυτές ακριβώς είναι οι ανάγκες που δεν ικανοποιούνται επαρκώς. Ο λόγος εδώ μπορεί να αναζητηθεί στη συγκεκριμένη χρονική συγκυρία και ειδικότερα στην πανδημία COVID-19, η οποία εδώ και περίπου ένα έτος ασκεί σημαντικές πιέσεις στο δημόσιο σύστημα υγείας και απορροφά πολύτιμο χρόνο από τους υγειονομικούς επαγγελματίες, διότι, αφενός πρέπει να ακολουθούνται συγκεκριμένα πρωτόκολλα και να λαμβάνονται ειδικά μέτρα κατά τη διαχείριση των ασθενών, αφετέρου η ίδια η φύση της πανδημίας έχει αναγκάσει όλους τους ανθρώπους σε μια οιασδήποτε κοινωνική αποξένωση και τους έχει καταστήσει επιφυλακτικούς – σε φυσικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο – απέναντι στους συνανθρώπους τους.

Το αμέσως χαμηλότερο αρνητικό χάσμα ποιότητας (-0,67) σημειώθηκε στη διάσταση της διασφάλισης: Οι ασθενείς εκτιμούν ότι οι εργαζόμενοι του ΓΝΑ ΚΑΤ δεν λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη, ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους και να ανταπεξέρχονται επαρκώς στα καθήκοντά τους. Η διασφάλιση έχει καταδειχθεί ως η διάσταση όπου έχει καταγραφεί το υψηλότερο αρνητικό gap score σε μια σειρά ερευνών (Anderson E. A., 1996· Christoglou K. et al., 2006· Rezaei S. et al., 2016)· αντίθετα σε άλλες έρευνες (Garrand F. & Narayan H., 2013· Essiam J. O., 2013) έχει σημειώσει το χαμηλότερο αρνητικό χάσμα ποιότητας. Το εύρημα της έρευνάς μας σημαίνει ότι η Διοίκηση του νοσοκομείου αποτυγχάνει να σταθεί δίπλα στο υγειονομικό προσωπικό, να ακούσει τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζει και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα ή να σχεδιάσει και να εφαρμόσει τις ενδεδειγμένες διαδικασίες, προκειμένου να συνδράμει το δύσκολο έργο των εργαζόμενων και να κάνει αποτελεσματικότερη τη δουλειά τους. Γίνεται κατανοητό ότι μια τέτοια κατάσταση μπορεί να θίξει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, έρχεται δε σε αντίθεση με την αρχή της διοίκησης ποιότητας που αναφέρεται στη δέσμευση της ηγεσίας ενός υγειονομικού οργανισμού στην αριστεία. Η εξήγηση και πάλι εδώ μπορεί να δοθεί υπό την οπτική της πανδημίας COVID-19: Η Διοίκηση του νοσοκομείου υποχρεούται σε μια καθημερινή γραφειοκρατική ρουτίνα ερμηνείας και τήρησης νομοθετικών διατάξεων, σύνταξης και εφαρμογής

εγκυκλίων, καθώς και επιβολής και επιτήρησης των μέτρων που θεσπίζει η πολιτεία για την διαχείριση και την αντιμετώπιση της πανδημίας. Από τη μια πλευρά, αυτό μπορεί επαγωγικά να ερμηνευθεί ως ενδιαφέρον προς το προσωπικό του νοσοκομείου, από τη στιγμή που λαμβάνεται μέριμνα τήρησης των κανόνων και των μέτρων εκείνων, που αποτρέπουν μια επικείμενη μόλυνσή τους από SARS-CoV-2· από την άλλη μεριά όμως, μπορεί η μονομερής ενασχόληση με την πανδημία και τα μέτρα περιορισμού της να αποβαίνει σε βάρος άλλων σοβαρών ζητημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει ένας εργαζόμενος σε ένα μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο σήμερα, όπως η υποστελέχωση των υπηρεσιών, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η αποστέρηση των ημερών ανάπαυσης (ρεπό) στο όνομα της έλλειψης προσωπικού και της αύξησης της επισκεψιμότητας των ασθενών και – πολύ σημαντικό – η διαμόρφωση μιας ψυχολογίας του εργαζόμενου ότι βρίσκεται μόνος του απέναντι σε όλα αυτά τα προβλήματα, χωρίς να έχει υποστήριξη από πουθενά και χωρίς να εισακούγονται οι ανησυχίες και οι αγωνίες του. Εντούτοις, ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι το προσωπικό, παρά την έλλειψη υποστήριξης από τη Διοίκηση του νοσοκομείου, καταφέρνει να παραμένει συνεπές και ευγενικό απέναντι στους ασθενείς (το σχετικό ζεύγος ερωτημάτων 16 έλαβε το χαμηλότερο αρνητικό gap score, -0,18, στη διάσταση της διασφάλισης), σε βαθμό που υπολείπεται μεν των προσδοκιών του, τους ικανοποιεί δε περισσότερο σε σχέση με τις άλλες παραμέτρους της εξεταζόμενης διάστασης ποιότητας.

Για το ζεύγος ερωτημάτων αναφορικά με την οπτική ελκυστικότητα των φυσικών εγκαταστάσεων του ΓΝΑ ΚΑΤ, της διάστασης των υλικοτεχνικών υποδομών, υπολογίστηκε το τρίτο κατά σειρά υψηλότερο αρνητικό χάσμα προσδοκίας-αντίληψης, που ανήλθε στο -0,66. Οι υλικοτεχνικές υποδομές, ως διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, έχουν βρεθεί να ενσωματώνουν το υψηλότερο gap score (Arasli H. et al., 2008· Ahmad B. Z. et al., 2018), ενώ στην έρευνα των Fan L.-h. et al. (2017) κατέγραψαν το χαμηλότερο χάσμα ποιότητας. Το εύρημα της έρευνάς μας σημαίνει ότι οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την εμφάνιση των χώρων αναμονής, των ιατρείων, των θαλάμων νοσηλείας, των τουαλετών κλπ του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να εντοπίζεται έλλειμμα ποιότητας ως προς το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Είναι γεγονός ότι το ΓΝΑ ΚΑΤ είναι ένα νοσοκομείο που κάποιες από τις φυσικές του εγκαταστάσεις μετρούν άνω των 65 ετών ζωής· οπωσδήποτε έχουν γίνει επανειλημμένα και εξακολουθούν να πραγματοποιούνται επισκευές, επεκτάσεις, προσθήκες και αναδιαμορφώσεις στα

κτήρια, όμως αυτές συνήθως επιτελούνται εντός περιορισμένων προϋπολογισμών – ιδίως κατά την τελευταία δεκαετία που σηματοδεύτηκε από την οικονομική κρίση, οι συνέπειες της οποίας είναι ακόμα αισθητές – και όχι πάντα στη βάση ενός εμπειριστατωμένου και βιώσιμου σχεδιασμού, πράγμα που σημαίνει ότι μετά από μερικά χρόνια οι σχετικές παρεμβάσεις καθίστανται παρωχημένες ή μη λειτουργικές και πρέπει να αναθεωρηθούν. Αυτό ασφαλώς δεν είναι – ελλείψει κονδυλίων – πάντα εφικτό, με συνέπεια να πρέπει να λειτουργήσει το νοσοκομείο με τις υπάρχουσες υποδομές, ανεξαρτήτως αν αυτές είναι κατάλληλες και λειτουργικές, πόσο μάλλον αισθητικά αρεστές. Ωστόσο, τα πράγματα φαίνεται να είναι καλύτερα ως προς την ποιότητα της τάξης και της καθαριότητας εργαζομένων και εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση (ζεύγη ερωτημάτων 3 και 4), όπου τα αρνητικά gap scores διαμορφώθηκαν σε -0,06 και -0,16 αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι ως προς τα χαρακτηριστικά αυτά. Τέλος, το αρκετά υψηλό αρνητικό χάσμα ποιότητας που προέκυψε ως προς το χαρακτηριστικό του σύγχρονου εξοπλισμού, μπορεί επίσης να αιτιολογηθεί στη βάση των στενών οικονομικών πόρων, που δεν επιτρέπουν την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό των μηχανημάτων βιοϊατρικών εφαρμογών και εν γένει του ιατροτεχνολογικού και μηχανολογικού εξοπλισμού του νοσοκομείου· θετικό βέβαια μπορεί να χαρακτηριστεί το γεγονός ότι το νοσοκομείο δέχεται τακτικά κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα δωρεές που επιτρέπουν έως ένα βαθμό την τεχνολογική του αναβάθμιση.

Στη διάσταση της ανταποκρισιμότητας, στο χαρακτηριστικό της ενημέρωσης των ασθενών (ζεύγος ερωτημάτων 10) καταγράφηκε το υψηλότερο αρνητικό χάσμα ποιότητας (-0,37). Για τη διάσταση της ανταποκρισιμότητας έχουν υπολογιστεί τα υψηλότερα χάσματα ποιότητας (Sargeant A. & Kaehler J., 1998· Essiam J. O., 2013· Garrand F. & Narayan H., 2013), ενώ οι Rezaei S. et al. (2016) την έχουν υπολογίσει στην έρευνά τους με το χαμηλότερο gap score. Το εύρημα της έρευνάς μας μπορεί να θεωρηθεί σε συνδυασμό με τα προηγουμένως συζητούμενα στη διάσταση της ενσυναίσθησης περί έλλειψης χρόνου, με αποτέλεσμα την μη ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή. Συγκεκριμένα, όταν το προσωπικό του νοσοκομείου δεν βρίσκει το χρόνο που απαιτείται να αφιερώσει με καθέναν ασθενή ξεχωριστά, ώστε να σταθεί δίπλα του, να τον ενημερώσει για την κατάσταση της υγείας του και να τον υποστηρίξει ως προς τη λήψη αποφάσεων για την βέλτιστη έκβαση του υγειονομικού του προβλήματος, οπωσδήποτε θίγεται το

χαρακτηριστικό της αποτελεσματικής και απρόσκοπτης επικοινωνίας και κατά συνέπεια η ενημέρωση του ασθενή γίνεται βεβιασμένα, πρόχειρα και επιφανειακά, πράγμα που μπορεί να κλονίσει την εμπιστοσύνη του στην ανεμπόδιστη ανταποκρισιμότητα των εργαζομένων. Βέβαια, το αρνητικό χάσμα ποιότητας είναι χαμηλότερο (-0,19) ως προς το χαρακτηριστικό της παροχής γρήγορων υπηρεσιών προς τους ασθενείς (ζεύγος ερωτημάτων 11), καταδεικνύοντας ότι, χωρίς ασφαλώς να ικανοποιούνται οι προσδοκίες τους, οι ασθενείς εμφανίζονται λιγότερο δυσαρεστημένοι με την ταχύτητα που το προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα αιτήματά τους.

Τέλος, σχετικά χαμηλά αρνητικά χάσματα ποιότητας υπολογίστηκαν για τα πέντε χαρακτηριστικά της διάστασης της αξιοπιστίας, με το χαμηλότερο (-0,13) να καταγράφεται ως προς το χαρακτηριστικό της παροχής των υπηρεσιών από το νοσοκομείο τη στιγμή που το υποσχέθηκε (ζεύγος ερωτημάτων 8)³⁴. Ομοίως, η έρευνα των Ahmad B. Z. et al. (2018) είχε καταδείξει τη διάσταση της αξιοπιστίας ως εκείνη για την οποία υπολογίστηκε το μικρότερο αρνητικό gap score. Το εύρημα αυτό της έρευνάς μας δηλώνει ότι οι ασθενείς – χωρίς να είναι ικανοποιημένοι, αφού οι προσδοκίες τους υπερβαίνουν τις αντιλήψεις τους – είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι από την αξιοπιστία του ΓΝΑ ΚΑΤ, αναγνωρίζοντας ότι προσπαθεί να τηρήσει στο μέτρο του δυνατού τις υποσχέσεις του για αξιοπρεπή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Το υψηλότερο αρνητικό gap score της εξεταζόμενης διάστασης αφορούσε στο χαρακτηριστικό της σωστής τήρησης των αρχείων από το νοσοκομείο (ζεύγος ερωτημάτων 9, gap score = -0,33): Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί στο πλαίσιο ενός γενικότερου ελλείμματος οργανωτικότητας που χαρακτηρίζει την ελληνική δημόσια διοίκηση. Συγκεκριμένα, μέχρι πριν λίγα χρόνια η ηλεκτρονική διακυβέρνηση ήταν σε εμβρυώδη κατάσταση, η ηλεκτρονική διακίνηση και τήρηση αρχείων και εγγράφων θεωρείτο καινοτομία, ενώ τα συστήματα αρχειοθέτησης των δημοσίων υπηρεσιών ήταν δυσλειτουργικά και αναποτελεσματικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά εξακολουθούν σε μεγάλο βαθμό να υπονομεύουν τον εκσυγχρονισμό και τη μετάβαση της δημόσιας διοίκησης στην ψηφιακή εποχή, με τον ψηφιακό μετασχηματισμό και την διαλειτουργικότητα να υστερούν χαρακτηριστικά και με τα πράγματα να είναι ακόμα χειρότερα για την περίπτωση του δημόσιου νοσοκομείου: Ακόμα και σήμερα, ο μεγαλύτερος όγκος των ιατρικών φακέλων, των

³⁴ Μάλιστα, το εν λόγω χαρακτηριστικό σημείωσε το χαμηλότερο αρνητικό χάσμα ποιότητας από το σύνολο των χαρακτηριστικών που διερευνήθηκαν και από τα 22 ζεύγη ερωτημάτων.

εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων και πράξεων, των ιατρικών γνωματεύσεων, των παραπεμπτικών, καθώς και λοιπών εγγράφων ιατρονοσηλευτικού αλλά και διοικητικοοικονομικού περιεχομένου εξακολουθούν να διακινούνται και να τηρούνται με φυσικό και όχι με ψηφιακό τρόπο, με ό,τι αυτό συνεπάγεται ως προς τις ανάγκες αποθήκευσης, αναζήτησης και εύρεσης όποιου συγκεκριμένου εγγράφου χρειαστεί.

Αποτιμώντας συνολικά το επίπεδο ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών στο ΓΝΑ ΚΑΤ, αυτό δε φαίνεται να ικανοποιεί τις προσδοκίες των ασθενών, με το συνολικό χάσμα ποιότητας για όλες τις υπό διερεύνηση διαστάσεις του μοντέλου SERVQUAL να ανέρχεται σε -0,33. Το υψηλότερο μέσο χάσμα ποιότητας (-0,42) υπολογίστηκε για τη διάσταση της ενσυναίσθησης, καταδεικνύοντας ότι οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο που το νοσοκομείο επιλέγει να εκπληρώσει τις ανάγκες τους, από την προσοχή που τους επιδεικνύεται από το προσωπικό και από την διασφάλιση των συμφερόντων τους. Όπως συζητήθηκε και προηγούμενα, η ενασχόληση του προσωπικού με πλήθος διαδικαστικών και πρακτικών ζητημάτων στο πλαίσιο άσκησης των επαγγελματικών τους καθηκόντων, αποστερεί πολύτιμο χρόνο που θα μπορούσε να επενδυθεί στη δόμηση ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ των υγειονομικών εργαζομένων και των ασθενών και επομένως στην ενίσχυση των χαρακτηριστικών της διάστασης της ενσυναίσθησης. Ωστόσο, η έρευνα των Karavida A. et al. (2014) είχε καταδείξει ικανοποίηση των ασθενών από τη διάσταση της ενσυναίσθησης, με τις αντιλήψεις των ασθενών να υπερβαίνουν τις προσδοκίες τους· άλλες έρευνες (Garrand F. & Narayan H., 2013· Kalaja R. et al., 2016) κατέγραψαν θετικά gap score, όχι μόνο στη διάσταση της ενσυναίσθησης, αλλά στο σύνολο των διαστάσεων ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι ασθενείς παρουσιάζονται εμφανώς δυσαρεστημένοι και ως προς τη διάσταση της διασφάλισης, με το σχετικό μέσο gap score να υπολογίζεται σε -0,41. Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να ερμηνευθεί εντός του γενικότερου πλαισίου ελλείμματος ασφάλειας που πηγάζει από τα δεδομένα της πανδημίας COVID-19: Οι ασθενείς αισθάνονται ευάλωτοι, τρωτοί και νοιώθουν ότι προσερχόμενοι σε ένα περιβάλλον υγειονομικού ενδιαφέροντος εκτίθενται σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό διακυβεύοντας την ασφάλειά τους. Η ψυχολογική αυτή κατάσταση πιθανώς σε κάποιες περιπτώσεις να επιδρά στην παρερμηνεία συμπεριφορών εκ μέρους των εργαζομένων του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να κλονίζει την πίστη των ασθενών στα χαρακτηριστικά της διάστασης της διασφάλισης. Πρέπει να επισημανθεί ότι σε

ελληνική έρευνα (Karavida A. et al., 2014) οι ασθενείς έχουν δηλώσει ικανοποιημένοι από τη διάσταση της διασφάλισης, με τα αντίστοιχα χάσματα ποιότητας να υπολογίζονται με θετικό πρόσημο. Αντίθετα, σε έτερη έρευνα στην Ελλάδα (Christoglou K. et al., 2006), η διάσταση της διασφάλισης έχει καταγράψει το υψηλότερο αρνητικό gap score.

Η διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών παρουσιάζει επίσης ένα υψηλό αρνητικό μέσο χάσμα ποιότητας (-0,33) που μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα της συζητούμενης στα προηγούμενα μη πρόβλεψης κονδυλίων ή υποχρηματοδότησης των επιχορηγήσεων για τις κτηριακές και τις ιατροτεχνολογικές και μηχανολογικές υποδομές του ΓΝΑ ΚΑΤ. Αρνητικό gap score στην εν λόγω διάσταση έχουν καταδείξει και άλλες ελληνικές έρευνες (Karassavidou, E. et al., 2009· Papanikolaou V. & Zygiaris S., 2012· Karavida A. et al., 2014).

Τέλος, στις διαστάσεις της ανταποκρισιμότητας και της αξιοπιστίας σημειώθηκαν παρεμφερή μέσα αρνητικά gap scores (-0,29 και -0,23 αντίστοιχα), τα οποία, αν και υποδηλούν τη μη ικανοποίηση των ασθενών και επομένως έλλειμμα ποιότητας ως προς τα εν λόγω χαρακτηριστικά, εντούτοις καταδεικνύουν μικρότερο βαθμό δυσαρέσκειας των ασθενών σε σχέση με τις εν λόγω διαστάσεις. Είναι αναμενόμενο, με δεδομένη την ψυχολογική κυρίως επιβάρυνση τόσο του υγειονομικού προσωπικού όσο και των ασθενών από την πανδημία COVID-19, ούτε οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται στους ασθενείς με τον βέλτιστο ή άριστο τρόπο, ούτε οι τελευταίοι να αντιλαμβάνονται στο βαθμό που θα έπρεπε τις προσπάθειες και τον αγώνα των εργαζόμενων του ΓΝΑ ΚΑΤ να κάνουν σωστά τη δουλειά τους. Τα χαρακτηριστικά των εν λόγω διαστάσεων αναφέρονται στην εμπιστοσύνη που εμπνέουν οι εργαζόμενοι στους ασθενείς και στα επίπεδα που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, τα οποία εν μέσω πανδημίας προφανώς μπορούν να θίγονται. Παρόμοια ευρήματα ως προς τις διαστάσεις της ανταποκρισιμότητας και της αξιοπιστίας έχουν προκύψει και από άλλες έρευνες στο ελληνικό σύστημα υγείας (Karassavidou, E. et al., 2009· Papanikolaou V. & Zygiaris S., 2012· Karavida A. et al., 2014).

Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι ότι οι πέντε μελετώμενες διαστάσεις ποιότητας του εργαλείου SERVQUAL εμφανίζουν σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ τους, δηλαδή ο υπολογισμός υψηλότερου χάσματος ποιότητας σε μία από αυτές σχετίζεται με υψηλότερο χάσμα και στις υπόλοιπες. Αυτή η διαπίστωση μπορεί να αιτιολογηθεί στη βάση της θεώρησης της ποιότητας ως μιας έννοιας ολιστικής και

αδιαίρετης, που να μην μπορεί να περιγραφεί από ένα σύνολο διαστάσεων που περιγράφουν διαφορετικές πτυχές της, όμως στον πυρήνα της παραμένει αδιάσπαστη και εμφανίζει ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των συνιστωσών που την απαρτίζουν. Εξάλλου, η υψηλότερη θετική συσχέτιση εντοπίστηκε ανάμεσα στις διαστάσεις της διασφάλισης και της αξιοπιστίας, πιθανώς διότι και οι δύο αυτές διαστάσεις θεμελιώνονται σε μεγάλο βαθμό στο επίπεδο εμπιστοσύνης του ασθενή προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Ένα επίσης σημαντικό εύρημα που προέκυψε από την παρούσα ερευνητική απόπειρα είναι ότι τα μετρούμενα με το μοντέλο SERVQUAL χάσματα στις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ δε φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, περιοχή κατοικίας και επάγγελμα) εκτός των περιπτώσεων των διαστάσεων των υλικοτεχνικών υποδομών και της ενσυναίσθησης, που σχετίζονται με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών. Έτσι, καταδείχθηκε ότι οι απόφοιτοι υποχρεωτικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εμφανίζονται λιγότερο δυσαρεστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου σε σχέση με τους απόφοιτους μεταλυκειακής (IEK κλπ) και τριτοβάθμιας (ΤΕΙ και ΑΕΙ) εκπαίδευσης ως προς τις διαστάσεις αυτές, καθώς το αρνητικό χάσμα ποιότητας στην πρώτη κατηγορία ασθενών υπολογίστηκε σημαντικά μικρότερο σε σχέση με τη δεύτερη. Με δεδομένο ότι το χάσμα ποιότητας αντιπροσωπεύει τη διάσταση μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών, μπορούμε να ερμηνεύσουμε τη συσχέτιση αυτή εικάζοντας ότι οι ασθενείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου προσέρχονται στο νοσοκομείο με χαμηλότερες προσδοκίες ως προς τις υγειονομικές υπηρεσίες που πρόκειται να λάβουν σε σχέση με τους ασθενείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Μια άλλη ερμηνεία που μπορεί να δοθεί για να εξηγηθεί το εύρημα είναι ότι οι λιγότερο μορφωμένοι ασθενείς αξιολογούν με υψηλότερη βαθμολογία το τι τελικά συνέβη, δηλαδή το κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας, αφού τους παρασχέθηκαν, ανταποκρίνονταν στις προσδοκίες τους, σε σχέση με τους περισσότερο μορφωμένους ασθενείς. Ο εντοπισμός της συσχέτισης αυτής αποκλειστικά στις διαστάσεις των υλικοτεχνικών υποδομών και της ενσυναίσθησης, δηλαδή δύο διαστάσεων εκ διαμέτρου αντίθετων, μιας ξεκάθαρα υλικής/πρακτικής και μιας προσανατολισμένης στην ψυχροσύνθεση του ασθενή, πιθανώς να υπαινίσσεται ότι οι εν λόγω διαστάσεις διαφοροποιούνται από τις υπόλοιπες τρεις ως προς τον περισσότερο υποκειμενικό

προσδιορισμό των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους και για τον λόγο αυτό συσχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Επιπρόσθετα, το εύρημα της διαφοροποίησης του χάσματος ποιότητας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών καταλαμβάνει και τη συνολική κλίμακα SERVQUAL και μπορεί να αιτιολογηθεί σύμφωνα με τα προαναφερόμενα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τις έρευνες των Papanikolaou V. & Zygiaris S. (2012) και των Karavida A. et al. (2014), όπου οι λιγότερο μορφωμένοι ασθενείς δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με εκείνους υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου, όχι όμως και με την έρευνα των Shaikh B. T. et al. (2008), η οποία δεν κατέδειξε σημαντική συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας του μοντέλου SERVQUAL με το δημογραφικό χαρακτηριστικό του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων. Άλλες ερευνητικές εργασίες έχουν αποκαλύψει επίσης συσχέτιση του συνόλου των διαστάσεων ποιότητας με το φύλο των ασθενών (Shaikh B. T. et al., 2008· Papanikolaou V. & Zygiaris S., 2012), και με την ηλικία τους (Sewell N., 1997· Papanikolaou V. & Zygiaris S., 2012· Karavida A. et al., 2014).

Η έρευνα προσδιόρισε το χαρακτηριστικό της ικανότητας έμπνευσης εμπιστοσύνης από υπαλλήλους με γνώσεις και με καλούς τρόπους ως το πλέον σημαντικό κατά την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου. Πρόκειται για τη διάσταση ποιότητας της διασφάλισης του μοντέλου SERVQUAL και αιτιολογείται με τη συλλογιστική ότι ένας ασθενής που προσέρχεται σε ένα νοσοκομείο για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας που τον ταλαιπωρεί, αναζητά πρωτίστως μορφωμένους, εκπαιδευμένους και καταρτισμένους εργαζόμενους που να είναι σε θέση να τον βοηθήσουν έγκυρα και αποτελεσματικά και να τον οδηγήσουν στην ίαση. Επιπρόσθετα, η προσέγγιση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας με ευγένεια και συνέπεια ενισχύει τα επίπεδα εμπιστοσύνης των πρώτων προς τους δεύτερους και τους κάνει να αισθάνονται ασφάλεια και ότι έχουν αφεθεί σε σίγουρα χέρια. Η διάσταση της διασφάλισης έχει επίσης καταδειχθεί ως η σημαντικότερη για την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε άλλες έρευνες (Anderson E. A., 1996· Sewell N., 1997).

Αντίστοιχα, το χαρακτηριστικό εκείνο που εκτιμάται ως το λιγότερο σημαντικό για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου είναι η εμφάνιση των φυσικών του εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού του και του προσωπικού του, δηλαδή η διάσταση ποιότητας των υλικοτεχνικών υποδομών του

εργαλείου SERVQUAL. Έτσι, οι ασθενείς φαίνεται να μην προσδίδουν ιδιαίτερη σημασία στο «φαίνεσθαι» των πραγμάτων και των καταστάσεων, θεωρώντας ότι άλλα χαρακτηριστικά είναι σημαντικά προκειμένου να χαρακτηριστεί ως ποιοτική η παροχή υπηρεσιών από ένα νοσοκομείο και όχι το αν τα κτήριά του είναι παλιά ή αν το προσωπικό του δεν είναι ομοιόμορφα ενδεδυμένο. Στις περισσότερες ερευνητικές εργασίες (Anderson E. A., 1996· Sewell N., 1997· Γώγος X. και συν., 2015· Kalaja R. et al., 2016) η διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών προκύπτει ως η λιγότερο σημαντική για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αναφορικά με την περίπτωση της αποτίμησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών που παρασχέθηκαν στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο ΓΝΑ ΚΑΤ, η διάσταση της διασφάλισης καταδείχθηκε ως η περισσότερο σημαντική, καθώς το χαρακτηριστικό των υπαλλήλων με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη επιλέχθηκε από το 28,3% των συμμετεχόντων. Αντίστοιχα, με ποσοστό 31,7%, η διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών και ειδικότερα το χαρακτηριστικό της εμφάνισης των φυσικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου, του εξοπλισμού και του προσωπικού, ήταν το λιγότερο σημαντικό στη διαμόρφωση γνώμης περί της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα παραπάνω αναφερόμενα για τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντικά για την αξιολόγηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων εν γένει και αιτιολογούνται με τον ίδιο τρόπο.

6.2. Συμπεράσματα και προτάσεις βελτίωσης

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι προσδοκίες των ασθενών για το σύνολο των διαστάσεων ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ είναι υψηλότερες από τις αντιλήψεις τους, δηλαδή δεν εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες αυτές. Επομένως, η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ, με βάση την ικανοποίηση των ασθενών, υπολείπεται του προτύπου που είχε τεθεί από τους συγκεκριμένους ασθενείς πριν ακόμα προσέλθουν στο νοσοκομείο και δεχθούν τις εν λόγω υπηρεσίες.

Ειδικότερα, η διάσταση που φαίνεται να υπολείπεται περισσότερο ως προς την ποιότητα είναι εκείνη της ενσυναίσθησης και συγκεκριμένα το χαρακτηριστικό της αντίληψης των ειδικών αναγκών των ασθενών από το προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης βρέθηκε ότι θίγεται η διάσταση ποιότητας της διασφάλισης, με

βασικότερο ζήτημα το έλλειμμα υποστήριξης των εργαζομένων του νοσοκομείου από τη διοίκηση, ώστε να κάνουν σωστά τη δουλειά τους. Οι διαστάσεις των υλικοτεχνικών υποδομών και της ανταποκρισιμότητας κινήθηκαν σε κοντινά επίπεδα ως προς την ποιότητα, με τα σημαντικότερα θέματα να αφορούν στην οπτική ελκυστικότητα των φυσικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου και στην ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό του νοσοκομείου αντίστοιχα. Τέλος, λιγότερο δυσαρεστημένοι προκύπτουν οι ασθενείς από τη διάσταση της αξιοπιστίας, όπου το βασικό πρόβλημα φαίνεται να είναι η ορθή τήρηση των αρχείων του νοσοκομείου.

Η έρευνα κατέδειξε ότι η δυσαρέσκεια των ασθενών ως προς τα χαρακτηριστικά μίας εκ των διαστάσεων ποιότητας σχετίζεται θετικά με τη δυσαρέσκειά τους αντίστοιχα και προς τις υπόλοιπες διαστάσεις, με την ισχυρότερη συσχέτιση να εντοπίζεται μεταξύ των διαστάσεων της διασφάλισης και της αξιοπιστίας. Επίσης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτοι υποχρεωτικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) είναι λιγότερο δυσαρεστημένοι από εκείνους που έχουν ολοκληρώσει μεταλυκειακή (IEK κλπ) ή τριτοβάθμια (AEI/TEI) εκπαίδευση.

Οι ασθενείς δίνουν τη μεγαλύτερη σημασία στη διάσταση της διασφάλισης προκειμένου να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρονται· αντίθετα, η διάσταση των υλικοτεχνικών υποδομών φαίνεται να έχει τη μικρότερη συνεισφορά ως προς την αξιολόγηση αυτή. Ειδικά για τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες του ΓΝΑ ΚΑΤ, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι οι διαστάσεις της διασφάλισης και των υλικοτεχνικών υποδομών ήταν αυτές με τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη αντίστοιχα σημαντικότητα για τη διαμόρφωση της αξιολόγησής τους.

Στη βάση των ευρημάτων της έρευνας, μπορούν να προταθούν μέτρα βελτίωσης, ώστε να ανέλθει το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών του ΓΝΑ ΚΑΤ:

- Να προϋπολογιστούν και να δεσμευτούν κονδύλια που θα χρησιμοποιηθούν για την λειτουργική και την αισθητική αναβάθμιση των κτηριακών υποδομών του νοσοκομείου και τον εκσυγχρονισμό του βιοϊατρικού, του ιατροτεχνολογικού και του μηχανολογικού εξοπλισμού του. Προς το σκοπό αυτό μπορούν – πέραν των κρατικών επιχορηγήσεων – να αντληθούν χρήματα από προγράμματα δημοσίων επενδύσεων ή από κοινοτικά κονδύλια ή να αξιοποιηθούν τα ίδια έσοδα του νοσοκομείου, όπως τα έσοδα από την ολόημερη λειτουργία ή ακόμα να αναζητηθούν χορηγοί ή να γίνουν δωρεές. Σκόπιμο είναι να δοθεί έμφαση στην τάξη και την καθαριότητα χώρων,

εργαλείων και εργαζομένων, καθώς και στην ομοιόμορφη ενδυμασία του προσωπικού, ώστε να παρουσιάζεται μια εικόνα επαγγελματισμού και οπτικής ελκυστικότητας.

- Να προωθηθούν διαδικασίες εκσυγχρονισμού της τήρησης των αρχείων του νοσοκομείου, αξιοποιώντας σύγχρονα εργαλεία ψηφιακού μετασχηματισμού και επενδύοντας στη διαλειτουργικότητα. Να δρομολογηθούν δράσεις ενημέρωσης των εργαζομένων ως προς τη σημασία της παροχής των ενδεδειγμένων υπηρεσιών έγκαιρα και έγκυρα, με πυρήνα το ενδιαφέρον προς τον ασθενή.

- Να εκπαιδευτεί το προσωπικό στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Να εξασφαλίζεται ο απαραίτητος χρόνος για την ενημέρωση και την ενδυνάμωση των ασθενών. Αν, λόγω φόρτου εργασίας ή έλλειψης προσωπικού, αυτό δεν καθίσταται εφικτό να γίνεται από τους ίδιους τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, να διαμορφωθεί μια υπηρεσία που θα επιφορτιστεί με την ευθύνη αυτή. Να γίνουν οι απαραίτητες διαδικασίες για την πρόσληψη νέου προσωπικού, ώστε να ενισχυθεί το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου και να υπάρχει η δυνατότητα ταχύτερης και αποτελεσματικότερης ανταπόκρισης στα αιτήματα και τις ανάγκες των ασθενών.

- Να αναπτυχθούν υγιείς και λειτουργικές γέφυρες επικοινωνίας μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων του νοσοκομείου. Να υποστηρίζεται έμπρακτα το προσωπικό από την ηγεσία, στο πλαίσιο μιας αποτελεσματικής συνεργασίας με τον σύλλογο εργαζομένων, ώστε να διαμορφωθεί ένας μηχανισμός υποβοήθησης των υπαλλήλων σε διάφορα θέματα που άπτονται των καθημερινών επαγγελματικών τους υποχρεώσεων. Να θεσπιστούν κίνητρα αποδοτικότητας των εργαζομένων και να προβλέπεται επιβράβευση στην πράξη του επαγγελματισμού και της ευσυνειδησίας. Να εκπαιδευτούν οι εργαζόμενοι σε σχέση με τη σημαντικότητα της εμπιστοσύνης του ασθενή στο πρόσωπό τους.

- Να σχεδιαστούν πρωτοβουλίες ευαισθητοποίησης του προσωπικού του νοσοκομείου για το ρόλο της αναγνώρισης και της κατανόησης των αναγκών των ασθενών και της σημασίας της εξυπηρέτησης των συμφερόντων τους, στο πλαίσιο μιας ασθενοκεντρικής προσέγγισης της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης και φροντίδας. Να εξασφαλιστεί ότι καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου οι ασθενείς και οι συνοδοί τους μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ενημέρωση για θέματα ιατρικής, φαρμακευτικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και οικονομικής φύσης που τους αφορούν.

Παρότι η έρευνα αποκάλυψε σημαντικά ευρήματα που μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα από τη διοίκηση του ΓΝΑ ΚΑΤ και να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών, σίγουρα δεν εξαντλεί το αντικείμενο σε όλη του την έκταση. Περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο θέμα μπορεί να περιλαμβάνει: μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων· συμπερίληψη και άλλων τμημάτων του νοσοκομείου, πέραν των νοσηλευτικών τμημάτων (για παράδειγμα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή Εργαστήρια)· αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου με άλλες διερευνητικές μεθόδους και σύγκριση των αποτελεσμάτων· επανάληψη της ερευνητικής διαδικασίας μετά την λήψη μέτρων βελτίωσης και αποτίμηση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, σημαντικό χαρακτηριστικό της παρούσας έρευνας είναι ότι διενεργήθηκε εν μέσω της πανδημίας COVID-19· δεν είναι απίθανο τα αποτελέσματα να ήταν διαφορετικά αν δεν είχε εγκαθιδρυθεί αυτό το πολύ σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αμπλιανίτη, Α. & Σταματοπούλου, Σ. (2012) *Η συμβολή των δομικών επιφανειών στο φυσικό φωτισμό των θαλάμων νοσηλείας*. Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών, Τομέας Δομοστατικής.
- Απόφαση Α3α/7160/1992 (ΦΕΚ 558B/10-09-1992) *Εγκατάσταση και λειτουργία του Πανεπιστημιακού Εργαστηρίου «Έρευνας των Παθήσεων του Μυοσκελετικού Συστήματος – Θ. Γαροφαλίδης» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Περιφ/κό Γενικό Νοσ/μείο Αττικής «ΚΑΤ».*
- Απόφαση Υ4δ/Γ.Π.οικ.53080/2005 (ΦΕΚ 740^B/01-06-2005) *Εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία των νοσοκομείων λεκανοπεδίου Αττικής και άλλες ρυθμίσεις.*
- Απόφαση Υ4α/34097/2008 (ΦΕΚ 1549^B/05-08-2008) *Εγκατάσταση και λειτουργία της Γ' Ορθοπαιδικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ».*
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (1998) *Λεξικό της κοινής νεοελληνικής*. Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών (Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη)
- Βελονάκης, Μ. & Τσαλίκογλου, Φ., (2005), *Σύστημα Διαχείρισης Υγείας και Ασφάλειας κατά την εργασία σε Νοσοκομείο*. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Γούλα Α. (2014). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Γώγος, Χ., Ιτσκάρα, Κ. & Ιτσκάρα, Ε. (2015) *Η εσωτερική ποιότητα και η εργασιακή δέσμευση μέσω των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(2): 175-181.
- Ηλιούδη, Σ. Ν. (2013) *Διαδικτυακό πληροφοριακό σύστημα για τη μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευομένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας*. Διδακτορική διατριβή. Σπάρτη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Νοσηλευτικής.

- Καλογεροπούλου, Μ. (2011) *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(5): 667-673.
- Κέφης, Β. (2014) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας-Θεωρία και Πρότυπα*. 2^η έκδ. Αθήνα: Κριτική.
- Κοτσαγιώργη, Ι. & Γκέκα, Κ. (2010) *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4): 398-408.
- Κοινή Υπουργική Απόφαση ΚΥΑ Υ4α/123768/2012 (ΦΕΚ 3485^B/31-12-2012) *Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής «ΚΑΤ»*.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ., (2008) *Μετρώντας την Ποιότητα από την Πλευρά των Χρηστών στις Υπηρεσίες Υγείας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
- Μερκούρης, Α. (1996) *Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Μιχαλόπουλος, Ν. (2003) *Από τη δημόσια γραφειοκρατία στο δημόσιο μάνατζμεντ*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μιχαλοπούλου, Κ. (2004) *Στην αυτοκρατορία των ενδείξεων. Η Ιστορία της δειγματοληπτικής πρακτικής στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Νομοθετικό Διάταγμα 2592/1953 (ΦΕΚ 254^A/18-09-1953) *Περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως*.
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143^A/07-10-1983) *Εθνικό Σύστημα Υγείας*.
- Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81^A/04-04-2005). *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*.
- Οικονομοπούλου, Δ. (2009) *Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»*. Στο: Στάθης, Γ. *Ιστορία των Ελληνικών Νοσοκομείων*. Τόμος Α' (επιμ, έκδ.). Αθήνα: Mediforce.
- Παντουβάκης, Α. & Μπογιατζίδης, Π. (2012) *Η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1): 44–50.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2008) *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε*

- παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1): 73–82.
- Παπανικολάου, Β. (2006) *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών*. Στο: Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Σουλιώτης, Κ. & Τσάκος, Γ. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας* (επιμ. έκδ.). Αθήνα: Θεμέλιο.
- Πολυκανδριώτη, Μ. (2011) *Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(4): 439-440.
- Σιγάλας, Ι. (1999) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, 10(56): 45-50.
- Τζωρτζόπουλος, Α. (2018) *Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5): 649-664.
- Τσελέπη, Χ. (2000) *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*. Τόμος Α'. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Χατζηδάκη, Χ. (2005) *Τα Νοσοκομεία στην Αθήνα & στον Πειραιά – Πορεία στο χρόνο*. 30 χρόνια ΕΙΝΑΠ. Αθήνα: ΕΙΝΑΠ.

Ξενόγλωσση

- Abdellah, F. G. & Levine, E. (1965) *Better patient care through nursing research*. New York: Macmillan.
- Abramowitz, S., Cote, A. A. & Berry, E. (1987) *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach*. Quality Review bulletin, 13(4): 122-130.
- Aharony, L. & Strasser, S. (1993) *Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore*. Medical Care Review, 50(1): 49–79.
- Ahmad, B. Z., Mohd, I. I. & Anees, A. H. (2018) *Level of satisfaction on service quality dimensions based on SERVQUAL model among patients attending 1 Malaysia clinic in Kota Bharu*. Oman Medical Journal, 33(5): 416-422.
- Alrashdi, I. (2012) *Evaluation of quality of healthcare: to what extent can we rely on patient expectations and preferences*. Oman Medical Journal, 27(6): 448-449.

- Anderson, E. A. & Zwelling, L. (1996) *Measuring service quality at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 9(7): 9-22.
- Arasli, H. (2008) *Gearing service quality into public and private hospitals in small islands. Empirical evidence from Cyprus*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(1): 8-23.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M. & Gray, D. (2004) *Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model*. Health and Quality of Life Outcomes, 2(32): 1-15.
- Baba, I. (2004) *Experiences in quality assurance at Bawku hospital eye department, Ghana*. Journal of Community Eye Health, 17(50): 31.
- Babakus, E. & Mangold, W. G. (1992) *Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation*. Health Services Research, 26(6): 767–786.
- Behara, R. S., Fisher, W. W. & Lemmink, J. G. A. M. (2002) *Modeling and evaluating service quality measurement using neural networks*. International Journal of Operations and Production Management, 22(10): 1162–1185.
- Biesok, G. & Wyród-Wróbel, J. (2011) *Customer satisfaction — Meaning and methods of measuring*. In: Howaniec H. & Waszkielewicz, W. *Marketing and logistic problems in the management of organization* (eds.). (23-41). Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej.
- Brahmbhatt, M., Baser, N. & Joshi, N. (2011) *Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation of patients' perceptions of service quality*. International Journal of Multidisciplinary Research, 1(8): 27-42.
- Bond, S. & Thomas, L. H. (1992) *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 17(1): 52-63.
- Bounds, G., Yorks L., Adams, M. & Ranney, G. (1994) *Beyond Total Quality Management: Toward the emerging paradigm*. Singapore: Irwin/McGraw-Hill.
- Bowen, D. E. (1986) *Managing customers as human resources in service organizations*. Human Resource Management, 25(3): 371-383.

- Bowers, M. R., Swan, J. E. & Koehler, W. F. (1994) *What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?* Health Care Management Review, 19(4): 49-55.
- Brown, J. A. (2018) *The healthcare quality handbook: a professional resource and study guide*. 30th ed. Pasadena/California: JB Quality Solutions Inc.
- Brown, S. W., Fisk, R. P. & Bitner, M. J. (1994) *The development and emergence of services marketing thought*. International Journal of Service Industry Management, 5(1): 21–48.
- Calcan, M. (1988) *Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care*. Social Science and Medicine, 27(9): 927-933
- Campbell, S. M., Roland M. O. & Buetow, S. A. (2000) *Defining quality of care*. Social Science & Medicine, 51(11): 1611–1625.
- Carr-Hill, R. A. (1992) *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Public Health Medicine, 14(3): 236-249.
- Chan, C., Entekin, L. & Anderson, C. (2003) *Psychometric assessment of the perception of service quality*. Research and Practice in Human Resource Management, 11(1): 65-74.
- Cho, K., Lee, H., Kim, W., Lee, S. & Choi, W. (2004) *The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study*. Journal of Business Research, 57(8): 913-921.
- Chou, S.-M., Chen, T.-F., Woodard, B. & Yen, M.-F. (2005) *Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan*. Journal of Nursing Research, 13(2): 75-84.
- Clow, K. E. & Vorhies, D. E. (1993) *Building a competitive advantage for service firms*. Journal of Services Marketing, 7(1): 22-23.
- Coyle, J. (1999) *Exploring the measuring of “dissatisfaction” with health care: The importance of “personal identity threat”*. Sociology of Health and Illness, 21(1): 95-124.
- Christoglou, K., Vassiliadis, C. & Sigalas, I. (2006) *Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey*. World Hospital and Health Services Journal, 42(2): 21-26.
- Cronin, J. J. Jr. & Taylor, S. A. (1992) *Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension*. Journal of Marketing, 56(3): 55-68.

- Cronin, J. J. Jr. & Taylor, S. A. (1994) *Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality*. *Journal of Marketing*, 58(1): 125-131.
- Crosby, B. P. (1984) *Quality Without Tears*. New York: New American Library.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002) *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. *Health Technology Assessment*, 6(32): 1-244.
- Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D. & Thorpe, D. I. (2000) *A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study*. *Journal of Retailing*, 76(2): 131–139.
- Darby, M. R. & Karni, E. (1973) *Free Competition and the Optimal Amount of Fraud*. *Journal of Law and Economics*, 16(1): 67-86.
- Deming, W. E. (1982) *Quality, Productivity, and Competitive Position*. Cambridge/Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor/Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988) *The quality of care. How it can be assessed?* *Journal of the American Medical Association*, 260(12): 1743–1748.
- Donabedian, A. (1992) *The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance*. *Quality Review Bulletin*, 18(11): 356-360.
- Douglas, L. & Connor, R. (2003) *Attitudes to service quality – The expectation gap*. *Nutrition & Food Science*, 33(4): 165-172.
- Duffy, J. A., Duffy, M. & Kilbourne, W. E. (2001) *A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality in nursing homes*. *Health Care Management Review*, 26(3): 75-85.
- Dutka, A. (1993) *AMA Handbook for Customer Satisfaction*. Chicago: NTC Publishing.
- Essiam J. O. (2013) *Service quality and patient satisfaction with healthcare delivery: Empirical evidence from patients of the out-patient department of a public university hospital in Ghana*. *European Journal of Business and Management*, 5(28): 52-59.

- Faden, R. & Leplege, A. (1992) *Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice*. *Medical Care*, 30(5): 166–175.
- Fan, L.-h., Gao, L., Liu, X., Zhao, S.-h., Mu, H.-t., Li, Z., Shi, L., Wang, L.-l., Jia, X.-l., Ha, M. & Lou, F.-g. (2017) *Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model*. *PLoS One*, 12(12): 1-13.
- Finn, D. W. & Lamb, C. W. (1991) *An evaluation of the SERVQUAL scales in a retailing setting*. *Advances in Consumer Research*, 18(1): 483-490.
- Fitzpatrick, R. (1991) *Surveys of patient satisfaction I: Important General Considerations*. *BMJ*, 302(6781): 887-889.
- Garrand, F. & Narayan, H. (2013) *Assessing obstetric patient experience: a SERVQUAL questionnaire*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(7): 582-592.
- Giese, J. L. & Cote, J. A. (2000) *Defining consumer satisfaction*. *Academy of Marketing Science Review*, 2000(1): 1-27.
- Glare, P. G. W. (1983) *Oxford Latin Dictionary*. Oxford: Oxford University Press.
- Gonzalez-Valentin, A., Padin-Lopez, S. & Ramon-Garrido, E. (2005) *Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in Southern Spain*. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1): 63-72.
- Godfrey, A. B. (1999) *Total Quality Management*. In: Juran, J. M. & Godfrey, A. B. *Juran's Quality Handbook* (eds). New York: McGraw-Hill.
- Gholami, M., Kavosi, Z. & Khojastefar, M. (2016) *Services quality in emergency department of Nemazee hospital: Using SERVQUAL model*. *Journal of Health Management and Informatics*, 3(4): 120-126.
- Goldman, R. L. (1992) *The reliability of peer assessment of quality of care*. *Journal of the American Medical Association*, 267(7): 958-960.
- Grapentine, T. (1998) *The history and future of service quality assessment*. *Marketing Research*, 10(4): 4-20.
- Grönroos, C. (1984) *A service quality model and its marketing implications*. *European Journal of Marketing*, 18(4): 36-44.
- Haykin, S. (1999) *Neural Networks: A Comprehensive Foundation*. New Jersey: Prentice Hall.
- Harper, P. M. B. (1989) *Commentary: Using patient satisfaction data: An ongoing dialogue to solicit feedback*. *Quality Review Bulletin*, 15(6): 168-171.

- Harris-Wehling, J. (1990) *Defining quality of healthcare*. In Lohr, K. N. *Medicare: A strategy for quality assurance: Volume II-Sources and Methods*.(ed.). Institute of Medicine (US) Committee to design a strategy for quality review and assurance in medicare, Washington (DC): National Academic Press (US).
- Hill, P. (1977) *On goods and services*. *Review of Income and Wealth*, 23(4): 315–338.
- Hjorth-Andersen, C. (1984) *The Concept of Quality and the Efficiency of Markets for Consumer Products*. *Journal of Consumer Research*, 11(2): 708-718.
- Ilieska, K. (2013) *Customer Satisfaction Index – as a Base for Strategic Marketing Management*. *Journal of the Association for Information Communication Technologies, Education and Science*, 2(4): 327-331.
- International Organization for Standardization (ISO) (1990), *Quality management and quality system elements- Part 2: Guidelines for Services*. Geneva: ISO.
- International Organization for Standardization (ISO) (2015) *Quality Management Principles*. Geneva: ISO Central Secretariat.
- Isik, O., Tengilimoglu, D. & Akbolat, M. (2011) *Measuring health care quality with the SERVQUAL method: a comparison in public and private hospitals*. *HealthMED*, 5(6, Suppl. 1): 1921-1930.
- Jawahar, S. K., (2007) *A Study on Out Patient Satisfaction at a Super Specialty Hospital in India*. *Internet Journal of Medical*, 2(2): 13-17.
- Joss, R. & Kogan, M. (1995) *Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service*. Buckingham: Open University Press.
- Jun, M., Peterson, R. T. & Zsidisin, G. A. (1998) *The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results*. *Healthcare Management Review*, 23(4): 81-96.
- Juran, J. M. & Gryna, F. M. (1988) *Juran's quality control handbook*. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Kalaja, R., Myshketa, R. & Scalera, F. (2016) *Service quality in health care sector: the case of Durres public hospital*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235: 557-565.
- Karassavidou, E., Glaveli, N. & Papadopoulos, C. T. (2009) *Health Care Quality in Greek NHS Hospitals: No one knows better than patients*. *Measuring Business Excellence*, 13(1): 34-46.

- Karavida, A., Stamouli, A. & Balis, Ch. (2014) *Patients' Satisfaction Evaluation with the Health Center of Elis Province*. *Studies in Health Technology and Informatics*, 202: 283-286.
- Kramer, R. M. (1999) *Trust and distrust in organizations: emerging perspectives, enduring questions*. *Annual Review of Psychology*, 50: 569-598.
- Kumari, R., Idris, M. Z., Bhushan, V., Khanna, A., Agarwal, M. & Singh, S. K. (2009) *Study on patient satisfaction in the government allopathic health facilities of Lucknow district India*. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(1): 35-42.
- Lam, S. G. K. (1997) *SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong*. *Total Quality Management*, 8(4): 145-152.
- Larsson, G. & Wilde-Larsson, B. (2010) *Quality of care and patient satisfaction: A new theoretical and methodological approach*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2): 228-247.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C. & Almost, J. (2005) *A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction*. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3): 220-230.
- Lynn, M. R. & McMillen, B. J. (1999) *Do nurses know what patients think is important in nursing care?* *Journal of Nursing Care Quality*, 13(5): 65-74.
- Margolis, S. A, Al-Marzouq, S., Revel, T. & Reed, R. L. (2003) *Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates*. *International Journal of Quality in Health Care*, 15(3): 241-249.
- McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O. & Koenig, H. F. (1994) *Service quality measurement*. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3): 34-40.
- McLaughlin, C. P. & Kaluzny, A. D. (2006) *Continuous Quality Improvement in Health Care*. 3rd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.
- Miaoulis, G. Jr., Gutman, J. & Snow, M. M. (2009) *Closing the gap: The patient-physician disconnect*. *Health Marketing Quarterly*, 26(1): 56-68.
- Mirfakhradini, H., Mirfakhradini, F. & Sadr-Bafghi, M. (2013) *Investigating rate of iatric tourists' satisfaction and prioritizing the effective factors on it via Fuzzy TOPSIS approach*. *SSU_Journals*, 20(5): 668-678.

- Mohammadi-Sardo, M. R. & Salehi, S. (2019) *Emergency department patient satisfaction assessment using modified SERVQUAL model; a cross-sectional study*. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(1): 1-5.
- Moore, S. T & Bopp, K. D. (1999) *How consumers evaluate health care quality: Part I*. *Health Marketing Quarterly*, 16(4): 1–6.
- Mosadeghrad, A. M. (2013) *Healthcare service quality: towards a broad definition*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3): 203-219.
- Moser, C. A. & Kalton, G. (1979) *Survey methods in social investigation*. 2nd ed. Hampshire: Ashgate.
- Mutter, J., Liaw, W., Moore, M., Etz, R., Howe, A. & Bazemore, A. (2018) *Core Principles to Improve Primary Care Quality Management*. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(6): 931-940.
- Naveh, E. & Stern, Z. (2005) *How quality improvement programmes can affect general hospital performance*. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 18(4): 249-270.
- Nelson C. W. & Niederberger, J. (1990) *Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement*. *Hospital & Health Services Administration*, 35(3): 409–427.
- Nelson, P. (1974) *Advertising as Information*. *Journal of Political Economy*, 82(4): 729-754.
- Oliver, R. L. (1977) *Effect of expectations and disconfirmation of post-exposure product evaluations: An alternative interpretation*. *Journal of Applied Psychology*, 62(4): 480-486.
- Oliver, R. L. (1981) *Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings*. *Journal of Retailing*, 57(3): 25-48.
- Pascoe, G. C. (1983) *Patient satisfaction in primary healthcare: a literature review and analysis*. *Evaluation & Program Planning*, 6(3-4), 185-210.
- Papanikolaou, V. & Zygiaris, S. (2014) *Service quality perceptions in primary health care centres in Greece*. *Health Expectations*, 17(2): 197-207.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985) *A conceptual model of service quality and its implication 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.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. (1991) *Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale*. Journal of Retailing, 4(8): 1463-1467.
- Patel, G. (2009). *Total Quality Management in Healthcare*. The Midas Journal, <http://hdl.handle.net/10380/3062> (προσπέλαση την 29/01/2021).
- Peter, J., Magnus, O. & Bengt, F. (2002) *Patient Satisfaction With Nursing Care in the Context of Health Care: A Literature Study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16(4): 337-344.
- Porter, M. (1985) *Competitive Advantage: Creating And Sustaining Superior Performance*. 3rd ed. New York: Free Press.
- Prakash, A., Mohanty, R. P. & Kallurkar, S. P. (2011) *Service quality modelling for life insurance business using neural networks*. International Journal of Productivity and Quality Management, 7(3): 263–286.
- Prakash, A. & Mohanty, R. P. (2013) *Understanding service quality*. Production Planning & Control: The Management of Operations, 24(12): 1050-1065.
- Priporas, C. V., Laspa, C. & Kamenidou, I. (2008) *Patient Satisfaction Measurement for In-Hospital Services: A Pilot Study in Greece*. Journal of Medical Marketing, 8(4): 325-340.
- Rezaei, S., Matin, B. K., Moradi, K., Bijan, B., Fallahi, M., Shokati, B. & Saeidi H. (2016) *Measurement of quality of educational hospital services by the SERVQUAL model: the Iranian patients' perspective*, Electronic Physician, 8(3): 2101-2106.
- Sandi, A. & Kangbai, J. (2019) *Fundamentals of Health Management*. Amazon: Kindle Publisher.
- Sargeant, A. & Kaehler, J. (1998) *Factors of patient satisfaction with medical services. The case of G. R. Practices in the UK*. Health Marketing Quarterly, 16(1) : 55-77.
- Seawright, K. W. & Young, S. T. (1996) *Quality definition continuum*. Interfaces, 26(3): 107-113.
- Shaikh, B. T., Mobeen, N., Azam, S. I. & Rabbani, F. (2008) *Using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan*. Eastern Mediterranean Health Journal, 14(2): 447-456.

- Shewchuk, R. M., O'Connor, S. J. & White, J. B. (1991) *In search of service quality measures: some questions regarding psychometric properties*. Health Services Management Research, 4(1): 65-75.
- Shiple, K., Hillborn, B., Hansell, A., Tyrer, J. & Tyrer, P. (2000) *Patient satisfaction: A valid index of quality of care in a psychiatric service*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101(4): 330-333.
- Shojania, K. G., McDonald, K. M., Wachter, R. M. & Owens, D. K. (2004) *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 1: Series Overview and Methodology)*. Technical Reviews, No 9.1. Rockville: AHRQ.
- Soliman, A. A. (1992) *Assessing the quality of health care: a consumeristic approach*. Health Care Marketing Quarterly, 10(1-2): 121-141.
- Steffen, G. E. (1988) *Quality Medical Care: A Definition*. Journal of the American Medical Association, 260(1): 56-61.
- Sewell, N. (1997) *Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 10(1): 20-26.
- Timmins, F. (2005) *A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes*. Nursing in Critical Care, 10(4): 174-183.
- Tošić, B., Ruso, J. & Filipovic, J. (2018) *Quality Management in Healthcare: Concepts, Principles and Standards*. University of Kragujevac, Faculty of Engineering, Center for Quality, 3rd International Conference on Quality of Life, pp. 201-207.
- Uzun, O. (2001) *Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey*. Journal of Nursing Care Quality, 16(1): 24-33.
- Vuori, H. (1987) *Patient satisfaction-an attribute or indicator of the quality of care?* Quality Review Bulletin, 13(3): 106-108.
- Ware, J. E. Jr. & Snyder, M. K. (1975) *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical services*. Medical Care, 13(8): 669-682.
- Weiss, G., L. (1988) *Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors*. Medical Care, 26(4): 383-392.
- Westbrook, K. W, Babakus E. & Grant C. C. (2014) *Measuring patient-perceived hospital service quality: validity and managerial usefulness of HCAHPS scales*. Health Marketing Quarterly, 31(2): 97-114.

- Williamson, C. (2007) *How do we find the right patients to consult? Quality in Primary Care*, 15(4): 195-199.
- Witte, R. S. & Witte, J. S. (2017) *Statistics*. 11th edition. New Jersey: Wiley.
- World Health Organization (1993) *Continuous Quality Development: A proposal national policy*. Copenhagen: WHO regional office for Europe.
- World Health Organization (2000) *World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (2006) *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO Press.
- Yesilada, F. & Direktör, E. (2010) *Health care service quality: A comparison of public and private hospitals*. African Journal of Business Management, 4(6): 962-971.
- Yi, Y. (1990) *A Critical Review of Consumer Satisfaction*. In: Zeithaml V. A. *Review of Marketing* (ed.). Chicago: American Marketing Association.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993) *The nature and determinants of customer expectations of service*. Journal of the Academy of Marketing Science, 21(1): 1-12.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M.-J. & Gremler, D. (2008) *Services marketing: integrating customer focus across the firm*. New Delhi: Tata McGraw-Hill.

Ιστοσελίδες

- Ακρωνύμια από Κ acronymia.mystrikingly.com/#_8 (προσβάσιμη στις 06/12/2020).
- Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ (ιστορική αναδρομή) 4000news.gr/2020/02/05/geniko-nosokomeio-attikis-kat-istoriki-anadromi/ (προσβάσιμη στις 01/02/2021).
- Μεταμορφώσεις της πόλης – και όχι μόνο facebook.com/917531414996998/photos/κηφισιά-το-νοσοκομείο-κατ-υπό-κατασκευή-τέλη-δεκ-50η-ιστορία-του-κατ-ξεκινά-με-τ/1021906434559495/ (προσβάσιμη στις 06/12/2020).
- Παρουσίαση έργου Διοίκησης ΓΝΑ ΚΑΤ Μάιος 2016 – Δεκέμβριος 2019 kat-hosp.gr/Documents/Dioik/2019/ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ%20ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ%202016-2019.pdf (προσβάσιμη στις 01/02/2021).

Παράρτημα

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Στη συνέχεια παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΗΣ «ΚΑΤ»

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει το βαθμό που εσείς, που έχετε νοσηλευθεί στο ΓΝΑ ΚΑΤ, μείνατε ικανοποιημένοι από την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών που λάβατε. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα βοηθήσουν το νοσοκομείο να βελτιωθεί και να παρέχει περισσότερο ποιοτική φροντίδα υγείας.

Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλα τα ερωτήματα με ειλικρίνεια και αμεροληψία. Να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, υπάρχει αυτό που ισχύει για εσάς και μόνο.

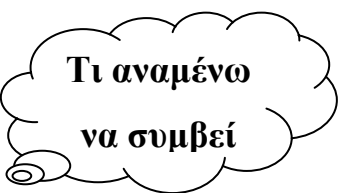

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και είναι ανώνυμο, συνεπώς οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Γαλανάκης Αριστείδης

Μεταπτυχιακός Φοιτητής

Νοσηλευτικό Τμήμα: _____

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ
 <p>Τι αναμένω να συμβεί</p>	 <p>Τι τελικά συνέβη</p>
Βαθμολογείτε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις προσδοκίες σας για τις υπηρεσίες που θα πρέπει να προσφέρει ένα Νοσοκομείο.	Βαθμολογείτε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις αντιλήψεις σας για τις υπηρεσίες που προσφέρει το ΓΝΑ ΚΑΤ το οποίο επισκέπτεστε σαν ασθενής.
(Παρακαλώ βάλτε ✓ στο κουτάκι της επιλογής σας)	(Παρακαλώ βάλτε ✓ στο κουτάκι της επιλογής σας)
Διαφωνώ Συμφωνώ	Διαφωνώ Συμφωνώ
Απόλυτα Μέσος Απόλυτα	Απόλυτα Μέσος Απόλυτα
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

(ex1). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν σύγχρονο εξοπλισμό.		(pe1). Το ΓΝΑ ΚΑΤ, έχει σύγχρονο εξοπλισμό.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex2). Οι φυσικές εγκαταστάσεις των Νοσοκομείων (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας, τουαλέτες) θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές.		(pe2). Οι φυσικές εγκαταστάσεις του ΓΝΑ ΚΑΤ που επισκέπτομαι (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας τουαλέτες), είναι οπτικά ελκυστικές.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex3). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι ομοίμορφα ντυμένοι και καθαροί.		(pe3). Οι εργαζόμενοι του ΓΝΑ ΚΑΤ, είναι ομοίμορφα ντυμένοι και καθαροί.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex4). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση, πρέπει να είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά		(pe4). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική μου αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex5). Όταν το προσωπικό των Νοσοκομείων υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το κάνει.		(pe5). Όταν το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ, υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex6). Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.		(pe6). Όταν έχω ένα πρόβλημα, το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ, δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex7). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.		(pe7). Το ΓΝΑ ΚΑΤ είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex8). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους τη στιγμή που υποσχέθηκαν να το κάνουν.		(pe8). Το ΓΝΑ ΚΑΤ παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex9). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)		(pe9). Το ΓΝΑ ΚΑΤ, διατηρεί τα αρχεία του σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex10). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή.		(pe10). Το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ με ενημερώνει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex11). Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.		(pe11). Το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

(ex12). Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.		(pe12). Το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex13). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.		(pe13). Το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων των Νοσοκομείων, πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.		(pe14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων του ΓΝΑ ΚΑΤ εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex15). Οι ασθενείς πρέπει να νοιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους των Νοσοκομείων.		(pe15). Νοιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του ΓΝΑ ΚΑΤ.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex16). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς.		(pe16). Οι εργαζόμενοι στο ΓΝΑ ΚΑΤ είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex17). Οι εργαζόμενοι στα Νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.		(pe17). Οι εργαζόμενοι στο ΓΝΑ ΚΑΤ λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex18). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.		(pe18). Οι εργαζόμενοι του ΓΝΑ ΚΑΤ δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex19). Οι ώρες λειτουργίας των Νοσοκομείων πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.		(pe19). Οι ώρες λειτουργίας του ΓΝΑ ΚΑΤ ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex20). Οι υπάλληλοι των Νοσοκομείων πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.		(pe20). Οι υπάλληλοι του ΓΝΑ ΚΑΤ καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex21). Τα Νοσοκομεία πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου.		(pe21). Το ΓΝΑ ΚΑΤ έχει τα συμφέροντα των ασθενών του κατά νου.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
(ex22). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του..		(pe22). Το προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΝΤΩΝ

Παρακάτω σας παραθέτουμε πέντε χαρακτηριστικά προσαρμοσμένα στα **Νοσοκομεία** και στις υπηρεσίες που προσφέρουν. Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο σημαντικό είναι για εσάς το κάθε ένα χαρακτηριστικό όταν αξιολογείτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου.

Σας παρακαλούμε να κατανείμετε ένα σύνολο 100 πόντων ανάμεσα στα πέντε αυτά χαρακτηριστικά σύμφωνα με το πόσο σημαντικό είναι το κάθε ένα από αυτά για εσάς (όσο πιο σημαντικό είναι για εσάς, τόσο περισσότερους πόντους πρέπει να του βάλετε).

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι το σύνολο των πόντων έχουν άθροισμα 100.

- | | |
|---|--------------|
| 23. Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό | _____ πόντοι |
| 24. Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια | _____ πόντοι |
| 25. Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση | _____ πόντοι |
| 26. Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη | _____ πόντοι |
| 27. Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς | _____ πόντοι |
| Σύνολο πόντων | 100 πόντοι |

28. (Υψηλό) Ανάμεσα στα παραπάνω πέντε χαρακτηριστικά, ποιο είναι το πιο σημαντικό για εσάς στον καθορισμό της ικανοποίησής σας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΓΝΑ ΚΑΤ (παρακαλώ βάλτε το νούμερο του χαρακτηριστικού με βάση τον παραπάνω πίνακα)

29. (Χαμηλό) Ποιο χαρακτηριστικό είναι το λιγότερο σημαντικό για εσάς; _____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

30. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

32. Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος-η
- Σε συμβιωτική σχέση
- Έγγαμος-η χωρίς παιδιά
- Έγγαμος-η με παιδιά
- Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά
- Διαζευγμένος -η με παιδιά
- Χήρος-α

34. Περιοχή κατοικίας:

- Αστικό κέντρο
- Ημιαστικό κέντρο
- Αγροτική περιοχή
- Νησιώτικη περιοχή
- Άλλο

31. Ηλικία.....

33. Μορφωτικό επίπεδο

- Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης
- Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
- Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)
- Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών
- Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου

35. Επάγγελμα

- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Φοιτητής
- Άνεργος
- Αυτοσυντήρητος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Αγρότης
- Οικιακά
- Συνταξιούχος
- Άλλο