

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

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΧΡΗΣΤΩΝ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΑΡΙΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΟΥ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων
Καθηγητής

Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

Καθηγητής

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

Ειδική
Επιστήμονας

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αλεξανδρίδου Μαρία του Αβραάμ, με αριθμό μητρώου 19022 φοιτητής/τρια 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 30/6/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Αλεξανδρίδου Μαρία



Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	10
1.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	10
1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	14
1.3 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	16
1.4 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	20
2.1 ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ	20
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	23
2.3 Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	25
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	29
3.1 THE SERVICE QUALITY MODEL- ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	29
3.2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	35
3.3 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	40
3.4 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL	46
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	52
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	53
4.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ / ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	54
4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	55
4.5 ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
4.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ / ΧΑΣΜΑ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	62

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	62
5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	89
5.2.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	89
5.2.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	93
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	2
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	8

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και αξιολόγηση της γενικότερης ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, μέσω της διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας εξυπηρέτησης από τους εργαζόμενους στις συγκεκριμένες υπηρεσίες. Η σύγχρονη εποχή επιτάσσει την γενικότερη εξυπηρέτηση των καταναλωτικών αναγκών με οικονομικές και ποιοτικές παροχές υπηρεσιών, με τις καταναλωτικές απαιτήσεις να παρουσιάζουν ραγδαίους ρυθμούς και η φιλοσοφία του Μάρκετινγκ να εστιάζει όλο και περισσότερο στην καταναλωτική ικανοποίηση. Συνεπώς γίνεται μία αξιολογη προσπάθεια στον να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μονάδες υγείας. Επιπρόσθετα η εργασία επιχειρεί να αναδείξει τον βαθμό που παραμένει επίκαιρο το μοντέλο SERVQUAL για την διερεύνηση των αναγκών τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών χρηστών, το οποίο προσφέρει σημαντικά στοιχεία με την συμβολή των οποίων μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των θεσμικών λειτουργιών τους. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα ήταν το μοντέλο SERVQUAL ως στρατηγικό εργαλείο, με ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε εργαζόμενους αλλά και σε ασθενείς για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των προσδοκιών από την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Το γενικότερο συμπέρασμα ωστόσο είναι ότι η ποιότητα στον υγειονομικό κλάδο πρέπει να αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα αξιών, προτύπων, αξιών και μεθόδων δράσης το οποίο εξασφαλίζει την πλήρη και βέλτιστη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την αποδοτικότητα των υγειονομικών μονάδων και την ικανοποίηση των ασθενών.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΠ	ΣΕΛ.14
ΣΧΗΜΑ2: ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΧΑΣΜΑΤΩΝ	ΣΕΛ.29
ΣΧΗΜΑ 3: ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΠΟΙΟΗΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	ΣΕΛ.31

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί το πιο σημαντικό και θεμελιώδες αγαθό στην σύγχρονη κοινωνία. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ανθρώπινο και μη αμφισβητήσιμο δικαίωμα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση στην οποία το άτομο είναι πλήρες από ψυχική, κοινωνική και σωματική ευεξία. Συνεπώς οι υπηρεσίες υγείας επιδρούν σημαντικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων και θεωρούνται ως οι πιο κρίσιμες και εξατομικευμένες υπηρεσίες που μπορούν να αγοραστούν.(WHO, 2003). Λαμβάνοντας την οικονομική ύφεση την οποία αντιμετωπίζει ο παγκόσμιος χάρτης, οι παροχές υπηρεσιών υγείας και ο κλάδος της υγείας γενικότερα δοκιμάζονται σε καθημερινή βάση με αποτέλεσμα να καλούνται επιτακτικώς στο να προσφέρουν καλύτερες και ποιοτικότερες συνθήκες ζωής μέσω της συνεχούς βελτίωσης και να προσαρμόζονται άμεσα στις ολοένα και αυξανόμενες καταναλωτικές απαιτήσεις και ανάγκες με το λιγότερο δυνατό κόστος.

Οι τελευταίες δεκαετίες σηματοδοτούνται από το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον των επιστημόνων και ιδιαίτερα της ιατρικής κοινότητας σχετικά με τις πολιτικές μέτρησης της ποιότητας της ζωής σε γενικότερο επίπεδο. (Υφαντόπουλος, 2001).

Η ποιότητα έχει πολυδιάστατες ερμηνείες με αποτέλεσμα η επιστημονική κοινότητα να δυσκολεύεται να δώσει έναν κοινό ορισμό καθώς θεωρείται υποκειμενική έννοια και ο κάθε ερευνητής ανάλογα με την ερευνητική του προσέγγιση μπορεί να αποδώσει μία διαφορετική σημασία. Βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας οι ερμηνείες που έχουν υιοθετηθεί είναι πολλές και συνήθως αμφιλεγόμενες και αντικρουόμενες μεταξύ τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η ποιότητα στη ζωή είναι μία πολυσύνθετη έννοια η οποία σχετίζεται με οικονομικές, κοινωνικές, ατομικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους οποίες είναι υπεύθυνες για την ατομική ευημερία και ευεξία. Επιπρόσθετοι παράγοντες όπως η ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον, η οικογενειακή ζωή, η εκπαίδευση, η πολιτική και η οικονομική κατάσταση έχουν επίσης σημαντική βαρύτητα για την σύσταση της έννοιας της ποιότητας. Για τον ΟΟΣΑ, υπάρχει επίσης μία ομάδα από κοινωνικά θέματα τα οποία είναι σχετικά με την ποιότητα της ζωής όπως είναι ο έλεγχος της παροχής αγαθών και υπηρεσιών, η υγεία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής.

Συνεπώς στο πρώτο μέρος της παρακάτω εργασίας πραγματοποιείται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στις θεμελιώδεις διαστάσεις και έννοιες της ποιότητας, δίνοντας τον ορισμό της αλλά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της διαχωρίζοντας την ποιότητα μεταξύ των προϊόντων και αυτή των υπηρεσιών και συγκεκριμένα για την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας από το παρελθόν μέχρι και σήμερα. Ακολουθεί ανάλυση της μεθόδου

SERVQUAL όπως και των κριτικών που έχει δεχθεί το συγκεκριμένο εργαλείο μελέτης ενώ γίνεται επιγραμματική αναφορά και άλλων μοντέλων μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών.

Είναι πρόπον να αναφερθεί ωστόσο ότι κάθε υγειονομική μονάδα έχει ως στρατηγικό σκοπό την εξασφάλιση της προσβασιμότητας και των ίσων ευκαιριών όλων των πολιτών και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητάς της και τις αποτελεσματικότητάς της με όσο λιγότερο κόστος γίνεται. Συνεπώς παρατηρείται τα τελευταία χρόνια η μετατόπιση του επιστημονικού ενδιαφέροντος προς την επάρκεια, ποσότητα αλλά και ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτού του είδους υπηρεσίες είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία προσωπικών υπηρεσιών που δεν είναι εύκολο να συγκριθεί με άλλες μορφές προσωπικής υπηρεσίας όπου η μέτρηση της αποτελεσματικότητάς τους κρίνεται από την συχνότητα της επιστροφής του χρήστη στον οργανισμό που παρέχει τις αυτές τις υπηρεσίες, ενώ για του υγειονομικού είδος πρωταρχικό στόχος είναι ο ασθενής να μην ξαναεπιστρέψει γιατί έγινε καλά στην υγεία του από τις παρεχόμενες θεραπευτικές, ιατρικές υπηρεσίες της εκάστοτε υγειονομικής μονάδας.

Επιπρόσθετα παρουσιάζονται αποτελέσματα ερευνών που έγιναν σε μονάδες υγείας σε διεθνές επίπεδο με βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο τύπου SERVQUAL και παρατίθεται μία συνοπτική καταγραφή των αποτελεσμάτων τους, υποστηρίζοντας έτσι το συγκεκριμένο μοντέλο ως το πιο ενεργό και κατάλληλο μοντέλο μέτρησης ακόμη και 30 χρόνια μετά από την ανακάλυψή του, με την ανασκόπηση να περιλαμβάνει τόσο ξένες όσο και ελληνικές έρευνες με μονάδες υγείας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αποτελεί το ειδικό μέρος όπου παρουσιάζεται μία πρωτογενής έρευνα που διεξήχθη με την χρήση ερωτηματολογίων στο ιατρικό προσωπικό και σε ασθενείς στο Γενικό Θριάσιο Νοσοκομείο της Ελευσίνας. Πραγματοποιείται επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν με τις στατιστικές μεθόδους. Η προσπάθεια της συγκεκριμένης έρευνας είναι αρκετά χρήσιμη έτσι ώστε να γίνει εξαγωγή συμπερασμάτων για τις βελτιστοποιήσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Όπως ήδη αναφέρθηκε τα τελευταία χρόνια έχουν αποδοθεί αρκετές ερμηνείες για τον όρο ποιότητα καθώς έχει καθοριστικό ρόλο στον γενικότερο επιχειρηματικό κλάδο και του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος που έχει δημιουργηθεί στην ελεύθερη αγορά, με βασικό στόχο την εξυπηρέτηση των καταναλωτικών αναγκών με την παροχή αγαθών και υπηρεσιών. Συνεπώς γίνεται αντιληπτή διαφορετικά από διαφορετικούς ανθρώπους και η προσπάθεια για την απόδοση μίας ενιαίας ερμηνείας έχει ασυνεπή αποτελέσματα καθώς ως ποιότητα έχει οριστεί από ένα μέρος της ερευνητικής κοινότητας ως η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές κάποιων άλλων, ως συμμόρφωση στις καταναλωτικές ανάγκες, ως αποφυγή απώλειας δαπανών ή ως υπέρβαση των καταναλωτικών προσδοκιών. (Reeves & Bednar, 1994). Σύμφωνα με την γενικότερη ανθρώπινη οπτική, ο ορισμός της ποιότητας έχει συσχετιστεί με μετρήσιμα χαρακτηριστικά των πελατειακών αναγκών, με τελικό στόχο της ικανοποίησης του εκάστοτε πελάτη συγκριτικά με το ποσό που καταβάλλει για την αντίστοιχη υπηρεσία ή αγαθό. (Σιγάλας, 1999). Επιπρόσθετα, βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας η ποιότητα έχει συζητηθεί ως βαθμός αριστείας, δηλαδή την επενδυτική εκείνη κίνηση που προκύπτει από την καλύτερη προσπάθεια και δεξιότητα ώστε να παραχθούν τα πιο αξιοθαύμαστα αποτελέσματα. (Kumar M.P., Raju & Kumar M.V., 2016). Έχουν δοθεί και άλλοι ορισμοί όπως το ότι ποιότητα είναι η ακριβής τήρηση των προδιαγραφών, η πελατειακή ικανοποίηση καθώς και η πλήρης υποταγή στους κανόνες και στα πρότυπα. (Reeves & Bednar, 1994). Ο πιο διαδεδομένος σχετικό ορισμός ωστόσο αφορά κυρίως τον βαθμό στον οποίο μία υπηρεσία ή ένα προϊόν πληροί ή ακόμη καλύτερα υπερβαίνει τις πελατειακές προσδοκίες.

Η λίστα με τους ορισμούς που δόθηκαν ανά καιρούς είναι αρκετά μεγάλη και μέσα σε αυτή είναι και εκείνος του ΕΛΟΤ (EN ISO8402) αναφορικά με το σύνολο εκείνων των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που της αποδίδει τις ικανότητες και δεξιότητες να ικανοποιεί εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες ανάγκες. Επίσης η ποιότητα οφείλεται στις αγοραστικές διακυμάνσεις καθώς προκαλείται αύξηση της ποιότητας με τη μείωση της ποικιλίας (Deming, 1986). Ο Deming, καθώς θεωρείται ο ιδρυτής και πατέρας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, σημείωσε ότι την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα την έχουν πρωταρχικά οι εκάστοτε διοικήσεις των επιχειρήσεων και των οργανισμών και διατύπωσε τα σημεία εκείνα που πρέπει να υιοθετήσουν για να μπορέσουν να καταστούν

αποδοτικότεροι και αποτελεσματικότεροι ποιοτικά. Συσχέτισε την έννοια της ποιότητας με τις τρέχουσες και μελλοντικές πελατειακές ανάγκες, καθώς επίσης βοήθησε τις εκάστοτε ηγεσίες των επιχειρήσεων να προβλέπουν τον βαθμό αξιοπιστίας τους με πρότυπα ποιότητας κατάλληλα για το πελατειακό κοινό. Επισήμανε ότι η ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών μπορεί να καθοριστεί μόνο από τον πελάτη και να δώσει διαφορετική τροπή και νόημα στην ποιότητα σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες του. Συνεπώς είναι σημαντικό να αντιληφθούν τα τμήματα έρευνας και λήψης αποφάσεων των εκάστοτε οργανισμών τη σημαντικότητα της έρευνας των καταναλωτικών προτιμήσεων και της υιοθέτησης στατιστικής σκέψης καθώς μέσω στατιστικών μεθόδων και εφαρμογών μπορεί να γίνει καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των καταναλωτικών δεδομένων και να αυξήσουν την ποιότητα στις παροχές τους και να θέτουν μακροπρόθεσμους στόχους με επίκεντρο πάντα τον σχεδιασμό των πωλήσεων και των βραχυπρόθεσμων ωφελειών.(Deming,1986)

Σύμφωνα με την προσέγγιση του Juran M (Juran,2010) θεωρεί ότι η ποιότητα είναι κατάλληλη για τον σκοπό – Quality is fit for purpose, επισημαίνοντας ότι δεν έχει σημασία το τι είναι αυτό που παράγεται αλλά αυτό που παράγεται να είναι κατάλληλο για τον σκοπό που δημιουργήθηκε. Είναι επιτακτικό ένα αγαθό ή μια υπηρεσία να σχεδιάζεται για την κάλυψη των πελατειακών αναγκών. Ο Juran M, σημείωσε και έναν δεύτερο ορισμό για την ποιότητα αυτό της μη ύπαρξης ανεπαρκειών σε ότι παράγεται-Free from deficiencies. Ο συγκεκριμένος ερευνητής ανέλυσε ότι τα ελαττώματα ενός αγαθού ή υπηρεσίας δημιουργούν προβλήματα στους πελάτες και αυτά με τη σειρά τους οδηγούν σε δυσαρέσκεια και κακή αξιολόγηση. Συνεπώς ο βαθμός εγγύτητας του αγαθού ή της υπηρεσίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την καθορισμένη χρήση με αποτέλεσμα να μπορεί να μετρηθεί και η ποιότητα. Οφείλει κάθε οργανισμός να λαμβάνει τις απαραίτητες αποφάσεις και να δημιουργήσει εκείνα τα έργα που θα βελτιώσουν την ποιότητα του εκάστοτε αγαθού για να εξαλειφθούν τα προβλήματα που δημιουργούνται στους πελάτες. (Juran,2010)Ο Juran M όρισε τρία βασικά κυκλικά σημεία που αφορούν τον κατάλληλο προγραμματισμό, τον αξιόπιστο έλεγχο και τη βελτίωση. Η συγκεκριμένη τριλογία βασίστηκε στην αρχή της εξάλειψης των προβλημάτων που αναφέρθηκαν βασιζόμενος σε τρεις πυλώνες που είναι ο ποιοτικός σχεδιασμός και έλεγχος αλλά και η βελτίωση της ποιότητας. Τα αποτελέσματα για ένα οργανισμό που ακολουθεί την συγκεκριμένη τριλογία είναι τα αποδοτικότερα με καλύτερη αντιμετώπιση του ανταγωνισμού και η επιδίωξη υψηλής ποιότητας μεταμορφώνει την κουλτούρα της εκάστοτε μονάδας σε μακρόχρονη βιωσιμότητά της. Η αδυσώπητη επιδίωξη καλύτερων προτύπων ποιότητας και παροχής ποιοτικότερων αγαθών και υπηρεσιών αυξάνουν

αυτόματα τις πωλήσεις αλλά και την κερδοφορία που προκύπτουν από αυτές. (Juran,2010)

Ένας ακόμη ερευνητής ο Phillip B.Crosby (1980) όρισε την ποιότητα ως προς την συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις και ότι δεν υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα αυτής, είτε παρουσιάζεται είτε όχι. Οι ηγεσίες των οικονομικών μονάδων οφείλουν να μετρούν την ποιότητα εκτελώντας συνεχή παρακολούθηση του κόστους από τις εσφαλμένες πράξεις και αποκάλυψε το αρνητικό αποτέλεσμα σε περίπτωση μη εφαρμογής των παραπάνω ως τιμή μη συμμόρφωσης- price non conformance. Στόχος των διοικήσεων είναι ο έλεγχος των δαπανών που προκύπτουν από τις μη αποδοτικές πράξεις με την ανάπτυξη της συσχέτισης: Κόστος της Ποιότητας = Τιμή της Συμμόρφωσης + Τιμή μη Συμμόρφωσης. Η συγκεκριμένη φόρμουλα ουσιαστικά παρέχει εκείνη την μέθοδο στις διοικήσεις των οικονομικών μονάδων να ώστε να έχουν την πλήρη πληροφόρηση σχετικά με τα κόστη που έχουν σπαταληθεί καθώς και την εξέλιξη της προόδου που έχει η οργάνωση καθώς αυτή βελτιώνεται. (Suarez, 1992).

Η προσέγγιση του κύριου Crosby για τον καθορισμό του ορισμού της ποιότητας ακολουθεί το παρακάτω μοτίβο (Crosby, 1980, Suarez, 1992):

- Κάντο σωστά από την πρώτη φορά -Do It Right the First time- καθώς σε αυτό το σκεπτικό ουσιαστικά δεν υπάρχει επαρκής χώρος για διαφορετικές κατηγορίες ποιότητας, όπως είναι χαμηλή ή υψηλή ποιότητα και καλή ή κακή ποιότητα.
- Μηδενικά ελαττώματα καθώς και μηδενικές μέρες παρουσίασης ελαττωμάτων- Zero defects and Zero Defect Days- που αποτελεί μία στάση ζωής και υποχρέωση για πρόληψη, με την έννοια ότι κάθε μέλος μέσα σε μία μονάδα οφείλει να δεσμεύεται για την ικανοποίηση των πελατειακών απαιτήσεων από την πρώτη στιγμή εργασίας του και η παράλληλη δέσμευση της μονάδας που δεν αποδέχεται κάτι λιγότερο από αυτό.
- Επίσης όρισε τα τέσσερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ποιότητας- Four Absolutes of Quality- τα οποία είναι 1) η ποιότητα ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις, 2) το σύστημα της ποιότητας ως μία μορφή πρόληψης 3)το μηδενικό ελάττωμα ως πρότυπο απόδοσης καθώς τα κόστη που προκύπτουν από τα λάθη είναι συνήθως αρκετά μεγάλα για να αγνοηθούν και 4) η τιμή της μη συμμόρφωσης είναι η μέτρηση της ποιότητας καθώς έτσι γίνεται διάγνωση της αποτελεσματικότητας της οικονομικής μονάδας.
- Διαδικασία πρόληψης-Prevention Process, η οποία δεν αφορά την επιθεώρηση και τη διόρθωση των λαθών αλλά αφορά την σκέψη και τον προγραμματισμό σε πρωταρχικό στάδιο μέσω της ανάλυσης των διαδικασιών ώστε να γίνει η

πρόβλεψη των σφαλμάτων που θα μπορούσαν να προκύψουν για να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν πριν ακόμη συμβούν.

- Ποιοτικό εμβόλιο- Quality Vaccine, όπως το ονόμασε ο Crosby θεωρώντας αρχικά τα προβλήματα ως βακτήρια της μη συμμόρφωσης και ότι αυτά θα πρέπει να εμβολιαστούν για να προληφθούν. Έτσι απέδωσε αυτό τον εμβολιασμό στο τρίπτυχο προσδιορισμός, εκπαίδευση και εκτέλεση. Αρχικά η εκάστοτε διοίκηση οφείλει να ορίσει τις ανάγκες για αλλαγή και να αναγνωρίσει ότι οι αλλαγές χρειάζονται δραστικά μέτρα, ακολουθώντας η εκπαίδευση όπου όλο το προσωπικό της μονάδας οφείλουν να καταλάβει ποιος είναι ο ρόλος του στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας έτσι ώστε να συμβάλλουν με την ανάπτυξη νέων ιδεών στην πρόληψη των προβλημάτων. Τέλος ακολουθεί η βαθμίδα της εκτέλεσης όπου συνίσταται από τον σχεδιασμό του πλάνου, την χορήγηση των οικονομικών πόρων και την υποστήριξη του περιβάλλοντος ως προς την υιοθέτηση της φιλοσοφίας για την βελτίωση της ποιότητας.

Μετά την λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, την σκυτάλη για περαιτέρω ανάλυση ανέλαβαν οι Ιάπωνες ερευνητές και συγκεκριμένα ο Kaoru Ishikawa (Τσουκαλάς, 2012), ο οποίος εστίασε στην δημιουργία της εταιρικής κουλτούρας για όλο το εργατικό δυναμικό ενός οργανισμού, καταγράφοντας επτά πολύτιμα εργαλεία για την διαχείριση και σχεδιασμό της ποιότητας. Τα πιο γνωστά από αυτά είναι το διάγραμμα αίτιου και αποτελέσματος, το διάγραμμα Pareto τα οποία χρησιμοποιούνται ευρέως μέχρι και σήμερα για την βελτιστοποίηση της ποιότητας.

1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Υπάρχει δυσκολία στην απόδοση ερμηνείας της ποιότητας στις υπηρεσίες καθώς και δεν είναι καθόλου εύκολη η προσέγγισή της με σαφήνεια και ακρίβεια, καθώς προκύπτει από τις προσωπικές απόψεις των εμπλεκόμενων μερών. (Δημητριάδου, 2016) Υπάρχει ετερογένεια μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών και της ποιότητας των αγαθών, διαφορετική αντίληψη και διαφορετικά κριτήρια από τους αποδέκτες των υπηρεσιών. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά σημεία που διαφοροποιούν την μία κατηγορία από την άλλη με αποτέλεσμα να καθίστανται δύσκολη η προσέγγιση της ποιότητας είναι τα εξής:

- Η άυλη φύση των υπηρεσιών, ότι δεν μπορούν να αγγιχτούν, δεν είναι κάτι που μπορεί το άτομο να δει, να νιώσει, να υπολογίσει και να μετρήσει συγκριτικά με τα αγαθά και τα προϊόντα, καθώς αυτές είναι διαδικασίες και τα άτομα μπορούν να καταλάβουν μόνο την επίδραση αυτών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία ορισμού σαφών προδιαγραφών ομοιομορφίας για τον καθορισμό της έννοιας της ποιότητας. (Zeithaml, 1981) Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των υπηρεσιών είναι αδύνατο να μετρηθεί, να ελεγχθεί, να ταξινομηθεί και να πιστοποιηθεί πρότερα της παροχής τους.
- Επίσης οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται ως δραστηριότητες κατά τις οποίες οι παραγωγικές και καταναλωτικές διαδικασίες λαμβάνουν χώρα ταυτόχρονα, συνεπώς υπάρχει μηδενικός χρόνος μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών συγκριτικά με τα προϊόντα καθώς δεν υπάρχει δυνατότητα αποθήκευσης των υπηρεσιών για την διόρθωση πιθανών ελλειμμάτων ή λαθών.(Σταυρόπουλος, 2009)
- Επίσης οι μονάδες που εξειδικεύονται στην παραγωγή και διάθεση υπηρεσιών στηρίζονται κυρίως στην εργασία από το εργατικό δυναμικό τους, δηλαδή οι υπηρεσίες είναι παράγωγα της εντάσεως της εργασίας. Η υπηρεσία που θα παραχθεί ως τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται και από τις συνιστώσες όπως είναι το επίπεδο της κατάρτισης, της ικανότητας και της εκπαίδευσης του εργατικού δυναμικού. (Σταυρόπουλος, 2009)
- Οι πελατειακές απαιτήσεις καθορίζουν σε απόλυτο βαθμό την παραγωγή και διάθεση των υπηρεσιών καθώς με την αντίληψή του διαμορφώνει και την ποιότητα της υπηρεσίας καθώς και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται στις διαδικασίες παραγωγής.

Επίσης άλλοι ερευνητές για την μελέτη της ποιότητας έθεσαν τον καταναλωτή ως τον βασικό πρωταγωνιστή για την θεμελίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Ορίστηκαν δύο ακόμη διαστάσεις της έννοιας αυτής της τεχνικής ποιότητας και της λειτουργικής

ποιότητας των υπηρεσιών. (Gronroos,1984). Σχετικά με την τεχνική ποιότητα είναι η απόρροια του τι ακριβώς λαμβάνει τελικά ο καταναλωτής από την υπηρεσία, ενώ η λειτουργική ποιότητα αφορά τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνει ο καταναλωτής την υπηρεσία, όπως είναι οι εγκαταστάσεις, η διατροφή, η καθαριότητα και οι στάσεις των παρόχων. Οι δύο αυτές διαστάσεις της ποιότητας είναι αλληλένδετες και ο άψογος συνδυασμός τον οποίο θα λάβει γνώση ο καταναλωτής για να μπορέσει να ικανοποιηθεί από μία υπηρεσία. Επίσης η λειτουργική διάσταση δεν μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως και αντικειμενικά όπως η τεχνική διάσταση καθώς γίνεται αντιληπτή μόνο με υποκειμενικό τρόπο. (Gronroos, 1984).

Συμπερασματικά προκύπτει ότι οι υπηρεσίες είναι διαδικασίες εξαιρετικά πολύπλοκες και η ποιότητά τους δύναται να προσδιοριστεί και να αξιολογηθεί ανάλογα με τα κριτήρια και το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται κάθε φορά στον χρήστη. Επίσης να μην παραμένει αδιευκρίνιστη και απροσδιόριστη σε μεγάλο βαθμό η ποιότητα των υπηρεσιών, ωστόσο έχει σημαντική βαρύτητα για τις επιχειρήσεις και τις οικονομικές μονάδες γενικότερα καθώς προσδίδει στρατηγικά οφέλη και συμβάλλει καταλυτικά στην ανοδική τάση του μεριδίου τους στην αγορά καθώς και τη βελτιστοποίηση των επενδυτικών αποδόσεων. (Χυτήρης & Αννινος, 2015). Επίσης όσο βελτιωμένη είναι η ποιότητα των υπηρεσιών τόσο περισσότερο μειώνονται τα κόστη παραγωγής και βελτιώνονται οι παραγωγικές διαδικασίες. Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που αναφέρθηκαν όπως η ακαθόριστη φύση, η ετερογένεια και η αδιαιρετότητά τους οφείλεται να καθοριστούν για την πλήρη κατανόηση της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών. (Σταυρόπουλος, 2009)

1.3 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

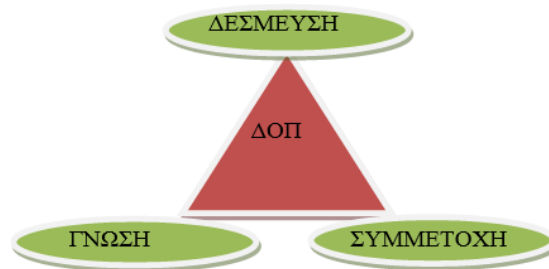
Σχετικά με τις διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας, σε αυτές περιλαμβάνονται ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, ο καθορισμός και η εφαρμογή των προτύπων ποιότητας καθώς και η παρακολούθηση των απαραίτητων δεικτών για την αποδοτικότητα των διαδικασιών. Συνεπώς είναι όλες εκείνες οι αναγκαίες και οργανωμένες ενέργειες που απαιτούνται για την εξασφάλιση των απαιτήσεων ποιότητας από ένα προϊόν ή υπηρεσία, όπως είναι για παράδειγμα οι πιστοποιήσεις κατά ISO. (Τσουκαλάς, 2012). Η διασφάλιση της ποιότητας εφαρμόζεται ευρέως και καλύπτει το σύνολο των λειτουργικών διαδικασιών μίας μονάδας καθώς και του εργατικού δυναμικού. Αφορά την εκτίμηση του επιπέδου ποιότητας και εν συνεχεία την υιοθέτηση των συστημάτων και μηχανισμών για την βελτίωσή του. Σύμφωνα με τις διαδικασίες που πραγματεύεται η διασφάλιση της ποιότητας, αφορά τον σχεδιασμό ως προς την δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων με παράλληλη παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου με τους προκαθορισμένους στόχους. Επίσης καταγράφονται οι διαδικασίες για να περιοριστούν οι διακυμάνσεις και να αναδειχθούν τα σημεία που απαιτούν βελτίωση. (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012) Τα πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας περιλαμβάνουν την διαρκή βελτίωση των διαδικασιών παρέχοντας σε έναν οργανισμό τις δυνατότητες πιστοποιήσεων του καθώς η απόλυτη εφαρμογή των προτύπων ποιότητας από αυτόν τον οδηγεί σε διαρκή βελτίωση και ανταγωνιστικότερης θέσης στην αγορά. Η επιτυχία των προτύπων της διασφάλισης ποιότητας εξαρτάται πλήρως από την ύπαρξη χαρισματικής ηγεσίας, δέσμευσης στο στόχο, επικέντρωσης στις ανάγκες των χρηστών, από τις προληπτικές βελτιώσεις και των καινοτομικών εξελίξεων όπως επίσης και από την τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων μέσω της ενθάρρυνσης της ομαδικής εργασίας. (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012)

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι ένα τμήμα που αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 και εξαπλώθηκε μεταγενέστερα και σε διεθνές επίπεδο, ενώ στην Ευρώπη εφαρμόστηκε το 1980 και έπειτα. Ουσιαστικά αποτελεί μία φιλοσοφία μάνατζμεντ που επηρεάζει σε αρκετά σημαντικό βαθμό την λειτουργία του επιχειρηματικού κλάδου γενικότερα. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχονται μέσω της πλήρους συμμετοχής του εργατικού δυναμικού και όλων των τμημάτων μιας μονάδας. (Τσιότρας, 2002) Θεωρείται η διοικητική φιλοσοφία λειτουργιών και δραστηριοτήτων με σκοπό τη συνεχή ικανοποίηση των πελατειακών απαιτήσεων μέσω της ελαχιστοποίησης του κόστους κρατώντας σε συνεχόμενη ενεργή κατάσταση ολόκληρου του εργατικού δυναμικού μέσω στρατηγικών επιλογών από την διοίκηση και την εφαρμογή καθολικής κουλτούρας και φιλοσοφίας. (Τούντας, 2003).

Βασικές αρχές της διασφάλισης της ποιότητας είναι (Jammal, Khoja & Aziz, 2015). :

- Η δέσμευση και η πλήρης συμμετοχή των ηγετικών στελεχών, καθώς η γενική διεύθυνση των υγειονομικών οργανισμών είναι εκείνη που δημιουργεί το όραμα, θέτει τους στόχους και τις μεθόδους παρακίνησης του εργατικού δυναμικού και την επιβράβευσή του. Το εκάστοτε ηγετικό στέλεχος οφείλει να διαθέτει τον κατάλληλο χρόνο για την επίλυση προβλημάτων ποιότητας μέσω σωστής διαδικασίας λήψης αποφάσεων.
- Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας των μηδενικών λαθών μέσω της άρτιας και διαρκούς εκπαίδευσης του εργατικού δυναμικού και να εντοπίζονται τα όποια προβλήματα και λάθη άμεσα για την γρήγορη αντιμετώπισή τους.

Τα τρία βασικότερα χαρακτηριστικά λοιπόν της διασφάλισης ποιότητας είναι η δέσμευση, η γνώση και η πλήρης συμμετοχή όλων. Οι ηγετικές διοικήσεις οφείλουν να μετατρέψουν το εργατικό τους δυναμικό σε κοινωνό αντιλήψεων, ιδεών, απόψεων μέσω της συμμετοχικότητας ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της απόδοσης ποιότητας στους στόχους του εκάστοτε οργανισμού και των υπηρεσιών που παρέχει. (Λογοθέτης, 1993).



Σχ.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΠ

(Πηγή: Συντιχάκη,2010)

1.4 Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Η εφαρμογή του συστήματος διασφάλισης ποιότητας προϋποθέτει την εφαρμογή ενός πλαισίου στρατηγικών στις εργασιακές σχέσεις οι οποίες θα χαρακτηρίζονται πλήρως από υψηλή δέσμευση. Στον υγειονομικό τομέα το ανθρώπινο δυναμικό μέσω του τρόπου και των συνθηκών που εργάζονται οφείλουν να αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα επιτυχίας των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. (Mark & Critten, 1998) Οι ασθενείς είναι οι τελευταίοι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας και το ανθρώπινο δυναμικό φέρει πλήρη ευθύνη σε συνεργασία με την εκάστοτε διοίκηση να επιτελέσουν το έργο της ικανοποίησης των καταναλωτών. Ο χώρος της υγείας όπως προαναφέρθηκε έχει να αντιμετωπίσει αρκετές πιέσεις και απρόβλεπτα περιβάλλοντα συνεπώς είναι επιτακτικό να εφαρμόζονται οι αρχές της διασφάλισης ποιότητας. (Κατώγλου, 2013). Οι πωλητές των υγειονομικών υπηρεσιών είναι οι ιατροί και νοσηλευτές τα νοσοκομεία και οι κλινικές ενώ οι ασθενείς αποτελούν τους αγοραστές των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε καθορισμένες τιμές. Επίσης περιλαμβάνεται και η ποιότητα απόδοσης, σχετιζόμενη με την υγειονομική φροντίδα όπως είναι το φαγητό, ο ιατρικός εξοπλισμός, η στάση του εργατικού δυναμικού, η ασφάλεια. Η ποιότητα αυτή αφορά την ποιότητα της Διοίκησης, του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και της νοσηλείας. Στους δημόσιους και ιδιωτικούς υγειονομικούς οργανισμούς όπως είναι τα νοσοκομεία όπου προσφέρονται κυρίως η πλειοψηφία των υγειονομικών υπηρεσιών περίθαλψης, οφείλεται να περιλαμβάνονται οι μηχανισμοί βελτίωσης της ποιότητας όσο πριν αλλά και μεταγενέστερα της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. (Μιχαηλίδου & Σακελλαρίου, 2007). Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενισχύεται και με τα συστήματα αξιολόγησης των δράσεων των διοικήσεων των παραπάνω οργανισμών καθώς επίσης και για την ενίσχυση της ανταγωνιστικής τους ικανότητας και των καινοτόμων δράσεων τους. Παράλληλα υπάρχει ανταπόκριση στις απαιτήσεις των ασθενών με επαρκή ποιοτικά μέσα. Η Ελλάδα δυστυχώς ακόμη δυσκολεύεται στο να εφαρμόζει σε άριστο βαθμό στις υγειονομικές της μονάδες τα πρότυπα διασφάλισης ποιότητας καθώς μία σειρά εμποδίων που τίθενται από τον κρατικό μηχανισμό και την πολιτεία μέσω νομοθεσίας δεν εξυπηρετούν τους αντίστοιχους στόχους, καθώς η ίδια έχει ως στόχο τον απόλυτο έλεγχο των υγειονομικών μονάδων από την Κεντρική Διοίκηση. (Τούντας, 2003)

Σχετικά με τον κλάδο της υγείας από την πλευρά των νοσοκομείων εφαρμόζονται ορισμένοι δείκτες ποιότητας και αυτοί εξυπηρετούν στο να αντιληφθεί το ιατρικό προσωπικό πια είναι ίσως τα αδύναμα σημεία και τι πρέπει να βελτιώσει και τι να αλλάξει οριστικά. Αυτοί οι δείκτες είναι :

- Υπερκάλυψης κλινών όπου αφορά τον αριθμό των ασθενών που είναι εκτός των κανονικών κλινών που διαθέτει μία νοσοκομειακή μονάδα
- Εξιτηρίων – τον αριθμό των εξιτηρίων που δόθηκαν και πόσο γρήγορα μπορεί να τα δώσει μία νοσοκομειακή μονάδα
- Κατάλληλης παραμονής- αφορά τον μέσο χρόνο παραμονής συγκριτικά με την φαρμακευτική αγωγή που έχει χορηγηθεί
- Κλινικών φακέλων- αφορά την πληρότητα
- Ποιότητας ιατρικών φακέλων – αφορά την εξέταση της επάρκειας της μεθοδολογίας του ιατρικού φακέλου και την αρχική δηλαδή εικόνα του ασθενή συγκριτικά με την τελική εικόνα του καθώς και ο βαθμός επίλυσης των προβλημάτων που τυχόν δημιουργήθηκαν στον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Η έννοια της ποιότητας στον υγειονομικό κλάδο έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα. Αυτό προκύπτει καθώς το αγαθό «υγεία» είναι ένα ευαίσθητο αγαθό με αρκετές ιδιαιτερότητες και αρκετές εννοιολογικές διαστάσεις. Συνεπώς οι υπηρεσίες υγείας του υγειονομικού τομέα δεν μπορούν άμεσα να συγκριθούν με άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών στους οποίους πρωταγωνιστεί το ανταγωνιστικό μοτίβο της ελεύθερης αγοράς. Το κοινωνικό σύνολο επιθυμεί να έχει καλή υγεία με αποτέλεσμα να προβαίνει στη χρήση υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο τα άτομα δεν επιθυμούν συνήθως τη συχνή αυτή χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς επιθυμούν να υπάρχει διάρκεια στην καλή κατάσταση της υγείας. (Μανιαδάκης, 2005). Οι υγειονομικοί Οργανισμοί καλούνται να επιδιώκουν και να επιτυγχάνουν συχνά πολλαπλούς και αντικρουόμενος στόχους, συγκριτικά με τους ιδιωτικούς φορείς που μοναδική επιδίωξη είναι η επίτευξη κέρδους. Συνεπώς οι δημόσιοι παραγωγοί υγειονομικών υπηρεσιών έχουν ως στόχο την επιδίωξη και επίτευξη των ίσων ευκαιριών στην πρόσβαση στην καλή υγεία, την κοινωνική δικαιοσύνη του συνόλου να παρέχεται με οικονομικές υπηρεσίες υγείας καθώς και την καθολική κάλυψη όλου του πληθυσμού. Είναι βέβαιο λοιπόν ότι η οργάνωση και διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών είναι μία πολυδιάστατη υπόθεση με πολλαπλές ιδιαιτερότητες.

Η ποιότητα των παρεχόμενων προσωπικών υπηρεσιών υγείας, εκτιμάται κατά κύριο λόγο από το ποσοστό ετοιμότητας των υγειονομικών φορέων της στο να προσφέρουν άμεσα τις υπηρεσίες τους σε μία έκτακτη ή μη κατάσταση. Επίσης εκτιμάται από την δυνατότητα πρόσβασης των ατόμων σε αυτές καθώς από την αξιοπιστία τους και καταλληλότητά τους. Στην εκτίμηση της ποιότητας προστίθεται και η φιλικότητα των παροχών από την αρχή μέχρι το πέρας της υγειονομικής υποστήριξης, αλλά και μεταγενέστερα αυτή. (Σιγάλας, 1999). Η διαθεσιμότητα των παροχών και μετά το πέρας της πρότερης υπηρεσίας υγείας αυξάνει τα επίπεδα του αισθήματος ασφάλειας των χρηστών με αποτέλεσμα να εκτιμάται και η ποιότητα του συνόλου της υπηρεσίας με θετικό πρόσημο. Η ποιότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες εξαρτάται επίσης και από την έγκαιρη και σωστή διάγνωση των προβλημάτων υγείας, η άμεση και ταυτόχρονα αποδοτική παρέμβαση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε συνδυασμό με την υψηλή εξειδίκευσή του και την πείρα του. (Σιγάλας, 1999)

Επιπρόσθετα το έργο του προσωπικού υγείας ενισχύεται ποιοτικά με την παροχή υψηλής και σύγχρονης τεχνολογίας καθώς και από την παρεχόμενη εκπαίδευσή του για την άμεμπτη και ψύχραιμη αντιμετώπιση των κρίσιμων ιατρικών ζητημάτων. Η στρατηγική πρόσληψη προσωπικού με υψηλό επαγγελματικό κύρος και θέληση για παροχή φροντίδας σε συνδυασμό με την ενσυναίσθησή του και αξιοπρέπειά του είναι παράγοντες με βαρύνουσα σημασία για το ουσιαστικό νόημα της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. (Σωτηριάδου, 2006). Η ιατρική φροντίδα διαφέρει και ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες υπηρεσίες των επιχειρηματικών κλάδων μιας οικονομίας, με μοναδικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες να αντιπροσωπεύουν τον κλάδο της υγείας στην αγορά. (Arrow, 1963). Οι ιδιαιτερότητες αυτές αφορούν την φύση της ζήτησης, την αναμενόμενη συμπεριφορά των παρόχων της ιατρικής φροντίδας και εξυπηρέτησης, την αβεβαιότητα ως προς το προϊόν, τις συνθήκες προσφοράς και τις πρακτικές τιμολόγησης. (Arrow, 1963).

- Η Φύση της Ζήτησης εννοείται η απρόβλεπτη και ασταθής ζήτηση των ασθενών για ιατρικές υπηρεσίες σε διάφορες περιπτώσεις ασθένειας. Η ζήτηση των υγειονομικών υπηρεσιών δεν έχουν σταθερή προσέλευση και μπορεί να ζητηθεί σε απρόβλεπτες περιοχές, περιβάλλοντα και άγνωστες συνθήκες κατάστασης του ασθενή. Συνεπώς η ιδιαιτερότητα του αστάθμητου παράγοντα ζήτησης μπορεί να ικανοποιηθεί με προγραμματισμό και σχεδιασμό προληπτικών υπηρεσιών υγείας. Επίσης το κόστος που προκύπτει από μία ασθένεια δεν αφορά μόνο το χρηματικό ποσό για την παροχή ιατρικής φροντίδας αλλά και το κόστος στις λειτουργίες του ασθενή και πώς εκείνος έχει πληγεί στη φυσιολογία του. Συνεπώς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη η λέξη ιδιαιτερότητα για τον χαρακτηρισμό των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Αναμενόμενη συμπεριφορά των παρόχων ιατρικής φροντίδας η οποία δεν μπορεί να συγκριθεί με αυτή των υπολοίπων παρόχων υπηρεσιών των κλάδων. Η ιατρική συμπεριφορά δεν είναι η τυπική συμπεριφορά που αναμένεται για παράδειγμα από έναν επιχειρηματία ο οποίος στοχεύει στην επιδίωξη της κερδοφορίας του. Η συμπεριφορά ενός ιατρού ή ενός νοσηλευτή ή ενός παρόχου υπηρεσίας υγείας χαρακτηρίζεται από ηθικούς περιορισμούς στις δραστηριότητές τους καθώς διακυβεύεται η υγεία ενός χρήστη, από την οποία δεν προβλέπεται καμία απολύτως επιδίωξη κέρδους με τον ασθενή να δείχνει αμέσως εμπιστοσύνη στην υπηρεσία πριν ακόμη την καταναλώσει.
- Αβεβαιότητα ως προς το προϊόν. Η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών είναι

πιο έντονη συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο σημαντικό αγαθό. Η ανάκτηση από μία νόσο είναι αρκετά απρόβλεπτη όσο και οι επιπτώσεις της, συνεπώς το ποσοστό αβεβαιότητας μεταξύ της χρησιμότητας και της ιατρικής περίθαλψης συγκριτικά με τις εκάστοτε επιπτώσεις είναι αρκετά μεγάλο. Επίσης τα εμπλεκόμενα μέρη, ιατρός και ασθενής, χαρακτηρίζονται ομοίως από αβεβαιότητα καθώς οι ιατρικές γνώσεις είναι αρκετά περίπλοκες με αποτέλεσμα η πληροφόρηση που προσφέρει ο ιατρός σχετικά με τις συνέπειες και τις δυνατότητες μιας θεραπείας να δημιουργούν την συγκεκριμένη αβεβαιότητα. Οι ασθενείς γνωρίζουν την συγκεκριμένη κατάσταση καθώς δεν έχει τις συγκεκριμένες γνώσεις και το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να δείξει απόλυτη εμπιστοσύνη, μέσα στα πλαίσια της αβεβαιότητας και της ασυμμετρίας στην γνώση και την πληροφορία, για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις συνέπειες των νοσημάτων του.

- Συνθήκες προσφοράς. Οι ιατρικές υπηρεσίες δεν δύναται να χαρακτηριστούν από τιμολογιακή ποιότητα. Η ιατρική περίθαλψη δεν αποτελεί υπηρεσία που χαρακτηρίζεται από την ανταγωνιστική θεωρία. Σε περίπτωση που κάποιος ενδιαφέρεται να γίνει ιατρός αντιμετωπίζει αρκετούς περιορισμούς κατά την είσοδό του και την απόκτηση της πολυπόθητης άδειας εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, με αποτέλεσμα να περιορίζεται αισθητά η προσφορά θέσεων ιατρικού προσωπικού με αποτέλεσμα να αυξάνεται και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης.
- Πρακτικές τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών δεν μπορεί να είναι ίδιες με αυτές της ανταγωνιστικής αγοράς καθώς η περίθαλψη ως κοινωνικό αγαθό ξεκινά από μηδενικές τιμές για το ανήμπορο κοινωνικό σύνολο και ασθενείς με εισοδηματικά προβλήματα, όπως επίσης ο υγειονομικός κλάδος δεν χαρακτηρίζεται από ανταγωνισμό για επίτευξη κέρδους.

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι η διασφάλιση της ποιότητας στον υγειονομικό κλάδο είχε περισσότερο ακαδημαϊκό χαρακτήρα μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70 παρά ουσιαστική εφαρμογή, συγκριτικά με τον βιομηχανικό κλάδο όπου άρχισαν να εφαρμόζονται ευρέως στατιστικές μέθοδοι για την βελτιστοποίηση της ποιότητας μετά το πέρας της βιομηχανικής επανάστασης. (Madhok, 2002). Στη σύγχρονη κοινωνία, πέρα των ιδιαιτεροτήτων που αναφέρθηκαν οι οποίες διέπουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό την αγορά παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, είναι αποδεκτό ότι αποτελεί μια μορφή αγοράς, έστω και ιδιαίτερη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να διέπεται και από αρκετούς κανόνες που διέπουν και τις υπόλοιπες αγορές παροχής υπηρεσιών. Το προϊόν «υγεία» είναι το σημαντικότερο αγαθό που προσανατολίζει την ποιότητα και τις αντίστοιχες παραμέτρους μελέτης των ερευνητών αλλά και το επίκεντρο των υγειονομικών μονάδων. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Η έννοια της ποιότητας, η επιθεώρηση και αξιολόγησή της, η βελτίωσή της στον χώρο της υγείας έχουν αποτελέσει αντικείμενος έρευνας και μελέτης από την αρχαία εποχή ήδη. Ο όρκος του Ιπποκράτη τον 5^ο αιώνα π.Χ είναι το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα, ο οποίος αποτελεί τον πρώτο κώδικα ηθικής, καλής πρακτικής και δεοντολογίας για τους παρόχους της υγειονομικής φροντίδας, : «Ωφελείν, μη βλάπτειν».. Ακολουθώντας το μονοπάτι προς τη νεότερη ιστορία η Florence Nightingal της Αγγλίας ήταν η πρωτοπόρος στην θεμελίωση της σύγχρονης Νοσηλευτικής και της αξιοποίησης των επιδημιολογικών στοιχείων κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, με αποτέλεσμα να συμβάλει σε σημαντικό ποσοστό στη βελτίωση της περίθαλψης αντιμετωπίζοντας παράλληλα αρκετές αντιστάσεις από το περιβάλλον της. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

Η αναζήτηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σημείωσε τις ρίζες της στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με τον χειρουργό Ernest Avery Codman να εστιάζει την προσοχή του στο τελικό παραγόμενο αποτέλεσμα της ιατρικής περίθαλψης. (Harteloh, 2003) Επίσης δημιούργησε το πρωτόκολλο της επανεξέτασης των ασθενών του ανά έτος μεταγενέστερα της χειρουργικής τους επέμβασης ώστε να αξιολογείται η πορεία της υγείας τους, καθώς και η καταγραφή των δεδομένων από τα αποτελέσματα των χειρουργικών επεμβάσεων του καθώς και πιθανών παρενεργειών από την θεραπεία. Προσπάθησε σε σημαντικό βαθμό να βελτιστοποιήσει την ιατρική πρακτική με το μοντέλο της συστηματικής αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της.

Παράλληλα ο Ernest επικεντρώθηκε στην με τα λάθη στην ιατρική και τις πρακτικές παραλλαγές που μπορούν να ακολουθηθούν στην ιατρική φροντίδα. Αναζήτησε μηχανισμούς

ελέγχου της ιατρικής αποδοτικότητας και πρακτικής κάνοντας το ένα θέμα συζήτησης και μελέτης από τότε. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012) Η σύγχρονη εμφάνιση της έννοιας της ποιότητας από έναν επαγγελματία του υγειονομικού κλάδου είναι ο λεγόμενος ιατρικός έλεγχος. Την ίδια περίοδο ο Flexner καθιέρωσε τα πρότυπα λειτουργίας των ιατρικών σχολών καθώς ήταν υπέρμαχος της ποιότητας στην εκπαίδευση των εν δυνάμει μελλοντικών ιατρών και επαγγελματιών στο χώρο της υγείας, καθώς η αριστεία της εκπαίδευσης και η καθιέρωση ποιοτικών προτύπων σε αυτή έχουν άμεση επίδραση στην προσφερόμενη υγειονομική φροντίδα των ασθενών. (Roberts, Coale & Redman, 1987). Συνεχίζοντας στο 1918, πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ οι διαδικασίες θέσπισης του Προγράμματος Νοσοκομειακής Τυποποίησης θέτοντας τη θεμέλιο βάση για την μεταγενέστερη ίδρυση της Επιτροπής Διαπίστευσης Νοσοκομειακών Μονάδων το 1952 έχοντας ως κύριο γνώρισμα και σκοπό την αξιολόγηση και εφαρμογή των ποιοτικών μοτίβων λειτουργίας των Οργανισμών Παροχής Υγείας.

Την δεκαετία του 1960 και 70 στις ΗΠΑ καθιερώθηκε η συστηματική αξιολόγηση της παροχής υπηρεσιών υγείας μέσω ενός πλαισίου κανόνων διασφάλισης της ποιότητας στον υγειονομικό κλάδο. Καθιερώθηκαν οι διαδικασίες πιστοποίησης των Υγειονομικών Οργανισμών από τον οργανισμό «Joint Commission on Accreditation of Health Organizations» στοχεύοντας στον έλεγχο των υγειονομικών υπηρεσιών εισάγοντας δείκτες μέτρησης, όπως είναι ο δείκτης νοσηλείας, ο δείκτης των νέων εισαγωγών στα νοσοκομεία. Το 1988 ο Donabedian έκανε μία ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας από τις τελευταίες δεκαετίες και κατέγραψε στην έρευνά του όλες τις προγενέστερες προσπάθειες καθίδρυσης των προτύπων ποιότητας (Donabedian, 1988) στον χώρο της υγείας ενώ παράλληλα διαμόρφωσε ένα πλαίσιο προτύπων ποιότητας σύμφωνα με το τρίπτυχο σωστές δομές, αξιόλογες διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα. Τις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας του υγειονομικού κλάδου έχει συσχετιστεί αδιαμφισβήτητα με περισσότερο τεχνικά θέματα όπως είναι για παράδειγμα η αποδοτική λειτουργικότητα του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Επίσης έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ποιότητας σε μία ευρύτερη διάσταση που αφορά την συνολική αποδοτικότητα μιας μονάδας σχετικά με την στελέχωση του προσωπικού, την διοικητική οργάνωση και τα θέματα της κλινικής πρακτικής. Σε όλες τις περιπτώσεις ωστόσο επίκεντρο όλων είναι η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

2.3 Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η αντίληψη των ερευνητών στο πέρασμα των ετών προσανατόλισε και τους διάφορους ορισμούς που δόθηκαν για την ποιότητα. Σημαντικό ήταν ότι όλοι συμφώνησαν στη δυσκολία του να καθοριστεί και να μετρηθεί η ποιότητα στον υγειονομικό τομέα. Η πολυπλοκότητα της φύσης της υγειονομικής φροντίδας με τα πολλά συμμετέχοντα μέλη με διαφορετικά συμφέροντα σε συνδυασμό με την διαφορετική δεοντολογία, καθιστούν αρκετά δύσκολο τον καθορισμό μιας ενιαίας μορφής ορισμού της ποιότητας στον υγειονομικό χώρο (Mosadeghrad, 2013). Οι διαδικασίες εξυπηρέτησης και οι αλληλεπιδράσεις των ασθενών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ενισχύουν την αυλοτητα ως λόγο ασταθούς καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η υποκειμενική εκτίμηση του ασθενή μπορεί μόνο να χρησιμοποιηθεί ως μέσο μέτρησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης ενώ η πληρότητα, η αποτελεσματικότητα και η συνέπεια είναι δύσκολο να μετρηθούν αποδοτικά. Επίσης είναι πλήρως λογικό να υφίσταται ετερογένεια η έννοια της ποιότητας καθώς διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς με διαφορετικές ανάγκες και νοσήματα., καθώς παράγοντες όπως η εκπαίδευσή τους, οι ικανότητές τους και η προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία ξεχωριστά προσδίδουν την ανάλογη δυσκολία στην απόδοση των ποιοτικών προτύπων. (Brook, McGlynn & Shrkelle, 2000). Ένα πρωταρχικό στοιχείο όσον αφορά τα συστατικά μέρη της έννοιας της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών είναι αυτό της παροχής φροντίδας με υψηλές τεχνικές ποιότητας, το οποίο σημαίνει ότι οι ασθενείς-χρήστες λαμβάνουν τις δόκιμες υπηρεσίες για τις οποίες τα αναμενόμενα αποτελέσματα για την υγεία τους υπερβαίνουν τους κινδύνους των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν με ένα ικανοποιητικό περιθώριο θεραπείας και μεταγενέστερης αποκατάστασης. Ένα δεύτερο συστατικό στοιχείο της έννοιας της ποιότητας είναι ότι το σύνολο το ασθενών επιθυμεί να αντιμετωπίζεται με πολιτισμένο, ηθικό και ανθρώπινο τρόπο αλλά και να συμμετέχουν πλήρως στις αποφάσεις που λαμβάνονται για την θεραπεία τους. Επιπρόσθετα είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι ο σχεδιασμός και καθορισμός των δράσεων και των διαδικασιών των υγειονομικών μονάδων και οργανισμών οφείλουν να ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών –χρηστών τους, επιδιώκοντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες τους με αποτελεσματικό τρόπο μέσω της δημιουργίας αρμονικών σχέσεων. Επίσης είναι σημαντικό να λαμβάνονται δεδομένα από τους χρήστες μέσω τακτικών, περιοδικών ερευνών με τη μορφή ερωτηματολογίων ικανοποίησης αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους χορηγήθηκαν. (Al-Assaf &

Akgun, 2009, Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).v Επίσης η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτώνται από τα επαγγελματικά πρότυπα. Για παράδειγμα όταν παρέχονται περιττές δοκιμές φαρμάκων με συναφείς παρενέργειες και κινδύνους για τους ασθενείς, η περιορισμένη υγειονομική φροντίδα μέσω της μία σωστής διαγνωστικής εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης που οδηγεί στην απώλεια μιας ανθρώπινης ζωής ή της εσφαλμένης συνταγογράφησης φαρμάκων που δεν θα έπρεπε να χορηγούνται μαζί, αποτελούν επικίνδυνες καταστάσεις για την αποδόμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. (Mosadeghrad, 2013). Το καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα και η μέγιστη ικανοποίηση των καταναλωτών-ασθενών θα πρέπει να αποτελεί βασική επίτευξη του υγειονομικού κλάδου, να γίνονται οι σωστές διαδικασίες μέσω ενός ηθικού πλαισίου με συνεχείς βελτιώσεις και καινοτομίες που θα εξυπηρετούν το έργο του ιατρικού προσωπικού και συνάμα τις ανάγκες των ασθενών.

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στόχος των υγειονομικών συστημάτων που πρέπει να υιοθετούν και να εφαρμόζουν οι εκάστοτε διοικήσεις των υγειονομικών μονάδων και οργανισμών είναι η απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, τόσο των εγχώριων χρηστών όσο και των εξωτερικών χρηστών. Μέσω των διαστάσεων της ποιότητας όπως είναι η αποδοτικότητα, η παροχή ασφάλειας, η προσβασιμότητα, των καλών διαπροσωπικών σχέσεων και της επέκτασης της φροντίδας και μετά την ίαση είναι παράγοντες που οδηγούν στην ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών. (Berry& Bendapudi, 2007)

- Η αποδοτικότητα (efficiency), η αποτελεσματικότητα (effectiveness) και η γενικότερη τεχνική ικανότητα (technical competence) είναι παράγοντες που εξασφαλίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και δύναται να πραγματοποιηθούν και να επιτευχθούν μέσω σωστών και ορθολογικών διαδικασιών στον πλαίσιο της εξοικονόμησης των υγειονομικών πόρων. Η άσκοπη σπατάλη σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να περιορίζεται στο μέγιστο δυνατό επίπεδο καθώς η ποιότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες είναι μία απαίτηση που πρέπει να ικανοποιηθεί μέσα σε ένα συνεχές μεταβαλλόμενο περιβάλλον με περιορισμένους διαθέσιμους πόρους. Η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού αποτελεί κύριο παράγοντα για την ανάδειξη και επέκταση της ποιότητας καθώς καλούνται να παρέχουν συνεχώς καλύτερες υπηρεσίες ενώ παράλληλα να ανταποκρίνονται αποδοτικά στις καθημερινές προκλήσεις, ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών –χρηστών καθώς και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.
- Ασφάλεια και οι απαιτήσεις της ασφάλειας που χρειάζεται να νιώσουν οι χρήστες τόσο το ιατρικό προσωπικό όσο και οι ασθενείς όπως είναι για παράδειγμα οι αποφυγή επικίνδυνων ατυχημάτων με ψυχική και σωματική βλάβη των ασθενών αλλά και την προστασία του προσωπικού από επίμαχες δικαστικές αντιδικίες που μπορεί να προκύψουν από τα ατυχήματα είναι μερικές από τις απαιτήσεις που θα πρέπει να εξασφαλιστούν. Οι διαθέσιμοι πόροι επίσης δεν κατασπαταλούνται για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων και επίσης διακινδυνεύεται η φήμη των εκάστοτε υγειονομικών μονάδων και φυσικά να χαθεί και η οποιαδήποτε εμπιστοσύνη από τους χρήστες.
- Η προσβασιμότητα που παρέχεται στους χρήστες στις υγειονομικές υπηρεσίες εξυπηρετούν επίσης στο βαθμό ικανοποίησης. Περικλείεται τόσο η οικονομική, όσο

και κοινωνικο-πολιτιστική διάσταση καθώς δεν δημιουργούνται διακρίσεις στο σύνολο των χρηστών και όλοι έχουν το αίσθημα της ικανοποίησης καθώς όλοι αποτελούν το επίκεντρο και το ενδιαφέρον σε περίπτωση υγειονομικής περίθαλψης με σεβασμό στην εκάστοτε προσωπικότητα και ιδιαιτερότητα, στις αξίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενή.

- Η επέκταση της φροντίδας του ασθενή και μετά την ίασή του συμβάλλει επίσης στον βαθμό ικανοποίησής του. Η διαρκής αξιολόγηση και ο συνεχής έλεγχος της κατάστασης της υγείας του και μεταγενέστερα της θεραπείας και έξοδο από την υγειονομική μονάδα φανερώνουν το επίπεδο της υγειονομικού συστήματος που εφαρμόζεται.
- Τέλος οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις που χτίζονται μέσω της καλής συνεργασίας του εργατικού δυναμικού των υγειονομικών μονάδων εμπνέουν αίσθημα εμπιστοσύνης και στους ασθενείς με αποτέλεσμα να αναβαθμίζεται και το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται.

Σχετικά με το επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης οι βασικές προσδοκίες ως προς την επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών που θα οδηγήσουν ομοίως στα επιθυμητά αποτελέσματα είναι: (Karassavidou, Glaveli, & Papadopoulos, 2008).

- Η άμεση πρόσβαση μέσω του περιορισμού του μεγέθους των γραφειοκρατικών διαδικασιών
- Η αποδοτική διαγνωστική και θεραπευτική ανταπόκριση από το προσωπικό φροντίδας στο πρόβλημα υγείας του ασθενή, η οποία επιδιώκεται επιτυχώς μέσω της αξιοποίησης της καινοτόμου τεχνολογίας.
- Άμεση και επαρκή πληροφόρηση της υγειονομικής κατάστασης του ασθενή και της αποδοχής του δικαιώματός του στην επιλογή του να παρέμβει στις διαδικασίες περίθαλψής του.
- Η έλλειψη καθιέρωσης κάποιου απαγορευτικού για το κόστος υπηρεσιών
- Οι αξιόλογες συνθήκες μεταχείρισης βάσει των ανθρώπινων ηθικών αξιών σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες της υγείας καθώς και τον σεβασμό απέναντι στην αξιοπρέπεια του κάθε ασθενή καθώς και ως προς τα δικαιώματά του και την προσωπικότητά του.
- Τις άνετες και πολιτισμένες συνθήκες στο χώρο της περίθαλψης του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1 THE SERVICE QUALITY MODEL- ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το 2003 από τους Zeithaml και Bitner καθορίστηκε η αντιληπτή ποιότητα των υπηρεσιών ως η σφαιρική κρίση σχετικά με την ανωτερότητα των υπηρεσιών και επειδή όπως αναφέρθηκε η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια, βάσει διεθνούς βιβλιογραφίας, συνεπώς διακρίνεται και μία ποικιλία στα μοντέλα μέτρησης αυτής (Δημητριάδου, 2016). Το μοντέλο SERVQUAL –Service Quality Model– θεωρείται ως ένα από τα πιο δημοφιλή, αξιόπιστα και χρήσιμα μοντέλα για την προσπάθεια μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Αναπτύχθηκε από τους Zeithaml, Bitner και Parasuraman στο 1985-1988. Χρησιμοποιείται σε αρκετά μεγάλο ποσοστό σε υπηρεσίες μάρκετινγκ και στρατηγικού μανάτζμεντ ενώ χρησιμοποιείται ευρέως από δημόσιες υπηρεσίες, ξενοδοχειακές μονάδες, ψυχομετρικά και διαγνωστικά κέντρα αλλά και από υπηρεσίες ασφαλιστικών υπηρεσιών. (Kouthouris & Alexandris, 2005). Οι ιδρυτές καθόρισαν την ποιότητα των υπηρεσιών ως τη διαφορά μεταξύ υπηρεσιών που οφείλει μία μονάδα να προσφέρει και των πραγματικών υπηρεσιών που τελικώς παρέχει ή διαφορετικά την απόκλιση μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων για την αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Οι ερευνητές επίσης προσπάθησαν να καθορίσουν με σαφήνεια τις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών προς το συμφέρον του τελικού αποδέκτη, που είναι ο καταναλωτής και κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι η αντίληψη του τελικού καταναλωτή εξαρτάται πλήρως από το μέγεθος και την θετική ή αρνητική απόκλιση του χάσματος που υπάρχει ανάμεσα στην υπηρεσία που αναμένει ο καταναλωτής να λάβει και της υπηρεσίας που αντιλαμβάνεται τελικώς ότι έλαβε. Συνεπώς ορίζεται ως ποιότητα των υπηρεσιών το χάσμα μεταξύ της αντιλαμβανόμενης και της αναμενόμενης υπηρεσία που παρέχεται. (Roshnee & Fowdar, 2006)

Επίσης σύμφωνα με τους ιδρυτές του SERVQUAL σημειώθηκαν δέκα κατηγορίες ως μεταβλητές ποιότητας των υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας καθώς οι χρήστες χρησιμοποιούν παρόμοια κριτήρια για την μέτρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Αυτές είναι:

Σταθερότητα. Περιλαμβάνονται η αξιοπιστία και η συνέπεια των επιδόσεων, με την εξήγηση ότι η εκάστοτε επιχείρηση οφείλει να παρέχει ικανοποιητικές υπηρεσίες από την αρχή να δεσμεύεται για την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες της.

Ανταπόκριση. Αφορά την ετοιμότητα και προθυμία του προσωπικού στο να παρέχει υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένου και του χρόνου ανταπόκρισης.

Ικανότητα. Το σύνολο των απαιτούμενων δεξιοτήτων και γνώσεων που πρέπει να κατέχει το εργατικό δυναμικό για την παραγωγή μιας υπηρεσίας.

Πρόσβαση. Αναφέρεται στην δυνατότητα πρόσβασης και την ευκολία της χρήσης της υπηρεσίας και του προσωπικού.

Ευγένεια. Αναφέρεται στο σεβασμό, στην ευγένεια και στη φιλικότητα του προσωπικού.

Επικοινωνία. Αναφέρεται στην ενημέρωση των πελατών με κατανοητό τρόπο και την ικανότητα του προσωπικού να αφογκράζεται τις επιθυμίες και τις προσδοκίες των καταναλωτών.

Αξιοπιστία. Κεντρικό ενδιαφέρον είναι το καταναλωτικό συμφέρον μέσω ειλικρινούς συμπεριφοράς και εμπιστοσύνης..

Ασφάλεια. Αναφέρεται στην απουσία οποιουδήποτε κινδύνων, αισθημάτων ρίσκου και αμφιβολίας του καταναλωτή κατά τη διάρκεια των συναλλαγών του.

Κατανόηση. Αναφέρεται στην προσπάθεια κατανόησης των πελατειακών αναγκών ενώ ταυτόχρονα αναφέρεται στη συγκέντρωση του ενδιαφέροντος στις απαιτήσεις του κάθε πελάτη ξεχωριστά..

Απτά στοιχεία. Αναφέρεται στα φυσικά χαρακτηριστικά της υπηρεσίας όπως είναι η εμφάνιση του εργατικού δυναμικού, οι εγκαταστάσεις, ο περιβάλλοντας χώρος.

Η βασική απόδοση της έννοιας του μοντέλου SERVQUAL είναι η συγκριτική ανάλυση των προσδοκιών με την απόδοση, δηλαδή αποτελεί συνάρτηση των προσδοκιών μιας υπηρεσίας από τα εμπλεκόμενα μέρη και των αντιλήψεών τους για τις υπηρεσίες που παρέχονται. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) Σε περιπτώσεις που οι προσδοκίες υπερβαίνουν της απόδοσης τότε η αντιληπτή ποιότητα είναι μικρότερη σε επίπεδο από ικανοποιητική, συνεπώς προκαλείται δυσαρέσκεια στους καταναλωτές που προκύπτει από την ανεπάρκεια των αντίστοιχων παρόχων. Η ποιότητα των υπηρεσιών της κάθε διάστασης ορίζεται με το μέγεθος G που ισούται με την αντίληψη για την ποιότητα όπου $G=P-E$ όπου P και E αντιπροσωπεύουν τις μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων της ποιότητας που ανταποκρίνονται πλήρως στους παράγοντες αντίληψη και προσδοκία αντίστοιχα. (Pitt, Watson & Kavan, 1995).

Σύμφωνα με την έρευνα των μελετητών για την μέτρηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων των τελικών χρηστών δημιουργήθηκε ένα εργαλείο αποτελούμενο από 22 προσδιοριστικούς παράγοντες. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Παράλληλα

χρησιμοποιείται διαβαθμισμένη κλίμακα από 7 σημεία όπου το 1 προσδιορίζει το Διαφωνώ απόλυτα έως το 7 που προσδιορίζει το Συμφωνώ απόλυτα και οι ερωτώμενοι μπορούν να δηλώσουν τον βαθμό προτίμησής τους για να προκύψει το αποτέλεσμα του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων για την ποιότητα των υπηρεσιών που χορηγήθηκαν στους τελικούς χρήστες. (Καμπούτα, 2002). Στο μοντέλο SERVQUAL ωστόσο ασκήθηκαν αρκετές κριτικές με την κυριότερη των Cronin & Taylor το 1992 ότι το συγκεκριμένο μοντέλο συμπεριλαμβάνει μια λανθασμένη βάση στήριξης των δεδομένων και επίσης συμπεριλαμβάνεται μία σύγχυση στην βιβλιογραφία από την οποία προέκυψε το συγκεκριμένο μοντέλο όσον αφορά στη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των χρηστών και της ποιότητας των υπηρεσιών. Ωστόσο η συγκεκριμένη διάκριση που έγινε από προγενέστερους μελετητές είναι εξίσου πολύ σημαντική για τους διαχειριστές και τους ερευνητές καθώς οι πάροχοι των υπηρεσιών οφείλουν να γνωρίζουν τους στόχους τους για την ικανοποίηση των καταναλωτών τους με την απόδοσή τους στο μέγιστο επίπεδο αντιληπτικής ποιότητας των χορηγούμενων υπηρεσιών. (Cronin&Taylor, 1992). Τα υψηλότερα ποσοστά αντιλαμβανόμενης ποιότητας των υπηρεσιών οδηγούν σε αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, ωστόσο πιο επίκαιρα στοιχεία αποδεικνύουν ότι η ικανοποίηση αποτελεί προϋπόθεση της ποιότητας των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα ο Bitter απέδειξε εμπειρικά την αιτιώδη διαδρομή μεταξύ της ικανοποίησης και της ποιότητας των υπηρεσιών η οποία περικλείει σημαντική βαρύτητα. Μεταγενέστερες μελέτες ερευνητών ανέδειξαν ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί μια συναρτησιακή σχέση της υπολειπόμενης αντίληψης των χρηστών για την ποιότητα σε προγενέστερη περίοδο και του ποσοστού ικανοποίησης για την ποιότητα των υπηρεσιών στην τρέχουσα επίδοσή τους. (Καμπούτα, 2002). Το μοντέλο SERVQUAL δέχτηκε ακόμη μια κριτική σχετικά με την έμμεση διαφορά στην προσέγγιση της βαθμολογίας και πιο συγκεκριμένα η διαφορά στη προσέγγιση της βαθμολογίας προκαλεί ανεπάρκεια αξιοπιστίας και αρκετά προβλήματα περιορισμού της διακύμανσης που έχουν άμεση συσχέτιση με τη βαθμολογία των μεταβλητών. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι ποικίλες βαθμολογίες παρουσίαζαν σχετικά φτωχότερα αποτελέσματα από την πλευρά της αξιοπιστίας σχετικά με τις βαθμολογίες των μεταβλητών του μοντέλου. Επίσης άλλο ένα κριτήριο υπομόνευσης της ισχύος του μοντέλου όσον αφορά τις προβλεπτικές ικανότητες αποτέλεσε η περιορισμένη διακύμανση της διαφοράς μεταξύ των δύο άμεσων μέτρων. (Καμπούτα, 2002). Τέλος το μοντέλο δέχτηκε ακόμη μία κριτική σχετικά με τη μέτρηση των προσδοκιών το 1993 από τον Teas. Η κλίμακα προσδοκιών του μοντέλου παρουσιάζει διαφορετικές προσδοκίες καθώς οι μεταβλητές δεν έχουν την δυνατότητα να διαφοροποιηθούν μεταξύ των διαφορετικών τύπων

προσδοκιών όταν γίνεται η παροχή αξιολογήσεων. Οι προσδοκίες συμπεριλαμβάνουν μια πολυδιάστατη ερμηνεία συνεπώς οι καταναλωτές χρησιμοποιούν κάποια κριτήρια και όχι τις προσδοκίες τους στην προσπάθεια αξιολόγησης τους των υπηρεσιών που δέχονται. (Καμπούτα, 2002). Οι επικρίσεις που δέχτηκε το μοντέλο είναι τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο

σχετικά με τη χρήση βαθμολογίας διαφοράς, τη συγκλίνουσα εγκυρότητά της, την αξιοπιστία της, την προγνωστική ισχύ του μοντέλου, τον ιεραρχικό χαρακτήρα των διαστάσεων της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών, την έμφαση στις διαδικασίες, την εφαρμογή μιας γενικότερης κλίμακας μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών, την εφαρμογή του μοντέλου σε διαδικτυακά και πολιτιστικά πλαίσια. (Ladhari, 2009).

Οι επικριτές επίσης υποστήριξαν ότι ο αριθμός των μεταβλητών θα πρέπει να εξαρτάται από την εξεταζόμενη υπηρεσία κάθε φορά και ότι μεγάλος αριθμός ερωτημάτων του μοντέλου παρουσιάζουν υψηλή αυτοσυσχέτιση. Οι υποστηρικτές και δημιουργοί ωστόσο

προσπάθησαν να αντικρούσουν τις επικρίσεις παρουσιάζοντας το μοντέλο ως ένα βασικό σκελετό που θα μπορεί να προσαρμοστεί ή να εμπλουτιστεί αναλόγως ώστε να εξυπηρετήσει ένα μεγάλο ποσοστό ερευνητικών αναγκών και τις ιδιαιτερότητες των εκάστοτε υπηρεσιών. Επιπρόσθετα προσπάθησαν να εξαλείψουν τις οποιεσδήποτε υποτιθέμενες ψυχομετρικές αδυναμίες που παρουσίασαν κάποιοι επικριτές, παρουσιάζοντάς αυτές ως μη σοβαρές κάνοντας μια πιο έντονη διαγνωστική ανάλυση της

μεθόδου και δικαιολογώντας την υιοθέτηση των οποιοδήποτε διαφορών. (Vandamme and Leunis, 1993) Επίσης η ανάλυση του μοντέλου σε δύο διαστάσεις αυτές των προσδοκιών και των αντιλήψεων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω θεωρήθηκε ως περίπλοκη και ίσως να μπερδεύουν τους ερωτώμενους της αξιολόγησης με αποτέλεσμα τα τελικά αποτελέσματα ίσως να παρουσιαστούν ως λανθασμένα. Ο αριθμός των ερωτημάτων του μοντέλου μπορεί να οδηγήσει και σε βαρεμάρα δήλωσαν κάποιοι επικριτές και αμφισβητήθηκε αρκετά η εφαρμογή του συγκεκριμένου μοντέλου στον τομέα της υγείας. Ωστόσο το 1997 ο Lam S. K. έθεσε υπό εξέταση την εγκυρότητα, την αξιοπιστία του μοντέλου SERVQUAL καθώς και την δυνατότητα εφαρμογής του στον τομέα της υγείας του Χονγκ Κονγκ. (Lim & Tang, 2000). Τα αποτελέσματα της εξέτασης παρουσίασαν ότι το μοντέλο αποτέλεσε αξιόπιστη μέθοδο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον υγειονομικό κλάδο και αναδεικνύουν την χρήσιμη πληροφόρηση στα

διοικητικά στελέχη για την ποιότητα των υπηρεσιών τους ώστε να εκπληρώσουν τις προσδοκίες των ασθενών τους. Μία πιο πρόσφατη έρευνα το 2017 στη Τουρκία σε ένα δείγμα 310 ασθενών υποστήριξε ότι το μοντέλο δεν αποτελούσε μία καλή επιλογή όταν διατίθενται εναλλακτικές λύσεις πιο εξειδικευμένες ως προς τον τομέα που μελετάται.(

Hakan & Fidan ,2017)

Σχ.2 Υπόδειγμα των αποκλίσεων των των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1985).

Συνεπώς το μοντέλο παρά τις κριτικές που δέχτηκε αποτελεί το πιο σημαντικό κλειδί της επιτυχίας των οργανισμών παροχής υπηρεσιών και ιδίως της αποτελεσματικής αξιολόγησης της λειτουργικής ποιότητας των νοσοκομείων και των υπηρεσιών τους. Κυρίως βασίστηκε στις συνεντεύξεις προσωπικού σε αντιπροσωπευτικούς κλάδους παροχής υπηρεσιών, τόσο ανώτερων στελεχών τους όσο και καταναλωτών. Το αποτέλεσμα της έρευνας αποτελεί το υπόδειγμα του Σχήματος 2 όπου παρουσιάζεται η έμφαση στους κρίσιμους παράγοντες για την προσφορά των επιθυμητών υπηρεσιών. Στο παραπάνω σχήμα παρουσιάζονται 4 κενά

(GAPS) από την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών τα οποία αποτελούν την πηγή δημιουργίας αρκετών σημαντικών προβλημάτων ποιότητας με αλυσιδωτή αντίδραση και στο 5^ο χάσμα το οποία παρουσιάζει τη διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ονομασία του υποδείγματος ως μοντέλο χασμάτων- gap model η ανάλυση του οποίου παρουσιάζεται παρακάτω :(Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988)

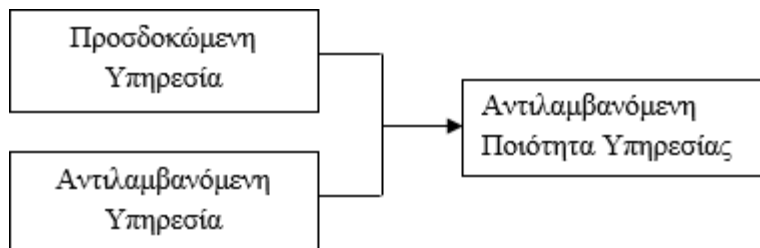
- GAP 1- The Knowledge gap- Προκύπτει από την άγνοια για τις προσδοκίες του πελάτη, όταν δηλαδή οι οικονομικές μονάδες παρουσιάζουν πλήρη άγνοια των πελατειακών προσδοκιών και αναγκών.
- GAP 2-The Policy gap- Προκύπτει από την λανθασμένη μετατροπή των προσδοκιών σε προδιαγραφές, με τις οικονομικές μονάδες να γνωρίζουν τις προσδοκίες των πελατών αλλά να αδυνατούν να τις μετατρέψουν σε συγκεκριμένες προδιαγραφές ώστε η προσφερόμενη υπηρεσία να ικανοποιεί τις εκάστοτε προσδοκίες.
- GAP 3- The Delivery gap- Προκύπτει από τη μη τήρηση των προδιαγραφών ποιότητας από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Οι πελάτες προσφέρονται με υπηρεσίες που είναι εξώ από τα επιχειρηματικά πρότυπα που έχουν τεθεί.

- GAP 4- The Communication gap- Προκύπτει από τη μη ικανοποίηση των δεσμεύσεων από την προσφερόμενη υπηρεσία όταν οι οικονομικές μονάδες δεν ικανοποιούν τις υποσχέσεις που έχουν δώσει επικοινωνιακά οι στους πελάτες τους.
- GAP 5- The Service Quality gap- Θεωρείται ως το αναμενόμενο χάσμα των υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν οι οικονομικές μονάδες και οφείλεται στη μη ικανοποίηση των πελατειακών προσδοκιών από την αντιλαμβανόμενη εξυπηρέτηση. Προκύπτει όταν τελικώς η υπηρεσία που αντιλαμβάνεται ο πελάτης δεν είναι αυτή που περίμενε να καταναλώσει αλλά χαμηλότερης ποιότητας. Το GAP 5 επηρεάζεται άμεσα από τα πρώτα 4 τα οποία είναι ελεγχόμενα από τους οργανισμούς και οφείλουν να εντοπιστούν εκείνες οι αλλαγές που θα εφαρμοστούν για να εξαλειφθεί το 5. Οι αναφερόμενες αναλύσεις των χασμάτων είναι σχετικά κρίσιμες για τον εντοπισμό των αποκλίσεων σχετικά με τις αντιλήψεις των παρόχων για την ποιότητα των υπηρεσιών τους και τις αντιλήψεις των καταναλωτών για τις υπηρεσίες που δέχονται.

Ως προσδοκίες ορίζονται οι μεροληπτικές πεποιθήσεις συγκριτικά με ένα προϊόν ή υπηρεσία οι οποίες αποτελούν πρότυπο και σημείο αναφοράς βάσει του οποίου κρίνεται από τους χρήστες. Οι προσδοκίες προκύπτουν από τις προσωπικές ανάγκες των χρηστών και από την προηγούμενη εμπειρία τους με τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες, από την επικοινωνία στόμα με στόμα μεταξύ τους αλλά και από την επικοινωνία του προσωπικού με τους χρήστες. (Butt&Run, 2010). Η επικοινωνία μεταξύ των χρηστών στόμα με στόμα έχει σημαντικές επιδράσεις στους πιθανούς πελάτες ιδιαίτερα όταν αυτή συνοδεύεται από θετικά στοιχεία. Αντίθετα οι αντιλήψεις ορίζονται κατά την ίδια στιγμή επαφής του πελάτη με την οποιαδήποτε διάσταση της υπηρεσίας. Συμπερασματικά η ανάλυση δεδομένων έχει λάβει τεράστιο ενδιαφέρον προσφέροντας βαρύτατα χρήσιμα συμπεράσματα, καθώς μπορεί να συγκριθεί η εκάστοτε αντίληψη με την αντίστοιχη προσδοκία για την ποιότητα των υπηρεσιών συμβάλλοντας στην επίπεδο των οικονομικών μονάδων και τις παροχές των υπηρεσιών τους. (Oh, 1999).

Οι προσδοκίες συνεπώς παρουσιάζουν τις πεποιθήσεις και σκέψεις των τελικών χρηστών αναφορικά με την μελλοντική επίδοση των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Συγκεκριμένα, οι προσδοκίες φανερώσουν την προβλεπόμενη εκτέλεση των υπηρεσιών και αυτές διακρίνονται σε 3 τύπους κατηγοριών στον ευρύτερο κλάδο παροχής υπηρεσιών την επιθυμητή υπηρεσία, την επαρκή υπηρεσία και την προβλεπόμενη υπηρεσία. Οι αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών του υγειονομικού κλάδου έχουν αναμφισβήτητη επίδραση στην επιλογή του

σωστού και αξιόλογου παρόχου. Οι τελικοί χρήστες ενδιαφέρονται κυρίως για την ικανότητα των παροχών υγειονομικής φροντίδας να θεραπεύσουν την ασθένειά τους διατηρώντας ταυτόχρονα το ενδιαφέρον των παρόχων σε χαμηλά επίπεδα το κόστος. Αυτό παρουσιάζεται και στο Σχήμα 3 σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. (Καμπούτα, 2002)



Σχ.3 Αντιλαμβανόμενη Ποιότητα Υπηρεσιών

3.2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Από το 1984 μέχρι το 2003 η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταγράψει από τις μελέτες των ερευνητών 19 ακόμη μοντέλα μέτρησης των διαστάσεων της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται τα οποία αναφέροντα επιγραμματικά παρακάτω :

1. Technical and functional quality model (Grönroos, 1984), όπου αποτελεί ένα σκανδιναβικό υπόδειγμα σύμφωνα με το οποίο η επιχείρηση πρέπει να συσχετίσει την προσδοκώμενη υπηρεσία και την αντιλαμβανόμενη υπηρεσία με αποτέλεσμα την επιτυχή ικανοποίηση των πελατών. Μέσω του συγκεκριμένου μοντέλου διακρίθηκαν στην ποιότητα των υπηρεσιών τρία βασικά στοιχεία. αυτό της τεχνικής διάστασης, της λειτουργικής ποιότητας και της εικόνας στοιχεία που αναλύθηκαν παραπάνω.
2. Το μοντέλο των χασμάτων –Gap model- (Parasuraman et al, 1985), όπου σύμφωνα με αυτό το μοντέλο υποστηρίζεται ότι η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί μία συναρτησιακή σχέση μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των διαστάσεων της ποιότητας, το γνωστό μοντέλο μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών βάσει της ανάλυσης χασμάτων, το μοντέλο SERVQUAL, που αναλύθηκε και παραπάνω.
3. Attribute service quality model (Haywood-Farmer, 1988), όπου σύμφωνα με αυτό το μοντέλο γίνεται προσπάθεια ενσωμάτωσης του παραδοσιακού διοικητικού πλαισίου, την διαχείριση εξυπηρέτησης, τον σχεδιασμό και τις δραστηριότητες του στρατηγικού

μάρκετινγκ. Στο συγκεκριμένο μοντέλο περιλαμβάνονται τρία βασικά γνωρίσματα: οι φυσικές εγκαταστάσεις, η ανθρώπινη συμπεριφορά και η επαγγελματική κρίση. Τα παραπάνω βασικά γνωρίσματα ενσωματώθηκαν και στο μοντέλο ποιότητας SERVQUAL.

4. Synthesized model of service quality (Brogowicz et al, 1990), με το συγκεκριμένο μοντέλο να ακολουθεί τις οδηγίες του τρίτου μοντέλου, ωστόσο σημειώνει ότι η εικόνα του οργανισμού, οι παραδοσιακές δραστηριότητες προώθησης και εξωτερικές επιδράσεις, επηρεάζουν τις τεχνικές και λειτουργικές προσδοκίες της ποιότητας των υπηρεσιών.

5. Performance only model (Cronin and Taylor, 1992), σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο γίνεται αποδεκτό ότι μόνο οι αντιλήψεις είναι ο καλύτερος και αξιόλογος δείκτης πρόβλεψης της ποιότητας των υπηρεσιών. Στηρίχθηκαν στην ιδέα του μοντέλου ποιότητας SERVQUAL ωστόσο το θεώρησαν ότι μπερδεύει την ικανοποίηση και τη συμπεριφορά με αποτέλεσμα δημιούργησαν την δική τους μέθοδο ανάλυσης τη SERVPERF, αναπτύσσοντας την σκέψη ότι και μόνο οι αποδόσεις είναι αρκετές για τη μέτρηση της ποιότητας με εμπειρικές μελέτες στον τομέα της υγείας αλλά και σε άλλους κλάδους όπως είναι ο τραπεζικός και της εστίασης.

6. Ideal value model of service quality (Mattson, 1992), βάσει του οποίου προτείνεται η χρήση του αντιλαμβανόμενου ιδανικού προτύπου έναντι της συγκρινόμενης εμπειρίας.

7. Evaluated performance and normed quality model (Teas 1993), βάσει του οποίου γίνεται μία κριτική ανάλυση του μοντέλου SERVQUAL και αντιπροτείνεται η εκτιμώμενη απόδοση ως δείκτης μέτρησης.

8. IT (information technology) alignment model (Berkley and Gupta, 1994), βάσει του συγκεκριμένου μοντέλου συνδέονται οι υπηρεσίες με τα στοιχεία του στρατηγικού σχεδιασμού του εκάστοτε οργανισμού.

9. Attribute and over all affect model (Dabholkar, 1996), βάσει του συγκεκριμένου μοντέλου λαμβάνονται ως δείκτης τα αισθήματα του καταναλωτή προς τη χρήση της τεχνολογίας και προτείνεται ένα εμπειρικό αξιόπιστο και πιστοποιημένο μοντέλο πολλών επιπέδων με 5 διαστάσεις, 28 στοιχεία και 6 υποδιαστάσεις και ονομάζεται Retail Quality Quality Scale (RSQS). Η συγκεκριμένη κλίμακα θεωρήθηκε ως γενικότερο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών από τα καταστήματα λιανικής.

10. Model of perceived service quality and satisfaction (Spreng & Mackoy, (1996), βάσει του συγκεκριμένου μοντέλου προωθείται η βελτίωση της αντίληψης από την έννοια της αντιλαμβανόμενης ποιότητας υπηρεσιών και της καταναλωτικής ικανοποίησης και αποτελεί ως μοντέλο μία τροποποιητική διάσταση του μοντέλου του Oliver το 1993.

11. PCP attribute model (Phillip & Hazlett 1997), βάσει του οποίου προτείνεται ένα μοντέλο ιεραρχικής δομής για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών το οποίο ονομάζεται P-C-P, όπου συνδυάστηκε η κλίμακα με πέντε βαθμούς από το -2 έως το 2 και τη σχετική P-C-P με το SERVQUAL.

12. Retail service quality and perceived value model (Sweeney , 1997), βάσει του οποίου προτάθηκαν δύο εναλλακτικά μοντέλα ουσιαστικά για τη μελέτη της επίδρασης της ποιότητας των υπηρεσιών στην αξία και στη προθυμία των καταναλωτών να προβούν στην αγορά μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας.

13. Service quality, customer value and customer satisfaction model (Oh,1999), βάσει του συγκεκριμένου μοντέλου προτάθηκε μία ενοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης του πελάτη καθώς το μοντέλο επικεντρώνεται κυρίως στις διαδικασίες λήψης απόφασης για την αγορά μιας υπηρεσίας.

14. Antecedents and mediator model (Dabholkar, 2000), το οποίο είναι ένα ολοκληρωμένο και πλήρες μοντέλο ποιότητας υπηρεσιών όπου γίνεται εξέταση των ακόλουθων και των ενδιάμεσων στοιχείων που οδηγούν σε μία βαθύτερη αντίληψη της σημασιολογίας των θεμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών.

15. Internal Service quality model (Frost and Kumar, 2000), αποτελεί ένα μοντέλο το οποίο βασίστηκε σε αρκετά μεγάλο ποσοστό στο μοντέλο των χασμάτων και της θεωρίας του κυρίως στο κομμάτι της εσωτερικής ποιότητας των υπηρεσιών και αξιολογούνται οι διαστάσεις και οι σχέσεις που έχουν οι εσωτερικού πελάτες –προσωπικό πρώτης γραμμής με τους εσωτερικούς προμηθευτές –προσωπικό υποστήριξης, εσωτερικά ενός οργανισμού και ονομάστηκε INTSERVQUAL: μοντέλο εσωτερικής μέτρησης ποιότητας των υπηρεσιών.

16. Internal service quality DEA model (Soteriou and Stavrinides, 2000), βάσει του οποίου ο σχεδιασμός αφορά τον τραπεζικό κλάδο.

17. Internet banking model (Broderick and Vachirapornpuk, 2002), βάσει του οποίου ο σχεδιασμός αφορά επίσης των τραπεζικό κλάδο και τις συναλλαγές μέσω διαδικτύου.

18. IT- based model (Zhuetal, 2002), βάσει του οποίου πραγματοποιούνται μετρήσεις σχετικά με τη σημασία της τεχνολογίας πληροφοριών στις οποίες βασίζονται οι επιλογές της εξυπηρέτησης.

19. Model of e-service quality (Santos, 2003), βάσει του οποίου μετράται η ποιότητα των υπηρεσιών στο ηλεκτρονικό εμπόριο.

Συμπερασματικά προκύπτει ότι όλες οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν και τα μοντέλα που σχεδιάστηκαν στηρίχτηκαν στις προσδοκίες των πελατών για τις υπηρεσίες αλλά και εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι το ανταγωνιστικό περιβάλλον και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών. Σίγουρα όμως το μοντέλο των χασμάτων είναι αυτό το οποίο προσέλυσε το ενδιαφέρον των περισσότερων ερευνητών και αποτέλεσε το πιο διαδεδομένο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που χρησιμοποιήθηκε παρά τις επικρίσεις που δέχτηκε. Διαθέτει πάνω από 30 εφαρμογές και πα'ρα τις εμφανείς ελλείψεις επαγγελματίες και ερευνητές το βρίσκουν ως το πιο χρήσιμο εργαλείο. (Kursunluoglu,2014)

Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες προκύπτει επίσης ότι το κλειδί της επιτυχίας είναι η συνεχής βελτίωση μέσω της κατανόησης των διαστάσεων της ποιότητας των υπηρεσιών και των παραγόντων που την επηρεάζουν, μέσω του υποκινούμενου προσωπικού, μέσω της αποτελεσματικής μέτρησης και επανατροφοδότησης του συστήματος, μέσω της αποτελεσματικής εκπλήρωσης των διαδικασιών, μέσω της επικέντρωσης στον πελάτη και τέλος μέσω του αποδοτικού συστήματος της φροντίδας των πελατών. (Kursunluoglu,2014) Το μοντέλο SERVPERF αποτέλεσε μία εναλλακτική λύση και κλίμακα μέτρησης του SERVQUAL παρουσιάζοντας μία διαφορετική οπτική γωνία και γ αυτό ονομάζεται μοντέλο αντίληψης και ταξινομήθηκε μαζί με το RSQS και το μοντέλο του Brady & Cronin σύμφωνα με τα τρία στοιχεία του μίγματος μάρκετινγκ, 7P, τις διαδικασίες, το φυσικό περιβάλλον και το κοινωνικό σύνολο. (Καμπούτα, 2002)

Οι διοικήσεις των Οργανισμών οφείλουν να διασφαλίζουν το επίπεδο των υπηρεσιών να ανταποκρίνεται ή να υπερβαίνει ομοίως τις προσδοκίες των πελατών τους και οι βαθμολογίες αντίληψης που προκύπτουν από το μοντέλο χασμάτων είναι σημαντικές πληροφορίες για να εντοπίσουν τις περιοχές αδυναμίας τους και μη αντοχής τους και να στοχεύσουν σε

βελτιώσεις. (Ladhari, 2009). Επίσης χρησιμοποιούν το SERVQUAL για να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους και να τις συγκρίνουν με εκείνες των ανταγωνιστών τους. Επιπρόσθετα μέσω του μοντέλου SERVQUAL μπορεί να γίνει κατάτμηση των πελατών βάσει των βαθμολογιών αντίληψης σε υψηλή, μεσαία και χαμηλή, αλλά και κατάτμηση των πελατών και των προσδοκιών τους, των αντιλήψεών τους και των διαφορών τους μεταξύ των γεωγραφικών, συμπεριφορικών, δημογραφικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Επίσης μέσω της ετήσιας διεξαγωγής του μοντέλου μπορεί να παρακολουθηθούν τα επίπεδα προσδοκιών και αντιλήψεων σε ετήσια βάση και να προσαρμοστούν οι διοικήσεις σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα. (Ladhari, 2009). Επίσης τα διοικητικά στελέχη οφείλουν να πραγματοποιούν ποιοτικές μελέτες για την εξακρίβωση για το αν πρέπει να προστεθούν και άλλες διαστάσεις εκτός από τις βασικές του μοντέλου μέσα από τις συνεντεύξεις των πελατών όπου προκύπτουν αποτελέσματα για το πόσο καλά εκτελεί τα καθήκοντά του ο εκάστοτε οργανισμός. Τελικώς, λόγω της ανάπτυξης του μοντέλου σε αμερικανικά πλαίσια, θα πρέπει οι διοικήσεις να λαμβάνουν υπόψη τους τη χρήση του μοντέλου σε άλλες χώρες με διαφορετικά πολιτιστικά χαρακτηριστικά και ίσως είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περαιτέρω διερευνητικές μελέτες για να διαπιστωθεί η εφαρμογή των υφιστάμενων διαστάσεων του μοντέλου και οι ανάγκες προσθήκης νέων.

3.3 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Παρουσιάζονται ενδεικτικές μελέτες στον υγειονομικό τομέα του παγκόσμιου χάρτη οι οποίες διεξήχθησαν μέσω του συγκεκριμένου μοντέλου. Οι έρευνες επικεντρώθηκαν κυρίως στη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών από την πλευρά των ασθενών και σε μικρότερο βαθμό την αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών από την πλευρά του εργατικού δυναμικού. Επίσης οι έρευνες επικεντρώνονται κυρίως στη μέτρηση της ποιότητας κρατικών οργανισμών και σε λιγότερο βαθμό στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και μέσω των συγκεκριμένων ερευνών αναδεικνύεται ο βαθμός επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων και των πολιτισμικών θέσεων στις προσδοκίες και αντιλήψεις των συμμετεχόντων.

Οι Sandifer και Smallwood το 1990 χρησιμοποίησαν μια τροποποίηση του μοντέλου SERVQUAL στοχεύοντας στην σύγκριση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των εξωτερικών

ασθενών, των εσωτερικών ασθενών και των ασθενών στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, στην αξιολόγηση της ικανοποίησης που έλαβα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και το πόσο πρόθυμοι είναι να προτείνουν το εκάστοτε νοσοκομείο σε τρίτους εν δυνάμει ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας από τα τρία τμήματα ήταν διαφορετικά και το πιο ενδιαφέρον στοιχείο από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι εντοπίστηκε και μία νέα μεταβλητή ή αλλιώς διάσταση της ποιότητας, η αυτοπεποίθηση των ασθενών. Η μεταβλητή αυτή επηρεάζει άμεσα την ικανοποίησή τους και συνακολούθως και την αξιολόγησή τους για την ποιότητα. (Sandifer & Smallwood, 1990)

Οι Hart και Vartiainen το 1996 διεξήγαγαν μία έρευνα σε 4 κλινικές στο Leicestershire του Ηνωμένου Βασιλείου και σε 3 κλινικές στη Vassa της Φιλανδίας με συγκριτικά αποτελέσματα της ικανοποίησης από 72 και 135 εξωτερικούς ασθενείς τους αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν εμφάνισαν μία γενικότερη ομοιότητα όπως και διάφορες στη βαρύτητα που εστιάζουν οι ασθενείς σε ορισμένες διαστάσεις, με τους ασθενείς του Ηνωμένου Βασιλείου να εστιάζουν στην μεταβλητή αξιοπιστία έχοντας ταυτόχρονα και περισσότερες προσδοκίες γ' αυτή, ενώ οι ασθενείς της Φιλανδίας εστίασαν περισσότερο στη μεταβλητή των υλικών δίνοντας μεγαλύτερη βαρύτητα εκεί, ωστόσο είναι μία μεταβλητή που παρουσιάζει και το μεγαλύτερο χάσμα. (Hart & Vartiainen, 1996)

Οι Youssef, Nel και Bovaird το 1996 διεξήγαγαν μία έρευνα σε 175 ασθενείς σε διάφορες κλινικές της περιοχής West Midlands και διαπιστώθηκε ότι οι καταναλωτικές προσδοκίες ξεπερνούσαν τις αντίστοιχες αντιλήψεις τους και στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας βάσει των εμπειριών τους.

Οι Zwelling και Anderson το 1996 έκαναν μια μελέτη σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών από τέσσερις κλινικές του "University of Texas M.D. Anderson Cancer Center" όπου τα αποτελέσματα σημείωσαν αρκετές διαφορές μεταξύ τους οι οποίες προκύπτουν κατά την γνώμη των ερευνητών από τις διαφορετικές προσδοκίες των ασθενών οι οποίες με τη σειρά τους επηρέαζαν την αξιολόγηση της ποιότητας και όχι τις αντιλήψεις τους. από τους ασθενείς αναδείχτηκαν βασικά προβλήματα όπως είναι ο αρκετά μεγάλος χρόνος αναμονής και το υψηλό κόστος χρέωσης των νοσοκομείων. Το ίδιο μοντέλο θα χρησιμοποιήσει δέκα χρόνια αργότερα και ο Christoglou προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα και χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας. (Papanikolaou and Sotiris, 2012).

Η Sewell το 1997 ασχολήθηκε με τη μελέτη της ποιότητας των υπηρεσιών του πρωτοποριακού φορέα παροχής υπηρεσιών κάνοντας εφαρμογή του μοντέλου SERVQUAL σε ασθενείς και ταυτόχρονα έκανε έρευνα με τη βοήθεια ενός άλλου ερωτηματολογίου και στο νοσοκομειακό εργατικό δυναμικό. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι απαιτείται περισσότερη προσπάθεια και συμμετοχή των γιατρών και του προσωπικού καθώς και αποδοτικότερη συνεργασία με τους ασθενείς για την βελτιστοποίηση της ποιότητας. Επιπρόσθετα διαπίστωσε ότι τα κυρίως εμπόδια στην εφαρμογή των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας είναι η έλλειψη χρόνου και των οικονομικών πόρων.

Οι Lim και Tang το 2000 μέσω της εφαρμογής της μεθόδου SERVQUAL σε 252 ασθενείς τεσσάρων νοσοκομείων της Σιγκαπούρης χρησιμοποιώντας παράλληλα και 7 μεταβλητές όπως ετοιμότητα, αξιοπιστία, υλικά, ασφάλεια, κατανόηση, οικονομική ανεκτικότητα και προσβασιμότητα. Τα αποτελέσματα επίσης ανέδειξαν ένα χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών και της δυνατότητας βελτίωσής τους. Πιο σημαντικές διαστάσεις επίσης παρουσιάστηκαν η ανταπόκριση και η ασφάλεια.

Ένα χρόνο αργότερα το 2001 οι Smith και Engelbrecht διεξήγαγαν μελέτη σε νοσοκομεία του Kokstad και της Gordonia της Νοτίου Αφρικής χρησιμοποιώντας 7 μεταβλητές με τις γνωστές 5 γνωστές διαστάσεις τη γενική ικανοποίηση και την πρόσβαση. Το σύνολο των διαστάσεων της ποιότητας απέσπασαν θετικό πρόσημο με εξαίρεση τη πρόσβαση και τα ευρήματα βοήθησαν σε σημαντικό επίπεδο τη διοίκηση στη βελτίωση των λειτουργικών της διαδικασιών.

Με έρευνα στο Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ταϊβάν από τους Huei-Ming, , Jia-Yu ,Chung-Liang, Hsueh, Wen-Jone και Kuo-Piao το 2001 προχώρησαν στην αξιολόγηση των τμημάτων έκτακτης ανάγκης, όπου ερωτήθηκαν 283 εργαζόμενοι και 314 ασθενείς. Παρουσιάστηκε χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών με το μεγαλύτερο επίσης να παρουσιάστηκε στη διάσταση ασφάλεια με την ενσυναίσθηση και τα υλικά στοιχεία να ακολουθούν, ενώ η μεταβλητή αξιοπιστία δεν εμφάνισε χάσμα. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν διαφορά μεταξύ των ιατρικών κέντρων και των περιφερειακών νοσοκομείων με τα δημογραφικά στοιχεία να μην τα επηρεάζουν στο ελάχιστο όπως είναι το επίπεδο της εκπαίδευσης, το φύλλο, την ηλικία, τη σοβαρότητα της εκπαίδευσης και την εμπειρία των εργαζόμενων. Στην έρευνα οι εργαζόμενοι εκτίμησαν το σύνολο των πέντε διαστάσεων της ποιότητας των υπηρεσιών υψηλότερων από τους ασθενείς.

Οι Anderson, Entreakin και Chan το 2003 διεξήγαγαν έρευνα στο κεντρικό νοσοκομείο της Αυστραλίας και αξιολόγησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του μοντέλου SERVQUAL στην αντίληψη της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών με τους εσωτερικούς πελάτες να καλούνται να εκτιμήσουν της ποιότητα που τους προσφέρεται. Τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών αξιολογήσεων παρουσίασαν μία τροποποιημένη προσέγγιση του μοντέλου με τις προσδοκίες να απουσιάζουν, ωστόσο το μοντέλο απέδειξε και πάλι ότι μπορεί να προσφέρει σημαντικά συμπεράσματα στις διοικήσεις για το επίπεδο ποιότητας του εκάστοτε οργανισμού.

Ο Sohail το 2003, εκτέλεσε μετρήσεις της ποιότητας των υπηρεσιών σε ιδιωτικά νοσοκομεία στη Μαλαισία με 150 ερωτηματολόγια. Οι αντιλήψεις των ασθενών ξεπερνούσαν τις προσδοκίες τους στα ιδιωτικά νοσοκομεία και σε αυτό συνέβαλλε η κουλτούρα του Μαλαισιανού πληθυσμού οι οποίοι επιδεικνύουν πλήρη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες των κρατικών νοσοκομείων και διατηρούν χαμηλές προσδοκίες για τις προσδοκίες για τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Οι Al Rasasi, Juma και Jabnoun το 2005 επιδίωξαν να διερευνήσουν τη σύγκριση της σχέσης μεταξύ Transformational Leadership και ποιότητας υπηρεσιών που παρέχονται από 6 νοσοκομεία στα Αραβικά Εμιράτα με ερωτηματολόγια του μοντέλου SERVQUAL και ερωτηματολόγια πολλαπλής επιλογής τα οποία μοιράστηκαν σε ασθενείς και σε εργατικό δυναμικό. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι ασθενείς είχαν μείνει πλήρως ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ το εργατικό δυναμικό παρουσίασε σχετικά χαμηλή εκτίμηση για τα προϊστάμενα κλιμάκια. Η έρευνα παρουσίασε επιτυχή αποτελέσματα λόγω της πρωτοτυπίας του συνδυασμού των δύο ερωτηματολογίων.

Ο Jungki το 2005 μελέτησε σε πόλη της Ουκρανίας σε δειγματοληπτικό έλεγχο 218 ατόμων τη χρησιμότητα του μοντέλου αντίληψης SERVQUAL με τα αποτελέσματα να επιβεβαιώνουν ότι η ασφάλεια και η αξιοπιστία αποτελούν σημαντικά κριτήρια για τις υγειονομικές υπηρεσίες, εν μέρει όμως η έρευνα απέτυχε να μελετήσει πλήρως τις πέντε διαστάσεις καθώς υπήρχαν αρκετοί περιορισμοί και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της έρευνας όπως περιορισμένες επιλογές προμηθευτών λόγω πολιτειακού προκαθορισμού, αδυναμία ικανοποίησης των αναγκών τους από ιδιωτικό νοσοκομεία λόγω εισοδηματικών κριτηρίων ενισχύοντας έτσι τη διαπίστωση ότι οι παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες διαφέρουν ανάμεσα στις κουλτούρες του κόσμου.

Οι Mahadevappa και Rohini το 2006 διεξήγαγαν έρευνα για την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών του κλάδου της υγείας σε 5 νοσοκομεία της περιοχής Bangalore με τη χρήση του ερωτηματολογίου του μοντέλου SERVQUAL με δείγμα ασθενών 500 και 40 άτομα από το διοικητικό προσωπικό και για τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν αρνητικές βαθμολογίες με αποτέλεσμα να θεωρείται επιτακτική η ανάγκη της βελτίωσης των αρνητικών στοιχείων, ωστόσο υπήρχε ανομοιομορφία για τα 5 νοσοκομεία ως προς τα αδύνατα σημεία τους με το μόνο κοινό σημείο να αποτελεί η ικανοποίηση ως προς την διάσταση της ασφάλειας.

Οι Jiju και Tolga το 2006 σε άρθρο τους παρουσίασαν μία συγκριτική μελέτη αναφορικά με τις δημόσιες και ιδιωτικές παροχές υπηρεσιών υγείας σε 2 νοσοκομεία της Κωνσταντινούπολης με ερωτηματολόγιο τύπου SERVQUAL προσαρμοσμένο αντίστοιχα στις ανάγκες των υγειονομικών υπηρεσιών με δείγμα ασθενών 400 σε αριθμό, 200 έκαστος, σκοπεύοντας να ανακαλυφθούν οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών και αν αυτές διαφέρουν από τα δύο νοσοκομεία. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τηλεφωνικές συνεντεύξεις ασθενών που είχαν νοσηλευτεί το τελευταίο εξάμηνο. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν ότι οι βαθμολογίες των ιδιωτικών νοσοκομείων ήταν αρκετά υψηλότερες από αυτές των δημοσίων, με τα ιδιωτικά να υπερέχουν σε ασφάλεια κυρίως. Για τα δημόσια νοσοκομεία καθοριστικοί παράγοντες είναι η ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό εργατικό δυναμικό και το χαμηλό οικονομικό κόστος. Επίσης το μοντέλο SERVQUAL και πάλι αναδεικνύεται ως το πιο αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση της λειτουργικής ποιότητας των υπηρεσιών της υγείας σύμφωνα με τους μελετητές.

Οι Yom και Lee το 2007 διενέργησαν μελέτη στην οποία σύγκριναν την ικανοποίηση 272 ασθενών και 282 άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου της Κορέας συμπεραίνοντας ότι οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν υψηλότερες από εκείνες των ασθενών. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών των ασθενών με την ιατρική περίθαλψη ήταν αρκετά υψηλότερη από την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο παρουσιάστηκε μία θετική σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα και την πρόθεση του να επισκεφθεί κάποιος ξανά το νοσοκομείο και από τις δύο ομάδες.

Οι De Run και Mohsin το 2010 εκτέλεσαν μελέτη για την μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας της Μαλαισίας σε δείγμα 340 τυχαίων

ερωτηθέντων πελατών, σε χρονικό διάστημα 3 μηνών με τα αποτελέσματα να δείχνουν αρνητικό ποιοτικό χάσμα για κάθε μία από τις 5 μεταβλητές της ποιότητας. Τις μεγαλύτερες αρνητικά βαθμολογίες σύλλεξαν η ανταπόκριση και η αξιοπιστία με τη διάσταση της διασφάλισης να σημειώνει ένα μικρότερο ποσοστό. Ωστόσο το μοντέλο SERVQUAL ανέδειξε και πάλι την ισχυρότητά του ως μοντέλο μέτρησης της ποιότητας ακόμη και στον υγειονομικό κλάδο της Μαλαισίας.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης το 2013 στη Ρουμανία από τον Purcarea με τη βοήθεια του μοντέλου SERVQUAL παρουσιάζοντας μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στις αντιλήψεις και τις προσδοκίες μέσω των υλικών στοιχείων και ακολουθούν οι διαστάσεις αξιοπιστία και ανταπόκριση.

Οι Sheikh Damanhourι και Al-Borie το 2013 επικεντρώθηκαν σε έρευνα για τις αποδόσεις ποιότητας των νοσοκομείων στη Σαουδική Αραβία σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται και συγκεντρώθηκαν 749 ερωτηματολόγια ασθενών μετά από διανομή 1000, 100 σε κάθε νοσοκομείο. Στην μεγάλη αυτή έρευνα συμμετείχαν 5 ιδιωτικά νοσοκομεία και 5 δημόσια της Σαουδικής Αραβίας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 27 ερωτήσεις μέσα από τις οποίες μετρήθηκε το χάσμα προσδοκιών – αντιλήψεων. Επίσης παρουσιάστηκε μία ηγετική θέση των ιδιωτικών νοσοκομείων αναφορικά με την ποιότητα συγκριτικά με τα δημόσια. Στα ιδιωτικά αλλά και στα δημόσια οι μεταβλητές ασφάλεια, υλικά και ενσυναίσθηση φάνηκαν να πρωτοπορούν. Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία οι άντρες παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από τις γυναίκες ασθενείς και δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές βάσει της ηλικίας. Το εκπαιδευτικό επίπεδο επίσης είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών καθώς εκείνοι που ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και επιχειρηματίες είχαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τους δημόσιους υπαλλήλους και τους φοιτητές. Συμπερασματικά από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί φανερώνεται το γεγονός ότι συγκριτικά με τα δημόσια νοσοκομεία οι ασθενείς των ιδιωτικών ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό υποστήριξης, ενώ για τους ασθενείς των δημοσίων η ικανοποίηση προκύπτει από το λογικό κόστος των υπηρεσιών ως καθοριστικός παράγοντας. (Taner και Antony, 2006). Επίσης οι ασθενείς προτιμούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία καθώς ευελπιστούν στην υψηλότερη ποιότητα των υπηρεσιών σε αντίθεση με τα δημόσια

νοσοκομεία τα οποία πιέζονται να εκτελέσουν διαδικασίες βελτιστοποίησης της ποιότητας των υπηρεσιών τους για να μπορέσει να ανταγωνιστεί τον ιδιωτικό τομέα. (Luke, 2008)

Έρευνα των Barikani, Rafiei, Hasani και Mohebifar το 2016 σε 6 ακαδημαϊκά νοσοκομεία του Qazvin του Ιράν σε δειγματοληπτικό αριθμό 360 ασθενών με τη χρήση του μοντέλου SERVQUAL όπου παρατηρήθηκε χάσμα στις διαστάσεις ασφάλεια και αξιοπιστία με την ανταπόκριση να εμφανίζει το μικρότερο χάσμα αναδεικνύοντας την επιτακτικότητα της βελτίωσης σε όλους τους τομείς.

Οι Jha και Kansra το 2016 εφάρμοσαν το μοντέλο που εξετάζεται για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στα νοσοκομεία της περιοχής Jalandhar, στην Ινδία. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν μία αμφισβήτηση αναφορικά με τις πέντε διαστάσεις του SERVQUAL λόγω της διαφορετικής κουλτούρας στην Ινδία με αποτέλεσμα να υποστηρίζεται από τους ερευνητές ότι οι διοικήσεις των νοσοκομείων και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής οφείλουν να επικεντρωθούν στους παράγοντες βελτίωσης των αδύναμων σημείων τους για την ικανοποίηση των ασθενών τους.

Ο Nyandwe το 2017 χρησιμοποίησε το SERVQUAL προσαρμοσμένο και μεταφρασμένο διαπολιτισμικά με τις κατάλληλες τροποποιήσεις για τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό για να μπορέσει να αποδείξει εάν η αντίληψη των ασθενών συγκριτικά με την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας εξαρτάται από την κοινωνικοοικονομική κατάταξη του ασθενούς. Στην έρευνα συμμετείχαν 608 ασθενείς τριών νοσοκομείων, οι οποίοι προέρχονταν κυρίως από αστικές περιοχές κυρίως. Οι μετρήσεις αφορούσαν κυρίως μόνο τις αντιλήψεις και όχι τις προσδοκίες. Η αξιοπιστία αποδείχθηκε εξαιρετική ως μεταβλητή και αναδείχθηκε άμεση σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών και της κοινωνικοοικονομικής τους κατάταξης. Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε 2 μέρη με το πρώτο να σημειώνονται τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων ασθενών με απαντήσεις σε 12 ερωτήσεις. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε μία τροποποιημένη κλίμακα SERVQUAL και τα συμπεράσματα της έρευνας παρουσίασαν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας εξαρτάται πλήρως από τα κοινωνικοοικονομικά τους κριτήρια. Επιπρόσθετα οι ασθενείς με καλή αντίληψη της ποιότητας της φροντίδας ανήκαν στην υψηλή κατηγορία της κοινωνικής κατάταξης ενώ οι ασθενείς με κακή αντίληψη της ποιότητας ανήκαν σε χαμηλά κοινωνικά στρώματα.

Η έρευνα των Owolabi και Ojo το 2017 συγκεντρώθηκε στην αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της αντίληψης της ποιότητας των υπηρεσιών από τα τμήματα διαχείρισης της υγείας των νοσοκομείων και την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Νιγηρίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 280 ασθενείς και παρουσίασαν ότι η μεταβλητή υλικά είχε μεγαλύτερη επίδραση στην ικανοποίησή τους ενώ μέτρια επίδραση είχαν οι υπηρεσίες από το τμήμα του προσωπικού. Επίσης αναδείχθηκε το επίπεδο εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας των ιατρικών τους φακέλων στο τμήμα προσωπικού.

Τέλος έρευνα των Shafiq, Iftikhar, Anwar, Fatim και Humayun το 2017 σε δείγμα ασθενών 817 σε αριθμό σε ακαδημαϊκά νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας στη μητροπολιτική περιοχή του Πακιστάν ανέδειξαν τα κενά ποιότητας των υπηρεσιών που υπήρχαν στις δημοφιλείς πέντε διαστάσεις της ποιότητας. Στην συγκεκριμένη περίπτωση κύριος παράγοντας επίδρασης στις προσδοκίες και στις αντιλήψεις είναι μόνο το μορφωτικό επίπεδο

3.4 ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΚΛΑΔΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL

Στην Ελλάδα δυστυχώς ο υγειονομικός κλάδος καθυστέρησε αρκετά στο να ξεκινήσει συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του δυτικού κόσμου καθώς το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) σημειώνει τις απαρχές του μόλις το 1982 με τον Ν.1397, όπου είναι μία περίοδος με τα συστήματα υγείας του υπόλοιπου κόσμου να έχουν περάσει ήδη από τη φάση της ανάπτυξης στην κρίση και μελετούσαν ήδη μεταρρυθμιστικά πλαίσια για την αντιμετώπιση των εκάστοτε κρίσεώς τους. (Τζανετάκη, 2006). Συνεπώς το ενδιαφέρον για την ποιότητα στις υπηρεσίες της υγείας δεν αντιμετωπίστηκε ως προτεραιότητα από την αρχή και στους μεταπολιτευτικούς νόμους στον χώρο της υγείας δεν γίνονταν ιδιαίτερες επισημάνσεις σε αυτή. Επίσης είναι απολύτως δικαιολογημένο οι μετρήσεις στην Ελλάδα να παρουσιάζουν αρκετά χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας με ταυτόχρονη επίκριση για την ανεπάρκειά τους από ένα υψηλό ποσοστό μερίδας των Ελλήνων με αποτέλεσμα να εξουσιοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας κατάλληλοι εμπειρογνώμονες για να εντοπίσουν τα προβλήματα στο ΕΣΥ στα μέσα της δεκαετίας του 90 για να δημιουργήσουν ένα κανονιστικό πλαίσιο της ποιότητας με ειδικές παραμέτρους για την βελτίωσή της σε όλο τον εθνικό κλάδο. Επίσης ψηφίστηκαν νόμοι, δημιουργήθηκαν Ινστιτούτα Έρευνας και ελέγχου της ποιότητας, εθνικά κέντρα έρευνας και υπηρεσίες

Υγιεινής για την διασφάλιση της ποιότητας και τη χορήγηση των αντίστοιχων πιστοποιητικών. (Πισσάκη, 2010) Έτσι φάνηκε ότι η Πολιτεία έθεσε σε απόλυτη προτεραιότητα με τους μεταρρυθμιστικούς της νόμους την ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών που θα στηρίζουν όλο το φάσμα της ποιότητας της υγείας, από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα, την νοσοκομειακή περίθαλψη, την μετανοσοκομειακή φροντίδα, την κατ' οίκον νοσηλεία και αποκατάσταση όπως και την πρωτογενή πρόληψη. (Χυτήρης, & Άννινος, 2015)

Με δεδομένο ότι η οικονομική ύφεση που υφίσταται στην Ελλάδα δημιούργησε ποικίλα προβλήματα και ζητήματα στην δημόσια υγεία αποτελεί εξίσου σημαντικό να εξεταστούν οι αντιλήψεις και προσδοκίες των Ελλήνων ασθενών συγκριτικά με την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Η σημαντικότητα της ποιότητας των υπηρεσιών έχει αυξητική τάση εξαιτίας της έμφασης που έχει δοθεί στην ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών που έχουν την απαίτηση η υγειονομική τους περίθαλψη να είναι προσανατολισμένη προς τους ίδιους. (Μιχαηλίδου & Σακελλαρίου, 2007). Η παρούσα βιβλιογραφία παρουσιάζει τη θετική συναρτησιακή σχέση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία αλυσιδωτά επηρεάζει θετικώς και τη μελλοντική συμπεριφορά τους ως προς την διάδοση της εμπειρίας από στόμα σε στόμα (Vassiliadis, Fotiadis & Tavlaridou, 2014).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε ποσοστό άλλων χωρών η μέτρηση της ποιότητας και η αξιολόγηση του μεγέθους της ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα είτε αυτά είναι σε ετήσια βάση είτε σε εξάμηνη βάση και αποτελεί κοινή στρατηγική και δυστυχώς στην Ελλάδα δεν είναι αποδοτικός ο βαθμός της συχνότητας και μάλιστα παρατηρείται μια εμμονή στη μέτρηση μόνο της αποτελεσματικότητας. (Δημητριάδου, 2016).

Όπως αναφέρθηκε στην Ελλάδα το ενδιαφέρον για την μελέτη και αξιολόγηση της ποιότητας στον υγειονομικό κλάδο άργησε να εκφραστεί. Πολυδιάστατη και σε μεγάλη διάρκεια μελέτη και έρευνα από το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο με την συνδρομή του Υπουργείου Υγείας και ολόκληρης της ιατρικής επιστημονικής κοινότητας, πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του 2002 για την μέτρηση της γνώμης και των απόψεων των Ελλήνων ασθενών σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ με 60.000 ερωτηματολόγια, από τα οποία εξήχθησαν αποτελέσματα μόνο από τα 4.209 (8,5%). (Κατώγλου, 2013).

Οι Chaniotakis και Lympereopoulos το 2009 στην έρευνα που διεξήγαγαν υποστήριξαν ότι προσφάτως παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά ενδιαφέροντος από ακαδημαϊκούς και την επιστημονική κοινότητα όπως και από το εργατικό δυναμικό στο χώρο της υγείας για τις διαδικασίες μέτρησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας. Από το πόρισμα της μελέτης τους για την ικανοποίηση των ασθενών σε μαιευτήρια της Ελλάδας, η βασικότερη διάσταση με σημαντική αξία για εκείνους από τις 5 διαστάσεις της ποιότητας αναδείχτηκε η ενσυναίσθηση.

Βάσει της έρευνας της Καμπούτα το 2002 που διεξήχθη σε δείγμα 52 ασθενών από 4 κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου οι ασθενείς έδωσαν μεγαλύτερη προσοχή και ενδιαφέρον στην ασφάλεια, μεταγενέστερα στην αξιοπιστία και ακολουθούν με μικρή διαφορά η ενσυναίσθηση και η ετοιμότητα με τελευταία τη διάσταση των υλικών στοιχείων, με 14%. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι αντιλήψεις των ασθενών ανταποκρίνονται και συναντούν τις προσδοκίες τους όσον αφορά τα υλικά στοιχεία κατά 77%. Οι 4 άλλες διαστάσεις υπολείπονται χωρίς αυτό ωστόσο να σημαίνει ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες έχουν αναγκαστικά χαμηλό επίπεδο αφού οι διαφορές που διαπιστώθηκαν είναι πολύ μικρές.

Στα ελληνικά νοσοκομεία διεξήχθη έρευνα μέσω του ερωτηματολογίου SERVQUAL από τον Cristoglou μία το 2005 και μία δεύτερη το 2006, με τη πρώτη να πραγματοποιείται στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, Θεαγένειο σε δείγμα ασθενών 151 τόσο σε εσωτερικούς όσο και σε εξωτερικούς και σε 155 ατόμων του εργατικού δυναμικού, τόσο ιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα της πρώτης έρευνας παρουσίασαν απόκλιση μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών και των δύο ομάδων ερωτηθέντων σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας με εξαίρεση την ανταπόκριση στην ομάδα των ασθενών όπου το αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου SERVQUAL ήταν 0. Οι ασθενείς παρατηρείται ότι βαθμολογούν αρκετά υψηλότερα από το προσωπικό και παρατηρείται επίσης αρκετά υψηλή βαθμολογία και για τις 5 διαστάσεις της ποιότητας από τους εξωτερικούς ασθενείς συγκριτικά με τους εσωτερικούς. Διαφορετική βαθμολόγηση προκύπτει και από τις 3 υποομάδες του προσωπικού με υψηλότερη βαθμολογική ταξινόμηση της μέσης σταθμισμένης τιμής SERVQUAL, με το Διοικητικό Προσωπικό να ηγείται, να ακολουθεί το Νοσηλευτικό Προσωπικό και την χαμηλότερη να έχει το Ιατρικό προσωπικό. Το 2006 πραγματοποιήθηκε επίσης συγκριτική έρευνα από τους Βασιλειάδη και Χριστογλου στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης σε συνολικό δείγμα 150 ερωτηθέντων

οι οποίοι ήταν μοιρασμένοι σε 75 εξωτερικούς και 75 εσωτερικούς ασθενείς όπου εντοπίστηκε ξανά απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων. (Μανιαδάκης,2005)

Οι προσδοκίες των ασθενών παρουσιάζονται αρκετά υψηλότερες από εκείνες του προσωπικού με μεγαλύτερο gap για το ιατρικό προσωπικό στη μεταβλητή της ποιότητας, υλικά στοιχεία, ενώ το μικρότερο gap για το διοικητικό προσωπικό σημειώνεται στη μεταβλητή της ενσυναίσθησης. Τα μεγαλύτερα gaps παρατηρήθηκαν σειριακά στην αξιοπιστία, στην ασφάλεια και τα υλικά στοιχεία τόσο για το εργατικό δυναμικό υγειονομικής φροντίδας όσο και για τους εσωτερικούς ασθενείς οποίοι εμφάνισαν μία σύμφωνη θέση. (Δημητριάδου,2016). Συνεπώς η στατιστική διαδικασία ανάλυσης χασμάτων συμβάλει στα αποτελέσματα διαπιστώσεων που προήλθαν από προγενέστερες έρευνες σχετικά με τη σημαντικότητα της γνώσης του προσωπικού και της ευγένειας των νοσοκομειακών υπαλλήλων και της ικανότητάς τους να εκπέμπουν το αίσθημα της εμπιστοσύνης- διάσταση αξιοπιστία. (Δημητριάδου,2016).

Έρευνα που διεξήχθη από την Karassavidou το 2009, μελετήθηκε η ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας σε 6 δημόσια νοσοκομεία της Βόρειας Ελλάδας και παρατηρήθηκε χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων και στις 5 διαστάσεις της ποιότητας γεγονός που οδηγεί σε επιτακτικά και ολοφάνερα τα περιθώρια βελτίωσης.

Οι Zygiaris και Papanikolaou το 2012 διεξήγαγαν μία έρευνα όπου χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL για να θέσουν υπό εξέταση τους Έλληνες ασθενείς και τις διαφορετικές προσδοκίες τους από τους παρόχους της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και ένα οι διαφορετικές μεταξύ τους ομάδες ασθενών έχουν την δυνατότητα να προσδώσουν πολυδιάστατη βαρύτητα στις 5 διαστάσεις, θέτοντας κάποια σημαντικά ερωτήματα για τη χρήση του μοντέλου στις υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και για το αν έπρεπε να προστεθούν και περισσότερες διαστάσεις. Για την έρευνα πραγματοποιήθηκε συλλογή 450 ερωτηματολογίων από το ΙΚΑ της Αττικής σε χρονικά διάστημα τριών μηνών από το καλοκαίρι του 2009. Το μεγαλύτερο gap παρουσιάστηκε στη διάσταση της ενσυναίσθησης. Η αξιοπιστία και η ανταπόκριση ήταν οι δύο διαστάσεις με το μικρότερο gap. Διαφορές επίσης σημειώθηκαν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα βάσει των κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως είναι η ηλικία και τη εκπαίδευση των ασθενών. Τις παραπάνω διαφορές οι ερευνητές τις αποδίδουν στο ότι οι ερωτηθέντες εισήλθαν στις υγειονομικές μονάδες όχι τόσο με διαφορετικές προσδοκίες αλλά με διαφορετικές αντιλήψεις για τις

προσφερόμενες υπηρεσίες. Σημαντικό σημείο ενδιαφέροντος επίσης αποτελεί η παρατήρηση των ασθενών ότι οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό υπόβαθρο τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από εκείνους που διαθέτουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Το 2016 η κυρία Σαράντη καταμέτρησε το επίπεδο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών από την Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου διαμέσου των διαδικασιών εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών στηριζόμενη στο μοντέλο SERVQUAL σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 200 ασθενών εντός του χρονικού διαστήματος τεσσάρων μηνών με προσωπικές συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ανέδειξαν ότι το νοσοκομείο προσφέρει σχετικά υψηλής ποιότητας υπηρεσίες συγκριτικά με το ιδεώδες ενός αριστεύσαντος νοσοκομείου με αρκετά δεδομένα περιθώρια βελτιστοποίησης. Οι ασθενείς επίσης έδωσαν ίση βαρύτητα στην αξιοπιστία, στην ασφάλεια, στην ετοιμότητα και την κατανόηση και μικρότερη βάση στη μεταβλητή των υλικών στοιχείων.

Η Βαφείδου το 2017 διεξήγαγε μία έρευνα στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας βάσει της οποίας έγινε αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται από το Κέντρο Υγείας της Αλεξάνδρειας με τη βοήθεια δείγματος ασθενών σε αριθμό 171. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσίασαν ότι σημειώθηκε μεγάλο gap μεταξύ όλων των διαστάσεων της ποιότητας και ιδιαίτερα στη διάσταση της ασφάλειας. Ακολουθεί η μεταβλητή υλικά στοιχεία ενώ σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το φαινόμενο ότι οι ερωτηθέντες ασθενείς εμφάνισαν αρκετά υψηλές προσδοκίες σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας. Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία παρατηρήθηκε ότι η ηλικία και το μορφωτικό υπόβαθρο έχουν άμεση επίδραση στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα όπως επίσης και στην συχνότητα επίσκεψης των ασθενών στους χώρους περίθαλψης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Η παρούσα ερευνητική εργασία του Γ.Ν. Θριάσιου Ελευσίνας έχει σκοπό να μελετήσει την ικανοποίηση των ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο συγκριτικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρονται. Πιο συγκεκριμένα, μέσω της έρευνας θα προσπαθήσουμε να δοθούν απαντήσεις στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

α/Πόσο επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών στο Γ.Ν. Θριάσιο Ελευσίνας οι παροχές υπηρεσιών υγείας του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού ;

β/Πόσο επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών του νοσοκομείου οι εγκαταστάσεις;

δ//Ποια είναι η σχέση της ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ του προσωπικού του Θριασίου Ελευσίνας;

ε/ Ποια είναι η σχέση της ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ των εγκαταστάσεων του Θριασίου Ελευσίνας;

στ/Σε ποιο βαθμό η αναπροσαρμογή βασικών παραγόντων θα αυξήσει την ικανοποίηση των ασθενών του νοσοκομείου;

4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα ποσοτική έρευνα έχει ως επίκεντρο την ανάλυση δύο μεταβλητών. Αυτές είναι η ανεξάρτητη όπου είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού καθώς και οι εγκαταστάσεις του και η εξαρτημένη η οποία είναι το ποσοστό ευχαρίστησης των ασθενών του Γ.Ν. Θριάσιο Ελευσίνας. Με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εξαρτημένη (Τσορμπατζούδης, 2016). Συνεπώς, θα αναλύσουμε το βαθμό της επίδρασης και να παρουσιάσουμε το βαθμό σημαντικότητας αυτής της αλληλεξάρτησης.

Βασικός σκοπός της έρευνας είναι να αναλύσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του Θριασίου Νοσοκομείου, την ευχαρίστηση των ασθενών και τη συσχέτιση των δύο μεταβλητών της έρευνας. Επίσης, θα παρουσιάσουμε τα λειτουργικά καθώς και τα οργανωτικά ζητήματα του νοσοκομείου με βάση τις απόψεις των ασθενών και τους παράγοντες οι οποίοι προσφέρουν το αίσθημα ικανοποίησης.

4.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ / ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην παρούσα ερευνητική εργασία επιλέξαμε την ποσοτική μέθοδο, καθώς θέλουμε να μελετήσουμε το την κατάσταση αυτή σε ένα σύντομο διάστημα και όχι να δοθεί η ερμηνεία του (Creswell, 2016). Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και τον σκοπό της διαπιστώνεται ότι τα δεδομένα είναι μετρήσιμα και θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε και να παρουσιάσουμε τη συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, μέσα από τις απαντήσεις που θα συγκεντρωθούν από τα ερωτηματολόγια τα οποία θα αναλυθούν μέσω του SPSS (Τσορμπατζούδης, 2016).

Για την ανάλυση των δεδομένων θα εφαρμοστεί το στατιστικό εργαλείο SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Η στατιστική ανάλυση θα πραγματοποιηθεί μέσω της περιγραφής όπου θα παρατεθούν διαγράμματα για εξηγηθούν τα στατιστικά δεδομένα. Έπειτα, θα ακολουθήσει η επαγωγική μέθοδος σύμφωνα με την οποία θα οδηγηθούμε σε σωστά συμπεράσματα μέσα από την ανάλυση των δεδομένων (Ανδριώτης, 2003).

Η διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων θα υλοποιηθεί μέσω ελέγχων με το δείκτη συσχέτισης Pearson ο οποίος συγκρίνει ποσοτικά δεδομένα. Οι τιμές του ελέγχου που ανταποκρίνονται στη σημαντικότητα p ορίζονται ως κρίσιμες τιμές και παρουσιάζουν τη σχέση των μεταβλητών εάν υπάρχει. Ο συντελεστής Pearson παίρνει τιμές από -1 έως 1, το 1 σημαίνει θετική συσχέτιση, ενώ το -1 αρνητική γραμμική συσχέτιση και το 0 είναι η απουσία γραμμικής συσχέτισης των μεταβλητών (Παπάνα, 2016).

4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Η συλλογή των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί μέσω ερωτηματολόγιο το οποίο θα μοιραστεί αυτοπροσώπως και θα συμπεριλαμβάνει δομημένες ερωτήσεις στις οποίες ο ερωτώμενος θα πρέπει να απαντήσει γραπτά. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει δημογραφικές ερωτήσεις όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο. Στο δεύτερο μέρος θα υπάρχουν ερωτήσεις κλειστού τύπου με σκοπό την ανάλυση των γνώμών των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της εργασίας αυτής.

4.5 ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θριάσιο, όπου και εργάζομαι και κατά συνέπεια εξασφάλισα τις απαραίτητες άδειες και την πρόσβαση στους ασθενείς.

Το δείγμα αποτελείται από 120 νοσηλευόμενους (60 άνδρες και 60 γυναίκες) στις κλινικές καθώς και στα εξωτερικά ιατρεία. Πραγματοποιήθηκε απλή τυχαιοποιημένη, στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Η απλή τυχαία δειγματοληψία δίνει τη δυνατότητα σε όλους να συμμετάσχουν στην έρευνα, με αυτό τον τρόπο το δείγμα που θα προκύψει θα είναι αντιπροσωπευτικό (Μερκούρης, 2008· Robson, 2010). Η διαδικασία αυτή επιλέχθηκε για να είναι το δείγμα αξιόπιστο και να μην υπάρχει μεγάλο ποσοστό χάσματος στα δεδομένα (Cohen, Manion & Morrison, 2008· Creswell, 2011).

4.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ / ΧΑΣΜΑ

Ο έλεγχος αξιοπιστίας είναι απαραίτητη με σκοπό να γίνει έλεγχος στη κλίμακα του ερωτηματολογίου εάν είναι δυνατόν να παράγει ακριβή δεδομένα και στη συνέχεια να προκαλεί και ακριβή αποτελέσματα (Αναστασιάδου, 2012). Ο έλεγχος διεξήχθη με το συντελεστή Cronbach Alpha. Οι τιμές που μπορεί να λάβει είναι από 0 έως 1. Για να είναι σωστό το αποτέλεσμα, η τιμή του συντελεστή θα πρέπει να είναι από 0,7 και πάνω (Αναστασιάδου, 2012). Ο συντελεστής σε αυτή τη περίπτωση λαμβάνει την τιμή 0,9 και αποδεικνύεται ότι υπάρχει αξιοπιστία.

Σε αυτή τη φάση θα μελετηθεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ του χάσματος και των πέντε διαστάσεων. Η ανάλυση συσχέτισης αποδεικνύει τη σχέση ανάμεσα στις δυο μεταβλητές εφαρμόζοντας το συντελεστή συσχέτισης Pearson. Εάν οι τιμές του συντελεστή βρίσκονται

από - 1 έως 0 τότε η συσχέτιση χαρακτηρίζεται ως αρνητική. Από την άλλη, εάν οι τιμές βρίσκονται από 0 έως 1 τότε η συσχέτιση χαρακτηρίζεται ως θετική. Σε περίπτωση που η τιμή του είναι 0 τότε δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές (Σιώμκος, Μαύρος 2008).

Παρακάτω θα παρατεθεί ο έλεγχος των χασμάτων μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων από όσους συμμετείχαν στην έρευνα . Οι μηδενικές υποθέσεις τοποθετούνται ως εξής:

- H_0 : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων - προσδοκιών ανάλογα με το φύλο.
- H_0 : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων - προσδοκιών ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.
- H_0 : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων - προσδοκιών ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.
- H_0 : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων - προσδοκιών ανάλογα με τον τομέα εργασίας των συμμετεχόντων.
- H_0 : Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων - προσδοκιών ανάλογα με το φορέα απασχόλησης.

Για την επίτευξη ελέγχου των υποθέσεων που παρατέθηκαν παραπάνω χρησιμοποιήθηκαν τα εξής είδη: το t- test και η ανάλυση ANOVA. Το t-test χρησιμοποιείται με σκοπό να διερευνηθεί η διχοτόμηση μεταξύ των συντελεστών της εξαρτημένης οι οποίοι επηρεάζονται από την ανεξάρτητη (Σιώμκος, Μαύρος 2008). Το t-test θα πραγματοποιήσει έλεγχο σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων.

Στον Πίνακα 1 παρατίθενται τα αποτελέσματα από τη σύγκριση. Εάν η ισχύς της υπόθεσης είναι από 0,05 και πάνω είναι ορθό οι διακυμάνσεις να είναι ίσες. Με αυτό τον τρόπο κατανοούμε τη σπουδαιότητα του t-test. Η δυνατότητα της μηδενικής υπόθεσης είναι πάνω από 0,05 συνεπώς γίνεται αντιληπτό ότι δεν υπάρχει μεγάλη απόκλιση στο χάσμα αντιλήψεων μεταξύ των δύο φίλων.

Η ανάλυση ANOVA εφαρμόζεται όταν θέλουμε να διαπιστώσουμε εάν ένας παράγοντας μετέχει στην αλλαγή του δείγματος (Αναστασιάδου, 2012). Έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιεί ελέγχους σε παραπάνω από 2 ομάδες (Σιώμκος, Μαύρος 2008). Στη ερευνητική εργασία μας, η εξαρτημένη μεταβλητή είναι το χάσμα στις αντιλήψεις για κάθε διάσταση και ως ανεξάρτητες είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, ο φορέας απασχόλησης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 2, η σημαντικότητα είναι πάνω από το 0,05 επομένως η μηδενική υπόθεση ορίζεται ως δεκτή. Δεν υπάρχει διαφορά στο χάσμα αντιλήψεων σχετικά με την ηλικία των ερωτηθέντων.

Με βάση τον Πίνακα 3, δεν υπάρχει απόκλιση στο χάσμα αντιλήψεων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο τους. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο από 0,05.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Απρότητα	Equal variances assumed	,189	,664	1,489	118	,139	,76667	,51499	-,25316	1,78649
	Equal variances not assumed			1,489	116,009	,139	,76667	,51499	-,25334	1,78667
Αξιοπιστία	Equal variances assumed	,027	,870	,503	118	,616	,41667	,82848	1,22395	2,05728
	Equal variances not assumed			,503	117,631	,616	,41667	,82848	1,22400	2,05734
Ανταπόκριση	Equal variances assumed	,169	,682	,238	118	,813	,16667	,70140	1,22229	1,55562
	Equal variances not assumed			,238	117,919	,813	,16667	,70140	1,22230	1,55563
Ασφάλεια	Equal variances assumed	,052	,819	,130	118	,897	,08333	,64212	1,18823	1,35490
	Equal variances not assumed			,130	117,964	,897	,08333	,64212	1,18823	1,35490
Ενσυναίσθηση	Equal variances assumed	1,531	,218	,673	118	,502	,61667	,91620	1,19767	2,43100
	Equal variances not assumed			,673	115,399	,502	,61667	,91620	1,19809	2,43142
Overall service	Equal variances	,001	,981	,656	118	,513	,46083	,70266	-,93062	1,85229

quality	assumed Equal variances not assumed			,65 6	11 7,9 91	,513	,46083	,70266	- ,93062	1,8522 9
---------	--	--	--	----------	-----------------	------	--------	--------	-------------	-------------

Πίνακας 1 : Συσχέτιση μεταξύ των φύλων

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Απρότητα	Between Groups	14,096	2	7,048	,875	,420
	Within Groups	942,404	117	8,055		
	Total	956,500	119			
Αξιοπιστία	Between Groups	95,326	2	47,663	2,383	,097
	Within Groups	2339,666	117	19,997		
	Total	2434,992	119			
Ανταπόκριση	Between Groups	9,417	2	4,708	,318	,728
	Within Groups	1732,950	117	14,812		
	Total	1742,367	119			
Ασφάλεια	Between Groups	16,072	2	8,036	,651	,523
	Within Groups	1443,720	117	12,339		
	Total	1459,792	119			
Ενσυναίσθηση	Between Groups	7,243	2	3,621	,142	,867
	Within Groups	2975,749	117	25,434		
	Total	2982,992	119			
Overall service quality	Between Groups	18,413	2	9,206	,621	,539
	Within Groups	1735,754	117	14,836		
	Total	1754,166	119			

Πίνακας 2: Συσχέτιση χασμάτων με την ηλικία

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Απρότητα	Between Groups	43,065	2	21,532	2,758	,068
	Within Groups	913,435	117	7,807		
	Total	956,500	119			
Αξιοπιστία	Between Groups	81,766	2	40,883	2,033	,136
	Within Groups	2353,225	117	20,113		
	Total	2434,992	119			
Ανταπόκριση	Between Groups	34,327	2	17,163	1,176	,312
	Within Groups	1708,040	117	14,599		
	Total	1742,367	119			
Ασφάλεια	Between Groups	63,173	2	31,587	2,646	,075
	Within Groups	1396,618	117	11,937		
	Total	1459,792	119			
Ενσυναίσθηση	Between Groups	59,567	2	29,783	1,192	,307
	Within Groups	2923,425	117	24,987		
	Total	2982,992	119			
Overall service quality	Between Groups	68,494	2	34,247	2,377	,097
	Within Groups	1685,672	117	14,407		
	Total	1754,166	119			

Πίνακας 3: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (Μέση τιμή), 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 του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . 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.*

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Θριάσιο στην χρονική περίοδο από 10.09.20 έως 20.1.21 .Τα 120 ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα χειρουργικά και παθολογικά τμήματα καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία. Στην συλλογή ερωτηματολογίων στα τμήματα- Covid ήταν πολύτιμη η βοήθεια των συναδέλφων στα αντίστοιχα τμήματα. Στην περίοδο πανδημίας που διανύουμε η προσέλευση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία ήταν σημαντικά μειωμένη.

Υπήρχαν αρκετά σημεία που δυσκόλεψαν τους ερωτώμενους. Όπως για παράδειγμα η ερώτηση 17 που αφορά την υποστήριξη των εργαζόμενων, καλύτερη αντίληψη είχαν όσοι έχουν στο κοινωνικό τους περίγυρο επαγγελματίες υγείας. Επίσης δεν κατάλαβαν απόλυτα την ερώτηση 19 που μιλάει για τα ωράρια λειτουργίας Νοσοκομείου , καθώς επιθυμούσαν την συνεχή λειτουργία τους. Δυσκολεύτηκαν αρκετά με την κατανομή των πόντων στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου με τα πέντε χαρακτηριστικά των Νοσοκομείων. Οι περισσότεροι αρχικά θεωρούσαν πως είναι το ίδιο σημαντικά και κατόπιν σκέψης πήραν την απόφαση πως θα μοιράσουν τους πόντους . Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε θετική στάση και είχε αντίληψη των δυσκολιών εκ μέρους του προσωπικού στην φροντίδα τους. Έδειχνε κατανόηση στην ανταπόκριση σε στιγμές φόρτου εργασίας, αλλά ήταν αυστηρή με την ευγένεια και απαιτούμενη προσοχή και κατανόηση.

Στους ασθενείς των χειρουργικών κυρίως τμημάτων η ικανοποίηση συνδεόταν με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, έκβαση της χειρουργικής επέμβασης,την πληροφόρηση που έλαβε, την ικανοποίηση από τους νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό ,καθαριότητα, τον θόρυβο,το φαγητό και τις προσδοκίες.. Στους ασθενείς που νοσηλεύονται στις κλινικές- Covid η απομόνωση και ελλιπής ενημέρωση ήταν τα ζητήματα που τους απασχολούσαν. Οι ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία προσδοκούσαν καλύτερη υποδοχή,λιγότερες γραφειοκρατικές διαδικασίες και δυσφορούσαν με τα νέα μέτρα που αφορούσαν την πανδημία.

Η ικανοποίηση μειώνεται όσο σοβαρότερη είναι το η ασθένεια, αυτό ήταν αισθητό στους ασθενείς με νεοπλασίες.

Υπάρχει συνάρτηση και με το φύλο, οι γυναίκες έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης..

Αναφορικά με την ηλικία υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη από φροντίδα και περισσότερες απαιτήσεις.

Οι προσδοκίες και οι προηγούμενες εμπειρίες επηρεάζουν κι αυτές με τη σειρά τους το βαθμό ικανοποίησης.

Το κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν αρκετά τον παράγοντα ικανοποίηση.

Η σχέση μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι καταλυτική.

Και τέλος το περιβάλλον, η καθαριότητα, ο χώρος νοσηλείας, διαμονής κλπ..

Στην φροντίδα και στην συλλογή πληροφοριών πρέπει να έχουμε υπόψη τα δικαιώματα των ασθενών : για ολοκληρωμένη ενημέρωση και φροντίδα, ιδιωτικότητα, συναίνεση και πλήρη εμπιστευτικότητα.

Στο ερωτηματολόγιο καταγράφηκαν απόψεις , παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών αναφορικά με το νοσοκομείο και τη νοσηλεία τους, έχοντας υπόψη το λόγο πρόσβασης, την ανταπόκριση για την κατάσταση υγείας, το νοσηλευτικό περιβάλλον, τα δικαιώματα και προσωπικότητα των ασθενών και την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και προσωπικού.

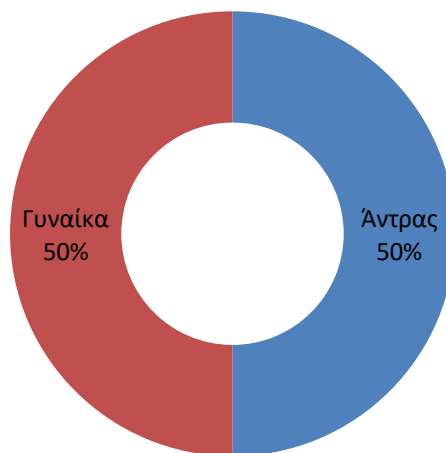
Το δείγμα αποτελείται από 120 άτομα, εκ των οποίων το 73,3% εντοπίστηκε στο νοσοκομείο λόγω κλινικής νοσηλείας ενώ το 26,7% στα εξωτερικά ιατρεία. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	32	26,7
	Κλινική Νοσηλεία	88	73,3
Φύλο	Άντρας	60	50,0
	Γυναίκα	60	50,0
Ηλικία	18-34	31	25,8
	35-49	30	25,0
	50-64	36	30,0
	65 – άνω	23	19,2
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η	29	24,2
	Σε συμβιωτική σχέση	5	4,2
	Έγγαμος-η χωρίς παιδιά	9	7,5
	Έγγαμος-η με παιδιά	58	48,3
	Διαζευγμένος-η χωρίς παιδιά	7	5,8
	Διαζευγμένος-η με παιδιά	7	5,8
	Χήρος-α	5	4,2
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	17	14,2
	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	38	31,7
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	26	21,7
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	31	25,8
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών	6	5,0
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	2	1,7
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	86	71,7
	Ημιαστικό κέντρο	30	25,0
	Αγροτική περιοχή	1	0,8
	Νησιώτικη περιοχή	3	2,5
	Άλλο	0	0,0
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	11	9,2
	Φοιτητής	5	4,2

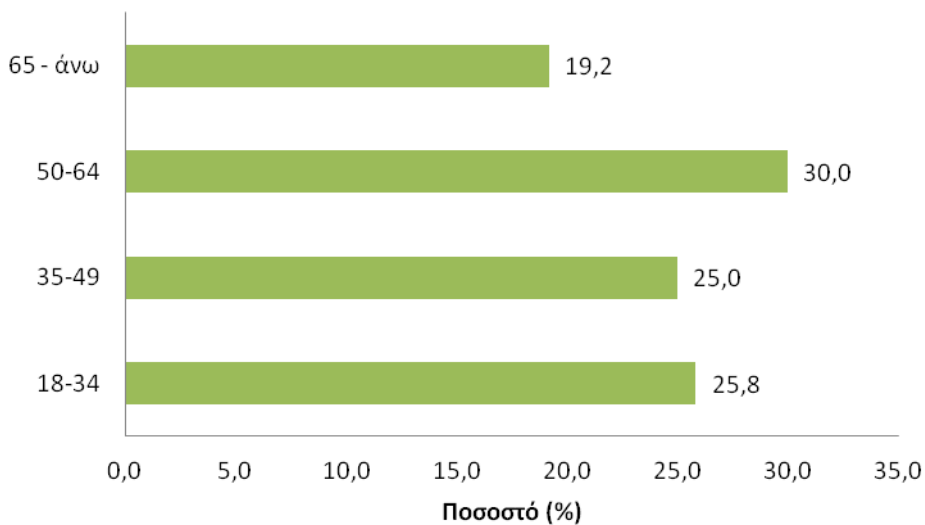
	Άνεργος	13	10,8
	Αυτοσυντήρητος	2	1,7
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	34	28,3
	Δημόσιος Υπάλληλος	21	17,5
	Αγρότης	0	0,0
	Οικιακά	11	9,2
	Συνταξιούχος	22	18,3
	Άλλο	1	0,8

Το δείγμα αποτελείται από 60 άντρες και 60 γυναίκες, με την πλειοψηφία να ζει σε αστικό κέντρο (71,7%). Το 30% του δείγματος άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 50-64, το 25,8% στους 18-34, το 25% στους 35-49 και το 19,2% στους 65 έτη και άνω. Ακόμα, το 60% και 24,2% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι/σε συμβιωτική σχέση και άγαμοι, αντίστοιχα, ενώ το 11,7% ήταν διαζευγμένοι και μόλις το 4,2% χήροι. Όσον αφορά την εκπαίδευση, το 45,8% του δείγματος ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 21,7% ήταν απόφοιτοι Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ) και το 32,5% Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) ή κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. Επιπλέον, το 28,3% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 18,3% συνταξιούχοι, το 17,5% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 9,2% ελεύθεροι επαγγελματίες ή ασχολείται με τα οικιακά, αντίστοιχα.

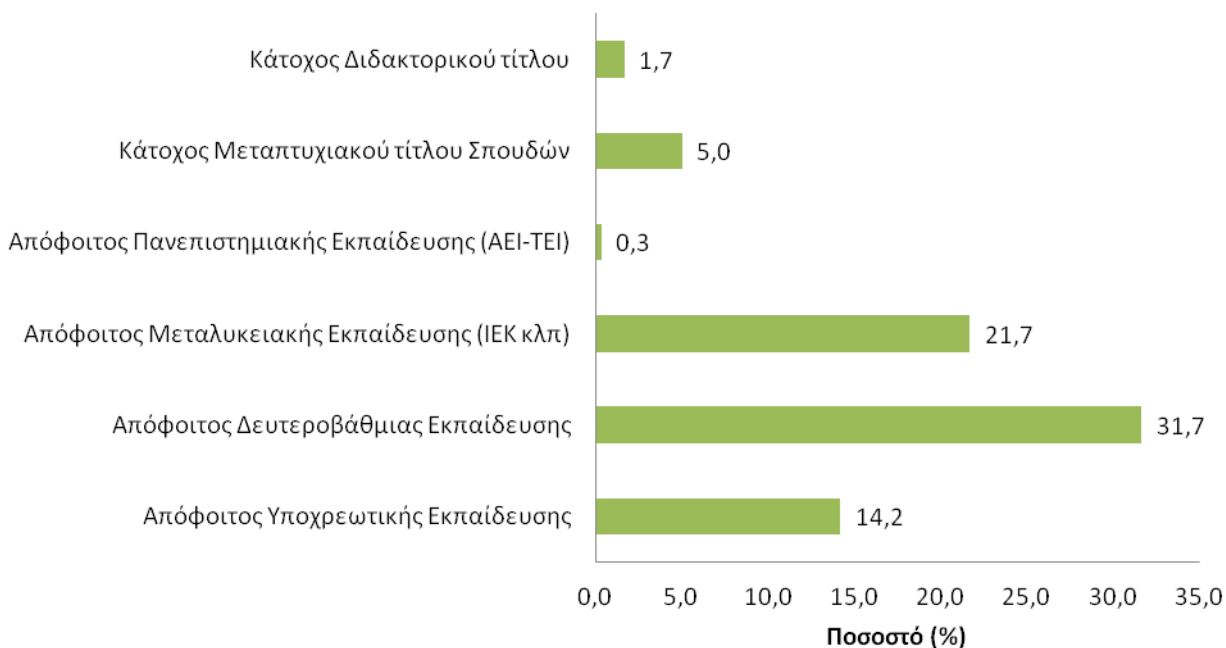
Το φύλο των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



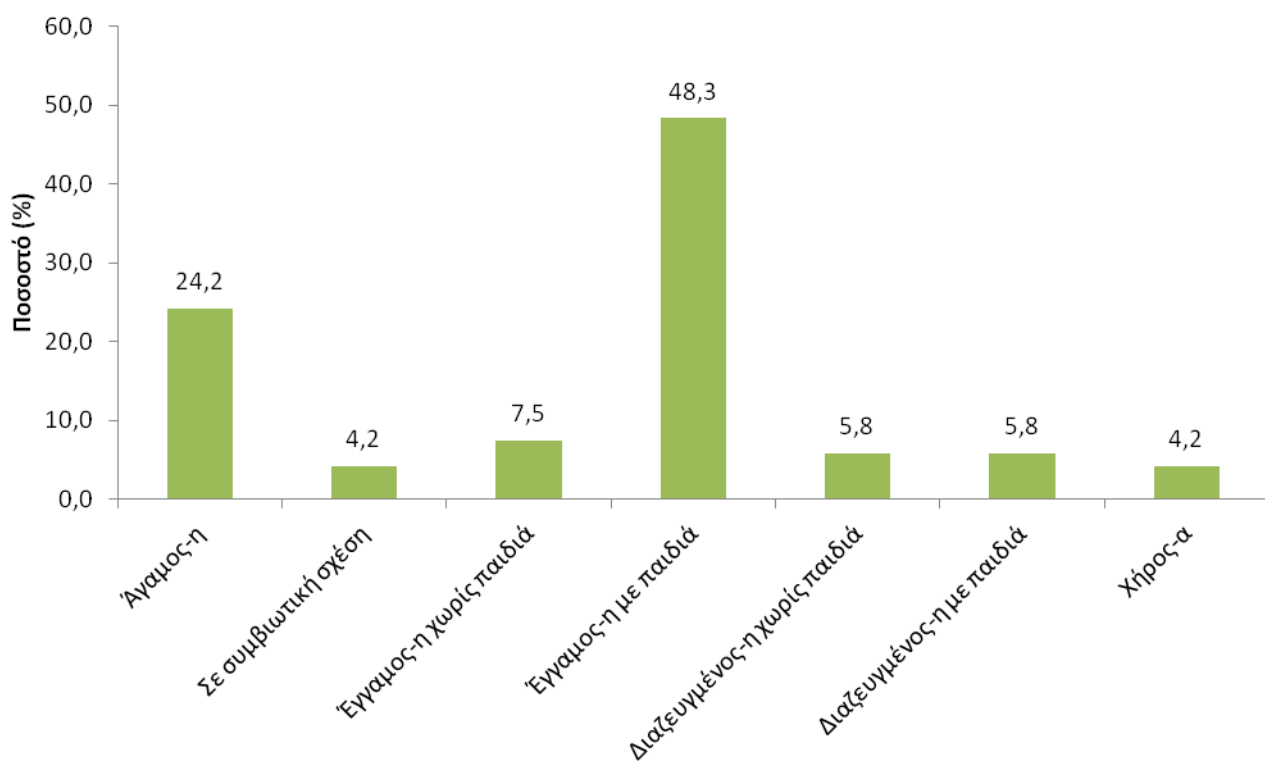
Τα ποσοστά ανά ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



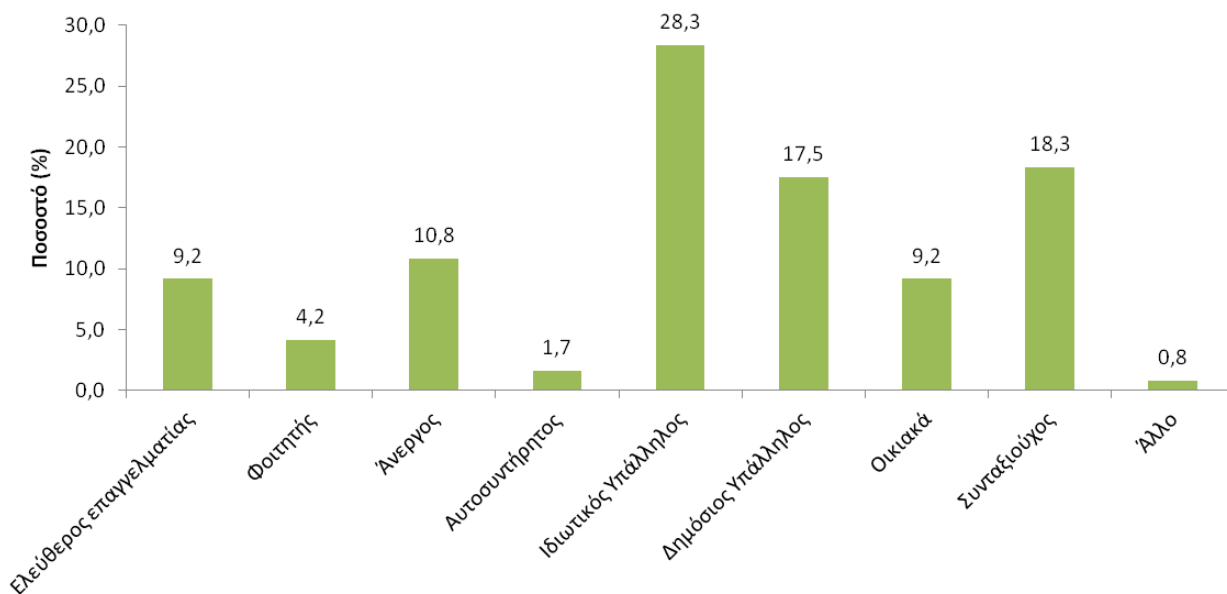
Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



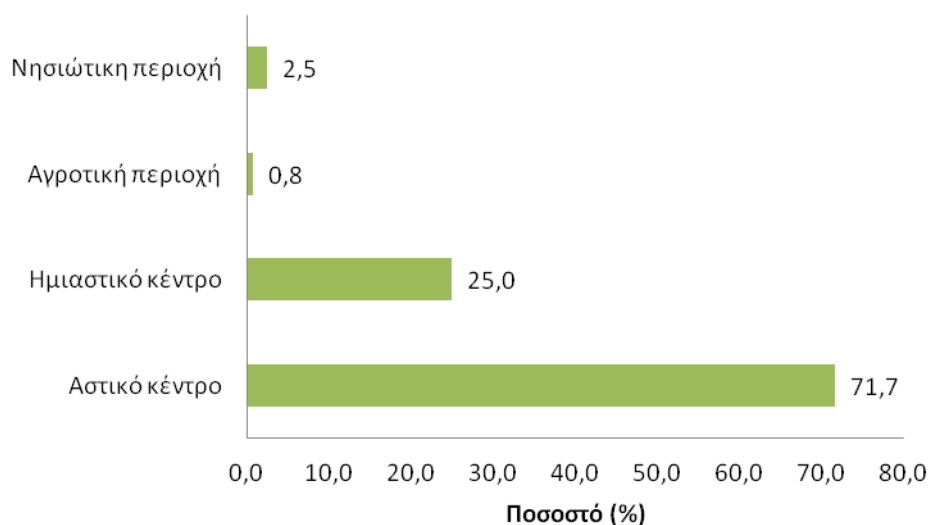
Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



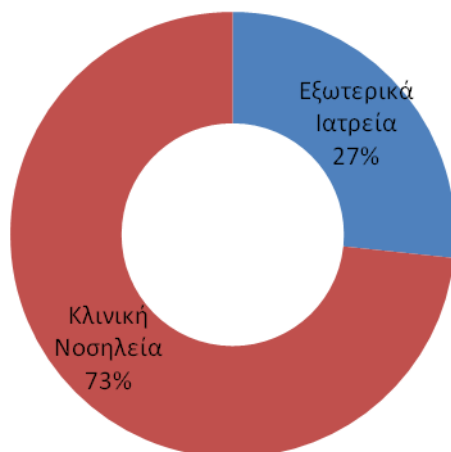
Το επάγγελμα των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



Ο τόπος κατοικίας των συμμετεχόντων δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



Το είδος υπηρεσίας που έλαβαν οι συμμετέχοντες δίνεται στο ακόλουθο γράφημα.



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

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	3	50	20,3 (8,2)	20 (15 - 23)
Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	5	70	21,5 (7,8)	20 (20 - 25)
Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	5	30	18,9 (5,7)	20 (15 - 20)

Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	5	40	22,3 (5,4)	20 (20 - 25)
Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	5	50	17,1 (7,6)	15 (10 - 20)

Η βαθμολογία κυμαινόταν από το 3 έως 50 και μέση τιμή 20,3 (SD=8,2) για την διάσταση «Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό», από το 5 έως 70 και μέση τιμή 21,5 (SD=7,8) για την διάσταση «Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια», από το 5 έως 30 και μέση τιμή 18,9 (SD=5,7) για «Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση», από το 5 έως 40 και μέση τιμή 22,3 (SD=5,4) για τη διάσταση «Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη» και από το 5 έως 50 και μέση τιμή 17,1 (SD=7,6) 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 ενός Νοσοκομείου.

		N	%
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 ΓΝ ΘΡΙΑΣΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ (παρακαλώ βάλτε το νούμερο του χαρακτηριστικού με βάση τον παραπάνω πίνακα	Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	30	25,0%
	Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	33	27,5%
	Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	7	5,8%
	Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	39	32,5%
	Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	11	9,2%
Ποιο χαρακτηριστικό είναι το λιγότερο σημαντικό για εσάς;	Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό	39	32,5%
	Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια	10	8,3%
	Προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση	17	14,2%
	Υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη	4	3,3%
	Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς	50	41,7%

Οι 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» (32,5%) καθώς και «Ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και με ακρίβεια» (27,5%).

Αντιθέτως, λιγότερο σημαντικές χαρακτηρίστηκαν οι «Εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό» (32,5%) και «Παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς» (41,7%).

Ποιότητα Υπηρεσιών (SERVQUAL)

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου ($>0,7$), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, με οριακό δείκτη αυτό της Υλικοτεχνικές υποδομές και της Ανταποκρισιμότητας.

Διάσταση	Αρ. ερωτήσεων	Cronbach's alpha		
		Προσδοκία	Αντίληψη	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	4	0,743	0,753	0,660
Αξιοπιστία	5	0,788	0,896	0,866
Ανταποκρισιμότητα	4	0,695	0,846	0,796
Διασφάλιση	4	0,836	0,786	0,740

Ενσυναίσθηση	5	0,845	0,899	0,875
--------------	---	-------	-------	-------

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.

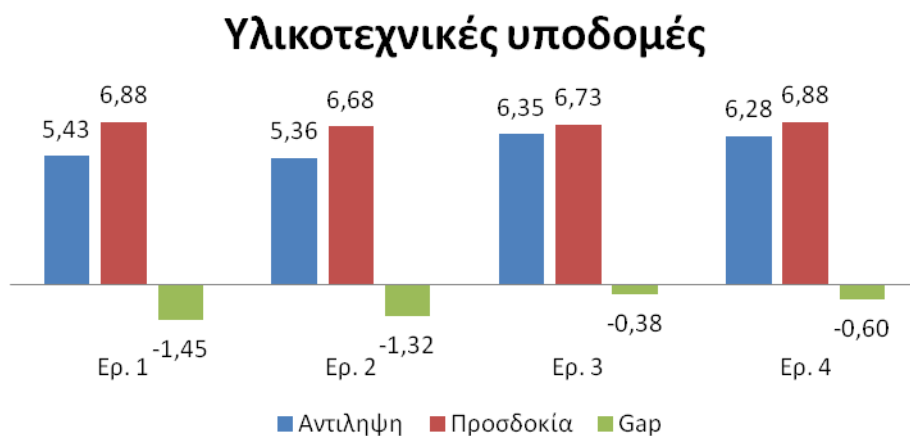
Διάσταση	Ερώτηση	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	1	5,43	6,88	-1,45
	2	5,36	6,68	-1,32
	3	6,35	6,73	-0,38
	4	6,28	6,88	-0,60
Αξιοπιστία	1	5,63	6,63	-0,99
	2	5,98	6,78	-0,79
	3	5,91	6,88	-0,97
	4	5,68	6,81	-1,13
	5	6,01	6,88	-0,87
Ανταποκρισιμότητα	1	5,48	6,78	-1,29
	2	5,78	6,78	-1,01
	3	6,06	6,79	-0,73
	4	5,53	6,38	-0,85
Διασφάλιση	1	6,06	6,84	-0,78
	2	6,09	6,81	-0,72
	3	5,68	6,83	-1,14
	4	5,08	6,89	-1,82
Ενσυναίσθηση	1	5,84	6,76	-0,92
	2	5,38	6,48	-1,10
	3	5,88	6,71	-0,83
	4	5,68	6,63	-0,96
	5	5,81	6,75	-0,94

Οι προσδοκίες των συμμετεχόντων ήταν υψηλότερες από τις αντιλήψεις τους καθώς αρνητικό κενό εντοπίστηκε σ' όλες τις διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, το υψηλότερο αρνητικό gap εντοπίστηκε στην διάσταση της «Υλικοτεχνικές υποδομές» η ερώτηση σχετικά με το σύγχρονο εξοπλισμό του νοσοκομείου (ερ.1), στην διάσταση της «Αξιοπιστίας» η ερώτηση σχετικά με την άμεση παροχή των υπηρεσιών (ερ.4), στην διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» η ερώτηση για την ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό του Νοσοκομείου (ερ.1), στην διάσταση «Διασφάλιση» η ερώτηση σχετικά με την υποστήριξη που πρέπει να λαμβάνουν οι

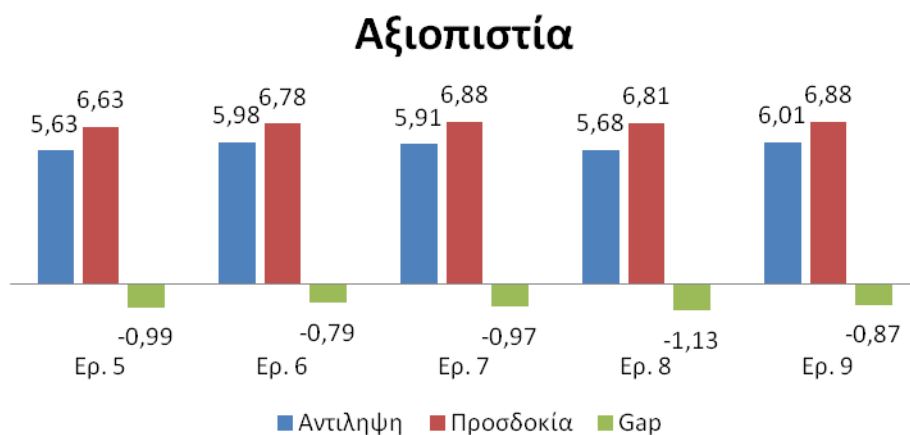
εργαζόμενοι ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους (ερ.4) και στην διάσταση «Ενσυναίσθηση» η ερώτηση για την τήρηση των ωρών λειτουργίας για όλους τους ασθενείς (ερ.2).

Επιπλέον, το χαμηλότερο αρνητικό *gar* εντοπίστηκε στην διάσταση της «Υλικοτεχνικές υποδομές» η ερώτηση σχετικά με την ενδυμασία του προσωπικού του νοσοκομείου (ερ.3), στην διάσταση της «Αξιοπιστίας» η ερώτηση σχετικά με το πραγματικό ενδιαφέρον του προσωπικού για την επίλυση θεμάτων των ασθενών (ερ.2), στην διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» η ερώτηση για την προθυμία του προσωπικό να βοηθήσει (ερ.3), στην διάσταση «Διασφάλιση» η ερώτηση σχετικά με την ασφάλεια των συναλλαγών (ερ.2) και στην διάσταση «Ενσυναίσθηση» η ερώτηση για την τήρηση των ωρών λειτουργίας για όλους τους ασθενείς (ερ.3).

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

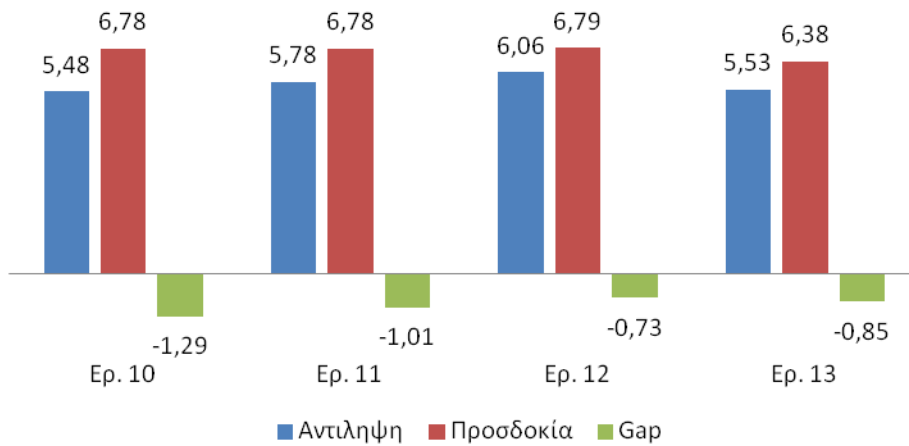


Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Αξιοπιστία».



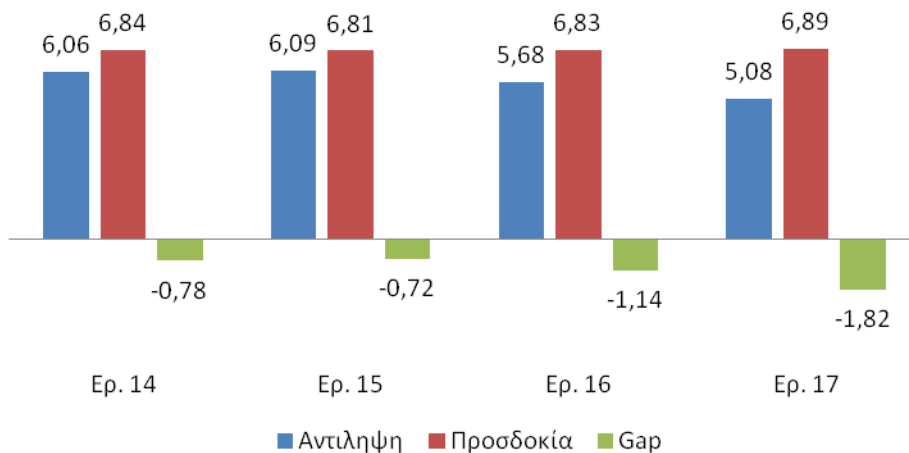
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Ανταποκρισιμότητα».

Ανταποκρισιμότητα



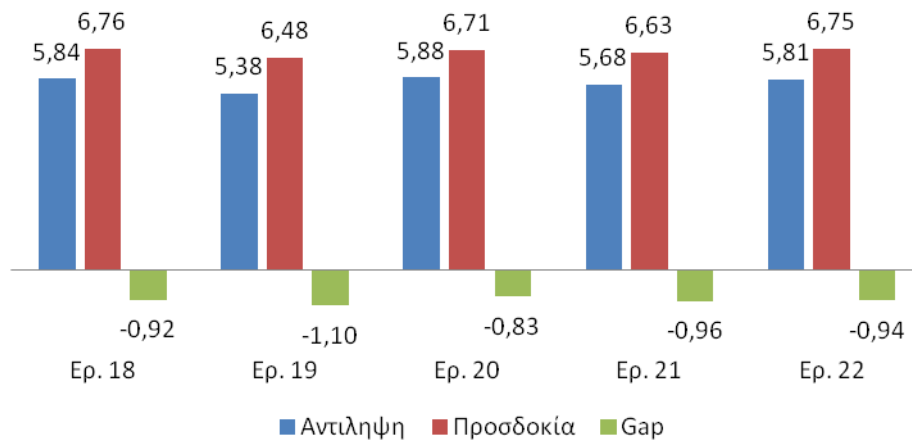
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες και το κενό της διάστασης «Διασφάλιση».

Διασφάλιση



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

Ενσυναίσθηση

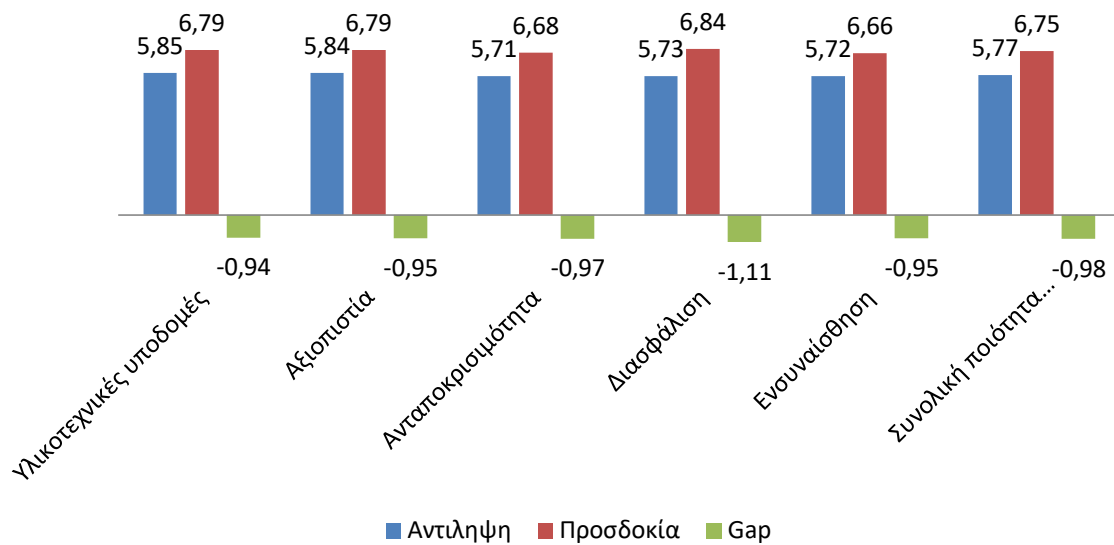


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μέσες βαθμολογίες των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SERVQUAL.

Διάσταση	Συν. Ερωτήσεων	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
Υλικοτεχνικές υποδομές	4	5,85	6,79	-0,94
Αξιοπιστία	5	5,84	6,79	-0,95
Ανταποκρισιμότητα	4	5,71	6,68	-0,97
Διασφάλιση	4	5,73	6,84	-1,11
Ενσυναίσθηση	5	5,72	6,67	-0,95
Συνολική ποιότητα υπηρεσιών	22	5,77	6,75	-0,98

Το υψηλότερο μέσο αρνητικό κενό εντοπίζεται στην διάσταση «Διασφάλιση» (gap=-1.11) ενώ το χαμηλότερο στην διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» (gap=-0.23).

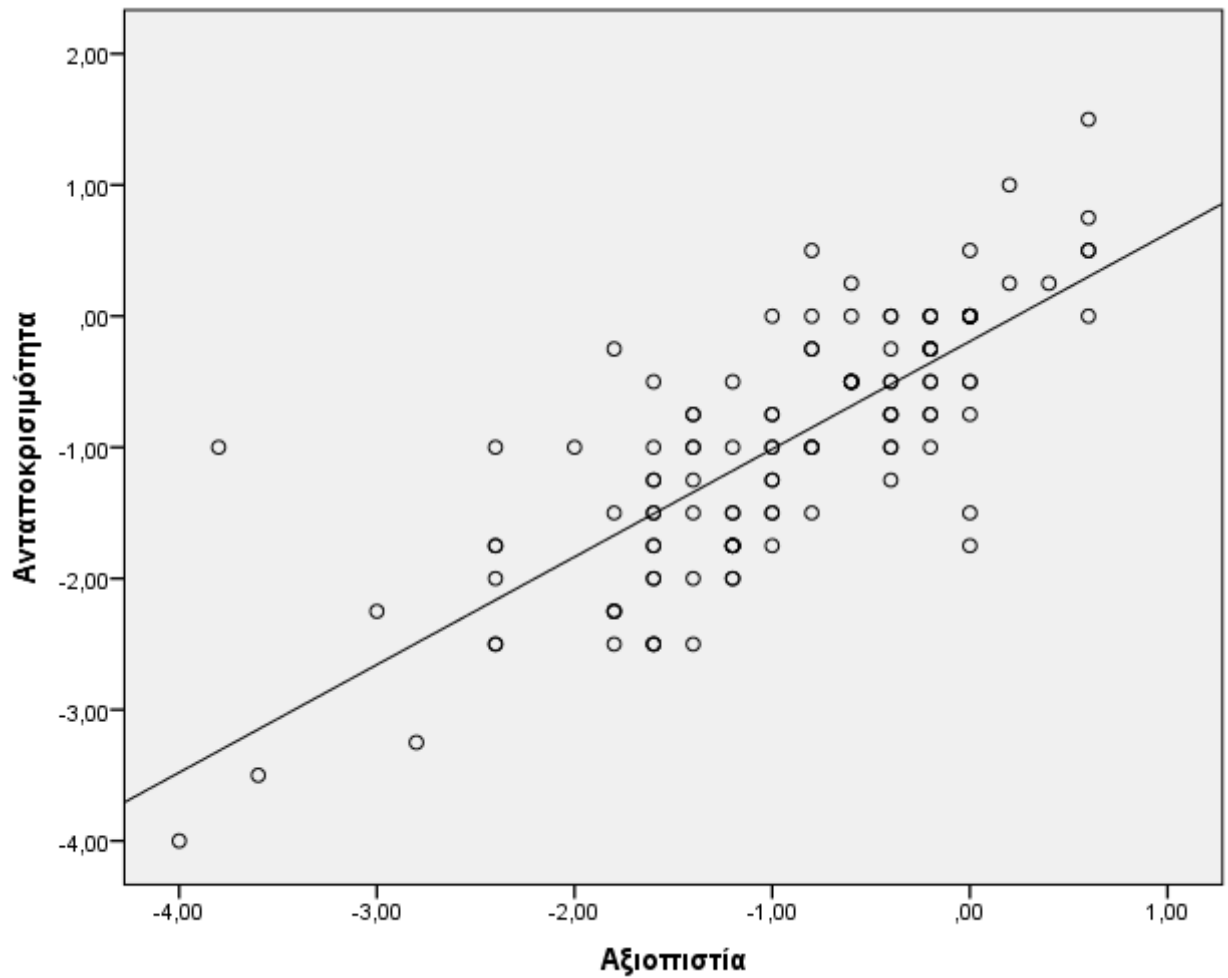
Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνολικά οι μέσες βαθμολογίες και το κενό των διαστάσεων του ερωτηματολογίου SERVQUAL.



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

		Αξιοπιστία	Ανταποκρισιμότητα	Διασφάλιση	Ενσυναίσθηση
Υλικοτεχνικές υποδομές	r	0,65	0,53	0,58	0,57
	p-value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αξιοπιστία	r		0,78	0,69	0,70
	p-value		<0,001	<0,001	<0,001
Ανταποκρισιμότητα	r			0,74	0,75
	p-value			<0,001	<0,001
Διασφάλιση	r				0,72
	p-value				<0,001

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 ($r=0,78$) φαίνεται να υπάρχει μεταξύ της Ανταποκρισιμότητας και της Αξιοπιστίας, όπως παρουσιάζεται στο παρακάτω γράφημα.



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

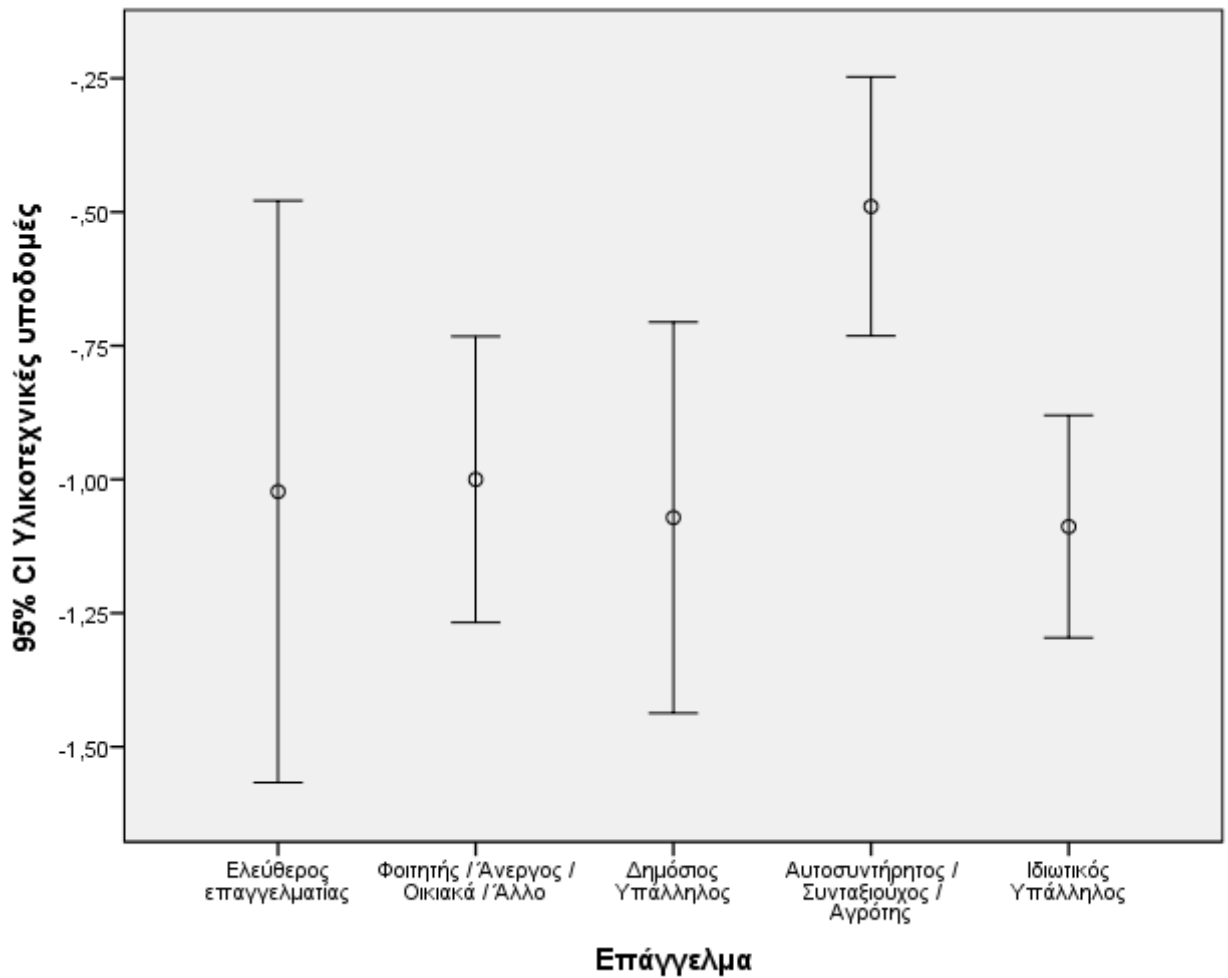
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Υλικοτεχνικές υποδομές		
		Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Φύλο	Άντρας	-3,37	2,63	0,139
	Γυναίκα	-4,13	3,00	
Ηλικία	18-34	-4,00	2,91	0,420

	35-49	-4,17	2,78	
	50+	-3,41	2,83	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η / Χήρος-α	-4,38	3,39	0,271
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-3,57	2,56	
	Διαζευγμένος	-3,14	2,66	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-3,11	3,19	0,068
	Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (IEK κλπ)	-4,12	1,77	
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-4,41	2,74	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-3,63	2,94	0,455
	Ημιαστικό κέντρο / Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-4,06	2,57	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-4,09	3,24	0,013
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-4,00	2,86	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-4,29	3,21	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος	-1,96	2,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-4,35	2,39	
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	-3,47	2,30	0,515
	Κλινική Νοσηλεία	-3,85	3,01	

Το κενό στη διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($p=0,013$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους συνταξιούχους συμμετέχοντες σε σχέση με τους δημοσίους υπαλλήλους ($p=0,052$), τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($p=0,013$) και (οριακά) τους φοιτητές/άνεργους/οικιακά ($p=0,073$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Υλικοτεχνικές υποδομές» ανάλογα με το επάγγελμα.



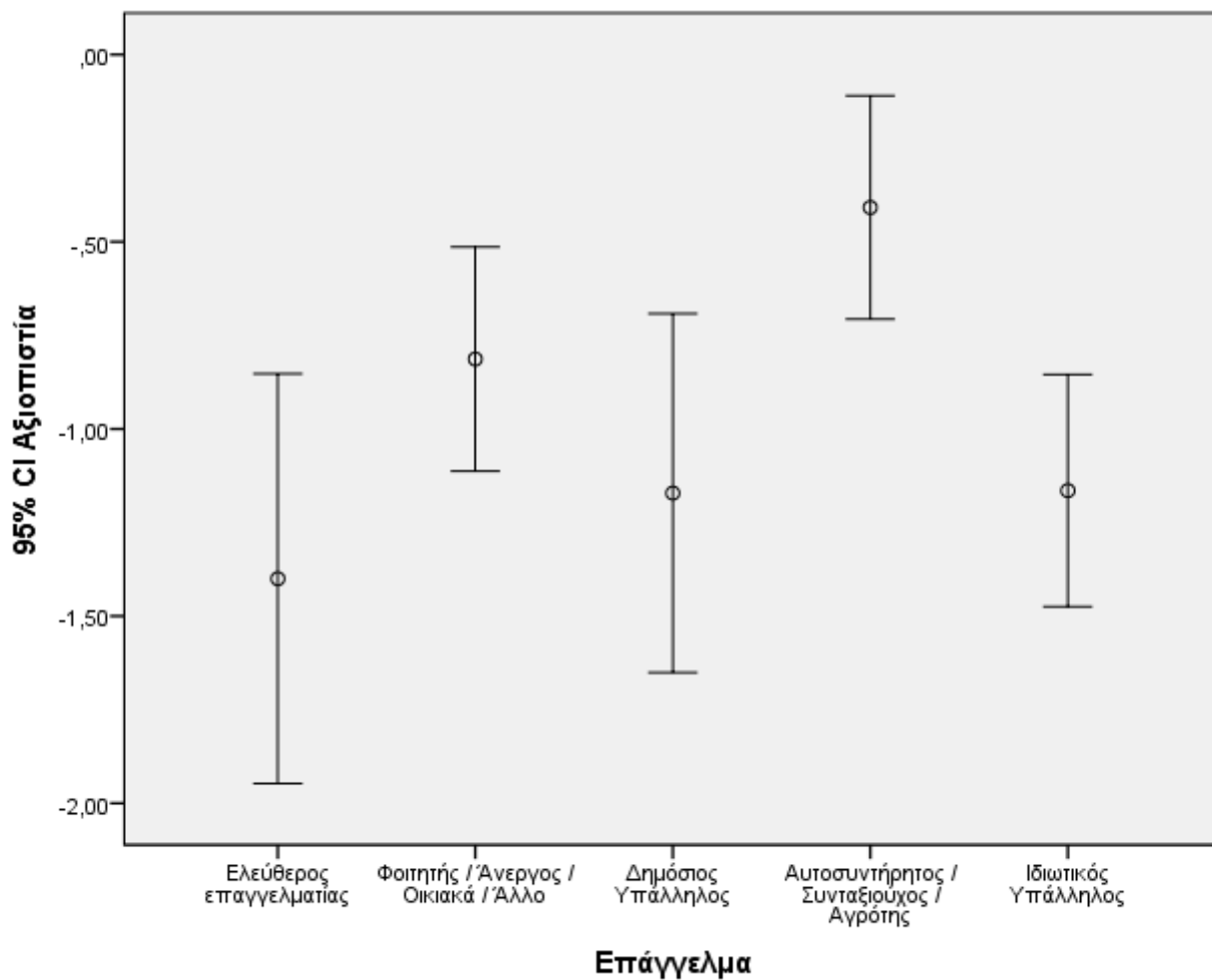
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αξιοπιστία» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Αξιοπιστία		
		Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Φύλο	Άντρας	-3,37	2,63	0,616
	Γυναίκα	-4,13	3,00	
Ηλικία	18-34	-4,00	2,91	0,097
	35-49	-4,17	2,78	
	50+	-3,41	2,83	

Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η / Χήρος-α	-4,38	3,39	0,312
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-3,57	2,56	
	Διαζευγμένος	-3,14	2,66	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-3,11	3,19	0,136
	Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (IEK κλπ)	-4,12	1,77	
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-4,41	2,74	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-3,63	2,94	0,354
	Ημιαστικό κέντρο / Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-4,06	2,57	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-4,09	3,24	0,003
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-4,00	2,86	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-4,29	3,21	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος	-1,96	2,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-4,35	2,39	
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	-3,47	2,30	0,830
	Κλινική Νοσηλεία	-3,85	3,01	

Το κενό στη διάσταση «Αξιοπιστία» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($p=0,003$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους συνταξιούχους συμμετέχοντες σε σχέση με τους ελεύθερους επαγγελματίες ($p=0,020$), τους δημοσίους υπαλλήλους ($p=0,036$) και τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($p=0,013$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αξιοπιστία» ανάλογα με το επάγγελμα.



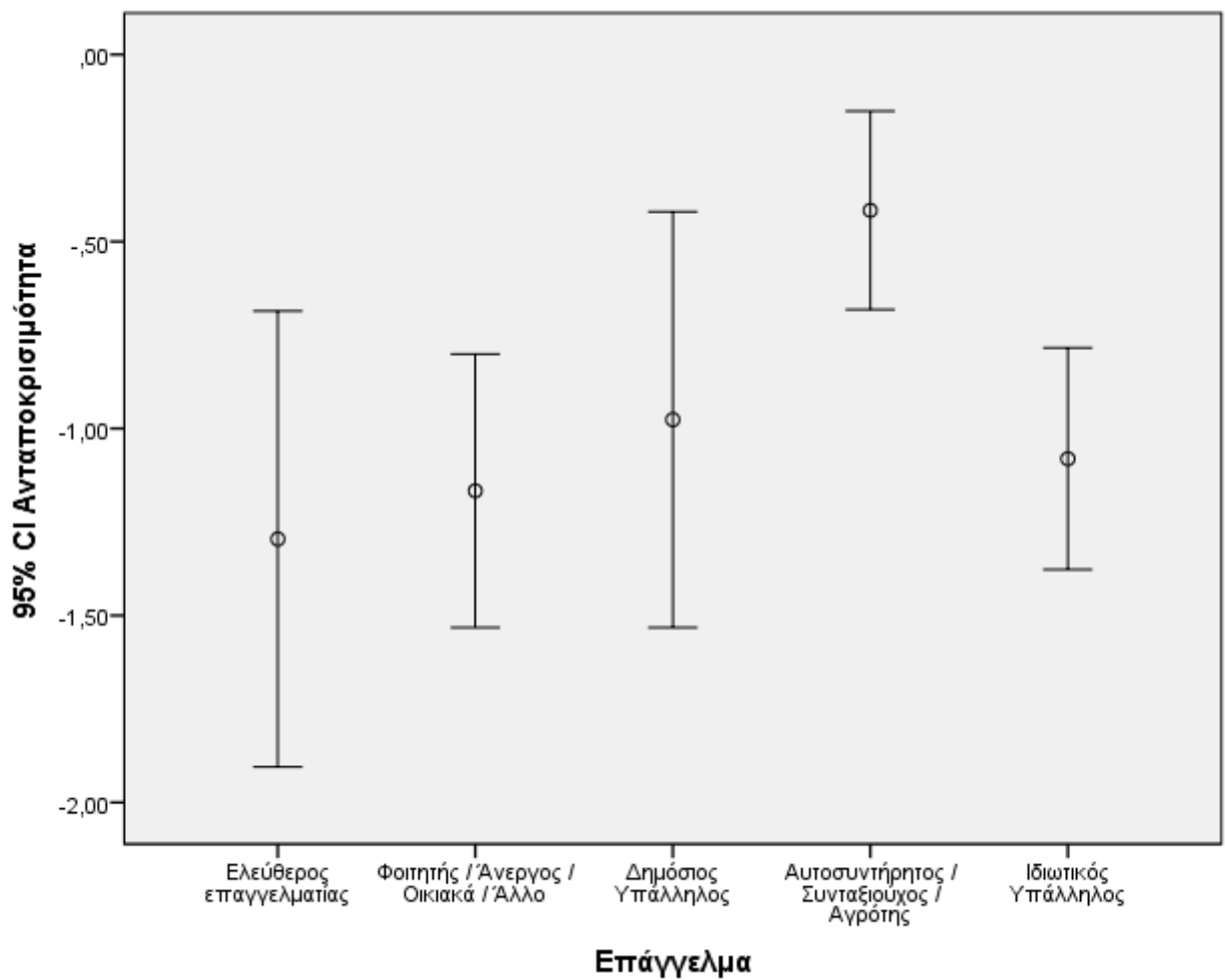
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gar score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Ανταποκρισιμότητα		
		Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Φύλο	Άντρας	-3,37	2,63	0,813
	Γυναίκα	-4,13	3,00	
Ηλικία	18-34	-4,00	2,91	0,728
	35-49	-4,17	2,78	
	50+	-3,41	2,83	

Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η / Χήρος-α	-4,38	3,39	0,482
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-3,57	2,56	
	Διαζευγμένος	-3,14	2,66	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-3,11	3,19	0,312
	Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (IEK κλπ)	-4,12	1,77	
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-4,41	2,74	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-3,63	2,94	0,170
	Ημιαστικό κέντρο / Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-4,06	2,57	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-4,09	3,24	0,024
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-4,00	2,86	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-4,29	3,21	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,96	2,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-4,35	2,39	
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	-3,47	2,30	0,398
	Κλινική Νοσηλεία	-3,85	3,01	

Το κενό στη διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($p=0,024$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους συνταξιούχους συμμετέχοντες σε σχέση με τους φοιτητές/άνεργους/οικιακά ($p=0,038$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Ανταποκρισιμότητα» ανάλογα με το επάγγελμα.



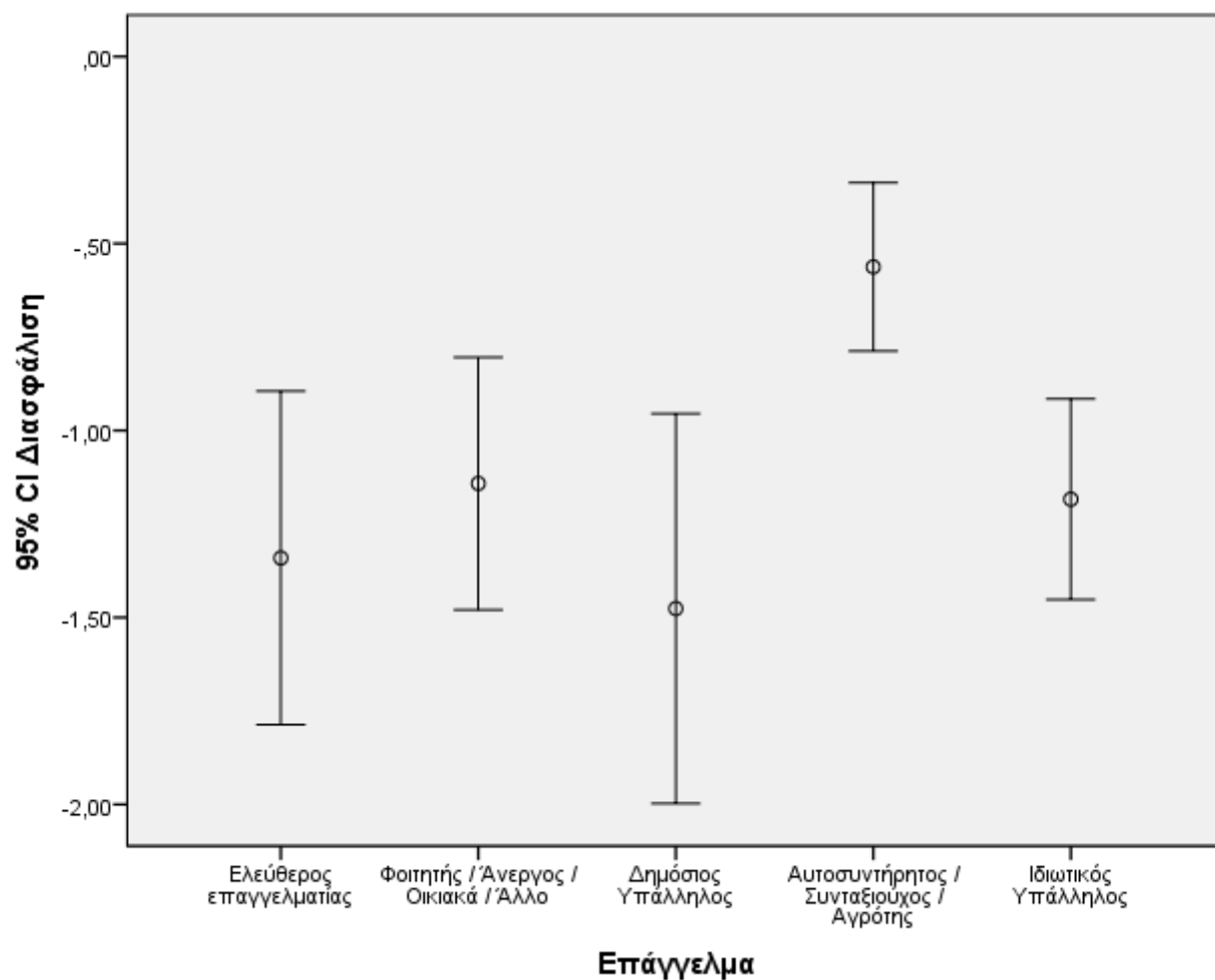
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Διασφάλιση» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Διασφάλιση		
		Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Φυλο	Άντρας	-3,37	2,63	0,897
	Γυναίκα	-4,13	3,00	
Ηλικία	18-34	-4,00	2,91	0,523
	35-49	-4,17	2,78	
	50+	-3,41	2,83	

Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η / Χήρος-α	-4,38	3,39	0,742
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-3,57	2,56	
	Διαζευγμένος	-3,14	2,66	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-3,11	3,19	0,075
	Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (IEK κλπ)	-4,12	1,77	
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-4,41	2,74	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-3,63	2,94	0,588
	Ημιαστικό κέντρο / Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-4,06	2,57	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-4,09	3,24	0,006
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-4,00	2,86	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-4,29	3,21	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,96	2,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-4,35	2,39	
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	-3,47	2,30	0,571
	Κλινική Νοσηλεία	-3,85	3,01	

Το κενό στη διάσταση «Διασφάλιση» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($p=0,006$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους συνταξιούχους συμμετέχοντες σε σχέση με τους δημοσίους ($p=0,004$) και (οριακά) τους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($p=0,062$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Διασφάλιση» ανάλογα με το επάγγελμα.



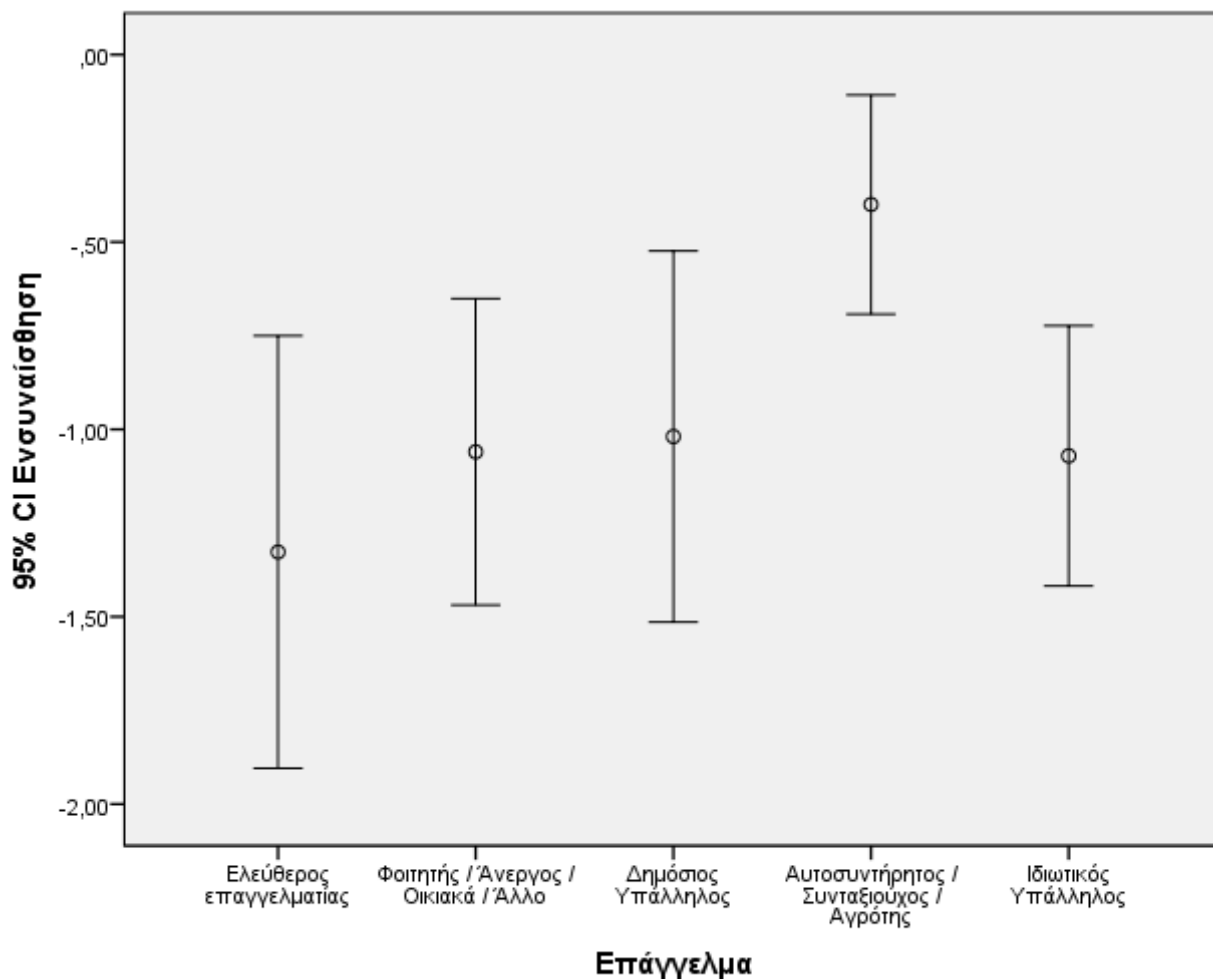
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Ενσυναίσθηση		
		Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Φύλο	Άντρας	-3,37	2,63	0,502
	Γυναίκα	-4,13	3,00	
Ηλικία	18-34	-4,00	2,91	0,867
	35-49	-4,17	2,78	
	50+	-3,41	2,83	

Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η / Χήρος-α	-4,38	3,39	0,824
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-3,57	2,56	
	Διαζευγμένος	-3,14	2,66	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-3,11	3,19	0,307
	Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (ΙΕΚ κλπ)	-4,12	1,77	
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-4,41	2,74	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-3,63	2,94	0,865
	Ημιαστικό κέντρο / Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-4,06	2,57	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-4,09	3,24	0,042
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-4,00	2,86	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-4,29	3,21	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,96	2,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-4,35	2,39	
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	-3,47	2,30	0,493
	Κλινική Νοσηλεία	-3,85	3,01	

Το κενό στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» βρέθηκε να διαφέρει οριακά σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($p=0,042$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους συνταξιούχους συμμετέχοντες σε σχέση με τους ελεύθερους επαγγελματίες ($p=0,047$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Ενσυναίσθηση» ανάλογα με το επάγγελμα.



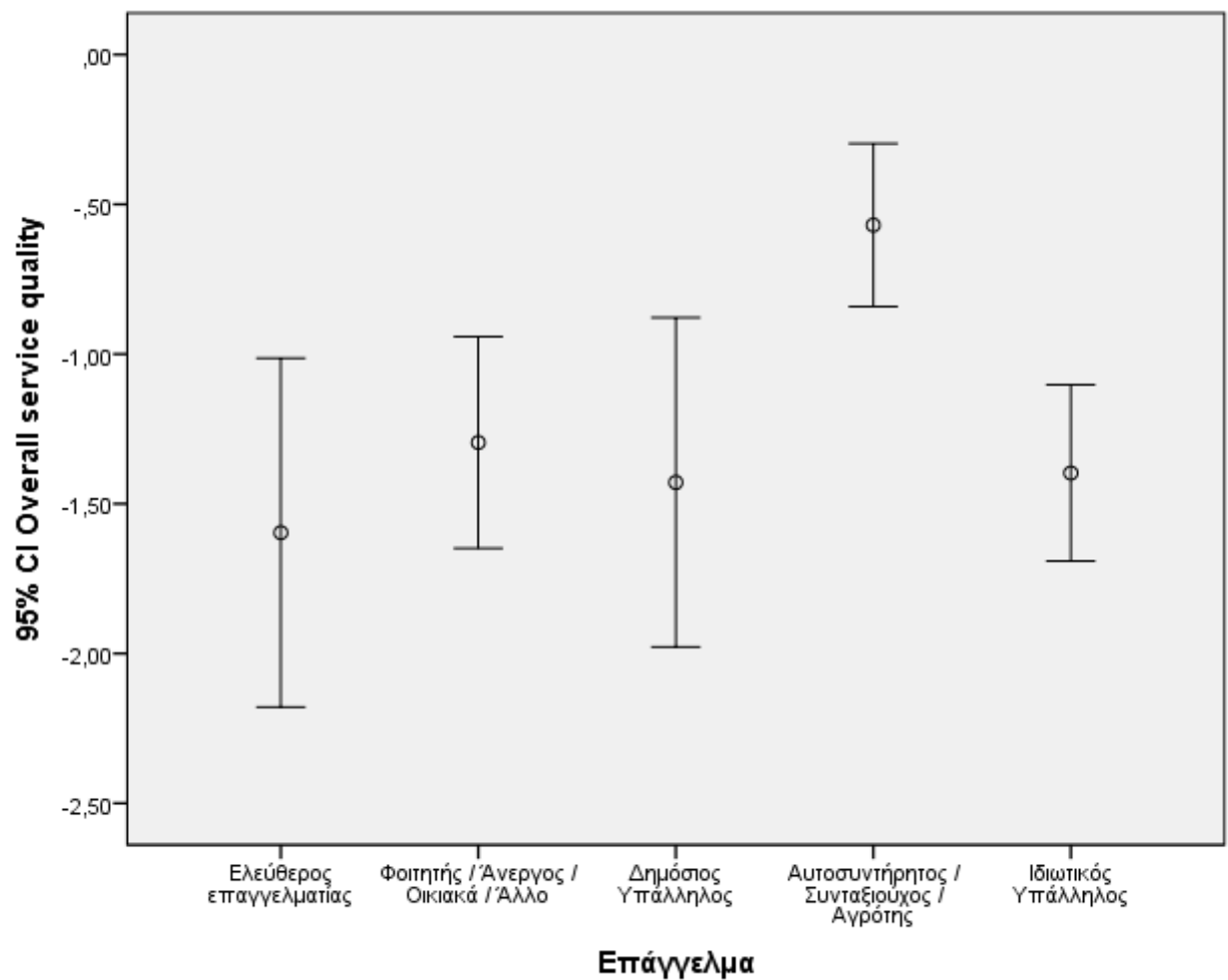
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το μέσο gap score των συμμετεχόντων στη συνολική κλίμακα SERVQUAL ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

		Total Gap		
		Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Φύλο	Άντρας	-3,37	2,63	0,513
	Γυναίκα	-4,13	3,00	
Ηλικία	18-34	-4,00	2,91	0,539
	35-49	-4,17	2,78	
	50+	-3,41	2,83	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος-η / Χήρος-α	-4,38	3,39	0,684
	Έγγαμος / Σε συμβιωτική σχέση	-3,57	2,56	
	Διαζευγμένος	-3,14	2,66	

Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης / Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	-3,11	3,19	0,097
	Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης (IEK κλπ)	-4,12	1,77	
	Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ) / Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου Σπουδών / Διδακτορικού τίτλου	-4,41	2,74	
Τόπος Κατοικίας	Αστικό κέντρο	-3,63	2,94	0,438
	Ημιαστικό κέντρο / Αγροτική / Νησιώτικη περιοχή	-4,06	2,57	
Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	-4,09	3,24	0,003
	Φοιτητής / Άνεργος / Οικιακά / Άλλο	-4,00	2,86	
	Δημόσιος Υπάλληλος	-4,29	3,21	
	Αυτοσυντήρητος / Συνταξιούχος / Αγρότης	-1,96	2,29	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	-4,35	2,39	
Είδος Υπηρεσίας	Εξωτερικά Ιατρεία	-3,47	2,30	0,788
	Κλινική Νοσηλεία	-3,85	3,01	

Το κενό στη συνολική κλίμακα SERVQUAL βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($p=0,003$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, το κενό είναι σημαντικά μικρότερο για τους συνταξιούχους συμμετέχοντες σε σχέση με τους ελεύθερους επαγγελματίες ($p=0,025$), φοιτητές/άνεργους/οικιακά ($p=0,044$), δημοσίους ($p=0,021$) και ιδιωτικούς υπαλλήλους ($p=0,009$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται το μέσο συνολικό κενό ανάλογα με το επάγγελμα.



Συμπεράσματα:

Η συνολική αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών στο νοσοκομείο είναι χαμηλότερη σε σχέση με τις προσδοκώμενες. Αρνητικό γαρ υπάρχει σε όλες τις διαστάσεις του SERVQUAL. Οι έλεγχοι συσχέτισης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση των gaps μεταξύ συνταξιούχων και των υπόλοιπων επαγγελμάτων (ελεύθεροι επαγγελματίες, φοιτητές, δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι κτλ.).

5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μια προσπάθεια να αξιολογηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την οπτική των εργαζομένων, πεδίο στο οποίο η παγκόσμια βιβλιογραφία υστερεί και η ελληνική ακόμη περισσότερο. Κατάφερε λοιπόν να εξυπηρετήσει το βασικό της στόχο, που ήταν η μέτρηση της άποψης του προσωπικού για τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αλλά και να ικανοποιήσει τους επιμέρους σκοπούς της, να εντοπίσει τις διαστάσεις με τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη βαρύτητα για την ποιότητα υπηρεσιών σύμφωνα με τους εργαζομένους, να διερευνήσει εάν υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στις πέντε διαστάσεις, να μελετήσει εάν τα δημογραφικά στοιχεία επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών και να εξετάσει εάν οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις τους ποικίλλουν ανάλογα με την υπηρεσία ή το φορέα όπου ανήκουν. Τα ευρήματα φαίνεται να συνάδουν με τα βασικά ευρήματα της βιβλιογραφίας.

Κατά συνέπεια, η έρευνα έχει ικανοποιήσει τους στόχους της αφού έχει απαντήσει στο σύνολο των ερευνητικών ερωτημάτων - στόχων που είχε θέσει.

5.2.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ

ΕΡΕΥΝΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως στόχο να αξιολογηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την οπτική των νοσηλευόμενων. Παρόμοιες μελέτες έχουν γίνει στο εξωτερικό, όπως προαναφέρθηκε στο θεωρητικό κομμάτι και λιγότερες στην χώρα μας. Έγινε σε μια δύσκολη και πρωτόγνωρη συγκυρία, που συνέπεσε χρονικά με την πανδημία. Ο βασικός στόχος επιτευχθεί και μετρήθηκε η άποψη των ανθρωπων που νοσηλευτηκαν η προήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία για τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ικανοποιήθηκαν και επιμέρους σκοποί όπως εντοπισμός των διαστάσεων με την μεγαλύτερη ή την μικρότερη βαρύτητα για την ποιότητα υπηρεσιών σύμφωνα με τους ασθενείς, διερεύνηση της ύπαρξης αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε πέντε βασικές διαστάσεις, το βαθμό που επηρεάζουν τα δημογραφικά στοιχεία την αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών και την μελέτη κατά πόσο ποικίλουν οι προσδοκίες και αντιλήψεις ανάλογα την υπηρεσία ή τον φορέα όπου ανήκουν. Τα ευρήματα σε γενικές γραμμές με τα ευρήματα της, προαναφερόμενης, βιβλιογραφίας. Συνεπώς, η έρευνα έχει ικανοποιήσει τους βασικούς της στόχους, εφόσον έχει απαντήσει στο σύνολο των ερευνητικών ερωτημάτων και στόχων που έχει θέσει αρχικά.

Διαπίστωσα κατά την πορεία της έρευνας πως υπήρχαν αρκετοί περιορισμοί. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε πιθανόν να μην επαρκεί για να επιτρέψει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ο μικρός αριθμός του δείγματος καθώς και ο γεωγραφικός του περιορισμός καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη μεγαλύτερου δείγματος.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των νοσηλευόμενων δεν είναι δυνατόν να αντικατοπτρίζονται επαρκώς με ένα ερωτηματολόγιο. Είναι εύλογη η χρήση συνδυασμού ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων σε μια μελλοντική έρευνα με σκοπό να προκύψουν πιο σαφή συμπεράσματα σχετικά με το θέμα. Είναι θεμιτό να μετρηθεί η ποιότητά υπηρεσιών που παρέχονται και ικανοποίηση από αυτές, εκτός από την σκοπιά των ασθενών και από την σκοπιά των εργαζομένων. Έτσι θα δοθεί ολοκληρωμένη εικόνα των προσδοκιών και των αντιλήψεων από όλα τα μέρη που εμπλέκονται σε αυτή τη πολύπλευρη και πολύπλοκη διαδικασία της υγειονομικής υπηρεσίας όπως αυτό έγινε σε πολλές μελέτες. (Lee and Yom, 2007 Mohsin and de Run 2010).

Θα είχε επίσης ενδιαφέρον να μετρηθεί η ποιότητα υπηρεσιών υγείας με την χρήση συνδυαστικών και άλλων ερωτηματολογίων που θα έδιναν έμφαση στην επικοινωνία μεταξύ των υπαλλήλων, στην ηγεσία, στην συγκριτική αξιολόγηση και στην ποιότητα εργασίας, στην επιβράβευση, στις δυνατότητες εξέλιξης και στο όραμα ενός οργανισμού.

5.2.2 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους νοσηλευόμενους θα μπορούσαν να προσφέρουν αρκετές πληροφορίες για τη διαχείριση των οργανισμών που αναλύθηκαν και να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναδόμηση τους και να είναι ο βοηθητικός οδηγός και σημείο αναφοράς για τους οργανισμούς. Το αρνητικό χάσμα επιφέρει σημαντικά επίπεδα βελτίωσης σε όλες τις διαστάσεις, καθώς αναφέρει την επιθυμία των άμεσων παρεμβάσεων που αφορούν την ασφάλεια, όπου είναι φανερό το μεγαλύτερο ποσοστό του χάσματος.

Η διαχείριση μιας μονάδας υγείας οφείλει να έχει ως βασικό πυλώνα της τη δικαιολόγηση της σε όλες τις διαστάσεις και όχι μόνο σε μια μονάδα που προσδιορίζεται ως προβάδισμα για τα άτομα ενός συγκεκριμένου συστήματος (Manulik, Rosińczuk και Karniej, 2016), καθώς η δυσαρέσκεια προς μία διάσταση μπορεί να ασκήσει αρκετή επίδραση σε όλες τις άλλες με αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλό επίπεδο ποιότητας.

Το μοντέλο SERVQUAL θεωρείται σημαντικό διοικητικό εργαλείο, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές αποφάσεις και να βοηθήσει την εύρεση διαστάσεων που υπάρχει χάσμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά την ασφάλεια είναι απαραίτητο η διεύθυνση του οργανισμού να διερευνήσει τα αίτια κατά τα οποία οι νοσηλευόμενοι ή ασθενείς αναφέρουν την έλλειψη παροχής ασφάλειας καθώς και εμπιστοσύνης μέσω των ερωτηματολογίων με την χρήση αξιόπιστης κλίμακας. Αυτό θα είχε συμβάλει στην διαδικασία βελτιστοποίησης του επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών, με την εκπόνηση σεμιναρίων του προσωπικού και εκμάθηση ορθής διαχείρισης των ασθενών.

Αντίστοιχα είναι αναγκαία η εξέλιξη των υπολοίπων διαστάσεων για την βελτίωση αξιοπιστίας, ενσυναίσθησης και υλικών στοιχείων, χωρίς να παραγκωνιστεί η διάσταση ανταπόκρισης, η οποία παρουσιάζει το ελάχιστο χάσμα και σαφώς υπάρχουν περιθώρια μείωσης και πλήρης απόκλισης του χάσματος κατά την διαδικασία της βελτίωσής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Δερβιτσιώτης, Κ.Ν., (1993). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα.

Δημητριάδου, Δ.Α., (2016). *Μέτρηση Ποιότητας Υπηρεσιών στα Ελληνικά Ιδιωτικά Φαρμακεία*, Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων.

Καμπούτα, Δ., (2002). *Ποιότητα Προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με τις Προσδοκίες και Αντιλήψεις των Ασθενών*. Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων.

Κατώγλου, Μ., (2013). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού στον Τομέα της Υγείας. Μαθαίνοντας Βέλτιστες Πρακτικές από Οργανισμούς (Υγείας) Αριστείας*, Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Κέφης, Β., (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: Θεωρία και Πρότυπα*, Αθήνα: Κριτική.

Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β. & Κοΐνης, Α., (2017). Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3): 327-333.

Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Σουλιώτης, κ. συν., (2003), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ. & Ζήμερας, ΣΤ., (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6): 603-614.

Λογοθέτης, Ν., (1993). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα: Interbooks.

Μαλάμου, Θ., (2016). Η Μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(3): 6-15.

Μανιαδάκης, Ν., (2005). Τα οικονομικά της Υγείας από την οπτική του μάνατζερ, *Κοινωνία & Υγεία*, IV: 75-92.

Μάρκοβιτς, Γ. & Μοναστηρίδου, Σ., (2011), Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1): 51-56.

Μιχαηλίδου, Α. & Σακελλαρίου, Γ., (2007). Διαχείριση Ποιότητας στη Δημόσια Υγεία: Η εμπειρία του νεφρολογικού τμήματος στο Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», *Ελληνική Νεφρολογία*, 19(1); 40-50.

Μπαλάσκα, Δ. & Μπιτσώρη, Ζ., (2015). Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας και ο Βαθμός Ικανοποίησης των Ασθενών, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3): 106-120.

Παπαδοπούλου, Σ., (2013). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας και διάγνωση προβλημάτων ποιότητας: Η περίπτωση του Γ. Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ*, Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: ΕΑΠ, Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν., (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4): 480-488.

Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ., κ. συν., (2014), Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4):351-365

Πέππας, Χ. & Κοράκη, Α., 2013. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα, *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 9(1): 25-31.

Πισσάκη, Α., (2010). *Διοίκηση Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας Δημοσίου Τομέα βάση των Προσδοκιών του Χρήστη*, Πτυχιακή Εργασία, Καλαμάτα: Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σχολή: Διοίκηση Οικονομίας, Τμήμα: Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Σιγάλας, Ι., (1999), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, στο βιβλίο Αλεξιάδης, Α.Δ. & Σιγάλας, Ι., *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Πάτρα: Ε.Α.Π., σελ.: 15-97.

Σταυρόπουλος, Ν.Α., (2009). *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημοσίου Νοσοκομείου*, Διπλωματική Εργασία, Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα

Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων – Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Συντιχάκη, Χ., (2010). *Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως εργαλείο ανάπτυξης*, Πτυχιακή Εργασία, Ηράκλειο: Α.ΤΕΙ Κρήτης.

Σωτηριάδου, Κ., (2006). Μπορεί η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας να Είναι μία Ανταγωνιστική Αγορά;, *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2(4): 94-99.

Τζανετάκη, Θ., (2006). *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας*, Διπλωματική Εργασία, Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων – Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

Τούντας, Γ., (2003). Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και τις Υπηρεσίες Υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546

Χρίστογλου, Κ., (2005). *Βελτίωση της Ποιότητας στον Τομέα Υπηρεσιών Υγείας*, Διπλωματικής Εργασία, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Χυτήρης, Α.Σ. & Άννινος, Α.Ν., (2015), *Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών*, Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Akhade, G.N., Jaju, S.B. & Lakhe, R.R, (2016). Healthcare Service Quality Dimensions in Various Countries, *Journal of Nursing and Health Science*, 5(3): 70-76.

Al-Assaf, A.F. & Akgun, S., (2009). *A Practice Based Handbook on Healthcare Quality*, 2nd Edition, Oklahoma: College Of Public Health, LLC.

Al-Assaf, A.F. & Sheikh, M. (2004). Quality improvement in primary health care. A

practical guide, Series 26, Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean
Arrow, K.J., (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, 53(5): 141-149.

Arrow, K.J., (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, 53(5): 141-149.

Babakus, E. & Mangold, W.G., (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation, *Health Services Research*, (26)6: 767-786.

Bahadori, M. , Mousavi, S.M., Sadeghifar, J., & Haghi, M., (2013). Reliability and Performance of SEVQUAL Survey in Evaluating Quality of Medical Education Services, *International Journal of Hospital Research*, 2(1):39-44.

Berry, L.L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V.A., (1988). The Service-Quality Puzzle, *Business Horizons*, 31(5):35-43.

Braunsberger, K., Gates, R.H., (2002). Patient / enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of Consumer Marketing*, 19(7): 575-590.

Brook, R.H., McGlynn, E.A. & Shrkelle P.G., (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers, *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4): 281-295.

Butt, M.M . &Run, E.C., (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23(7): 658-673.

Chakravarty, C.A., (2011). Evaluation of Service Quality of hospital outpatient department services, *M JAR*, 67(3): 221-224.

Chandrupatla, T.R., (2009). Quality Concepts in Chandrupatla, T.R., *Quality and Reliability in Engineering*, Cambridge University Press.

Chassin, M. & Galvin, R. (1998). The Urgent Need to Improve Health Care Quality, *JAMA*,, 11(3): 1000-1005.

Cronin, J.J. & Taylor, S.A., (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, *Journal of Marketing*, 56(3): 55-68.

Crosby, P. B.,(1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. New York: New American Library.

Donabedian, A., (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama*, 260:1743-1748. Douglas, T.J. & Judge, W.Q., (2012). Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: The Role of Structural Control and Exploration. *Academy of Management Journal*, 44(1).

Gronroos, C., (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications, *European Journal of Marketing*, 18(4): 36-44.

Hackman, J.R. & Wageman, R.,(1995). Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues, *Administrative Science Quarterly*, 40(2): 309-342.

Harteloh, P.P.M., (2002). Quality systems in health care: a sociotechnical approach, *Health Policy*, 64: 391-398.

Ishfaq, M. Qadri, F., Abusaleem, K. et. al, (2015). Measuring Quality of Service from Consumers' Perspectives: A Case of Healthcare Insurance in Saudi Arabia, *Health Science Journal*, 10(1): 1-11.

Jammal, M., Khoja, M. & Aziz, A.A., (2015). Total Quality Management Revival and Six Sigma, *International Journal of Computer Applications*, 119(8).

Jensen, J., (1991). Marketing hospital quality. *Top Health Care Finance*, 18:58-66.

Juran, J.M. & De Feo, J.A., (2010). *Juran's Quality Handbook The Complete Guide to Performance Excellence*, London: Mac Graw Hill.

Karassavidou, E., Glaveli, N. & Papadopoulos, C.T., (2008). Health Care Quality in Greek NHS Hospitals: No one knows better than patients, 11th QMOD Conference. *Quality Management and Organizational Development Attaining Sustainability From Organizational Excellence to Sustainable Excellence*, 20-22 August 2008 in Helsingborg, Sweden

Kaynak, H., (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance, *Journal of Operations Management*, 21:405-435.

Keramidou, I. & Triantafyllopoulos, L., (2017). The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece, *Health Policy*,

3837: 1-7

Kouthouris, C. & Alexandris, K.,(2005). Can service quality predict customer satisfaction and behavioral intentions in the sport tourism industry? An application of the SERVQUAL model in an outdoors setting, *Journal of Sport Tourism*, 10(2): 101-111.

Kumar, M.P, Raju, N.V.S. & Kumar, M.V. Satish, (2016). Quality of Quality Definitions – An Analysis, *International Journal of Scientific Engineering and Technology*, 5(3): 142-148

Lau, M.M., Cheung, R., Lam, A. et. al., (2013). Measuring Service Quality in the Banking Industry: A Hong Kong Based Study, *Contemporary Management Research*, 9(3): 263-282.

Lee, M.A. & Yom, Y-H., (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 44: 545–555

Madhok, R., (2002). Crossing the quality chasm: lessons from health care quality improvement efforts in England, *BUMC PROCEEDINGS*, 15: 77-83.

Mark, A. & Critten, P., (1998). Chaos and complexity – the future for health care HRM, *Health Manpower Management*, 24(4):139-142.

Mosadeghrad, A.M., (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3): 203-219.

Oh, H., (1999). Service quality, customer satisfaction, and customer value: A holistic perspective, *Hospitality Management*, 18: 67-82.

Oliaee1, Z., Jabbari A. & Ehsanpour, S. (2016). An investigation on the quality of midwifery services from the viewpoint of the clients in Isfahan through SERVQUAL model, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3):291-296.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A, & Berry, L.L. (1985), A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, 49: 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A, & Berry, L.L. (1988), SERVQUAL: A Multiple – Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality, *Journal of*

Retailing, 64(1): 12- 40.

Pitt, L.F., Watson, R.T. & Kavan, C.B., (1995). Service Quality: A Measure of Information Systems Effectiveness, *MIS Quarterly*, 19(2): 173-187.

Powell, T.C., (1995). Total Quality Management as Competitive advantage: A Review and Empirical Study, *Strategic Management Journal*, 16:15-37.

Prior, D., (2006). Efficiency and total quality management in health care organizations: A dynamic frontier approach, *Ann Oper. Res*, 145: 281-299.

Raspollini, E., Pappalettera, M., Ricardi, D. et. al., (1997). Use of SERVQUAL to assess Clinicians' Satisfaction with the Blood Transfusion Service, *Vox Sanguinis*, 73: 162-166.

Ravichandran, K., Mani, B., Kumar, C. et. al, (2010). Influence of Service Quality on Customer Satisfaction Application of Servqual Model, *International Journal of Business and Management*, 5(4): 117-124.

Reed, R., Lemak, D.J. & Mero, N.P., (2000). *Journal of Quality Management*, 5:5-26.

Reeves, C.A. & Bednar, D.A., (1994). Defining Quality: Alternatives and Implication, *Academy of Management Review*, 19(3): 419-445.

Roberts, J.S., Coale, J.G. & Redman, R.R, (1987). A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *Jama*, 258: 936-940.

Roshnee, R. & Fowdar, R., (2006). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1): 104-124.

Shalih, T., (2008). Total Quality Management in Education This paper is published in Zanco Journal , *the Scientific Journal of Salahaddin University*, No 36.

Sijtsma, K., (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha, *Psychometrika*, 74(1): 107–120.

Sousa, R. & Voss, C.A., (2002). Quality management re-visited: a reflective review and agenda for future research, *Journal of Operations Management*, 20: 91–109.

Suarez, J.,(1992), Three Experts on Quality Management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, *Total Quality Leadership Office*, (92(2): 1-25.

Suzan. L., (2015). Implementation of Competitive Advantage Strategy and Total Quality Management in Enhancement the Quality of Management Accounting Information, *Research Journal of Finance and Accounting*,6(9).

Umath, B., Marwah A.K. & Soni, M., (2015). Measurement of Service Quality in Health Care Industry using Servqual Model: A Case of Select Hospitals, *International Journal of Management and Social Sciences Research*, 4(1):52-57.

Yusof, S.M. & Aspinwall, E., (2000). Total Quality Management implementation framework: comparison and review, *Total Quality Management*, 11(3):281-294.

World Health Organization, (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*, Paris: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Zeithaml, V.A.,(1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services, *Marketing of Services*, 9(1):186-190.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν.
ΘΡΙΑΣΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ

Ονομάζομαι **Αλεξανδρίδου Μαρία** και το παρόν διαμοιράζεται στο πλαίσιο της **Μεταπτυχιακής μου Διπλωματικής με τίτλο: «Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας προς την ποιότητα με βάση ικανοποίηση των χρηστών.»** και σκοπό έχει τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

30. Φύλο

- Άνδρας
- 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

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ
<p>Τι αναμένω</p> <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.</p>	<p>Τι τελικά συνέβη</p> <p>Βαθμολογείστε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις αντιλήψεις σας για τις υπηρεσίες που προσφέρει το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας το οποίο επισκέπτεστε σαν ασθενής.</p>
(Παρακαλώ βάλτε V στο κουτάκι της επιλογής σας)	(Παρακαλώ βάλτε V στο κουτάκι της επιλογής σας)
Δια Συμφωνώ α φ ω ν	Δια φ ω νώ Συμφ ωνώ

ώ			
Α π ό λ υ τ α Μ έ σ ο ς	Απόλυτα	Απ ό λ υ τ α	Μέ σ ο ς Απόλυ τα
• 5 • 6 • 7 1 • 2 • 3 • 4 •		• 1 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 2	
(ex1). Τα Νοσοκο μεία θα πρέπει να έχουν σύγχρον ο εξοπλισ μό.		(pe1). Το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας, έχει σύγχρονο εξοπλισμό.	
• • 6 1 • 7 • 2 • 3 • 4 • 5		• 1 • 2 • 4 • 5 • 6 • 7 • 3	
(ex2). Οι φυσικές εγκατασ τάσεις των		(pe2). Οι φυσικές εγκαταστάσεις του ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας που επισκέπτομαι (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας τουαλέτες), είναι οπτικά ελκυστικές.	

<p>Νοσοκομείων (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμο ι νοσηλείας, τουαλέτες) θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 6 1 • 7 • 2 • 3 • 4 • 5 		<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 4 • 5 • 6 • 7 • 3 	
<p>(ex3). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι ομοιόμορφοι και καθαροί.</p>		<p>(pe3). Οι εργαζόμενοι του ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας είναι ομοιόμορφοι και καθαροί.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 6 1 • 7 • 2 • 3 • 		<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 4 • 5 • 6 • 7 • 3 	

4 • 5			
(ex4). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση, πρέπει να είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά		(pe4). Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική μου αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά	
• • 6 1 • 7 • 2 • 3 • 4 • 5		• 1 • 2 • 4 • 5 • 6 • 7 • 3	
(ex5). Όταν το προσωπικό των Νοσοκομείων υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το		(pe5). Όταν το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.	

κάνει.			
<ul style="list-style-type: none"> • 6 1 • 7 • 2 • 3 • 4 • 5 		<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 4 • 5 • 6 • 7 • 3 	
<p>(ex6). Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.</p>		<p>(pe6). Όταν έχω ένα πρόβλημα, το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 6 1 • 7 • 2 • 3 • 4 • 5 		<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 4 • 5 • 6 • 7 • 3 	
<p>(ex7). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.</p>		<p>(pe7). Το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1 		<ul style="list-style-type: none"> • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1 	

(ex8). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους τη στιγμή που υποσχέθηκαν να το κάνουν.		(pe8). Το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex9). Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)		(pe9). Το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας διατηρεί τα αρχεία του σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex10). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή.		(pe10). Το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας με ενημερώνει.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex11). Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.		(pe11). Το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex12). Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.		(pe12). Το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex13). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.		(pe13). Το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων των Νοσοκομείων, πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.		(pe14). Η συμπεριφορά των εργαζομένων το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex15). Οι ασθενείς πρέπει να νιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους των Νοσοκομείων.		(pe15). Νοιώθω ασφαλής στις συναλλαγές μου με τους εργαζόμενους του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	
(ex16). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς.		(pe16). Οι εργαζόμενοι στο ΓΝ Κατερίνης είναι πάντα συνεπείς και ευγενικοί.	
• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 1	

(ex17). Οι εργαζόμενοι στα Νοσοκομεία πρέπει να λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.		(pe17). Οι εργαζόμενοι στο ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους.	
• •2 •3 •4 •5 •6 •7 1		• •2 •3 •4 •5 •6 •7 1	
(ex18). Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.		(pe18). Οι εργαζόμενοι του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας δίνουν ξεχωριστή προσοχή στον κάθε ασθενή.	
• •2 •3 •4 •5 •6 •7 1		• •2 •3 •4 •5 •6 •7 1	

Διαφωνώ		Συμφωνώ		Διαφωνώ		Συμφωνώ	
Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα		Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα	
• 1 • 2	• 3 • 4 •	5 • 6 •	7	• 1	• 2	• 3 • 4	• 5 • 6 • 7
(ex19). Οι ώρες λειτουργίας των Νοσοκομείων πρέπει να ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.				(pe19). Οι ώρες λειτουργίας του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας ταιριάζουν σε όλους τους ασθενείς.			
• 1 • 2 • 3 • 4 • 5		• 6 • 7		• 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7	
(ex20). Οι υπάλληλοι των Νοσοκομείων πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.				(pe20). Οι υπάλληλοι του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών.			
• 1 • 2 • 3 • 4 • 5		• 6 • 7		• 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7	
(ex21). Τα Νοσοκομεία πρέπει να έχουν τα συμφέροντα των ασθενών τους κατά νου.				(pe21). Το ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας έχει τα συμφέροντα των ασθενών του κατά νου.			
• 1 • 2 • 3 • 4 • 5		• 6 • 7		• 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7	
(ex22). Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του..				(pe22). Το προσωπικό του ΓΝ Θριάσιου Ελευσίνας αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των ασθενών του.			
• 1 • 2 • 3 • 4 • 5		• 6 • 7		• 1		• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 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

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

ΓΝ Θριάσιο Ελευσίνας (παρακαλώ βάλτε το νούμερο του χαρακτηριστικού με βάση τον παραπάνω πίνακα)

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

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 21^{ης} Συνεδρίασης του 2020 του ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»

Θέμα 3^ο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

**«Αίτημα της κας ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑΣ – ΤΕ Νοσηλευτριών – για διεξαγωγή έρευνας
(μέσω ερωτηματολογίων) στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας»**

Το Δ.Σ του Νοσοκομείου, σήμερα Τρίτη 13 Οκτωβρίου 2020 βρέθηκε σε νόμιμη απαρτία παρόντων του Αναπληρωτή Διοικητή και Αντιπροέδρου του Δ.Σ. κ. ΠΙΛΑΛΗ ΧΡΗΣΤΟΥ εκτελών χρέη Προέδρου λόγω απουσίας του Διοικητή και Προέδρου κ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΗ και των μελών του α) ΠΑΡΑΔΕΙΣΗ ΚΥΡΙΑΚΗΣ β) ΒΑΖΑΙΟΥ ΚΑΤΩΝΑ, γ) ΜΙΧΑΗΛ ΜΠΕΛΤΣΙΟΥ και δ) ΒΑΡΔΑΒΑΚΗ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛ, απύσης της κας Γραμματοπούλου Δήμητρας καθώς και του αναπληρωματικού αυτής

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η με αριθμ. 20183/Φ407/24-9-2020 εισήγηση της υπηρεσίας που αφορά το παραπάνω θέμα και έχει ως εξής:

ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία εισηγείται θετικά στην αίτηση της κ. Αλεξανδρίδου Μαρίας – ΤΕ Νοσηλευτριών – για χορήγηση άδειας από το Νοσοκομείο μας, προκειμένου να της επιτραπεί έρευνα μέσω ερωτηματολογίων με θέμα: «Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών. Μελέτη περίπτωσης Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Πανεπιστημίου Δυτ. Αττικής, με επιβλέπουσα Αν. Καθηγήτρια την κα Γούλα Ασπασία, με την προϋπόθεση: 1. Ότι θα εξασφαλισθούν τα προσωπικά δεδομένα, 2. να τηρηθεί ο κώδικας επιστημονικής δεοντολογίας, 3. δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και 4. Να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας. Τα αποτελέσματα της ανωτέρω μελέτης να κοινοποιηθούν στο Νοσοκομείο.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου αφού άκουσε την εισήγηση της υπηρεσίας και έλαβε υπόψη του όλα τα παραπάνω, μετά την αποχώρηση του εισηγητή και διαλογική συζήτηση μεταξύ των μελών του,

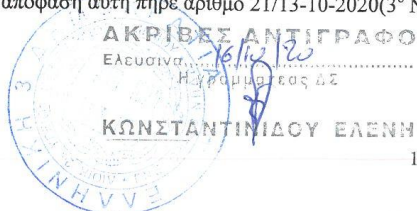
ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ και

Εγκρίνει

Το αίτημα της ΤΕ Νοσηλεύτριας κας Αλεξανδρίδου Μαρίας για διενέργεια έρευνας στο Νοσοκομείο, μέσω ερωτηματολογίων, με θέμα «Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών. Μελέτη περίπτωσης Γ.Ν.Ε Ελευσίνας «Θριάσιο»», στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Πανεπιστημίου Δυτ. Αττικής.

Η εν λόγω έρευνα θα πραγματοποιηθεί, δεδομένης της συναίνεσης του Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας και της Δ/ντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, υπό τις εξής προϋποθέσεις: 1. να διαφυλαχθούν τα προσωπικά δεδομένα σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό κανονισμό GDPR, 2. να τηρηθεί ο κώδικας επιστημονικής δεοντολογίας, 3. να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για το νοσοκομείο, 4. να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας και 5. τα αποτελέσματα της μελέτης να κοινοποιηθούν στο Γραφείο Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου.

Η απόφαση αυτή πήρε αριθμό 21/13-10-2020(3^ο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας)



Ελευσίνα, 13-10-2020
Ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ.
ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΙΛΑΛΗΣ