

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥΣ.
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων
Καθηγητής

Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια

ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ

Μέλος

Καθηγητής

ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ

Μέλος

Επιστημονικός
Συνεργάτης

ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΣΤΑΜΟΥΛΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

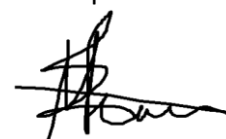
Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Σταυρόπουλος Εμμανουήλ του Παναγιώτη, με αριθμό μητρώου 19054, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του 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 01/02/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι συνθήκες που επικρατούν στην υγεία και η ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών απασχολούν ολοένα και περισσότερο τους ανθρώπους που εργάζονται και ασχολούνται με τα θέματα διοίκησης και πολιτικών υγείας καθώς είναι ένα πλεονέκτημα το οποίο μπορεί να κάνει έναν οργανισμό υγείας να ξεχωρίσει. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε παρατηρήθηκε ενδιαφέρον για περαιτέρω έρευνα όσον αφορά την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς. Μέσα από τα αποτελέσματα τέτοιων μελετών ένας οργανισμός υγείας θα μπορέσει να εξελίξει και να αναβαθμίσει τις υπηρεσίες υγείας του κερδίζοντας την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση των ασθενών.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση και η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Π.Γ.Ν. Αττικόν. Η μελέτη είναι περιγραφική και έγινε χρήση ερωτηματολογίου για τη συλλογή των δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε απεικονίζει πέντε διαστάσεις ποιότητας και συγκεκριμένα την αξιοπιστία, τη διασφάλιση, την υλικοτεχνική υποδομή (απτότητα), την ενσυναίσθηση, και την ανταπόκριση. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Π.Γ.Ν. Αττικόν με δείγμα 120 άτομα. Σημαντικό γεγονός είναι ότι η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid - 19 και αυτό είχε σαν συνέπεια την περιορισμένη πρόσβαση. Επίσης επηρεάστηκε η επισκεψιμότητα των ασθενών ως προς το νοσοκομείο λόγω φόβου διασποράς του ιού, καθώς ενδέχεται και να επηρεάστηκαν οι προσδοκίες αλλά και οι αντιλήψεις των ασθενών.

Συνολικά παρατηρήθηκε ότι οι προσδοκίες του δείγματος ήταν υψηλότερες από τις αντιλήψεις, δηλαδή ήταν υψηλότερες από την υπηρεσία που δέχτηκαν. Ακόμα από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε διακρίνεται ότι η αξιοπιστία και η ασφάλεια ταξινομούνται από τους ασθενείς έως οι πιο σημαντικές διαστάσεις όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζουν συνολικά μία σχετικά καλή εντύπωση παρόλα αυτά υπάρχουν τομείς όπου το δείγμα μας έδειξε ότι δεν είναι ικανοποιημένο και οι υπηρεσίες θα μπορούσαν να αναβαθμιστούν.

Αυτά τα αποτελέσματα είναι το κλειδί για τους υπεύθυνους της διοίκησης ποιότητας του Π.Γ.Ν. Αττικόν με σκοπό την εξέλιξη της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Φυσικά η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να είναι συνεχής καθώς η ποιότητα που παρέχει ένας οργανισμός πρέπει να συνεχίζεται σε βάθος χρόνου και συνεχώς να αυξάνεται.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, ικανοποίηση ασθενών, διασφάλιση, ενσυναίσθηση, αξιοπιστία, ανταπόκριση

ABSTRACT

The prevailing conditions in the health sector and the quality of service delivery are increasingly concerning the people working and dealing with management and health policies as it is an asset that can make a health organization stand out. The literature review showed an interest in further research regarding the evaluation of services provided by patients. Through the results of such studies, a health organization will be able to develop and upgrade its health services, gaining that way the trust and satisfaction of patients.

The purpose of this study is to analyze and investigate the level of satisfaction, obtained by the patients, in terms of the quality of health services provided by General University Hospital Attikon. The study is descriptive-exploratory and a questionnaire was used to collect data.

The questionnaire we used illustrates the five dimensions of quality, specifically reliability, security, logistics, empathy, and responsiveness. The study was carried out in the outpatient clinics of G.U.H. Attikon with a sample of 120 people. It's important to note that the study was conducted during the Covid-19 pandemic thus resulting in limited access. The hospital attendance of patients was also affected due to the fear of the outspread of the virus, while also it is possible that the expectations of the patients and their perceptions may have been affected.

Overall, it was observed that the expectations of the sample were higher than the perceptions, that is they were higher than the service they received. Moreover, the study carried out shows that reliability and safety are classified by patients to be the most important dimensions in terms of evaluating the quality of services provided. The results of the study overall show a relatively good impression, however there are areas where our sample showed that the patients are not satisfied and could be upgraded.

These results are the key for the quality management managers of G.U.H. Attikon in order to evolve the quality of hospital services. Of course, the study of patient satisfaction must be continuous as the quality provided by an organization must continue in the long run and constantly increase.

Key words: Quality of health services, evaluation of health services, patient satisfaction, assurance, empathy, reliability, response

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Γούλα Ασπασία για την βοήθεια και την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ και να αφιερώσω αυτή την διπλωματική εργασία στη μητέρα μου Εμμανουηλίδου Αναστασία, για όλη τη βοήθεια, τη στήριξη, και την αγάπη που μου έχει προσφέρει όλα αυτά τα χρόνια με σκοπό να ολοκληρώσω τους στόχους και τα όνειρα μου.

ΠΙΝΑΚΕΣ

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . Γενική διάρθρωση του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ) (9 κριτήρια και 28 υποκριτήρια)</u>	<u>42</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μορφωτικό Επίπεδο Συμμετεχόντων</u>	<u>71</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Επάγγελμα Συμμετεχόντων</u>	<u>72</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Τόπος Κατοικίας Συμμετεχόντων</u>	<u>72</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Οικογενειακή Κατάσταση Συμμετεχόντων</u>	<u>73</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συνοπτικά.....</u>	<u>73</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Αποτελέσματα Προσδοκιών, Αντιλήψεων και Χασμάτων ανά διάσταση .</u>	<u>75</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Οι 5 ερωτήσεις με την υψηλότερη τιμή Προσδοκίας</u>	<u>77</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Οι 5 ερωτήσεις με τη χαμηλότερη τιμή προσδοκίας</u>	<u>78</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Οι 5 ερωτήσεις με την υψηλότερη τιμή αντίληψης</u>	<u>79</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Οι 5 ερωτήσεις με τη χαμηλότερη τιμή αντίληψης</u>	<u>79</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Χαρακτηριστικά με τη μεγαλύτερη σημασία για τους ασθενείς</u>	<u>80</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Χαρακτηριστικά με τη λιγότερη σημασία για τους ασθενείς</u>	<u>81</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Ταξινόμηση Διαστάσεων.....</u>	<u>81</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Απτότητας</u>	<u>84</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της Μέσης Αντίληψης Απτότητας ως προς το φύλο</u>	<u>85</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Μέσου Χάσματος Απτότητας ως προς το φύλο</u>	<u>85</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Απτότητας.....</u>	<u>86</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Αποτελέσματα του Independent samples t-test για τη διερεύνηση Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Απτότητας</u>	<u>86</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας</u>	<u>88</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Αξιοπιστίας ως προς το φύλο.....</u>	<u>88</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Αξιοπιστίας ως προς το φύλο.....</u>	<u>89</u>

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας.....</u>	<u>89</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 24. : Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.</u>	<u>90</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 25. : Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης</u>	<u>92</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Ανταπόκρισης ως προς το φύλο.....</u>	<u>92</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Ανταπόκρισης ως προς το φύλο.....</u>	<u>92</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης.....</u>	<u>93</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.</u>	<u>93</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ασφάλειας.....</u>	<u>95</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Ασφάλειας ως προς το φύλο</u>	<u>96</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Ασφάλειας ως προς το φύλο</u>	<u>96</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Ασφάλειας</u>	<u>97</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Ασφάλειας.....</u>	<u>97</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 35. : Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης</u>	<u>99</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Ενσυναίσθησης ως προς το φύλο.....</u>	<u>100</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Ενσυναίσθησης ως προς το φύλο.....</u>	<u>100</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 38. : Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης.....</u>	<u>101</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης</u>	<u>101</u>

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Απτότητας.</u>	<u>105</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο χάσμα Απτότητας στις κατηγορίες Ηλικίας.....</u>	<u>105</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Αποτελέσματα Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Απτοτητας.....</u>	<u>106</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 43. Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Απτότητας.....</u>	<u>106</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 44. Μέσες θέσεις των κατηγοριών της Ηλικίας, αναφορικά με τις μεταβλητές Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.....</u>	<u>109</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Αποτελέσματα Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας</u>	<u>110</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment για τη Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.....</u>	<u>111</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 47. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment για το Χάσμα Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.....</u>	<u>111</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 48. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης.....</u>	<u>114</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 49. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες Ηλικίας.</u>	<u>114</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 50. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης.....</u>	<u>115</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 51. Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.....</u>	<u>116</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 52. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία και το Χάσμα Ασφάλειας.....</u>	<u>118</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 53. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία αναφορικά με την Μέση Αντίληψη Ασφάλειας στις κατηγορίες Ηλικίας.....</u>	<u>118</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 54. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία και στο Χάσμα Ασφάλειας.....</u>	<u>119</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 55. Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη Ασφάλειας.....</u>	<u>120</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 56. Αποτελέσματα του Tuckey HSD test για τη μέση Αντίληψη Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.....</u>	<u>120</u>

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 57. Αποτελέσματα του Dunn’s test με Bonferroni Adjustment για το Χάσμα Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών</u>	121
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 58. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης</u>	124
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 59. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη και Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες Ηλικίας.</u>	124
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 60. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία</u>	125
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 61. One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ενσυναίσθησης.</u>	126
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 62. Αποτελέσματα του Tuckey HSD test για το Χάσμα Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.</u>	126
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 63. Μέσες θέσεις ME αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία και το Χάσμα Απτότητας</u>	129
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 64. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ME στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Απτότητας</u>	130
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 65. Μέσες θέσεις ME αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και το Χάσμα Αξιοπιστίας</u>	132
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 66. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ME στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Αξιοπιστίας.</u>	133
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 67. Αποτελέσματα του Dunn’s test με Bonferroni Adjustment για την Αντίληψη Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ME</u>	134
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 68. Αποτελέσματα του Dunn’s test με Bonferroni Adjustment για το χάσμα Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ME</u>	134
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 69. Μέσες θέσεις ME αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία, Ανταπόκρισης.</u>	136
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 70. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες ME.</u>	137
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 71. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ME στη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης</u>	138
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 72. One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ME στη Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ανταπόκρισης</u>	138
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 73. Αποτελέσματα του Tuckey HSD test για το Χάσμα Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.</u>	139

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 74. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία, τη μέση Αντίληψη και το Χάσμα Ασφάλειας.....</u>	<u>141</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 75. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ασφάλειας</u>	<u>143</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 76. Αποτελέσματα του Dunn’s test με Bonferroni Adjustment για την Αντίληψη Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ</u>	<u>143</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 77. Αποτελέσματα του Dunn’s test με Bonferroni Adjustment για το Χάσμα Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ</u>	<u>143</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 78. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία και τη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης</u>	<u>146</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 79. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της μεταβλητής Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες του ΜΕ.</u>	<u>146</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 80. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία και Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης</u>	<u>147</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 81. Αποτελέσματα του Dunn’s test με Bonferroni Adjustment για τη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ</u>	<u>148</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 82. One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στο Χάσμα Ενσυναίσθησης.....</u>	<u>148</u>
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 83. Αποτελέσματα του Tuckey HSD test για το Χάσμα Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ.</u>	<u>148</u>

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Φύλο συμμετεχόντων</u>	70
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων</u>	71
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Στάθμιση Διαστάσεων</u>	81
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 4. : Θηκογράμματα 1-3 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Απτότητας, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο Χάσμα Απτότητας.</u>	83
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Θηκογράμματα 4-6 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας, Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.</u>	87
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Θηκογράμματα 7-9 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης, Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.</u>	91
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Θηκογράμματα 10-12 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Ασφάλειας, Μέση Αντίληψη Ασφάλειας και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας</u>	94
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 8. : Θηκογράμματα 13-15 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης, Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης</u>	98
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Θηκογράμματα 16-18 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Απτότητας, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο Χάσμα Απτότητας.</u>	104
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Θηκογράμματα 19-21 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.</u>	107
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Θηκογράμματα 22-24 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.</u>	112
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 12. Θηκογράμματα 25-27 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας.</u>	117
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 13. Θηκογράμματα 28-30 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης.</u>	122
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 14. Θηκογράμματα 31-33 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Απτότητας.</u>	128
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 15. Θηκογράμματα 34-36 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας στις κατηγορίες του ΜΕ.</u>	131
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 16. Θηκογράμματα 37-39 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες του ΜΕ</u>	135
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 17. Θηκογράμματα 40-42 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας στις κατηγορίες του ΜΕ</u>	140

ΓΡΑΦΗΜΑ 18. Θηκογράμματα 43-45 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες του ΜΕ 145

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ISO	International Standards Organisation
TQM	Total Quality Management
ΚΠΑ	Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης
κ.λπ.	και λοιπά
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
π.χ.	παραδείγματος χάρη
ΜΕ	Μορφωτικό επίπεδο
κ.α.	και άλλα
Π.Γ.Ν.	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Δ.Ο.Π.	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
Δ.Υ.Π.Ε.	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	v
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vii
ΠΙΝΑΚΕΣ	viii
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	xiii
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	xv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ	4
1.1 Η έννοια της υγείας	4
1.2 Η έννοια της ποιότητας	5
1.2.1. Ορισμός της έννοιας της ποιότητας.	5
1.2.2. Ποιότητα προϊόντων	7
1.2.3. Ποιότητα υπηρεσιών	7
1.3 Ποιότητα στην υγεία	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10
2.1 Η ποιότητα από τη βιομηχανία στον χώρο της υγείας	10
2.2. Η έννοια της ποιότητα στον χώρο της υγείας	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
3.1. Η ικανοποίηση των χρηστών	16
3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών - χρηστών των υπηρεσιών υγείας.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
4.1. Τα τρία επίπεδα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας	21
4.2. Οι τρεις διαστάσεις της παροχής υπηρεσιών υγείας κατά Donabedian	23
4.3. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας των Parasuraman, Zeithaml και Berry – Το εργαλείο SERVQUAL.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	27
5.1. Χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	27
5.2. Οφέλη της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	36

6.1. Η πορεία προς τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	36
6.2. Μέθοδοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	40
7.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	40
7.2. Κοινό Πλαίσιο αξιολόγησης.....	41
7.3. Συστήματα διασφάλισης ποιότητας – Τα πρότυπα ISO	43
7.4. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.....	45
7.5. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	47
8.1. Καθορισμός ερευνητικού προβλήματος	47
8.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΕΔΟΛΟΓΙΑ	57
9.1. Σημαντικότητα του θέματος.....	57
9.2. Ερευνητικές ερωτήσεις	58
9.3. Κύρια ερευνητική υπόθεση.....	59
9.4. Ερευνητικός σκοπός και στόχοι.....	59
9.5. Επιλογή μεθόδου έρευνας	61
9.6. Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος	61
9.7. Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	64
10.1. Ερωτηματολόγιο ασθενών για το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Π.Γ.Ν. Αττικόν	64
10.2. Ηθικά ζητήματα που τυχόν ανακύπτουν	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	69
11.1. Στατιστική ανάλυση.....	69
11.2. Δημογραφικά στοιχεία συμμετέχοντων	70
11.3. Εύρεση του χάσματος (GAP)	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ.....	83
12.1. Διάσταση απτότητας	83
12.2. Διάσταση αξιοπιστίας	87
12.3. Διάσταση ανταπόκρισης	90
12.4. Διάσταση ασφάλειας	94
12.5. Διάσταση ενσυναίσθησης	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	103
13.1. Διάσταση απτότητας	103
13.2. Διάσταση αξιοπιστίας	107
13.3. Διάσταση ανταπόκρισης	112
13.4. Διάσταση ασφάλειας	116
13.5. Διάσταση ενσυναίσθησης	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ	128
14.1. Διάσταση απτότητας	128
14.2. Διάσταση αξιοπιστίας	131
14.3. Διάσταση ανταπόκρισης	135
14.4. Διάσταση ασφάλειας	140
14.5. Διάσταση ενσυναίσθησης	144
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΟΛΑ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	151
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	154
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	160
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	160
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	162
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	165

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ

Η αξιολόγηση των επιπέδων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα βάσει της ικανοποίησης των χρηστών τους αποτελεί βασικό θέμα της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό θα γίνει λόγος για μια μελέτη περίπτωσης, η οποία αφορά το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών».

Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα πεδίο που έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων και των ιατρών κατά τα τελευταία χρόνια (Kalaja, Myshketa and Scalera 2016), και το οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται διαρκώς, σε παγκόσμιο επίπεδο (Lee and Kim 2017).

Σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται αποτελεί η ποιότητα τους, η βελτίωση της οποίας αποτελεί βασική προτεραιότητα για τα συστήματα υγείας και προς την οποία προσανατολίζονται κατά πολύ οι διάφορες μεταρρυθμιστικές ρυθμίσεις που σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται (Κυριόπουλος και συν 2003).

1.1 Η έννοια της υγείας

Η υγεία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για τη διασφάλιση μιας ολοκληρωμένης και ευτυχισμένης ζωής των ανθρώπων. Παρά τη μεγάλη σπουδαιότητά της, όμως, ο ακριβής ορισμός της αποτελεί μια δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία, καθώς ο προσδιορισμός της έχει φανεί διαχρονικά πως μπορεί να διαφοροποιείται βάσει ποικίλων πολιτιστικών χαρακτηριστικών και άλλων στοιχείων (Πράπα και Φακή 2008).

Ένας αρκετά διαδεδομένος ορισμός είναι αυτός που έχει παρουσιαστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ο οποίος περιγράφει την υγεία ως την «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς την απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (Πετρέλης και Δομάγερ 2016: 224). Δεν αναφερόμαστε, δηλαδή, απλώς στην αντίθετη κατάσταση από αυτήν της ασθένειας,

αλλά σε μια κατάσταση που συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση της ευεξίας και της ποιότητας στη ζωή των ατόμων (Πράπα και Φακή 2008).

Σημειώνεται, επίσης, πως για τη διασφάλιση της υγείας των ατόμων, κρίνεται απαραίτητο να επιτυγχάνεται μια ισορροπία ανάμεσα σε ατομικά και περιβαλλοντικά συστήματα, καθώς παρατηρείται μια αλληλένδετη σχέση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών στοιχείων. Η υγεία, επομένως, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι παραμένει διαρκώς σταθερή, καθώς αποτελεί μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση (Πράπα και Φακή 2008).

Η Ελλάδα έχει υπογράψει σύμβαση με το Συμβούλιο της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας της ανθρώπινης ύπαρξης σε σχέση με τη χρήση της ιατρικής και της βιολογίας (Georgiadou and Maditinos 2017). Έτσι, η υγεία έχει καθιερωθεί από το Ελληνικό Σύνταγμα ως ένα βασικό κοινωνικό δικαίωμα. Ορίζεται, λοιπόν, πως όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα για προστασία της υγείας και της γενετικής τους ταυτότητας. Το κράτος είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα της υγείας των πολιτών, πρέπει να υιοθετεί κατάλληλα μέτρα και να μεριμνά ιδιαίτερα για τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, π.χ. ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες, άποροι, κ.λπ. (Georgiadou and Maditinos 2017). Πρόκειται, συνεπώς, για ένα πολύτιμο κοινωνικό αγαθό, το οποίο πρέπει να προσφέρεται σε καθολικό επίπεδο και να χαρακτηρίζονται από την ποιότητα που αρμόζει, προκειμένου να επιτευχθούν τα κατάλληλα και αναγκαία αποτελέσματα για όλα τα άτομα (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

1.2 Η έννοια της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας είναι ιδιαίτερα πολυδιάστατη και έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί για αυτήν κατά καιρούς (Ζέρβας 2020).

1.2.1. Ορισμός της έννοιας της ποιότητας.

Ο όρος «ποιότητα» μελετήθηκε από τους ανθρώπους ήδη από την αρχαιότητα. Συνδέθηκε από τα χρόνια εκείνα στενά με το «αἰὲν ἀριστεύειν» και με την τάση για διαρκή βελτίωση (Ρίκος 2015).

Πλέον, στη σημερινή πραγματικότητα, η έννοια της ποιότητας αντιμετωπίζεται ως βασικό κριτήριο και καίριο στόχο για προϊόντα και υπηρεσίες που προσφέρονται σε οποιαδήποτε καταναλωτική δραστηριότητα (Θανασάς 2019). Πιο συγκεκριμένα, περιγράφει όλες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή κάποιας υπηρεσίας, με βάση το κατά πόσο αυτά ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και στις ανάγκες των εκάστοτε χρηστών στους οποίους απευθύνονται. Μερικά από τα στοιχεία που εξετάζονται είναι η καταλληλότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών, το εάν η αξία τους ανταποκρίνεται στο κόστος τους, καθώς και εάν ανταποκρίνονται στις προδιαγραφές που έχουν τεθεί (Ζέρβας 2020).

Η ποιότητα αποτελεί έναν σύνθετο όρο που σχετίζεται με το σύνολο των οικονομικών και επιχειρηματικών ενεργειών, όπως είναι για παράδειγμα ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η παραγωγή, η προσφορά των προϊόντων ή των υπηρεσιών και η γενική λειτουργία οργανισμών ή επιχειρήσεων (Πάτσιοι και συν 2014). Το περιεχόμενό της διαμορφώνεται με βάση τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά. Το οικονομικό επίπεδο σχετίζεται με τους φορείς που παράγουν προϊόντα ή προσφέρουν υπηρεσίες, αλλά και με τη λειτουργικότητα αυτών. Ως προς τον κοινωνικό τομέα σημασία έχουν οι ανάγκες των πολιτών και η μέριμνα για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Όσον αφορά τον πολιτισμικό τομέα, σημαντική είναι η επίδραση των πολιτισμικών αξιών που επικρατούν ανά περιοχή και ανά εποχή (Ρίκος 2015).

Η ποιότητα μπορεί να μελετηθεί με βάση δύο ξεχωριστές όψεις: αυτήν του παραγωγού προϊόντος ή του πάροχου υπηρεσίας και αυτήν του πελάτη ή του χρήστη. Στην πρώτη περίπτωση, συμπεριλαμβάνονται στοιχεία αναφορικά με τον σχεδιασμό, με τη διαδικασία παραγωγής και με την ικανότητα της να ακολουθήσει τις προδιαγραφές που έχουν καθοριστεί κατά τον σχεδιασμό. Η δεύτερη περίπτωση αναφέρεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του χρήστη, αλλά και στο επίπεδο ικανοποίησής του (Ζέρβας 2020).

Από τα παραπάνω στοιχεία διαφαίνεται πως η ποιότητα μπορεί να διακριθεί σε δύο διαφορετικές κατηγορίες: α) στην ποιότητα προϊόντων, και β) στην ποιότητα υπηρεσιών (Dhanya and Sam 2011). Ας αναφερθούμε, αναλυτικότερα, σε αυτές τις δύο κατηγορίες, στις ακόλουθες υποενοότητες.

1.2.2. Ποιότητα προϊόντων

Η ποιότητα των προϊόντων αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών των προϊόντων που συμβάλλουν στην ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που έχουν προκαθοριστεί (Dhanya and Sam 2011), αλλά και να ανταποκρίνονται ή ακόμη και να ξεπερνούν τις προσδοκίες των πελατών (Χατζηπουλίδης 2003).

Σε πρώτη φάση, η έννοια της ποιότητας των προϊόντων παρουσιάστηκε στον χώρο της βιομηχανίας, όπου έπειτα από την ολοκλήρωση κάποιας διαδικασίας πραγματοποιούταν έλεγχος του αποτελέσματος, ο λεγόμενος ποιοτικός έλεγχος, ο οποίος διακρινόταν, λοιπόν, από έναν «κατασταλτικό και όχι προληπτικό χαρακτήρα» (Χατζηπουλίδης 2003: 186).

Στη σημερινή εποχή, η ποιότητα των προϊόντων εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το σύστημα διοίκησης και διαχείρισης, που οφείλει να οργανώνει ορθολογικά τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, να προγραμματίζει προσεκτικά τις διαδικασίες, ώστε να καθίσταται εφικτή η τήρηση των προδιαγραφών που έχουν προκαθοριστεί. Καίρια αρχή των συστημάτων πρέπει να είναι το γεγονός ότι τίποτα δεν πρέπει να πραγματοποιείται στην τύχη (Χατζηπουλίδης 2003). Επιπλέον, όσον αφορά την ποιότητα προϊόντων, συστήνεται τα προϊόντα να αξίζουν το κόστος τους, καθώς κάτι τέτοιο δεν επηρεάζει μονάχα τη συμπεριφορά του πελάτη κατά την επιλογή προϊόντος πριν την αγορά, αλλά και τη μετέπειτα ικανοποίησή του, και την πρόθεση να προτείνουν το προϊόν που επέλεξαν μετά την αγορά του ή να επιλέξουν ξανά (Dhanya and Sam 2011).

1.2.3. Ποιότητα υπηρεσιών

Με τον όρο «υπηρεσίες» γίνεται λόγος για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται στην κατάσταση ενός ατόμου ή σε κάτι που ανήκει στον πελάτη. Η υπηρεσία είναι τμήμα μιας ευρύτερης έννοιας ενός προϊόντος, καθώς το προϊόν αυτό μπορεί να αποτελείται από εμπορεύματα, παράγωγα ή συνδυασμό τους. Ο πελάτης συχνά συμμετέχει ως συμπαραγωγός, ενώ η υπηρεσία δημιουργείται κατά την παραγωγική διαδικασία. Οι υπηρεσίες είναι άυλες και ετερογενείς, ενώ η «παραγωγή» τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την «κατανάλωσή» τους (Georgiadou and Maditinos 2017).

Αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, αυτή διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα των προϊόντων, καθώς πρόκειται για μια πιο αφηρημένη έννοια, η οποία είναι πολύ πιο δύσκολο να οριστεί, να μετρηθεί και να αξιολογηθεί (Yeşilada and Direktör 2010).

Έτσι, η ποιότητα των υπηρεσιών έχει περιγραφεί με διάφορους τρόπους (Akhade, Jaju and Lakhe 2016). Οι Yeşilada and Direktör (2010) την όρισαν ως τη διαφορά που προκύπτει μεταξύ προβλεπόμενης ή αναμενόμενης υπηρεσίας (προσδοκίες πελατών) και αντιληπτής υπηρεσίας (αντιλήψεις πελατών). Σε έναν άλλον ορισμό, η ποιότητα υπηρεσιών ορίζεται ως η συνάρτηση προσδοκιών, αποτελεσμάτων και εικόνας (Akhade et al 2016· Ismayyir and Al-Baldawi 2020). Η Georgiadou and Maditinos (2017) παρουσίασαν την ποιότητα των υπηρεσιών ως την εντύπωση του πελάτη αναφορικά με τη σχετική κατωτερότητα ή υπεροχή ενός πάροχου υπηρεσιών και με το εύρος αποδοχής του, η οποία συχνά θεωρείται αναλογική με τη συνολική στάση του πελάτη έναντι του πάροχου. Οι Djaya Jasfar and Hady (2018) την περιέγραψαν ως τη διαφορά ανάμεσα στην πραγματικότητα και στις προσδοκίες των πελατών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Ένας ακόμη ορισμός για την ποιότητα υπηρεσιών, την περιγράφει ως την αντίληψη των πελατών για το πόσο καλά μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή υπερβαίνει τις προσδοκίες τους, και κρίνεται από ίδιους τους πελάτες και όχι από τους οργανισμούς (Yeşilada and Direktör 2010). Οι Kalaja et al (2016) ανέφεραν πως η ποιότητα υπηρεσιών αποτελεί μια μορφή συμμόρφωσης με τις προδιαγραφές του πελάτη. Τέλος, ένας ακόμη ορισμός στον οποίο θα αναφερθούμε είναι αυτός του Parasuraman, ο οποίος είχε ορίσει την ποιότητα υπηρεσιών ως ένα μέτρο που υπολογίζει το επίπεδο της διαφοράς μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και των αντιλήψεων τους για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν (Akhade, Jaju and Lakhe 2016).

Όταν οι αντιλήψεις των πελατών για τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται είναι θετικότερες από αυτό που ανέμεναν (Ismayyir and Al-Baldawi 2020) ή όταν ταυτίζονται με αυτό, τότε αισθάνονται ευχαριστημένοι (Rehman and Husnain 2018). Αντίθετα, παρατηρείται απογοήτευσή τους, σε περίπτωση που οι προσδοκίες ήταν υψηλότερες από την πραγματική απόδοση των επιχειρήσεων ή των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες (Akhade, Jaju and Lakhe 2016).

Ο διαδραστικός χαρακτήρας της διαδικασίας εξυπηρέτησης οδηγεί στην αξιολόγηση της ποιότητας από τον πελάτη αμέσως μετά από την παροχή και την απόδοση των υπηρεσιών. Έτσι, η απόδοση είναι ίσως το πιο ανταγωνιστικό όπλο για τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών (Yeşilada and Direktör 2010).

Πρέπει να σημειωθεί, βέβαια, πως η έννοια της ποιότητας είναι διαφορετική για κάθε άτομο, καθώς εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι ο πολιτισμός, το περιβάλλον, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και οι δημογραφικοί παράγοντες (Akhade, Jaju and Lakhe 2016).

Πάντως, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί έναν τομέα που έχει χρηματοδοτηθεί σε μεγάλο βαθμό για έρευνες, για την εφαρμογή κλιμάκων ποιότητας υπηρεσιών, για την ανάπτυξη και δοκιμή θεωρητικών μοντέλων και για τη μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών σε διάφορους κλάδους, όπως για παράδειγμα σε αυτούς της εκπαίδευσης, του λιανικού εμπορίου, του τουρισμού, της τεχνολογίας των πληροφοριών, της βιομηχανίας, της τραπεζικής και της υγειονομικής περίθαλψης (Hamdan et al 2019).

1.3 Ποιότητα στην υγεία

Όσον αφορά τον χώρο της υγείας, στη σημερινή εποχή, η ποιότητα που προσφέρεται από τους διάφορους οργανισμούς και τα συστήματα υγείας είναι βασικό τους μέλημα, καθώς πραγματοποιούνται όλο και περισσότερες έρευνες και προσπάθειες για τη διασφάλισή της

(Ρίκος 2015). Για να δούμε, όμως, αναλυτικότερα, πως προέκυψε η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας και τι περιγράφει συγκεκριμένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1 Η ποιότητα από τη βιομηχανία στον χώρο της υγείας

Τα πρώτα βήματα για τη διαμόρφωση μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας πραγματοποιήθηκαν ήδη από τα αρχαία χρόνια. Ο πρώτος σχετικός κανόνας παρουσιάστηκε περί το 2000 π.Χ. με τον νόμο του αυτοκράτορα Χαμουραμί. Ο νόμος αυτός αφορούσε την ποιότητα στην φροντίδα της υγείας των ατόμων. Σε αυτόν γινόταν λόγος για τη σχέση ανάμεσα στην ποιότητα της φροντίδας που προσφέρεται με την κακή εξάσκηση, στο πώς ορίζεται και αποτιμάται αυτή η ποιότητα, στο ποιο πρόσωπο μπορεί να θεωρηθεί αρμόδιο για την ποιότητα της φροντίδας και στο ποια άτομα μπορούσαν να αποκτήσουν πρόσβαση σε φροντίδα ανώτερης ποιότητας (Πέππας και Κοράκη 2013).

Σημαντική κίνηση εκείνη την εποχή στην περιοχή της Αιγύπτου υπήρξε και η διατύπωση των πρώτων κριτηρίων σχετικά με την ιατρική περίθαλψη, τα οποία αποτυπώθηκαν επάνω σε λίθινες πλάκες, γραμμένες σε ιερογλυφικά. Πρόκειται, συγκεκριμένα, για τον «πάπυρο Smith», πάνω στον οποίο περιγραφόταν αναλυτικά μέθοδοι για την αντιμετώπιση τραυμάτων, αλλά και διάφορες χειρουργικές διαδικασίες (Πάτσιος και συν 2014).

Αργότερα, γύρω στον 5^ο αιώνα π.Χ., διατυπώθηκαν «οι Κώδικες Ηθικής του Ιπποκράτη» (Θανασιάς 2019). Σύμφωνα με αυτούς, προβλεπόταν στοιχεία σχετικά με την ορθή πρακτική, τις ηθικές αρχές και τη δεοντολογία. Διαφαίνεται, έτσι, πως οι άνθρωποι ενδιαφερόταν ήδη από εκείνα τα χρόνια για την αποτίμηση της ποιότητας και για τη βελτίωσή της (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012· Ρίκος 2015).

Στα νεότερα χρόνια, σημαντική υπήρξε η επιρροή της Florence Nightingale (1820-1910), μιας νοσηλεύτριας από την Αγγλία (Πάτσιος και συν 2014), της οποίας η δράση ήταν πρωτοποριακή για τη θεμελίωση της νοσηλευτικής της σύγχρονης εποχής. Συγκεκριμένα, η Nightingale, μελετώντας τα στοιχεία σχετικά με τη θνητότητα και με τους τραυματισμούς που παρατηρήθηκαν κατά την περίοδο του πολέμου της Κριμαίας, ήταν η πρώτη που έκανε καταγραφή και χρήση επιδημιολογικών δεδομένων για τη βελτίωση της φροντίδας της υγείας των ατόμων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), εισάγοντας έτσι την έννοια της υγειονομικής

ποιότητας (Πάτσιος και συν 2014), παρά το γεγονός ότι ήρθε αντιμέτωπη με διάφορες δυσκολίες και αντιστάσεις, προερχόμενες από το περιβάλλον της (Ρίκος 2015).

Τα πρώτα έτη του 20^{ου} αιώνα, ένας γενικός χειρουργός, με το όνομα Ernest Avery Codman, ο οποίος εργαζόταν στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ήταν αυτός που για πρώτος παρουσίασε την πρακτική του ελέγχου και της παρακολούθησης των ασθενών ακόμη και έπειτα από την περίθαλψή τους (follow-up). Δηλαδή, ένα έτος μετά από κάποιο χειρουργείο που πραγματοποιούσε, αποφάσισε πως είναι χρήσιμο να επανεξετάζει τους ασθενείς του, προκειμένου να εντοπίσει τα οφέλη που προέκυψαν ή τα ανεπιθύμητα στοιχεία που παρουσιαζόταν (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Ένα σημαντικό βήμα για την εξέλιξη του κλάδου μελέτης της ποιότητας στην υγεία πραγματοποιήθηκε επίσης το 1918, όταν ιδρύθηκε το λεγόμενο «Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης» στην Αμερική, το οποίο αποτελούσε ουσιαστικά έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό, με βασικό σκοπό την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων. Το ίδιο διάστημα, ο Abraham Flexner, ο οποίος διέκρινε ότι η περίθαλψη που παρέχεται στους ασθενείς επηρεάζεται άμεσα από την ποιότητα της εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού, πρότεινε να τεθούν συγκεκριμένα πρότυπα κατά τη λειτουργία των σχολών της Ιατρικής (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά την ποιότητα στον χώρο της υγείας, μεγάλη θεωρείται και η συμβολή του Avedis Donabedian, ο οποίος κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 1954-1984 πραγματοποίησε διεξοδική μελέτη διαφόρων προσεγγίσεων σχετικά με το θέμα αυτό, που είχαν παρουσιαστεί στο παρελθόν. Με τον τρόπο αυτό, κατάφερε να διαμορφώσει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, το οποίο ήταν βασισμένο σε ένα τρίπτυχο παραγόντων: στις σωστές δομές, στις καλές διαδικασίες, καθώς και στα κατάλληλα αποτελέσματα (Ρίκος 2015).

Περίπου την ίδια περίοδο, και συγκεκριμένα στη δεκαετία 1960-1970, η Joint Commission on Accreditation of Health Organizations στην Αμερική ανέλαβε την πιστοποίηση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας για τον έλεγχο της χρήσης τους. Καθιέρωσε συγκεκριμένους δείκτες εντοπισμού των νέων εισαγωγών και της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών, περιορίζοντας έτσι το ποσοστό αυτονομίας των

ιατρών και χρησιμοποιώντας αυτή τη συστηματική αξιολόγηση με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Στη σημερινή εποχή, πραγματοποιούνται πολλές μελέτες που αφορούν την ιατρική περίθαλψη και τη νοσηλευτική φροντίδα, προκειμένου να εντοπίζονται σχετικές ελλείψεις και προβλήματα (Πέππας και Κοράκη 2013). Η έρευνα και η εφαρμογή ποιοτικού ελέγχου έχει εξελιχθεί και διαδοθεί σε ποικίλους τομείς, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και αυτός της υγείας (Πάτσιος και συν 2014). Σε πολλές χώρες, και κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στην Δυτική Ευρώπη, σε σχολές Ιατρικής και σε νοσοκομεία, συντάσσονται ομάδες, οι οποίες απαρτίζονται από γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς υπαλλήλους, τεχνικούς και μηχανικούς, προκειμένου να αναζητήσουν τρόπους για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους πολίτες. Δεν αποσκοπούν, βέβαια, στο να κατηγορήσουν τους ανθρώπους που έκαναν ορισμένα λάθη, ούτε να μείνουν προσκολλημένοι σε κάποιους κανόνες, αλλά επιδιώκουν να συλλέξουν και να αναλύσουν στοιχεία, για να εντοπίσουν αδυναμίες, να αναζητήσουν και να εφαρμόσουν κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπισή τους, προκειμένου να υπάρχει έτσι διαρκής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013).

2.2. Η έννοια της ποιότητα στον χώρο της υγείας

Έπειτα, από τις παραπάνω εξελίξεις, λοιπόν, προέκυψε και καθιερώθηκε η έννοια της ποιότητας στον χώρο της υγείας.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο περίπλοκη ως προς την περιγραφή και τον προσδιορισμό της σε σύγκριση με την ποιότητα στον χώρο των βιομηχανικών επιχειρήσεων (Θανασιάς 2019). Στις επιχειρήσεις της βιομηχανίας, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα, αρκεί να τηρηθούν οι προδιαγραφές που έχουν τεθεί, ώστε να υπάρξει το αναμενόμενο και επιθυμητό αποτέλεσμα, έπειτα από την ομαλή ολοκλήρωση της διαδικασίας. Αυτό δεν μπορεί να ισχύσει, όμως, και στην περίπτωση του τομέα της υγείας, καθώς οι ασθενείς (πελάτες) παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους και ασκούν σημαντική επίδραση στις μεθόδους θεραπείας που εφαρμόζονται (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται, είτε σε δημόσιο, είτε σε ιδιωτικό επίπεδο, οι πελάτες-χρήστες έχουν μία βασική προσδοκία: τη διασφάλιση ενός θεμελιώδους κοινωνικού

αγαθού (Παπαγεωργίου και συν 2014), δηλαδή, της υγείας τους (Θανασάς 2019). Πρόκειται, λοιπόν, για κάτι άυλο, το οποίο δεν μπορούμε να αγγίξουμε, να νιώσουμε, να δούμε ή να υπολογίσουμε με βάση τα αγαθά που αποκτώνται (Djaya Jasfar and Hady 2018). Η εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι, λοιπόν, μια δύσκολη υπόθεση, καθώς στην πραγματικότητα αξιολογούνται οι ίδιοι οι πελάτες και η ποιότητα της ζωής τους (Georgiadou and Maditinos 2017).

Όσον αφορά, επομένως, την ποιότητα στον χώρο της υγείας, παρατηρείται, γενικότερα, ένας πολυδιάστατος χαρακτήρας της, ο οποίος σε συνδυασμό και με την εμπλοκή πολλών ατόμων στις φάσεις της παραγωγής, της προσφοράς και της αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας, καθιστούν δύσκολη την προσπάθεια διατύπωσης ενός ορισμού για την ποιότητα αυτού τους είδους (Θανασάς 2019). Ας δούμε, όμως, πιο αναλυτικά τι περιγράφει ο συγκεκριμένος όρος.

Ο Donabedian, ο οποίος ήταν από τα πρώτα άτομα που μελέτησαν τα θέματα που σχετίζονται με τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015), την περιέγραψε ως εκείνο το είδος της φροντίδας και της περίθαλψης, που πρόκειται να προκαλέσει τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή (Παπαγεωργίου και συν 2014), να του προσφέρει το μέγιστο δυνατό όφελος (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015), να οδηγήσει στην όσο το δυνατόν καλύτερη υγεία και ευεξία του (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), ενώ παράλληλα λαμβάνονται υπόψιν τόσο τα οφέλη, όσο και οι απώλειες που προκύπτουν σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας της περίθαλψης (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011· Παπαγεωργίου και συν 2014· Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Δηλαδή, την όρισε ως την εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας με έναν τρόπο που μεγιστοποιεί τα οφέλη για την υγεία του ασθενούς, χωρίς ταυτόχρονα να αυξάνονται οι κίνδυνοι (Lee and Kim 2017).

Ο Maxwell, κατά το 1984, είχε συνδέσει την έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας με αυτήν της προσβασιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, είχε υποστηρίξει πως η ποιότητα στον χώρο αυτό εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη δυνατότητα που έχουν οι χρήστες να αποκτήσουν πρόσβαση στην περίθαλψη και φροντίδα τους στο κατάλληλο χρονικό διάστημα και στην κατάλληλη τοποθεσία, με βάση τις ιδιαίτερες

ανάγκες τους, πάντοτε στο πλαίσιο της ισοτιμίας, και με την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που τους παρέχονται (Ρίκος 2015).

Το 1990, η Αμερικανική Ιατρική Ένωση, επιδίωξε να προσδιορίσει την ιατρική φροντίδα, που διακρίνεται από υψηλή ποιότητα. Την περιέγραψε, λοιπόν, ως εκείνη τη φροντίδα που εξασφαλίζει την άμεση παρέμβαση, την πρόληψη έναντι διάφορων ασθενειών, την κατάλληλη ενημέρωση των ασθενών και την αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Λίγα χρόνια αργότερα, το 1993, προέκυψε ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα στον χώρο της υγείας, ο οποίος διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Θανασάς 2019) και αποτελεί σήμερα έναν αρκετά διαδεδομένο ορισμό. Σύμφωνα με αυτόν, όταν κάνουμε λόγο για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, τότε ουσιαστικά αναφερόμαστε στην προσφορά πράξεων διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα, οι οποίες καθιστούν δυνατή τη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για τους ασθενείς, με βάση της δυνατότητες που παρουσιάζει η σύγχρονη επιστήμη της Ιατρικής (Παπαγεωργίου και συν 2014). Στόχος είναι αφενός ο ελάχιστος δυνατός κίνδυνος ιατρικού τύπου, και αφετέρου η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015), όσον αφορά τις διαδικασίες, τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις και τα αποτελέσματα (Πάτσιος και συν 2014).

Σε παρόμοια λογική βασίστηκε και ο σχετικός ορισμός που διατυπώθηκε το 1996 από το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Βάσει αυτού, η ποιότητα στον χώρο της υγείας αντικατοπτρίζει τον βαθμό στον οποίο αυτές αυξάνουν τις πιθανότητες επίτευξης των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων υγειονομικού τύπου για άτομα και ομάδες πληθυσμού, και έρχονται σε συνάρτηση με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Παπαγεωργίου και συν 2014).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ανωτέρω στοιχεία, μπορούμε να πούμε πως αυτή συσχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας, με τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας του, με την εκτίμηση των ωφελειών που προκύπτουν, αλλά και με τα επακόλουθα κόστη (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Στη σημερινή εποχή, εξακολουθούν να γίνονται πολλές προσπάθειες για την περιγραφή της έννοιας της ποιότητας στον χώρο της υγείας και με τα χαρακτηριστικά της (Πέππας και Κοράκη 2013).

Από την οπτική της διοίκησης, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνδέεται με την προσφορά της αναγκαίας περίθαλψης στους πελάτες, η οποία πρέπει να είναι αποτελεσματική, να εξασφαλίζεται με έναν οικονομικό τρόπο και να χαρακτηρίζεται από ορθολογικό διαμοιρασμό των περιορισμένων πόρων που είναι διαθέσιμοι. Με βάση την οπτική των ασθενών, η ποιότητα σχετίζεται με τη δυνατότητα που τους προσφέρεται ώστε να επιλέξουν και να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που επιθυμούν και έχουν ανάγκη, όσο πιο γρήγορα γίνεται (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Για να υπάρξει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, αναγκαία κρίνεται η προσφορά της καλύτερης διαθέσιμης φροντίδας στον κάθε ασθενή (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), είτε πρόκειται για διάγνωση (Πέππας και Κοράκη 2013), για θεραπευτική παρέμβαση, για μέτρα πρόληψης (Oecd et al 2018), για αποκατάσταση, για αποφυγή σφαλμάτων ή για μέριμνα όσον αφορά τις ανάγκες αυτού και της οικογένειάς του, ενώ παράλληλα λαμβάνεται υπόψιν και το κόστος (Πέππας και Κοράκη 2013). Επιπλέον, η φροντίδα αυτή πρέπει να παρέχεται στον σωστό τόπο και χρόνο. Βασική επιδίωξη αποτελεί η επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για κάθε ασθενή (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), με την έννοια της συμβολής στη βελτίωση ή στη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων ή και της διάρκειας ζωής τους (Πέππας και Κοράκη 2013). Όλες οι σχετικές ενέργειες πρέπει να συμβαδίζουν με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση (Oecd et al 2018), ενώ πάντοτε χρειάζεται να αναζητούνται τρόποι για τη διαρκή βελτίωση της περίθαλψης που παρέχεται στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στον χώρο της υγείας διαδραματίζει η ικανοποίηση των χρηστών - πελατών (Akbar et al 2018· Θανασάς 2019).

3.1. Η ικανοποίηση των χρηστών

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας παρέχεται για να ικανοποιήσει τις προσδοκίες και ανάγκες των χρηστών, καθώς και για να βελτιώσει τη φροντίδα που προσφέρεται στους ασθενείς από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες (Lee and Kim 2017). Η ποιότητα, μπορούμε να πούμε ότι λειτουργεί και ως ένα μέτρο που προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ της παροχής υπηρεσιών που αναμένουν οι πελάτες και της αντίληψης του σχετικά με τις υπηρεσίες που έλαβαν μετά τη θεραπεία ή με την πραγματικότητα (Akbar et al 2018).

Γενικότερα, υπάρχει αμφισημία στη βιβλιογραφία αναφορικά με τον όρο «πελάτης». Μερικές φορές, ο πελάτης αποτελείται από μια ομάδα αγοραστών, η οποία απαρτίζεται από διαφορετικά άτομα, με διαφορετικές αξίες και απόψεις. Στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, στους πελάτες εντάσσεται μια πληθώρα ατόμων, όπως είναι οι ασθενείς, οι φροντιστές τους (π.χ. οι συγγενείς τους), διάφοροι σύμβουλοι και η οικονομική αρχή. Καθένας εξ αυτών έχει ξεχωριστές ανάγκες και προσδοκίες, τις οποίες ο φορέας παροχής υπηρεσιών οφείλει να κατανοήσει και να συνδυάσει, ώστε να ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε αυτές (Georgiadiou and Maditinos 2017). Ωστόσο, βασικός πελάτης θεωρείται ο ασθενής, ο οποίος αποτελεί το επίκεντρο του συστήματος εφαρμογής της (Georgiadiou and Maditinos 2017). Οι αντιλήψεις του θεωρούνται ως ο κύριος δείκτης κατά την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών (Kalaja et al 2016). Έτσι, η ικανοποίηση του ασθενή αντιμετωπίζεται πλέον ως ο πιο έγκυρος και αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση και τον προσδιορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015· Georgiadiou and Maditinos 2017· Θανασάς 2019).

Παραδοσιακά, ο ασθενής θεωρούταν ένα άτομο αδύναμο, εκτεθειμένο, που εξαρτιόταν από άλλους ανθρώπους (Georgiadiou and Maditinos 2017). Στη σημερινή

εποχή, όμως, ο ασθενής είναι πιο ενημερωμένος σε σχέση με το παρελθόν όσον αφορά την ποιότητα που παρέχεται από τις υπηρεσίες υγείας και μπορεί να την κρίνει πιο συνειδητά (Ismayyir and Al-Baldawi 2020). Έτσι, με βάση τη νέα προσέγγιση αναφορικά με τη θέση του πελάτη που έχει προέκυψε τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, η θέση του ασθενή έχει μεταταθεί, όπως αναφέραμε και προηγουμένως, προς το ρόλο του πελάτη. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ασθενής δεν είναι απλώς ο αποδέκτης μιας υπηρεσίας που παρέχεται, αλλά αποκτά πληροφορίες, αναζητά εναλλακτικές λύσεις, κάνει επιλογές και συμμετέχει στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται (Georgiadiou and Maditinos 2017).

Καθώς ο ασθενής αποτελεί τον πελάτη των υπηρεσιών αυτών, είναι απαραίτητο να επιτευχθεί η ικανοποίησή του (Ismayyir and Al-Baldawi 2020). Πρέπει, λοιπόν, η ποιότητα να ανταποκρίνεται στις επιθυμίες και στις απαιτήσεις που τίθενται εξ αρχής από αυτόν (Rehaman and Husnain 2018).

Ο όρος «ικανοποίηση» αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση (Georgiadiou and Maditinos 2017), και συγκεκριμένα μια θετική ανθρώπινη αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση που λαμβάνει χώρα σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Hamdan et al 2019). Σχετίζεται με το επίπεδο ανταπόκρισης στις αντιλήψεις, τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ατόμων (Sofaer and Firminger 2005).

Έτσι, η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια ευρεία έννοια (Georgiadiou and Maditinos 2017), η οποία περιγράφει τη διαφορά που προκύπτει μεταξύ των προσδοκιών του, ως προς την κατάλληλη περίθαλψη, και του επιπέδου της περίθαλψης που λαμβάνει στην πραγματικότητα (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Πρόκειται, ουσιαστικά για την αξιολόγηση μιας διακριτής διάστασης της υγειονομικής περίθαλψης από τον ασθενή (Georgiadiou and Maditinos 2017).

Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις των ασθενών διαδραματίζουν, επομένως, κεντρικό ρόλο στο επίπεδο ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται. Προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποίηση για τους πελάτες - χρήστες των υπηρεσιών αυτών, οι αντιλήψεις τους σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους παρασχέθηκαν πρέπει να είναι τουλάχιστον ισάξιες με τις προσδοκίες που είχαν εξ αρχής. Πιο συγκεκριμένα, άμα οι προσδοκώμενες υπηρεσίες υγείας και οι υπηρεσίες

υγείας που προσφέρθηκαν είναι αντίστοιχες, τότε η ποιότητά τους θεωρείται καλή και ικανοποιητική. Άμα οι υπηρεσίες που προσφέρθηκαν είναι ανώτερες των προσδοκιών, τότε η ποιότητά τους θεωρείται ιδανική. Αντίθετα, άμα οι προσδοκίες είναι ανώτερες των υπηρεσιών υγείας που προσφέρθηκαν στους χρήστες, τότε αυτές θεωρούνται μη ικανοποιητικές και ελλιπείς (Akbar et al 2018).

Καθίσταται φανερό, λοιπόν, πως για την επίτευξη της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι αναγκαία η προσφορά ανώτερων υπηρεσιών σε αυτούς, αλλά απλώς επαρκών ή αποδεκτών υπηρεσιών (Sofaer and Firminger 2005).

Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί πως η ικανοποίηση όλων των ανθρώπων είναι εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση (Hamdan et al 2019), καθώς η ικανοποίηση είναι μια πολύ σχετική έννοια (Sofaer and Firminger 2005). Κάθε άνθρωπος έχει τις δικές του ιδιαίτερες απόψεις και προσδοκίες (Hamdan et al 2019), άρα αυτό που ικανοποιεί ένα άτομο, ενδέχεται να δυσαρεστεί κάποιο άλλο (Sofaer and Firminger 2005). Επιπρόσθετα, ακόμη και το ίδιο άτομο είναι πιθανό να παρουσιάσει διαφορετικές αντιλήψεις και προσδοκίες σε διαφορετικό χρονικό διάστημα (Θανασάς 2019).

Παρά το γεγονός ότι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη, η αξία της μείζονος σημασίας, καθώς έτσι προσφέρεται ανατροφοδότηση, καθίσταται ικανός ο εντοπισμός σφαλμάτων και ελλείψεων, και εν τέλει βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται (Φρεγγίδου και συν 2017).

3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών - χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερα πολυπαραγοντικό (Θανασάς 2019).

Ορισμένοι από τους πιο βασικούς παράγοντες που είναι ικανοί να επιδράσουν είτε θετικά, είτε αρνητικά στην ικανοποίηση των ατόμων αυτών είναι το επίπεδο της βασικής τους εκπαίδευσης, η κοινωνική, αλλά και η οικονομική τους κατάσταση

(Παπαγιαννοπούλου και συν 2008), καθώς και το νοητικό τους επίπεδο. Μεγάλη επίδραση θεωρείται πως ασκούν και οι πολιτιστικές αξίες που πρεσβεύουν οι άνθρωποι αυτοί (Djaya Jasfar and Hady 2018), ενώ και η ικανότητά τους να συνεννοούνται με τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται είναι ιδιαίτερα σημαντική (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Ένα άλλο στοιχείο που φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι η ασθένεια με την οποία έρχονται αντιμέτωποι. Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι που πάσχουν από κάποια σοβαρή ασθένεια, συνήθως βιώνουν μια έντονη ψυχολογική πίεση και αναδεικνύουν μια πιο αρνητική διάθεση. Έτσι, τα άτομα αυτά φαίνεται να είναι λιγότερα ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται (Θανασάς 2019). Ωστόσο, δεν είναι σίγουρο άμα η απογοήτευσή τους προκαλείται λόγω της φύσης της ασθένειας που αντιμετωπίζουν, άμα οφείλεται στον τρόπο που τους προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας ή άμα επηρεάζουν το ποσοστό ικανοποίησής τους άλλα στοιχεία (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Το φύλο και η ηλικία των ασθενών είναι επίσης δύο χαρακτηριστικά που πιστεύεται ότι μπορεί να επηρεάσουν αξιοσημείωτα την ικανοποίηση των ασθενών (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008). Όσον αφορά το φύλο, δεν είναι προς το παρόν τελείως ξεκάθαρο εάν η επίδραση του είναι άμεση ή δευτερεύουσα, αλλά με βάση ορισμένες ερευνητικές μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει προκύψει η άποψη πως οι γυναίκες, οι οποίες τείνουν να αναζητούν συχνότερα ιατρική βοήθεια και να νοσηλεύονται ευκολότερα, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με το αντρικό φύλο. Αναφορικά με την ηλικία των ασθενών, αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει πως οι άνθρωποι μεγαλύτερων ηλικιών συνηθίζουν να εκδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκριτικά με τα νεαρότερα άτομα. Κάτι τέτοιο ίσως να σχετίζεται με το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα είναι πιθανό να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, π.χ. ανέχονται περισσότερα αρνητικά και δυσάρεστα στοιχεία, επειδή πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και έχουν μεγαλύτερη ανάγκη και εξάρτηση από το ιατρικό προσωπικό (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Η καλή και αποτελεσματική επικοινωνία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι επίσης σημαντικό στοιχείο, που επηρεάζει την ικανοποίηση των ανθρώπων αυτών. Επιπρόσθετα, στοιχεία που σχετίζονται με τον οργανωτικό και τον λειτουργικό τομέα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Τέτοιου είδους στοιχεία είναι για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά των εγκαταστάσεων των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομείων), το επίπεδο της καθαριότητας, η ευχάριστη διαμονή, καθώς και ο τρόπος εισαγωγής και αναχώρησης του ασθενή (Θανασάς 2019).

Τέλος, ένας ακόμη παράγοντες που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι προηγούμενες σχετικές εμπειρίες τους, δηλαδή το κατά πόσο είχαν εκπληρωθεί οι προσδοκίες τους από αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν στο παρελθόν (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Καθώς η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι άυλη ως προς τη φύση της και δύσκολο να οριστεί, έτσι και η μέτρησή της είναι μια ιδιαίτερη περίπλοκη διαδικασία (Ismayyir and Al-Baldawi 2020), οποία επηρεάζεται από διάφορα στοιχεία και παράγοντες (Lee and Kim 2017).

Στο σημείο αυτό, θα δούμε αρχικά τα τρία επίπεδα στα οποία πραγματοποιείται η αξιολόγηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας, και έπειτα θα γίνει αναφορά σε ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούνται κατά κόρον για την μέτρηση και την αξιολόγησή της.

4.1. Τα τρία επίπεδα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donabedian, η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί σε τρία ξεχωριστά επίπεδα: α) τη δομή, β) τις διαδικασίες, και γ) τα αποτελέσματα (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Όσον αφορά τη δομή (structure), αυτή αναφέρεται σε διάφορα στοιχεία που σχετίζονται με την οργάνωση του συστήματος υγείας, σε φυσικά του χαρακτηριστικά, καθώς και σε στοιχεία που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό του (Θανασάς 2019). Πιο αναλυτικά, στο επίπεδο αυτό εξετάζεται η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα και η επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μελετάται, ακόμα, η αποδοχή, η αξιοπιστία, καθώς και το επίπεδο νομιμότητας των υπηρεσιών αυτών (Παπαγεωργίου και συν 2014). Σχετικά με τον τομέα της οργάνωσης, διερευνάται ο τρόπος διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, ο καταμερισμός των εργασιών, ο τρόπος επιλογής του προσωπικού (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), η επάρκειά του, καθώς και η καθοδήγηση που προσφέρεται σε αυτό από την ηγεσία (Παπαγεωργίου και συν 2014). Επιπλέον, στο επίπεδο αυτό συμπεριλαμβάνεται η καταλληλότητα των εγκαταστάσεων. Εξετάζονται, δηλαδή, η έκταση και το μέγεθος τους, η θωράκιση που έχουν και η ασφάλεια που τις διακρίνει, η καθαριότητα και η υγιεινή που τις χαρακτηρίζουν, η αισθητική τους και το επίπεδο προσβασιμότητας που παρέχεται (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Στον τομέα της δομής εντάσσεται και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), όπου αξιολογούνται

οι προδιαγραφές και η επάρκειά του (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι είναι ένα άλλο στοιχείο που συμπεριλαμβάνεται στο επίπεδο αυτό. Επιπλέον, όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας, εξετάζονται η κατάρτιση (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), οι γνώσεις και ο επαγγελματισμός του (Παπαγεωργίου και συν 2014).

Αναφορικά με το δεύτερο επίπεδο, αυτό των διαδικασιών (process), σε αυτό εντάσσονται οι ενέργειες που αφορούν την περίθαλψη και τη θεραπεία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Παπαγεωργίου και συν 2014). Κατ' αρχήν στο επίπεδο αυτό εντάσσονται οι ενέργειες των ασθενών κατά την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Έπειτα, εξετάζονται η ετοιμότητα ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών, και οι ενέργειες του προσωπικού του νοσοκομείου (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). Για παράδειγμα, μελετάται η μέθοδος λήψης ιστορικού, οι εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται (Παπαγεωργίου και συν 2014), η διαγνωστική προσέγγιση των γιατρών, οι φαρμακευτικές αγωγές που επιλέγουν, εάν αυτές είναι υψηλού κόστους, οι χειρουργικές επεμβάσεις που διεξάγουν, η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών κατά μέσο όρο (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), οι διαθέσιμες κλίνες, η υποστήριξη έπειτα από την αρχική περίθαλψη, η μετεγχειρητική πορεία της υγείας των ασθενών, οι επανεπεμβάσεις και το ποσοστό των ασθενών που αναγκάζονται να επιστρέψουν σε ΜΕΘ, η συχνότητα εμφάνισης ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων, ο σεβασμός που αναδεικνύει το προσωπικό προς τους ασθενείς, κ.λπ. (Παπαγεωργίου και συν 2014).

Τέλος, σχετικά με το επίπεδο των αποτελεσμάτων (outcome) των υπηρεσιών και των ενεργειών που πραγματοποιούνται, σε αυτό διερευνάται η έκβαση, δηλαδή οι αλλαγές που επήλθαν στην υγεία των ασθενών, στην ευεξία (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011) και στην ποιότητα της ζωής τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012), ως αποτέλεσμα της περίθαλψης και της ιατρικής παρέμβασης που έλαβαν (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). Επιπλέον, αξιολογείται η ικανοποίηση τόσο των ασθενών, όσο και των επαγγελματιών υγείας. Τα στοιχεία αυτά υπολογίζονται παραδείγματος χάριν μέσω δεικτών οικονομικής αποδοτικότητας (δηλαδή, μέσω της σχέσης που προκύπτει ανάμεσα σε κόστος και όφελος), δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας (Παπαγεωργίου και συν 2014) ή με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

4.2. Οι τρεις διαστάσεις της παροχής υπηρεσιών υγείας κατά Donabedian

Κατά την απόπειρα μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, με βάση την προσέγγιση του Donabedian, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψη τρεις συγκεκριμένες διαστάσεις. Αυτές αφορούν: α) το τεχνικό μέρος, β) το διαπροσωπικό μέρος, και γ) τις ξενοδοχειακές υποδομές (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Το τεχνικό μέρος (science of medicine) αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται η επιστήμη της ιατρικής και στον τρόπο με τον οποίο αξιοποιείται η τεχνολογία (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), με στόχο την όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που βιώνουν οι ασθενείς (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Σημαντικό ρόλο στη διάσταση αυτή διαδραματίζουν οι υποδομές και τα μέσα που είναι διαθέσιμα και επιλέγονται προς χρήση (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Το διαπροσωπικό μέρος (art of medicine) σχετίζεται με τον ψυχολογικό τομέα (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). Αναφέρεται, κατά κύριο λόγο, στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας τους ασθενείς (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Η διάσταση αυτή αφορά, λοιπόν, τις γνώσεις και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς, την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τις κοινωνικές αξίες που κυριαρχούν, αλλά και τις προσδοκίες των ίδιων των ασθενών (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Τέλος, όσον αφορά τη διάσταση των ξενοδοχειακών υποδομών (amenities), σε αυτές εντάσσονται οι διαθέσιμες υποδομές και οι σχετικές παροχές προς τους ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα της νοσηλείας τους στις υπηρεσίες υγείας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). Δηλαδή, σημασία στη διάσταση αυτή έχουν στοιχεία όπως είναι ο χώρος, το περιβάλλον, οι κτιριακές υποδομές και οι ανέσεις που προσφέρονται στους ασθενείς (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

4.3. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας των Parasuraman, Zeithaml και Berry – Το εργαλείο SERVQUAL

Ένα εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι το εργαλείο SERVQUAL (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), το οποίο κατασκευάστηκε από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (Kalaja et al 2016).

Το SERVQUAL είναι ουσιαστικά ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 22 ζεύγη ερωτημάτων, όπου οι απαντήσεις δίνονται σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert (Kalaja et al 2016). Σε αυτό εξετάζονται πέντε συγκεκριμένες διαστάσεις, που χαρακτηρίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με στόχο τον εντοπισμό των στοιχείων εκείνων που χρειάζεται να τροποποιηθούν και να βελτιωθούν για να ενισχυθεί η ποιότητα των υπηρεσιών, τον καθορισμό του επιπέδου βελτίωσης που απαιτείται, καθώς και τον εντοπισμό την επίδραση των προσπαθειών για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Yeşilada and Direktör 2010).

Οι πέντε διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που αξιολογούνται με το εργαλείο SERVQUAL είναι η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ενσυναίσθηση, η διασφάλιση και τα υλικά (Al-khrabsheh et al 2017· Djaya Jasfar and Hady 2018).

Η έννοια της αξιοπιστίας (reliability) αναφέρεται στην ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να εκπληρώσουν αυτά που έχουν υποσχεθεί στους ασθενείς (Lee and Kim 2017). Μάλιστα, οι υποσχέσεις αυτές είναι απαραίτητο να εκπληρωθούν για όλους τους ασθενείς με ακρίβεια, με σταθερότητα (Kalaja et al 2016) και με σοβαρότητα (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Όσον αφορά τη διάσταση της ανταπόκρισης (responsiveness), με αυτή περιγράφεται η προθυμία των υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού να προσφέρουν βοήθεια προς τους ασθενείς (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). Επιπλέον, είναι αναγκαίο οι υπηρεσίες αυτές να προσφέρονται άμεσα (Kalaja et al 2016). Πρόκειται, επομένως, για την ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να αντιδρούν σκόπιμα και μέσα σε ένα κατάλληλο χρονικό πλαίσιο σε σημαντικά γεγονότα, ευκαιρίες και απειλές (Rehaman and Husnain 2018), προκειμένου να προσφέρουν άμεση βοήθεια προς τους ασθενείς

(Lee and Kim 2017), και ταυτόχρονα να καθιερώσουν ή να διατηρήσουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Rehaman and Husnain 2018).

Η διάσταση της ενσυναίσθησης (empathy) αναφέρεται στην προσφορά φροντίδας και περίθαλψης με κατανόηση, ενδιαφέρον και εξατομικευμένη φροντίδα σε όλους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). Πιο αναλυτικά, η ενσυναίσθηση είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ατόμων που μπορεί να σχετίζεται με το γνωστικό επίπεδο, με το συναισθηματικό επίπεδο ή και με τα δύο. Όσον αφορά τον γνωστικό τομέα, η ενσυναίσθηση περιγράφει την ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί τις απόψεις και τις αντιλήψεις κάποιου άλλου ατόμου, αλλά και να εντοπίζει τις ανάγκες και τα κίνητρα που σχετίζονται με τις αντιλήψεις αυτές. Αναφορικά με το συναισθηματικό επίπεδο, πρόκειται για την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τα συναισθήματα κάποιου άλλου ανθρώπου, και σε έναν βαθμό να νιώθει και αυτό τη συναισθηματική ανησυχία που εκδηλώνεται. Πολλές φορές, η ενσυναίσθηση συνδέεται με αλτρουιστικές συμπεριφορές, οι οποίες σχετίζονται με την τάση του ατόμου να ταυτίζεται με τα συναισθήματα του ανθρώπου που αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση και χρειάζεται βοήθεια. Με τον όρο ενσυναίσθηση αναφερόμαστε, επομένως, στην ικανότητα του ατόμου να εντοπίζει και να κατανοεί τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις καταστάσεις που βιώνει κάποιο άλλο άτομο (Rehaman and Husnain 2018).

Έπειτα, με την έννοια της διασφάλισης (assurance) γίνεται λόγος για τις γνώσεις και την εξειδίκευση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας σε τεχνικό επίπεδο (Lee and Kim 2017), για την ευγένεια που αναδεικνύει, καθώς και για την ικανότητά του να εμπνέει προς τους ασθενείς τα αισθήματα της εμπιστοσύνης, της εχεμύθειας (Kalaja et al 2016) και της ασφάλειας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Τέλος, όσον αφορά τα υλικά, ή αλλιώς τα απτά χαρακτηριστικά (tangibles), αυτά αφορούν κυρίως διάφορα εξωτερικά στοιχεία των υπηρεσιών υγείας (Lee and Kim 2017). Τέτοιου είδους στοιχεία είναι η εσωτερική και εξωτερική εμφάνιση των κτιριακών εγκαταστάσεων και του περιβάλλοντα χώρου (Kalaja et al 2016), η λειτουργικότητα και η κατάσταση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού, η εμφάνιση του προσωπικού που εργάζεται στην εκάστοτε υπηρεσία υγείας, π.χ. ως προς την παρουσία ή την καθαριότητά του (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), η εμφάνιση

του επικοινωνιακού υλικού (Kalaja et al 2016), αλλά και η λειτουργικότητά του, καθώς και η κατάσταση και λειτουργικότητα των τεχνολογικών υλικών που αξιοποιούν οι υπηρεσίες υγείας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητο να σημειωθεί πως για τη μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να αξιοποιηθούν ποικίλα μοντέλα αξιολόγησης, η διαμόρφωση των οποίων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις απόψεις των ερευνητών που μελετάνε το συγκεκριμένο θέμα. Έτσι, το SERVQUAL, να μεν αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες αυτές, ίσως λόγω της πληρότητας και της ευκολίας στην πρακτική εφαρμογή του, αλλά δεν είναι το μοναδικό που υπάρχει (Lee and Kim 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

5.1. Χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Με βάση το εργαλείο SERVQUAL, τα στοιχεία που παρουσίασε ο Donabedian, αλλά και άλλες προσεγγίσεις, φανερόνται ορισμένα χαρακτηριστικά, η παρουσία των οποίων είναι απαραίτητη, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Όπως προαναφέραμε, ένα αναγκαίο χαρακτηριστικό είναι η αξιοπιστία, που αναφέρεται στην ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να υλοποιούν το έργο τους με εγκυρότητα και με ακρίβεια (Πέππας και Κοράκη 2013). Χρειάζεται να διευκολύνουν τους χρήστες, να τους βοηθούν να κάνουν πραγματικότητα τις προσδοκίες τους και να τους τοποθετούν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Ζέρβας 2020), λαμβάνοντας υπόψιν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Γίνεται φανερό, έτσι, πως είναι ιδιαίτερα ωφέλιμο οι υπηρεσίες υγείας να υιοθετούν μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση (people-centered) (Oecd et al 2018), δηλαδή να θέτουν τον ασθενή στο επίκεντρο (patient-centered healthcare) (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Ως εκ τούτου, πρέπει να ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες των ασθενών (Oecd et al 2018), και να σέβονται την ιδιαίτερη προσωπικότητα του κάθε ατόμου (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Η ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να διακρίνονται από αποτελεσματικότητα (effectiveness) και αποδοτικότητα (efficiency) είναι επίσης σημαντική για τη διασφάλιση της ποιότητας τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012· Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο κατά πόσο επιτυγχάνονται από τις υπηρεσίες υγείας οι στόχοι που τίθενται εξ αρχής κατά τη φάση του σχεδιασμού (Ζέρβας 2020), μέσα από την αξιοποίηση της επιστημονικής γνώσης και των κατευθυντήριων γραμμών που διαμορφώνονται βάσει κατάλληλων δεδομένων (Oecd et al 2018). Συνδέεται αρκετά με την καταλληλότητα των υπηρεσιών υγείας και με τα αποτελέσματα που προκύπτουν για την υγεία των ασθενών. Η έννοια της αποδοτικότητας περιγράφει τη μέγιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, με στόχο την επίτευξη των μέγιστων δυνατών θετικών αποτελεσμάτων. Οι πόροι αυτοί

συνήθως αφορούν τον οικονομικό τομέα, και σχετίζονται με τις έννοιες του κέρδους και της ζημίας (Ζέρβας 2020), αλλά σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται και άλλα στοιχεία, όπως για παράδειγμα ο εξοπλισμός, τα φάρμακα, η ενέργεια και οι ιδέες (Oecd et al 2018). Αναγκαία στοιχεία, λοιπόν, είναι η αποφυγή σπατάλης πόρων και η εξοικονόμηση (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Σημαντικό χαρακτηριστικό για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι και το επίπεδο καταλληλότητάς του (suitability), για το οποίο έγινε λόγος προηγουμένως (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Το επίπεδο καταλληλότητας αναφέρεται στο κατά πόσο το είδος της φροντίδας που προσφέρεται προς τους ασθενείς είναι αντίστοιχο με τις κλινικές τους ανάγκες, πάντα στο πλαίσιο της υπάρχουσας γνώσης (Ρίκος 2015).

Ακόμη, η δραστικότητα, με την οποία περιγράφεται η ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς, κάνοντας χρήση των βέλτιστων πρακτικών, προκειμένου να υπάρξουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για αυτούς, είναι και αυτή πολύ απαραίτητη (Ρίκος 2015).

Ένα άλλο, πολύ κρίσιμο στοιχείο, που σχετίζεται με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το οποίο ήταν καίριο ήδη από τη βασική φιλοσοφία της ιατρικής, από την αρχαία Ελλάδα και τον όρκο του Ιπποκράτη, είναι η ασφάλεια (safety) που παρέχεται προς τους χρήστες τους (Georgiadou and Maditinos 2017), αλλά και προς τους ίδιους τους πάροχους των υπηρεσιών υγείας και προς το περιβάλλον. Είναι, δηλαδή, οι ενέργειες που πραγματοποιούνται από την πλευρά του υγειονομικού συστήματος για την πρόληψη, την αποτροπή και την ελαχιστοποίηση των πιθανών κινδύνων (Ζέρβας 2020). Σε αυτούς τους κινδύνους συμπεριλαμβάνονται τα ατυχήματα, τα ιατρικά λάθη (Oecd et al 2018), η σωματική και η ψυχική καταπόνηση των ανθρώπων. Επιπλέον, πέρα από τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία των ατόμων, άμα δεν υπάρχει ασφάλεια, τότε υπάρχουν και άλλες δυσάρεστες συνέπειες, όπως είναι η σπίλωση της φήμης των εκάστοτε υπηρεσιών υγείας, η απώλεια της εμπιστοσύνης προς αυτές, η πρόκληση παραπόνων και οι δικαστικές διαμάχες (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Ακόμα, αναγκαία, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, είναι η ικανοποιητική τάση ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας (Djaya Jasfar and Hady 2018), δηλαδή η ικανότητα και η προθυμία τους να προσφέρουν στους ασθενείς τη βοήθεια που τους είναι απαραίτητη, ακόμη και υπό αναπάντεχες συνθήκες (Πέππας και Κοράκη 2013).

Το παραπάνω στοιχείο συνδέεται και με τη διαθεσιμότητα (Παπαγεωργίου και συν 2014), αλλά και την προσβασιμότητα και την ισοτιμία (Ζέρβας 2020). Βάσει της διαθεσιμότητας (availability), πρέπει η απαραίτητη φροντίδα να είναι διαθέσιμη προς τους ασθενείς ανά πάσα χρονική στιγμή, ώστε να μπορούν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους (Ρίκος 2015). Η έννοια της προσβασιμότητας (accessibility) έχει οικονομική, πνευματική, κοινωνική και πολιτιστική χροιά (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Αναφέρεται στην παροχή προς στους ασθενείς της δυνατότητας να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη εύκολα (Πέππας και Κοράκη 2013), άμεσα και ανάλογα με τις ανάγκες τους (Ζέρβας 2020). Πρέπει, δηλαδή, το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας να είναι πάντοτε διαθέσιμο και προσβάσιμο προς τον ασθενή, οι ασθενείς χρειάζεται να έχουν πρόσβαση σε ειδικούς, η περίθαλψη πρέπει να είναι οικονομικά προσιτή, να υπάρχουν βολικές τοποθεσίες και χρονικά διαστήματα για ιατρικές επισκέψεις, να υπάρχουν πάροχοι υγείας που πραγματοποιούν επισκέψεις στο σπίτι άμα κάτι τέτοιο χρειάζεται, να υπάρχει κατάλληλη καθοδήγηση εντός του συστήματος υγείας, να υπάρχει δυνατότητα για παροχή υπηρεσιών ανάλογα με το φύλο, σε ζητήματα που αυτό είναι αναγκαίο, και να υπάρχουν κατάλληλες υπηρεσίες για διερμηνείες, όποτε χρειάζεται (Sofaer and Firmininger 2005). Όσον αφορά την ισοτιμία (equity), αυτή ουσιαστικά περιγράφει την ισάξια και δίχως διακρίσεις μεταχείριση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (Ζέρβας 2020). Η περίθαλψη, δηλαδή, που παρέχεται δεν πρέπει να διαφέρει ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, εθνικότητα, φυλή, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο) των ανθρώπων (Oecd et al 2018).

Στο σημείο αυτό, είναι χρήσιμο να κάνουμε μια εκτενέστερη αναφορά στην κατάλληλη παροχή υπηρεσιών υγείας ως προς τον χρόνο. Ο χρόνος αναμονής για καθορισμό ραντεβού για εξετάσεις, αλλά και για την πρόσβαση στην ίδια την εξέταση δεν πρέπει να είναι μεγάλος (Φρεγγίδου και συν 2017). Στις περιπτώσεις που απαιτείται άμεση περίθαλψη, αυτό πρέπει να αναγνωρίζεται και να λαμβάνει χώρα όσο το δυνατόν συντομότερα (Oecd et al 2018). Οι διαγνώσεις πρέπει να είναι

έγκαιρες και οι παρεμβάσεις άμεσες (Χατζηπουλίδης 2003). Οι υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να είναι διαθέσιμες επί εικοσιτετράωρης βάσης (Θανασάς 2019). Επιπλέον, οι εξετάσεις και η περίθαλψη πρέπει να διαρκούν όσο χρονικό διάστημα κρίνεται απαραίτητο (Πέππας και Κοράκη 2013), ενώ πρέπει να υπάρχει κατάλληλη υποστήριξη και έπειτα από την ιατρική παρέμβαση και φροντίδα προς τους ασθενείς (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015· Θανασάς 2019). Πρόκειται, για αυτό που ονομάζεται συνέχεια της φροντίδας (continuity), η οποία αναφέρεται τόσο στην υποστήριξη και τον διαρκή έλεγχο της πορείας της υγείας του ασθενή μετά τη θεραπεία, όσο και στην κατάλληλη μετάβασή του από κάποιο τμήμα σε ένα άλλο (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Ένα άλλο σπουδαίο χαρακτηριστικό, που αναφέρθηκε και προηγουμένως, είναι η ενσυναίσθηση (Lee and Kim 2017), μέσω της οποίας οι επαγγελματίες υγείας καταφέρνουν να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις των ασθενών, στοιχείο που επιδρά και στη δική τους ψυχολογία (Rehaman and Husnain 2018). Εξίσου σημαντική είναι και η διασφάλιση, μέσω της οποίας οι επαγγελματίες αυτοί αντιμετωπίζουν με ευγένεια και ευαισθησία τους ασθενείς, εμπνέοντας τους ταυτόχρονα το αίσθημα της εμπιστοσύνης (Πέππας και Κοράκη 2013).

Επιπλέον, για να υπάρξει η κατάλληλη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας οφείλει να φέρεται με αμέριστο επαγγελματισμό (Φρεγγίδου και συν 2017), να αντιμετωπίζει τους ασθενείς με σεβασμό και ευαισθησία ως προς τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους (Ρίκος 2015), να τους φέρεται φιλικά (Χατζηπουλίδης 2003, με συμπόνια και με συμπάθεια (Sofaer and Firminger 2005).

Παράλληλα, το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας οφείλει να είναι κατάλληλα καταρτισμένο. Πρέπει να έχει τις κατάλληλες γνώσεις και ικανότητες για να προσφέρει την απαιτούμενη φροντίδα και περίθαλψη στους ασθενείς (Θανασάς 2019). Η επαγγελματική εμπειρία είναι επίσης ωφέλιμη (Χατζηπουλίδης 2003), ενώ η συνεχής κατάρτιση και εκπαίδευση του προσωπικού είναι άκρως απαραίτητες (Θανασάς 2019).

Σημαντικό είναι να υπάρχει σωστή και έγκαιρη διάγνωση εξ αρχής (Θανασάς 2019). Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται με ακρίβεια, δηλαδή ορθά από την πρώτη φορά, αλλά και με συνέπεια, δηλαδή, με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά. Επίσης, η πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένη περίθαλψη, και να μη παρέχεται μόνο ένα μέρος των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013). Επιπρόσθετα, είναι κρίσιμο στοιχείο να αντιμετωπίζονται με ψυχραιμία οι δύσκολες καταστάσεις (Χατζηπουλίδης 2003). Επιπλέον, απαραίτητη προϋπόθεση είναι και η διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου των ασθενών (Παπαγεωργίου και συν 2014· Uradhyai et al 2019). Ζήτημα που απασχολεί το θέμα της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι και η εξωτερική εμφάνιση του προσωπικού, η οποία πρέπει να είναι αξιοπρεπής και αρμόζουσα (Sofaer and Firminger 2005· Πέππας και Κοράκη 2013).

Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η αμφίδρομη επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς (Φρεγγίδου και συν 2017). Η ανοιχτή επικοινωνία και η ανταλλαγή χρήσιμων πληροφοριών μεταξύ τους είναι αναγκαίες (Sofaer and Firminger 2005). Απαραίτητη είναι η κατάλληλη ενημέρωση των ασθενών (Παπαγεωργίου και συν 2014) σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, την πρόοδο, την πρόγνωση, τις διαδικασίες περίθαλψης και τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους (Sofaer and Firminger 2005).

Οι κατάλληλες διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations) του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών είναι επίσης βασικό χαρακτηριστικό της ποιότητας στον χώρο της υγείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Πρέπει να υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (Lee and Kim 2017), να εξασφαλίζεται κατάλληλος συντονισμός σε όλες τις εγκαταστάσεις και μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να προκύψουν καλύτερα αποτελέσματα για τους χρήστες των υπηρεσιών (Ρίκος 2015· Oecd et al 2018).

Αναγκαία είναι, ακόμη, για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η ύπαρξη κατάλληλων εγκαταστάσεων και υλικοτεχνικού εξοπλισμού, στοιχείο που προαναφέρθηκε εν συντομία και παραπάνω (Lee and Kim 2017). Πιο αναλυτικά, οι εγκαταστάσεις πρέπει να κατάλληλα σχεδιασμένες και οργανωμένες (Θανασάς 2019), με υψηλή αισθητική (Kalaja et al 2016). Οι χώροι πρέπει να είναι καθαροί, ασφαλείς και άνετοι (Georgiadou and Maditinos 2017). Πρέπει να υπάρχει ένα ήρεμο και

ευχάριστο περιβάλλον (Sofaer and Firminger 2005). Χρειάζεται να υπάρχει μέριμνα και για την ποιότητα του φαγητού που προσφέρεται στους ασθενείς (Παπαγεωργίου και συν 2014). Ακόμα, πρέπει να υπάρχει υψηλών προδιαγραφών (Χατζηπουλίδης 2003) και σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, π.χ. ηλεκτρονικοί υπολογιστές (Sofaer and Firminger 2005).

Επιπρόσθετα, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η επάρκεια (Lee and Kim 2017). Δηλαδή, πρέπει να υπάρχει αριθμητική επάρκεια ως προς το ανθρώπινο δυναμικό (Θανασιάς 2019), ως προς τις κλίνες, τους θαλάμους και τους χώρους υγιεινής (Χατζηπουλίδης 2003), καθώς και ως προς τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008· Georgiadiou and Maditinos 2017).

Τέλος, ορισμένα επιπλέον αναγκαία χαρακτηριστικά για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι η βελτιστότητα (optimality), η νομιμότητα (legitimacy), αλλά και ο βαθμός αποδοχής τους (acceptability) (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015· Lee and Kim 2017).

Είναι φανερό, λοιπόν, πως υπάρχει μια πληθώρα στοιχείων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Βέβαια, ο βαθμός αναγκαιότητας και σπουδαιότητας κάθε χαρακτηριστικού ενδέχεται να διαφέρει ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες που επικρατούν (Upadhyai et al 2019).

5.2. Οφέλη της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι ικανή να προσφέρει ποικίλα οφέλη, τα οποία μπορούν να παρουσιαστούν σε διάφορα επίπεδα (Παπαγεωργίου και συν 2014). Αυτά αφορούν στους ασθενείς, στους επαγγελματίες υγείας (Θανασιάς 2019), στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Πέππας και Κοράκη 2013), στα ασφαλιστικά ταμεία (Παπαγεωργίου και συν 2014), στο κράτος και στο κοινωνικό σύνολο (Ρίκος 2015).

Ας αναφερθούμε, κατ' αρχήν, στα οφέλη που προκύπτουν για τους ασθενείς, δηλαδή για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτήν την περίπτωση, τα οφέλη μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: στα υγειονομικά, στα ψυχολογικά και στα οικονομικά (Πέππας και Κοράκη 2013). Στον υγειονομικό τομέα, σημαντικό

πλεονέκτημα είναι ότι προσφέρεται έγκαιρη διάγνωση (Θανασάς 2019), γρήγορη επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015) και άμεση εφαρμογή της (Ρίκος 2015), στοιχεία που συμβάλλουν σε αμεσότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ατόμων και σε μικρότερο διάστημα νοσηλείας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Όταν υπάρχει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα στους ασθενείς (Παπαγεωργίου και συν 2014), αποτρέπονται οι εσφαλμένες ή οι καθυστερημένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, αποφεύγονται οι επιπλοκές και τα ιατρικά λάθη (Θανασάς 2019), και ενισχύεται η ευεξία των ασθενών (Παπαγεωργίου και συν 2014). Στον ψυχολογικό τομέα, σημαντικό πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός πως όταν ο ασθενής βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, τότε το στοιχείο αυτό επηρεάζει θετικά τη θεραπευτική πορεία (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015· Ρίκος 2015). Σε οικονομικό επίπεδο, το οικονομικό κόστος για τον ασθενή και για την οικογένεια του κατά το χρονικά διάστημα της διαμονής του στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικό, αλλά με την έγκαιρη διάγνωση, παρέμβαση και αντιμετώπιση του προβλήματος, περιορίζεται αξιοσημείωτα η οικονομική επιβάρυνση (Ρίκος 2015).

Έπειτα, οφέλη προκύπτουν και για τους επαγγελματίες υγείας, στους οποίους εντάσσονται οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες, οι υπάλληλοι στον διοικητικό τομέα, κ.λπ. (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Αυξάνεται η υπευθυνότητά τους (Θανασάς 2019) και το έργο τους διακρίνεται από μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Ρίκος 2015). Στον ψυχολογικό τομέα, θετικό στοιχείο είναι ότι νιώθουν πως αναγνωρίζεται το έργο τους (Παπαγεωργίου και συν 2014) και έτσι, αισθάνονται μια ηθική ικανοποίηση (Πέππας και Κοράκη 2013). Εισπράττουν σεβασμό, εκτίμηση (Θανασάς 2019) και εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Επίσης, είναι πιθανότερο να υπάρξει μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε περίπτωση που προκύψουν κάποια λάθη από πλευράς τους. Ακόμα, όταν διασφαλίζεται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, τότε οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν μια νομική κατοχύρωση και αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων (Ρίκος 2015). Παράλληλα, περιορίζεται και το εργασιακό άγχος, με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι (Πέππας και Κοράκη 2013), και ο εκνευρισμός τους (Χατζηπουλίδης 2003).

Όσον αφορά τις μονάδες υγείας (π.χ. νοσοκομεία), τα περισσότερα οφέλη, που προσφέρει η ποιότητα, εντοπίζονται στο οικονομικό επίπεδο (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Κυρίως μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και της άμεσης αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των ασθενών (Ρίκος 2015), επιτυγχάνεται μείωση των δαπανών (Παπαγεωργίου και συν 2014) και περιορισμός του λειτουργικού κόστους τους. Έτσι, εξοικονομούνται αρκετοί οικονομικοί πόροι, οι οποίοι μπορούν να αξιοποιηθούν για την κάλυψη διαφόρων άλλων αναγκών που προκύπτουν (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Παράλληλα, εντοπίζονται θετικές συνέπειες και στον λειτουργικό τομέα, καθώς επικρατεί ένας εξορθολογισμός κατά τη χρήση των δομών των εκάστοτε μονάδων υγείας (Ρίκος 2015) και είναι εφικτή η καλύτερη οργάνωσή τους (Παπαγεωργίου και συν 2014). Επιπλέον, όταν οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται από υψηλή ποιότητα, τότε υπάρχει αναγνώριση, θετική φήμη (Πέππας και Κοράκη 2013) και αυξάνεται το κύρος τους (Ρίκος 2015). Μπορούν, έτσι, μεριμνώντας για τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών, να αναδειχθούν ως καλύτερες από άλλες παρόμοιες υπηρεσίες (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015) και να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Georgiadou and Maditinos 2017).

Σημαντικά οικονομικά οφέλη προκύπτουν και για τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς περιορίζονται οι δαπάνες για την υγεία, δηλαδή τα χρήματα που καταβάλλουν για την περίθαλψη των ατόμων που είναι ασφαλισμένα σε αυτά (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Βέβαια, υπάρχουν, επίσης, και υγειονομικά πλεονεκτήματα, διότι είναι εφικτή η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που βιώνουν οι ασφαλισμένοι ασθενείς (Ρίκος 2015). Ακόμα, υπάρχουν κοινωνικά οφέλη προς τους ασφαλισμένους (Παπαγεωργίου και συν 2014), καθώς η ποιότητα οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανοποίησή τους. Επιπλέον, δεν πρέπει να παραλειφθεί το γεγονός ότι με τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, προκύπτει για τα ασφαλιστικά ταμεία ένα αίσθημα εκπλήρωσης του κοινωνικού ρόλου τους (Ρίκος 2015).

Τέλος, σημαντικά οφέλη προκύπτουν για το κράτος και για το κοινωνικό σύνολο, τα οποία είναι υγειονομικού, οικονομικού και κοινωνικού είδους (Παπαγεωργίου και συν 2014). Στον υγειονομικό τομέα, η ενίσχυση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας και ο περιορισμός του χρονικού διαστήματος που δαπανάται για την επίλυση

του προβλήματος υγείας συμβάλλουν στην αύξηση της παραγωγικότητας (Ρίκος 2015) και στην ενίσχυση της ικανοποίησης των χρηστών τους (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Σε οικονομικό επίπεδο παρατηρείται περιορισμός των δαπανών, του χρόνου παραμονής των ασθενών στις μονάδες υγείας και του χρονικού διαστήματος αποχής τους από τις εργασιακές τους υποχρεώσεις (Ρίκος 2015). Επιπρόσθετα, στον κοινωνικό τομέα, γενικότερα ενισχύεται η εμπιστοσύνη των πολιτών προς τις υπηρεσίες υγείας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015) και βελτιώνεται η εικόνα του κοινωνικού κράτους, το οποίο αναδεικνύεται θετικά σε τοπικό και διεθνές επίπεδο (Ρίκος 2015).

Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί πως τα οφέλη που προσφέρει η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι κοινά για τους ασθενείς (και τις οικογένειες τους), για τους επαγγελματίες και τις μονάδες υγείας, για τα ασφαλιστικά ταμεία, για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, διότι πολλές φορές οι επιθυμίες, οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους είναι διαφορετικές και συχνά αντικρουόμενες (Ρίκος 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

6.1. Η πορεία προς τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί διαχρονικά επιτακτική ανάγκη η βελτίωση της ποιότητας που προσφέρεται από τις υπηρεσίες υγείας προς τους χρήστες τους (Akbar et al 2018).

Η βελτίωση αυτή αποτελεί ευθύνη όλων των εμπλεκομένων, είτε σε ατομικό, είτε σε συλλογικό επίπεδο (Θανασάς 2019), καθώς ο εντοπισμός, η ανάλυση και η αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων αφορά ποικίλες λειτουργίες των υπηρεσιών υγείας και διάφορα επίπεδα της ιεραρχίας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015).

Η ποιότητα, λοιπόν, δεν επέρχεται αυτόματα (Oecd et al 2018). Κατ' αρχήν, απαιτείται αναγνώριση της αναγκαιότητας που υπάρχει για βελτίωσή της και διαμόρφωση κοινών αντιλήψεων ως προς τον τρόπο που κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί (Χατζηπουλίδης 2003). Η βελτίωση της ποιότητας πρέπει να αποτελεί ξεκάθαρο, πρωταρχικό στόχο για τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Oecd et al 2018).

Σε επόμενη φάση, χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός (Oecd et al 2018). Πρέπει να καθορίζονται συγκεκριμένοι στόχοι, αλλά και να εντοπίζονται τα μέσα και οι διαδικασίες, μέσω των οποίων μπορούν να γίνουν πραγματικότητα οι στόχοι αυτοί (Χατζηπουλίδης 2003).

Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να διευκρινιστεί, πως αναγκαίο στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας, είναι η διαφάνεια, η οποία αποτελεί τον θεμέλιο λίθο για τη συνεχή μάθηση και βελτίωση (Oecd et al 2018). Η βελτίωση της ποιότητας βασίζεται στην αντίληψη πως ενδεχόμενα λάθη μπορούν να εντοπίζονται, να αποφεύγονται και να μηδενίζονται. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να αποφεύγονται τα ίδια λάθη, να προλαμβάνεται η διάδοσή τους σε ακόλουθα στάδια της παροχής φροντίδας και περίθαλψης, και να υπάρχει μία παύση έως ότου εξακριβωθούν τα λάθη που έχουν γίνει (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Η έννοια της διαφάνειας, λοιπόν, αναφέρεται στο γεγονός ότι πρέπει να υπάρχει ειλικρίνεια σχετικά με την πραγματική απόδοση

των υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά την ποιότητα και τα αποτελέσματα της περίθαλψης που αυτές προσφέρουν, συμπεριλαμβανομένων των παραλείψεων και των σφαλμάτων που εντοπίζονται. Φυσικά, και τα επιτυχή αποτελέσματα πρέπει να διαδίδονται, προκειμένου να αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση (Oecd et al 2018).

Η πολιτεία, από την πλευρά της, οφείλει να δεσμεύεται στην προσπάθεια υλοποίησης προγραμμάτων για τη βελτίωση της ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας (Χατζηπουλίδης 2003).

Επιπλέον, απαιτείται η ύπαρξη ενός εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Oecd et al 2018), το οποίο πρέπει να είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένο και ευαισθητοποιημένο ως προς την επίτευξη του στόχου για βελτίωση της ποιότητας που προσφέρεται στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Χατζηπουλίδης 2003), και το οποίο θα έχει την αναγκαία υποστήριξη που χρειάζεται (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Οι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς τους. Συχνά, ωστόσο, τα συστήματα και το περιβάλλον, μέσα στο οποίο εργάζονται, δυσκολεύουν το έργο τους, καθώς παρουσιάζονται αρκετές ελλείψεις, π.χ. ως προς την ποσότητα και την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού. Οι ελλείψεις αυτές, λοιπόν, πρέπει να αντιμετωπιστούν. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ιατρών, νοσηλευτών, συντονιστών φροντίδας, διαχειριστών, κ.λπ.). Οι δεξιότητες τους είναι καλό να αξιοποιούνται στο έπακρο (Oecd et al 2018), ενώ αναγκαία στοιχεία θεωρούνται η συνεχής ενημέρωση και η επιμόρφωση τους (Χατζηπουλίδης 2003). Ακόμα, πρέπει να υπάρχει καλή οργάνωση, για συντονισμό των προσπαθειών που πραγματοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας. Όσον αφορά τα κίνητρα του εργατικού δυναμικού, σε αυτά σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν διάφορα στοιχεία, όπως η χρηματοδότηση, η αμοιβή, η ρύθμιση, η αναφορά, η ανατροφοδότηση, τα οποία πρέπει να ενσωματωθούν και να σχεδιαστούν προσεχτικά σε όλες τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται (Oecd et al 2018).

Σημαντική είναι, επίσης, η εμπλοκή των ανθρώπων και των κοινοτήτων στην προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αυτό σημαίνει πως η ενεργή συμμετοχή των ανθρώπων στην προσπάθεια διασφάλισης της υγείας τους και

της παροχής της απαραίτητης περίθαλψης είναι ιδιαίτερα ωφέλιμες. Τονίζεται, λοιπόν, η ανάγκη τήρησης μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης. Πέραν της ατομικής περίθαλψης, οι ασθενείς και οι υπόλοιποι άνθρωποι της κοινότητας πρέπει να συμμετέχουν στον καθορισμό των προτεραιοτήτων και στο σχεδιασμό των πολιτικών που πρέπει να εφαρμόζονται, καθώς, με τον τρόπο αυτό, μπορεί να δοθεί έμφαση στις ιδιαίτερες ανάγκες και προτιμήσεις τους (Oecd et al 2018).

Επιπρόσθετα, ένα βασικό στοιχείο για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι συστηματική και λεπτομερής συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται στον χώρο της υγείας και σχετικά με τα επακόλουθα αποτελέσματα (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη 2015). Η υγειονομική περίθαλψη μεταβάλλεται διαρκώς, επομένως, η ποιότητα πρέπει να παρακολουθείται και να αξιολογείται διαρκώς, προκειμένου να υπάρχει βελτίωσή της (Oecd et al 2018). Αξιόπιστες μετρήσεις χρειάζεται να πραγματοποιούνται σε τοπικό και σε εθνικό επίπεδο (Χατζηπουλίδης 2003). Επιπλέον, αναγκαία θεωρείται η συγκέντρωση σχολίων (ανατροφοδότηση) σχετικά με την παρεχόμενη περίθαλψη, όπου πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι απόψεις και οι αντιλήψεις πολλών εμπλεκόμενων ατόμων, όπως είναι οι ασθενείς, οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη απεικόνιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Lee and Kim 2017). Τα δεδομένα που προκύπτουν, μάλιστα, από τις μετρήσεις και από την ανατροφοδότηση, στο πνεύμα της διαφάνειας, είναι θετικό να κοινοποιούνται σε όλους τους ενδιαφερόμενους, π.χ. σε ασθενείς, πάροχους, ρυθμιστικές αρχές, αγοραστές και υπεύθυνους για τον σχεδιασμό των πολιτικών (Oecd et al 2018).

Έπειτα, πρέπει να πραγματοποιούνται οι αναγκαίες τροποποιήσεις - βελτιώσεις, είτε ως προς τη δομή των συστημάτων υγείας (π.χ. εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, εργατικό δυναμικό, τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας), είτε ως προς τις διαδικασίες (π.χ. διεξαγωγή εξετάσεων, φάση διάγνωσης, θεραπευτική παρέμβαση, αποκατάσταση, επανεξέταση), είτε ως προς το τελικό αποτέλεσμα που προκύπτει για την υγεία των ασθενών. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις αλλαγές αυτές είναι αναγκαίο να αξιολογούνται περιοδικά (Χατζηπουλίδης 2003).

Όλες οι παραπάνω ενέργειες πρέπει να λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα κλίμα αποδοχής της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπου θα υπάρχει μια αρμονική συνεργασία ανάμεσα στην ηγεσία από τις κυβερνήσεις, στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, στους κλινικούς ηγέτες, στους διαχειριστές των συστημάτων υγείας και στην κοινωνία των πολιτών (Oecd et al 2018).

6.2. Μέθοδοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να χαρακτηρίζεται από ποικίλες ιδιαιτερότητες, ωστόσο, ακόμη και ο χώρος των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί στην πραγματικότητα ένα είδος αγοράς, και επομένως, επηρεάζεται και αυτός από τους γενικούς κανόνες που ισχύουν στις αγορές. Άλλωστε, το άυλο και πολύτιμο προϊόν που προσφέρουν, δηλαδή αυτό της υγείας, είναι το βασικότερο και πολυτιμότερο αγαθό για όλους τους ανθρώπους (Πέππας και Κοράκη 2013).

Πλέον, έχουν διαμορφωθεί διάφορες μέθοδοι για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Αυτές σχετίζονται με την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, με τα συστήματα για τη διασφάλιση της ποιότητας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), καθώς και με διάφορες ποσοτικές μετρήσεις, που αφορούν την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στους χρήστες τους (Ρίκος 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

7.1. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) έχει ως στόχο να μεγιστοποιήσει την αξία των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στους χρήστες τους, έχοντας ως βάση τις προσωπικές τους αντιλήψεις και εμπλέκοντας ενεργά το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών αυτών (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

Πρόκειται ουσιαστικά για μία σύνθεση αρχών που έχουν παρουσιαστεί κατά καιρούς σε ένα ενιαίο σύνολο, ως μια πρόταση για την ορθή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι αρχές αναφέρονται στην αφοσίωση της ανώτατης διοίκησης στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας, στον τρόπο ορθής διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων και στη διαμόρφωση κατάλληλης πολιτικής προς τήρηση. Επίσης, οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας επικεντρώνονται στον τρόπο χειρισμού του ανθρώπινου δυναμικού, στην ενεργό συμμετοχή της διοίκησης, στην περιοδική καταγραφή των αποτελεσμάτων που παρατηρούνται, στις συνέπειες που προκύπτουν για το κοινωνικό σύνολο και στην υιοθέτηση ενός ανθρωποκεντρικού προσανατολισμού, δηλαδή στην προσπάθεια ικανοποίησης των αναγκών, των προτιμήσεων και των επιθυμιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Ακόμα, έμφαση δίνεται στην ανάγκη για συνεχή βελτίωσης της ποιότητας (Μιχαηλίδου και Σακελαρρίου 2007).

Στους βασικούς στόχους της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας συμπεριλαμβάνονται η ενίσχυση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, η διαρκής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται σε αυτούς και η όσο το δυνατόν πιο άμεση εξυπηρέτησή τους. Σημαντική είναι, επίσης, η μέγιστη δυνατή αξιοποίηση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού και η αύξηση της αποτελεσματικότητάς του. Επιπλέον, βασικό στόχο αποτελεί η ύπαρξη θετικού πρόσημου στη σχέση μεταξύ αποτελεσματικότητας και κόστους λειτουργίας. Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διακρίνονται από τη δυνατότητα ευελιξίας, να εφαρμόζουν καινοτόμες προσεγγίσεις και πρακτικές, και να αξιοποιούν όσο καλύτερα και όσο περισσότερο γίνεται τη νέα τεχνολογία, π.χ. καινούριος εξοπλισμός ή νέα λογισμικά (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011).

7.2. Κοινό Πλαίσιο αξιολόγησης

Το Κοινό Πλαίσιο αξιολόγησης (ΚΠΑ) αποτελεί είναι εργαλείο διοίκησης ολικής ποιότητας. Το ΚΠΑ είναι εμπνευσμένο από το πρότυπο αριστείας του ευρωπαϊκού ιδρύματος για την διοίκηση ποιότητας (European Foundation quality management) αλλά και το πρότυπο του γερμανικού Πανεπιστημίου διοικητικών επιστημών Spreyer. Το ΚΠΑ διαμορφώθηκε από την επιστημονική ομάδα εφαρμογής καινοτομιών στις δημόσιες υπηρεσίες που λειτουργεί στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Υπουργείο Εσωτερικών 2020).

Το ΚΠΑ είναι στην πραγματικότητα είναι εύχρηστο εργαλείο ώστε να εφαρμοστούν τεχνικές ΔΟΠ και να βελτιώσουν την απόδοση τους οι οργανισμοί με την βοήθεια οργανώσεων του δημόσιου τομέα σε όλη την Ευρώπη. Το ΚΠΑ έχει ένα Πλαίσιο αξιολόγησης που έχει δημιουργηθεί ειδικά για τους οργανισμούς του δημόσιου τομέα. Είναι ένα απλό, εύκολο σαν χρήση εργαλείο, δωρεάν ευρωπαϊκό πρότυπο το οποίο γεννάται μέσα από τις πτυχές της οργανωσιακής αριστείας και βασίζεται στις αρχές της ΔΟΠ (Υπουργείο Εσωτερικών 2020).

Η πρώτη έκδοση το ΚΠΑ παρουσιάστηκε το 2000 ως το πρώτο μέσο διαχείρισης ποιότητας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Σχεδιάστηκε για το δημόσιο τομέα, αναπτύχθηκε από τον δημόσιο τομέα, και στη συνέχεια αναθεωρήθηκε το 2002,2006 και το 2013. Το ΚΠΑ αποτελείται από 9 κριτήρια και 28 υποκριτήρια (πίνακας 1) προς αξιολόγηση. Τα εννέα κριτήρια εστιάζουν στα κύρια σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε οποιαδήποτε οργανωσιακή ανάλυση. Τα κριτήρια 1 ως 5 αφορούν τις προϋποθέσεις μιας οργάνωσης οι οποίες καθορίζουν τις ενέργειες και τον τρόπο διαχείρισης των προγραμμάτων που της έχουν ανατεθεί με σκοπό να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τα κριτήρια 6 έως 9 αφορούν στα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ο δημόσιος οργανισμός ως προς τους πολίτες-πελάτες, το ανθρώπινο δυναμικό,την κοινωνική ευθύνη και τα βασικά αποτελέσματα μέσω μετρήσεων της ικανοποίησης των πολιτών από τη λειτουργία της υπηρεσίας. Τα 9 κριτήρια χωρίζονται σε 28 υπό κριτήρια τα οποία προσδιορίζουν τα κύρια ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν αξιολογείται μία οργάνωση. Αυτά αποτυπώνονται με παραδείγματα και το καθένα από αυτά αφορά ένα γνωστικό πεδίο ή μία διοικητική λειτουργία με σκοπό να διερευνηθεί εάν αυτή ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις το ΚΠΑ (Υπουργείο Εσωτερικών 2020).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 . Γενική διάρθρωση του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ) (9 κριτήρια και 28 υποκριτήρια).

Κριτήρια	Υποκριτήρια
1. Ηγεσία	<p>Υποκριτήριο 1.1 Η διαμόρφωση σαφούς κατεύθυνσης στην οργάνωση, διατυπώνοντας την αποστολή, το όραμα και τις αξίες της</p> <p>Υποκριτήριο 1.2 Η διοίκηση της οργάνωσης, της απόδοσής της και της συνεχούς βελτίωσής της</p> <p>Υποκριτήριο 1.3 Η υποκίνηση και η υποστήριξη των υπαλλήλων της οργάνωσης, και η λειτουργία της ηγεσίας ως πρότυπο ρόλου</p> <p>Υποκριτήριο 1.4 Η αποτελεσματική διαχείριση των σχέσεων με την πολιτική ηγεσία και τις άλλες ομάδες συμφερόντων</p>
2. Στρατηγική και προγραμματισμός	<p>Υποκριτήριο 2.1 Η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις παρούσες και τις μελλοντικές ανάγκες των μετόχων, καθώς και πληροφοριών σχετικών με τη διοίκηση</p> <p>Υποκριτήριο 2.2 Η ανάπτυξη της στρατηγικής και του σχεδιασμού λαμβάνοντας υπ' όψη τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί</p> <p>Υποκριτήριο 2.3 Η επικοινωνία και η εφαρμογή της στρατηγικής και του προγραμματισμού σε όλη τη δημόσια οργάνωση και η τακτική αναθεώρησή τους</p> <p>Υποκριτήριο 2.4 Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της καινοτομίας και της αλλαγής</p>
3. Ανθρώπινο δυναμικό	<p>Υποκριτήριο 3.1 Ο προγραμματισμός, η διοίκηση και η βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού με διαφανείς διαδικασίες σε συνάρτηση με τη στρατηγική και τον προγραμματισμό</p> <p>Υποκριτήριο 3.2 Ο προσδιορισμός, η ανάπτυξη και η αξιοποίηση των ικανοτήτων των υπαλλήλων μέσα από την εναρμόνιση των ατομικών επιδιώξεων με τους σκοπούς της οργάνωσης</p> <p>Υποκριτήριο 3.3 Η ενεργοποίηση του προσωπικού μέσω της ανάπτυξης του ανοικτού διαλόγου και της ενδυνάμωσής του, καθώς και μέσω της υποστήριξης της ευημερίας του</p>
4. Συνεργασίες και πόροι	<p>Υποκριτήριο 4.1 Ανάπτυξη και διαχείριση των συνεργασιών με συναφείς οργανώσεις</p> <p>Υποκριτήριο 4.2 Ανάπτυξη και εφαρμογή συνεργασιών με τους πολίτες/πελάτες</p> <p>Υποκριτήριο 4.3 Διαχείριση των οικονομικών</p> <p>Υποκριτήριο 4.4 Διαχείριση της πληροφορίας και της γνώσης</p> <p>Υποκριτήριο 4.5 Διαχείριση της τεχνολογίας</p> <p>Υποκριτήριο 4.6 Διαχείριση των εγκαταστάσεων</p>

Πηγή: (Υπουργείο Εσωτερικών 2020)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.(συνέχεια) Γενική διάρθρωση του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ)
(9 κριτήρια και 28 υποκριτήρια).

5. Διαδικασίες	Υποκριτήριο 5.1 Προσδιορισμός, σχεδιασμός, διαχείριση και καινοτομία διαδικασιών σε συνεχή βάση, με τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων μερών Υποκριτήριο 5.2 Ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών και προϊόντων προσανατολισμένα στον πολίτη/πελάτη Υποκριτήριο 5.3 Συντονισμός του συνόλου των διαδικασιών της οργάνωσης, αλλά και μεταξύ διαφορετικών οργάνωσεων
6. Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/πελάτη	Υποκριτήριο 6.1 Μέτρηση της αντίληψης των πολιτών για την οργάνωση Υποκριτήριο 6.2 Μέτρηση της απόδοσης της οργάνωσης
7. Αποτελέσματα σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό	Υποκριτήριο 7.1 Μέτρηση της αντίληψης του ανθρώπινου δυναμικού για την οργάνωση Υποκριτήριο 7.2 Μέτρηση για την αποτελεσματικότητα του ανθρώπινου δυναμικού
8. Αποτελέσματα σχετικά με την κοινωνική ευθύνη	Υποκριτήριο 8.1 Μετρήσεις αντίληψης ως προς τις επιπτώσεις στην κοινωνική ευθύνη Υποκριτήριο 8.2 Μετρήσεις της απόδοσης της κοινωνικής ευθύνης
9.Κύρια αποτελέσματα απόδοσης	Υποκριτήριο 9.1 Εξωτερικές επιδόσεις: Εκροές και αποτελέσματα σε στόχους Υποκριτήριο 9.2 Εσωτερικές επιδόσεις: Επίπεδο της αποτελεσματικότητας

Πηγή: (Υπουργείο Εσωτερικών 2020)

7.3. Συστήματα διασφάλισης ποιότητας – Τα πρότυπα ISO

Η διασφάλιση και η διαχείριση της ποιότητας στον χώρο της υγείας αναφέρονται σε εκείνες τις ενέργειες και τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται προγραμματισμένα και συστηματικά, με στόχο να ακολουθούν οι υπηρεσίες υγείας τις καθορισμένες προδιαγραφές (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011). σε τρεις καίριες λειτουργίες - κατευθύνσεις: τον σχεδιασμό, τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας (Ζέρβας 2020).

Πιο αναλυτικά, η διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) αναφέρεται στον σχεδιασμό και στην επιλογή συγκεκριμένων στόχων που αφορούν την ποιότητα, στην οριοθέτηση συγκεκριμένων προτύπων, στον έλεγχο μέσω συγκεκριμένων δεικτών αξιολόγησης και στην ενεργό δράση. Ο σχεδιασμός επιτρέπει την ορθή κατανομή των

διαθέσιμων πόρων. Ο έλεγχος των διαδικασιών και η καταγραφή των δεδομένων που προκύπτουν συμβάλλουν θετικά στη μείωση των διακυμάνσεων, στην απόκτηση της δυνατότητας για πραγματοποίηση προβλέψεων και στην ανάδειξη των στοιχείων εκείνων όπου απαιτείται βελτίωση (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Η τήρηση των ανωτέρων στοιχείων είναι αναγκαία για κάθε σύστημα που αναλαμβάνει τη διαχείριση της ποιότητας. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του κάθε συστήματος καθορίζεται με βάση τις προδιαγραφές που ορίζουν συγκεκριμένα πρότυπα. Ένα πολύ γνωστό πρότυπο τέτοιου είδους είναι το ISO 9001, το οποίο έχει αρκετά γενική μορφή, και άρα μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορες επιχειρήσεις και οργανισμούς (Ζέρβας 2020).

Όσον αφορά το συγκεκριμένο πρότυπο, για παράδειγμα, από την τρίτη κιόλας έκδοση του, δηλαδή το ISO 9001:2000, δίνει έμφαση στην ανάγκη για διαρκή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Ζέρβας 2020). Το ISO 9001:2008 ορίζει το γενικότερο πλαίσιο αναφορικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός κατάλληλου συστήματος για τη διαχείριση της ποιότητας. Σε αυτό εμπερικλείονται οι στόχοι, οι αρχές οργάνωσης, και οι διαδικασίες που απαιτούνται για την υλοποίηση των στόχων (Πάτσιος και συν 2014). Αυτό το διάστημα ισχύει η πέμπτη έκδοση του συγκεκριμένου πρότυπου, το ISO 9001:2015 (Ζέρβας 2020). Αυτή περιλαμβάνει κάποιες αλλαγές σε σχέση με τις προηγούμενες εκδόσεις, ως προς τη δομή και ως προς το περιεχόμενό της, οπότε απαιτούνται κάποιες προσπάθειες για να τηρηθούν. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει είναι σημαντικά, αν και μερικές φορές δεν είναι άμεσα μετρήσιμα (Θανασάς 2019).

Τέτοιου είδους πρότυπα δημιουργούνται από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Organization for Standardization - ISO), που αποτελεί «*παγκόσμια ομοσπονδία των εθνικών φορέων τυποποίησης*» (Θανασάς 2019: 349) για περισσότερες από 90 χώρες (Μιχαηλίδου και Σακελαρρίου 2007). Αυτός ιδρύθηκε το 1947 (Πάτσιος και συν 2014), έχει ως έδρα τη Γενεύη (Μιχαηλίδου και Σακελαρρίου 2007) και έως σήμερα έχει εκδώσει πάνω από 19.000 διεθνή πρότυπα (Πάτσιος και συν 2014).

Η διαχείριση της ποιότητας συμβάλλει θετικά στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα, δηλαδή και ως προς τις δομές, και ως προς τις διαδικασίες, και ως προς τα αποτελέσματα (Θανασιάς 2019).

Για τη διαχείριση και διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, απαιτούνται συγκεκριμένοι έλεγχοι, οι οποίοι αποτελούν προϋπόθεση για την πιστοποίησή τους (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Η πιστοποίηση (certification) είναι ουσιαστικά μια διαβεβαίωση από κάποιον ανεξάρτητο και διαπιστευμένο φορέα, ότι τηρούνται οι καθορισμένες προδιαγραφές, βάσει κάποιου πρότυπου. Στο ISO 9001:2015 αναφέρεται πως μέσω της πιστοποίησης αποδεικνύεται και βελτιώνεται η ικανότητα των υπηρεσιών να ανταποκρίνονται στις προκαθορισμένες απαιτήσεις, αναδεικνύονται απειλές και πιθανές ευκαιρίες, όπου οι μεν αντιμετωπίζονται και οι δε αξιοποιούνται και αυξάνεται η ικανοποίηση των χρηστών, στο πλαίσιο της τήρησης των προδιαγραφών και της διαρκούς βελτίωσης (Ζέρβας 2020).

7.4. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας

Αναφορικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στους χρήστες τους, υπάρχουν διάφοροι τύποι αξιολόγησης (Ρίκος 2015).

Οι πιο κοινοί από αυτούς είναι η ανάλυση της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας (Ρίκος 2015), η ανάλυση κόστους - ωφέλειας (Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου 2011), η ανάλυση που προκύπτει από τη μελέτη της σχέσης του κόστους με τη χρησιμότητα, η ανάλυση σχετικά με την ελαχιστοποίηση του κόστους, η ανάλυση που προκύπτει από τη σχέση κόστους - ασθένειας, καθώς και η ανάλυση σχετικά με την ποιότητα της ζωής (Ρίκος 2015).

7.5. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα και στα τρία επίπεδα προσφοράς υπηρεσιών υγείας (Παπαγεωργίου και συν 2014). Οι αυξημένες ανάγκες και οι έντονες προκλήσεις της σημερινής εποχής επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση (Τούντας και συν 2020).

Η χρηματοδότηση είναι εξαιρετικά περιορισμένη και το ανθρώπινο εργατικό δυναμικό δεν επαρκεί (Τούντας και συν 2020). Ο εξοπλισμός των νοσοκομείων είναι παρωχημένος και οι εγκαταστάσεις τους αρκετά υποβαθμισμένες (Παπαγεωργίου και συν 2014). Η χρήση των νέων τεχνολογιών είναι πολύ περιορισμένη (Τούντας και συν 2020). Η κατανομή των διαθέσιμων υλικών και του ανθρώπινου δυναμικού είναι αναποτελεσματική. Σοβαρά προβλήματα συναντώνται στον οργανωτικό και στον λειτουργικό σχεδιασμό, κάτι που οδηγεί σε σοβαρές καθυστερήσεις και σε μεγάλη συμφόρηση. Επιπλέον, παρουσιάζεται έντονη γραφειοκρατία. Απουσιάζει η ηλεκτρονική διασύνδεση μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων. Έτσι, πολλές φορές πραγματοποιούνται πολλές περιττές εξετάσεις και δεν υπάρχει σωστός έλεγχος όσον αφορά τις προμήθειες και τις δαπάνες, στοιχείο που οδηγεί σε αύξηση του κόστους νοσηλείας. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα είναι οι συχνές ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (Παπαγεωργίου και συν 2014). Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι εξαιρετικά περιορισμένη και οι σύγχρονες μονάδες περίθαλψης (π.χ. κέντρα αποκατάστασης, νοσηλεία στο σπίτι, κ.λπ.) δεν επαρκούν. Υπάρχει έντονη παραοικονομία και κακοδιαχείριση. Οι μηχανισμοί για τον έλεγχο της ποιότητας δεν είναι αρκετοί. Επιπλέον, υπάρχει ηλικιακή γήρανση και επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Τούντας και συν 2020). Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν ότι η ανάγκη για λήψη μέτρων είναι επιτακτική, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Παπαγεωργίου και συν 2014).

Όλα αυτά τα προβλήματα οδηγούν τους χρήστες των ελληνικών υπηρεσιών υγείας σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Σε έρευνες σχετικές με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας, που έχουν πραγματοποιηθεί σε διεθνές επίπεδο, η Ελλάδα βρίσκεται στις κατώτερες θέσεις (Τούντας και συν 2020).

Βέβαια, η μεγάλη δυσaréσκεια των πολιτών στην Ελλάδα δεν αποτυπώνεται όσο έντονα θα περίμενε κανείς στις έρευνες που έχουν διεξαχθεί μέχρι στιγμής. Τα περισσότερα ελλείματα και προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετίζονται κυρίως με τον οργανωτικό τομέα (π.χ. μεγάλη αναμονή, έλλειψη υλικών), τον λειτουργικό τομέα και τις υποδομές. Από την άλλη πλευρά, μεγάλη ικανοποίηση έχει σημειωθεί σχετικά με τη συμπεριφορά του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας (Ζέρβας 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

8.1. Καθορισμός ερευνητικού προβλήματος

Ο θεωρητικός προβληματισμός που θεμελιώνει τα ερευνητικά ερωτήματα στη μελέτη << **Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ** >> είναι κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι χρήστες του νοσοκομείου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και πως κατά τη γνώμη τους αξιολογούν την ποιότητα αυτών.

Τα ερευνητικά ερωτήματα αυτής της έρευνας είναι κατα πόσο ικανοποιημένοι είναι οι χρήστες του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

8.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στη διεξοδική μελέτη της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση μάλιστα με τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών τους, καθώς αποτελεί κεντρικό θέμα της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας.

Προκειμένου να γίνει καλύτερη κατανόηση και αποτύπωση της σημαντικότητας του θέματος έγινε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση με τα σημαντικότερα ευρήματα να είναι:

Σε μία μελέτη που έγινε στην Βραζιλία με τίτλο "**Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital**" και περιλάμβανε χρήστες των υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών οφθαλμολογίας στο νοσοκομείο Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) παρατηρήθηκε ότι το δείγμα είχε χαμηλό αλφαριθμητισμό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και με μόλις το 21,7% του δείγματος να έχει σταθερό εισόδημα. Οι περισσότεροι ασθενείς πίστευαν ότι ήταν εύκολο να κλείσουν ένα ραντεβού ενώ ο μέσος χρόνος αναμονής για το ραντεβού τους ήταν 94.6 λεπτά και 45,3% από αυτούς δεν είχαν κάποιον προσανατολισμό μετά το ραντεβού τους. Η τελική αξιολόγηση για την ποιότητα αλλά και την παρεχόμενη βοήθεια ήταν θετική

με τους ασθενείς να μένουν ικανοποιημένοι. Αν και οι ασθενείς παρατηρήθηκε να έχουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία όταν λάβανε υπόψη όμως και διάφορους άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρέαζαν την ικανοποίηση των ασθενών, παρατηρήθηκαν περιορισμοί όσον αφορά την ποιότητα. Η αξιολόγηση επέτρεψε την καλύτερη γνώση σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία και επισήμανε την ανάγκη για εμφύτευση ρουτινών αξιολόγησης ποιότητας.

Μία άλλη Μελέτη με τίτλο "**Patient satisfaction with the quality of nursing care**" όπου σκοπός της ήταν να αξιολογήσει την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και να εξετάσει τους σχετικούς παράγοντες που επηρέαζαν. Το δείγμα ήταν 635 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ιδιωτικό νοσοκομείο και τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας το << Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών με Νοσηλευτική Ποιότητα>> με συνολικά 19 στοιχεία και είναι ερωτηματολόγιο για την καταγραφή κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και ιατρικού ιστορικού από την 1η Ιανουαρίου έως τις 31 Μαΐου του 2015.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι από την <<ανησυχία και τη φροντίδα>> των νοσηλευτών και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις πληροφορίες που τους δόθηκαν. Συγκεκριμένα φάνηκε ότι είναι οι νοσηλευτές έπρεπε να ενημερώνουν τους ασθενείς για κάθε εφαρμογή και διαδικασία και να παρέχουν τις απαραίτητες εξηγήσεις σχετικά με την ασθένεια, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Φάνηκε από τα αποτελέσματα ότι οι νοσηλευτές έπρεπε να παρέχουν φροντίδα σε ένα πλαίσιο σεβασμού και ευγένειας ως προς τους ασθενείς τονίζοντας τη σημασία της επικοινωνίας. Οι ασθενείς ηλικίας 18 με 35 ετών, παντρεμένοι, απόφοιτοι κολεγίων ή πανεπιστημίων, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία στη μονάδα χειρουργικής και μαιευτικής-γυναικολογίας και ασθενείς που δήλωσαν την υγεία τους ως εξαιρετική και νοσηλεύτηκαν μία έως τουλάχιστον πέντε φορές ήταν πιο ικανοποιημένοι με τη νοσηλευτική περίθαλψη. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη οι νοσηλευτές έπρεπε να δείξουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη διαδικασία παροχής πληροφοριών.

Σε αυτή τη μελέτη παρατηρούμε πόσο σημαντική και χρήσιμη είναι η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς με σκοπό να γνωρίζουν τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών υγείας πού ακριβώς πρέπει να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους.

Μία ακόμα μελέτη με τίτλο **"Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals"** είχε σκοπό να αξιολογήσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται σε νοσοκομεία κορεατικής ιατρικής. 728 έρευνες από τις 880 που πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανάλυση. Σκοπός της μελέτης ήταν να δείξει αν η ποιότητα της υπηρεσίας μπορεί να επηρεάσει θετικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και την ικανοποίηση του ασθενή.

Η μέτρηση όσον αφορά τους παράγοντες της απόδοσης του ιατρού και των διαδικασιών ποιότητας της υπηρεσίας είχαν θετική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι εγκαταστάσεις και το περιβάλλον επηρέασε το ποσοστό ικανοποίησης για τις διαπροσωπικές ιατρικές υπηρεσίες. Η αποτελεσματικότητά της θεραπείας επηρέασε θετικά την ικανοποίηση όσον αφορά την ποιότητα της ιατρικής υπηρεσίας. Η αποτελεσματικότητά της θεραπείας είχε πιο σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών, σε σύγκριση με τις εγκαταστάσεις και το περιβάλλον, και επηρέασε άμεσα στην πρόθεση επίσκεψης στον οργανισμό. Επίσης η αποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση της θεραπείας επηρέασαν θετικά στην πρόθεση επανεξέτασης δηλαδή στην προώθηση επιπλέον επισκέψης και χρησιμοποίησης του οργανισμού υγείας. Τα συμπεράσματα της μελέτης μας δείχνουν την σημαντικότητα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και την σχέση της με την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών αλλά και την διάθεση των ασθενών να χρησιμοποιήσουν ξανά τον οργανισμό υγείας.

Μέσα από αξιολόγηση των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μπορεί ένας οργανισμός να έχει βελτίωση αυτών, με σκοπό να κερδίσει από τους ασθενείς την εμπιστοσύνη αλλά και την αφοσίωση τους.

Η μελέτη με τον τίτλο **"Inpatients' care experience and satisfaction study"** συμπεριέλαβε ασθενείς σε οξεία φάση από πέντε διαφορετικές ειδικότητες που νοσηλεύτηκαν για τουλάχιστον δύο ημέρες. Η Μελέτη στόχευε στη διερεύνηση της εμπειρίας και του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών στο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης της Σαουδικής Αραβίας με τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, και το νοσοκομειακό κέντρο στο σύνολό τους, και ήθελε να διερευνήσει τους παράγοντες που καθορίζουν αυτή την ικανοποίηση. Συνολικά το δείγμα ήταν 988 άτομα με μέση

ηλικία 39,1 έτη και με μέση διάρκεια παραμονής 10 ημέρες. Ο αναλφαβητισμός ήταν 42,4% και 43,1% ήταν άντρες. Οι συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης με άριστα το 5 ήταν 4,3 για επικοινωνία με νοσηλευτικό προσωπικό, 4,4 για επικοινωνία με ιατρικό προσωπικό και 4,1 για το νοσοκομειακό περιβάλλον. Το 98,9% των ασθενών θα πρότεινε το νοσοκομείο στην οικογένειά του ή σε φίλους του. Το περιβάλλον του δωματίου είχε τη χαμηλότερη βαθμολογία με 3,99 ενώ υψηλότερη βαθμολογία αναφέρθηκε στις συνολικές υπηρεσίες του νοσοκομείου με 4,7. Τα επίπεδα ικανοποίησης μειώνονται σημαντικά σε ασθενείς με διάρκεια παραμονής άνω των τεσσάρων ημερών. Και στους τρεις τομείς που αξιολογήθηκαν, δηλαδή ιατρική, χειρουργική και μαιευτική, η ικανοποίηση στις γυναίκες ήταν υψηλότερη και αυτό συνέβη καθώς η ικανοποίηση στην υπηρεσία μαιευτικής είχε υψηλότερη βαθμολογία. Τις χαμηλότερες βαθμολογίες είχαν οι υπηρεσίες που δόθηκαν από τον χειρουργικό τομέα. Παρατηρήθηκε ότι το υψηλότερο σκορ ήταν στο γυναικείο φύλο και στο τομέα της μαιευτικής καθώς και ότι στην ιατρική υπήρχε μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις χειρουργικές υπηρεσίες οι οποίες είχαν τη χειρότερη βαθμολογία.

Και σε αυτή την μελέτη παρατηρούμε ότι η αξιολόγηση των ασθενών είναι το πιο χρήσιμο εργαλείο, στα χέρια των διοικητικών στελεχών ενός οργανισμού υγείας, προκειμένου να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

Μία μεγάλη μελέτη η οποία έγινε στη Σκωτία με τίτλο **"Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care"** είχε στόχο να προσδιορίσει ποιες πτυχές της παροχής υγειονομικής περίθαλψης είναι πιο πιθανόν να επηρεάσουν την ικανοποίηση με την φροντίδα και την προθυμία να συστήσουν τον οργανισμό σε άλλους, αλλά και να διερευνήσει τον βαθμό στο οποίο η ικανοποίηση είναι ένας σημαντικός δείκτης οσόν αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη ήταν ταχυδρομική και αφορούσε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε πέντε νοσοκομεία της Σκωτίας. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 18 ετών και άνω και τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν τη συνολική εμπειρία τους από την περίοδο που νοσηλεύτηκαν. 3592 ερωτηματολόγια ταχυδρομήθηκαν στα σπίτια των ασθενών σε περίοδο ενός μηνός από την έξοδο τους από το νοσοκομείο έως και 12 μηνών από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Επιστράφηκαν τα 2249 ερωτηματολόγια. Σχεδόν το 90% των ερωτηθέντων που απάντησαν δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι από την περίθαλψη την περίοδο που νοσηλεύτηκαν. Η μελέτη έδειξε ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών ήταν η

σωματική άνεση, η συναισθηματική υποστήριξη και ο σεβασμός των προτιμήσεων των ασθενών. Ωστόσο πολλοί ασθενείς που ανέφεραν την ικανοποίησή τους με τη φροντίδα που έλαβαν, ανέφεραν προβλήματα με τη φροντίδα της νοσηλείας τους. Στην μελέτη οι βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών παρουσιάζουν αισιόδοξη αλλά περιορισμένη εικόνα με αποτέλεσμα οι ερευνητές της μελέτης να θεωρούν σκόπιμο επιπλέον μελέτη και λεπτομερείς ερωτήσεις σχετικά με συγκεκριμένες πτυχές των εμπειριών των ασθενών όπου θα βγουν χρήσιμα συμπεράσματα προκειμένου να βελτιωθεί η παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Και σε αυτή τη μελέτη φαίνεται ότι μέσα από την αξιολόγηση των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μπορεί ο οργανισμός να εντοπίσει τα αδύναμα σημεία των παρεχόμενων υπηρεσιών του και με τις κατάλληλες ενέργειες να τα βελτιώσει.

Η Πολωνική μελέτη με τίτλο **"Patient satisfaction as an element of healthcare quality – a single-center Polish survey"** έχει στόχο να προσδιορίσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών με υπηρεσίες που παρέχονται σε τρία τμήματα του Εθνικού Ινστιτούτου Γηριατρικής, Ρευματολογίας και Αποκατάστασης στη Βαρσοβία. Η μελέτη έγινε σε 455 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από τον Ιανουάριο του 2016 μέχρι και το Μάρτιο του 2018.

Οι ασθενείς έδωσαν τα υψηλότερα ποσοστά στην ευγένεια των γιατρών και των νοσηλευτών με μέσο όρο 4,77 και 4,73 αντίστοιχα. Το ενδιαφέρον του γιατρού για την ευημερία ενός ασθενή και για την επιδεξιότητα των νοσηλευτών στην εκτέλεση διαδικασιών 4,63 και 4,72 αντίστοιχα. Τη χαμηλότερη βαθμολογία την πήρε η ποιότητα των γευμάτων με μέσο όρο 3,77 και ο χρόνος αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο σε μία προκαθορισμένη ημέρα όπου βαθμολογήθηκε με 4,07 μέσο όρο. Το φύλο των ασθενών φαίνεται πως έπαιξε ρόλο στη μελέτη καθώς υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αξιολογήσεις που έγιναν μεταξύ γυναικών και ανδρών. Οι γυναίκες είχαν χειρότερες απόψεις σχετικά με τη διατήρηση της οικειότητας κατά τη διάρκεια των ιατρικών διαδικασιών ενώ οι άντρες βαθμολόγησαν χαμηλότερα το μέγεθος των γευμάτων. Το επίπεδο ικανοποίησης σε όλες τις πτυχές αυξήθηκε με την ηλικία των ασθενών αντίστοιχα. Οι ασθενείς με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκαν αρνητικά με την ικανοποίηση από το χρόνο αναμονής για την είσοδο στο νοσοκομείο σε μία προκαθορισμένη ημέρα, την ικανότητα λήψης πληροφοριών σχετικά με τη νόσο και τη διαδικασία θεραπείας, την καθαριότητα και την προσβασιμότητα μπάνιου και τουαλέτας ή την ικανότητα

εύκολης μετακίνησης γύρω από το ινστιτούτο. Η μελέτη αυτή εστιάζει στην προσβασιμότητα στις ιατρικές υπηρεσίες καθώς και τις στάσεις και τις ικανότητές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, δηλαδή κάποιες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τον συγκεκριμένο οργανισμό.

Και εδώ παρατηρούμε τη σημαντικότητα της αξιολόγησης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ως ένας πολύ σημαντικό εργαλείο στα χέρια του οργανισμού για τη βελτίωση των υπηρεσιών του.

Μία νορβηγική Μελέτη με τίτλο "**Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital**" επιχείρησε να διερευνήσει της αλλαγής στην αισθητή ποιότητα φροντίδας από την οπτική γωνία των ασθενών (QPP) όταν οι νοσοκομειακές υπηρεσίες μεταφέρθηκαν από ένα παλιό νοσοκομείο σε ένα νέο νοσοκομείο υψηλής τεχνολογίας. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο QPP το οποίο βασίζεται σε ένα θεωρητικό μοντέλο της ποιότητας της περίθαλψης που περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις ποιότητας. Φυσικές-τεχνικές συνθήκες, κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση του οργανισμού, ιατρική-τεχνική ικανότητα και προσέγγιση προσανατολισμένη στην ταυτότητα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το 2015 από το παλιό νοσοκομείο και το 2016 το νέο νοσοκομείο με 253 και 324 ερωτηθέντες αντίστοιχα. Οι ασθενείς βαθμολόγησαν την αντιληπτική πραγματικότητα των τεσσάρων διαστάσεων ποιότητας υψηλότερα στο νέο νοσοκομείο. Παρόλα αυτά μόνο δύο ποιοτικές διαστάσεις, που αφορούσαν τον οργανισμό βαθμολογήθηκαν σημαντικά υψηλότερα. Μόλις πέντε στοιχεία από τα 27 σημείωσαν υψηλότερη τιμή στην υποκειμενική σημασία των ασθενών από ότι στην αντιληπτή πραγματικότητα της περίθαλψης των ασθενών στο νοσοκομείο, υποδεικνύοντας έτσι μία ποιοτική ανεπάρκεια από την άποψη των ασθενών. Αυτά περιλαμβάνουν τη λήψη αποτελεσματικής ανακούφισης από τον πόνο, τη λήψη εξετάσεων και θεραπείας εντός αποδεκτού χρόνου αναμονής, τη λήψη χρήσιμων πληροφοριών για την αυτοφροντίδα, τη λήψη χρήσιμων πληροφοριών για την ιατρική τους φροντίδα για τις οποίες οι γιατροί ήταν υπεύθυνοι και για την εξασφάλιση άνετου κρεβάτιου.

Η αξία της φροντίδας από την οπτική μεριά των ασθενών συνδέθηκε με βελτιωμένες περιβαλλοντικές συνθήκες. Δεν υπήρξε καμία σημαντική βελτίωση στην ποιότητα της φροντίδας και δεν συσχετίστηκε με το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι η ύπαρξη σε περιβάλλον υψηλής

τεχνολογίας δεν βελτιώνουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχονται από το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης.

Παρατηρούμε μία ακόμα πολύ χρήσιμη μελέτη αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς η οποία σίγουρα είναι πολύ χρήσιμη στην βελτίωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Ειδικά στη συγκεκριμένη περίπτωση που εύκολα κάποιος μπορεί να ξεγελαστεί με την αλλαγή του οργανισμού σε ένα κτίριο νέας τεχνολογίας.

Μία πολύ μεγάλη μελέτη με τίτλο **"European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers"** έγινε προκειμένου να διερευνηθούν οι απόψεις των Ευρωπαίων ασθενών σχετικά με την ανταπόκριση των συστημάτων υγείας και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Έγινε τηλεφωνική έρευνα με τυχαία δείγματα των πληθυσμών στη Γερμανία, την Ιταλία, την Πολωνία, τη Σλοβενία, την Ισπανία, τη Σουηδία, την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Σύνολο ελήφθησαν απαντήσεις από 8119 άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω. Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες δήλωσαν ότι οι γιατροί τους άκουγαν πάντα προσεκτικά και τους έδωσαν χρόνο για ερωτήσεις και παρείχαν σαφείς οδηγίες. Σταθερά υψηλά ποσοστά ικανοποίησης όσον αφορά τις δεξιότητες επικοινωνίας των γιατρών είχαν οι ερωτηθέντες από την Ελβετία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν οι ερωτηθέντες από την Πολωνία. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεώρησαν ότι θα έπρεπε να έχουν επιλογή γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ειδικευμένο γιατρό και νοσοκομείο και λιγότεροι από τους μισούς θεώρησαν ότι είχαν επαρκείς πληροφορίες για να κάνουν ενημερωμένη επιλογή. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι πολλοί ευρωπαίοι ασθενείς θέλουν ένα πιο αυτόνομο ρόλο στη λήψη αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη. Η Μελέτη κάνοντας αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς καταφέρνει πλέον να δείξει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών και στους κλινικούς γιατρούς ότι θα πρέπει να εξετάσουν το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών του κοινού αλλά και των εμπειριών των ασθενών.

Μία Μελέτη με τίτλο **"The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics"** η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς στην Αίγυπτο και την Ιορδανία και είχε σκοπό να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη

των ασθενών σχετικά με την ικανοποίηση και να διερευνήσει εάν οι ασθενείς στην Αίγυπτο και στην Ιορδανία αξιολογούν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης παρόμοια ή διαφορετικά. Για τη μελέτη αναπτύχθηκε ένα εννοιολογικό μοντέλο που περιλαμβάνει διαστάσεις συμπεριφοράς των σχέσεων ασθενούς-ιατρού και την ικανοποίηση του ασθενούς. Συνολικά 48 χαρακτηριστικά των πιο πρόσφατα ανεπτυγμένων διαστάσεων ποιότητας αναγνωρίστηκαν ως τα πιο σχετικά. 224 ερωτηματολόγια ελήφθησαν από τους ασθενείς. Το τρίτο νοσοκομείο της μελέτης είχε πάνω από το μέσο όρο στις διαστάσεις ποιότητας και οι ασθενείς είναι οι πιο ικανοποιημένοι σύμφωνα με όλες τις διαστάσεις των υπηρεσιών. Το πρώτο και δεύτερο νοσοκομείο της μελέτης παρουσίασαν αποτελέσματα ασθενών που δεν ήταν ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες. Άμα συγκρίνουμε το πρώτο με το δεύτερο νοσοκομείο παρατηρούμε από τα αποτελέσματα για την ποιότητα στο δεύτερο νοσοκομείο είναι υψηλότερα από το πρώτο. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την προθυμία τους να συστήσουν το νοσοκομείο και σε άλλους. Αυτή η μελέτη τονίζει πως η ικανοποίηση ενός ασθενή είναι μία αθροιστική κατάσταση, αθροίζοντας την ικανοποίηση με πέντε διαφορετικές ποιότητες του νοσοκομείου: ποιότητα αντικειμένου, διεργασίες, υποδομή, αλληλεπίδραση και ατμόσφαιρα. Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα νοσοκομεία τα οποία έχουν χαμηλότερους δείκτες ποιότητας με σκοπό τον ανασχεδιασμό και τον επανασχεδιασμό των δημιουργικών διαδικασιών διαχείρισης ποιότητας. Ακόμα θα μπορούσε να δημιουργηθεί μία μελλοντική αποτελεσματική στρατηγική ποιότητας πάνω στην υγειονομική περίθαλψη.

Μία μελέτη με τίτλο **"Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece"** είχε ως σκοπό να αξιολογήσει την ποιότητα των ελληνικών νοσοκομείων εστιάζοντας στις αντιλήψεις των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ώστε να δουν την ικανοποίηση των ασθενών σε επτά ελληνικά νοσοκομεία και τους ζητήθηκε να αναφέρουν τις κρίσεις τους ως προς την εμπειρία της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι ασθενείς που πήραν μέρος στη μελέτη ήταν 225 άτομα και όλοι τους είχαν κάνει εισαγωγή κατά τη χρονική περίοδο του 2006 είτε ως προγραμματισμένη εισαγωγή είτε ως επείγον. Ένα νοσοκομείο ήταν στην Αθήνα, δύο νοσοκομεία ήταν στη Θεσσαλονίκη και τα υπόλοιπα τέσσερα νοσοκομεία ήταν σε περιφερειακές πόλεις της χώρας συμπεριλαμβανομένων και των νησιών. Το 53,3% ήταν άντρες. Το 15,1% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας άνω των 55 ετών. Το 16,4%

είχε λιγότερα από έξι εκπαιδευτικά έτη εκπαίδευσης(πρωτοβάθμια εκπαίδευση). Το 28% του δείγματος ήταν μαθητές και το 48% είχαν μηνιαίο εισόδημα κάτω από 600 ευρώ. Το 53,8% νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο λιγότερο από οκτώ ημέρες ενώ το 64,9% των ασθενών εισήλθε ως έκτακτο περιστατικό. Τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης βρέθηκαν ως προς το φαγητό με 30,7% να είναι ικανοποιημένο, ως προς το κοινόχρηστο χώρο με 32,4%, και ως προς τις ώρες επίσκεψης με 37,8%. Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης βρέθηκαν για το ιατρικό προσωπικό σχετικά με τη θεραπεία 71,1%, με τη διάγνωση 69,3%, και με την εμπειρογνομosύνη 68%. Αθροιστικά στο σκορ και στις 18 μεταβλητές που μελετήθηκαν σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (το σκορ θα μπορούσε να κυμαίνεται από 18 έως 90) η μέση βαθμολογία ικανοποίησης βρέθηκε να είναι 62,1 με εύρος από 34 έως 90. Η συνολική βαθμολογία για την ικανοποίηση ήταν χαμηλότερη για άτομα τα οποία είχαν λιγότερο από επτά εκπαιδευτικά έτη. Επίσης ήταν χαμηλότερη και για άτομα που είχα μηνιαίο εισόδημα κάτω των 600 ευρώ σε σύγκριση με εκείνους όπου είχαν περισσότερα αλλά και για όσους είχαν επείγουσα είσοδο στο νοσοκομείο συγκριτικά με αυτούς που είχαν προγραμματισμένη είσοδο. Η ικανοποίηση των ασθενών έγινε με 18 ερωτήσεις σχετικά με τέσσερις διαστάσεις ποιότητας οι οποίες ήταν η αξιοπιστία, η διασφάλιση, η διαπροσωπική επικοινωνία και η ανταπόκριση. Το 72,8% δεν είχε ιδιωτική ασφάλιση και το 68,9% του δείγματος ήταν από νοσοκομείο αστικού μοντέλου κάτι που αντικατοπτρίζει ανάλογα και την κατανομή του πληθυσμού στη χώρα συγκριτικά με το νοσοκομείο αγροτικού μοντέλου δηλαδή στην επαρχία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μέσος όρος(54,0) του δείγματος βρέθηκε ικανοποιημένος με 62,1 βαθμολογία με εύρος ποσοστών ικανοποίησης από 18 έως 90. Η βαθμολογία δείχνει ότι τα ελληνικά νοσοκομεία αποδίδουν σε αυτόν το μέσο όρο. Τρεις στους δέκα ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την υπηρεσία του φαγητού και την κοινόχρηστη περιοχή. Τέσσερις στους 10 άτομα δήλωσαν ικανοποιημένοι για την καθαριότητα των δωματίων, τις ώρες επισκεπτηρίου και τη δυνατότητα επικοινωνίας. Τέλος ένας στους δύο ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι με την καταλληλότητα του ιατρικού εξοπλισμού.

Από τη μελέτη που έγινε οι ερευνητές θεωρούν ότι πρέπει να δημιουργηθούν πιο κατάλληλα ερωτηματολόγια για την ικανοποίηση των ασθενών στα νοσοκομεία. Σε αυτή τη μελέτη φαίνεται να μην είναι καλά τα αποτελέσματα ικανοποίησης των ασθενών καθώς η ικανοποίηση είναι οριακή. Επίσης η μελετη αυτή είχε ως σκοπό την αξιολόγηση των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά μπόρεσε

να μελετήσει και την διάφορα ικανοποίησης σε αγροτικά και αστικά νοσοκομεία όπου τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποια σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΕΛΟΛΟΓΙΑ

9.1. Σημαντικότητα του θέματος

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε παρατηρείται ενδιαφέρον για περαιτέρω έρευνα όσον αφορά την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς. Από τις μελέτες που αναλύσαμε φαίνεται η σημαντικότητα της γνώμης των ασθενών και συγκεκριμένα μιας αξιολόγησης από τους ίδιους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες που δέχθηκαν από τους οργανισμούς υγείας. Μέσα από τέτοιες μελέτες θα μπορέσει ένας οργανισμός υγείας να εξέλξει και να αναβαθμίσει τις υπηρεσίες υγείας του. Μέσα από αυτό ο οργανισμός θα καταφέρει να κερδίσει μεγάλο μερίδιο στην αγορά αφού με υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα κερδίσει επιπλέον εμπιστοσύνη και ικανοποίηση από τους ασθενείς. Είναι ξεκάθαρο ότι οι μελέτες αξιολόγησης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι το κλειδί για την αναβάθμιση και εξέλιξη των υπηρεσιών ενός οργανισμού υγείας. Η σημαντικότητα της όλης διαδικασίας δεν σταματάει όμως μόνο στην εξέλιξη και αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού καθώς κάνοντας μελέτες αξιολόγησης ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε όλους τους οργανισμούς υγείας της χώρας θα μπορέσει το υπουργείο υγείας σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Δ.Υ.Π.Ε. και το αντίστοιχο διοικητικό προσωπικό να εξελίξει και να αναβαθμίσει ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα της χώρας παρέχοντας έτσι υψηλού επιπέδου υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες της. Η σημαντικότητα του θέματος οπότε είναι υψίστης σημασίας και διεγείρει το ενδιαφέρον ώστε να πραγματοποιήσω μία μελέτη για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Αττικών. Όταν τελειώσει αυτή η μελέτη ίσως να μπορέσει να βοηθήσει το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου Αττικών ως προς την εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας του αλλά ίσως και να μπορέσει να ενσωματωθεί μαζί με άλλες μελέτες άλλων νοσοκομείων, προκειμένου να φανούν ακόμα καλύτερα τα αποτελέσματα αξιολόγησης παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες.

9.2. Ερευνητικές ερωτήσεις

Η μελέτη αφορά την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικό Νοσοκομείο Αττικών ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών του.

Συγκεκριμένα η έρευνα αυτή θα προσπαθήσει να απαντήσει στα πιο κάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Βοηθάει την ικανοποίηση του ασθενή η εμφάνιση των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου, ο εξοπλισμός αλλά και η εμφάνιση του προσωπικού;
- Είναι σημαντικές σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών η αξιοπιστία και η ακρίβεια των υπηρεσιών;
- Η προθυμία για βοήθεια των ασθενών αλλά και η γρήγορη εξυπηρέτηση συμβάλλουν στην καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών;
- Το γνωσιακό και επικοινωνιακό επίπεδο των υπαλλήλων αλλά και ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη βοηθάει την ικανοποίηση των ασθενών;
- Για την ικανοποίηση των ασθενών είναι σημαντική η παροχή ατομικού ενδιαφέροντος αλλά και η προσοχή ως προς τους ασθενείς;
- Ποια διάσταση ποιότητας είναι η σημαντικότερη για το δείγμα μας στο πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών;
- Πόσο ικανοποιημένο σύμφωνα με τη μελέτη μας είναι τελικά το δείγμα μας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Αττικών;
- Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις προσδοκίες και στις αντιλήψεις του δείγματος μας, σχετικά με το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών;
- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά που συγκεντρώνουν στατιστικά τις χαμηλότερες βαθμολογίες από τις αντιλήψεις του δείγματος μας, ως προς το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών;

Οι απαντήσεις στις παραπάνω ερευνητικές ερωτήσεις θα μπορέσουν να αποτελέσουν ένα όπλο για το πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, αλλά και του διοικητικού προσωπικού, προκειμένου να αναβαθμίσει και να εξελίξει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

9.3. Κύρια ερευνητική υπόθεση

Η κυρία ερευνητική υπόθεση που θα εξεταστεί στην μελέτη μου θα είναι η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Αττικών ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών του.

Αυτό θα επιτευχθεί μέσω ανάλυσης που αποβλέπει στον προσδιορισμό της απόκλισης ανάμεσα στις προσδοκώμενες και τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες.

Στη μελέτη που θα πραγματοποιήσω η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Αττικών και η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους χρήστες.

Η ερευνητική μου υπόθεση είναι κατευθύνουσα καθώς ορίζει τη σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές.

9.4. Ερευνητικός σκοπός και στόχοι

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάλυση και η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, ως προς την ποιότητα, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών, μέσω της ανάλυσης του επιπέδου του χάσματος ανάμεσα στις Προσδοκίες και τις Αντιλήψεις τους, καθώς και του επιπέδου των διαστάσεων που τη συνθέτουν. Η γνώμη των ασθενών είναι το κλειδί προκειμένου να αναδειχτούν τα προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, καθώς και θα παίζει καταλυτικό ρόλο στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι ερευνητικοί στόχοι είναι:

- Η αποτύπωση του επιπέδου του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Η διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τον βαθμό ικανοποίησης το δείγματος μας.

- Η αποτύπωση του επιπέδου του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς την αξιοπιστία του οργανισμού.
- Η αποτύπωση του επιπέδου του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τη διασφάλιση.
- Η αποτύπωση του επιπέδου του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς την εμφάνιση του νοσοκομείου, τον εξοπλισμό αλλά και του προσωπικού.
- Η αποτύπωση του επιπέδου του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς την συναίσθηση του προσωπικού.
- Η αποτύπωση του επιπέδου του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς την ανταπόκριση του προσωπικού.
 - Ο προσδιορισμός των παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου του χάσματος.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις προσδοκίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στις αντιλήψεις των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης του φύλου στο επίπεδο του χάσματος ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας στις προσδοκίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας στις αντιλήψεις των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας στο επίπεδο του χάσματος ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης του μορφωτικού επιπέδου στις προσδοκίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης του μορφωτικού επιπέδου στις αντιλήψεις των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
 - Η διερεύνηση της επίδρασης του μορφωτικού επιπέδου στο επίπεδο του χάσματος ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών.

9.5. Επιλογή μεθόδου έρευνας

Η παρούσα έρευνα μεθοδολογικά είναι ποσοτική μελέτη καθώς θα μετρήσουμε ποσοτικά δεδομένα. Η έρευνα μου θα είναι περιγραφική-διερευνητική καθώς αποσκοπεί στην περιγραφή της ικανοποίησης των ασθενών που είναι οι χρήστες του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Αττικών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ως προς την ποιότητα αλλά και επιχειρεί να διερευνήσει, να εξετάσει και να περιγράψει τους αιτιολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον προσδιορισμό της διαφοράς ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες.

Το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιήσω απεικονίζει πέντε διαστάσεις ποιότητας και συγκεκριμένα την **αξιοπιστία**, την **διασφάλιση**, τα **υλικά**, την **ενσυναίσθηση** και την **ανταπόκριση**.

9.6. Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης είναι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Αττικών, με μοναδική προϋπόθεση να έχουν συμπληρωθεί τα 18 έτη ηλικίας.

Πληθυσμός είναι το ευρύ σύνολο των ασθενών για το οποίο εξάγουμε συμπεράσματα και το δείγμα είναι το υποσύνολο ενός μεγαλύτερου πληθυσμού. Για την επιλογή του δείγματος θα εφαρμόσουμε την μέθοδο της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και συγκεκριμένα θα εφαρμόσουμε δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling) για το λόγο ότι τα άτομα είναι άμεσα διαθέσιμα σε συγκεκριμένο χώρο.

Το δείγμα αποτέλεσαν 120 ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από άτομα που ήταν άμεσα προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα, προσπαθώντας να συγκεντρωθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερος αριθμός καθώς ο μεγάλος αριθμός δείγματος σημαίνει καλύτερη αποτελεσματικότητα και συνεπώς επιτυχή έρευνα. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο καλύτερα αντιπροσωπεύει τον συνολικό πληθυσμό. (Πιερράκος, Γ. και Τομάρας, Π. 2009)

Ακόμα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό για την επιλογή του δείγματος στη μελέτη μας είναι ότι θα διεξαχθεί την περίοδο της πανδημίας Covid-19 όπου και η πρόσβαση στους χώρους του νοσοκομείου είναι περιορισμένη.

9.7. Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης

Για τη συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το γραπτό ερωτηματολόγιο "SERVQUAL: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality". Το ερωτηματολόγιο το έχω αντλήσει, παίρνοντας την άδειά τους, από τους Χρήστο Βασιλειάδη, Κωνσταντίνο Χριστόγλου, Ιωακείμ Σιγάλα οι οποίοι το χρησιμοποίησαν και το μετέφρασαν το 2006.

Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν με έντυπο συγκατάθεσης για το σκοπό και το στόχο της έρευνας καθώς και το πλαίσιο του μεταπτυχιακού στο οποίο διενεργείται. Στους συμμετέχοντες δηλώθηκε η ελεύθερη συμμετοχή τους στην έρευνα και τονίστηκε ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, ότι οι πληροφορίες είναι απόλυτα εμπιστευτικές και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Τέλος αναφέρθηκε η δυνατότητα να τους γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα.

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει εφαρμοστεί σε διεθνείς και ελληνικές μελέτες για τη μέτρηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας και αποτελεί τεκμηριωμένη μέθοδο για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Στην πράξη, οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συγκρίνοντας το επίπεδο υπηρεσιών που λαμβάνουν, τόσο με το επίπεδο υπηρεσιών που θα επιθυμούσαν να λάβουν, όσο και με το επίπεδο υπηρεσιών που είναι πρόθυμοι να δεχτούν. Έτσι η ικανοποίηση των ασθενών αξιολογείται με τον υπολογισμό του χάσματος-διαφοράς ανάμεσα στις αναμενόμενες υπηρεσίες και τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες που έχουν λάβει τελικά οι ασθενείς. (Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry 1985)

Το μοντέλο SERVQUAL θεωρείται ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας και μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με την υπηρεσία που πρόκειται να αξιολογηθεί ως προς την ποιότητα, μέσα από πέντε βασικές διαστάσεις προσδιορισμού της: α) Απτότητα, β) Αξιοπιστία, γ) Ανταπόκριση, δ) Ασφάλεια και ε) Ενσυναίσθηση. (Χ. Βασιλειάδη, Κ. Χριστόγλου, Ι. Σιγάλα 2006)

Η Αξιοπιστία αφορά στην ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί την υπηρεσία για την οποία είναι υπεύθυνος, αξιόπιστα, με ακρίβεια και στον προβλεπόμενο χρόνο. Η Απτότητα συνίσταται στην υλικοτεχνική δομή, στον πάγιο εξοπλισμό, στις υπάρχουσες υποδομές, στην εικόνα του προσωπικού, κ.τ.λ. Η Ανταπόκριση αναφέρεται στην ανάγκη και επιθυμία του

προσωπικού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών. Οι εμπειρίες, οι γνώσεις και οι ικανότητες του προσωπικού αποτελούν πηγή εμπιστοσύνης για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και σε αυτό ακριβώς αφορά η Ασφάλεια και τέλος, η Ενσυναίσθηση εξετάζει την παροχή υπηρεσιών υγείας με τρόπο εξατομικευμένο και προσωπικό προς τους ασθενείς.

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά στον προσδιορισμό του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών και περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που προσδιορίζουν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας. Υπάρχουν 4 ερωτήσεις που εξετάζουν τη διάσταση της Απτότητας (tangibility), 5 ερωτήσεις που εξετάζουν την Αξιοπιστία (reliability), 4 ερωτήσεις που μετρούν την Ανταπόκριση (responsiveness), 4 ερωτήσεις που αναφέρονται στην Ασφάλεια (assurance) και 5 ερωτήσεις που αφορούν στην Ενσυναίσθηση (empathy). Οι ασθενείς βαθμολογούν κάθε ερώτηση χρησιμοποιώντας την επταβάθμια κλίμακα likert, όπου το 1 αντιστοιχεί στο «Διαφωνώ Απόλυτα» και το 7 στο «Συμφωνώ Απόλυτα». Για κάθε διάσταση υπάρχουν δύο κατηγορίες ερωτήσεων. Η μία είναι αυτό που προσδοκούν να συμβεί και η άλλη αυτό που τελικά συνέβη. Η κάθε διάσταση υπολογίζεται ως ο μέσος όρος των απαντήσεων στις ερωτήσεις που τη συνθέτουν.

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις στις οποίες ζητήθηκε από τους ασθενείς να κατανεύμουν 100 μονάδες σε πέντε χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου ανάλογα με το πόσο σημαντικό θεωρούν το κάθε ένα από αυτά (όσο πιο σημαντικό το χαρακτηριστικό τόσο περισσότερες μονάδες θα λάβει).

Έπειτα υπάρχουν δύο ερωτήσεις στις οποίες ζητείται από τους ασθενείς να επιλέξουν ποιο είναι το περισσότερο και ποιο το λιγότερο σημαντικό χαρακτηριστικό για τον καθορισμό της ικανοποίησης τους από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά στη συλλογή βασικών δημογραφικοκοινωνικών πληροφοριών σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τον τόπο διαμονής και την οικογενειακή κατάσταση.

Η χρονική περίοδος κατά την οποία έλαβε χώρα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν οι μήνες Οκτώβριος και Νοέμβριος και η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου των χρηστών/ασθενών απαιτούσε κατά μέσο όρο 15 - 20 λεπτά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

10.1. Ερωτηματολόγιο ασθενών για το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Π.Γ.Ν. Αττικών

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάλυση και η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, ως προς την ποιότητα, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ												
Βαθμολογείστε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις προσδοκίες σας για τις υπηρεσίες που θα πρέπει να προσφέρει ένα Νοσοκομείο.	Βαθμολογείστε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις αντιλήψεις σας για τις υπηρεσίες που προσφέρει το Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ το οποίο επισκέπτεστε σαν ασθενής.												
(Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας)	(Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας)												
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Διαφωνώ</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Συμφωνώ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Απόλυτα</td> <td style="text-align: center;">Απόλυτα</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Μέσος</td> <td style="text-align: center;">Μέσος</td> </tr> </table>	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Απόλυτα	Απόλυτα	Μέσος	Μέσος	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Διαφωνώ</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Συμφωνώ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Απόλυτα</td> <td style="text-align: center;">Απόλυτα</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Μέσος</td> <td style="text-align: center;">Μέσος</td> </tr> </table>	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Απόλυτα	Απόλυτα	Μέσος	Μέσος
Διαφωνώ	Συμφωνώ												
Απόλυτα	Απόλυτα												
Μέσος	Μέσος												
Διαφωνώ	Συμφωνώ												
Απόλυτα	Απόλυτα												
Μέσος	Μέσος												
<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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, 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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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 ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.	(pe3). Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, είναι ομοιόμορφα 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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, 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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, 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												

Διαφωνώ		Συμφωνώ		Διαφωνώ		Συμφωνώ		
Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα	Μέσος	
<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"/> 7	
(ex7). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.				(pe7). Το Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex9). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)				(pe9). Το Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex10). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή.				(pe10). Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex11). Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.				(pe11). Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex12). Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.				(pe12). Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex13). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.				(pe13). Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων των Νοσοκομείων, πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.				(pe14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ.				
<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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex16). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς.				(pe16). Οι εργαζόμενοι στο ΓΝ Κατερίνης 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex17). Οι εργαζόμενοι στα Νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.				(pe17). Οι εργαζόμενοι στο Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
(ex18). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.				(pe18). Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ 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				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος	Συμφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ Απόλυτα	Μέσος	Συμφωνώ 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		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
(ex19). Οι ώρες λειτουργίας των Νοσοκομείων πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.			(pe19). Οι ώρες λειτουργίας του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<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		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
(ex20). Οι υπάλληλοι των Νοσοκομείων πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.			(pe20). Οι υπάλληλοι του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<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		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
(ex21). Τα Νοσοκομεία πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου.			(pe21). Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ έχει τα συμφέροντα των ασθενών του κατά νου.		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<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		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
(ex22). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του..			(pe22). Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<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		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

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 Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ (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 <ul style="list-style-type: none"> • Άνδρας • Γυναίκα 	31. Ηλικία.....
32. Οικογενειακή κατάσταση <ul style="list-style-type: none"> • Άγαμος-η • Σε συμβιωτική σχέση • Έγγαμος-η χωρίς παιδιά • Έγγαμος-η με παιδιά • Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά • Διαζευγμένος -η με παιδιά • Χήρος-α 	33. Μορφωτικό επίπεδο <ul style="list-style-type: none"> • Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης • Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης • Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ) • Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) • Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών • Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου
34. Περιοχή κατοικίας: <ul style="list-style-type: none"> • Αστικό κέντρο • Ημιαστικό κέντρο • Αγροτική περιοχή • Νησιώτικη περιοχή • Άλλο 	35. Επάγγελμα <ul style="list-style-type: none"> • Ελεύθερος επαγγελματίας • Φοιτητής • Άνεργος • Αυτοσυντήρητος • Ιδιωτικός Υπάλληλος • Δημόσιος Υπάλληλος • Αγρότης • Οικιακά • Συνταξιούχος • Άλλο

Πηγή: Christoglou, K.; Vassiliadis, C.; Sigalas, I. Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey. World Hosp Health Serv 2006, 42, 21-26.

10.2. Ηθικά ζητήματα που τυχόν ανακύπτουν

Η έρευνα έχει λάβει έγκριση από το **Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής** και το **Επιστημονικό συμβούλιο του Π.Γ.Ν. Αττικών**. Κάθε συμμετέχων έχει λάβει "**Έντυπο Πληροφόρησης Συμμετεχόντων**" ώστε να μπορέσει ενημερωμένα να αποφασίσει για το αν θα συμμετέχει ή όχι σε αυτή την έρευνα.

Στη συγκεκριμένη έρευνα ο τύπος των ερωτήσεων είναι κατά κύριο λόγο κλειστές ερωτήσεις. Πρόκειται για κατανοητές ερωτήσεις χωρίς άγνωστες και δύσκολες λέξεις ή έννοιες. Έγινε προσπάθεια να μην αγγίζουν τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, με εξαίρεση βέβαια κάποια δημογραφικά στοιχεία που είναι απαραίτητα να συμπληρωθούν. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και επίσης εξασφαλίζει την ανωνυμία του κάθε ερωτώμενου.

Στον χώρο των εξωτερικών ιατρείων καμία φορά οι ασθενείς επισκέπτονται συχνά τους ίδιους γιατρούς με συνέπεια να μην απαντήσει με ειλικρίνεια κάποιος ερωτώμενος υπό τον φόβο ότι θα το μάθει ο γιατρός και δεν θα εξυπηρετήσει μετά σωστά τον ασθενή. Για αυτό φροντίσαμε να εξασφαλίσουμε την ανωνυμία και προσπαθήσαμε να κάνουμε το δείγμα μας να μας εμπιστευτεί με σκοπό να μας απαντήσει χωρίς φόβο.

Η ηθική και η δεοντολογία έχει διαπιστωθεί ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έρευνας, από την αρχή της μέχρι και τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της. Τα πιο συνηθισμένα ζητήματα είναι η συνειδητή συγκατάθεση όσων εμπλέκονται στην έρευνα, η προστασία των προσωπικών δεδομένων και η χρήση των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Για να είναι αυτή η έρευνα ηθική και δεοντολογική πραγματοποιήθηκαν τα παρακάτω σημαντικά βήματα.

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η διαφάνεια των στοιχείων και των δεδομένων, καθώς και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, των συμπερασμάτων και των προτάσεων που ανέκυψαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

11.1. Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25 και περιλαμβάνει δύο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα πραγματοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική ανάλυση όλων των βασικών κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των γενικών-δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, καθώς και η διερεύνηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής.

Στην δεύτερη ενότητα έγινε ο έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων με τη χρήση της επαγωγικής στατιστικής και της θεωρίας του ελέγχου υποθέσεων.

Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τη διερεύνηση της ύπαρξης σημαντικής διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της ποιότητας σε δύο ανεξάρτητες ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το Independent Samples t-test, και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U, στις περιπτώσεις όπου οι προϋποθέσεις εφαρμογής του παραμετρικού ελέγχου δεν ίσχυαν. Για τη διερεύνηση της στατιστικώς σημαντικής διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της ποιότητας σε περισσότερες από δύο ομάδες, χρησιμοποιήθηκε το One-Way ANOVA test και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis-H, στις περιπτώσεις όπου οι προϋποθέσεις εφαρμογής του παραμετρικού ελέγχου δεν ίσχυαν, με post-hoc ανάλυση βασιζόμενη είτε σε παραμετρικούς ελέγχους με την εφαρμογή του Tuckey HSD test (όταν το One Way ANOVA test ήταν στατιστικά σημαντικό), είτε σε μη παραμετρικούς ελέγχους Dunn's-test με διόρθωση Bonferroni, (όταν το Kruskal-Wallis-H test ήταν στατιστικά σημαντικό).

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha. Ο έλεγχος έγινε ξεχωριστά για την ενότητα των προσδοκιών και των αντιλήψεων.

Η τιμή του για την ενότητα των προσδοκιών είναι 0,67 ενώ για την ενότητα των αντιλήψεων είναι 0,946 που είναι αποδεκτές, καθώς τιμές του συντελεστή άνω του 0,7 θεωρούνται αποδεκτές. (CORTINA J.M. 1993)

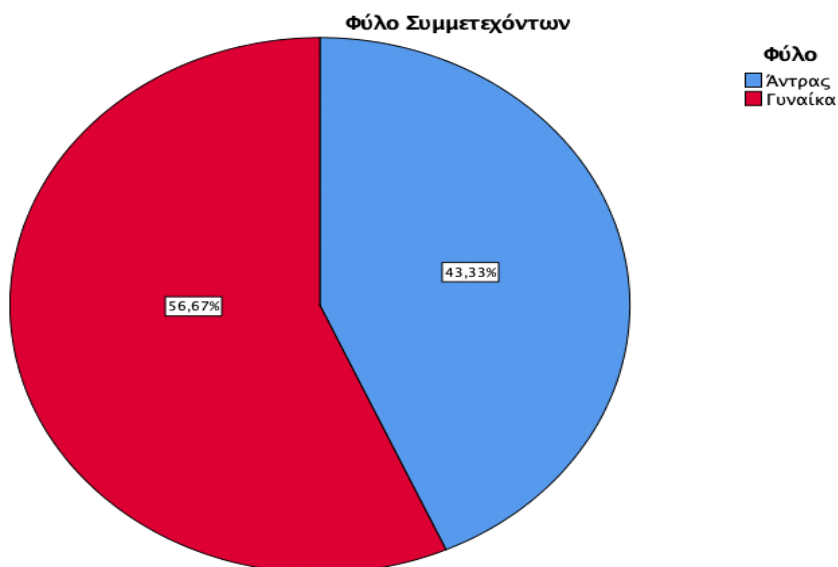
Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας επιλέχθηκε το $\alpha=0,05$.

11.2. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστεί το προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ενότητα “Δημογραφικά Στοιχεία” του ερωτηματολογίου η οποία περιλαμβάνει πληροφορίες αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και τον τόπο κατοικίας.

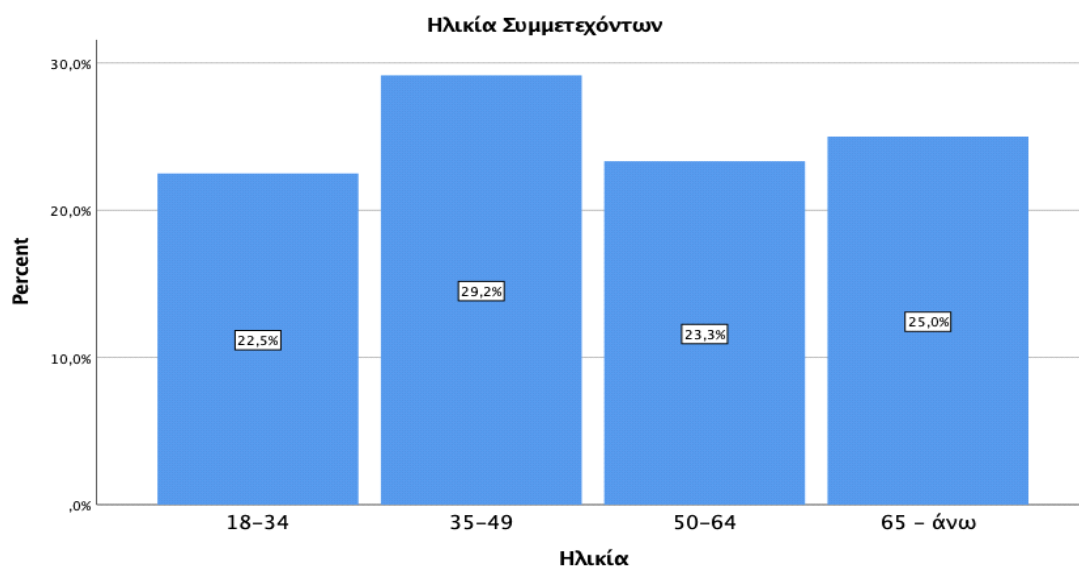
Το συνολικό δείγμα ανέρχεται σε 120 ασθενείς οι οποίοι όπως αναφέρθηκε επελέγησαν με τη χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Από τα άτομα αυτά οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία σε ποσοστό 56,7% ενώ οι άνδρες το 43,3%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Φύλο συμμετεχόντων



Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων δόθηκε από άτομα ηλικίας 35-49 ετών (29,2%), ενώ ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (25%), τα άτομα ηλικίας 50-64 ετών (23,3%) και τέλος τα άτομα ηλικίας 18-34 ετών (22,5%).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (38,3%), ακολουθούν με μικρή διαφορά οι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (36,6%) και τέλος το χαμηλότερο ποσοστό κατέχουν οι Κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών (2,5%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μορφωτικό Επίπεδο Συμμετεχόντων

Μορφωτικό Επίπεδο	Συχνότητα	Ποσοστό
Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	21	17,5%
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	46	38,3%
Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	6	5,0%
Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	44	36,6%
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών	3	2,5%
Σύνολο	120	100,0%

Σε σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων, η πλειοψηφία είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (42,5%), ακολουθούν οι άνεργοι (18,3%), οι συνταξιούχοι (18,5%) ενώ το χαμηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι αγρότες (0,8%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Επάγγελμα Συμμετεχόντων

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ελεύθερος επαγγελματίας	10	8,3%
Φοιτητής	4	3,3%
Άνεργος	22	18,3%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	42,5%
Δημόσιος Υπάλληλος	6	5,0%
Αγρότης	1	0,8%
Οικιακά	4	3,3%
Συνταξιούχος	21	17,5%
Άλλο	1	0,8%
Σύνολο	120	100,0%

Όσον αφορά τον τόπο κατοικίας η πλειοψηφία διαμένει στα αστικά κέντρα (91,7%), ακολουθούν οι κάτοικοι των ημιαστικών κέντρων (4,2%) ενώ το χαμηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι κάτοικοι των νησιωτικών περιοχών (1,7%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Τόπος Κατοικίας Συμμετεχόντων

Τόπος Κατοικίας	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικό κέντρο	110	91,7%
Ημιαστικό κέντρο	5	4,2%
Αγροτική περιοχή	3	2,5%
Νησιωτική περιοχή	2	1,7%
Σύνολο	120	100,0%

Τέλος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, η πλειοψηφία είναι έγγαμοι με παιδιά (39,2%), ακολουθούν διαζευγμένοι με παιδιά (21,7%) και οι άγαμοι (20%), ενώ τελευταίοι εμφανίζονται εκείνοι που βρίσκονται σε συμβιωτική σχέση (1,7%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Οικογενειακή Κατάσταση Συμμετεχόντων

Οικογενειακή Κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Άγαμος-η	24	20,0%
Σε συμβιωτική σχέση	2	1,7%
Έγγαμος-η χωρίς παιδιά	4	3,3%
Έγγαμος-η με παιδιά	47	39,2%
Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά	4	3,3%
Διαζευγμένος-η με παιδιά	26	21,7%
Χήρος-α	13	10,8%
Σύνολο	120	100,0%

Συνοπτικά, τα δημογραφικά στοιχεία των ερευνηθέντων ατόμων δίνονται στον πίνακα 6

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συνοπτικά

Χαρακτηριστικό	Τιμή	N	%
Φύλο	Άντρας	52	43,3
	Γυναίκα	68	56,7
Ηλικία	18-34	27	22,5
	35-49	35	29,2
	50-64	28	23,3
	65+	30	25,0
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	24	20,0
	Σε συμβιωτική σχέση	2	1,7
	Έγγαμος-η χωρίς παιδιά	4	3,3
	Έγγαμος-η με παιδιά	47	39,2
	Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά	4	3,3
	Διαζευγμένος-η με παιδιά	26	21,7
	Χήρος-α	13	10,8

Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	21	17,5
	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	46	38,3
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	6	5,0
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	44	36,7
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών	3	2,5
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	110	91,7
	Ημιαστικό κέντρο	5	4,2
	Αγροτική περιοχή	3	2,5
	Νησιώτικη περιοχή	2	1,7
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	10	8,3
	Φοιτητής	4	3,3
	Άνεργος	22	18,3
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	42,5
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	5,0
	Αγρότης	1	0,8
	Οικιακά	4	3,3
	Συνταξιούχος	21	17,5
	Άλλο	1	0,8
Σύνολο		120	100,0

11.3. Εύρεση του χάσματος (GAP)

Το επόμενο βήμα στην παρούσα έρευνα είναι η εύρεση του χάσματος μεταξύ των προσδοκώμενων και των αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών που παρασχέθηκαν από το Νοσοκομείο Αττικών. Το χάσμα προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων για την κάθε διάσταση της ποιότητας (Απτότητα, Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Ασφάλεια και Ενσυναίσθηση). Η τιμή του συνολικού χάσματος θα κρίνει τη συνολική αντιλαμβανόμενη ποιότητα για τους συμμετέχοντες της έρευνας. Αρνητική τιμή για το χάσμα υποδηλώνει ότι η ποιότητα της υπηρεσίας είναι χαμηλότερη από την προσδοκώμενη ενώ θετική τιμή χάσματος υποδηλώνει υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών από την προσδοκώμενη.

Στον πίνακα 7 αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των προσδοκιών, των αντιλήψεων και των χασμάτων για κάθε ερώτηση, οι μέσες τιμές των προσδοκιών, των αντιλήψεων και των χασμάτων για κάθε διάσταση, καθώς και το συνολικό χάσμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Αποτελέσματα Προσδοκιών, Αντιλήψεων και Χασμάτων ανά διάσταση

	Ερώτηση	Προσδοκία	Αντίληψη	Χάσμα (GAP)
Απτότητα	1	6,9417	6,1333	-0,8083
	2	6,9333	5,6250	-1,3083
	3	6,8667	6,6083	-0,2583
	4	6,9833	6,4083	-0,5750
	MO	6,9313	6,1938	-0,7375
αξιοπιστία	1	6,9000	5,8833	-1,0167
	2	6,9917	6,1500	-0,8417
	3	6,9833	6,1167	-0,8667
	4	6,9333	5,9417	-0,9917
	5	6,9583	6,8333	-0,1250
	MO	6,9533	6,1850	-0,7683

Ανταπόκριση	1	6,9917	6,4917	-0,5000
	2	6,9917	5,5000	-1,4917
	3	6,9833	6,2083	-0,7750
	4	5,3500	5,6250	0,2750
	MO	6,5792	5,9563	-0,6229
Ασφάλεια	1	6,9917	6,3083	-0,6833
	2	6,9750	6,3667	-0,6083
	3	6,9917	6,4250	-0,5667
	4	6,9250	5,5833	-1,3417
	MO	6,9708	6,1708	-0,8000
Ενσυναίσθηση	1	6,7333	5,9667	-0,7667
	2	6,7333	6,0500	-0,6833
	3	6,9417	6,1750	-0,7667
	4	6,9000	5,9917	-0,9083
	5	6,9583	6,5333	-0,4250
	MO	6,8533	6,1433	-0,7100
Μέσο Συνολικό Χάσμα				-0,7277

Εξετάζοντας τον πίνακα 7 παρατηρούμε ότι τα χάσματα (gaps) και στις πέντε διαστάσεις ποιότητας εμφανίζουν αρνητικές τιμές που σημαίνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών που επισκέπτονται το Νοσοκομείο Αττικών είναι υψηλότερες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες για όλες τις διαστάσεις ποιότητας.

Επιπλέον από τον ίδιο πίνακα φαίνεται ότι η διάσταση που εμφανίζει το μεγαλύτερο χάσμα είναι εκείνη της Ασφάλειας (MO=-0,80) ακολουθούμενη από εκείνη της Αξιοπιστίας (MO=-0,76). Αντίθετα η διάσταση με το μικρότερο αρνητικό χάσμα, δηλαδή εκείνη στην οποία οι προσδοκίες των ασθενών υπερέβησαν λιγότερο τις αντιλήψεις τους είναι η διάσταση της Ανταπόκρισης.

Όσον αφορά τις προσδοκίες των ασθενών, παρατηρούμε ότι οι υψηλότερες προσδοκίες καταγράφονται στη διάσταση της Ασφάλειας (ΜΟ=6,97) και ακολουθούν με τη σειρά οι διαστάσεις της Αξιοπιστίας (ΜΟ=6,95), της Απτότητας (ΜΟ=6,93), της Ενσυναίσθησης (ΜΟ=6,85) και της Ανταπόκρισης (ΜΟ=6,57).

Οι ερωτήσεις που βαθμολογήθηκαν με τα υψηλότερα σκορ στις προσδοκίες και που αποτελούν τις υπηρεσίες από τις οποίες οι ασθενείς αναμένουν τα περισσότερα εμφανίζονται στον πίνακα 8.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Οι 5 ερωτήσεις με την υψηλότερη τιμή Προσδοκίας

Ερώτηση	Προσδοκία
6. Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει	6,99
10. Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή	6,99
11. Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς	6,99
14. Η συμπεριφορά των εργαζομένων των Νοσοκομείων, πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς	6,99
16. Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς	6,99

Συνάγεται λοιπόν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στο ενδιαφέρον του προσωπικού για την επίλυση των προβλημάτων των ασθενών, στην σωστή και έγκαιρη ενημέρωση τους, στην ταχύτητα ανταπόκρισης, στην εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό του νοσοκομείου και στη συνέπεια και την ευγένεια του προσωπικού.

Αντίστοιχα οι ερωτήσεις που εμφάνισαν τις χαμηλότερες προσδοκίες καθώς και οι τιμές τους εμφανίζονται στον πίνακα 9.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Οι 5 ερωτήσεις με τη χαμηλότερη τιμή προσδοκίας

Ερώτηση	Προσδοκία
13. Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.	5,35
18. Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.	6,73
19. Οι ώρες λειτουργίας των Νοσοκομείων πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.	6,73
3. Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.	6,87
21. Τα Νοσοκομεία πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου.	6,90

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, φαίνεται ότι οι ερωτηθέντες έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από την ετοιμότητα του προσωπικού να τους εξυπηρετήσει όσο απασχολημένο και αν είναι καθώς και από την ξεχωριστή προσοχή που δίνεται στον κάθε ασθενή. Την ίδια σημασία αποδίδουν στο κατά πόσο οι ώρες λειτουργίας των νοσοκομείων ταιριάζουν με τις ανάγκες των ασθενών ενώ ελάχιστα υψηλότερες προσδοκίες έχουν από τον τρόπο που είναι ντυμένοι οι εργαζόμενοι καθώς και το κατά πόσο τα νοσοκομεία έχουν κατά νου τα συμφέροντα των ασθενών.

Αναφορικά με την αντίληψη που διαμόρφωσαν οι ασθενείς από το Νοσοκομείο Αττικόν, ύστερα από την προσωπική τους εμπειρία, προκύπτει ότι βαθμολόγησαν με υψηλότερο βαθμό (Πίνακας 10) τον τρόπο που το νοσοκομείο διατηρεί τα αρχεία του, την ενδυμασία του προσωπικού, καθώς και τον τρόπο που το προσωπικό του Π.Γ.Ν. Αττικόν αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του. Λίγο χαμηλότερα στις προσωπικές τους αντιλήψεις κατατάσσεται η σωστή ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό του νοσοκομείου ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη κατηγορία ήταν ιδιαίτερα υψηλά στις προσδοκίες των ασθενών. Τέλος, υψηλά βαθμολογείται η αντίληψη που διαμόρφωσαν οι ασθενείς σχετικά με τη

συνέπεια και την ευγένεια των εργαζομένων του νοσοκομείου, χαρακτηριστικό που επίσης βρίσκονταν υψηλά και στις προσδοκίες τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Οι 5 ερωτήσεις με την υψηλότερη τιμή αντίληψης

Ερώτηση	Αντίληψη
9. Το Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, διατηρεί τα αρχεία του σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)	6,83
3. Οι εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.	6,61
22. Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.	6,53
10. Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ με ενημερώνει.	6,49
16. Οι εργαζόμενοι στο Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί.	6,43

Από τον πίνακα 11 και σύμφωνα με την πραγματική εμπειρία των ασθενών στο Π.Γ.Ν. Αττικόν, φαίνεται ότι οι ασθενείς έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι από την ταχύτητα παροχής υπηρεσιών (ερώτηση που βαθμολογείται ιδιαίτερα υψηλά στις προσδοκίες των ασθενών), από την υποστήριξη που οι εργαζόμενοι λαμβάνουν ώστε να κάνουν σωστά τη δουλειά τους καθώς και από τις φυσικές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου και τον τρόπο που το προσωπικό ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών όσο απασχολημένο και αν είναι. Αναφορικά με το χαρακτηριστικό αυτό παρατηρούμε ότι έρχεται χαμηλά και στις προσδοκίες των ασθενών γεγονός που αποτρέπει τη δημιουργία ενός μεγαλύτερου χάσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Οι 5 ερωτήσεις με τη χαμηλότερη τιμή αντίληψης

Ερώτηση	Αντίληψη
11. Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.	5,50
17. Οι εργαζόμενοι στο Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.	5,58
2. Οι φυσικές εγκαταστάσεις του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ που επισκέπτομαι (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας, τουαλέτες), είναι οπτικά ελκυστικές	5,63
13. Το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.	5,63
5. Όταν το προσωπικό του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.	5,88

Στον πίνακα 12 εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά εκείνα που βαθμολογήθηκαν ως πιο σημαντικά για τον καθορισμό της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το Π.Γ.Ν. Αττικών. Από τον εν λόγω πίνακα φαίνεται ότι οι ασθενείς αξιολογούν με διαφορά (σε ποσοστό 60%) ως το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό των παρεχόμενων υπηρεσιών την ύπαρξη υπαλλήλων με γνώσεις, με καλούς τρόπους και ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη, ενώ το αμέσως επόμενο χαρακτηριστικό στη σειρά προτίμησής τους (σε ποσοστό 36,7%) είναι η ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και ακρίβεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Χαρακτηριστικά με τη μεγαλύτερη σημασία για τους ασθενείς

Σημαντικότερο χαρακτηριστικό για εσάς σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το Π.Γ.Ν.Αττικών		
Χαρακτηριστικό	N	%
26 Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	72	60,0
24 Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	44	36,7
25 Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	3	2,5
23 Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	1	0,8
Σύνολο	120	100

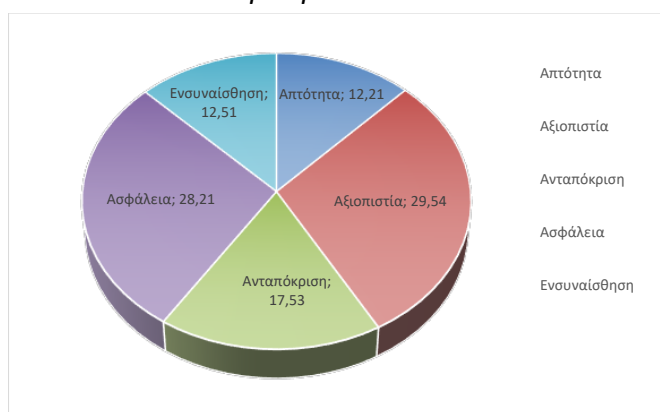
Στον αντίποδα, σύμφωνα με τον πίνακα 13, τα λιγότερο σημαντικά χαρακτηριστικά σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου (69,2%), ο εξοπλισμός και το προσωπικό, ενώ ακολουθούν με μεγάλη διαφορά η παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς (25,8%), η προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση (3,3%) καθώς και η ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και ακρίβεια (1,7%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Χαρακτηριστικά με τη λιγότερη σημασία για τους ασθενείς

Λιγότερο σημαντικό χαρακτηριστικό για εσάς σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το Π.Γ.Ν.Αττικών		
Χαρακτηριστικό	N	%
23 Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	83	69,2
27 Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	31	25,8
25 Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	4	3,3
24 Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	2	1,7
Total	120	100

Ολοκληρώνοντας την περιγραφική στατιστική ανάλυση και αναφορικά με την ενότητα του ερωτηματολογίου στην οποία ζητήθηκε από τους ασθενείς να κατανεύμουν 100 μονάδες σε πέντε χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου ανάλογα με το πόσο σημαντικό θεωρούν το κάθε ένα από αυτά, προέκυψε η ακόλουθη ταξινόμηση για τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας από τους 120 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα:

ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Στάθμιση Διαστάσεων



Πίνακας 14. Ταξινόμηση Διαστάσεων

Διάσταση	Στάθμιση
Αξιοπιστία	29,54
Ασφάλεια	28,21
Ανταπόκριση	17,53
Ενσυναίσθηση	12,51
Απτότητα	12,21

Από το παραπάνω γράφημα και τον πίνακα 14 διακρίνεται ότι η Αξιοπιστία και η Ασφάλεια ταξινομούνται από τους ασθενείς με βάση τη στάθμιση που προκύπτει από την κατανομή των 100 μονάδων ως οι πιο σημαντικές διαστάσεις αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και ακολουθεί η διάσταση της Ανταπόκρισης. Στη συνέχεια ακολουθεί η διάσταση της Ενσυναίσθησης ενώ τελευταία βαθμολογείται η διάσταση της Απτότητας, εύρημα που δείχνει ότι η εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου δεν θεωρείται τόσο σημαντικό χαρακτηριστικό εφόσον λαμβάνουν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου Αξιόπιστα, με Ασφάλεια, Έγκαιρα και Εξατομικευμένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ

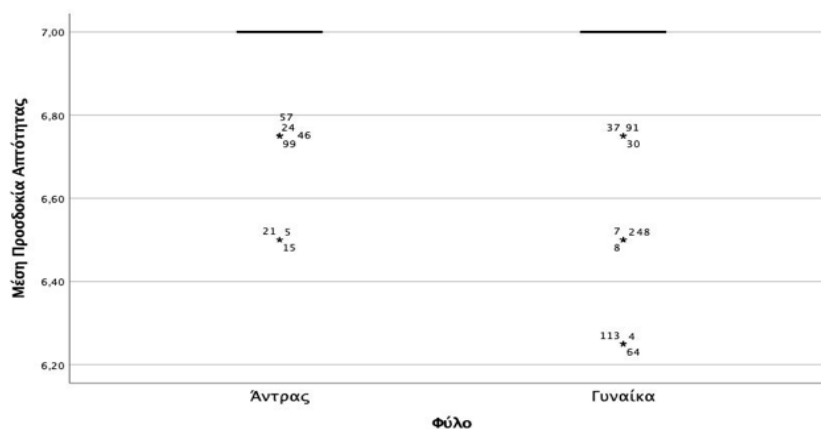
Στο κεφάλαιο αυτό σκοπός είναι να εξεταστεί αν το φύλο έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (1. Απτότητα, 2. Αξιοπιστία, 3. Ανταπόκριση, 4. Ασφάλεια και 5. Ενσυναίσθηση) αναφορικά με τις προσδοκίες, τις αντιλήψεις και το χάσμα των ασθενών.

12.1. Διάσταση απτότητας

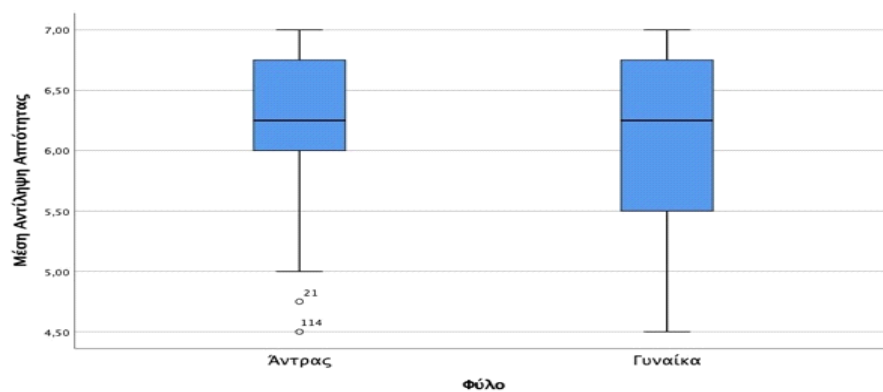
Στον πίνακα 15 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) της μεταβλητής Μέση Προσδοκία Απτότητας, ενώ στους πίνακες 16 και 17, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο χάσμα Απτότητας ως προς τους Άνδρες και τις Γυναίκες. αντιστοίχως Επίσης στα θηκογράμματα 1, 2 και 3 ελέγχεται η συμμετρία των υπό μελέτη μεταβλητών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4. : Θηκογράμματα 1-3 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Απτότητας, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο Χάσμα Απτότητας.

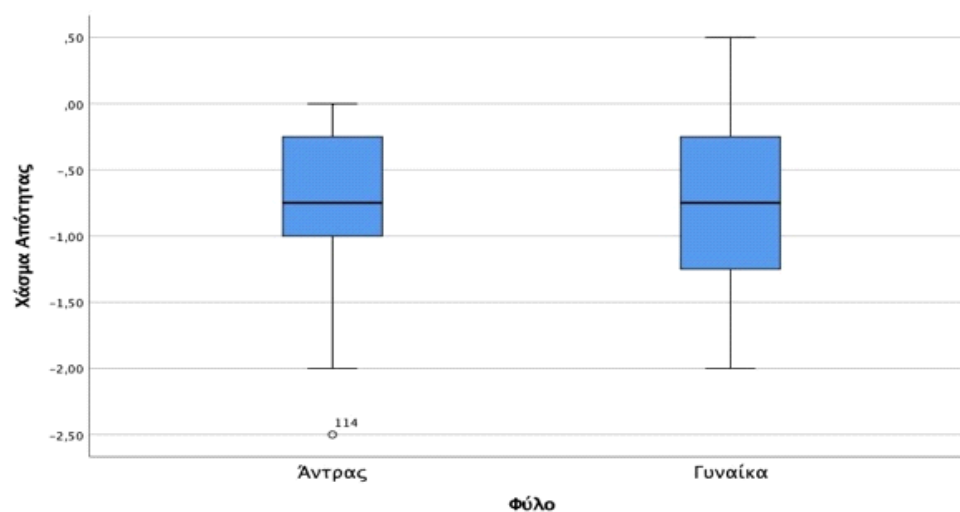
Θηκόγραμμα 1



Θηκόγραμμα 2



Θηκόγραμμα 3



ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Απτότητας

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέση Προσδοκία Απτότητας	1 Άντρας	52	61,15	3180,00
	2 Γυναίκα	68	60,00	4080,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της Μέσης Αντίληψης Απτότητας
ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	St. Deviation
Μέση Αντίληψη Απτότητας	1 Άντρας	52	6,2067	,62568
	2 Γυναίκα	68	6,1838	,62536

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Μέσου Χάσματος Απτότητας
ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Χάσμα Απτότητας	1 Άντρας	52	-,7404	,62025
	2 Γυναίκα	68	-,7353	,61826

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Απτότητας το Mann Whitney U test (πίνακας 18) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $U=1734,00$, $p=0,777$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Απτότητας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Απτότητας το Independent samples t-test (πίνακας 19) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=0,199$, $p=0,843$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Απτότητας.
- Για τη μεταβλητή μέσο Χάσμα Απτότητας το Independent samples t-test (πίνακας 19) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=-0,045$, $p=0,964$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Απτότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Απτότητας

	Μέση Προσδοκία Απτότητας
Mann-Whitney U	1734,000
Wilcoxon W	4080,000
Z	-,284
Asymp. Sig. (2-tailed)	,777

a. Grouping Variable: Φύλο

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Αποτελέσματα του Independent samples t-test για τη διερεύνηση Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Απτότητας

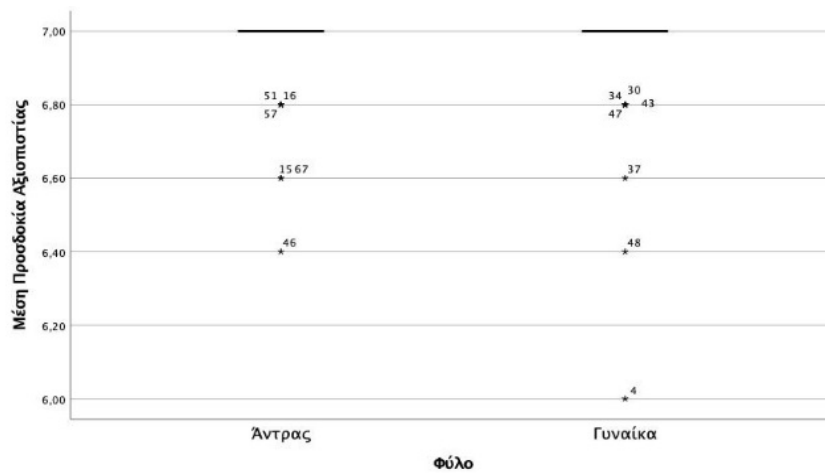
Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Μέση Αντίληψη Απτότητας	Equal variances assumed	,057	,812	,199	118	,843	,02291	,11523	-,20528	,25109
	Equal variances not assumed			,199	109,87	,843	,02291	,11524	-,20547	,25128
Μέση Χάσμα Απτότητας	Equal variances assumed	,074	,787	-,045	118	,964	-,00509	,11405	-,23095	,22077
	Equal variances not assumed			-,045	109,73	,964	-,00509	,11410	-,23122	,22104

12.2. Διάσταση αξιοπιστίας

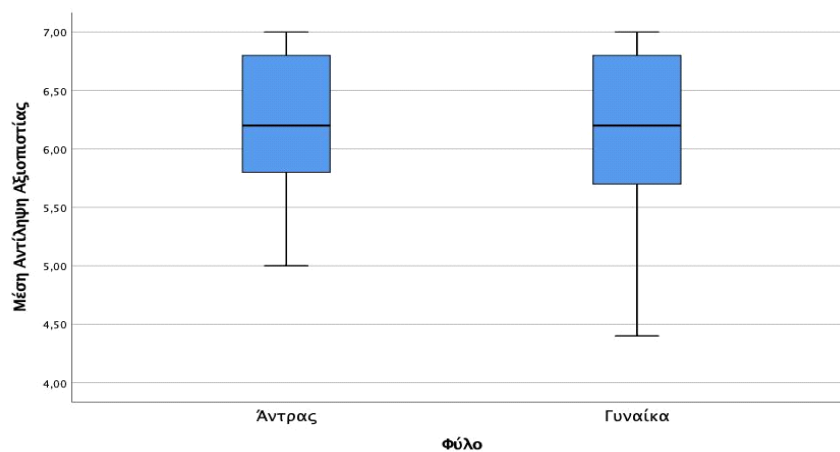
Από τα θηκογράμματα 4, 5 και 6 ελέγχεται η συμμετρία των υπό μελέτη μεταβλητών αντιστοίχως. Στον πίνακα 20 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) της μεταβλητής Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας, ενώ στους πίνακες 21 και 22, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας και Μέσο χάσμα Αξιοπιστίας ως προς τους Άνδρες και τις Γυναίκες αντιστοίχως.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Θηκογράμματα 4-6 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας, Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.

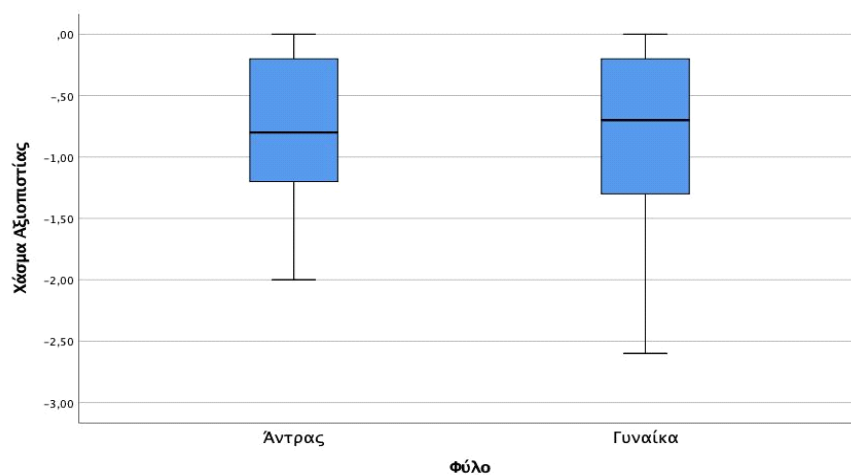
Θηκόγραμμα 4



Θηκόγραμμα 5



Θηκόγραμμα 6



ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας	1 Άντρας	52	59,78	3108,50
	2 Γυναίκα	68	61,05	4151,50

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Αξιοπιστίας ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας	1 Άντρας	52	6,2038	,60129
	2 Γυναίκα	68	6,1706	,68438

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Αξιοπιστίας ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Χάσμα Αξιοπιστίας	1 Άντρας	52	-,7500	,58192
	2 Γυναίκα	68	-,7824	,67159

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας το Mann Whitney U test (πίνακας 23) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $U=1730,00$, $p=0,743$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας το Independent samples t-test (πίνακας 24) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=0,278$, $p=0,782$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας.
- Για τη μεταβλητή μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας το Independent samples t-test (πίνακας 24) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=0,277$, $p=0,782$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας

Test Statistics ^a	
	Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας
Mann-Whitney U	1730,500
Wilcoxon W	3108,500
Z	-,328
Asymp. Sig. (2-tailed)	,743
a. Grouping Variable: Φύλο	

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. : Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.

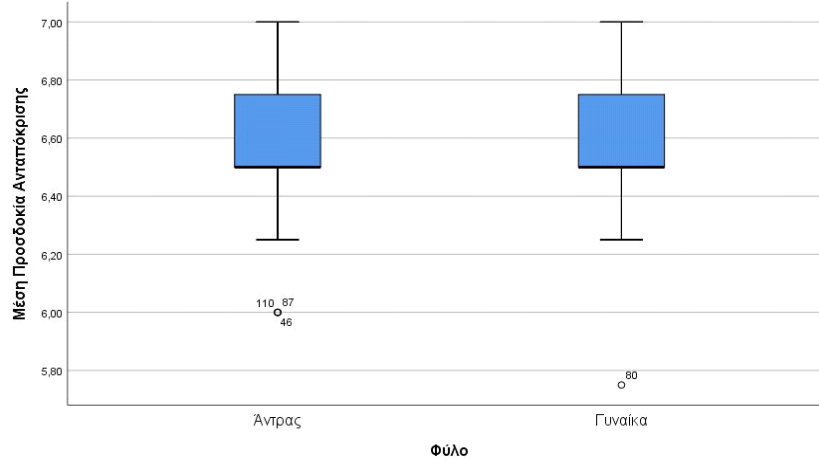
Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας	Equal variances assumed	1,704	,194	,278	118	,782	,03326	,11970	-,20378	,27030
	Equal variances not assumed			,283	115,68	,778	,03326	,11765	-,19976	,26628
Χάσμα Αξιοπιστίας	Equal variances assumed	2,030	,157	,277	118	,782	,03235	,11687	-,19907	,26378
	Equal variances not assumed			,282	116,11	,778	,03235	,11465	-,19473	,25943

12.3. Διάσταση ανταπόκρισης

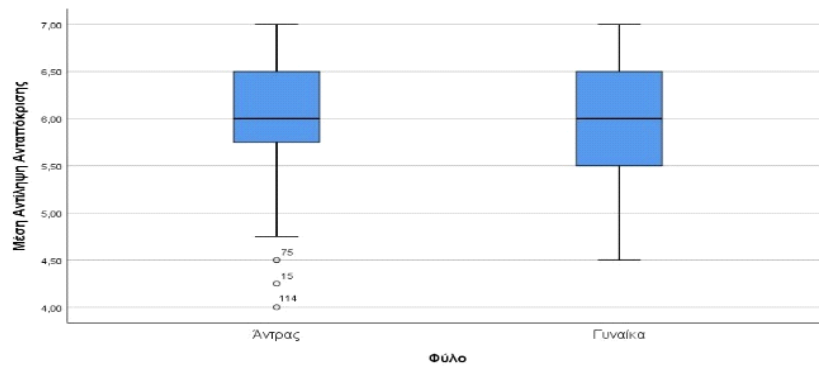
Στον πίνακα 25 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) της μεταβλητής Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης, ενώ στους πίνακες 26 και 27, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης ως προς τους Άνδρες και τις Γυναίκες αντιστοίχως. Επίσης στα θηκογράμματα 7, 8 και 9 ελέγχεται η συμμετρία των υπό μελέτη μεταβλητών αντιστοίχως.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Θηκόγραμμα 7-9 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης,
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.

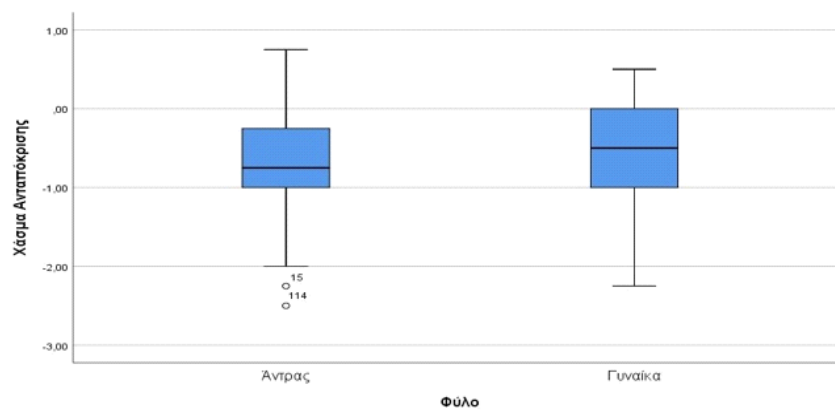
Θηκόγραμμα 7



Θηκόγραμμα 8



Θηκόγραμμα 9



ΠΙΝΑΚΑΣ 25. : Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης	1 Άντρας	52	61,44	3195,00
	2 Γυναίκα	68	59,78	4065,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Ανταπόκρισης ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	1 Άντρας	52	5,9375	,65842
	2 Γυναίκα	68	5,9706	,66849

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Ανταπόκρισης ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Χάσμα Ανταπόκρισης	1 Άντρας	52	-,6442	,68839
	2 Γυναίκα	68	-,6066	,66959

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης το Mann Whitney U test (πίνακας 28) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $U=1719,00$, $p=0,785$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης το Independent samples t-test (πίνακας 29) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=-0,270$, $p=0,787$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης.
- Για τη μεταβλητή μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης το Independent samples t-test (πίνακας 29) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=-0,301$, $p=0,764$,

αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης

	Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης
Mann-Whitney U	1719,000
Wilcoxon W	4065,000
Z	-,273
Asymp. Sig. (2-tailed)	,785
a. Grouping Variable: Φύλο	

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	Equal variances assumed	0,944	0,333	-0,270	118	0,787	-0,03309	0,12235	-0,27538	0,20920
	Equal variances not assumed			-0,271	110,724	0,787	-0,03309	0,12210	-0,27505	0,20887

Χάσμα Ανταπόκρισης	Equal variances assumed	0,004	0,953	-0,301	118	0,764	-0,03761	0,12486	-0,28487	0,20964
	Equal variances not assumed			-0,300	108,329	0,765	-0,03761	0,12533	-0,28602	0,21080

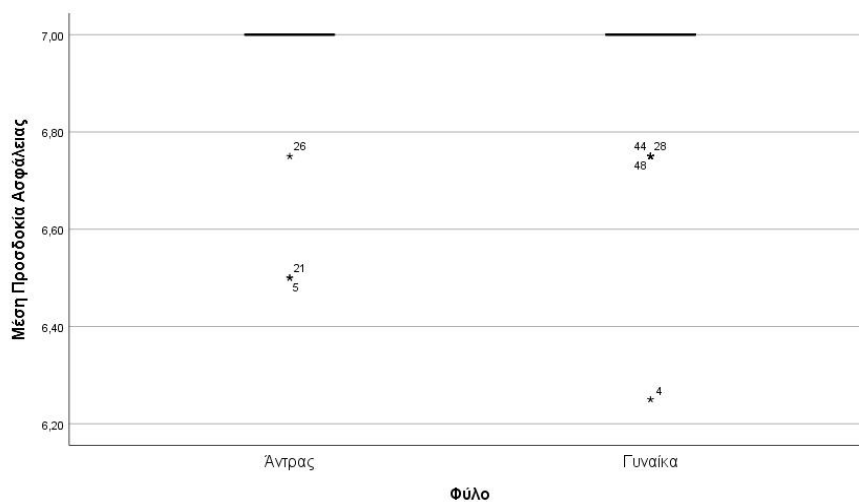
Πηγή: ίδια επεξεργασία

12.4. Διάσταση ασφάλειας

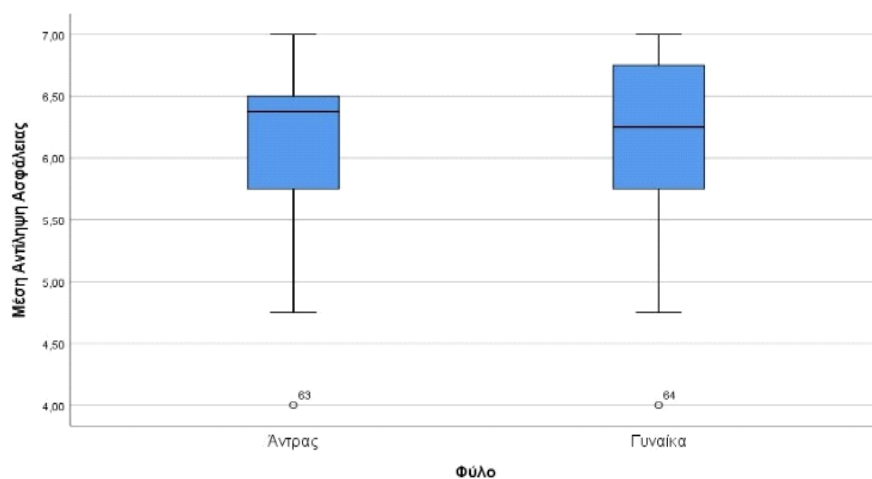
Στον πίνακα 30 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) της μεταβλητής Μέση Προσδοκία Ασφάλειας, ενώ στους πίνακες 31 και 32, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Ασφάλειας και Μέσο χάσμα Ασφάλειας ως προς τους Άνδρες και τις Γυναίκες αντιστοίχως. Επίσης στα θηκογράμματα 10, 11 και 12 ελέγχεται η συμμετρία των υπό μελέτη μεταβλητών αντιστοίχως.

ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Θηκογράμματα 10-12 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Ασφάλειας, Μέση Αντίληψη Ασφάλειας και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας

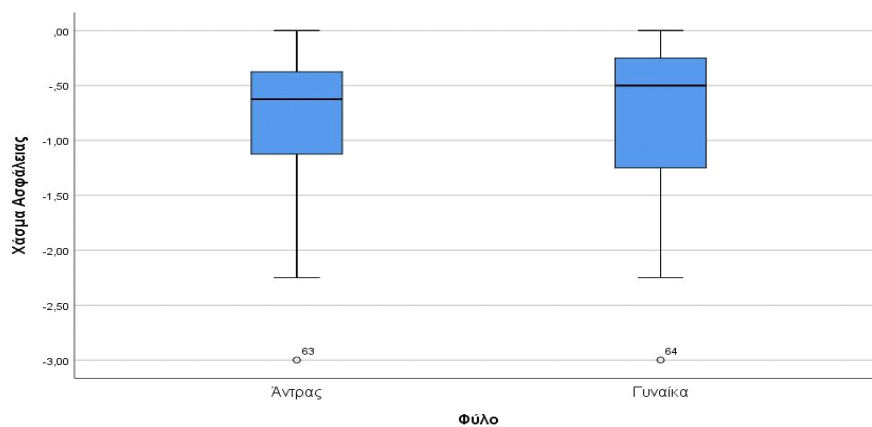
Θηκογράμμα 10



Θηκόγραμμα 11



Θηκόγραμμα 12



ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ασφάλειας

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέση Προσδοκία Ασφάλειας	1 Άντρας	52	61,95	3221,50
	2 Γυναίκα	68	59,39	4038,50

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Ασφάλειας ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Μέση Αντίληψη Ασφάλειας	1 Άντρας	52	6,1779	,67216
	2 Γυναίκα	68	6,1654	,69996

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Ασφάλειας ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Χάσμα Ασφάλειας	1 Άντρας	52	-,7981	,67344
	2 Γυναίκα	68	-,8015	,69989

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Ασφάλειας το Mann Whitney U test (πίνακας 33) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $U=1692,5$ $p=0,9$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ασφάλειας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ασφάλειας το Independent samples t-test (πίνακας 34) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=0,098$, $p=0,922$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ασφάλειας.
- Για τη μεταβλητή μέσο Χάσμα Ασφάλειας το Independent samples t-test (πίνακας 34) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=0,027$, $p=0,979$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Ασφάλειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Ασφάλειας

	Μέση Προσδοκία Ασφάλειας
Mann-Whitney U	1692,500
Wilcoxon W	4038,500
Z	-,835
Asymp. Sig. (2-tailed)	,404
a. Grouping Variable: Φύλο	

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Ασφάλειας

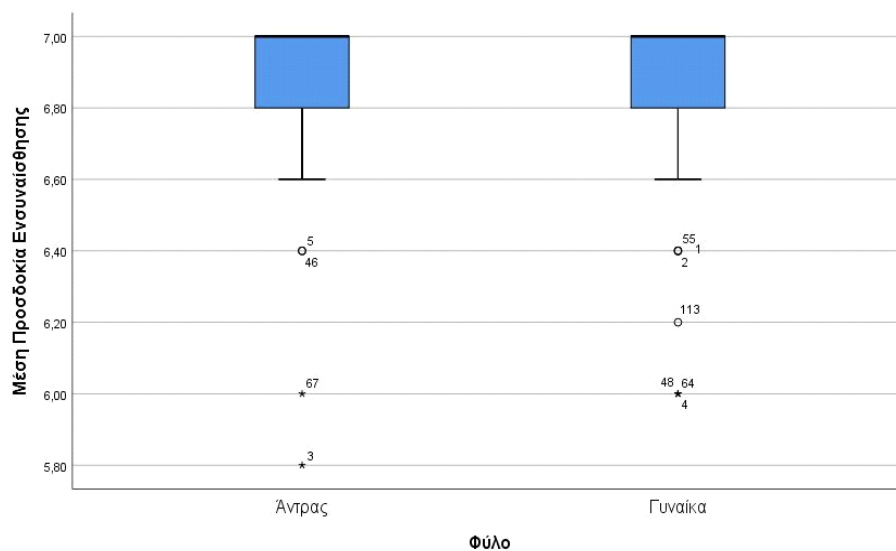
Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Μέση Αντίληψη Ασφάλειας	Equal variances assumed	0,744	0,390	0,098	118	0,922	0,01244	0,12676	-0,23857	0,26346
	Equal variances not assumed			0,099	112,019	0,922	0,01244	0,12607	-0,23735	0,26223
Χάσμα Ασφάλειας	Equal variances assumed	1,059	0,306	0,027	118	0,979	0,00339	0,12685	-0,24780	0,25459
	Equal variances not assumed			0,027	111,921	0,979	0,00339	0,12620	-0,24665	0,25344

12.5. Διάσταση ενσυναίσθησης

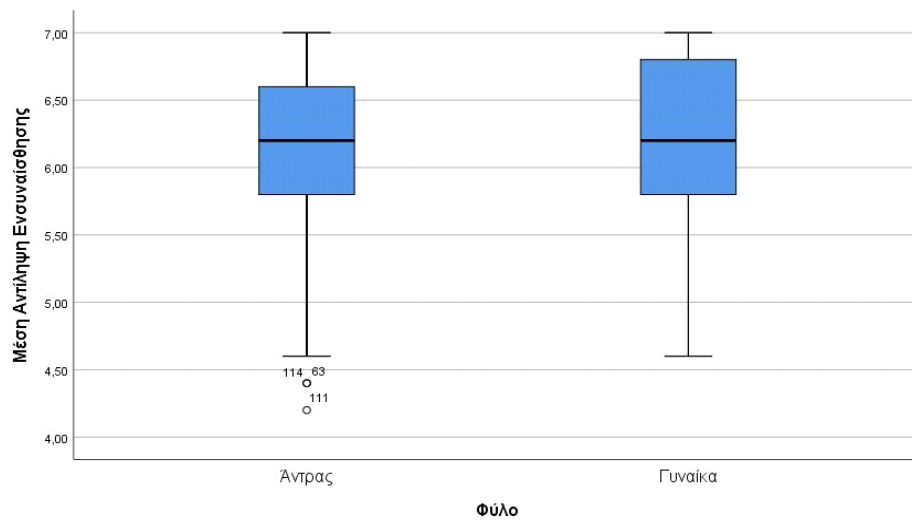
Στον πίνακα 35 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) της μεταβλητής Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης, ενώ στους πίνακες 36 και 37, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης και Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης ως προς τους Άνδρες και τις Γυναίκες αντιστοίχως και στα θηκογράμματα 13, 14 και 15 ελέγχεται η συμμετρία των υπό μελέτη μεταβλητών αντιστοίχως.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8. : Θηκογράμματα 13-15 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης, Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης

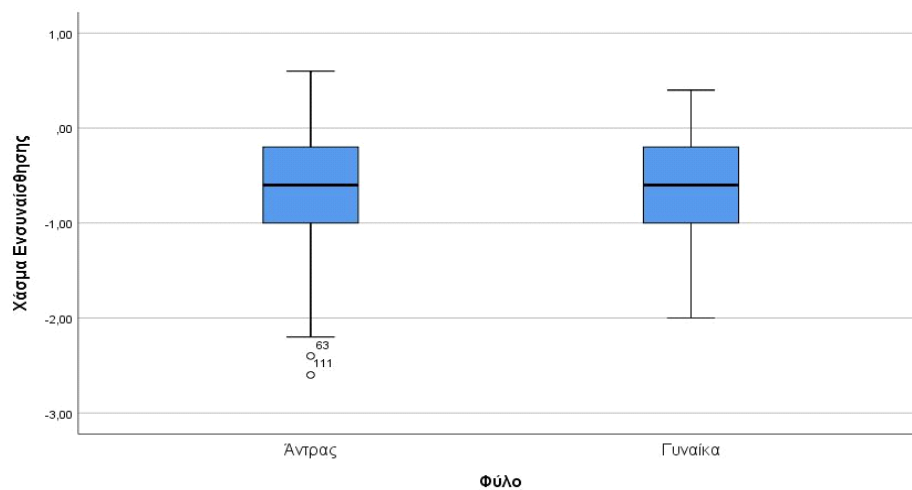
Θηκόγραμμα 13



Θηκόγραμμα 14



Θηκόγραμμα 15



ΠΙΝΑΚΑΣ 35. : Μέσες θέσεις Αντρών και Γυναικών αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης	1 Άντρας	52	62,03	3225,50
	2 Γυναίκα	68	59,33	4034,50

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσης Αντίληψης Ενσυναίσθησης
ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης	1 Άντρας	52	6,1269	,69398
	2 Γυναίκα	68	6,1559	,63514

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέσου Χάσματος Ενσυναίσθησης
ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation
Χάσμα Ενσυναίσθησης	1 Άντρας	52	-,7346	,68338
	2 Γυναίκα	68	-,6912	,55978

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης το Mann Whitney U test (πίνακας 38) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $U=1688,5$ $p=0,6$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης το Independent samples t-test (πίνακας 39) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=-0,238$, $p=0,812$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης.
- Για τη μεταβλητή μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης το Independent samples t-test (πίνακας 39) δεν είναι στατιστικά σημαντικό $t(118)=-0,383$, $p=0,703$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το φύλο δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. : Αποτελέσματα Mann-Whitney U test για τη διερεύνηση της
Επίδρασης Φύλου στην Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης

	Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης
Mann-Whitney U	1688,500
Wilcoxon W	4034,500
Z	-,493
Asymp. Sig. (2-tailed)	,622
a. Grouping Variable: Φύλο	

ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Αποτελέσματα Independent samples t-test για τη διερεύνηση της
Επίδρασης Φύλου στην Μέση Αντίληψη και μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης	Equal variances assumed	,020	,887	-,238	118	,812	-,02896	,12181	-,27017	,21225
	Equal variances not assumed			-,235	104,593	,815	-,02896	,12326	-,27338	,21546
Χάσμα Ενσυναίσθησης	Equal variances assumed	,919	,340	-,383	118	,703	-,04344	,11353	-,26825	,18137
	Equal variances not assumed			-,373	97,270	,710	-,04344	,11657	-,27480	,18792

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης για τη διερεύνηση της επίδρασης του Φύλου στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Π.Γ.Ν. Αττικόν, φάνηκε ότι το φύλο δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις διαστάσεις αυτές, σε επίπεδο προσδοκώμενων και αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών καθώς ούτε και στο χάσμα ανάμεσά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό σκοπός είναι να διερευνηθεί η επίδραση της ηλικίας στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (1. Απτότητα, 2. Αξιοπιστία, 3. Ανταπόκριση, 4. Ασφάλεια και 5. Ενσυναίσθηση) αναφορικά με τις προσδοκίες, τις αντιλήψεις και το χάσμα των ασθενών.

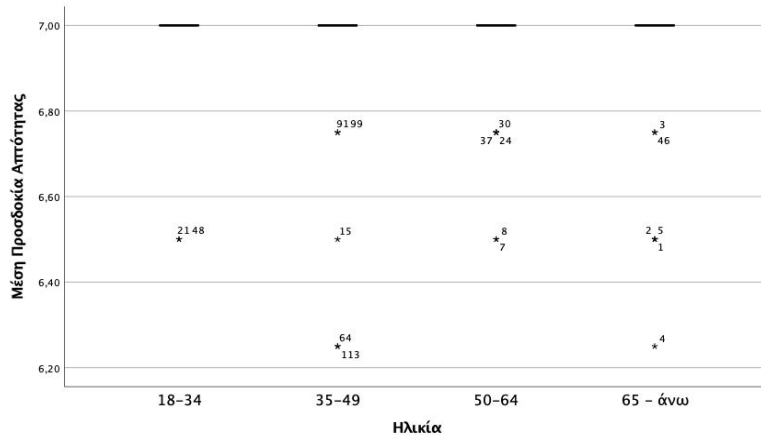
13.1. Διάσταση απτότητας

Από τα θηκογράμματα 16, 17 και 18 όπου ελέγχεται η συμμετρία των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Απτότητας φαίνεται ότι η κατανομή των Προσδοκιών δεν εμφανίζει στοιχειώδη συμμετρία στις κατηγορίες ηλικίας σε αντίθεση με τις κατανομές των Αντιλήψεων και του Χάσματος. Έτσι για τη διερεύνηση της επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Απτότητας εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, ενώ για τη διερεύνηση της επίδρασής της στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Απτότητας εφαρμόστηκε One Way ANOVA test.

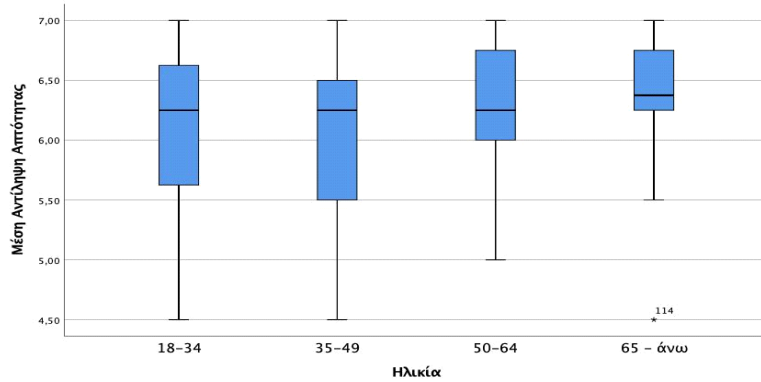
Στον πίνακα 40 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών Ηλικίας για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Απτότητας, ενώ στον πίνακα 41, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο χάσμα Απτότητας ανά κατηγορία Ηλικίας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Θηκόγραμμα 16-18 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία Απτότητας,
Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο Χάσμα Απτότητας.

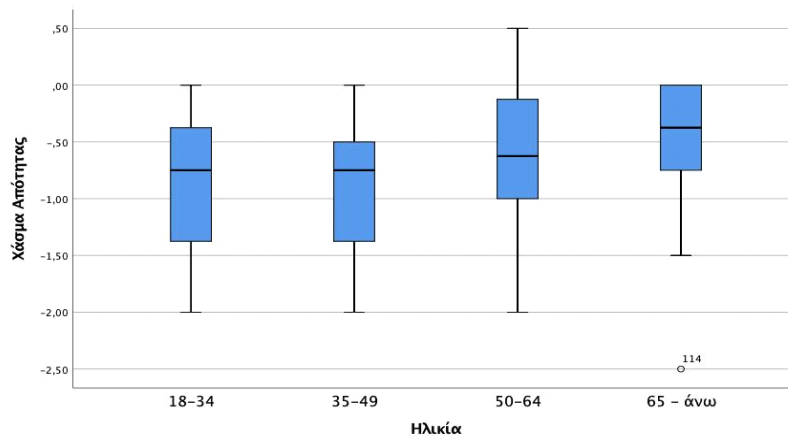
Θηκόγραμμα 16



Θηκόγραμμα 17



Θηκόγραμμα 18



ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία Απτότητας

Ranks			
	Ηλικία	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Απτότητας	1. 18-34	27	65,37
	2. 35-49	35	61,21
	3. 50-64	28	57,75
	4. 65+	30	57,85
	Total	120	

ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Απτότητας και Μέσο χάσμα Απτότητας στις κατηγορίες Ηλικίας.

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Μέση Αντίληψη Απτότητας	1. 18-34	27	6,1481	,67674	,13024	5,8804	6,4159	4,50	7,00
	2. 35-49	35	6,0286	,64958	,10980	5,8054	6,2517	4,50	7,00
	3. 50-64	28	6,2411	,58326	,11023	6,0149	6,4672	5,00	7,00
	4. 65+	30	6,3833	,54430	,09938	6,1801	6,5866	4,50	7,00
	Total	120	6,1938	,62297	,05687	6,0811	6,3064	4,50	7,00
Χάσμα Απτότητας	1. 18-34	27	-,8148	,59885	,11525	-1,0517	-,5779	-2,00	,00
	2. 35-49	35	-,9000	,61596	,10412	-1,1116	-,6884	-2,00	,00
	3. 50-64	28	-,6875	,65130	,12308	-,9400	-,4350	-2,00	,50
	4. 65+	30	-,5250	,55844	,10196	-,7335	-,3165	-2,50	,00
	Total	120	-,7375	,61652	,05628	-,8489	-,6261	-2,50	,50

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Απτότητας το Kruskal Wallis test (πίνακας 42) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=2,215$ $p=0,53$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Απτότητας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Απτότητας το One Way ANOVA test (πίνακας 43) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=1,890$ $p=0,135$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Απτότητας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Απτότητας το One Way ANOVA test (πίνακας 43) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=2,271$ $p=0,084$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Απτότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Αποτελέσματα Kruskal Wallis-H test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Απτοτητας

	Μέση Προσδοκία Απτότητας
Kruskal-Wallis H	2,215
df	3
Asymp. Sig.	,529

ΠΙΝΑΚΑΣ 43. Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Απτότητας

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μέση Αντίληψη Απτότητας	Between Groups	2,152	3	,717	1,890	,135
	Within Groups	44,031	116	,380		
	Total	46,183	119			
Χάσμα Απτότητας	Between Groups	2,510	3	,837	2,272	,084
	Within Groups	42,721	116	,368		
	Total	45,231	119			

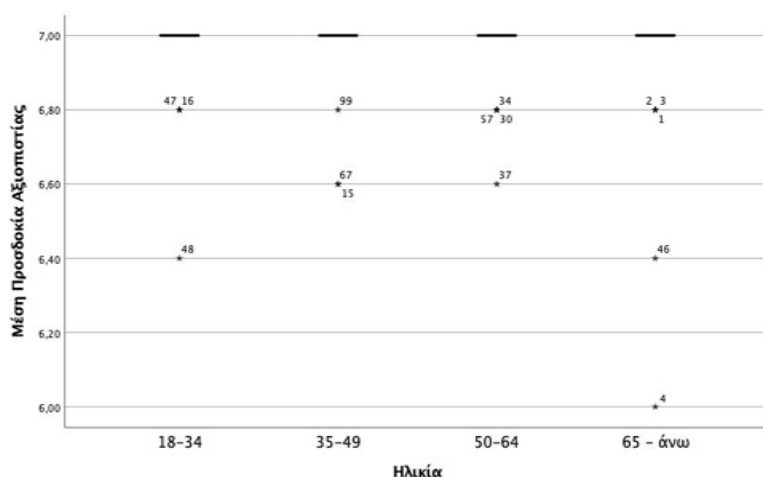
Συνοψίζοντας τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει ότι η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση ούτε στη Μέση Προσδοκία Απτότητας, ούτε στη Μέση Αντίληψη Απτότητας ούτε και στο Χάσμα Απτότητας.

13.2. Διάσταση αξιοπιστίας

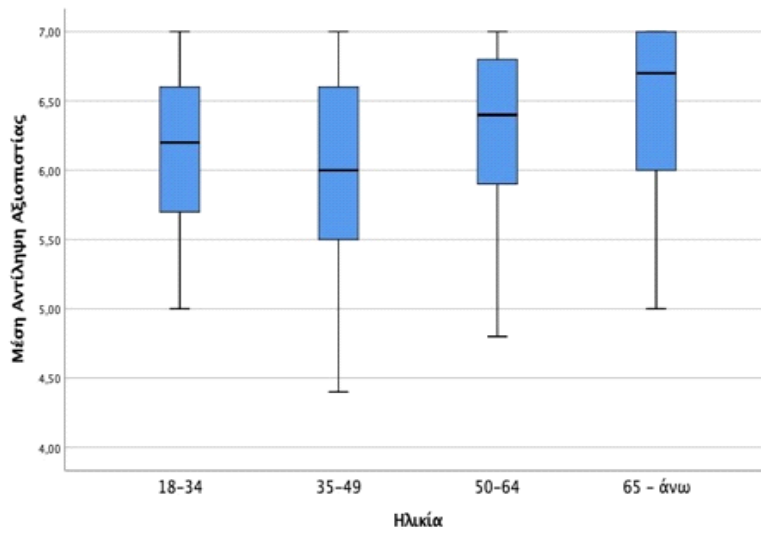
Από τα θηκογράμματα 19, 20 και 21 όπου ελέγχεται η συμμετρία των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας φαίνεται ότι καμία από τις κατανομές των μεταβλητών δεν εμφανίζει στοιχειώδη συμμετρία στις κατηγορίες Ηλικίας. Έτσι για τη διερεύνηση της επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία, στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό Kruskal Wallis-H, test με τη κατάλληλη post hoc ανάλυση στις περιπτώσεις όπου τα τεστ προέκυψαν στατιστικά σημαντικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Θηκογράμματα 19-21 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας.

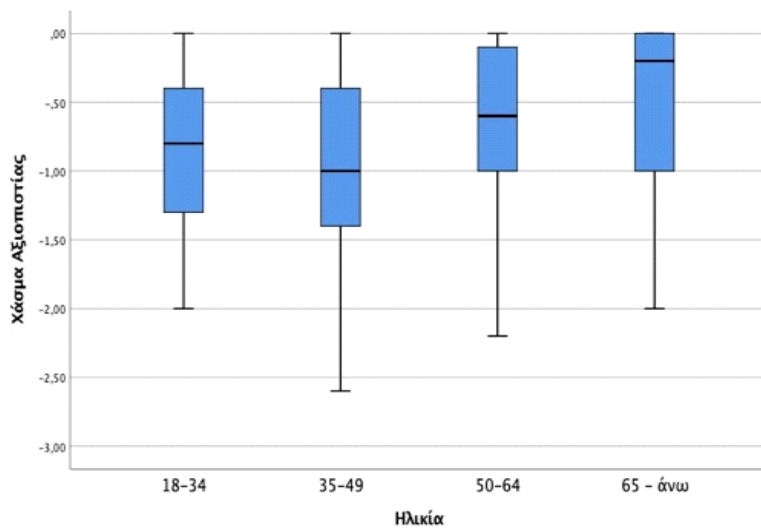
Θηκόγραμμα 19



Θηκόγραμμα 20



Θηκόγραμμα 21



Στον πίνακα 44 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών της Ηλικίας, αναφορικά με τις μεταβλητές Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας και στον πίνακα 45 φαίνονται τα αποτελέσματα του Kruskal-Wallis test.

ΠΙΝΑΚΑΣ 44. Μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών της Ηλικίας, αναφορικά με τις μεταβλητές Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας

Ranks			
	Ηλικία	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας	1 18-34	27	60,20
	2 35-49	35	63,71
	3 50-64	28	58,57
	4 65 - άνω	30	58,82
	Total	120	
Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας	1 18-34	27	54,06
	2 35-49	35	50,80
	3 50-64	28	64,59
	4 65 - άνω	30	73,80
	Total	120	
Χάσμα Αξιοπιστίας	1 18-34	27	53,04
	2 35-49	35	49,49
	3 50-64	28	65,02
	4 65 - άνω	30	75,85
	Total	120	

- Για τη μεταβλητή μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας το Kruskal Wallis test (πίνακας 45) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=1,246$ $p=0,742$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας το Kruskal Wallis test (πίνακας 45) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=8,532$ $p=0,036$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία έχει στατιστικά σημαντική

επίδραση στη μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη Ηλικίας που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σχετικά με τη Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση με την εφαρμογή του Dunn's test με διόρθωση Bonferroni, στις κατηγορίες της μεταβλητής Ηλικία ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 46.

- Για τη μεταβλητή Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας το Kruskal Wallis test (πίνακας 45) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=11,222$ $p=0,011$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη Ηλικίας που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σχετικά με το Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση με την εφαρμογή του Dunn's test με διόρθωση Bonferroni, στις κατηγορίες της μεταβλητής Ηλικία ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 47.

ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Αποτελέσματα Kruskal Wallis-H test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας

	Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας	Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας	Χάσμα Αξιοπιστίας
Kruskal-Wallis H	1,246	8,532	11,222
df	3	3	3
Asymp. Sig.	,742	,036	,011

ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για τη Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
35-49-18-34	3,256	8,852	,368	,713	1,000
35-49-50-64	-13,789	8,762	-1,574	,116	,693
35-49-65 - άνω	-23,000	8,598	-2,675	,007	,045
18-34-50-64	-10,534	9,321	-1,130	,258	1,000
18-34-65 - άνω	-19,744	9,167	-2,154	,031	,188
50-64-65 - άνω	-9,211	9,081	-1,014	,310	1,000

Από τον Πίνακα 46 φαίνεται ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει μόνο για το ζεύγος (35-49) με (65-και άνω), (test=-23,00, p=0,045), ενώ από τον πίνακα 44 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων (65 και άνω) είναι μεγαλύτερη (μέση θέση = 73,80) από τη μέση θέση των ατόμων (35-49) (μέση θέση =50,80) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικίας έχουν καλύτερη εικόνα για την Αντιλαμβανόμενη Αξιοπιστία του Νοσοκομείου Αττικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 47. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για το Χάσμα Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
35-49-18-34	3,551	8,848	,401	,688	1,000
35-49-50-64	-15,532	8,758	-1,773	,076	,457
35-49-65 - άνω	-26,364	8,595	-3,068	,002	,013
18-34-50-64	-11,981	9,317	-1,286	,198	1,000
18-34-65 - άνω	-22,813	9,163	-2,490	,013	,077
50-64-65 - άνω	-10,832	9,077	-1,193	,233	1,000

Από τον Πίνακα 47 προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει μόνο για το ζεύγος (35-49) με (65-και άνω), (test=-26,364, p=0,013), ενώ από τον πίνακα 44 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων (65 και άνω) είναι μεγαλύτερη (μέση θέση = 75,85) από τη μέση θέση των ατόμων (35-49) (μέση θέση =49,49) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μικρότερο Χάσμα Αξιοπιστίας ανάμεσα στις Προσδοκώμενες και Αντιλαμβανόμενες Υπηρεσίες.

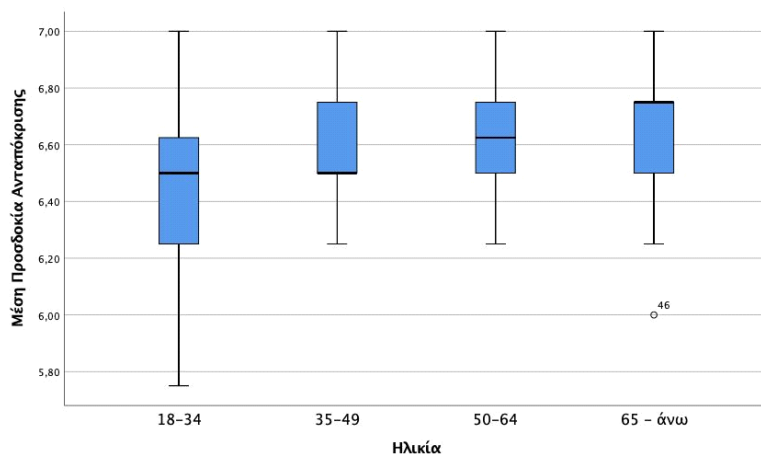
Συνοψίζοντας τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσε κανείς να πει ότι η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας, όμως έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Αντίληψη και στο Χάσμα Αξιοπιστίας με τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65 και άνω να έχουν καλύτερη εικόνα για την ποιότητα της αντιλαμβανόμενης Αξιοπιστίας και έτσι μικρότερο χάσμα από τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-49.

13.3. Διάσταση ανταπόκρισης

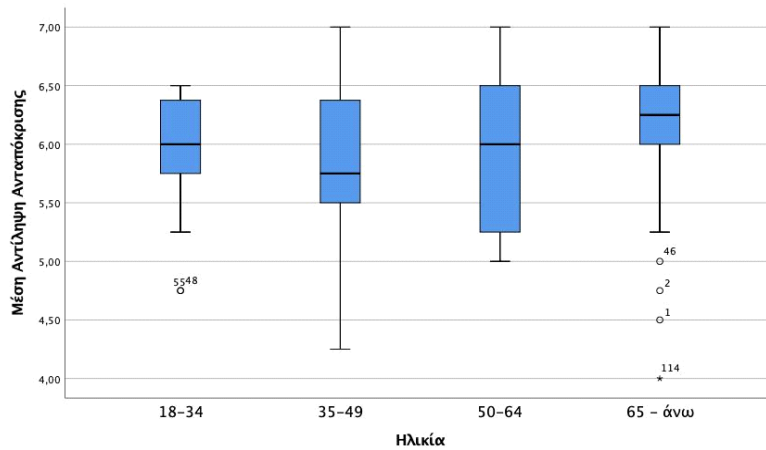
Από τα θηκογράμματα 22, 23 και 24 όπου ελέγχεται η συμμετρία των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης, φαίνεται ότι η κατανομή των Προσδοκιών δεν εμφανίζει στοιχειώδη συμμετρία στις κατηγορίες Ηλικίας σε αντίθεση με τις κατανομές των Αντιλήψεων και του Χάσματος. Έτσι για τη διερεύνηση της επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, ενώ για τη διερεύνηση της επίδρασής της στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης εφαρμόστηκε One Way ANOVA test.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Θηκογράμματα 22-24 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.

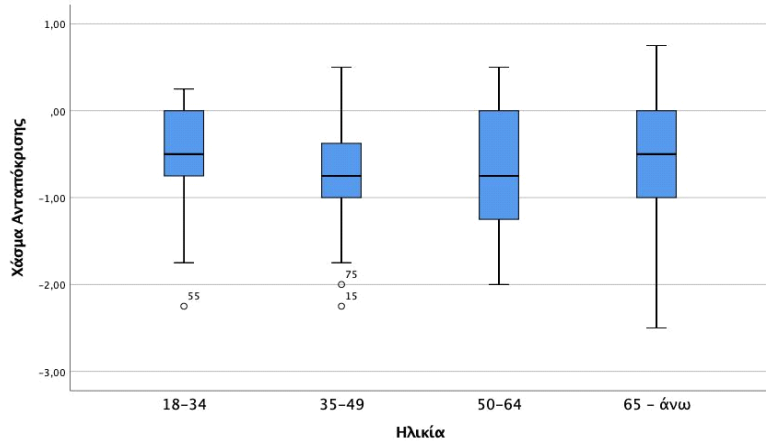
Θηκόγραμμα 22



Θηκόγραμμα 23



Θηκόγραμμα 24



Στον πίνακα 48 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών Ηλικίας για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης, ενώ στον πίνακα 49, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες Ηλικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 48. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία
Ανταπόκρισης

Ranks			
	Ηλικία	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης	1 18-34	27	49,35
	2 35-49	35	54,80
	3 50-64	28	68,39
	4 65 - άνω	30	69,82
	Total	120	

ΠΙΝΑΚΑΣ 49. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη
και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες Ηλικίας.

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	1 18-34	27	5,9630	,49373	,09502	5,7677	6,1583	4,75	6,50
	2 35-49	35	5,8143	,68958	,11656	5,5774	6,0512	4,25	7,00
	3 50-64	28	5,9732	,65736	,12423	5,7183	6,2281	5,00	7,00
	4 65 - άνω	30	6,1000	,75601	,13803	5,8177	6,3823	4,00	7,00
	Total	120	5,9563	,66157	,06039	5,8367	6,0758	4,00	7,00

Χάσμα Ανταπόκρισης	1 18-34	27	-,5185	,61208	,11780	-,7606	-,2764	-2,25	,25
	2 35-49	35	-,7286	,63701	,10767	-,9474	-,5098	-2,25	,50
	3 50-64	28	-,6696	,68399	,12926	-,9349	-,4044	-2,00	,50
	4 65 - άνω	30	-,5500	,76957	,14050	-,8374	-,2626	-2,50	,75
	Total	120	-,6229	,67519	,06164	-,7450	-,5009	-2,50	,75

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης το Kruskal Wallis test (πίνακας 50) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=8,089$ $p=0,05$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης το One Way ANOVA test (πίνακας 51) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=1,017$ $p=0,388$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Ανταπόκρισης το One Way ANOVA test (πίνακας 51) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=0,656$ $p=0,581$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 50. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης

	Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης
Kruskal-Wallis H	8,080
df	3
Asymp. Sig.	,05

ΠΙΝΑΚΑΣ 51. Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	Between Groups	1,335	3	,445	1,017	,388
	Within Groups	50,748	116	,437		
	Total	52,083	119			
Χάσμα Ανταπόκρισης	Between Groups	,906	3	,302	,656	,581
	Within Groups	53,344	116	,460		
	Total	54,249	119			

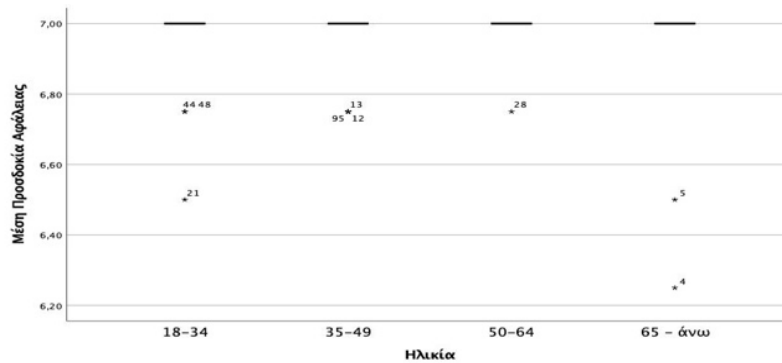
Συνοψίζοντας τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσε κανείς να πει ότι η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση ούτε στη Μέση Προσδοκία, ούτε στη Μέση Αντίληψη ούτε και στο Χάσμα Ανταπόκρισης.

13.4. Διάσταση ασφάλειας

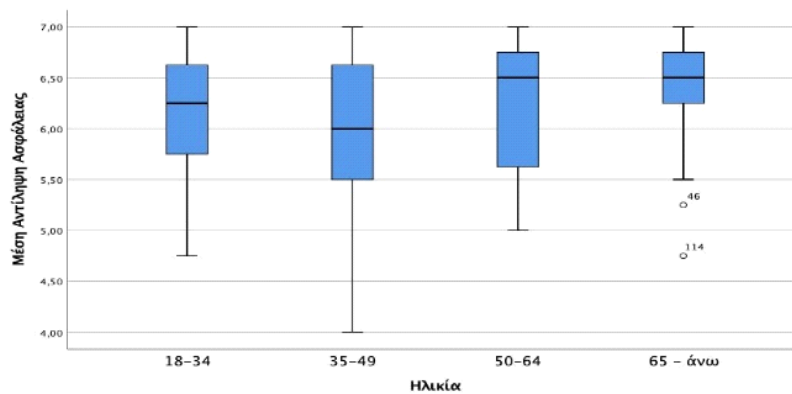
Από τα θηκογράμματα 25, 26 και 27 όπου ελέγχεται η συμμετρία των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας, φαίνεται ότι η κατανομή των Προσδοκιών και του Χάσματος, δεν εμφανίζει στοιχειώδη συμμετρία στις κατηγορίες Ηλικίας σε αντίθεση με τις κατανομές των Αντιλήψεων. Έτσι για τη διερεύνηση της επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία και στο Χάσμα Ασφάλειας εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, ενώ για τη διερεύνηση της επίδρασής της στη Μέση Αντίληψη Ασφάλειας εφαρμόστηκε One Way ANOVA test.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12. Θηκογράμματα 25-27 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας.

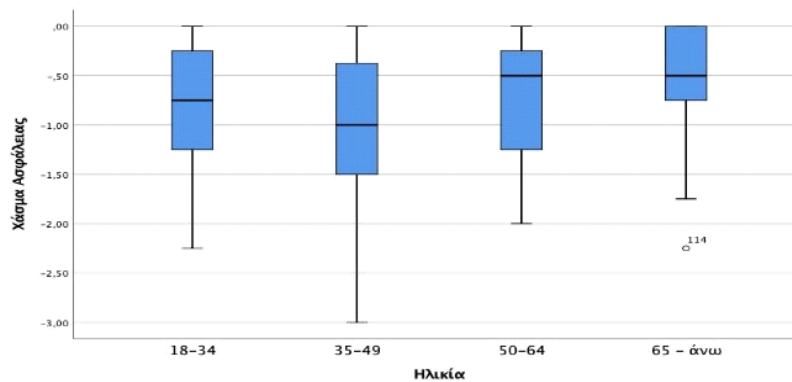
Θηκόγραμμα 25



Θηκόγραμμα 26



Θηκόγραμμα 27



Στον πίνακα 52 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών Ηλικίας για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία και Χάσμα Ασφάλειας, ενώ στον πίνακα 53, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της μεταβλητής, Μέση Αντίληψη Ασφάλειας στις κατηγορίες Ηλικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 52. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία και το Χάσμα Ασφάλειας

Ranks			
	Ηλικία	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Ασφάλειας	1 18-34	27	58,83
	2 35-49	35	58,81
	3 50-64	28	63,41
	4 65 - άνω	30	61,25
	Total	120	
Χάσμα Ασφάλειας	1 18-34	27	55,31
	2 35-49	35	52,24
	3 50-64	28	59,48
	4 65 - άνω	30	75,75
	Total	120	

ΠΙΝΑΚΑΣ 53. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία Μέση Αντίληψη Ασφάλειας στις κατηγορίες Ηλικίας

Descriptives								
Μέση Αντίληψη Ασφάλειας								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1. 18-34	27	6,0926	,65099	,12528	5,8351	6,3501	4,75	7,00
2. 35-49	35	5,9786	,77973	,13180	5,7107	6,2464	4,00	7,00
3. 50-64	28	6,1875	,66188	,12508	5,9309	6,4441	5,00	7,00
4. 65+	30	6,4500	,54298	,09913	6,2472	6,6528	4,75	7,00
Total	120	6,1708	,68522	,06255	6,0470	6,2947	4,00	7,00

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ασφάλειας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 54) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=1,543$, $p=0,672$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ασφάλειας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ασφάλειας το One Way ANOVA test (πίνακας 55) είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=2,826$, $p=0,042$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ασφάλειας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη Ηλικίας που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σχετικά με τη Μέση Αντίληψη Ασφάλειας θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής Ηλικία ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 56.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Ασφάλειας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 54) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=8,517$, $p=0,036$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο Χάσμα Ασφάλειας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη Ηλικίας που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σχετικά με το Χάσμα Ασφάλειας, θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής Ηλικία ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 57.

ΠΙΝΑΚΑΣ 54. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία και στο Χάσμα Ασφάλειας

	Μέση Προσδοκία Ασφάλειας	Χάσμα Ασφάλειας
Kruskal-Wallis H	1,543	8,517
df	3	3
Asymp. Sig.	,672	,036

ΠΙΝΑΚΑΣ 55. Αποτελέσματα One Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη Ασφάλειας.

ANOVA					
Μέση Αντίληψη Ασφάλειας					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,805	3	1,268	2,826	,042
Within Groups	52,068	116	,449		
Total	55,873	119			

Η Post Hoc ανάλυση με της εφαρμογή του Tuckey HSD test (πίνακας 56) (αφού το Levene's test για ομοιογένεια διακυμάνσεων δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $Levene's(3,116)=1,56, p=0,203$) έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,028$), υπάρχει μόνο για το ζεύγος (35-49) ($M=5,98, SD=0,78$) και (65-και άνω), ($M=6,45, SD=0,54$), με τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας να εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικίας έχουν καλύτερη εικόνα για την Αντιλαμβανόμενη Ασφάλεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 56. Αποτελέσματα του Tuckey HSD test, για τη μέση Αντίληψη Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Μέση Αντίληψη Ασφάλειας						
Tukey HSD						
(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1. 18-34	2 35-49	,11402	,17161	,910	-,3333	,5613
	3 50-64	-,09491	,18071	,953	-,5660	,3761
	4 65 - άνω	-,35741	,17773	,190	-,8207	,1059

2. 35-49	1 18-34	-,11402	,17161	,910	-,5613	,3333
	3 50-64	-,20893	,16987	,609	-,6517	,2339
	4 65 - άνω	-,47143*	,16669	,028	-,9059	-,0369
3. 50-64	1 18-34	,09491	,18071	,953	-,3761	,5660
	2 35-49	,20893	,16987	,609	-,2339	,6517
	4 65 - άνω	-,26250	,17605	,446	-,7214	,1964
4. 65+	1 18-34	,35741	,17773	,190	-,1059	,8207
	2 35-49	,47143*	,16669	,028	,0369	,9059
	3 50-64	,26250	,17605	,446	-,1964	,7214
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.						

ΠΙΝΑΚΑΣ 57. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για το Χάσμα Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
35-49-18-34	3,072	8,828	,348	,728	1,000
35-49-50-64	-7,239	8,739	-,828	,407	1,000
35-49-65 - άνω	-23,507	8,576	-2,741	,006	,037
18-34-50-64	-4,167	9,297	-,448	,654	1,000
18-34-65 - άνω	-20,435	9,143	-2,235	,025	,153
50-64-65 - άνω	-16,268	9,057	-1,796	,072	,435

Από την εφαρμογή του Dunn's test (πίνακας 57) προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει μόνο για το ζεύγος (35-49) με (65-και άνω), (test=-23,507, $p=0,037$), ενώ από τον πίνακα 48 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων (65 και άνω) είναι μεγαλύτερη (μέση θέση = 75,75) από τη μέση θέση των ατόμων (35-49) (μέση θέση = 52,24) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερο Χάσμα Ασφάλειας ανάμεσα στις Προσδοκώμενες και Αντιλαμβανόμενες Υπηρεσίες.

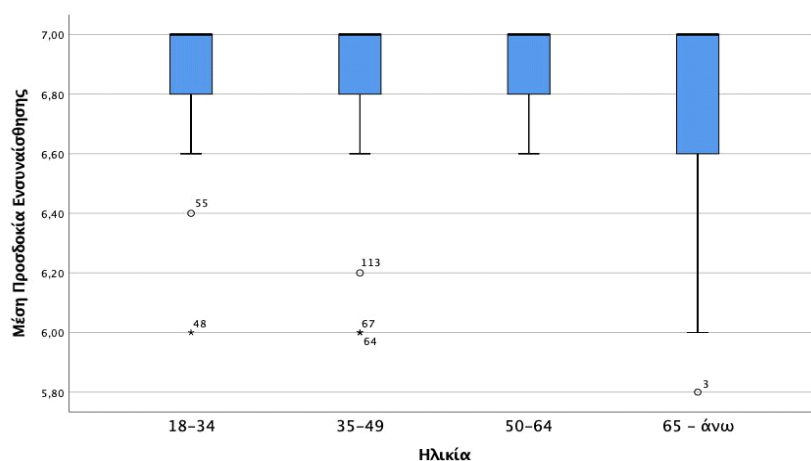
Συνοψίζοντας τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσε κανείς να πει ότι η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Προσδοκία Ασφάλειας, όμως έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Αντίληψη και στο Χάσμα της υποκλίμακας της Ασφάλειας με τους ασθενείς που ανήκουν στο ηλικιακό γκρουπ 65 και άνω να έχουν καλύτερη εικόνα αναφορικά με την Αντίληψη της Ασφάλειας ενώ παράλληλα έχουν και μικρότερο Χάσμα συγκριτικά με τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-49.

13.5. Διάσταση ενσυναίσθησης

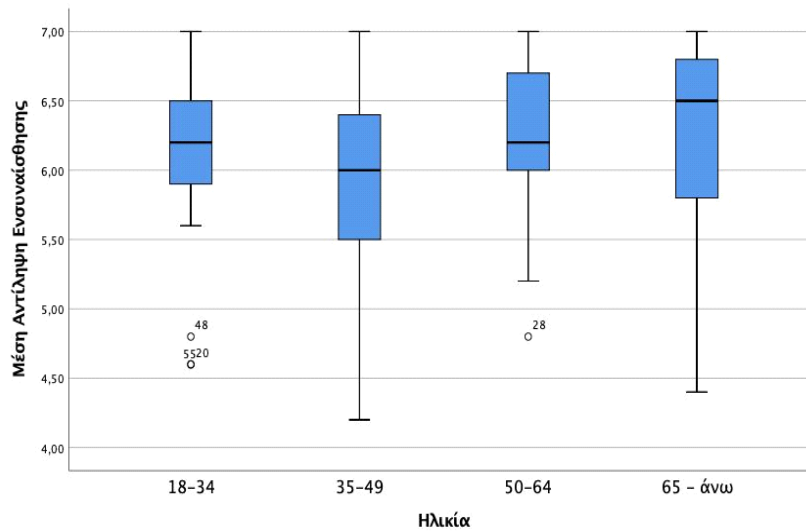
Από τα θηκογράμματα 28, 29 και 30 όπου ελέγχεται η συμμετρία των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης, φαίνεται ότι η κατανομή των Προσδοκιών δεν εμφανίζει στοιχειώδη συμμετρία στις κατηγορίες Ηλικίας σε αντίθεση με τις κατανομές των Αντιλήψεων και του Χάσματος. Έτσι για τη διερεύνηση της επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό Kruskal Wallis test, ενώ για τη διερεύνηση της επίδρασης της στη Μέση Αντίληψη και το Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης εφαρμόστηκε One Way ANOVA test.

ΓΡΑΦΗΜΑ 13. Θηκογράμματα 28-30 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης.

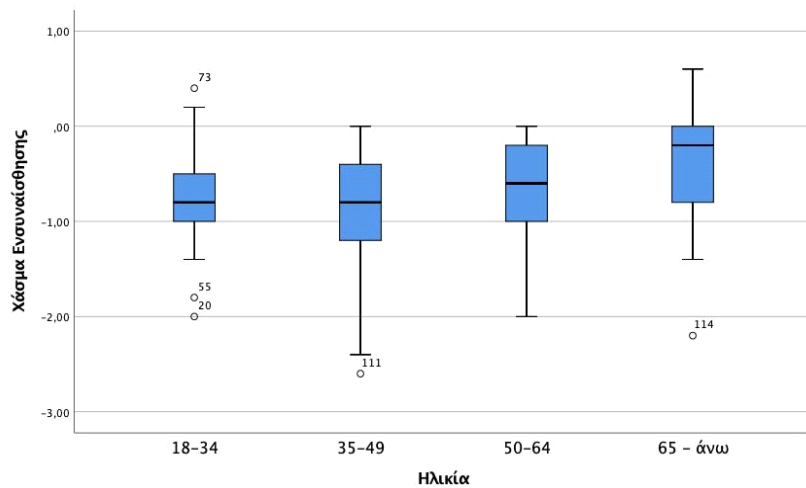
Θηκόγραμμα 28



Θηκόγραμμα 29



Θηκόγραμμα 30



Στον πίνακα 58 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών Ηλικίας για τη μεταβλητής Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης, ενώ στον πίνακα 59, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη και Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες Ηλικίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 58. Μέσες θέσεις Ηλικίας αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία
Ενσυναίσθησης

Ranks			
	Ηλικία	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης	1 18-34	27	57,69
	2 35-49	35	63,69
	3 50-64	28	62,79
	4 65 - άνω	30	57,18
	Total	120	

ΠΙΝΑΚΑΣ 59. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη
και Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες Ηλικίας.

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης	1 18-34	27	6,0963	,62848	,12095	5,8477	6,3449	4,60	7,00
	2 35-49	35	5,9657	,68683	,11609	5,7298	6,2016	4,20	7,00
	3 50-64	28	6,1857	,59112	,11171	5,9565	6,4149	4,80	7,00
	4 65 - άνω	30	6,3533	,67810	,12380	6,1001	6,6065	4,40	7,00
	Total	120	6,1433	,65859	,06012	6,0243	6,2624	4,20	7,00
Χάσμα Ενσυναίσθησης	1 18-34	27	-,7481	,54234	,10437	-,9627	-,5336	-2,00	,40
	2 35-49	35	-,9029	,65146	,11012	-1,1266	-,6791	-2,60	,00
	3 50-64	28	-,7214	,60697	,11471	-,9568	-,4861	-2,00	,00
	4 65 - άνω	30	-,4400	,56666	,10346	-,6516	-,2284	-2,20	,60
	Total	120	-,7100	,61404	,05605	-,8210	-,5990	-2,60	,60

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης το Kruskal Wallis test (πίνακας 60) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(3)=1,184$ $p=0,757$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης το One Way ANOVA test (πίνακας 61) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=1,999$ $p=0,118$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Ενσυναίσθησης το One Way ANOVA test (πίνακας 61) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $F(3,116)=3,304$ $p=0,023$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι η Ηλικία έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο Χάσμα Ενσυναίσθησης. Η διερεύνηση της επίδρασης αυτής θα πραγματοποιηθεί με post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής Ηλικία ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 62.

ΠΙΝΑΚΑΣ 60. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Προσδοκία

	Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης
Kruskal-Wallis H	1,184
df	3
Asymp. Sig.	,757

ΠΙΝΑΚΑΣ 61. One-Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλικίας στη Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ενσυναίσθησης.

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης	Between Groups	2,537	3	,846	1,999	,118
	Within Groups	49,077	116	,423		
	Total	51,615	119			
Χάσμα Ενσυναίσθησης	Between Groups	3,532	3	1,177	3,304	,023
	Within Groups	41,336	116	,356		
	Total	44,868	119			

ΠΙΝΑΚΑΣ 62. Αποτελέσματα του Tukey HSD test, για το Χάσμα Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Χάσμα Ενσυναίσθησης						
Tukey HSD						
(I) Ηλικία	(J) Ηλικία	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
18-34	35-49	,15471	,15290	,743	-,2439	,5533
	50-64	-,02672	,16101	,998	-,4464	,3930
	65 - άνω	-,30815	,15835	,215	-,7209	,1046
35-49	18-34	-,15471	,15290	,743	-,5533	,2439
	50-64	-,18143	,15135	,629	-,5760	,2131
	65 - άνω	-,46286*	,14852	,012	-,8500	-,0757

50-64	18-34	,02672	,16101	,998	-,3930	,4464
	35-49	,18143	,15135	,629	-,2131	,5760
	65 - άνω	-,28143	,15686	,281	-,6903	,1275
65 - άνω	18-34	,30815	,15835	,215	-,1046	,7209
	35-49	,46286*	,14852	,012	,0757	,8500
	50-64	,28143	,15686	,281	-,1275	,6903
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.						

Η Post Hoc ανάλυση με της εφαρμογή του Tukey HSD test (πίνακας 62) (αφού το Levene's test για ομοιογένεια διακυμάνσεων δεν ήταν στατιστικά σημαντικό, $Levene's(3,116)=0,331$, $p=0,803$) έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,012$) μόνο για το ζεύγος (35-49) ($M=-0,902$, $SD=0,65$) και (65- και άνω), ($M=-0,440$, $SD=0,56$), με τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας να εμφανίζουν μεγαλύτερο χάσμα. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι για τα άτομα της μεγαλύτερης ηλικίας η διαφορά ανάμεσα στις Προσδοκίες και την Αντίληψη ενσυναίσθησης είναι μεγαλύτερη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΣΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

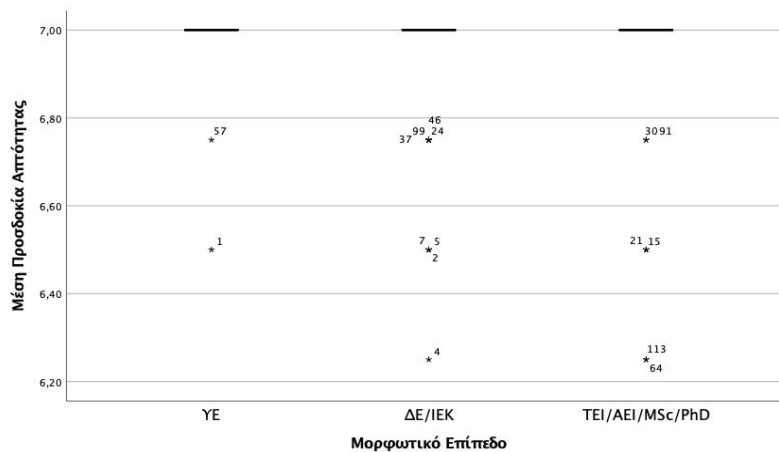
Στο κεφάλαιο αυτό σκοπός είναι να διερευνηθεί η επίδραση του Μορφωτικού Επιπέδου (ΜΕ) στις πέντε διαστάσεις ικανοποίησης (1. Απτότητα, 2. Αξιοπιστία, 3. Ανταπόκριση, 4. Ασφάλεια και 5. Ενσυναίσθηση) αναφορικά με τις προσδοκίες, τις αντιλήψεις και το χάσμα των ασθενών.

14.1. Διάσταση απτότητας

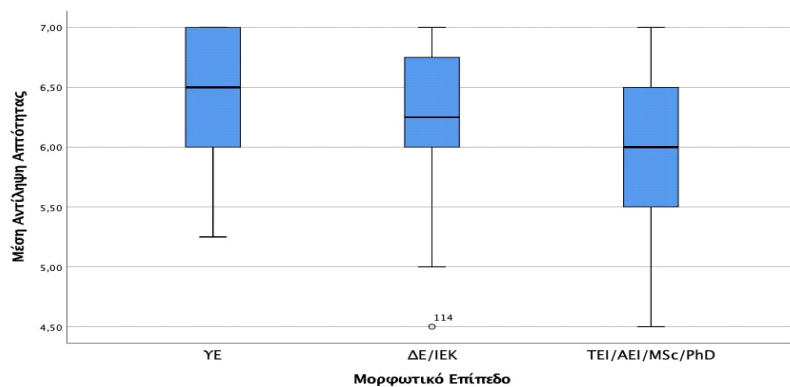
Για τη διερεύνηση της επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Απτότητας εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, (θηκογράμματα 31, 32, 33).

ΓΡΑΦΗΜΑ 14. Θηκογράμματα 31-33 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Απτότητας.

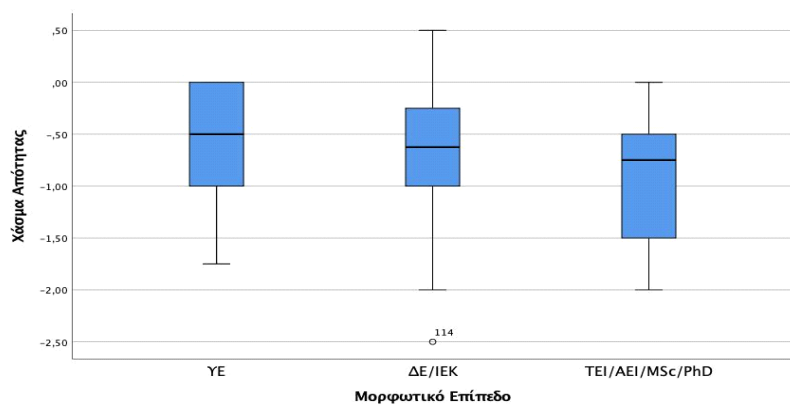
Θηκόγραμμα 31



Θηκόγραμμα 32



Θηκόγραμμα 33



Στον πίνακα 63 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών ΜΕ για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Απτότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 63. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία και το Χάσμα Απτότητας

Ranks			
	Μορφωτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Απτότητας	ΥΕ	21	64,43
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	58,64
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	60,80
	Total	120	

Μέση Αντίληψη Απτότητας	ΥΕ	21	71,60
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	64,21
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	51,44
	Total	120	
Χάσμα Απτότητας	ΥΕ	21	69,55
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	65,17
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	51,29
	Total	120	

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Απτότητας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 64) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=1,040$, $p=0,595$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Απτότητας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Απτότητας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 64) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=6,044$, $p=0,05$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Απτότητας.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Απτότητας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 64) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=5,766$, $p=0,056$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο Χάσμα Απτότητας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 64. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Απτότητας

Test Statistics			
	Μέση Προσδοκία Απτότητας	Μέση Αντίληψη Απτότητας	Χάσμα Απτότητας
Kruskal-Wallis H	1,040	6,044	5,766
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,595	,05	,056

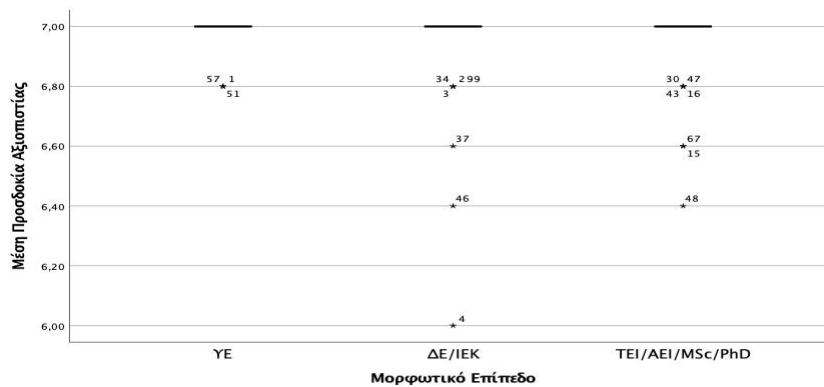
Συνοψίζοντας τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσε κανείς να πει ότι το ΜΕ δεν έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Προσδοκία Μέση Αντίληψη και Χάσμα Απτότητας.

14.2. Διάσταση αξιοπιστίας

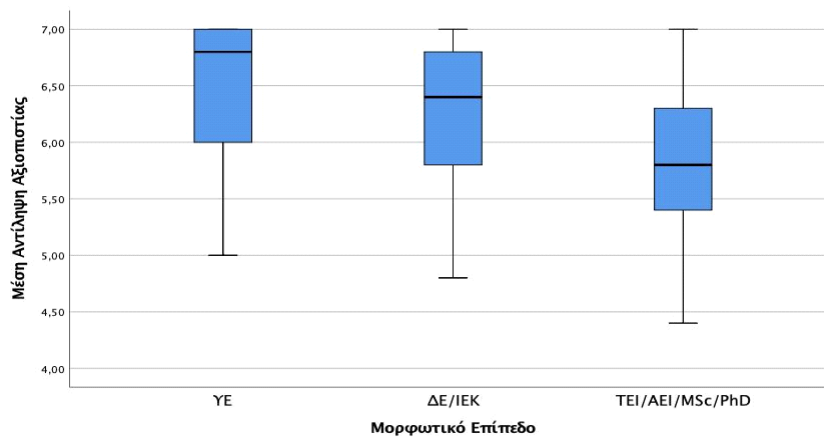
Για τη διερεύνηση της επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Αξιοπιστίας εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, (θηκογράμματα 31, 32, 33).

ΓΡΑΦΗΜΑ 15. Θηκογράμματα 34-36 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Αξιοπιστίας στις κατηγορίες του ΜΕ.

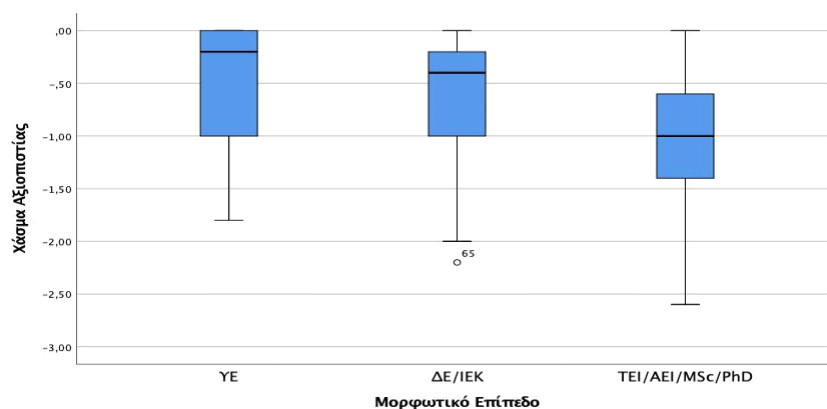
Θηκόγραμμα 34



Θηκόγραμμα 35



Θηκόγραμμα 36



Στον πίνακα 65 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών ΜΕ για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Αξιοπιστίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 65. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και το Χάσμα Αξιοπιστίας

Ranks			
	Μορφωτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας	ΥΕ	21	60,86
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	60,80
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	60,01
	Total	120	
Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας	ΥΕ	21	81,24
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	65,82
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	45,35
	Total	120	
Χάσμα Αξιοπιστίας	ΥΕ	21	81,24
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	66,47
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	44,63
	Total	120	

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 66) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=0,042$, $p=0,979$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 66) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=17,875$, $p<0,001$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη ΜΕ που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας, θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής ΜΕ ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 67.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Αξιοπιστίας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 66) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=19,046$, $p<0,001$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο Χάσμα Αξιοπιστίας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη ΜΕ που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας, θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής ΜΕ ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 68.

ΠΙΝΑΚΑΣ 66. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Αξιοπιστίας

Test Statistics			
	Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας	Μέση Αντίληψη Αξιοπιστίας	Χάσμα Αξιοπιστίας
Kruskal-Wallis H	,042	17,825	19,046
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,979	,000	,000

ΠΙΝΑΚΑΣ 67. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για την Αντίληψη Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD-ΔΕ/ΙΕΚ	20,466	6,955	2,943	,003	,010
ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD-ΥΕ	35,887	9,071	3,956	,000	,000
ΔΕ/ΙΕΚ-ΥΕ	15,421	8,935	1,726	,084	,253

ΠΙΝΑΚΑΣ 68. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για το χάσμα Αξιοπιστίας ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD-ΔΕ/ΙΕΚ	21,843	6,952	3,142	,002	,005
ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD-ΥΕ	36,610	9,067	4,038	,000	,000
ΔΕ/ΙΕΚ-ΥΕ	14,767	8,931	1,653	,098	,295

Σχετικά με τη μέση αντίληψη αξιοπιστίας από την εφαρμογή του Dunn's test (πίνακας 67) προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει για τα ζεύγη: 1. (3βάθμια εκπαίδευση vs 2βάθμια εκπαίδευση) (test=20,466, $p=0,010$), και από τον πίνακα 65 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (45,35) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων 2βάθμιας εκπαίδευσης (μέση θέση = 65,82) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της 3βάθμιας εκπαίδευσης έχουν μικρότερη ικανοποίηση από την αντιλαμβανόμενη υπηρεσία Αξιοπιστίας και, 2. (3βάθμια εκπαίδευση vs Υποχρεωτική εκπαίδευση) (test=35,887, $p<0,001$), και από τον πίνακα 65 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (45,35) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων υποχρεωτικής εκπαίδευσης (μέση θέση = 81,24) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της 3βάθμιας εκπαίδευσης έχουν χαμηλότερη εικόνα για ποιότητα των αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών Αξιοπιστίας.

Σχετικά με το χάσμα αξιοπιστίας από την εφαρμογή του Dunn's test (πίνακας 68) προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει για τα ζεύγη: 1. (3βάθμια εκπαίδευση vs 2βάθμια εκπαίδευση) (test=21,843, $p=0,005$), και από τον πίνακα 65 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (44,63) είναι

μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων 2βάθμιας εκπαίδευσης (μέση θέση = 66,47) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το χάσμα των ατόμων της 2βάθμιας εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερο από το χάσμα των ατόμων 3 βάθμιας εκπαίδευσης και, 2. (3βάθμια εκπαίδευση vs Υποχρεωτική εκπαίδευση) ($test=36,610, p<0,001$), και από τον πίνακα 65 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (45,53) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων υποχρεωτικής εκπαίδευσης (μέση θέση = 81,24) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το χάσμα των ατόμων της υποχρεωτικής εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερο από το χάσμα των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης.

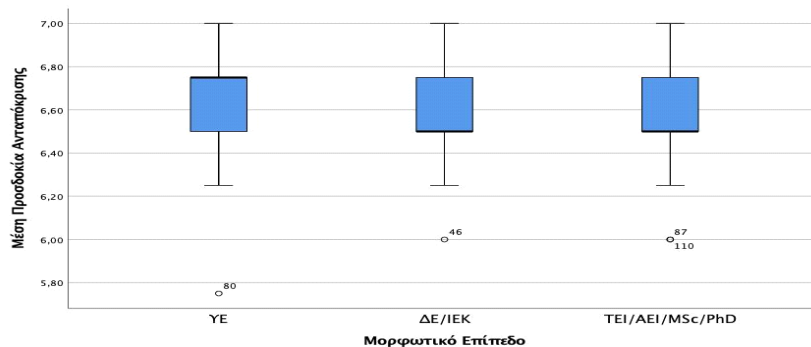
Συνοψίζοντας τα παραπάνω παρατηρείται ότι το ΜΕ: 1. δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες αξιοπιστίας, 2. έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη αξιοπιστίας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μικρότερη ικανοποίηση από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες αξιοπιστίας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και ΔΕ και 3. έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα αξιοπιστίας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες αξιοπιστίας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και ΔΕ.

14.3. Διάσταση ανταπόκρισης

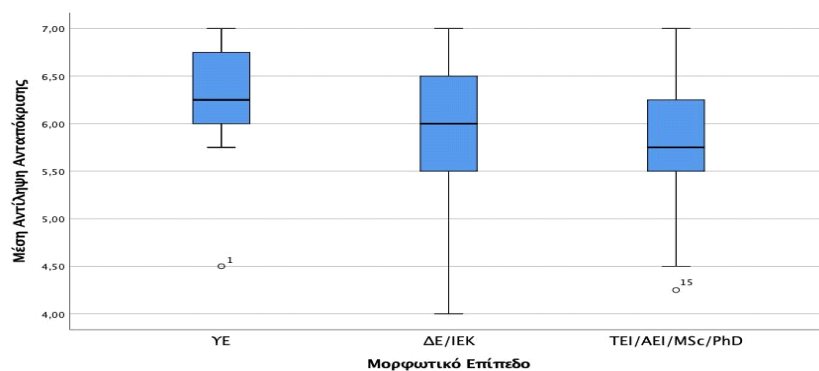
Για τη διερεύνηση της επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης, εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, ενώ για τη διερεύνηση της επίδρασής του στη Μέση Αντίληψη και το Χάσμα Ανταπόκρισης εφαρμόστηκε το One Way ANOVA test, (θηκογράμματα 37, 38, 39).

ΓΡΑΦΗΜΑ 16. Θηκογράμματα 37-39 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες του ΜΕ

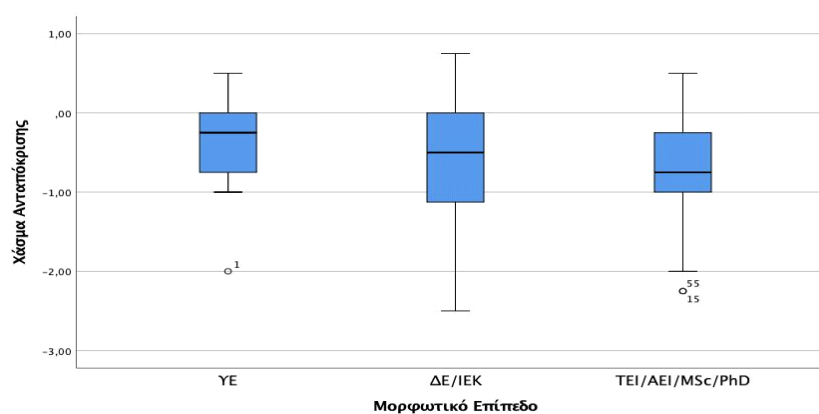
Θηκογράμμα 37



Θηκόγραμμα 38



Θηκόγραμμα 39



Στον πίνακα 69 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών ΜΕ για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία, Ανταπόκριση, ενώ στον πίνακα 70, φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες ΜΕ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 69. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία, Ανταπόκριση

Ranks			
	Μορφωτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης	ΥΕ	21	69,45
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	61,00
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	55,95
	Total	120	

ΠΙΝΑΚΑΣ 70. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών, Μέση Αντίληψη και Μέσο χάσμα Ανταπόκρισης στις κατηγορίες ΜΕ.

Descriptives				
		N	Mean	Std. Deviation
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	ΥΕ	21	6,2976	,60528
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	5,9760	,68108
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	5,7819	,61152
	Total	120	5,9563	,66157
Χάσμα Ανταπόκρισης	ΥΕ	21	-,3333	,61914
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	-,6106	,69911
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	-,7660	,64142
	Total	120	-,6229	,67519

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης το Kruskal Wallis test (πίνακας 71) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=2,441$ $p=0,295$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης το One Way ANOVA test (πίνακας 72) είναι στατιστικά σημαντικό, $F(2,117)=6,730$ $p=0,011$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης. Με την post hoc ανάλυση που παρουσιάζεται στον πίνακα 73 θα προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη ΜΕ που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σχετικά με τη Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Ανταπόκρισης το One Way ANOVA test (πίνακας 72) είναι στατιστικά σημαντικό, $F(2,117)=3,101$ $p=0,049$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική

επίδραση στο Χάσμα Ανταπόκρισης. Η διερεύνηση της επίδρασης αυτής θα πραγματοποιηθεί με post hoc ανάλυση που παρουσιάζεται στον πίνακα 73.

ΠΙΝΑΚΑΣ 71. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης

Test Statistics	
	Μέση Προσδοκία Ανταπόκρισης
Kruskal-Wallis H	2,441
df	2
Asymp. Sig.	,295

ΠΙΝΑΚΑΣ 72. One-Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ανταπόκρισης

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	Between Groups	3,896	2	1,948	4,730	,011
	Within Groups	48,187	117	,412		
	Total	52,083	119			
Χάσμα Ανταπόκρισης	Between Groups	2,731	2	1,365	3,101	,049
	Within Groups	51,519	117	,440		
	Total	54,249	119			

ΠΙΝΑΚΑΣ 73. Αποτελέσματα του Tukey HSD test, για το Χάσμα Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ηλικιών.

Multiple Comparisons							
Tukey HSD							
Dependent Variable	(I) Μορφωτικό Επίπεδο	(J) Μορφωτικό Επίπεδο	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης	ΥΕ	ΔΕ/IEK	,32166	,16593	,133	-,0722	,7156
		ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	,51570*	,16845	,008	,1158	,9156
	ΔΕ/IEK	ΥΕ	-,32166	,16593	,133	-,7156	,0722
		ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	,19405	,12916	,294	-,1126	,5007
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	ΥΕ	-,51570*	,16845	,008	-,9156	-,1158
		ΔΕ/IEK	-,19405	,12916	,294	-,5007	,1126
Χάσμα Ανταπόκρισης	ΥΕ	ΔΕ/IEK	,27724	,17157	,243	-,1300	,6845
		ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	,43262*	,17418	,038	,0191	,8461
	ΔΕ/IEK	ΥΕ	-,27724	,17157	,243	-,6845	,1300
		ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	,15538	,13355	,477	-,1617	,4724
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	ΥΕ	-,43262*	,17418	,038	-,8461	-,0191
		ΔΕ/IEK	-,15538	,13355	,477	-,4724	,1617

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Σχετικά με τη Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης, η Post Hoc ανάλυση με της εφαρμογή του Tukey HSD test (πίνακας 73) (αφού το Levene's test για ομοιογένεια διακυμάνσεων δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $Levene's(2,117)=0,888, p=0,414$) έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,008$), μόνο για το ζεύγος 3βάθμια εκπαίδευση ($M=5,782, SD=0,61$) με Υποχρεωτική Εκπαίδευση ($M=6,297, SD=0,605$), με τους ασθενείς της ΥΕ να έχουν μεγαλύτερη Μέση Αντίληψη Ανταπόκρισης. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι για τα άτομα της Υψηλότερου ΜΕ έχουν χειρότερη εικόνα για την ποιότητα των Αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών Ανταπόκρισης.

Σχετικά με το Χάσμα Ανταπόκρισης, η Post Hoc ανάλυση με της εφαρμογή του Tuckey HSD test (πίνακας 73) (αφού το Leven's test για ομοιογένεια διακυμάνσεων όχι στατιστικά σημαντικό, $Leven's(2,117)=0,675, p=0,511$) έδειξε και εδώ ότι στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,038$), μόνο για το ζεύγος 3βάθμια εκπαίδευση ($M=-0,766, SD=0,64$) με Υποχρεωτική Εκπαίδευση ($M=-0,333, SD=0,62$), με τους ασθενείς της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο Χάσμα Ανταπόκρισης. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι για τα άτομα της Υψηλότερου ΜΕ η διαφορά ανάμεσα στις Προσδοκίες και την Αντίληψη Ανταπόκρισης είναι μεγαλύτερη.

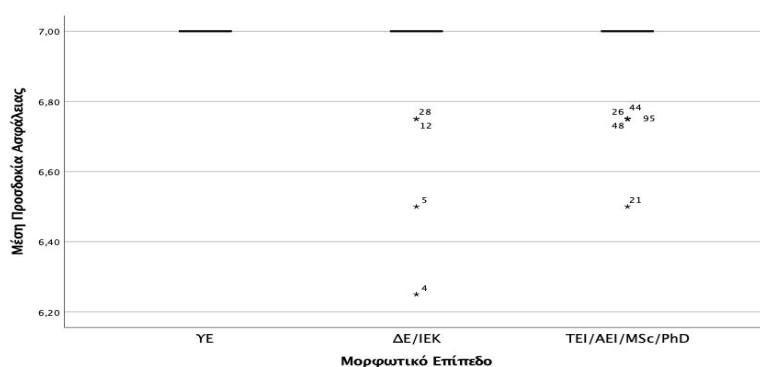
Συνοψίζοντας τα παραπάνω φαίνεται ότι το ΜΕ: 1. δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες ανταπόκρισης, 2. έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη ανταπόκρισης με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μικρότερη ικανοποίηση-χειρότερη εικόνα από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες αξιοπιστίας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και 3. έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα αξιοπιστίας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ανταπόκρισης συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ.

14.4. Διάσταση ασφάλειας

Για τη διερεύνηση της επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ασφάλειας εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, (θηκογράμματα 40, 41, 42).

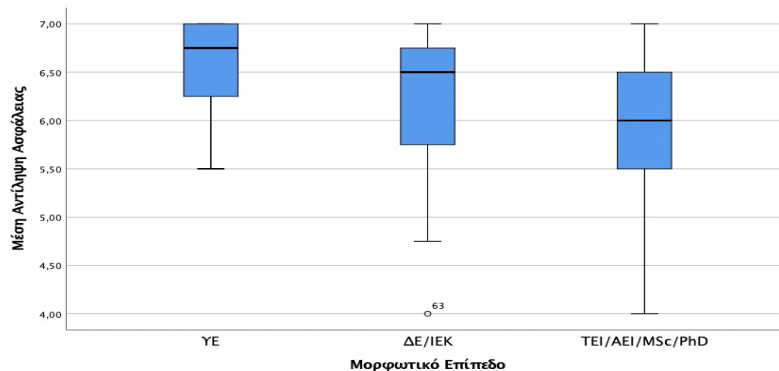
ΓΡΑΦΗΜΑ 17. Θηκογράμματα 40-42 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ασφάλειας στις κατηγορίες του ΜΕ

Θηκόγραμμα 4

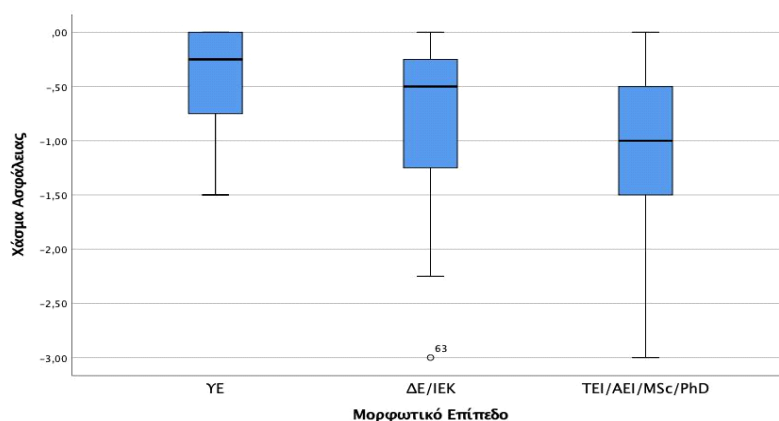


0

Θηκόγραμμα 41



Θηκόγραμμα 42



Στον πίνακα 74 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών ΜΕ για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ασφάλειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 74. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία, τη μέση Αντίληψη και το Χάσμα Ασφάλειας

Ranks			
	Μορφωτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Ασφάλειας	YE	21	65,50
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	60,80
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	47	57,94
	Total	120	

Μέση Αντίληψη Ασφάλειας	ΥΕ	21	80,55
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	62,83
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	48,97
	Total	120	
Χάσμα Ασφάλειας	ΥΕ	21	78,62
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	63,34
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	49,27
	Total	120	

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ασφάλειας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 75) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=3,019$, $p=0,221$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ασφάλειας.
- Για τη μεταβλητή μέση Αντίληψη Ασφάλειας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 75) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=12,593$, $p=0,05$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ασφάλειας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη ΜΕ που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη μέση Αντίληψη Ασφάλειας, θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής ΜΕ ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 76.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Ασφάλειας το Kruskal Wallis-H test (πίνακας 75) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=11,148$, $p=0,004$ αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο Χάσμα Ασφάλειας. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη ΜΕ που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη μέσο Χάσμα Ασφάλειας, θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής ΜΕ ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 77.

ΠΙΝΑΚΑΣ 75. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ασφάλειας

Test Statistics			
	Μέση Προσδοκία Ασφάλειας	Μέση Αντίληψη Ασφάλειας	Χάσμα Ασφάλειας
Kruskal-Wallis H	3,019	12,593	11,148
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,221	,002	,004

ΠΙΝΑΚΑΣ 76. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για την Αντίληψη Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD- ΔΕ/ΙΕΚ	14,071	6,937	2,028	,043	,128
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD-ΥΕ	29,353	9,047	3,245	,001	,004
ΔΕ/ΙΕΚ-ΥΕ	15,283	8,912	1,715	,086	,259

ΠΙΝΑΚΑΣ 77. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για το Χάσμα Ασφάλειας ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD- ΔΕ/ΙΕΚ	13,859	6,940	1,997	,046	,137
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD-ΥΕ	31,580	9,050	3,489	,000	,001
ΔΕ/ΙΕΚ-ΥΕ	17,721	8,915	1,988	,047	,141

Σχετικά με τη μέση αντίληψη ασφάλειας από την εφαρμογή του Dunn's test (πίνακας 76) προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει για το ζεύγος (3βάθμια εκπαίδευση vs Υποχρεωτική εκπαίδευση) ($\text{test}=29,353, p=0,004$), και από τον πίνακα 74 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (48,97) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων υποχρεωτικής εκπαίδευσης (μέση θέση = 80,55) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της 3βάθμιας εκπαίδευσης έχουν χειρότερη εικόνα για την ποιότητα των αντιλαμβανομένων υπηρεσιών Ασφάλειας.

Σχετικά με το χάσμα ασφάλειας από την εφαρμογή του Dunn's test (πίνακας 77) προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει για το ζεύγος (3βάθμια εκπαίδευση vs Υποχρεωτική εκπαίδευση) ($\text{test}=31,580, p=0,001$), και από τον πίνακα 74 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (49,27) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων υποχρεωτικής εκπαίδευσης (μέση θέση = 78,62) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το χάσμα των ατόμων της 3βάθμιας εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερο από το χάσμα των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης.

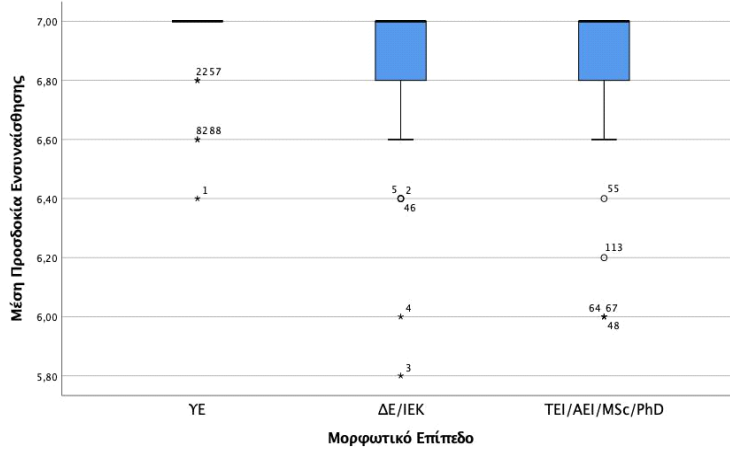
Συνοψίζοντας τα παραπάνω παρατηρείται ότι το ME: 1. δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες ασφάλειας, 2. έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη ασφάλειας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χειρότερη εικόνα για το επίπεδο ποιότητας από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ασφάλειας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και 3. έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα ασφάλειας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ασφάλειας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ.

14.5. Διάσταση ενσυναίσθησης

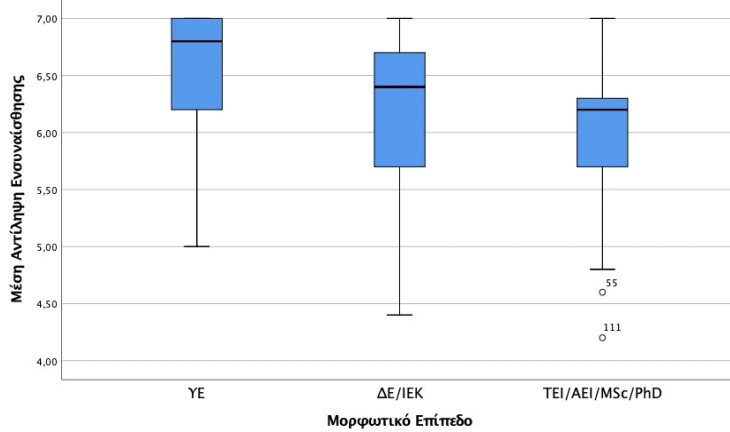
Για τη διερεύνηση της επίδρασης του ME στη Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Χάσμα Ενσυναίσθησης εφαρμόστηκε το Kruskal Wallis test, (θηκογράμματα 43, 44, 45).

ΓΡΑΦΗΜΑ 18. Θηκόγραμμα 43-45 των μεταβλητών Μέση Προσδοκία, Μέση Αντίληψη και Μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες του ΜΕ

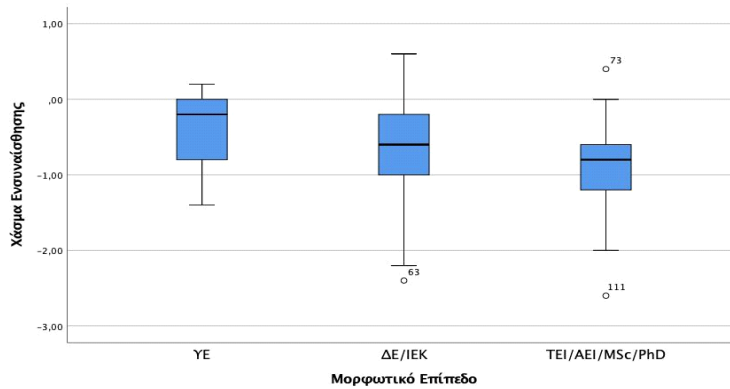
Θηκόγραμμα 43



Θηκόγραμμα 44



Θηκόγραμμα 45



Στον πίνακα 78 φαίνονται οι μέσες θέσεις (Ranks) των κατηγοριών ΜΕ για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία και Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης ενώ στον πίνακα 79 φαίνονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της μεταβλητής Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες ΜΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 78. Μέσες θέσεις ΜΕ αναφορικά με τη Μέση Προσδοκία και τη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης

Ranks			
	Μορφωτικό Επίπεδο	N	Mean Rank
Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης	ΥΕ	21	67,67
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	60,93
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	56,82
	Total	120	
Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης	ΥΕ	21	85,05
	ΔΕ/ΙΕΚ	52	61,28
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	48,67
	Total	120	

ΠΙΝΑΚΑΣ 79. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της μεταβλητής Μέσο χάσμα Ενσυναίσθησης στις κατηγορίες του ΜΕ.

Descriptives			
Χάσμα Ενσυναίσθησης			
	N	Mean	Std. Deviation
ΥΕ	21	-,3524	,50559
ΔΕ/ΙΕΚ	52	-,7115	,64036
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	47	-,8681	,57070
Total	120	-,7100	,61404

- Για τη μεταβλητή Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης το Kruskal Wallis test (πίνακας 80) δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=1,954$ $p=0,376$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης.
- Για τη μεταβλητή Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης Kruskal Wallis test (πίνακας 80) είναι στατιστικά σημαντικό, $H(2)=16,150$ $p<0,001$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης. Προκειμένου να προσδιοριστούν εκείνα τα ζεύγη ΜΕ που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης, θα πραγματοποιηθεί post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής ΜΕ ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 81.
- Για τη μεταβλητή Χάσμα Ενσυναίσθησης το One Way ANOVA test (πίνακας 82) είναι στατιστικά σημαντικό, $F(2,117)=5,507$ $p=0,005$, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι το ΜΕ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο μέσο Χάσμα Ενσυναίσθησης. Η διερεύνηση της επίδρασης αυτής θα πραγματοποιηθεί με post hoc ανάλυση στις κατηγορίες της μεταβλητής ΜΕ ανά ζεύγη, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 83.

ΠΙΝΑΚΑΣ 80. Kruskal Wallis test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στη Μέση Προσδοκία και Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης

Test Statistics		
	Μέση Προσδοκία Ενσυναίσθησης	Μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης
Kruskal-Wallis H	1,954	16,150
df	2	2
Asymp. Sig.	,376	,000

ΠΙΝΑΚΑΣ 81. Αποτελέσματα του Dunn's test με Bonferroni Adjustment, για τη μέση Αντίληψη Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD-ΔΕ/ΙΕΚ	12,609	6,951	1,814	,070	,209
ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD-ΥΕ	36,377	9,065	4,013	,000	,000
ΔΕ/ΙΕΚ-ΥΕ	23,769	8,930	2,662	,008	,023

ΠΙΝΑΚΑΣ 82. One-Way ANOVA test για τη διερεύνηση της Επίδρασης του ΜΕ στο Χάσμα Ενσυναίσθησης.

ANOVA					
Χάσμα Ενσυναίσθησης					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,860	2	1,930	5,507	,005
Within Groups	41,008	117	,350		
Total	44,868	119			

ΠΙΝΑΚΑΣ 83. Αποτελέσματα του Tukey HSD test, για το Χάσμα Ενσυναίσθησης ανά ζεύγη κατηγοριών ΜΕ.

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Χάσμα Ενσυναίσθησης						
Tukey HSD						
(I) Μορφωτικό Επίπεδο	(J) Μορφωτικό Επίπεδο	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ΥΕ	ΔΕ/ΙΕΚ	,35916	,15307	,053	-,0042	,7225
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/MSc/PhD	,51570*	,15539	,003	,1468	,8846

ΔΕ/ΙΕΚ	ΥΕ	-,35916	,15307	,053	-,7225	,0042
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	,15655	,11915	,390	-,1263	,4394
ΤΕΙ/ΑΕΙ/ΜSc/PhD	ΥΕ	-,51570*	,15539	,003	-,8846	-,1468
	ΔΕ/ΙΕΚ	-,15655	,11915	,390	-,4394	,1263
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.						

Σχετικά με τη μέση αντίληψη Ενσυναίσθησης από την εφαρμογή του Dunn's test (πίνακας 81) προκύπτει ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει για τα ζεύγη: 1. (3βάθμια εκπαίδευση vs Υποχρεωτική εκπαίδευση) ($test=36,377$, $p<0,001$), και από τον πίνακα 78 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 3βάθμιας εκπαίδευσης (48,67) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων ΥΕ (μέση θέση = 85,05) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της 3βάθμιας εκπαίδευσης έχουν χειρότερη εικόνα από την αντιλαμβανόμενη υπηρεσία Ενσυναίσθησης και, 2. (2βάθμια εκπαίδευση vs Υποχρεωτική εκπαίδευση) ($test=23,769$, $p=0,023$), και από τον πίνακα 78 παρατηρούμε ότι η μέση θέση των ατόμων 2βάθμιας εκπαίδευσης (61,28) είναι μικρότερη από τη μέση θέση των ατόμων υποχρεωτικής εκπαίδευσης (μέση θέση = 85,05) αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι τα άτομα της 2βάθμιας εκπαίδευσης έχουν μικρότερη ικανοποίηση από την ποιότητα της αντιλαμβανόμενης υπηρεσίας Ενσυναίσθησης.

Η Post Hoc ανάλυση με την εφαρμογή του Tukey HSD test (πίνακας 83) (αφού το Levene's test για ομοιογένεια διακυμάνσεων δεν είναι στατιστικά σημαντικό, $Levene's(2,117)=0,397$, $p=0,673$) έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ($p=0,003$) εμφανίζεται μόνο για το ζεύγος (ΥΕ) ($M=-0,35$, $SD=0,50$) και (3βάθμιας εκπαίδευσης), ($M=-0,868$, $SD=0,57$), με τους ασθενείς 3βάθμιας εκπαίδευσης να εμφανίζουν μεγαλύτερο χάσμα. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει ότι για τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης η διαφορά ανάμεσα στις Προσδοκίες και την Αντίληψη Ενσυναίσθησης είναι μεγαλύτερη.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω παρατηρείται ότι το ΜΕ: 1. δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες ενσυναίσθησης, 2. έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη ενσυναίσθησης με τα άτομα υψηλότερης κατηγορίας εκπαίδευσης να έχουν χειρότερη εικόνα για το επίπεδο ποιότητας από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους ασθενείς χαμηλότερης κατηγορίας εκπαίδευσης και 3. έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα ασφάλειας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ασφάλειας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15: ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΟΛΑ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το φύλο δεν έχει σημαντική επίδραση σε καμία από τις διαστάσεις ποιότητας, σε επίπεδο προσδοκώμενων και αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών ούτε και στο χάσμα ανάμεσά τους.

ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

ΑΠΤΟΤΗΤΑ

Η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση ούτε στη Μέση Προσδοκία Απτότητας, ούτε στη Μέση Αντίληψη Απτότητας ούτε και στο Χάσμα Απτότητας.

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

Η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Προσδοκία Αξιοπιστίας, όμως έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Αντίληψη και στο Χάσμα Αξιοπιστίας με τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65 και άνω να έχουν καλύτερη εικόνα για την ποιότητα της αντιλαμβανόμενης Αξιοπιστίας και μικρότερο χάσμα από τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-49.

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση ούτε στη Μέση Προσδοκία, ούτε στη Μέση Αντίληψη ούτε και στο Χάσμα Ανταπόκρισης.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η Ηλικία δεν έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Προσδοκία Ασφάλειας, όμως έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Αντίληψη και στο Χάσμα της υποκλίμακας της Ασφάλειας με τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65 και άνω να έχουν καλύτερη εικόνα αναφορικά με την Αντίληψη της Ασφάλειας ενώ παράλληλα έχουν

και μικρότερο Χάσμα συγκριτικά με τους ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-49.

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Η ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση ούτε στις Προσδοκίες ούτε στις Αντίληψεις ενσυναίσθησης έχει όμως σημαντική επίδραση στο χάσμα ενσυναίσθησης. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα της κατηγορίας 65-άνω έχουν μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στις Προσδοκίες και την Αντίληψη ενσυναίσθησης συγκριτικά με άτομα της κατηγορίας 35-49.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

ΑΠΤΟΤΗΤΑ

Το ΜΕ δεν έχει σημαντική επίδραση στη Μέση Προσδοκία, στη Μέση Αντίληψη και στο Χάσμα Απτότητας

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

Το ΜΕ δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες αξιοπιστίας, έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη αξιοπιστίας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χειρότερη εικόνα από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες αξιοπιστίας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και ΔΕ και έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα αξιοπιστίας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες αξιοπιστίας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και ΔΕ.

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Το ΜΕ δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες ανταπόκρισης, έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη ανταπόκρισης με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μικρότερη ικανοποίηση-χειρότερη εικόνα από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες αξιοπιστίας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα αξιοπιστίας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα

στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ανταπόκρισης συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Το ΜΕ δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες ασφάλειας, έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη ασφάλειας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν χειρότερη εικόνα για το επίπεδο ποιότητας από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ασφάλειας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ και έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα ασφάλειας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ασφάλειας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ.

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Το ΜΕ δεν έχει σημαντική επίδραση στις προσδοκίες ενσυναίσθησης, έχει σημαντική επίδραση στην αντίληψη ενσυναίσθησης με τα άτομα υψηλότερης κατηγορίας εκπαίδευσης να έχουν χειρότερη εικόνα για το επίπεδο ποιότητας από τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους ασθενείς χαμηλότερης κατηγορίας εκπαίδευσης και έχει σημαντική επίδραση στο χάσμα ασφάλειας με τα άτομα 3βάθμιας εκπαίδευσης να έχουν μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες ασφάλειας συγκριτικά με τα άτομα ΥΕ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η σημαντικότητα της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών από έναν οργανισμό υγείας αναδεικνύεται όλο ένα και περισσότερο, πάντα με σκοπό την εξυπηρέτηση του πολίτη με όσο το δυνατόν καλύτερα αποτελέσματα.

Οι προσδοκίες των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας είναι αυξημένες και πλέον είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα πλάνο με σκοπό την εξέλιξη της ποιότητας των υπηρεσιών από τους οργανισμούς υγείας.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να ενισχυθεί η διοίκηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ακόμα θα πρέπει να εφαρμοστούν διαδικασίες και πρωτόκολλα για να εξασφαλιστεί η ποιότητα, και μέσα σε όλη αυτή την προσπάθεια είναι απαραίτητη η συμμετοχή όλου του προσωπικού. Ενδέχεται να υπάρχουν γραφειοκρατικά και οικονομικά προβλήματα προκειμένου να επιτευχθεί ένα σχέδιο για την ανάπτυξη της ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας. Αφού όμως επιτευχθεί και γίνει η καταγραφή των αποτελεσμάτων θα αρχίσει να έρχεται στην επιφάνεια η αξία όλου του κέρδους, είτε αυτή είναι οικονομική, είτε αυτή έχει να κάνει με την εξασφάλιση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, είτε αυτή καταφέρει να δώσει τη δυνατότητα εξυπηρέτησης περισσότερων ασθενών π.χ. σε ένα δημόσιο νοσοκομείο με αποτέλεσμα την ικανοποίηση του πληθυσμού στη συγκεκριμένη υπηρεσία.

Στη μελέτη που πραγματοποιήσαμε ο σκοπός μας ήταν να δούμε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από το πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών. Το δείγμα που συμμετείχε στη μελέτη μας ήταν 120 άτομα τα οποία επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Πολύ σημαντικό είναι να τονίσουμε ότι η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μία πολύ ιδιαίτερη χρονική στιγμή για όλο το πλανήτη. Ο χρόνος που πραγματοποιήθηκε ήταν εν μέσω της πανδημίας Covid - 19. Οι συνθήκες που υπήρχαν εκείνη τη χρονική περίοδο επηρέασαν τη μελέτη μας καθώς η πρόσβαση ήταν περιορισμένη μέσα στον χώρο του νοσοκομείου, γι αυτό και επιλέχθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία. Η προσέλευση του κόσμου στα Ε.Ι. αλλά και γενικότερα στο νοσοκομείο φαινόταν να είναι μικρότερη λόγω της κατάστασης και της μειωμένης κινητικότητας που υπήρχε εκείνη την περίοδο που συνεπάγεται και πιθανών πιο καλή και γρήγορη εξυπηρέτηση με αποτέλεσμα να επηρεαστούν οι αντιλήψεις του δείγματος της μελέτης. Ακόμα

είναι πιθανό οι αντιλήψεις του δείγματος μας να ήταν περισσότερο θετικές από τα αναμενόμενα για ακόμα ένα λόγο. Η πολύ δύσκολη και στενάχωρη κατάσταση που είχε επιφέρει η πανδημία λόγω των πολλών κρουσμάτων, αλλά και των πολλών θανάτων ή δυσκολιών της θεραπείας που υπήρχε από την ασθένεια, ενδέχεται να επηρέασε την κρίση του δείγματός μας και μπορεί να έφερε αυξημένη ικανοποίηση στους χρήστες, οι οποίοι επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Π.Γ.Ν. Αττικών για λόγους οι οποίοι αντιμετωπίζονται ή είναι λιγότερο επικίνδυνοι για τη ζωή. Η πραγματοποίηση μιας ίδιας μελέτης μετά το πέρας της πανδημίας Covid – 19, και αφού έχει περάσει και ένα χρονικό διάστημα ώστε όλα να έχουν επανέλθει σε μια κανονικότητα, για σύγκριση των αποτελεσμάτων παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον.

Στη μελέτη που έγινε μελετήθηκαν πέντε τομείς ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Αυτοί οι τομείς είναι: η απτότητα (υλικοτεχνική υποδομή), η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ασφάλεια και η ενσυναίσθηση.

Το δείγμα μας συγκριτικά με το φύλο ήταν περίπου μοιρασμένο όπως και οι ηλικίες των ερωτηθέντων, με ελάχιστα μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην κατηγορία 35 με 49 ετών. Η πλειοψηφία του δείγματος μας έχει τόπο κατοικίας αστικό κέντρο. Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος μας όπως ήταν φυσικό είχε ποικιλία, με τις κατηγορίες: Απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης αλλά και Απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης να είναι περισσότερο αυξημένες. Ακόμα στην κατηγορία του επαγγέλματος είδαμε μεγάλο ποσοστό στους ιδιωτικούς υπαλλήλους, στους ανέργους και στους συνταξιούχους. Τέλος όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση η κατηγορία με το υψηλότερο ποσοστό ήταν η έγγαμοι με παιδιά.

Συνολικά παρατηρήθηκε ότι οι προσδοκίες του δείγματος μας ήταν υψηλότερες από τις αντιλήψεις, δηλαδή από αυτό που πραγματικά δέχθηκαν ως υπηρεσία. Αυτό εμφανίζεται σε όλες τις διαστάσεις που μελετήσαμε. Στη συγκεκριμένη μελέτη το μεγαλύτερο χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες και στις αντιλήψεις του δείγματος μας φαίνεται να υπάρχει στο τομέα της ασφάλειας και στη συνέχεια στο τομέα της αξιοπιστίας. Το μικρότερο χάσμα εμφανίζεται στην διάσταση της ανταπόκρισης. Δηλαδή στη διάσταση της ανταπόκρισης οι προσδοκίες των ασθενών υπερέβησαν ελάχιστα τις αντιλήψεις τους.

Οι υψηλότερες προσδοκίες καταγράφονται στη διάσταση της ασφάλειας και ακολουθούν με τη σειρά οι διαστάσεις της αξιοπιστίας, της απότητας, της ενσυναίσθησης και της ανταπόκρισης.

Στη μελέτη που έγινε το δείγμα μας αποδίδει μεγαλύτερη σημασία στο ενδιαφέρον του προσωπικού για την επίλυση των προβλημάτων των ασθενών, στη σωστή και έγκυρη ενημέρωσή τους, στην ταχύτητα ανταπόκρισης και στην εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό του νοσοκομείου.

Από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το δείγμα μας έμεινε λιγότερο ικανοποιημένο από την ταχύτητα παροχής υπηρεσιών, μία υπηρεσία η οποία βαθμολογήθηκε ιδιαίτερα υψηλά στις προσδοκίες του δείγματος μας, από την υποστήριξη που οι εργαζόμενοι λαμβάνουν ώστε να κάνουν σωστά τη δουλειά τους καθώς και από τις φυσικές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου.

Το δείγμα μας φαίνεται να αξιολογεί με διαφορά, σε ποσοστό 60% ότι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η ύπαρξη υπαλλήλων με γνώσεις, με καλούς τρόπους και ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη.

Το αμέσως επόμενο χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και ακρίβεια με ποσοστό 36,7%.

Το λιγότερο σημαντικό χαρακτηριστικό σύμφωνα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για το δείγμα μας ήταν η εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου, ο εξοπλισμός και το προσωπικό με ποσοστό 69,2% ενώ με μεγάλη διαφορά ακολουθούν η παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι μεγάλη μερίδα των ερωτηθέντων εξέφρασε πώς θεωρεί όλα τα χαρακτηριστικά της μελέτης μας εξίσου σημαντικά και ότι για τις ανάγκες της μελέτης επέλεξαν το περισσότερο ή λιγότερο σημαντικό.

Συνολικά από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε διακρίνεται ότι η αξιοπιστία και η ασφάλεια ταξινομούνται από τους ασθενείς ως οι πιο σημαντικές διαστάσεις στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στα αποτελέσματα του δείγματος μας παρατηρήθηκε ότι από τα δημογραφικά στοιχεία μόνο η ηλικία αλλά και το μορφωτικό επίπεδο δείχνουν να επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά στις αντιλήψεις και στο χάσμα αντιλήψεων - προσδοκιών σε κάποιους τομείς ποιότητας υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω έχουν καλύτερη εικόνα όσον αφορά την αξιοπιστία και την ασφάλεια από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν καθώς και μικρότερη διαφορά, συγκριτικά με τις προσδοκίες που είχαν, από την ηλικιακή ομάδα 35 με 49 ετών. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι στη κατηγορία του δείγματος όπου το μορφωτικό επίπεδο ήταν η τριτοβάθμια εκπαίδευση υπήρχε χειρότερη εικόνα από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν, για την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια και την ενσυναίσθηση, συγκριτικά με τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, καθώς επίσης φάνηκε να υπάρχει και ανάμεσα στις δυο κατηγορίες μεγαλύτερο χάσμα τις προσδοκώμενες και αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες.

Βλέπουμε λοιπόν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο ικανοποιημένοι από κάποιους τομείς των υπηρεσιών και τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου να έχουν μικρότερη ικανοποίηση-χειρότερη εικόνα από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν.

Όλα τα παραπάνω μας δείχνουν τη σημαντικότητα και την αναγκαιότητα συνεχούς μελέτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν το Π.Γ.Ν. Αττικών προκειμένου να βελτιώσει τους τομείς ποιότητας υπηρεσιών υγείας όπου οι ασθενείς δεν φαίνονται απόλυτα ευχαριστημένοι. Επίσης με την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θα επιτύχει και μεγαλύτερη πλήρωση του επαγγέλματος στο προσωπικό. Μην ξεχνάμε ότι και το προσωπικό πρέπει να συνεισφέρει στην όλη διαδικασία όπου και σίγουρα θα νιώσει τεράστιο αίσθημα ικανοποίησης για την εργασία του. Τέτοιες μελέτες βοηθάνε στην ανάπτυξη ενός πλάνου για ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Ακόμα βοηθάνε στην εξέλιξη των ήδη υπάρχων πρωτοκόλλων για τις ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας ενός οργανισμού.

Βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών ενός οργανισμού υγείας μπορεί να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και μεγαλύτερο μερίδιο στην αγορά.

Ένα δημόσιο νοσοκομείο βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών μπορεί να εξυπηρετήσει ποιοτικότερα και γρηγορότερα με αποτέλεσμα την ποιοτική εξυπηρέτηση περισσότερων πολιτών. Ακόμα ένα δημόσιο νοσοκομείο βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών βοηθάει την κυβέρνηση και συγκεκριμένα το τομέα διαχείρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την καλύτερη λειτουργία του.

Ένα νοσοκομείο που παρέχει ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας μπορεί να αύξηση το ρυθμό εισαγωγής ασθενών ανά έτος καθώς και να μειώσει τις επανεισαγωγές.

Φυσικά για όλα τα παραπάνω ενδέχεται να χρειάζονται και άλλες απαραίτητες προϋποθέσεις όπως περισσότερο προσωπικό, αύξηση ή και ανανέωση του τεχνολογικού εξοπλισμού, εκμάθηση καινούργιων γνώσεων στο προσωπικό κ.α.

Συγκρίνοντας τη μελέτη που έγινε στο Π.Γ.Ν. Αττικών με μία μελέτη για την ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων σε τέσσερα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου παρατηρούνται παρόμοια αποτελέσματα. Φυσικά και υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο μελετών ως προς την δομή τους. Συνολικά στην μελέτη της Κύπρου οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων ικανοποίησαν το 61,8% χρηστών. Είχαμε σημαντική ικανοποίηση για την πλειοψηφία των ασθενών όσον αφορά την ευγένεια και τον επαγγελματισμό του προσωπικού αλλά και την καθαριότητα του χώρου. Το χαμηλότερο μέσο βαθμό στην μελέτη της Κύπρου δέχτηκαν οι τομείς στην δυσκολία στάθμευσης και ο μεγάλος χρόνος αναμονής προκειμένου να πραγματοποιηθεί η επίσκεψη από την στιγμή της επιθυμίας για επίσκεψη. Στη μελέτη της Κύπρου η συνολική αξιολόγηση φάνηκε αρκετά καλή. Φάνηκαν όμως και κάποια προβλήματα τα οποία το νοσοκομείο θα πρέπει να διορθώσει. (Middleton, Nicos, Γαβριήλ, Έλενα 2012)

Ενδιαφέρουσα φαίνεται η σύγκριση μεταξύ των νοσοκομείων σε αντίστοιχες μελέτες, όχι μόνο του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού. Άλλωστε είναι πάρα πολλές οι φορές όπου για να βελτιώσουμε κάτι στην Ελλάδα παίρνουμε “ως πρότυπο” τη λειτουργία νοσοκομείων από το εξωτερικό όπου τα αποτελέσματα των υπηρεσιών τους είναι εξαιρετικά ,φυσικά πάντα με σκοπό να φτάσουμε και εμείς σε αυτά τα επίπεδα.

Μεγάλο ενδιαφέρον θα είχε μία μελέτη από πλευράς της κυβέρνησης σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτή η μελέτη θα έπαιρνε χρόνο και σίγουρα θα κόστιζε αρκετά χρήματα αλλά τα αποτελέσματα θα ήταν χρήσιμα για πάρα πολλά χρόνια. Από τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσε η κυβέρνηση να βγάλει ένα πλάνο ώστε να μπορέσει να αυξήσει την ποιότητα των υπηρεσιών ολόκληρου του συστήματος υγείας της χώρας. Μέσα από αυτή την πολύ μεγάλη μελέτη θα φαινόντουσαν ακριβώς οι τομείς όπου θα θέλανε εξέλιξη. Επίσης θα μπορούσαν να βρουν ακριβώς τις προϋποθέσεις που χρειάζονται προκειμένου να μπορέσουν να επιτύχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Εν συνεχεία με τα αποτελέσματά της μελέτης και φυσικά μέσα από ένα τεράστιο σχέδιο για την εξέλιξη ολόκληρου του Εθνικού Συστήματος Υγείας οι πολίτες θα απολάμβαναν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και είμαι πεπεισμένος ότι θα δεχόντουσαν ακόμα και αύξηση της φορολογίας για αυτό το λόγο αν και εφόσον μπορούσαν να απολαμβάνουν υψηλές υπηρεσίες υγείας από τους δημόσιους οργανισμούς.

Είναι ξεκάθαρη η χρησιμότητα μία τέτοιας μελέτης τόσο για έναν οργανισμό προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών του, όσο και από πλευράς Εθνικών Συστημάτων Υγείας, αλλά και χρέος της εκάστοτε κυβέρνησης ως προς τους πολίτες της, με σκοπό την παροχή υψηλά ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Φυσικά ποτέ δεν πρέπει να επαναπαύεται ένας οργανισμός. Θα πρέπει συνεχώς να επανεξετάζει τις υπηρεσίες του και να τις εξελίσσει.

Όπως έλεγε ο Αριστοτέλης << **η ποιότητα δεν είναι μία πράξη είναι μία συνήθεια** >>.

Για να είσαι λοιπόν επιτυχημένος πρέπει η ποιότητα που παρέχεις να συνεχίζεται σε βάθος χρόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνοπούλου, Λ. (2016) *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία*. *Social Cohesion and Development*, 3(2): 109–120.
- Ζέρβας, Δ. (2020) *Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας*. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(1): 8–21.
- Θανασάς, Ι. Κ. (2019) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3): 347–361.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Σουλιώτης, Κ. και Τσάκος, Γ. (2003) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο - Κοινωνία και Υγεία.
- Μάρκοβιτς, Γ. και Μοναστηρίδου, Σ. (2011) *Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία*. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1): 51–56.
- Μιχαηλίδου, Λ. και Σακελαρρίου, Γ. (2007) *Διαχείριση ποιότητας στη δημόσια υγεία: Η εμπειρία του νεφρολογικού τμήματος στο Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»*. *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(1): 40–50.
- Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2015) *Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών*. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3): 106–120.
- Παπαγεωργίου, Ε., Τσουνής, Α., Σαράφης, Π. και Μπαμίδης, Π. (2014) *Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα*. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(1): 24–34.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. και Υφαντόπουλος, Γ. (2008) *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1): 73–82.

- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 480–488.
- Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ. και Μπαλασοπούλου, Α. (2014) *Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του γενικού νοσοκομείου Λάρισας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 13(4): 351–365.
- Πέππας, Χ. και Κοράκη, Α. (2013) *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;* Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 9(1): 25–31.
- Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016) *Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(3): 223–236.
- Πράπα, Π. και Φακή, Μ. (2008) *Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγείας»*. Respiratory and Internal Medicine, 51: 40–42.
- Ρίκος, Ν. (2015). *Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 14(4): 247–252.
- Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (2020) *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: ΔιαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης.
- Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ., Διακουμής, Γ., Παπαδόπουλος, Ρ., Παπαγιάννη, Α. και Θεοδώρου, Μ. (2017) *Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 34(2): 236–243.
- Χατζηπουλίδης, Γ. (2003) *Η εφαρμογή των προτύπων διαχείρισης της ποιότητας. Από τη βιομηχανία και τις επιχειρήσεις, στις μονάδες υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2(4): 186–192.

Middleton, Nicos, Γαβριήλ, Έλενα (2012) Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6):720-730

Πιερράκος, Γ. και Τομάρας, Π. (2009), Η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξη του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας. Περιοδικό Νοσηλευτική, 48:104-113.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akbar, F.H., Pasiga, B., Samad, R., Pratiwi, R., Anwar, A.I., Djamaluddin, N. and Ulfa, L. (2018) *Evaluation of Expectations and Perceptions on Quality of Dental Services in Bantaeng District, South Sulawesi, Indonesia, 2018*. Journal of International Dental and Medical Research, 11(3): 938–944.

Akhade, G.N., Jaju, D. and Lakhe, D.R. (2016) *Healthcare service quality dimensions in various countries*. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 5(3): 70–76.

Al-khrabsheh, A.A., Rabeea Mahdi, O. and Muttar, A.Kh. (2017) *Health service quality its impact on strategic success: A field study on the private hospitals of Jordan*. International Journal of Business and Management, 12(10): 185–193.

Dhanya, A. and Sam, T. (2011) *Impact of Product Quality, Service Quality and Contextual Experience on Customer Perceived Value and Future buying intentions*. European Journal of Business and Management, 3(3): 307–316.

Djaya, D., Jasfar, F. and Hady, H. (2018) *The Effect of healthcare service quality, hospital image and experience economic on worth of Mouth through BPJS patient perceptiontype B hospital in West Java*. American Research Journal of Business and Management, 4(1): 1–19.

Georgiadou, V.A. and Maditinos, D. (2017) *Measuring the quality of health services provided at a Greek Public Hospital through patient satisfaction. Case Study: The General Hospital of Kavala*. International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research, 10(2): 60–72.

- Hamdan, N.S., Musa, H., Selamat, A.S. and Rashid, N. (2019) *Investigating factors of service quality influencing patient satisfaction towards patient loyalty*. International Journal of Advanced Science and Technology, 28(16): 452–459.
- Ismayyir, D.K. and Al-Baldawi, Z. (2020) *Service quality improvement planning based on analyse the service performance of public and private hospital in Iraq*. Diyala Journal of Engineering Sciences, 13(2): 59–67.
- Kalaja, R., Myshketa, R. and Scalera, F. (2016) *Service quality assessment in health care sector: The case of Durres public hospital*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 235: 557–565.
- Lee, D. and Kim, K.K. (2017) *Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types*. International Journal of Quality Innovation, 3(1): 1–15.
- Oecd, Ocde, Who, Oms and World Bank Group (2018) *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank.
- Rehaman, B. and Husnain, M. (2018) *The impact of service quality dimensions on patient satisfaction in the private healthcare industry in Pakistan*. Journal of Hospital & Medical Management, 4(1): 4.
- Sofaer, S. and Firminger, K. (2005) *Patient perceptions of the quality of health services*. Annual Review of Public Health, 26(1): 513–559.
- Upadhyai, R., Jain, A.K., Roy, H. and Pant, V. (2019) *A review of healthcare service quality dimensions and their measurement*. Journal of Health Management, 21(1): 102–127.
- Yeşilada, F. and Direktör, E. (2010) *Health care service quality: A comparison of public and private hospitals*. African Journal of Business Management, 4(6): 962–971.

Denise Fornazari de Oliveira, Carlos Ed., Edméa R., Newton K., (2006), Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital, *Arq. Bras. Oftalmol.* Vol.69 no.5. São Paulo Sept./Oct. 2006.

Anita Karaca, Zehra Durna, (2019), Patient satisfaction with the quality of nursing care, *Nurs Open*, 2019 Apr, 6(2): 535–545.

Chang Eun Kim, Joon-Shik Shin, Jinho Lee, et. al, (2017), Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals, *BMC Complement Altern Med.* 2017, 17: 174.

Salih A. Binsalih, Abdelkarim O. Waness, et al, (2011), Inpatients' care experience and satisfaction study, *J Family Community Med.* 2011 Sep-Dec, 18(3): 111–117.

C Jenkinson, A Coulter, S Bruster, N Richards, T Chandola, (2002), Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care, *Qual Saf Health Care.* 2002 De, 11(4): 335–339.

Adrian Pękacz, Ewa Kądalska, Agnieszka Skoczylas, Tomasz Targowski, (2019), Patient satisfaction as an element of healthcare quality – a single-center Polish survey, *Reumatologia.* 2019, 57(3): 135–144.

Vigdis Abrahamsen Grøndahl, Jörg W Kirchhoff, Kirsti Lauvli Andersen et al, (2018), Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital, *J Multidiscip Healthc.* 2018, 11: 591-600.

Angela Coulter, Crispin Jenkinson, (2005), European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers, *Eur J Public Health* 2005 Aug, 15(4):355-60.

Mosad Zineldin, (2006), The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics, Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2006, 19(1):60-92.

Constantinos-Vasilios Priporas, Christina Laspa, Irene Eirini Kamenidou, (2008), Patient satisfaction measurement for in-hospital services: A pilot study in Greece, Journal of Medical Marketing 2008

Parasuraman, A, Ziethaml, V. and Berry, L.L., "SERVQUAL: A Multiple- Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality' Journal of Retailing, Vo. 62, no. 1, 1985, pp 12-40

CORTINA JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. J Appl psychol, 1993, 78:98-104

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΠΟ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<https://www.ypes.g> **HYPERLINK** "<https://www.ypes.gr/koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/>"r **HYPERLINK** "<https://www.ypes.gr/koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/>"/[koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/](https://www.ypes.gr/koino-plaisio-axiologisis-kpa-egcheiridio-kai-odigos-efarmogis/) . Πρόσβαση 2020