

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

**Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του ως προς την ποιότητα με  
βάση την ικανοποίηση των χρηστών του.**

**Μελέτη περίπτωση Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ 2022**

## 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 Θεοδώρου Γεώργιος του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 19004, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

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

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/11/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



Γεώργιος Θεοδώρου

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	5
Abstract .....	6
Ευχαριστίες .....	7
Κατάλογος Πινάκων, Γραφικών Παραστάσεων Και Διαγραμμάτων.....	8
Εισαγωγή.....	10
Θεωρητικό Μέρος .....	12
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....	12
1.1 Η ποιότητα στον κλάδο της Υγείας.....	12
1.2 Η ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.....	18
1.3 Μεταρρυθμίσεις και ποιότητα Υγείας.....	20
1.4 Η διαφορά της μέγιστης ποιότητας από τη βέλτιστη ποιότητα .....	23
Κεφάλαιο 2.....	24
2.1 Ικανοποίηση από την ποιότητας τη περίθαλψης.....	24
2.2 Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών.....	28
2.3 Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών και ο ρόλος της τεχνολογίας στην ποιότητα .....	32
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	36
3.1 Η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης .....	36
3.2 Ο ρόλος των δεικτών ποιότητας στη λήψη αποφάσεων.....	39
3.3 Δείκτες βαθμολόγησης απόδοσης του συστήματος Υγείας .....	42
3.4 Αντίληψη και ικανοποίηση των χρηστών .....	44
Κεφάλαιο 4ο.....	48
Ερευνητικό μέρος.....	48
Συζήτηση .....	74
Συμπεράσματα .....	75
Βιβλιογραφία .....	76
Παράρτημα .....	90

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ποιότητα βάση της ικανοποίησης των χρηστών μέσα στην εργασία. Με την χρήση βιβλιογραφικών πηγών, άρθρων, βιβλίων και δημοσιεύσεων, παρουσιάζεται η ποιότητα και η σχέση της με τον κλάδο της υγείας, η ποιότητα που έχει η παρεχόμενη φροντίδα και πως οι μεταρρυθμίσεις έχουν σχέση με την διαμόρφωση της ποιότητας της υγείας. Επίσης αναλύθηκε η διαφορά της μέγιστης με την βέλτιστη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, η ικανοποίηση από την ποιότητα περίθαλψης και πραγματοποιήθηκε εκτενής ανασκόπηση στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη συμβολή του ρόλου της τεχνολογίας. Επιπροσθέτως, παρουσιάζονται η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης, ο ρόλος που έχουν οι δείκτες ποιότητας στη λήψη αποφάσεων και αναφέρονται οι δείκτες βαθμολογίας απόδοσης ενός συστήματος υγείας, ενώ τέλος αναφέρεται ο ρόλος που έχει η αντίληψη στην ικανοποίηση των χρηστών.

Βασικός στόχος της παρούσας έρευνας αποτελεί η μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο της Αττικής, η εξεύρεση των αιτιολογικών παραγόντων για την μη ικανοποίηση αυτών και η εξαγωγή συμπερασμάτων αλλά και προτάσεων για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η μελέτη όλων των παραπάνω πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το εργαλείο SERVQUAL, με τη μέθοδο της μελέτης περίπτωσης, σε δείγμα 140 ασθενών που νοσηλεύονταν στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο. Το δείγμα ελήφθη με την μέθοδο της αναλογικής στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας.

*Λέξεις-κλειδιά: Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Μέθοδος SERVQUAL, Ικανοποίηση Ασθενών, Αξιολόγηση Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας*

## Abstract

The purpose of this dissertation is the literature review on the evaluation of health services provided in relation to quality based on users satisfaction at work. Using bibliographic sources, articles, books and publications, the quality and its connection with the health sector, the quality of the care provided and how the reforms are related to shaping the quality of health are presented. The difference between the maximum and the best quality of service, the satisfaction from the quality of care was also analyzed and an extensive review was carried out in the evaluation of the quality of services and the evaluation of the provided services with the contribution of the role of technology. In addition, the implementation of a management system, the role of quality indicators in decision making are presented and the performance indicators of a health system are reported, while finally the role of perception in users satisfaction is mentioned.

The main purpose of this research is to study the satisfaction of patients at Sismanoglio Hospital in Attica, to find the reasons for their dissatisfaction and to draw conclusions and proposals to improve the quality of health services.

The study of all the above was carried out using the SERVQUAL tool, with the method of the case study, in a sample of 140 patients who were treated at Sismanoglio Hospital. The sample was obtained by the method of proportional stratified random sampling.

**Keywords:** Quality of Health Services, SERVQUAL Method, Patient Satisfaction, Evaluation of Provided Health Services

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κυρία Ασπασία Γούλα για την πολύτιμη βοήθεια και επιστημονική καθοδήγησή της, καθώς και το αμέριστο ενδιαφέρον και υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής και συγγραφικής διαδικασίας.

Ευχαριστώ το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Διοικητικό Συμβούλιο του ΓΝΑ Σισμανόγλειο για την άδεια που μου ενέκριναν ώστε να διεξάγω την έρευνα, καθώς και τους συμμετέχοντες ασθενείς και όλους όσους συνέβαλαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την υπομονή και την στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

## Κατάλογος Πινάκων, Γραφικών Παραστάσεων Και Διαγραμμάτων

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....	49
Πίνακας 2 Βαθμολογίες συμμετεχόντων σε πέντε χαρακτηριστικά .....	53
Πίνακας 3 Στοιχεία αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών του Νοσοκομείου.....	54
Πίνακας 4 Μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του SERVQUAL .....	55
Πίνακας 5 Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας .....	56
Πίνακας 6 Μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του SERVQUAL .....	60
Πίνακας 7 Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας .....	61
Πίνακας 8 Συσχέτιση της διάστασης «Υλικοτεχνικές Υποδομές» με τα δημογραφικά...63	
Πίνακας 9 Συσχέτιση της διάστασης «Αξιοπιστία» με τα δημογραφικά .....	64
Πίνακας 10 Συσχέτιση της διάστασης «Ανταποκρισιμότητα» με τα δημογραφικά .....	66
Πίνακας 11 Συσχέτιση της διάστασης «Διασφάλιση» με τα δημογραφικά .....	68
Πίνακας 12 Συσχέτιση της διάστασης «Ενσυναίσθηση» με τα δημογραφικά .....	69
Πίνακας 13 Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας SERVQUAL με τα δημογραφικά.....	71
Γράφημα 1 Φύλο συμμετεχόντων.....	50
Γράφημα 2 Ηλικία συμμετεχόντων.....	51
Γράφημα 3 Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.....	51
Γράφημα 4 Τόπος κατοικίας συμμετεχόντων .....	52
Γράφημα 5 Επάγγελμα συμμετεχόντων .....	52
Γράφημα 6 Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων .....	53
Γράφημα 7 Η διάσταση της ποιότητας των υλικοτεχνικών υποδομών .....	57
Γράφημα 8 Η διάσταση της ποιότητας της αξιοπιστίας .....	58
Γράφημα 9 Η διάσταση της ποιότητας της ανταποκρισιμότητας .....	58
Γράφημα 10 Η διάσταση της ποιότητας της διασφάλισης.....	59
Γράφημα 11 Η διάσταση της ποιότητας της ενσυναίσθησης.....	59



Γράφημα 12 Μέσες βαθμολογίες και gap διαστάσεων SERVQUAL .....	60
Γράφημα 13 Συσχέτιση των διαστάσεων ποιότητας «διασφάλιση» και «αξιοπιστία» ..	62
Γράφημα 14 Βαθμολογία διάστασης «Αξιοπιστία» .....	65
Γράφημα 15 Βαθμολογία διάστασης «Ανταποκρισιμότητα».....	67
Γράφημα 16 Βαθμολογία διάστασης «Διασφάλιση».....	69
Γράφημα 17 Βαθμολογία διάστασης «Ενσυναίσθηση» .....	71
Γράφημα 18 Μέσο συνολικό χάσμα αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης.....	73

## Εισαγωγή

Στη δεκαετία του 1990, οι μελέτες για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκαν προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η λειτουργία των συστημάτων που παρέχουν ιατρική περίθαλψη και μέρος των ερευνών επικεντρώθηκε στην ικανοποίηση των χρηστών. Στο σημερινό κοινωνικό πλαίσιο, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ανταποκριθούν σε πολύπλοκες προκλήσεις και σε ολοένα και πιο αυστηρές απαιτήσεις όσον αφορά την ποιότητα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφέρεται πως: «Ο πρωταρχικός στόχος της καθολικής κάλυψης υγείας είναι όλοι οι άνθρωποι που χρειάζονται υπηρεσίες υγείας να λαμβάνουν φροντίδα υψηλής ποιότητας χωρίς να εκτίθενται σε οικονομικές δυσκολίες. Έτσι, οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση και παρηγοριά) ενσωματώνονται στον ορισμό της καθολικής κάλυψης υγείας.» (WHO, 2022). Ο διεθνής οργανισμός τυποποίησης ISO, στο πρότυπο 8402 του, έχει ορίσει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που της δίνει τη δυνατότητα να ικανοποιεί ρητές και σιωπηρές ανάγκες. Το πρότυπο καθορίζει ποια οντότητα είναι ένας οργανισμός, είτε ονομάζεται εταιρεία ή ίδρυμα, προϊόν ή διαδικασία, και τα στοιχεία που συνθέτουν τις ανάγκες είναι βασικά: ασφάλεια, διαθεσιμότητα, δυνατότητα συντήρησης, αξιοπιστία, ευκολία χρήσης, οικονομία (τιμή) και το περιβάλλον. Η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται συχνά ως συστατικό της ποιότητας, επομένως οι πρακτικές που στοχεύουν στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών γενικά οδηγούν σε βελτίωση της συνολικής ποιότητας της περίθαλψης. (Murphy & Yates, 2009). Στον σημερινό κόσμο υπάρχει μόνο ένα βασικό σημείο εστίασης για τα τους οργανισμούς: ο πελάτης, επομένως η ποιότητα ορίζεται από τους πελάτες και μόνο οι οργανισμοί που εστιάζουν στις απαιτήσεις των πελατών τους θα επιβιώσουν στο μέλλον (Angelova & Zekiri, 2011). Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση στη διαπίστευση νοσοκομείων ή ιδρυμάτων υγείας, καθώς και στην πιστοποίηση των εργαστηρίων. Ωστόσο, η διαπίστευση από μόνη της δεν διασφαλίζει ποιότητα, αλλά εγγυάται ότι τα ιδρύματα υγείας πληρούν τα ελάχιστα πρότυπα όσον αφορά τη δομή, τις εσωτερικές διαδικασίες και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης (Viswanathan & Salmon, 2000). Η παρακολούθηση των δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που διαχειρίζονται οι δομές υγείας με κριτήρια προσανατολισμένα στη συνεχή βελτίωση, αποτελούν τη βάση για να έχουμε μια εικόνα της δέσμευσης των οργανισμών όχι μόνο για συμμόρφωση, αλλά και για

δέσμευση (Rubery et al., 2002). Συνολικά, παρά τις κοινές προσπάθειες για τη ρύθμιση της ποιότητας της περίθαλψης, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους τρόπους καθορισμού και αξιολόγησης της ποιότητας στα νοσοκομεία. Η παρούσα εργασία θα εξετάσει την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών, για την διαμόρφωση μιας διαχειριστικής προσέγγισης στην ανάπτυξη της ποιότητας στην οποία ο πελάτης ή ο ασθενής είναι ο κεντρικός άξονας, καθώς είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους.

## Θεωρητικό Μέρος

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

#### 1.1 Η ποιότητα στον κλάδο της Υγείας

Η έννοια της ποιότητας της περίθαλψης ορίζεται με διαφορετικούς τρόπους. Ωστόσο, όλοι οι ορισμοί ενσωματώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές και οι δομές υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ατόμου και του πληθυσμού προκειμένου να διασφαλίσουν την ευημερία τους, όσο το δυνατόν περισσότερο. Υπάρχουν ορισμένες σημαντικές εκτιμήσεις σχετικά με τον όρο ποιότητα που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Αρχικά, η ποιότητα δεν είναι συνώνυμη με την πολυτέλεια ή την πολυπλοκότητα, αλλά, αντίθετα, πρέπει να είναι ίδια σε όλα τα επίπεδα φροντίδας. Δεύτερον, δεν είναι ένας απόλυτος όρος αλλά μάλλον μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης. Τέλος η ποιότητα σε κάθε κλάδο, είναι μια αντικειμενική και μετρήσιμη ποιότητα. Επίσης, δεν εξαρτάται από μια ομάδα ανθρώπων αλλά περιλαμβάνει ολόκληρο τον οργανισμό (Bailey et al., 2019). Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για την έννοια της ποιότητας που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας. Μερικοί από αυτούς είναι οι κάτωθι:

«Επαρκείς επιδόσεις σε παρεμβάσεις που θεωρούνται ασφαλείς, εντός της εμβέλειας των εν λόγω κοινωνιών και έχουν την ικανότητα να έχουν αντίκτυπο στη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, την αναπηρία και τον υποσιτισμό» (Nici et al., 2006).

«Η ποιότητα της τεχνικής φροντίδας συνίσταται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας με τέτοιο τρόπο ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη της για την υγεία χωρίς ταυτόχρονα να αυξάνονται οι κίνδυνοι της. Ο βαθμός ποιότητας είναι, επομένως, το σημείο στο οποίο η παρεχόμενη φροντίδα αναμένεται να επιτύχει την πιο ευνοϊκή ισορροπία κινδύνων και οφελών» (McLaughlin & Kaluzny, 2004).

«Ποιότητα είναι να κάνεις το σωστό με τον σωστό τρόπο την πρώτη φορά και να το κάνεις καλύτερα την επόμενη φορά, εντός των περιορισμών των υπαρχόντων πόρων και προς ικανοποίηση της κοινότητας.» (Atkinson, 1999).

«Ποιότητα σημαίνει η παροχή αποτελεσματικής απάντησης σε προβλήματα υγείας ή καταστάσεις που επηρεάζουν έναν πληθυσμό και τα άτομα του και συνεπάγεται την

ικανοποίηση των ασθενών, των οικογενειών και της κοινότητας με αυτές τις υπηρεσίες.» (Sitzia & Wood, 1997).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει: «η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι να διασφαλίζει ότι κάθε ασθενής λαμβάνει το πακέτο υπηρεσιών διαγνώσεων καθώς και θεραπείες καταλληλότερες για την επίτευξη βέλτιστης υγειονομικής περίθαλψης, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες και τις γνώσεις του ασθενούς και της ιατρικής υπηρεσίας ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο κίνδυνο ιατρικών επιπτώσεων και μέγιστη ικανοποίηση του ασθενούς από τη διαδικασία». (WHO, 2022)

Ο Avedis Donabedian πρότεινε το 1992 έναν ορισμό της ποιότητας φροντίδας που διατυπώνεται ως εξής: «Ποιότητα φροντίδας είναι εκείνη που αναμένεται να παρέχει στο χρήστη το μέγιστο επίπεδο ευεξίας μετά την αξιολόγηση του ισοζυγίου κερδών και ζημιών που μπορούν να συνοδεύσουν τη διαδικασία σε όλα της τα μέρη». (Donabedian A, 1992).

Η Τυποποίηση (ISO) όρισε ότι: «Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας πληροί τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκε» (Arrieta, 2011).

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως: «Η συνολική ικανοποίηση των αναγκών εκείνων που χρειάζονται περισσότερο την υπηρεσία, με το χαμηλότερο κόστος του οργανισμού και εντός των ορίων που έχουν τεθεί». Η ποιότητα της υπηρεσίας ορίζεται, ως «Ιδιότητα ή σύνολο ιδιοτήτων εγγενών σε κάτι, που επιτρέπουν να κριθεί η αξία του» (Campagna & De Nitto Persone 2008).

Ο Hoyer αναφέρει: «Η ποιότητα πρέπει να ορίζεται ως προσαρμογή στις προδιαγραφές και όχι ως καλοσύνη ή αριστεία» (Hoyer et al., 2001). Ο καθορισμός της ποιότητας δεν είναι εύκολος. Στην πράξη, όπως το θέτει ο R. Schonberger, «η ποιότητα είναι σαν την τέχνη· όλοι την επαινούν, όλοι την αναγνωρίζουν όταν τη βλέπουν, αλλά ο καθένας έχει τον δικό του ορισμό για το τι είναι» (Schonberg, 1987).

Ο Μοντγκόμερι το ορίζει ως «ο βαθμός στον οποίο τα προϊόντα ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ανθρώπων που τα χρησιμοποιούν» (Montgomery et al., 1984). Στον τομέα της υγείας, ο Donabedian συστηματοποίησε το 1966 την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης θεωρώντας την ως μια τριάδα που αποτελείται από «τη

δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα», σηματοδοτώντας την εννοιολογική και μεθοδολογική εξέλιξη του όρου στον τομέα της υγείας (Lenzi et al., 2020).

Η ποιότητα ως σύνολο προϋποθέσεων για τη βελτίωση της εκπλήρωσης μιας δραστηριότητας, εστιάζει σε ροές που ωφελούν την εμπειρία του χρήστη, επομένως, η ύπαρξη επαγγελματιών που γνωρίζουν για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση δραστηριοτήτων που έχουν σχεδιαστεί για τη βελτίωση αυτού του τομέα είναι ολοένα και πιο σημαντική (Bhuiyan & Baghel, 2005).

Από την άποψη της διαχείρισης, η συνολική ποιότητα συνεπάγεται ποιότητα σε όλες τις διαδικασίες, ποιότητα προϊόντος και ικανοποίηση πελατών ή χρηστών. Σε αυτό το πλαίσιο, η ποιότητα περιλαμβάνει όλες τις λειτουργίες και τις δραστηριότητες του οργανισμού και περιλαμβάνει και δεσμεύει τη συμμετοχή όλων των ανθρώπων στον οργανισμό, η ποιότητα είναι ιδέα και προσπάθεια όλων, με άλλα λόγια, η ποιότητα είναι στη φιλοσοφία του συνόλου (Lengnick-Hall, 1996).

Μια πτυχή που δεν αναφέρεται όταν μιλάμε για τη φιλοσοφία της συνολικής ποιότητας είναι η ηθική. Καθώς ο κεντρικός άξονας είναι ο πελάτης, οι ηθικές ή ηθικές εκτιμήσεις, πιθανώς ενσωματώνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του πελάτη, καθώς, αναμφίβολα, αυτές θα διαφέρουν ανάλογα με τη θρησκεία που ομολογεί, τις πεποιθήσεις και τις παραδόσεις ή τους κανόνες ηθικής που διέπουν τη ζωή του πελάτη (Besterfield et al, 2014). Δύο παράγοντες εμπλέκονται θεμελιωδώς στην ικανοποίηση των χρηστών: η προσδοκία και η εμπειρία, η διαφορά μεταξύ των δύο μας δίνει ως αποτέλεσμα τον βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των χρηστών. Όμως, και στους δύο παράγοντες επηρεάζονται οι αξίες που έχει ο πελάτης. Υπό αυτή την έννοια, ο βαθμός ικανοποίησης ενός πελάτη που έρχεται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο είναι διαφορετικός από αυτόν ενός ασθενούς που έρχεται συνεχώς στο νοσοκομείο (Shokouhyar et al., 2020). Ομοίως, είναι απαραίτητο να διατηρηθούν η δομή, οι εσωτερικές διαδικασίες και τα αποτελέσματα εντός διεθνώς αποδεκτών προτύπων. Αυτό συνεπάγεται συμμετοχή και εκπαίδευση όλου του προσωπικού του ιδρύματος και φυσικά διάθεση προϋπολογισμού. Ο όρος «δομή» περιλαμβάνει τα σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά των παρόχων φροντίδας, τα εργαλεία και τους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους, καθώς και τις φυσικές τοποθεσίες όπου εργάζονται (Reiling et al., 2008). Περιλαμβάνει επίσης τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, τη διανομή και τα επαγγελματικά προσόντα, καθώς και τον

αριθμό, την προικοδότηση και τη γεωγραφική θέση των συσκευών βοήθειας, την προέλευση της χρηματοδότησης, την επίσημη και άτυπη οργάνωση της παροχής των υπηρεσιών και την ανταποδοτικότητα του συστήματος. Η εξέταση της δομής της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί μια έμμεση μέθοδο μέτρησης της ποιότητας της παροχής περίθαλψης, με βάση την υπόθεση ότι η ποιότητα των μέσων που διατίθενται για την παροχή της υπηρεσίας καθορίζει την ποιότητά της. Η «διαδικασία» αναφέρεται στον τρόπο οργάνωσης, σχεδιασμού, σχεδιασμού και παροχής μιας συγκεκριμένης φροντίδας σε έναν ασθενή (Pol & Thomas, 2001). Επίσης, βασίζεται στην υπόθεση ότι ένα καλό αποτέλεσμα είναι πιο πιθανό να επιτευχθεί εάν εφαρμοστεί η διαθέσιμη γνώση και τεχνολογία με ορθολογικό και προγραμματισμένο τρόπο. Με αυτόν τον τρόπο, στόχος είναι να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η μεταβλητότητα της κλινικής πρακτικής, αποφεύγοντας διαφορές στην καθιέρωση μιας θεραπευτικής ένδειξης, στο χρονοδιάγραμμά της, σε όλη την επόμενη διαδικασία ή στους διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης του ίδιου προβλήματος (Hollnagel et al., 2015). Οι υπηρεσίες υγείας, όπως κάθε εταιρεία, πρέπει να αντιμετωπίσουν διάφορες προκλήσεις, πιέσεις, απειλές, προκειμένου να διατηρήσουν και να αναπτύξουν την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Πρέπει να γνωρίζουν πώς να προσαρμόζουν τις κύριες επιχειρηματικές μεταβλητές (καθήκοντα, τεχνολογίες, οργανωτική δομή, άτομα και εξωτερικό περιβάλλον) σε διαφορετικές καταστάσεις όπως: η εμφάνιση νέων τεχνολογιών, η παγκοσμιοποίηση, οι πολιτικές αλλαγές και οι αλλαγές στη γνώση (Buchanan & Huczynski, 2019).

Το 1912, στις Ηνωμένες Πολιτείες, δημιουργήθηκαν τα πρώτα ελάχιστα πρότυπα επαγγελματικής απόδοσης που πρέπει να πληρούν τα μέλη του Κολλεγίου των Χειρουργών στα νοσοκομεία και, έκτοτε, έχουν ενσωματωθεί και άλλα κριτήρια που καλύπτουν ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το ενδιαφέρον προκύπτει από την αποδοχή των αλλαγών που ήταν σχετικά επιτυχημένες στη βιομηχανική γραφειοκρατία, τις ίδιες που υιοθέτησαν τα νοσοκομεία στα τέλη του 19ου αιώνα και τα πρώτα 30 χρόνια του 20ού αιώνα (Wright, 2017). Ωστόσο, στις αρχές της δεκαετίας του 1970, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το ενδιαφέρον για τη διασφάλιση της ποιότητας πηγάζει από την ευθύνη που αποκτά ο γιατρός με τον ασθενή του, να αναζητούν το καλύτερο για αυτόν (αρχή της ευεργεσίας). Υπό αυτή την έννοια επίσης, η ανησυχία για την ποιότητα συνδέεται επί

του παρόντος με τη μείωση της περιττής μεταβλητότητας στις διαδικασίες διάγνωσης, θεραπείας και φροντίδας (Lohr, 1990).

Οι παράμετροι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να καθορίζονται από την επιστημονική κοινότητα, τον επαγγελματία, τον ασθενή και την κοινωνία (Zemlo et al., 2000). Ένας δείκτης είναι ένα εργαλείο για τη μέτρηση ενός αποτελέσματος υγείας όπως το ποσοστό νοσοκομειακών λοιμώξεων σε ένα ιατρείο, το ποσοστό ιχνηλασιμότητας της εκτίμησης του πόνου που βρέθηκε στο αρχείο του ασθενούς ή η οργάνωση δομών όπως ο χρόνος αναμονής στο δωμάτιο έκτακτης ανάγκης, που το καθιστά δυνατό να εκτιμήσει με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο την ποιότητα της περίθαλψης και τις διακυμάνσεις της σε χρόνο και χώρο (Tanwar et al., 2022).

Οι παράμετροι ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι διαφορετικές, ανάλογα με τη λειτουργική θέση που έχουν οι άνθρωποι μέσα στο σύστημα υγείας. Επομένως, η έννοια της ποιότητας για τον γιατρό, τον ασθενή, τον χειριστή, τον πολιτικό, τον εργαζόμενο, τον εργοδότη κ.λπ. δεν είναι ίδιες, οδηγώντας σε μεγάλη ποικιλία παραμέτρων ποιότητας, με συνακόλουθη θεωρητική και μεθοδολογική δυσκολία στη σύγκριση ή τη συμπλήρωσή τους για την επίτευξη ενός ενιαίου και έγκυρου δείκτη (Mosadeghrad, 2014).

Οι διάφορες παραμέτροι ποιότητας, θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις τύπους ως:

α) Επιστημονική-τεχνική ποιότητα (η οποία κρίνεται σε σχέση με τις τεχνικές και επιστημονικές προόδους που ήταν διαθέσιμες εκείνη την εποχή και με βάση την επαγγελματική κρίση).

β) Λειτουργική ποιότητα (είναι η φροντίδα που παρέχεται όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής ή η οικογένειά του).

γ) Εταιρική ποιότητα (για παράδειγμα, η εικόνα που μεταφέρεται από ένα κέντρο υγείας, που κρίνεται από τους ασθενείς, τους συγγενείς τους, τους πιθανούς ασθενείς και τους ίδιους τους επαγγελματίες, και η οποία επηρεάζει τα άλλα στοιχεία ποιότητας).

δ) Διαχείριση ποιότητας (που είναι ένα σύνολο οργανωτικών τεχνικών που στοχεύουν στην απόκτηση των υψηλότερων επιπέδων ποιότητας σε ένα ίδρυμα (Joss, 1998).



Άλλες έννοιες που σχετίζονται με την ποιότητα είναι η συνολική ποιότητα και ο ποιοτικός έλεγχος. Ο ποιοτικός έλεγχος αναφέρεται στις διαδικασίες που σχετίζονται με τον έλεγχο της συμμόρφωσης του προϊόντος σε σχέση με τις προδιαγραφές σχεδιασμού του. Ο στόχος των ενεργειών ποιοτικού ελέγχου είναι να εντοπιστούν οι αιτίες της μεταβλητότητας για να καθιερωθούν μέθοδοι διόρθωσης και πρόληψης για να διασφαλιστεί ότι τα κατασκευασμένα προϊόντα πληρούν τις προδιαγραφές σχεδιασμού (Mitra,2016). Τώρα, όταν η ποιότητα ενσωματώνεται σε όλες τις φάσεις της διαδικασίας και συμμετέχουν όλοι οι επαγγελματίες που εμπλέκονται σε αυτές, επιδιώκοντας να βελτιώνουν τις διαδικασίες μέρα με τη μέρα, τότε μιλάμε για Ολική Ποιότητα (Oakland, 2014). Οι αρχές της συνολικής ποιότητας περιλαμβάνουν: υποδειγματικότητα διαχείρισης, μέριμνα για συνεχή βελτίωση, συμμόρφωση όλων των επαγγελματιών, αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού για εισαγωγή και κοινή χρήση των αξιών που ενδιαφέρουν τη βελτίωση, αξιολόγηση και ποιοτικό σχεδιασμό, ταχεία ροή πληροφοριών, ενσωμάτωση της άποψης του πελάτη και σημασία του εσωτερικού πελάτη (Zink,2012). Για την ανάλυσή του ο Donabedian προτείνει τρεις διαφορετικές απόψεις ανάλογα με το ποιος ορίζει:

- Απόλυτη ποιότητα: Αυτή η έννοια δεν υποδηλώνει ότι είναι το σημείο όπου δύναται να ανακουφίσει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για αυτό, με βάση την έννοια της υγείας-ασθένειας.
- Εξατομικευμένη ποιότητα: Αυτή η έννοια, σύμφωνα με τον Donabedian, ο ασθενής θα ορίσει την ποιότητα από όλες τις πλευρές, τόσο του κόστους όσο και του μέρους στο οποίο η φροντίδα λαμβάνεται, με γνώμονα την ατομική προοπτική, λαμβάνοντας υπόψη ότι είναι ο ασθενής και μερικές φορές η οικογένεια που ορίζει είτε αποδέχονται είτε όχι τις διαδικασίες που πρέπει να γίνουν, γι' αυτό πρέπει να εφαρμόζεται η έννοια της συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση, σε κάθε διαδικασία.
- Κοινωνική ποιότητα: Σε αυτή την έννοια, μας γνωστοποιεί ότι η εταιρεία ή το ίδρυμα πρέπει να αναζητήσει ποιοτικές υπηρεσίες για ολόκληρη την κοινότητα λαμβάνοντας υπόψη τον ορισμό κόστους-οφέλους (Starfield, 2009).

## 1.2 Η ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή ορίζεται ως «φροντίδα που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες του ασθενούς και διασφαλίζει ότι αυτές καθοδηγούν τη λήψη κλινικών αποφάσεων». Αυτή η προσέγγιση μοιάζει περισσότερο με μια συνεργασία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς και των οικείων του (Sidani et al., 2006). Αυτό απαιτεί καλή επικοινωνία, ακρόαση, προβληματισμό και ανταλλαγή μεταξύ του ασθενούς και του φροντιστή. Η μέτρηση αυτής της διάστασης της ποιότητας της περίθαλψης βρίσκεται ακόμη σε αρχικό στάδιο και αποτελεί αντικείμενο πολλών ερευνών. Σχετίζεται με την αναγνώριση των αναγκών, των επιθυμιών και των προτιμήσεων του ασθενούς, με την ποιότητα της επικοινωνίας με τον επαγγελματία φροντίδας, που προϋποθέτει μια σειρά από δεξιότητες από την πλευρά του, όπως ακρόαση, ικανότητα να δίνει εξηγήσεις, να χαρακτηρίζεται από ευγένεια προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, παρέχοντάς τους την ευκαιρία να διαχειριστούν τη φροντίδα τους και να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές τους (Angelova & Zekiri, 2011). Ωστόσο, η μέτρηση του κατά πόσο η φροντίδα είναι επικεντρωμένη στον ασθενή είναι μια πραγματική πρόκληση. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να οριστεί η ποιότητα από διαφορετικές οπτικές γωνίες, άλλες φορές από λειτουργική άποψη και άλλες μέσω της ανάλυσης των συστατικών της. Στους ορισμούς του λειτουργικού τύπου επισημαίνεται ότι οι υπηρεσίες πρέπει να έχουν ένα σύνολο χαρακτηριστικών: τεχνικών και ανθρώπινων που προσαρμόζονται στις ανάγκες υγείας των ασθενών για την επίτευξη των επιδιωκόμενων ή αναμενόμενων στόχων υγείας (Scott et al., 2003). Όσον αφορά τους ορισμούς που ορίζουν την ποιότητα με βάση την ανάλυση των διαφορετικών συστατικών της, πιθανώς ο συγγραφέας που αναφέρεται περισσότερο είναι ο Palmer (1983), για τον οποίο τα στοιχεία της ποιότητας της φροντίδας είναι:

- **Επιστημονική-τεχνική ποιότητα:** ικανότητα του επαγγελματία να χρησιμοποιεί με ιδανικό τρόπο τις πιο προηγμένες γνώσεις και πόρους που έχει στη διάθεσή του για να παράγει υγεία και ικανοποίηση στον εξυπηρετούμενο πληθυσμό. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ικανότητα του τόσο ως προς την αυστηρή πτυχή της τεχνικής δεξιότητας, όσο και ως προς τη διαπροσωπική σχέση που δημιουργείται μεταξύ του επαγγελματία και του ασθενούς.

- Προσβασιμότητα: ευκολία με την οποία οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να λαμβάνονται δίκαια από τον πληθυσμό, σε σχέση με οργανωτικές, οικονομικές, πολιτιστικές δυσκολίες κ.λπ.
- Αποτελεσματικότητα: βαθμός στον οποίο η υγειονομική περίθαλψη καταφέρνει να επιφέρει βελτίωση στο επίπεδο υγείας του ασθενούς ή του πληθυσμού, υπό πραγματικές συνθήκες εφαρμογής.
- Αποδοτικότητα: βαθμός με τον οποίο είναι δυνατό να επιτευχθεί το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ποιότητας με ορισμένους πόρους. Συσχετίζει τα αποτελέσματα με το κόστος που δημιουργείται, τόσο για τον πάροχο υπηρεσιών, (ίδρυμα) όσο και για τον ασθενή.
- Ικανοποίηση ή αποδοχή: βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα ικανοποιεί τις προσδοκίες του χρήστη (Palmer,1983).

Η απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αξιολογείται τακτικά για να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητά του. Όπως αναφέρει ο Donabedian, η ποιότητα στην υγεία είναι «η ιατρική περίθαλψη που παρέχεται ως θεραπεία από έναν επαγγελματία υγείας σε ένα σαφώς διαπιστωμένο επεισόδιο ασθένειας, σε έναν δεδομένο ασθενή, από το οποίο προέρχονται δύο πτυχές: το πρώτο, ως τεχνική φροντίδα, που είναι η εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την επίλυση ενός προβλήματος υγείας, και το δεύτερο, ως διαπροσωπική σχέση, που είναι κοινωνική, πολιτιστική και οικονομική αλληλεπίδραση μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς» (Donabedian, 2005). Η γνώση της γνώμης του ασθενούς για τις υπηρεσίες που λαμβάνει είναι ένας τρόπος βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και της εικόνας του ίδιου του νοσοκομείου (Leonard et al., 2004). Η ικανοποίηση των χρηστών και το αποτέλεσμα της υγειονομικής περίθαλψης, είναι ένα χρήσιμο μέτρο της ποιότητας. Η σχέση γιατρού-ασθενούς είναι σημαντική ως κριτήριο της πράξης περίθαλψης, ως αντανάκλαση της ικανοποίησης και, ως εκ τούτου, της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας (Duggirala et al., 2008). Επίσης, η συναίνεση είναι θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ασθενή και, ως εκ τούτου, η εφαρμογή της εγγυάται μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών και, ταυτόχρονα, υψηλότερη ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Stanberry, 2017).

### 1.3 Μεταρρυθμίσεις και ποιότητα Υγείας

Σημαντικό στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας που απαιτεί επαγρύπνηση και έλεγχο είναι οι υπηρεσίες που διενεργούνται σε κλινικά εργαστήρια, αφού σε αυτούς τους χώρους παρέχεται μια διαγνωστική υποστήριξη στην οποία μεγάλο μέρος της επιτυχίας της βασίζεται στην κλινική πρακτική (Cohen et al, 2010). Είναι σημαντικό να αποτυπωθεί η ποικιλία των στόχων και των πεδίων δράσης που περιλαμβάνουν αποτελεσματικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Ο ορισμός σκοπεύει να παράσχει ένα εννοιολογικό σχήμα που μπορεί περιλαμβάνει μια ποικιλία προσεγγίσεων ανά χώρα (Jennings, 1993). Η μεταρρυθμιστική διαδικασία επιδιώκει να καθορίσει στόχους, στρατηγικές και συγκεκριμένο περιεχόμενο σε κάθε χώρα. Η μεταρρύθμιση του τομέα υγείας είναι μία διαδικασία που φιλοδοξεί να αλλάξει ουσιαστικά τις πολιτικές, τα προγράμματα και τις εθνικές διαδικασίες μέσω αλλαγής προτεραιοτήτων, νόμων, κανονισμών, διοικητικών δομών και οργανωτικών και οικονομικών διαχειρίσεων του τομέα υγείας (Franco et al., 2002). Οι κεντρικοί στόχοι συχνά επιδιώκουν να βελτιώσουν την πρόσβαση, την δικαιοσύνη, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την βιωσιμότητα του κλάδου. Η μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας είναι μια σκόπιμη και προγραμματισμένη δράση που στοχεύει στην επίτευξη μόνιμων αλλαγών, μακροπρόθεσμα. Δεν αποτελεί επείγουσα ή ad hoc δράση, καθώς επιδιώκει να λύσει τα βασικά προβλήματα του συστήματος υγείας μιας χώρας και εμπλέκει πολλούς παράγοντες, ιδρύματα και συμμετέχοντες (Rigoli & Dussault, 2003). Σύμφωνα με το άρθρο που δημοσιεύτηκε το 2018 αναφέρεται ότι *«Η χρηματοδότηση του τομέα υγείας στην Ελλάδα υπέστη σημαντικές μεταβολές, προβάλλοντας τις αδυναμίες του ακόμη περισσότερο και καθιστώντας όσο ποτέ άλλοτε επιτακτική την ανάγκη για αποτελεσματική χρήση των πόρων, μέσω μεταρρυθμίσεων. Τα εν λόγω μέτρα εξοικονόμησαν δημόσιους πόρους, όμως εξουθένωσαν τους εργαζόμενους καθώς η προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε λόγω της οικονομικής κατάστασης, ενώ όλο και λιγότερο προσωπικό καλείται να αντεπεξέλθει σε μεγαλύτερο όγκο εργασίας, εγείροντας ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του συστήματος υγείας»* (Μπακόλα et al., 2018). Αντίθετα τα τελευταία χρόνια, πολλές κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο έχουν αναλάβει εκτενείς πρωτοβουλίες για την εφαρμογή και για τη μεταρρύθμιση των τομέων υγείας τους. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις είναι συχνά εστιασμένες σε μέσα για τη βελτίωση της πρόσβασης, της ισότητας, της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας των υπηρεσιών και των

συστημάτων υγείας (Palmer et al., 2004). Αυτές οι πρωτοβουλίες περιλαμβάνουν συζητήσεις για τις λειτουργίες που εκτελούνται από τον αντίστοιχο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, τους στόχους του συστήματος υγείας και τα σχετικά πλεονεκτήματα της θεραπευτικής και προληπτικής ιατρικής και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Κατά την ανάπτυξη αυτών των μεταρρυθμιστικών κινήσεων, μέρος της εργασίας ήταν η ταύτιση των προβλημάτων που επηρεάζουν την απόδοση του συστήματος υγείας, τα αίτια μιας κατάστασης κακής υγείας και συγκεκριμένες στρατηγικές και τεχνικές για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων (Roemer, 1993). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επίσης αφιερώσει σημαντικές προσπάθειες για την ανάπτυξη εννοιολογικών σχημάτων, που επιτρέπουν την αξιολόγηση της αποκέντρωσης, της μεταρρύθμισης της χρηματοδότησης της υγείας και άλλα θέματα που σχετίζονται με τη χρήση δεικτών για τη μεταρρύθμιση της υγείας (Saltman & Figueras, 1998). Οι κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής είναι οδηγίες που αναπτύσσονται συστηματικά για να βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς και τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων, με στόχο την επίτευξη επαρκούς φροντίδας για συγκεκριμένες περιστάσεις υγείας-ασθένειας (Parish et al., 2021). Οι κατευθυντήριες οδηγίες αυτές, είναι μια προσπάθεια σύνθεσης ενός μεγάλου όγκου γνώσεων. Υποθέτουν ότι με τη συστηματική μέτρηση των αποτελεσμάτων και της αναθεώρησης της θεραπείας που προηγήθηκε, μπορεί να καθοριστεί ως η βέλτιστη θεραπεία (Petticrew & Roberts, 2008). Για τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας, δεν υπάρχει πάντα σαφήνεια σχετικά με τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των διαφορετικών τύπων μεταρρυθμιστικών στρατηγικών, των τύπων μεταρρυθμίσεων του τομέα της υγείας (Franco et al., 2002). Υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με τους καταλληλότερους τρόπους μέτρησης των αποτελεσμάτων που παράγονται από πρωτοβουλίες μεταρρύθμισης του τομέα της υγείας, για την παρακολούθηση των επιπτώσεων των αλλαγών των πολιτικών προκειμένου να προσδιοριστεί εάν επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα ή να δημιουργηθεί ένα σύνολο γνώσης που μπορεί να βοηθήσει στην καθοδήγηση των μεταρρυθμίσεων για την καλύτερη ανταπόκριση στους στόχους (Ferlie & Shortell, 2001). Υπάρχει συναίνεση και σχετικά ισχυρή εμπειρία αξιολόγησης σχετικά με ότι έχει να κάνει με την μέτρηση των στόχων και των δεικτών, για διάφορα ειδικά προγράμματα και υπηρεσίες υγείας για τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας που επιδιώκει να βελτιώσει την απόδοση ολόκληρου του συστήματος. Διάφοροι δείκτες για την απόδοση του συστήματος

έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες ενώ ορισμένοι από αυτούς έχουν εφαρμοστεί σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (LaFond et al., 2002). Όμως υπάρχει πολύ λιγότερη συναίνεση σε τεχνικό ή πολιτικό επίπεδο σε σχέση με τους κατάλληλους δείκτες που θα πρέπει να εφαρμόζονται σε αυτές τις χώρες. Η αξιολόγηση και η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων παρουσιάζει πολλαπλές δυσκολίες, ιδίως λόγω των σπάνιων πληροφοριών που είναι διαθέσιμες στην πράξη για αυτά, όταν δεν είναι βέλτιστα, επίσης λόγω της εγγενούς δυσκολίας μέτρησης της «υγείας» και λόγω της ανεπαρκούς πληροφόρησης (Sánchez et al., 2009). Μεταξύ των δεικτών που περιλαμβάνονται σε αυτόν τον οδηγό δεν είναι όλοι αυτοί που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος υγείας. Αρκετοί από αυτούς τους δείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση περισσότερων από μία διαστάσεων στην απόδοση του συστήματος υγείας (Kruk & Freedman, 2008). Οι δείκτες είναι κυρίως συνεχείς ή ενδιάμεσες μετρήσεις, όπως αριθμητικές τιμές ή ποσοστά, όπως το κόστος ανά εισαγωγή στο νοσοκομείο, το ποσοστό των επισκέψεων των εξωτερικών ασθενών που παραπέμπονται από τον ιδιωτικό τομέα, το ποσοστό των κρατικών δαπανών για την υγεία, προσανατολισμένη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το ποσοστό των επαφών με ασθενείς όπου η θεραπεία που έλαβαν είναι συνεπής με τα εθνικά διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα, συμπεριλαμβανομένων αυτών των κατευθυντήριων αρχών για την αλληλεπίδραση χρήστη-παρόχου (Starfield, & Shi, 2002). Οι προσπάθειες ταξινόμησης ή κατάταξης των δεικτών απόδοσης του συστήματος υγείας σύμφωνα με ενιαία πρότυπα είναι σε μεγάλο βαθμό πρόωρες και σε πολλές περιπτώσεις σχετίζεται με διάφορα κριτήρια για τους στόχους του συστήματος υγείας (World Health Organization, 2000). Αυτό επιτυγχάνεται με τον εντοπισμό βασικών δεικτών, τόσο διαχειριστικών όσο και κλινικών. Αυτοί οι δείκτες, χωρισμένοι σε δείκτες διαδικασίας, δομής και αποτελέσματος, πρέπει να μπορούν να μετρούν το επίπεδο απόδοσης που εκτελείται και την αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αυτό αφορά την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, του χρησιμοποιούμενου εξοπλισμού, της εκπαίδευσης και της ικανότητας του προσωπικού (Kruk et al., 2008).

## 1.4 Η διαφορά της μέγιστης ποιότητας από τη βέλτιστη ποιότητα

Είναι σημαντικό να διαφοροποιηθεί η έννοια της μέγιστης ποιότητας και της βέλτιστης ποιότητας. Το πρώτο μας λέει ότι πρέπει να παρέχουμε την καλύτερη εξυπηρέτηση ανεξάρτητα από το κόστος και ικανοποιώντας πλήρως τις προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών τους, όντας σαφές ότι τις περισσότερες φορές δεν μπορούν να εκπληρωθούν στο σύνολό τους επηρεάζοντας πολλούς παράγοντες. Από την άλλη πλευρά, η έννοια της βέλτιστης ποιότητας μας λέει ότι μια καλή υπηρεσία παρέχεται από τις συνθήκες του ιδρύματος ή από την διαδικασία στην οποία εισέρχεται ο ασθενής (Brown et al., 1998). Δεν είναι εύκολο να βρεθεί ένας γενικός, πραγματικός, εφαρμόσιμος και πρακτικός ορισμός της βέλτιστης ιατρικής περίθαλψης διότι: εξαρτάται από τον ασθενή, την εξέλιξη της νόσου, τις ασφαλείς διαγνωστικές μελέτες, τις σωστά προσανατολισμένες θεραπείες, τη διαχρονική παρακολούθηση, την κατοχή όλων των πληροφοριών, τη γνώση του ασθενή, την προσκόλληση του ασθενή στη θεραπεία, το περιβάλλον διαβίωσης, τις προηγούμενες θεραπείες, τη προαγωγή της επιστημονικής γνώσης και τη δυνατότητα εφαρμογής της (Papp, 2018). Η βέλτιστη ποιότητα θα δίνεται από το σημείο στο οποίο η σχέση μεταξύ του κόστους και του οφέλους της βοήθειας έχει μέγιστη αποτελεσματικότητα, λαμβάνοντας υπόψη ότι όσοι έχουν αποδώσει τις τιμές στο κόστος και το όφελος μπορούν να αντέξουν οικονομικά αυτόν τον βαθμό βοήθειας και το κόστος του (Matzler & Hinterhuber, 1998). Σε μια άμεση σχέση μεταξύ του προμηθευτή και του πελάτη, η βέλτιστη ποιότητα θα καθοριστεί από την εκτίμηση του πελάτη για τα οφέλη και την τιμή (Ritter & Walter, 2012).

Κατά τον καθορισμό του βαθμού βέλτιστης ποιότητας, ο Vuori εξετάζει μια νέα σχέση: αυτή που δημιουργείται μεταξύ ποιότητας και οφελών στις υπηρεσίες κοινής ωφέλειας (Vuori, 1980). Στην κατασκευή της καμπύλης που συσχετίζει αυτούς τους παράγοντες, λαμβάνεται υπόψη ο νόμος της φθίνουσας οριακής παραγωγικότητας των παραγόντων. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, όταν βελτιώνεται η ποιότητα, με μικρές αυξήσεις σε αυτήν, αποκομίζονται μεγάλα οφέλη, αλλά μετά από ένα σημείο η οριακή χρησιμότητα μειώνεται σε κάθε μία από τις διαδοχικές αυξήσεις ποιότητας (Frank et al., 2003). Υπάρχει μια τάση να λαμβάνεται μεγάλος όγκος πληροφοριών χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το κόστος και η οριακή χρησιμότητα τους. Από την άλλη, με κάποια συχνότητα, και για διάφορες αιτίες, οι πληροφορίες διπλασιάζονται, με την αντίστοιχη αύξηση των δαπανών και τη μείωση της ποιότητας της διαδικασίας

περίθαλψης. Η διεξαγωγή μιας διαγνωστικής εξέτασης που αυξάνει την αξιοπιστία της κλινικής γνώμης από, για παράδειγμα, 96% σε 99%, αλλά που δεν μεταφράζεται σε σημαντικές αλλαγές στη θεραπεία, προκαλεί αύξηση του κόστους φροντίδας χωρίς να έχει ευνοϊκή επίδραση στον ασθενή και, κατά συνέπεια, οδηγεί σε μείωση της ποιότητας (Anderson & Bausch, 2006). Ένα παράδειγμα αποτελεί όταν οι γιατροί δεν θεωρούν τις εργαστηριακές αναφορές από διαφορετικό κέντρο ως αξιόπιστες ή δεν έχουν τις ακτινολογικές πλάκες ενός ασθενούς που έχουν μεταφερθεί από άλλο νοσοκομείο και διατάσσουν την επανάληψή τους, χωρίς καν να τις έχουν αναλύσει ή αντιπαραβάλει, κάτι που θα παρακινούσε να μην επαναλάβουμε, αλλά να ζητήσουμε άλλες μελέτες. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει κόστος που υπερβαίνει το οριακό όφελος και προκαλεί μείωση της ποιότητας της περίθαλψης. Ομοίως, η αύξηση της κλινικής-διοικητικής πληροφόρησης χωρίς να οδηγεί σε σημαντικές βελτιώσεις στην υγειονομική περίθαλψη συνεπάγεται περιττό ποιοτικό κόστος. Προκειμένου να προσφερθούν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, αυτό που μετράει περισσότερο στη θεσμοθετημένη υγειονομική περίθαλψη πρέπει να πληροί τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: να είναι αποτελεσματικό, αποδοτικό, ασφαλές, επαρκές στη ζήτηση, διαθέσιμο, προσβάσιμο και να έχει χρονική και χωρική συνέχεια (Martel et al., 2018).

## Κεφάλαιο 2

### 2.1 Ικανοποίηση από την ποιότητας τη περίθαλψης

Στην υγειονομική περίθαλψη, το κάλεσμα είναι προς την κατεύθυνση του εξανθρωπισμού της και της προσφοράς υπηρεσιών υψηλότερης ποιότητας. Η έννοια της ποιότητας στην υγεία πρέπει να πλαισιώνεται σε πέντε θεμελιώδη στοιχεία: επαγγελματική αριστεία, αποτελεσματική χρήση των πόρων, ελάχιστος κίνδυνος για τον ασθενή, υψηλός βαθμός ικανοποίησης, τελικός αντίκτυπος στην υγεία (Mitchell et al., 2012). Ωστόσο, η ποιότητα της υγείας δεν περιορίζεται σε ένα ή μερικά από αυτά τα στοιχεία, συνεπάγεται αναγκαστικά την ενσωμάτωση στοιχείων τεχνικής φύσης καθώς και αντικειμενικών και υποκειμενικών διαδικασιών. Όλες οι επικαλύψεις έχουν ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση των χρηστών και την αποτελεσματικότητα του ιδρύματος υγείας. Μέρος της επιτυχίας των οργανισμών σήμερα συνίσταται στο να εστιάζουν στην ικανοποίηση των πελατών τους και να διασφαλίζουν ότι παραμένουν ευχαριστημένοι με την πάροδο του χρόνου. Αυτό επιτυγχάνεται με την εστίαση της προσοχής στην ποιότητα και τη σταδιακή αύξηση



του επιπέδου αποδοχής και ικανοποίησης των προϊόντων, υπηρεσιών ή αποτελεσμάτων που λαμβάνονται, όχι απαραίτητα ως προς τις προδιαγραφές, αλλά ως προς τα χαρακτηριστικά (Li et al., 2021). Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρει πολλά ιδρύματα υγείας παγκοσμίως, καθώς αποτελεί θεμελιώδες μέρος των υπηρεσιών που παρέχονται στον ασθενή. Για το λόγο αυτό, η συμμετοχή των χρηστών είναι καθοριστική για την καθιέρωση διαδικασιών βελτίωσης και μετρήσεων της αντιληπτής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Compton et al., 2019). Η ικανοποίηση του ασθενούς ή του χρήστη υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, αλλά έχει σχέση εξάρτησης της προσοχής που δίνεται με τις αξίες και τις προσδοκίες των χρηστών, καθορίζοντας σε μεγάλο βαθμό τον βαθμό χρήσης των υπηρεσιών, και ειδικότερα, την τήρηση της θεραπείας και των επιτευχθέντων αποτελεσμάτων (Owens & Batchelor, 1996). Ομοίως, τα δεδομένα ενσωματώνονται στην ανάλυση των στρατηγικών για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Ο ορισμός της ικανοποίησης θα είναι διαφορετικός, ανάλογα με το αν την κατανοούμε ως γενική ή περιορισμένη έννοια που αντικατοπτρίζει συγκεκριμένες πτυχές της εμπειρίας του χρήστη, λόγω της απόδοσης που δίνουν στις υπηρεσίες που λαμβάνουν, στην εκπλήρωση των θετικών προσδοκιών τους, στη σχέση με διάφορες πτυχές της υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένης και της προσωπικής αλληλεπίδρασης (Tummala & Tang, 1996). Σε κάθε περίπτωση, ένα βασικό συστατικό της ικανοποίησης είναι η εκπλήρωση των προσδοκιών, οι οποίες θεωρούνται ως η πιθανότητα που αντιλαμβάνεται ένα άτομο ότι ένα γεγονός θα συμβεί, όταν πολλά του ίδιου τύπου έχουν προηγουμένως συμβεί υπό παρόμοιες συνθήκες (Razinkina et al., 2018). Αν και η επιβεβαίωση των προσδοκιών είναι ένα πολύ περίπλοκο φαινόμενο και παρεμβαίνουν διάφοροι παράγοντες του ιστορικού του ατόμου, μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις τύποι προσδοκιών που χρησιμοποιούνται τη στιγμή που ο χρήστης αξιολογεί τις υπηρεσίες:

- Το ιδανικό στο αναμενόμενο.
- Το ελάχιστο στο χαμηλότερο αναμενόμενο επίπεδο
- Τι αναμένεται σε σχέση με την προηγούμενη εμπειρία
- Η αξία στο αναμενόμενο (Fitzpatrick et al., 1998).

Τα προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας πρέπει να επικεντρώνονται στον πελάτη, επειδή είναι κατανοητό ότι αυτά πρέπει να στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών τους. Αυτό προϋποθέτει ότι οι ασθενείς είναι λογικοί και ικανοί να κάνουν κατάλληλες επιλογές, εκπληρώνοντας έτσι την ηθική επιταγή της συμμετοχής τους στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Litvaj et al., 2022).

Η ικανοποίηση των χρηστών εξαρτάται από την επίλυση των προβλημάτων τους, το αποτέλεσμα της φροντίδας σύμφωνα με τις προσδοκίες τους, την προσωπική μεταχείριση που έλαβαν και τον βαθμό επικαιρότητας και φιλικότητας με την οποία παρεχόταν η υπηρεσία (Ferreira et al., 2021).

Η ικανοποίηση των χρηστών υγείας δεν είναι μόνο δείκτης αριστείας, είναι ακόμη περισσότερο, μέσο αριστείας. Η εφαρμογή του, ως δείκτη ποιοτικής αριστείας είναι δυνατή μόνο εάν ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:

1. Οι πολυπλοκότητες της διαδικασίας ικανοποίησης και οι θεσμικές πρακτικές που απορρέουν από αυτές. Ο προσανατολισμός της θεσμικής συμπεριφοράς (το νοσοκομείο), της ομάδας (οι υπηρεσίες) και του ατόμου (του εργαζόμενου, του ειδικού, του τεχνικού, μεταξύ άλλων) στη θεώρηση της ικανοποίησης.
2. Η εφαρμογή σωστής μεθοδολογίας που επιτρέπει την αξιολόγηση των διαφορετικών δεικτών ικανοποίησης με επιστημονικό, επαγγελματικό και χρήσιμο τρόπο.(Baig, 1995).

Η εξέλιξη και η επιτυχία της αξιολόγησης της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης έχουν επηρεάσει διάφορους τομείς που προσανατολίζονται στις προσωπικές υπηρεσίες των πληθυσμών και όχι μόνο στην προσφορά συγκεκριμένων προϊόντων (Martínez-Caro et al., 2018). Η αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης πρέπει να έχει τα χαρακτηριστικά της πληρότητας και της συστηματικότητας προκειμένου να είναι αξιόπιστη και έγκυρη, λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία κατάλληλα για τη φύση της υπηρεσίας, τόσο τη δομή όσο και τη διαδικασία και το αποτέλεσμα (Donabedian, 2005). Ομοίως, η αξιολόγηση της ικανοποίησης του χρήστη από την υπηρεσία πρέπει να ορίζει τα στοιχεία της σύμφωνα με την τριάδα που αναφέρεται παραπάνω. Η ανάπτυξη στρατηγικών και εργαλείων αξιολόγησης της ικανοποίησης συνεπάγεται επομένως την επιλογή συνιστωσών φροντίδας που καθορίζονται από τη φύση και την οργάνωση της υπηρεσίας που προσφέρεται σε ένα δεδομένο θεσμικό και πολιτιστικό

πλαίσιο (Hubbard, 2014). Εάν τα μέσα ικανοποίησης έχουν σχεδιαστεί χωρίς να έχουν γίνει ανάλυση των καθοριστικών στοιχείων της υπηρεσίας, είναι απαραίτητο να σημειωθεί η σημασία της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, κυρίως αυτών που παρέχονται σε θεσμικό περιβάλλον όπως τα κέντρα υγείας και τα ακαδημαϊκά-επαγγελματικά περιβάλλοντα, και να δημιουργηθούν μηχανισμοί βελτίωσης σε αυτά (Boscarino, 1992). Επίσης, έχουν αναπτυχθεί διαφορετικά πρότυπα που καθοδηγούν τις εταιρείες να εφαρμόζουν στρατηγικές που βελτιώνουν την ποιότητα της διαχείρισής τους, μέσω ελέγχων που επιδιώκουν συνεχή βελτίωση μέσω συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, που επιτρέπουν, μεταξύ άλλων, την παραγγελία τεκμηρίωσης, την αύξηση της αποτελεσματικότητας, τη μεγιστοποίηση της παραγωγής, τη μείωση σφαλμάτων, τη μείωση σπατάλης, τη μείωση επανεπεξεργασίας, τη χαρτογράφηση κινδύνων, μεταξύ άλλων πλεονεκτημάτων που οδηγούν σε έναν μεγάλο στόχο: αύξηση της ικανοποίησης των πελατών, αύξηση κερδών και σαφή ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην αγορά (Camilleri, 2018). Η μέθοδος για την διατήρηση των πελατών και την ανάπτυξη της ανταγωνιστικότητας είναι η ποιότητα της υπηρεσίας, η οποία προκύπτει από την διαφορά της προσδοκίας του πελάτη και τις αντιλήψεις σχετικά με την υπηρεσία που λαμβάνει (Rehman & Husnain, 2018). Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει πως η παροχή υπηρεσιών στην υγειονομική περίθαλψη και η σύνδεση με την ποιότητα, έχει άμεση συσχέτιση με την αύξηση των κερδών και το μερίδιο αγοράς της υγειονομικής μονάδας, καθώς λαμβάνει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση του ανταγωνισμού και στην αναγκαιότητα ικανοποίησης των ασθενών, όπου μέσα από τις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας προσφέρει (Sohail, 2003). Η ανάπτυξη τυπικών λειτουργικών διαδικασιών (SOP), συμπεριλαμβανομένων των κατάλληλων οργάνων καταγραφής, είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση της παροχής μιας ποιοτικής υπηρεσίας. Η εμφάνιση των υπηρεσιών αριστείας θέτει τους εμπλεκόμενους στην ανάγκη να αναζητήσουν και να υιοθετήσουν νέους τρόπους μέτρησης της ποιότητας και αξιολόγησης της απόδοσης. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ένα μέτρο αξιολόγησης της υγειονομικής περίθαλψης (Stevens et al., 2021).

Ο προσανατολισμός των υπηρεσιών στις απαιτήσεις όσων τις χρησιμοποιούν, είναι όλο και περισσότερο παρών στις προτάσεις επαγγελματιών, διευθυντών και σχεδιαστών στον τομέα της υγείας. Επί του παρόντος και από ρεύματα κοντά στο μάρκετινγκ, υπάρχουν προτάσεις για έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών με βάση

τη γνώμη των χρηστών που τις χρησιμοποιούν. Σε αυτή τη γραμμή, η ανάλυση της γνώμης των χρηστών ενσωματώνει την οπτική των πολιτών στο παγκόσμιο πλαίσιο αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας (Carvalho et al., 2019). Σε μελέτες που εξετάστηκαν για την ικανοποίηση και την ποιότητα, συμπεραίνεται ότι γενικά οι χρήστες είναι παγκοσμίως ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, αλλά όταν πηγαίνουν σε πιο συγκεκριμένα θέματα όπως η ενημέρωση, η θεραπεία ή η φιλικότητα, αυτή η ικανοποίηση μειώνεται. Λόγω του γεγονότος ότι υπάρχουν επί του παρόντος πολλοί ορισμοί της ποιότητας στην υγεία και ο τρόπος αντιμετώπισής της, αυτό έχει οδηγήσει στην εμφάνιση μιας ποικιλίας προσεγγίσεων για τη μέτρησή της (Li et al., 2020).

## 2.2 Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών

Η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τις υπηρεσίες υγείας μετρούμενη μέσω του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί σημαντικό άξονα αξιολόγησης του τρέχοντος συστήματος υγείας. Ως εκ τούτου, αυτή η έρευνα στοχεύει να παράσχει σχετικά δεδομένα που αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα κατάσταση των υπηρεσιών που παρέχονται από τους παρόχους υγείας, προκειμένου να διορθωθούν πιθανές ελλείψεις και να ενισχυθούν τα τρέχοντα δυνατά σημεία των υπηρεσιών υγείας (Asnawi et al., 2019). Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι προσανατολισμένες στις ανάγκες των ασθενών και έτσι να προσφέρουν νέες προσεγγίσεις και λύσεις στις απαιτήσεις των χρηστών. Η ποιότητα θεωρείται επίσης βασικός παράγοντας διαφοροποίησης και αριστείας των υπηρεσιών, καθώς τα κέντρα υγείας μπορούν να παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες, αλλά με διαφορετική ποιότητα, γεγονός που δημιουργεί ένα διακριτικό πλεονέκτημα για τους χρήστες (Nabelsi & Gagnon, 2017). Η ικανοποίηση από τη φροντίδα μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της αντίληψης που έχουν οι ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους και με τη σειρά τους να προσδιορίσουν ποια στοιχεία της φροντίδας καθορίζουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά τους, καθώς και την αντίληψη των ίδιων των παρόχων και τον προσδιορισμό των στοιχείων της εργασίας τους που επηρεάζουν την εργασιακή τους ικανοποίηση. Με τον ίδιο τρόπο, η διεξαγωγή αυτής της αξιολόγησης οδηγεί στο να μην αγνοείται η παγκόσμια προοπτική με όργανα με ισχυρή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Afrashtehfar et al., 2020). Ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται κυρίως από δύο διαφορετικούς παράγοντες, αρχικά την προσδοκία των

ασθενών για την υπηρεσία, όπου περιλαμβάνουν τα κοινωνικά και τα οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και δεύτερον τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους δηλαδή η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από τον βαθμό των οποίων επαληθεύονται οι προσδοκίες τους (Kalogeropoulou, 2011). Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας έχει καθοριστική επίδραση στον αριθμό των ικανοποιημένων ασθενών και συνεπώς στην πίστη του ασθενούς προς την μονάδα υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τη δυσκολία μέτρησης της αντίληψης των ασθενών, έχουν εντοπιστεί ορισμένοι δείκτες που βοηθούν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, μεταξύ των οποίων έχουμε: δείκτες αποτελεσματικότητας, που εκφράζουν την αντίληψη των ασθενών για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης με υπηρεσίες γενικές, εξειδικευμένες ή έκτακτης ανάγκης, μαθήματα επιλογής, την κλινική ποιότητα των παρεμβάσεων, την ικανοποίηση των προσδοκιών που δημιουργούνται και τη διατήρηση ή ανάκτηση της υγείας (Dayan et al., 2021). Το 1985 οι Parasuraman, Berry και Zeithaml ανέπτυξαν ένα εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που ονομάζεται SERVQUAL, εστιάζοντας στη μέτρηση του υπάρχοντος χάσματος μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών των χρηστών σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία (Parasuraman et al., 1993). Ο πελάτης θεωρεί ότι το ίδρυμα συμμορφώνεται κατά την παροχή των υπηρεσιών. Οι προσδοκίες ορίζονται ως το τι αναμένετε να είναι η υπηρεσία που παρέχεται από τον οργανισμό (Dovel et al., 2020). Το μοντέλο SERVQUAL μετρά την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνονται μέσω της ανάλυση των προσδοκιών και των αντιλήψεων των χρηστών με βάση πέντε διαστάσεις, οι οποίες είναι: διάσταση αξιοπιστίας, ευαισθησίας, ασφάλειας, ενσυναίσθησης και απτά αντικείμενα. Έχοντας υπόψη ότι οι έρευνες ικανοποίησης των χρηστών, απαιτούν μια σειρά από ψυχομετρικές ιδιότητες που τους εγγυώνται αξιοπιστία και εγκυρότητα, επομένως, είναι απαραίτητο να υπάρχουν επικυρωμένες έρευνες, αξιόπιστο και εύκολο μοντέλο στην εφαρμογή του για τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης και τον εντοπισμό των κύριων αιτιών δυσαρέσκειας των εξωτερικών χρηστών στις υπηρεσίες υγείας, που επιτρέπουν την υλοποίηση βελτιωτικών ενεργειών (Jhamb et al., 2020). Το Servqual επιτρέπει την ανάλυση τόσο ποσοτικών όσο και ποιοτικών πτυχών των πελατών, διευκολύνει επίσης τη γνώση διαφορετικών μη ελεγχόμενων και απρόβλεπτων παραγόντων, των πελατών, αποδεικνύοντας στα αποτελέσματά τους λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με: απόψεις πελατών για την εξυπηρέτηση των ιδρυμάτων, σχόλια και προτάσεις

πελατών για βελτιώσεις υπό διαφορετικές συνθήκες ή παράγοντες, εντυπώσεις των εργαζομένων σχετικά με την προσδοκία και την αντίληψη των πελατών, το οποίο είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για την ανάπτυξη σχεδίων βελτίωσης, προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών (Alzaydi et al., 2018).

Οι διαστάσεις του Servqual είναι:

- Αξιοπιστία: Αναφέρεται στην ικανότητα αξιόπιστης εκτέλεσης της υποσχεθείσας υπηρεσίας.
- Αξιόπιστη και προσεκτική. Ο θεσμός τηρεί ιδιαίτερα τις υποσχέσεις για παροχή υπηρεσιών, αντιμετώπιση προβλημάτων και τιμολόγηση.
- Ευαισθησία: Αναφέρεται στη φροντίδα και την ταχύτητα στην αντιμετώπιση αιτημάτων, απαντάει σε ερωτήσεις και παράπονα πελατών και αντιμετωπίζει προβλήματα.
- Ασφάλεια: Είναι η γνώση και η προσοχή των εργαζομένων και η ικανότητά τους να εμπνέουν αξιοπιστία και εμπιστοσύνη.
- Ενσυναίσθηση: Αναφέρεται στο επίπεδο της προσοχής της εξατομικευμένης προσφοράς που προσφέρουν οι εταιρείες στους πελάτες τους. Πρέπει να μεταδοθεί από/ μέσω εξατομικευμένης υπηρεσίας ή προσαρμοσμένης στον πελάτη.
- Απτή: Είναι η φυσική εμφάνιση, οι φυσικές εγκαταστάσεις, όπως η υποδομή, εξοπλισμός, υλικά, προσωπικό (Rasheed et al., 2020).

Η ποιότητα έχει επίσης διαφορετικές διαστάσεις:

- Τεχνική-επιστημονική διάσταση που αναφέρεται σε πτυχές της τεχνολογίας υγείας, της εφαρμογής της γνώσης.
- Διάσταση που σχετίζεται με το περιβάλλον, την υγιεινή, τον φωτισμό, τον θόρυβο και
- Διάσταση που σχετίζεται με την ανθρώπινη ποιότητα, την ενσυναίσθηση, την έγκαιρη φροντίδα, τον σεβασμό, την εξατομικευμένη ενημέρωση (Agostoni, 2003).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε φάνηκε πως τα ιδιωτικά νοσοκομεία παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες από τις αντίστοιχες υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων παρόλα αυτά όμως οι ασθενείς δεν είχαν την αντίστοιχη ικανοποίηση προσδοκιών στα ιδιωτικά νοσοκομεία σχετικά με το περιβάλλον και την ποιότητα του φαγητού. Σύμφωνα επίσης με την ίδια μελέτη προέκυψε πως υπάρχουν σημαντικές περιοδικές διαφορές σχετικά με τις δραστηριότητες του νοσοκομείου όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους εργαζόμενους σε αυτό (Arasli et al., 2008).

Όλα σχετίζονται με την οργάνωση, είναι απαραίτητο η διαχείριση του νοσοκομείου να πραγματοποιείται από στελέχη με δεξιότητες που σχετίζονται με τη διαχείριση του νοσοκομείου, οι οποίοι πρέπει να είναι, προνοητικοί, να γνωρίζουν πώς να ταξινομούν, να συνεργάζονται με τον υπεύθυνο για το ανθρώπινο δυναμικό και να δημιουργήσουν μια οργάνωση, τάξη και πειθαρχία, δεξιότητες διαπραγμάτευσης και διαχείρισης συγκρούσεων, να γνωρίζουν την περιοχή επιρροής του νοσοκομείου τους και να εργάζονται με κίνητρο (Pynes, 2008). Οι επιχειρήσεις που διαθέτουν στελέχη με αυτές τις ικανότητες, προγραμματίζουν με βάση τη ζήτηση και όχι την προσφορά, έχουν κοστολόγηση για τις υπηρεσίες τους, συνάπτουν συμφωνίες με προμηθευτές για να μην στερούνται προμήθειες σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, έχουν καθιερώσει διαδικτυακά ραντεβού, έχουν ενημερωμένες ιστοσελίδες, εγγραφή χρήστη και τους καλούν για να τους υπενθυμίσουν το ραντεβού, να τους συγχαρούν για τα γενέθλιά τους, να τους θυμίσουν τους εμβολιασμούς των παιδιών, να τους ενημερώσουν ότι δεν θα παρευρεθεί γιατρός ή ότι έχει καταστραφεί ο εξοπλισμός, υπογράφουν συμφωνία διαχείρισης με άλλα ιδρύματα υγείας να παρέχουν υπηρεσίες που δεν έχουν στο χαρτοφυλάκιό τους και να τις παραπέμπουν, παρέχουν εσωτερική μεταφορά, έχουν την εγκατάσταση καθαρή και τακτοποιημένη, εκπαιδεύουν τους χρήστες και το ανθρώπινο δυναμικό τους να παρέχουν υπηρεσίες με ποιότητα (Hall & Schneider, 2008). Πληθώρα μελετών έχουν αναπτυχθεί με το μοντέλο SERVQUAL στις υγειονομικές μονάδες περίθαλψης για παράδειγμα σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2013 στο νοσοκομείο Bandar Abbas ShahidMohammadi του Ιράν βρέθηκε πως κενά παρατηρήθηκαν και στις πέντε διαστάσεις με το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων να κατατάσσει το νοσοκομείο στη μέση παροχή ποιότητας. Η αναγνώριση αυτών των αναγκών και προσδοκιών είναι ένα σημαντικό βήμα για

την εξυγίανση των υπηρεσιών της υγειονομικής μονάδας και την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας (Aghamolaei et al., 2014).

## 2.3 Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών και ο ρόλος της τεχνολογίας στην ποιότητα

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παίζει κυρίαρχο ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη. Από τη μια πλευρά, τα νοσοκομεία φιλοξενούν άτομα με τα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, γεγονός που τους προσδίδει υψηλή κοινωνική σημασία (Borbasi et al., 2006). Από την άλλη, η εξειδικευμένη και τεχνολογικά προηγμένη φροντίδα που πρέπει να παρέχουν, πέρα από την ξενοδοχειακή υπηρεσία που λογικά προσφέρουν, τα καθιστά τα πιο ακριβά κέντρα του συστήματος υγείας. Η συνεχής αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης με τις κοινωνικές και οικονομικές της επιπτώσεις είναι επιτακτική ανάγκη για τον τομέα της υγείας (Ushakov et al., 2019). Σε πολλές περιπτώσεις, μια τεχνολογική αστοχία ή κακή χρήση οποιουδήποτε εξοπλισμού μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τα αποτελέσματα μιας κλινικής ανάλυσης να είναι εσφαλμένα και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές συνέπειες. Καταρχάς, πρέπει να αναγνωριστεί από τον οργανισμό τι είναι η ποιότητα, σε τι χρησιμεύει και ποιος είναι ο σκοπός της. Η ποιότητα διευκολύνει την εργασία, γεγονός που θα μειώσει την πιθανότητα σφαλμάτων και θα αυξήσει την ασφάλεια των ασθενών επιτυγχάνοντας μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση για αυτούς (Kruk et al., 2018). Ένα στοιχείο ζωτικής σημασίας είναι η βελτίωση των πληροφοριών και, ιδιαίτερα, ο τρόπος απόκτησης και ανάλυσής τους. Η τεχνολογία είναι μια υποστήριξη για τη διαχείριση της βελτίωσης της πληροφορίας. Με επαρκείς πληροφορίες μπορούμε να μειώσουμε τα λάθη, να έχουμε σαφή και ακριβή δεδομένα. Είναι σημαντικό να διατηρείται ο εξοπλισμός υπολογιστών σε καλή κατάσταση, αλλά η τεχνολογία αιχμής δεν είναι απαραίτητη εάν δεν έχουμε εκπαιδευμένο ή κατάλληλο προσωπικό (Lee et al., 2002). Η αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας ορίζεται ως ο ολοκληρωμένος τρόπος διερεύνησης των κλινικών, οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών της χρήσης τεχνολογιών υγείας και των άμεσων και έμμεσων, επιθυμητών και ανεπιθύμητων επιπτώσεών τους (Wagrell & Baraldi, 2018). Η αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι αποτελεί έναν σύνδεσμο ή «γέφυρα» μεταξύ της επιστήμης και των πολιτικών υγείας. Ενώ οι ερευνητές στον τομέα της υγείας επιδιώκουν την αύξηση της γνώσης ως πρωταρχικό τους στόχο, οι



αξιολογητές τεχνολογίας υγείας θέλουν να παράγουν χρήσιμες πληροφορίες για τη λήψη πολιτικών αποφάσεων, όπως ασφαλιστική κάλυψη υγείας, κατανομή πόρων (Bombard et al., 2011). Η ανάπτυξη της αξιολόγησης τεχνολογίας καλύπτει διαφορετικά επίπεδα:

- επίπεδο πολιτικών υγείας (μακροοικονομικό): καθοδηγεί τις οδηγίες που πρέπει να εγκριθούν σχετικά με την κατανομή των πόρων, τη ρύθμιση και τα συστήματα αποζημίωσης,
- θεσμικό επίπεδο (μέσο): διευκολύνει τη διαχείριση των ιδρυμάτων
- κλινικό επίπεδο (μικρό): συνεργάζεται στη λήψη κλινικών αποφάσεων μέσω της διάδοσης κλινικών οδηγιών.

Ανάλογα με τα διαφορετικά πλαίσια και τις τάσεις, ο χρησιμοποιούμενος εξοπλισμός, τα φάρμακα, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες και οι διαφορετικές μορφές οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας αξιολογούνται μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης (Shah, 1998).

Η αξιολόγηση της τεχνολογίας στην ιατρική διαφέρει από την αξιολόγηση τεχνολογίας στους περισσότερους κλάδους της βιομηχανίας, σε τουλάχιστον τρία στοιχεία:

- η διαδικασία αξιολόγησης είναι τεχνικά πολύ περίπλοκη
- η ύπαρξη ασφάλισης υγείας ή κρατικής κάλυψης μειώνει τα κίνητρα για τους ασθενείς να πραγματοποιούν αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας των διαφορετικών τεχνολογικών εναλλακτικών λύσεων,
- η αγορά υγείας είναι εξαιρετικά διαφοροποιημένη.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το πρόβλημα της μεταβλητότητας στην ιατρική πρακτική έχει αναγνωριστεί ως μία από τις κύριες πτυχές που εξαρτούν την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας (Garber, 2004).

Οι μεγάλες διαφορές που βρέθηκαν στη χρήση τεχνολογιών έχουν αποδοθεί σε παράγοντες προετοιμασίας όπως: η παροχή ανθρώπινου δυναμικού και υγειονομικού υλικού, τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και οι μορφές αμοιβής των τεχνικών του, τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο,

νοσηρότητα, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά), η ανάπτυξη των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, η χρήση κλινικών πρωτοκόλλων στην ιατρική πράξη και η πίεση που ασκείται στους γιατρούς από τους συνομηλίκους τους, από ασθενείς ή από τον κλάδο (Begg et al., 2021).

Η διάδοση των νέων τεχνολογιών στην υγεία πρέπει να ερμηνευθεί στη συνεχή διχοτόμηση μεταξύ επιστήμης και τέχνης που χαρακτηρίζει την ιατρική πρακτική. Επισημαίνεται ότι η διάδοση συνδέεται άμεσα με τις στρατηγικές που υποθέτουν οι γιατροί για τη διαχείριση ενός από τα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος: η αβεβαιότητα, «το εργαστήριο ή η ακτινολογία χρησιμοποιούνται για την επίτευξη μιας ψευδαίσθησης βεβαιότητας, μειώνοντας την πολυπλοκότητα της διάγνωσης και της θεραπείας σε απλούς δείκτες» (Carr & Beck, 2022). Οι ραγδαίες πρόοδοι στην ιατρική θα είχαν ενισχύσει τον διαχωρισμό που ήδη υπαινίσσεται στη δυτική ιατρική, μεταξύ της όρασης του ασθενούς ως ανθρώπου και της όρασης του ασθενούς ως συνόλου σημείων και συμπτωμάτων (Kalantar-Zadeh et al., 2022).

Η πρόσφατη ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών ή πρωτοκόλλων αναδεικνύεται ως σχετικός σύνδεσμος μεταξύ πρακτικής και γνώσης στην ιατρική, στο βαθμό που συστηματοποιεί τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία στους διάφορους τομείς. Με αυτόν τον τρόπο, αποτελούν ένα εργαλείο μείωσης των αβεβαιοτήτων της ιατρικής επιστήμης και αποτελούν ένα από τα σημεία τομής μεταξύ της αξιολόγησης των τεχνολογιών και της εγγύησης της ποιότητας της περίθαλψης (Carr & Beck, 2022). Τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται περισσότερο επί του παρόντος στην αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας συνοψίζονται παρακάτω:

- Ασφάλεια: είναι το μέτρο ή η αξιολόγηση της βλάβης που προκαλείται από την εφαρμογή της εν λόγω τεχνολογίας. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα από τη χρήση της τεχνολογίας θα πρέπει σαφώς να υπερβαίνει τον πιθανό κίνδυνο της εφαρμογής της. Αυτό το συστατικό είναι απαραίτητο γιατί όλες οι τεχνολογίες, ειδικά οι θεραπευτικές, ενέχουν κάποιο ζωτικό κίνδυνο για το αντικείμενο στο οποίο εφαρμόζονται (Foulkes et al., 2020).
- Η αποτελεσματικότητα: μετρά την πιθανότητα ένα άτομο, σε έναν καθορισμένο πληθυσμό, να ωφεληθεί από την εφαρμογή μιας ιατρικής τεχνολογίας για την επίλυση ενός δεδομένου προβλήματος υγείας υπό ιδανικές συνθήκες λειτουργίας. Ενώ η αποτελεσματικότητα είναι η

πιθανότητα τα άτομα ενός καθορισμένου πληθυσμού να αποκομίσουν όφελος από την εφαρμογή μιας ιατρικής τεχνολογίας σε ένα δεδομένο πρόβλημα υπό κανονικές συνθήκες ή πρακτικές χρήσης, η έννοια της αποτελεσματικότητας, σε αντίθεση με την αποτελεσματικότητα, εξηγεί τη δυσκολία να γίνουν οριστικοί ισχυρισμοί σχετικά με το πραγματικό όφελος για την υγεία μιας τεχνολογίας, ακόμη κι αν χρησιμοποιείται για πολλά χρόνια (Starfield, 2009).

Ο οργανωτικός, ηθικός και κοινωνικός αντίκτυπος αποκτά αυξανόμενη συνάφεια δεδομένης της πεποίθησης ότι δεν είναι ό,τι είναι τεχνικά δυνατό είναι και χρήσιμο από άποψη υγείας, αλλά και ηθικά αποδεκτό. Ηθικά, η ανάλυση εκτείνεται από τη διαμάχη για την εισαγωγή καινοτομιών όπως η «in vitro» γονιμοποίηση έως τη συζήτηση για την κατανομή πόρων στον τομέα της υγείας, διασφαλίζοντας την κάλυψη ορισμένων διαδικασιών για έναν συγκεκριμένο πληθυσμό. Η ικανοποίηση των πελατών και η ανταγωνιστικότητα βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής για οποιαδήποτε πρακτική βελτίωσης της ποιότητας και μέτρησης της απόδοσης (Angelova & Zekiri, 2011). Η εφαρμογή της μεθοδολογίας Six Sigma επέτρεψε τη βελτίωση της αξιολόγησης διαφορετικών τομέων που σχετίζονται με την αποδοτικότητα, την ποιότητα, την απόδοση, μεταξύ άλλων κριτηρίων που προκύπτουν ως προαπαιτούμενο κατά την ανάλυση οποιουδήποτε οργανωτικού πλαισίου (Siha & Saad, 2008). Το Six Sigma είναι μια ισχυρή μεθοδολογία που τελικά βοηθά στη μείωση του κόστους λόγω πρόληψης ελαττωμάτων και βελτίωσης προϊόντων και διαδικασιών, οδηγώντας σε αυξημένη κερδοφορία. Το Six Sigma στοχεύει στη μελέτη της «ροής αξίας», η οποία χρησιμοποιεί στατιστικά εργαλεία για να αναλύσει τη σταθερότητα της τεχνολογικής διαδικασίας, για να μειώσει τα απόβλητα και τη διακύμανση της διαδικασίας. Λαμβάνοντας υπόψη τη φύση αυτής της μεθόδου, η προσέγγιση αυτού του εργαλείου στην υπηρεσία έχει δημιουργήσει ευνοϊκά αποτελέσματα, όπως αποδεικνύεται, όπου αποδεικνύεται ότι το Six Sigma μπορεί να εφαρμοστεί στον κλάδο των υπηρεσιών. (Chakravorty, 2009). Η χρήση αυτού του εργαλείου σε μια εταιρεία παροχής υπηρεσιών κατέστησε δυνατή τη διαπίστωση των βασικών ελαττωμάτων στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη της υπηρεσίας που καθοδηγεί την ικανοποίηση των πελατών. Το Six Sigma εφαρμόζεται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και την αύξηση της ανταγωνιστικότητας του κλάδου των υπηρεσιών (Siha & Saad, 2008).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης

Η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στον τομέα της υγείας έχει σημειώσει μεγάλη πρόοδο τα τελευταία χρόνια και παραμένει βασικό εργαλείο για τη διαχείριση και τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς (Begg et al., 2021). Σε αυτό το πλαίσιο, επομένως, είναι σημαντικό για την εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας, που βασίζεται στις αρχές της καλής κλινικής πρακτικής, τα υψηλά διαδικαστικά και τεχνολογικά πρότυπα, να μεταφράζονται σε ένα κατάλληλο σύστημα τεκμηρίωσης που θα αποτελείται από ενότητες, διαδικασίες, πρωτόκολλα, αρχεία, εγχειρίδια και κατευθυντήριες γραμμές που εκφράζουν τη δυναμική φύση μιας διαδρομής ποιότητας (Aggarwal et al., 2010). Για να αξιολογηθεί η ποιότητα της περίθαλψης, πρέπει απαραίτητα να ποσοτικοποιηθεί και να μετρηθεί. Οι δείκτες ποιότητας χρησιμοποιούνται ως μονάδες μέτρησης που, αφού μετρηθούν, συγκρίνονται με προηγούμενες καθορισμένες τιμές και ονομάζονται πρότυπα. Συστήματα διαχείρισης ποιότητας, ικανοποίηση πελατών, έλεγχος διαδικασιών και εξωτερικές πιστοποιήσεις είναι όροι που χρησιμοποιούνται συχνά στον επιχειρηματικό κόσμο και ενσωματώνονται όλο και περισσότερο στον τομέα της υγείας (Aghamolaei et al., 2014). Η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας έχει μια σειρά από οφέλη όπως η συστηματοποίηση και η τυποποίηση διαδικασιών, η μεγιστοποίηση πόρων, η μείωση κόστους λόγω λαθών, η βελτίωση των σχέσεων με τους παρόχους, η αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, (άλλων εσωτερικών πελατών ιατρών και νοσηλευτών από άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου) και των δικών της μονάδας (Begg et al., 2021). Ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας επιτρέπει την ενοποίηση όλων των διαδικασιών που απαιτούνται για την ικανοποίηση της πολιτικής ποιότητας, καθώς και την εκπλήρωση των αναγκών και των απαιτήσεων των χρηστών· είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων που σχετίζονται μεταξύ τους, διατεταγμένα, που καθιερώνει τη μεθοδολογία, τις ευθύνες και τους απαραίτητους πόρους για την επίτευξη των προγραμματισμένων στόχων σύμφωνα με την πολιτική ποιότητας του οργανισμού (Angelova & Zekiri, 2011). Η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας δεν είναι εύκολη υπόθεση και απαιτεί μια γενική πολιτισμική αλλαγή στον οργανισμό. Για την εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη τα εξής:

- Ποιότητα με επίκεντρο τον ασθενή: πρέπει να εστιάζεται πλήρως στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του (Johnson et al., 2008).
- Εστίαση στη βελτίωση της διαδικασίας: με τον εντοπισμό των αναγκών του ασθενούς, οι διαδικασίες μπορούν να κατευθύνονται καλύτερα βάσει των απαιτήσεων του πληθυσμού. Καθώς οι διαδικασίες παρακολουθούνται από περισσότερα από ένα άτομα, η ομάδα που συμμετέχει σε καθεμία από αυτές πρέπει να είναι δεσμευμένη (Pinney et al., 2016).
- Συνεχής βελτίωση πάντα ως στόχος: να καθιερώνουμε βραχυπρόθεσμους, μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους συνεχώς και συνεχώς, που μας επιτρέπουν να επανεξετάζουμε πάντα την προορατικότητα των εσωτερικών χρηστών και να παράγουμε μορφές μέτρησης ως δείκτες, οι οποίοι να μας επιτρέπουν να οραματιζόμαστε τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας (Keller & Price, 2011).
- Αναγνώριση επιτυχιών για εδραίωση: πρέπει να ενθαρρύνετε, να αναγνωρίσετε τις επιτυχίες, να τονίσετε τότε μια εργασία εκτελείται με επιτυχία, να δημοσιοποιήσετε και να κάνετε το άτομο που το έκανε να ξεχωρίσει. Αυτό το σύστημα οδηγεί στη δημιουργία μιας «μάρκας» του ίδιου του κέντρου (Goldsmith, 2010).

Οι διαδικασίες, οι οδηγίες, οι προδιαγραφές και τα αρχεία είναι εργαλεία που προορίζονται να καθοδηγήσουν τους ανθρώπους στην εκτέλεση των καθηκόντων τους, να διευκολύνουν τη λήψη αποφάσεων, να αναπαράγουν ενέργειες και δοκιμές, να μειώσουν τα σφάλματα που σχετίζονται με κακή επικοινωνία, να μειώσουν τις παραλλαγές στα προϊόντα και να ελαχιστοποιήσουν τις διακυμάνσεις στην απόδοση (Marsh et al., 2020).

Η εφαρμογή των αρχών διαχείρισης ποιότητας και των απαιτήσεων του προτύπου ISO 9001:2015 παρέχει στους οργανισμούς ένα πολύτιμο εργαλείο για τη διαχείριση των διαδικασιών τους, τη βελτίωση της απόδοσής τους, την ικανοποίηση όλων των ενδιαφερομένων και τη συμμόρφωση με την ισχύουσα νομοθεσία. Αυτό το πρότυπο είναι δομημένο σε 10 κεφάλαια, τα τρία πρώτα είναι ενημερωτικά και τα υπόλοιπα επτά είναι ρυθμιστικά (Hoyle, 2017). Η εφαρμογή αυτού του προτύπου ήταν το

μοντέλο που έγινε περισσότερο κατανοητό από τους οργανισμούς και αναγνωρίστηκε ως το πρώτο βήμα για την επίδειξη της ικανότητας να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών, για να φιλοδοξούν στη συνέχεια να επιτύχουν την αριστεία μέσω της ποιότητας, με την απαραίτητη εφαρμογή από άλλες προσεγγίσεις, όπως εθνικά, περιφερειακά και διεθνή βραβεία και μοντέλα αριστείας (Hoyer et al., 2001).

Η διαδικασία υλοποίησης του συστήματος διαχείρισης ποιότητας απαιτεί κατανόηση των απαιτήσεων του προτύπου και ανάλυση της κατάστασης του οργανισμού. Είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι το εργατικό δυναμικό θα συμμετέχει στις αλλαγές που είναι αναγκαίο να εισαχθούν προκειμένου να πραγματοποιηθεί με επιτυχία αυτή η δραστηριότητα. ο εξατομικευμένος σχεδιασμός ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας γίνεται σημαντικός, καθώς επιτρέπει τη δημιουργία στοιχείων που προωθούν την οργάνωση ενός ζωντανού μοντέλου που τροφοδοτείται από εθνικές και διεθνείς διαδικασίες, διαδικασίες και πρωτόκολλα που, τελικά, έχουν αντίκτυπο σε τέτοια βασικά στοιχεία. όπως η ασφάλεια των ασθενών, η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη και φροντίδα ασθενειών και η επείγουσα περίθαλψη, μεταξύ άλλων (Begg et al., 2021). Η διαχείριση ποιότητας είναι μια δυναμική διαδικασία που επιδιώκει τον εντοπισμό αστοχιών και ευκαιριών για την επίτευξη μεγαλύτερης ανταγωνιστικότητας, αποτελεσματικότητας και απόδοσης μέσω του μηχανισμού της συνεχούς βελτίωσης, ο οποίος ωθεί τις συνεχείς αναθεωρήσεις και ενημερώσεις, που χρησιμοποιείται ως θεμελιώδης συνιστώσα για την ανάπτυξη των οργανισμών. Είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο που συμβάλλει στη συμμόρφωση με τα πρότυπα που καθορίζονται στις υπηρεσίες που παρέχονται στον χρήστη (Keller & Price, 2011). Ο στρατηγικός σχεδιασμός ορίζεται ως το σύνολο των επιχειρησιακών σχεδίων για την επίτευξη των στόχων που έχει προγραμματίσει ένας οργανισμός, καθορίζοντας πολιτικές και στρατηγικές που καθορίζονται μέσω μιας οργανωτικής δομής που επικεντρώνεται στη λήψη αποφάσεων στο μέλλον (LaFond et al., 2002). Η εφαρμογή στρατηγικού σχεδιασμού στα δημόσια νοσοκομεία είναι απαραίτητη για την προσαρμογή στις συνεχείς αλλαγές και την αποφυγή αστοχιών στις λειτουργικές διαδικασίες. Καθώς το νοσοκομείο διαθέτει περιορισμένους πόρους, ο στρατηγικός σχεδιασμός είναι η καλύτερη εναλλακτική λύση για να παραμείνει σε μια αγορά όπου η ζήτηση για υπηρεσίες απαιτεί ποιότητα (Lohr, 1990).

### 3.2 Ο ρόλος των δεικτών ποιότητας στη λήψη αποφάσεων

Η αξιολόγηση των δεικτών υγείας θα πρέπει, στο μέτρο του δυνατού, να περιλαμβάνει τα βασικά ενδιαφερόμενα μέρη που εμπλέκονται στην παραγωγή, ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων και πληροφοριών. Ο δείκτης μετρά τη σωστή εκτέλεση μιας ή περισσότερων εργασιών που αποτελούν μέρος της φροντίδας ασθενών, καθήκοντα που διασφαλίζουν την ασφάλεια των ασθενών, τη συνέχεια της περίθαλψης, τη συμμόρφωση με τις βέλτιστες πρακτικές ή την τήρηση προθεσμιών (Arrieta, 2011). Αυτά τα άτομα θα πρέπει να είναι εξοικειωμένα με τις διαδικασίες που εμπλέκονται στην παρακολούθηση των τοπικών, περιφερειακών και εθνικών τάσεων και συνθηκών. Τα περισσότερα δεδομένα και πληροφορίες για την υγεία παράγονται σε τοπικό επίπεδο από τοπικούς εργαζομένους στον τομέα της υγείας που έχουν μεγαλύτερη γνώση σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τα δυνατά σημεία και τους περιορισμούς των δεδομένων και των παραγόμενων πληροφοριών (Mainz, 2003). Κατά συνέπεια, όποτε είναι δυνατόν, είναι επιθυμητό να συμμετέχει το τοπικό προσωπικό στην πρώτη φάση της διαδικασίας αξιολόγησης (Arrieta, 2011). Οι παραγωγοί, οι διαχειριστές και οι χρήστες δεδομένων θα πρέπει να προωθούν μια κουλτούρα που εκτιμά τις πληροφορίες και συμβάλλει στη συλλογή δεδομένων και τη διαχείρισή τους (Mainz, 2003). Οι δείκτες χρησιμεύουν για να καθορίσουν την επίτευξη και την εκπλήρωση της αποστολής, των στόχων, των προγραμμάτων ή των πολιτικών μιας συγκεκριμένης διαδικασίας ή στρατηγικής. Σύμφωνα με την ακολουθία των πτυχών που πρέπει να καθοριστούν, η επιτυχία ενός οργανισμού σχετίζεται με τα αναμενόμενα αποτελέσματα, οι στόχοι ή τα τελικά αποτελέσματα είναι τα άκρα ή τα αποτελέσματα που έχουν προηγουμένως επισημανθεί ως στόχοι στους οποίους ο οργανισμός πρέπει να κατευθύνει τις προσπάθειές του και η επιτυχία είναι ο βαθμός στον οποίο ο οργανισμός επιτυγχάνει βασικά αποτελέσματα (Murray, 2007). Ο παράγοντας επιτυχίας είναι κάτι που πρέπει να συμβεί ή να επιτευχθεί προκειμένου ο οργανισμός να είναι επιτυχημένος και οι στόχοι είναι αυτοσκοπός. Εάν ένας στόχος χρησιμεύει για την επίτευξη άλλων στόχων, τότε θεωρείται παράγοντας επιτυχίας (Mainz, 2003). Για τη λήψη συνειδητών και τεκμηριωμένων αποφάσεων, είναι απαραίτητο οι υπηρεσίες υγείας να διαθέτουν δείκτες ποιότητας. Οι δείκτες υγείας είναι μέτρα που αποτυπώνουν σχετικές πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και την απόδοση του ίδιου του συστήματος υγείας, χρησιμεύουν για τη μέτρηση τιμών από μια σειρά παρατηρούμενων

γεγονότων και δείχνουν τις σχετικές αλλαγές της λειτουργίας ενός γεγονότος (Marsh et al., 2020). Η σημασία της λήψης αποφάσεων και του εσωτερικού ελέγχου μέσω δεικτών υγείας έγκειται στο ότι με αυτούς μπορούν να λαμβάνονται αποφάσεις εστιασμένες στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την επικαιρότητα με την οποία παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας (Marley et al., 2004). Για τον υπολογισμό των δεικτών, χρησιμοποιούνται διάφορες πηγές δεδομένων, όπως: δημογραφικά αρχεία, απογραφές πληθυσμού, δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης, δειγματοληπτικές έρευνες και αρχεία ασθενειών, μεταξύ άλλων. Ομοίως, λόγω διαφόρων ανακρίβειών που μπορεί να προκύψουν στα δεδομένα που λαμβάνονται, είναι απαραίτητος ο υπολογισμός όλων των εκτιμήσεων των δεικτών υγείας μέσω τύπων και στατιστικών μεθόδων (Miao et al., 2022). Η ποιότητα και η χρησιμότητα ενός δείκτη ορίζεται από την ειδικότητα, τη μέτρηση, την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, τη συνάφεια, το κόστος και την αποτελεσματικότητά του, μεταξύ πολλών άλλων κριτηρίων. Το σημαντικό είναι ότι αυτοί οι δείκτες επιτρέπουν να παρακολουθούμε τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται, κάτι που είναι κρίσιμο κατά τη λήψη μιας απόφασης (Mainz, 2003). Είναι σημαντικό να υπάρχουν δεξιότητες ανάλυσης δεδομένων για ολοκληρωμένη εκπαίδευση στη Διαχείριση Υγείας, την προώθηση της ευημερίας των ασθενών και τη μέτρηση της προόδου και των ελλείψεων με στόχο τη βελτίωση. Η ποιότητα της υπηρεσίας πρέπει να συμμορφώνεται με ορισμένες διαστάσεις όπως: η τεχνική διάσταση που αναφέρεται στον πάροχο που διαθέτει γνώσεις, δεξιότητες για τη διενέργεια κατάλληλων και έγκαιρων κλινικών διαδικασιών σύμφωνα με τις ανάγκες του πελάτη, η διαπροσωπική διάσταση που αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του παρόχου και του πελάτη στη δραστηριότητα της φροντίδας, του σεβασμού και της αμοιβαίας εγκαρδιότητας, και τέλος, η διάσταση της υποδομής που είναι τα χαρακτηριστικά του χώρου όπως η καθαριότητα, ο φωτισμός και ο αερισμός του περιβάλλοντος (Riyatno et al., 2020). Επιπλέον, ο χρόνος προσοχής, η μεταχείριση του προσωπικού, η διαχείριση δυνατοτήτων και δεσμεύσεων προσανατολισμένων στον χρήστη, η διαχείριση πληροφοριών και ο συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών πληροφόρησης, οι αξιώσεις και η διαχείριση δεδομένων χρήστη ήταν παράγοντες επιρροής στη συνολική ποιότητα που αντιλαμβάνεται ο χρήστης, μεταξύ των οποίων αξίζει να τονιστεί η υπαγωγή στην κοινωνική ασφάλιση (Petter et al., 2008). Άλλοι παράγοντες, όπως το σχέδιο υγείας που χρησιμοποιήθηκε για την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, συσχετίστηκαν μόνο με την ευκαιρία, και



αυτός που έχει να κάνει με την οντότητα υπαγωγής, συσχετίστηκε μόνο με την ποιότητα ή την ικανοποίηση (Yeoh & Koronios, 2010). Ωστόσο, η ποιότητα των υπηρεσιών αξιολογήθηκε γενικά καλά. Επιπλέον, ο χρόνος προσοχής, η μεταχείριση του προσωπικού, η διαχείριση δυνατοτήτων και δεσμεύσεων προσανατολισμένων στον χρήστη, η διαχείριση πληροφοριών και ο συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών πληροφόρησης, οι αξιώσεις και η διαχείριση δεδομένων χρήστη ήταν παράγοντες επιρροής στη συνολική ποιότητα που αντιλαμβάνεται ο χρήστης. μεταξύ των οποίων αξίζει να τονιστεί η υπαγωγή στην κοινωνική ασφάλιση (Wiig et al., 2013). Μια άλλη πτυχή που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της υπηρεσίας είναι η αντιληπτή κατάσταση υγείας του πελάτη. Οι χρήστες με κακή κατάσταση ψυχικής υγείας έχουν λιγότερο θετικές κρίσεις για τις πτυχές που σχετίζονται με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και τις διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας (Westaway et al., 2003). Επιπλέον, τα κίνητρα για αλλαγή συμπεριφοράς τόσο σε ατομικό όσο και σε συστημικό επίπεδο είναι σημαντικά για να επηρεάσουν τελικά την ποιότητα της φροντίδας των χρηστών. Η ποιοτική νοσηλευτική πρέπει να βασίζεται στη φροντίδα: επικεντρωμένη στο άτομο, προσδιορίζοντας τις αξίες, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του, σχετικά με τη δική του υγεία και κοινωνική βοήθεια να επικοινωνούν και να διευκολύνουν τις σχετικές πληροφορίες, οι οποίες επιτρέπουν την κοινή λήψη αποφάσεων, την τεκμηριωμένη επιλογή και τη συμμετοχή στην αξιολόγηση της περίθαλψης (Rathert et al., 2013). Υπάρχουν τρεις λόγοι για τους οποίους η ικανοποίηση πρέπει να θεωρείται σημαντικό μέτρο έκβασης της διαδικασίας περίθαλψης. Πρώτον, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η ικανοποίηση είναι ένας καλός προγνωστικός παράγοντας της συμμόρφωσης με τη θεραπεία από τους ασθενείς και τη συμμόρφωση με τη συμβουλή και τον πάροχο υπηρεσιών. Δεύτερον, η ικανοποίηση είναι χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση των προτύπων διαβούλευσης και επικοινωνίας, για παράδειγμα, επιτυχία στην ενημέρωση ή τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το είδος της και, τρίτον, η γνώμη του ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά για τη βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών που θα παρέχονται (Ward, 2018). Οι δείκτες αξιολόγησης πρέπει να είναι: σχετικοί, που σημαίνει ότι οι μετρήσεις που πραγματοποιούνται πρέπει να είναι σχετικές και χρήσιμες για να διευκολύνουν τις αποφάσεις που θα ληφθούν με βάση τα αποτελέσματά τους, ακριβής, καθώς πρέπει να αντικατοπτρίζει πιστά τη συμπεριφορά των μεταβλητών μέτρησης, σε αυτό το σημείο παρεμβαίνει η

κατάλληλη επιλογή του οργάνου μέτρησης, έγκαιροι καθώς είναι απαραίτητο τα αποτελέσματα των μετρήσεων να είναι διαθέσιμα τη στιγμή που οι πληροφορίες είναι σημαντικές και σχετικές για τη λήψη αποφάσεων, τόσο για τη διόρθωση όσο και για την πρόληψη· και οικονομική, πρέπει να υπάρχει αναλογικότητα και ορθολογισμός μεταξύ του κόστους που προκύπτει από τη μέτρηση και των οφελών ή της συνάφειας των παρεχόμενων πληροφοριών (Arrieta, 2011).

### **3.3 Δείκτες βαθμολόγησης απόδοσης του συστήματος Υγείας**

Η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα είναι αφηρημένες έννοιες, έννοιες που βασίζονται σε αμέτρητες πτυχές που ιστορικά και κοινωνικά φτάνουν σε ένα αποδεκτό νόημα (Alzaydi et al., 2018). Η ανάγκη μέτρησής τους είναι προφανής αν και είναι πάντα μια πρόκληση. Ένα μεγάλο μέρος αυτής της πρόκλησης οφείλεται στο γεγονός ότι οι δείκτες ποιότητας και αποτελεσματικότητας πρέπει να διαχωρίζουν το μέρος τους που οφείλεται στα χαρακτηριστικά των ασθενών, από αυτό που σχετίζεται με την παρεχόμενη φροντίδα (Lenzi et al., 2020). Ένα κλασικό παράδειγμα είναι αυτό των ακατέργαστων ποσοστών θνησιμότητας των διαφόρων χωρών. Εάν πρόκειται να ληφθούν ως δείκτες κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ή υγείας προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις, θα πρέπει να τυποποιηθούν ώστε να ληφθούν υπόψη, τουλάχιστον οι ηλικιακές δομές των εν λόγω χωρών. Οι διαφορές μεταξύ των ακατέργαστων ποσοστών θνησιμότητας δύο χωρών με διαφορετικές ηλικιακές δομές, δεν θα επιτρέψουν να γίνουν αξιολογικές κρίσεις σχετικά με τις κοινωνικές, οικονομικές ή υγειονομικές συνθήκες (Marsh et al., 2020). Η μέτρηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας είναι ένα πολύπλοκο έργο, καθώς, εκτός από την εγγενή πολυπλοκότητα που συνεπάγεται η μέτρηση των αφηρημένων εννοιών, η ποικιλία των ενδιαφερόντων που μπορούν να επηρεάσουν μια τέτοια αξιολόγηση, δεν μπορεί να αγνοηθεί. Στα μη δημόσια συστήματα υγείας, οι αντιφάσεις μεταξύ πελατών (ασθενών), διευθυντών και χρηματοοικονομικών είναι οι κύριοι υποκινητές του ελέγχου και της αξιολόγησης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας (Angelova & Zekiri, 2011).

Οι δείκτες είναι εμπειρικές μετρήσεις των πέντε διαστάσεων της απόδοσης του συστήματος υγείας: πρόσβαση, ισότητα, ποιότητα, αποτελεσματικότητα και βιωσιμότητα. Οι μετρήσεις και οι δείκτες επιτρέπουν στον χρήστη να έχει

πληροφορίες, να μπορεί να επιλέξει και να αυξήσει τον βαθμό ικανοποίησης (Murray, 2007). Η ποιοτική απόδοση βασίζεται σε:

- Μέτρηση των αποτελεσμάτων: με τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, οι διαδικασίες μπορούν να βελτιωθούν.
- Μετρήσεις διαδικασίας: συμμόρφωση με πρωτόκολλα.
- Μετρήσεις ικανοποίησης ασθενών και των οικογενειών τους: πόσο ικανοποιημένοι είναι οι χρήστες από την φροντίδα, τη θεραπεία και το τελικό αποτέλεσμα (Afrashtehfar et al., 2020).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη βελτίωση της απόδοσης με την ποιότητα. Όμως, οι μέγιστες προσπάθειες πρέπει να προσανατολιστούν στο πώς γίνονται τα πράγματα, στην τυποποίηση των διαδικασιών και στη διαπίστευση των υπηρεσιών. Αυτά τα εργαλεία θα επιτρέψουν την ποιοτική πρόοδο, βελτιώνοντας τη θεραπεία των χρηστών και μειώνοντας τα κλινικά και διοικητικά σφάλματα, γεγονός που θα καταστήσει δυνατή την καλύτερη διαχείριση, η οποία αναμφίβολα θα αναγνωριστεί βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα από τον πληθυσμό (Fischer et al., 2020).

Η παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς σύμφωνα με τις προσδοκίες και τις ανάγκες τους είναι απαραίτητη για την επιτυχία ενός οργανισμού καθώς αυξάνει την ανταγωνιστικότητά του (Zaid et al., 2020). Πολλοί από τους γνωστούς δείκτες ποιότητας και αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών (ποσοστό θνησιμότητας, ποσοστό επανεισδοχής, ποσοστό μόλυνσης, μεταξύ άλλων) ποικίλλουν ανάλογα με την παρεχόμενη περίθαλψη, αλλά, όπως περιγράφεται παραπάνω, εξαρτώνται και από τη σοβαρότητα των ασθενών που υπηρέτησαν ως μονάδες της ανάλυσης (Arrieta, 2011).

Υπάρχουν ορισμένες θεμελιώδεις εκτιμήσεις που μπορούν να εφαρμοστούν κατά την αξιολόγηση των δεικτών υγείας και αυτές περιγράφονται στα ακόλουθα βήματα:

- Ο δείκτης βασίζεται σε δεδομένα και είναι αντιπροσωπευτικός του πληθυσμού-στόχου
- Ο δείκτης βασίζεται σε έγκυρα δεδομένα από τον πληθυσμό-στόχο (Mainz, 2003).

Η ιατρική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιδιώκει όχι μόνο την ευημερία του ασθενούς, αλλά και να είναι συμβατή με τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του. Η ικανοποίηση, από την ιατρική πρακτική, είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει: την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών στις συναλλαγές τους με τους ασθενείς, το είδος και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχονται στον ασθενή και τους συγγενείς, την τεχνική ικανότητα του προσωπικού, την άνεση των εγκαταστάσεων, την ευκολία πρόσβασης, τη γραφειοκρατική πολυπλοκότητα του συστήματος, τη συνέχεια της περίθαλψης, το αντιληπτό αποτέλεσμα της περίθαλψης και, κατά περίπτωση, ανάλογα με τον τύπο του ασφαλιστικού συστήματος ή κέντρου, την εκτίμηση του κόστους της θεραπείας από τον ασθενή (Frow et al., 2019).

### 3.4 Αντίληψη και ικανοποίηση των χρηστών

Η ικανοποίηση είναι μια κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος παράγει μια αίσθηση πληρότητας, η οποία συνοδεύεται από λογική ασφάλεια, ως επιτυχία αυτού που έχει ικανοποιηθεί. Η ικανοποίηση λοιπόν είναι μια εμπειρία που σχετίζεται με την αντίληψη της ποιότητας, ώστε στην υγεία να αντιπροσωπεύει την επιτυχή ολοκλήρωση της διαδικασίας, ο χρήστης να καλύπτει την ανάγκη του με θετικό τρόπο, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως δυσαρέσκεια, ικανοποίηση και εφησυχασμό (Angelova & Zekiri, 2011).

Ένας ικανοποιημένος χρήστης είναι η ουσία της εστίασης της εταιρείας ή του οργανισμού στον πελάτη, επομένως αυτό επιτυγχάνεται όταν οι προσδοκίες είναι ίσες ή ξεπερασμένες, αποκτώντας πίστη από τον ασθενή και την οικογένειά του (Agyarong et al., 2018). Η ικανοποίηση στον τομέα της υγείας εξαρτάται από τρεις σημαντικές πτυχές: τον χρόνο αναμονής και το περιβάλλον, την επαρκή φροντίδα και τα αποτελέσματα που λαμβάνονται και την ευγένεια που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Επιπλέον, η αντίληψη του πελάτη ή του χρήστη αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο εκτιμά ότι η εταιρεία ή ο οργανισμός συμμορφώνεται με την παροχή της υπηρεσίας, σύμφωνα με τον τρόπο με τον οποίο εκτιμά αυτό που λαμβάνει (Afrashtehfar et al., 2020). Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών που φροντίζονται σε ένα νοσοκομείο τα αποτελέσματα που λαμβάνονται με ικανοποίηση από τη φροντίδα διαφέρουν ανάλογα με την κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη μέτρησή της. Η επιλογή μιας συγκεκριμένης κλίμακας πρέπει

να λαμβάνει υπόψη τους στόχους της έρευνας, επομένως η σημασία της έγκειται στην επίτευξη επαρκούς μέτρησης της ποιότητας της υπηρεσίας, η οποία επιτρέπει τη λήψη αποφάσεων, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητά της (Liu et al., 2021). Ο πελάτης αντιλαμβάνεται θετικά την ύπαρξη δομικών χαρακτηριστικών όπως η αποτελεσματικότητα και η απτή, ωστόσο, ο πελάτης εκτιμά περισσότερο τη θεραπεία και τις δεξιότητες των επαγγελματιών (Auh 2019). Υπάρχουν ορισμένες αντιληπτές πτυχές όπως: μεγάλοι χρόνοι αναμονής, οι ελλείψεις στην άνεση και άλλες παράμετροι που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών (Soza-Parra et al., 2019). Η αποτελεσματικότητα, στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, ορίζεται ως η γενική έκφραση του αποτελέσματος μιας συγκεκριμένης ενέργειας που στόχος της ήταν η βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης. Επειδή οι σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος που υπονοούνται από αυτόν τον ορισμό μπορούν να συγχέονται από διάφορους παράγοντες, η αποτελεσματικότητα μιας διαδικασίας συχνά αξιολογείται υπό πειραματικές ή ιδανικές συνθήκες (Garber, 2004). Η αποτελεσματικότητα μιας διαδικασίας ή θεραπείας σε σχέση με την κατάσταση του ασθενούς εκφράζεται ως ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα/παρέμβαση έχει αποδειχθεί ότι επιτυγχάνει το επιθυμητό ή αναμενόμενο αποτέλεσμα. Η αποτελεσματικότητα είναι ευρύτερη και ορίζεται ως το μέτρο του αντίκτυπου που έχει η εν λόγω διαδικασία στην υγεία του πληθυσμού. Έτσι, απευθύνεται στο επίπεδο στο οποίο παρέχονται οι εξετάσεις, οι διαδικασίες, οι θεραπείες και οι υπηρεσίες και ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα των ασθενών συντονίζεται μεταξύ των γιατρών, των ιδρυμάτων και του χρόνου (Starfield,2009).

Η διαδραστική φύση των υπηρεσιών υγείας και η ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωσή τους εγείρουν την ανάγκη εξέτασης των αντιλήψεων των εμπλεκόμενων στη συνάντηση, τόσο των επαγγελματιών όσο και των χρηστών, δείχνοντας ότι σε σχέση με τη μεταβλητή επαγγελματική και ηθική δέσμευση, αποτιμάται με χαμηλότερες αντιλήψεις από τους πελάτες (Tkasová et al., 2022). Σε σχέση με τη μεταβλητή ανησυχίας του νοσοκομείου και τη δέσμευση των υπαλλήλων να παρέχουν ποιοτική φροντίδα, η πιο θετική αντίληψη ήταν αυτή από τους χρήστες. Οι πιο απαιτητικές απόψεις των υπαλλήλων είναι η αυτοκριτική των ευθυνών τους που μπορεί να ευνοήσει την αποδοχή μιας αποτελεσματικής εφαρμογής προηγμένου μάρκετινγκ στην επιχείρηση (Zerach & Levi-Belz, 2021). Η ικανοποίηση των πελατών είναι μια συσσωρευμένη ικανοποίηση που δημιουργείται προσθέτοντας

πέντε παράγοντες «μοντέλο 5Qs» που περιλαμβάνει τεχνικές, λειτουργικές ιδιότητες, αλληλεπίδραση, υποδομή και περιβάλλον και υπηρεσίες. Το μοντέλο 5Qs επισημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει εναρμόνιση μεταξύ των διαφορετικών διαστάσεων προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών με την επακόλουθη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Zineldin et al., 2011).

Η ικανοποίηση των χρηστών θα επιτευχθεί ευκολότερα εάν δημιουργηθεί μια οργανωτική κουλτούρα προσανατολισμένη στον πελάτη και εφαρμοστούν κατάλληλες πολιτικές διαχείρισης και ποιότητας υπηρεσιών χρησιμοποιώντας τόσο το παραδοσιακό μάρκετινγκ όσο και τις νέες προσεγγίσεις, προσανατολισμένες στην αγορά ή τον χρήστη καθώς και το μάρκετινγκ σχέσεων (Das et al., 2008). Η θεώρηση αυτών των προσεγγίσεων μάρκετινγκ ως σημαντικών παραγόντων για την επίτευξη της ικανοποίησης των αναγκών των χρηστών, ενσωματώνει στη δημόσια σφαίρα την ανάγκη για μεγαλύτερη και αμοιβαία ανταλλαγή μεταξύ υπαλλήλων και χρηστών, κάτι που θα βοηθούσε στην αλλαγή του μεγαλύτερου προσανατολισμού προς το προϊόν, που αρχικά είχαμε. Αναφέρεται δε, λόγω μεγαλύτερου προσανατολισμού προς τον πελάτη ή τον χρήστη (Veryzer & Borja de Mozota, 2005).

Η εφαρμογή της έννοιας της ποιότητας στο πλαίσιο της υγείας, ανακαλύπτοντας ποιες απαιτήσεις πρέπει να πληρούν οι υπηρεσίες που παρέχονται στα κέντρα φροντίδας για να παράγουν ευημερία για τον χρήστη, καθώς και ποιος πρέπει να ανταποκριθεί σε αυτήν, έχει ως αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να υπάρξει μια αλλαγή στην προσέγγιση αυτού του θέματος (Aghamolaei et al., 2014). Από τη μία πλευρά, είναι σύνηθες για τους επαγγελματίες υγείας να αποφασίζουν, με βάση την εμπειρία και τις γνώσεις τους, τι είναι καλύτερο για τον ασθενή· ακόμη και ένας μεγάλος αριθμός επαγγελματιών θεωρεί ότι μόνο ενεργώντας σύμφωνα με τα επιστημονικά-τεχνικά πρότυπα και τα πρότυπα του επαγγέλματός του μπορεί να προσφερθεί ποιοτική υπηρεσία με την ευρεία έννοια (Ferlie & Shortell, 2001). Ωστόσο, η τεχνική φύση είναι μόνο μία από τις διαστάσεις της ποιότητας, απαραίτητη αλλά όχι επαρκής για να καλύψει τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών (Arrieta, 2011). Είναι σημαντικό η διοίκηση υγείας να κατευθύνει τις βελτιώσεις της στον τομέα της ποιότητας των υπηρεσιών. από τη γνώση, την κατανόηση και την αποδοχή της οπτικής γωνίας του χρήστη. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι εμπειρίες που στοχεύουν στην ενσωμάτωση της οπτικής γωνίας του χρήστη κατά τον

καθορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης γίνονται πιο συχνές . Στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας, το όραμα του χρήστη γίνεται αποδεκτό ως απαραίτητη πληροφορία για τη διαχείριση και υποδεικνύει μια εξατομικευμένη εφαρμογή των επιμέρους προτεραιοτήτων. Ο ορισμός του τομέα και η μέτρηση της ποιότητας της υπηρεσίας έχουν προχωρήσει πολύ, με τις προόδους γενικά να επιτρέπονται μέσω ερευνών ικανοποίησης ασθενών (Fitzpatrick et al., 1998). Ωστόσο, παρά την υπέρβαση ορισμένων προκλήσεων μέτρησης και επικύρωσης μοντέλων από την ψυχομετρία, εξακολουθούν να υπάρχουν επιφυλάξεις σχετικά με τη μερική άποψη που παρέχεται από έρευνα που επικεντρώνεται μόνο στον χρήστη, γεγονός που αυξάνει την ανάγκη συμπλήρωσης των μετρήσεων με επίκεντρο τον χρήστη, με μετρήσεις με επίκεντρο τον πάροχο (Hubbard, 2014). Η σύγκριση των απόψεων επαγγελματιών υγείας και ασθενών διευκολύνει την παρατήρηση των αποκλίσεων και παρέχει καλύτερες κατευθυντήριες γραμμές για την απόδοση στην ποιότητα της υγείας (Angelova & Zekiri, 2011).

## Κεφάλαιο 4ο

### Ερευνητικό μέρος

#### Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,7 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,7. Για τον έλεγχο της σχέσης ποσοτικής μεταβλητής με κατηγορική μεταβλητή μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων χρησιμοποιήθηκε Student's t-test ή ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA), αντίστοιχα. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $0,05/k$  ( $k$ = αριθμός των συγκρίσεων). Όπου κρίθηκε απαραίτητο έγιναν γραφικές παραστάσεις με τις τιμές κάθε μεταβλητής για την απεικόνιση τυχόν διαφοροποιήσεων μεταξύ των συγκρινόμενων παραμέτρων. Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- $\alpha$ . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

**Statistics Citation: [Witte, R. S., & Witte, J. S. \(2017\). Statistics, 11th Edition. Wiley.](#)**



## Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 140 άτομα και εντοπίστηκε στο Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο λόγω κλινικής νοσηλείας. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 1** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

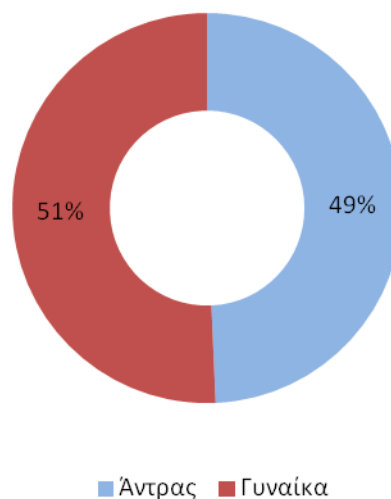
		N	%
<b>Είδος Υπηρεσίας</b>	Εξωτερικά Ιατρεία	0	0,0%
	Κλινική Νοσηλεία	140	100,0%
<b>Φύλο</b>	Άντρας	69	49,3%
	Γυναίκα	71	50,7%
<b>Ηλικία</b>	18-34	11	7,9%
	35-49	32	22,9%
	50-64	48	34,3%
	65 - άνω	49	35,0%
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος-η	21	15,0%
	Σε συμβιωτική σχέση	5	3,6%
	Έγγαμος-η χωρίς παιδιά	9	6,4%
	Έγγαμος-η με παιδιά	78	55,7%
	Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά	3	2,1%
	Διαζευγμένος-η με παιδιά	9	6,4%
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Χήρος-α	15	10,7%
	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	21	15,0%
	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	45	32,1%
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	22	15,7%
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	36	25,7%
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών	12	8,6%
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	4	2,9%
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Αστικό κέντρο	102	72,9%
	Ημιαστικό κέντρο	21	15,0%
	Αγροτική περιοχή	4	2,9%
	Νησιώτικη περιοχή	10	7,1%
	Άλλο	3	2,1%
<b>Επάγγελμα</b>	Ελεύθερος επαγγελματίας	27	19,3%
	Φοιτητής	4	2,9%
	Άνεργος	8	5,7%
	Αυτοσυντήρητος	2	1,4%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	29	20,7%
	Δημόσιος Υπάλληλος	13	9,3%

		N	%
	Αγρότης	2	1,4%
	Οικιακά	4	2,9%
	Συνταξιούχος	48	34,3%
	Άλλο	3	2,1%

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (50,7%) και ζουν σε αστικό κέντρο (72,9%). Το 30,8% του δείγματος άνηκε στην ηλικιακή ομάδα <50, το 34,3% στους 50-64 και το 35,0% άνηκε στους  $\geq 65$  έτη. Ακόμα, το 65,7% και 15,0% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι/σε συμβιωτική σχέση και άγαμοι, αντίστοιχα, ενώ το 8,5% ήταν διαζευγμένοι και το 10,7% χήροι. Όσον αφορά την εκπαίδευση, το 47,1% του δείγματος ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 41,4% ήταν απόφοιτοι Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ) ή Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) και το 11,5% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Επιπλέον, το 34,3% ήταν συνταξιούχοι, το 20,7% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 19,3% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 9,3% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι.

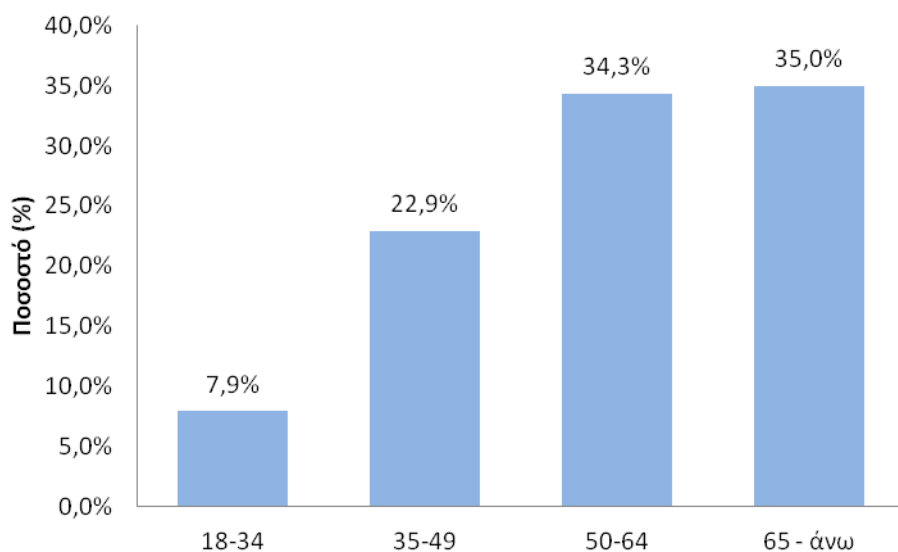
Το φύλο των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.

**Γράφημα 1 Φύλο συμμετεχόντων**



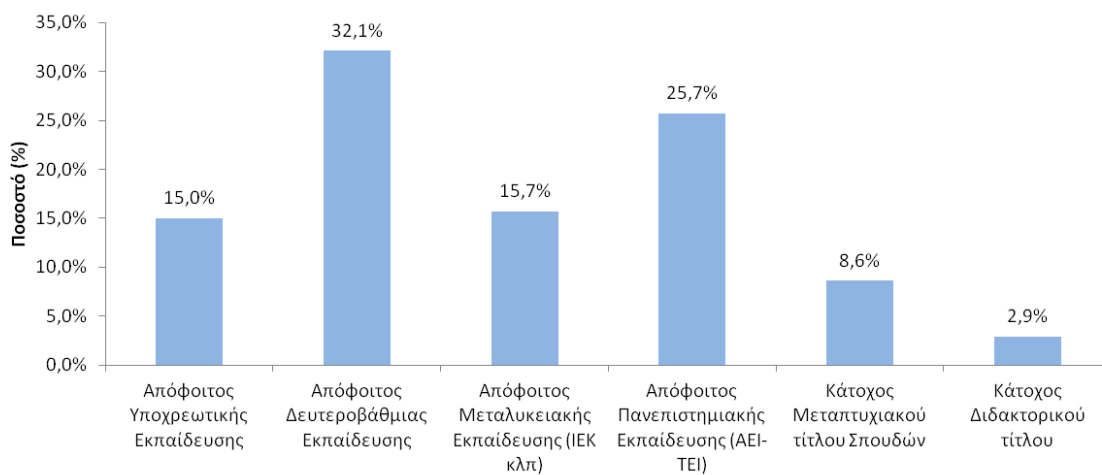
Τα ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.

**Γράφημα 2** Ηλικία συμμετεχόντων



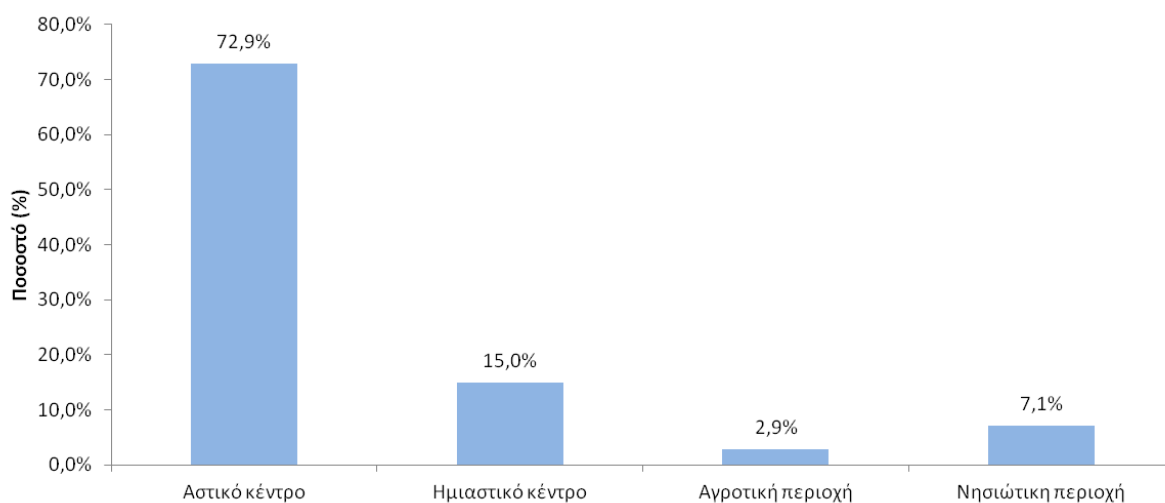
Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.

**Γράφημα 3** Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων



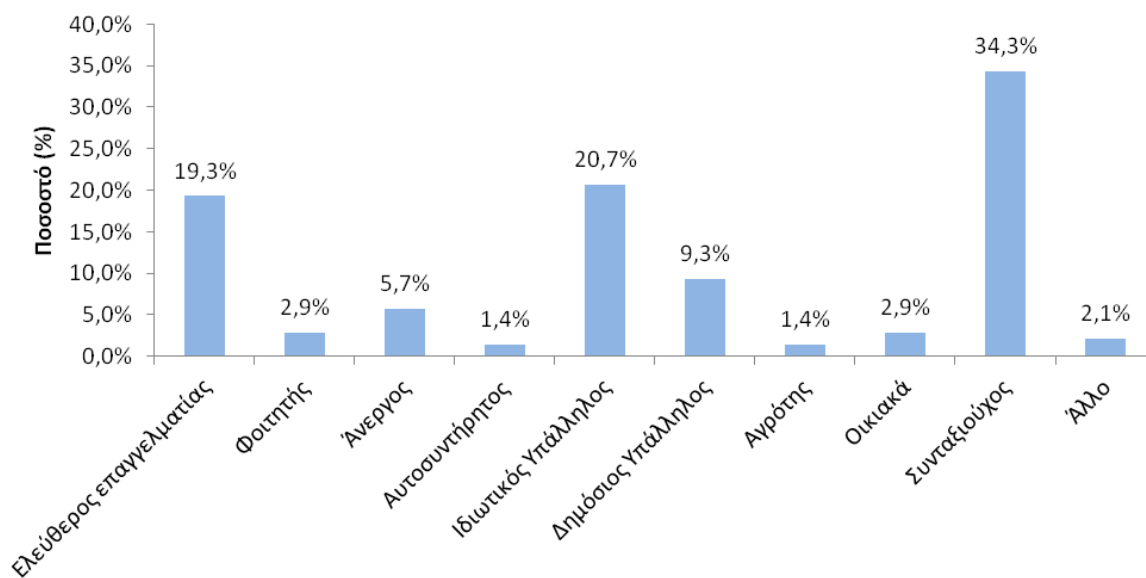
Ο τόπος κατοικίας των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.

**Γράφημα 4** Τόπος κατοικίας συμμετεχόντων



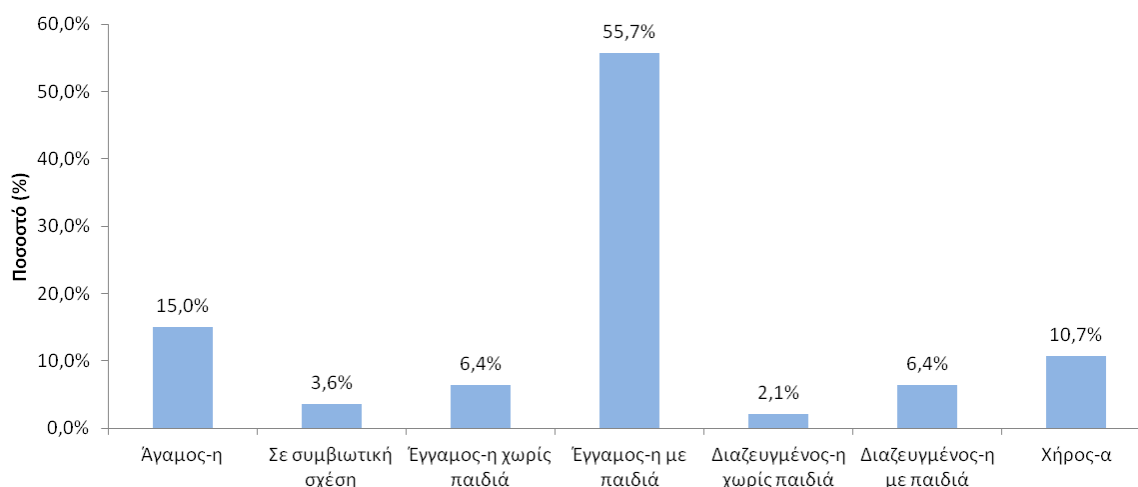
Το επάγγελμα των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.

**Γράφημα 5** Επάγγελμα συμμετεχόντων



Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.

**Γράφημα 6 Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων**



Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων που αφορούν την αξιολόγηση των παρακάτω χαρακτηριστικών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

**Πίνακας 2 Βαθμολογίες συμμετεχόντων σε πέντε χαρακτηριστικά αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου**

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	5	50	16,48 (7,83)	15 (10-20)
Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	5	50	20,36 (7,31)	20 (15-25)
Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	2	40	20,04 (5,81)	20 (20-20)
Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	5	60	23,94 (8,2)	20 (20-30)
Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	3	40	19,46 (7,71)	20 (15-25)

Η βαθμολογία κυμαινόταν από το 5 έως 50 και μέση τιμή 16,48 (SD=7,83) για την διάσταση «Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό», από το 5 έως 50 και μέση τιμή 20,36 (SD=7,31) για την διάσταση «Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια», από το 2 έως 40 και μέση τιμή 20,04 (SD=5,81) για την διάσταση «Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση», από το 5 έως 60 και μέση τιμή 23,94 (SD=8,2) για τη διάσταση «Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη» και από το 3 έως 40 και μέση τιμή 19,46 (SD=7,71) για τη διάσταση «Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς».

Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται στοιχεία που αφορούν την αξιολόγηση των συμμετεχόντων ως προς τα παρακάτω χαρακτηριστικά σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

**Πίνακας 3** Στοιχεία αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών του Νοσοκομείου

		N	%
<b>Ποιο είναι το πιο σημαντικό για εσάς στον καθορισμό της ικανοποίησής σας σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ (παρακαλώ βάλτε το νούμερο του χαρακτηριστικού με βάση τον παραπάνω πίνακα</b>	Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	13	9,3%
	Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	32	<b>22,9%</b>
	Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	21	15,0%
	Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	54	<b>38,6%</b>
	Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	20	14,3%
<b>Ποιο χαρακτηριστικό είναι το λιγότερο σημαντικό για εσάς;</b>	Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	77	<b>55,0%</b>
	Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	12	8,6%
	Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη	12	8,6%

	εξυπηρέτηση		
	Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	3	2,1%
	Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	36	<b>25,7%</b>

Οι δύο διαστάσεις που χαρακτηρίστηκαν πιο σημαντικές για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου ήταν «Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη» (38,6%) καθώς και «Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια» (22,9%).

Αντιθέτως, λιγότερο σημαντικές χαρακτηρίστηκαν οι «Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό» (55,0%) και «Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς» (25,7%).

### Ποιότητα Υπηρεσιών (SERVQUAL)

Οι συντελεστές αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου ( $>0,7$ ), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, με οριακό δείκτη το δείκτη της διάστασης «Υλικοτεχνικές υποδομές».

**Πίνακας 4** Μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του SERVQUAL

Διάσταση	Αρ. ερωτήσεων	Cronbach's alpha		
		Προσδοκία	Αντίληψη	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	4	<b>0,631</b>	0,79	0,793
Αξιοπιστία	5	0,786	0,904	0,881
Ανταποκρισιμότητα	4	0,714	0,92	0,888
Διασφάλιση	4	0,922	0,863	0,864
Ενσυναίσθηση	5	0,756	0,904	0,862

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μέσες βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κάθε διάστασης της κλίμακας SERVQUAL καθώς και το αντίστοιχο Gap score. Υψηλότερες τιμές δηλώνουν υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ή προσδοκώμενη

ποιότητα υπηρεσιών. Αρνητικό σκορ υποδηλώνει ότι η αντιλαμβανόμενη υπηρεσία του νοσοκομείου ήταν χαμηλότερης ποιότητας από την προσδοκώμενη.

**Πίνακας 5** Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας

Διάσταση	Ερώτηση	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
<b>Υλικοτεχνικές υποδομές</b>	Ερ. 1	5,21	6,81	-1,61
	Ερ. 2	4,44	6,43	<b>-1,99</b>
	Ερ. 3	5,49	6,55	-1,06
	Ερ. 4	6,14	6,86	<b>-0,72</b>
<b>Αξιοπιστία</b>	Ερ. 5	5,75	6,45	-0,70
	Ερ. 6	6,08	6,67	<b>-0,59</b>
	Ερ. 7	5,93	6,84	-0,91
	Ερ. 8	5,64	6,59	<b>-0,96</b>
	Ερ. 9	5,88	6,72	-0,84
<b>Ανταποκρισιμότητα</b>	Ερ. 10	5,78	6,59	-0,81
	Ερ. 11	5,66	6,51	<b>-0,84</b>
	Ερ. 12	6,01	6,68	-0,67
	Ερ. 13	5,61	5,99	<b>-0,37</b>
<b>Διασφάλιση</b>	Ερ. 14	6,07	6,70	<b>-0,63</b>
	Ερ. 15	5,98	6,69	-0,71
	Ερ. 16	5,97	6,66	-0,69
	Ερ. 17	5,01	6,76	<b>-1,75</b>
<b>Ενσυναίσθηση</b>	Ερ. 18	5,89	6,54	-0,65
	Ερ. 19	5,47	6,16	<b>-0,69</b>
	Ερ. 20	5,85	6,49	-0,64
	Ερ. 21	5,68	6,27	<b>-0,59</b>
	Ερ. 22	5,93	6,61	-0,69

Αρνητικό κενό εντοπίστηκε σ' όλες τις διαστάσεις της ποιότητας, με άλλα λόγια οι προσδοκίες των συμμετεχόντων ήταν υψηλότερες από τις αντιλήψεις τους. Πιο συγκεκριμένα, το υψηλότερο αρνητικό κενό εντοπίστηκε στην ερώτηση σχετικά με τις φυσικές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου (ερ.2) στην διάσταση της «Υλικοτεχνικές υποδομές», στην ερώτηση σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών του τη στιγμή που υποσχέθηκε (ερ.8) στην διάσταση της «Αξιοπιστίας», στην ερώτηση για την παροχή γρήγορων υπηρεσιών στους ασθενείς από το προσωπικό του Νοσοκομείου (ερ.11) στην διάσταση «Ανταποκρισιμότητα», στην ερώτηση σχετικά με την υποστήριξη που πρέπει να λαμβάνουν οι εργαζόμενοι ώστε να κάνουν καλά τη

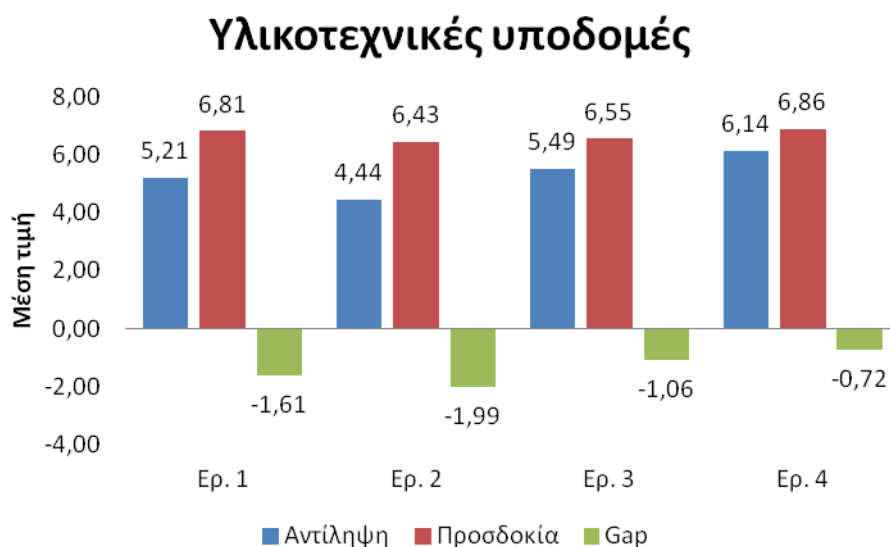


δουλειά τους (ερ.17) στην διάσταση «Διασφάλιση» και στην ερώτηση για τις ώρες λειτουργίας (ερ.19) στην διάσταση «Ενσυναίσθηση».

Επιπλέον, το χαμηλότερο αρνητικό κενό εντοπίστηκε στην ερώτηση σχετικά με τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική τους αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά (ερ.4) στην διάσταση της «Υλικοτεχνικές υποδομές», στην ερώτηση σχετικά με όταν έχουν ένα πρόβλημα, το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειου, δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει (ερ.6) στην διάσταση της «Αξιοπιστίας», στην ερώτηση για την ανταπόκριση του προσωπικού όσο απασχολημένοι κι αν είναι (ερ.13) στην διάσταση «Ανταποκρισιμότητα», στην ερώτηση σχετικά με την εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό απέναντι στους ασθενείς (ερ.14) στην διάσταση «Διασφάλιση» και στην ερώτηση για το αν το νοσοκομείο έχει τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου (ερ.21) στην διάσταση «Ενσυναίσθηση».

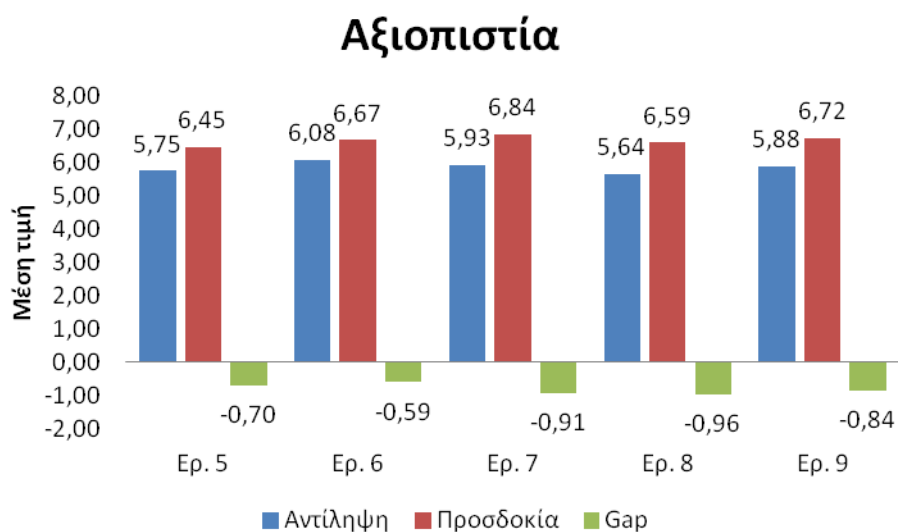
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Υλικοτεχνικές υποδομές».

**Γράφημα 7** Η διάσταση της ποιότητας των υλικοτεχνικών υποδομών



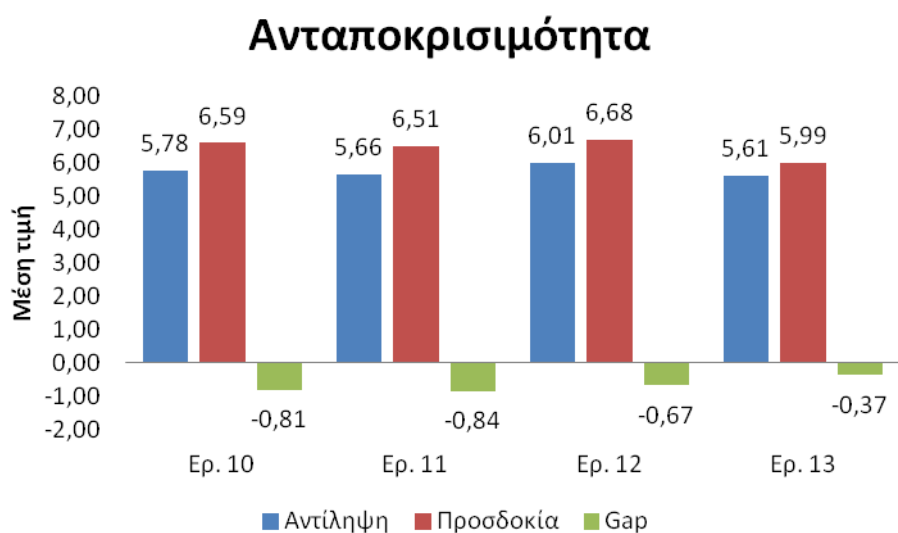
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Αξιοπιστία».

**Γράφημα 8** Η διάσταση της ποιότητας της αξιοπιστίας



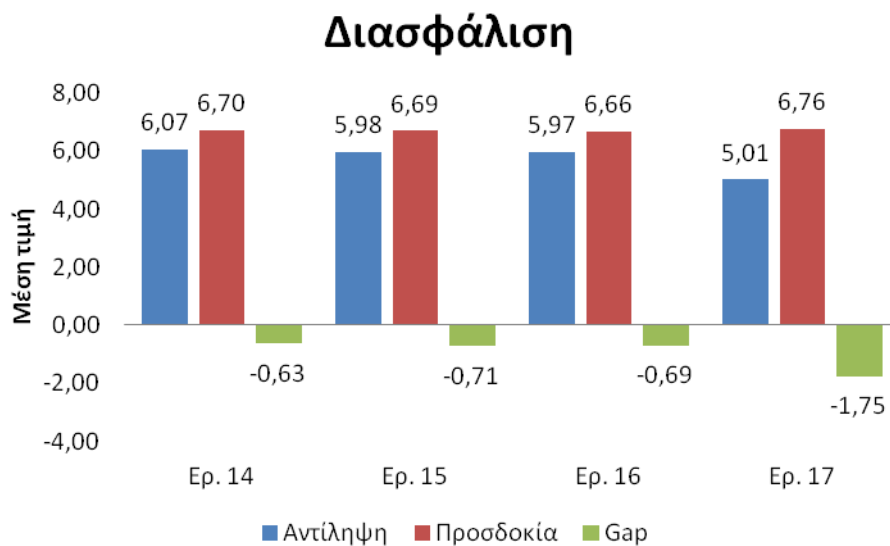
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Ανταποκρισιμότητα».

**Γράφημα 9** Η διάσταση της ποιότητας της ανταποκρισιμότητας



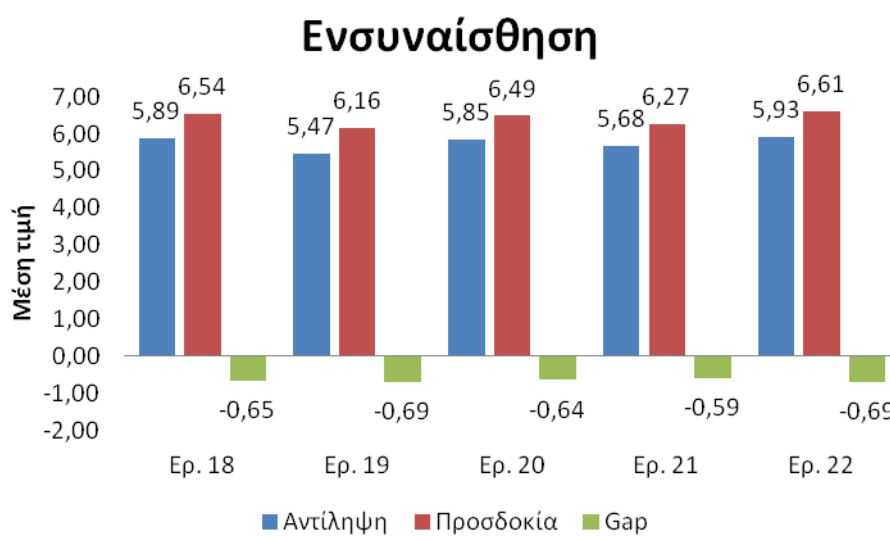
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Διασφάλιση».

**Γράφημα 10** Η διάσταση της ποιότητας της διασφάλισης



Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Ενσυναίσθηση».

**Γράφημα 11** Η διάσταση της ποιότητας της ενσυναίσθησης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SERVQUAL.

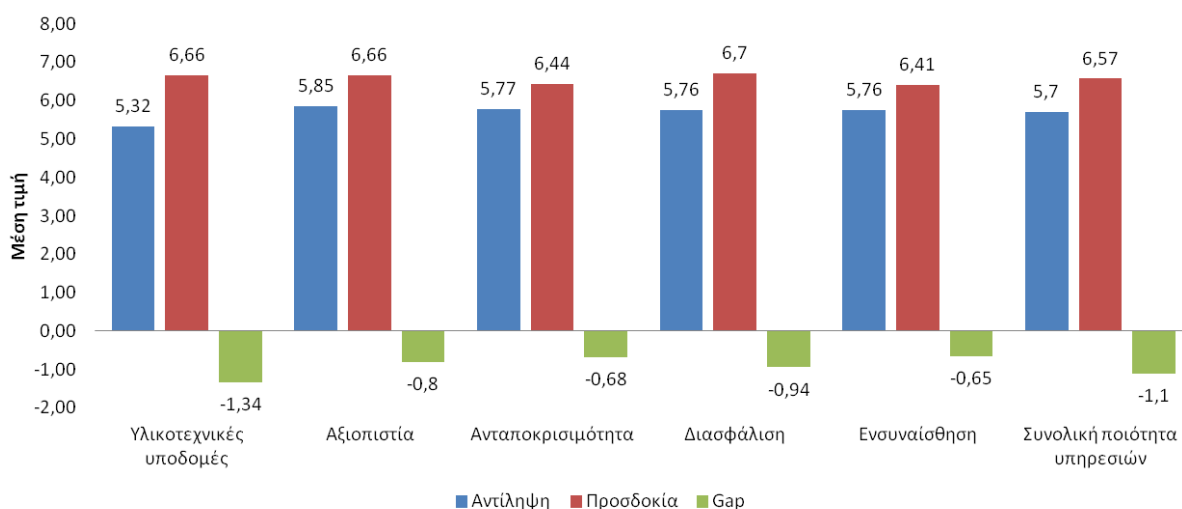
**Πίνακας 6 Μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του SERVQUAL**

Διάσταση	Συν. Ερωτήσεων	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	4	5,32	6,66	-1,34
Αξιοπιστία	5	5,85	6,66	-0,8
Ανταποκρισιμότητα	4	5,77	6,44	-0,68
Διασφάλιση	4	5,76	6,7	-0,94
Ενσυναίσθηση	5	5,76	6,41	-0,65
<b>Συνολική ποιότητα υπηρεσιών</b>	<b>22</b>	<b>5,7</b>	<b>6,57</b>	<b>-1,1</b>

Το υψηλότερο μέσο αρνητικό κενό εντοπίζεται στην διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» (gap=1,34) ενώ το χαμηλότερο στην διάσταση της «Ενσυναίσθησης» (gap=0.65).

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνολικά οι μέσες βαθμολογίες και το κενό των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SERVQUAL.

**Γράφημα 12 Μέσες βαθμολογίες και gap διαστάσεων SERVQUAL**



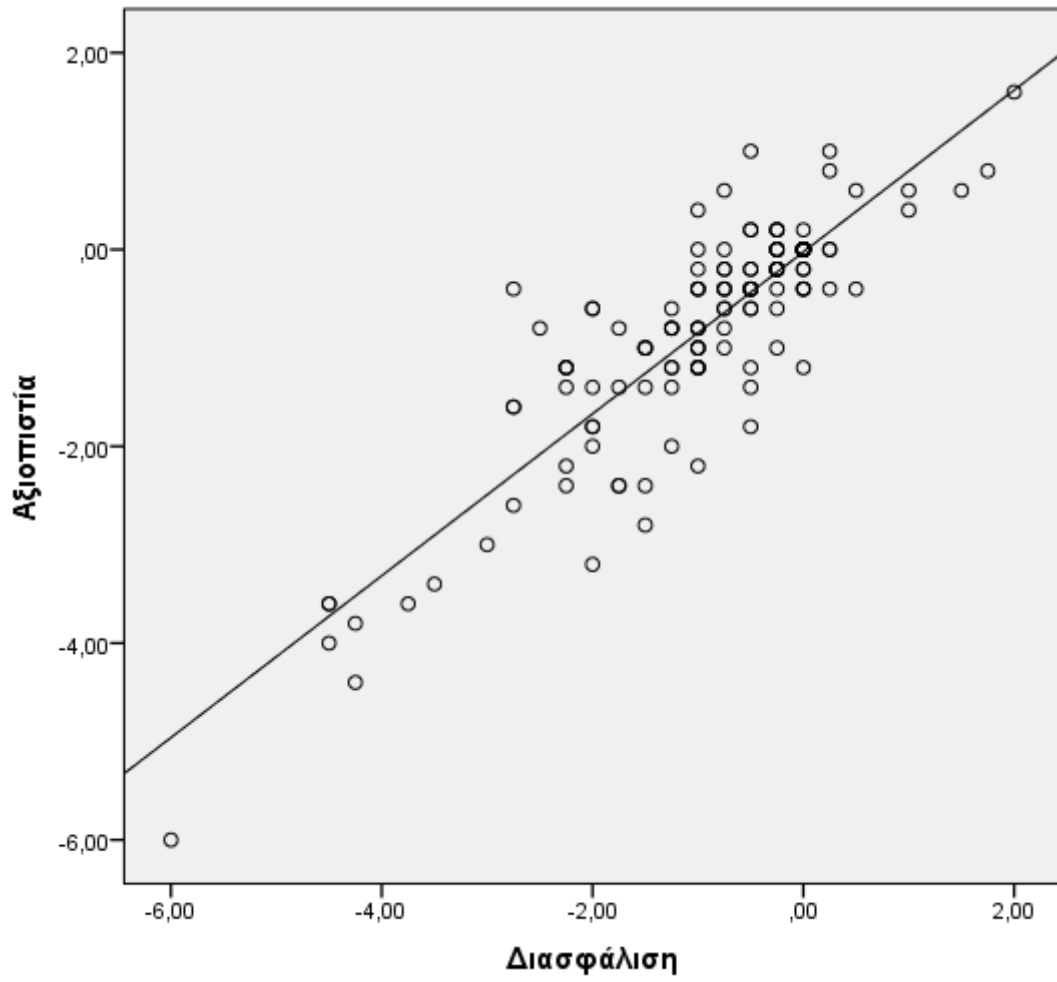
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SERVQUAL.

**Πίνακας 7** Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας

		<b>Αξιοπιστία</b>	<b>Ανταποκρισιμότητα</b>	<b>Διασφάλιση</b>	<b>Ενσυναίσθηση</b>
<b>Υλικοτεχνικές υποδομές</b>	<b>r</b>	0,701	0,543	0,666	0,715
	<b>p-value</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αξιοπιστία</b>	<b>r</b>	1	0,826	0,875	0,760
	<b>p-value</b>		<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ανταποκρισιμότητα</b>	<b>r</b>		1	0,8	0,719
	<b>p-value</b>			<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Διασφάλιση</b>	<b>r</b>			1	0,777
	<b>p-value</b>				<b>&lt;0,001</b>

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας υπηρεσιών. Συνεπώς, περισσότερο κενό στη μία διάσταση σχετιζόταν με υψηλότερο κενό σε μία άλλη διάσταση. Πιο συγκεκριμένα, η υψηλότερη συσχέτιση ( $r=0,875$ ) φαίνεται να υπάρχει μεταξύ της Διασφάλισης και της Αξιοπιστίας, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα.

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



**Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας ποιότητα υπηρεσιών (SERVQUAL) με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

**Πίνακας 8** Συσχέτιση της διάστασης «Υλικοτεχνικές Υποδομές» με τα δημογραφικά

		Υλικοτεχνικές υποδομές		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p-value
<b>Φύλο</b>	Άντρας	-1,23	1,27	0,273
	Γυναίκα	-1,46	1,20	
<b>Ηλικία</b>	<50	-1,45	1,15	0,659
	50-64	-1,38	1,30	
	>=65	-1,22	1,26	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος-η	-1,62	1,37	0,339
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-1,23	1,16	
	Διαζευγμένος	-1,79	1,61	
	Χήρος-α	-1,28	1,15	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-1,25	1,23	0,087
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	-1,28	1,13	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-1,98	1,50	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Αστικό κέντρο	-1,33	1,21	0,800
	Άλλο	-1,39	1,31	
<b>Επάγγελμα</b>	Ελεύθερος επαγγελματίας	-1,39	1,38	0,722
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-1,05	,81	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-1,52	1,09	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,28	1,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-1,53	1,32	

Δεν διέφερε σημαντικά το κενό των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αξιοπιστία» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

**Πίνακας 9** Συσχέτιση της διάστασης «Αξιοπιστία» με τα δημογραφικά

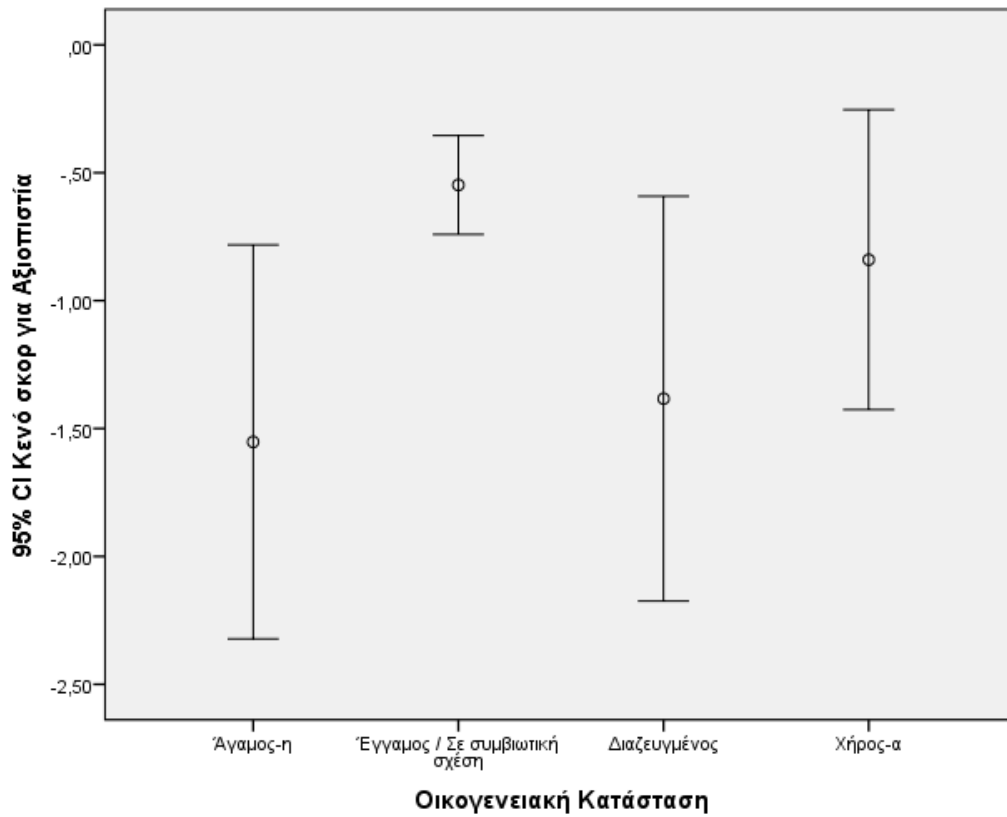
		Αξιοπιστία		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p-value
<b>Φύλο</b>	Άντρας	-0,71	1,25	0,351
	Γυναίκα	-0,89	1,09	
<b>Ηλικία</b>	<50	-1,10	1,29	0,070
	50-64	-0,81	1,29	
	>=65	-0,53	0,87	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος-η	-1,55	1,69	<b>0,001</b>
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-0,55	0,93	
	Διαζευγμένος	-1,38	1,25	
	Χήρος-α	-0,84	1,06	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-0,84	1,31	0,242
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταλκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	-0,65	0,94	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-1,20	1,29	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Αστικό κέντρο	-0,82	1,17	0,815
	Άλλο	-0,76	1,20	
<b>Επάγγελμα</b>	Ελεύθερος επαγγελματίας	-1,10	1,42	0,144
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-0,76	1,45	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-0,60	0,83	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,54	0,90	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-1,12	1,22	

Το κενό στη διάσταση «Αξιοπιστία» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ( $p=0,001$ ). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους Άγαμους συμμετέχοντες σε σχέση με τους Έγγαμους/Σε συμβιωτική σχέση ( $p=0,002$ )



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αξιοπιστία » ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

**Γράφημα 14** Βαθμολογία διάστασης «Αξιοπιστία»  
ανάλογως οικογενειακής κατάστασης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

**Πίνακας 10** Συσχέτιση της διάστασης «Ανταποκρισιμότητα» με τα δημογραφικά

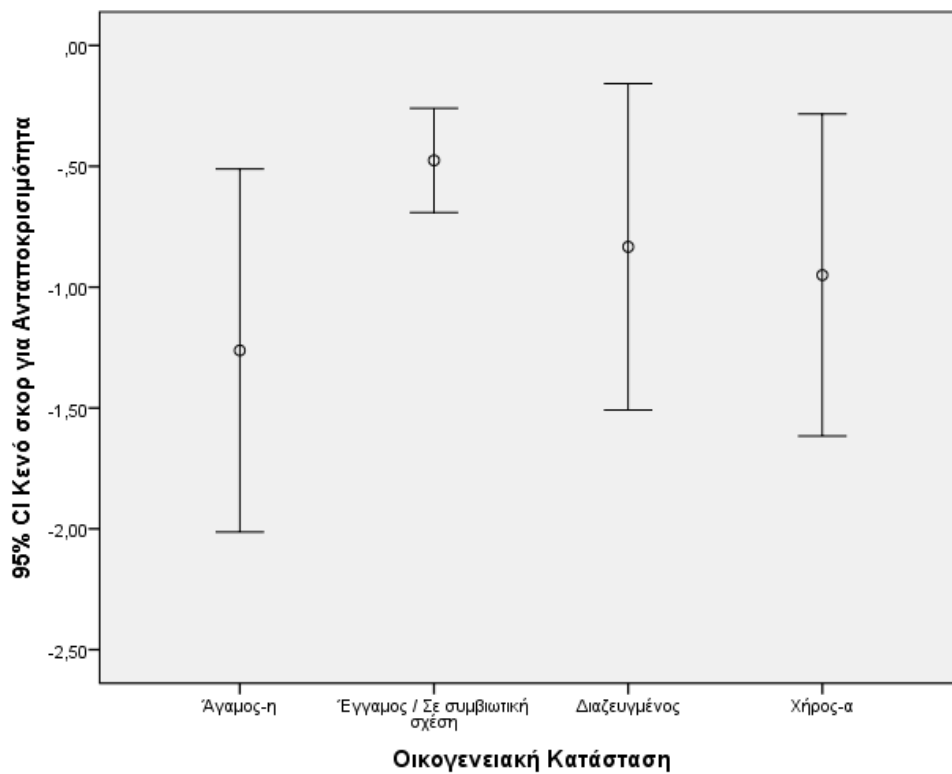
		Ανταποκρισιμότητα		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p-value
<b>Φύλο</b>	Άντρας	-0,66	1,30	0,908
	Γυναίκα	-0,69	1,10	
<b>Ηλικία</b>	<50	-0,83	1,34	0,583
	50-64	-0,63	1,27	
	>=65	-0,59	0,96	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος-η	-1,26	1,65	<b>0,033</b>
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-0,48	1,04	
	Διαζευγμένος	-0,83	1,06	
	Χήρος-α	-0,95	1,20	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-0,77	1,31	0,321
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	-0,50	1,04	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-0,91	1,18	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Αστικό κέντρο	-0,67	1,27	0,987
	Άλλο	-0,68	0,97	
<b>Επάγγελμα</b>	Ελεύθερος επαγγελματίας	-0,92	1,36	0,250
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-0,59	1,53	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-0,25	0,94	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,52	0,92	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-0,97	1,28	

Το κενό στη διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ( $p=0,033$ ). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά

μικρότερο για τους Άγαμους συμμετέχοντες σε σχέση με τους Έγγαμους/Σε συμβιωτική σχέση ( $p=0,037$ ).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

**Γράφημα 15** Βαθμολογία διάστασης «Ανταποκρισιμότητα» αναλόγως οικογενειακής κατάστασης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Διασφάλιση» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

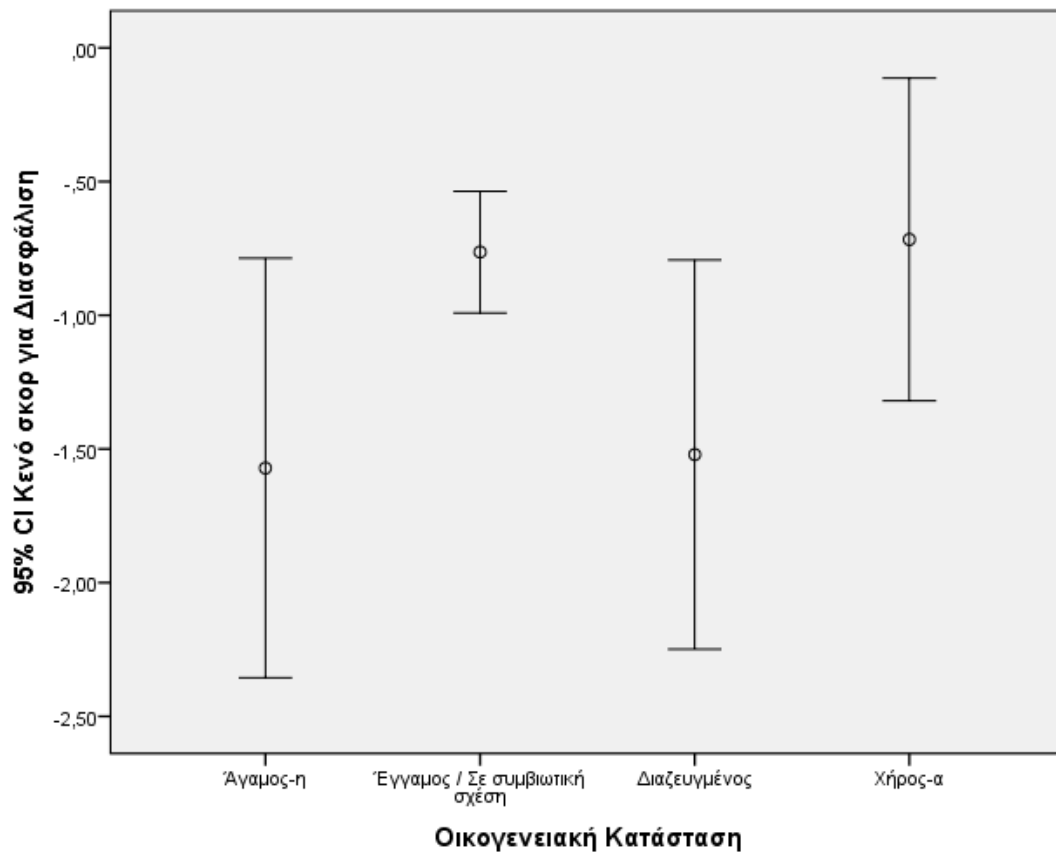
Πίνακας 11 Συσχέτιση της διάστασης «Διασφάλιση» με τα δημογραφικά

		Διασφάλιση		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p-value
<b>Φύλο</b>	Άντρας	-0,91	1,39	0,743
	Γυναίκα	-0,98	1,10	
<b>Ηλικία</b>	<50	-1,26	1,36	0,071
	50-64	-0,96	1,43	
	>=65	-0,66	0,84	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος-η	-1,57	1,72	<b>0,015</b>
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-0,76	1,10	
	Διαζευγμένος	-1,52	1,15	
	Χήρος-α	-0,72	1,09	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-0,99	1,30	0,219
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	-0,78	1,11	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-1,38	1,44	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	Αστικό κέντρο	-0,97	1,28	0,745
	Άλλο	-0,89	1,17	
<b>Επάγγελμα</b>	Ελεύθερος επαγγελματίας	-1,10	1,55	0,106
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-0,80	1,49	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-0,79	0,78	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-0,68	0,96	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-1,43	1,32	

Το κενό στη διάσταση «Διασφάλιση» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ( $p=0,015$ ). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους Άγαμους συμμετέχοντες σε σχέση με τους Έγγαμους/Σε συμβιωτική σχέση ( $p=0,040$ )

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Διασφάλιση» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

**Γράφημα 16** Βαθμολογία διάστασης «Διασφάλιση»  
αναλόγως οικογενειακής κατάστασης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

**Πίνακας 12** Συσχέτιση της διάστασης «Ενσυναίσθηση» με τα δημογραφικά

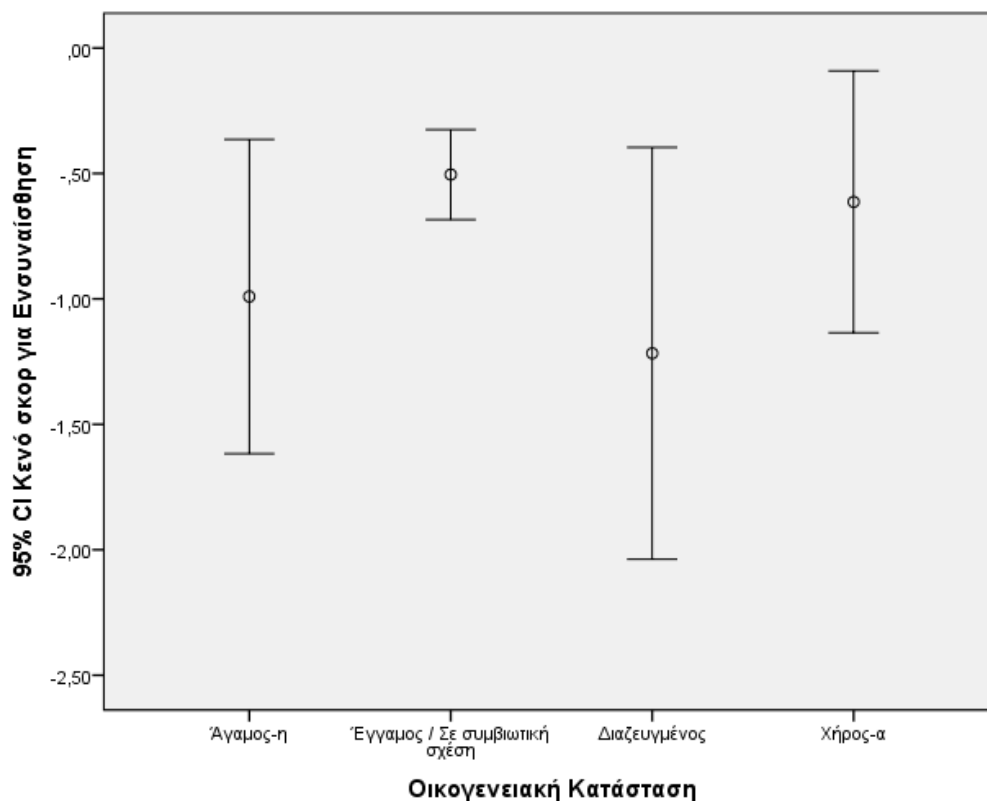
		Ενσυναίσθηση		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p-value
<b>Φύλο</b>	Άντρας	-0,55	1,09	0,245
	Γυναίκα	-0,75	0,95	
<b>Ηλικία</b>	<50	-0,71	1,01	0,643
	50-64	-0,71	1,19	
	>=65	-0,54	0,86	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος-η	-0,99	1,38	<b>0,046</b>
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-0,50	0,87	
	Διαζευγμένος	-1,22	1,29	

		<b>Ενσυναίσθηση</b>		
		<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπ. Απόκλιση</b>	<b>p-value</b>
	<b>Χήρος-α</b>	-0,61	0,94	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης</b>	-0,73	1,01	0,060
	<b>Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)</b>	-0,44	0,99	
	<b>Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου</b>	-1,08	1,04	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	<b>Αστικό κέντρο</b>	-0,66	0,95	0,810
	<b>Άλλο</b>	-0,62	1,21	
<b>Επάγγελμα</b>	<b>Ελεύθερος επαγγελματίας</b>	-0,93	1,38	0,399
	<b>Φοιτητής / Ανεργός / Οικιακά / Άλλο</b>	-0,37	0,59	
	<b>Δημόσιος Υπάλληλος</b>	-0,51	1,10	
	<b>Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης</b>	-0,59	0,88	
	<b>Ιδιωτικός Υπάλληλος</b>	-0,74	1,06	

Το κενό στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» βρέθηκε να διαφέρει οριακά σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ( $p=0,046$ ). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους Άγαμους συμμετέχοντες σε σχέση με τους Έγγαμους/Σε συμβιωτική σχέση ( $p=0,049$ ).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

**Γράφημα 17** Βαθμολογία διάστασης «Ενσυναίσθηση» αναλόγως οικογενειακής κατάστασης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη συνολική κλίμακα SERVQUAL ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

**Πίνακας 13** Συσχέτιση της συνολικής κλίμακας SERVQUAL με τα δημογραφικά

		Total Gap		
		Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	p-value
<b>Φύλο</b>	Άντρας	-1,01	1,40	0,423
	Γυναίκα	-1,19	1,21	
<b>Ηλικία</b>	<50	-1,33	1,33	0,255

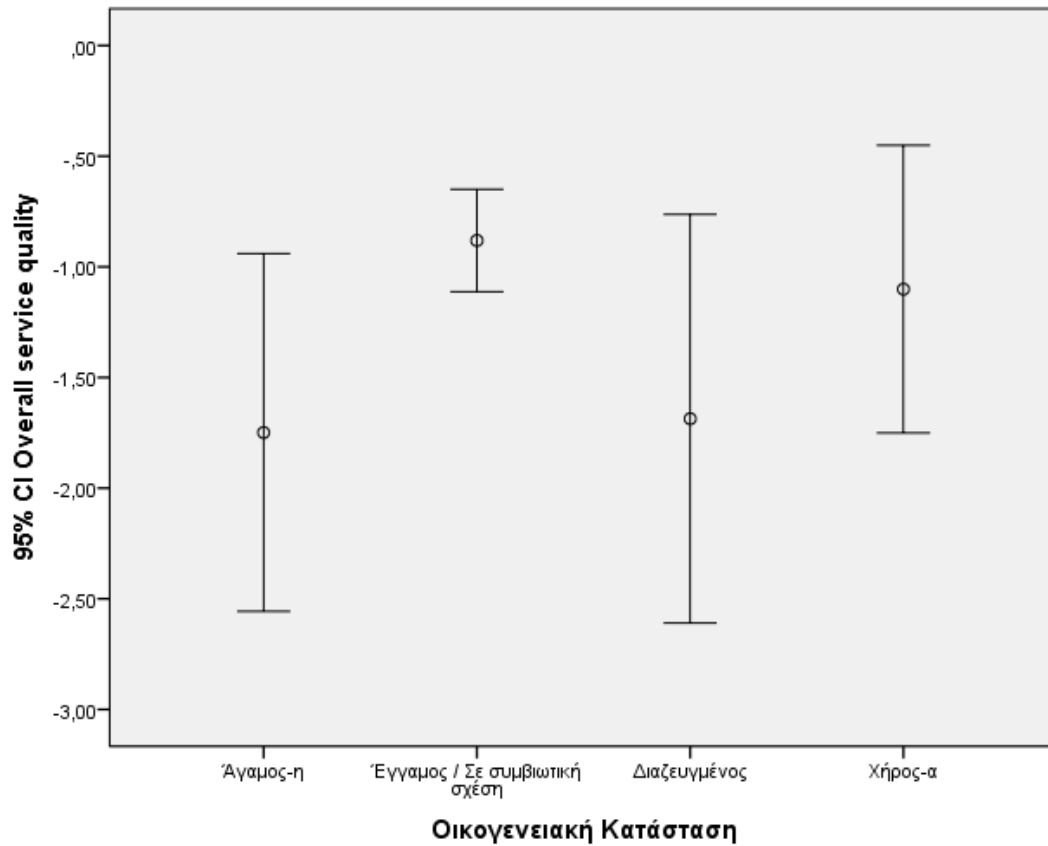
	<b>50-64</b>	-1,12	1,52	
	<b>&gt;=65</b>	-0,88	1,01	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Άγαμος-η</b>	-1,75	1,78	<b>0,015</b>
	<b>Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση</b>	-0,88	1,12	
	<b>Διαζευγμένος</b>	-1,69	1,45	
	<b>Χήρος-α</b>	-1,10	1,17	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>	<b>Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης</b>	-1,14	1,35	0,138
	<b>Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Μεταλκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)</b>	-0,91	1,16	
	<b>Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου</b>	-1,64	1,52	
<b>Τόπος Κατοικίας</b>	<b>Αστικό κέντρο</b>	-1,11	1,30	0,909
	<b>Άλλο</b>	-1,08	1,32	
<b>Επάγγελμα</b>	<b>Ελεύθερος επαγγελματίας</b>	-1,36	1,70	0,292
	<b>Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο</b>	-0,89	1,21	
	<b>Δημόσιος Υπάλληλος</b>	-0,92	1,07	
	<b>Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης</b>	-0,91	1,09	
	<b>Ιδιωτικός Υπάλληλος</b>	-1,44	1,37	

Το κενό στη συνολική κλίμακα SERVQUAL βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ( $p=0,015$ ). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους Άγαμους συμμετέχοντες σε σχέση με τους Έγγαμους/Σε συμβιωτική σχέση ( $p=0,033$ )



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το μέσο συνολικό κενό ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

**Γράφημα 18** Μέσο συνολικό χάσμα αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης



## Συζήτηση

Ο επηρεασμός αυτών των πτυχών απαιτεί πολιτικές και οικονομικές προσεγγίσεις που λειτουργούν στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Το επίπεδο ικανοποίησής του μπορεί να συμβάλει στον δημιουργικό επανασχεδιασμό των διαδικασιών διαχείρισης ποιότητας και στον μελλοντικό προσανατολισμό των στρατηγικών του. Αυτό επιβεβαιώνει ότι τα νοσοκομεία μπορούν και πρέπει να προσφέρουν ποιοτική κλινική φροντίδα και ταυτόχρονα να δημιουργούν μια καλή εμπειρία χρήστη. Από αυτή την άποψη, η συμμετοχή των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας σε ομάδες συνεχούς βελτίωσης γίνεται μια στρατηγική που θα βελτιώσει τελικά τα αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους πελάτες. Από τη μία πλευρά, υπάρχει η οπτική των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις τεχνικές-επιστημονικές πτυχές της περίθαλψης, εκτός από την αλληλεπίδραση παρόχου-ασθενούς. Αν και αυτή η προοπτική είναι σημαντική και χρήσιμη, τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον να θεωρηθεί η γνώμη των χρηστών ως ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, επιδιώκοντας να ανταποκριθούν στις ατομικές προτιμήσεις τους και να ανταποκριθούν στις προσδοκίες τους (Fatima et al., 2018). Σε γενικές γραμμές, η ικανοποίηση από τη φροντίδα μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της αντίληψης που έχουν οι ασθενείς, αλλά και της γνώμης των μελών της οικογένειας και των ίδιων των παρόχων. Καθώς αλλάζει η φύση και η κατανομή της αγοράς, αλλάζει και ο πελάτης. Ο πελάτης είναι πλέον πιο ενημερωμένος, πιο επιλεκτικός, έχει περισσότερες επιλογές, και υψηλότερο βιοτικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να παρακολουθείται το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών από υπηρεσίες και προϊόντα, επομένως η πρόκληση του ιδρύματος είναι προς τη συνεχή καινοτομία, με ποιοτικό προσωπικό και πελατοκεντρικό προσανατολισμό. Για να επιτευχθεί αυτή η εστίαση στον πελάτη, είναι απαραίτητο να αρχίσουμε να προσδιορίζουμε ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών. Αυτοί οι παράγοντες συχνά δεν τεκμηριώνονται συνειδητά, ωστόσο, μπορούν να ανιχνευθούν και να συλλεχθούν για να μπορέσουν να παραδώσουν υπηρεσίες που φιλοδοξούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των πελατών. Η ανησυχία για την ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται επειδή σχετίζεται σημαντικά και λειτουργικά με συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας από τη συμμόρφωση με τις συνταγές έως τα αποτελέσματα παρακολούθησης ή ακόμα και συμπεριφορές πρόληψης ασθενειών.

Όταν μιλάμε για ικανοποίηση, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η διάκριση μεταξύ της γενικής ικανοποίησης, που αναφέρεται στον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς από την υγειονομική περίθαλψη που έλαβε, και της ειδικής ικανοποίησης, που είναι ο βαθμός ικανοποίησης σε σχέση με τη χρήση μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας, ή σχετικά με συγκεκριμένες πτυχές των υπηρεσιών που λαμβάνονται.

## Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της ποιότητας που εφαρμόζεται στις υπηρεσίες υγείας κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος. Οι δράσεις στον τομέα της υγείας πλαισιώνονται συνήθως με τέσσερις λέξεις: ισότητα, αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε τους επαγγελματίες, όχι μόνο για τη σημασία της έννοιας της ποιότητας, αλλά και για το γιατί και για τι δημιουργήθηκε, τι επιδιώκει και ποιος είναι ο σκοπός της. Με αυτόν τον τρόπο, η φροντίδα θα πραγματοποιηθεί με επιτυχία και θα επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα. Οι πτυχές που αντιπροσωπεύουν την οπτική γωνία του ασθενούς είναι εξίσου σημαντικές σε μια ποιοτική προσέγγιση με τις «τεχνικές» ή κλινικές πτυχές. Πρέπει να ληφθούν υπόψη η ποιότητα της επαφής μεταξύ φροντιστή και ασθενή, οι πληροφορίες που μοιράζονται με τον ασθενή, η συνέχεια της φροντίδας, η ικανοποίηση του ασθενούς, οι ατομικές του προτιμήσεις, η συμπεριφορά του φροντιστή. Η ποιότητα που αντιλαμβάνεται ή αισθάνεται ο ασθενής είναι συμπληρωματική της ποιότητας που παρέχεται από τον φροντιστή και από τη δομή και πρέπει να ενσωματωθεί σε μια συνολική αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας. Η συνολική αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών στο νοσοκομείο είναι χαμηλότερη σε σχέση με τις προσδοκώμενες. Αρνητικό *gap* υπάρχει σε όλες τις διαστάσεις του SERVQUAL. Οι έλεγχοι συσχέτισης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση των *gaps* μεταξύ των έγγαμων και άγαμων συμμετεχόντων.

## Βιβλιογραφία

Afrashtehfar, K. I., Assery, M. K., & Bryant, S. R. (2020). Patient satisfaction in medicine and dentistry. *International journal of dentistry*, 2020.

Alzaydi, Z. M., Al-Hajla, A., Nguyen, B., & Jayawardhena, C. (2018). A review of service quality and service delivery: Towards a customer co-production and customer-integration approach. *Business Process Management Journal*.

Anderson, J., & Bausch, C. (2006). Climate change and natural disasters: Scientific evidence of a possible relation between recent natural disasters and climate change. *Policy Department Economic and Scientific Policy*, 2, 1-30.

Angelova, B., & Zekiri, J. (2011). Measuring customer satisfaction with service quality using American Customer Satisfaction Model (ACSI Model). *International journal of academic research in business and social sciences*, 1(3), 232.

Aghamolaei, T., Eftekhaari, T. E., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Shahrzad, M. E., ... & Hoseini, S. H. (2014). Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC health services research*, 14(1), 1-5.

Agostoni, C. (2003). Monuments of progress: modernization and public health in Mexico City, 1876-1910 (No. 4). UNAM.

Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., ... & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 19(Suppl 2), i34-i43.

Agyapong, A., Afi, J. D., & Kwateng, K. O. (2018). Examining the effect of perceived service quality of health care delivery in Ghana on behavioural intentions of patients: the mediating role of customer satisfaction. *International Journal of Healthcare Management*, 11(4), 276-288.

Arasli, H., Ekiz, E. H., & Katircioglu, S. T. (2008). Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *International journal of health care quality assurance*.

Arrieta, J. (2011). Quality and Quality Indicators in Peritoneal Dialysis. In *Modern Approaches To Quality Control*. IntechOpen.

Atkinson, R. (1999). Project management: cost, time and quality, two best guesses and a phenomenon, its time to accept other success criteria. *International journal of project management*, 17(6), 337-342.

Attree, M. (1993). An analysis of the concept “quality” as it relates to contemporary nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4), 355-369.

Auh, S., Menguc, B., Katsikeas, C. S., & Jung, Y. S. (2019). When does customer participation matter? An empirical investigation of the role of customer empowerment in the customer participation–performance link. *Journal of marketing research*, 56(6), 1012-1033.

Bailey, C. R., Ahuja, M., Bartholomew, K., Bew, S., Forbes, L., Lipp, A., ... & Stocker, M. (2019). Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*, 74(6), 778-792.

Barr, D. A. (1995). The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Annals of Internal Medicine*, 122(5), 353-359.

Begg, S., Wright, A., Small, G., Kirby, M., Moore, S., Koudou, B., ... & Bates, I. (2021). Multi-site comparison of factors influencing progress of African insecticide testing facilities towards an international Quality Management System certification. *PloS one*, 16(11), e0259849.

Besterfield, D. H., Besterfield-Michna, C., Besterfield, G. H., Besterfield-Sacre, M., Urdhwareshe, H., & Urdhwareshe, R. (2014). *Total Quality Management Revised Edition: For Anna University*, 3/e. Pearson Education India.

Bhuiyan, N., & Baghel, A. (2005). An overview of continuous improvement: from the past to the present. *Management decision*.

Borbasi, S., Jones, J., Lockwood, C., & Emden, C. (2006). Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. *Geriatric Nursing*, 27(5), 300-308.

- Boscarino, J. A. (1992). The public's perception of quality hospitals: implications for patient surveys. *Hospital & health services administration*, 37(1), 13-36.
- Buchanan, D. A., & Huczynski, A. A. (2019). *Organizational behaviour*. Pearson UK.
- Brown, L. D., Franco, L. M., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1998). Quality assurance of health care in developing countries. Quality Assurance Project, Center for Human Services.
- Campagna, E., & De Nitto Persone, V. (2008). Quality of Service: definitions and methods in the international standard.
- Carr, M., & Beck, M. (2022). *Healthcare Management Control: A Research Overview*.
- Carvalho, J. V., Rocha, Á., Vasconcelos, J., & Abreu, A. (2019). A health data analytics maturity model for hospitals information systems. *International Journal of Information Management*, 46, 278-285.
- Chakravorty, S. S. (2009). Six Sigma programs: An implementation model. *International journal of production economics*, 119(1), 1-16.
- Cohen, S. H., Gerding, D. N., Johnson, S., Kelly, C. P., Loo, V. G., McDonald, L. C., ... & Wilcox, M. H. (2010). Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(5), 431-455.
- Compton, M., & Hart, P. T. (Eds.). (2019). *Great policy successes*. Oxford University Press.
- Dayan, M., Al Kuwaiti, I. A., Husain, Z., Ng, P. Y., & Dayan, A. (2021). Factors influencing patient loyalty to outpatient medical services: an empirical analysis of the UAE's government healthcare system. *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691.

- Das, B. K., & Karn, S. K. (2008). Marketing of library and information services in global era: a current approach. *Webology*, 5(2), 56.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691.
- Dovel, K., Dworkin, S. L., Cornell, M., Coates, T. J., & Yeatman, S. (2020). Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *Journal of the International AIDS Society*, 23, e25517.
- Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An international journal*.
- Garber, A. M. (2004). Cost-Effectiveness And Evidence Evaluation As Criteria For Coverage Policy: Cost-effectiveness analysis could shift from being an academic curiosity to an essential tool for health care decision making. *Health Affairs*, 23(Suppl1), W4-284.
- Goldsmith, M. (2010). What got you here won't get you there: How successful people become even more successful. Profile books.
- Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., Nunes, A. M., & Figueira, J. R. (2021). Customers satisfaction in pediatric inpatient services: A multiple criteria satisfaction analysis. *Socio-Economic Planning Sciences*, 78, 101036.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- Fernandez, N., & Molina, J. C. (2007, September). Updating oo-method function points. In 6th International Conference on the Quality of Information and Communications Technology (QUATIC 2007) (pp. 55-64). IEEE.

Fischer, M., Imgrund, F., Janiesch, C., & Winkelmann, A. (2020). Strategy archetypes for digital transformation: Defining meta objectives using business process management. *Information & Management*, 57(5), 103262.

Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials.

Foulkes, R., Man, E., Thind, J., Yeung, S., Joy, A., & Hoskins, C. (2020). The regulation of nanomaterials and nanomedicines for clinical application: Current and future perspectives. *Biomaterials Science*, 8(17), 4653-4664.

Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., Payne, A., & Govind, R. (2019). Service ecosystem well-being: conceptualization and implications for theory and practice. *European Journal of Marketing*.

Franco, L. M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social science & medicine*, 54(8), 1255-1266.

Frank, L., Engelke, P., & Schmid, T. (2003). *Health and community design: The impact of the built environment on physical activity*. Island Press.

Hall, M. A., & Schneider, C. E. (2008). Patients as consumers: courts, contracts, and the new medical marketplace. *Michigan Law Review*, 106(4), 643-689.

Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). *From Safety-I to Safety-II: a white paper. The resilient health care net: published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.*

Hoyer, R. W., Hoyer, B. B., Crosby, P. B., & Deming, W. E. (2001). What is quality. *Quality progress*, 34(7), 53-62.

Hoyle, D. (2017). *ISO 9000 quality systems handbook: increasing the quality of an organization's outputs*. Routledge.

Hubbard, D. W. (2014). *How to measure anything: Finding the value of intangibles in business*. John Wiley & Sons.



- Jhamb, D., Mittal, A., & Sharma, P. (2020). The behavioural consequences of perceived service quality: a study of the Indian telecommunication industry. *Business: Theory and Practice*, 21(1), 360-372.
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., & Ford, D. (2008). Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system. Institute for Patient-and Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement.
- Jennings, N. R. (1993). Commitments and conventions: The foundation of coordination in multi-agent systems. *The knowledge engineering review*, 8(3), 223-250.
- Joss, R. (1998). An evaluation of total quality management projects in the National Health Service.
- Kalantar-Zadeh, K., Lockwood, M. B., Rhee, C. M., Tantisattamo, E., Andreoli, S., Balducci, A., ... & Li, P. K. T. (2022). Patient-centred approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease. *Nature Reviews Nephrology*, 1-14.
- Kalogeropoulou, M. (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 28(5).
- Kruk, M. E., & Freedman, L. P. (2008). Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health policy*, 85(3), 263-276.
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., ... & Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet global health*, 6(11), e1196-e1252.
- Keller, S., & Price, C. (2011). *Beyond performance: How great organizations build ultimate competitive advantage*. John Wiley & Sons.
- LaFond, A. K., Brown, L., & Macintyre, K. (2002). Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 17(1), 3-22.

- Lee, Y. W., Strong, D. M., Kahn, B. K., & Wang, R. Y. (2002). AIMQ: a methodology for information quality assessment. *Information & management*, 40(2), 133-146.
- Lengnick-Hall, C. A. (1996). Customer contributions to quality: A different view of the customer-oriented firm. *Academy of management review*, 21(3), 791-824.
- Lenzi, J., Noto, G., Corazza, I., Lepiksone, J., & Fantini, M. P. (2020). Measuring the quality of care in small countries: the empirical analysis of 30-day mortality following acute myocardial infarction and ischaemic stroke in Latvia. *Health Policy*, 124(7), 695-700.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *BMJ Quality & Safety*, 13(suppl 1), i85-i90.
- Li, F., Lu, H., Hou, M., Cui, K., & Darbandi, M. (2021). Customer satisfaction with bank services: The role of cloud services, security, e-learning and service quality. *Technology in Society*, 64, 101487.
- Li, H., Liu, Y., Tan, C. W., & Hu, F. (2020). Comprehending customer satisfaction with hotels: Data analysis of consumer-generated reviews. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*.
- Litvaj, I., Ponisciakova, O., Stancekova, D., Svobodova, J., & Mrazik, J. (2022). Decision-Making Procedures and Their Relation to Knowledge Management and Quality Management. *Sustainability*, 14(1), 572.
- Liu, T., Tsang, W., Huang, F., Lau, O. Y., Chen, Y., Sheng, J., ... & Ming, W. K. (2021). Patients' preferences for artificial intelligence applications versus clinicians in disease diagnosis during the SARS-CoV-2 pandemic in China: Discrete choice experiment. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e22841.
- Lohr, K. N. (Ed.). (1990). *Medicare: a strategy for quality assurance, volume I*.
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International journal for quality in health care*, 15(6), 523-530.

- Marsh, A. D., Muzigaba, M., Diaz, T., Requejo, J., Jackson, D., Chou, D., ... & Group, E. C. T. T. (2020). Effective coverage measurement in maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition: progress, future prospects, and implications for quality health systems. *The Lancet Global Health*, 8(5), e730-e736.
- Marley, K. A., Collier, D. A., & Meyer Goldstein, S. (2004). The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. *Decision Sciences*, 35(3), 349-369.
- Martínez-Caro, E., Cegarra-Navarro, J. G., García-Pérez, A., & Fait, M. (2018). Healthcare service evolution towards the Internet of Things: An end-user perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 136, 268-276.
- Martel, M. L., Indieke, B. H., Holm, K. M., Poplau, S., Heegaard, W. G., Pryor, J. L., & Linzer, M. (2018). Developing a medical scribe program at an academic hospital: the Hennepin County Medical Center experience. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(5), 238-249.
- Matzler, K., & Hinterhuber, H. H. (1998). How to make product development projects more successful by integrating Kano's model of customer satisfaction into quality function deployment. *Technovation*, 18(1), 25-38.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2004). *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications*. Jones & Bartlett Learning.
- Miao, Y., Porter, W. C., Schwabe, K., & LeComte-Hinely, J. (2022). Evaluating health outcome metrics and their connections to air pollution and vulnerability in Southern California's Coachella Valley. *Science of The Total Environment*, 153255.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., ... & Von Kohorn, I. (2012). Core principles & values of effective team-based health care. *NAM Perspectives*.
- Mitra, A. (2016). *Fundamentals of quality control and improvement*. John Wiley & Sons.
- Montgomery, C. A., Thomas, A. R., & Kamath, R. (1984). Divestiture, market valuation, and strategy. *Academy of Management Journal*, 27(4), 830-840.

- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), 77.
- Murray, C. J. (2007). Towards good practice for health statistics: lessons from the Millennium Development Goal health indicators. *The Lancet*, 369(9564), 862-873.
- Murphy, C. N., & Yates, J. (2009). *The International Organization for Standardization (ISO): Global governance through voluntary consensus*. Routledge.
- Nabelsi, V., & Gagnon, S. (2017). Information technology strategy for a patient-oriented, lean, and agile integration of hospital pharmacy and medical equipment supply chains. *International Journal of Production Research*, 55(14), 3929-3945.
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., ... & Troosters, T. (2006). American thoracic society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 173(12), 1390-1413.4444
- Oakland, J. S. (2014). *Total quality management and operational excellence: text with cases*. Routledge.
- Owens, D. J., & Batchelor, C. (1996). Patient satisfaction and the elderly. *Social science & medicine*, 42(11), 1483-1491.
- Palmer, J. F. (1983). *Visual quality and visual impact assessment. Social Impact Assessment Methods*. London: Sage Publications, 268-283.
- Palmer, N., Mueller, D. H., Gilson, L., Mills, A., & Haines, A. (2004). Health financing to promote access in low income settings—how much do we know?. *The Lancet*, 364(9442), 1365-1370.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of retailing*, 69(1), 140-147.
- Papp, J. (2018). *Quality management in the imaging sciences e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Parish, S. J., Simon, J. A., Davis, S. R., Giraldi, A., Goldstein, I., Goldstein, S. W., ... & Vignozzi, L. (2021). *International Society for the Study of Women's Sexual Health*

clinical practice guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. *Journal of Women's Health*, 30(4), 474-491.

Pinney, S. J., Page, A. E., Jevsevar, D. S., & Bozic, K. J. (2016). Current concept review: quality and process improvement in orthopedics. *Orthopedic research and reviews*, 8, 1.

Petter, S., DeLone, W., & McLean, E. (2008). Measuring information systems success: models, dimensions, measures, and interrelationships. *European journal of information systems*, 17(3), 236-263.

Petticrew, M., & Roberts, H. (2008). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. John Wiley & Sons.

Pol, L. G., & Thomas, R. K. (2001). *The demography of health and health care*. Springer Science & Business Media.

Pynes, J. E. (2008). *Human resources management for public and nonprofit organizations: A strategic approach* (Vol. 30). John Wiley & Sons.

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379.

Rasheed, H. M. W., He, Y., Khalid, J., Khizar, H. M. U., & Sharif, S. (2020). The relationship between e-learning and academic performance of students. *Journal of Public Affairs*, e2492.

Razinkina, E., Pankova, L., Trostinskaya, I., Pozdeeva, E., Evseeva, L., & Tanova, A. (2018). Student satisfaction as an element of education quality monitoring in innovative higher education institution. In *E3S Web of Conferences* (Vol. 33, p. 03043). EDP Sciences.

Rehaman B, Husnain M. (2018). The Impact of Service Quality Dimensions on Patient Satisfaction in the Private Healthcare Industry in Pakistan. *J Hosp Med Manage* Vol.4 No.1:4

- Ritter, T., & Walter, A. (2012). More is not always better: The impact of relationship functions on customer-perceived relationship value. *Industrial Marketing Management*, 41(1), 136-144.
- Riyatno, R., Nurdin, D., Ambo, N., & Kurnia, I. (2020). Implementation of Family Planning Services for the Long Term Contraception Method (KB MKJP) in Palu City. *International Journal Papier Public Review*, 1(2), 105-113.
- Reiling, J., Hughes, R. G., & Murphy, M. R. (2008). The impact of facility design on patient safety. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*.
- Rigoli, F., & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human resources for health*, 1(1), 1-12.
- Roemer, M. I. (1993). *National health systems of the world*. oxford university press.
- Rubery, J., Earnshaw, J., Marchington, M., Cooke, F. L., & Vincent, S. (2002). Changing organizational forms and the employment relationship. *Journal of management studies*, 39(5), 645-672.
- Sánchez, M. P., Elena, S., & Castrillo, R. (2009). Intellectual capital dynamics in universities: a reporting model. *Journal of intellectual capital*.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms: Experience in western European health care systems suggests lessons for reform in the United States, according to a major international comparison by the World Health Organization. *Health affairs*, 17(2), 85-108.
- Schonberg, H. C. (1987). *Great pianists*. Simon and Schuster.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health services research*, 38(3), 923-945.
- Shah, A. (1998). *Fiscal federalism and macroeconomic governance: For better or for worse?* (Vol. 2005). World Bank Publications.
- Shokouhyar, S., Shokoohyar, S., & Safari, S. (2020). Research on the influence of after-sales service quality factors on customer satisfaction. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 56, 102139.

- Siha, S. M., & Saad, G. H. (2008). Business process improvement: empirical assessment and extensions. *Business process management journal*, 14(6), 778-802.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Sohail, M. S. (2003). Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(3), 197-206.
- Soza-Parra, J., Raveau, S., Muñoz, J. C., & Cats, O. (2019). The underlying effect of public transport reliability on users' satisfaction. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 126, 83-93.
- Starfield, B. (2009). Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity & Society*, 33(1-2), 56-73.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health policy*, 60(3), 201-218.
- Stanberry, B. (2017). Legal and ethical aspects of telemedicine (pp. 150-167). CRC Press.
- Stevens, K., Thambinathan, V., Hollenberg, E., Inglis, F., Johnson, A., Levinson, A., ... & Cleverley, K. (2021). Core components and strategies for suicide and risk management protocols in mental health research: a scoping review. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14.
- Tanwar, R., Balamurugan, S., Saini, R. K., Bharti, V., & Chithaluru, P. (Eds.). (2022). *Advanced Healthcare Systems: Empowering Physicians with IoT-Enabled Technologies*. John Wiley & Sons.
- Tkacová, H., Králik, R., Tvrdoň, M., Jenisová, Z., & Martin, J. G. (2022). Credibility and Involvement of Social Media in Education—Recommendations for Mitigating the Negative Effects of the Pandemic among High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2767.
- Tummala, V. R., & Tang, C. L. (1996). Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: Core concepts and comparative analysis. *International Journal of Quality & Reliability Management*.

Ushakov, D. S., Yushkevych, O. O., Ovander, N. L., Tkachuk, H. Y., & Vyhovskyi, V. H. (2019). The strategy of Thai medical services promotion at foreign markets and development of medical tourism. *Geo Journal of Tourism and Geosites*, 27(4), 1429-1438.

Veryzer, R. W., & Borja de Mozota, B. (2005). The impact of user-oriented design on new product development: An examination of fundamental relationships. *Journal of product innovation management*, 22(2), 128-143.

Viswanathan, H. N., & Salmon, J. W. (2000). Accrediting organizations and quality improvement. *Am J Manag Care*, 6(10), 1117-30.

Wagrell, S., & Baraldi, E. (2018). The joys and sorrows of a start-up's interactions with the public sphere: a case from medical technology. *Journal of Business & Industrial Marketing*.

Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review. *Arch Med*, 3(3), 36.

Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International journal for quality in health care*, 15(4), 337-344.

Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjestsen, M. T., Solheim, M., Harthug, S., ... & Fulop, N. (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality?. *BMC health services research*, 13(1), 1-13.

World Health Organozaton, (2022) , Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> στις 9/06/2022

World Health Organozaton, (2022), Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care> στις 8/06/2022

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.



Wright Jr, J. R. (2017). The American College of Surgeons, minimum standards for hospitals, and the provision of high-quality laboratory services. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 141(5), 704-717.

Yeoh, W., & Koronios, A. (2010). Critical success factors for business intelligence systems. *Journal of computer information systems*, 50(3), 23-32.

Zaid, A. A., Arqawi, S. M., Mwais, R. M. A., Al Shobaki, M. J., & Abu-Naser, S. S. (2020). The impact of Total quality management and perceived service quality on patient satisfaction and behavior intention in Palestinian healthcare organizations. *Technology Reports of Kansai University*, 62(03), 221-232.

Zemlo, T. R., Garrison, H. H., Partridge, N. C., & Ley, T. J. (2000). The physician-scientist: career issues and challenges at the year 2000. *The FASEB Journal*, 14(2), 221-230.

Zerach, G., & Levi-Belz, Y. (2021). Moral injury and mental health outcomes among Israeli health and social care workers during the COVID-19 pandemic: a latent class analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1945749.

Zineldin, M., Akdag, H. C., & Vasicheva, V. (2011). Assessing quality in higher education: New criteria for evaluating students' satisfaction. *Quality in higher education*, 17(2), 231-243.

Zink, K. J. (2012). *Total Quality Management as a holistic management concept: the European model for business excellence*. Springer Science & Business Media.

Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., & Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(4).

## Παράρτημα

### Ερωτηματολόγιο έρευνας

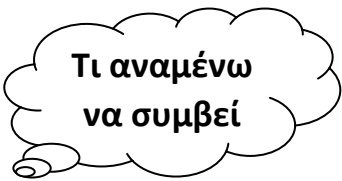

Παρακάτω παρατίθεται το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ**

Αγαπητή κύριε-α

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά τον βαθμό της ικανοποίησης του κάθε ασθενή από την παροχή υπηρεσιών υγείας στο Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο και αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιείται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας μεταπτυχιακού προγράμματος.

Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. **Όλα τα στοιχεία** που θα σας ζητηθούν **θα είναι εμπιστευτικά**. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων εκφράζονται με ένα αριθμό που κυμαίνεται από το 1 έως το 7 και κάθε αριθμός ορίζει μια απάντηση. Σε αυτές τις ερωτήσεις σημειώστε την απάντηση που θεωρείτε ως καλύτερη για τη συγκεκριμένη ερώτηση. Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων και ως εκ τούτου **σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων**.

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ		ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ	
 <p><b>Τι αναμένω να συμβεί</b></p>		 <p><b>Τι τελικά συνέβη</b></p>	
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 Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο το οποίο επισκέπτεστε σαν ασθενής.	
(Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας)		(Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας)	
Διαφωνώ	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Συμφωνώ
Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα	Απόλυτα
<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	
<b>(ex1).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν σύγχρονο εξοπλισμό.		<b>(pe1).</b> Το Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, 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	
<b>(ex2).</b> Οι φυσικές εγκαταστάσεις των Νοσοκομείων (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας, τουαλέτες) θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές.		<b>(pe2).</b> Οι φυσικές εγκαταστάσεις του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex3).</b> Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι ομοίomorφα ντυμένοι και καθαροί.		<b>(pe3).</b> Οι εργαζόμενοι του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, είναι ομοίomorφα 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	
<b>(ex4).</b> Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση, πρέπει να είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά		<b>(pe4).</b> 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	
<b>(ex5).</b> Όταν το προσωπικό των Νοσοκομείων υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το κάνει.		<b>(pe5).</b> Όταν το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, 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	
<b>(ex6).</b> Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να		<b>(pe6).</b> Όταν έχω ένα πρόβλημα, το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, δείχνει πραγματικό	

δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.		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	
<b>(ex7).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.		<b>(pe7).</b> Το Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	

<b>(ex8).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους τη στιγμή που υποσχέθηκαν να το κάνουν.		<b>(pe8).</b> Το Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex9).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)		<b>(pe9).</b> Το Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, 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	
<b>(ex10).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή.		<b>(pe10).</b> Το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex11).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.		<b>(pe11).</b> Το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex12).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.		<b>(pe12).</b> Το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex13).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.		<b>(pe13).</b> Το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex14).</b> Η συμπεριφορά των εργαζομένων των Νοσοκομείων, πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.		<b>(pe14).</b> Η συμπεριφορά των εργαζομένων του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex15).</b> Οι ασθενείς πρέπει να νοιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους		<b>(pe15).</b> Νοιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του Γ.Ν.Α.	

εργαζόμενους των Νοσοκομείων.		Σισμανόγλειου.	
<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	
<b>(ex16).</b> Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς.		<b>(pe16).</b> 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	
<b>(ex17).</b> Οι εργαζόμενοι στα Νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.		<b>(pe17).</b> Οι εργαζόμενοι στο Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο 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	
<b>(ex18).</b> Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.		<b>(pe18).</b> Οι εργαζόμενοι του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειου 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	

<b>(ex19).</b> Οι ώρες λειτουργίας των Νοσοκομείων πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.		<b>(pe19).</b> Οι ώρες λειτουργίας του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειου ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex20).</b> Οι υπάλληλοι των Νοσοκομείων πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.		<b>(pe20).</b> Οι υπάλληλοι του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειου καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex21).</b> Τα Νοσοκομεία πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου.		<b>(pe21).</b> Το Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειου έχει τα συμφέροντα των ασθενών του κατά νου.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex22).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του..		<b>(pe22).</b> Το προσωπικό του Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειου αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

## ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΝΤΩΝ

Παρακάτω σας παραθέτουμε πέντε χαρακτηριστικά προσαρμοσμένα στα **Νοσοκομεία** και στις υπηρεσίες που προσφέρουν. Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο σημαντικό είναι για εσάς το κάθε ένα χαρακτηριστικό όταν αξιολογείτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου. Σας παρακαλούμε να κατανείμετε ένα σύνολο 100 πόντων ανάμεσα στα πέντε αυτά χαρακτηριστικά σύμφωνα με το πόσο σημαντικό είναι το κάθε ένα από αυτά για εσάς (όσο πιο σημαντικό είναι για εσάς, τόσο περισσότερους πόντους πρέπει να του βάλετε). Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι το σύνολο των πόντων έχουν άθροισμα 100.

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

**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 Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο (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**

Ανδρας

Γυναίκα

**31. Ηλικία.....**

**32. Οικογενειακή κατάσταση**

Άγαμος-η

Σε συμβιωτική σχέση

Έγγαμος-η χωρίς παιδιά

Έγγαμος-η με παιδιά

Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά

Διαζευγμένος -η με παιδιά

Χήρος-α

**33. Μορφωτικό επίπεδο**

Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)

Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)

Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών

Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου

**34. Περιοχή κατοικίας**

Αστικό κέντρο

Ημιαστικό κέντρο

Αγροτική περιοχή

Νησιώτικη περιοχή

Άλλο

**35. Επάγγελμα**

Ελεύθερος επαγγελματίας

Φοιτητής

Άνεργος

Αυτοσυντήρητος

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Δημόσιος Υπάλληλος

Αγρότης

Οικιακά

Συνταξιούχος

Άλλο

Συναινώ

ΝΑΙ

ΟΧΙ