

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»

ΛΕΜΟΝΙΑ Π. ΒΟΡΡΕΑΚΟΥ  
Α.Μ.: 19024

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΡΙΑ  
ΔΡ. ΑΣΠΑΣΙΑ Β. ΓΟΥΛΑ  
ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΡΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2022

HELLENIC REPUBLIC  
UNIVERSITY OF WEST ATTICA



DIVISION  
SOCIAL POLICE



SCHOOL OF ADMINISTRATIVE,  
ECONOMICS AND SOCIAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION

MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

## DIPLOMA THESIS

«ASSESSING THE QUALITY OF PROVIDED HEALTH CARE SERVICES BASED ON  
USER SATISFACTION. CASE STUDY: ANDREAS SYNGROS HOSPITAL»

**LEMONIA P. VORREAKOU**  
**Registration Number: 19024**

THESIS SUPERVISOR  
DR. ASPASIA V. GOULA  
ASSOC. PROF. UNIVERSITY OF WEST ATTICA

ATHENS, MARCH 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ. ΜΕΛΕΤΗ  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι  
Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Αν. Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
2	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ	Καθηγητής	
3	ΜΑΡΙΑ - ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ	Επιστημονική Συνεργάτης	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βορρέακου Λεμονιά του Παναγιώτη, με αριθμό μητρώου 19024 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση & Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι **31/3/2023** και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα

Βορρέακου Λεμονιά

*\* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα* ΑΣΠΑΣΙΑΓΟΥΛΑ/ Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

*Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα*

*\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

[https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82\\_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81\\_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85\\_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

## ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οπτική των ασθενών θεωρείται ολοένα και πιο σημαντική κατά την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους δημόσιους οργανισμούς υγείας, συμβάλλοντας στην επισήμανση των «μελανών» σημείων της υγειονομικής φροντίδας και στο καθορισμό νέας στοχοθεσίας σχετικά με τη χάραξη υγειονομικής πολιτικής για τη βελτίωσή της. Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα της περίθαλψης, αποτελούν την πεμπτούσια της σύγχρονης διοικητικής φιλοσοφίας, που στόχο έχει την αναβάθμιση της παρεχόμενης ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των οργανισμών, τη μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση την ικανοποίηση του πολίτη.

Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτελεί η διερεύνηση του επιπέδου της αντιλαμβανόμενης ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» και ο προσδιορισμός των παραγόντων, που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών, διερευνώντας τόσο τις αντιλήψεις όσο και τις προσδοκίες τους, μέσω του μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης «SERVQUAL», το οποίο έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε διαφορετικούς τομείς.

Η αξιολόγηση του επιπέδου αντιλαμβανόμενης ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», διεξήχθη με τη χρήση της κλίμακας «SERVQUAL». Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα, με την ερευνητική μέθοδο της μελέτης περίπτωσης, σε δείγμα 200 εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών (ποσοστό ανταπόκρισης 80%), που λήφθηκε με δειγματοληψία ευκολίας.

Καταγράφηκε έλλειμα ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις του ερευνητικού εργαλείου «SERVQUAL», με τα υψηλότερα αρνητικά κενά να εντοπίζονται στις διαστάσεις της «απτότητας» και της «ενσυναίσθησης». και το χαμηλότερο στη διάσταση της «ανταπόκρισης». Σημειώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων ποιότητας, με τις ισχυρότερες συσχετίσεις να εντοπίζονται ανάμεσα στις διαστάσεις «αξιοπιστία-ανταπόκριση», «ασφάλεια-ενσυναίσθηση» και «ανταπόκριση-ενσυναίσθηση». Η ικανοποίηση των ασθενών διαφοροποιήθηκε

ανάλογα με την ηλικία, αν και σε αμελητέο βαθμό στις διαστάσεις της «αξιοπιστίας», «ανταπόκρισης» και της «ασφάλειας». Επιπρόσθετα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, με τους έγγαμους ασθενείς να εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σύγκριση με τους διαζευγμένους, ως προς τις διαστάσεις της «ανταπόκρισης» και της «ενσυναίσθησης».

Το έλλειμα ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» φανερώνει την ύπαρξη περιθωρίων βελτίωσης με την υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων, ειδικότερα για τις διαστάσεις στις οποίες εντοπίζονται τα μεγαλύτερα αρνητικά κενά.

*Λέξεις κλειδιά: Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, Ποιότητα νοσοκομειακών υπηρεσιών, ικανοποίηση ασθενών, μοντέλο SERVQUAL, προσδοκίες ασθενών, αντιλήψεις ασθενών.*

## ABSTRACT

Patients' perspectives are becoming increasingly important in assessing the quality of services provided at public health facilities, helping to identify the "black spots" in healthcare and setting new goals for health policy making in an effort for further improvement. Measuring the quality of health services and understanding how patients perceive the quality of healthcare is the quintessence of modern management philosophy, which aims to improve the quality and efficiency of health facilities in order to maximize the value of provided services and thus citizen satisfaction.

The aim of this study is to investigate the level of perceived quality of health services provided at *Andreas Syngros* Hospital of Venereal & Dermatological Diseases and to identify the factors that influence user-patient satisfaction by examining both their perceptions and expectations using the "*SERVQUAL*" model to assess service quality, which has been successfully applied in various sectors.

The assessment of the perceived quality of medical services provided at *Andreas Syngros* Hospital of Venereal & Dermatological Diseases was conducted using the *SERVQUAL* scale. More specifically, a quantitative study using the case study research method was conducted on a sample of 200 outpatients and inpatients (80% response rate) collected using the convenience sampling technique.

A quality deficit was recorded in all service quality dimensions of the *SERVQUAL* tool, with the highest negative gaps in the «*tangibility*» and «*empathy*» dimensions and the lowest in the «*responsiveness*» dimension. There was a significant positive correlation between all service quality dimensions, with the strongest correlations found between the «*reliability-responsiveness*», «*assurance-empathy*» and «*responsiveness-empathy*» dimensions. Patient satisfaction varied slightly by age on the «*reliability*», «*responsiveness*» and «*assurance*» dimensions. In addition, a statistically significant difference was found with regard to marital status: Married patients showed a higher level of satisfaction than divorced patients concerning the «*responsiveness*» and «*empathy*» dimensions.

The quality deficit found in all service quality dimensions of the medical services provided at *Andreas Syngros* Hospital of Venereal & Dermatological Diseases reveals the existence of scope for improvement through the implementation of targeted



interventions, especially for the dimensions in which the largest negative gaps are identified.

*Key words: Tertiary hospital, Hospital service quality, patient satisfaction, SERVQUAL model, patient expectation, patient perceptions.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

*Αφιερώνεται*

*Στο πρόσωπο που με ώθει*

*Να γίνωμαι καλύτερος άνθρωπος*

*Τη μονάκριβη κόρη μου Άννα Ειρήνη Εμμέλεια*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

*... Και σε εκείνους που στάθηκαν εμπόδιο σ' αυτή τη προσπάθεια...*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

*«Η γη στην οποία προσγειώθηκες είναι αδύναμη*

*Για να δεχθεί το βάρος σου*

*Αχάριστη και σκληρή, σε ζηλεύει*

*Αλλά για όσο οι ζωές μας είναι σφικτά δεμένες*

*Τώρα και για πάντα, με πόνο και κουράγιο*

*Θα διώξω τους δράκους από τα όνειρά σου*

*Θα φωτίζω ένα σκοτεινό μονοπάτι για να μη χαθείς».*

*-Νίκος Βορρέακος*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί το επιστέγασμα ενός εγχειρήματος, στο οποίο συνέβαλαν με τη πολύτιμη συνεισφορά τους αρκετοί και σημαντικοί άνθρωποι, επιστήμονες και μη. Τους είμαι ευγνώμων και επιθυμώ να τους ευχαριστήσω του καθένα ξεχωριστά.

Οφείλω ένα θερμό ευχαριστώ και την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου στην Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της Διπλωματικής μου Εργασίας κα Ασπασία Γούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, η οποία με έπεισε για την μετατροπή των δυνατοτήτων μου σε ικανότητες.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής που στάθηκαν αρωγοί καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος και ιδιαίτερα την κα Μαρία Σταμούλη για τις καίριες επισημάνσεις της και τις πολύτιμες συμβουλές της.

Επιπρόσθετα νιώθω την ανάγκη να εκφράσω την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους ασθενείς, χωρίς την συμμετοχή των οποίων θα ήταν ανέφικτη η πραγματοποίηση της έρευνας σ' αυτή την πραγματικά δύσκολη συγκυρία της πανδημίας.

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει η ανιδιοτελής και ανυπολόγιστη στήριξη της πολυαγαπημένης μου Κλημεντίας Κοτταρίδη, της οποίας η συνεισφορά ήταν καθοριστικής σημασίας και ανεκτίμητης αξίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα τον Διευθυντή μου κ. Βασίλειο Σταυριανό για τη πολύπλευρη υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια του εγχειρήματος αυτού, καθώς επίσης και το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός, χωρίς την έγκριση των οποίων δεν θα είχε επιτευχθεί η παρούσα μελέτη.

*Δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τους συνοδοιπόρους-συμφοιτητές για τη πολύπλευρη και πολυδιάστατη συνεργασία μας σ' αυτό το υπέροχο ταξίδι των γνώσεων και εμπειριών που αποτέλεσε εφαλτήριο μιας κοινής πορείας ζωής.*

*Το παρόν πόνημα θα ήταν αδύνατο να επιτευχθεί χωρίς την ενθάρρυνση των φίλων μου που με στήριξαν δείχνοντας κατανόηση και την αέναη ηθική συμπαράσταση της οικογένειάς μου και για αυτό τους ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου.*

*Τέλος, ευχαριστώ το Θεό που μου προσέθετε πίστη κάθε φορά που ένιωθα ανεπάρκεια δυνάμεων για να συνεχίσω.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	ii
ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	IV
ABSTRACT.....	VI
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	XI
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	XIV
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	1
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	2
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	3
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ .....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	14
1.1 Ιστορική αναδρομή της «ποιότητας» .....	14
1.2 Εννοιολογική προσέγγιση και ορισμοί της ποιότητας .....	19
1.3 Σημασία της ποιότητας .....	25
1.4 Η έννοια της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας .....	27
1.5 Διαστάσεις της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	34
1.6 Η προσδοκία για ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	40
1.7 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην Υγεία.....	43
1.8 Ανάγκη για ποιότητα στην Υγεία.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	49
2.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία.....	49
2.2 Αρχές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο τομέα της Υγείας .....	53
2.3 Πλεονεκτήματα από την αναβάθμιση της ποιότητας μέσω της ΔΟΠ .....	59
2.4 Εμπόδια κατά την υλοποίηση της ΔΟΠ .....	62
2.5 Διασφάλιση της Ποιότητας - Συνεχής βελτίωση της ποιότητας.....	66
2.6 Βασικά εργαλεία Ποιότητας .....	71
2.6.1 «Διάγραμμα Pareto - Pareto chart» .....	71
2.6.2 «Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause-effect diagram)».....	73
2.6.4 «Διάγραμμα ελέγχου - Control chart».....	77
2.6.6 «Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram)».....	78
2.6.7 «Φύλλο ελέγχου (Check Sheet)».....	79
2.7 Κόστος Ποιότητας στην Υγεία.....	81



2.7.1	Κόστος Έλλειψης Ποιότητας στην Υγεία .....	85
2.7.2	Κόστος Αναβάθμισης της Ποιότητας στην Υγεία .....	85
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	87
3.1	Εννοιολογικός ορισμός ικανοποίησης ασθενών .....	87
3.2	Λειτουργικός ορισμός ικανοποίησης ασθενών.....	90
3.3	Σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....	91
3.4	Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών.....	94
3.5	Οφέλη από την ικανοποίηση των ασθενών.....	100
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL.....	103
4.1	Η έννοια και το ερευνητικό εργαλείο της στρατηγικής SERVQUAL.....	103
4.2	Ανάλυση των κενών (gaps) του μοντέλου SERVQUAL ή υπόδειγμα των χασμάτων.....	106
4.3	Κριτική στο μοντέλο SERVQUAL.....	109
4.4	Ανασκόπηση ξένων ερευνών στο τομέα της υγείας με το SERVQUAL .....	113
4.5	Ανασκόπηση Ελληνικών ερευνών στο τομέα της υγείας με το SERVQUAL....	124
4.6	SERVQUALVs SERVPERFORM.....	129
4.7	INTSERVQUAL-Μοντέλο εσωτερικής μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών .....	133
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	135
5.1	Ανασκόπηση ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών από τις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα και το Διεθνή Χώρο.....	135
	<i>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i> .....	150
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	151
6.1	Ερευνητικές ερωτήσεις.....	151
6.2	Κύρια ερευνητική υπόθεση.....	152
6.3	Ερευνητικοί στόχοι και επιλογή μεθόδου έρευνας.....	153
6.4	Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος.....	155
6.5	Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης.....	157
6.6	Μεθοδολογία.....	162
6.7	Αποτελέσματα.....	164
6.7.1	Δημογραφικά στοιχεία.....	164
6.7.2	Έλεγχος εσωτερικής αξιοπιστίας.....	169
6.7.3	Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης.....	170
6.7.3.1	Βάρος διαστάσεων.....	170
6.7.4	Ποσοτικά ευρήματα ανά διάσταση.....	172
6.7.4.1	Διάσταση Απτότητας.....	172
6.7.4.2	Διάσταση Αξιοπιστίας.....	175

6.7.4.3	Διάσταση Ανταπόκρισης.....	178
6.7.4.4	Διάσταση Διασφάλισης.....	182
6.7.4.5	Διάσταση Ενσυναίσθησης.....	185
6.7.4.6	Σύνοψη ανάλυσης κενών.....	189
6.7.5	Επίδραση του τύπου νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία, κλινική νοσηλεία) στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών.....	192
6.7.6	Επίδραση δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, τόπος κατοικίας, επάγγελμα) στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών.....	198
6.7.7	Συσχετίσεις χασμάτων αντιλήψεων – προσδοκιών.....	202
6.8	Συζήτηση.....	203
6.9	Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	215
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 <sup>ο</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	216
7.1	Συμπεράσματα-Διοικητικές Υποδείξεις.....	216
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	220
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ... ..	221
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	228

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1.....	i
Πίνακας 2: Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας .....	36
Πίνακας 3: "Το τρίπτυχο του Donabedian" .....	38
Πίνακας 4: Διασφάλιση της Ποιότητας - Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας .....	70
Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών.....	165
Πίνακας 6: Έλεγχος Εσωτερικής Αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.....	169
Πίνακας 7: Βάρη Διαστάσεων.....	170
Πίνακας 8: Διάσταση Απτότητας.....	172
Πίνακας 9: Διάσταση Αξιοπιστίας.....	176
Πίνακας 10: Διάσταση Ανταπόκρισης.....	179
Πίνακας 11: Διάσταση Διασφάλισης.....	182
Πίνακας 12: Διάσταση Ενσυναίσθησης.....	186
Πίνακας 13: Συνοπτικός πίνακας προσδοκιών, αντιλήψεων και χασμάτων των διαστάσεων της ποιότητας.....	191
Πίνακας 14: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της απτότητας.....	192
Πίνακας 15: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της αξιοπιστίας.....	193
Πίνακας 16: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της ανταπόκρισης.....	194
Πίνακας 17: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της διασφάλισης.....	195
Πίνακας 18: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της ενσυναίσθησης.....	196
Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των υποκατηγοριών "Αξιοπιστία", "Ανταπόκριση" και "Ασφάλεια".....	200
Πίνακας 20: Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman's Rho μεταξύ των χασμάτων αντιλήψεων-προσδοκιών των διαστάσεων του SERVQUAL (n = 200).....	203

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Είδος Υπηρεσίας.....	166
Διάγραμμα 2: Φύλο.....	166
Διάγραμμα 3: Ηλικιακές Ομάδες.....	167
Διάγραμμα 4: Μορφωτικό Επίπεδο.....	167
Διάγραμμα 5: Τόπος Κατοικίας.....	168
Διάγραμμα 6: Επάγγελμα.....	168
Διάγραμμα 7: Οικογενειακή Κατάσταση.....	169
Διάγραμμα 8: Βάρη Διαστάσεων.....	171
Διάγραμμα 10: Διάσταση Απόκτητας - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	174
Διάγραμμα 11: Διάσταση Απόκτητας - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	174
Διάγραμμα 12: Διάσταση Απόκτητας - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος.....	175
Διάγραμμα 13: Διάσταση Αξιοπιστίας - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	177
Διάγραμμα 14: Διάσταση Αξιοπιστίας - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	177
Διάγραμμα 15: Διάσταση Αξιοπιστίας - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος.....	178
Διάγραμμα 16: Διάσταση Ανταπόκρισης - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	180
Διάγραμμα 17: Διάσταση Ανταπόκρισης - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	181
Διάγραμμα 18: Διάσταση Ανταπόκρισης - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος.....	181
Διάγραμμα 19: Διάσταση Διασφάλισης - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	184
Διάγραμμα 20: Διάσταση Διασφάλισης - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	184
Διάγραμμα 21: Διάσταση Διασφάλισης - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος.....	185
Διάγραμμα 22: Διάσταση Ενσυναίσθησης - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	187
Διάγραμμα 23: Διάσταση Ενσυναίσθησης - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων.....	188
Διάγραμμα 24: Διάσταση Ενσυναίσθησης - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος.....	188
Διάγραμμα 25: Μέση τιμή του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων ανά κατηγορία ασθενών για κάθε διάσταση.....	197
Διάγραμμα 26: Ηλικία vs Χάσμα (Αντίληψη - Προσδοκία) Αξιοπιστίας.....	201
Διάγραμμα 27: Ηλικία vs Χάσμα (Αντίληψη - Προσδοκία) Ανταπόκρισης.....	201
Διάγραμμα 28: Ηλικία vs Χάσμα (Αντίληψη - Προσδοκία) Ασφάλειας.....	202

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Διάγραμμα Pareto (Pareto Chart) .....	73
Σχήμα 2: Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος (Cause-Effect Diagram) ή (Fishbone).....	74
Σχήμα 3: Διάγραμμα Ροής (Flow Chart) .....	76
Σχήμα 4: Διάγραμμα Ελέγχου (Control Chart) .....	77
Σχήμα 5: Ιστόγραμμα (Histogram) .....	78
Σχήμα 6: Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram) .....	79
Σχήμα 7: Φύλλο Ελέγχου (Check Sheet) .....	80
Σχήμα 8: “Μοντέλο Αντιλαμβανόμενης Ποιότητας Υπηρεσιών” Parasuraman et al, 1985 (σελ. 41-50).....	105

## ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ	
AMA	American Medical Association
ΔΟΤ	Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
DHUK	Department of health United Kingdom
ΕΛΟΤ	Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
EFQM	European Foundation for Quality Management Excellence Model
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
IOM	Institute of Medicine of USA
ISO	International Organization of Standardization
<u>JCAHO</u>	<u>Joint Commission on Accreditation of Health Organization</u>
JUSE	Union of Japanese Scientists and Engineers
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

## *ΕΙΣΑΓΩΓΗ*

Το αγαθό της υγείας αποτελεί πανανθρώπινο βασικό δικαίωμα και ταυτόχρονα συνιστά μία ιδιότυπη εξατομικευμένη υπηρεσία, της οποίας οι αποδέκτες έχουν πρόσθετες αξιώσεις συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο είδος προσωπικής υπηρεσίας. Τα προηγμένα συστήματα υγείας έχουν υποχρέωση να διασφαλίσουν το δικαίωμα κάθε χρήστη-ασθενή, να απολαμβάνει το βέλτιστο δυνατό επίπεδο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ευεξίας, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της υλοποίησης σύγχρονων πολιτικών και διαδικασιών για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.

Η αποτίμηση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στη συνεκτίμηση χαρακτηριστικών, που αφορούν την αξιοπιστία, τη διαθεσιμότητα, τη προσβασιμότητα (accessibility), την αμεσότητα της παροχής, τη καταλληλότητα (ορθή φροντίδα των ασθενών/appropriate - correct care) και την ικανοποιητική υποστήριξη των χρηστών-ασθενών κατόπιν χρήσεως της υπηρεσίας. Ωστόσο, θεωρείται επιβεβλημένη η αξιολόγηση κάποιων επιπρόσθετων χαρακτηριστικών που επιδρούν καταλυτικά στο ποιοτικό αποτέλεσμα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα (Effectiveness), η ασφάλεια των χρηστών-ασθενών (Patient safety), η επαγγελματική ακεραιότητα, η ανθρωποκεντρική φροντίδα (εστιασμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών) και η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας, η φροντίδα που εμπεριέχει την αρτιότητα της σωματικής, της ψυχολογικής και της κοινωνικής φροντίδας, η συνέχεια στη φροντίδα (Continuity of care), η χρήση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού αιχμής και σύγχρονων κτηριακών υποδομών, η έγκαιρη και τεκμηριωμένη διάγνωση και θεραπεία (βασισμένη σε πρωτόκολλα), η συμμετοχικότητα των χρηστών-ασθενών στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, καθώς και η αδιάλειπτη επιτυχής πορεία ενός οργανισμού.

Οι σημερινοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας επιζητούν πλέον, υγειονομικούς οργανισμούς που παρέχουν τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης, ευγενική και διακριτική αντιμετώπιση με σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους και που διαθέτουν διαχρονική πορεία επιτυχημένων ιατρικών διαγνώσεων, επεμβάσεων και θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι, ο κλάδος της υγείας αποτελεί ένα ιδιαίτερος ανταγωνιστικό και ασταθές περιβάλλον, του οποίου οι εισροές συνεχώς συρρικνώνονται,



σε αντίθεση με τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες και απαιτήσεις των χρηστών-ασθενών, με συνέπεια η εξισορρόπηση της αποδοτικότητας και του υψηλού επιπέδου ποιότητας να αποτελεί δυσεπίτευκτο στόχο. Αυτός είναι ο λόγος, που τα προηγμένα συστήματα υγείας εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στον χρήστη-ασθενή και στην ικανοποίησή του από τη παρεχόμενη περίθαλψη. Σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, αναδεικνύεται η πολυσήμαντη αξία της κατανόησης των αναγκών και των απαιτήσεων των χρηστών-ασθενών, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης. Είναι σαφές ότι, αποσκοπεί στην ικανοποίηση των απαιτήσεων και των αναγκών των ασθενών, στη διασφάλιση της ποιότητας και εν τέλει, στο ριζικό εκσυγχρονισμό των υγειονομικών συστημάτων.

Γίνεται, επομένως, εύκολα αντιληπτό ότι η συστηματική διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί αντικείμενο μελέτης για πολυποίκιλους λόγους, και κυρίως για τον λόγο ότι η συμβολή της είναι καθοριστικής σημασίας τόσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και για την εκτίμηση των εκάστοτε θεραπειών και της έκβασης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Αξίζει, επιπλέον, να σημειωθεί ότι λόγω του διαρκώς εξελισσόμενου ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας, ένας υγειονομικός οργανισμός μπορεί να επιτύχει ένα ανεκτίμητο και βιώσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, υλοποιώντας διαδικασίες αξιολόγησης της ποιότητας μέσω της διερεύνησης της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών. Εν τέλει, η ικανοποίηση και η μέτρησή της, διαδραματίζει πολύτιμο ρόλο για τους αναλυτές και τους υπεύθυνους χάραξης δημόσιας πολιτικής υγείας, τους επικεφαλής των συστημάτων υγείας, τους επαγγελματίες, καθώς και τους ίδιους τους χρήστες.

Ταυτόχρονα, πολλοί είναι εκείνοι οι ερευνητές που υποστηρίζουν, ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης συνιστά ένα από τα βασικότερα κριτήρια επισφράγισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας μπορούν να αναδείξουν καλύτερα από τον καθένα τα σπουδαιότερα κομμάτια της θεραπευτικής διαδικασίας, συμβάλλοντας στη θεμελίωση ενός ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας, το οποίο θα είναι κοινωνικά αποδεκτό και θα συνυπολογίζει τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τις πεποιθήσεις και τις αξίες τους.

Αποδεικνύεται, λοιπόν από τα παραπάνω, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ως ποιοτικός δείκτης, συμβάλλει στη διοίκηση αλλά και στην αναβάθμιση των υγειονομικών οργανισμών. Η λήψη ανάδρασης ευνοεί τη βαθύτερη κατανόηση των πραγματικών αναγκών και εγνοιών των ασθενών, τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, και ταυτόχρονα συμβάλλει στην επισήμανση των «μελανών» σημείων της υγειονομικής

φροντίδας και την αξιολόγηση των προσπαθειών αναβάθμισής της. Επιπρόσθετα, συντελεί στην αναβάθμιση και ενδυνάμωση του επαγγελματισμού του προσωπικού υγείας, προσφέροντας κίνητρα και προοπτικές ανέλιξης, ενώ παράλληλα παρέχεται η δυνατότητα αξιολόγησης της αποδοτικότητας, καθώς και της σύγκρισης υγειονομικών συστημάτων και ομοειδών οργανισμών, συμβάλλοντας στο καθορισμό στόχων σχετικά με τη χάραξη υγειονομικής πολιτικής.

Αβίαστα λοιπόν, βγαίνει το συμπέρασμα ότι, η παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικών υπηρεσιών είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ενσωμάτωση διαδικασιών μέτρησης και αποτίμησης της ποιότητας και τη συστηματική υλοποίηση τους, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού υγείας. Ως και σήμερα, έχουν αναδειχθεί και εφαρμοστεί πολυάριθμες μεθοδολογίες και προσεγγίσεις που εξυπηρετούν το σκοπό της αποτίμησης του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ένα από τα πιο δημοφιλή μοντέλα με ευρεία εφαρμογή στο χώρο της υγείας, αποτελεί το ερευνητικό εργαλείο *SERVQUAL*, το οποίο μετρά το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και ακολούθως συσχετίζει το βαθμό ικανοποίησης με το αντίστοιχο επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πιο συγκεκριμένα, διερευνά το βαθμό στον οποίο οι προσδοκίες που έχει ο χρήστης-ασθενής για τις υπηρεσίες που πρόκειται να λάβει, συμπίπτουν με τις αντιλήψεις που διαμορφώνει, αφότου του παρασχεθούν οι εν λόγω υπηρεσίες· η αντιλαμβανόμενη ποιότητα προκύπτει από το υφιστάμενο κενό / χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των χρηστών/ασθενών. Η υλοποίηση του μοντέλου *SERVQUAL* στους υγειονομικούς φορείς, στοχεύει στην εξαγωγή συμπερασμάτων για την ανάδειξη βελτιωτικών λύσεων, που θα αναβαθμίσουν τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας των οργανισμών.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πρόκειται για μια πρωτότυπη προσπάθεια, για τον λόγο ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη στο παρελθόν που να αφορά την διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», βάσει της ικανοποίησης των χρηστών του με την εφαρμογή του ερευνητικού εργαλείου *SERVQUAL*, προσβλέποντας δε να συμβάλλει όχι μόνο στη ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και τη συστηματική ικανοποίηση των χρηστών του υπό εξέταση οργανισμού, αλλά και στην υιοθέτηση ενός καθολικά ανθρωποκεντρικού συστήματος υγείας με ταυτόχρονη εξοικονόμηση πόρων.

Πρωταρχικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών, που παρέχονται στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» και ο προσδιορισμός των παραγόντων, που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών, διερευνώντας τόσο τις αντιλήψεις όσο και τις προσδοκίες τους, μέσω ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών του οργανισμού· ακολούθως, επιχειρείται η εκτίμηση του βαθμού της ειδικότερης επιρροής του καθενός από τους συντελεστές στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», με απώτερο σκοπό να διατυπωθούν βελτιωτικές εισηγήσεις, για την αναβάθμιση του επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας προς τη Διοίκηση του Οργανισμού, ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα προληπτικά και διορθωτικά μέτρα που θα συμβάλλουν στην παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών περίθαλψης και κατ' επέκταση στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών του εν λόγω Υγειονομικού Φορέα.

Η δομή της ερευνητικής μελέτης συνίσταται από δύο βασικά μέρη, το θεωρητικό και το ειδικό, καθένα από τα οποία διαιρείται σε επί μέρους κεφάλαια. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια (1ο έως 5ο Κεφάλαιο), που αποτελούν το θεωρητικό υπόβαθρο το οποίο συνέβαλε στη θεωρητική προσέγγιση και οριοθέτηση του θέματος της παρούσας ερευνητικής μελέτης, και αφορά την εννοιολογική προσέγγιση και ανάλυση των όρων ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ικανοποίηση του χρήστη υπηρεσιών υγείας, ΔΟΠ στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και του μοντέλου SERVQUAL στις υπηρεσίες υγείας, μέσα από διεξοδική ανασκόπηση της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας, ενώ παρουσιάζονται μελέτες που εξετάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με εφαρμογή διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων. Το ειδικό μέρος παρουσιάζει τη πρωτογενή έρευνα, που διενεργήθηκε και περιλαμβάνει δύο κεφάλαια (6ο και 7ο Κεφάλαιο), τα οποία αφορούν τη μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση καθώς και τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης.

Αναλυτικότερα, το 1ο Κεφάλαιο έχει ως στόχο να μνήσει τον αναγνώστη στο ζήτημα της ποιότητας, πραγματοποιώντας αρχικά ιστορική αναδρομή, και εν συνεχεία, αποσαφηνίζοντας πλήρως την έννοια της ποιότητας στη περίθαλψη υγείας, προσδιορίζοντας ταυτόχρονα τις διαστάσεις της και τα κριτήρια για την ύπαρξή της. Επιπρόσθετα, αναλύονται διεξοδικά οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στο

τομέα της υγείας, η σημασία της ποιότητας καθώς και η ανάγκη ύπαρξης της ποιότητας στο τομέα της υγείας.

Στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της ΔΟΠ στην υγεία και διατυπώνονται οι βασικές αρχές που τη διέπουν· αναλύονται τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την αναβάθμιση της ποιότητας μέσω εφαρμογής συστημάτων ΔΟΠ καθώς και τα εμπόδια που εμφανίζονται κατά την υλοποίησή τους· ακολουθεί διασαφήνιση και σύγκριση των όρων «διασφάλιση της ποιότητας» και «συνεχής βελτίωση της ποιότητας», παρουσιάζονται τα βασικά εργαλεία ποιότητας και αναλύεται το κόστος, που προκύπτει από την ύπαρξη ή την έλλειψη ποιότητας στην υγεία.

Στο 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο αναλύεται εμβριθώς η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, εξετάζεται η αιτιώδης συνάφεια με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρουσιάζονται διεξοδικά οι παράγοντες που διαμορφώνουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και τέλος εξετάζονται τα οφέλη που προκύπτουν από την ικανοποίηση των ασθενών.

Το 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περιλαμβάνει την αναλυτική παρουσίαση του μοντέλου *SERVQUAL*, το οποίο αξιολογείται στην παρούσα έρευνα, καθώς και κριτική του μοντέλου· πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση διεθνών και εγχώριων ερευνών με την χρήση του ερευνητικού εργαλείου *SERVQUAL* στο τομέα της υγείας και ακολουθεί αντιπαραβολή του *SERVQUAL* με το *SERVPERFORM* και ανάλυση του *INTSERVQUAL*, του μοντέλου εσωτερικής μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών.

Τέλος, στο 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο παρουσιάζονται διεθνείς και εγχώριες έρευνες, οι οποίες εξετάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, χρησιμοποιώντας διαφορετικά ερευνητικά εργαλεία από αυτό της παρούσας έρευνας.

Το 6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο (Ειδικό μέρος) εμπεριέχει τη μεθοδολογία της έρευνας, με άλλα λόγια, τίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, διατυπώνεται η κύρια ερευνητική υπόθεση, ο βασικός σκοπός καθώς και οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι της παρούσας ερευνητικής μελέτης, ενώ διευκρινίζονται οι λόγοι επιλογής μεθόδου της έρευνας. Κατόπιν, περιγράφεται ο δειγματοληπτικός σχεδιασμός, αναλύεται το ερευνητικό εργαλείο μέτρησης, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, πραγματοποιείται έλεγχος εσωτερικής αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου, προς επίρρωση της αξιοπιστίας των ευρημάτων της έρευνας και παρατίθενται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, αξιοποιώντας διαγράμματα και πίνακες που εξυπηρετούν την αμεσότερη και πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων που, σύμφωνα με την άποψη των ασθενών,

επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «*Ανδρέας Συγγρός*»· ακολούθως διερευνάται ο βαθμός επίδρασης του τύπου νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία ή κλινική νοσηλεία), καθώς και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών σε συνάρτηση με καθένα από τους παράγοντες μεμονωμένα, στο επίπεδο πλήρωσης των προσδοκίων των ασθενών. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη συζήτηση των αποτελεσμάτων, η οποία εστιάζεται στο σχολιασμό και την αιτιολόγηση των ευρημάτων, καθώς και τη συσχέτισή τους με ευρήματα άλλων αντίστοιχων μελετών της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας.

Το ερευνητικό μέρος ολοκληρώνεται με το 7ο κεφάλαιο, στο οποίο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, παρατίθενται βελτιωτικές εισηγήσεις για την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών του Νοσοκομείου «*Ανδρέας Συγγρός*», με την υλοποίηση των απαιτούμενων ευεργετικών παρεμβάσεων και τη τροποποίηση καθιερωμένων διαδικασιών.

Η εργασία περατώνεται με τη παράθεση εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας, που μελετήθηκε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και το παράρτημα, τα οποία εμπεριέχει το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας, ενώ μετά τη βιβλιογραφία παρατίθεται η Απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου «*Ανδρέας Συγγρός*», σύμφωνα με την οποία μου χορηγήθηκε άδεια διανομής του ερωτηματολογίου για τις ανάγκες της έρευνας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 1.1 Ιστορική αναδρομή της «ποιότητας»

Στα βάθη της αρχαιότητας, έχει τις ρίζες της η εφαρμογή των «συστημάτων ποιότητας», μέσω των οποίων τίθενται οι απαραίτητοι κανόνες που διασφαλίζουν μια ικανοποιητική και σταθερή ποιότητα των εκτελούμενων έργων, των διαθέσιμων προϊόντων καθώς και παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο άνθρωπος στις πρωτόγονες κοινωνίες, επιδιώκοντας την προστασία και επιβίωσή του, απασχολούνταν έμμεσα με την ποιότητα των όπλων του που αφορούσε στην αποτελεσματικότητά τους (Juran, 1973).

Η εξακρίβωση της γνησιότητας και της καθαρότητας του χρυσού στην Αρχαία Ελλάδα, βασιζόταν στη χρήση της μεθόδου της «λυδίας λίθου», ένα είδος ποιοτικού ελέγχου. Η πραγματική αξία του χρυσού καθοριζόταν μέσω της «δοκιμής» πάνω στη σκληρή μαύρη επιφάνεια της λυδίας λίθου, δηλαδή γινόταν σύγκριση του κίτρινου αποτυπώματος που άφηνε με την «τριβή» του, ένα άγνωστης σύνθεσης χρυσό αντικείμενο πάνω στην πέτρα, σε σχέση με τα αποτυπώματα που άφηναν συγκεκριμένα χρυσά πρότυπα με γνωστή σύνθεση χρυσού. Άλλη αναφορά στην ποιότητα, αποτελεί η ανακάλυψη επιγραφής το 1893 στην περιοχή της Ελευσίνας, που ανάγεται στα τέλη του 4ου π.Χ. αι. και αφορά ένα πλαίσιο αυστηρών προδιαγραφών για την κατασκευή ορειχάλκινων συνδέσμων, οι οποίοι χρησιμοποιούνταν για τη σύνδεση των κιώνων της Φιλώνειας Στοάς. Επιπρόσθετα η αναφορά στο όνομα του μειοδότη ανάδοχου του έργου και του εγγυητή καθώς και της καταβολής της εγγύησης, αποτελούν απόδειξη των αυστηρών ελέγχων που λάμβαναν χώρα κατά την εκτέλεση της κατασκευής του έργου (Βαρουφάκης, 1996).

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας θεωρείται συνυφασμένη με την απαρχή της επιστήμης της υγείας. Συγκεκριμένα στον «Πάπυρο Smith», στην Αρχαία Αίγυπτο απαντάται η πιο αρχέγονη καταγεγραμμένη μνεία της ποιότητας σχετικά με την υγεία. (Hook, 1973). Η πρώτη «κλίμακα εκτίμησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνεται σε ιερογλυφική γραφή στην Αίγυπτο, πάνω σε λίθινες πλάκες, όπου περιγράφεται το πρωτόκολλο χειρουργικών διαδικασιών και αντιμετώπισης τραυματισμών, ενώ η «κλίμακα εκτίμησης» αφορά τη παρατήρηση, τη περίθαλψη



καθώς και την άρνηση του ασθενούς να νοσηλευτεί (Κωνσταντοπούλου, 2006; Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010; Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012; Θανασάς, 2019).

Ο «*ποινικός κώδικας του βασιλέως Χαμουραπί*» το 2000 π.Χ. κάνει αναφορά στη ποιότητα των χειρουργικών διαδικασιών και προβλέπει ποινή, η οποία βασίζεται στο βαθμό της βλάβης που μπορεί να προκύψει από μια λανθασμένη χειρουργική πρακτική με δυσμενή κατάληξη (Garrison, 1929).

Κατά το 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. γίνεται μνεία στην ανάγκη εκτίμησης, διασφάλισης και βελτίωσης της «*ποιότητας*» από τους «*Κώδικες ηθικής του Ιπποκράτη*», κώδικες καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας, η οποία εκδηλώνεται στην προσταγή «*ωφελέειν ή μη βλάπτειν*» (Madhok 2002, Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010, Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012, Θανασάς 2019). Η πάροδος των αιώνων δεν φέρνει αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στις αρχές του Ιπποκράτη, καθώς το θέμα της υγείας αποτελεί μέσο ευεργεσιών και φιλανθρωπίας, των εκάστοτε αρχόντων και των Εκκλησιαστικών φορέων.

Ουσιαστική εκκίνηση του ποιοτικού ελέγχου πραγματοποιείται το 1858, από την πρωτοπόρο Βρετανίδα νοσηλεύτρια Florence Nightingale, στην οποία οφείλεται η θεμελίωση της σύγχρονης νοσηλευτικής, μέσω της συμβολής της στη καθιέρωση της έννοιας της υγειονομικής ποιότητας και στην υλοποίηση συστήματος ποιοτικού ελέγχου κατά την διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, με τη χρήση των δεικτών θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών, έχοντας ως στόχο την αναβάθμιση της περίθαλψης (Κωνσταντοπούλου 2006, Cherry 1997, Nightingale 1987).

Ήδη από την πρώτη δεκαετία του 20ου αιώνα, σημαντικοί Αμερικανοί ιατροί, όπως ο Groves, ο Flexner και ο Godman, συσχέτισαν μέσω θεωριών αλλά και ερευνών, την «*ποιότητα*» των παρεχόμενων υπηρεσιών με αντίστοιχους «*δείκτες θνησιμότητας*» καθώς επίσης και με την επιστημονική κατάρτιση και την κλινική αποτελεσματικότητα των ιατρών. Συγκεκριμένα, το 1908, ο Dr. Groves διεξήγαγε αλληπάλληλες μελέτες, επιδιώκοντας να συσχετίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με τους «*δείκτες θνησιμότητας*», καθώς και με την αναποτελεσματικότητα των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Ακολούθως, ο Ernest Avery Godman το 1910, ως γενικός χειρουργός στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ήταν ο πρώτος που θέσπισε ένα πλαίσιο αξιολόγησης της μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών του για ένα τουλάχιστον έτος «*follow up*», με στόχο να εκτιμώνται τα οφέλη της θεραπείας καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που

ανέκυπταν κατά το θεραπευτικό πλάνο, διαμορφώνοντας μια βάση δεδομένων στην οποία περιλαμβάνονταν δημογραφικά στοιχεία, διαγνώσεις, θεραπείες καθώς και τελικές εκβάσεις των ασθενών (Neuhauser 2002). Σύμφωνα με τον Godman, η διοίκηση καθώς και το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου της Μασαχουσέτης, θα έπρεπε να έχει πρόσβαση σ' αυτά τα δεδομένα, ώστε να είναι εφικτή η αξιολόγηση των επιδόσεων και η εκπλήρωση των στόχων. Ειδικότερα, καθιέρωσε ένα σύστημα μέτρησης δεικτών, ρηξικέλευθο για την εποχή του, έχοντας ως στόχο τη αναβάθμιση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Reynard 2000, Kanh et al 2003).

Το έργο του, καθώς και εκείνο της Nightingale, επικεντρώθηκε στο νοσοκομείο. Έχοντας ως κεντρική ιδέα ότι οι ασθενείς θα έπρεπε να παρακολουθούνται από τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία περιθάλπονταν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους αφ' ενός, και αφ' ετέρου για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου, ο Godman ανέπτυξε ένα πλαίσιο εκτίμησης της νοσοκομειακής περίθαλψης που το ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). (Κωνσταντοπούλου, 2006).

Στη συνέχεια, διατυπώθηκε από τον Αμερικανό εκπαιδευτικό Flexner, διακεκριμένο για το μεταρρυθμιστικό του έργο στο χώρο της ιατρικής, η ανάγκη θέσπισης προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, συσχετίζοντας την ποιότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης των ιατρών με τον αντίκτυπο στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Beck, 2004).

Η σύσταση της επιτροπής για τη διαπίστευση των οργανισμών υγείας ([Joint Commission on Accreditation of Health Organization - JCAHO](#)) το 1951 στις ΗΠΑ, θεωρείται επίτευγμα των ενεργειών του Godman. Αποτελούσε έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό, η δράση του οποίου είχε ως ύψιστο σκοπό την αναβάθμιση της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μέσω της επεξεργασίας και διαχείρισης εκβάσεων της υγειονομικής φροντίδας των ασθενών. Ειδικότερα, απέβλεπε στην αδιάλειπτη αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε συνέργεια με άλλους φορείς μέσα από την εκτίμηση των οργανισμών υγείας, προτρέποντάς τους να παρέχουν αξιόπιστη και τελεσφόρα φροντίδα με παράλληλη βελτίωση της ποιότητας και της αξίας τους (Roberts, Coale & Redman 1987).

Ενώ είχε υλοποιηθεί ένα σύστημα για τη «διασφάλιση» της ποιότητας στο χώρο της βιομηχανίας από το 1930 (λόγω της αυξημένης παραγωγής προϊόντων και της

«βιομηχανικής επανάστασης»), τούτο κατάφερε να πραγματοποιηθεί στο χώρο της υγείας μόλις στη δεκαετία του 1990. Είχε ως στόχο να ελέγχει και να επιθεωρεί τις διαδικασίες την παραγωγή προϊόντων ή τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και να διασφαλίζει αντίστοιχα την ποιότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών. Αυτό περιέκλειε την αξιοποίηση στατιστικών μεθόδων που θα μετρούσαν και θα ανέλυναν τα αποτελέσματα (Groenewegen et al, 2005).

Αυτή η αναδιαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας μέσω της συστηματικής και επιβεβλημένης αξιολόγησης, με τη συνδρομή ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας και μέσω της εκτίμησης δεικτών (όπως το κόστος θεραπείας, η διάρκεια νοσηλείας, οι εκβάσεις), είχε ως φυσικό επακόλουθο τη μείωση του κόστους και τη «*τυποποίηση των διαδικασιών*» (Batalden & Davidoff 2007). Σημαντική ήταν η συνεισφορά των «*θεωρητικών της ποιότητας*»: «*Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, Taguchi και Ishikawa*» στην καθιέρωση των μεταρρυθμίσεων καθώς και στην θεμελίωση του θεωρητικού πλαισίου.

Η διαμόρφωση του πλαισίου διασφάλισης ποιότητας πάνω στο τρίπτυχο «*σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα*» «*sound structures, good processes and suitable outcomes*» στο τέλος του 20ου αιώνα, επιτεύχθηκε μέσα από τη καταγραφή προηγούμενων προσπαθειών, κατά τη συστηματική ανασκόπηση ερευνών που πραγματοποίησε ο Donabedian στο χρονικό διάστημα 1954-1984 (Θανασιάς 2019, Donabedian 1992, Donabedian 1988).

Στην δεκαετία του 1960 επανήλθε η έννοια της ποιότητας λόγω της αναγκαιότητας ελέγχου των διαδικασιών και περιορισμού του κόστους. Στα επόμενα χρόνια, υπήρξε η συστηματική μελέτη και υλοποίηση προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου των ακολουθούμενων πρακτικών στα νοσοκομεία ενώ αναδείχθηκε η προτυποποίηση των διαδικασιών σε αυτά, για πρώτη φορά.

Η καθιέρωση μέτρων για την αξιολόγηση των ιατρικών πρακτικών και η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, θεωρούνται καινοτομία στο τομέα της υγείας (Cronin & Taylor 1994). Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, ακαδημαϊκοί και επαγγελματίες απασχολήθηκαν εκτεταμένα με την έννοια της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη (Κωνσταντοπούλου 2006). Η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας οδήγησε στη δημιουργία πλήθους εθνικών και διεθνών προτύπων καθώς και αρμοδίων οργανισμών για την πρόοδο του θέματος.

Αντίστοιχα με τον Donabedian, ο Berwick (1989), επικεντρώθηκε στην εφαρμογή ευρύτερα διαδεδομένων μεθόδων αναβάθμισης της ποιότητας στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η αξιοποίηση των οργανωτικών λύσεων στην αναβάθμιση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, αποτέλεσε ένα από τα πεδία δραστηριοποίησής του. Συνέστησε τα νοσηλευτικά ιδρύματα να έχουν σαφή στοχοθεσία, να πραγματοποιείται μέτρηση της προόδου τους και να χρησιμοποιούνται πολλαπλοί πόροι για τον καθορισμό των βέλτιστων πρακτικών και διαδικασιών (Berwick, 1989).

Ο Berwick (1989), διέκρινε ότι η υλοποίηση των προσπαθειών για ποιοτική αναβάθμιση μπορεί να επιτευχθεί ευκολότερα στο οργανωτικό και επιχειρησιακό κομμάτι της περίθαλψης από ό,τι στο κλινικό. Ο Berwick (1989), για την αξιολόγηση της ποιότητας, επικεντρώνεται κυρίως στην ανταπόκριση του χρήστη/ασθενή σε σχέση με τις προσπάθειες που καταβάλει ο υγειονομικός οργανισμός για την αναβάθμιση της ποιότητας. Η ανταπόκριση σήμερα, αποτελεί το βασικό κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης (Berwick, 1989).

Η ποιότητα στο τομέα της υγείας, σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι πρόδηλο ότι συμπίπτει με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των απαραίτητων και τελεσφόρων υπηρεσιών και με τον αντίστοιχο περιορισμό του κόστους. Οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν πρωτίστως στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στη κλινική μεταβλητότητα. Οι πρώτοι ποιοτικοί έλεγχοι εξέταζαν τη εγκυρότητα και την επαναληψιμότητα των ιατρικών εξετάσεων.

Η αναζήτηση της ποιότητας στο τομέα της υγείας σχετίζεται με τον τρόπο λειτουργίας των ευρύτερων συστημάτων υγείας, των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, εργαστηρίων κ.ά. καθώς και της παροχής μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, η ποιότητα υγείας δεν εστιάζεται μόνο στην ιατρική φροντίδα, αλλά αναζητείται σε όλο το εύρος των παρεχόμενων φροντίδων και υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια η ποιότητα αποβλέπει πέρα από την ικανοποίηση των ασθενών, στην ικανοποίηση όλων των «χρηστών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους συγκαταλέγεται το συγγενικό περιβάλλον, ο κοινωνικός περίγυρος κα. Επιπρόσθετα οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τους «εσωτερικούς χρήστες».

Σύμφωνα με τον Τούντα (2003) «η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας με κατεύθυνση στην ποιότητα, προέκυψε λόγω της κρίσης σχετικά με την

αναποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας, τη διαρκώς αυξανόμενη τάση του κόστους, καθώς και την αδιαλείπτως αυξητική τάση της απαίτησης των πολιτών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των υγειονομικών τους προβλημάτων». Στο πλαίσιο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει το 1980 ως βασική επιδίωξη, την εγκατάσταση απ' όλα τα κράτη μέλη συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας σε όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## 1.2 Εννοιολογική προσέγγιση και ορισμοί της ποιότητας

Η έννοια «ποιότητα» δημιουργεί συχνά σύγχυση, αφού επιδέχεται διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με την πλευρά από την οποία εξετάζεται. Η χρήση της «ποιότητας» στην καθημερινότητα γίνεται με την απόλυτη έννοια. Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, η «ποιότητα ήταν συνδεδεμένη με την αρετή, την ηθική, πνευματική και φυσική υπεροχή του ανθρώπου». Σήμερα, ως ποιότητα θεωρείται η αίσθηση της υπεροχής που προσδίδει η απόκτηση ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας, απόλυτα αναγνωρίσιμου για τα εξαιρετικά χαρακτηριστικά του καθώς χρησιμοποιείται για την περιγραφή πολυτελών αντικειμένων και ακριβού τύπου υπηρεσιών. Με την απόλυτη έννοια, «η ποιότητα συνδέεται με τη φύση του καλού, της ομορφιάς και της αλήθειας». Τα αντικείμενα ή οι υπηρεσίες που διακρίνονται από την ποιότητα, διαθέτουν υψηλά πρότυπα, τα οποία είναι αξεπέραστα, στον ακριβή ορισμό. «Τα ποιοτικά προϊόντα τείνουν να είναι απεγάδιαστα, έχουν αξία και προσδίδεται κύρος σε αυτούς που τα κατέχουν. Η σπανιότητα και η ακρίβεια είναι δύο από τα χαρακτηριστικά ποιότητας» σε αυτόν τον ορισμό. Η απόλυτη έννοια της υψηλής ποιότητας δεν έχει να κάνει με τη φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Ζαβλανός, 2006).

Ο όρος «quality» που αντιπροσωπεύει την έννοια της ποιότητας προέρχεται από τη λατινική λέξη «qualita», που σημαίνει «από τι» και τη συναντάμε στους αρχαίους χρόνους, ενώ θεωρείται ότι ο Ρωμαίος ρήτορας και πολιτικός Cicero (106-43 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που την χρησιμοποίησε (Klefsjö, 2003). Εντούτοις, οι βασικές αρχές της ποιότητας φαίνεται να τέθηκαν προγενέστερα, καθώς σύμφωνα με τους Brocka & Brocka (1992), η έννοια της ποιότητας θεμελιώθηκε από αρχαίους Έλληνες

φιλοσόφους, όπως τον Αριστοτέλη, τον Σωκράτη, τον Πλάτωνα καθώς και από τον Κινέζο συγγραφέα Sun-Tzu (480-211 π.Χ.).

Έτσι αντίστοιχα οι ρίζες της λέξης «*ποιότητα*» φαίνεται να φθάνουν στα βάθη της αρχαιότητας, όπως τεκμηριώνεται μέσω των αρχαίων ελληνικών κειμένων και των ενεπίγραφων στηλών (Βαρουφάκης, 1996). Η ετυμολογία της εντοπίζεται στην αρχαία ελληνική λέξη «*ποιότης*» με προέλευση το «*ποιός-τι λογής*» και σημαίνει «*το ποιόν, η φύση ή την εσωτερική υπόσταση ενός προσώπου ή πράγματος, καθώς και το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα εμπόρευμα σε σχέση με τα ομοειδή του*». Η έννοια της ποιότητας δεν δύναται να διευκρινιστεί με σαφήνεια, καθώς αποτελεί μια υποκειμενική έννοια και εξαρτάται από αυτόν που την αξιολογεί (Κέφης, 2005). Παράλληλα, αποτελεί και μια πολυσχιδή έννοια που ενδείκνυται για πολυδιάστατη προσέγγιση, λόγω της διαμόρφωσής της από ποικίλους παράγοντες και παραμέτρους, στην προσπάθεια σύζευξης των ανθρώπινων αναγκών και απαιτήσεων με τις ανθρώπινες δραστηριότητες.

Οι αντίστοιχες κοινωνικο-οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής συντελούν στη διαμόρφωση του νοήματος της πολυσχιδούς έννοιας της ποιότητας. Η πάγια ανάγκη κάθε ατόμου για συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του αφορά την κοινωνική διάσταση. Το στοιχείο του πολιτισμού αποτελεί αθέατο αλλά πρωταρχικό παράγοντα στη διαμόρφωσή της, καθώς ασκείται σ' αυτή σημαντική επιρροή από τις πολιτισμικές αξίες της εποχής, ενώ ο λειτουργικός της ρόλος προσδιορίζεται από την οικονομική διάσταση και αφορά τους φορείς παραγωγής προϊόντων, υπηρεσιών και έργων.

Οι Casson and George (1992) αναφέρουν ότι «*η έννοια της ποιότητας είναι υποκειμενική και δυναμική ως προς το περιεχόμενό της, καθώς μεταβάλλεται ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται, όπως και από το βαθμό στον οποίο εκφράζει τις αληθινές ανάγκες των πελατών οι οποίες σχετίζονται με χρονικές αλλά και χωρικές παραμέτρους*». Το έργο μιας ομάδας Ιαπώνων και Αμερικανών επιστημόνων, αυθεντίες του ποιοτικού μάνατζμεντ (Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa, Taguchi), επηρέασε σε αξιοσημείωτο βαθμό την ανάπτυξη σύνθετων συστημάτων διοίκησης της ποιότητας τα τελευταία χρόνια.

Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η στοχοθεσία των επιχειρήσεων επικεντρώθηκε από την αύξηση της παραγωγικότητας, στην αναβάθμιση της ποιότητας των προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο Αμερικανός μηχανικός και αυθεντία του ποιοτικού μάνατζμεντ, Joseph Juran (2000), που συνεργάστηκε με την «*JUSE*» στις αρχές του '50

για την πραγματοποίηση σεμιναρίων στην Ιαπωνία, διατείνεται ότι «η έννοια της ποιότητας είναι συνυφασμένη με την καταλληλότητα για χρήση» (Βασταρδή, 2005). Τα τρία βασικά συστατικά της ποιότητας του Juran είναι ο σχεδιασμός, ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας και υποστηρίζει ότι «η διοίκηση της ποιότητας μπορεί να εξεταστεί ως ένα οργανωμένο σύνολο βασικών λειτουργιών για την ποιότητα, ανάλογο με αυτό που έχουμε για άλλα μεγέθη της επιχειρηματικής δραστηριότητας (οικονομικά, αποδοτικότητα, παραγωγικότητα, κλπ.)». Επίκεντρο της θεωρίας του αποτελεί η ιδέα της ευθύνης του μάνατζμεντ παρά οι τεχνικές έλεγχου ποιότητας ενώ ισχυρίζεται ότι «ποιότητα είναι η καταλληλότητα για σκοπό και χρήση και δεν είναι ποτέ τυχαία αλλά αποτέλεσμα κατάλληλου σχεδιασμού» (Juran, 1973) και επισημαίνει ότι «αν ο 20ος χαρακτηρίστηκε, επιχειρησιακά, ως ο αιώνας της παραγωγικότητας, ο 21ος θα χαρακτηριστεί ως ο αιώνας της ποιότητας». Η χρήση της υποκειμενικής έννοιας της «ποιότητας», ωστόσο, αφενός σχετίζεται με τη αξιολόγηση του αποτελέσματος που πρέπει να συμβαδίζει με τις προδιαγραφές και αφετέρου με την ικανοποίηση των αξιώσεων των πελατών (Sallis, 1993).

Ο Ishikawa (1985) ένας από τους φημισμένους Ιάπωνες καινοτόμους του κινήματος ποιότητας, διαχωρίζει την στενή από την ευρεία έννοια της ποιότητας. Με τη στενή ερμηνεία, η ποιότητα σημαίνει: «ποιότητα ενός προϊόντος» ενώ αντίστοιχα η ευρεία ερμηνεία που της αποδίδεται αφορά: «την ποιότητα οργανισμού, συστήματος, υπηρεσιών, εργασίας, διαδικασιών, τμήματος, πληροφόρησης, ανθρωπίνου δυναμικού, αντικειμενικών στόχων κ.α.». Από τα παραπάνω συνάγονται τα εξής συμπεράσματα: η «ποιότητα» εμπεριέχει την εκπλήρωση ή την υπερκάλυψη των προσδοκιών του πελάτη, η εφαρμογή της αφορά τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον, ενώ συνιστά μία αδιάλειπτα μεταβαλλόμενη κατάσταση (καθώς αυτό που εκλαμβάνεται ως ποιότητα σήμερα, ενδέχεται να είναι ανεπαρκές ώστε να θεωρηθεί ποιότητα αύριο).

Οι Abbott (1955) και Feigenbaum (1951) όρισαν την ποιότητα ως «αξία, η οποία επηρεάζεται από την ποιότητα του παρεχόμενου προϊόντος ή της υπηρεσίας και της τιμής που προσφέρεται, τα οποία αποτελούν κριτήριο αποδοχής ή απόρριψης για τον πελάτη» (value-based criteria) (Βασταρδή, 2005).

Παράλληλα ο Gilmore (1974), οριοθέτησε τη «*ποιότητα*» ως «*συμμόρφωση προς τις προδιαγραφές*». Στη περίπτωση αυτή η έννοια της «*ποιότητας*» αφορά το βαθμό ικανοποίησης των τεχνικών προδιαγραφών ενός προϊόντος, έτσι ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε ζημία και να επιτευχθεί η υψηλότερη «*ποιότητα*» με ελάχιστο δυνατό κόστος.

Η πεποίθηση πολλών δημοσίων και ιδιωτικών επιχειρήσεων των Ηνωμένων Πολιτειών ότι η ποιότητα πρέπει να είναι ταυτόσημη με την εκπλήρωση των προσδοκιών των πελατών, συνέβαλε καθοριστικά στην δημιουργία του πελατοκεντρικού ορισμού της ποιότητας. Επιπλέον, το 1979 ο Philip Crosby, Αμερικανός σύμβουλος μάνατζμεντ, υιοθετώντας της ιαπωνική φιλοσοφία, θεωρεί ότι η «*ποιότητα*» καθορίζεται από το βαθμό εκπλήρωσης των απαιτήσεων του πελάτη, προσδιορίζοντάς την «*σύμφωνα με την αρχή των μηδέν λαθών – κάνοντάς το σωστά από την πρώτη φορά*». καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι «*η ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές και επιτυγχάνεται με πρόληψη και όχι με διαπίστωση της αστοχίας (0 επιθυμητό). Ο στόχος είναι τα μηδέν λάθη, όχι περίπου μηδέν*» (Marshall & Murdoch, 2001).

Η ποιότητα, στο βιβλίο του Flood (1993), «*Πέρα από τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*», ορίζεται ως «*η ικανοποίηση των (συμφωνηθέντων) απαιτήσεων των πελατών, επίσημα και ανεπίσημα, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, από την πρώτη φορά και κάθε φορά*» (Ali & Zairi, 2006).

Από την πλευρά του ο Choppin (1991: 23), στο βιβλίο του «*Η ποιότητα μέσω των ανθρώπων*», καθορίζει την ποιότητα ως την «*ικανοποίηση των διαπραγματεύσιμων απαιτήσεων και προσδοκιών των πελατών*». Μέσα από τον ορισμό του Choppin υπογραμμίζεται ο ρόλος και οι προσπάθειες της διοίκησης που στόχο έχουν να εξασφαλίσουν την ικανοποίηση του πελάτη (Ali & Zairi, 2006). Ο Taguchi (1987) προσδιορίζει την ποιότητα από μια διαφορετική πτυχή, αφού σύμφωνα με αυτόν, «*ποιότητα είναι ο βαθμός αντίληψης του πελάτη για ένα προϊόν, πέρα από την πραγματική αξία των εγγενών λειτουργιών του*» (Ali & Zairi, 2006). Ο Garvin επιπλέον(1988) διευκρινίζει ότι υπάρχουν διάφορων ειδών απώλειες στις οποίες περιλαμβάνονται το κόστος εγγύησης, η δυσαρέσκεια των πελατών, καθώς και άλλα ζητήματα που προκύπτουν από την χαμηλή απόδοση. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός των απωλειών,



τόσο αυξάνεται το επίπεδο δυσαρέσκειας των πελατών, κάτι που δηλώνει τη χαμηλή απόδοση «*ποιότητας*» (Ali & Zairi, 2006).

Οι ερευνητές Heskett, Sasser και Hart (1990), διατείνονται ότι «*ο πελάτης είναι αυτός που καθορίζει την ποιότητα από την άποψη της αξίας που έχει για αυτόν η λαμβανόμενη υπηρεσία*», δηλ. η ποιότητα αντικατοπτρίζεται στην άποψη που έχουν οι πελάτες γι' αυτή. (Buzzell & Gale, 1987; Berry, Zeithaml & Parasuraman, 1990).

Έχει διατυπωθεί επίσης ότι η ποιότητα των υπηρεσιών είναι «*η γενική εντύπωση του πελάτη για τη σχετική ανωτερότητα των υπηρεσιών που παρέχει μια οργάνωση, ενώ η ικανοποίηση προέρχεται από τις μεμονωμένες συναλλαγές υπηρεσιών και τη γενική αντιμετώπιση της υπηρεσίας*» (Johnston, 1995). Η ποιότητα και η ικανοποίηση σχετίζονται μεταξύ τους μέσω του επιπέδου επαλήθευσης ή μη των προσδοκιών (Boulding et al., 1993).

Επιπρόσθετα, ο Edward Deming (1986), Αμερικανός στατιστικολόγος, ο οποίος βοήθησε στην αναδιάρθρωση της Ιαπωνικής βιομηχανίας μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο - αναγνωρισμένος για τις δεκατέσσερις αρχές της φιλοσοφικής θεώρησής του - περιγράφει την ποιότητα ως έναν ατέρμονο κύκλο αδιάληπτης βελτίωσης, επισημαίνοντας πως «*η ποιότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συνεχή βελτίωση ενός παραγωγικού συστήματος που βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση λειτουργίας*». Ακολουθείται «*επαναληπτική μέθοδος διαχείρισης*» που στόχο έχει τη διαρκή αναβάθμιση ενός προϊόντος, μιας διαδικασίας ή μιας υπηρεσίας, η οποία επιτυγχάνεται μέσω του σχεδιασμού, της εκτέλεσης, της μελέτης των αποτελεσμάτων και των συνακόλουθων ενεργειών προς ένα νέο κύκλο βελτίωσης.

Ωστόσο, η ποικιλομορφία των ορισμών φαίνεται να έγκειται στην ίδια την λέξη «*ποιότητα*», η οποία θεωρείται έννοια ασαφής και λεπτή, και δυσεπίτευκτα ποσοτικά προσδιορίσιμη, καθώς δύσκολα διασαφηνίζεται και μετράται. Ο Pascale (1991) διατύπωσε τον ακόλουθο ορισμό προκειμένου να διασαφηνίσει την έννοια της ποιότητας: «*Η ποιότητα μπορεί να αποτελεί εξαναγκασμένη αξία ιδίω δικαίωμα (compelling value in its own right). Είναι δυνατόν να γενικευτεί στον τομέα υλικών, στα πρότυπα παροχής υπηρεσιών και στην εσωτερική διάμετρο κάθε ανθρώπου. Ο καθένας σε οποιοδήποτε επίπεδο μπορεί να κάνει κάτι γι' αυτήν και να αισθανθεί την ικανοποίηση ότι έκανε κάτι ξεχωριστό. Η κατασκευή προϊόντων που λειτουργούν ή η παροχή πρώτης*

*τάξεως υπηρεσιών είναι κάτι που μπορεί να αναγνωρίσει κανείς από την προσωπική του εμπειρία» (Ali & Zairi, 2006).*

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization of Standardization) ερμηνεύει την έννοια της «*ποιότητας*» περικλείοντας ορισμένες σύγχρονες αντιλήψεις που σχετίζονται με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών ορίζοντάς την ως «*το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που πραγματώνει τις προσδοκίες των χρηστών και ανταποκρίνεται στα εκπεφρασμένα αιτήματα και ανάγκες τους*» (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000, Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003, Φάμελη, 2005).

Οι Evans και Lindsay (1999) αναφέρουν ότι «*η ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη*», ενώ για τους Glenn Laffel και David Blumental (1989) «*η ποιότητα ορίζεται σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών*».

Σύμφωνα με τον John Ovretveit (2004), ποιότητα είναι «*η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος*». Ο ορισμός αυτός περικλείει τρία δεδομένα: την ποιότητα σε σχέση με τον πελάτη, η οποία αξιολογεί το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν, ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, την επαγγελματική ποιότητα, που αφορά το ποσοστό ικανοποίησης των αναγκών του πελάτη, σε σχέση με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και τέλος την ποιότητα διαδικασιών, η οποία περιλαμβάνει τον σχεδιασμό και τη λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος, με τον πιο τελέσφορο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη.

Ο Brook (1999) εξέφρασε τη γνώμη ότι «*στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές η ποιότητα σχεδιασμού και η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία, που έλαβε*».

Η μελέτη ποικίλων προσεγγίσεων και θεωριών που αφορούν την ποιότητα φανερώνει ότι ο ορισμός της προκύπτει από την συσχέτιση με τον χρήστη ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Εντούτοις, αναδεικνύονται δύο εκδοχές αναφορικά με τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, καθώς ενδέχεται να αποδοθεί διαφορετική ερμηνεία από το πρίσμα του καταναλωτή και

αντίστοιχα διαφορετική από του προμηθευτή. Η ποιότητα, από την οπτική γωνία του καταναλωτή, σχετίζεται με το ποσοστό που ανταποκρίνεται ένα προϊόν ή μία υπηρεσία στις απαιτήσεις του και με την ικανοποίησή του, ενώ αντίστοιχα από του παραγωγού, προσδιορίζεται από την δυνατότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφώνεται στις προδιαγραφές που έχει επιλέξει πρωταρχικά η διοίκηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Συμπερασματικά η ποιότητα σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του προϊόντος/υπηρεσίας που επιφέρουν ικανοποίηση ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες του πελάτη, εκπληρώνοντας παράλληλα τις καθορισμένες προδιαγραφές της παραγωγής.

Οι ορισμοί της ποιότητας, παρά τη σημαντική ποικιλομορφία τους, παρουσιάζουν ένα κοινό συντελεστή, αφού προσδιορίζουν την ποιότητα πάντα σχετίζοντας την με τον χρήστη του προϊόντος ή της υπηρεσίας όπως και με την εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών του. Αυτό φανερώνει ότι για τους οργανισμούς ή τις επιχειρήσεις είναι σημαντικός ο προσδιορισμός και ακριβής καθορισμός των αναγκών και των απαιτήσεων του καταναλωτή/χρήστη, ώστε να πορευθούν με βάση αυτές, και σε συνάρτηση πάντα με την επίτευξη της στοχοθεσίας τους. Τη σήμερα ημέρα, η «*ποιότητα*» συνιστά επιχειρησιακό πλεονέκτημα των επιχειρήσεων και των οργανισμών για την υλοποίηση των σημαντικότερων στόχων και σκοπών δραστηριότητάς τους.

Σύμφωνα με τα παραπάνω κατέστη εναργές ότι η ποιότητα είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του πελάτη.

### 1.3 Σημασία της ποιότητας

Η ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας τόσο για τους πελάτες της όσο και για την επιχείρηση, γιατί μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση του καθαρού κέρδους ενώ παράλληλα συνιστά σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που δυσεπίτευκτα ο ανταγωνισμός θα αντιγράψει.

Μέσω της άριστης ποιότητας των προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών μιας επιχείρησης επιτυγχάνεται μείωση έως εκμηδένιση θεμάτων που αφορούν σε καθυστερήσεις, επανακατεργασίες, παρεξηγήσεις, περιττούς ελέγχους καθώς και του

ανθυγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό είναι ένα ζήτημα προεξάρχουσας σημασίας αφενός για έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση που στοχεύει στην διεύρυνση των κερδών της, και αφετέρου για το εργατικό δυναμικό που επιθυμεί «*εργασιακή ικανοποίηση*», ασφαλές εργασιακό περιβάλλον με δυνατότητα οικονομικής εξέλιξης και θετική αξιολόγηση και εκτίμηση από τους πελάτες.

Αντίστοιχα, η έλλειψη ποιότητας έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του καθαρού κέρδους των οργανισμών και επιχειρήσεων, ενώ επιδρά αρνητικά σε ορισμένους παράγοντες που σχετίζονται με το κόστος παραγωγής, το μερίδιο αγοράς, την υπευθυνότητα για το προϊόν/υπηρεσία, τη φήμη τους και κατ' επέκταση με τη παγκόσμια εικόνα τους, καθώς και του κράτους στο οποίο λαμβάνει χώρα η δραστηριότητά τους.

Επιπλέον, οι πελάτες επενδύοντας σε συγκεκριμένα προϊόντα ή υπηρεσίες, δείχνουν πολύ συχνά πρόθυμοι να προσφέρουν υψηλότερο οικονομικό αντίτιμο προκειμένου να την αποκτήσουν. Το καταναλωτικό κοινό, ανεξάρτητα από το οικονομικό του υπόβαθρο, επιθυμεί πάντα την ορθή «τοποθέτηση-επένδυση» του χρήματός του και την ικανοποίηση από προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και αξιόπιστες. (Τσιότρας, 2002).

Στις υπηρεσίες υγείας αντίστοιχα, η άριστη ποιότητα προσδίδει αξία, βελτιώνει την παραγωγικότητα, ενισχύοντας έτσι την ανταγωνιστικότητα μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Τα οφέλη που προκύπτουν από τη βελτίωση του ποιοτικού αποτελέσματος στις υγειονομικές υπηρεσίες, υποδεικνύουν τη σημασία της.

Οι θετικές εκβάσεις και τα οφέλη που προκύπτουν από την αδιάληπτη αναβάθμιση της «*ποιότητας*» είναι πολύπλευρα. Η αναβάθμιση της ποιότητας έχει θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας των ασθενών μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, της τελεσφόρας αντιμετώπισης και των μειωμένων λανθασμένων ενεργειών κατά τη διάρκεια της περίθαλψής τους, ενώ το καλό επίπεδο της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών επηρεάζει με θετικό πρόσημο τη βελτίωση του συνόλου της υγείας τους. Με την αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, οι ασθενείς επιστρέφουν συντομότερα στη καθημερινότητά τους, με αξιόλογο οικονομικό όφελος για τους ίδιους και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Chassin, 1992; Rowe, 2005).

Από την άλλη πλευρά, σύσσωμος ο κλάδος των επαγγελματιών υγείας αποκομίζει οφέλη από την θετική επιρροή της ποιότητας, αφού μέσω της εφαρμογής «*πρότυπων διαδικασιών*» μειώνονται ή και εκμηδενίζονται οι περιττές ενέργειες, δρουν σύμφωνα με συγκεκριμένο πλαίσιο τυποποιημένων διαδικασιών και επιτυγχάνουν αποτελεσματική

διαχείριση του χρόνου και των γνώσεων τους. Παράλληλα αποκτούν τον «σεβασμό» και την «εμπιστοσύνη» των ασθενών και των οικογενειών τους, ενώ αυξάνεται η «φήμη» και το «κέρος» τους (Jencks, 1992; Willis- Shattuck, 2008). Αντιστοίχως, οι οργανισμοί επιτυγχάνουν την εξοικονόμηση αξιόλογων ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων, οι οποίοι δύνανται να επενδυθούν για την ικανοποίηση άλλων αναγκών. Έτσι οι οργανισμοί αποκτούν υψηλού επιπέδου ανταγωνιστικότητα και χαίρουν αναγνώρισης και φήμης (Jencks and Wilensky, 1992; Willis-Shattuck, 2008).

Σε σχέση με τα ασφαλιστικά ταμεία, η αναβάθμιση της ποιότητας αφορά τη ελάττωση της υγειονομικής δαπάνης για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή με παράλληλη ενίσχυση της ικανοποίησης των ασθενή και της κοινωνικής προσφοράς των ταμείων (Wann-Yih et al, 2004).

Ο θετικός αντίκτυπος παρατηρείται και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, με «την άμεση επανένταξη των ασθενών στην παραγωγική διαδικασία, τη μείωση των περιττών δαπανών και τη βελτίωση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στο κράτος» (Rowe, 2005).

#### 1.4 Η έννοια της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών έχει προξενήσει αξιοσημείωτη προσοχή και κουβέντα στο ερευνητικό πεδίο καθώς θεωρείται δυσεπίτευκτος ο καθορισμός μιας γενικώς παραδεκτής ορολογίας πολλώ δε μάλλον να εκτιμηθεί ως μια μεταβλητή (Wisnieski, 2001). Αποτελεί μια έννοια ασύλληπτη, πολυσύνθετη, πολυεπίπεδη και καθόλου εύκολη στην αξιολόγηση, δεδομένου ότι αποτιμώνται παράλληλα και η έκβαση μιας υπηρεσίας «τεχνική ποιότητα» αλλά και το πρωτόκολλο της παροχής της «λειτουργική ποιότητα» (Gronroos, 1983).

Η ποιότητα αποτελεί έναν όρο εξαιρετικά περίπλοκο και με ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό καθώς επιχειρεί να συσχετίσει τις ανθρώπινες ανάγκες με την ανθρώπινη δραστηριότητα. Η «ποιότητα» στον χώρο της υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερα διφορούμενη έννοια, καθότι είναι δυναμική και πολύπλευρη και απουσιάζει ένας ομοιογενής ορισμός που να την οριοθετεί (Καπάκη, 2015).

Οι υπηρεσίες διαφοροποιούνται σε σχέση με το προϊόν στα εξής τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά (Zeithaml et al, 1985):

➤ είναι άυλες, (εξαιτίας της έλλειψης υλικής φύσης προκαλείται ανεπάρκεια νομικής κάλυψης, αδυναμία παρουσίασης και εμφάνισης και δυσχέρεια κοστολόγησης),

➤ είναι ετερογενείς, ιδίως αυτές που θεωρούνται «εντάσεως εργασίας», όπως οι υγειονομικές υπηρεσίες και αυτό διότι δύνανται να διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά τον πάροχο, τον χρήστη/ασθενή και την χρονική στιγμή που παρέχεται. Επομένως η ικανοποίηση του χρήστη έχει άμεση σχέση με τον πάροχο και κατ' επέκταση με το προσωπικό του οργανισμού με το οποίο έρχεται σε επαφή. Οι υπηρεσίες επομένως είναι εξατομικευμένες και παρέχονται αποκλειστικά σε κάθε χρήστη, ενώ αντίστοιχα οι χρήστες διαθέτουν διαφορετικό ψυχολογικό υπόβαθρο και κριτική σκέψη.

➤ είναι αδιαίρετες και ενιαίες, διότι είναι ανέφικτος ο διαχωρισμός της παραγωγής από τη κατανάλωση των υπηρεσιών, αφού συντελείται την ίδια στιγμή και αυτό αναδεικνύει τον πελάτη ρυθμιστή. Ιδιαίτερα στο τομέα της υγείας, που αποτελούν υπηρεσίες «εντάσεως εργασίας», θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες και προσδοκίες του χρήστη/ασθενή.

➤ δεν υπάρχει δυνατότητα αποθήκευσης, καθώς χρησιμοποιούνται άμεσα, την ώρα που παρέχονται. Αυτό το χαρακτηριστικό σε συνδυασμό με τα ανωτέρω, ενδέχεται να προξενήσει σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά τη προσφορά αλλά και τη ζήτηση.

Το σύνολο αυτών των διακριτών χαρακτηριστικών δηλώνει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών είναι παροδική και αφηρημένο κατασκεύασμα, σε αντιδιαστολή με την ποιότητα των προϊόντων (Parasuraman et al., 1985, 1988) καθιστώντας ιδιαίτερα δυσεπίτευκτη την εκτίμηση του ποιοτικού αποτελέσματός τους. Έτσι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών εξαρτάται από την άποψη των χρηστών για την ποιότητα (Abramowitz, 1987), η οποία όμως ενδέχεται να εμπεριέχει υποκειμενικότητα και μεροληψία.

Υπάρχει ποικιλία ορισμών που ερμηνεύουν τη σημασία της ποιότητας υπηρεσιών, ο ένας από τους οποίους την ορίζει ως «τον βαθμό στον οποίο μια υπηρεσία ικανοποιεί τις ανάγκες ή τις προσδοκίες των πελατών», που αποτελεί και το συνηθέστερο ορισμό (Lewis and Mitchell, 1990; Dotchin and Oakland, 1994; Asubonteng et al., 1996; Wisniewski and Donnelly, 1996). Σύμφωνα με άλλο ορισμό, η ποιότητα υπηρεσιών αποτελεί ουσιαστικά τη διαφορά ανάμεσα στη προσδοκία και την αντίληψη του χρήστη σχετικά με την υπηρεσία που έλαβε, και στη περίπτωση που η παρεχόμενη υπηρεσία

αποδειχθεί κατώτερη από τη προσδοκία του χρήστη, τότε η αντιληπτή ποιότητα προκαλεί αίσθημα δυσαρέσκειας με συνεπακόλουθο το έλλειμμα ικανοποίησης (Parasuraman et al., 1985; Lewis and Mitchell, 1990). Αντίστοιχα η ποιότητα των υπηρεσιών προσδιορίστηκε από τον Grönroos (1984) ως «το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας αξιολόγησης, κατά την οποία ο καταναλωτής συγκρίνει τις προσδοκίες του με την υπηρεσία που αντιλαμβάνεται ότι έχει λάβει», δηλαδή θέτει την προσδοκώμενη υπηρεσία έναντι της αντιληπτής υπηρεσίας. Το αποτέλεσμα που προκύπτει από αυτή τη διαδικασία, είναι η αντιληπτή ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Η αντιληπτή ποιότητα, επεξηγείται ως η κριτική ματιά των χρηστών για την καθολική πληρότητα ή υπεροχή μιας υπηρεσίας βασισμένη στις εντυπώσεις τους για το τρόπο που παρέχεται (Zeithaml, 1988). Συχνά οι διοικήσεις των οργανισμών δεν αντιλαμβάνονται ούτε εμβαθύνουν στις απόψεις των χρηστών, με αποτέλεσμα να διαμορφώνονται ορισμένα κενά στην παροχή των υπηρεσιών, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη αρμονικών σχέσεων μεταξύ διοίκησης και χρηστών.

Από την άλλη οι Kotler et al. (1996) ισχυρίζονται ότι: «υπηρεσία είναι κάθε δραστηριότητα ή ωφέλεια που κάποιος μπορεί να δώσει σε κάποιον άλλον και που είναι κατά βάση άυλη και δεν καταλήγει στην ιδιοκτησία κάποιου πράγματος. Η παραγωγή της μπορεί ή δεν μπορεί να σχετίζεται με την παραγωγή ενός φυσικού αγαθού...».

Επιπλέον ο Black (1990) υποστηρίζει ότι «υψηλής ποιότητας υπηρεσία είναι η υπηρεσία που παρέχει αποτελεσματική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε χρήστη και παρέχεται δίκαια, αποδοτικά, αποτελεσματικά και ανθρώπινα».

Ο όρος υπηρεσίες υγείας περικλείει το συνολικό άθροισμα των υγειονομικών υπηρεσιών που προκύπτουν από την ιατρική, προληπτική, και θεραπευτική παρεχόμενη φροντίδα αλλά και το πλαίσιο των διαδικασιών παροχής και διάθεσής τους. Οι υγειονομικές υπηρεσίες υπάγονται στο ευρύτερο σύνολο των υπηρεσιών, μολονότα ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες, καθώς συμπεριλαμβάνονται στις ανεκτίμητες υπηρεσίες που αποτελούν όμως επιβεβλημένη αναγκαιότητα στη ζωή του ανθρώπου χωρίς να είναι ιδιαίτερος επιθυμητές (Seiders, 2009). Θεωρείται η πιο αποκλειστική και πολύτιμη υπηρεσία την οποία καταναλώνει ο άνθρωπος.

Στις μέρες μας η διασφάλιση ποιότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες συνιστά αντικείμενο έρευνας και απασχολεί βαθιά, το ανθρώπινο δυναμικό των υγειονομικών υπηρεσιών, τις διοικήσεις των οργανισμών υγείας και κατ' επέκταση τις κυβερνήσεις

των κρατών, αφού συνιστά βασικό αίτημα από την μεριά των χρηστών/ασθενών των υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999).

Ωστόσο υφίστανται και επιπρόσθετα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τον χώρο της υγείας και τον καθιστούν πολύπλοκότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους κλάδους υπηρεσιών όπως:

- η φύση της είναι βαθιά προσωπική καθώς συνιστά μια παροχή αυστηρά προσωπική και εξιδανικευμένη για το χρήστη,
- η αδυναμία αξιολόγησης της αποδοτικότητας της υπηρεσίας από τον χρήστη λόγω της έλλειψης γνώσεων,
- η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος συχνά αγνοεί τη κρισιμότητα της υγείας του και σε καμιά περίπτωση δεν επιθυμεί επιπρόσθετη ταλαιπωρία – δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι «χρήστες» είναι ασθενείς με ιδιαίτερα ευάλωτη και εξασθενημένη ψυχολογία,
- η προσδοκία των χρηστών/ασθενών για πιο ανθρωποκεντρικούς οργανισμούς (Sloan, 1992). Οι χρήστες εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους αποζητούν επαγγελματίες υγείας που θα τους παρέχουν ενδιαφέρον, κατανόηση, ψυχολογική υποστήριξη, ευγένεια, φροντίδα ενώ η συνολική συμπεριφορά τους θα στηρίζεται στην ενσυναίσθηση (Breedlove).

Το Department of Health, UK (2003), ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης φροντίδας στον χρήστη, στον ενδεικνυόμενο χρόνο και με επωφελή τρόπο, διασφαλίζοντας τη καλύτερη δυνατή έκβαση της υγείας του. Υπάρχουν δύο πλευρές μέσω των οποίων μπορεί να εκτιμηθεί η ποιότητα. Σε σχέση με τη διοικητική πλευρά, η ποιότητα αφορά στη παροχή αποτελεσματικής περίθαλψης με τον ορθολογικότερο καταμερισμό των διαθέσιμων πόρων και με ολιγοδάπανη δημοσιονομική διαχείριση, ενώ σε σχέση με τη πλευρά του ασθενή, η ποιότητα αφορά στη δυνατότητα του να έχει πρόσβαση και να επιλέγει τις ορθές και επιθυμητές υγειονομικές υπηρεσίες σε όσο το δυνατό σύντομο χρόνο (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012). Η επιτυχία της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτυπώνεται στο σχεδιασμό του οργανωτικού πλαισίου και των διαδικασιών ενός οργανισμού που καταφέρνει να εκπληρώνει ικανοποιητικά τις ανάγκες και απαιτήσεις των εσωτερικών και εξωτερικών χρηστών (Al Assaf, 1996). Όλοι οι χρήστες ανεξαιρέτως (εξωτερικοί και εσωτερικοί) έχουν δικαίωμα στην ύψιστη ποιότητα παροχής υγειονομικής φροντίδας και ως εκ



τούτου η διοίκηση είναι αναγκαίο να στρέφεται στη δημιουργία ενός συστήματος διαδικασιών και ενός οργανωτικού πλαισίου των δομών και πόρων του οργανισμού με στόχο, την υποστήριξη της φροντίδας και του ποιοτικού αποτελέσματος μέσω μετρήσιμων στόχων, αφού η επιβεβαίωση και τεκμηρίωση της ποιότητας στηρίζεται στην εκτίμηση της αποδοτικότητας καθώς και στη συνολική αξιολόγησή της (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012).

Η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών προσφέρει πολλαπλά οφέλη. Παρέχει τη δυνατότητα στους χρήστες/ασθενείς, να επιλέγουν μέσω τεκμηριωμένων αποφάσεων τους επαγγελματίες υγείας και το τύπο των υπηρεσιών που θα χρησιμοποιήσουν. Επιπλέον, οι υγειονομικοί οργανισμοί αποκομίζουν οφέλη, διότι μέσω της αξιολόγησης του ποιοτικού αποτελέσματος των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς, διακρίνουν τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι επιδέχονται αναβάθμιση, ώστε να μετατρέψουν τις παροχές τους σε ακόμη πιο χρήσιμες, επωφελείς ή και ελκυστικές για τους ασθενείς (Strawderman, 2005; Self and Sherer, 1996; Yasin and Green, 1995). Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες, που συνιστούν για τους ασθενείς πεδία αξιολόγησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Ramsaran-Fowdar, 2008) αφορούν στην αισθητική των υγειονομικών φορέων, στην εμφάνιση του ανθρωπίνου δυναμικού, στους χρόνους αναμονής και στην ακρίβεια των ραντεβού καθώς και στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών και προσωπικού των φορέων υγείας (Deming, 1986; Donabedian, 1966).

Εν τέλει, η έννοια της ποιότητας υπηρεσιών δύναται να συνοψιστεί σε τρεις φράσεις (Parasuraman et al., 1985; Lewis and Booms, 1983; Gronroos, 1982; Lehtinen and Lehtinen, 1982; Sasser et al., 1978):

- Είναι πολύ πιο απαιτητικό ή και δυσεπίτευκτο για το καταναλωτή η αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών συγκριτικά με το ποιοτικό επίπεδο των υλικών αντικειμένων.
- Η γνώμη του καταναλωτή για το ποιοτικό επίπεδο των υπηρεσιών προκύπτει από την αντιπαραβολή μεταξύ της προσδοκίας του πελάτη και της πραγματικότητας.
- Η αξιολόγηση για το ποιοτικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών δεν προκύπτει μόνο από την έκβαση της υπηρεσίας αλλά συνεκτιμούν όλα τα στάδια της διαδικασίας παροχής μιας υπηρεσίας.

Η ερμηνεία της «*ποιότητας*» είναι δύσκολο να αποδοθεί με ένα ενιαία παραδεκτό ορισμό, αφού αποδίδονται διαφορετικές διαστάσεις από τον καταναλωτή/χρήστη του

προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας σε σχέση με τον παραγωγό/πάροχο τους. Κατά διαστήματα έχουν προταθεί ποικίλοι ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και συναρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τη πλευρά που τους ερμηνεύει (Σιγάλας και Αλεξιάδης, 1999). Από την μεριά του καταναλωτή/χρήστη, ποιότητα θεωρείται ο βαθμός που ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του. Αντιστοίχως, από την μεριά του παραγωγού/παρόχου, ποιότητα θεωρείται η δυνατότητα συμμόρφωσης της παραγωγικής διαδικασίας στα πρότυπα που έχουν καθοριστεί από τη διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία (Δερβιτσιώτης, 1999). Συνεπώς, για να επιτευχθεί η ταύτιση των ερμηνειών, θα πρέπει οι προδιαγραφές, που καθορίζει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία, να «προσεγγίζουν» τις προσδοκίες-επιθυμίες του καταναλωτή/χρήστη, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να τελεσφορήσει όταν προωθηθεί στην αγορά (Σιγάλας, 1999).

Επομένως, για να καθοριστεί η έννοια της «ποιότητας» στο τομέα της υγείας, είναι αναγκαίο να διερευνηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως προϊόν, από την μεριά του ασθενούς-χρήστη και από την μεριά του υγειονομικού παρόχου. Κάποιοι από τους ορισμούς που απαντώνται πιο συστηματικά στις βιβλιογραφικές αναφορές και σχετίζονται άμεσα με αυτές τις δύο προσεγγίσεις είναι οι εξής:

Καθώς, ο καταναλωτής και πάροχος των υπηρεσιών εκλαμβάνουν διαφορετικά την σημασία της ποιότητας, συνεπάγεται ότι η ποιότητα αποτελεί ένα πλαίσιο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο παρέχει στο καταναλωτή τις υπηρεσίες που και χρειάζεται, επιθυμεί και αναμένει, στο συγκεκριμένο χρόνο, με το ελάχιστο δυνατό κόστος (Κωσταγιώλας και συν., 2008)

Ο Avedis Donabedian (1980), καινοτόμος σε ζητήματα που αφορούν τον καθορισμό και την αναβάθμιση της ποιότητας στο τομέα της υγείας, διερεύνησε εμπειριστικά την έννοια της ποιότητας και συμπεριέλαβε ένα σύνολο από παραμέτρους που επηρεάζουν σημαντικά στον ορισμό της δίνοντας την εξής ερμηνεία: *«ποιότητα αποτελεί το είδος φροντίδας, το οποίο προσδοκούμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που συμπεριλαμβάνει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της τμήματα».*

Παράλληλα ο Thompson (1980), προσδιόρισε την ποιότητα στο τομέα της υγείας ως *«την επίτευξη του ύψιστου επιδιωκόμενου αποτελέσματος (επωφελέστερο) για κάθε*

*χρήστη/ασθενή και στην επικέντρωση της αφύπνισης, της ενσυναίσθησης και του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας για τις ανάγκες του χρήστη/ασθενή, αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, με σκοπό να ενσωματώνει την αποτελεσματικότητα καθώς και το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών».*

Μια δεκαετία αργότερα (1990), το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) των Η.Π.Α. καθόρισε την ποιότητα ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων -για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς στην υγεία- ενώ παράλληλα είναι συνεπείς με την σύγχρονη επιστημονική γνώση» (Nelson, 1996), ενώ ο Harvey το 1996 έδωσε έναν πιο λιτό ορισμό: «Ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας».

Επιπρόσθετα, ο Nick Black (1990) ανέδειξε την ανάγκη για υιοθέτηση ενός ευρύτερου ορισμού θεωρώντας δεσμευτικό το περιεχόμενο των ήδη υπαρχόντων ορισμών της ποιότητας. Προσδιόρισε λοιπόν, την υψηλής ποιότητας περίθαλψη ως την υπηρεσία η οποία παρέχεται αποτελεσματικά, αποδοτικά, ανθρώπινα και δίκαια, ικανοποιώντας τις ανάγκες του κάθε χρήστη/ασθενή, ενώ ο Williamson οριοθέτησε την ποιότητα ως «την έκταση στην οποία τα οφέλη επιτυγχάνονται κάτω από επιθυμητές καταστάσεις περίθαλψης και με ληλογισμένο μετριασμό κόστους» (Williamson, 2007).

Αντίστοιχα η American Medical Association (2000) καθόρισε ότι: «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή / και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της Ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων».

Με δεδομένο την απόκλιση της έννοιας της «ποιότητας», στο τομέα της υγείας σε αντιπαραβολή με αυτή της βιομηχανίας, (η οποία συνίσταται στο γεγονός ότι η ποιότητα στον χώρο της βιομηχανίας επικεντρώνεται πρωτίστως στην απόλυτη συμμόρφωση σε καθορισμένες προδιαγραφές ενός αγαθού και η αποφυγή αποκλίσεων κατά τη διαδικασία και το αποτέλεσμα, ενώ στο τομέα της υγείας, εξαιτίας των σημαντικών διαφορών που παρουσιάζουν τα περιστατικά και η ποικιλομορφία των θεραπειών ανάλογα με τον ασθενή), είναι αναμενόμενες οι διαφορές και η προσαρμογή στον τρόπο

αντιμετώπισής τους (Τούντας, 2003). Κατά συνέπεια, η ποιότητα αποτελεί «*συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι καλοσύνη*» (Crosby, 1984).

Ταυτόχρονα, η Palmer λαμβάνοντας υπ' όψιν δύο βασικούς συντελεστές, την άποψη των θεραπόντων ιατρών και το οικονομικό σκέλος της ποιότητας, δίνει την ακόλουθη εκδοχή, η ποιότητα της περίθαλψης εκτιμάται με την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού, με βάση το περιορισμό των διαθέσιμων πόρων και της τεχνολογίας, αλλά και της επιφόρτισης του πληθυσμού από την ασθένεια (Palmer, 1991).

Τέλος, ο ΠΟΥ διατείνεται ότι ποιότητα είναι η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών που διασφαλίζουν επαρκώς τη καλύτερη δυνατή έκβαση της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς σε σχέση με το σύνολο των διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επικοινωνίας (World Health Organization, 1993). Ωστόσο, το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας εκλαϊκεύοντας τον όρο «*ποιότητα*» στην υγεία υποστήριξε ότι απαιτείται «*να γίνονται οι σωστές ενέργειες, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο*» (Department of Health, 1998). Εν τέλει η «*ποιότητα*», είναι επιβεβλημένο να προσανατολίζεται στην ικανοποίηση του χρήστη/ασθενή.

### 1.5 Διαστάσεις της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή στο τομέα παροχής υπηρεσιών, καθώς ο χρήστης/ασθενής των υπηρεσιών προσμένει πολύ περισσότερα, τα οποία διαφοροποιούνται σε σχέση με την εκπλήρωση διαφόρων αιτημάτων του που αφορούν σε φυσικές, ψυχικές, κοινωνικές ή πνευματικές ανάγκες. Συγχρόνως, ο χρήστης αξιολογεί την «*προσβασιμότητα*», «*ετοιμότητα*» και «*αξιοπιστία*» των υπηρεσιών. Το σύνολο αυτών των παραγόντων θεωρούνται υψίστης σημασίας συνισταμένες οι οποίες σε συνδυασμό με τη χρησιμοποίηση καινοτόμου τεχνολογίας και τον επαγγελματισμό του ανθρώπινου δυναμικού προσφέρουν έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση. Για το λόγο αυτό, συνυπολογίζονται κατά την εκπόνηση ερωτηματολογίων αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών.

Ο JCAHO ποιότητα προσδιορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση» και καθορίζει ορισμένες διαστάσεις για ποιοτική φροντίδα υγείας όπως: «καταλληλότητα», «αποδοτικότητα», «αποτελεσματικότητα», «δραστικότητα», «διαθεσιμότητα», «συνέχεια», «σεβασμό», «φροντίδα», «ασφάλεια» και «επικαιρότητα» (JCAHO, 2000) οι οποίες παρατίθενται στον Πίνακα 1.1 (Schynne, 2000).

Αντίστοιχα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) διατυπώνει ότι η υψηλής ποιότητας περίθαλψη οφείλει να διέπεται από τα εξής χαρακτηριστικά (World Health Organization, 1993): «υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση του ασθενούς, τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενούς».

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνιστά αντικείμενο έρευνας και φαίνεται ότι επηρεάζεται, αφενός από το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, και αφετέρου από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ανάλυση αποδοτικότητας των διεργασιών που τις υποστηρίζουν.

Πίνακας 2: Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας

"Χαρακτηριστικό ποιότητας"	• "Περιγραφή"
"Καταλληλότητα (Appropriateness)"	• "Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς με δεδομένη την παρούσα γνώση".
"Διαθεσιμότητα (Availability)"	• "Ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ο οποίος εξυπηρετείται".
"Συνέχεια Continuity"	• "Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου".
"Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)"	• "Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή".
"Κλινική Αποτελεσματικότητα (Efficacy)"	• "Ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή συμβάλει στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος".
"Αποδοτικότητα (Efficiency)"	• "Η αναλογία των αποτελεσμάτων της φροντίδας για έναν ασθενή προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας".
"Σεβασμός και φροντίδα (Respect and Caring)"	• "Ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και η παροχή υπηρεσιών γίνεται με σεβασμό".
"Ασφάλεια (Safety)"	• "Ο βαθμός στον οποίο το φυσικό και λειτουργικό περιβάλλον παροχής φροντίδας συμμορφώνεται και συμβαδίζει με τον κώδικα ζωής".
"Επικαιρότητα (Timeliness)"	• "Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την κατάλληλη στιγμή".

Πηγή: (ICAHN, 2000)

Ο Donabedian, εστιάζει στις τρεις πτυχές της ποιότητας: «δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα» και εκφράζει τη γνώμη του για το βαθμό που η χρήση αυτών των παραγόντων μπορεί να επηρεάσει θετικά στο καθορισμό του ποιοτικού αποτελέσματος των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών με στόχο την προσφορά της υψηλότερης δυνατής ποιότητας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για το χρήστη (Donabedian, 1966,

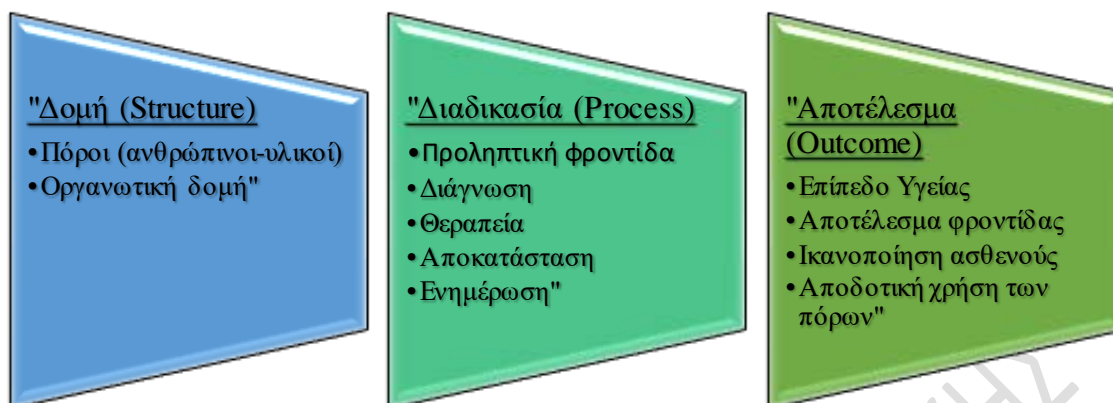
Donabedian, 1980). Ομοίως, ο Slater (1997) αναλύει τις τρεις διαστάσεις της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών μέσω των οποίων γίνεται αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας. Και οι δύο προσεγγίσεις συγκλίνουν στα εξής:

❖ «Δομή» (*Structure*): Αυτή η διάσταση εμπεριέχει το σύνολο των χαρακτηριστικών που συνθέτουν το περιβάλλον στο οποίο παράγονται και παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, τα οποία παρέχουν τη δυνατότητα για παροχή υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε μία υγειονομική μονάδα. Αναλυτικότερα, το κριτήριο καθορίζεται από δεδομένα όπως οι υλικοτεχνικές υποδομές (κτηριακές υποδομές και τεχνικές υποδομές), οι ανθρώπινοι πόροι (επαγγελματίες υγείας, διοικητικό και λοιπό προσωπικό) και κάποια συστατικά του οργανισμού (μέθοδοι αξιολόγησης, πλαίσιο πληρωμών). Παρόλο που τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αποτελούν επιτακτική συνθήκη για την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν θεωρούνται όμως, ικανά για να αξιολογηθεί το ποιοτικό αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και η ύπαρξή τους δεν κατοχυρώνει την επιτυχία επαρκών αποτελεσμάτων και αντίστροφα.

❖ «Διαδικασία» (*Process*): Συχνά αποκαλείται και αποδοτικότητα και περικλείει το σύνολο των διαδικασιών που συντελούνται από τη στιγμή που ο χρήστης/ασθενής εισέρχεται στον πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών έως την στιγμή της λήψης του εξιτηρίου. Επομένως, εξετάζεται ο βαθμός επάρκειας και ορθότητας των ενεργειών που πραγματοποιήθηκαν για έναν ασθενή με στόχο την ανίχνευση και την αναβάθμιση των τομέων που υπολείπονται κατά τη διαδικασία παροχής υγειονομικής φροντίδας.

❖ «Αποτέλεσμα» (*Outcome*): Αφορά τη «βραχυπρόθεσμη» ή «μακροπρόθεσμη» μεταβολή του επιπέδου της υγείας του ασθενούς (βελτίωση, σταθεροποίηση ή επιδείνωση), δηλαδή τη καθολική επίδραση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας καθώς και την ευεξία των χρηστών. Οι εκβάσεις των περιστατικών θεωρούνται σημαντικές για το ποιοτικό αποτέλεσμα και μέσω αυτών αξιολογείται το σύνολο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στον χρήστη/ασθενή.

Πίνακας 3: "Το τρίπτυχο του Donabedian"



Πηγή: (Donabedian, 1988)

Οι ανωτέρω παράμετροι έχουν καθοριστεί με σαφήνεια και προσδιορίζουν το ικανοποιητικό «επίπεδο» ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, το οποίο δύναται να έχει την εξής διαβάθμιση:

- ❖ «Ελάχιστο επίπεδο»: Η «ποιότητα» της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας απαγορεύεται να ολισθήσει κάτω από αυτό το επίπεδο.
- ❖ «Μέσο επίπεδο»: Η αναβάθμιση της «ποιότητας» της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μπορεί να επιτευχθεί με την εντοπισμό των παραγόντων που έχουν χαμηλότερο επίπεδο από το «μέσο», καθώς και με τη λήψη μέτρων για την σταδιακή αναβάθμιση τους.
- ❖ «Ιδανικό επίπεδο»: Σε αυτό το επίπεδο πρέπει να στοχεύει κάθε πάροχος υγειονομικών υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999).



Αντίστοιχα ο Grönroos (1990) κατέληξε σε τρεις διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας:

- στην «*τεχνική διάσταση ποιότητας*», που αφορά το τελικό ποιοτικό αποτέλεσμα από τη χρησιμοποίηση μιας υπηρεσίας,
- στη «*λειτουργική διάσταση της υπηρεσίας*», που αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ προμηθευτών, χρηστών και περιβάλλοντος και
- στη «*συνολική εικόνα*», που αναφέρεται στην συνολική άποψη που διαμορφώνει ο καταναλωτής για τις υπηρεσίες (Alrubaiee and Alkaa 'Ida, 2011).

Παρόμοια οι Parasuraman, Zeithaml και Berry (1985) κατέδειξαν δέκα σημαντικές διαστάσεις για τη ποιότητα οι οποίες είναι: «αξιοπιστία (reliability), ανταπόκριση (responsiveness), ικανότητα (competence), προσβασιμότητα (access), ευγένεια (courtesy), επικοινωνία (communication), αξιοπιστία (credibility), ασφάλεια (security), κατανόηση πελάτη (understanding/ knowing the customer), υλικά-ορατά στοιχεία (tangibles)» οι οποίες θα αναλυθούν σε επόμενο κεφάλαιο.-

Επιπρόσθετα, ο Donabedian ανέλυσε ενδελεχώς την έννοια της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, καταγράφοντας συντελεστές, οι οποίοι επηρεάζουν δραστικά τον καθορισμό της. Αναλυτικά, η παροχή υπηρεσιών υγείας συνιστά ένα πολυδιάστατο παράγοντα, που αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις:

❖ «*Τεχνικό μέρος*» «*technical, Science of Medicine*»: Το τεχνικό μέρος αφορά το συνδυασμό της επιστήμης και της ιατρικής βιοτεχνολογίας με σκοπό την επίτευξη της καλύτερης παρεχόμενης φροντίδας για την διαχείριση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.

❖ «*Διαπροσωπικό μέρος*» «*interpersonal art of Medicine*»: Το διαπροσωπικό μέρος σχετίζεται με την ανθρώπινη διάσταση του χρήστη και του υγειονομικού προσωπικού, δηλαδή αφορά τη συνολική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς και αφορά το επίπεδο επικοινωνίας, την επαρκή πληροφόρηση και υποστήριξη των ασθενών με βάση το πλαίσιο κανόνων ηθικής και δεοντολογίας που ρυθμίζουν τη λειτουργία κάθε κοινωνίας.

❖ «*Ξενοδοχειακή υποδομή*» «*amenities*»: Καθορίζεται από το επίπεδο του εξοπλισμού των δωματίων και τις ανέσεις που παρέχονται στους ασθενείς (Donabedian, 1992).

Ο Donabedian βασιζόμενος στις τρεις παραπάνω διαστάσεις, διατύπωσε τον εξής ορισμό για την «ποιότητα» των υπηρεσιών υγείας : *«ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».*

Εκτός των τριών ανωτέρω διαστάσεων, ο Donabedian διέκρινε δύο ακόμα διαστάσεις, οι οποίες είναι χαρακτηριστικές της παρεχόμενης φροντίδας υγείας:

❖ *«Ποσότητα της Ιατρικής Φροντίδας και η Ποιότητα»:* Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει δύο πτυχές . Η πρώτη αφορά την ποσοτική έλλειψη της φροντίδας. Αντιθέτως η δεύτερη αφορά τις *«περιττές»*, *«μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις».*

❖ *«Οικονομικό Κόστος της Ποιότητας»:* Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του ποιοτικού αποτελέσματος στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί η επάρκεια οικονομικών πόρων, ωστόσο η συμβολή αυτής της επένδυσης θα είναι αποτελεσματική στη μείωση του κόστους, όταν συνδυαστεί με τη μείωση περιττών και ατελέσφορων διενεργειών.

Εύλογα συμπεραίνει κανείς ότι η ποιότητα εμπεριέχει το υποκειμενικό στοιχείο αφού ο ίδιος χρήστης-ασθενής επικυρώνει ότι τα προσφερόμενα προϊόντα ή οι παρεχόμενες υπηρεσίες, ικανοποιούν τις προσωπικές επιθυμίες, ανάγκες ή προσδοκίες του.

## 1.6 Η προσδοκία για ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η κατανόηση των προσδοκιών των ασθενών αποτελεί δυσεπίτευκτο στόχο διότι πολλές φορές, οι ασθενείς αγνοούν τι πραγματικά επιθυμούν ή δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφραστούν άμεσα για αυτό (Lim & Tag, 2000).

Ωστόσο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, διατηρεί στις μέρες μας πρωταρχικές προσδοκίες που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες έχουν εδραιωθεί προοδευτικά ως επιτακτική συνθήκη για τη λειτουργία αυτών των υπηρεσιών, πράγμα που έχει επαληθευτεί μέσω

του ερευνητικού έργου των Parasuraman, Zeithaml και Berry που επιβεβαίωσε ότι ανεξαρτήτως του τύπου της παρεχόμενης υπηρεσίας, οι χρήστες αξιολογούν τις υπηρεσίες μέσω συγκεκριμένων κριτηρίων που αντιστοιχούν στα βασικούς παράγοντες της ποιότητας και ισοδυναμούν με τα εξής (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988): «αξιοπιστία» της παρεχόμενης υπηρεσίας, «ανταπόκριση» των εργαζομένων (ετοιμότητα και προθυμία κατά την παροχή της υπηρεσίας), «ικανότητα», «ευγένεια» «επικοινωνία» και «κατανόηση» των εργαζομένων που αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης και τις δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού, το φιλικό περιβάλλον, την ενδελεχή πληροφόρηση που πρέπει να λαμβάνουν οι χρήστες καθώς και την ενσυναίσθηση με την οποία πρέπει να αντιμετωπίζονται ώστε να διασφαλίζονται ανθρώπινες συνθήκες αντιμετώπισης τους αλλά και η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων τους. Επιπρόσθετα η «προσβασιμότητα», «ασφάλεια», «επαγγελματική πίστη, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη των παρόχων υπηρεσιών υγείας» και τέλος τα «φυσικά χαρακτηριστικά» που διασφαλίζουν ελκυστικό και εγκάρδιο κλίμα, κατάλληλες-πολιτισμένες συνθήκες διαβίωσης αφενός στο χώρο διαμονής-διατροφής, και αφετέρου στον περιβάλλοντα χώρο των υγειονομικών μονάδων (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988; Παπανικολάου, 2007).

Ο Μερκούρης (1996) αντίστοιχα υποστηρίζει ότι υπάρχουν ορισμένοι πρωταρχικοί συντελεστές στις υπηρεσίες υγείας οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των προσδοκιών των ασθενών όπως:

❖ *«Ικανοποίηση από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, ικανοποίηση από το λοιπό βοηθητικό προσωπικό, τις ικανοποιητικές διευκρινίσεις του προσωπικού για τις διαδικασίες και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τον θόρυβο, την ποιότητα του φαγητού, το επίπεδο καθαριότητας, τις υπηρεσίες συνοδών και τις προσδοκίες για την ποιότητα των υπηρεσιών»* (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010)

❖ Οι προσδοκίες αφορούν επιπλέον την ευγένεια, τη διαδικασία εισαγωγής και τις χρεώσεις, στη κάλυψη των θρησκευτικών αναγκών που μπορεί να έχει ο χρήστης-ασθενής και φυσικά στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας (Carey και Seibert, 1993; Καλογεροπούλου, 2011).

❖ Ακόμα σχετίζονται με την υποδοχή των χρηστών, τις διαδικασίες εξιτηρίου και του κόστους νοσηλείας, την τακτική φροντίδα των υγειονομικών εγκαταστάσεων, τις

υποδομές του νοσοκομείου και την επάρκεια του προσωπικού γενικώς (Meterko et al., 1990).

❖ Τέλος, αναφορικά με το σύνολο του ιατρικού προσωπικού, οι χρήστες/ασθενείς επιθυμούν, εκτός των άλλων, *«την υπομονή και την αποδοχή του γιατρού, την κατανόηση, τον σεβασμό, την εμπριθί και τεκμηριωμένη διερεύνηση και διάγνωση του προβλήματος τους, που θα συμβάλλουν στην τελεσφόρα αντιμετώπιση καθώς επίσης και στην ανάπτυξη μιας σταθερής σχέσης με τον γιατρό και στο μέλλον»* (Λιονής, 2011; Βενιού και Τεντολούρης, 2013).

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, οι χρήστες-ασθενείς προσμένουν υψηλό επίπεδο εξυπηρέτησης σε όλα τα επιμέρους τμήματα της διαδικασίας της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας, η οποία αφορά την επικοινωνία με το νοσηλευτικό ίδρυμα, την εισαγωγή, τις κτηριακές υποδομές, τους θεράποντες ιατρούς και το λοιπό νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, τις εξετάσεις, την θεραπευτική αγωγή, το εξιτήριο, την έκβαση της θεραπείας, το συνολικό κόστος θεραπείας-νοσηλείας και την επικοινωνιακή τους σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Χαμηλό επίπεδο ποιότητας των ανωτέρω διαστάσεων δύναται να προξενήσει ιδιαίτερος δυσάρεστα συναισθήματα στους χρήστες/ασθενείς ενώ η ατελέσφορη επικοινωνία με τους θεράποντες ιατρούς συχνά δημιουργεί αμφιβολίες, άγχος και ανασφάλεια (Λιονής, 2011).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η πλήρωση των προσδοκιών με τις οποίες εισέρχονται στο σύστημα υγείας οι ασθενείς, συνδέονται με τα χαρακτηριστικά ποιότητας μιας υπηρεσίας όπως αυτά σκιαγραφήθηκαν από τους Parasuraman et al. (1988) και προβλέπεται να σχετίζονται με αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή υγειονομικής φροντίδας (Τσίμτσιου, 2008), *«ενεργή συμμετοχή τους στην διαδικασία παροχής των υπηρεσιών»* και *«υψηλότερο βαθμό συμμόρφωσης στις διαδικασίες θεραπείας»* (Κουτελέκος και Χαλιάσος, 2014; Thompson and Sunol, 1995).

## 1.7 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στην Υγεία

Γενικότερα η ποιότητα μιας «υπηρεσίας υγείας» καθορίζεται βάσει ορισμένων κριτηρίων όπως την ικανότητα της άμεσης παροχής της, την ευχέρεια πρόσβασης των «χρηστών» σ' αυτή, την «αξιοπιστία» της, την «καταλληλότητά», τη «χρησιμότητα» και την «αποτελεσματικότητα» της, το φιλικό περιβάλλον κατά την παροχή της καθώς και την ικανοποιητική υποστήριξη των ασθενών μετά τη παροχή της. Η ποιότητα ωστόσο, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εκτός από τα παραπάνω κριτήρια μέσω των οποίων αξιολογείται, υπάρχει μια σειρά πολυποίκιλων και πολυδιάστατων προσδιοριστικών παραγόντων από τους οποίους επηρεάζεται. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν έγκειται μόνο στην ιατρική συνεισφορά, αλλά προκύπτει από το συνολικό πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών και των φροντίδων σε όλες τις διαστάσεις τους, ενώ κατά κύριο λόγο αναφέρεται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα νοσοκομειακά ιδρύματα καθώς αυτά συνιστούν το πυρήνα κάθε συστήματος υγείας (Θανασιάς, 2019; Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015; Τούντας, 2008).

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορούν αφ' ενός τις «δομές» (ανθρώπινο δυναμικό, υλικοτεχνικές υποδομές, εξοπλισμό, οργανωτική διάρθρωση του νοσοκομείου, οικονομικούς πόρους), καθώς και τις «διαδικασίες» που περιγράφουν τη λειτουργία ενός υγειονομικού οργανισμού (πράξεις περίθαλψης και θεραπείας, πλήρωση κλινών, διάρκεια νοσηλείας), και αφ' ετέρου την έκβαση της παρεχόμενης φροντίδας, η οποία αποτιμάται μέσω του θεραπευτικού αποτελέσματος της ασθένειας, της «ικανοποίησης» των χρηστών, αλλά και του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού (Θανασιάς, 2019; Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015; Τούντας, 2008).

Πιο αναλυτικά, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, οι δεξιότητες, η επαγγελματική εμπειρία, η επαγγελματική δεοντολογική ηθική και η ενσυναίσθηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που παρέχουν την ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Η υψηλή κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού προσφέρει εύστοχα διαγνωστικά αποτελέσματα και τελεσφόρες θεραπείες για κάθε πρόβλημα υγείας ενώ αξιοσημείωτο παράγοντα αποτελεί η διαρκής εκπαιδευτική αναβάθμιση του διοικητικού και τεχνικού και λοιπού προσωπικού που στόχο έχει τη βελτιωμένη και άρτια παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον σημαντικά συστατικά στοιχεία της συμπεριφοράς του υγειονομικού

προσωπικού πρέπει να είναι η «ευγενική» και «φιλική» διάθεση προς τον χρήστη/ασθενή αφ' ενός, και να διαπνέεται από τον «απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας των χρηστών/ασθενών» αφ' ετέρου, καθώς αποτελεί καθολική επιταγή στη σημερινή εποχή (Θανασάς 2019; Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015; Αδαμαντίδου, 2004).

Επιπλέον είναι αναγκαίο να συμπεριληφθούν στους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα στην υγεία και σχετίζονται με τις κτηριακές υποδομές, τον εξοπλισμό και τις οργανωτικές δομές των υγειονομικών μονάδων για τη διαρκή ενίσχυση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας: ο βέλτιστος σχεδιασμός των κτηριακών υποδομών των υγειονομικών μονάδων και των κλινικών με στόχο να διευκολύνεται η μεταφορά των υλικοτεχνικών και φαρμακευτικών πόρων καθώς και των ασθενών, οι ικανοποιητικές υλικοτεχνικές υποδομές (χώροι, μηχανήματα κλίνες, αναλώσιμα υλικά), η χρήση πρωτοποριακών τεχνολογιών, η παρεχόμενη φροντίδα υγείας εικοσιτετράωρου βάσεως, η προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες (χωρίς γραφειοκρατικές διαδικασίες, αναμονή, ενδιάμεσους και με δυνατότητα ελεύθερης επιλογής), καθώς και η ομαλή λειτουργία και αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών (Θανασάς, 2019; Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015; Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012; Τούντας, 2008).

Στις μέρες μας, το οικουμενικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στην ανάπτυξη ρηξικέλευθων και εξειδικευμένων μοντέλων που στόχο έχουν την διευκόλυνση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες, οικονομικά αποδοτικές και με ασθενοκεντρική αντίληψη, χωρίς να επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό, φυλετικό, εθνικιστικό, θρησκευτικό και πολιτιστικό πλαίσιο (Θανασάς, 2019; Ellis and Alexander, 2016).

Ακόμα, η ταχύτητα της επίλυσης των προβλημάτων υγείας, η ανάδειξη της σωστής θεραπευτικής διαδικασίας-αγωγής, το υποστηρικτικό πλαίσιο μετά την παροχή της υπηρεσίας (που περιλαμβάνει την παροχή αναλυτικών οδηγιών, την ύπαρξη λεπτομερειακού ιατρικού φακέλου και οργανωμένου προγράμματος επανεξέτασης των ασθενών), η διαφύλαξη των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, η ελάττωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, η διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών με το μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό του κόστους, αποτελούν επιμέρους βασικούς στόχους της διοίκησης κάθε οργανωμένης υγειονομικής δομής, που στόχο έχει τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας στη παροχή φροντίδας υγείας, ενώ είναι σημαντική η αναγνώριση και μετάδοση της βαρύτητας της σε όλο το εργατικό δυναμικό με εφαρμογή

πλασίου αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Θανασιάς, 2019; Τούντας, 2008).

Ο οργανωτικός υγειονομικός προγραμματισμός στοχεύει στη τροποποίηση της οργάνωσης και της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, ώστε να είναι εφικτή η κατανόηση και η χρήση πληροφοριών και υπηρεσιών από τους χρήστες/ασθενείς για την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας τους. Έως τώρα έχει δημιουργηθεί πληθώρα οδηγών που αφορούν την υγειονομική παιδεία, που στόχο έχουν να βοηθήσουν τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης σε αυτή την κατεύθυνση, όμως είναι αναγκαία η συστηματική αναθεώρηση και επανεξέταση του περιεχομένου τους, ώστε να καταστεί σαφές το εύρος και πρακτικές συνέπειες αυτού του μετασχηματισμού. Ως εκ τούτου, στόχοι των πιθανών μελλοντικών ερευνών για τη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών θεωρούνται η επανεξέταση του θεωρητικού πλαισίου που διασαφηνίζει την έννοια του οργανωτικού υγειονομικού προγραμματισμού, τα χαρακτηριστικά της οργανωτικής υγειονομικής παιδείας, τα οποία περιγράφονται στους οδηγούς, τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των οδηγών και τα εμπόδια της εφαρμογής του οργανωτικού υγειονομικού προγραμματισμού (Farmanova, Bonneville & Bouchard, 2018; Θανασιάς, 2019).

## 1.8 Ανάγκη για ποιότητα στην Υγεία

Λόγω της ραγδαίας εξελισσόμενης κοινωνικά και οικονομικά κοινότητας καθώς και του ραγδαίου ρυθμού της τεχνολογικής εξέλιξης, τίθενται σε αμφισβήτηση οι απόψεις που είναι οι επικρατέστερες διεθνώς όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Στις δεκαετίες 1960-1970 υπήρξε η πολυετής πεποίθηση για τη περίθαλψη υγείας ως μιας οικοτεχνίας. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, η περίθαλψη υγείας αποτελούσε μια τέχνη ή ικανότητα η οποία παρεχόταν μέσω ελεύθερων επαγγελματιών οι οποίοι εργάζονταν σε ένα αποκεντρωμένο περιβάλλον. Η φροντίδα των επαγγελματιών εναρμονιζόταν με τις διαφορετικές ανάγκες κάθε ασθενή, ενώ χρησιμοποιούνταν μια σειρά διαδικασιών, χωρίς να πραγματοποιείται καθορισμένος σχεδιασμός ή καταγραφή

τους και έφεραν οι ίδιοι την ευθύνη για το κόστος καθώς και για την έκβαση της φροντίδας που παρείχαν. Τη δεκαετία του '60, οι πρώτες ενέργειες για ποιοτική βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ευρώπη και την Αμερική, περιείχαν μια σειρά μελετών σχετικά με τους δείκτες της νοσηρότητας και τη θνησιμότητας. Την επόμενη δεκαετία (1970) εφαρμόστηκε ο «αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος» (retrospective audit), ενώ στις επόμενες δεκαετίες (1980 -1990) επετεύχθη μια ιδιαίτερα σημαντική διαφοροποίηση η οποία έχει χαρακτηριστεί ως «η βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας». Αυτή η αλλαγή επέδρασε σχεδόν σε όλους τους επιμέρους τομείς της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, αφού επηρέασε το οργανωτικό πλαίσιο της περίθαλψης, το τρόπο κατανομής των κινδύνων και τον τρόπο κινητοποίησης και απόκτησης κινήτρων των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα την ίδια εποχή, υποστηρίχθηκε ένθερμα η προτίμηση στη διαδικασία για τη διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance). Μετά το 1990, η διάθεση των οργανισμών προσανατολίζεται στο πρότυπο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Σήμερα ο χώρος της υγείας δέχεται την πρόκληση και ξεκινά μια νέα προσπάθεια για ποιότητα μέσα από την αδιάληπτη αναβάθμιση των υπηρεσιών η οποία επικεντρώνεται στο αξιολογικό κριτήριο των χρηστών/ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Παπανικολάου, 2007).

Η ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών συνυπολογίζεται πλέον στη λίστα των ποιοτικών δεικτών. Η μέτρηση της ικανοποίησης του χρήστη/ασθενούς θεωρείται αξιόλογος δείκτης εκτίμησης του ποιοτικού αποτελέσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών και έχει καθοριστεί ως ένας συντελεστής ο οποίος επηρεάζει την επιτυχία και τελεσφόρηση της περίθαλψης, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ των ατόμων που παρέχουν τη περίθαλψη. Επιπρόσθετα επιδρά στη πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών και αποκτά αναπόφευκτα καθοριστικό ρόλο στην χάραξη της εθνικής πολιτικής υγείας (Γεωργούση, Κυριόπουλος και Μπεαζόγλου, 2000).

Στις προηγούμενες δεκαετίες πραγματοποιήθηκαν μια σειρά από έρευνες σε ΗΠΑ, Καναδά, και Ηνωμένο Βασίλειο οι οποίες κατέδειξαν την ανάγκη αλλαγών του πλαισίου λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων. Παρά την υλοποίηση νομοθετικών αλλαγών, διατμηματικών συνεργασιών και των προσπαθειών για εκσυγχρονισμό των διαδικασιών, οι χρήστες παρουσιάζονται δυσαρεστημένοι σε ζητήματα που σχετίζονται με τη ποιότητα, κόστος και αξιοπιστία των μονάδων υγείας. Από τις έρευνες προέκυψε



ότι ένα σημαντικό ποσοστό των χρηστών/ασθενών σ' αυτά τα κράτη, θεωρούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από ανεπαρκείς ως πενιχρές (Donelan 1999, 2000).

Συνιστά μεγάλη πρόκληση από την μεριά των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η παροχή ενδεδειγμένης νοσηλείας αλλά και ενός ελκυστικού και επαρκούς περιβάλλοντος ανάρρωσης. Οι επικρατέστερες δυσλειτουργίες που εμφανίζονται στα νοσοκομειακά ιδρύματα είναι (Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting, 1997; Αλεξιάδης και Σιγάλας, 1999):

- Επιμέρους χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας (underuse of Healthcare): η ελλιπής χρήση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας όλων των αναγκαίων μέσων για την νοσηλεία των χρηστών/ασθενών μπορεί να επιφέρει μια σειρά δυσχερειών στους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Υπέρμετρη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (overuse of Healthcare): η υπερβολική αντιμετώπιση και χρησιμοποίηση από την μεριά των επαγγελματιών υγείας των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και της εκτέλεσης επιπρόσθετων εργαστηριακών εξετάσεων, δύναται να προκαλέσει επιβάρυνση του κόστους της θεραπευτικής διαδικασίας και αλληλένδετη μεταβολή του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Λανθασμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (malpractice): εσφαλμένες διαγνώσεις ή αργοπορημένη νοσηλεία επιδρούν αρνητικά στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών με πιθανότητα απώλειας σε ανθρώπινες ζωές.
- Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (variation): η καθοριστική ποικιλομορφία του τρόπου και των μέσων ελέγχου που διαθέτουν οι θεραπευτικές ομάδες διεθνώς. Επιπλέον, οι Norman Weinberg et al. (1998) υπογραμμίζουν ορισμένα καθοριστικά προβλήματα της ποιότητας:
  - Εσφαλμένη αρχική διάγνωση
  - Αργοπορημένη διάγνωση
  - Ανεπιτυχής- ατελέσφορη θεραπεία που ενδέχεται να οφείλεται σε εσφαλμένα συνταγογραφούμενα σκευάσματα ή εσφαλμένη δοσολογία καθώς και στην παρουσία παρενεργειών κατά την χορήγηση (π.χ. αλλεργική αντίδραση). Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ότι ο κάθε ανθρώπινος οργανισμός αντιδρά με

μοναδικό τρόπο σε διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελούν διαδικασία πιθανοτήτων.

Οι Norman Weinberg et al. (1998) εξηγούν ότι τα ανωτέρω ζητήματα ενδέχεται να έχουν προκληθεί από μια σειρά συντελεστών, όπως λανθασμένα εργαστηριακά αποτελέσματα (αναποτελεσματικό νοσοκομειακό σύστημα), έλλειψη κλινικής εξέτασης, εσφαλμένη εκτίμηση συμπτωματολογίας ή ατελής επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο διαχωρισμός των ανθρωπίνων σφαλμάτων (λανθασμένη διάγνωση λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης.) από τα σφάλματα του συστήματος (λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή σε λάθος ασθενή).

Η έρευνα του Institute of Medicine εκτιμά ότι τα σφάλματα που λαμβάνουν χώρα, οφείλονται είτε στο οργανωτικό πλαίσιο των νοσοκομειακών ιδρυμάτων είτε σε υπερκόπωση των επαγγελματιών υγείας καθώς και σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις. Εύλογα συμπεραίνει κανείς ότι καθίσταται επιτακτική η ανάγκη παγίωσης συστήματος διασφάλισης ποιότητας που προσανατολίζεται σε ουσιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο που παρέχονται οι υγειονομικές υπηρεσίες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 2.1 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία

Η έννοια της ΔΟΠ «*Total Quality Management, TQM*» εμπεριέχει το σύνολο της μεθοδολογίας και των ενεργειών που υλοποιούνται από μία επιχείρηση, εταιρεία ή οργανισμό υγείας, αποσκοπώντας στη παροχή προϊόντων και υπηρεσιών υψίστης αξίας στο χρήστη/καταναλωτή, με ταυτόχρονη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του αποδέκτη-χρήστη, με καθολική συνεισφορά και δραστηριοποίηση των «έμφυτων και άψυχων πόρων» και με περιορισμό του κόστους. Η ΔΟΠ θεωρείται ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα διοίκησης, που αποβλέπει στη διαρκή άνοδο της ικανοποίησης του χρήστη/καταναλωτή/ασθενή, με ταυτόχρονη ελαχιστοποίηση του πραγματικού κόστους. Επιπρόσθετα αναφέρεται σε μία ολιστική προσέγγιση της ποιότητας που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη ως φιλοσοφία με στρατηγικές διοίκησης ανωτέρου επιπέδου. Διαχέεται από πάνω προς τα κάτω στην ιεραρχία της διοίκησης και οριζόντια μεταξύ των τμημάτων και των διευθύνσεων, παρακινώντας όλους τους εμπλεκόμενους-εργαζόμενους και τα ανώτερα διοικητικά στελέχη να συμμετέχουν και να συνδράμουν, συνυπολογιζόμενοι σε αυτούς οι προμηθευτές-εργολάβοι και οι χρήστες/καταναλωτές/ασθενείς (Bounds et al, 1994). Εδώ και μερικές δεκαετίες, έχουν αναπτυχθεί σύνθετα συστήματα διοίκησης ποιότητας τα οποία έχουν επηρεαστεί από διακεκριμένους Αμερικανούς και Ιάπωνες επιστήμονες, τους λεγόμενους «γκουρού» της ποιότητας (Τζωρτζόπουλος, 2014; Παπανικολάου, 2007; Hellsten & Klefsjö, 2000; Petersen, 1999).

Σύμφωνα με τον Oakland (2012) η ΔΟΠ αποτελεί, μια διαδικασία βελτίωσης της «αποδοτικότητας» και της «αποτελεσματικότητας» της διάρθρωσης όλου του οργανισμού. Από την ονομασία της ΔΟΠ συνεπάγεται, ότι τα βασικά συστατικά που συνθέτουν τη ΔΟΠ, είναι η «δέσμευση της διοίκησης», η «ολική συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων πλευρών» καθώς και η «ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών» (Λογοθέτης, 1992; Lau & Anderson, 1998; Oakland, 2012). Το συστατικό της Διοίκησης αφορά τη «δέσμευση της διοίκησης» στο σύνολο των ενεργειών και δραστηριοτήτων του οργανισμού, για την αδιάληπτη προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το συστατικό της «ολικής συμμετοχής» αφορά τη καθολική

συμβολή και συνεισφορά των εμπλεκόμενων, δηλαδή των προμηθευτών, των εργαζομένων και των χρηστών/ασθενών (Lau & Anderson 1998; Dayton, 2003), ενώ το συστατικό της «ποιότητας» ενέχει εκπλήρωση προσδοκιών, επιθυμιών και αξιώσεων των χρηστών/ασθενών (Sit et al, 2009). Ως χρήστης/καταναλωτής λογίζεται ο εσωτερικός και ο εξωτερικός. Η σημασία του χρήστη συμπεριλαμβάνει τελικούς χρήστες, χρήστες προϊόντων και εργαζόμενους όλων των βαθμίδων, οι οποίοι συμβάλλουν στην παραγωγή και επιδρούν στην ποσότητα και «ποιότητα» των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Μαλάμου, 2016).

Βασική προϋπόθεση για την υλοποίηση ενός συστήματος ΔΟΠ αποτελεί η θεμελίωση ενός πλαισίου εργασιακών σχέσεων που θα διακρίνονται από υψηλή δέσμευση. Ταυτόχρονα, εμπεριέχει την διαδικασία για την ανάπτυξη και ενίσχυση μίας οργανωσιακής κουλτούρας που θα έχει ως βασική επιδίωξη τη διαρκή αναβάθμιση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, στο χώρο της Υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό, οι συνθήκες και ο τρόπος εργασίας, αποτελούν καθοριστικούς συντελεστές διάκρισης και προόδου των υγειονομικών οργανισμών. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι επωμίζονται σε υψηλό ποσοστό την ευθύνη για την πετυχημένη λειτουργία των οργανισμών υγείας, αλλά και για την ικανοποίηση των ασθενών που συνιστούν τους τελικούς χρήστες. Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως, ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας βρίσκεται διαρκώς αντιμέτωπος με τη πάγια ανάγκη για αναβάθμιση της «ποιότητας». Συνεπώς ο τομέας αυτός συνιστά μία ιδιαίζουσα πρόκληση για την υλοποίηση των αρχών της ΔΟΠ (Mark & Critten, 1998; Κατώγλου, 2013).

Η ΔΟΠ αποτελεί μια φιλοσοφία, η οποία συμπεριλαμβάνει ένα σύνολο κατευθυντήριων αρχών διοίκησης ενός οργανισμού ή υπηρεσίας και διαδικασιών διαρκούς αναβάθμισης της ποιότητας «*continuous quality improvement, CQI*» των παρεχομένων προϊόντων ή υπηρεσιών. Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ εστιάζονται στην ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών όταν υλοποιούνται σε υγειονομικές υπηρεσίες, στην καθολική συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται στις διαδικασίες αναβάθμισης της ποιότητας και στη συνεχή εκπαίδευσή τους, στην εκπλήρωση στόχων μέσω του ομαδικού πνεύματος στην εργασία, στη διαρκή αναβάθμιση κάθε διαδικασίας, στη διατμηματική συνεργασία και επικοινωνία, στη συνεργασία-επικοινωνία των προμηθευτών και των πελατών/χρηστών (πολίτες ή ασθενείς) με τη διοίκηση, καθώς και στη πρόληψη της υγείας και όχι στην αναγκαία θεραπεία (Παπακωστίδη και συν, 2012; Oakland, 1994, Dale et al, 2007; Τζωρτζόπουλος, 2017).

Αξίζει, επιπλέον να αναφερθεί ότι η ΔΟΠ συμπεριλαμβάνει στρατηγικές οι οποίες δύνανται να αξιοποιηθούν με στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας, ενώ διαθέτει μέτρα και διεξάγεται εμπειριστατωμένη καταγραφή και ερμηνεία των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων (Gilbert et al, 1992; Κοράκη & Πέππας, 2013; Μαλάμου, 2016). Συγχρόνως η ΔΟΠ ενστερνίζεται τη προσέγγιση ελάττωσης του κόστους, με παράλληλη βελτίωση της ικανοποίησης και κατ' επέκταση της εμπιστοσύνης του χρήστη/καταναλωτή υγειονομικών υπηρεσιών, που επιτυγχάνεται με σταθερές βελτιώσεις, οι οποίες επιφέρουν αναβαθμισμένη παροχή υπηρεσιών, προσδίδοντας έτσι ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Zhang et al, 2000; Talib & Rahman, 2010; Μαλάμου 2016). Επιπροσθέτως η ΔΟΠ δεν αποτελεί απλά ένα σύστημα που υλοποιείται και μετέπειτα δύναται να εγκαταλειφθεί. Απεναντίας, αφορά μία συνεχή προσπάθεια εφαρμογής του προγράμματος, μέσω της ενσωμάτωσής του σε όλες τις καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού, ενώ απαιτείται η ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος διοίκησης ποιότητας που εκκινεί ιεραρχικά από τις υψηλότερες βαθμίδες της διοίκησης, επεκτεινόμενο οργανωτικά προς τα κάτω, καθορίζοντας όλες τις διαδικασίες του οργανισμού (Sarathy, 2013).

Παρ' όλο που δεν υφίστανται ιδανικά πρότυπα, ενσωμάτωσης, ενστερνισμού και διαρκούς υλοποίησης ΔΟΠ, διακρίνονται εντούτοις κάποια κομβικά στάδια, αναγκαία για την ομαλή μετάβαση σε μία διοίκηση με «*αρχές ολικής ποιότητας*». Πριν από την ένταξη ενός πλαισίου ΔΟΠ, είναι αναγκαία η αξιολόγηση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και ο καθορισμός της αποστολής και του οράματός του (Μποχώρης 2008; Fotopoulos & Psomas, 2010).

Η σπουδαιότητα της αξίας της ΔΟΠ στους υγειονομικούς οργανισμούς έγκειται στο γεγονός, ότι είναι πολυποίκιλες οι πτυχές της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά τους οργανισμούς υγείας, πωλητές θεωρούνται όλο το υγειονομικό προσωπικό, οι μονάδες υγείας, τα τμήματα, οι κλινικές κτλ., καθώς παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες προς κατανάλωση με καθορισμένο αντίτιμο. Από την άλλη, ως καταναλωτές λογίζονται οι ασθενείς που καταναλώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με καθορισμένο αντίτιμο. Ταυτόχρονα, συνυπολογίζεται και η ποιότητα της αποδοτικότητας η οποία είναι συνυφασμένη και άρρηκτα συνδεδεμένη με τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας, και αφορά τη συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού, τις κτηριακές υποδομές, το φαγητό, το τεχνολογικό εξοπλισμό, την

ασφάλεια, και άλλους συντελεστές που συνδέονται με τις υπηρεσίες υγείας. Από τα παραπάνω συνάγεται εύλογα το συμπέρασμα ότι η ΔΟΠ στις υγειονομικές υπηρεσίες αναφέρεται (Prior, 2006):

- ❖ στη ποιότητα της Διοίκησης
- ❖ στη ποιότητα του υγειονομικού και λοιπού προσωπικού
- ❖ στη ποιότητα της περίθαλψης

Στους οργανισμούς υγείας, η ΔΟΠ εστιάζεται στον τελικό χρήστη των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλαδή στον ασθενή. Αποτελεί κοινή διαπίστωση, ότι τα νοσοκομεία τα οποία παρέχουν ως επί το πλείστον την υγειονομική περίθαλψη, επιβάλλεται να υλοποιούν τις αρχές της ΔΟΠ και να εφαρμόζουν προγράμματα ποιοτικής αναβάθμισης, τόσο πριν όσο και μετά τη παροχή της αναγκαίας περίθαλψης (Τούντας, 2003). Τις τελευταίες δεκαετίες, παρουσιάζεται η τάση στην Ελλάδα αλλά και σε πολυάριθμες χώρες ανά το κόσμο, για υιοθέτηση και ένταξη της ΔΟΠ στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η τάση αυτή δεν είναι μια εφήμερη και βραχύβια επιλογή των διοικήσεων, αλλά θεμελιώδης και πάγια λύση για τη καταπολέμηση των παθογενειών που εμφανίζουν τα διοικητικά συστήματα. Συγχρόνως, στον ευαίσθητο χώρο της υγείας, συνιστάται η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος διοίκησης και ενός συστήματος αξιολόγησης των ενεργειών των διοικούντων, που έχουν υλοποιηθεί αφ' ενός σε ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υγειονομικής περίθαλψης και αφ' ετέρου σε δημόσιους υγειονομικούς οργανισμούς, τα οποία συνεισφέραν αποφασιστικά στην ισχυροποίηση του ανταγωνιστικού τους πλεονεκτήματος και της καινοτόμου δραστηριότητας, ενώ ταυτόχρονα έχουν ανταποκριθεί επαρκώς στις προσδοκίες των χρηστών/καταναλωτών (Μιχαηλίδου & Σακελλαρίου, 2007).

Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως, η υλοποίηση ενός συστήματος ΔΟΠ στους δημόσιους οργανισμούς υγείας, αποτελεί ένα εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα. Το γεγονός αυτό αποδίδεται σε μία σειρά προσκομμάτων που θέτει η ίδια η πολιτεία, κατά κύριο λόγο μέσω της νομοθεσίας, στοχεύοντας στον απόλυτο έλεγχο των οργανισμών υγείας από την Κεντρική Διοίκηση (Κουκουφίλιππου και συν., 2017).

## 2.2 Αρχές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο τομέα της Υγείας

Παρ' όλο που δεν παρουσιάζεται ομογνωμία στη βιβλιογραφία αναφορικά με τις αρχές και τα χαρακτηριστικά τα οποία στοιχειοθετούν ένα σύστημα ΔΟΠ, που δύνανται να ενισχύσουν τους οργανισμούς, ώστε να επιτύχουν διοικητική αριστεία καθώς και να προσαρμοστούν στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, ωστόσο διακρίνονται πολλά κοινά δεδομένα. Η ΔΟΠ βασίζεται στην παραδοχή και συμμόρφωση σε ορισμένες θεμελιώδεις αρχές-αξιώματα, προκειμένου να εφαρμοστεί αποτελεσματικά και οι οποίες συνθέτουν το κεντρικό άξονα του δόγματος αυτής της διοίκησης με ανάλογες εφαρμογές στο τομέα της υγείας:

① «Εστίαση στον πελάτη-ασθενή/ικανοποίηση χρήση υπηρεσιών υγείας»: Η αρχή αναφέρεται στην εστίαση στο χρήστη/καταναλωτή ως λογική συνέχεια της αξίας του όρου χρήστη για τη ΔΟΠ. Κάθε οργανισμός (δημόσιος ή ιδιωτικός) υγειονομικής φροντίδας, είναι αναγκαίο να δείχνει σεβασμό στην πελατοκεντρική/ασθενοκεντρική προσέγγιση κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι υπηρεσίες υγείας απαιτείται να σχεδιάζονται και να αναπτύσσονται λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες των χρηστών/καταναλωτών (Tošić, Ruso and Filipović, 2018). Η έννοια χρήστης αφορά τους εσωτερικούς χρήστες/καταναλωτές «εργαζόμενους», καθώς και τους εξωτερικούς χρήστες/καταναλωτές των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων. Οι επιθυμίες, οι ανάγκες, οι αξιώσεις των χρηστών/καταναλωτών και το αδιάληπτο εγχείρημα εκπλήρωσής τους διαδραματίζουν έναν ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο στην πραγματοποίηση και επιτυχία της ΔΟΠ. Μέσω της κατανόησης των αναγκών και των προσδοκιών των «εσωτερικών» και «εξωτερικών» χρηστών, καθώς και της κατανόησης της ενσυναίσθησης που διαθέτουν οι εργαζόμενοι, δηλαδή της συναισθηματικής ταύτισης με την ψυχική κατάσταση των ασθενών των οποίων τις ανάγκες είναι αναγκαίο να καλύψουν όσο το δυνατό καλύτερα, παρέχεται η προοπτική στον οργανισμό να αξιοποιήσει όλες τις ευκαιρίες για ποιοτική αναβάθμιση των προϊόντων, υπηρεσιών καθώς και τη συνολική παραγωγική διαδικασία (James 1996, Ljungström & Klefsjö 2002, Δερβιτσιώτης 2005). Η εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών συνδέεται με προσβασιμότητα, επαγγελματικές δεξιότητες προσωπικού, γραφειοκρατικές διαδικασίες, υλικοτεχνικές υποδομές, ασφάλεια περίθαλψης, συνέχεια στην περίθαλψη. Ειδικότερα, απαιτείται η ανάδειξη και η διερεύνηση των αναγκών, η ύπαρξη

προγράμματος, η προγραμματισμός διοικητικών διαδικασιών και κλινικής περίθαλψης (Lillrank 2015, Kamra et al 2015).

② *«Ηγετική Διοίκηση-Δέσμευση και Υποστήριξη από την Ηγεσία»:* Η αρχή αναφέρεται στο σύνολο των ανώτατων στελεχών και τη διοίκηση του οργανισμού που εμπλέκονται στην υλοποίηση της ΔΟΠ. Η δέσμευση τους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την καθιέρωση των αρχών της ΔΟΠ, χωρίς την οποία καθίσταται αδύνατη οποιαδήποτε θετική μεταβολή προς την «ποιότητα» με πάγια αποτελέσματα. Σύσσωμη η «διοίκηση» καλείται να διαδραματίσει πρωταγωνιστικό ρόλο στο εγχείρημα αυτό διαμορφώνοντας και αναπτύσσοντας πρόσφορο κλίμα με την παροχή της απαραίτητης καθοδήγησης και των απαιτούμενων μέσων καθώς και της υποστήριξης που ενδεχομένως να έχουν ανάγκη οι εργαζόμενοι ώστε να μεταφέρει το επιχειρησιακό όραμα και να εφαρμόσει επιτυχώς τη ΔΟΠ (James 1998, Ljungström & Klefsjö 2002, Δερβιτσιώτης 2005) ενώ την κύρια ευθύνη του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της υλοποίησης των στόχων και του ελέγχου της αδιάληπτης προόδου και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών, την φέρουν τα ανώτερα και ανώτατα στελέχη του οργανισμού. (Øvretveit & Gustafson 2003, Marley et al 2004). Επιπρόσθετα είναι αναγκαία η ύπαρξη καθολικής καθοδήγησης και υποστήριξης από τη διοίκηση όλων των επιμέρους τμημάτων του οργανισμού με απώτερο στόχο τη δημιουργία «*κουλτούρας φιλικής προς την ποιότητα*», διαμόρφωσης πλαισίου δράσης με τη συνέργεια των εργαζομένων, καθώς και με επαΐοντες σε ζητήματα «*ποιότητας*» για τη σχεδίαση και εφαρμογή της, αλλά και η ύπαρξη «*δέσμευσης, ορθής και επωφελούς αξιοποίησης οικονομικών πόρων, ενέργειας και χρόνου*» (Jackson 2001). Η αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης, η θεμελίωση και η διατήρηση «*οράματος ποιότητας*», ενθάρρυνση, ανταμοιβή, εκτίμηση και αποκατάσταση της εύρυθμης λειτουργίας (Mosadeghrad 2013, Backstrom et al 2014), σε συνδυασμό με το γνωσιακό υπόβαθρο, την αδιάληπτη κατάρτιση και εκπαίδευση σε ζητήματα ποιοτικής διοίκησης από τα ανώτερα στελέχη, συνθέτουν τους παράγοντες που αποφέρουν αποτελέσματα (Jackson 2001, Chen et al 2004).

③ *«Ενεργή συμμετοχή προσωπικού-Ενεργή συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζομένων»:* Η αρχή αφορά τη διασφάλιση και τη συντήρηση της ποιότητας μέσω της καθολικής και συστηματικής συμβολής του εργατικού δυναμικού από όλα τα τμήματα και τις οργανωτικές δομές ενός οργανισμού. Σύσσωμοι οι εργαζόμενοι συμμετέχουν μέσω της εργασίας, της εμπειρίας και των ιδεών τους στη πραγμάτωση αλλά και τη



διαρκή πρόοδο και αναβάθμιση της «ποιότητας». Στόχος είναι η εναρμόνιση και ο ενστερνισμός μιας νοοτροπίας μέσω της οποίας θα προκύπτει η θεμελίωση μιας συγκεκριμένης «οργανωσιακής κουλτούρας» που συμπίπτει με τη στοχοθεσία και τις αρχές της ΔΟΠ (James 1998, Ljungström & Klefsjö 2002, Δερβιτσιώτης 2005). Για την υλοποίηση της ΔΟΠ αποτελεί επιτακτική ανάγκη η συμμετοχή και η δέσμευση όλων των εργαζομένων (Ennis & Harrington 1999, Dayton 2003). Η συλλογική προσπάθεια διευρύνει την πιθανότητα επίλυσης των προβλημάτων, καθώς οι εργαζόμενοι νιώθουν, ότι συνεργάζονται για ένα συλλογικό σκοπό. Επιπρόσθετα αλληλοβοηθούνται για την αποφυγή λαθών αλλά και για τα ύψιστα και επωφέλη αποτελέσματα που αφορούν το άθροισμα των εμπλεκόμενων φορέων (Øvretveit 2003, Downey - Ennis et al 2004).

④ «Προσέγγιση Εστιασμένη στο μοντέλο των επιχειρηματικών διεργασιών-αλληλεπίδραση διαδικασιών-διεργασιών»: Η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων είναι περισσότερο εφικτή όταν το σύνολο των ενεργειών και των διαθέσιμων πόρων ενός οργανισμού εντάσσονται σε ένα δομημένο πλαίσιο διεργασιών (Πιερράκος, 2008). Η λειτουργία των οργανισμών βασίζεται σε υφιστάμενες διαδικασίες οι οποίες αποτελούνται από «κύριες» (προσδίδουν αξία άμεσα και αφορά τους εξωτερικούς καταναλωτές/χρήστες) ή «υποστηρικτικές» (προσδίδουν έμμεσα αξία στο προϊόν ή στην υπηρεσία, καθώς σκοπεύουν να ικανοποιήσουν κυρίως τους εσωτερικούς καταναλωτές/χρήστες). Οποιαδήποτε «κύρια» δραστηριότητα στους οργανισμούς εμπριέχει διατμηματική αλληλεπίδραση, πράγμα που σημαίνει ότι όλα τα τμήματα του οργανισμού επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω των διαδικασιών και κατ' αυτό το τρόπο οι εργαζόμενοι κατανοούν ευκολότερα όλο το σύστημα προσθήκης αξίας και λειτουργίας του οργανισμού. Η παροχή της υπηρεσίας κατά συνέπεια αναφέρεται σε ένα άθροισμα ενεργειών που συνδέονται μεταξύ τους, διεξάγονται σε αλληλουχία και διασφαλίζουν την παροχή της έννοιας της υπηρεσίας (service concept) και της προσφοράς της συγκεκριμένης εμπειρίας στον καταναλωτή/χρήστη, μέσα από τον συντονισμό των εργαζομένων του οργανισμού, των καταναλωτών/χρηστών και του σχετικού εξοπλισμού / και λοιπών εμπράγματων στοιχείων (Johnston, Clark & Shulver, 2012; Χυτήρης και Άννινος, 2015).

⑤ «Συστημική προσέγγιση της διοίκησης-Αλληλεπίδραση ανθρωπίνων & υλικών πόρων-γνώσεων & πληροφοριών»: Η αρχή αφορά μια σειρά ενεργειών αναγνώρισης, κατανόησης και διαχείρισης ενός πλαισίου, το οποίο αποτελείται από σχετικές μεταξύ

τους διαδικασίες και αποσκοπεί σε ένα σαφές αποτέλεσμα, ενώ συμβάλλουν στην βελτίωση της «αποτελεσματικότητας» και «αποδοτικότητας» του οργανισμού. (Πιερράκος, 2008). Το ανθρώπινο δυναμικό παρακινείται να εργάζεται και να παρέχει τις υπηρεσίες με διαλειτουργικό τρόπο έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη λειτουργία των διαδικασιών και αναβάθμιση των συστημάτων και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η «*συστημική προσέγγιση*» θεωρεί κάθε οργανισμό ως ένα ζωντανό σύστημα που αλληλεπιδρά και βρίσκεται σε αέναη επικοινωνία με τις διαδικασίες, τα τμήματα και το περιβάλλον, που έρχονται συνεχώς σε επαφή μεταξύ τους, ενώ σε σχέση με την εσωτερική οργάνωση μιας υγειονομικής υπηρεσίας, επικεντρώνεται στο διαλειτουργικό επίπεδο που υπάρχει ανάμεσα στο ανθρώπινο δυναμικό, τη κουλτούρα, τον εξοπλισμό και τη τεχνολογία, τη γνώση και τις πληροφορίες, τις υλικοτεχνικές υποδομές καθώς και την ανατροφοδότηση/έλεγχο (Κεφαλάς 1998, Ζαβλανός 1998).

⑥ «*Συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*»: Η αρχή σχετίζεται με την ενθάρρυνση της συστηματικής αναζήτησης πρωτοπόρων μεθόδων για αναβάθμιση των διαδικασιών που αφορούν την παραγωγή ενός προϊόντος, τη παροχή μιας υπηρεσίας, την εξυπηρέτηση των καταναλωτών/χρηστών καθώς και το περιορισμό της διασπάθισης των πόρων, ενώ παράλληλα συνιστά μια διαδικασία ελάττωσης των λανθασμένων αποτελεσμάτων ή της απόκλισης από τα πρότυπα Συνέπεια αυτής της αξίωσης συνιστούν ο γρήγορος ρυθμός εξέλιξης του κοινωνικού περίγυρου, της τεχνολογίας, καθώς και της διαφοροποίησης των περισσότερων αναγκών των χρηστών. Επιπλέον επιδιώκεται η καλύτερη συνολική λειτουργία των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και ένα πλαίσιο διορθωτικών ενεργειών το οποίο επιτυγχάνεται μέσω των ομάδων ποιότητας που συγκροτούνται από την πλειονότητα των οργανισμών-«*κύκλοι ποιότητας*» και του καθορισμού συμβουλίων ποιότητας, για την επιτήρηση της εξέλιξης των διαδικασιών στη προσπάθεια της συνεχούς αναβάθμισης (Al-Assaf & Sheikh 2004). Ο «*κύκλος ποιότητας*» είναι μια ομάδα εργαζομένων που αποτελείται από άτομα όλων των επιπέδων ενός οργανισμού, γραφεία, τμήματα, τομείς και διευθύνσεις που έχει ως στόχο-αντικείμενο να αναγνωρίσει, να διερευνήσει και να επιλύσει προβλήματα του οργανισμού, που έχουν σχέση με την αναβάθμιση της ποιότητας και την αύξηση της αποδοτικότητας ώστε να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον οργανισμό με όσο το δυνατό χαμηλότερο κόστος και με τις λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς 2012). Πραγματοποιείται αξιολόγηση της παρούσας

κατάστασης, καθορισμός των προβλημάτων αλλά και των καταστάσεων που συντελούν στην ομαλή συνεργασία μεταξύ του ανθρώπινου δυναμικού και του οργανισμού, στοχεύοντας στην ανάληψη ευθυνών, τη λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών (Τζωρτζάκη & Τζωρτζάκης 2002).

⑦ «*Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων: στοχοθεσία και δείκτες μέτρησης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας*»: Η αρχή αυτή σχετίζεται με τη θεμελίωση αντιπροσωπευτικών δεικτών, οριοθέτηση στόχων και «δεικτών μέτρησης». Η διερεύνηση των αναγκών των χρηστών (εσωτερικών και εξωτερικών) αποτελεί κύριο σημείο στην εφαρμογή προγράμματος ΔΟΠ, όπως και η διενέργεια μετρήσεων που αντικατοπτρίζουν την εκπλήρωση των αναγκών και προσδοκιών (Naidu 2009). Αναγκαία προϋπόθεση συνιστούν ο προσδιορισμός στοχοθεσίας, η μείωση και αποφυγή σφαλμάτων στο θεραπευτικό πλάνο με παράλληλη ισχυροποίηση της ασφάλειας των χρηστών και ο καθορισμός δεικτών για τη μέτρηση ποιότητας (Chassin & Loeb 2013, Al-Assaf & Sheikh 2004). Οι «*Δείκτες Αξιολόγησης*» αποτελούν μετρήσιμα δεδομένα της παροχής υπηρεσιών και δύναται να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της «*ποιότητας*» των υπηρεσιών, προσφέροντας αξιοσημείωτες πληροφορίες για το επίπεδο υγείας, αλλά και συμβάλλοντας στην αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης (Ψαρόπουλος 2010). Επιπρόσθετα πραγματοποιείται συνεχής αποτίμηση των αποτελεσμάτων και συγκριτική ανάλυση με την αρχική στοχοθεσία καθώς και εκτίμηση της συνολικής απόδοσης (Benchmarking) του οργανισμού (Talib et al 2011). Παράλληλα πραγματοποιείται συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των λειτουργιών και διαδικασιών, προκειμένου οι εργαζόμενοι και η διοίκηση να έχουν πλήρη επίγνωση της κατάστασης και των δεδομένων του οργανισμού ανά πάσα στιγμή, ενώ στην περίπτωση που μέσω της σύγκρισης των αποτελεσμάτων, που βασίζονται σε προκαθορισμένα πρότυπα, διαπιστωθούν αποκλίσεις, λαμβάνονται διορθωτικά μέτρα. Η σύγκριση αποσκοπεί στην ανίχνευση της απόκλισης ανάμεσα στο επιθυμητό αποτέλεσμα και το πραγματοποιηθέν (Jackson 2001, Mosadeghrad 2006a). Συγχρόνως πραγματοποιείται «*ανασκόπηση*» και επανεξέταση των διεργασιών του προγράμματος, καθώς η βελτίωση της ΔΟΠ εξαρτάται από τη μεθοδική «*ανασκόπηση*» και τον έλεγχο της αναβάθμισης του ποιοτικού αποτελέσματος (Ovretveit 2000, Carman 2010). Ακολούθως γίνεται επανεκτίμηση όλης της διαδικασίας, αναθεώρηση στα αναγκαία σημεία και προσδιορισμός νέας και βελτιωμένης στοχοθεσίας. Αναμφίβολα η

εμπεριστατωμένη μέτρηση της παρεχόμενης περίθαλψης, η χρήση δεικτών, ο προσδιορισμός προτύπων για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας, αποτελούν αναγκαία συστατικά τόσο για την υλοποίηση της ΔΟΠ, όσο και για όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες (Cheng et al 1999, WHO 2003).

⑧ «*Αμοιβαίες σχέσεις ωφελείας με προμηθευτές-Αλληλένδετες σχέσεις/Συνεργασία-επικοινωνία της Διοίκησης με τους Προμηθευτές*»: Η αρχή αυτή υποστηρίζει την ανάπτυξη ορθών σχέσεων και ικανοποιητικής συνεργασίας μεταξύ των προμηθευτών και του οργανισμού για την εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών καθώς και την εξέλιξη και χρήση καινοτόμου τεχνογνωσίας και εισαγωγής πληροφοριών (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου 2011, Faloudah et al 2015).

⑨ «*Συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας & λοιπών εργαζομένων*»: Σύμφωνα με αυτή την αρχή, τα διοικητικά στελέχη όσο και οι επαγγελματίες υγείας, επιβάλλεται να είναι γνώστες των εργαλείων και των τεχνικών που χρησιμοποιούνται για την υλοποίηση της ΔΟΠ, οι οποίες συντελούν στην πιο αποδοτική και αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και στην επισήμανση της αιτίας των δυσλειτουργιών του οργανισμού (James 1998, Ljungström & Klefsjö 2002, Δερβιτσιώτης 2005). Για το λόγο αυτό υλοποιούνται προγράμματα για τη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο είναι υπεύθυνο, για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει όπως και ο κάθε εργαζόμενος μεμονωμένα, στον ενδεδειγμένο χρόνο και με τις κατάλληλες λύσεις, προλαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο μια ενδεχόμενη δυσλειτουργία του οργανισμού (Dahlgard et al 2002). Όλα τα επίπεδα των εργαζομένων, απαιτείται να διαθέτουν ανάλογη τεχνική και τεχνολογική κατάρτιση, ώστε να παρέχεται υψηλή επιστημονικά περίθαλψη, που με την σχετική επιμόρφωση σε πρωτοπόρες τεχνικές και μεθόδους, θα αποφέρουν το καλύτερο δυνατό ποιοτικό αποτέλεσμα στη περίθαλψη (Thiagarajan & Zairi 1997, Jackson 2001).

⑩ «*Υποκίνηση - ενθάρρυνση & επιβράβευση των εργαζομένων*»: Τέλος η διοίκηση είναι αναγκαίο να παρέχει στους εργαζόμενους την απαραίτητη ενθάρρυνση, ώστε να ενστερνιστούν νέες αξίες, να αναπτύξουν τη δημιουργικότητά τους, να εφαρμόσουν καινοτόμες ιδέες, να αισθάνονται ότι προσφέρουν και να ανταμείβονται με την ανάλογη επιβράβευση για αυτό, συνεισφέροντας έτσι στην προβολή των ξεχωριστών δεξιοτήτων τους σε κάθε σημείο της παροχής υπηρεσίας. Νιώθουν, δεσμευμένοι ως προς την ανάγκη για ποιοτική αναβάθμιση, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και στο συντομότερο χρόνο

(Karia & Hasmi Abu Hassan Asaari 2006, Lee et al 2012). Είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους εργαζόμενους, η αναγνώριση και η εκτίμηση των προσπαθειών και των επιτευγμάτων τους από τη διοίκηση. Παράλληλα η «ηγεσία» οφείλει να καλλιεργεί το ομαδικό πνεύμα ανάμεσα, την επικοινωνία, την ανατροφοδότηση, ενδυνάμωση και την προσωπική ανέλιξη των εργαζομένων (Ugboro & Obeng 2000).

### 2.3 Πλεονεκτήματα από την αναβάθμιση της ποιότητας μέσω της ΔΟΠ

Τη σήμερον ημέρα ο ενστερνισμός των αρχών της ΔΟΠ θεωρείται μονόδρομος για την βιωσιμότητα των σύγχρονων οργανισμών και εταιρειών σε ένα ιδιαίτερα ευμετάβλητο και συνεχώς ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η βιωσιμότητα, η πρόοδος, καθώς και η ευμάρεια ενός οργανισμού, βασίζεται στο κέρδος σε συνάρτηση με τις δαπάνες του. Αναμφίβολα, οι τελικοί χρήστες αποτελούν αποφασιστικό παράγοντα, στη διαδικασία διεύρυνσης των κερδών και ελαχιστοποίησης των δαπανών, μέσω της αποδοχής και κατανάλωσης των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. Σήμερα περισσότερο από ποτέ, ο χρήστης διεκδικεί παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και προϊόντων. Οι οργανισμοί ενσωματώνοντας ποιοτικά προγράμματα, συντηρούν τους υφιστάμενους χρήστες/καταναλωτές και ταυτόχρονα δημιουργούν καινούργιους, καθώς ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Συγχρόνως, οι οργανισμοί και οι εταιρείες, που παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες και προϊόντα επιτυγχάνουν τη διττή στοχοθεσία που αφορά στο περιορισμό παροχής εσφαλμένων υπηρεσιών με ταυτόχρονο περιορισμό του κόστους ή αντίστοιχα το περιορισμό των ελαττωματικών προϊόντων με ταυτόχρονη ελάττωση του κόστους παραγωγής, που συμβάλλει στη διεύρυνση των κερδών (Συντιχάκη, 2010; Suzan, 2015).

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αφορά άμεσα την ευρύτερη κοινωνία. Κατά κύριο λόγο αφορά τους ασθενείς, που αποτελούν τους χρήστες/καταναλωτές των υγειονομικών υπηρεσιών, και κατ' επέκταση την οικογένεια και το κοινωνικό τους περίγυρο. Επιπρόσθετα, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών απασχολεί, τους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας, όπως το ιατρονοσηλευτικό, παραϊατρικό, διοικητικό και λοιπό εργατικό δυναμικό, το οποίο μεριμνά για την περίθαλψη των ασθενών, καθώς και

εκείνους που επιφορτίζονται με το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών-«το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς» και εν κατακλείδι, το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι η αναβάθμιση της ποιότητας καθώς και η αδιάληπτη προσπάθεια για την τελεσφόρηση της, επιφέρει αξιόλογα υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα για το άθροισμα των συμμετεχόντων στους οργανισμούς υγείας. Οι ωφέλειες που προκύπτουν από την αναβάθμιση της ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο είναι πολύπλευρα. Παρακάτω αναλύονται τα εξής (Αγγελόπουλος, 1994):

1. «Οφέλη για τον ασθενή»

- «Υγειονομικά οφέλη». Αφορούν την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων καθώς και την εφαρμογή του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου και των στοχευμένων παρεμβάσεων. Επιπρόσθετο πλεονέκτημα συνιστά ο περιορισμός ή και η αποφυγή επιπλοκών, λόγω ετεροχρονισμένης ή εσφαλμένης αγωγής.
- «Ψυχολογικά οφέλη». Πρωτίστως, συνδέονται με το περιβάλλον του υγειονομικού φορέα, στο οποίο αντιμετωπίζονται τα ποικιλόμορφα περιστατικά των ασθενών και δευτερευόντως με το χρονικό διάστημα παραμονής τους σ' αυτό. Η καλή ψυχολογία των ασθενών, επιδρά θετικά στην τελεσφόρηση του θεραπευτικού πλάνου στο οποίο υποβάλλονται. Όσο λοιπόν, ποιοτικότερες εμφανίζονται οι συνθήκες διαμονής των ασθενών στο περιβάλλον του φορέα υγείας, τόσο πιο αντιληπτά καθίστανται τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζουν. Επιπρόσθετα, η μείωση της διάρκειας παραμονής στους φορείς υγείας επηρεάζει θετικά τη ψυχολογική διάθεση των ασθενών. Αξίζει να επισημανθεί ότι το ψυχολογικό υπόβαθρο προκύπτει ως συνάρτηση της ορθής και έγκαιρης αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας.
- «Οικονομικά οφέλη». Η αναβαθμισμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συντελεί, στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του χρήστη, με αποτελεσματικό τρόπο αλλά και μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα. Σ' αυτή τη περίπτωση είναι ολοφάνερο ότι, το κόστος υγείας με το οποίο επιβαρύνεται ο ασθενής άμεσα ή έμμεσα είναι αξιοσημείωτα χαμηλότερο.

2. «Οφέλη επαγγελματιών υγείας»

Οι ωφέλειες που προκύπτουν από την ποιοτική αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών, για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας (ιατρονοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνολογικό και λοιπό προσωπικό) συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Χαίρουν της εκτίμησης, του σεβασμού, την αναγνώρισης και της εμπιστοσύνης των ασθενών και του κοινωνικού περίγυρου αυτών.
- Απαλλάσσονται από το καθημερινό εργασιακό άγχος, την ένταση και τη πίεση.
- Η επαγγελματική ικανοποίηση που εισπράττουν στο εργασιακό περιβάλλον.
- Η αυξημένη κοινωνική ανοχή και επιείκεια σε πιθανά σφάλματα, η οποία καλλιεργείται από την υψηλή ποιότητα.

3. «Οφέλη για τους φορείς υπηρεσιών υγείας»

- «Οικονομικά οφέλη». Ο περιορισμός των λειτουργικών δαπανών, ο οποίος τελεσφορεί μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και του αποτελεσματικού θεραπευτικού πλάνου, σε συνάρτηση με την αναβαθμισμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, διασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την σημαντική εξοικονόμηση πόρων, οι οποίοι δύνανται εν συνεχεία να χρησιμοποιηθούν για την ικανοποίηση άλλων λειτουργικών αναγκών, όπως την αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας, τη διεξαγωγή κλινικών ερευνών και άλλων δραστηριοτήτων που διασφαλίζουν την μακροπρόθεσμη αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την αξιοπιστία, τη φήμη και το κύρος των οργανισμών.

4. «Οφέλη για του ασφαλιστικούς φορείς»

- «Οικονομικά οφέλη». Αναφέρονται στο περιορισμό του ύψους των υγειονομικών δαπανών, με άλλα λόγια των κονδυλίων που καταβάλλονται στους φορείς υγείας για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους τους.
- «Κοινωνικά οφέλη». Αναφέρονται στη σημαντική ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως επακόλουθο του υψηλού επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Το αίσθημα ικανοποίησης που προκύπτει από την σωστή και αποδοτική επιτέλεση του έργου τους.
5. «Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο»
- «*Οικονομικά οφέλη*». Αφορά στη προσπάθεια να αποφευχθεί η μείωση της παραγωγικότητας των πολιτών, ως απόρροια της ελάττωσης της διάρκειας παραμονής τους στους φορείς υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η μείωση των υπερβολικών δαπανών, δημόσιων ή και ιδιωτικών στον χώρο της υγείας, είναι ιδιαίτερα επωφελής για το κράτος.
  - «*Υγειονομικά οφέλη*». Αναφέρεται στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας, με φυσικό επακόλουθο τη μειωμένη διάρκεια αναμονής των ασθενών και την ταυτόχρονη αναβάθμιση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών- καταναλωτών των υγειονομικών υπηρεσιών.
  - Κλείνοντας, αξίζει να επισημανθεί ότι η αναβάθμιση της αντίληψης των πολιτών για το κράτος, αυξάνει την εμπιστοσύνη τους απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Κατ' αυτό τον τρόπο αναβαθμίζεται η συνολικότερη εικόνα της χώρας, σε εθνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Μία από τις βασικές επιδιώξεις της ΔΟΠ αφορά την εκπλήρωση της ικανοποίησης των τελικών χρηστών και ταυτόχρονα της απόκτησης από τους οργανισμούς, ενός βιώσιμου ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Jammal, Khoja & Aziz, 2015). Όλο και πιο συχνά, ποικίλες μελέτες κατασταλάζουν στο συμπέρασμα ότι υφίσταται άμεση σχέση ανάμεσα στην υιοθέτηση ενός προγράμματος ΔΟΠ και της βελτίωσης της αποδοτικότητας του οργανισμού που το ενστερνίζεται (Reed, Lemak & Mero, 2000).

#### 2.4 Εμπόδια κατά την υλοποίηση της ΔΟΠ

Η αποτελεσματική υλοποίηση της ΔΟΠ συνεπάγεται αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα και ωφέλειες για τους οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων του ενισχυμένου ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, της αυξημένης αποδοτικότητας, του



περιορισμού των δαπανών και της βελτιωμένης διαχείρισής τους, της ενισχυμένης εμπιστοσύνης των καταναλωτών/χρηστών και της διαφύλαξης της, καθώς και της ανύψωσης του ηθικού των εργαζομένων, (Forza & Filippini, 1998, Lorente et al, 1999, Chen et al., 2004). Εντούτοις, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί, πως κατά την υλοποίηση της ΔΟΠ συχνά ανακύπτουν ορισμένες δυσκολίες και περιορισμοί που σχετίζονται με τα παρακάτω:

✚ Απουσία αρωγής-συμβολής της διοίκησης: Χωρίς την ενίσχυση από την ανώτερη διοίκηση του οργανισμού, αποτελεί δυσεπίτευκτο στόχο η εκπλήρωση των προσπαθειών (Brashier and Sower, 1996; Matherly and Lasater, 1992; Chen et al., 2004).

✚ Δυσκολία μεταβολής της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τον οργανισμό.

✚ Αντιξοότητες υλοποίησης: Για να ξεκινήσει η υλοποίηση της ΔΟΠ, απαιτείται να έχουν επιτευχθεί νωρίτερα οι εξής στόχοι: δέσμευση της διοίκησης στη προσπάθεια αυτή, επικοινωνία του οράματος, της αποστολής και των στόχων του οργανισμού καθώς παροχή ανοικτής επικοινωνίας με τους εργαζομένους.

✚ Ανεπαρκής χρησιμοποίηση των δεδομένων: Για την αποτελεσματική υλοποίηση της ΔΟΠ, τα δεδομένα επιβάλλεται να είναι αξιόπιστα, η διαδικασία μέτρησης οφείλει να είναι φερέγγυα, και οι μέθοδοι ανάκτησης δεδομένων απαιτείται να είναι επαρκείς (Chen et al., 2004). Τα πρόσθετα εμπόδια που ανακύπτουν λόγω της ανεπαρκούς υλοποίησης της ΔΟΠ σχετίζονται με:

- ❖ έλλειψη διαλειτουργικότητας των τμημάτων και των ποικίλων ομάδων εργασίας
- ❖ αποτυχία κατανόησης και ενσωμάτωσης του ομαδικού πνεύματος συνεργασίας
- ❖ επικέντρωση σε βραχύβια κέρδη αντί σε μακροπρόθεσμους στόχους
- ❖ ανεπαρκείς πόρους ή απουσία διαρκούς δέσμευσης των πόρων
- ❖ Απουσία φιλοσοφίας, στη δημόσια διοίκηση, εστιασμένης στον καταναλωτή-χρήστη, καθώς επίσης και απουσία της ανταγωνιστικότητας
- ❖ απουσία διαρκούς και ικανοποιητικής εκπαίδευσης και κατάρτισης
- ❖ άτεγκτο σύστημα πληρωμών και απουσία κινητοποίησης και ενθάρρυνσης
- ❖ Απουσία δυνατότητας καταγραφής της αποδοτικότητας

- ❖ αστοχία εστίασης στις απαιτήσεις και τις επιθυμίες των χρηστών/καταναλωτών
- ❖ απουσία αλληλοεκτίμησης και εμπιστοσύνης μεταξύ των εργαζομένων
- ❖ απουσία κοινού οράματος, αντίληψης, αποστολής ή κατευθυντήριων αρχών
- ❖ απουσία στρατηγικής προσανατολισμού
- ❖ απουσία αναγνώρισης ή ανταμοιβής κατά την εκπλήρωση των στόχων, από τη διοίκηση (Black & Porter, 1996; Chen et al., 2004; Stashevsky & Elizur, 2000).

Επιπρόσθετα άλλοι περιορισμοί που απαιτείται να υπερνικηθούν κατά την εκκίνηση ενός συστήματος ΔΟΠ αφορούν:

- ❖ *το ενδιαφέρον από πλευράς των εργαζομένων*: Να υπάρχει η ασφάλεια για την ενημέρωση των εργαζομένων, πως η τελεσφόρηση-ευδοκίμηση ενός συστήματος ΔΟΠ δεν θα επιφέρει αρνητικά επακόλουθα στο πόστο εργασίας τους, λαμβάνοντας υπόψη ότι μπορεί να θεωρηθεί από αρκετούς ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα ΔΟΠ πιθανόν να απορρίψει την εργασία τους, να τους εκτοπίσει, και να αποτρέψει οποιεσδήποτε ένθερμες προσπάθειες να προσφέρουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Η διοίκηση είναι σημαντικό να διαφωτίζει συστηματικά το εργατικό δυναμικό, αφού οποιαδήποτε διαφοροποίηση συνοδεύεται πάντα από κάποιο βαθμό ανησυχίας (Brashier & Sower, 1996; Gopalakrishnam, McIntyre & Sprague, 1992; Stephens, 1994).

- ❖ *Η απουσία συνεισφοράς του ιατρικού προσωπικού*: Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί ότι οι οργανισμοί δαπανούν χρηματικούς πόρους ώστε να διαθέτουν αξιόλογο ιατρικό προσωπικό το οποίο θα μεριμνά για την καλύτερη δυνατή περίθαλψη των ασθενών. Ιατρικό προσωπικό με αφοσίωση και ιδιαίτερο ενθουσιασμό για την διεκπεραίωση του έργου του, συνιστά ουσιαστικά ένα αξιοσημείωτο κομμάτι οποιουδήποτε αποτελεσματικού προγράμματος ΔΟΠ (Brashier and Sower, 1996; Lewis and Lamprey, 1992). Από την άλλη πλευρά, η απουσία της συνεισφοράς του ιατρικού προσωπικού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, που μέχρι πρόσφατα λάμβανε μόνο του με καθολικό και καταχρηστικό τρόπο, αποτελεί ένα ακόμη εμπόδιο που δύσκολα μπορεί να αντιμετωπιστεί και τελικά να πεισθεί πως η ένταξη της ΔΟΠ στις υπηρεσίες δεν συνιστά φραγμό, αλλά μέρος και τρόπος επίλυσης πολυδιάστατων ζητημάτων και παροχής ποιοτικής περίθαλψης και υπηρεσιών στους ασθενείς (Short & Rahim, 1995).

❖ *Η απουσία ενός ικανοποιητικού μακροπρόθεσμου πλάνου:* Η υλοποίηση ενός προγράμματος ΔΟΠ απαιτεί αρκετό χρονικό διάστημα για να τελεσφορήσει και ανεξάρτητα με το πόσο καλά έχει οργανωθεί έχει να αντιμετωπίσει αντιξοότητες.

❖ *Η απουσία εστίασης στη διαδικασία:* Ο Edwards Deming υπογραμμίζει ότι το σύστημα είναι υπεύθυνο για το 85 τοις εκατό στη περίπτωση που κάτι πηγαίνει λάθος. Η επικέντρωση στη διαδικασία και όχι στο άτομο, συνιστά την απάντηση στην ορθή διαχείριση των προβλημάτων (Brashier and Sower, 1996; Hassen, 1991).

❖ *Η χρήση της υψηλής δαπάνης ως πρόσχημα μη υλοποίησης της ΔΟΠ:* συχνά αναφέρεται από οργανισμούς υγείας που εφαρμόζουν προγράμματα ποιότητας, ότι είναι προτιμότερο η δαπάνη του προγράμματος TQM να αποσιωπάται, έτσι ώστε να μην χρησιμοποιείται από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη ως επιχείρημα για να μην εφαρμόζονται τα εργαλεία και οι τεχνικές ΔΟΠ (Brashier and Sower, 1996, Johnson, 1991).

❖ *Τέλος, η εκπαίδευση:* αποτελεί έναν άλλο κρίσιμο παράγοντα της ΔΟΠ που είναι απαραίτητο να συνυπολογιστεί. Για την επίτευξη ενός προγράμματος ΔΟΠ, είναι αναγκαία η εκπαίδευση του συνόλου των εργαζομένων, η οποία δύναται να παρασχεθεί εσωτερικά ή εξωτερικά. Η εκπαίδευση που συντελείται εντός του οργανισμού, είναι σαφώς λιγότερο δαπανηρή από την αντίστοιχη με εξωτερικούς εξειδικευμένους συμβούλους. Εντούτοις, οι οργανισμοί επιλέγουν να υλοποιήσουν κατά κύριο λόγο τη δεύτερη εναλλακτική, γιατί αυξάνει την αξιοπιστία του προγράμματος ΔΟΠ. Από την άλλη πλευρά, βέβαια υπάρχουν οργανισμοί που απασχολούν εξωτερικούς εξειδικευμένους συμβούλους για την κατάρτιση των ανώτερων στελεχών, τα οποία ακολούθως οφείλουν να εκπαιδεύσουν τους άμεσους υφισταμένους τους, και αυτοί με τη σειρά τους το υπόλοιπο εργατικό δυναμικό (Brashier and Sower, 1996). Ανεξαρτήτως, όμως του τρόπου παροχής αυτής της θεμελιώδους εκπαίδευσης, συνιστά κρίσιμο παράγοντα για την τελεσφόρηση της ορθής λειτουργίας των οργανισμών.

Θα ήταν παράληψη να μην αναφερθεί, ότι ως κυρίαρχο εμπόδιο θεωρείται η απουσία ομοψυχίας και συλλογικής προσπάθειας, σε αντιδιαστολή με τη συστηματική επιδίωξη προσωπικών βλέψεων, γεγονός που συνιστά τροχοπέδη για τον εκσυγχρονισμό και την υλοποίηση προγραμμάτων της ΔΟΠ, τα οποία αξίζει να επισημανθεί, πως δε χρηματοδοτούνται από τον ίδιο τον οργανισμό, δεν υφίσταται κανένα τεκμήριο για τη

μείωση του κόστους, ούτε ότι θα χορηγηθούν οικονομικοί πόροι για την ενίσχυση άλλων εσωτερικών διαδικασιών και δραστηριοτήτων (Φαρατζιάν, 2007).

Η υλοποίηση προγραμμάτων ΔΟΠ στον χώρο της Υγείας αξιολογείται ως μία πρωτοπόρα ελεγκτική μεταβολή στο πλαίσιο της προσφοράς του «αγαθού της υγείας» που απαιτείται να ανταποκρίνεται σε ποιοτικά πρότυπα και να χαρακτηρίζεται από διαφανείς διαδικασίες για την προσφορά ενός αξιόπιστου, αποδοτικού και αποτελεσματικού υγειονομικού συστήματος. Ο κρίσιμος ρόλος των ελεγκτικών μηχανισμών σχετίζεται με την ενδυνάμωση του διοικητικού ρόλου στο τομέα της υγείας υπό το πρίσμα καλλιέργειας ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων, ενδυνάμωσης αποτελεσματικότητας, υλοποίησης και βελτίωσης ορθών πρακτικών, διόρθωσης και αναβάθμισης διαδικασιών, τα οποία θα προωθηθούν και επεκταθούν σε όλες τις υπηρεσίες του οργανισμού. (Α.Ν.Α. 1982 P.41-42)

## 2.5 Διασφάλιση της Ποιότητας - Συνεχής βελτίωση της ποιότητας

Αντιπαραβάλλοντας τον όρο της «*Διασφάλισης της Ποιότητας - Quality Assurance, QA*» προς αυτό της «*Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας στην υγεία - Continuous Quality Improvement, CQI*» γίνεται αντιληπτό ότι δεν υφίσταται ταύτιση μεταξύ τους, ωστόσο συχνά οι όροι αυτοί συμβαδίζουν. Το γεγονός ότι συγχέονται σε μεγάλο βαθμό οι δύο αυτές έννοιες, πηγάζει κατά κύριο λόγο από τη διαφοροποίηση του τρόπου διατύπωσης της σημασίας της ποιότητας στο έργο των πρωτοπόρων του κινήματος της περίθαλψης υγείας και από την υπεραπλούστευση ή γενίκευσή της από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης και από τους εργαζόμενους σε αυτούς (Παπανικολάου 2007).

Στη πρωταρχική περίοδο δημιουργίας και εξέλιξης των διαδικασιών παρέμβασης σε ζητήματα ποιότητας, η κατεύθυνση συνδεόταν με τον «*αναδρομικό έλεγχο*» των προϊόντων και των υπηρεσιών και είχε χαρακτήρα «*ποιοτικού ελέγχου - quality control*». Δεδομένου ότι ο έλεγχος της ποιότητας προσανατολιζόταν σε καθορισμένα πεδία, καταβλήθηκε σημαντική προσπάθεια επιπλέον μελέτης των σχετικών διαδικασιών, στα πλαίσια μιας ευρύτερης προσέγγισης που ορίστηκε ως «*Διασφάλιση της Ποιότητας*». «*Η Διασφάλιση της Ποιότητας*», ως προέκταση του ποιοτικού ελέγχου, θεωρήθηκε ο

ακρογωνιαίος λίθος του κινήματος της ποιότητας έως τη δεκαετία του 1990 (Johnston et al., 2000).

Η «*Διασφάλιση της Ποιότητας*» εμπεριέχει το πλάνο, την καταγραφή και εξέλιξη της στοχοθεσίας ποιότητας, τον οριοθέτηση των προδιαγραφών ποιότητας, τον έλεγχο με τη χρησιμοποίηση δεικτών και τη συλλογική δράση των συμμετεχόντων. Αναφέρεται λοιπόν, στις επιτακτικές, μεθοδικές και συστηματοποιημένες δράσεις που είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες πληρούν καθορισμένες προδιαγραφές ποιότητας. Κατά συνέπεια δύναται να εφαρμοστεί ευρέως, συμπεριλαμβάνοντας κάθε διαδικασία στη λειτουργία ενός φορέα και απασχολεί όλα τα εμπλεκόμενα μέλη του. Κάθε έλεγχος στα όρια της «*Διασφάλισης της Ποιότητας*» θεωρείται προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών. Ο σχεδιασμός πλάνου για τη «*Διασφάλιση της Ποιότητας*», εξασφαλίζει την αξιοποίηση και κατανομή των διαθέσιμων πόρων, ταυτόχρονα με τη διερεύνηση και εκτίμηση της εξέλιξης των προαποφασισμένων στόχων. Επιπροσθέτως, με το προσδιορισμό των διαδικασιών μειώνονται οι διακυμάνσεις, αυξάνεται η προβλεψιμότητα των αποτελεσμάτων και αναδεικνύονται τα σημεία που απαιτούν αναβάθμιση. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαία προϋπόθεση η «*Διασφάλιση της Ποιότητας*» για την επιδίωξη του στόχου της «*Διαρκούς Βελτίωσης της Ποιότητας*». Ακολουθώντας, έχουν διαμορφωθεί και αναπτυχθεί καινοτόμες πολιτικές και μέθοδοι των συστημάτων ποιότητας, που διενεργούνται πλέον από την ανώτερη διοίκηση ενός φορέα παροχής υπηρεσιών. Η δράση αυτή ενσωματώθηκε σε ρηξικέλευθους τύπους διοίκησης, αποδίδοντάς τους τον όρο «*Διοίκηση Ποιότητας - Quality Management*» (Goldstone, 1998).

Η «*Διοίκηση της Ποιότητας*» είναι ταυτόσημη της ορθής διοίκησης. Πραγματοποιεί τις επιδιώξεις ενός οργανισμού, μέσω της αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών και των παραγόμενων προϊόντων. Είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη παραγωγή και διάθεση των προϊόντων καθώς και τη παροχή των υπηρεσιών, αφού το κόστος και η ποιότητα είναι πλήρως αλληλοεξαρτώμενα που δε δύνανται να διευθετηθούν ξεχωριστά, ενώ ο σκοπός της είναι η ποιοτική πρόοδος, κατά την οποία ευοδώνεται η «*Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας*» και της αποδοτικότητας. Σε αυτό το σύγχρονο πλαίσιο, το ζήτημα της ποιότητας συστηματοποιήθηκε ως «*Βελτίωση Ποιότητας*», καθιερώνοντας ως πρωταρχική επιδίωξη πλέον, τη «*Βελτίωση της Ποιότητας*» και όχι απλώς τον έλεγχο ή τη διασφάλισή της (Goldstone, 1997).

Στο τομέα της υγείας επικρατεί η έννοια της «*Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας* - *continuous quality improvement*», η οποία αφορά τη προσπάθεια περιορισμού της απόκλισης των αποτελεσμάτων και ταυτόχρονα τη συμμόρφωση σε καθορισμένες προδιαγραφές, με στόχο την βελτιωμένη συνολική αποδοτικότητα. Η «*Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας*» αναφέρεται σε μια δυναμική προσέγγιση της «*Διασφάλιση της Ποιότητας*» σε έναν περίπλοκο φορέα, όπως τα νοσοκομειακά ιδρύματα. Η αναβάθμιση ποιότητας ενισχύει αφ' ενός την συλλογική προσπάθεια των μελών της, και αφ' ετέρου υπογραμμίζει την σπουδαιότητα της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό (Donabedian, 1996). Επιπλέον, αναφέρεται στην αναβάθμιση κάθε διαδικασίας που ελέγχει το τελικό αποτέλεσμα και κλειδί συνιστά η καταγραφή των παρεκκλίσεων με τις ανάλογες διορθωτικές ενέργειες. Οι ασθενείς τίθενται στο επίκεντρο κάθε αναβαθμισμένης διαδικασίας των οργανισμών (Goldstone, 1997). Ο Berwick (1990) και ο Roberts (1990), επεσήμαναν τις διαφορές ανάμεσα στον όρο της «*Διασφάλισης της Ποιότητας*» και της «*Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας*» οι οποίες αντιπαραβάλλονται στον [Πίνακα 2.1](#) (Berwick, 1990, Roberts, 1990).

Η ουσιαστική διαφορά μεταξύ των δύο παραπάνω όρων, συνίσταται στη διαφοροποιημένη εκλογή των περιπτώσεων, ανάληψης παρεμβατικών πρωτοβουλιών. Στη «*Διασφάλιση της Ποιότητας*», υποδεικνύεται κατά κανόνα, ένα προκαθορισμένο όριο (threshold) τιμών συγκριτικά με το μέσο όρο ή με συγκεκριμένα πρότυπα, πέρα από το οποίο αναλαμβάνονται σχέδια δράσης, όπως οι τρόποι αντιμετώπισης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων λαμβάνουν χώρα μόνον στη περίπτωση που αυτές ξεπεράσουν ένα καθορισμένο ποσοστό (πχ 20%) των περιστατικών. Από την άλλη πλευρά, η «*Βελτίωση της Ποιότητας*» αφορά το σύνολο των διεργασιών και όχι μόνο εκείνες που κρίνονται ως απορριπτέες. Θα αποτελούσε παράλειψη να μην επισημανθεί ότι η «*Διασφάλιση της Ποιότητας*» εστιάζει περισσότερο στην εκπλήρωση προειλημμένων στόχων παρά στην ανάλυση και αναγνώριση των αιτιών, γεγονός που επιλαμβάνεται η «*Βελτίωση της Ποιότητας*» (Goldstone, 1997).

Η «*Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας*» υλοποιεί διαρκείς εκτιμήσεις, αδιάληπτη ανίχνευση ευκαιριών για την αναβάθμιση της ποιότητας και διαρκή εφαρμογή λύσεων για την αξιοποίηση των ευκαιριών αυτών. Αποτελεί κοινή πεποίθηση η διαπίστωση πως βασική προϋπόθεση μιας τέτοιας προσπάθειας, είναι η πλήρης συνεισφορά και καθολική ενίσχυση από τη διοίκηση, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι είναι

απαραίτητο να διενεργείται οργανωμένα και μεθοδικά στο πλαίσιο της «*Διοίκησης Ολικής Ποιότητας - Total Quality Management, TQM*» και κατά τέτοιο τρόπο που να συνυπολογίζει το σύνολο των εργαζομένων και των δράσεων (Goldstone, 1997).

Ο ενστερνισμός της ΔΟΠ συνιστά μια θεμελιώδους αξίας επιχειρησιακή επιλογή από την ηγεσία ενός οργανισμού. Η επιλογή αυτή ερμηνεύεται ως ένας νέος τρόπος οργανωσιακής κουλτούρας και λειτουργίας με μακροπρόθεσμα επακόλουθα για όλο το προσωπικό και το άθροισμα των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Συγκριτικά με παραδοσιακά συστήματα ελέγχου ποιότητας, που έχουν στατιστικό χαρακτήρα και στόχο τη διασφάλιση της διαχρονικής συνέπειας της λειτουργίας των διαφόρων δράσεων, η εφαρμογή της ΔΟΠ χαρακτηρίζεται για τη δυναμική προσέγγισή της, και ισοδυναμεί με αδιάληπτη εκπαίδευση και κατάρτιση νέων προγραμμάτων, συνεχή πρόοδο του προσωπικού ως ατόμων και σταθερότητα στη συνεχή αναβάθμιση υπηρεσιών και λειτουργιών (Talib et al., 2011).

Έτσι μέσα από την ΔΟΠ αναζητούνται και διερευνώνται λύσεις στα προβλήματα που έχουν σχέση, τόσο με τη «*Διασφάλιση*» και τη «*Βελτίωση της Ποιότητας*» των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και με την οργάνωση των ίδιων των οργανισμών, την αποδοτικότητα τους, τη παραγωγικότητα τους, το περιορισμό των δαπανών λειτουργίας τους κ.α. (McDonald, 1994).

Τα οφέλη που προκύπτουν από την υιοθέτηση και πρόοδο των πρωτοκόλλων ποιότητας είναι πολυποίκιλα, αφού πέρα από την αναβάθμιση των προϊόντων και των υπηρεσιών, εκτιμάται ότι λόγω της ύπαρξης αυτών των πρωτοκόλλων, πραγματοποιείται ελάττωση των λειτουργικών δαπανών σε ένα σημαντικό ποσοστό. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 25% (κατά προσέγγιση) των εργαζομένων ενός οργανισμού που δεν υλοποιεί πρωτόκολλα ποιότητας, ασχολείται στη συνέχεια με την διευθέτηση αστοχιών και λαθών (Talib et al., 2011, McDonald, 1994).

Πίνακας 4: Διασφάλιση της Ποιότητας - Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

«Διασφάλιση της Ποιότητας»	«Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας»
«Αποτελεί λειτουργία εξειδικευμένου προσωπικού».	«Είναι ευθύνη όλων».
«Εξετάζει τον ιατρό και άλλους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα».	«Μελετά τις διεργασίες παραγωγής».
«Αναζητεί τις αποκλίσεις από το καθιερωμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις».	«Προσέχει τις αποκλίσεις αλλά εστιάζει πιο πολύ στη βελτίωση του μέσου όρου».
«Ρωτάει: Ποιος κάνει τι, εδώ»;	«Ρωτάει: Πώς μπορεί να ολοκληρωθεί το νοσοκομειακό έργο»;
«Ρωτάει: Γιατί αυτό είναι διαφορετικό»;	«Ρωτάει: Πώς μπορούμε να το κάνουμε συνεχώς καλύτερο»;
«Η έκθεση της πχ θα μπορούσε να σημειώσει ότι η θνησιμότητα από τις χειρουργικές επεμβάσεις στο νοσοκομείο είναι 5%, κάτω από το εθνικό ποσοστό και δεν ανιχνεύτηκαν σημαντικά προβλήματα».	«Η έκθεση της πχ θα έθετε ένα στόχο για τα επόμενα δύο χρόνια να μειώσει το ποσοστό κάτω από το 3%».
«Χρησιμοποιεί πρότυπα απόδοσης. Όταν η απόδοση δεν είναι σύμφωνη με αυτά, οι μάνατζερ αναπτύσσουν σχέδια δράσεις».	«Προσπαθεί να βελτιώσει συνεχώς τις δυνατότητες των διεργασιών να καλύπτουν πληρέστερα τις προδιαγραφές οι οποίες τίθενται από τους ασθενείς, τους εργαζομένους και από άλλους δικαιούχους στο χώρο του νοσοκομείου».
«Οι δραστηριότητες της περιλαμβάνουν ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας»	«Βασίζεται στην προϋπόθεση ότι στην ανάλυση των προβλημάτων και στη διαμόρφωση των λύσεων πρέπει να συμμετέχει ένα μεγάλο φάσμα λειτουργιών και ιεραρχικών επιπέδων».
«Οι εκθέσεις της, για την ποιότητα χρησιμοποιούν κριτικούς όρους όπως τέλειος ή απαιτών βελτίωση».	«Οι εκθέσεις της είναι λιγότερο κριτικές και περισσότερο αναλυτικές. Γίνεται χρήση διαγραμμάτων ροής διεργασιών και διαγραμμάτων ελέγχου».
«Οι εκθέσεις για την ποιότητα προετοιμάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό».	«Οι αντίστοιχες εκθέσεις συντάσσονται από μέλη των ομάδων εργασίας από κάθε τμήμα του νοσοκομείου».
«Οι εκθέσεις ζητούν συγκεκριμένες ενέργειες διαχείρισης όπως σχηματισμό ομάδων για να αναλάβουν αποστολές».	«Οι εκθέσεις δίνουν στους μάνατζερ την πληροφόρηση την οποία ζητάνε για τη βελτίωση της ποιότητας».

Πηγή: (Berwick, 1990 & Roberts, 1990)



## 2.6 Βασικά εργαλεία Ποιότητας

Τα «εργαλεία ποιότητας» αποτελούν ύψιστης σημασίας τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αποτελεσματική επίλυση ζητημάτων αναφορικά με τη ΔΟΠ και είναι δυνατό να διακριθούν σε «ποσοτικά-εργαλεία μέτρησης» και σε «ποιοτικά-εργαλεία σχεδίασης». Μέσω των «εργαλείων μέτρησης» πραγματοποιείται ανάλυση δεδομένων και καταγράφονται τα αποτελέσματα των διεργασιών ενώ τα «εργαλεία σχεδίασης» σχετίζονται με την μεθοδολογία υλοποίησης της ποιότητας με στόχο την αναβάθμιση των διεργασιών. Είναι εύχρηστα και δύνανται να τα χρησιμοποιήσουν άτομα που δεν κατέχουν ειδικές γνώσεις στατιστικής (Ishikawa, 1985; Montgomery, 2005). Πρώτη φορά, στην Ιαπωνία απαντάται η ορολογία «ποιοτικά εργαλεία» του ποιοτικού ελέγχου, ενώ η «λίστα» των εργαλείων επεκτάθηκε και είναι αναπόσπαστα συνυφασμένη με τη διοίκηση. Τα χρησιμοποιούν οι μεγαλύτεροι οργανισμοί διεθνώς, στοχεύοντας στην ανάδειξη των ιδανικότερων στρατηγικών και την υλοποίησή τους. Δύνανται να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό μεταξύ τους ή μεμονωμένα, ώστε να αναδειχθεί η πιο επωφελής στρατηγική και να υλοποιηθεί με τις ελάχιστες δυνατές διαφοροποιήσεις οδηγώντας τον οργανισμό στην εκπλήρωση της στοχοθεσίας και των επιδιώξεών του. (Joyce, Green & Winch, 2006).

Η διαρκής αναβάθμιση της ποιότητας εμπεριέχει τη στατιστική ανάλυση της ποιότητας και τον έλεγχο των διαδικασιών, ενώ είναι αναγκαίο να επιστρατευτούν τα ακόλουθα ποσοτικά εργαλεία σύμφωνα με τους επαΐοντες της ποιότητας: «*Διάγραμμα Pareto (Pareto chart), διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause effect diagram), διάγραμμα ροής (flow chart), διάγραμμα ελέγχου (control chart), ιστόγραμμα (histogram), διάγραμμα διασποράς (scatter diagram), φύλλο ελέγχου (check sheet)*» (Bell & Krivich, 2000).

### 2.6.1 «Διάγραμμα Pareto - Pareto chart»

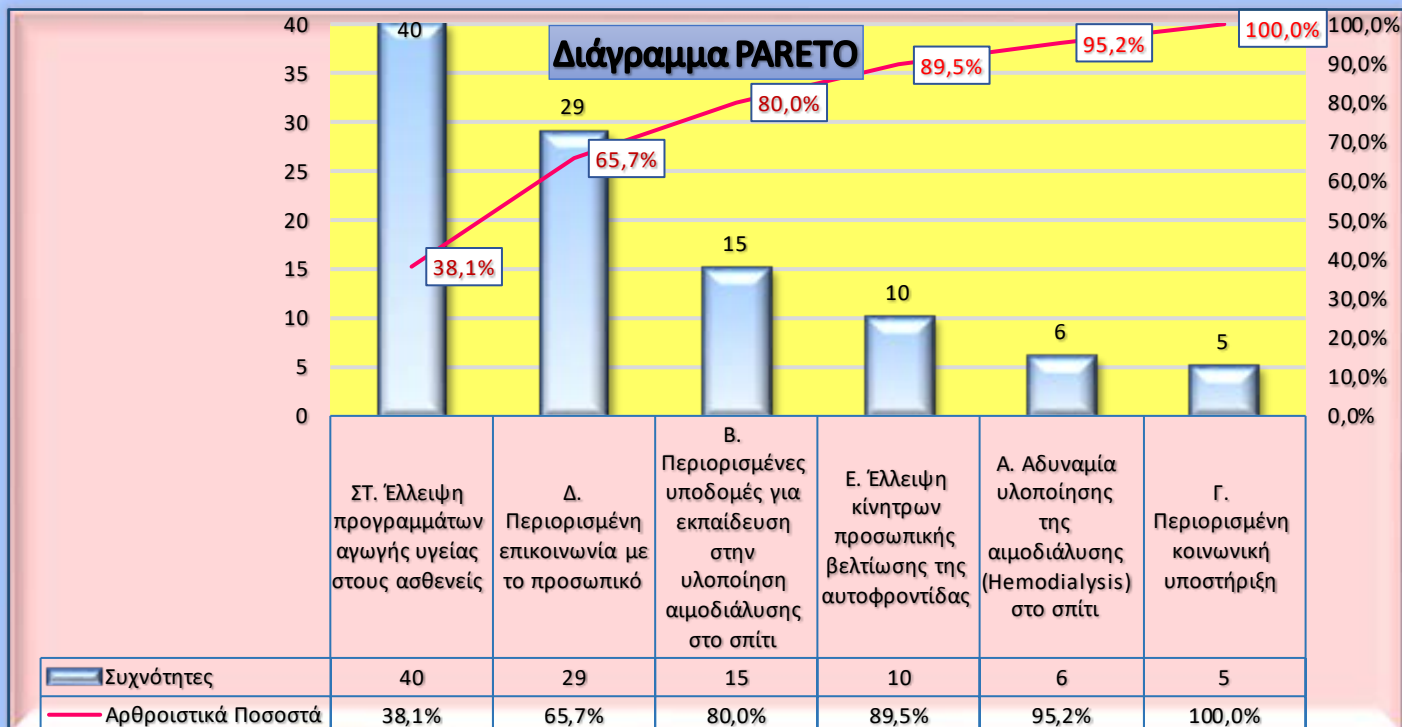
Ο Ιταλός οικονομολόγος, μηχανικός και πολιτικός Vilfredo Pareto (1848-1923) διερεύνησε και εμβάθυνε σε οικονομικά ζητήματα (οικονομική ισχύς-φτώχεια) κατά το 19<sup>ο</sup> αι. στη περιοχή της Ευρώπης. Μέσω της έρευνάς του, καταστάλαξε στο

συμπέρασμα ότι είναι υπέρμετρα ασύμμετρη η κατανομή του οικονομικού πλούτου, καθώς η μειονότητα κατέχει το μεγαλύτερο μέρος του, ενώ η πλειονότητα του πληθυσμού ζει με πενιχρά εισοδήματα. Σύμφωνα με την «αρχή Pareto» που αποκαλείται και «κανόνας 80-20», το 80% των συνεπειών εξαρτάται από το 20% των προβλημάτων. Έτσι συνάγεται το συμπέρασμα ότι εάν μία επιχείρηση ή αντίστοιχα ένας οργανισμός αφοσιωθεί και μεριμνήσει για το 20% των αιτιών, τότε θα επηρεάσει σε αξιόλογο βαθμό το 80% των αποτελεσμάτων. Επί παραδείγματι σε μια επιχείρηση το 80% των κερδών οφείλεται στο 20% των καταναλωτών που αποτελούν τους «σημαντικούς λίγους», ενώ μόλις το 20% των κερδών προέρχεται από τους «ασήμαντους πολλούς», δηλαδή το 80% των καταναλωτών. (Τσιότρας, Γ. 2002).

Ο Juran κατάφερε με τη χρήση του διαγράμματος Pareto να ταξινομήσει τα προβλήματα που αφορούν τη ποιότητα. Τα πρωταρχικά προβλήματα αν και λιγοστά, επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις σε αντίθεση με τα ήσσονος σημασίας προβλήματα τα οποία αν και πολλά, δεν προκαλούν σοβαρά επακόλουθα. Στο διάγραμμα Pareto καταχωρούνται όλα τα στοιχεία του υπό εξέταση προβλήματος και εν συνεχεία πραγματοποιείται κατάταξη και τοποθέτηση τους με ιεραρχική σειρά, βάση της σπουδαιότητας και της συχνότητας εμφάνισης τους. Έπειτα επισημαίνονται τα σοβαρότερα προβλήματα τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν την ιεραρχική σειρά επίλυσης τους. Επιπρόσθετα αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται για την ερμηνεία της επίδρασης των τροποποιήσεων σε όλα τα στάδια, εκκινώντας από πριν έως και την αποπεράτωση αυτών (Juran J.M., 1999).

Η χρήση του διαγράμματος Pareto δύνανται να υλοποιηθεί στο τομέα της υγείας για το προγραμματισμό των εργασιών, με στόχο να γίνουν κατανοητά και σαφή τα προβλήματα και οι αιτίες, ώστε να εξαλειφθούν και να παρέχεται από τους οργανισμούς πρότυπη περίθαλψη υγείας στους ασθενείς, είτε αναφερόμαστε στη πρωτοβάθμια είτε στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Απαραίτητα προαπαιτούμενα αποτελούν η ύπαρξη εξοικειωμένου προσωπικού, η ανάλυση των συχνότερων αιτιών, η συλλογή της απόδοσης των αποτελεσμάτων των δεικτών, η πραγματοποίηση της μέτρησης και ερμηνείας σε καθορισμένη χρονική στιγμή και τέλος η ύπαρξη επαρκούς βάσης δεδομένων.

Το διάγραμμα Pareto παρέχει το πλεονέκτημα της εύκολης ανίχνευσης των αιτιών που προξενούν τα προβλήματα, όταν όμως η ιεράρχηση αυτών των αιτιών πραγματοποιείται με αντικειμενικά κριτήρια (Evans J.R. & Lindsay W. 2005).



Σχήμα 1: Διάγραμμα Pareto (Pareto Chart)

## 2.6.2 «Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause-effect diagram)»

Είναι ευρέως γνωστό και με τις ονομασίες διάγραμμα-ψαροκόκαλο ή διάγραμμα-Ishikawa (από το δημιουργό του). Το χρησιμοποίησε για πρώτη φορά στην ιαπωνική χαλυβουργική βιομηχανία το 1943 ο Kaoru Ishikawa για την επίλυση μιας σειράς προβλημάτων ποιότητας στην παραγωγική γραμμή. Γενικά χρησιμοποιείται για την επίλυση ενός περίπλοκου προβλήματος με ποικίλα αίτια και αποτελεί μια ευσύνοπτη και ορθολογική διαγραμματική απεικόνιση αιτιών/αποτελεσμάτων. Οι επτά βασικές αρχές για τη δημιουργία και χρησιμοποίηση του διαγράμματος παρατίθενται ακολούθως:

- ❖ Προσδιορισμός του προβλήματος - αποτελέσματος
- ❖ Σχηματισμός ομάδας για την επίλυση-αντιμετώπιση του προβλήματος
- ❖ Σχεδίαση της κεντρικής γραμμής που καταλήγει στο βέλος-πρόβλημα και των πλάγιων γραμμών που κατευθύνονται στον κορμό.
- ❖ Ανίχνευση των κύριων αιτιών του προβλήματος
- ❖ Προσδιορισμός των υπο-αιτιών για κάθε αίτιο
- ❖ Απεικόνιση των υπο-αιτιών στο διάγραμμα
- ❖ Ενέργειες για την επίλυση του προβλήματος

Το «πρόβλημα» που αναλύεται τοποθετείται στο δεξί μέρος μιας οριζόντιας γραμμής, κατά μήκος του γραφήματος (στην άκρη του βέλους). Αντίστοιχα τα βασικά αίτια - που έχουν εντοπιστεί- τοποθετούνται σε σχήμα ψαροκόκαλου με κατεύθυνση προς την οριζόντια γραμμή η οποία καταλήγει στο βέλος- πρόβλημα (Τσιότρας Γ. 2002).



Σχήμα 2: Διάγραμμα Αιτίου-Αποτελέσματος (Cause-Effect Diagram) ή (Fishbone)

### 2.6.3 «Διάγραμμα ροής (flow chart)»

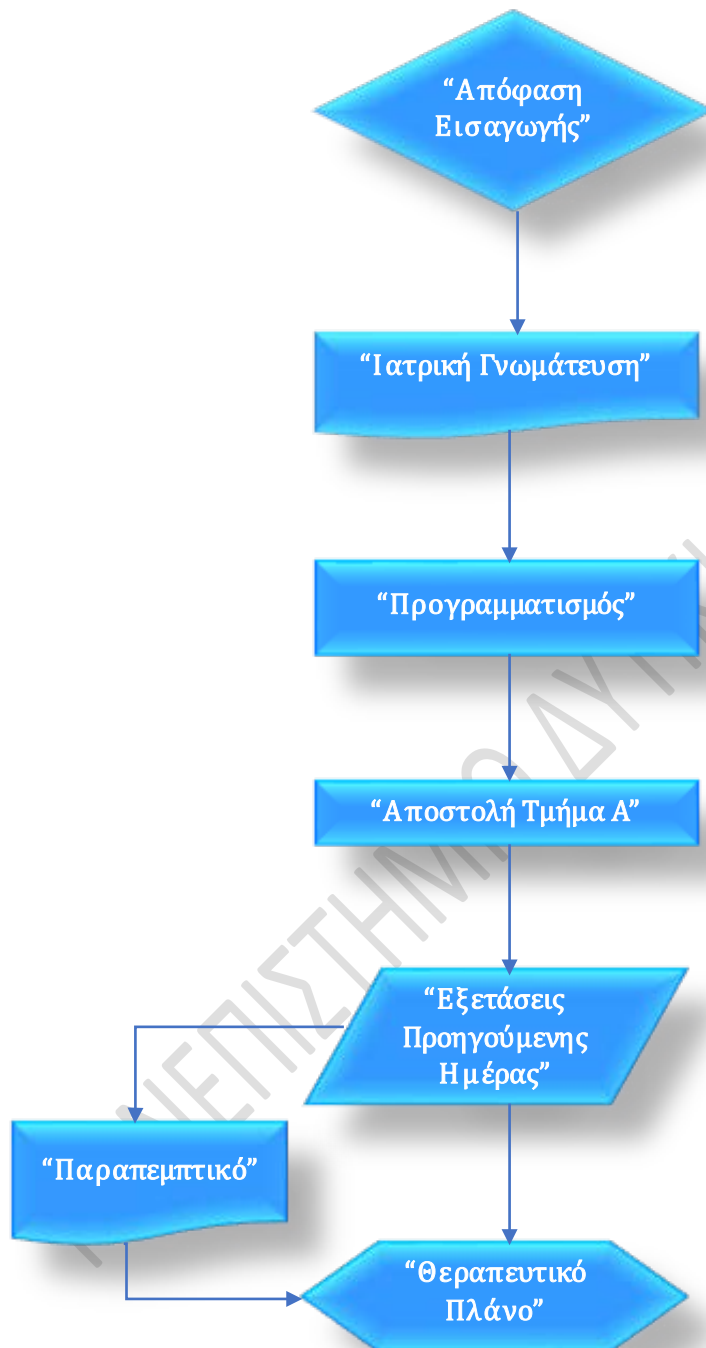
Το διάγραμμα ροής χρησιμοποιείται για να αποτυπώσει μια πολύπλοκη διαδικασία ή μια αλληλουχία διενεργειών, απεικονίζοντας τις φάσεις μέσω «σχημάτων» τα οποία ενώνονται μεταξύ τους με βέλη, ώστε να αποτυπωθούν οι διάφοροι τύποι λειτουργίας. Τα «σχήματα» απεικονίζουν τα δεδομένα του προβλήματος, ενώ τα «βέλη» αναπαριστούν τη «ροή των δεδομένων».

Με τη διαδικασία αυτή προβάλλεται μία αλληλουχία διενεργειών - αναγκαίων, για την επιτυχή αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Η αναπαράσταση είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται με εναργή τρόπο προκειμένου να γίνεται αντιληπτή η διάρθρωση των βημάτων που εφαρμόζονται, για την επίτευξη της λύσης. Χρησιμοποιείται στη περίπτωση που είναι αναγκαία η αναβάθμιση μιας διαδικασίας, στην αποτύπωση της καθώς και στη σχεδίαση ενός έργου. Η διαδικασία απαιτεί μία αλληλουχία από απλά «βήματα» (Τσιότρας Γ. 2002):

- ❖ Λίστα του συνόλου των βημάτων από το πρώτο έως το τελευταίο
- ❖ Οριοθέτηση της διαδικασίας ( έναρξη θέσης και ολοκλήρωση - λήξη)
- ❖ Εκτίμηση αναγκαίου χρόνου για αποπεράτωση κάθε βήματος
- ❖ Απεικόνιση διενεργειών
- ❖ Ιεραρχία πραγμάτωσης των ενεργειών
- ❖ Αναπαράσταση των ενεργειών με βέλη, που παρουσιάζουν τη «ροή διαδικασίας»
- ❖ Προσθήκη δεδομένων τα οποία συνυπολογίζονται εφόσον απαιτούνται
- ❖ Εναρμόνιση των δεδομένων σε διαφοροποιημένο διάγραμμα
- ❖ Εμφάνιση τελικού διαγράμματος.

Μέσω της χρήσης του «διαγράμματος ροής» επιτυγχάνεται η κατανόηση της διαδικασίας, παρουσίαση - εκπαίδευση από την αρχή έως και την περάτωση των βημάτων, ενώ η συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών καθίσταται επικοινωνιακή και επωφελής (Evans J.R. & Lindsay W. 2005).

### Χαρακτηριστικό παράδειγμα Διαγράμματος Ροής

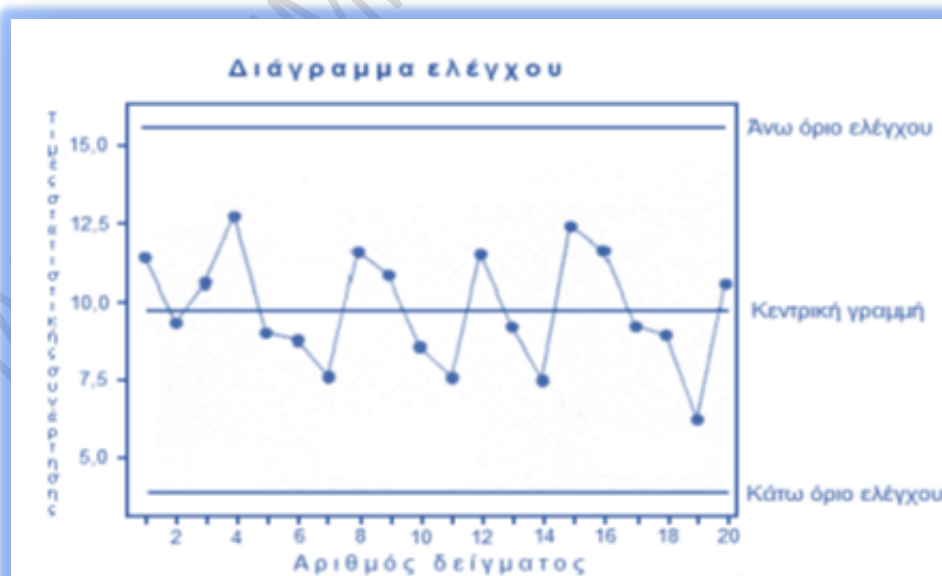


Σχήμα 3: Διάγραμμα Ροής (Flow Chart)

#### 2.6.4 «Διάγραμμα ελέγχου - Control chart»

Το διάγραμμα ελέγχου ποιότητας χρησιμοποιείται για τη γραφική αποτύπωση των τιμών που εμφανίζονται σε συστηματικούς ελέγχους. Το βασικό γνώρισμα του είναι ότι παρουσιάζει το «αποδεκτό εύρος απόκλισης» και τη «μεταβλητότητα μιας διαδικασίας» στη διάρκεια του χρόνου. Διαμορφώνεται με βάση την «κανονικότητα» των δεδομένων και με την απεικόνιση των ανώτατων και κατώτατων ορίων ελέγχου. Το «άνω» και «κάτω» όριο του εύρους αναπαριστώνται στο διάγραμμα ως δύο παράλληλες ευθείες οι οποίες αποτελούν τα «όρια ελέγχου», ενώ υφίσταται και μία κεντρική παράλληλη γραμμή η οποία αναπαριστά το μέσο όρο των τιμών της ποιότητας που διερευνάται.

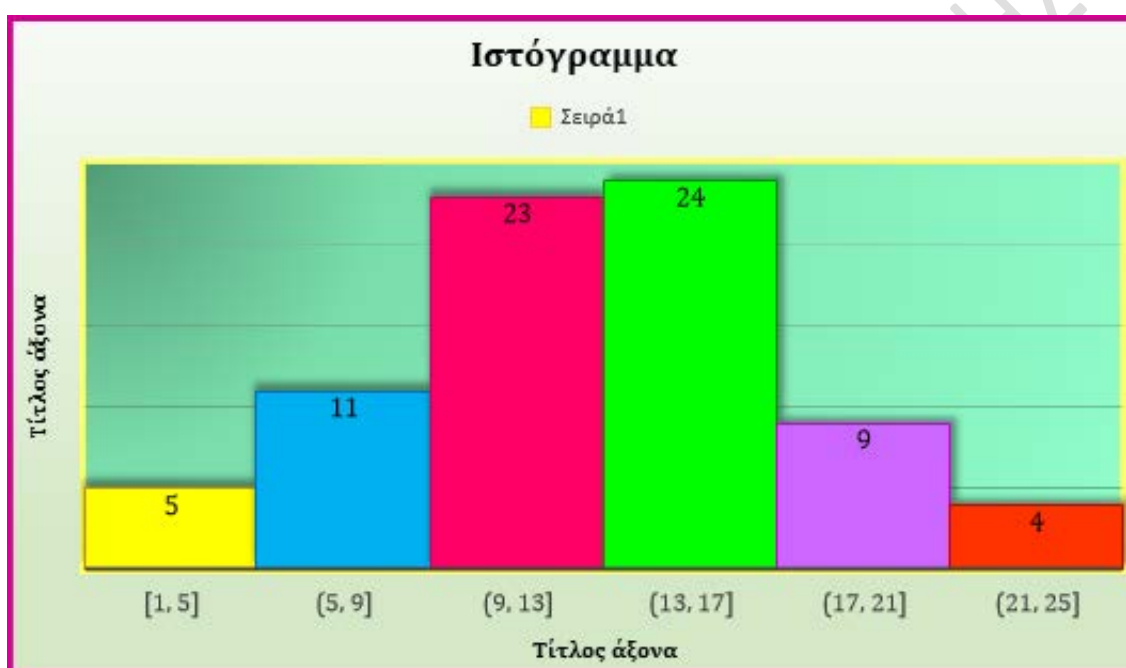
Στη περίπτωση που οι τιμές που παρουσιάζονται, εντοπίζονται εντός των «ορίων ελέγχου» δε χρειάζονται διορθωτικές διενέργειες, στην αντίθετη περίπτωση όμως είναι αναγκαίο να διενεργηθεί έλεγχος και να διερευνηθούν τα αίτια που ευθύνονται για την υπάρχουσα απόκλιση ελέγχου, με στόχο την ανίχνευση-επισήμανση και διόρθωση αυτών των αποκλίσεων, σε «στατιστικούς ελέγχους ποιότητας» ή σε «αναλύσεις διακύμανσης» λόγω αναμενόμενων ή μη αιτιών καθώς επίσης και στη περίπτωση που προσδιορίζεται τότε το πρόγραμμα αναβάθμισης ποιότητας είναι αναγκαίο να αποβλέπει στην πρόληψη και στη τροποποίηση των διαδικασιών. (Τσιότρας Γ. 2002, Wayne D., Terrell J.C. 1994).



Σχήμα 4: Διάγραμμα Ελέγχου (Control Chart)

### 2.6.5 «Ιστόγραμμα (Histogram)»

Το ιστόγραμμα αποτελεί τη κλασσική αποτύπωση της «κατανομής συχνότητας». Η κατανομή αναπαριστάται με στήλες ή ιστούς που αντιστοιχούν σε «συχνότητες αξιών». Διακρίνουμε τη «κατανομή» και τη «διασπορά των τιμών». Η αναπαράσταση των μετρούμενων αξιών παρουσιάζει το «εύρος κατανομής» τους και τις θέσεις τους. Με τον τρόπο αυτό ανιχνεύονται εύκολα οι τάσεις που υπερτερούν (Τσιότρας, 2002).

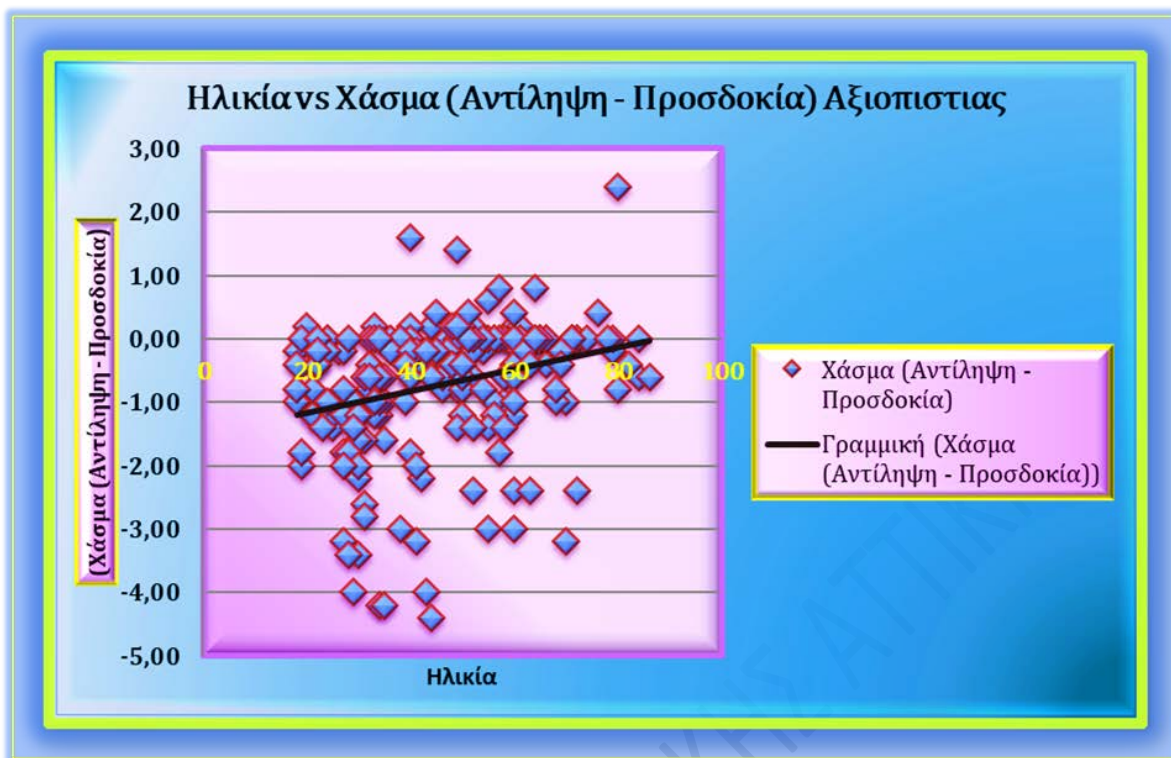


Σχήμα 5: Ιστόγραμμα (Histogram)

### 2.6.6 «Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram)»

Το διάγραμμα διασποράς αντικατοπτρίζει τη σχέση ανάμεσα σε δύο «μεταβλητές». Οι δύο «μεταβλητές» απεικονίζονται αντίστοιχα στον κάθετο και στον οριζόντιο άξονα του διαγράμματος. Όταν υφίσταται αύξηση της μίας τιμής της μεταβλητής με παράλληλη αύξηση και της άλλης, τότε είναι «ανάλογη» η σχέση που προκύπτει, ενώ τα σημεία προσανατολίζονται στην κατεύθυνση της καμπύλης, διαφορετικά η σχέση που προκύπτει είναι «αντίστροφη».





Σχήμα 6: Διάγραμμα Διασποράς (Scatter Diagram)

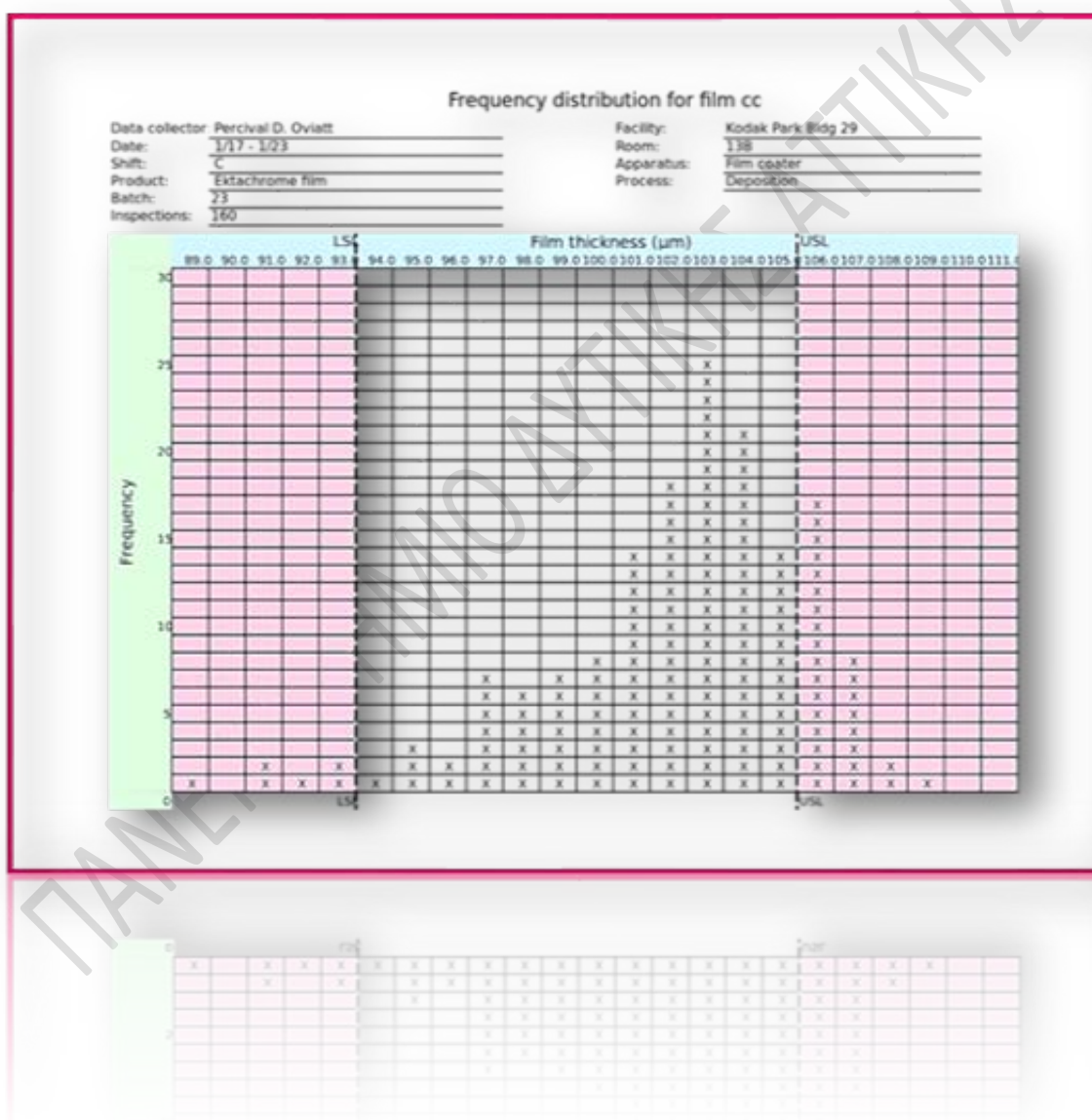
Χρησιμοποιείται για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος. Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη υψηλής συσχέτισης, τότε μεταβάλλοντας την τιμή της μιας μεταβλητής, μεταβάλλεται παράλληλα και η τιμή της άλλης. (Evans J.R. & Lindsay W. 2005).

#### 2.6.7 «Φύλλο ελέγχου (Check Sheet)»

Αποτελεί την έντυπη απεικόνιση συλλογής δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, στην ακριβή θέση όπου τα δεδομένα πραγματοποιούνται. Τα δεδομένα τα οποία συλλέγονται και καταγράφονται πρόκειται για ποιοτικά ή ποσοτικά αποτελέσματα. (John R. Schultz. 2006).

Παράλληλα με την επιτυχή εφαρμογή των εργαλείων και των τεχνικών διαχείρισης στο τομέα της μεταποίησης και των βιομηχανικών υπηρεσιών, πραγματοποιείται

εφαρμογή και υλοποίηση τους επιπρόσθετα στο τομέα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Calabrese & Corbo, 2015). Ο Al-Dhaafri και οι συνεργάτες του (2016) εισηγήθηκαν ότι τα εργαλεία ποιότητας δύνανται να παρέχουν λειτουργικά πλεονεκτήματα, όπως αναβάθμιση της ποιότητας και περιορισμό του κόστους καθώς και βελτίωση της «αποδοτικότητας» και «αποτελεσματικότητας», τα οποία έχουν άμεση συσχέτιση όλα με την προσδοκία της αναβάθμισης των υπηρεσιών κάθε οργανισμού.



Σχήμα 7: Φύλλο Ελέγχου (Check Sheet)

Οι υγειονομικοί οργανισμοί αξιοποιούν ολοένα και πιο συστηματικά τα σύγχρονα εργαλεία και τεχνικές διαχείρισης και διοίκησης, όπως ο «*ανασχεδιασμός/απλούστευση*» διαδικασιών (Business Process Reengineering), η ΔΟΠ, που επιφέρουν θεμελιώδεις αναβαθμίσεις, «*συγκριτική αξιολόγηση-προτυποποίηση*» (Benchmarking), ενστερνισμό διαδικασιών από άλλους οργανισμούς που έχουν παρουσιάσει σημαντικό έργο, διαχείριση αλυσίδας εφοδιασμού και τη μεθοδολογία των «*Six Sigma*» στοχεύοντας στην ικανοποίηση τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών χρηστών (Dey & Hariharan, 2006). Επιπρόσθετα, μελετητές όπως οι Calabrese και Corbo (2015), έχουν προτείνει για την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το κύκλο «*PDCA (Plan-Do-Check-Act)*» του Deming, την αναθεώρηση και διαχείριση της χρησιμοποίησης. Οι Calabrese και Corbo (2015) υπέδειξαν ότι παρόλο που ποικίλα προγράμματα αναβάθμισης των επιδόσεων συντελούν στην αναβάθμιση των επιδόσεων και της ποιότητας των υπηρεσιών, η αποδοτικότητά τους εξαρτάται από το πόσο εύστοχα καταφέρνουν να ενσωματωθούν στους επιχειρησιακούς και στρατηγικούς σχεδιασμούς και τις «*πρακτικές διαχείρισης έργων*» ενός οργανισμού.

Επίσης, η μεθοδολογία «*Six Sigma*» εντάχθηκε στη παρεχόμενη φροντίδα υγείας με στόχο την αναβάθμιση της διαχείρισης των δεικτών της «*θνησιμότητας*» και της «*νοσηρότητας*» (Barry & Smith, 2005). Χαρακτηριστικό παράδειγμα χρησιμοποίησης της μεθοδολογίας Six Sigma αποτελεί, η ενσωμάτωσή του σε νοσοκομειακούς οργανισμούς της Ολλανδίας, παρέχοντας ένα σύνολο τεχνικών διαχείρισης της ποιότητας, που βοηθούν στην επίλυση των προβλημάτων των νοσοκομειακών οργανισμών, αλλά ορισμένες από τις έννοιές της προσαρμόστηκαν, ώστε να υλοποιούνται ευκολότερα και επωφελέστερα στην τοπική διάταξη της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Van den Heuvel, Does & Bisgaard, 2005).

## 2.7 Κόστος Ποιότητας στην Υγεία

Οι διαρκώς αυξανόμενες υγειονομικές δαπάνες που συντελούνται στις πιο πρόσφατες δεκαετίες στα αναπτυγμένα κράτη, δίχως κάποιες φορές να προκύπτουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα υγείας και συνδυαζόμενες με τις αρνητικές οικονομικές συνθήκες, προκάλεσαν από την πλευρά των κυβερνήσεων των κρατών και των διεθνών

οργανισμών την δημιουργία καινοτόμου πρωτοβουλίας για την υλοποίηση πολιτικών που αποβλέπουν στον περιορισμό καθώς και την χαλιναγώγηση των υγειονομικών δαπανών. Το άθροισμα των υγειονομικών συστημάτων, ανεξαρτήτως των διαφοροποιήσεων τους από κράτος σε κράτος αποσκοπούν στην οριοθέτηση και τον περιορισμό του κόστους της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών. Η μείωση δημοσίων κονδυλίων που αφορούν άλλους κοινωνικούς τομείς όπως «παιδεία, πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση», καθιστά αναγκαίο το βέλτιστο τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισης του αναμφίβολου γεγονότος της μεγέθυνσης των δημοσίων υγειονομικών κονδυλίων.

Θα μπορούσαμε να πούμε πως το «κόστος ποιότητας» αφορά «το σύνολο των προκληθεισών δαπανών, που σχετίζονται με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας από τον παραγωγό του προϊόντος, ή της υπηρεσίας, το χρήστη και την κοινωνία» σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο» ISO 8402 (BS 4778). Το κόστος ποιότητας σχετίζεται με το «κόστος καλής ποιότητας», δηλαδή την παροχή της καλύτερης δυνατής υγειονομικής περίθαλψης με το χαμηλότερο εφικτό κόστος και έχοντας ως βασική προϋπόθεση, το άρτια εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό που προσανατολίζεται στην υλοποίηση πρωτοκόλλων για υψηλό επίπεδο παροχής υγειονομικής περίθαλψης και ικανοποιητικό συντονισμό διαδικασιών με συγκεκριμένη σειρά ενεργειών και αποδοτικότητας ποιοτικού παραγόμενου έργου. Επιπροσθέτως, πρέπει να επισημανθεί ότι το κόστος ποιότητας συνδέεται και με το «κόστος χαμηλής ποιότητας» του οποίου αποδέκτης είναι ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας με οικονομικές επιπτώσεις, που αφορούν αφ' ενός τον χρήστη ο οποίος υποχρεώνεται να απουσιάσει παραπάνω χρονικό διάστημα από το εργασιακό του περιβάλλον, και αφ' ετέρου το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, αφού προκαλείται αύξηση κονδυλίων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα σε ενδεχόμενη πρόκληση μόνιμης βλάβης, αναπηρίας ή θανάτου του ασθενή από σφάλματα ή παραλείψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Φαμέλη, 2005).

Εντούτοις, αν και αποδίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα γενικώς στο κόστος που αφορά την παραγωγή και παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, το επιμέρους κόστος που προκύπτει από την έλλειψη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τώρα τελευταία έχει προκαλέσει τη προσοχή των κυβερνήσεων, της διοίκησης των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και των μελετητών.

Είναι ευρέως αποδεκτή η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ ποιότητας και κόστους, εξαιτίας των αναγκαίων δαπανών για την υλοποίηση προγραμμάτων ποιότητας. Εντούτοις η διεθνής βιβλιογραφία δεν διαθέτει μελέτες που να ενισχύουν την ανωτέρω πεποίθηση, η οποία να εστιάζει στη ελάττωση του κόστους μέσω της ΔΟΠ και της «Βελτίωσης της Ποιότητας» (Mitton et al., 2006).

Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί πως το κόστος δύναται να μειωθεί μέσω της «ποιότητας». Σίγουρα η υλοποίηση προγραμμάτων αναβάθμισης της «ποιότητας» ενέχει κόστος, αλλά αποτελεί ένα αξιοσημείωτα χαμηλότερο κόστος σε σχέση με το κόστος που προκύπτει από τη πώληση ενός ελαττωματικού προϊόντος ή το κόστος που συνεπάγεται η επισκευή και η αντικατάσταση ενός προϊόντος (Broyles and al-Assaf, 1999).

Οι Broyles και συν. (2010), επισημαίνουν ότι μολονότι χρειάζονται επιπλέον κονδύλια για τη «Βελτίωση της Ποιότητας», η ελάττωση των σφαλμάτων, των πρόσθετων προσπαθειών και των ταυτόχρονων διενεργειών, συνεπάγεται περιορισμό του κόστους (Broyles et al., 2010).

Καθημερινά αποκαλύπτονται ποικίλα παραδείγματα που χαρακτηρίζονται από έλλειψη ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τα οποία συνεπάγονται αξιοσημείωτες επιπτώσεις στο συνολικό κόστος. Αντιπροσωπευτικά αναφέρονται, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας της οποίας είναι αναγκαία η επανάληψη λόγω λανθασμένης τοποθέτησης του ασθενούς στο ακτινολογικό τραπέζι, το κόστος αναβολής μιας διαγνωστικής εξέτασης ή ιατρικής πράξης διότι προηγείται λανθασμένη προετοιμασία του ασθενούς για τη διενέργεια της, καθώς και το κόστος που προκύπτει από καθυστερημένη έναρξη του θεραπευτικού πλάνου λόγω απώλειας σημαντικών δεδομένων που σχετίζονται με διαγνωστικές εξετάσεις του ασθενούς ή και ακόμα και τμημάτων του ιατρικού φακέλου (Broyles and al-Assaf, 1999).

Βέβαια, το κόστος λόγω έλλειψης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν αφορά μόνο τις δαπάνες που σχετίζονται με την εκ νέου διενέργεια δραστηριοτήτων και διαδικασιών που δεν διεξήχθησαν ορθά ή στην εκτέλεση επιπρόσθετων ενεργειών, που απαιτείται να γίνουν για την αποκατάσταση αυτών που ήταν εσφαλμένες. Επιπλέον αφορά την ελάττωση της συνολικής αποδοτικότητας του υγειονομικού οργανισμού, ο οποίος θα μπορούσε να προσφέρει μεγαλύτερο όγκο υπηρεσιών στους ίδιους ή σε

άλλους ασθενείς με το ίδιο ανθρώπινο δυναμικό και υλικούς πόρους, αν δε δαπανούσε ορισμένους από αυτούς για την επανάληψη ή την αποκατάσταση εσφαλμένων διενεργειών. Αποτελεί μια επιπλέον εξήγηση ως κόστος ευκαιρίας του οργανισμού αφού ζημιώνεται από ένα άθροισμα δραστηριοτήτων οι οποίες διεργασίες αν πραγματοποιούνταν ορθά, θα ήταν επωφελείς (Broyles et al., 2010).

Από την άλλη πλευρά, είναι δύσκολα πραγματοποιήσιμος ο σαφής καθορισμός του κόστους, αλλά και της ελάττωσης αυτού. Το κόστος σε έναν οργανισμό παροχής υγειονομικών υπηρεσιών μπορεί να προσδιοριστεί, ως «αξία της υπηρεσίας» καθώς αυτή καθορίζεται από ένα άθροισμα συντελεστών που επιδρούν και σχετίζονται με τους «δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, ικανοποίησης ασθενών, ποιοτικών ετών ζωής και προσδόκιμου επιβίωσης». Αξίζει να αναφερθεί ότι κάποιοι ερευνητές διευκρίνισαν ότι οι δείκτες αυτοί αφορούν την «αξία που δύναται να συσχετισθεί κατά το δυνατό με την ανθρώπινη ζωή». Κατά γενική ομολογία η αναβάθμιση της ποιότητας προσφέρει πιο αναβαθμισμένες και αποδοτικές υπηρεσίες οι οποίες καθορίζονται από τους ανωτέρω δείκτες (Mitton et al., 2006).

Επιπρόσθετα η Διοικητική επιστήμη έχει τεκμηριώσει το κόστος ως βασικό παράγοντα όλων των διαδικασιών οργάνωσης και ελέγχου, ενώ δόθηκε έμφαση στην αναβάθμιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών η οποία θα μπορούσε να αποτελέσει την ιδανικότερη διέξοδο από την κρίση των παρόντων υγειονομικών συστημάτων, που διακρίνονται από το ολοένα αυξανόμενο κόστος και την αυξανόμενη ζήτηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Mitton et al., 2006).

Το κόστος της ποιότητας έχει δύο διαστάσεις (Mitton et al., 2006) και αφορά στη πρώτη περίπτωση το κόστος λόγω χαμηλής ποιότητας, ενώ στη δεύτερη περίπτωση το κόστος που προκύπτει από τη προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών ή προϊόντων.

Τα βασικά προνόμια που προσφέρει η κατανόηση του κόστους ποιότητας είναι (Mitton et al., 2006) αφ' ενός η δυνατότητα επισήμανσης και προτεραιοποίησης των προβλημάτων που προξενεί η χαμηλή ποιότητα και αφ' ετέρου η παροχή δυνατότητας υλοποίησης επικοδομητικών και δραστικών προγραμμάτων για την αναβάθμιση της υφιστάμενης ποιότητας.

### 2.7.1 Κόστος Έλλειψης Ποιότητας στην Υγεία

Η ανεπάρκεια των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών να ικανοποιούν τους χρήστες, συνιστά κύριο παράγοντα εμφάνισης του κόστους χαμηλής ποιότητας το οποίο δεν αντιπροσωπεύει το λογιστικό κόστος αλλά το οικονομικό κόστος και σχετίζεται με απώλεια δραστηριότητας και ευκαιριών. Με δεδομένο ότι η ποιότητα εξ' ορισμού αφορά την εκπλήρωση μιας ακολουθίας εγκεκριμένων προτύπων, το «κόστος μη ικανοποίησης» των χρηστών συνυπολογίζει το «κόστος εσωτερικής και εξωτερικής αποτυχίας» και απορρέει από την έλλειψη συμμόρφωσης στις καθορισμένες προδιαγραφές (Mitton et al., 2006, Hussey et al., 2013).

*«Κόστος εσωτερικών αστοχιών»:* Το κόστος αυτό πηγάζει από σφάλματα που πραγματοποιούνται και αποκαθίστανται πριν από την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης στο χρήστη. Μπορούν να αποτραπούν καθώς έχουν αναστρέψιμη πορεία και εφαρμόζονται υπό τον έλεγχο της διοίκησης (π.χ. λανθασμένες κλινικές εξετάσεις ή εκτίμηση εργαστηριακών αποτελεσμάτων, τα οποία γίνονται αισθητά πριν την πραγματοποίηση του θεραπευτικού πλάνου και αποκαθίσταται εξ' ολοκλήρου).

*«Κόστος εξωτερικών αστοχιών»:* εκπορεύεται από την έλλειψη υψηλού επιπέδου «ποιότητας» εργασίας του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού οργανισμού και αφορά την παροχή ανεπαρκούς ή εσφαλμένης περίθαλψης στο χρήστη. Προκύπτουν κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασθενή ή μετά από αυτήν (π.χ. χορήγηση λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής ή εμπορικών σκευασμάτων ή επιπλέον και εσφαλμένης δοσολογίας στον χρήστη).

### 2.7.2 Κόστος Αναβάθμισης της Ποιότητας στην Υγεία

Στον αντίποδα με το κόστος «χαμηλής ποιότητας» το οποίο δεν δύναται να εκτιμηθεί, εντοπίζεται το κόστος «βελτίωσης της ποιότητας» το οποίο είναι ως επί το πλείστον λογιστικό, δηλαδή εκτιμητέο. Διακρίνεται σε «κόστος πρόληψης» και σε

«κόστος αξιολόγησης» και αναφέρεται στην απόπειρα τήρησης των προδιαγραφών (Mittton et al., 2006, Hussey et al., 2013).

«Κόστος Πρόληψης»: Περιλαμβάνει το «κόστος προγραμματισμού», το «κόστος υλοποίησης» και «διατήρησης συστήματος ποιότητας». Πρωταρχική επιδίωξη αποτελεί ο περιορισμός των λαθών διαμέσου των προληπτικών μέτρων, της επιστημονικής κατάρτισης και της επικοινωνίας στοιχείων. Το βασικό δόγμα περικλείεται στο ρητό «Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά: *Do it right the first time*».

«Κόστος Αξιολόγησης»: Συνυπολογίζει το κόστος διαφύλαξης του επιπέδου ποιότητας και αναβάθμισης του, μέσα από ελέγχους και μετρήσεις, «Έλεγχος για την ορθότητα: *Checking it is right*».

Οι ασθενείς αξίζουν τη καλύτερη δυνατή περίθαλψη, ανάλογη της τρέχουσας επιστημονικής γνώσης και των διαθέσιμων πόρων. Καθώς οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και τα δικαιώματά τους εντοπίζονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των υγειονομικών συστημάτων, γίνεται ολοένα και πιο έντονη η απαίτηση να ενδυναμωθεί ο ρόλος της Διοίκησης Ποιότητας στους υγειονομικούς οργανισμούς. Είναι πολύτιμοι οι διαδικασίες «Διασφάλισης της Ποιότητας» να ενταχθούν στη ροή όλων των τμημάτων με τη καθολική συνεισφορά των εργαζομένων. Μέσω της υλοποίησης των πρώτων ελέγχων και της ανάδειξης των αδυναμιών των τμημάτων, μπορεί να εκμηδενιστεί κάθε ανησυχία για τις αρχικές δαπάνες και το γραφειοκρατικό φόρτο καθώς και ο φόβος για την αλλαγή. Σ' αυτή τη περίπτωση, θα φανεί σύντομα η σπουδαιότητα και ωφελιμότητα ενός πρωτοκόλλου ποιότητας, στη διαμόρφωση και εφαρμογή του οποίου θα συνεισφέρουν όλοι. Είναι υποχρέωση της ανώτερης διοίκησης να επικοινωνήσει το όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν στους χρήστες τους, μέσα από μια διαδικασία αδιάληπτης αναβάθμισης που δεν θα συνιστά ρίσκο για το προσωπικό, αλλά δυνατότητα για ηθική και επαγγελματική ολοκλήρωση (Καπάκη, 2015).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 3.1 Εννοιολογικός ορισμός ικανοποίησης ασθενών

Στις μέρες μας, η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί για όλα τα κράτη, ηθική επιταγή και παράλληλα νομική δέσμευση. Μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών προσδιορίζεται και εκτιμάται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται σε όλα τα επίπεδα, της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δημόσιας και ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης.

Το γεγονός πως η έννοια της ικανοποίησης είναι ιδιαίτερος διαδεδομένη, ευκολονόητη και εύληπτη από το μέσο χρήστη έχει αποτελέσει αποτρεπτικό παράγοντα κατά το εγχείρημα διατύπωσης ενός σαφούς και ευρέως αποδεκτού ορισμού για την «ικανοποίηση των ασθενών». Πέραν τούτου, όπως ήδη έχει επισημανθεί από τους Wriglesworth και Williams (1975), η ικανοποίηση βασίζεται πάντα στα πολυποίκιλα βιώματα και εμπειρίες των ατόμων και αυτός είναι ακριβώς ο λόγος που διαφέρει το περιεχόμενο της και έχει σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικό χαρακτήρα, καθώς αρκετοί συχνά τη ταυτίζουν με το αίσθημα της ευδαιμονίας, της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης και της πληρότητας.

Ο Oliver (1997) υποστηρίζει ότι *«ο καθένας γνωρίζει τι σημαίνει ικανοποίηση μέχρι να του ζητηθεί να δώσει έναν ορισμό. Τότε αποδεικνύεται ότι κανείς δε γνωρίζει»*. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης του χρήστη/ασθενή απαιτεί την παρουσία ενός ρητού και ξεκάθਾਰου ορισμού, αλλά και την συναίσθηση των συντελεστών που συντείνουν σε αυτή (Crow et al, 2002; Choi et al, 2004). Αποτελεί κοινή διαπίστωση, πως δεν υφίσταται στο βιβλιογραφικό στερέωμα ένας ενιαία αποδεκτός ορισμός της «ικανοποίησης των ασθενών», παρά την ευρεία χρήση της έννοιας ως ενός σημαντικού δείκτη ποιότητας της περίθαλψης (Car-Hill, 1992; Williams et al, 1998; Johansson et al, 2002; Priporas et al, 2008). Λόγω της διαφορετικότητας των καταναλωτών/χρηστών, αλλά και της ποικιλόμορφης ψυχικής τους κατάστασης σε διαφορετικά χρονικά σημεία, αποδίδονται στην ικανοποίηση πληθώρα ορισμών και ερμηνειών. Η διαπροσωπική και χρονική ευμεταβλητότητα εμποδίζει σε σημαντικό βαθμό τη προσπάθεια χρήσης ενός καθολικού ορισμού (Car-Hill, 1992).

Η ρίζα της έννοιας «ικανοποίηση» εντοπίζεται στη Λατινική λέξη «*satis*», που θα πει «*αρκετά*». Υποδεικνύει σαφέστατα, ότι ο ασθενής που ικανοποιείται, παράλληλα εκπληρώνονται οι ανάγκες, οι επιθυμίες και οι αξιώσεις του, ενώ δεν αφήνει περιθώριο εκδήλωσης δυσαρεσκειών ή παραπόνων. (Crow et al, 2002). Από τον ορισμό συνάγεται το εξής διττό συμπέρασμα:

- ❖ Το συναίσθημα της ικανοποίησης από τη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί επακόλουθο ενός αποδεκτού προτύπου παροχής υπηρεσιών και όχι κάποιου ιδανικού προτύπου περίθαλψης.
- ❖ Η «ικανοποίηση» θεωρείται μία εξαρτώμενη έννοια, καθώς μετριέται σε συνάρτηση με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των χρηστών/καταναλωτών (Crow et al, 2002).

Ο Donabedian (1966) σε ένα εγχείρημα προσδιορισμού της «ικανοποίησης των ασθενών», επεσήμανε πως αφορά την υποκειμενική εντύπωση των ασθενών, την οποία οι φορείς περίθαλψης οφείλουν να αναγνωρίσουν ως γεγονός. Είναι άνευ σημασίας, εάν η αντίληψη του ασθενούς είναι σωστή ή όχι. Αυτό που έχει σημασία είναι το πώς αισθάνεται, παρ' όλο που η αίσθηση της πραγματικότητας των φορέων περίθαλψης διαφέρει. Σε παρόμοιο μήκος κύματος κυμάνθηκε και η άποψη του Petersen (1988), ο οποίος εξέφρασε την θέση ότι το αίσθημα περί «ικανοποίησης» εμπεριέχει την πλήρη επίγνωση της διαδικασίας παροχής της περίθαλψης, δίχως ο ασθενής να συνεκτιμά την έκβαση της υγείας του ή την ορθότητα της θεραπείας που λαμβάνει.

Αντίστοιχα, ο Pascoe (1983) καθόρισε την «ικανοποίηση των ασθενών» ως την ανταπόκριση των ασθενών στα διάφορα πεδία του φορέα, στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα από τα πρωτόκολλα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον τόνισε ότι η ανταπόκριση αυτή, έχει εσωτερικό και μοναδικό χαρακτήρα για κάθε ασθενή, ενώ γίνεται κατανοητή από τις διακυμάνσεις της συμπεριφοράς του (Μερκούρης, 1996).

Πληθώρα ερευνητών θεωρεί ότι η έννοια της «ικανοποίησης των ασθενών» συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των επιθυμιών τους (Williams et al, 1998), ενώ μερικοί την οριοθετούν ως την αξιολόγηση της απόκλισης μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της αντικειμενικής αποδοτικότητας των παρόχων (Tse & Wilton, 1988; Choi et al, 2004; Merkouris et al, 2004; Andrew et al, 2011). Επιπρόσθετα, στους ανωτέρω ορισμούς εμπλέκονται συχνά και οι έννοιες της υποκειμενικής γνωσιακής και συναισθηματικής ανταπόκρισης των ασθενών (Johansson et al, 2002). Συνεπώς, με

βάση τη θεωρία των προσδοκιών, όταν οι ασθενείς μπαίνουν στο σύστημα υπηρεσιών υγείας φέρουν καθορισμένα αντιπροσωπευτικά γνωρίσματα και προηγούμενα βιώματα, τα οποία συνδυάζοντάς τα με τη γνώση και την ενημέρωση που λαμβάνουν, καθορίζουν ένα πλαίσιο αναγκών. Το πλαίσιο αυτό αξιοποιείται για την εκτίμηση της περίθαλψης που παρέχεται τελικά στους ασθενείς (Merkouris et al, 1999).

Οι Bowers και συν (1994) επιπρόσθετα, υπογράμμισαν πως το συνολικό επίπεδο της «ικανοποίησης ασθενών» επηρεάζονται με άμεσο τρόπο και σε σημαντικό βαθμό από τη γενικότερη αίσθηση της «επαλήθευσης των προσδοκιών», παρά από την αξιολόγηση των ασθενών για συγκεκριμένους τομείς της υγειονομικής απόδοσης. Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να σημειωθεί πως οι προσδοκίες αποτελούν άλλο ένα αξιοσημείωτο πεδίο που έχει απασχολήσει πολύ κατά το εγχείρημα θεμελίωσης ενός ορισμού για την «ικανοποίηση των ασθενών».

Ο Petersen (1988) με τη σειρά του εξέφρασε τη πεποίθηση πως η έννοια «προσδοκίες» αφορά εκείνες τις προκαθορισμένες ιδέες που οι ασθενείς διατηρούν σε σχέση με το είδος της περίθαλψης που αρμόζει να τους παρέχεται. Έτσι, διαφορετικοί ασθενείς δύνανται κάτω από τις ίδιες συνθήκες να αισθανθούν ικανοποίηση σε διαφορετικό βαθμό, σύμφωνα με τις προσδοκίες που ο καθένας μεμονωμένα έχει διαμορφώσει. Οι προσδοκίες θεωρούνται ένα σημαντικό κομμάτι της «ικανοποίησης των ασθενών» κάτι το οποίο έχει ήδη επισημανθεί από τους Abdellah και Levine το 1957, αφού τις θεώρησαν ως καθοριστικό παράγοντα στη ρύθμιση της ικανοποίησης ή μη των ασθενών από τη υγειονομική φροντίδα.

Οι προσδοκίες παρ' όλα αυτά, δεν είναι πλήρως προσδιορισμένες πριν την εισαγωγή των ασθενών αλλά εξελίσσονται και διαφοροποιούνται κατά την παραμονή τους στους φορείς υγείας καθώς και με την εισαγωγή άλλων ασθενών στους φορείς αυτούς (Bleich και συν, 2009). Πολλές φορές, ωστόσο διακρίνεται μικρή σχέση ανάμεσα στις εξωτερικευμένες προσδοκίες και στην συνεπακόλουθη ικανοποίηση. Οποιοδήποτε εγχείρημα αξιολόγησης της ικανοποίησης απαιτείται να γίνεται συναρτήσει των καθορισμένων προσδοκιών των ασθενών και τότε να γίνεται ταυτοποίηση του βαθμού ικανοποίησης, δηλαδή του βαθμού εκπλήρωσης των προσδοκιών (Fitzpatrick, 1991).

Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς εξαιτίας της ατελούς και «ασύμμετρης πληροφόρησης», αφού δε διαθέτουν τις γνώσεις και την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, δεν καταφέρνουν να έχουν ξεκάθαρες προσδοκίες από το υγειονομικό περιβάλλον (Priporas et al, 2008).

Ανακεφαλαιώνοντας, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών συναρτάται από τρία δομικά συστατικά: τις «προσδοκίες των ασθενών» από το σύστημα υγείας καθώς και τα κοινωνικοοικονομικά και ψυχοκοινωνικά γνωρίσματα τους (Παπαγιαννοπούλου και συν, 2008).

### 3.2 Λειτουργικός ορισμός ικανοποίησης ασθενών

Ο Wilson (1987) αναφέρει, ότι λειτουργικός ορισμός μιας έννοιας απεικονίζει τη μεθοδολογία με την οποία αυτή αξιολογείται, στο πλαίσιο ενός σαφώς καθορισμένου πεδίου έρευνας ή δράσης. Έχει προταθεί ποικιλία διαστάσεων και πεδίων για την εκτίμηση της «ικανοποίησης των ασθενών» από τους υγειονομικούς παρόχους. Η βασική απορία που προκύπτει είναι αν, κατά πόσο και σε ποια πεδία της περίθαλψης μπορούν να απεικονίσουν ή να εντοπίσουν οι ασθενείς.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές προβάλλουν την σπανιότητα ερευνών ποιοτικού χαρακτήρα που να μελετούν την παραπάνω απορία. Οι ερευνητές εφαρμόζουν κατά κύριο λόγο ποσοτικές μεθόδους για να αξιολογήσουν εάν οι ασθενείς παρατηρούν διαφορετικά πεδία στη περίθαλψη. Τα πορίσματα των μελετών διαφέρουν. Υπάρχουν τρεις πρωταρχικοί λειτουργικοί ορισμοί που έχουν υπερισχύσει οι οποίοι αναλύονται ακολούθως:

Ο Abramowitz και συν (1987) υποστήριξαν ότι υφίστανται δέκα βασικά πεδία ικανοποίησης που αφορούν την ικανοποίηση από την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, το λοιπό επικουρικό προσωπικό, τις επαρκείς διευκρινίσεις του προσωπικού σχετικά με τη θεραπεία, τις ακολουθούμενες διαδικασίες καθώς και θέματα όπως το φαγητό, η καθαριότητα, οι υπηρεσίες συνοδών και εν τέλει τις προσδοκίες για την ποιότητα καθώς και το τύπο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι Meterko και συν (1990) επεκτάθηκαν σε μόλις σε οχτώ πεδία που αφορούν την «ικανοποίηση των ασθενών» για τη διαμόρφωση του ορισμού της και σχετίζονται με: την υποδοχή των ασθενών, την καθημερινή νοσοκομειακή περίθαλψη, την ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, το λοιπό προσωπικό, το περιβάλλον του παρόχου και τις συνθήκες διαμονής καθώς και τις διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Αντίστοιχα οι Carey και Seibert (1993) αναφέρουν κι αυτοί οχτώ διαφορετικά πεδία που συνδέονται με την «ικανοποίηση των ασθενών»: την ευγένεια, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τη σίτιση, το καθαρό και άνετο περιβάλλον, τις διαδικασίες εισιτηρίου-εξιτηρίου-χρέωσης, τη θρησκευτική ανάγκη και την έκβαση της υγειονομικής περίθαλψης.

Το σημαντικότερο ελάττωμα των ανωτέρω λειτουργικών ορισμών έγκειται στο ότι η διατύπωσή τους δε βασίζεται σε ένα καθορισμένο θεωρητικό υπόβαθρο ούτε αντιστοιχούν σε ένα συγκεκριμένο εννοιολογικό ορισμό. Η δημιουργία τους είναι προϊόν εμπειρικών δεδομένων και στατιστικών αναλύσεων. Εξαιτίας αυτού, οι λειτουργικοί ορισμοί δεν έχουν κάποια ουσιώδη ωφελιμότητα και αφορούν όλοι παρόμοια, βασικά πεδία.

Πραγματοποιώντας αναδρομή στη βιβλιογραφία, ο πρώτος λειτουργικός ορισμός που απαντάται σχετικά με το θέμα της «ικανοποίησης των ασθενών» από το νοσηλευτικό προσωπικό, ανήκει στους Abdallah και Levine (1957) και συμπεριλάμβανε επτά πεδία που αφορούν το συγκεκριμένο θέμα: την ανάπαυση, τη διατροφική συμπεριφορά των ασθενών, τη τουαλέτα, τη προσωπική υγιεινή και την υποστηρικτική φροντίδα, την ανταπόκριση στο θεραπευτικό πλάνο και την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Εντούτοις ο ανωτέρω ορισμός, είναι δεσμευτικός καθώς πρέπει να συνυπολογίζεται πάντα ο τρόπος οργάνωσης και προσδιορισμού της νοσηλευτικής σε δεδομένο χρονικό διάστημα και σε καθορισμένο χώρο.

### 3.3 Σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Η εκτίμηση της «ικανοποίησης των ασθενών» από το σύστημα υγείας, αφορά την μέτρηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας απέναντι στους ασθενείς (Nelson & Niederberger, 1990).

Η «ικανοποίηση των ασθενών» μετράται προκειμένου να αξιολογηθεί η «προσβασιμότητα», η «αποτελεσματικότητα» και η «διαθεσιμότητα» των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και η αντίστοιχη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το περιβάλλον και το προσωπικό των οργανισμών υγείας (Barnett, 2001).

Πιο αναλυτικά, η μέτρηση της «ικανοποίησης των ασθενών» αναφέρεται στην ποιότητα της σίτισης, των συνθηκών υγιεινής των παρόχων, την ποιότητα των υποδομών και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, των συνθηκών λειτουργίας (ήσυχο και άνετο περιβάλλον), του χρόνου αναμονής, της πληροφόρησης των ασθενών, της έκβασης των διαγνώσεων των εξετάσεων, της επικοινωνίας ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας καθώς και το λοιπό προσωπικό κ.τ.λ. Οι ανωτέρω παράγοντες εκτιμώνται πάντα κατά την αξιολόγηση της «ικανοποίησης του ασθενή» από τις υγειονομικές υπηρεσίες (Matsui et al, 1998).

Σήμερα περισσότερο από κάθε άλλη φορά, η παρατήρηση της «ικανοποίησης των ασθενών» συνιστά αντικείμενο διεξαγωγής ερευνών για πολυποίκιλους λόγους (Cleary & McNeil, 1988; Naidu, 2009). Μέσω της μελέτης της «ικανοποίησης των ασθενών» επιτυγχάνεται η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ εκτιμώνται οι εκάστοτε θεραπευτικές διαδικασίες αλλά και η έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επιπροσθέτως, εξαιτίας του ολοένα αυξανόμενου ανταγωνισμού στον χώρο της υγείας, η αξιολόγηση της ικανοποίησης προωθεί και ενισχύει την επιδίωξη και επίτευξη της ανταγωνιστικότητας (Cleary & McNeil, 1988; Crow et al, 2002).

Ένας από τους βασικότερους συντελεστές που επιβεβαιώνει το υψηλό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως αναφέρει ο Donabedian, είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης (Donabedian, 1988; Aharony & Strasser, 1993; Sitzia & Wood, 1997). Οι ασθενείς μπορούν να αναδείξουν με το καλύτερο τρόπο, ποια είναι τα πιο σημαντικά κομμάτια στη θεραπευτική διαδικασία, συμβάλλοντας μ' αυτόν τον τρόπο στη θεμελίωση ενός ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας, το οποίο θα έχει κοινωνική αποδοχή, καθώς θα λαμβάνει υπόψιν τις απόψεις, τις πεποιθήσεις και το αξιακό τους σύστημα (Car-Hill, 1992; Foss & Ellefsen, 2002).

Η «μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών» συμβάλλει στη διαχείριση και αναβάθμιση της φροντίδας υγείας (Αλετράς και συν, 2009), σε μια περίοδο όπου η πλειονότητα της ιατρικής κοινότητας φαίνεται να εστιάζει το ενδιαφέρον της στη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή (Pascoe, 1983; Hyrkas & Paunonen, 2000; Αλετράς και συν, 2007). Ο μηχανισμός «ανατροφοδότησης» ενισχύει την ανίχνευση και τη βαθύτερη κατανόηση κάθε ανάγκης και ανησυχίας των ασθενών, τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, ενώ επισημαίνει τα «τρωτά» σημεία και τις ελλείψεις του υγειονομικού συστήματος και παρέχει αξιολόγηση των προσπαθειών αναβάθμισής τους. Συνεισφέρει στην

αναβάθμιση και την ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού, προσφέροντας κίνητρα ανέλιξης και προόδου σε όλο τον οργανισμό (Crow et al, 2002). Επιπλέον, αξιολογήματα είναι το γεγονός ότι παρέχεται η δυνατότητα καταγραφής της αποδοτικότητας, καθώς και της αντιπαραβολής διαφορετικών παρόχων και συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, συνεισφέροντας στο σχηματισμό στοχοθεσίας σε σχέση με τη διαμόρφωση πολιτικών υγείας (Sitzia & Wood, 1997; Αλετράς και συν, 2009).

Ταυτοχρόνως, αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός η ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της «ικανοποίησης των ασθενών» και της ποιότητας στην υγεία (Choi et al, 2004). Όπως προκύπτει, οι ικανοποιημένοι ασθενείς, επιδεικνύουν ένα αξιολογήσιμο ποσοστό συμμόρφωσης στο θεραπευτικό πλάνο, μεγαλύτερη προθυμία εκπαίδευσης και εκμάθησης, οδηγώντας σε ικανοποιητικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, δεδομένου ότι το θεραπευτικό πλάνο βασίζεται στην ενεργό συμμετοχή των ασθενών και την ορθή συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, γίνεται κατανοητό ότι με τη μέτρηση της ικανοποίησης ανιχνεύονται περιπτώσεις ανεπαρκούς επικοινωνίας μεταξύ των δύο αυτών μερών και εντοπίζονται οι δυσαρεστημένοι ασθενείς (Cleary & McNeil, 1982; Crow et al, 2002; Foss & Ellefsen, 2002; Αλετράς και συν, 2009; Andrew et al, 2011).

Αναμφίβολα, η «ικανοποίηση των ασθενών» μπορεί να θεωρηθεί άμεσος και έμμεσος δείκτης καρποφόρησης των χρησιμοποιούμενων θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Επί παραδείγματι, θα μπορούσε να αξιολογηθεί άμεσα το αποτέλεσμα μιας αισθητικής επέμβασης, ζητώντας την άποψη του ίδιου του ασθενή για το πόσο ικανοποιημένος νιώθει. Επίσης, θα ήταν ιδιαίτερα αξιολογήσιμος ο τρόπος εκτίμησης της θεραπευτικής πορείας, μέσω της διερεύνησης της «ικανοποίησης των ασθενών» σε σχέση με την έκβαση της υγείας τους, έπειτα από διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα χρησιμοποιώντας δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας οι οποίοι θεωρούνται και δείκτες επιτυχίας (Cleary & McNeil, 1982).

Πέρα από το όφελος των ικανοποιητικότερων θεραπευτικών εκβάσεων, η βολιδοσκόπηση των βιωμάτων των ασθενών συμβάλλει στην εξοικονόμηση πόρων (Foss & Ellefsen, 2002; Αλετράς και συν, 2009; Andrew et al, 2011). Η βελτιωμένη ικανοποίηση έχει θετική επίδραση στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αφού εκτός από τη συντομότερη ανάρρωση των ασθενών, μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητικότερη διαχείριση των υφιστάμενων περιορισμένων πόρων (Crow et al, 2002).

Αξίζει, επιπλέον, να αναφερθεί ότι ένας ικανοποιημένος ασθενής δε θα αναζητήσει εναλλακτικές επιλογές οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Αντιθέτως, ενδέχεται σε μεγάλο ποσοστό, να συστήσει το συγκεκριμένο φορέα στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον (Foss & Ellefsen, 2002 Αλετράς και συν, 2009; Andrew et al, 2011). Εδώ, εντοπίζεται η ανάγκη χρησιμοποίησης ερευνών ικανοποίησης για την επίτευξη των στόχων του «marketing». Οι φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών εστιάζουν στην προσέλκυση ασθενών, ενώ οι ασθενείς από την μεριά τους, διαλέγουν εκείνον τον φορέα υγειονομικής περίθαλψης, που ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις τους. Εύλογα συμπεραίνει κανείς, ότι το επιτυχές «marketing» εξαρτάται από την ικανότητα των οργανισμών να μεγιστοποιούν την «ικανοποίηση των ασθενών» (Cleary & McNeil, 1982).

Κάποια χρόνια πριν, η αποδοχή αυτή θα προκαλούσε θύελλα αντιδράσεων. Εντούτοις, στις μέρες μας, λόγω της αυξημένης προσφοράς των επαγγελματιών υγείας, της εισχώρησης οργανισμών κερδοσκοπικού χαρακτήρα στην περίθαλψη υγείας, αλλά και των αυξημένων απαιτήσεων των ασθενών, υπάρχει κατακόρυφος ρυθμός αύξησης της ανταγωνιστικότητας μεταξύ των οργανισμών (Cleary & McNeil, 1982). Μελέτη που διενεργήθηκε σε 500 ασθενείς, επιβεβαίωσε ότι το 85% των ασθενών αντικατέστησε ή είχε πρόθεση να αντικαταστήσει τον οργανισμό υγείας, κατά κύριο λόγο εξαιτίας του χαμηλού επιπέδου εξυπηρέτησης, δεδομένο που υποδηλώνει ότι η ίαση των ασθενών από μόνη της, δεν επαρκεί για την διατήρηση της «ικανοποίησης των ασθενών» (Cleary & McNeil, 1982).

#### 3.4 Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών

Σε πρώτο επίπεδο, γίνεται αδρή ταξινόμηση των συντελεστών που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αναφέρεται στους συντελεστές που συνδέονται με τον ασθενή και τα αντιπροσωπευτικά του γνωρίσματα, ενώ η δεύτερη αφορά τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στους εκάστοτε οργανισμούς υγείας (Grøndahl et al., 2011; Cleary & McNeil, 1988).



Έχουν λάβει χώρα πολυάριθμες προσπάθειες αξιολόγησης των συντελεστών που επιδρούν στην «ικανοποίηση των ασθενών», οι οποίοι είναι ευρέως αναγνωρισμένοι και με τον όρο «προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης». Η ποικιλομορφία των συντελεστών αυτών σχετίζεται με τη διαφοροποίηση των ερωτημάτων της κατά περίπτωση μελέτης, το χρονικό διάστημα που αυτή συντελέστηκε, αλλά και το συγκεκριμένο (χώρο) οργανισμό στον οποίο παρασχέθηκε η περίθαλψη. Παρόλο που δεν υφίσταται πλήρης συμφωνία, έχουν επισημανθεί συγκεκριμένα γνωρίσματα των ασθενών τα οποία έχουν άμεσο αντίκτυπο στο βαθμό ικανοποίησης που αισθάνονται από το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Aharony & Strasser, 1993).

Έχουν διαμορφωθεί ποικίλες εκδοχές από ερευνητές, οι οποίες κατά κύριο λόγο συγκλίνουν στο γεγονός ότι μια ποικιλία κοινωνικό-δημογραφικών μεταβλητών με πιο σημαντικές, την ηλικία, το φύλο, το οικονομικό, μορφωτικό και θρησκευτικό υπόβαθρο, την οικογενειακή κατάσταση, τη κατάσταση υγείας, την ασφαλιστική κάλυψη κ.α., διαμορφώνουν το βαθμό «ικανοποίησης των ασθενών» (Γαβριήλ και συν., 2012; Chandra et al., 2006; Turriss, 2005), χωρίς όμως να υπάρχει απόλυτη ταύτιση των ερευνών, καθώς ορισμένα ευρήματα επαληθεύουν μία χαμηλού βαθμού ή δεν επιβεβαιώνουν κάποια συσχέτιση (Ammentorp et al., 2006; Zandbelt et al., 2004).

**«Ηλικία»:** Όσον αφορά την «ηλικία»: αποτελεί πάγιο εύρημα των ερευνών η συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας των ασθενών με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Schoenfelder et al., 2011; Bleich et al., 2009; Matis et al., 2009; Xiao & Barber, 2008; Quintana et al., 2006; Ραφτόπουλος 2002; Crow et al., 2002; Aharony & Strasser, 1993; Pascoe, 1983; Parasuraman et al., 1988; Fox & Storms, 1981;). Η παραπάνω θετική συσχέτιση επιδέχεται ποικιλία ερμηνειών. Μια πρώτη επεξήγηση είναι η μεγαλύτερη υπομονή και δεκτικότητα που συνηθίζουν να επιδεικνύουν οι γηραιότεροι ασθενείς καθώς και οι χαμηλές αξιώσεις που διατηρούν, εξαιτίας προγενέστερων βιωμάτων και καταστάσεων, συγκριτικά με νεότερες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, εκφράζεται η πεποίθηση ότι οι ασθενείς προχωρημένης ηλικίας χαίρουν καλύτερης αντιμετώπισης και σεβασμού από το ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Τέλος, ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει καθοριστικά στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών συγκριτικά με των νεότερων, αφορά το

χαμηλότερο επίπεδο προσδοκιών, λόγω ελλιπούς σχηματισμένης γνώμης για τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες ή προηγούμενης δυσάρεστης εμπειρίας από αυτές (Papanikolaou & Ntani, 2008; Crow et al, 2002; Megivern et al., 1992).

**«Φύλο»:** Αναφορικά με την επιρροή του «φύλου» στην «ικανοποίηση των ασθενών», δε δύνανται να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, καθώς ένας μεγάλος αριθμός μελετών καταδεικνύει ότι το γυναικείο φύλο επισκέπτεται συστηματικότερα τις υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με το ανδρικό φύλο, ενώ εκφράζει παράλληλα, υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης (Amin & Nasharuddin, 2013; Matis et al., 2009; Pappa και Niakas, 2006). Τα ευρήματα σημαντικού αριθμού ερευνών του εξωτερικού αναφέρουν ότι το γυναικείο φύλο εμφανίζεται περισσότερο ικανοποιημένο (Sadika et al, 2008; Aharony & Strasser, 1993; Fox & Storms, 1981). Ωστόσο υπάρχουν έρευνες όπου το ανδρικό φύλο εκδηλώνει υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης (Pini et al., 2014; Mohan & Kumar, 2011; Al-Eisa et al, 2005). Από την άλλη πλευρά, βέβαια, σε έρευνες που διενεργήθηκαν στον ελλαδικό χώρο, δεν διαπιστώθηκε αντίκτυπος του φύλου στην ικανοποίηση των ασθενών. (Drosos et al., 2015; Merkouris et al., 2013; Aletras et al., 2009; Αλετράς και συν., 2007; Aletras et al., 2006). Σε γενικές γραμμές, κατά την διερεύνηση της επιρροής του φύλου στην «ικανοποίηση των ασθενών», θεωρείται αναγκαίο να συνυπολογίζονται, τα διαφορετικά κομμάτια της παρεχόμενης φροντίδας στα οποία εστιάζει κάθε φύλο μεμονωμένα (Crow et al, 2002).

**«Εκπαίδευση»:** Το «εκπαιδευτικό υπόβαθρο» διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην «ικανοποίηση των ασθενών» με σημαντικό αντίκτυπο στην εντύπωση των ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η πλειονότητα των ερευνητών υποστηρίζει ότι το υψηλό μορφωτικό υπόβαθρο λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα προς το βαθμό «ικανοποίησης των ασθενών», καθώς οι χρήστες αυτοί επιδιώκουν να λαμβάνουν ικανοποιητικότερη ενημέρωση σχετικά τη κατάσταση της υγείας τους και τη παροχή υπηρεσιών, ενώ διατηρούν σημαντικά υψηλότερες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας (Crow et al, 2002; Pascoe, 1983; Fox & Storms, 1981). Πράγματι, λοιπόν, μεγάλος αριθμός μελετών τόσο από το διεθνή όσο από και τον ελλαδικό χώρο, επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς χαμηλού μορφωτικού υποβάθρου εκφράζουν κατά κανόνα υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης. (Paul et al., 2016; Aletras et al., 2009; Bleich et al., 2009; Αλετράς και συν., 2009; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Αλετράς και συν., 2007; Πιερράκος &

Υφαντόπουλος, 2007; Πολύζος και συν., 2007; Aletras et al., 2006; Al-Eisa et al., 2005; Niakas et al., 2004; Saeed et al., 2001).

**«Οικονομική Κατάσταση»:** Αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό συντελεστή που επιδρά αξιοσημείωτα στο ποσοστό «ικανοποίησης των ασθενών» (Crow et al, 2002; Saeed et al, 2001; Aharony & Strasser, 1993; Pascoe, 1983). Εντούτοις, τα αποτελέσματα των ερευνών δεν συμπίπτουν. Μία πρώτη προσέγγιση, αναφέρει ότι οι ασθενείς που διαθέτουν υψηλό εισόδημα εκφράζουν υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από το επίπεδο επικοινωνίας τους με τους επαγγελματίες υγείας και το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, εν αντιθέσει με τους ασθενείς χαμηλού οικονομικού υποβάθρου που αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Pierakos et al, 2013; Parasuraman et al, 1988). Από την άλλη πλευρά, το καλύτερο οικονομικό υπόβαθρο των ασθενών, ενδέχεται να εγείρει υψηλότερες αξιώσεις από το σύστημα υγείας, με αρνητικό αντίκτυπο στο βαθμό ικανοποίησής τους, εν τέλει (Drosos et al., 2015).

**«Εθνικότητα»:** Η «εθνικότητα», ασκεί σημαντική επιρροή στην «ικανοποίηση των ασθενών», αφού η πολιτισμική ταυτότητα που ταυτίζεται με τη γλώσσα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τη κουλτούρα (π.χ. μουσουλμάνοι), δύναται να προκαλέσει εμπόδια στην επικοινωνία με το ανθρώπινο δυναμικό των οργανισμών (Fox & Storms, 1981). Οι μειονοτικές ομάδες εκφράζουν κατά κανόνα χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από τη περίθαλψη που τους παρασχέθηκε. Επί παραδείγματι, σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Ελβετία, κατέδειξε ότι οι μη Ελβετοί περιπατητικοί ασθενείς εξέφρασαν χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης συγκριτικά με τους αυτόχθονες ασθενείς (Crow et al, 2002).

**«Προσδοκίες»:** Οι προσδοκίες αναφέρονται στις προκατασκευασμένες σκέψεις των ασθενών σχετικά με το είδος της φροντίδας που θεωρούν ότι πρέπει να λάβουν και επηρεάζουν σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας (Petersen, 1988). Το ζήτημα των «προσδοκιών» από το σύστημα υγείας συνιστά εκτεταμένο αντικείμενο συζήτησης στη βιβλιογραφία, ενώ μελέτες συμπεραίνουν ότι η «ικανοποίηση των ασθενών» συνδέεται άμεσα με το ποσοστό επαλήθευσης των προσδοκιών τους από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν και αξιολογείται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που προσδοκούν και εκείνου που τελικά αποκομίζουν (Καλογεροπούλου, 2011; Miaoulis et al., 2009).

Γενικά, οι προσδοκίες των ασθενών εμπεριέχουν την έγκαιρη και σωστή διάγνωση και θεραπεία, την ιατρική κατάρτιση και γνώση καθώς και τις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, τη διαδικασία λήψης του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης, την εκδήλωση ενσυναίσθησης από τη πλευρά των επαγγελματιών υγείας, την σωστή αντιμετώπιση, τις ιατρικές επισημάνσεις και ορθή καθοδήγηση που σχετίζονται με το θεραπευτικό πλάνο αλλά και την πρόληψη. Επιπλέον, οι προσδοκίες αναφέρονται στη διαθεσιμότητα σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών καθώς και τη προσβασιμότητα στα αντίστοιχα τμήματα, τη θεραπευτική αγωγή με λελογισμένο κόστος και τη ευχέρεια συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία τους (Absar & Rahman, 2008).

Οι προσδοκίες προκύπτουν από το συνδυασμό παραγόντων και χαρακτηριστικών στα οποία συμπεριλαμβάνονται το αξιακό σύστημα και οι επιθυμίες των ασθενών, το δημογραφικό και κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρό τους, η άποψη τους για τη κεντρική εξουσία, προηγούμενα βιώματα από τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, το επίπεδο επικοινωνίας ανάμεσα στους χρήστες και το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού και τέλος, πιθανές υποδείξεις από τρίτα πρόσωπα (Κωσταγιόλας και συν., 2006). Η σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες και την ικανοποίηση που εκφράζεται από τους ασθενείς, παρουσιάζεται αντιστρόφως ανάλογη, καθώς οι ασθενείς με χαμηλότερες προσδοκίες εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης, σε αντιδιαστολή με εκείνους που διατηρούν μη εφαρμόσιμες προσδοκίες (Aharony & Strasser, 1993).

Η απόκλιση των υπηρεσιών υγείας από προκαθορισμένες προδιαγραφές πρωτότυπες διαδικασίες έχει ως επακόλουθο την παροχή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας. Η αδυναμία παροχής υπηρεσιών με την αναμενόμενη ποιότητα, χωρίς να συνυπολογίζονται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των χρηστών οδηγεί σε απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και προδιαγραφών. Η έλλειψη διάθεσης του προσωπικού για έμπρακτη δέσμευση παροχής ποιοτικής περίθαλψης, συνεπάγονται αρνητικά αποτελέσματα. Τέλος, η ασυνέπεια μεταξύ του επιπέδου περίθαλψης που υπόσχεται ένας οργανισμός να προσφέρει και εν τέλει αυτού που προσφέρει, γίνεται αιτία αυξημένων προσδοκιών, ενώ η απουσία εκπλήρωσης τους επιφέρει δυσαρέσκεια και χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης (Καλογεροπούλου, 2011).

Από τα παραπάνω, συνάγεται εύλογα το συμπέρασμα πως η ικανοποίηση δεν βασίζεται μόνο στην επίτευξη των προσδοκιών των ασθενών αλλά σχετίζεται και με τη διαφορά ανάμεσα στη περίθαλψη που έλαβαν και σε αυτή που θεωρούσαν ότι θα λάβουν,

συμπεριλαμβανομένης και της ασύμμετρης ενημέρωσης που αιτιολογεί την δυσκολία των ασθενών να έχουν ξεκάθαρες προσδοκίες. Συνεπώς, το επίπεδο ικανοποίησης εξαρτάται τόσο από τις προσδοκίες όσο και από τα κοινωνικο-οικονομικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τα οποία εν συνεχεία δέχονται επιρροές από τις αντίστοιχες πολιτισμικές συνθήκες και τη χρονική στιγμή (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008; Priporas, 2008; Williams et al., 1998).

**«Θεραπευτικό αποτέλεσμα»:** Έχει επαληθευτεί πως η σχέση ανάμεσα στο «θεραπευτικό αποτέλεσμα» και στο ποσοστό ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, ειδικά στην περίπτωση ανεπιτυχούς έκβασης του θεραπευτικού πλάνου, με συνέπεια τη δυσαρέσκεια του ασθενή (Hall et al, 1998).

**«Περιβάλλον περίθαλψης»:** Το «περιβάλλον περίθαλψης» καθώς και η «προσβασιμότητα», συνιστούν επίσης αξιοσημείωτους παράγοντες στην διαμόρφωση του ποσοστού «ικανοποίησης των ασθενών». Έρευνες έχουν καταδείξει πως στη περίπτωση που το περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, χαρακτηρίζεται από άνεση, καθαριότητα και έχει κατάλληλη διαμόρφωση, οι ασθενείς εκφράζουν υψηλότερη ικανοποίηση (Scottο και συν., 2009), ομοίως όσο ευκολότερη είναι η πρόσβαση στους οργανισμούς υγείας, τόσο βελτιώνεται το ποσοστό «ικανοποίησης των ασθενών» (Camacho και συν., 2006).

**«Κατάσταση Υγείας»:** Η «κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας» των ασθενών επιδρά εξίσου σημαντικά στην ικανοποίηση. Η έλλειψη καλής φυσικής κατάστασης, η σωματική ανικανότητα, το χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής και η κακή ψυχολογική διάθεση, επηρεάζουν αρνητικά, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που το επιβεβαιώνουν διεθνείς αλλά και εγχώριες μελέτες (Pierrakos et al, 2013; Schoenfelder et al., 2011; Αλετράς και συν., 2009; Αλετράς και συν., 2007; Aletras et al., 2006; Westaway, 2003; Crow et al., 2002; Jenkinson et al., 2002; Da Costa, 1999; Aharony & Strasser, 1993). Από την άλλη πλευρά, υφίσταται μεγάλος αριθμός μελετών που υποστηρίζει ότι άτομα με μέτρια ή και καλή κατάσταση υγείας, παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης και εξωτερικεύουν μικρότερα ποσοστά δυσαρέσκειας, τόσο για τις ιατρικές επισκέψεις όσο και για τη παροχή υπηρεσιών κατά τη περίθαλψή τους (Paul et al., 2016; Fenton et al., 2012; Γαβριήλ και συν., 2012; Aletras et al., 2009; Bleich et al., 2009; Matis et al., 2009; Aharony & Strasser, 1993; Cleary & McNeil, 1988). Από τα παραπάνω συνάγεται εύλογα το συμπέρασμα ότι, όταν πραγματοποιείται συγκριτική μελέτη της «ικανοποίησης των ασθενών» ανάμεσα σε

διαφορετικούς οργανισμούς, είναι αναγκαίο να συνυπολογίζεται και το προφίλ του δείγματος που συμμετέχει. Για παράδειγμα, ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο που αντιμετωπίζει σοβαρά περιστατικά μπορεί να εμφανίζει χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης συγκριτικά με άλλα δευτεροβάθμια νοσοκομεία. Εντούτοις, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί, ότι δεν προκύπτει αρνητική συσχέτιση στο ποσοστό ικανοποίησης από την ύπαρξη χρόνιων ασθενειών, που ενδεχομένως να οφείλεται στην απόκτηση εξοικείωσης των ασθενών με το σύστημα υγείας (Crow et al, 2002).

**«Δυνατότητα επιλογής»:** Η επιλογή του οργανισμού περίθαλψης συνδέεται με υψηλή ικανοποίηση των ασθενών, αφού οι ασθενείς που επιλέγουν τον πάροχο της αρεσκείας τους, με βάση τα δικά τους υποκειμενικά κριτήρια, εμφανίζονται ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από το επίπεδο των υπηρεσιών που έλαβαν, ακόμη και με καταβολή αντιτίμου για την παροχή τους, εν αντιθέσει με τους ασθενείς που χρειάστηκε να επισκεφθούν ένα συγκεκριμένο πάροχο υγείας (Pierrakos et al, 2013).

**«Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες»:** Τέλος οι «ψυχοκοινωνικοί παράγοντες» σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης, αφού μεγάλος αριθμός ασθενών απαντά αυτό που θεωρεί ότι θέλει να ακούσει ο ερευνητής, προκειμένου να προφυλαχτεί η εικόνα τους, ενώ σε άλλη περίπτωση δεν αναφέρουν αρνητικά γεγονότα, με το φόβο ότι θα λάβουν υπηρεσίες χαμηλότερης ποιότητας. Οι ανωτέρω καταστάσεις περιγράφονται στη βιβλιογραφία ως «*response bias-μεροληψία απαντήσεων*» και καθιστούν δυσεπίτευκτη και περιπλοκότερη την μελέτη της «*ικανοποίησης των ασθενών*» (Sitzia & Wood, 1997).

Κλείνοντας, υπογραμμίζεται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνες των κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων, ώστε να διασαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο αυτοί επιδρούν στην ικανοποίηση και ειδικότερα οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνει χώρα αυτό.

### 3.5 Οφέλη από την ικανοποίηση των ασθενών

Η μέτρηση της «*ικανοποίησης των ασθενών*» παρέχει ποικίλα πλεονεκτήματα τόσο στους χρήστες όσο και στους οργανισμούς υγείας. Τα οφέλη που προκύπτουν για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας αφορούν την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση, το αυξημένο αίσθημα εμπιστοσύνης των χρηστών μέσω της ικανοποιητικής επικοινωνίας

τους με τους επαγγελματίες υγείας, το περιορισμό του άγχους, τη πληροφόρηση και την ενεργητική συμμετοχή τους στη λήψη κάθε απόφασης αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους καθώς και της επιλογής του ιδεώδους θεραπευτικού πλάνου που απαιτείται για την υγεία τους, ο μειωμένος χρόνος περίθαλψης με παράλληλο περιορισμό των επιπλοκών που οδηγεί σε σύντομο χρόνο αποχώρησης από το νοσοκομείο. Η θετική ψυχολογική διάθεση των ασθενών, που μεγιστοποιείται μέσω της αгаστής συνεργασίας και αλληλεπίδρασης της θεραπευτικής ομάδας, συνιστά όχι μόνο παράγοντα ταχείας θεραπείας, αλλά συμβάλει εν τέλει στην αυτοϊαση (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015; Μερκούρης, 1996).

Αντίστοιχα, υπάρχουν αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα για τους οργανισμούς υγείας καθώς η «μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών» παρέχει στην ηγεσία των οργανισμών τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων για την αξιολόγηση αποδοτικότητας του ανθρώπινου δυναμικού, ώστε να παρέμβει με διορθωτικές πράξεις όταν χρειάζεται, αλλά και να επιβραβεύσει. Η ένταξη ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, ενισχύει την συνέπεια και την υπεύθυνη στάση των εργαζομένων και δημιουργεί κίνητρο για επίδειξη υψηλού επιπέδου αποδοτικότητας και παραγωγικότητας για την ικανοποίηση των ασθενών, παρέχει στη διοίκηση ένα νέο μέσο ανταμοιβής του ανθρώπινου δυναμικού με τη χρήση αντικειμενικών κριτηρίων καθώς και έναν εναλλακτικό τρόπο αντίληψης στο ζήτημα της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας με αντίστοιχη διεύρυνση των κριτηρίων αποδοτικότητας και τέλος κατευθύνει τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν ασθενοκεντρική φροντίδα (Παπανικολάου, 1994).

Από τα παραπάνω συνάγεται εύλογα το συμπέρασμα, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να συνεισφέρει στη ποιοτική αναβάθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, μεγάλος αριθμός ερευνητών (Donabedian, 1990), υπογραμμίζει ότι η «μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας» συνιστά ένα αξιολογικό εργαλείο της έρευνας, της οργάνωσης και του σχεδιασμού τους, ενώ θα πρέπει να αποτελέσει βασικό στόχο κάθε υγειονομικού φορέα. Ταυτόχρονα, επιτυγχάνεται ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι όμοιων οργανισμών, αφού ένας οργανισμός δύναται να υπερέχει σε σχέση με άλλους, όταν αντιλαμβάνεται τις ανάγκες και αξιώσεις των χρηστών, ανιχνεύει τα «κενά» μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών και της αληθινής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και τέλος όταν διαμορφώνει νέα στοχοθεσία και στρατηγικές για τους εσωτερικούς και εξωτερικούς χρήστες.

Από τη δεκαετία του 1960 και μετά, αν και έχουν συντελεστεί διορθωτικές τροποποιήσεις της λειτουργίας των υγειονομικών οργανισμών, εξακολουθεί να υφίσταται η δυσαρέσκεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, συγκριτικά με χρήστες άλλων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τη παρεχόμενη περίθαλψη υγείας και αυτό επιβεβαιώνεται από τη συστηματικές μετακινήσεις τους από την επαρχία τόσο στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα των αστικών κέντρων όσο και των αντίστοιχων νοσοκομειακών μονάδων του εξωτερικού, επαληθεύοντας την αρνητική αντίληψη και την έλλειψη εμπιστοσύνης τους στο σύστημα υγείας μας εν γένει (Fitzpatrick, Selby & While, 1998).

Τη σήμερα ημέρα, παρουσιάζεται πλέον συστηματικό ενδιαφέρον και προσπάθεια ιδανικής αξιοποίησης οικονομικών πόρων, με περιορισμό του κόστους, αναβάθμιση συνθηκών εργασίας, ύψιστη εργασιακή αποδοτικότητα, ικανοποίηση των προσδοκιών των καταναλωτών/ασθενών. Εντούτοις, προκύπτει αναντιστοιχία αποτελεσμάτων, καθώς δεν υλοποιούνται ολοκληρωμένα συστήματα ΔΟΠ παροχής υπηρεσιών, δεν έχει επιτευχθεί η καταγραφή και καταμέτρηση αποτελεσμάτων των προσφερόμενων υπηρεσιών, ενώ ο αριθμός των υφιστάμενων ερευνών σε σχέση με την «ικανοποίηση των ασθενών» κατά τη παραμονή τους σε υγειονομικούς φορείς, είναι ιδιαίτερα χαμηλός (Bader, 1988).

Τα προτεινόμενα εργαλεία ικανοποίησης χρηστών διαμορφώνονται μέσω της ύπαρξης δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία πρόκειται να καταγράψουν και καταμετρούν τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των χρηστών, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο αφ' ενός συμπεράσματα για τις ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες, και αφ' ετέρου για τη διοικητική δράση στο σύστημα υγείας. Με αυτό τον τρόπο επιχειρούνται διορθωτικές ενέργειες και βελτίωση της ποιότητας στη περίθαλψη υγείας. Συνοψίζοντας, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι η χρήση εργαλείων μέτρησης «ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών χρηστών» είναι μονόδρομος πλέον, για τη δημοσίευση αποτελεσμάτων, μέσω των οποίων θα προκύψουν πλεονεκτήματα για τους ασθενείς, το ανθρώπινο δυναμικό των παρόχων υγείας, αλλά και το ίδιο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικώς. Εντούτοις, προς το παρόν υφίσταται έντονη αμφισβήτηση εξαιτίας του ότι η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, θεωρείται περιορισμένη (Πιερράκος & Τομάρας, 2009).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL

### 4.1 Η έννοια και το ερευνητικό εργαλείο της στρατηγικής SERVQUAL

Στα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985) ξεκίνησαν μια ιδιαίτερα εμβριθή έρευνα για τη «*ποιότητα των υπηρεσιών*» η οποία διήρκεσε στο σύνολό της 7 έτη και θεωρείται ως η πιο εμπειριστατωμένη που έχει διενεργηθεί. Μέσα από αυτή τη μελέτη δημιουργήθηκε το διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο «*SERVQUAL*», του οποίου η ονομασία προκύπτει από τους όρους *service* και *quality*, δηλαδή «*ποιότητα υπηρεσιών*». Οι ερευνητές αυτοί, υποστήριξαν ότι η ποιότητα υπηρεσιών βρίσκεται σε συνάρτηση αφ' ενός με τις προσδοκίες των χρηστών /καταναλωτών πριν τη χρησιμοποίηση της υπηρεσίας και αφ' ετέρου με την αντίληψη που διαμορφώνουν για την ποιότητα της συνολικής διαδικασίας της παρεχόμενης υπηρεσίας μετά τη λήψη της (Parasuraman et al., 1985, 1988). Ως εκ τούτου, ο βαθμός της παρεχόμενης «*ποιότητας των υπηρεσιών-quality of service, SQ*» αποτυπώνεται από τη διαφορά μεταξύ των «*αντιλήψεων-perceptions, P*» και των «*προσδοκιών-expectations, E*», δηλαδή:  $Perceptions (P) - Expectations (E) = Service Quality (SQ)$ .

Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο αυτό βασίστηκε στη «*θεωρία διάψευσης των προσδοκιών-disconfirmation of expectations*» του Oliver (1977), η οποία υποδεικνύει ότι η ικανοποίηση των χρηστών διαμορφώνεται από την αντιπαραβολή μεταξύ των υφιστάμενων προσδοκιών πριν τη χρήση μιας υπηρεσίας και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας έπειτα από τη λήψη της. Στη περίπτωση που η πραγματική εμπειρία του χρήστη από την υπηρεσία που έλαβε, αποδειχθεί ανώτερη των προσδοκιών του, τότε προκύπτει «*επαλήθευση των προσδοκιών*», με συνεπακόλουθο την ικανοποίηση του. Στην αντίθετη περίπτωση, δηλαδή όταν η υπηρεσία που λαμβάνει ο χρήστης αποδειχθεί κατώτερη των προσδοκιών του, προκύπτει «*διάψευση των προσδοκιών*», και ο χρήστης εμφανίζεται δυσαρεστημένος με τη δυσαρέσκεια του να μεγεθύνεται, όσο μεγαλύτερη δυσαρμονία υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες και τη πραγματική εμπειρία. Επομένως, καθίσταται επιτακτική ανάγκη της άμεση κινητοποίησης του οργανισμού με κατάλληλες ενέργειες για την εξάλειψη του χάσματος που έχει προκύψει, (Oliver, 1977; Zeithaml et al., 1990; Ghobadian et al., 1994 στους Χυτήρη & Αννίνο, 2015) καθώς κάθε χάσμα αποτελεί τροχοπέδη στη παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας (Khoo et al., 2017). Θα

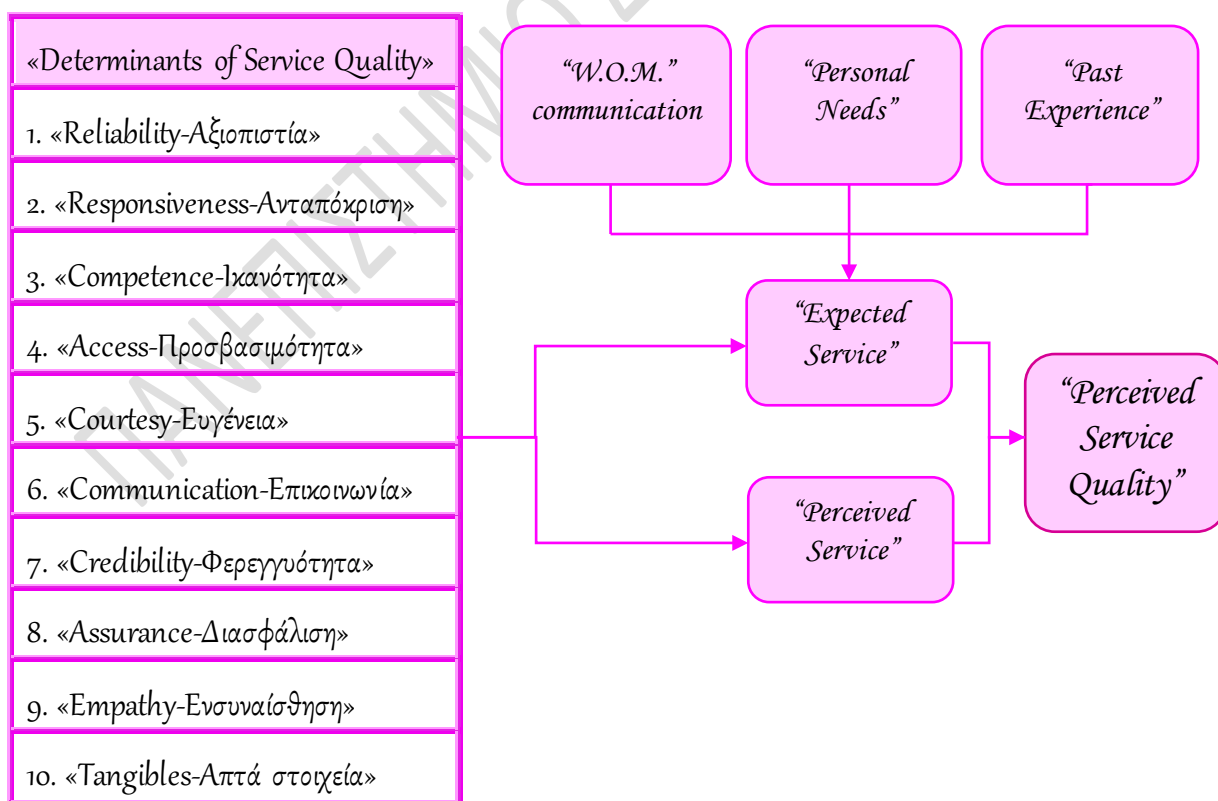
αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθεί πως όταν η πραγματικότητα υπερέχει των προσδοκιών του χρήστη σε έναν μη προβλέψιμο βαθμό, προκαλώντας του απροσδόκητη έκπληξη, γίνεται λόγος για ενθουσιασμό του χρήστη (customer delight) (Rust & Oliver, 2000). Συνεπώς, αυτό το ερευνητικό εργαλείο μετρά το κενό που υφίσταται μεταξύ των προσδοκιών του χρήστη από την υπηρεσία που ένας οργανισμός μπορεί να του παρέχει «*expectations*» και της υπηρεσίας που τελικά του έλαβε «*perceptions*», ώστε να εκτιμηθεί η ποιότητα, όπως αυτή καθίσταται αντιληπτή από τον χρήστη.

Η μεθοδολογία «*SERVQUAL*» «*service quality*» συνιστά ένα πολύτιμο εργαλείο για τους οργανισμούς που μπορεί να αξιοποιηθεί για τη κατανόηση των προσδοκιών και αναγκών των χρηστών/καταναλωτών, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί εργαλείο ερμηνείας, ανάπτυξης και καταμέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται σήμερα από έναν οργανισμό ή επιχείρηση στους χρήστες/καταναλωτές και αφορά σε ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών, όπως λιανεμπόριο, τραπεζικές, τηλεφωνικές, υγειονομικές υπηρεσίες κ.α., ώστε να παραμείνουν ικανοποιημένοι και πιστοί στα προϊόντα αλλά και τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται (Parasuraman et al., 1988).

Στην πρωταρχική έρευνά τους οι ιδρυτές του μοντέλου, οι Parasuraman, Berry & Zeithaml (1985, 1990) κατέγραψαν δέκα καθοριστικούς συντελεστές που επηρεάζουν την αποτίμηση της παρεχόμενης ποιότητας των υπηρεσιών και αφορούν «την αξιοπιστία της υπηρεσίας (reliability), την ανταπόκριση του ανθρώπινου δυναμικού για άμεση παροχή της υπηρεσίας (responsiveness), τις ικανότητες του προσωπικού (competence), πρόσβαση του χρήστη στο χώρο παροχής της υπηρεσίας (access), την ευγένεια (courtesy), την επικοινωνία μεταξύ οργανισμού και χρήστη (communication), την φερεγγυότητα του οργανισμού ώστε να διατηρείται η εμπιστοσύνη του χρήστη (credibility), την διασφάλιση (assurance), ενσυναίσθηση-κατανόηση του χρήστη (understanding-empathy) και τα απτά στοιχεία του οργανισμού (tangibles)» (Χυτήρης & Άννινος, 2015). Μετέπειτα, οι μελετητές βασιζόμενοι σε αποτελέσματα ερευνών, καταστάλαξαν στις πέντε ακόλουθες βασικές διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών:

- ❖ «*Υλικά στοιχεία του οργανισμού (tangibles)*»: αφορά τις κτηριακές και υλικοτεχνικές υποδομές, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που χρησιμοποιείται από τον οργανισμό, καθώς επίσης την εμφάνιση του ανθρώπινου δυναμικού.

- ❖ «Αξιοπιστία (*reliability*)»: δηλώνει ότι ο οργανισμός τηρεί τις υποσχέσεις του και προσφέρει τις υπηρεσίες με σχολαστικότητα-ορθότητα και επιμέλεια (χωρίς σφάλματα από την πρώτη φορά) και με συνέπεια (στο χρονικό πλαίσιο που έχει συμφωνηθεί).
- ❖ «Ανταπόκριση (*responsiveness*)»: αναφέρεται στη προθυμία του προσωπικού ενός οργανισμού για εξυπηρέτηση και άμεση ανταπόκριση στα αιτήματά των χρηστών. Επιπρόσθετα, αφορά την άμεση ενημέρωση για την πιθανότητα σφάλματος ή προβλήματος της υπηρεσίας που παρέχεται, αλλά και τους χρόνους αναμονής.
- ❖ «Διασφάλιση (*assurance*)»: ο οργανισμός δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους χρήστες, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της ευγενικής στάσης του εργατικού δυναμικού, καθώς και του υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης και κατάρτισής του, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών.
- ❖ «Ενσυναίσθηση (*empathy*)»: ο οργανισμός προσπαθεί να εστιάσει στις εξατομικευμένες ανάγκες των χρηστών, παρέχοντας τους υπηρεσίες που στόχο έχουν το μέγιστο δυνατό όφελός τους. Παράλληλα λειτουργεί με ευνοϊκά ωράρια για τους χρήστες.



Σχήμα 8: “Μοντέλο Αντιλαμβανόμενης Ποιότητας Υπηρεσιών” Parasuraman et al, 1985 (σελ. 41-50)

Οι πρώτες 3 διαστάσεις υφίσταντο από το αρχικό μοντέλο που δημιούργησαν οι μελετητές, ενώ οι 2 τελευταίες «Διασφάλιση και Ενσυναίσθηση» διαμορφώθηκαν συνυπολογίζοντας συστατικά από τις υπολειπόμενες 7 αρχικές διαστάσεις «Ικανότητα, Πρόσβαση, Ευγένεια, Επικοινωνία, Εμπιστοσύνη, Ασφάλεια, Κατανόηση του πελάτη» (Parasuraman et al., 1988).

#### 4.2 Ανάλυση των κενών (gaps) του μοντέλου SERVQUAL ή υπόδειγμα των χασμάτων

Το θεωρητικό πλαίσιο του υποδείγματος «SERVQUAL» έχει διαμορφωθεί βασιζόμενο στη διάψευση των προσδοκιών των χρηστών, και διακρίνει την παρουσία «5 κενών-gaps» που υποδεικνύουν την ανεπάρκεια των οργανισμών να παρέχουν τις προσδοκώμενες από τους χρήστες υπηρεσίες. Μέσω της ανάλυσης των 5 αυτών κενών, επιχειρείται η εξακρίβωση των αιτιών που επιφέρουν ελάττωση της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τις προαναφερόμενες διαστάσεις (Γούναρης, 2012).

«Κενό 1: *The Knowledge Gap-Έλλειψη κατανόησης προσδοκιών των χρηστών*»: Αναφέρεται στην απόκλιση ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών και του βαθμού κατανόησής τους από τη διοίκηση ενός οργανισμού. Το πρώτο αυτό κενό στην ποιότητα των υπηρεσιών πηγάζει από την ανεπάρκεια της διοίκησης να κατανοήσει απολύτως, πως διαμορφώνονται οι προσδοκίες των χρηστών καθώς και τη ποικιλία των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωσή τους, όπως προγενέστερη εμπειρία στον συγκεκριμένο οργανισμό ή σε αντίστοιχο, προβολή του οργανισμού, εξατομικευμένες ανάγκες, υπόδειξη του οργανισμού από κοινωνικό περίγυρο κ.ά. Μέθοδοι περιορισμού του κενού αυτού θεωρούνται η αναβάθμιση της έρευνας αγοράς, η βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στη διοίκηση και το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και η μείωση των πολλαπλών επιπέδων διοίκησης που απομονώνουν το χρήστη από την ανώτερη διοίκηση του οργανισμού.

«Κενό 2: *The Policy Gap-Εσφαλμένη μετατροπή των προσδοκιών σε προδιαγραφές*»: Αφορά την ανεπάρκεια του οργανισμού να παραγάγει τις υπηρεσίες εκείνες που θα ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών, δηλαδή να ερμηνεύσει

τις προσδοκίες τους μετουσιώνοντάς τις σε συγκεκριμένες πολιτικές και πρότυπα παροχής υπηρεσιών. Το κενό αυτό υφίσταται λόγω της απουσίας δέσμευσης της διοίκησης για ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και την πεποίθηση ότι είναι ανέφικτος ο στόχος της εκπλήρωσης των προσδοκιών των χρηστών. Εντούτοις, ο περιορισμός αυτού του κενού απαιτεί αλλαγή νοοτροπίας και γενικότερης κουλτούρας, θέτοντας κατάλληλη στοχοθεσία και προδιαγραφές σε όλες τις διαδικασίες.

«Κενό 3: *The Delivery Gap*-Απόκλιση πραγματικής υπηρεσίας από τις προδιαγραφές ποιότητας»: Αφορά την ανεπάρκεια του οργανισμού να εκπληρώσει τα πρότυπα ποιότητας που έχουν τεθεί για τις υπηρεσίες που παρέχει. Το κενό αυτό προκύπτει ως επακόλουθο ποικίλων παραγόντων, που σχετίζονται με την απουσία ομαδικότητας και πνεύματος συνεργασίας, την εσφαλμένη επιλογή προσωπικού για κάθε επιμέρους εργασία, την ανεπαρκή εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, την έλλειψη σαφών εργασιακών ρόλων, έλλειψη συστηματοποίησης ανώτερου ελέγχου κ.ά. Εύλογα συμπεραίνει κανείς πως, αναβαθμίζοντας όλα τα παραπάνω, το κενό δύναται να περιοριστεί.

«Κενό 4: *The Communication Gap*-Απόκλιση πραγματικών υπηρεσιών από τις υποσχόμενες»: Αφορά την απόκλιση μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός οργανισμού και των υπερυποσχέσεων που δίνονται μέσω της διαφήμισης, με στόχο να υπερισχύσουν στο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Το κενό αυτό είναι επακόλουθο της χρησιμοποίησης εσφαλμένης επικοινωνιακής πολιτικής, παραπλανητικής διαφήμισης και δυσανάλογων υποσχέσεων από τη πλευρά του οργανισμού, που οδηγούν σε εσφαλμένα υπερβολικές προσδοκίες των χρηστών αλλά και λόγω ανεπαρκούς πληροφόρησης του προσωπικού σχετικά με όσα επικοινωνούνται εξωτερικά προς τους χρήστες. Ο περιορισμός του κενού αυτού μπορεί να επιτευχθεί διακόπτοντας τη παραπλανητική διαφήμιση για τις υπηρεσίες που παρέχονται αλλά και μέσω της βελτιωμένης επικοινωνίας μεταξύ του τμήματος μάρκετινγκ και παροχής υπηρεσιών, προκειμένου να εκπληρώνονται ικανοποιητικότερα, όσα ο οργανισμός έχει υποσχεθεί.

«Κενό 5: *The Customer Satisfaction Gap*-Απόκλιση αντιλαμβανόμενης από τη προσδοκώμενη υπηρεσία»: Ως φυσικό επακόλουθο των ανωτέρω κενών, προκύπτει το πέμπτο και τελευταίο κενό, το οποίο απεικονίζει την ασυμφωνία ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών για μια υπηρεσία συγκριτικά με την αντιλαμβανόμενη εμπειρία της υπηρεσίας που έλαβαν. Μέσω της σύγκρισης αυτών των δύο, οι χρήστες

καταφέρνουν να αποφανθούν για το επίπεδο των υπηρεσιών που τους παρέχονται και κατ' επέκταση να εκφραστούν θετικά ή αρνητικά για τη συνολική τους εμπειρία από την υπηρεσία που έλαβαν, δηλώνοντας το ποσοστό ικανοποίησής τους. Συμπερασματικά, το τελευταίο αυτό κενό όπως γίνεται αντιληπτό, συνιστά ορόσημο για κάθε οργανισμό, αφού είναι ιδιαίτερα σημαντικό να κατορθώσει να αποκτήσει ευχαριστημένους χρήστες με θετικές εντυπώσεις (Zeithaml et al., 1988; Sriwong, 2004; Γούναρης, 2013).

Στο υπόδειγμα των παραπάνω χασμάτων, οι δέκα διαστάσεις ποιότητας που μετέπειτα συμπύχθηκαν σε πέντε «υλικά στοιχεία, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση και ενσυναίσθηση», θεωρήθηκαν ο πυρήνας για την εξέλιξη του ερευνητικού εργαλείου «SERVQUAL». Το ερευνητικό εργαλείο αυτό, συμπεριλαμβάνει 22 ερωτήματα-μεταβλητές με στόχο τη καταγραφή του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών (Χάσμα 5), η οποία πηγάζει από την απόκλιση μεταξύ των προσδοκιών του χρήστη πριν λάβει την υπηρεσία και την αντίληψη που διαμορφώνει μετά τη λήψη της, αναφορικά με τις καθορισμένες διαστάσεις ποιότητας (Parasuraman et al., 1985). Το Χάσμα 5 είναι δηλαδή συνάρτηση των προηγούμενων τεσσάρων χασμάτων:

$$\text{Χάσμα 5} = F(\text{Χάσμα 1}, \text{Χάσμα 2}, \text{Χάσμα 3}, \text{Χάσμα 4})$$

Επιπρόσθετα, αποτελεί το μέσο όρο της διαφοράς από τα ζεύγη απαντήσεων και για τις 22 μεταβλητές (Parasuraman et al., 1985; Khoo et al., 2017):

$$\text{Χάσμα 5} = \frac{\Pi_1 + \Pi_2 + \dots + \Pi_{22}}{22} - \frac{A_1 + A_2 + \dots + A_{22}}{22}$$

όπου  $\Pi$  = Προσδοκίες και  $A$  = Αντιλήψεις

Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως το μοντέλο «SERVQUAL» έχει αναθεωρηθεί και έχουν προταθεί πιο αναβαθμισμένες εκδοχές του. Επί παραδείγματι, αναδείχθηκαν επιπλέον 2 χάσματα, από τους Luk and Layton το 2002: το «χάσμα 6», που αφορά την απόκλιση της αντίληψης του προσωπικού για τις προσδοκίες των χρηστών και το «χάσμα 7», το οποίο ανακύπτει από τη αντιπαραβολή μεταξύ της αντίληψης του προσωπικού για τις προσδοκίες των χρηστών και της αντίστοιχης της διοίκησης γι' αυτές.

Αποφασιστικής σημασίας κρίνεται η συμβολή της διερεύνησης των ανωτέρω κενών για κάθε οργανισμό, προκειμένου να ανιχνευθούν ενδεχόμενες αδυναμίες και να διασφαλιστεί το βέλτιστο ποιοτικό αποτέλεσμα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός, ότι το «κενό 5» είναι αυτό που έχει προκαλέσει περισσότερο το ενδιαφέρον της ερευνητικής κοινότητας, αφού συνοψίζει όλα τα προηγούμενα, συνεπάγεται ότι η ιχνηλάτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ προσδοκώμενων και αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών των χρηστών, μπορεί να υποχρεώσει τον οργανισμό να διερευνήσει όλα τα προηγούμενα κενά, με στόχο να ανιχνεύσει τα σφάλματα του και να επανορθώσει.

#### 4.3 Κριτική στο μοντέλο SERVQUAL

Είναι γεγονός ότι, η «κλίμακα *SERVQUAL*» από τη έναρξη χρήσης της έως και σήμερα έχει προσαρμοστεί και αξιοποιηθεί για την διεξαγωγή πολυάριθμων μελετών όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών, σε ένα ευρύ φάσμα τομέων, περιβαλλόντων εξυπηρέτησης, και γεωγραφικών τοποθεσιών, ενώ έχει υλοποιηθεί και στο χώρο της υγείας, σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Carman, 1990; Babakus and Mangold, 1989). Ωστόσο, έχει υποστεί την έντονα επικριτική στάση αξιοσημείωτου αριθμού ερευνητών, όσον αφορά το θεωρητικό και εννοιολογικό του πλαίσιο, τη γενική διάρθρωσή του καθώς και τα επιμέρους στοιχεία που το συγκροτούν (Ocampo et al., 2017; Blesic et al., 2011; Shahin & Samea, 2010; Seth et al., 2005; Dabholkar, 1996; Dabholkar et al., 1996; Buttle, 1996; Brown et al., 1993; Teas, 1993; Cronin and Taylor, 1992; Babakus & Boller, 1992).

Η σημαντικότερη ένσταση που διατυπώθηκε, αναφέρεται στις διαστάσεις, οι οποίες όπως έχει υποστηριχθεί από τον Carman (1990) διαφοροποιούνται ανάλογα με το τομέα-υπηρεσία που κάθε φορά ερευνάται. Ως εκ τούτου, είναι αδύνατη η εφαρμογή του ερευνητικού εργαλείου αυτούσιου σε κάθε υπηρεσία, ενώ καθίσταται αναγκαία η τροποποίησή του, διότι το άθροισμα και η ποικιλία των διαστάσεων ποιότητας μιας υπηρεσίας διαφέρει αναλόγως κάθε φορά την παρεχόμενη υπηρεσία. Επιπρόσθετα, ισχυρίστηκε ότι αφ' ενός το πλήθος των ερωτήσεων κάθε διάστασης είναι περιορισμένο και αφ' ετέρου ότι λόγω της διάκρισης του ερωτηματολογίου σε δύο μέρη «προσδοκίες-

αντιλήψεις», δημιουργείται σύγχυση στους συμμετέχοντες των ερευνών, με φυσικό επακόλουθο την εξαγωγή εσφαλμένων συμπερασμάτων. Ένα άλλο δυσάρεστο επακόλουθο αποτελεί το γεγονός ότι, η μεγάλη έκταση του ερωτηματολογίου, λόγω των διπλών μετρήσεων, συχνά προκαλεί δυσανασχέτηση και πλήξη στους συμμετέχοντες (Σταθακόπουλος, 2001). Για όλους τους παραπάνω λόγους, η λειτουργικότητα του εν λόγω εργαλείου κατέστη αντικείμενο επικρίσεων, καθώς θεωρήθηκε δυσλειτουργικό και δύσχρηστο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός οργανισμού (Cronin και Taylor, 1994).

Πιο συγκεκριμένα, οι Cronin και Taylor (1992) διατύπωσαν τους ενδιαρισμούς τους ως προς την ορθότητα και δυνατότητα υλοποίησης του θεωρητικού πλαισίου της «διάψευσης των προσδοκιών» στο οποίο βασίζεται το εργαλείο «SERVQUAL», αμφισβητώντας το γεγονός ότι η σύγκριση μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών δύναται να αποκαλύψει το αληθινό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αντιθέτως, εξέφρασαν την πεποίθηση ότι μόνο οι αντιλήψεις των χρηστών (και όχι οι προσδοκίες) έχουν αντίκτυπο στο αποτέλεσμα εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών, εισηγούμενοι τη χρήση ενός νέου ερευνητικού εργαλείου αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το «SERVPERF» (Service-Performance) το οποίο αξιολογεί μόνο το σκέλος των αντιλήψεων των χρηστών. Με αυτή την άποψη ταυτίζεται ένας σημαντικός αριθμός ερευνητών, ενώ παράλληλα εκτιμούν ότι όταν οι προσδοκίες αξιολογούνται έπειτα ή κατά το χρονικό διάστημα που παρέχεται η υπηρεσία, τότε η αξιολόγηση δεν αφορά στη πραγματικότητα τις προσδοκίες των χρηστών, αλλά το βαθμό αποδοτικότητας της υπηρεσίας. Ως εκ τούτου, η χρησιμοποίηση της υπηρεσίας μπορεί να τροποποιήσει τις προσδοκίες των χρηστών με επακόλουθο η μετέπειτα σύγκριση με τις αντίστοιχες αντιλήψεις να οδηγήσει σε εσφαλμένα και αναξιόπιστα συμπεράσματα (Babakus and Boller, 1992; Santos et al., 2015). Ομοίως οι Lee et al. (2000), ισχυρίστηκαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύνολό της, εκτιμάται ορθότερα μόνο μέσω των αντιλήψεων των χρηστών και όχι από τη μέτρηση της απόκλισης μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων.

Από τη πλευρά του ο Teas (1993), ο οποίος εισήγαγε και αυτός ένα ερευνητικό εργαλείο που καταγράφει την «αντιληπτή ποιότητα», καταστάλαξε στο ότι ο ασαφής και ελλιπής προσδιορισμός της προσδοκίας δημιουργεί επιφυλάξεις αναφορικά με το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών των



χρηστών για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών, αμφισβητώντας την αξιοπιστία του «SERVQUAL». Στην ίδια άποψη φαίνεται να συγκλίνουν και οι Babakus και Boller, (1992), καθώς προέβαλαν ενστάσεις σχετικά με το κατά πόσο η καταγραφή της ποιότητας μέσω του μοντέλου των χασμάτων, που προκύπτει από το αποτέλεσμα της «απόκλισης-χάσματος» μεταξύ «προσδοκιών-αντιλήψεων» μπορεί να είναι αξιόπιστη, ισχυριζόμενοι ότι είναι ανώφελη η χρήση των προσδοκιών, καθώς το επίπεδο των προσδοκιών των χρηστών είναι πάντα υψηλό. Ως εκ τούτου, η καταγραφή των αντιλήψεων είναι επαρκής για την αξιολόγηση της ποιότητας. Επιπλέον, διαφώνησαν με την καθολική εφαρμογή του ερευνητικού εργαλείου «SERVQUAL» σε όλους τους τομείς.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών έχει ενδοιασμούς σχετικά με την αξιοποίηση του «SERVQUAL» σε διαφορετικούς οργανισμούς, υπηρεσίες και περιβάλλοντα (Grönroos, 2000; Santos et al., 2015). Εξαιτίας αυτού, υποδεικνύουν πριν τη χρήση του, την ανάγκη για τροποποίηση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου σύμφωνα με τις χαρακτηριστικά και το περιβάλλον του κάθε οργανισμού παροχής υπηρεσιών (Santos et al., 2015; Shafiq et al., 2017; Chatzoglou et al., 2014).

Η εφαρμογή του «SERVQUAL» σε διαφορετικές χώρες και ποικίλους τομείς με τις πέντε αρχικές διαστάσεις, έχει επιβεβαιωθεί από πολυάριθμους μελετητές. Αντίθετα, η ύπαρξη άλλων μελετών αναδεικνύει το γεγονός ότι, μετά την ανάλυση των δεδομένων το ερευνητικό εργαλείο αποδεικνύεται κάποιες φορές αναποτελεσματικό, πράγμα που φανερώνει ότι προκύπτουν διαφορετικές ποιοτικές διαστάσεις (Mostafa, 2006, Santos et al., 2015, Zhao et al., 2002). Αντίστοιχα οι Athanasopoulos et al. (2001), υποστήριξαν ότι οι διαστάσεις εμφανίζουν διαφορές από χώρα σε χώρα, διότι επηρεάζονται άμεσα από τη κουλτούρα των χρηστών μιας υπηρεσίας. Λόγω των παραπάνω, αρκετοί ερευνητές διαφοροποίησαν σε ορισμένο βαθμό το ερευνητικό εργαλείο του «μοντέλου SERVQUAL», με λιγότερες ή περισσότερες διαστάσεις ποιότητας από πέντε, ώστε να μετρήσουν την ποιότητα. Τέτοια παραδείγματα ερευνών αποτελούν αυτές των Lam (1997) και Babakus et al. (1993), στις οποίες χρησιμοποίησαν κατά τη διεξαγωγή τους σε νοσοκομεία μία μόνο διάσταση, οι Ekinici et al. (2003) και οι Nadiri and Hussain (2005) δύο διαστάσεις, οι Mei et al. (1999) και ο Kara (2004) τρεις διαστάσεις, οι Kilbourne et al. (2004) και Angell et al. (2008) τέσσερις διαστάσεις, ενώ οι Lim and Tang πρόσθεσαν δύο επιπλέον διαστάσεις που αφορούσαν (το προσιτό κόστος και τη προσβασιμότητα) για την πραγματοποίηση της έρευνά τους. Ουσιαστικά, οι ερευνητές

διατείνονται ότι ο αριθμός των διαστάσεων ποιότητας υπηρεσιών είναι άμεσα συναρτώμενος από το είδος της κατά περίπτωση υπηρεσίας που παρέχεται (Bala et al., 2011). Ως εκ τούτου, είναι αναγκαία η τροποποίηση του ερευνητικού εργαλείου ανάλογα με το τομέα που διερευνάται, αφαιρώντας ή συμπληρώνοντας διαστάσεις ή ερωτήσεις (Fowdar, 2005).

Αν και ασκήθηκε αυστηρή κριτική στο «μοντέλο *SERVQUAL*», αξιοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε ποικιλία δημοσίων οργανισμών όπως «σε πανεπιστήμια (Cheruiyot and Maru, 2013), ΚΕΠ (Chatzoglou et al., 2013), ταχυδρομεία (Chatzoglou et al., 2014), στο υπουργείο γεωργίας (Kontogeorgos et al., 2014), δημόσια στέγαση (Kant et al., 2015), στο δημόσιο τομέα (Kakouris & Meliou, 2010; Iyikal and Celebi, 2016), τράπεζες (Kant et al., 2017; Hennayake, 2017), αρχές τοπικής αυτοδιοίκησης (Martinovic et al., 2017, Tumiwa et al., 2018), οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Kalaja et al., 2016; Aman and Abbas, 2016; Shafiq et al., 2017), καθώς και στις δημόσιες μεταφορές (Sam et al., 2018)».

Επιπρόσθετα, παρά τη δριμυία κριτική που έχει υποστεί, η μελέτη του Mangkolrat (2008) συνοψίζει τα πλεονεκτήματα του «μοντέλου *SERVQUAL*», υπογραμμίζοντας ότι το εργαλείο είναι επαρκές και ωφέλιμο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών κάθε οργανισμού. Αναλυτικότερα, αναφέρει τα εξής οφέλη:

- ❖ το μοντέλο προβάλλει τις αντιλήψεις των χρηστών όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, μέσω της αντιπαραβολής των προσδοκιών και αντιλήψεών τους.
- ❖ παρέχει τη δυνατότητα στην διοίκηση-ηγεσία του οργανισμού να διερευνήσει τις απόψεις των χρηστών και να αναπτύξει ανάλογο πλάνο και στρατηγική.
- ❖ διευκολύνει τη διοίκηση να ανακαλύψει τα πεδία που έχουν «κενό» και να διαμορφώσει τη κατάλληλη στρατηγική για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών της, προκειμένου να ικανοποιούν τις προσδοκίες των χρηστών.
- ❖ διευκολύνει τον οργανισμό να διαπιστώσει σε ποια πεδία αριστεύει ή είναι ανεπαρκής, ώστε να δοθεί η ανάλογη προτεραιότητα κατά τη λήψη αποφάσεων.
- ❖ προσφέρει τη δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης των οργανισμών του ίδιου τομέα.

- ❖ Το σημαντικότερο είναι ότι αποτελεί ένα ανεκτίμητο ερευνητικό εργαλείο όταν χρησιμοποιείται συστηματικά για την έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός οργανισμού.

Τα ανωτέρω πλεονεκτήματα φανερώνουν ότι το «μοντέλο *SERVQUAL*» αποτελεί τη πιο δημοφιλή χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε ποικιλία οργανισμών διεθνώς. Το κυριότερο πλεονέκτημα του μοντέλου είναι ότι αποτελεί ένα δοκιμασμένο εργαλείο, που αξιοποιείται από πολυάριθμους και ποικίλους οργανισμούς, διαφορετικών κλάδων και γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιείται και ως μέτρο σύγκρισης. Ειδικότερα στο τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών, η μελέτη των Babakus και Mangold (1992), καθώς και άλλων ερευνητών (Taner and Antony, 2006), υπερασπίζει τα συμπεράσματα των δημιουργών του μοντέλου (Parasuraman et al., 1985), με επακόλουθο το «*SERVQUAL*» να παραμένει ένα ιδιαίτερα διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε νοσηλευτικά περιβάλλοντα, παρά την αμφισβήτηση ορισμένων για την εφαρμοσιμότητά του στο χώρο της υγείας (Butler et al., 1996). Όλες αυτές οι μελέτες αποδεικνύουν την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα του «μοντέλου *SERVQUAL*» σχετικά με την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών οποιουδήποτε οργανισμού, και όπως πολύ εύστοχα επισημαίνουν οι Asubonteng et al (1996), «έως ότου εμφανιστεί ένα καλύτερο αλλά εξίσου απλό μοντέλο, το *SERVQUAL* θα κυριαρχεί ως ένα μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών».

#### 4.4 Ανασκόπηση ξένων ερευνών στο τομέα της υγείας με το *SERVQUAL*

Παρατίθενται ενδεικτικά ορισμένες έρευνες από το διεθνές στερέωμα, οι οποίες έχουν διενεργηθεί στο χώρο της υγείας, αξιοποιώντας το ερευνητικό εργαλείο «*SERVQUAL*». Στόχος των μελετών ήταν η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, με βάση τις αντιλήψεις των ασθενών και σε μικρότερο ποσοστό βάσει των αντιλήψεων των εργαζομένων. Επιπρόσθετα, οι παρακάτω μελέτες εστιάζουν κατά κύριο λόγο στην αξιολόγηση της ποιότητας των δημοσίων οργανισμών και σε μικρότερο ποσοστό στην αντίστοιχη των ιδιωτικών

φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ προβάλλεται ο ρόλος που διαδραματίζουν τα δημογραφικά δεδομένα και τα κοινωνικο-πολιτισμικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα στις προσδοκίες και αντιλήψεις των ερωτηθέντων.

Το 1990 οι ερευνητές [Reidenbach](#) και [Sandifer-Smallwood](#) αξιοποίησαν μια παραλλαγή του «μοντέλου SERVQUAL», αντιπαραβάλλοντας την αντιλαμβανόμενη ποιότητα τριών υποομάδων ασθενών - των εσωτερικών, εξωτερικών, καθώς και των ασθενών επειγόντων περιστατικών - ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, προκειμένου να εκτιμηθεί η ικανοποίηση τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες και ο βαθμός προθυμίας τους να συστήσουν το συγκεκριμένο υγειονομικό πάροχο σε επομένους ασθενείς. Τα ευρήματα και για τις τρεις υποομάδες διέφεραν, ενώ επισημάνθηκε μια επιπλέον μεταβλητή - διάσταση, η «αυτοπεποίθηση των ασθενών», η οποία επιδρά άμεσα στην ικανοποίηση και κατ' επέκταση στην εκτίμηση της ποιότητας και των τριών υποομάδων.

Οι [Vartiainen και Hart \(1996\)](#) πραγματοποίησαν μια συγκριτική μελέτη για την ικανοποίηση με συμμετοχή 135 εξωτερικών ασθενών από τρεις κλινικές στη Vassa της Φιλανδίας και 72 εξωτερικών ασθενών από τέσσερις κλινικές στο Leicestershire του Ηνωμένου Βασιλείου, διερευνώντας τις πέντε διαστάσεις. Τα ευρήματα της μελέτης παρουσίασαν σε γενικές γραμμές ομοιογένεια, εντούτοις εντοπίζονται διαφοροποιήσεις στη σημασία που δίνουν οι ασθενείς σε ορισμένες διαστάσεις. Η διάσταση «αξιοπιστία» θεωρήθηκε η πιο σημαντική για τους ασθενείς του Ηνωμένου Βασιλείου, αφού έχουν υψηλότερες προσδοκίες γι' αυτή, εν αντιθέσει με τους ασθενείς της Φιλανδίας οι οποίοι αξιολογούν ως σημαντικότερη τη διάσταση «υλικά στοιχεία», αποκαλύπτοντας τα μεγαλύτερα κενά στις αντιλήψεις τους σε αυτές τις δύο διαστάσεις.

Οι [Youssef, Nel και Bovaird \(1996\)](#) διενήργησαν μελέτη σε δείγμα 175 ασθενών διαφόρων υγειονομικών μονάδων της περιοχής West Midlands, από τα ευρήματα της οποίας προέκυψε ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερέιχαν των αντίστοιχων αντιλήψεων τους σε σχέση και με τις πέντε διαστάσεις του «SERVQUAL», με κριτήριο τις προγενέστερες εμπειρίες τους.

Στην μελέτη των [Anderson και Zwelling \(1996\)](#) αξιολογήθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τεσσάρων κλινικών του “University of Texas M.D. Anderson Cancer Center”. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι διαφοροποιήσεις των ευρημάτων από τις κλινικές οφείλονταν, ως επί το πλείστον, στις διαφορετικές προσδοκίες των χρηστών,

οι οποίες είχαν άμεσο αντίκτυπο στην αποτίμηση της ποιότητας, χωρίς να επηρεάζουν όμως την αντίληψή τους. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και το υψηλό κόστος χρέωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, συνιστούν τα πιο σημαντικά προβλήματα των ασθενών. Η ίδια κλίμακα μέτρησης χρησιμοποιήθηκε μια δεκαετία αργότερα από τους Christoglou et al. (2005), προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού υγειονομικού συστήματος (Papanikolaou & Zygiaris, 2012).

Η [Sewell \(1997\)](#), εφάρμοσε το «μοντέλο *SERVQUAL*» σε ασθενείς για τη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών ενός καινοτόμου οργανισμού παροχής υπηρεσιών, διεξάγοντας ταυτόχρονα έρευνα, μέσω ενός διαφορετικού ερευνητικού εργαλείου στους εργαζόμενους του οργανισμού. Τα ευρήματα φανέρωσαν την ανάγκη για πιο αξιολογη προσπάθεια και συνεισφορά από τη πλευρά του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού σε συνδυασμό με ορθότερη επικοινωνία και συνεργασία με τους ασθενείς για την αναβάθμιση της ποιότητας. Επιπλέον, η απουσία χρόνου και χρηματικών κονδυλίων συνιστά τροχοπέδη στην υλοποίηση προγραμμάτων αναβάθμισης της ποιότητας.

Οι [Lim και Tang \(2000\)](#) υλοποίησαν τη κλίμακα «*SERVQUAL*» σε δείγμα 252 ασθενών από τέσσερις νοσηλευτικές μονάδες της Σιγκαπούρης προσαρτώντας 2 επιπλέον διαστάσεις «*προσβασιμότητα και προσιτό κόστος*» στις 5 βασικές «*απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια και ενσυναίσθηση*». Τα ευρήματα και αυτής της έρευνας επιβεβαίωσαν την ύπαρξη κενού μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών και τα περιθώρια αναβάθμισής τους. Ως σημαντικότερες διαστάσεις αναδείχθηκαν η «*ανταπόκριση*» και η «*ασφάλεια*».

Ομοίως, οι [Smith και Engelbrecht \(2001\)](#) το επόμενο έτος, κατά τη διενέργεια της μελέτης τους σε νοσηλευτικές μονάδες του Kokstad και της Gordonia της Νοτίου Αφρικής έλαβαν υπόψη εκτός των πέντε βασικών διαστάσεων και δύο επιπρόσθετες που αφορούσαν τη «*προσβασιμότητα - access*» και τη «*γενική ικανοποίηση - general satisfaction*». Τα ευρήματα της έρευνας ήταν θετικά για όλες τις διαστάσεις, αν και με χαμηλή θετικότητα, (με την «*ενσυναίσθηση*» να επιτυγχάνει το πιο υψηλό ποσοστό), πλην της «*προσβασιμότητας*». Εντούτοις, οι διοικήσεις των δύο νοσηλευτικών ιδρυμάτων

έλαβαν υπόψιν τα ευρήματα της έρευνας, αξιοποιώντας τα για την αναβάθμιση των διαδικασιών και κατ' επέκταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.

Η ερευνητική ομάδα [Matthew Huei-Ming Ma, Kuo-Piao Chung, Chung-Liang Shih, Arthur Hsueh, Jia-Yu Jin και Wen-Jone Chen \(2001\)](#) του Εθνικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Ταϊβάν, διενήργησε μελέτη μέσω του ερευνητικού εργαλείου «*SERVQUAL*» στα πλαίσια της εκτίμησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε 8 τμήματα έκτακτης ανάγκης «*Emergency Departments*», στην οποία συμμετείχαν 283 μέλη του προσωπικού και 314 χρήστες. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν την ύπαρξη κενού μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων. Το μεγαλύτερο κενό παρατηρήθηκε στη μεταβλητή «*ασφάλεια*», με την «*ενσυναίσθηση*» και την «*αξιοπιστία*» να έπονται αυτής, ενώ στη περίπτωση της «*αξιοπιστίας*» δεν εμφανίστηκε κενό, καθώς οι αντιλήψεις ταυτίζονταν με τις προσδοκίες. Επιπρόσθετα, υπήρχε σημαντική διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων των μέσων τιμών μεταξύ των ιατρικών κέντρων και των περιφερειακών νοσηλευτικών μονάδων, ωστόσο δεν επηρεάστηκαν από δημογραφικούς παράγοντες όπως «*ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, κρισιμότητα ασθένειας, και εμπειρία εργαζομένων*». Τέλος, το εργατικό δυναμικό αξιολόγησε και τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υψηλότερα συγκριτικά με τους ασθενείς.

Το [2003](#), οι ερευνητές [Chan, Entrekin και Anderson](#) πραγματοποίησαν μελέτη σε κεντρική νοσηλευτική μονάδα της Αυστραλίας αξιολογώντας τις ψυχομετρικές ιδιότητες του «*SERVQUAL*», με σκοπό να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητά του κατά την ψυχομετρική εκτίμηση της αντιληπτής ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Το εργατικό δυναμικό του υγειονομικού οργανισμού κλήθηκε να εκτιμήσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Τα ευρήματα των ψυχομετρικών μετρήσεων απεκάλυψαν ότι ενδείκνυται η χρησιμοποίηση μιας παραλλαγμένης εκδοχής του μοντέλου, προκειμένου να γίνει αντιληπτό το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν οι εσωτερικοί χρήστες (εργαζόμενοι) του οργανισμού υγείας. Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι παρ' όλο που δεν αξιολογήθηκαν οι αντίστοιχες προσδοκίες στη συγκεκριμένη μελέτη, επαληθεύτηκε ότι το «*SERVQUAL*» είναι ικανό να απεικονίσει το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, προσφέροντας ασφαλή και ωφέλιμα συμπεράσματα στη διοίκηση κάθε οργανισμού.

Σύμφωνα με την έρευνα του [Sohail το 2003](#), η οποία έλαβε χώρα σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα της Μαλαισίας με 150 συμμετέχοντες, η μέση αντιληπτή αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών υπερέβαινε τις προσδοκίες για όλες τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν στους ιδιωτικούς οργανισμούς. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στη νοοτροπία των Μαλαισιανών, οι οποίοι φαίνεται να εμπιστεύονται το εθνικό σύστημα υγείας σε σημαντικό βαθμό, καθώς τους παρέχει πλήρως εκσυγχρονισμένες και αναβαθμισμένες υπηρεσίες υψηλού επιπέδου με ταυτόχρονο χαμηλό κόστος (επιδοτούνται σε ποσοστό άνω του 90%). Ως εκ τούτου, προέκυψε ότι διατηρούν χαμηλό επίπεδο προσδοκιών για τους ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών.

Η μελέτη των [Jabnoun, Juma και Al Rasasi το 2005](#), εστίασε στη συσχέτιση μεταξύ Transformational Leadership και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σε νοσηλευτικά ιδρύματα των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων. Για τις ανάγκες της έρευνας διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια της κλίμακας «SERVQUAL» σε ασθενείς έξι νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και πολλαπλής επιλογής τα οποία διανεμήθηκαν στο εργατικό δυναμικό. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν την ύπαρξη καθολικής ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ από την πλευρά των εργαζομένων προέκυψε ένα σχετικά χαμηλό επίπεδο εκτίμησης των προϊσταμένων τους. Ο συνδυασμός των δύο ερωτηματολογίων κατέστησε την έρευνα καινοτόμα.

Το [2005](#), ο [Jungki](#) διεξήγαγε έρευνα σε μία Ουκρανική πόλη με 218 συμμετέχοντες, διερευνώντας την ωφελιμότητα της αντιληπτής μεθοδολογίας «SERVQUAL». Το πόρισμα της έρευνας πιστοποίησε ότι οι διαστάσεις της «αξιοπιστίας» και της «ασφάλειας» θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για τις υπηρεσίες υγείας, αν και δεν επετεύχθη η διερεύνηση και των πέντε διαστάσεων του «SERVQUAL», γεγονός που οφείλεται στα ιδιόμορφα γνωρίσματα της συγκεκριμένης έρευνας, όπως περιορισμένη δυνατότητα επιλογής παρόχου, λόγω προκαθορισμού του νοσηλευτικού ιδρύματος από το κράτος και αδυναμία πρόσβασης σε ιδιωτικούς παρόχους για ικανοποίηση των αναγκών τους λόγω χαμηλών εισοδημάτων, ισχυροποιώντας την αντίληψη ότι διαφοροποιούνται οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών μεταξύ διαφορετικών κουλτουρών.

Οι [Rohini και Mahadevappa \(2006\)](#) αξιοποίησαν τη μεθοδολογία «SERVQUAL» για τη διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών

υπηρεσιών 5 νοσοκομειακών μονάδων στη περιοχή Bangalore, σε δειγματοληπτικό έλεγχο 500 ασθενών και 40 διοικητικών υπαλλήλων. Σημειώθηκε αρνητικό πρόσημο στη περίπτωση και των πέντε διαστάσεων, γεγονός που αναδεικνύει την αδήριτη ανάγκη για αναβάθμισή τους. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ανομοιογένεια μεταξύ των νοσοκομείων όσον αφορά τις διαστάσεις με την υψηλότερη αρνητική βαθμολογία με εξαίρεση αυτή της «ασφάλειας», στην οποία όλα τα νοσοκομεία είχαν ικανοποιητικό επίπεδο απόδοσης.

Στόχος της έρευνας των [Taner και Antony \(2006\)](#) ήταν η διερεύνηση των διαφορών της παρεχόμενης ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων της Κωνσταντινούπολης, χρησιμοποιώντας τροποποιημένη κλίμακα του «SERVQUAL» στις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας, σε δείγμα 200 συνολικά συμμετεχόντων (εξωτερικοί ασθενείς). Μέσω του ερωτηματολογίου προσδιορίστηκαν οι προσδοκίες και οι αντίστοιχες αντιλήψεις για το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών από τα δύο είδη νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ο βαθμός στον οποίο διαφοροποιούνται, ενώ το μεγαλύτερο αρνητικό κενό για τα δημόσια νοσοκομεία εντοπίστηκε στη διάσταση των «απλών στοιχείων» και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία στη διάσταση της «αξιοπιστίας». Ως τρόπος συλλογής δεδομένων, επιλέχθηκε η τηλεφωνική συνέντευξη των ασθενών που είχαν περιθαλφθεί το τελευταίο εξάμηνο. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι, οι ιδιωτικοί πάροχοι υπερέχουν στη βαθμολογία συγκριτικά με τους δημόσιους, επιτυγχάνοντας υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της «ασφάλειας». Στα δημόσια νοσοκομεία καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν η ικανοποίηση των ασθενών από τους θεράποντες ιατρούς και τις χαμηλές οικονομικές επιβαρύνσεις. Μέσα από αυτή τη μελέτη, διαπιστώνεται για άλλη μια φορά η αξιοπιστία της μεθόδου «SERVQUAL», για την αξιολόγηση της λειτουργικής ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Στη συγκριτική μελέτη των [Lee και Yom \(2007\)](#), διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης, σε δείγμα 272 ασθενών και 282 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομείο της Κορέας. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό διατηρούσε υψηλότερες προσδοκίες και αντιλήψεις συγκριτικά με των ασθενών, ενώ η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη ποιότητα της νοσηλευτικής και ιατρικής περίθαλψης απεδείχθη υψηλότερη συγκριτικά με αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική και την



ιατρική περίθαλψη και την πρόθεση των ατόμων και από τις δύο υποομάδες (ασθενείς και νοσηλευτικό προσωπικό) να επισκεφτούν ξανά το νοσοκομείο.

Οι ερευνητές [Butt και de Run \(2010\)](#) εξέτασαν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο τομέα της ιδιωτικής περίθαλψης στη Μαλαισία, σε δειγματοληπτικό έλεγχο 340 τυχαίων συμμετεχόντων που διήρκεσε ένα τρίμηνο. Σύμφωνα με τα ευρήματα, υπήρξε μέτρια αρνητικό ποιοτικό κενό σε όλες τις διαστάσεις (και τις 5), ενώ το συνολικό κενό ήταν σε μικρό βαθμό αρνητικό. Τα μεγαλύτερα κενά εντοπίστηκαν στις διαστάσεις της «αξιοπιστίας» και της «ανταπόκρισης», εν αντιθέσει με τη διάσταση της «διασφάλισης» που εντοπίστηκε το μικρότερο. Εντούτοις, προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία ενδείκνυται να χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο μιας ευρύτερης πολιτικής και τακτικής στον κλάδο της υγειονομικής φροντίδας. Το «SERVQUAL» αποδεικνύεται και σε αυτή τη περίπτωση ότι αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο αξιολόγησης των υγειονομικών οργανισμών της Μαλαισίας με υψηλή αξιοπιστία.

Μελέτη που διεξήχθη σε δημόσιες μονάδες υγειονομικής φροντίδας της Ρουμανίας από τους [Purcarea et al. \(2013\)](#) με τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου «SERVQUAL», κατέδειξε την ύπαρξη μεγάλης απόκλισης μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων στη διάσταση των «υλικών αγαθών», ακολουθούμενη από την «ανταπόκριση» και την «αξιοπιστία».

Οι [Al-Borie και Sheikh Damanhour, \(2013\)](#) προχώρησαν σε ερευνητική μελέτη που αφορούσε την αποδοτικότητα νοσοκομειακών μονάδων στη Σαουδική Αραβία, αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επετεύχθη συλλογή 749 ερωτηματολογίων ασθενών από τα 1000 συνολικά που διανεμήθηκαν (100 ανά νοσηλευτική μονάδα). Στην έρευνα έλαβαν μέρος πέντε δημόσιοι και πέντε ιδιωτικοί υγειονομικοί πάροχοι της Σαουδικής Αραβίας, ένα ιδιωτικό και ένα δημόσιο από κάθε επαρχία της. Η μέτρηση του χάσματος των προσδοκιών-αντιλήψεων βασίστηκε στο ερευνητικό εργαλείο «SERVQUAL» το οποίο συμπεριελάμβανε 27 ερωτήματα. Η ανάλυση των δεδομένων κατέδειξε ότι το επίπεδο της αντιληπτής ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών από τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα ήταν χαμηλότερη συγκριτικά με την αντίστοιχη των ιδιωτικών. Ο μέσος όρος κάθε διάστασης βρέθηκε υψηλότερος για τον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με το δημόσιο. Οι τρεις καλύτερες επιδόσεις

των διαστάσεων για το δημόσιο τομέα αφορούσαν τα «υλικά», την «ενσυναίσθηση» και την «ασφάλεια». Αντίστοιχα τον ιδιωτικό τομέα ήταν η «ασφάλεια», η «ενσυναίσθηση» και τα «υλικά». Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από τους άντρες ασθενείς, ενώ με βάση την ηλικία δεν καταγράφηκαν αξιοσημείωτες αποκλίσεις. Ο παράγοντας του επαγγέλματος επέδρασε σημαντικά στην ικανοποίηση των ασθενών, αφού υπάλληλοι του ιδιωτικού τομέα και επιχειρηματίες εμφάνισαν πιο υψηλό επίπεδο ικανοποίησης εν συγκρίσει με δημόσιους υπαλλήλους και φοιτητές. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν στατιστικά αξιόλογες αποκλίσεις της ποιότητας των υπηρεσιών σε διάφορες περιοχές μεταξύ των δημοσίων και των ιδιωτικών νοσοκομείων.

Προγενέστερες έρευνες στη Σαουδική Αραβία (Al-Shekh, 2003; Al-Doghaiter, 2004), τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (Jabnoun & Chaker, 2003), την Αίγυπτο (Mostafa, 2005), την Τουρκία (Taner & Antony, 2006), το Μπαχρέιν (Luke, 2008) και την Υεμένη (Anbori et al., 2010) κατέληξαν στα εξής:

- ❖ Οι ασθενείς των ιδιωτικών φορέων σε σύγκριση με αυτούς των δημοσίων, παρουσίαζαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από το ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό. Επιπρόσθετα οι σημαντικότεροι καθοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης στους δημόσιους φορείς σχετίζονταν με το ιατρικό προσωπικό και το ανεκτό κόστος υπηρεσιών (Taner και Antony, 2006).
- ❖ Η προτίμηση των ιδιωτικών νοσοκομείων από τους ασθενείς συνήθως πηγάζει από την προσμονή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας. Σε αντιδιαστολή με τον ιδιωτικό τομέα, οι δημόσιοι οργανισμοί υγείας ωθούνται από την πολιτεία να αναβαθμίσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ώστε να είναι εξίσου ανταγωνιστικοί με τους ιδιωτικούς οργανισμούς.

Σύμφωνα με τους [Andaleeb και Kara \(2014\)](#), οι οποίοι διεξήγαγαν έρευνα σε νοσηλευτική μονάδα του Μπαγκλαντές, σε δείγμα 400 ασθενών, υπάρχει μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στη ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση, αλλά και μεταξύ αφοσίωσης και ικανοποίησης, αντικατοπτρίζοντας το μεσολαβητικό ρόλο της ικανοποίησης των ασθενών.

Οι [Manulik, Rosińczuk και Karniej \(2016\)](#) χρησιμοποιώντας τις πέντε διαστάσεις του «SERVQUAL» και μια πεντάβαθμη «κλίμακα Likert», διερεύνησαν το βαθμό

διαφοροποίησης των αντιλήψεων και των ποιοτικών προτεραιοτήτων από υπηρεσίες που έλαβαν 412 συμμετέχοντες σε ιδιωτικούς και κρατικούς οργανισμούς παροχής υγειονομικής φροντίδας της Πολωνίας, στο χρονικό διάστημα 2013 έως 2015. Βάσει των ευρημάτων, οι προσδοκίες των ασθενών αποκλίνουν σε σημαντικό βαθμό από τις αντίστοιχες αντιλήψεις, τόσο στις κρατικές όσο και στις ιδιωτικές δομές περίθαλψης. Οι υψηλότερες βαθμολογίες των ασθενών δόθηκαν στις διαστάσεις, οι οποίες συνιστούν τα βασικά σημεία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Από τη μία πλευρά, οι ασθενείς των ιδιωτικών δομών διατηρούσαν υψηλότερες προσδοκίες σχετικά με τις υποδομές και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό «απτότητα», και από την άλλη οι ασθενείς κρατικών δομών, εστίαζαν στην επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό «ενσυναίσθηση». Επιπροσθέτως, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ως προς τις προτεραιότητες που θέτουν για την ποιότητα των διαστάσεων οι δύο τομείς (δημόσιος και ιδιωτικός), και ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν. Η παραπάνω διερεύνηση κατέληξε στο συμπέρασμα, πως η διοίκηση ενός υγειονομικού οργανισμού απαιτείται να εστιάζει στην αναβάθμιση όλων ανεξαιρέτως των διαστάσεων, και όχι σε μία που θεωρείται προτεραιότητα για τους ασθενείς ενός συγκεκριμένου οργανισμού υγείας.

Οι [Mohebifar, Hasani, Barikani και Rafiei \(2016\)](#), αξιοποιώντας στην έρευνά τους τη μεθοδολογία «SERVQUAL», με 360 συμμετέχοντες 6 ακαδημαϊκών νοσοκομείων του Qazvin, στο Ιράν, διεπίστωσαν κενό σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας των υπηρεσιών. Μεγαλύτερο κενό προέκυψε για τις διαστάσεις «αξιοπιστία» και «ασφάλεια», εν αντιθέσει με την «ανταπόκριση», που παρουσίασε το μικρότερο κενό, προβάλλοντας την αξία της αναβάθμισης όλων των τομέων.

Το 2016, οι [Kansra και Jha](#) μέτρησαν με τη βοήθεια της κλίμακας «SERVQUAL» το επίπεδο ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της περιοχής Jalandhar, στην Ινδία. Η δομημένη κλίμακα του «SERVQUAL» περιελάμβανε τις πέντε διαστάσεις «αξιοπιστία, ασφάλεια, απτότητα, ανταπόκριση και ενσυναίσθηση», με 25 μεταβλητές. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης έθεσαν υπό αμφισβήτηση τις πέντε διαστάσεις του «μοντέλου SERVQUAL» στην Ινδία, εξαιτίας της υφιστάμενης διαφορετικής νοοτροπίας, μειώνοντάς τις σε τέσσερις (διαστάσεις) για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών στα νοσοκομεία του Jalandhar, της Ινδίας. Ως εκ τούτου καταστάλαξαν στο ότι οι διοικήσεις των οργανισμών και οι αρμόδιοι χάραξης πολιτικών

και στρατηγικών θα πρέπει να εστιάσουν σε αυτούς τους τέσσερις τομείς για την αναβάθμιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των ασθενών.

Στην έρευνα των [Nyandwe et al. \(2017\)](#) χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα «*SERVQUAL*», αφού είχε μεταφραστεί διαπολιτισμικά, προσαρμοστεί και τροποποιηθεί για τις ανάγκες της Λαϊκής Δημοκρατίας του Κονγκό, ώστε να διερευνηθεί αν και κατά πόσο οι κοινωνικοοικονομικές παράμετροι επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληπτικός έλεγχος σε 608 ασθενείς, 3 νοσηλευτικών μονάδων, αστικών περιοχών κυρίως, (περίπου 200 ασθενείς ανά νοσηλευτική μονάδα). Στη συγκεκριμένη έρευνα μετρήθηκαν μόνο οι αντιλήψεις και όχι οι προσδοκίες. Σύμφωνα με τα ευρήματα, επιβεβαιώθηκε η ιδιαίτερα υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου (0,851), ενώ κατέστη φανερή η άμεση συσχέτιση των αντιλήψεων των ασθενών με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Η κλίμακα αποτελούνταν από 2 μέρη: το πρώτο μέρος συγκέντρωσε τα κοινωνικοδημογραφικά αντιπροσωπευτικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων και συμπεριελάμβανε δώδεκα ερωτήματα. Το δεύτερο μέρος της κλίμακας περιείχε το ερωτηματολόγιο «*SERVQUAL*», τροποποιημένο. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης επηρεάζονται από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Καταλήγοντας, οι ασθενείς με υψηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο διέθεταν καλή αντίληψη της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, εν αντιθέσει με εκείνους που είχαν χαμηλό κοινωνικοοικονομικό στάτους, των οποίων η αξιολόγηση για την ποιότητα της περίθαλψης, ήταν κακή.

Οι ερευνητές [Ojo και Owolabi \(2017\)](#) διερεύνησαν στη συσχέτιση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του «προσωπικού διαχείρισης πληροφοριών της υγείας» και της ικανοποίησης των ασθενών σε καθορισμένα τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα της Νιγηρίας. Η αντίληψη της ποιότητας της υπηρεσίας αξιολογήθηκε μέσω μιας τροποποιημένης έκδοσης της κλίμακας «*SERVQUAL*», και η ικανοποίηση των ασθενών μετρήθηκε μέσω τετράβαθμης κλίμακας Likert που ανέπτυξαν οι ερευνητές. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία 280 ασθενών από 3 τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα, σε μια πολιτεία της Νιγηρίας. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι η διάσταση της «απτότητας» εμφάνισε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών, ενώ παρουσιάστηκε μέτριο επίπεδο

ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του προσωπικού του τμήματος. Περαιτέρω, σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση τους διαδραμάτισε το επίπεδο εμπιστευτικότητας και της ασφάλειας των ιατρικών τους φακέλων στο τμήμα. Μέσα από τη μελέτη αυτή, κατέστη σαφής η ανάγκη για αναβάθμιση των υπηρεσιών του τμήματος.

Στην έρευνά τους οι [Fatima et al \(2017\)](#), χρησιμοποίησαν μια τροποποιημένη εκδοχή του «SERVQUAL», με 817 συμμετέχοντες ή συνοδούς τριτοβάθμιων ακαδημαϊκών νοσηλευτικών ιδρυμάτων της μητροπολιτικής πόλης του Πακιστάν. Τα ευρήματα κατέδειξαν χάσματα σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών, με μεγαλύτερο αρνητικό κενό στη διάσταση της «απτότητας». Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά «φύλο» και «ηλικία» δεν επηρέασαν τις προσδοκίες και τις αντίστοιχες αντιλήψεις των ασθενών (με εξαίρεση τη διάσταση της «ανταπόκρισης» και της «ενσυναίσθησης»), όμως ο παράγοντας «μορφωτικό επίπεδο» φάνηκε να τις επηρεάζει.

Τέλος, οι ερευνητές [Durdana Ozretić Došen, Vatroslav Škare, Vesna Čerfalvi, Željka Benceković και Tanja Komarac \(2020\)](#), διερεύνησαν την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από ένα μεγάλο, δημόσιο, πανεπιστημιακό νοσηλευτικό ίδρυμα της Κροατίας, αξιοποιώντας το μοντέλο χασμάτων της ποιότητας υπηρεσιών και τη κλίμακα «SERVQUAL». Πραγματοποιήθηκε ανάλυση της σημασίας των διαστάσεων ποιότητας υπηρεσιών, καθώς και των αποκλίσεων ανάμεσα στις αντιλήψεις και τις προσδοκίες των ασθενών για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται από 18 τμήματα του πανεπιστημιακού νοσηλευτικού οργανισμού. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν εκ νέου τα χάσματα σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας του πανεπιστημιακού νοσηλευτικού ιδρύματος, με διαφορετικό βαθμό αποκλίσης για κάθε διάσταση. Ως εκ τούτου, η διοίκηση του πανεπιστημιακού νοσοκομείου καλείται να βελτιστοποιήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις διαστάσεις, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην «ανταπόκριση» και την «απτότητα», όπου εντοπίστηκε το μεγαλύτερο χάσμα.

#### 4.5 Ανασκόπηση Ελληνικών ερευνών στο τομέα της υγείας με το SERVQUAL

Λαμβάνοντας υπόψιν την βαθιά ύφεση που έχει υποστεί η οικονομία της Ελλάδας τις τελευταίες δεκαετίες, γίνεται αντιληπτό ότι έχει επιφέρει πολλαπλές δυσκολίες στο χώρο της δημόσιας υγείας, και γι' αυτό το λόγο θεωρείται αναγκαίο να διερευνηθεί η αντίληψη των χρηστών όσον αφορά το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών έχει αποκτήσει υψηλή αξία και σπουδαιότητα χάρη στην ολοένα αυξανόμενη προσοχή που δίδεται στην ικανοποίηση των ασθενών, καθώς η ασθενοκεντρική προσέγγιση θέτει ως απαραίτητη προϋπόθεση στη φροντίδα υγείας την επικέντρωση στον ασθενή (Chang & Chang, 2012; Macinati, 2008). Η υπάρχουσα βιβλιογραφία αποκαλύπτει μια θετική σχέση ανάμεσα στη ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των χρηστών, που κατ' επέκταση κατευθύνει θετικά τη μακροπρόθεσμη συμπεριφορά τους, όπως επί παραδείγματι μέσω της διάδοσης της εμπειρίας από «στόμα σε στόμα-word of mouth» (Vassiliadis, Fotiadis & Tavlaridou, 2014; Akter, Ambra, & Ray, 2013; Zhao & Benedetto, 2013).

Σε αντίθεση με έναν αξιοσημείωτο αριθμό χωρών, στις οποίες πραγματοποιείται συστηματικά και συνιστά κοινή μεθοδολογία η αξιολόγηση της ποιότητας και η μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Sitzia & Wood, 1997), η Ελλάδα δυστυχώς φαίνεται ότι αποτελεί ουραγό σε αυτό το τομέα (Καμπάντα και Νιάκας, 2004; Νιάκας & Γναρδέλλης, 2000; Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994), πολλώ δε μάλλον, διακρίνεται η επιμονή για αξιολόγηση μόνο της αποδοτικότητας. Επιπροσθέτως, υπάρχει σημαντική καθυστέρηση της εκδήλωσης του ενδιαφέροντος για την διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας του συστήματος υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια υφίσταται αξιοσημείωτη ανάκαμψη της προσπάθειας για αποτύπωση της άποψης των χρηστών υγειονομικών υπηρεσιών, παρ' όλο που η υλοποίησή τους, κατά κύριο λόγο, αποτελεί των προέκταση μεταπτυχιακών προγραμμάτων των πανεπιστημίων και όχι τόσο μία καθολική προσπάθεια διερεύνησης της ικανοποίησης από τους αρμόδιους φορείς.

Στη μελέτη της [Καμπούτα \(2002\)](#), η οποία έλαβε χώρα στο «Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου», χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο «SERVQUAL» για τη διερεύνηση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις αντιλήψεις των χρηστών και λαμβάνοντας υπόψιν τους 5 βασικούς συντελεστές

της ποιότητας στην υγεία «Υλικά, Αξιοπιστία, Ετοιμότητα, Ασφάλεια και Ενσυναίσθηση». Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 52 άτομα από 4 κλινικές του νοσοκομείου, ενώ τα ευρήματα της μελέτης φανέρωσαν ότι οι ασθενείς εστιάζουν κατά σειρά προτεραιότητας στην «ασφάλεια», έπειτα στην «αξιοπιστία» και έπονται η «ετοιμότητα» και η «ενσυναίσθηση» με μικρή διαφορά, με τελευταίο συντελεστή τα «υλικά στοιχεία» σε ποσοστό 14%. Ταυτόχρονα, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι μόνο στη περίπτωση των «υλικών στοιχείων» επιβεβαιώθηκε ότι η αντίληψη των ασθενών συμβαδίζει με τη προσδοκία τους (σε ποσοστό 77%), ενώ όσον αφορά τα υπόλοιπα στοιχεία επαληθεύτηκε η απουσία εκπλήρωσης των προσδοκιών, καθώς η αντίληψη είναι χαμηλότερη των προσδοκιών τους, με μικρές διακυμάνσεις ωστόσο, που δεν φανερώνουν απαραίτητα την απουσία ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η πρώτη μεγάλου μεγέθους μελέτη για την αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών στο τομέα της υγείας, διεξήχθη το [2004](#) από τους [Γναρδέλλη και Νιάκα](#), με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και έλαβαν μέρος σ' αυτήν, 4.209 ασθενείς συνολικά, από 118 νοσοκομεία του ΕΣΥ. Διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, τη ξενοδοχειακή υποδομή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και το σύνολο των λοιπών παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαίωσαν την εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών σε ποσοστό 85% σε σχέση με την παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, ενώ στη περίπτωση των ξενοδοχειακών υποδομών και των λοιπών παρεχόμενων υπηρεσιών το ποσοστό ικανοποίησης εμφανίστηκε χαμηλότερο. Επιπρόσθετα, επαληθεύτηκε ότι ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η ασφαλιστική κάλυψη, η διάρκεια νοσηλείας και ο αριθμός εισαγωγών επηρεάζουν ως ένα βαθμό το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Gnardellis & Niakas, 2005). Μολονότι το συνολικό ποσοστό συμμετοχής στην μελέτη ήταν χαμηλό, τα ευρήματά της θεωρούνται αξιόπιστα και αντιπροσωπευτικά των Ελλήνων ασθενών, καθώς ανταποκρίθηκε ένας αξιοσημείωτος αριθμός ασθενών από πολυάριθμα νοσηλευτικά ιδρύματα της ελληνικής επικράτειας.

Κατά τα έτη [2005](#) και [2006](#) διενεργήθηκαν δύο επιπλέον μελέτες με τη χρήση του «SERVQUAL» σε νοσηλευτικά ιδρύματα από τον [Χρίστογλου](#). Η διενέργεια της πρώτης έλαβε χώρα στο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο», στην οποία συμμετείχαν 151 «εσωτερικοί και εξωτερικοί» ασθενείς, καθώς και 155 εργαζόμενοι του

οργανισμού (ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό). Πραγματοποιώντας συγκριτική ανάλυση των προσδοκιών και των αντιλήψεων μεταξύ των δύο συμμετεχουσών ομάδων, τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν αποκλίσεις ανάμεσα στις συμμετέχουσες ομάδες για όλες τις διαστάσεις, εξαιρουμένης της «ενσυναίσθησης» της οποίας το «SERVQUAL Score» ήταν «μηδέν». Ωστόσο και στις δύο περιπτώσεις ομάδων, εκφράστηκε υψηλότερη προσδοκία σε σχέση με την αντίστοιχη αντίληψη ή εμπειρία που αποκόμισαν. Ένα άλλο εύρημα της έρευνας, κατέδειξε ότι οι ασθενείς αξιολόγησαν υψηλότερα και τις πέντε «διαστάσεις» της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών «perceptions» συγκριτικά με το εργατικό δυναμικό, ενώ αντίστοιχα οι εξωτερικοί ασθενείς αξιολογούν υψηλότερα εν συγκρίσει με τους εσωτερικούς. Τα ευρήματα της έρευνας φανέρωσαν ότι οι τρεις υποομάδες εργαζομένων του οργανισμού αξιολόγησαν διαφορετικά μεταξύ τους, με υψηλότερη βαθμολογία της «μέσης σταθμισμένης τιμής SERVQUAL» να προέρχεται από το «διοικητικό προσωπικό», έπεται αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ η χαμηλότερη προέρχεται από το «ιατρικό προσωπικό». Αντίστοιχα, το 2006 διενεργήθηκε συγκριτική μελέτη από τους [Christoglou et al](#) στο «Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης», στη οποία συμμετείχαν 150 συνολικά άτομα, (εκ των οποίων 75 εσωτερικοί και εξωτερικοί ασθενείς και 75 εργαζόμενοι – ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) και διαπιστώθηκαν και σε αυτή τη περίπτωση αποκλίσεις στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις μεταξύ των ασθενών και των εργαζομένων του οργανισμού. Οι προσδοκίες των εργαζομένων εμφανίζονται χαμηλότερες από των ασθενών, ενώ μεγαλύτερη απόκλιση για το «ιατρικό προσωπικό» παρατηρείται στη διάσταση των υλικών στοιχείων και μικρότερη απόκλιση για το «διοικητικό προσωπικό» στη διάσταση της «ενσυναίσθησης». Οι μεγαλύτερες αποκλίσεις παρουσιάστηκαν κατά φθίνουσα σειρά στην «ασφάλεια», την «αξιοπιστία» και τα «υλικά στοιχεία» για το προσωπικό αλλά και για τους εσωτερικούς ασθενείς που φαίνεται να ταυτίζονται. Ως εκ τούτου, η στατιστική διαδικασία ανάλυσης των χασμάτων ισχυροποιεί τη διαπίστωση προγενέστερων μελετών αναφορικά με την αξία της γνώσης και της ευγένειας του προσωπικού του οργανισμού καθώς και της ευχέρειάς τους να εμπνέουν εμπιστοσύνη (διάσταση αξιοπιστίας).

Στη μελέτη τους οι [Chaniotakis](#) και [Lymperopoulos \(2009\)](#), ισχυρίστηκαν ότι αυξήθηκε η εστίαση του ενδιαφέροντος της ακαδημαϊκής κοινότητας και των εργαζομένων του υγειονομικού τομέα για την αξιολόγηση και καταγραφή του επιπέδου



ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Από τα ευρήματα της έρευνας σε ελληνικά μαιευτήρια για την ικανοποίηση των ασθενών, προέκυψε ότι η διάσταση της «ενσυναίσθησης» αποτελεί τη πιο σημαντική από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας.

Η [Karassavidou et al \(2009\)](#), διερεύνησαν τη ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών έξι δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Βορείου Ελλάδας και το πόρισμα της έρευνας κατέδειξε την ύπαρξη απόκλισης μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας. Το γεγονός αυτό, κάνει επιτακτική την ανάγκη για βελτίωση όλων ανεξαιρέτως των διαστάσεων.

Οι [Papanikolaou και Zygiaris \(2012\)](#), μέσω της μελέτης τους εξέτασαν με τη χρήση του «SERVQUAL» κατά πόσο οι προσδοκίες των ασθενών στον ελλαδικό χώρο διαφέρουν από αυτές των παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας και κατά πόσο ανόμοιες ομάδες ασθενών έχουν την ικανότητα να προσδώσουν διαφορετική αξία στις διαστάσεις, γεγονός που εγείρει ορισμένα ζητήματα για την αξιοποίηση του «SERVQUAL» στους υγειονομικούς οργανισμούς, ενώ παράλληλα κρίνεται ότι ενδεχομένως θα έπρεπε να τροποποιηθεί συνυπολογίζοντας επιπρόσθετες διαστάσεις. Στην έρευνα συμμετείχε αντιπροσωπευτικό δείγμα 450 ασθενών των ΙΚΑ της Αττικής για χρονικό διάστημα 3 μηνών (καλοκαίρι 2009). Η ανάλυση κατέδειξε την ύπαρξη κενών σε όλες τις διαστάσεις που μετρήθηκαν από το «SERVQUAL». Στη διάσταση της «ενσυναίσθησης» εντοπίστηκε το μεγαλύτερο κενό, ενώ αντίστοιχα οι διαστάσεις με το μικρότερο κενό ήταν αυτές της «ανταπόκρισης» και της «αξιοπιστίας». Επιπρόσθετα οι δημογραφικοί παράγοντες που αφορούν την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, επηρέασαν την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι αποκλίσεις αυτές αποδίδονται σύμφωνα με τους ερευνητές, όχι τόσο στο ότι οι ασθενείς εισέρχονται στους υγειονομικούς οργανισμούς με διαφορετικές προσδοκίες, αλλά περισσότερο με διαφορετικές πεποιθήσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αξίζει επιπλέον να αναφερθεί, ότι οι ασθενείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης συγκριτικά με εκείνους που διαθέτουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

Η [Σαράντη \(2016\)](#) στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών σπουδών της, διενέργησε έρευνα με τη χρήση του «μοντέλου SERVQUAL», προκειμένου να αξιολογήσει το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών της «Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής» του

«Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου», μετρώντας το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Στη μελέτη συμμετείχαν 200 ασθενείς σε χρονικό διάστημα 4 μηνών και λήφθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις. Τα ευρήματα της μελέτης, κατέδειξαν ότι παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες εν συγκρίσει με το ιδανικό-πρότυπο νοσοκομείο, αφού καταγράφηκαν κατά κύριο λόγο μικρές αποκλίσεις μεταξύ προσδοκίων και αντιλήψεων, ωστόσο υπάρχει περιθώριο αναβάθμισης. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς θεώρησαν εξίσου σημαντικές την «ασφάλεια, την αξιοπιστία, την ετοιμότητα και την ενσυναίσθηση» και λιγότερο τα «υλικά στοιχεία».

Ομοίως, στα πλαίσια μεταπτυχιακών σπουδών, πραγματοποιήθηκε η μελέτη της [Βαφείδου \(2017\)](#), μέσω της οποίας μετρήθηκε η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας της Αλεξάνδρειας, με τη συμμετοχή 175 ατόμων. Καταγράφηκε μεγάλη απόκλιση σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας, ιδιαίτερος στο σύνολό τους. Η μεγαλύτερη απόκλιση εντοπίστηκε στη διάσταση της «ασφάλειας» και ακολούθησε η διάσταση των «υλικών στοιχείων». Αξιοσημείωτο αποτελεί επιπλέον το γεγονός, ότι οι ασθενείς παρουσίασαν εξαιρετικά υψηλές προσδοκίες σε όλες τις διαστάσεις. Τέλος, σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία, εντοπίστηκε ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο επιδρούν άμεσα στη διαμόρφωση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας, όπως και η συχνότητα επίσκεψης των ασθενών στους υγειονομικούς χώρους.

Τέλος, οι ερευνητές [Παπαγεωργίου και συν \(2020\)](#), υλοποίησαν μελέτη στα πλαίσια της διερεύνησης της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών από τους ασθενείς και της επίδρασης των αντιπροσωπευτικών δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην ποιότητα ή μη. Η έρευνα διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, σε δείγμα 102 ασθενών με τη χρήση της κλίμακας «SERVQUAL». Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που συμμετείχαν ήταν τα 56 έτη, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής αφορούσε τους άνδρες (68%). Επιπρόσθετα, η συνολική εκτίμηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών βρέθηκε αρκετά υψηλή, ωστόσο δεν καταγράφηκε σημαντική απόκλιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης και της προσδοκώμενης ποιότητας των υπηρεσιών όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Αξίζει, επιπλέον να αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες με καλό επίπεδο υγείας εμφάνισαν καλύτερη αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών στη διάσταση της «ανταπόκρισης» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες χαμηλού ή μετρίου επιπέδου υγείας. Επιπλέον, οι

συμμετέχοντες με χαμηλό επίπεδο υγείας, εμφάνισαν προσδοκίες για υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών στη διάσταση της «υλικοτεχνικής υποδομής» συγκριτικά με εκείνους που διέθεταν μέτριο ή καλό επίπεδο υγείας. Συμπερασματικά, το επίπεδο αντιληπτής ποιότητας από τις προσφερόμενες υπηρεσίες της νοσηλευτικού οργανισμού ήταν αρκετά υψηλό. Τέλος, αναγκαία προϋπόθεση των συστημάτων υγείας αποτελεί η παροχή αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να ικανοποιούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των χρηστών.

#### 4.6 SERVQUALs SERVPERFORM

Η έρευνα των Cronin and Taylor (1992) η οποία βασίστηκε στο πρότυπο των Parasuraman et al., (1985, 1988), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι αντιλήψεις των χρηστών (ως προς συγκεκριμένους παράγοντες) επαρκούν για να αξιολογηθεί και προσδιοριστεί τελικά το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο διαμόρφωσαν τη δική τους κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας, τη «SERVPERF», της οποίας η ονομασία προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων «Service = Serv» και «Performance = Perf». Στη πραγματικότητα, πρόκειται για μια παραλλαγμένη εκδοχή του «SERVQUAL», διατηρώντας τις πέντε διαστάσεις του, το οποίο εκτιμά μόνο την αντιληπτή απόδοση, περιορίζοντας με αυτό το τρόπο το μέγεθος του ερωτηματολογίου αλλά και το ενδεχόμενο μεροληπτικών απαντήσεων. Σύμφωνα με τους Cronin and Taylor (1992), η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συνιστά προϋπόθεση για την ικανοποίηση των χρηστών, η οποία κατ' επέκταση επιδρά στη χρήση ή μη της εκάστοτε υπηρεσίας (Siamei & Kakouris, 2009).

Το θεωρητικό υπόβαθρο του ερευνητικού εργαλείου «SERVPERF», υπογραμμίζει ότι η έννοια της ποιότητας είναι ανάγκη να εκλαμβάνεται ως η αντίληψη που διαμορφώνει ο χρήστης για την υπηρεσία που παρέχει ένας οργανισμός ή μια επιχείρηση, αφού χρησιμοποιήσει τη συγκεκριμένη υπηρεσία και όχι ως η επιβεβαίωση ή η διάψευση των προσδοκιών που έχει γι' αυτή την υπηρεσία (Cronin & Taylor, 1992; Γούναρης & Καραντινού, 2014). Με άλλα λόγια, το σκεπτικό τους αναφέρει ότι στη διαμόρφωση της ικανοποίησης, έχουν αντίκτυπο οι προγενέστερες αντιλήψεις των χρηστών για τη

ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, κάθε φορά που παρέχεται μία υπηρεσία σε ένα χρήστη, δημιουργείται μια αναθεωρημένη αντίληψη της ποιότητας για την υπηρεσία που του προσφέρεται, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης του, ενώ με τον καιρό υπάρχει το ενδεχόμενο η επίδραση των προσδοκιών να ελαχιστοποιηθεί. Το σκεπτικό αυτό, θέτει υπό αμφισβήτηση την ισχύ της θεωρίας διάψευσης «*απόδοση μείον τις προσδοκίες*», ως το βασικό παράγοντα εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών, αφού η διάψευση ή μη των προσδοκιών δίνει την εντύπωση, ότι παρεμβάλλεται μόνο, αλλά δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των χρηστών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, εν αντιθέσει με το ερευνητικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας «*SERVQUAL*» (Cronin and Taylor, 1992).

Συνοπτικά, το «*SERVQUAL*» και το «*SERVPERF*» διαφοροποιούνται σε δύο βασικά σημεία (Dimitriades and Maroudas, 2007; Silva et al., 2017):

- ❖ Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσω του «*SERVQUAL*» επιτυγχάνεται μέσω της σύγκρισης των αντιλήψεων για την υπηρεσία που λάβανε με τις αντίστοιχες προσδοκίες τους, ενώ το «*SERVPERF*» επιτυγχάνει την εκτίμηση της ικανοποίησης διατηρώντας μόνο τις αντιλήψεις.
- ❖ το «*SERVQUAL*» συμπεριλαμβάνει πέντε διακριτές διαστάσεις ενώ αντίστοιχα το «*SERVPERF*» περιγράφεται ως μονοδιάστατο και αποτελεί ένα διεθνή δείκτη, που προκύπτει μέσω του αθροίσματος και της μέσης τιμής των 22 ερωτημάτων της αντίληψης του εργαλείου «*SERVQUAL*».

Ο τύπος της εξίσωσης του μοντέλου «*SERVPERF*» αποτυπώνεται ως εξής (Cronin and Taylor, 1992):

$$SQ_i = \sum_{j=1}^k P_{ij}$$

**Όπου:**  $SQ_i = \text{«αντιληπτή ποιότητα εξυπηρέτησης του χρήστη (i)»}$ .

$k = \text{«Αριθμός χαρακτηριστικών/δεδομένων»}$

$P = \text{«Αντίληψη του χρήστη (i) σχετικά με την απόδοση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών στο χαρακτηριστικό( j)»}$ .

Παρά το γεγονός, ότι η εφαρμογή του «SERVPERF» παρουσιάζεται σημαντικά πιο περιορισμένη συγκριτικά με του «SERVQUAL», έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς μελετητές ως κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας σε ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών, όπως σε ταχυφαγεία (Qin et al., 2010), σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Abdullah, 2006), σε αεροπορικές εταιρείες (Saha and Theingi 2009) σε δημόσιες υπηρεσίες (Rodríguez et al., 2009; Dimitriades and Maroudas, 2007), σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Le and FitzGerald, 2014; Martins et al., 2015; Aman and Abbas, 2016; Campos et al., 2017), σε τραπεζικά ιδρύματα (Anand and Selvaraj, 2013) κ.ά. Παρ' όλα αυτά, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι, οι μελέτες που εφάρμοσαν το «SERVQUAL», χωρίς όμως να συνυπολογίσουν το τμήμα των προσδοκιών, ουσιαστικά εφάρμοσαν το «SERVPERF» (Cheruiyot and Maru, 2013). Όπως όμως, στη περίπτωση του «SERVQUAL», αντίστοιχα οι πέντε διαστάσεις του «SERVPERF», δεν έχουν επαληθευτεί πλήρως, αφού κάποιες έρευνες οδηγήθηκαν τελικά στη χρήση λιγότερων διαστάσεων (Sultan and Wong, 2010; Mahmoud and Khalifa, 2015).

Κατά διαστήματα, γίνεται συζήτηση για τα οφέλη αλλά και τις αδυναμίες-ελαττώματα των ερευνητικών εργαλείων αξιολόγησης «SERVQUAL» και «SERVPERF». Η επιχειρηματολογία για την υποστήριξη του καθενός από αυτά βασίζεται, κατά κύριο λόγο, στην «αξιοπιστία» και την «εγκυρότητα» των μεταβλητών, ωστόσο καμία από τις δημοσιευμένες μελέτες δεν έχει κατορθώσει να τεκμηριώσει ούτε έχει υπερασπιστεί την υπεροχή του ενός εκ των δύο μοντέλων (Carillat et al., 2007). Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη, να μην αναφερθεί η ύπαρξη αρκετών μελετών, οι οποίες επαληθεύουν ότι το εργαλείο μέτρησης «SERVPERF» παράγει βελτιωμένα συμπεράσματα, πιο αξιόπιστες μετρήσεις, αυξημένη σύγκλιση και διακριτική

εγκυρότητα, βελτιωμένη ερμηνεία της διακύμανσης με άμεσο επακόλουθο τη περιορισμένη μεροληψία σε σχέση με το «*SERVQUAL*» (Mahmoud and Khalifa, 2015; Andronicikidis and Bellou, 2010; Abdullah, 2006; Brown et al., 1993; Cronin and Taylor, 1992).

Από την άλλη πλευρά, οι Hudson et al. (2004) επιχειρώντας να συμβιβάσουν τις αντικρουόμενες τοποθετήσεις, υποστήριξαν αφ' ενός ότι δεν διαφοροποιούνται τα στατιστικά ευρήματα που προκύπτουν από τις μετρήσεις των δύο μοντέλων της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και αφ' ετέρου ότι η χρήση του «*SERVPERF*» ενδείκνυται σε περίπτωση περιορισμένου χρόνου και κόστους. Παράλληλα, οι Carrillat, Jaramillo and Mulki (2007) πραγματοποιώντας μετα-ανάλυση σε 17 διαφορετικά άρθρα από όλη την υφήλιο, καταστάλαξαν στο συμπέρασμα ότι και τα δύο ερευνητικά εργαλεία αποτελούν ικανοποιητικούς παράγοντες πρόγνωσης και είναι εξίσου αξιόπιστα για την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών. Εντούτοις, αναφέρουν ότι το «*SERVQUAL*» αποτελεί ένα ωφελιμότερο εργαλείο για τους ερευνητές, χάρη στην υψηλή διαγνωστική του ικανότητα, αλλά και στη δυνατότητα προσαρμογής του σε καινούργιους και ποικιλόμορφους κλάδους, όπως τα πανεπιστήμια (Abdullah, 2006), τα οποία έχουν ανάγκη από ένα μοντέλο υψηλότερης ισχύος σε σχέση με το αντίστοιχο «*SERVPERF*».

Εντούτοις, οι Johns et al. (2004) επεσήμαναν το γεγονός ότι οι μετρήσεις «*SERVPERF*» παρέχουν μια αποτελεσματικότερη πρόγνωση της συνολικής ικανοποίησης, ενώ οι Jain and Gupta (2004) υποστήριξαν ότι το ερευνητικό εργαλείο είναι ενδεδειγμένο για την εκτίμηση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών ενός οργανισμού και για τη πραγματοποίηση συγκρίσεων της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ποικίλους τομείς. Επιπρόσθετα, το ερευνητικό εργαλείο της «απόδοσης» διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά, καθώς περιορίζεται ο αριθμός των ερωτημάτων που απαιτείται να εκτιμηθούν σε ποσοστό 50%, επιτρέποντας την άνετη συλλογή των απαντήσεων (Jain and Gupta, 2004, Mahmoud and Khalifa, 2015). Ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί ότι υφίστανται ορισμένες μελέτες που αμφιβάλλουν για την αξιοπιστία των 5 διαστάσεων των ανωτέρω μοντέλων και επιχειρούν να διαμορφώσουν άλλες καταλληλότερες (Sultan and Wong, 2010; Mahmoud and Khalifa, 2015).

#### 4.7 INTSERVQUAL-Μοντέλο εσωτερικής μέτρησης ποιότητας υπηρεσιών

Οι Frost και Kumar (2000) διαμόρφωσαν το μοντέλο «*INTSERVQUAL (INTERNAL SERVICE QUALITY)*», στηριζόμενοι στο μοντέλο «*SERVQUAL*» των Parasuraman et al (1985) και τροποποιώντας την θεωρία των κενών, προκειμένου να καταμετρήσουν το βαθμό ποιότητας των υπηρεσιών. Ωστόσο, το συγκεκριμένο μοντέλο διαφέρει από το «*SERVQUAL*» στο γεγονός ότι η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προκύπτει ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ των «*εσωτερικών πελατών*» και των «*εσωτερικών προμηθευτών*» ενός οργανισμού. Ο όρος «*εσωτερικοί πελάτες*» αναφέρεται στο «*προσωπικό πρώτης γραμμής*» που παρέχει εξυπηρέτηση στους χρήστες, ενώ ο όρος «*εσωτερικοί προμηθευτές*» αφορά το προσωπικό προμηθειών που παρέχει υποστήριξη στο «*προσωπικό πρώτης γραμμής*» ενός οργανισμού (Siameti & Kakouris, 2009), ενώ για πρώτη φορά το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε στην εθνική εταιρεία αερογραμμών της Σιγκαπούρης. Κατά τη διερεύνηση της ποιότητας, θεωρήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, οι πέντε διαστάσεις του «*SERVQUAL*», και ως εξαρτημένη μεταβλητή η «*εσωτερική ποιότητα των υπηρεσιών*». Τα ευρήματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι τόσο οι προσδοκίες όσο και αντιλήψεις των «*εσωτερικών πελατών*» και «*εσωτερικών προμηθευτών*» διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στον προσδιορισμό του επιπέδου της «*εσωτερικής ποιότητας*» η οποία γίνεται αντιληπτή.

Οι μελετητές διέκριναν τα τρία παρακάτω «*εσωτερικά κενά*»:

«*1<sup>ο</sup> Εσωτερικό κενό*»: Αφορά την απόκλιση μεταξύ της αντίληψης που έχει διαμορφώσει το «*προσωπικό υποστήριξης-εσωτερικοί προμηθευτές*» για τις προσδοκίες του «*προσωπικού της πρώτης γραμμής-εσωτερικών πελατών*» και τις πραγματικές προσδοκίες αυτών.

«*2<sup>ο</sup> Εσωτερικό κενό*»: Αναφέρεται στην απόκλιση ανάμεσα στις προδιαγραφές που έχουν τεθεί από τον οργανισμό για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του και στη πραγματική υπηρεσία που τελικά προσφέρεται, καθώς δημιουργείται ένα «*κενό εσωτερικής απόδοσης*» των παρεχόμενων υπηρεσιών.

«*3<sup>ο</sup> Εσωτερικό κενό*»: Αφορά την απόκλιση ανάμεσα στις προσδοκίες του «*προσωπικού της πρώτης γραμμής*» και τις αντιλήψεις του «*προσωπικού υποστήριξης*».

Αυτό αποτελεί το σημαντικότερο «κενό», καθώς εστιάζει στο «προσωπικό πρώτης γραμμής».

Τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν ότι η χρησιμοποιούμενη κλίμακα απεδείχθη ένα ερευνητικό εργαλείο με αξιοσημείωτη εσωτερική συνοχή αξιοπιστίας, συνεπώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς, προκειμένου να αξιολογηθεί ο βαθμός του κενού μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών του «προσωπικού της πρώτης γραμμής» (Frost & Kumar, 2000).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 5.1 Ανασκόπηση ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών από τις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα και το Διεθνή Χώρο

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει τεκμηριωθεί η αξία της ποιότητας στο σύστημα υγείας και για το λόγο αυτό διαμορφώνονται εξειδικευμένα προγράμματα διασφάλισης και αναβάθμισής της. Η υλοποίηση προτύπων που έχουν καθιερωθεί από το «Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης - *International Organization for Standardization: ISO*», τα «μοντέλα αριστείας - *European Foundation for Quality Management Excellence Model: EFQM*», και η «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - *Total Quality Management: TQM*», καθορίζουν το πλαίσιο εφαρμογής, ανάπτυξης και αναβάθμισης των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, υποδεικνύοντας την ανάγκη για μετρήσιμη αναβάθμιση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας.

Επιπρόσθετα, όπως προκύπτει η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να μετρηθεί και αξιολογηθεί μέσω δεικτών, ενώ οι αποκλίσεις ενεργοποιούν διορθωτικούς μηχανισμούς, στοχεύοντας στην αδιάληπτη αναβάθμιση της παρεχόμενης περίθαλψης (Rubin et al, 2001). Παρακάτω, παρατίθενται επιλεγμένες έρευνες των δύο τελευταίων δεκαετιών, που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, από την ελληνική επικράτεια και το διεθνή χώρο.

Ο [Πολύζος και συν \(2004\)](#), διεξήγαγαν συγκριτική μελέτη για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών σε νοσηλευτικούς οργανισμούς της Αττικής, βασιζόμενοι στο θεωρητικό υπόβαθρο του Donabedian που ενσωματώνει τις κοινωνικές αξίες της ατομικής ευθύνης, της κοινωνικής σκέψης, της ελεύθερης επιλογής, της ισότητας κλπ., οι οποίες είναι ευρέως αποδεκτές και αποτελούν αναγκαία προϋπόθεση στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα στη θεωρία του Maxwell (1984), η οποία εμπεριέχει αντίστοιχους κοινωνικούς παράγοντες καθορισμού της ποιότητας στην υγεία, όπως «προσπελασιμότητα, ισότητα, κοινωνική αποδοχή, σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, αποδοτικότητα και τεχνητή αποτελεσματικότητα». Βαθύτερος στόχος των ερευνών ήταν η διερεύνηση και επιθεώρηση των αποτελεσμάτων από την υλοποίηση των αρχών της ποιότητας και ειδικότερα η διευκρίνιση των δεικτών που δίνουν τη ευχέρεια μιας άμεσης απεικόνισης των

προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους χρήστες του οργανισμού και την υλοποίηση βελτιωτικών ενεργειών από τη διοίκηση.

Στη παρούσα μελέτη αναλύονται τα ευρήματα τριών διαφορετικών ερευνών, που άπτονται της ικανοποίησης των χρηστών σε δύο διαφορετικούς χώρους του νοσηλευτικού οργανισμού. Μέσω των δύο ερευνών πραγματοποιείται συγκριτική ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευθέντων (εσωτερικών ασθενών) ενός εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσηλευτικού οργανισμού και ενός νεοσύστατου δημοσίου μεγάλου νοσηλευτικού οργανισμού. Στη τρίτη έρευνα απεικονίζεται ο βαθμός ικανοποίησης των (εξωτερικών) ασθενών των εξωτερικών ιατρείων του νεοσύστατου δημόσιου νοσηλευτικού οργανισμού. Για τη συλλογή των δεδομένων στις έρευνες της ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών, χρησιμοποιήθηκαν δύο διαφορετικά ερευνητικά εργαλεία, ωστόσο επιχειρήθηκε κοινή συγκριτική αποτύπωσή τους. Τον εξεταζόμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 378 ασθενείς ενός εξειδικευμένου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσηλευτικού οργανισμού και 108 εσωτερικοί ασθενείς και 412 εξωτερικοί ασθενείς ενός νεοσύστατου δημοσίου νοσοκομείου μέσω της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα των ερευνών παρατηρήθηκε αρκετά υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών συνολικά και στους δύο οργανισμούς (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και δημόσιο), με υψηλό ποσοστό θετικών εντυπώσεων για το ιατρικό προσωπικό (92,7% και 84,4% αντιστοίχως) και για το νοσηλευτικό 92,7% και 84,4%, αντιστοίχως. Από τη παραπάνω διερεύνηση διαπιστώθηκε υψηλή ικανοποίηση των ασθενών, ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό οργανισμό μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, στον οποίο εφαρμόζεται σύστημα ποιότητας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ως εκ τούτου, επιβεβαιώνεται η θετική συσχέτιση μεταξύ της εφαρμογής συστήματος διοίκησης ολικής ποιότητας και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών, ενώ διαφαίνεται η αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, όσο περισσότερο χρησιμοποιείται από το σύνολο των εργαζομένων το σύστημα διοίκησης ολικής ποιότητας.

Οι [Καμπάντα και Νιάκας το 2004](#) επιχείρησαν μια εμπειρική διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών μιας δομής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ψυχικής υγείας, της Βορείου Ελλάδος, αλλά και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών που επιδρούν σε αυτή. Στην έρευνα συμμετείχαν 250 άτομα που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας της συγκεκριμένης δομής κατά τους μήνες Μάρτιο έως Απρίλιο του 2002, μετά από τηλεφωνική πρόσκληση των ερευνητών. Η αξιολόγηση της

ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, βασίστηκε στην εφαρμογή ενός ειδικά δομημένου ερωτηματολογίου (το οποίο συμπεριλάμβανε γενικά ερωτήματα και αντιπροσωπευτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών) με τη χρήση τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Αξιολογήθηκαν 3 κύριες διαστάσεις της ικανοποίησης που αφορούσαν τις υποδομές και το σύνολο των διοικητικών διαδικασιών, τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και την έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος στην κατάσταση της υγείας των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι. Για να διερευνηθούν οι συσχετίσεις της ικανοποίησης εφαρμόστηκε υπόδειγμα πολλαπλής εξάρτησης. Τα ευρήματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι χρήστες ικανοποιήθηκαν σε σημαντικό βαθμό όσον αφορά τις υποδομές και τις προσφερόμενες διοικητικές υπηρεσίες, και σε ακόμα υψηλότερο βαθμό από τις προσφερόμενες υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας. Επιπροσθέτως, επιβεβαιώθηκε σημαντική πρόοδος της κατάστασης της υγείας των χρηστών, έπειτα από καθορισμένες επισκέψεις στη συγκεκριμένη δομή. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών επηρεάστηκε από δύο δημογραφικούς παράγοντες, εκ των οποίων ο πρώτος αφορούσε το «τόπο διαμονής», (εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης οι χρήστες από την ύπαιθρο) και ο δεύτερος το «επίπεδο εκπαίδευσης» (εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης χρήστες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Τέλος, παρουσιάστηκε θετικός αντίκτυπος της ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας στην έκβαση της κατάστασης υγείας των χρηστών, σύμφωνα με την άποψή τους.

Στην έρευνα της [Παπαγιαννοπούλου και συν \(2006\)](#), διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των συνοδών παιδιών (ασθενών) από τη συνολική φροντίδα που αυτά έλαβαν σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Κλήθηκαν 1000 άτομα να συμμετάσχουν στην έρευνα εκ των οποίων ανταποκρίθηκαν τα 700 (ποσοστό ανταπόκρισης 70%), ενώ ως μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία, η οποία προσδίδει υψηλό επίπεδο αντιπροσωπευτικότητας και ποιότητας δεδομένων. Για τη διενέργεια της μελέτης διαμορφώθηκε ένα σύνθετα δομημένο ερευνητικό εργαλείο, το οποίο περιελάμβανε τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά ερωτήματα, ενώ η εκτίμηση της ικανοποίησης αποτυπώθηκε μέσω της «κλίμακας Likert» 5 σημείων, στην οποία το 1 αντανακλούσε το «καθόλου ικανοποιημένος» και το 5 το «απόλυτα ικανοποιημένος». Η μελέτη εστίασε

στη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των συνοδών τόσο από τη παροχή υπηρεσιών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και διοικητικού προσωπικού, όσο και από τις συνολικές διαδικασίες εισαγωγής των ασθενών στη νοσοκομειακή δομή. Η συλλογή των δεδομένων επετεύχθη μέσω προσωπικών συνεντεύξεων κατά τη διάρκεια του τριμήνου Ιανουάριος-Μάρτιος του 2004. Τα ευρήματα κατέδειξαν υψηλή ή απόλυτη ικανοποίηση ενός αξιοσημείωτου ποσοστού των συνοδών από την πληροφόρηση που τους πρόσφερε ο οργανισμός, και ταυτόχρονα υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τη ταχύτητα των διαδικασιών εισαγωγής σε σημαντικό ποσοστό, την στιγμή που το 21,4% δεν έμεινε καθόλου ικανοποιημένο από τις διαδικασίες εισαγωγής. Από την άλλη πλευρά, εμφανίστηκε ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 2% περίπου, ενοχλημένο από τη συνολικότερη στάση του προσωπικού, όταν ποσοστό άνω του 54%, εκδήλωσε υψηλή έως και απόλυτη ικανοποίηση από την ευγενική του συμπεριφορά. Όσον αφορά τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, ο μέσος όρος βαθμολόγησής τους ήταν 3,6 και 3,4 αντίστοιχα, ενώ πάνω από 33% των συνοδών παρουσίασε πολύ υψηλή ικανοποίηση από την ευγενική συμπεριφορά, το 32,8% από την ενσυναίσθηση και το 32% (κατά προσέγγιση) από την εξυπηρετικότητα του διοικητικού προσωπικού. Τέλος, οι υποδομές βαθμολογήθηκαν χαμηλά (2,4 μέσος όρος), ενώ μέσω της ανοικτής ερώτησης φανερώθηκε η ανάγκη εκσυγχρονισμού. Ως εκ τούτου, η συνολική εκτίμηση των υπηρεσιών της νοσηλευτικής δομής κατέδειξε ότι οι συνοδοί των ασθενών ικανοποιήθηκαν τελικά περισσότερο σε σχέση με τις προσδοκίες τους. Το εργατικό δυναμικό του οργανισμού - ιδιαίτερα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό - αξιολογήθηκε με αρκετά υψηλή βαθμολογία από τους χρήστες των υπηρεσιών, χάρη στην οποία αναβαθμίστηκε η γενικότερη εντύπωση του οργανισμού. Αντιθέτως, οι υποδομές του οργανισμού επέδρασαν αρνητικά στην ικανοποίηση των χρηστών. Συνοψίζοντας, η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του οργανισμού, επιβεβαιώνεται μέσω της θετικής απάντησης από την συντριπτική πλειονότητα των χρηστών, στο ερώτημα που αφορά τη σύσταση του συγκεκριμένου οργανισμού σε ανθρώπους τους περιβάλλοντός τους στη περίπτωση ενός αντιστοίχου θέματος υγείας.

Το [2009](#), διενεργήθηκε μελέτη από την [Πίνη και συν.](#), προκειμένου να μετρηθεί η ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των πρωϊνών Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του «*E.A.N.Π. ΜΕΤΑΞΑ*». Η αποτύπωση των αντιλήψεων των ασθενών και η διαπίστωση των παραμέτρων που

συντελούν στην ικανοποίησή τους, θεωρήθηκε αναγκαία για την ανάδειξη των οργανωτικό-διοικητικών και λειτουργικών προβλημάτων των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, γεγονός που θα διευκόλυνε και ενθάρρυνε την αναζήτηση λύσεων για την βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ήταν μια ποσοτική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 100 χρήστες των πρωϊνών τακτικών εξωτερικών ιατρείων, κατά το μήνα Δεκέμβρη, του 2009. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ενός δομημένου ερευνητικού εργαλείου, με κλειστού τύπου ερωτήσεις και τη χρήση «πεντάβαθμης κλίμακας Likert». Τα ερωτήματα αφορούσαν κοινωνικο-δημογραφικά αντιπροσωπευτικά γνωρίσματα των ασθενών, αλλά και όλα τα επιμέρους τμήματα «όπως προσβασιμότητα, ευχέρεια κλεισίματος ραντεβού, χρόνος αναμονής στο ραντεβού, συνολική συμπεριφορά προσωπικού, καθαριότητα και ανέσεις χώρου αναμονής, ενημέρωση και επιστημονική κατάρτιση των γιατρών κλπ.» που συνθέτουν τη διαδικασία των παρεχόμενων υπηρεσιών στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσηλευτικού οργανισμού. Τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν, ότι οι ογκολογικοί ασθενείς παρουσίασαν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του «Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ». Το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης αφορούσε στην ιατρική φροντίδα, εξαιτίας της ιδιαίτερης σχέσης εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ των ασθενών και του θεράποντος ιατρού. Από την άλλη πλευρά διαπιστώθηκαν δυσκολίες στη λειτουργία των πρωϊνών εξωτερικών ιατρείων, εξαιτίας των μεγάλων χρόνων αναμονής για το κλείσιμο των ραντεβού έως την επικείμενη εξέταση, την έλλειψη ευχέρειας επιλογής της ημέρας και ώρας των ραντεβού καθώς και του σημαντικού χρόνου αναμονής την ημέρα της εξέτασης. Τέλος, δεν εντοπίστηκε σημαντική (στατιστική) συσχέτιση της συνολικής ικανοποίησης με τα δημογραφικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων ή άλλα στοιχεία, παρά το γεγονός ότι το επίπεδο της υγείας των ασθενών, η εκπαίδευση και το φύλο τους, αποδεικνύεται ότι επιδρούν στη βαθμολογία των υπηρεσιών. Συνοψίζοντας, προέκυψε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των πρωϊνών ιατρείων του «Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ». Εντούτοις, διαπιστώθηκε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής για το κλείσιμο των ραντεβού και της αντίστοιχης αναμονής την ημέρα της επίσκεψης στο ιατρείο. Συμπερασματικά, διακρίνεται η επιτακτική ανάγκη να μεριμνήσει η διοίκηση του οργανισμού με διορθωτικούς μηχανισμούς για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης.

Η [Καλογεροπούλου το 2011](#), μέτρησε την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες σε 6 γενικά δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Ένας επιπλέον στόχος της έρευνας ήταν η αξιολόγηση του κενού ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στη πραγματική αποδοτικότητα των νοσηλευτικών δομών. Για την έρευνα αρχικά επιλέχθηκαν 300 ασθενείς μέσω της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψία, 6 δημόσιων γενικών νοσηλευτικών οργανισμών, από τους οποίους τελικά συμμετείχαν οι 215, με ποσοστό ανταπόκρισης 71%, κατά το χρονικό διάστημα Απριλίου-Μαΐου, 2008, ενώ έγινε προσπάθεια να συμμετάσχουν άτομα από όλα τα τμήματα των νοσηλευτικών δομών, για την εκτίμηση της λειτουργίας τους. Η συλλογή των δεδομένων επετεύχθη μέσω ενός σύνθετα δομημένου ερευνητικού εργαλείου που συμπεριλάμβανε τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά ερωτήματα, μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, ενώ χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης η «*τριτοβάθμια κλίμακα Likert*». Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι από την πληροφόρηση που τους παρείχε ο νοσηλευτικός οργανισμός αναφορικά με τη κατάσταση υγείας τους, τη διάγνωση, το θεραπευτικό πλάνο και τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισής της, ενώ ταυτόχρονα αναφέρθηκε και παραβίαση των δικαιωμάτων σχετικά με τη λήψη συγκατάθεσης για τη πραγματοποίηση διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εμφάνισε απόλυτη ικανοποίηση από το χρόνο εισαγωγής στον οργανισμό υγείας (57,3%), καθώς και το 32,7% από την παροχή αποτελεσματικής περίθαλψης, εν αντιθέσει με ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 27% που εξέθεσε το πρόβλημα της παραβίασης του ιατρικού απορρήτου. Επιπρόσθετα, ένα υψηλό ποσοστό (82,7%) αποδοκίμασε το επίπεδο συνθηκών καθαριότητας, ξενοδοχειακής υποδομής και ποιότητας σίτισης, ενώ το 74,4% εμφανίστηκαν πλήρως δυσαρεστημένοι από το επίπεδο συμπεριφοράς του εργατικού δυναμικού του οργανισμού. Η πλειοψηφία των ασθενών επιβεβαίωσε την επιτακτική ανάγκη για αναβάθμιση της ποιότητας και της αποδοτικότητας στους τομείς της υγιεινής (93,5%), των κτηριακών υποδομών (92,5%), της συμπεριφοράς των ιατρών (92,1%) και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (87,9%). Ταυτόχρονα κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι, εκτός από τους παραπάνω τομείς που επηρέασαν τη γενικότερη εντύπωση των υπό διερεύνηση οργανισμών, οι καταναλωτές των υγειονομικών υπηρεσιών εκδήλωσαν την ανάγκη για εξειδικευμένη και ασθενοκεντρική περίθαλψη και ταυτόχρονα την απαίτηση για εκπλήρωση βασικών δικαιωμάτων που αφορούν στην πληροφόρηση και τη λήψη συγκατάθεσης, το σεβασμό της προσωπικότητάς τους, ενώ

φάνηκε να εκτιμώνται ιδιαίτερα η ενσυναίσθηση, η ευγενική συμπεριφορά και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας, ως αναγκαία προϋπόθεση ποιοτικής φροντίδας.

Στόχος στην έρευνα της [Σωτηροπούλου και συν \(2014\)](#), ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς, καθώς η μέτρησή της θεωρείται ότι συνιστά έγκυρο δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, διερευνήθηκε η συσχέτιση της ικανοποίησης με κοινωνικο-δημογραφικά και τα κλινικά αντιπροσωπευτικά γνωρίσματα των ασθενών. Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 69 ασθενείς, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε προγραμματισμένη εγχείρηση ανοικτής καρδιάς. Η έρευνα έλαβε χώρα σε γενικό νοσηλευτικό οργανισμό της Αθήνας, τη χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο έως και το Μάιο του 2011. Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, εφαρμόστηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερευνητικό εργαλείο Ελλήνων ερευνητών με τη χρήση «πεντάβαθμης κλίμακας Likert», το οποίο συμπεριλάμβανε 33 κλειστά ερωτήματα, καθώς και κοινωνικό-δημογραφικά και κλινικά γνωρίσματα των ασθενών. Οι τέσσερις διαστάσεις ως προς τις οποίες διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζονταν με τη παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, την οργάνωση του πλάνου νοσηλείας, το περιβάλλοντα χώρο του νοσηλευτικού οργανισμού και λοιπούς παράγοντες ποιότητας. Σύμφωνα με τα ευρήματα, το 58% του δείγματος αποτελούνταν από άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 66,5 έτη. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη περίθαλψη ήταν άνω του μετρίου. Η ικανοποίηση από κάθε επιμέρους διάσταση των υπηρεσιών υγείας αξιολογήθηκε ως εξής: ιατρονοσηλευτική περίθαλψη με 3,57, οργάνωση του πλάνου νοσηλείας με 3,27, περιβάλλοντα χώρος του νοσοκομείου με 3,09 και λοιποί παράγοντες ποιότητας με 3,41. Επιπρόσθετα, δεν εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση των δημογραφικών γνωρισμάτων με την ικανοποίηση. Η κατηγορία των έγγαμων και των απόφοιτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εκδήλωσαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από την συνολική περίθαλψή τους. Η συσχέτιση της ικανοποίησης με τα κλινικά γνωρίσματα των ασθενών δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικά ευρήματα. Σε γενικές γραμμές, ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων ήταν καλός, αλλά όχι υψηλός. Σύμφωνα με τα παραπάνω, διαφαίνεται η ανάγκη αναβάθμισης όλων των διερευνώμενων διαστάσεων οι οποίοι έχουν αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών.

Στην έρευνα των [Τσιρώνη και Κουλιεράκη \(2017\)](#) επιχειρήθηκε η απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης των συνοδών (γονέων) από τη περίθαλψη που παρέχεται στα νοσηλευόμενα παιδιά τους, δεδομένου ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εκτίμηση της ποιότητας στους παιδιατρικούς οργανισμούς υγείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των γονέων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες περίθαλψης στο νοσηλευόμενο παιδί τους, πραγματοποιήθηκε μέσω του εξειδικευμένου ερευνητικού εργαλείου «*Pyramid Questionnaire for parents of hospitalized children*», το οποίο συμπεριλάμβανε ερωτήματα κλειστού και ανοικτού τύπου, με τη χρήση της «*τετράβαθμης κλίμακας Likert*». Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 352 συνοδοί (γονείς) νοσηλευόμενων παιδιών από δύο παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής, κατά τη περίοδο από Φεβρουάριο έως και Απρίλιο του 2015. Τα ευρήματα της έρευνας φανέρωσαν την ικανοποίηση των περισσότερων γονέων, όσον αφορά τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (81,9%), τη παρεχόμενη φροντίδα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (78,2%) καθώς και την ενημέρωση των γονέων σχετικά με τη κατάσταση υγείας του νοσηλευόμενου παιδιού (71,9%). Ωστόσο, χαμηλότερο ποσοστό γονέων παρουσιάστηκε ικανοποιημένο από την ευχέρεια συμμετοχής στη περίθαλψη του νοσηλευόμενου παιδιού τους (52,3%) και την προσβασιμότητα στον νοσηλευτικό οργανισμό (39,5%). Από την άλλη πλευρά, το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης εμφανίστηκε πολύ υψηλό της τάξης του 76,8%, το οποίο κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα για τη νοσηλευτική δομή Α (78,8%), ενώ στη κατηγορία των έγγαμων γονέων κατά 77% και στη κατηγορία των γονέων με χαμηλή ή και μηδενική ανησυχία για την έκβαση της νόσου του παιδιού τους (83,1%). Σύμφωνα με το μοντέλο της «*πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης*», η περίθαλψη στο νοσηλευτικό οργανισμό Β και ο υψηλός βαθμός ανησυχίας για τη νόσο του παιδιού και τις αντίστοιχες επιπλοκές, επιδρούν στη μείωση του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης κατά 24% και 17% αντιστοίχως. Η αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των γονέων συνιστά τον ουσιαστικότερο και πολύτιμο δείκτη της ικανοποιητικής και επαρκούς λειτουργίας των νοσηλευτικών δομών. Μέσω της παρούσας μελέτης, διαπιστώθηκε ότι ορισμένες διαστάσεις, όπως η ενημέρωση, η προσβασιμότητα, η δυνατότητα συμμετοχής των συνοδών στη περίθαλψη του παιδιού τους, καθώς και διαπροσωπική περίθαλψη υγείας απαιτείται να βελτιωθούν, με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης.



Η έρευνα των [Φρεγγίδου και συν \(2017\)](#), αποσκοπούσε στην αποτύπωση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες του «Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ)» σε ένα νομό της περιφέρειας, καθώς και στην αποσαφήνιση των προσδιοριστικών παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτή. Η εκπόνηση της συγχρονικής μελέτης έλαβε χώρα στο κέντρο υγείας του «ΠΕΔΥ Κιλκίς», κατά τη περίοδο από Ιούνιο έως και Αύγουστο του 2015, με τη συμμετοχή 181 χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών κατά το τελευταίο έτος, ηλικίας  $\geq 18$  ετών. Η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε στη χρήση ενός ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερευνητικού εργαλείου, το οποίο απαντήθηκε εθελοντικά από τους ασθενείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης απεδείχθη αρκετά χαμηλός (48,6%), ενώ εμφάνισε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης η κατηγορία των εγγάμων όσον αφορά τους χρόνους αναμονής για τη πραγματοποίηση του ραντεβού και τη διενέργεια των εξετάσεων. Ταυτόχρονα, η αύξηση της ηλικίας και η μείωση του εκπαιδευτικού επιπέδου είχαν θετική επίδραση στο βαθμό ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό. Ομοίως, η αύξηση της ηλικίας, ο αυξημένος βαθμός ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής του ραντεβού και της εξέτασης, ο αυξημένος βαθμός ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό και η αυξημένη συχνότητα σύστασης του κέντρου στο οικείο περιβάλλον του χρήστη είχαν θετική συσχέτιση με το βαθμό της συνολικής ικανοποίησης. Αντίθετα, η μειωμένη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών του κέντρου, η μεταστροφή των ασθενών προς αντίστοιχα ιδιωτικά κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας καθώς και η σύντομη χρόνος της επίσκεψης, είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών. Ως εκ τούτου, επιβεβαιώθηκε η ανάγκη για αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών των κέντρων υγείας του ΠΕΔΥ, υλοποιώντας εξειδικευμένα προγράμματα διοίκησης ποιότητας και μέσω των απαιτούμενων πολιτικών αποφάσεων.

Σκοπός της μελέτης της [Χατζοπούλου και συν \(2017\)](#), ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, ατόμων που εισήχθησαν ως επείγοντα περιστατικά και νοσηλεύτηκαν σε τριτοβάθμιο δημόσιο νοσηλευτικό οργανισμό της Αττικής. Η μελέτη υλοποιήθηκε μέσω της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το αυτοσυμπληρούμενο προτυποποιημένο ερευνητικό εργαλείο των Πολύζου Ν. και συν (2005) με τη «πεντάβαθμη κλίμακα Likert», το οποίο απαντήθηκε από τους

συμμετέχοντες (νοσηλευόμενους ασθενείς ή συνοδούς) και διερευνήθηκαν 7 διαφορετικές τομείς που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών. Η μελέτη διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από Μάρτιο έως και Μάιο του 2016, στην οποία συμμετείχαν συνολικά 382 ασθενείς, ενός δημόσιου τριτοβάθμιου νοσηλευτικού οργανισμού του Νομού Αττικής. Βάσει των ευρημάτων, η εντύπωση των ασθενών (69%) αναφορικά με το νοσοκομειακό περιβάλλον (υγιεινή των χώρων, οργάνωση και επάρκεια), τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, την ξενοδοχειακή υποδομή, τις συνθήκες διαμονής και της σίτισης, ήταν πολύ ικανοποιητική. Αντιθέτως, δεν έμειναν καθόλου ευχαριστημένοι από τους χρόνους αναμονής σχετικά με την εισαγωγή, τη διενέργεια εξετάσεων και των χειρουργικών επεμβάσεων. Ωστόσο, το 89,2% των ασθενών παρουσιάστηκε πολύ ικανοποιημένο από την ατομική προσοχή που έλαβε από το προσωπικό που αφορούσε στη παρεχόμενη συστηματική και προσιτή επικοινωνία καθώς και την ευγενική συμπεριφορά των εργαζομένων, που ενέπνεαν εμπιστοσύνη. Σε γενικές γραμμές, οι περισσότεροι ασθενείς (82,5%) παρουσίασαν υψηλή ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού, ενώ το 95,3%, δήλωσε ότι προτίθεται είτε να χρησιμοποιήσει ξανά τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου οργανισμού είτε θα τις προτείνει. Επιπρόσθετα, οι δημογραφικοί παράγοντες του φύλου και της εκπαίδευσης, καθώς και διάρκεια νοσηλείας έχουν σημαντικό (στατιστικό) αντίκτυπο στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Συμπερασματικά, η συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού, παρουσιάστηκε υψηλή με πρόθεση να τις ξαναχρησιμοποιήσουν, αλλά και να τις συστήσουν σε παρόμοια περίπτωση.

Η μελέτη της [Κοτρώτσιου και συν. \(2020\)](#), στόχο είχε την εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών των Εξωτερικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου της Λάρισας. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 103 ασθενείς εκ των οποίων 39 άνδρες και 64 γυναίκες, από τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Η συλλογή των δεδομένων επετεύχθη με τη μέθοδο προσωπικών συνεντεύξεων των ασθενών οι οποίες έλαβαν χώρα κατά το χρονικό διάστημα από αρχές Δεκεμβρίου έως και τέλος Ιανουαρίου του 2020, μέσω δομημένου ερευνητικού εργαλείου, το οποίο διαμορφώθηκε στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος «*Αρχιμήδης III 2015*». Τα δεδομένα της έρευνας απεκάλυψαν τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες που παρέχονται στα Εξωτερικά Ιατρεία, κυρίως σε σχέση με την ιατρική περίθαλψη

(μέσος όρος 79,5%), τη νοσηλευτική περίθαλψη (μέσος όρος 75,9%), ενώ ο μοναδικός παράγοντας, που δύναται να προβλέψει το βαθμό ικανοποίησης σε σημαντικό βαθμό σε σχέση με τη νοσηλευτική περίθαλψη, αφορούσε το μηνιαίο εισόδημα του χρήστη. Ειδικότερα, ανά 100 ευρώ αύξησης του μηνιαίου εισοδήματος του χρήστη, και με δεδομένο ότι οι υπόλοιποι συντελεστές παραμένουν αμετάβλητοι, αναμένεται μείωση του επιπέδου ικανοποίησης σε σχέση με τη νοσηλευτική περίθαλψη κατά 0,7 ποσοστιαίες μονάδες. Το επίπεδο ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες εκτιμήθηκε κατά μέσο όρο με 67%, ενώ οι υποδομές των εξωτερικών ιατρείων εκτιμήθηκαν από τους ασθενείς με βαθμολογία «μετρίως» (59,1%). Επιπροσθέτως, παράγοντες που αφορούν την ηλικία και την αυτοβαθμολόγηση του γενικού επιπέδου υγείας δύναται να καθορίσουν, σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση των χρηστών, σε σχέση με τις υποδομές. Η συγκεκριμένη έρευνα επεδίωξε να διερευνήσει την άποψη των χρηστών, παράγοντας μια σειρά νέων δεδομένων. Καταληκτικά, τα ευρήματα της μελέτης φανέρωσαν ότι η πλειονότητα των χρηστών των υπηρεσιών των Εξωτερικών Ιατρείων αισθάνονται ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Στην έρευνα του [Obiet al \(2018\)](#), διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις των ασθενών όσον αφορά τις υπηρεσίες που έλαβαν από μία μονάδα υγειονομικής περίθαλψης, με σκοπό τον εντοπισμό των κρίσιμων τομέων που ενδέχεται να χρήζουν βελτίωσης. Η συγκεκριμένη έρευνα, στόχο είχε τον προσδιορισμό της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ειδικότερα τη μέτρηση της ικανοποίησης από την συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και από το νοσοκομειακό περιβάλλον κατά την νοσηλεία τους σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Enugu της νοτιοανατολικής Νιγηρίας (Malawi Medical Journal, 2018; PubMed). Η έρευνα αυτή ήταν μια περιγραφική μελέτη, ενώ για τη διεξαγωγή της χρησιμοποιήθηκε κατάλληλο δομημένο αυτοσυμπληρούμενο ερευνητικό εργαλείο. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 170 νοσηλεύόμενοι ασθενείς (54% γυναίκες και 46% άνδρες, ηλικίας 20 έως 65 ετών), κατά τη περίοδο από Σεπτέμβριο έως και Δεκέμβριο του 2015. Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η πολυδιάστατη δειγματοληψία (multistage sampling). Σύμφωνα με τα ευρήματα, λιγότερο από το ήμισυ (47,3%) των ασθενών παρουσίασε ικανοποίηση από τη περίθαλψη που έλαβε κατά την εισαγωγή. Μόλις το 51,8% ικανοποιήθηκε από τις συνθήκες υγιεινής του νοσοκομειακού

περιβάλλοντος, και το 62,4% από τη δυνατότητα διατήρησης της παροχής ηλεκτρικού ρεύματος στο νοσοκομείο. Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, του νοσηλευτικού προσωπικού και του διοικητικού προσωπικού θεωρήθηκε ευγενική και επαγγελματική σε ποσοστό 90%, 64,1% και 60,6% αντιστοίχως. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από το επίπεδο προστασίας της ιδιωτικής τους ζωής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (67,6%) και το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων (51,8%). Παρόλο που περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ικανοποιήθηκαν σε συγκεκριμένες πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών κατά την εισαγωγή τους, επιβεβαιώθηκε ότι ικανοποιήθηκαν όσον αφορά τη συνολική εμπειρία, λιγότεροι από τους μισούς. Ως εκ τούτου, η συστηματική επανάληψη της διερεύνησης του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών είναι αναγκαίο να θεσμοθετηθεί, προκειμένου να παρέχονται καινούργιες πληροφορίες με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στην έρευνα των [LinLin Hu et al \(2020\)](#), η ικανοποίηση των ασθενών θεωρήθηκε βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση των νοσοκομείων, ενώ αποτέλεσε έναν από τους κύριους άξονες της τότε μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης στην Κίνα. Το παρόν άρθρο στόχευε στη διερεύνηση νοσοκομειακών παραγόντων που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών, γεγονός που θα μπορούσε να προσφέρει κατάλληλες μεθόδους και πρακτικές για την αξιολόγηση και την βελτίωση ενός συστήματος υγείας με ασθενοκεντρικό προσανατολισμό. Στη συγκεκριμένη μελέτη αναλύθηκαν δεδομένα από την Εθνική Κινέζικη έρευνα του 2017 για τους ασθενείς της Κίνας, η οποία περιελάμβανε 20.300 νοσηλεύομενους από 131 τριτοβάθμια νοσοκομεία από 31 επαρχίες όλης της επικράτειας, και έλαβε χώρα κατά τη περίοδο Δεκεμβρίου 2017-Ιανουαρίου 2018. Αποτέλεσε μια περιγραφική μελέτη μέσω της οποίας πραγματοποιήθηκαν «πολυπαραγοντικές λογιστικές παλινδρομήσεις» για τον εντοπισμό βασικών παραγόντων που επιδρούν στην ικανοποίηση. Η μελέτη διεξήχθη σε διάφορους τύπους νοσοκομείων, όπως επαρχιακά γενικά νοσοκομεία, νοσοκομεία υγείας μητέρας και παιδιού, ενώ επιλέχθηκαν 43 νοσοκομεία που συνδέονταν με την Εθνική Επιτροπή Υγείας και Οικογενειακού Προγραμματισμού, συμπεριλαμβανομένων 28 νοσοκομείων γενικής ιατρικής και 15 εξειδικευμένων νοσοκομείων. Όλα τα νοσοκομεία του δείγματος ήταν δημόσιοι οργανισμοί. Τόσο οι νοσηλεύομενοι όσο και οι εξωτερικοί ασθενείς ερωτήθηκαν στην έρευνα. Ωστόσο, αυτή η μελέτη, επικεντρώθηκε μόνο στην

ικανοποίηση των νοσηλευόμενων και τους σχετικούς παράγοντες. Τουλάχιστον 150 νοσηλευόμενοι που θα έπαιρναν εξιτήριο κατά την διεξαγωγή της έρευνας, επιλέχθηκαν από κάθε νοσοκομείο, δημιουργώντας συνολικά 21.125 ερωτηθέντες, ενώ το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 21.092 συμμετέχοντες. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν επί τόπου στις αίθουσες από μια ομάδα προ-εκπαιδευμένων φοιτητών ιατρικής. Το ερωτηματολόγιο των εσωτερικών ασθενών περιείχε πέντε τομείς, μεταξύ των οποίων την διαχείριση της διαδικασίας, το νοσοκομειακό περιβάλλον, τη νοσηλευτική περίθαλψη, την ιατρική περίθαλψη και την συνολική ικανοποίηση. Συνολικά 20 ερωτήσεις τέθηκαν με τη χρήση «πεντάβαθμης κλίμακας Likert». Επιπλέον συλλέχθηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα, είδος ασφάλισης και διάρκεια νοσηλείας. Η συγκεκριμένη μελέτη διερεύνησε τις αντιλήψεις των ασθενών και τους νοσοκομειακούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Διαπιστώθηκε ότι το φύλο των ασθενών, η ηλικία, το εισόδημα και το είδος ασφάλισης των ασθενών επιδρούν στην ικανοποίησή τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας σε κάποιο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να έχουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, αλλά και ασθενείς υψηλότερων εισοδημάτων και πιο ολοκληρωμένης ασφάλισης. Ο τύπος του νοσοκομείου, το μέγεθος, η διάρθρωση του προσωπικού και οι οικονομικοί κόστος έχουν επίσης σημαντική συσχέτιση με τις αξιολογήσεις των ασθενών. Τα ειδικά νοσοκομεία, τα μεγάλα νοσοκομεία και τα νοσοκομεία που διαθέτουν υψηλότερη αναλογία νοσηλευτή ανά κλίνη προσφέρουν μεγαλύτερο επίπεδο ικανοποίησης στους ασθενείς. Ωστόσο, η οικονομική αποδοτικότητα των νοσοκομείων έχει αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση. Τα ανωτέρω αποτελέσματα καταδεικνύουν, ότι τα χαρακτηριστικά των ασθενών πρέπει να προσαρμόζονται, όταν ενσωματώνεται η ικανοποίηση στην αξιολόγηση του νοσοκομείου. Από την άλλη πλευρά, η μελλοντική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να επικεντρωθεί περισσότερο στο σχεδιασμό καλύτερων παροχών δημόσιας ασφάλισης, στην αποτελεσματικότητα των νοσοκομειακών δομών και σε ένα λειτουργικό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με την έρευνα του [Dhanaraj et al \(2020\)](#), η αδιάληπτη αναβάθμιση της ποιότητας αφορά τη χρησιμοποίηση της έγκαιρης και ωφέλιμης ανατροφοδότησης από τους ασθενείς-χρήστες. Η συνολική ικανοποίηση είναι μια αξιοσημείωτη πτυχή των

υπηρεσιών και θεωρείται σημαντικό μέτρο αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών. Η φροντίδα των ασθενών δεν θεωρείται υψηλής ποιότητας, εκτός της περίπτωσης που ο ασθενής αποδειχθεί ικανοποιημένος. Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ενός νοσηλευτικού οργανισμού από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Διενεργήθηκε μελέτη διατομής, ενώ για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε συστηματική τυχαία δειγματοληψία, με τη χρήση ενός δοκιμασμένου, ημιδομημένου ερευνητικού εργαλείου σε 100 νοσηλευόμενους το Κρατικού Νοσοκομείου Chidambaram, στο Tamil Nadu, της Ινδίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης το 96% των συμμετεχόντων δεν ήταν ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το 80% εμφανίστηκε ιδιαίτερα ικανοποιημένο από τις συνθήκες καθαριότητας-υγιεινής του περιβάλλοντος, το 82% ήταν πολύ ικανοποιημένο από τις εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και το 83% από τις υπηρεσίες σίτισης-διατροφής. Το 92% ήταν ικανοποιημένο από τη ταχύτητα εισαγωγής στον θάλαμο και το 74% ικανοποιημένο από τις ανέσεις της ξενοδοχειακής υποδομής. Επιπρόσθετα το 86% ήταν μέτρια ικανοποιημένο όσον αφορά άλλες ανέσεις και μόλις το 26% ικανοποιημένο από τις υποδομές πόσιμου νερού. Η γενική ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών ήταν κατά μέσο όρο 3,9/5 (78%). Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δεν εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση με το συνολικό βαθμό ικανοποίησης. Οι ασθενείς εμφανίστηκαν γενικά ικανοποιημένοι με τις νοσοκομειακές υποδομές, ωστόσο καθίσταται απαραίτητη η ενημέρωση των ασθενών όσον αφορά τις διάφορες ελλείψεις, γεγονός που απαιτείται να αντιμετωπιστεί από τη διοίκηση του νοσοκομείου, προκειμένου επιτευχθεί η ικανοποίηση των ασθενών.

Ολοκληρώνοντας, διαπιστώνουμε μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης, ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνιστά κύριο δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, καθιστώντας πασίδηλη την ανάγκη, αυτή η διεθνώς αποδεκτή συνισταμένη να διερευνάται περιοδικά για την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Η ορθή εκτίμηση των συντελεστών που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών, δύναται να οδηγήσει σε υλοποίηση προγραμμάτων, βάσει των απαιτήσεων και των αναγκών των ασθενών, όπως τις αντιλαμβάνονται οι ίδιοι.

Καθίσταται σαφές ότι, η συμμετοχή των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας συνεπάγεται τη βελτίωση των αποτελεσμάτων, καθώς οι ικανοποιημένοι χρήστες

εμφανίζουν πρόοδο στη συμμόρφωση, τη συνέχεια της περίθαλψης και εν τέλει, καλύτερη έκβαση της κατάστασης της υγείας τους. Η ικανοποίηση των ασθενών συνιστά ένα αξιοσημείωτο εργαλείο για την εκτίμηση και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, αλλά και την εκτίμηση των επιτευγμάτων ή αποτυχιών του προσωπικού, διευκολύνοντάς το να ανταποκρίνεται ορθότερα στις ανάγκες των ασθενών. Ως εκ τούτου, μέσω του προσδιορισμού της ικανοποίησης δύναται να εφαρμοστούν προδιαγραφές και εξειδικευμένα προγράμματα για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

*ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

### 6.1 Ερευνητικές ερωτήσεις

Η παρούσα ερευνητική εργασία συνιστά μια μελέτη περίπτωσης (Case study) αξιοποιώντας την ποσοτική μέθοδο προσέγγισης του ερευνητικού πεδίου, που έχει ως στόχο την διερεύνηση και αξιολόγηση των αντιλήψεων των νοσηλευόμενων καθώς και των εξωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Ειδικό Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός, μέσω της οποίας αναδεικνύεται η αντιλαμβανόμενη ποιότητα. Η μελέτη περίπτωσης συνιστά μια εμβριθή και εμπειριστατωμένη αναδίφηση ενός φαινομένου/ζητήματος μέσα στο φυσικό του περιβάλλον ενώ επικεντρώνεται σε μια καθορισμένη μονάδα ενδιαφέροντος απ' όπου εξάγονται τα δεδομένα της έρευνας. Επιπροσθέτως, αποτελεί μια τεχνική, που δύναται να παρέχει άφθονο υλικό στον ερευνητή, ενώ μπορεί να επιστρατευτούν τόσο ποσοτικά, όσο και ποιοτικά δεδομένα. Αναλυτικότερα τα ερωτήματα που τίθενται μέσω της παρούσας έρευνας αφορούν τα εξής:

- \* Ποιος είναι ο εννοιολογικός προσδιορισμός της «αντιλαμβανόμενης ποιότητας» στις υπηρεσίες υγείας;
- \* Ποιος είναι ο εννοιολογικός προσδιορισμός της «αντιλαμβανόμενης ικανοποίησης»;
- \* Ποια είναι η συσχέτιση ανάμεσα στην «αντιλαμβανόμενη ποιότητα» και την «αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση» στους υγειονομικούς οργανισμούς;
- \* Ποιοι είναι οι παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση των δύο υποομάδων ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας;
- \* Ποιο το επίπεδο του αντικτύπου της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης (επικοινωνία με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ανταπόκριση του νοσηλευτικού - διοικητικού προσωπικού) στη συνολική εκτίμηση και αντίληψη των ασθενών;
- \* Ποιο το επίπεδο επιρροής του νοσηλευτικού περιβάλλοντος στη «συνολική ικανοποίηση» των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών;
- \* Ποιο το επίπεδο του αντικτύπου από την έκβαση της κατάστασης υγείας στην «συνολική ικανοποίηση» των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών;

- \* Ποιες άλλες παράμετροι επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (π.χ. δημογραφικά δεδομένα);
- \* Ποιες είναι οι αξιώσεις των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών;
- \* Ποιος ο βαθμός υποστήριξης από την Διοίκηση του νοσοκομείου, για αναβάθμιση των γνώσεων και βελτίωση των δεξιοτήτων του ανθρωπίνου δυναμικού με σκοπό την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς;
- \* Ποια είναι τα προβλήματα ποιότητας που ενδεχομένως υφίστανται στο Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία του από τις παρεχόμενες ιατρονοσηλευτικές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχονται από αυτό;
- \* Ποιοι άλλοι παράγοντες επιδρούν στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;
- \* Ποιοι οι πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης της αναβάθμισης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών;
- \* Ποιες οι ομοιότητες και οι διαφοροποιήσεις της τρέχουσας μελέτης με άλλες σχετικές μελέτες;

Η τρέχουσα μελέτη επεδίωξε τη διερεύνηση των ανωτέρω ερωτημάτων.

## 6.2 Κύρια ερευνητική υπόθεση

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, κατέδειξε ότι παρ' όλο που γενικά υφίστανται πολλές σχετικές έρευνες στο διεθνή χώρο, εντούτοις προκύπτει ένα ερευνητικό κενό αναφορικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών των νοσηλευτικών οργανισμών της τριτοβάθμιας υγείας στην Ελληνική επικράτεια, καθιστώντας πρόδηλη την ανάγκη για ερευνητική μελέτη του θέματος.

Η κύρια ερευνητική υπόθεση της τρέχουσας μελέτης θα είναι, ότι αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών, όσο ποιοτικότερες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Με άλλα

λόγια, η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, επιδρά θετικά στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

Η υπό διερεύνηση υπόθεση θα είναι *κατευθυνόμενη και σύνθετη* καθώς εξετάζει παραπάνω από μία ανεξάρτητες μεταβλητές. *Εξαρτημένη μεταβλητή* στην έρευνα αυτή, αποτελεί η συνολική ικανοποίηση που εκφράζουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή η αντιλαμβανόμενη γι' αυτούς ποιότητα (*ανεξάρτητη μεταβλητή*) των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ συνολικά οι *ανεξάρτητες μεταβλητές* αφορούν τις πέντε διαστάσεις (22 ζεύγη ερωτημάτων) του «μοντέλου *SERVQUAL*». Συγκεκριμένα, αφορούν την «*αξιοπιστία*» (ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί αξιόπιστα και με ακρίβεια τις υπηρεσίες που έχει υποσχεθεί), τη «*διασφάλιση*» (επίπεδο εκπαίδευσης, ευγένεια, ικανότητα του προσωπικού του οργανισμού να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς), την «*απτότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος*» (κτηριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, ξενοδοχειακή υποδομή, αλλά και εμφάνιση του προσωπικού), την «*ενσυναίσθηση*» (επικοινωνία, ευγένεια, σεβασμός, παροχή φροντίδας και εξατομικευμένου ενδιαφέροντος, ικανότητα ακρόασης, ενημέρωση κλπ. του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού προς τους ασθενείς) και τέλος την «*ανταπόκριση*» (προθυμία του προσωπικού για παροχή άμεσης βοήθειας κατόπιν αιτήματος και τη συνολική παρεχόμενη εξυπηρέτηση των ασθενών).

### 6.3 Ερευνητικοί στόχοι και επιλογή μεθόδου έρευνας

Σκοπός της τρέχουσας έρευνας ήταν ο προσδιορισμός των παραγόντων που συντελούν στην ικανοποίηση των ασθενών, αναφορικά με την ποιότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσω ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών του οργανισμού. Μέσω της αποτύπωσης των αντιλήψεων των ασθενών και του προσδιορισμού των παραμέτρων που συντελούν στην ικανοποίησή τους, αναδεικνύονται οι οργανωτικό-διοικητικοί και λειτουργικοί περιορισμοί του

οργανισμού, ενώ μπορεί να αναζητηθούν τρόποι αντιμετώπισης για την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για την επίτευξη του ανωτέρω σκοπού τίθενται οι σημαντικότεροι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι αυτής της έρευνας που είναι οι εξής:

1<sup>ον</sup> να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών/χρηστών του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός, ως προς την επικοινωνία και την εμπιστοσύνη που εμπνέει το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

2<sup>ον</sup> να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός, από την «ανταπόκριση» του προσωπικού.

3<sup>ον</sup> να διερευνηθεί η ο βαθμός ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών/χρηστών του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός ως προς το νοσοκομειακό περιβάλλον (κτιριακές υποδομές-εγκαταστάσεις, ξενοδοχειακός εξοπλισμός κ.ά.).

4<sup>ον</sup> να διερευνηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός ως προς την ευγένεια, το σεβασμό, παροχή φροντίδας και ατομικού ενδιαφέροντος, την πληροφόρηση κλπ. από το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η συσχέτιση των ευρημάτων της έρευνας με αντίστοιχες έρευνες που αναφέρονται στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για την ικανοποίηση των ασθενών, ώστε να αναδειχθούν λύσεις και τρόποι αντιμετώπισης που θα συνδράμουν στην βελτίωση και αναβάθμιση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός, αλλά και άλλων, ενδεχομένως νοσοκομείων.

Στο θεωρητικό μέρος της εργασίας διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία συνέβαλε στη θεωρητική προσέγγιση και οριοθέτηση του θέματος, στην διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων καθώς και της κύριας ερευνητικής υπόθεσης και τέλος στη συλλογή δεδομένων, σχετικών με το υπό εξέταση θέμα.

Για την εκπόνηση του ειδικού μέρους της εργασίας εφαρμόστηκε η μελέτη περίπτωσης ως μεθοδολογική προσέγγιση, διότι πρόκειται για ερευνητική μεθοδολογία που επιτρέπει τη πολυσχιδή και εις βάθος διερεύνηση ενός φαινομένου, μέσα σε ένα καθορισμένο χωροταξικά πλαίσιο (ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στο Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός), με τη χρησιμοποίηση ποσοτικών δεδομένων. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας (ποσοτικής) έγκειται αφ' ενός στο ότι προσφέρει ένα γρήγορο και εύκολο τρόπο συλλογής δεδομένων και επιπλέον θεωρείται ως η πιο ενδεδειγμένη για να πραγματοποιηθεί από έναν πρωτόπειρο ερευνητή. Επιπρόσθετα ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η αντικειμενικότητα, καθώς θεωρείται η πλέον αντικειμενική μορφή έρευνας. (Δαρβίρη, 2009).

#### 6.4 Οριοθέτηση πληθυσμού μελέτης και επιλογή δείγματος

Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν, αφ' ενός οι ασθενείς των κλινικών (Πανεπιστημιακής, Κρατικής και Ημερήσια Νοσηλείας) και αφ' ετέρου οι χρήστες των 10 (δέκα) τακτικών εξωτερικών ιατρείων καθώς και ορισμένων εξειδικευμένων ιατρείων του Ειδικού Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός». Η συνολική δυναμικότητα του οργανισμού ανέρχεται σε 120 οργανικές κλίνες<sup>1</sup>, ενώ με βάση τα στατιστικά δεδομένα της Διοίκησης (της τελευταίας 5ετίας) καθώς και της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ<sup>2</sup> ο αριθμός των εξετασθέντων των τακτικών εξωτερικών ιατρείων εκτιμάται σε 85.000 περίπου ετησίως (με εξαίρεση το έτος 2020 κατά το οποίο διεξήχθη η έρευνα, όπου ο αντίστοιχος αριθμός των εξετασθέντων περιορίστηκε στις 40.000 κατά προσέγγιση, λόγω της COVID-19 πανδημίας) και σε 6.500 περίπου ο αριθμός των νοσηλευθέντων (με εξαίρεση το έτος 2020, όπου ο αντίστοιχος αριθμός των νοσηλευθέντων περιορίστηκε στις 4.400 κατά προσέγγιση, λόγω της πανδημίας).

<sup>1</sup> Οργανισμός του Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Αθήνας «Ανδρέας Συγγρός» (ΚΥΑ Υ4α/οικ.6319), Άρθρο 4, (ΦΕΚ Β' 184/31-1-2013).

<sup>2</sup> Παρουσίαση Έργου 1ης ΥΠΕ Αττικής 2015-2016 <http://www.1dype.gov.gr/wp-content/uploads/2017/05/Παρουσίαση-Έργου-1η-ΥΠΕ-Αττικής-2015-2016.pdf>

Ειδικότερα, κατά το χρονικό διάστημα Νοέμβριος-Δεκέμβριος (διάστημα κατά το οποίο διενεργήθηκε η έρευνα) για τα έτη 2018, 2019 ο μέσος όρος της συνολικής προσέλευσης στο νοσοκομείο αφορούσε σε 26.735 ασθενείς, ενώ για το 2020 η αντίστοιχη συνολική προσέλευση για το ίδιο χρονικό διάστημα (περίοδος καραντίνας, λόγω πανδημίας) περιορίστηκε σε μόλις 13.293 ασθενείς, σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του νοσοκομείου<sup>3</sup>. Επιπλέον, θα αποτελούσε παράλειψη να μην επισημανθεί ότι, στο μελετώμενο πληθυσμό δεν συμπεριλήφθηκαν ασθενείς από το Παιδο-δερματολογικό Τμήμα, λόγω ηλικιακού περιορισμού, από τα Επείγοντα Περιστατικά (ΤΕΠ), λόγω της -κατά περίπτωση- κρισιμότητας της κατάστασης της υγείας των ασθενών, καθώς και από τη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων (ΜΕΛ), για την αποφυγή μεροληπτικής στάσης των ασθενών (λόγω της χρόνιας παρακολούθησης των εν λόγω νοσημάτων). Το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, λόγω της δυνατότητας για εξοικονόμηση χρόνου όσον αφορά την ολοκλήρωσή της και της εύκολης πρόσβασης στο μελετώμενο πληθυσμό.

Κριτήρια αποκλεισμού για την παρούσα έρευνα αποτέλεσαν οι εξής κατηγορίες του πληθυσμού: α) άτομα ηλικίας <18 ετών β) υπερήλικες με έκπτωση γνωστικών λειτουργιών γ) πάσχοντες από σοβαρά ψυχιατρικά νοσήματα και δ) έλλειψη ικανότητας ανάγνωσης ή κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, καθώς το ερωτηματολόγιο διατέθηκε στην ελληνική γλώσσα. Επιπρόσθετα, όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς, κρίθηκε ενδεδειγμένη η συμμετοχή τους, κατόπιν παρέλευσης τουλάχιστον δύο ημερών νοσηλείας (ενώ τα ερωτηματολόγια διατέθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους), για την διαμόρφωση και απόκτηση διευρυμένης και σφαιρικής αντίληψης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>3</sup> Οδηγίες προς τις διοικήσεις όλων των νοσοκομείων για περιορισμό προγραμματισμένων Τακτικών Χειρουργείων (κατά 80%), Τακτικών Εξ. Ιατρείων & Απογευματινών Ιατρείων (κατά 70%), σύμφωνα με το υπ' αριθμ. πρωτ. 1120/18-11-2020 έγγραφο του Υφυπουργού Υγείας Κ. Κοντοζαμάνη και τη σχετική ΚΥΑ Δ1α/Γ.Π.οικ.: 71342/2020 (ΦΕΚ 4899/Β/06-11-2020), με την οποία ελήφθησαν έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της επικράτειας.

## 6.5 Συλλογή δεδομένων και όργανο μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας, για τη διερεύνηση του επιπέδου της αντιλαμβανόμενης ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», επετεύχθη μέσω της αξιοποίησης της μεθοδολογίας «SERVQUAL», η οποία έχει χρησιμοποιηθεί συστηματικά σε πολυποίκιλες έρευνες επαρκώς, με αξιοσημείωτα αποτελέσματα. Πιο αναλυτικά, η εν λόγω μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας<sup>4</sup>, αποτελεί ένα πολυδιάστατο (ορθά δομημένο) εργαλείο με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Buttle, 1996) γεγονός που έχει επαληθευτεί και στο χώρο των ελληνικών νοσηλευτικών οργανισμών, καθώς έχει μεταφραστεί και αξιοποιηθεί σε ερευνητική μελέτη των Christoglou et al. (2006)<sup>5</sup>. Στο πλαίσιο της ερευνητικής διαδικασίας, η επιβλέπουσα καθηγήτρια της τρέχουσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας, κα Γούλα Ασπασία, έλαβε εξουσιοδότηση για τη χρήση του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου από την ερευνητική ομάδα των Christoglou et al.

Για τη συλλογή των δεδομένων, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους χρήστες των εξωτερικών ιατρείων καθώς και των αντιστοίχων κλινικών του νοσοκομείου κατά τη περίοδο Νοέμβρη - Δεκέμβρη του 2020<sup>6</sup>. Κλήθηκαν να συμμετάσχουν 250 άτομα στην έρευνα εκ των οποίων ανταποκρίθηκαν τα 200 (ποσοστό ανταπόκρισης 80%). Στο πλαίσιο της υλοποίησης της έρευνας διασφαλίστηκε ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ανώνυμη και εθελοντική και ως εκ τούτου η συμμετοχή των ατόμων εξαρτήθηκε από την ελεύθερη βούλησή τους<sup>7</sup>. Επιπρόσθετα, προκειμένου να

<sup>4</sup> Η δομή της οποίας βασίζεται στο διεθνές μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που αναπτύχθηκε από τους Parasuraman et al., 1985.

<sup>5</sup> Το ερευνητικό εργαλείο SERVQUAL έχει χρησιμοποιηθεί σε ανάλογες ερευνητικές μελέτες για τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην ελληνική επικράτεια, όπως των Παπαγεωργίου και συν (2020), Βαφείδου (2017), Σαράντη (2016), Papanikolaou και Zygiaris (2012), Chañiotakis και Lympferopoulos (2009), Karassavidou et al. (2009); Γναρδέλλη και Νιάκα (2004); Καμπούτα (2002) κ.α.

<sup>6</sup> Για τη διανομή του ερωτηματολογίου, ελήφθη άδεια από το αρμόδιο Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ», κατόπιν σχετικής αιτήσεως. Το σχετικό Απόσπασμα Πρακτικού του Επιστημονικού Συμβουλίου διατίθεται στα Παραρτήματα της Διπλωματικής

<sup>7</sup> Κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν αφ' ενός για το σκοπό της έρευνας και αφ' ετέρου για τη διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας. Έπειτα από τη συγκατάθεσή τους, δίνονταν αναλυτικές οδηγίες πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, καθώς και επιπρόσθετες επεξηγήσεις όπου ήταν απαραίτητο, κατά

εξασφαλιστεί η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων (χωρίς αστοχίες ή κενά), αλλά και για τη διευκόλυνση των συμμετεχόντων των κλινικών, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις των εξωτερικών ιατρείων, πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις από την ερευνήτρια.

Η μεθοδολογία «*SERVQUAL*», όπως επισημαίνουν οι Parasuraman et al (1991) (από τους οποίους αναπτύχθηκε το ερευνητικό εργαλείο), διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία, εγκυρότητα και ευρεία εφαρμοσιμότητα. Στόχος τους είναι η αξιοποίησή της ως διαγνωστικής μεθόδου, για τον εντοπισμό των ελλείψεων και των προοπτικών αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός οργανισμού. Οι διαστάσεις και τα συστατικά του «*SERVQUAL*» συνιστούν βασικά κριτήρια αξιολόγησης, που υπερβαίνουν συγκεκριμένους οργανισμούς ή εταιρείες. Πλεονεκτήματα της θεωρούνται η θεμελίωση αποδεκτού προτύπου για την αξιολόγηση των διαστάσεων ποιότητας, το αυστηρά δομημένο πλαίσιο διαδικασίας ανάλυσης και η αμεσότητα εξαγωγής συμπερασμάτων (Buttle, 1996).

Μολονότι η μεθοδολογία «*SERVQUAL*» δεν αναπτύχθηκε ειδικά για την μέτρηση της ποιότητας στο τομέα της υγείας, οι Swartz και Brown (1989) και Lam (1997) έκριναν ότι έχει τη δυνατότητα να υλοποιηθεί στην υγεία. Το μοντέλο διαμορφώθηκε, ώστε να προσαρμοστεί στα χαρακτηριστικά του τομέα της υγείας και επαληθεύτηκε η αξιοπιστία του (Babakus & Mangold, 1992; E dura & Kamaruzaman, 2009). Έχει εφαρμοστεί ευρέως για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης τόσο των εσωτερικών όσο και των εξωτερικών ασθενών. Ο τομέας της υγείας διαθέτει σημαντικές μελέτες με τη μέθοδο «*SERVQUAL*», όπως των Carman (1990), Headley and Miller (1993), Lam (1997), Kilbourne et al (2004) κ.ά. σε πολυάριθμες χώρες ανά τον κόσμο.

Στην αρχική μελέτη των Parasuraman, Berry και Zeithaml (1985), το ερευνητικό εργαλείο «*SERVQUAL*» διερευνούσε το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω της μέτρησης δέκα διαστάσεων-μεταβλητών οι οποίες αφορούσαν την «αξιοπιστία-Reliability», την «ανταπόκριση-Responsiveness», την «ικανότητα εργαζομένων-Competence», την «ευγένεια κατά την εξυπηρέτηση-Courtesy», την

---

τη διάρκεια της συμπλήρωσής τους από την ερευνήτρια. Τέλος, επισημάνθηκε στους συμμετέχοντες η δυνατότητα (δικαίωμα) υπαναχώρησης από την έρευνα, οποιαδήποτε στιγμή.



«διασφάλιση-Assurance», την «προσβασιμότητα-Access», τη «φερεγγυότητα-Credibility», τη «κατανόηση του πελάτη-Understanding», την «επικοινωνία-Communication» και τα «απτά (υλικά) στοιχεία-Tangibles». Ωστόσο το 1988, οι δέκα αυτές διαστάσεις συμπύχθηκαν σε μόλις πέντε από τους θεμελιωτές του μοντέλου, έπειτα από εμπειρική έρευνα σε πέντε διαφορετικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών και διαμορφώθηκαν ως εξής:

✓ «Απτά στοιχεία-Tangibles», αφορούν τα χειροπιαστά συστατικά που πλαισιώνουν τις υπηρεσίες που παρέχονται από τον οργανισμό, όπως οι υλικοτεχνικές του υποδομές, ο εξοπλισμός και η εμφάνιση του προσωπικού.

✓ «Αξιοπιστία-Reliability», αφορά την ικανότητα του οργανισμού να παρέχει στους χρήστες της με ακρίβεια και αρτιότητα την υπηρεσία που έχει υποσχεθεί.

✓ «Ανταπόκριση-Responsiveness», αφορά την ικανότητα του προσωπικού του οργανισμού να εξυπηρετεί άμεσα, αποτελεσματικά και με προθυμία τους χρήστες.

✓ «Διασφάλιση-Assurance», αναφέρεται στην ικανότητα του οργανισμού να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια στους χρήστες του, ώστε να αισθάνονται ότι βρίσκονται «σε καλά χέρια».

✓ «Ενσυναίσθηση-Empathy», τέλος αναφέρεται στη παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών προς τους χρήστες, ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες, απαιτήσεις και επιθυμίες τους.

Το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο «SERVQUAL» που αξιοποιήθηκε στη παρούσα έρευνα για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός, εμπεριέχει τις 5 ανωτέρω προσαρμοσμένες διαστάσεις (Parasuraman et al, 1988).

Το ερευνητικό εργαλείο «SERVQUAL» συνίσταται από τρία μέρη: το πρώτο μέρος εμπεριέχει 22 ζεύγη προσδιοριστικών παραγόντων-τυποποιημένων ερωτημάτων που αφ' ενός μετρούν τις προσδοκίες των καταναλωτών-χρηστών και αφ' ετέρου την αντίληψη που τελικά απέκτησαν για την υπηρεσία που έλαβαν από τον οργανισμό. Για κάθε διάσταση-μεταβλητή (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση και ενσυναίσθηση) αναπτύχθηκαν τέσσερα με πέντε ερωτήματα<sup>8</sup>. Ακολούθως, κάθε

<sup>8</sup> Πιο συγκεκριμένα, η διάσταση της «απτότητας» εμπεριέχει τα τέσσερα πρώτα ζεύγη ερωτήσεων (που αφορούν το σύγχρονο εξοπλισμό, το επίπεδο των φυσικών εγκαταστάσεων, την ενδυμασία/καθαριότητα του προσωπικού καθώς και την καθαριότητα των ιατρικών εργαλείων), η διάσταση της «αξιοπιστίας»

ερώτημα-προσδιοριστικός παράγοντας διατυπώνεται δύο φορές, ώστε στην πρώτη περίπτωση να αξιολογηθούν οι προσδοκίες των χρηστών της υπηρεσίας και στη δεύτερη για να εκτιμηθούν οι αντιλήψεις των χρηστών από την εμπειρία που αποκόμισαν από τον οργανισμό, του οποίου τη ποιότητα των υπηρεσιών χρησιμοποίησαν και κλήθηκαν να αξιολογήσουν. Για την αξιολόγηση αξιοποιείται η 7βαθμη κλίμακα Likert (με τιμές από 1 = «Διαφωνώ απόλυτα» έως 7 = «Συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 4 αντιστοιχεί στο «μέσο» και υποδεικνύει την ουδετερότητα της γνώμης) ώστε να μπορούν οι συμμετέχοντες να εκφράσουν το βαθμό προτίμησής τους. Το «SERVQUAL» συνιστά ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας που έχει αξιοποιηθεί σε πλήθος υπηρεσιών και κατ' επέκταση η αξιοπιστία και εγκυρότητα του έχουν αξιολογηθεί επανειλημμένως.

Αρχικά, υπολογίζονται οι μέσες τιμές για κάθε ένα από τα ερωτήματα, που αντιστοιχούν στη προσδοκία και την αντίληψη των χρηστών (κάθε μίας εκ των διαστάσεων). Εν συνεχεία, υπολογίζεται μια μέση τιμή για όλους τους χρήστες, που αφορά κάθε μία εκ των διαστάσεων. Έπειτα, υπολογίζεται και μια συνολική μέση τιμή της ποιότητας των υπηρεσιών, χρησιμοποιώντας τις μέσες τιμές των 5 διαστάσεων. Σε περίπτωση θετικών τιμών, φανερώνεται ποιότητα υπηρεσιών υψηλότερη των απαιτήσεων και των προσδοκιών των χρηστών, ενώ αρνητικές τιμές εκφράζουν ποιότητα χαμηλότερη της προσδοκώμενης ποιότητας υπηρεσιών. Τέλος, σε περίπτωση μηδενικής τιμής, καταδεικνύεται ικανοποιητικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών.

Το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτυπώνεται μέσω του υπολογισμού της διαφοράς (χάσμα) μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών και των αντιλήψεων των χρηστών ( $A - Π = \text{Ποιότητα Υπηρεσίας}$ ). Το «Α» φανερώνει την αντίληψη του χρήστη για την υπηρεσία που του προσφέρθηκε ή την απόδοση της και το «Π» δηλώνει τις προσδοκίες που έχει ο χρήστης πριν από τη παροχή της υπηρεσίας

---

αποτελείται από τα 5 ακόλουθα ζεύγη (που αφορούν το ενδιαφέρον του προσωπικού για τα προβλήματα των ασθενών, την τήρηση των υποσχέσεων, την παροχή αξιόπιστων/ορθών υπηρεσιών, την έγκαιρη παροχή υπηρεσιών και την ορθή διατήρηση των αρχείων). Ακολούθως, η διάσταση της «ανταπόκρισης» συμπεριλαμβάνει τέσσερα ζεύγη ερωτημάτων (που σχετίζονται με την ενημέρωση των ασθενών, την παροχή άμεσων υπηρεσιών, την προθυμία και την άμεση ανταπόκριση των εργαζομένων), ενώ ακολουθούν τέσσερα ζεύγη ερωτημάτων μέσω των οποίων διερευνάται η διάσταση της «δυσφορίας» (και αφορούν την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια που αισθάνονται οι ασθενείς, καθώς και την ευγένεια του προσωπικού αλλά και την υποστήριξη του από τη διοίκηση) τέλος, η διάσταση της «ενσυναίσθησης» εξετάζεται μέσω των τελευταίων πέντε ζευγών ερωτημάτων (τα οποία αφορούν τη παροχή εξατομικευμένου ενδιαφέροντος στους ασθενείς, το ωράριο λειτουργίας του οργανισμού, τα συμφέροντα και τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών).

(Lewis and Booms, 1983; Parasuraman et al., 1985). Στη περίπτωση που προκύπτει αρνητική τιμή, υφίσταται χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, με συνακόλουθη δυσαρέσκεια του χρήστη αντιστοίχως, στη περίπτωση που προκύπτει θετικό πρόσημο, τότε η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας υφίσταται, ενώ οι προσδοκίες του χρήστη εκπληρώνονται και υπάρχει ικανοποίηση.

Πέρα από την αξιολόγηση των προσδοκιών και των αντιλήψεων, απαιτείται η μέτρηση της σημαντικότητας κάθε μίας εκ των πέντε (5) διαστάσεων της ποιότητας. Για το λόγο αυτό, στο δεύτερο μέρος του ερευνητικού εργαλείου πραγματοποιείται εκτίμηση των βαρών των διαστάσεων ικανοποίησης, ζητώντας από τους χρήστες να κατανεύμουν 100 βαθμούς σημαντικότητας σε αυτές τις διαστάσεις (Γρηγορούδης & Σίσκος, 2005)<sup>9</sup>. Η συγκεκριμένη μέθοδος εφαρμόζεται για τη διερεύνηση του «χάσματος», δηλαδή τον εντοπισμό της διαφοράς που προκύπτει όσον αφορά την αποδοτικότητα ενός οργανισμού ως προς τη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει σε σχέση με τις ανάγκες των χρηστών. Συγκεκριμένα, αφού υπολογιστεί ο μέσος όρος κάθε διάστασης, εν συνεχεία, χρησιμοποιείται ο βαθμός της σημαντικότητας για τον υπολογισμό του σταθμισμένου μέσου όρου (weighted average score) κάθε διάστασης (Parasuraman et al., 1991; Barnes, 2007). Επιδιώκοντας να διαπιστωθεί η προτεραιότητα που δίνεται σε κάθε διάσταση από τους χρήστες, βαθμολογούνται οι πέντε διαστάσεις της μεθόδου «SERVQUAL» σύμφωνα με μία κλίμακα αθροιστικού αποτελέσματος 100 βαθμών (100%). Με αυτή την μέθοδο της ποσοστιαίας προσέγγισης επί τοις εκατό, ιεραρχούνται οι διαστάσεις της ποιότητας, βάσει της βαρύτητάς τους που προκύπτει από την υποκειμενική άποψη των χρηστών (Parasuraman et al. 1991). Ο σταθμισμένος μέσος όρος (weighted average score) είναι ο μέσος όρος των τιμών που εμφανίζονται σε κλίμακα κατά σειρά βαρύτητας και αποτελεί το άθροισμα των βαρών πολλαπλασιαζόμενο επί των τιμών και διαιρούμενο με το άθροισμα των βαρών.

Τέλος, στο τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου εμπεριέχονται ερωτήματα που αφορούν δημογραφικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τη περιοχή κατοικίας και το

<sup>9</sup> Η ερευνητική ομάδα Parasuraman et al. (1991) αναδιαμόρφωσε εν μέρει το ερευνητικό εργαλείο «SERVQUAL», ώστε να συμπεριληφθεί η μέτρηση της σημαντικότητας κάθε διάστασης.

επάγγελμα, τα οποία συνεκτιμήθηκαν κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων της ερευνητικής μελέτης.

## 6.6 Μεθοδολογία

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε ο μέσος όρος των 200 απαντήσεων και για τα δύο σύνολα των 22 ερωτήσεων (ερωτήσεις που αφορούσαν τις προσδοκίες και ερωτήσεις που αφορούσαν τις αντιλήψεις). Στη συνέχεια, ελήφθησαν οι μέσες βαθμολογίες προσδοκίας και οι μέσες βαθμολογίες αντίληψης για τις 5 διαστάσεις της «απότητας», της «αξιοπιστίας», της «ανταπόκρισης», της «διασφάλισης» και της «ενσυναίσθησης». Για κάθε ερώτηση, το χάσμα μεταξύ της αντίληψης (P) και της προσδοκίας (E) υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας τον τύπο  $(P) - (E)$ . Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο μέσος όρος του μη σταθμισμένου χάσματος για κάθε διάσταση διαιρώντας το  $(P) - (E)$  για κάθε ερώτηση με τον αριθμό των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση αυτής της διάστασης. Παρομοίως, η βαθμολογία σταθμισμένου κενού για τη συγκεκριμένη διάσταση αποκτήθηκε πολλαπλασιάζοντας τη μέση βαθμολογία του μη σταθμισμένου κενού για τη συγκεκριμένη διάσταση με το μέσο βάρος της διάστασης.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό εργαλείο SPSS (IBM SPSS Statistics Version 21). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο  $P \leq 0.05$ . Ο έλεγχος της εσωτερικής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου συντελέστηκε, με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha.

Για τη διερεύνηση της επίδρασης του τύπου νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία, κλινική νοσηλεία) στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών, πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος κανονικότητας (*normality test*) των συνεχών μεταβλητών του χάσματος μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών για κάθε διάσταση, σε κάθε ανεξάρτητη ομάδα (εξωτερικά ιατρεία και κλινική νοσηλεία) με υπολογισμό των συντελεστών *Λοξότητας* και *Κυρτότητας*. Εφόσον δεν προέκυψε κανονική κατανομή σε καμία διάσταση, διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος *Mann Whitney*, προκειμένου να διερευνηθεί η

επίδραση του τύπου νοσηλείας στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος αυτός πραγματοποιήθηκε για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές στους μέσους όρους του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με κάθε διάσταση (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση) και τις υποκατηγορίες της.

Για τη διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο) στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών, επίσης προηγήθηκε έλεγχος κανονικότητας με υπολογισμό των συντελεστών *Λοζότητας* και *Κυρτότητας*, απ' όπου δεν προέκυψε κανονική κατανομή. Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση του φύλου στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών (χάσμα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών), διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος *Mann Whitney*, ενώ για την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου, του τόπου κατοικίας και του επαγγέλματος πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος *Kruskal Wallis* για όλες τις διαστάσεις των υπηρεσιών (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση).

Τέλος, για τη διερεύνηση της επίδρασης της ηλικίας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, διενεργήθηκε ανάλυση γραμμικής συσχέτισης μέσω του συντελεστή *Spearman*, μεταξύ των μεταβλητών που εκφράζουν το μέσο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων στις πέντε διαστάσεις υπηρεσιών (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση) και της μεταβλητής που εκφράζει την ηλικία. Τα αποτελέσματα απεικονίστηκαν σε διαγράμματα διασποράς (scatter plots).

## 6.7 Αποτελέσματα

### 6.7.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στην έρευνα συμμετείχαν 200 ασθενείς, εκ των οποίων 102 άντρες (51%) και 98 γυναίκες (49%), με μέσο όρο ηλικίας τα 47 έτη, εκ των οποίων το 66.5% (N=133) έλαβαν υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και το 33.5% (N=67) κλινικής νοσηλείας. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, η ηλικιακή ομάδα 50-64 εμφάνισε το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής (31,5%, N=63), και ακολούθησαν οι ηλικιακές ομάδες 18-34 (31%, N=62), 35-49 (22,5%, N=45) και τέλος 65 και άνω (15%, N=30). Διερευνώντας το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών διαπιστώθηκε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (36%, N=72) ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, με τους αποφοίτους Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε ποσοστό 28.5% (N=57) και τους αποφοίτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης (16.5%, N=33) να ακολουθούν. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δήλωσαν απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (10.5%, N=21), κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (7.5%, N=15) και κάτοχοι διδακτορικού τίτλου (1%, N=2).

Το υψηλότερο ποσοστό των ασθενών 76.5% (N=153) δήλωσαν ότι κατοικούν σε αστικό κέντρο, ενώ λιγότεροι ήταν οι ασθενείς που κατοικούν σε ημιαστικό κέντρο (16%, N=32), σε αγροτική περιοχή (2.5%, N=5), νησιώτικη περιοχή (4.5%, N=9) και σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή (0.5%, N=1). Σχετικά με το επάγγελμα των ασθενών, το υψηλότερο ποσοστό 27.5% (N=55) δήλωσαν ιδιωτικοί υπάλληλοι, ενώ ακολουθούν όσοι δήλωσαν συνταξιούχοι με ποσοστό 20.5% (N=41) και ελεύθεροι επαγγελματίες με ποσοστό 18.5% (N=37). Λιγότεροι ήταν οι ασθενείς που δήλωσαν άνεργοι (10.5%, N=21), δημόσιοι υπάλληλοι (8%, N=16), φοιτητές (6.5%, N=13), οικιακά (5%, N=10), άλλη απασχόληση (3%, N=6) και αγρότες (0.5%, N=1). Τέλος, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, τα υψηλότερα ποσοστά δήλωσαν άγαμοι/σε συμβίωση (43%, N=86) και έγγαμοι (42%, N=84), ενώ λιγότεροι ήταν εκείνοι που δήλωσαν διαζευγμένοι (9.5%, N=19) και χήροι (5.5%, N=11). Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον [Πίνακα 5](#) και απεικονίζονται στα διαγράμματα που ακολουθούν.

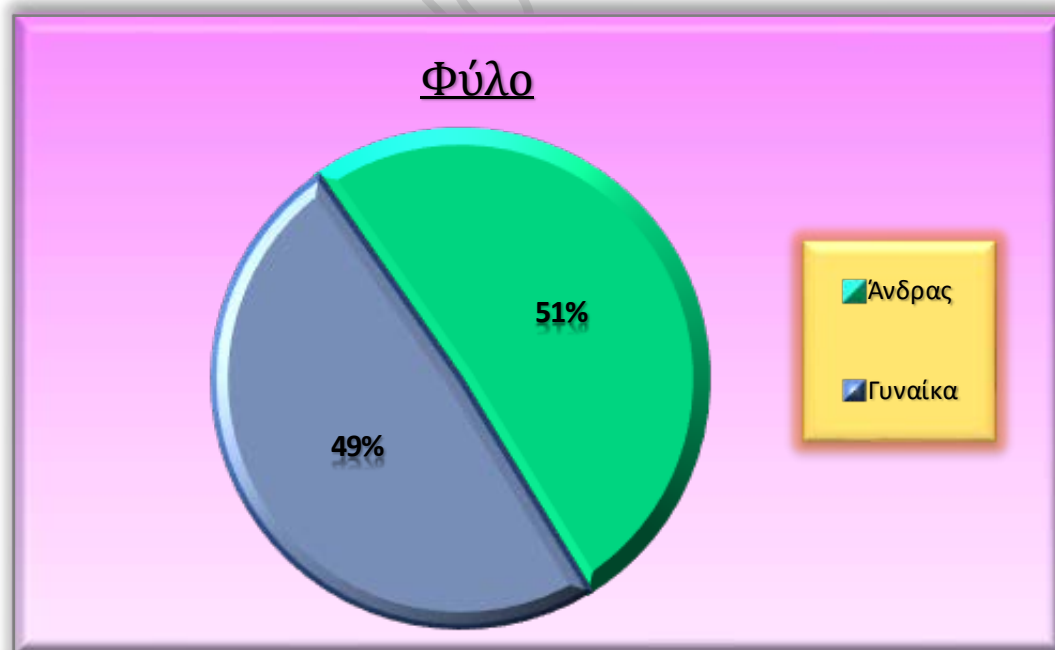
Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία ασθενών			
		N	%
<b>Είδος Υπηρεσίας</b>	Εξωτερικά Ιατρεία	133	66.5
	Κλινική Νοσηλεία	67	33.5
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	102	51
	Γυναίκα	98	49
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>	18-34	62	31
	35-49	45	22,5
	50-64	63	31,5
	65 και άνω	30	15
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	72	36
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	57	28.5
	Υποχρεωτική εκπαίδευση	33	16.5
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	21	10.5
	Μεταπτυχιακός τίτλος	15	7.5
	Διδακτορικός τίτλος	2	1
<b>Τόπος κατοικίας</b>	Αστικό κέντρο	153	76.5
	Ημιαστικό κέντρο	32	16
	Νησιώτικη περιοχή	9	4.5
	Αγροτική περιοχή	5	2.5
	Άλλο	1	0.5
<b>Επάγγελμα</b>	Ιδιωτικός υπάλληλος	55	27.5
	Συνταξιούχος	41	20.5
	Ελεύθερος επαγγελματίας	37	18.5
	Άνεργος	21	10.5
	Δημόσιος Υπάλληλος	16	8
	Φοιτητής	13	6.5
	Οικιακά	10	5
	Άλλο	6	3
	Αγρότης	1	0.5
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος / Σε συμβίωση	86	43
	Έγγαμος	84	42
	Διαζευγμένος	19	9.5

	Χήρος	11	5.5
--	-------	----	-----

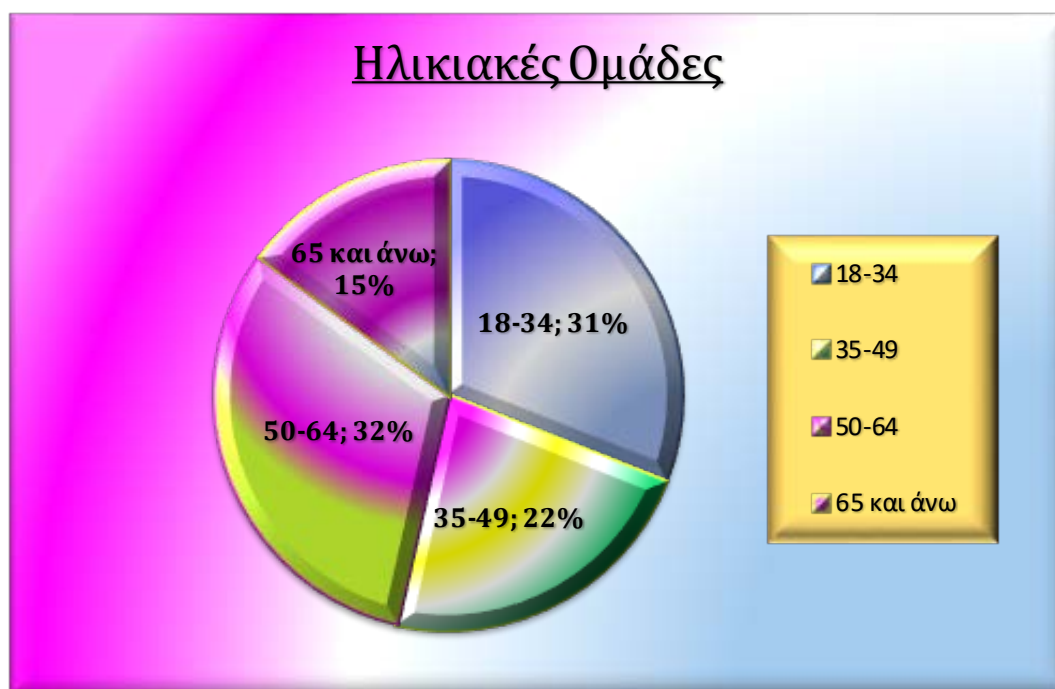


Διάγραμμα 1: Είδος Υπηρεσίας



Διάγραμμα 2: Φύλο

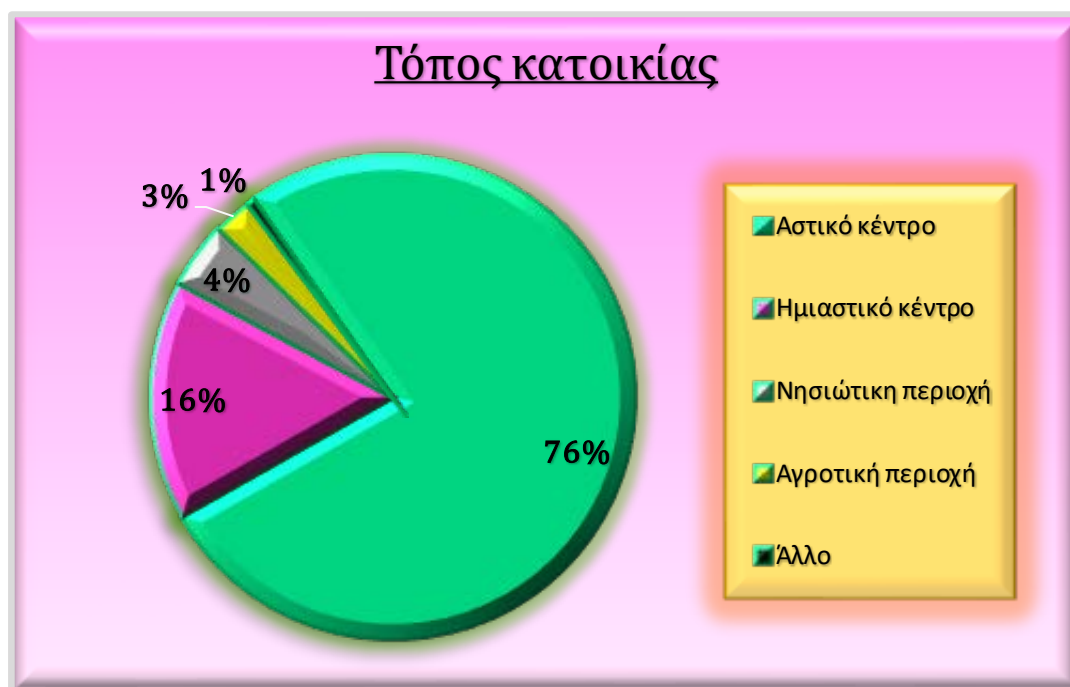




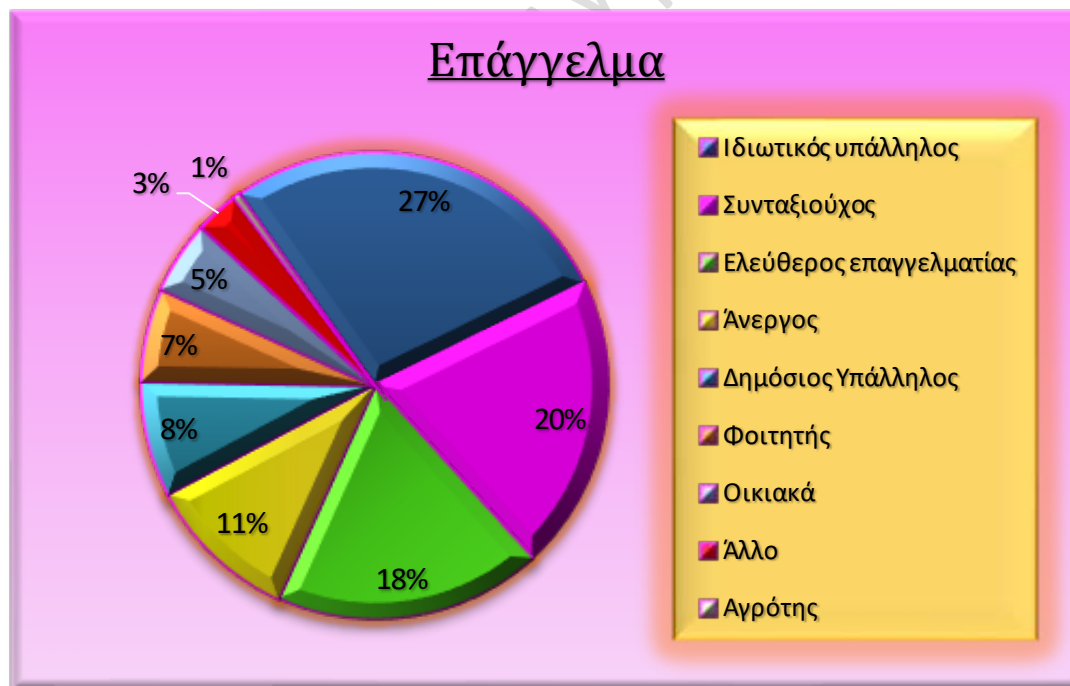
Διάγραμμα 3: Ηλικιακές Ομάδες



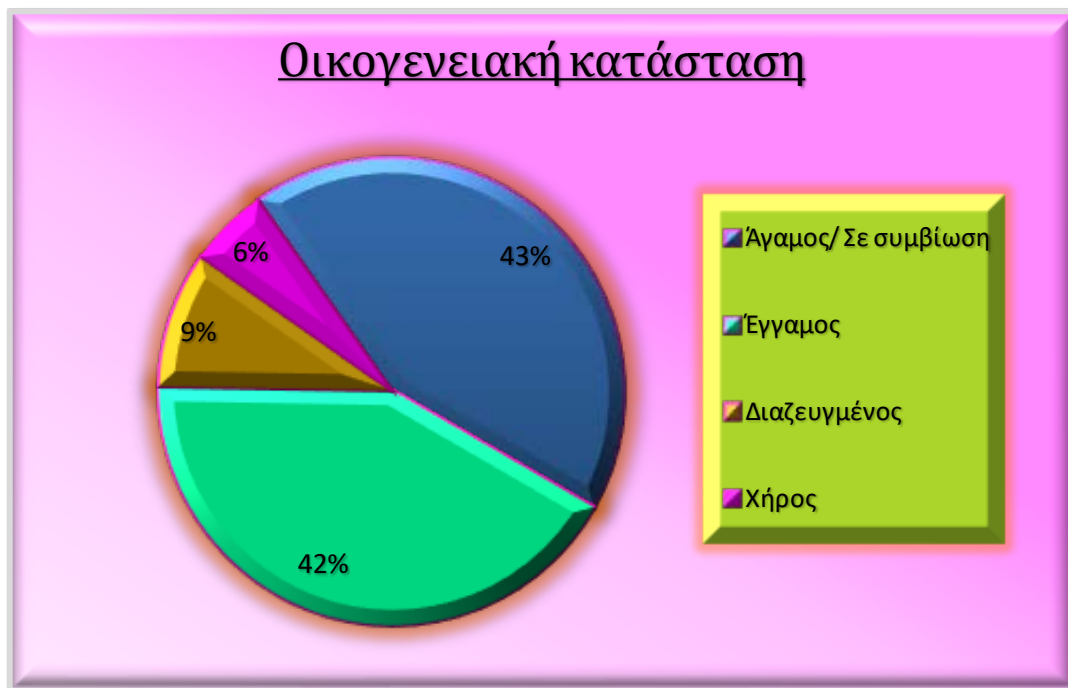
Διάγραμμα 4: Μορφωτικό Επίπεδο



Διάγραμμα 5: Τόπος Κατοικίας



Διάγραμμα 6: Επάγγελμα



Διάγραμμα 7: Οικογενειακή Κατάσταση

#### 6.7.2 Έλεγχος εσωτερικής αξιοπιστίας

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας ελέγχθηκε ως προς την εσωτερική συνέπειά του με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha. Τα αποτελέσματα του ελέγχου συνοψίζονται στον *Πίνακα 6*.

Πίνακας 6: Έλεγχος Εσωτερικής Αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου

Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου με Cronbach's alpha				
Διάσταση	Αρ. ερωτήσεων	Cronbach's alpha		
		Προσδοκία	Αντίληψη	Gap
Απτότητα	1-5	<b>0.520</b>	0.804	0.761
Αξιοπιστία	5-9	0.767	0.902	0.883
Ανταπόκριση	10-13	<b>0.635</b>	0.892	0.842
Διασφάλιση	14-17	0.773	0.786	0.768
Ενσυναίσθηση	18-22	0.847	0.908	0.888

Σε όλες τις περιπτώσεις ο δείκτης Cronbach alpha βρέθηκε άνω του αποδεκτού ορίου (>0.7), με εξαίρεση τους δείκτες της προσδοκώμενης «απτότητας» και

«ανταπόκρισης» που υπολογίστηκαν οριακοί στο **0.520** και **0.635** αντίστοιχα, γεγονός που καταδεικνύει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια<sup>10</sup>.

### 6.7.3 Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης

#### 6.7.3.1 Βάρος διαστάσεων

Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε από τους ασθενείς να δηλώσουν πόσο σημαντικό είναι καθένα από τα πέντε χαρακτηριστικά αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση), κατανέμοντας ένα σύνολο 100 πόντων ανάμεσα σε αυτά.

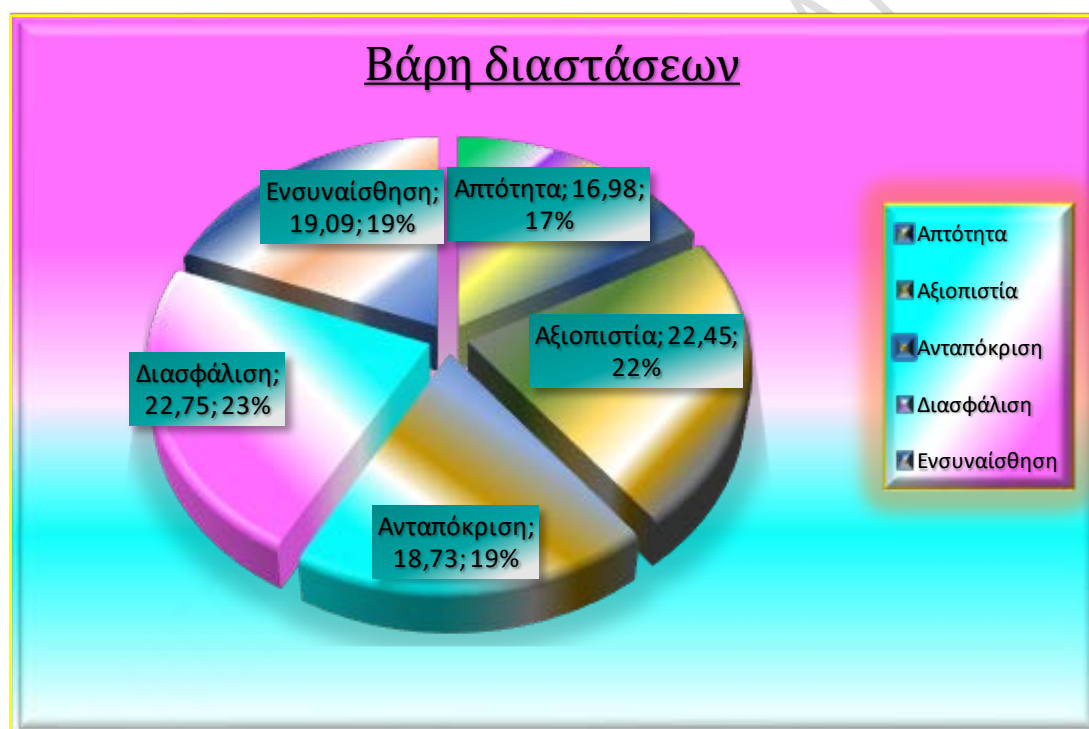
Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης παρουσιάζονται στον *Πίνακα 7* και απεικονίζονται στο *Διάγραμμα 8*.

*Πίνακας 7: Βάρη Διαστάσεων*

Πίνακας 7: Βάρη διαστάσεων	
Διάσταση	Βάρος διάστασης
Απτότητα	16.98
Αξιοπιστία	22.45
Ανταπόκριση	18.73
Διασφάλιση	22.75
Ενσυναίσθηση	19.09
Σύνολο	100

<sup>10</sup> Δεν υπάρχουν απόλυτοι κανόνες για την εσωτερική συνέπεια, ωστόσο αν και ο συντελεστής Cronbach alpha λαμβάνει τιμές 0 έως 1, γενικά ικανοποιητικές τιμές εσωτερικής συνέπειας θεωρούνται >0,7. Σύμφωνα με τους Παπανικολαου & Zygias, (2014), τιμές (≥0,8) θεωρούνται υψηλές, τιμές μεταξύ του (0,55) έως και (0,79) θεωρούνται μέτριες (αποδεκτές) και τιμές (<0,54) θεωρούνται χαμηλές. Από την άλλη, οι έρευνες του Taherdoost (2016) και των Straub et al., (2004) υποστηρίζουν ως κατώτερο κατώφλι ικανοποιητικής εσωτερικής αξιοπιστίας τιμή (≥0,6), ενώ οι Hinton et al. (2004) πρότειναν 4 επίπεδα διαβάθμισης εσωτερικής αξιοπιστίας, σύμφωνα με τα οποία τιμές (>0,90) υποδεικνύουν εξαιρετική αξιοπιστία, (0,70-0,90) υψηλή αξιοπιστία, (0,50-0,70) μέτρια αξιοπιστία και τιμές (≤0,50) χαμηλή αξιοπιστία.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, οι ασθενείς θεωρούν με σειρά προτεραιότητας ως πιο σημαντικά για αυτούς τα χαρακτηριστικά της «διασφάλισης» (υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους, και με ικανότητα να εμπνεύουν εμπιστοσύνη) με μέση τιμή βάρους διάστασης ίση με 22.75 και της «αξιοπιστίας» (ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία) με μέση τιμή βάρους διάστασης 22.45, ενώ ακολουθούν τα χαρακτηριστικά της «ενσυναίσθησης» (παροχή εξατομικευμένου ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς), με μέση τιμή 19.09, της «ανταπόκρισης» (προθυμία για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση), με μέση τιμή 18.73, με τελευταία αυτά της της «απτότητας» (εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό), με μέση τιμή 16.98.



Διάγραμμα 8: Βάρη Διαστάσεων

#### 6.7.4 Ποσοτικά ευρήματα ανά διάσταση

##### 6.7.4.1 Διάσταση Απτότητας

Η διάσταση της απτότητας περιλαμβάνει τα πρώτα τέσσερα ερωτήματα του ερωτηματολογίου, τα οποία αξιολογούν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με τα απτά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, όπως είναι η εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων, ο εξοπλισμός και το προσωπικό.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων σχετικά με την διάσταση της «απτότητας» συνοψίζονται στον *Πίνακα 8*.

*Πίνακας 8: Διάσταση Απτότητας*

Πίνακας 8: Διάσταση Απτότητας				
Ερ.	Υποκατηγορία	Προσδοκία (E)	Αντίληψη (P)	Χάσμα (P-E)
1.	Σύγχρονος εξοπλισμός	6.86	5.28	-1.58
2.	Οπτικά ελκυστικές φυσικές εγκαταστάσεις	6.41	4.92	-1.49
3.	Επαγγελματική εμφάνιση εργαζομένων	6.62	6.11	-0.51
4.	Οπτικά ελκυστικά εργαλεία	6.90	6.22	-0.68
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		6.70	5.63	-1.065
<b>Βάρος Διάστασης</b>			16.98	
<b>Μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-1.065	
<b>Σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-18.08	

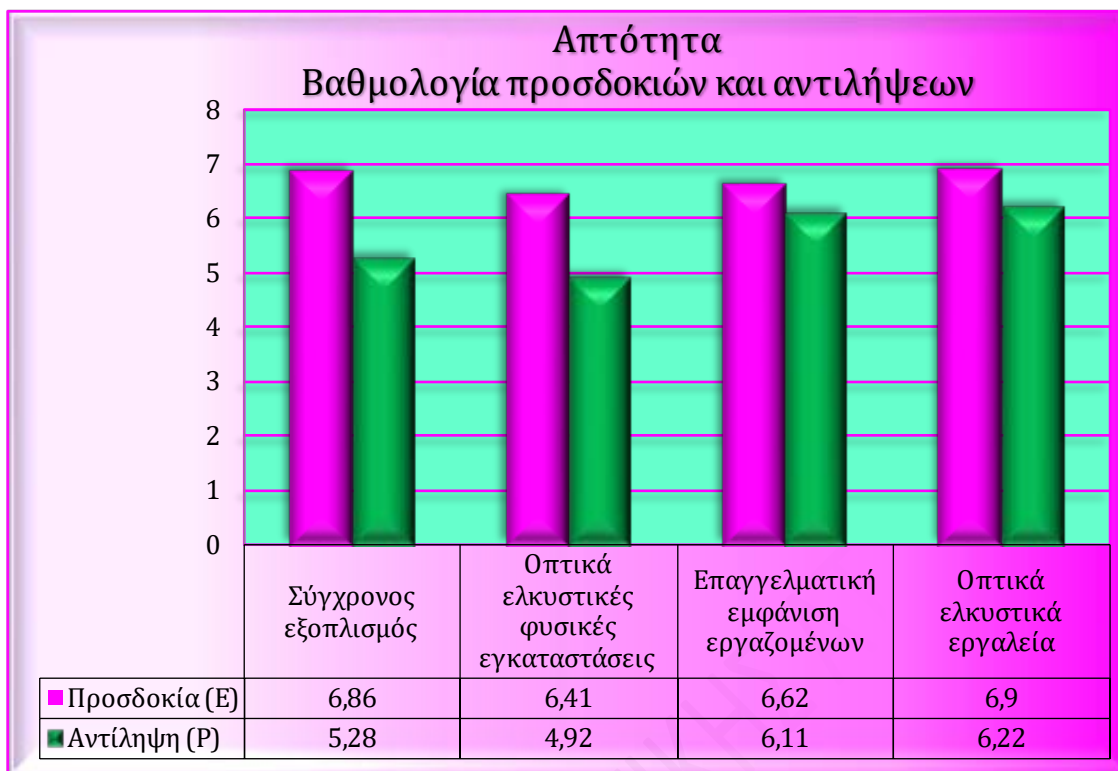
Όπως παρατηρείται στον *Πίνακα 8*, η βαθμολογία του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών ήταν αρνητική και στις τέσσερις υποκατηγορίες (σύγχρονος εξοπλισμός, οπτικά ελκυστικές φυσικές εγκαταστάσεις, επαγγελματική εμφάνιση εργαζομένων, οπτικά ελκυστικά εργαλεία) της διάστασης της

απτότητας. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν την αντίληψή τους όσον αφορά στα απτά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου.

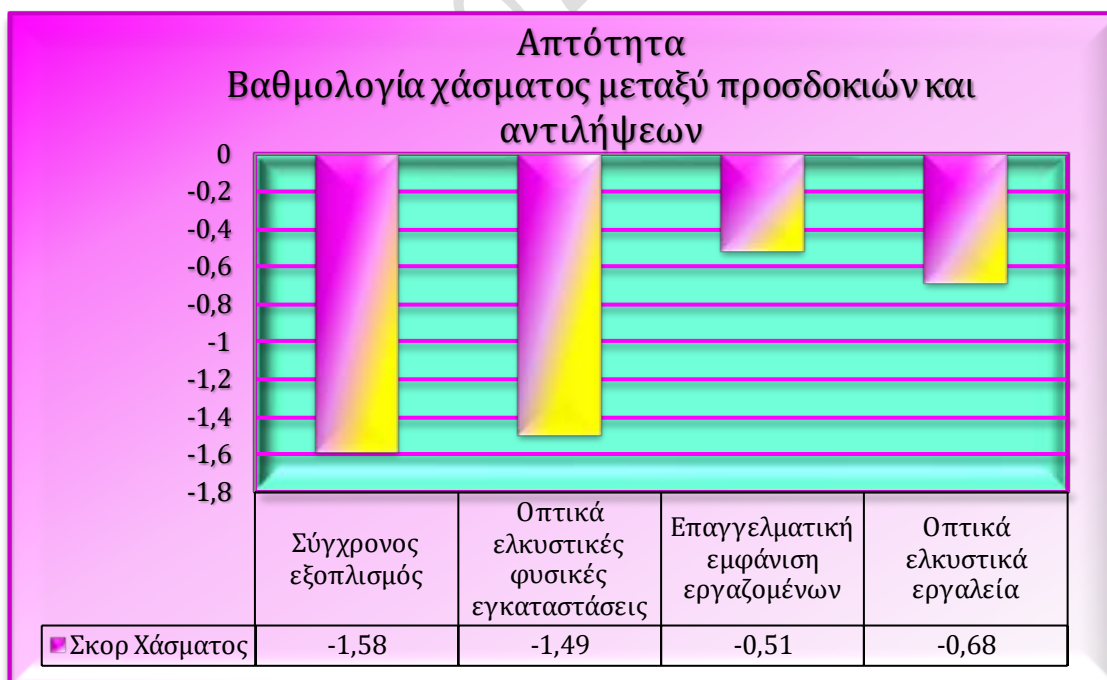
Αναλυτικότερα, η απόλυτη τιμή της βαθμολογίας του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών, ήταν μικρότερη στις υποκατηγορίες που αφορούσαν την επαγγελματική εμφάνιση των εργαζομένων (ομοιομορφία στο ντύσιμο, καθαριότητα) και την οπτική ελκυστικότητα των εργαλείων (τακτοποίηση, καθαριότητα), ενώ ήταν υψηλότερη στις υποκατηγορίες που αφορούσαν το σύγχρονο εξοπλισμό και την ελκυστικότητα των φυσικών εγκαταστάσεων.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η βαθμολογία του χάσματος ήταν αρνητική σε όλες τις υποκατηγορίες της διάστασης της απτότητας, η μέση αντίληψη των ασθενών (5.63) σχετικά με τα απτά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου ήταν αρκετά πάνω από τη μέση τιμή (4) της προσμετρούμενης κλίμακας μέτρησης (1-7).

Όπως φαίνεται στον *Πίνακα 8*, η μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος για τη διάσταση της απτότητας ήταν αρνητική και ίση με -1.065. Πολλαπλασιάζοντας τη τιμή αυτή (-1.065) με το βάρος της διάστασης (16.98), η βαθμολογία του σταθμισμένου χάσματος αυξήθηκε σε -18.08, όπως απεικονίζεται και στο *Διάγραμμα-Ιστόγραμμα 9*. Και στις δύο περιπτώσεις, τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι η αντίληψη των ασθενών πέφτει κάτω από τις προσδοκίες τους για τις πτυχές της απτότητας του νοσοκομείου (φυσικές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, προσωπικό). Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στα παρακάτω διαγράμματα.

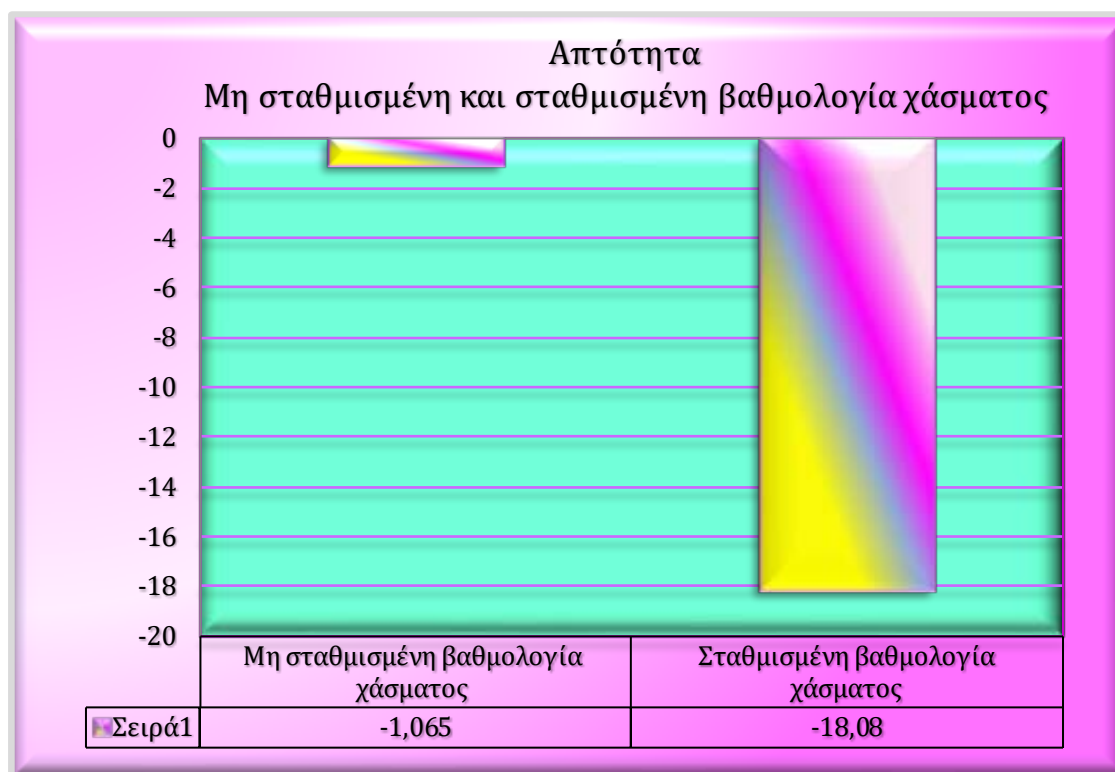


Διάγραμμα 9: Διάσταση Απτότητας - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 10: Διάσταση Απτότητας - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων





Διάγραμμα 11: Διάσταση Απτότητας - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος

#### 6.7.4.2 Διάσταση Αξιοπιστίας

Η διάσταση της «αξιοπιστίας» περιλαμβάνει τα ερωτήματα 5 έως 9 του ερωτηματολογίου, τα οποία αξιολογούν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ικανότητα εκτέλεσης των υποσχόμενων υπηρεσιών με αξιοπιστία και ακρίβεια.

Όπως παρατηρείται στον *Πίνακα 9*, η βαθμολογία του χάσματος μεταξύ των προσδοκίων και των αντιλήψεων των ασθενών ήταν αρνητική και στις πέντε υποκατηγορίες (δράση σύμφωνη με τις υποσχέσεις, ειλικρινές ενδιαφέρον στην επίλυση προβλημάτων, παροχή σωστών υπηρεσιών από την αρχή, παροχή υπηρεσιών την υποσχόμενη στιγμή, σωστή διαχείριση αρχείων) της διάστασης της «αξιοπιστίας». Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν την αντίληψή τους όσον αφορά στις πτυχές της αξιοπιστίας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

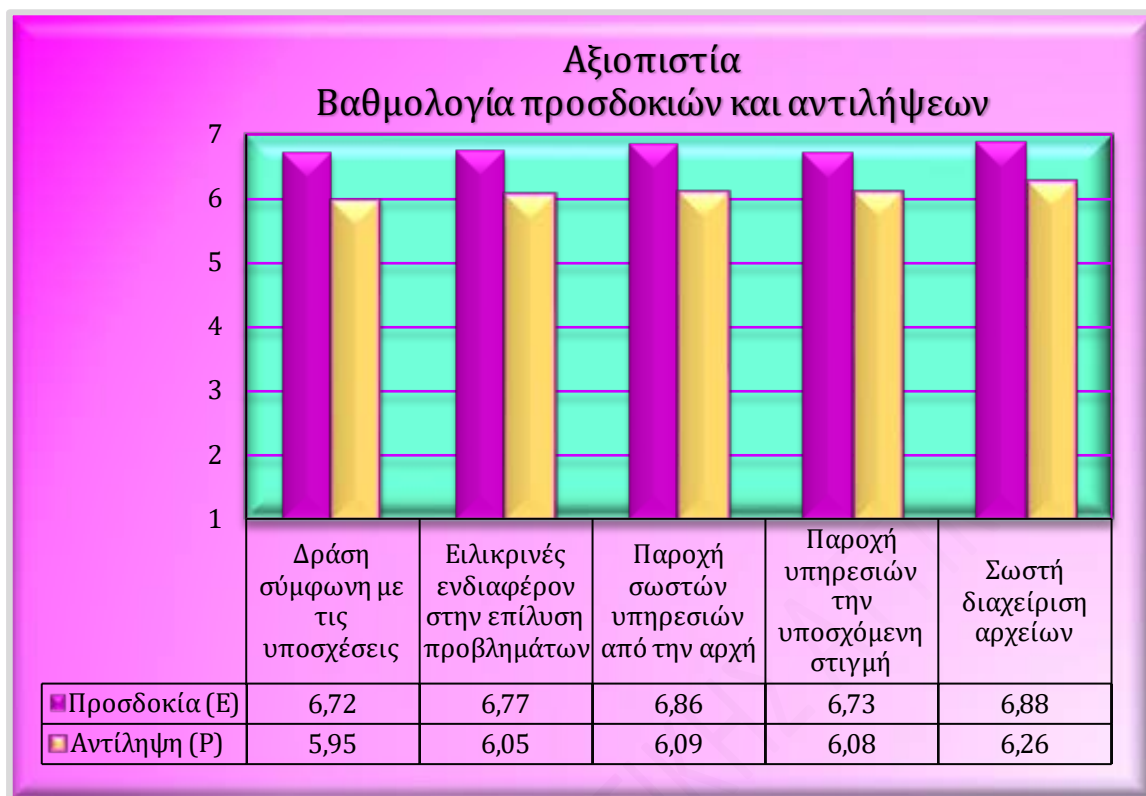
Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων σχετικά με την διάσταση της «αξιοπιστίας» συνοψίζονται στον *Πίνακα 9*.

*Πίνακας 9: Διάσταση Αξιοπιστίας*

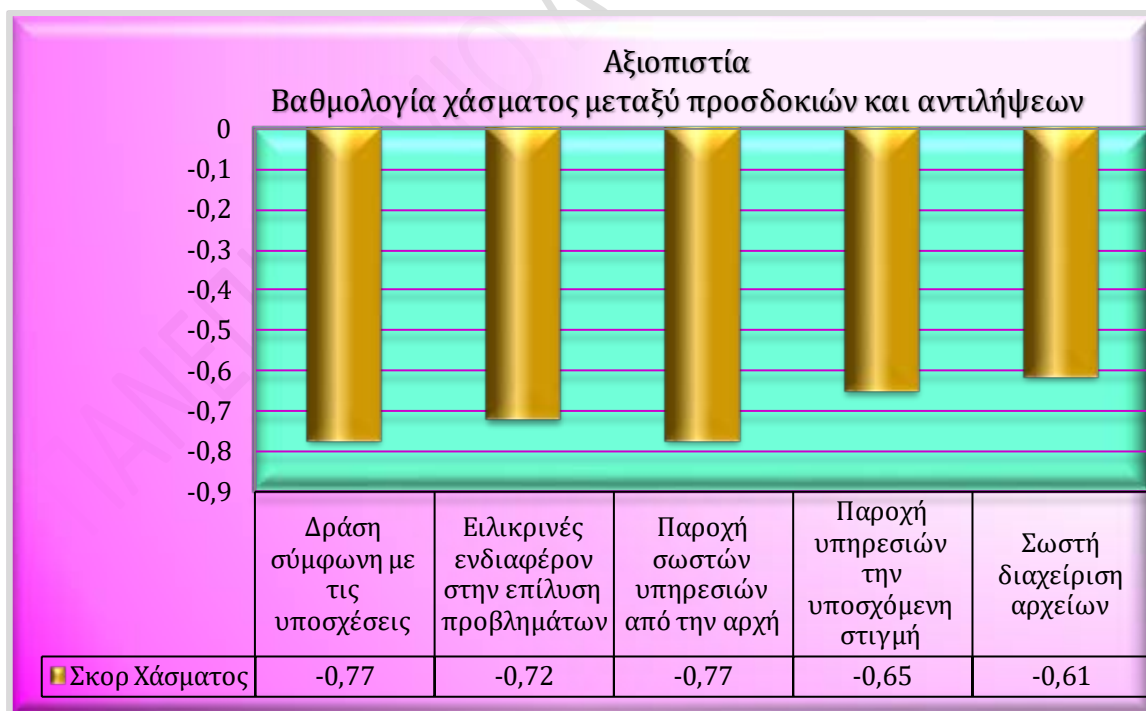
<b>Πίνακας 9: Διάσταση Αξιοπιστίας</b>				
<b>Ερ.</b>	<b>Υποκατηγορία</b>	<b>Προσδοκία (E)</b>	<b>Αντίληψη (P)</b>	<b>Χάσμα (P-E)</b>
5.	Δράση σύμφωνη με τις υποσχέσεις	6.72	5.95	-0.77
6.	Ειλικρινές ενδιαφέρον στην επίλυση προβλημάτων	6.77	6.05	-0.72
7.	Παροχή σωστών υπηρεσιών από την αρχή	6.86	6.09	-0.77
8.	Παροχή υπηρεσιών την υποσχόμενη στιγμή	6.73	6.08	-0.65
9.	Σωστή διαχείριση αρχείων	6.88	6.26	-0.61
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		6.79	6.09	-0.704
<b>Βάρος Διάστασης</b>			22.45	
<b>Μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-0.704	
<b>Σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-15.80	

Ωστόσο, οι τιμές του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων στις πέντε υποκατηγορίες είναι αρκετά μικρές, γεγονός που φανερώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν αποκλίνουν ιδιαίτερα από τις αντιλήψεις τους στις διάφορες υποκατηγορίες. Επιπλέον, η μέση αντίληψη των ασθενών σχετικά με την «αξιοπιστία» των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου ήταν πολύ ικανοποιητική (6.09) και αρκετά πάνω από τη μέση τιμή (4) της προσμετρούμενης κλίμακας μέτρησης (1-7).

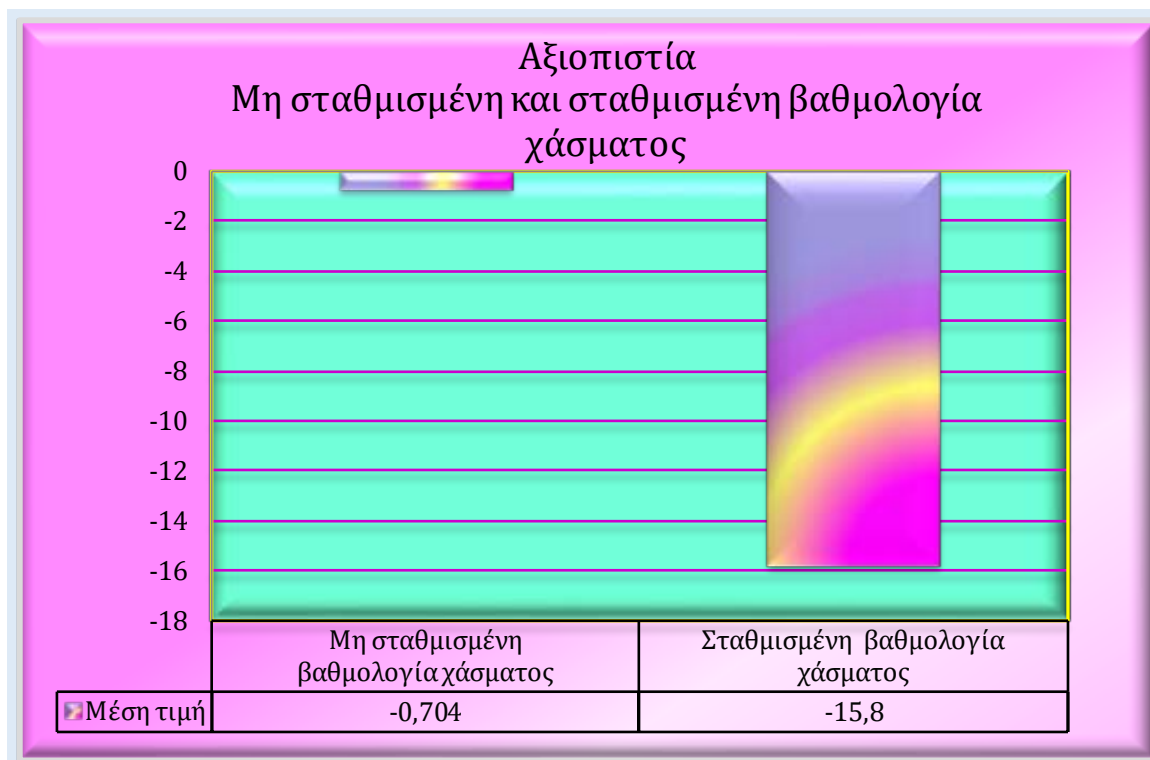
Όπως φαίνεται στον *Πίνακα 9*, η μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος για τη διάσταση της «αξιοπιστίας» ήταν αρνητική και ίση με -0.704. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το βάρος της διάστασης (22.45), η βαθμολογία του σταθμισμένου χάσματος αυξήθηκε σε -15.80, όπως απεικονίζεται και στο *Διάγραμμα-Ιστόγραμμα 12*. Και στις δύο περιπτώσεις, τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι η αντίληψη των ασθενών πέφτει κάτω από τις προσδοκίες τους για τις πτυχές της αξιοπιστίας των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στα παρακάτω διαγράμματα.



Διάγραμμα 12: Διάσταση Αξιοπιστίας - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 13: Διάσταση Αξιοπιστίας - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 14: Διάσταση Αξιοπιστίας - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος

#### 6.7.4.3 Διάσταση Ανταπόκρισης

Η διάσταση της «ανταπόκρισης» περιλαμβάνει τα ερωτήματα 10 έως 13 του ερωτηματολογίου, τα οποία αξιολογούν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την προθυμία του προσωπικού του νοσοκομείου για βοήθεια των ασθενών και για γρήγορη εξυπηρέτηση.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων σχετικά με την διάσταση της «ανταπόκρισης» συνοψίζονται στον [Πίνακα 10](#).

Πίνακας 10: Διάσταση Ανταπόκρισης

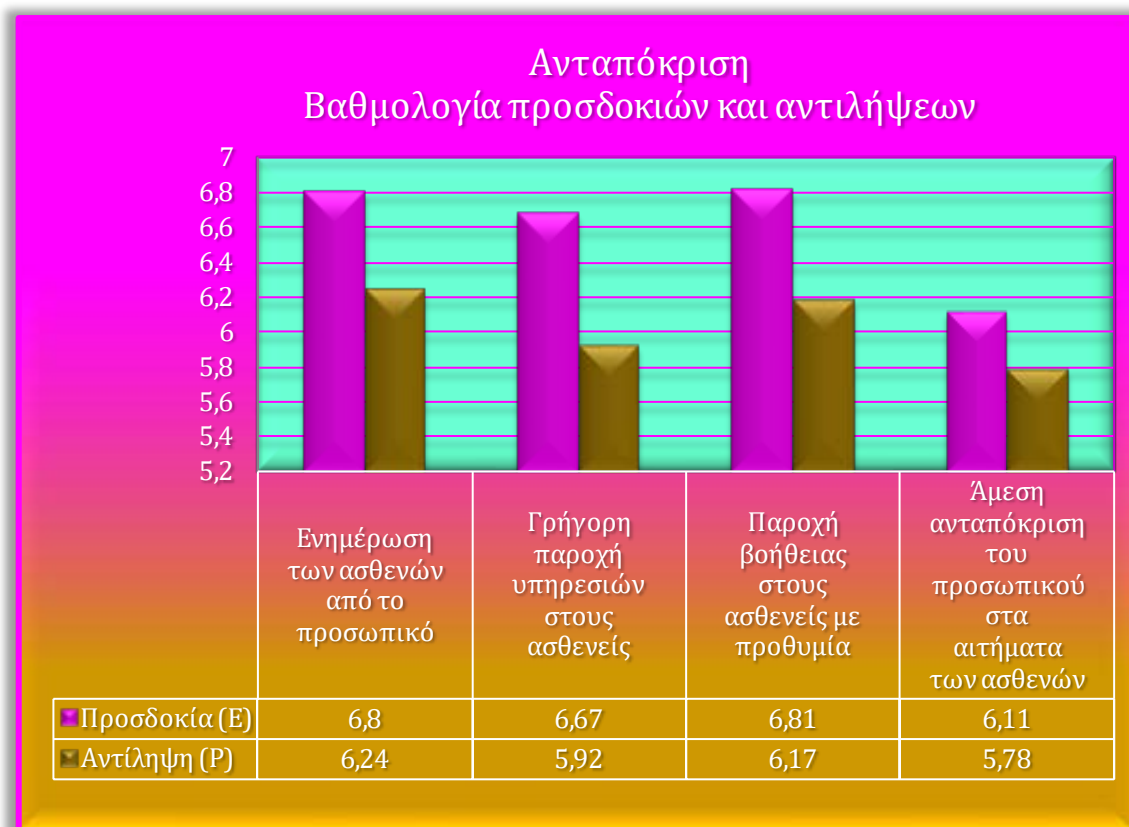
Πίνακας 10: Διάσταση Ανταπόκρισης				
Ερ.	Υποκατηγορία	Προσδοκία (E)	Αντίληψη (P)	Χάσμα (P-E)
10.	Ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό	6.80	6.24	-0.56
11.	Γρήγορη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς	6.67	5.92	-0.75
12.	Παροχή βοήθειας στους ασθενείς με προθυμία	6.81	6.17	-0.64
13.	Άμεση ανταπόκριση του προσωπικού στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι	6.11	5.78	-0.33
<b>Μέσες Τιμές (Mean Value)</b>		6.60	6.03	-0.57
<b>Βάρος Διάστασης</b>		18.73		
<b>Μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>		-0.57		
<b>Σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>		-10.68		

Όπως παρατηρείται στον *Πίνακα 10*, η βαθμολογία του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών ήταν αρνητική και στις τέσσερις υποκατηγορίες (ενημέρωση των ασθενών, γρήγορη παροχή υπηρεσιών, παροχή βοήθειας με προθυμία, άμεση ανταπόκριση) της διάστασης της «ανταπόκρισης». Το γεγονός αυτό αποκαλύπτει ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν την αντίληψή τους όσον αφορά στις πτυχές της ανταπόκρισης του προσωπικού του νοσοκομείου.

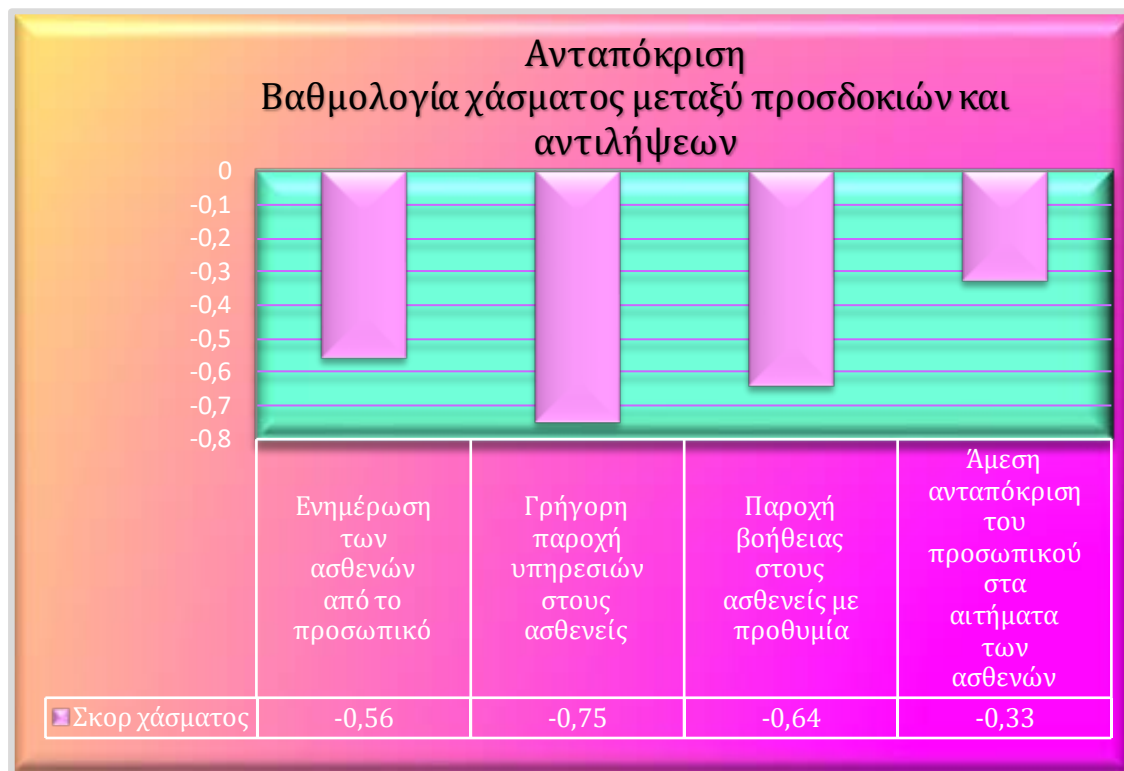
Ωστόσο, οι τιμές του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων στις τέσσερις υποκατηγορίες είναι αρκετά μικρές, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν αποκλίνουν ιδιαίτερα από τις αντιλήψεις τους στις διάφορες υποκατηγορίες. Επιπλέον, η μέση αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ανταπόκριση του προσωπικού ήταν πολύ ικανοποιητική (6.03) και αρκετά πάνω από τη μέση τιμή (4) της προσμετρούμενης κλίμακας μέτρησης (1-7).

Όπως φαίνεται στον *Πίνακα 10*, η μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος για τη διάσταση της «ανταπόκρισης» ήταν αρνητική και ίση με -0.57. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το βάρος της διάστασης (18.73), η βαθμολογία του σταθμισμένου χάσματος

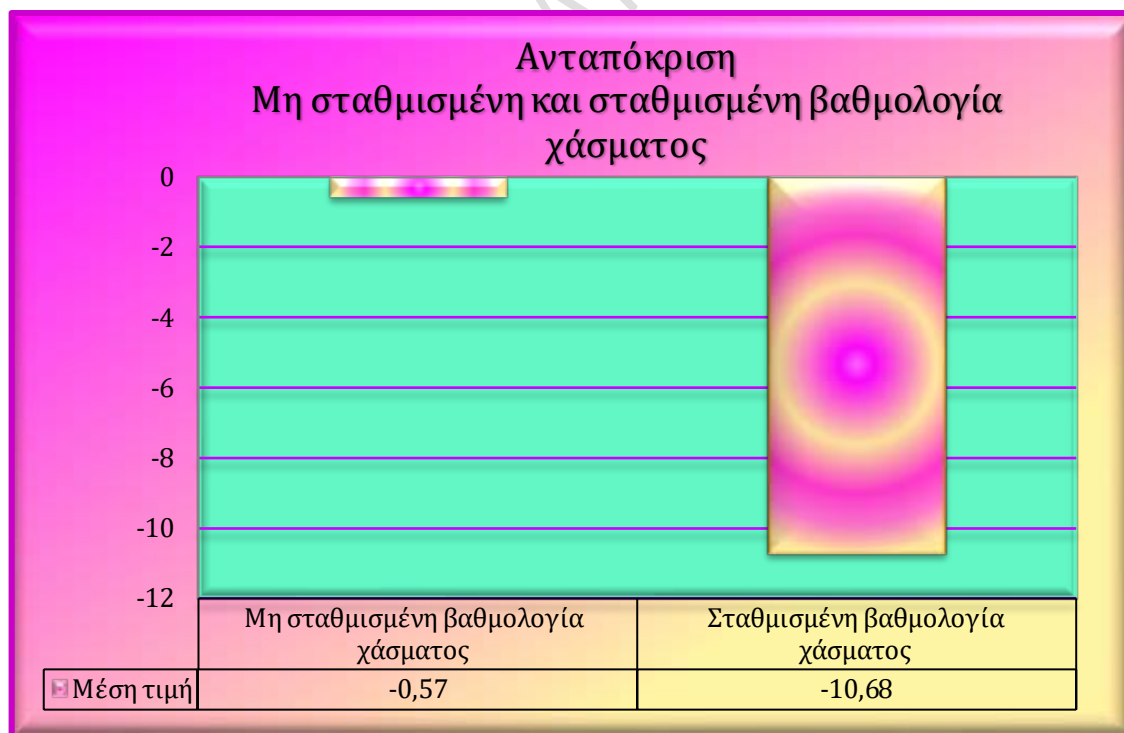
αυξήθηκε σε -10.68, όπως απεικονίζεται και στο *Διάγραμμα-Ιστόγραμμα 15*. Και στις δύο περιπτώσεις, τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι η αντίληψη των ασθενών πέφτει κάτω από τις προσδοκίες τους όσον αφορά την «ανταπόκριση» του προσωπικού του νοσοκομείου.



*Διάγραμμα 15: Διάσταση Ανταπόκρισης - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων*



Διάγραμμα 16: Διάσταση Ανταπόκρισης - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 17: Διάσταση Ανταπόκρισης - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος

#### 6.7.4.4 Διάσταση Διασφάλισης

Η διάσταση της διασφάλισης περιλαμβάνει τα ερωτήματα 14 έως 17 του ερωτηματολογίου, τα οποία αξιολογούν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με πτυχές της διασφάλισής τους κατά τη λήψη υπηρεσιών του νοσοκομείου, όπως η ύπαρξη υπαλλήλων με γνώσεις, με καλούς τρόπους και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων σχετικά με την διάσταση της διασφάλισης συνοψίζονται στον *Πίνακα 11*.

*Πίνακας 11: Διάσταση Διασφάλισης*

<b>Πίνακας 11: Διάσταση Διασφάλισης</b>				
<b>Ερ.</b>	<b>Υποκατηγορία</b>	<b>Προσδοκία (E)</b>	<b>Αντίληψη (P)</b>	<b>Χάσμα (P-E)</b>
14.	Η συμπεριφορά των υπαλλήλων εμπνέει εμπιστοσύνη	6.85	6.27	-0.58
15.	Οι ασθενείς νοιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους	6.81	6.30	-0.51
16.	Οι εργαζόμενοι είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς	6.79	6.20	-0.59
17.	Οι εργαζόμενοι λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους	6.87	5.43	-1.44
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		6.83	6.05	-0.78
<b>Βάρος Διάστασης</b>			22.75	
<b>Μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-0.78	
<b>Σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-17.74	



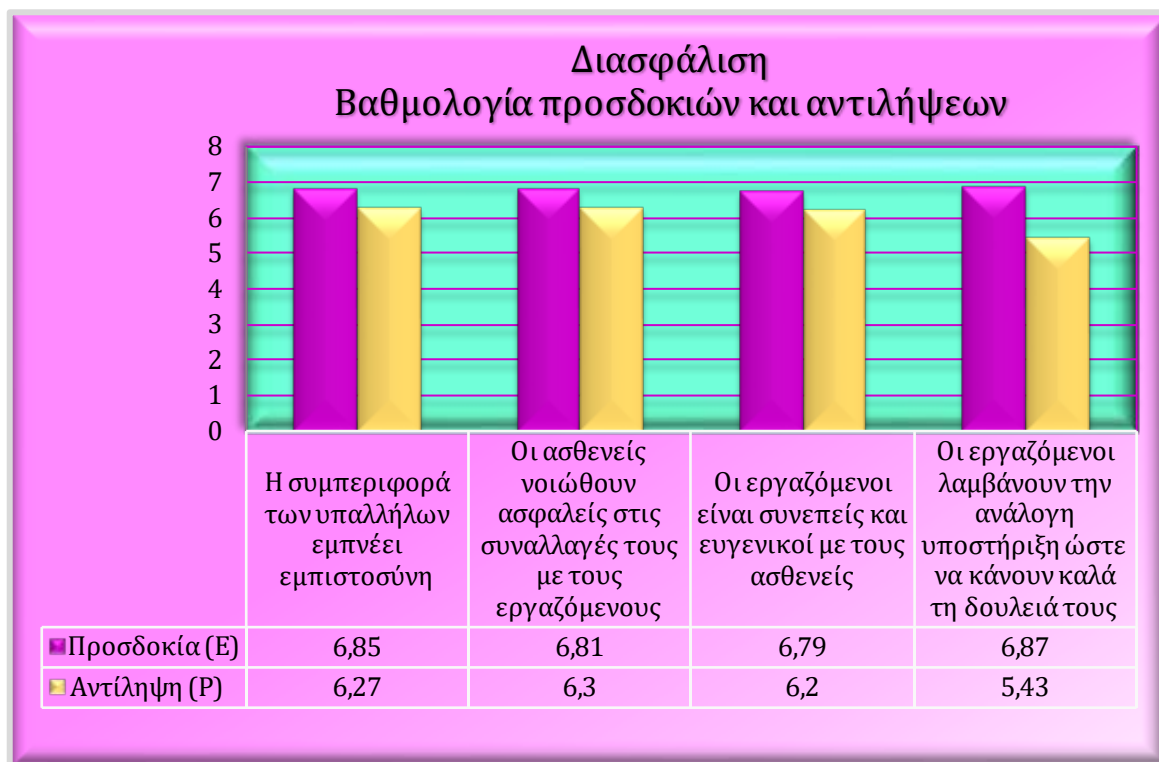
Όπως παρατηρείται στον *Πίνακα 11*, η βαθμολογία του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών ήταν αρνητική και στις τέσσερις υποκατηγορίες (εμπιστοσύνη, ασφάλεια στις συναλλαγές, συνέπεια και ευγένεια εργαζομένων, επαρκείς γνώσεις εργαζομένων) της διάστασης της διασφάλισης. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν την αντίληψή τους όσον αφορά στις πτυχές διασφάλισής τους.

Αναλυτικότερα, η απόλυτη τιμή της βαθμολογίας του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών, ήταν μικρότερη στις υποκατηγορίες που αφορούσαν την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια στις συναλλαγές και την συνέπεια και ευγένεια των εργαζομένων, ενώ ήταν υψηλότερη στην υποκατηγορία που αφορούσε την παροχή κατάλληλης υποστήριξης στους εργαζομένους, ώστε να μπορούν να κάνουν σωστά τη δουλειά τους.

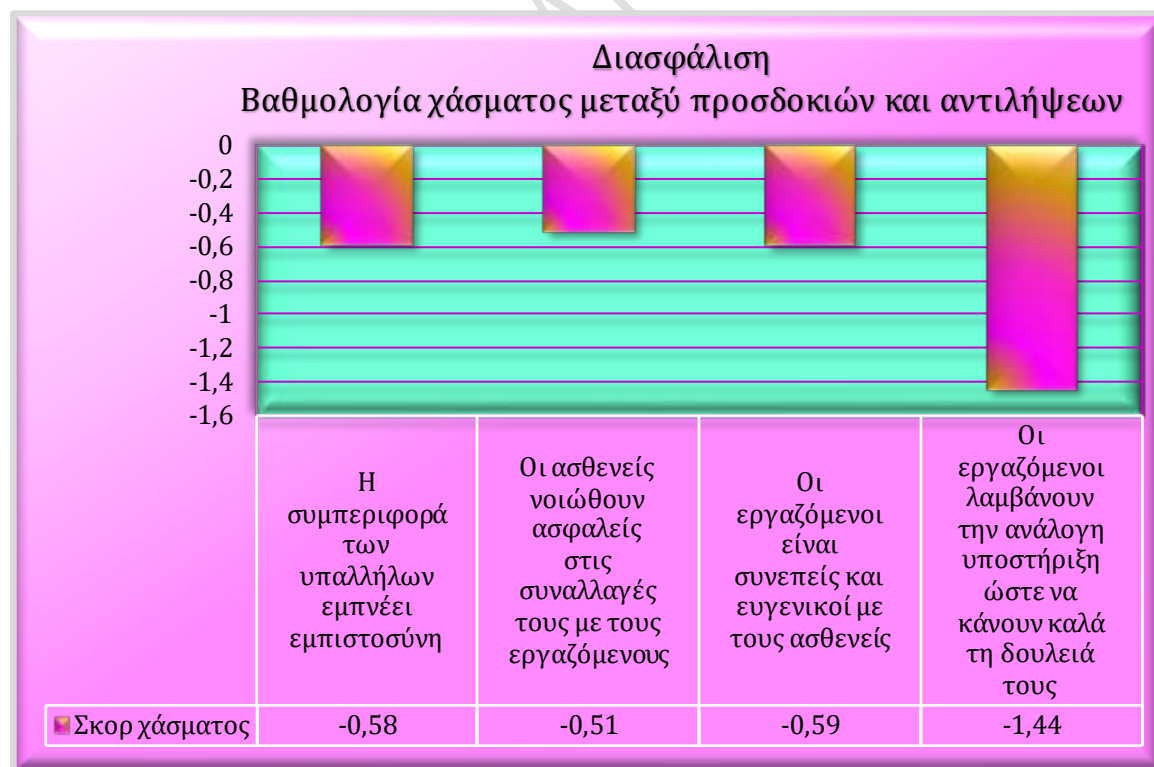
Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η βαθμολογία του χάσματος ήταν αρνητική σε όλες τις υποκατηγορίες της διάστασης της «διασφάλισης», η μέση αντίληψη των ασθενών (6.05) σχετικά με τις πτυχές της «διασφάλισης» ήταν αρκετά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή (4) της προσημετρούμενης κλίμακας μέτρησης (1-7).

Όπως φαίνεται στον *Πίνακα 11*, η μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος για τη διάσταση της «διασφάλισης» ήταν αρνητική και ίση με -0.78. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το βάρος της διάστασης (22.75), η βαθμολογία του σταθμισμένου χάσματος αυξήθηκε σε -17.74, όπως απεικονίζεται και στο *Διάγραμμα-Ιστόγραμμα 18*. Και στις δύο περιπτώσεις, τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι η αντίληψη των ασθενών πέφτει κάτω από τις προσδοκίες τους για τις πτυχές της διασφάλισής τους.

Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στα παρακάτω διαγράμματα.



Διάγραμμα 18: Διάσταση Διασφάλισης - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 19: Διάσταση Διασφάλισης - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 20: Διάσταση Διασφάλισης- Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος

#### 6.7.4.5 Διάσταση Ενσυναίσθησης

Η διάσταση της «ενσυναίσθησης» περιλαμβάνει τα τελευταία πέντε ερωτήματα (18-22) του ερωτηματολογίου, τα οποία αξιολογούν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων σχετικά με πτυχές της «ενσυναίσθησης» των εργαζομένων του νοσοκομείου, όπως η παροχή ατομικού ενδιαφέροντος και προσοχής στους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων σχετικά με την διάσταση της «ενσυναίσθησης» συνοψίζονται στον [Πίνακα 12](#).

Πίνακας 12: Διάσταση Ενσυναίσθησης

Πίνακας 12: Διάσταση Ενσυναίσθησης				
Ερ.	Υποκατηγορία	Προσδοκία (E)	Αντίληψη (P)	Χάσμα (P-E)
18.	Παροχή ατομικής προσοχής	6.62	6.03	-0.59
19.	Βολικές ώρες λειτουργίας	6.51	5.49	-1.02
20.	Κατανόηση και αναγνώριση των αναγκών των ασθενών	6.61	5.85	-0.76
21.	Σημασία στο συμφέρον των ασθενών	6.60	5.69	-0.91
22.	Κατανόηση των ειδικών αναγκών των ασθενών από το προσωπικό	6.67	5.86	-0.81
Μέσες τιμές (Mean Value)		6.60	5.78	-0.82
<b>Βάρος Διάστασης</b>			19.09	
<b>Μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-0.82	
<b>Σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος</b>			-15.65	

Όπως παρατηρείται στον *Πίνακα 12*, η βαθμολογία του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών ήταν αρνητική και στις πέντε υποκατηγορίες (ατομική προσοχή, βολικές ώρες λειτουργίας, κατανόηση και αναγνώριση αναγκών, συμφέρον ασθενών, κατανόηση ειδικών αναγκών) της διάστασης της «ενσυναίσθησης». Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν την αντίληψή τους όσον αφορά στις πτυχές της «ενσυναίσθησης».

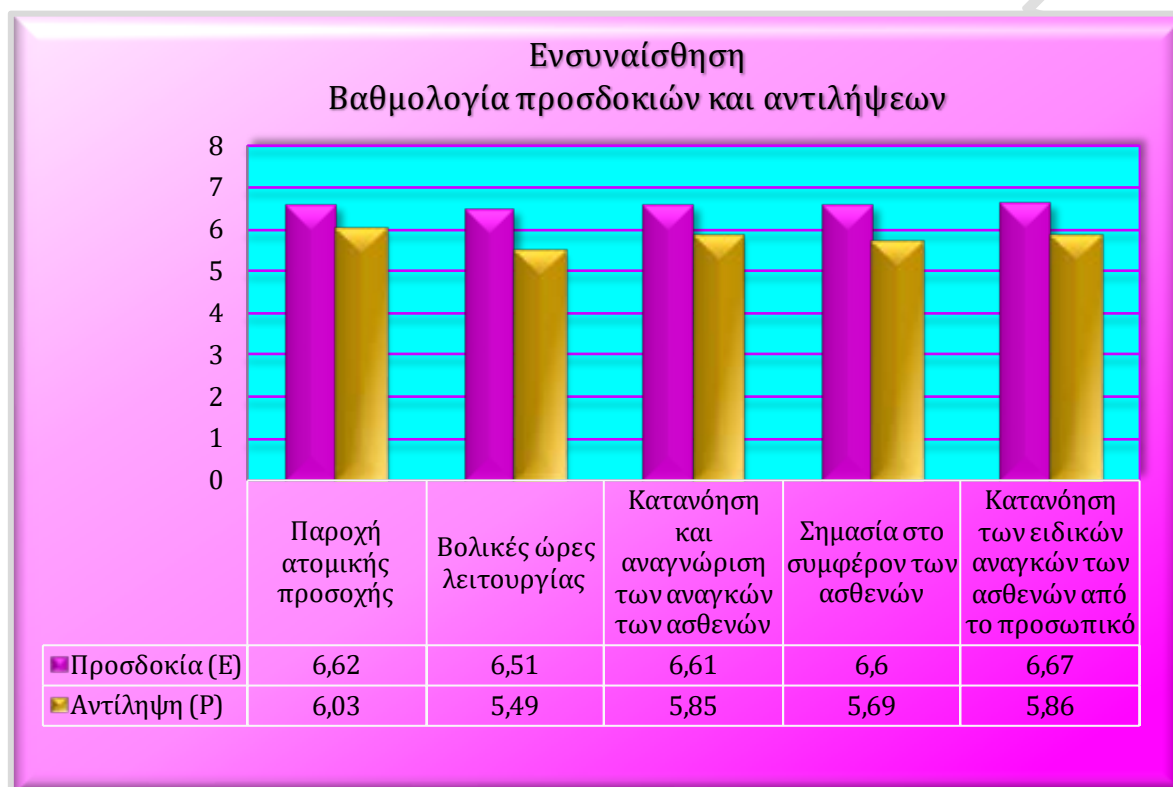
Αναλυτικότερα, η απόλυτη τιμή της βαθμολογίας του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών, ήταν υψηλότερη στις υποκατηγορίες που αφορούσαν το ωράριο εργασίας και την προσοχή στο συμφέρον των ασθενών.

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η βαθμολογία του χάσματος ήταν αρνητική σε όλες τις υποκατηγορίες της διάστασης της «ενσυναίσθησης», η μέση αντίληψη των ασθενών (5.78) σχετικά με τις πτυχές της «ενσυναίσθησης» ήταν αρκετά πάνω από τη μέση τιμή (4) της προσημετρούμενης κλίμακας μέτρησης (1-7).

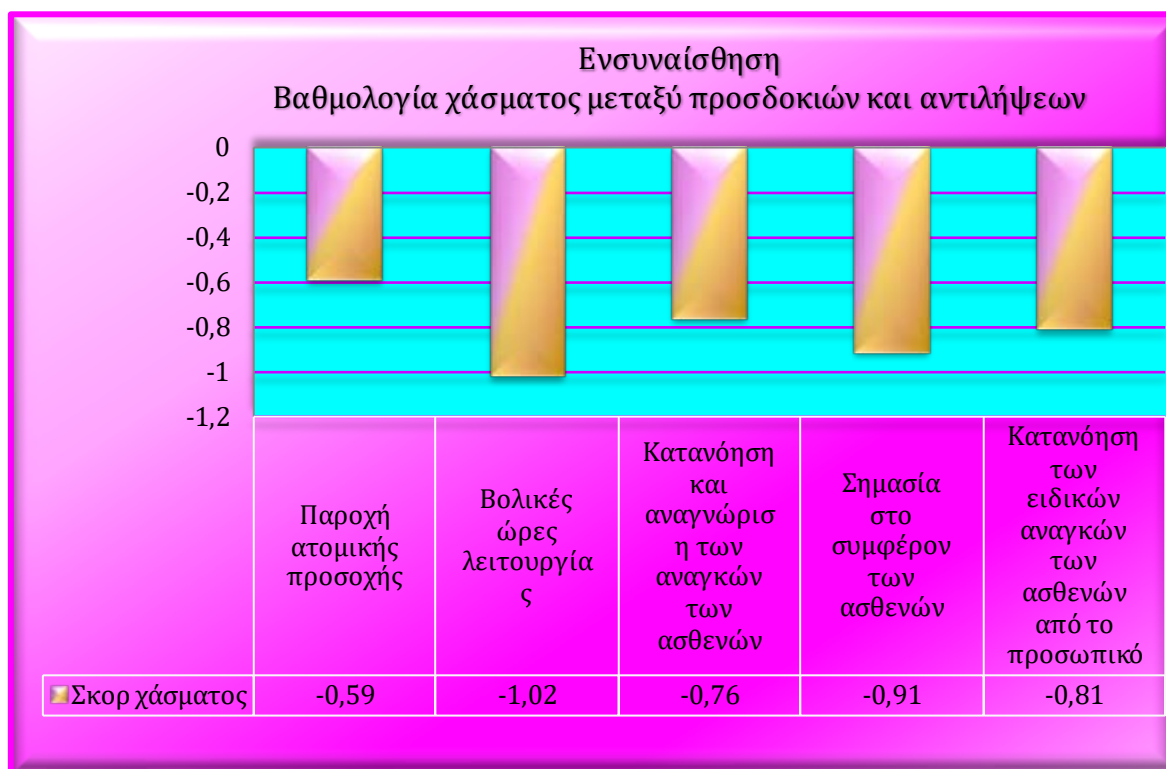
Όπως φαίνεται στον *Πίνακα 12*, η μέση μη σταθμισμένη βαθμολογία χάσματος για τη διάσταση της «ενσυναίσθησης» ήταν αρνητική και ίση με -0.82. Λαμβάνοντας υπ'

όψιν το βάρος της διάστασης (19.09), η βαθμολογία του σταθμισμένου χάσματος αυξήθηκε σε -15.65, όπως απεικονίζεται και στο *Διάγραμμα-Ιστόγραμμα 21*. Και στις δύο περιπτώσεις, τα αποτελέσματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι η αντίληψη των ασθενών πέφτει κάτω από τις προσδοκίες τους για τις πτυχές της ενσυναίσθησης.

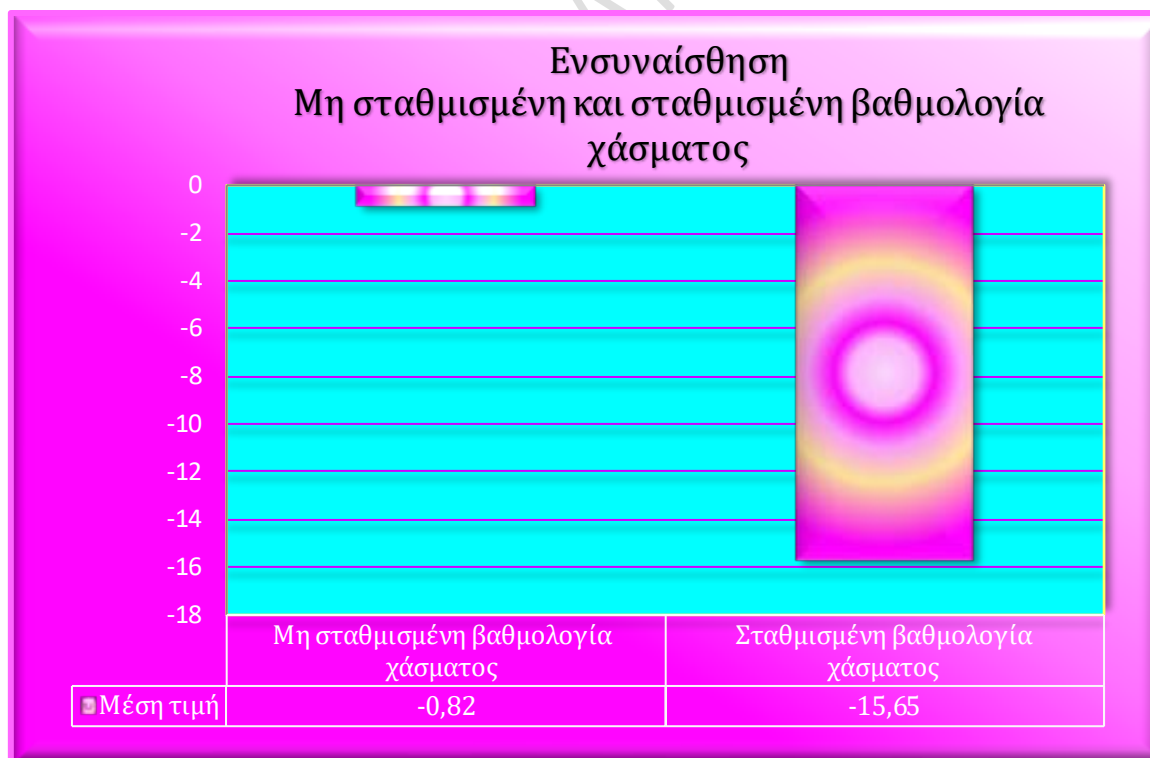
Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στα παρακάτω διαγράμματα.



*Διάγραμμα 21: Διάσταση Ενσυναίσθησης - Βαθμολογία Προσδοκιών και Αντιλήψεων*



Διάγραμμα 22: Διάσταση Ενσυναίσθησης - Βαθμολογία Χάσματος μεταξύ Προσδοκιών και Αντιλήψεων



Διάγραμμα 23: Διάσταση Ενσυναίσθησης - Μη σταθμισμένη και σταθμισμένη βαθμολογία Χάσματος

#### 6.7.4.6 Σύνοψη ανάλυσης κενών

Συνοψίζοντας τα παραπάνω δεδομένα, αναδεικνύεται η ύπαρξη κενών σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις του «SERVQUAL» τα οποία παρουσιάζονται στον [πίνακα 13](#). Ο υπολογισμός των κενών για κάθε ένα από τα υποερωτήματα των υπό εξέταση διαστάσεων της ποιότητας, προέκυψε με την αφαίρεση της μέσης τιμής των προσδοκιών από την αντίστοιχη των αντιλήψεων [P-E], όπως αξιολογήθηκαν από τους χρήστες. Επιπρόσθετα, υπολογίστηκε το μέσο κενό κάθε διάστασης, το οποίο εκφράζει τη μέση τιμή των κενών των υποερωτημάτων που συνθέτουν κάθε μία από αυτές. Η παρουσία αρνητικής τιμής χάσματος, υποδεικνύει χαμηλότερη ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών από το αναμενόμενο, ενώ στη περίπτωση θετικής τιμής φανερώνεται ποιότητα υψηλότερη των προσδοκιών και των απαιτήσεων των χρηστών. Ακόμα, σε περίπτωση μηδενικής τιμής, καταδεικνύεται ικανοποιητικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών.

Σύμφωνα με το [πίνακα 13](#), προκύπτει αρνητικό Συνολικό Κενό (-0.788) με επιμέρους αρνητικά κενά σε κάθε μία από τις εξεταζόμενες διαστάσεις ποιότητας, που υποδηλώνει ότι το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών είναι χαμηλότερο από το αναμενόμενο σύμφωνα με την εκτίμηση των συμμετεχόντων. Η διάσταση που εμφάνισε την υψηλότερη τιμή αρνητικού χάσματος ήταν αυτή της «απτότητας» (-1.065), ακολουθούμενη από τις διαστάσεις της «ενσυναίσθησης» (-0.82) της «διασφάλισης» (-0.78) και της «αξιοπιστίας» (-0.704), ενώ το χαμηλότερο αρνητικό κενό παρουσιάστηκε στη διάσταση της «ανταπόκρισης» (-0.57), που συνεπάγεται ότι ήταν η μικρότερη απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των συμμετεχόντων. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, κανένα από τα κενά όλων των διαστάσεων ποιότητας και τις υποκατηγορίες/ερωτήματά τους δεν εμφάνισε θετική τιμή.

Εντούτοις, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως, ενώ η βαθμολογία των κενών ήταν αρνητική για κάθε υποκατηγορία των διαστάσεων (της «απτότητας», της «αξιοπιστίας», της «ανταπόκρισης», «διασφάλισης» και της «ενσυναίσθησης»), η μέση τιμή της αντίληψης των ασθενών για κάθε μία από τις διαστάσεις της ποιότητας, διαμορφώθηκε σε αρκετά υψηλό επίπεδο συγκριτικά με τη μέση (ουδέτερη) τιμή [4] της προσημομετρούμενης κλίμακας μέτρησης [1-7].

Οι προσδοκίες των χρηστών, όπως φανερώνεται από το *πίνακα 13*, παρουσιάζονται υψηλές για όλες τις διαστάσεις ποιότητας, με τη διάσταση της «διασφάλισης» να κατέχει την υψηλότερη βαθμολογία (6.83), ακολουθούμενη από τις διαστάσεις της «αξιοπιστίας» (6.79), της «απτότητας» (6.70), ενώ οι διαστάσεις «ανταπόκριση» και «ενσυναίσθηση» έλαβαν την χαμηλότερη βαθμολογία (6.60). Αναφορικά με τις αντιλήψεις των χρηστών, η διάσταση της ποιότητας που έλαβε την υψηλότερη βαθμολογία, όπως προκύπτει από το *πίνακα 13*, αφορά την «αξιοπιστία» (6.09), με τις διαστάσεις της «διασφάλισης» (6.05), της «ανταπόκρισης» (6.03), της «ενσυναίσθησης» (5.78) και της «απτότητας» (5.63) να ακολουθούν.

Αναφορικά με την προσδοκία στην οποία καταγράφηκε η υψηλότερη βαθμολογία, αφορούσε το χαρακτηριστικό «οπτικά ελκυστικά εργαλεία», για τη διάσταση της «απτότητας» (6.90), ενώ αντίστοιχα η προσδοκία με τη χαμηλότερη βαθμολογία, εντοπίστηκε στο χαρακτηριστικό που αφορούσε την «άμεση ανταπόκριση του προσωπικού στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι», στη διάσταση της «ανταπόκρισης» (6.11). Τέλος, σχετικά με το υψηλότερο σκορ αντίληψης των ασθενών, καταγράφηκε στο χαρακτηριστικό «Οι ασθενείς νοιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους» (6.30) για τη διάσταση της «διασφάλισης», ενώ το χαμηλότερο σκορ αντίληψης εντοπίστηκε στη διάσταση της «απτότητας» και συγκεκριμένα στο χαρακτηριστικό «Οπτικά ελκυστικές φυσικές εγκαταστάσεις» (4.92).



Πίνακας 13: Συνοπτικός πίνακας προσδοκιών, αντιλήψεων και χασμάτων των διαστάσεων της ποιότητας

<b>Πίνακας 13: Συνοπτικός πίνακας Προσδοκιών, Αντιλήψεων και Χασμάτων</b>				
<b>Διάσταση</b>	<b>Ερώτηση</b>	<b>Προσδοκία (E)</b>	<b>Αντίληψη (P)</b>	<b>Χάσμα (P-E)</b>
<b>Απτότητα</b>	1	6.86	5.28	-1.58
	2	6.41	4.92	-1.49
	3	6.62	6.11	-0.51
	4	6.90	6.22	-0.68
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		<b>6.70</b>	<b>5.63</b>	<b>-1.065</b>
<b>Αξιοπιστία</b>	5	6.72	5.95	-0.77
	6	6.77	6.05	-0.72
	7	6.86	6.09	-0.77
	8	6.73	6.08	-0.65
	9	6.88	6.26	-0.61
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		<b>6.79</b>	<b>6.09</b>	<b>-0.704</b>
<b>Ανταπόκριση</b>	10	6.80	6.24	-0.56
	11	6.67	5.92	-0.75
	12	6.81	6.17	-0.64
	13	6.11	5.78	-0.33
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		<b>6.60</b>	<b>6.03</b>	<b>-0.57</b>
<b>Διασφάλιση</b>	14	6.85	6.27	-0.58
	15	6.81	6.30	-0.51
	15	6.79	6.20	-0.59
	17	6.87	5.43	-1.44
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		<b>6.83</b>	<b>6.05</b>	<b>-0.78</b>
<b>Ενσυναίσθηση</b>	18	6.62	6.03	-0.59
	19	6.51	5.49	-1.02
	20	6.61	5.85	-0.76
	21	6.60	5.69	-0.91
	22	6.67	5.86	-0.81
<b>Μέσες τιμές (Mean Value)</b>		<b>6.60</b>	<b>5.78</b>	<b>-0.82</b>
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΧΑΣΜΑ</b>				<b>-0.788</b>

### 6.7.5 Επίδραση του τύπου νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία, κλινική νοσηλεία) στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν ο τύπος νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία, κλινική νοσηλεία) επιδρά στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών, διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney. Συγκεκριμένα, ο έλεγχος αυτός πραγματοποιήθηκε για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές στους μέσους όρους του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με κάθε διάσταση (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση) και τις υποκατηγορίες της.

Πίνακας 14: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της απτότητας

Διάσταση	Χάσμα (Αντίληψη – Προσδοκία)		p
	Εξωτερικά Ιατρεία (N=133) Mean (SD)	Κλινική νοσηλεία (N=67) Mean (SD)	
Απτότητα	-1.18 (1.13)	-0.83 (0.99)	<b>0.035*</b>
Υποκατηγορίες			
Σύγχρονος εξοπλισμός	-1.68 (1.43)	-1.37 (1.51)	0.072
Οπτικά ελκυστικές φυσικές εγκαταστάσεις	-1.59 (1.85)	-1.28 (1.67)	0.160
Επαγγελματική εμφάνιση εργαζομένων	-0.58 (1.47)	-0.37 (0.93)	0.424
Οπτικά ελκυστικά εργαλεία	-0.88 (1.17)	-0.28 (0.77)	<b>&lt;0.001*</b>

\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο .05 (2-tailed)

Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών σχετικά με τη διάσταση της «απτότητας», μεταξύ των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων και της κλινικής νοσηλείας, με τους ασθενείς κλινικής νοσηλείας να έχουν υψηλότερο βαθμό πληρότητας (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ( $U=3.645$ ,  $z=-2.107$ ,  $p=0.035$ ).

Όπως προκύπτει από τους ελέγχους που έγιναν στις υποκατηγορίες της διάστασης της «απτότητας», η διαφορά αυτή οφείλεται στην υποκατηγορία που αφορά την οπτική ελκυστικότητα των εργαλείων, στην οποία προέκυψε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη πληρότητα των προσδοκιών (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) στους ασθενείς κλινικής νοσηλείας συγκριτικά με τους ασθενείς εξωτερικών ιατρείων ( $U=3.155$ ,  $z=-3.743$ ,  $p<0.001$ ). Στις υπόλοιπες υποκατηγορίες της διάστασης της αξιοπιστίας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

*Πίνακας 15: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της αξιοπιστίας*

Πίνακας 15: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της αξιοπιστίας			
Διάσταση	Χάσμα (Αντίληψη – Προσδοκία)		p
	Εξωτερικά Ιατρεία (N=133) Mean (SD)	Κλινική νοσηλεία (N=67) Mean (SD)	
Αξιοπιστία	-0.91 (1.10)	-0.29 (0.87)	<0.001*
<i>Υποκατηγορίες</i>			
Δράση σύμφωνη με τις υποσχέσεις	-1.02 (1.47)	-0.27 (0.98)	<0.001*
Ευκρινές ενδιαφέρον στην επίλυση προβλημάτων	-1.01 (1.49)	-0.15 (1.03)	<0.001*
Παροχή σωστών υπηρεσιών από την αρχή	-0.98 (1.25)	-0.37 (0.10)	0.001*
Παροχή υπηρεσιών την υποσχόμενη στιγμή	-0.82 (1.30)	-0.33 (0.97)	0.004*
Σωστή διαχείριση αρχείων	-0.74 (1.26)	-0.36 (1.15)	0.021*

\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο .05 (2-tailed)

Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών σχετικά με τη διάσταση της «αξιοπιστίας», μεταξύ των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων και της κλινικής νοσηλείας, με τους ασθενείς κλινικής νοσηλείας να έχουν υψηλότερο βαθμό πληρότητας (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ( $U=2.864$ ,  $z=-4.161$ ,  $p<0.001$ ).

Αναλυτικότερα, από τους ελέγχους που έγιναν στις υποκατηγορίες της διάστασης της «αξιοπιστίας», προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις

υποκατηγορίες, με τους ασθενείς κλινικής νοσηλείας να έχουν υψηλότερο βαθμό πληρότητας (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων. Αναλυτικά ο βαθμός πληρότητας ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς κλινικής νοσηλείας ως προς τη «δράση σύμφωνη με τις υποσχέσεις» ( $U=3198.5, z=-3.489, p<0.001$ ), το «ειλικρινές ενδιαφέρον στην επίλυση προβλημάτων» ( $U=2847.5, z=-4.495, p<0.001$ ), την «παροχή σωστών υπηρεσιών από την αρχή» ( $U=3270, z=-3.264, p=0.001$ ), την «παροχή υπηρεσιών την υποσχόμενη στιγμή» ( $U=3408.5, z=-2.920, p=0.004$ ) και τη «σωστή διαχείριση αρχείων» ( $U=3659, z=-2.314, p=0.021$ ).

*Πίνακας 16: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της ανταπόκρισης*

Πίνακας 16: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της «ανταπόκρισης»			
Διάσταση	Χάσμα (Αντίληψη – Προσδοκία)		p
	Εξωτερικά (N=133)	Κλινική νοσηλεία (N=67)	
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Ανταπόκριση	-0.81 (1.20)	-0.09 (0.81)	<0.001*
<b>Υποκατηγορίες</b>			
Ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό	-0.80 (1.32)	-0.09 (1.01)	<0.001*
Γρήγορη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς	-1.04 (1.61)	-0.16 (1.05)	<0.001
Παροχή βοήθειας στους ασθενείς με προθυμία	-0.88 (1.31)	-0.16 (0.73)	<0.001*
Άμεση ανταπόκριση του προσωπικού στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι	-0.52 (1.49)	0.04 (1.48)	0.036*

\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο .05 (2-tailed)

Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών σχετικά με τη διάσταση της «ανταπόκρισης», μεταξύ των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων και της κλινικής νοσηλείας, με τους ασθενείς κλινικής νοσηλείας να έχουν υψηλότερο βαθμό πληρότητας (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ( $U=2.840, z=-4.218, p<0.001$ ).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον Πίνακα 15 ο βαθμός πληρότητας των προσδοκιών ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς κλινικής νοσηλείας σε σχέση με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων σε όλες τις υποκατηγορίες της διάστασης της «ανταπόκρισης», δηλαδή ως προς την «ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό» ( $U=3008,5, z=-4.233, p<0.001$ ), τη «γρήγορη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς» ( $U=2990,5, z=-4.005, p<0.001$ ), την «παροχή βοήθειας στους ασθενείς με προθυμία» ( $U=3035, z=-4.056, p<0.001$ ), την «άμεση ανταπόκριση του προσωπικού στα αιτήματα των ασθενών» ( $U=3676,5, z=-2.095, p=0.036$ ).

Πίνακας 17: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της διασφάλισης

Πίνακας 17: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της διασφάλισης			
Διάσταση	Χάσμα (Αντίληψη – Προσδοκία)		p
	Εξωτερικά Ιατρεία (N=133) Mean (SD)	Κλινική νοσηλεία (N=67) Mean (SD)	
Διασφάλιση	-0.95 (0.98)	-0.44 (0.82)	<0.001*
<b>Υποκατηγορίες</b>			
Η συμπεριφορά των υπαλλήλων εμπνέει εμπιστοσύνη	-0.78 (1.17)	-0.18 (0.92)	<0.001*
Οι ασθενείς νοιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους	-0.69 (1.20)	-0.16 (0.88)	<0.001*
Οι εργαζόμενοι είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς	-0.77 (1.08)	-0.24 (1.07)	<0.001*
Οι εργαζόμενοι λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους	-1.57 (1.63)	-1.18 (1.46)	0.056

\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο .05 (2-tailed)

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου, ο βαθμός πληρότητας των προσδοκιών σχετικά με τη διάσταση της «διασφάλισης» ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) στους ασθενείς κλινική νοσηλείας συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ( $U=3044, z=-3.679, p<0.001$ ).

Αναλυτικότερα, αναφορικά με τις υποκατηγορίες της διάστασης της «διασφάλισης», ο βαθμός πληρότητας ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς

κλινικής νοσηλείας ως προς το ότι «η συμπεριφορά των υπαλλήλων εμπνέει εμπιστοσύνη» ( $U=3058, z=-4.096, p<0.001$ ), «οι ασθενείς νοιώθουν ασφαλείς στις συναλλαγές τους με τους εργαζόμενους» ( $U=3232, z=-3.494, p<0.001$ ), «οι εργαζόμενοι είναι συνεπείς και ευγενικοί με τους ασθενείς» ( $U=3107, z=-3.810, p<0.001$ ). Δεν προέκυψαν ωστόσο στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών μεταξύ των ασθενών κλινικής νοσηλείας και εξωτερικών ιατρείων ως προς την υποκατηγορία «οι εργαζόμενοι λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους» ( $U=3737, z=-1.908, p=0.056$ ).

*Πίνακας 18: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της ενσυναίσθησης*

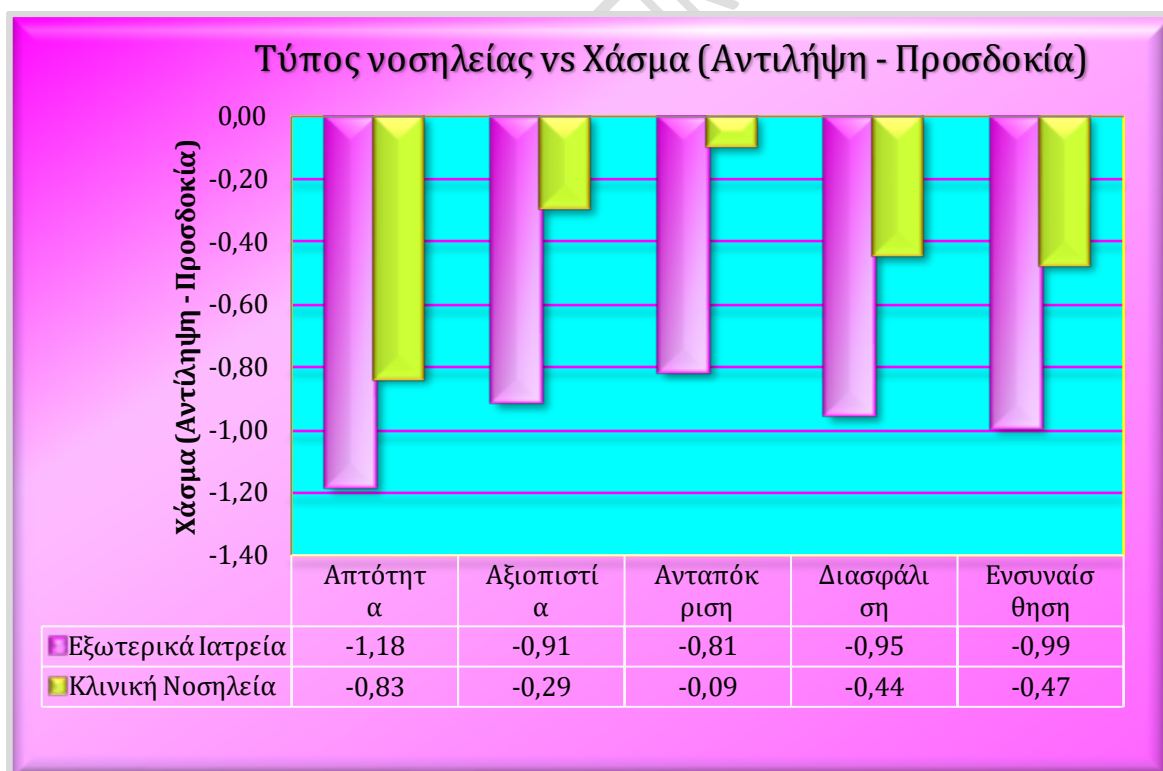
Πίνακας 18: Επίδραση τύπου νοσηλείας στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με τη διάσταση της ενσυναίσθησης			
Διάσταση	Χάσμα (Αντίληψη – Προσδοκία)		p
	Εξωτερικά Ιατρεία (N=133) Mean (SD)	Κλινική νοσηλεία (N=67) Mean (SD)	
Ενσυναίσθηση	-0.99 (1.22)	-0.47 (0.99)	<b>0.004*</b>
<i>Υποκατηγορίες</i>			
Παροχή ατομικής προσοχής	-0.81 (1.37)	-0.16 (0.90)	<b>0.001*</b>
Βολικές ώρες λειτουργίας	-1.16 (1.75)	-0.75 (1.57)	0.154
Κατανόηση και αναγνώριση των αναγκών των ασθενών	-0.92 (1.41)	-0.45 (1.16)	<b>0.012*</b>
Σημασία στο συμφέρον των ασθενών	-1.13 (1.35)	-0.48 (1.31)	<b>0.001*</b>
Κατανόηση των ειδικών αναγκών των ασθενών από το προσωπικό	-0.96 (1.36)	-0.51 (1.21)	<b>0.011*</b>

\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο .05 (2-tailed)

Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών σχετικά με τη διάσταση της «ενσυναίσθησης», μεταξύ των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων και της κλινικής νοσηλείας, με τους ασθενείς κλινικής νοσηλείας να έχουν υψηλότερο βαθμό πληρότητας (μικρότερο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων) συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ( $U=3342, z=-2.898, p=0.004$ ).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον *Πίνακα 18* ο βαθμός πληρότητας των προσδοκιών ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς κλινικής νοσηλείας σε σχέση με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων στις υποκατηγορίες που αφορούσαν την «παροχή ατομικής προσοχής» ( $U=3259, z=-3.382, p=0.001$ ), την «κατανόηση και αναγνώριση των αναγκών των ασθενών» ( $U=3551, z=-2.509, p=0.012$ ), τη «σημασία στο συμφέρον των ασθενών» ( $U=3179, z=-3.475, p=0.001$ ) και την «κατανόηση των ειδικών αναγκών των ασθενών από το προσωπικό» ( $U=33523, z=-2.552, p=0.011$ ). Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο τύπων ασθενών ως προς την υποκατηγορία «βολικές ώρες λειτουργίας» ( $U=3928, z=-1.427, p=0.154$ ).

Στο *Διάγραμμα 24* απεικονίζεται η μέση τιμή του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων ανά κατηγορία ασθενών (εξωτερικά ιατρεία, κλινική νοσηλεία) για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου.



*Διάγραμμα 24: Μέση τιμή του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων ανά κατηγορία ασθενών για κάθε διάσταση*

6.7.6 Επίδραση δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, τόπος κατοικίας, επάγγελμα) στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών.

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση του *φύλου* στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών (χάσμα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών), διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney. Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου σε όλες τις διαστάσεις των υπηρεσιών (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση) έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας μεταξύ των δύο φύλων. Επομένως, το φύλο των ασθενών δε φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες του νοσοκομείου πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών σε καμία από τις πέντε διαστάσεις.

Για τη διερεύνηση της επίδρασης της *ηλικίας* στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, διενεργήθηκε ανάλυση γραμμικής συσχέτισης μέσω του συντελεστή Spearman, μεταξύ των μεταβλητών που εκφράζουν το μέσο χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων στις πέντε διαστάσεις υπηρεσιών (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση) και της μεταβλητής που εκφράζει την ηλικία. Οι έλεγχοι σημαντικότητας του συντελεστή συσχέτισης Spearman ( $r_s$ ) υποδεικνύουν ότι υπάρχει μια «ασθενής» θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του χάσματος στις υποκατηγορίες «αξιοπιστία» ( $r_s=0.319$ ,  $N=200$ ,  $p<0.001$ ), «ανταπόκριση» ( $r_s=0.205$ ,  $N=200$ ,  $p=0.004$ ) και «ασφάλεια» ( $r_s=0.203$ ,  $N=200$ ,  $p=0.004$ ), ωστόσο η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική και στις τρεις υποκατηγορίες (σε επίπεδο σημαντικότητας  $<0.01$ ). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ηλικία είναι μόνο ένας από τους διάφορους παράγοντες που είναι καθοριστικοί για τα επίπεδα του βαθμού πληρότητας των προσδοκιών των ασθενών σε σχέση με την «αξιοπιστία», την «ανταπόκριση» και την «ασφάλεια» των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Η επίδραση της *οικογενειακής κατάστασης* των ασθενών στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών τους διερευνήθηκε με εφαρμογή του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal Wallis για όλες τις διαστάσεις των υπηρεσιών (απτότητα, αξιοπιστία,



ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση). Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων τάξεων του βαθμού πληρότητας τουλάχιστον ενός ζεύγους των ομάδων οικογενειακής κατάστασης, για τις διαστάσεις της «ανταπόκρισης» και της «ενσυναίσθησης».

Πραγματοποιήθηκαν δοκιμές ζεύγους Dunn και στις δύο διαστάσεις (ανταπόκριση και ενσυναίσθηση) για τα έξι ζεύγη ομάδων (διαζευγμένος/η – χήρος/α, διαζευγμένος/η – άγαμος/η, διαζευγμένος/η – έγγαμος/η, χήρος/α – άγαμος/η, χήρος/α – έγγαμος/η, άγαμος/η – έγγαμος/η). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν ενδείξεις ( $p=0.036$ , προσαρμοσμένες με διόρθωση Bonferroni) της διαφοράς του βαθμού πληρότητας των προσδοκιών ως προς την «ανταπόκριση» μεταξύ διαζευγμένων και έγγαμων, με τους διαζευγμένους να έχουν υψηλότερο χάσμα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών ( $Median=-0.5$ ), άρα και χαμηλότερο βαθμό πληρότητας, συγκριτικά με τους έγγαμους ( $Median=-0.25$ ). Επιπλέον, υπήρξαν ενδείξεις ( $p=0.026$ , προσαρμοσμένες με διόρθωση Bonferroni) της διαφοράς του βαθμού πληρότητας των προσδοκιών ως προς την «ενσυναίσθηση», επίσης μεταξύ διαζευγμένων και έγγαμων, με τους διαζευγμένους να έχουν υψηλότερο χάσμα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών ( $Median=-1.2$ ), άρα και χαμηλότερο βαθμό πληρότητας, συγκριτικά με τους έγγαμους ( $Median=-0.4$ ). Δεν υπήρχαν ενδείξεις διαφοράς μεταξύ των άλλων ζευγαριών.

Για τη διερεύνηση της επίδρασης του *μορφωτικού επιπέδου* των ασθενών στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών τους, πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis για όλες τις διαστάσεις των υπηρεσιών (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση). Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό πληρότητας σε καμία από τις πέντε διαστάσεις μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών μορφωτικού επιπέδου. Επομένως, το μορφωτικό τους επίπεδο, δε φαίνεται να επιδρά στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες του νοσοκομείου πληρούν τις προσδοκίες τους.

Προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση του *τόπου κατοικίας* των ασθενών στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών τους, διεξήχθη μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis σε όλες τις διαστάσεις της υπηρεσίας (απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση και ενσυναίσθηση). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας οποιασδήποτε από τις πέντε διαστάσεις μεταξύ ασθενών από διαφορετικούς

τόπους κατοικίας. Ως εκ τούτου, ο τόπος κατοικίας δεν φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό στον οποίο οι νοσοκομειακές υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους.

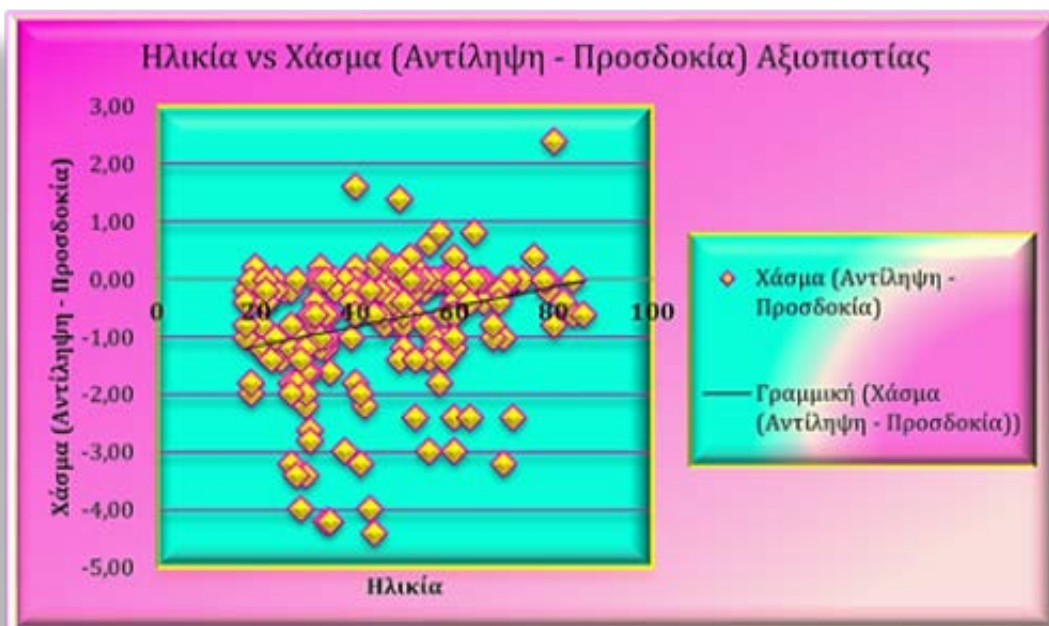
Για να διερευνηθεί η επίδραση του *επαγγέλματος* στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών (χάσμα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών), διενεργήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis. Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου σε όλες τις διαστάσεις των υπηρεσιών («απτότητα», «αξιοπιστία», «ανταπόκριση», «διασφάλιση», «ενσυναίσθηση») έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας μεταξύ των διαφορετικών επαγγελμάτων. Ως εκ τούτου, το επάγγελμα των ασθενών δε φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες του νοσοκομείου πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών σε καμία από τις πέντε διαστάσεις.

*Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των υποκατηγοριών "Αξιοπιστία", "Ανταπόκριση" και "Ασφάλεια"*

Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης Spearman μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και των υποκατηγοριών «αξιοπιστία», «ανταπόκριση» και «ασφάλεια»			
Χάσμα (Αντίληψη – Προσδοκία)			
	Αξιοπιστία	Ανταπόκριση	Ασφάλεια
Ηλικία	0.319*	0.205*	0.203*

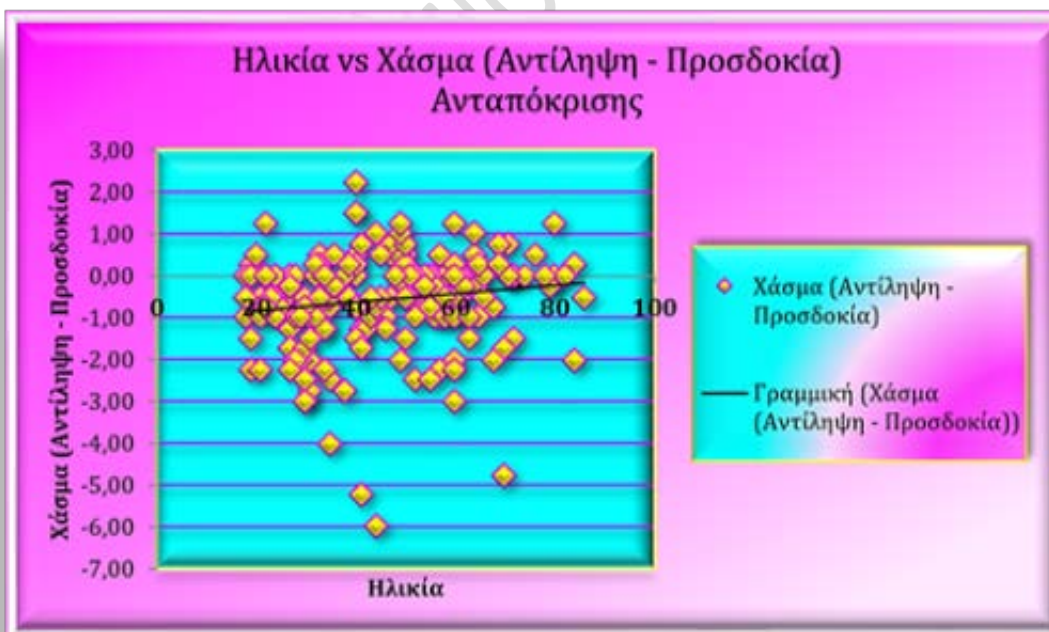
\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο .01 (2-tailed)

Διάγραμμα 25: Ηλικία vs Χάσμα (Αντίληψη - Προσδοκία) Αξιοπιστίας



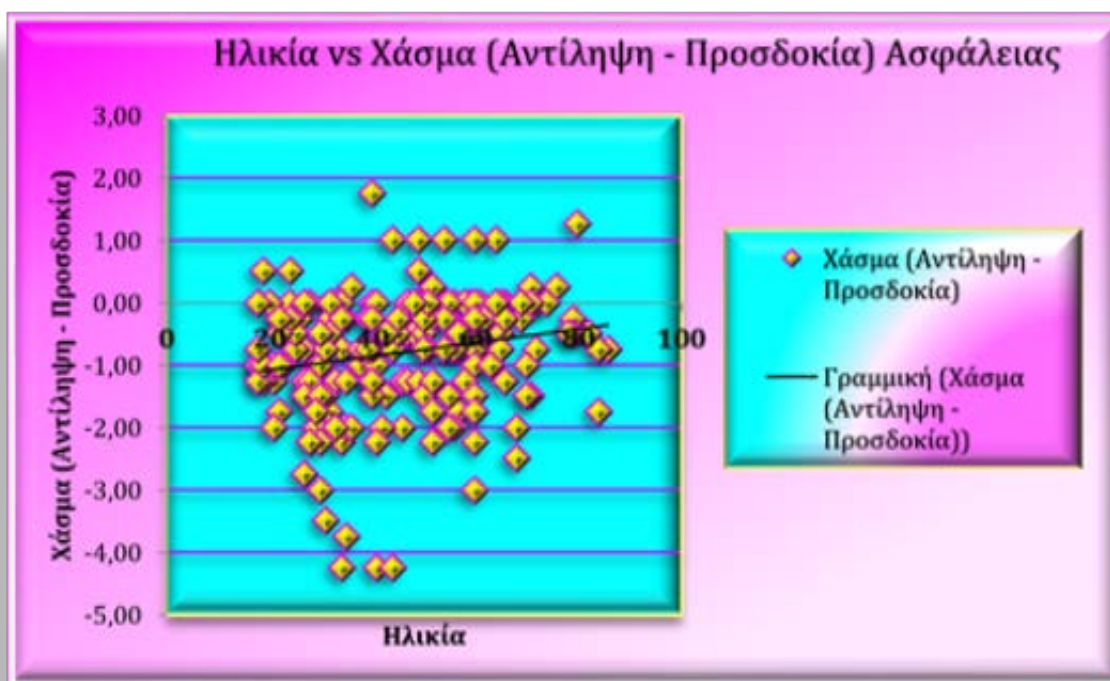
Διάγραμμα 25: Διάγραμμα σημείων 200 ατόμων, που απεικονίζει τη σχέση μεταξύ της ηλικίας και του χάσματος (αντίληψη – προσδοκία) της «αξιοπιστίας»

Διάγραμμα 26: Ηλικία vs Χάσμα (Αντίληψη - Προσδοκία) Ανταπόκρισης



Διάγραμμα 26: Διάγραμμα σημείων 200 ατόμων, που απεικονίζει τη σχέση μεταξύ της ηλικίας και του χάσματος (αντίληψη – προσδοκία) της «ανταπόκρισης»

Διάγραμμα 27: Ηλικία vs Χάσμα (Αντίληψη - Προσδοκία) Ασφάλειας



Διάγραμμα 27: Διάγραμμα σημείων 200 ατόμων, που απεικονίζει τη σχέση μεταξύ της ηλικίας και του χάσματος (αντίληψη – προσδοκία) της «ασφάλειας»

#### 6.7.7 Συσχετίσεις χασμάτων αντιλήψεων – προσδοκιών

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης των χασμάτων κάθε διάστασης με τα χάσματα των υπολοίπων διαστάσεων με χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman's Rho. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 20.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικά ισχυρές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των χασμάτων αντιλήψεων-προσδοκιών των διαστάσεων του SERVQUAL με εξαίρεση τις συσχετίσεις μεταξύ των χασμάτων: (i) απτότητα-ανταπόκριση, (ii) απτότητα-ασφάλεια, οι οποίες ήταν στατιστικά σημαντικές μέτριες θετικές (0.590 και 0.576 αντίστοιχα). Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των χασμάτων: (i) αξιοπιστία - ανταπόκριση, (ii) ασφάλεια - ενσυναίσθηση και (iii) ανταπόκριση-ενσυναίσθηση (0.777, 0.732 και 0.729 αντίστοιχα).

Πίνακας 20: Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman's Rho μεταξύ των χασμάτων αντιλήψεων-προσδοκιών των διαστάσεων του SERVQUAL (n = 200).

Πίνακας 20	Χάσμα απότητας	Χάσμα αξιοπιστίας	Χάσμα ανταπόκρισης	Χάσμα ασφάλειας	Χάσμα ενσυναίσθησης
Χάσμα απότητας	1.000	0.632**	0.590**	0.576**	0.638**
Χάσμα αξιοπιστίας	0.632**	1.000	0.777**	0.697**	0.686**
Χάσμα ανταπόκρισης	0.590**	0.777**	1.000	0.695**	0.729**
Χάσμα ασφάλειας	0.576**	0.697**	0.695**	1.000	0.732**
Χάσμα ενσυναίσθησης	0.638**	0.686**	0.729**	0.732**	1.000

\*\*Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο 0.01 (2-tailed)

## 6.8 Συζήτηση

Η ποιότητα στην υγεία έχει ταυτιστεί με την ικανοποίηση των χρηστών από την παροχή αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών χαμηλού κόστους. Η αποτύπωση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί, διεθνώς, έναν διαχρονικά χρησιμοποιούμενο και έγκυρο δείκτη για την αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύοντας τις αδύναμες πτυχές της. Η ικανοποίηση των χρηστών ως άρρηκτα συνδεδεμένη με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, συνιστά πηγή ανάδρασης του υγειονομικού συστήματος από τους χρήστες, που μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση των δυσλειτουργιών καθώς και στην υλοποίηση βελτιωτικών παρεμβάσεων και μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους υγειονομικούς φορείς.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, αποκαλύπτει ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», σύμφωνα με την αξιολόγηση των ασθενών, παρουσιάζει έλλειμμα, αφού δεν ανταποκρίνεται στις αντίστοιχες προσδοκίες τους. Η μη ικανοποίηση των χρηστών επιβεβαιώνεται από την παρουσία αρνητικών κενών μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων και στις πέντε εξεταζόμενες

διαστάσεις ποιότητας του ερευνητικού εργαλείου «SERVQUAL», καθώς και σε όλα τα επιμέρους ερωτήματά τους, με αρνητικό Συνολικό Κενό (-0.788), που αντικατοπτρίζει τη παροχή χαμηλότερου επιπέδου ποιότητας από το αναμενόμενο. Εντούτοις, είναι απαραίτητο να τονιστεί, ότι σπανίως η εντύπωση που αποκομίζουν οι ασθενείς, επισκιάζει τις προσδοκίες τους. Αυτό συμβαίνει λόγω της αδιάληπτης προσμονής, για υψηλότερο επίπεδο παροχής υπηρεσιών από τους υγειονομικούς φορείς. Για το λόγο αυτό η καλύτερη ποιότητα υποδηλώνεται μέσα από τα μικρότερα αρνητικά κενά, που προσεγγίζουν τη τιμή μηδέν. Όσο πιο πολύ, η μέση τιμή του αρνητικού κενού ανά διάσταση αξιολόγησης πλησιάζει το μηδέν, τόσο πιο υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υφίσταται στη διάσταση αυτή, που προσεγγίζει το ιδανικό.

Τα παραπάνω ευρήματα εναρμονίζονται με αντίστοιχα αποτελέσματα ενός εκτεταμένου εύρους προγενέστερων ερευνών εκτίμησης της ποιότητας, βάσει της ικανοποίησης των χρηστών, εφαρμόζοντας τη μεθοδολογία «SERVQUAL», τόσο από το διεθνές ερευνητικό στερέωμα, με χαρακτηριστικά παραδείγματα των Anderson & Zwingling (1996) στο Τέξας των ΗΠΑ, των Youssef, Nel & Bovaird (1996) και της Sewell (1997) στο Ηνωμένο Βασίλειο, των Lim & Tang (2000) στη Σιγκαπούρη, των Rohini & Mahadevappa (2006) στην Ινδία, των Butt & de Run (2010) στη Μαλαισία, του Purcarea et al. (2013) στη Ρουμανία, των Manulik, Rosińczuk & Karniej (2016) στη Πολωνία, των Fatima, et al. (2017), στο Πακιστάν, του Došen et al. (2020), στη Κροατία, όσο και από την Ελληνική επικράτεια, όπως του Χρίστογλου (2005), του Christoglou et al. (2006), του Θωμόγλου (2006), της Karassavidou et al. (2009), των Papanikolaou & Zygiaris (2012), της Σαράντη (2016) και της Βαφείδου (2017). Η αρνητική βαθμολογία για όλες τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα περισσότερα υγειονομικά συστήματα, αναδεικνύει την ύπαρξη περιθωρίων αναβάθμισης της ποιότητας σύμφωνα με τις απαιτήσεις των ασθενών, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη άμεσης εφαρμογής βελτιωτικών μέτρων.

Όσον αφορά τη παρούσα μελέτη, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως, ενώ η βαθμολογία των κενών ήταν αρνητική για όλα τα ερωτήματα των ποιοτικών διαστάσεων (της «απότητας», της «αξιοπιστίας», της «ανταπόκρισης», «διασφάλισης» και της «ενσυναίσθησης»), η μέση τιμή της αντίληψης των ασθενών για κάθε μία από τις διαστάσεις της ποιότητας, διαμορφώθηκε σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο συγκριτικά με την ουδέτερη τιμή [4] της προσμετρούμενης κλίμακας μέτρησης [1-7], ενώ και η τιμή

του αρνητικού Συνολικού Κενού (-0.788), εμφανίζεται πολύ χαμηλότερη συγκριτικά με αντίστοιχων ερευνών, όπως της Karassavidou et al (2009) και της Βαφείδου (2017) στις οποίες καταγράφηκε συνολικό αρνητικό κενό -1.516 και -1.514 αντίστοιχως. Η διαπίστωση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, διότι γίνεται αντιληπτό, ότι το έλλειμμα ποιότητας που προκύπτει, σχετίζεται με τις ιδιαίτερα υψηλές προσδοκίες των ασθενών (οι οποίες έλαβαν τιμές >6 και για τα 22 ζεύγη ερωτημάτων) για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες που έλαβαν <sup>11</sup>. Οι υψηλές αυτές προσδοκίες, δικαιολογούνται από την ιδιόζουσα και πολυσύνθετη φύση των υπηρεσιών υγείας, για τις οποίες υπάρχει μηδενική ανοχή λάθους εν συγκρίσει με άλλου είδους υπηρεσίες, με δεδομένο το διακύβευμα της υγείας των ασθενών.

Στον αντίποδα των παραπάνω ευρημάτων εντοπίζονται ερευνητικές μελέτες, των οποίων τα αποτελέσματα φανερώνουν καθολική ικανοποίηση των ασθενών, αφού η μέση αντιληπτή αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών υπερσχύει των προσδοκιών σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας, με παραδείγματα κυρίως από τη διεθνή βιβλιογραφία, όπως των Smith και Engelbrecht (2001) στη Νότια Αφρική, του Sohail (2003) στη Μαλαισία και των Jabnoun, Juma & Al Rasasi το (2005) στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, όπου αναδεικνύεται η εμπιστοσύνη των ασθενών για το σύστημα υγείας της χώρας τους και η παροχή πλήρως εκσυγχρονισμένων και αναβαθμισμένων υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, με ταυτόχρονο χαμηλό κόστος. Αντίστοιχα, η πρόσφατη έρευνα των Παπαγεωργίου και συν (2019) στη Θεσσαλονίκη, κατέδειξε την εκπλήρωση των προσδοκιών αναφορικά με την παρεχόμενη ποιότητα, αφού οι τέσσερις από τις πέντε ποιοτικές διαστάσεις εμφάνισαν αμελητέα αρνητική απόκλιση («υλικοτεχνική υποδομή», «διασφάλιση», «ανταπόκριση» και «ενσυναίσθηση»), ενώ η διάσταση της «αξιοπιστίας» έλαβε θετική τιμή.

Αναφορικά με τις διαστάσεις που εμφανίζουν το μεγαλύτερο μέσο αρνητικό κενό, παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των ερευνών. Σε αντίθεση με την έρευνα της Σαράντη (2016), η οποία παρουσίασε τη μικρότερη μέση αρνητική απόκλιση στη διάσταση της «απτότητας» (-0.38), στη παρούσα έρευνα, εμφανίστηκε η μεγαλύτερη μέση αρνητική απόκλιση στη συγκεκριμένη διάσταση (-1.065), εύρημα που ταυτίζεται με αποτελέσματα διεθνών και εγχώριων ερευνών όπως, των Vartiainen και Hart (1996),

<sup>11</sup> Υψηλό σκορ προσδοκιών έχει καταγραφεί στην ερευνητική μελέτη των Taner & Antony (2006), ενώ εξαιρετικά υψηλές προσδοκίες εκδήλωσαν και οι ασθενείς στην έρευνα της Βαφείδου (2017).

των Taner & Antony (2006) (όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομεία), των Purcarea et al. (2013) που καταγράφηκε υψηλό αρνητικό κενό (-2.02), των Fatima et al. (2017), του Χρίστογλου (2005), των Christoglou et al. (2006), αναδεικνύοντας την υφιστάμενη χαμηλή ποιότητα κυρίως του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και των κτηριακών υποδομών (των οποίων τα αρνητικά κενά έλαβαν τιμές -1.58 και -1.49 αντίστοιχα), και σε μικρότερο ποσοστό όσον αφορά την οπτική ελκυστικότητα των ιατρικών εργαλείων (τακτοποίηση και καθαριότητα) και την επαγγελματική εμφάνιση των εργαζομένων (ομοιομορφία και καθαριότητα). Το εύρημα αυτό φανερώνει την δυσαρέσκεια των ασθενών ως προς τον ξενοδοχειακό και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, την επάρκεια, την οργάνωση και τις συνθήκες των χώρων αναμονής, των θαλάμων νοσηλείας και των ιατρείων κλπ. Το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών αφορούσε το χαρακτηριστικό του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, που προκύπτει από την αδυναμία αντικατάστασης και εκσυγχρονισμού του υφιστάμενου, λόγω της κρατικής υποχρηματοδότησης - ιδιαίτερα κατά την οικονομική ύφεση της τελευταίας δεκαετίας. Εντούτοις, πολλές βελτιωτικές παρεμβάσεις βασίζονται στη σημαντική συνεισφορά της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Αντίστοιχα, χαμηλή ικανοποίηση προέκυψε και για τις κτηριακές υποδομές του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» οι οποίες όντας κατασκευασμένες στα πρότυπα του προηγούμενου αιώνα, μετρούν πάνω από 110 χρόνια ζωής· σ' αυτό το χρονικό διάστημα, αν και έχουν πραγματοποιηθεί επανειλημμένες προσπάθειες συντήρησης, ανακαίνισης και αναδιαμόρφωσης των χώρων του νοσοκομείου- δεδομένου ότι διεξάγονται αποσπασματικά, χωρίς εμπειριστατωμένο σχεδιασμό και με ολοένα μειωμένους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους - δεν έχει επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικής και αισθητικής επάρκειας των κτηριακών εγκαταστάσεων, ενώ απέχουν σημαντικά από τη συγκρότηση μιας υποδειγματικής κτηριακής υποδομής υπηρεσιών υγείας. Τέλος, οι σχετικά χαμηλές τιμές των αρνητικών κενών που αφορούν τα χαρακτηριστικά της οπτικής ελκυστικότητας των ιατρικών εργαλείων (τακτοποίηση και καθαριότητα) και της επαγγελματικής εμφάνισης των εργαζομένων (ομοιομορφία και καθαριότητα), φανερώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ως προς αυτά τα χαρακτηριστικά.

Το αμέσως χαμηλότερο μέσο αρνητικό χάσμα ποιότητας (-0,82) καταγράφηκε στη διάσταση της «ενσυναίσθησης» και συγκεκριμένα ως προς την εξεταζόμενη πτυχή του



βολικού ωραρίου λειτουργίας για την πρόσβαση των ασθενών στο νοσοκομείο (19<sup>ο</sup> ζεύγος ερωτημάτων, -1.02), ενώ, οι έρευνες, της Lam (1997), των Papanikolaou & Zygiaris (2012) και της Σαράντη (2016) την κατέδειξαν ως τη διάσταση με τη μεγαλύτερη αρνητική απόκλιση μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών. Η δυσαρέσκεια που προέκυψε ως προς το 19<sup>ο</sup> ζεύγος ερωτημάτων, θα μπορούσε να αναζητηθεί στη χρονική συγκυρία της πανδημίας COVID-19 η οποία αποτέλεσε ισχυρό απορρυθμιστικό παράγοντα της υγειονομικής περίθαλψης, μειώνοντας την ευελιξία του προϋπάρχοντος ωραρίου υποδοχής των ασθενών, λόγω των σχετικών οδηγιών που δόθηκαν για τον περιορισμό πρωϊνών και απογευματινών προγραμματισμένων τακτικών ιατρικών σε ποσοστό 70-80%, προκειμένου να προληφθεί ο κίνδυνος διασποράς του κορωνοϊού. Στη πραγματικότητα, για μεγάλο χρονικό διάστημα υπολειπούνταν τα πρωϊνά και απογευματινά εξωτερικά ιατρεία (σε όλη τη διάρκεια της έρευνας), μειώνοντας την δυνατότητα πρόσβασης των ασθενών σε σχέση με την προ πανδημίας εποχή, προκαλώντας μειωμένη ικανοποίηση. Επιπρόσθετα, τα αρνητικά κενά που προέκυψαν για τα ζεύγη ερωτημάτων 20, 21 και 22 και σε μικρότερο βαθμό για το ζεύγος ερωτημάτων 18 που σχετίζεται με τη παροχή εξατομικευμένου ενδιαφέροντος, οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στον υψηλό φόρτο εργασίας, τη ψυχική φόρτιση, το εργασιακό άγχος, καθώς και το πλήθος πρωτόγνωρων στρεσογόνων καταστάσεων και παραγόντων που κλήθηκαν να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας εν μέσω πανδημίας κ.ά., πυροδοτώντας ποικίλες αντιδράσεις εκ μέρους των εργαζομένων και πλήττοντας την κοινωνικοσυναισθηματική τους ικανότητα να ενδυναμώνουν τους ασθενείς, αλλά και να κατανοούν τις εξατομικευμένες ανάγκες και αντιλήψεις τους, και κατ' επέκταση την επικοινωνία και την ποιότητα της σχέσης τους. Η καλλιέργεια της δεξιότητας της «ενσυναίσθησης» συχνά δεν εμπεριέχεται στα προγράμματα εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού, εντούτοις μπορεί να ενδυναμωθεί με επιμονή και προσπάθεια, ως απαραίτητο συστατικό ενός ασθενοκεντρικού μοντέλου φροντίδας, μέσω του οποίου διασφαλίζονται τα δικαιώματα και οι ανάγκες των ασθενών.

Η τρίτη κατά σειρά υψηλότερη μέση αρνητική απόκλιση (-0.78) προσδοκίας-αντίληψης καταγράφηκε στη ποιοτική διάσταση της «διασφάλισης». Μάλιστα, το 17<sup>ο</sup> ζεύγος ερωτημάτων έλαβε το υψηλότερο αρνητικό χάσμα (-1.44), αφού σύμφωνα με την αξιολόγηση των ασθενών, το προσωπικό του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» δεν λαμβάνει την απαιτούμενη υποστήριξη από τη Διοίκηση, προκειμένου να επιτελεί ορθά

και με επάρκεια τα καθήκοντά του. Σε αντιδιαστολή με τις μελέτες των Rohini & Mahadevappa (2006), των Butt και de Run (2010) και των Đurđana Ozretić Došen, Vatroslav Škare, Vesna Čerfalvi, Željka Benceković και Tanja Komarac (2020), στις οποίες σημειώθηκε το μικρότερο αρνητικό κενό προσδοκίας-αντίληψης για τη διάσταση της «διασφάλισης», οι έρευνες των Huei-Ming Ma et al (2001), των Christoglou et al (2006) και της Βαφείδου (2017) κατέγραψαν το υψηλότερο μέσο αρνητικό κενό ποιότητας στη συγκεκριμένη διάσταση. Το αρκετά υψηλό αρνητικό χάσμα που προέκυψε στη μελέτη μας για το 17<sup>ο</sup> ζεύγος ερωτημάτων, υποδεικνύει την έλλειψη δέσμευσης της Διοίκησης του νοσοκομείου και την ανεπάρκειά της να παρέχει ικανοποιητικά εφόδια και κίνητρα στους εργαζομένους, ώστε να αντεπεξέρχονται στα απαιτητικά καθήκοντά τους, υπό παρατεταμένα αντίξοες συνθήκες: η διάθεση ανθρωπίνων πόρων του νοσοκομείου (νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε νοσοκομεία πρώτης γραμμής) για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών της πανδημίας, η χρήση της άδειας ειδικού σκοπού από ένα σημαντικό ποσοστό εργαζομένων, η παρατεταμένη απουσία του νοσούντος υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού, η ανάκληση των αδειών, και η εφαρμογή αυστηρών πρωτοκόλλων από τους εργαζόμενους για την αποφυγή της διασποράς του κορωνοϊού, προκάλεσαν εντατικοποίηση της εργασίας, αύξηση των εντάσεων και συγκρούσεων μεταξύ των εργαζομένων, μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και εργασιακό στρες, με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης. Η παροχή κινήτρων και η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού (μέσα από τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας καθώς και της οικονομικής του υποστήριξης), συνιστά βασικό πυλώνα στήριξης του υγειονομικού συστήματος, ιδιαίτερα σε κρίσιμες περιόδους, με σκοπό την παροχή αξιόπιστης, ευέλικτης και κυρίως ποιοτικής περίθαλψης. Ωστόσο, διαφαίνεται από τις μικρές αρνητικές αποκλίσεις στα ζεύγη ερωτημάτων 14, 15 και 16 της διάστασης της «διασφάλισης» (παρά τις ιδιαίτερα υψηλές προσδοκίες των ασθενών) ότι το ανθρώπινο δυναμικό καταφέρνει να ανταποκρίνεται αξιοπρεπώς και σε ικανοποιητικό βαθμό, αν και όχι πλήρως, γεγονός που είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρο, με δεδομένη την ανεπάρκεια στήριξης από την Διοίκηση.

Το τέταρτο κατά φθίνουσα σειρά μεγαλύτερο μέσο αρνητικό χάσμα καταγράφηκε στη διάσταση της «αξιοπιστίας» (-0.704), ενώ η μεγαλύτερη επιμέρους αρνητική απόκλιση (-0.77) εντοπίστηκε στα χαρακτηριστικά που αφορούσαν τη δράση σύμφωνη

με τις υποσχέσεις και τη παροχή σωστών υπηρεσιών από την αρχή ( 5<sup>ο</sup> & 7<sup>ο</sup> ζεύγος ερωτημάτων). Μια σειρά από μελέτες έχουν καταγράψει το μεγαλύτερο μέσο αρνητικό χάσμα στη διάσταση της «αξιοπιστίας», όπως στη περίπτωση των Taner & Antony (2006) όσον αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία, των Butt και de Run (2010) και των Mohebifar, Hasani, Barikani και Rafiei (2016), σε αντίθεση με τη μελέτη των Matthew Huei-Ming Ma, Kuo-Piao Chung, Chung-Liang Shih, Arthur Hsueh, Jia-Yu Jin και Wen-Jone Chen (2001), που στη περίπτωση της «αξιοπιστίας» δεν εμφανίστηκε κενό, καθώς οι αντιλήψεις ταυτίζονταν με τις προσδοκίες, και των Παπαγεωργίου και συν (2019), όπου σημειώθηκε αμελητέα θετική τιμή χάσματος, η οποία φανερώνει την πλήρη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι τιμές του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων για τις πέντε υποκατηγορίες της «αξιοπιστίας» στην έρευνά μας είναι αρκετά μικρές, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν αποκλίνουν ιδιαίτερα από τις αντιλήψεις τους στις διάφορες υποκατηγορίες. Επιπλέον, η μέση αντίληψη των ασθενών σχετικά με την «αξιοπιστία» των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου ήταν πολύ ικανοποιητική (6.09) και αρκετά πάνω από τη μέση τιμή [4] της προσμετρούμενης κλίμακας μέτρησης [1-7], σε σύγκριση με την αντίστοιχη μέση προσδοκία που διαμορφώθηκε σε πολύ υψηλό επίπεδο (6.79). Το γεγονός ότι προέκυψε χαμηλότερη αντιληπτή ποιότητα από το αναμενόμενο στη διάσταση της «αξιοπιστίας» και σε όλα τα επιμέρους χαρακτηριστικά της, θα μπορούσε να αποδοθεί στην γενικότερη έλλειψη ετοιμότητας, διεκπεραιωτικής ικανότητας, οργανωτικότητας, τήρησης χρονοδιαγράμματος για την ολοκλήρωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και καθώς και ανεπάρκεια διατμηματικής συνεργασίας και της οργανωσιακής διαλειτουργικότητας των τμημάτων, που συχνά χαρακτηρίζει τους δημόσιους οργανισμούς υγείας. Ταυτόχρονα, αναδεικνύεται το ζήτημα της υποστελέχωσης και της ανάγκης για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, ώστε να επιτυγχάνεται η έγκυρη και έγκαιρη παροχή των υπηρεσιών.

Τέλος, το χαμηλότερο μέσο αρνητικό κενό καταγράφηκε στη διάσταση της «ανταπόκρισης» (-0.57), εύρημα που ταυτίζεται με την έρευνα των Mohebifar, Hasani, Barikani και Rafiei (2016), και των Fatima et al (2017), εν αντιθέσει με την μελέτη των Lim & Tang (2000) και της Σαράντη (2016) στην οποία σημειώθηκε το μεγαλύτερο αρνητικό κενό. Η βαθμολογία του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των

αντίληψεων των ασθενών ήταν αρνητική και στις τέσσερις υποκατηγορίες (ενημέρωση των ασθενών, γρήγορη παροχή υπηρεσιών, παροχή βοήθειας με προθυμία, άμεση ανταπόκριση) της διάστασης της «ανταπόκρισης». Το γεγονός αυτό αποκαλύπτει ότι οι προσδοκίες των ασθενών υπερβαίνουν την αντίληψή τους όσον αφορά στις πτυχές της ανταπόκρισης του προσωπικού του νοσοκομείου. Ωστόσο, οι τιμές του χάσματος μεταξύ προσδοκιών και αντίληψεων για τα τέσσερα χαρακτηριστικά της διάστασης της «ανταπόκρισης» είναι αρκετά μικρές, γεγονός που φανερώνει ότι δεν υφίσταται σημαντική απόκλιση ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών. Επιπλέον, η μέση αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ανταπόκριση του προσωπικού ήταν πολύ ικανοποιητική (6.03) και αρκετά πάνω από τη μέση τιμή (4) της προσμετρούμενης κλίμακας μέτρησης (1-7), γεγονός που σημαίνει ότι δεν προκύπτει σημαντική δυσαρέσκεια. Το μεγαλύτερο χάσμα (-0.75) για τη διάσταση της «ανταπόκρισης» εντοπίστηκε στο 11<sup>ο</sup> ζεύγος ερωτημάτων, στο χαρακτηριστικό της γρήγορης παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς, αποκαλύπτοντας, όπως και στη διάσταση της «ενσυναίσθησης», ότι η υποστελέχωση των τμημάτων και η εργασιακή εξάντληση του υφιστάμενου προσωπικού αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αμεσότητα με την οποία παρέχονται οι υπηρεσίες στους ασθενείς.

Όσον αφορά τη διερεύνηση σχετικά με το ποια από τις 5 παραπάνω ποιοτικές διαστάσεις θεωρείται πιο σημαντική για τους ασθενείς, για την αποτίμηση της συνολικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, διαπιστώθηκε ότι θεωρείται με σειρά προτεραιότητας ως πιο σημαντική η διάσταση της «διασφάλισης» και τα χαρακτηριστικά της «υπάλληλοι με γνώσεις, με καλούς τρόπους, και με ικανότητα να εμπνέουν εμπιστοσύνη» με μέση τιμή βάρους διάστασης 22.75, ακολουθούμενη από τις διαστάσεις της «αξιοπιστίας» με μέση τιμή βάρους διάστασης 22.45, της «ενσυναίσθησης», της «ανταπόκρισης», με τελευταία τη διάσταση της «απτότητας» και τα χαρακτηριστικά της «εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου, εξοπλισμός και προσωπικό», με μέση τιμή 16.98, η οποία αποτελεί τον λιγότερο καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση της αντίληψης των ασθενών για τη συνολική ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός». Η διάσταση της «διασφάλισης» έχει παρουσιαστεί ως η σημαντικότερη για την εκτίμηση της συνολικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και σε προγενέστερες έρευνες (Anderson και Zwelling, 1996; Sewell, 1997), ενώ στην μελέτη των Đurđana

Ozretić Došen, Vatroslav Škare, Vesna Čerfalvi, Željka Benceković και Tanja Komarac (2020) παρουσιάστηκε όμοια κατάταξη σημαντικότητας των διαστάσεων με μια αντιστροφή της 4<sup>ης</sup> «ανταπόκρισης» με την 3<sup>η</sup> θέση «ενσυναίσθηση». Η ιεράρχηση αυτή των ποιοτικών διαστάσεων, αναδεικνύει την ανάγκη των ασθενών για μια ανθρωποκεντρική και ταυτόχρονα ολιστική προσέγγιση φροντίδας, που θα καλύπτει τόσο τις βιολογικές όσο και ψυχο-κοινωνικές ανάγκες τους, φανερώνοντας τον αντίκτυπο των επαγγελματιών υγείας στην διαμόρφωση της γνώμης των ασθενών για την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών. Οι ασθενείς προσερχόμενοι στο νοσοκομείο, επιζητούν κατά κύριο λόγο, επαγγελματίες υγείας με υψηλή κατάρτιση και εκπαίδευση που θα τους προσφέρουν έγκυρες και τελεσφόρες θεραπευτικές λύσεις στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, ενώ ταυτόχρονα η επίδειξη ευγένειας και σεβασμού από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, ευνοούν την οικοδόμηση μίας θετικής σχέσης εμπιστοσύνης.

Διερευνώντας τη σχέση ανάμεσα στις πέντε μελετώμενες διαστάσεις ποιότητας, τα αποτελέσματα της ανάλυσης αποκάλυψαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής ισχυρής θετικής συσχέτισης μεταξύ όλων των κενών αντιλήψεων-προσδοκιών των διαστάσεων του «SERVQUAL», με εξαίρεση τις συσχετίσεις ανάμεσα στα κενά: απτότητα-ανταπόκριση και απτότητα-ασφάλεια, στις οποίες παρουσιάστηκε στατιστικά μέτρια σημαντική θετική γραμμική συσχέτιση. Η ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των διαστάσεων: αξιοπιστία-ανταπόκριση, ασφάλεια-ενσυναίσθηση και ανταπόκριση-ενσυναίσθηση. Μια πρώτη προσέγγιση των ευρημάτων μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, η έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών σε μία εκ των διαστάσεων, επηρεάζει την ικανοποίησή τους και στις υπόλοιπες διαστάσεις, κατασταλάζοντας σε χαμηλή αντιλαμβανόμενη ποιότητα για τη παρεχόμενη περίθαλψη, καθώς η εμφάνιση υψηλού κενού ποιότητας σε μία εκ των διαστάσεων έχει αντίκτυπο και στη διαμόρφωση υψηλών κενών των υπολοίπων διαστάσεων, συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε και η μελέτη του Manulik et al (2016) καθώς και της Βαφείδου (2017). Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι, η έννοια της ποιότητας θεωρείται ολιστική και αδιαίρετη, και ενώ αποτελείται από ένα σύνολο διαστάσεων που αντιπροσωπεύουν τις ιδιαίτερες πτυχές της, στην ουσία της όμως παραμένει μια ενιαία ολότητα.

Κατά τη διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών σε κάθε ένα από τα μετρούμενα κενά αντίληψης-προσδοκίας των ποιοτικών

διαστάσεων με τη μέθοδο «SERVQUAL» για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο βαθμό πληρότητας ως προς το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο κατοικίας και το επάγγελμα, σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης που φαίνεται ότι επιδρούν στη διαμόρφωση της αντιληπτής ποιότητας από τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, η ανάλυση των αποτελεσμάτων σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας «απτότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση» δεν φανέρωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας μεταξύ των δύο φύλων. Επομένως, το φύλο των ασθενών δε φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες του νοσοκομείου πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών σε καμία από τις πέντε διαστάσεις. Ωστόσο, η έρευνα των Fatima et al (2017), εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας μεταξύ των δύο φύλων σε τουλάχιστον μία εκ των διαστάσεων, ενώ η ερευνητική μελέτη των Paranikolaou & Zygiaris (2012) έχει παρουσιάσει συσχέτιση σε όλες τις ποιοτικές διαστάσεις με το φύλο των ασθενών. Ως προς το χαρακτηριστικό της ηλικίας, προέκυψε ότι υπάρχει μια «ασθενής» θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του χάσματος στις υποκατηγορίες «αξιοπιστία», «ανταπόκριση» και «ασφάλεια», ωστόσο η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική και στις τρεις διαστάσεις  $<0.01$ , ενώ άλλες ερευνητικές μελέτες κατέδειξαν σημαντική θετική συσχέτιση όλων των ποιοτικών διαστάσεων με το χαρακτηριστικό της ηλικίας (Sewell, 1997; Paranikolaou & Zygiaris, 2012). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του βαθμού πληρότητας τουλάχιστον ενός ζεύγους των ομάδων της, ως προς τις διαστάσεις της «ανταπόκρισης» και της «ενσυναίσθησης». Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του βαθμού πληρότητας των προσδοκιών ως προς την «ανταπόκριση» και την «ενσυναίσθηση» μεταξύ διαζευγμένων και έγγαμων, με τους διαζευγμένους να εμφανίζουν υψηλότερο χάσμα μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών και για τις δύο ποιοτικές διαστάσεις, επομένως χαμηλότερο βαθμό πληρότητας σε σχέση με τους έγγαμους, ενώ δεν παρουσιάστηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπολοίπων ζευγαριών. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βαθμό πληρότητας σε καμία από τις πέντε ποιοτικές διαστάσεις μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών μορφωτικού επιπέδου. Επομένως, το μορφωτικό επίπεδο, δε φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες του νοσοκομείου πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών, σε αντίθεση με προγενέστερες

βιβλιογραφικές αναφορές, οι οποίες υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα της επίδρασης του εκπαιδευτικού επιπέδου των ασθενών στη διαμόρφωση της αντίληψης για την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Paranikolaou & Zygiaris, 2012; Fatima et al, 2017). Παρομοίως, δεν προέκυψε για τον τόπο κατοικίας και το επάγγελμα των ασθενών στατιστική σημαντική διαφορά στο βαθμό πληρότητας των προσδοκιών σε καμία από τις πέντε ποιοτικές διαστάσεις μεταξύ ασθενών από διαφορετικούς τόπους ή διαφορετικού επαγγέλματος. Ως εκ τούτου, ο τόπος κατοικίας και το επάγγελμα δεν φαίνεται να επηρεάζουν το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους σε καμία εκ των διαστάσεων.

Τέλος, σημαντικό εύρημα της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοροποίησης στις μέσες τιμές των μετρούμενων χασμάτων μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων των ασθενών για όλες τις ποιοτικές διαστάσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» ανάλογα με τον τύπο νοσηλείας (εξωτερικά ιατρεία, κλινική νοσηλεία). Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι οι ασθενείς κλινικής νοσηλείας είναι περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων ως προς τη διάσταση της «απτότητας». Η διαφορά αυτή οφείλεται στο χαρακτηριστικό που αφορά την «οπτική ελκυστικότητα και τακτοποίηση των εργαλείων», στην οποία προέκυψε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη πληρότητα των προσδοκιών στους ασθενείς κλινικής νοσηλείας συγκριτικά με τους ασθενείς εξωτερικών ιατρείων. Μια πιθανή ερμηνεία για το συγκεκριμένο εύρημα είναι ότι η εξαιρετικά μεγάλη μείωση των εισαγωγών στις κλινικές του νοσοκομείου σε σχέση με προηγούμενα έτη, λόγω της χρονικής συγκυρίας της πανδημίας κατά την οποία οι ασθενείς σταμάτησαν να απευθύνονται στο νοσοκομείο για το πρόβλημα υγείας τους υπό το φόβο της μόλυνσης, αλλά και των αυστηρών οδηγιών και συστάσεων που δόθηκαν από το υπουργείο υγείας για την αποφυγή της διασποράς του ιού, οδήγησε προσωρινά σε μια καλύτερη αναλογία του προσωπικού που ασχολούνταν με τους εσωτερικούς ασθενείς σε σχέση με το προσωπικό που δούλευε στα εξωτερικά ιατρεία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, το προσωπικό των κλινικών σε σχέση με το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων να καταφέρνει να διεκπεραιώνει καλύτερα τα καθήκοντά του, συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας που αφορούσε στη καθαριότητα και τακτοποίηση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται

για τη θεραπεία των ασθενών. Στις υπόλοιπες υποκατηγορίες της διάστασης της «αξιοπιστίας» δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Όσον αφορά τις διαστάσεις της «αξιοπιστίας» και της «ανταπόκρισης», οι ασθενείς της κλινικής νοσηλείας εμφανίστηκαν σε σημαντικό βαθμό πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους εξωτερικούς ασθενείς, καθώς προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις υποκατηγορίες. Ομοίως, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν για τις διαστάσεις της «διασφάλισης» (στις τρεις από τις τέσσερις υποκατηγορίες) και της «ενσυναίσθησης» (στις τέσσερις από τις πέντε υποκατηγορίες) ότι ο βαθμός πληρότητας των προσδοκιών ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς κλινικής νοσηλείας σε σχέση με τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, που σημαίνει ότι οι εσωτερικοί ασθενείς και σε αυτή τη περίπτωση εμφάνισαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης συγκριτικά με τους εξωτερικούς ασθενείς. Μία εξήγηση που θα μπορούσε να αποδοθεί στην περίπτωση των τεσσάρων υπολοίπων διαστάσεων (αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση και ενσυναίσθηση) για τα ευρήματα που προέκυψαν, βασίζεται στο γεγονός ότι καθώς αυτές αντικατοπτρίζουν τη σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους εργαζόμενους στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, λόγω των μειωμένων εισαγωγών στο νοσοκομείο (για τους λόγους που ειπώθηκαν παραπάνω), επετεύχθη μια πιο ολοκληρωμένη και ικανοποιητική φροντίδα των εσωτερικών ασθενών σε σχέση με την αντίστοιχη των εξωτερικών. Αυτό συνέβη, λόγω μειωμένου φόρτου εργασίας του προσωπικού των κλινικών σε σχέση με το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων, το οποίο κατάφερε να ανταπεξέλθει με πιο ικανοποιητικό και αποτελεσματικό τρόπο στα καθήκοντά του απέναντι στους ασθενείς σε σχέση με το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων. Μια διαφορετική ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι έχει παρατηρηθεί πως οι ασθενείς, όταν νοσηλεύονται, δεν απαντούν με μεγάλο βαθμό ελευθερίας, εκδηλώνοντας υψηλό ποσοστό ικανοποίησης για το έργο και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, λόγω της εξάρτησης που αισθάνονται από αυτούς σε συνδυασμό με την ανησυχία για την έκβαση της ασθένειας.



## 6.9 Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Θα αποτελούσε παράλειψη να μην επισημανθούν ορισμένοι σημαντικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας. Πρόκειται για μια μελέτη η οποία διεξήχθη στη χρονική συγκυρία της πανδημίας COVID-19 (φάση του δεύτερου κύματος), η οποία επέτεινε την προϋπάρχουσα οικονομική κρίση στον Ελλαδικό χώρο, προκαλώντας ταυτόχρονα βαθιά υγειονομική κρίση, που σημαίνει ότι τα αποτελέσματά της δεν είναι δυνατό να απαντήσουν σε προγενέστερες συνθήκες. Επιπρόσθετα, Η επιλογή του δείγματος δεν προέκυψε με συστηματικό τρόπο, για την επίτευξη διαστρωμάτωσης και αντιπροσωπευτικότητας, αλλά με δειγματοληψία ευκολίας, η οποία εισήγαγε ένα συστηματικό σφάλμα επιλογής (selection bias), μην επιτρέποντας τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, τα ευρήματα της έρευνας αφορούν την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», οπότε η γενίκευση των αποτελεσμάτων αφορά μόνο το συγκεκριμένο νοσοκομείο και δεν απηχούν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών στο σύνολο της Ελληνικής επικράτειας.

Για την ενίσχυση της ακρίβειας και εγκυρότητας των αποτελεσμάτων, απαιτείται περαιτέρω έρευνα βάσει διαφορετικού σχεδιασμού δειγματοληψίας που δεν θα επιτρέπει την εμφάνιση δειγματοληπτικού σφάλματος, εφαρμόζοντας ένα συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων που θα εξυπηρετεί την ενδελεχή και εμπειριστατωμένη διερεύνηση επιπρόσθετων μεταβλητών για την κατανόηση και τον προσδιορισμό των προσδοκιών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, και αφορούν την «κατάσταση της υγείας των ασθενών», «τη φύση της νόσου», την «έκβαση της ασθένειας», την «αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού πλάνου» κ.α.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 7.1 Συμπεράσματα-Διοικητικές Υποδείξεις

Το παρόν ερευνητικό εγχείρημα, αξιοποιώντας τη μεθοδολογία «SERVQUAL», κατάφερε να σκιαγραφήσει επιτυχώς το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», μετρώντας την ικανοποίηση των ασθενών, χωρίς να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι τα ευρήματα σαφώς επηρεάστηκαν σημαντικά από τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες του τόπου, την ιδιάζουσα χρονική συγκυρία της πανδημίας COVID-19, τις ανάγκες των πολιτών αλλά και τις προσδοκίες τους για ένα ιδεατό-πρότυπο νοσοκομείο, οι οποίες διαρκώς μεταβάλλονται στο διάβα του χρόνου. Ταυτόχρονα, κατόρθωσε να ανταποκριθεί και σε όλους τους επιμέρους στόχους, απαντώντας στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί.

Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της ερευνητικής μελέτης αποκάλυψαν ότι, η αντίληψη που αποκόμισαν οι ασθενείς για κάθε μία από τις διαστάσεις ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στο Ειδικό Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός» είναι κατώτερη των προσδοκιών τους, αναδεικνύοντας το έλλειμα ικανοποίησης των ασθενών, που αντανάκλα τη παροχή χαμηλότερου επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών από το αναμενόμενο.

Η διάσταση που εμφανίζει το μεγαλύτερο έλλειμα ικανοποίησης και κατ' επέκταση τη χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα, αφορά την «απτότητα» και συγκεκριμένα ως προς τον *ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό* που διαθέτει το νοσοκομείο. Η αμέσως επόμενη διάσταση που φαίνεται να υστερεί ποιοτικά, είναι αυτή της «ενσυναίσθησης» ακολουθούμενη από τη διάσταση της «διασφάλισης» που παρουσιάζει παρόμοιο επίπεδο ποιότητας, με τα σημαντικότερα ζητήματα να αφορούν το *βολικό ωράριο λειτουργίας του νοσοκομείου για τη πρόσβαση των ασθενών και την έλλειψη της απαιτούμενης υποστήριξης του προσωπικού* από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, ώστε να επιτελεί ορθά και με επάρκεια τα καθήκοντά του αντίστοιχα. Η διάσταση της «αξιοπιστίας» εμφάνισε χαμηλότερη δυσαρέσκεια συγκριτικά με τις προηγούμενες διαστάσεις, με τα κυριότερα προβλήματα να εντοπίζονται στα χαρακτηριστικά που

αφορούν τη δράση σύμφωνη με τις υποσχέσεις και τη παροχή σωστών υπηρεσιών από την αρχή, ενώ η χαμηλότερη δυσαρέσκεια καταγράφηκε στη διάσταση της «ανταπόκρισης», και συγκεκριμένα ως προς το χαρακτηριστικό της γρήγορης παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς του νοσοκομείου. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης σε όλες ανεξαιρέτως τις διαστάσεις ποιότητας, με κυριότερες αυτές της «απτότητας» και της «ενσυναίσθησης» στις οποίες αποκαλύφθηκαν τα περισσότερα τρωτά σημεία, με τη διάσταση της «απτότητας» να απαντάται συχνά ως η πιο αδύναμη στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία.

Η μελέτη κατέληξε στη διαπίστωση ότι η έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών ως προς τα χαρακτηριστικά μίας εκ των διαστάσεων ποιότητας, επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίησή τους αντιστοίχως και στις υπόλοιπες διαστάσεις, επιφέροντας χαμηλή αντιλαμβανόμενη ποιότητα ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με τις ισχυρότερες συσχετίσεις να σημειώνονται ανάμεσα στις διαστάσεις «αξιοπιστία-ανταπόκριση», «ασφάλεια-ενσυναίσθηση» και «ανταπόκριση-ενσυναίσθηση». Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να επηρεάζεται, αν και σε αμελητέο βαθμό, από το χαρακτηριστικό της ηλικίας, όσον αφορά τις διαστάσεις της «αξιοπιστίας», «ανταπόκρισης» και της «ασφάλειας». Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι έγγαμοι ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης ως προς τις διαστάσεις της «ανταπόκρισης» και της «ενσυναίσθησης», σε σύγκριση με τους διαζευγμένους ασθενείς.

Τέλος η διάσταση την οποία οι ασθενείς θεωρούν ως πιο σημαντική για την αποτίμηση της συνολικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι αυτή της «διασφάλισης» σε αντίθεση με τη διάσταση της «απτότητας» η οποία αποτελεί τον λιγότερο καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση της αντίληψης των ασθενών για τη συνολική ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κατά τον έλεγχο της αξιοπιστίας όλων των δηλώσεων του ερωτηματολογίου σχετικά με τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών μέσω του δείκτη Cronbach's alpha, διαπιστώθηκε σε γενικές γραμμές ικανοποιητική έως και υψηλή εσωτερική συνοχή των ερωτημάτων, καταδεικνύοντας για ακόμη μια φορά την αξιοπιστία και τη χρησιμότητα της μεθοδολογίας «SERVQUAL» για την αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα δημόσιο οργανισμό όπως, το Ειδικό Νοσοκομείο

Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», αλλά και τη χάραξη πολιτικής από τη πλευρά της διοίκησης.

Τα ευρήματα της ερευνητικής μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν για τη διοίκηση του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» πολύτιμη πηγή άντλησης πληροφοριών προκειμένου να αναβαθμιστεί το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του. Η έρευνα κατέγραψε κενά σε όλες τις ποιοτικές διαστάσεις του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», φανερώνοντας την ύπαρξη περιθωρίων βελτίωσης σε όλους τους τομείς ενώ ταυτόχρονα επισημαίνεται η άμεση ανάγκη για αναβάθμιση της διάστασης της «απτότητας» στην οποία σημειώθηκε το υψηλότερο αρνητικό κενό. Ορισμένες βελτιωτικές παρεμβάσεις αφορούν στα εξής:

Όσον αφορά τη διάσταση της «απτότητας», προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας, απαιτείται τόσο η δέσμευση κονδυλίων υπό τη μορφή κρατικής επιχορήγησης, όσο και ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός παρεμβάσεων με στόχο τη λειτουργική και αισθητική αναβάθμιση των κτηριακών υποδομών και του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Στοχευμένες βελτιωτικές παρεμβάσεις κρίνονται αναγκαίες για ζητήματα, όπως η ανεπάρκεια και η έλλειψη κατάλληλων υποδομών για τη προσβασιμότητα σε άτομα με κινητικές δυσκολίες, η έλλειψη σαφούς σήμανσης για την εύρεση των ιατρείων και των τμημάτων, ο εκσυγχρονισμός του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού των τμημάτων και των κλινικών, ενώ σημαντικά θεωρούνται επίσης η καθαριότητα και η τάξη των εργαλείων και των χώρων του νοσοκομείου καθώς και η ομοιομορφία στην ένδυση του προσωπικού η οποία προσδίδει μια εντύπωση επαγγελματισμού και οπτική ελκυστικότητας. Πέραν της αυτονόητης αξιοποίησης των οικονομικών πόρων που διατίθενται από τα κρατικά και ευρωπαϊκά κονδύλια, είναι σημαντική η συνεισφορά των ευεργεσιών και των δωρεών.

Για την αντιμετώπιση του κενού που παρατηρείται στη διάσταση της «ενσυναίσθησης» απαιτείται μια ασθενοκεντρική προσέγγιση της φροντίδας των ασθενών, προκειμένου να παρέχεται η δυνατότητα στον ασθενή να εκφραστεί σε λειτουργικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο, κάτι το οποίο μπορεί να επιτευχθεί με την εκμάθηση τεχνικών αποτελεσματικής επικοινωνίας, μέσω εξειδικευμένων σεμιναρίων και να ενταχθεί στη διά βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η αποτελεσματικότητα αυτών των σεμιναρίων βασίζεται στη συστηματική εφαρμογή τους

ανά τακτά χρονικά διαστήματα, στον εμπλουτισμό με νεότερα δεδομένα, στην ελκυστικότητα και την επιβράβευση με στόχο να παρέχουν τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να τα παρακολουθούν, και συγχρόνως στην σύγκριση των γνώσεων με το αποτέλεσμα.

Κομβική πολιτική παράλληλη με την αναβάθμιση των κτιριακών εγκαταστάσεων και της ευρύτερης υλικοτεχνικής υποδομής του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» αποτελεί η αναγκαία αύξηση των ατόμων του ανθρωπίνου δυναμικού, το οποίο παρέχει την περίθαλψη για το μείζον αγαθό της υγείας σε κάθε πάσχοντα συνάνθρωπο.

Η επαναλαμβανόμενη έρευνα σε τακτά χρονικά διαστήματα, με την εφαρμογή της μεθοδολογίας «SERVQUAL», συνιστά ένα κύριο διοικητικό εργαλείο λήψης αποφάσεων, καθώς «εντοπίζει» ποια από τις διαστάσεις εμφανίζει διευρυμένο κενό μεταξύ της προσδοκίας και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας, επισημαίνοντας τα αρνητικά σημεία της περίθαλψης. Σε συνδυασμό με άλλα μέσα αξιολόγησης, όπως το blueprint, το balance score, διοικητικά πρωτόκολλα, kano model, θα μπορούσε να αποτελέσει οδηγό για τη χάραξη πολιτικής ενός οργανισμού και συνεπώς την αναβάθμισή του.

Αντίστοιχες παρεμβάσεις είναι αναγκαίο να γίνουν και στις υπόλοιπες διαστάσεις της «αξιοπιστίας», «ασφάλειας» και της «ανταπόκρισης» οι οποίες ενώ εμφάνισαν χαμηλότερο κενό, υπάρχουν περιθώρια βελτιωτικών παρεμβάσεων.

Το Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» το οποίο παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, απαιτείται να παρέχει αναβαθμισμένη ποιότητας περίθαλψης, προκειμένου να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις του υγειονομικού περιβάλλοντος και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών τους. Συνιστά ευθύνη της εκάστοτε ηγεσίας του οργανισμού να εμπνεύσει το όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσα από μια διαδικασία διαρκούς βελτίωσης η οποία θα παρέχει τη δυνατότητα προσαρμογής και αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών, ώστε να ικανοποιούνται οι προσδοκίες των ασθενών.

## *ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**Κ**αλημέρα/καλησπέρα σας, ονομάζομαι Λεμονιά Βορρεάκου και φοιτώ στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας και αφορά τη διερεύνηση των απόψεών σας σχετικά με την εμπειρία που αποκομίσατε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική, αλλά παράλληλα πολύ σημαντική, καθώς τα συμπεράσματα θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου Ανδρέας Συγγρός. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων-ασθενών. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και θα διατεθούν στη γνώση μόνο του ερευνητή και του επιστημονικού υπευθύνου.

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο αποτελεί μεθοδολογικό ερευνητικό εργαλείο σχετικής μελέτης και η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 15 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 22 ζεύγη ερωτήσεων με μία κλίμακα επτά σημείων που κυμαίνεται από «Συμφωνώ απόλυτα»=7 έως «Διαφωνώ Απόλυτα»=1.

- ❖ Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.
- ❖ Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλα τα ερωτήματα, χωρίς την παράλειψη κανενός.
- ❖ Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατή μόνο μία απάντηση.

Η ερευνήτρια παραμένει στη διάθεσή σας καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, για να απαντήσει σε ενδεχόμενες απορίες που έχετε. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο σας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ  
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ & ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ

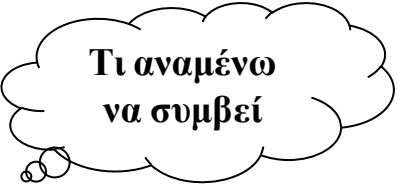
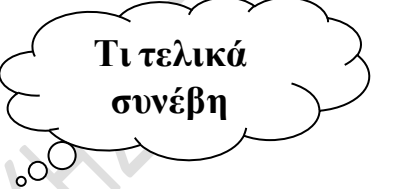
ΕΞ. ΙΑΤΡΕΙΑ  
ΙΑΤΡΕΙΟ \_\_\_\_\_

ΝΟΣΗΛΕΙΑ  
ΚΛΙΝ \_\_\_\_\_

Τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από όσους περνούν την

Ερώτηση-φίλτρο: Είστε άνω των 18 ετών; Ναι  Όχι

Αν είστε κάτω των 18 ετών παρακαλώ μην συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ		ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ	
 <p>Τι αναμένω να συμβεί</p>		 <p>Τι τελικά συνέβη</p>	
<p>Βαθμολογείτε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις προσδοκίες σας για τις υπηρεσίες που θα πρέπει να προσφέρει ένα Νοσοκομείο.</p>		<p>Βαθμολογείτε από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 7 (συμφωνώ απόλυτα) τις αντιλήψεις σας για τις υπηρεσίες που προσφέρει το <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> το οποίο επισκέπτεστε σαν ασθενής.</p>	
(Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας)		(Παρακαλώ βάλτε √ στο κουτάκι της επιλογής σας)	
Διαφωνώ	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Συμφωνώ
Απόλυτα	Μέσος	Απόλυτα	Μέσος
Απόλυτα	Απόλυτα	Απόλυτα	Απόλυτα
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<p><b>(ex1).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν σύγχρονο εξοπλισμό.</p>		<p><b>(pe1).</b> Το <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u>, έχει σύγχρονο εξοπλισμό.</p>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<p><b>(ex2).</b> Οι φυσικές εγκαταστάσεις των Νοσοκομείων (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας, τουαλέτες) θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές.</p>		<p><b>(pe2).</b> Οι φυσικές εγκαταστάσεις του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> που επισκέπτομαι (π.χ. χώρος αναμονής, Ιατρεία, Θάλαμοι νοσηλείας, τουαλέτες), είναι οπτικά ελκυστικές.</p>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<p><b>(ex3).</b> Οι εργαζόμενοι των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.</p>		<p><b>(pe3).</b> Οι εργαζόμενοι του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u>, είναι ομοιόμορφα ντυμένοι και καθαροί.</p>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

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

<b>(ex4).</b> Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση, πρέπει να είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά		<b>(pe4).</b> Τα εργαλεία που χρησιμοποιούν για την θεραπευτική μου αντιμετώπιση είναι πάντα τακτοποιημένα και καθαρά	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex5).</b> Όταν το προσωπικό των Νοσοκομείων υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το κάνει.		<b>(pe5).</b> Όταν το προσωπικό του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> , υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το κάνει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex6).</b> Όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα, το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.		<b>(pe6).</b> Όταν έχω ένα πρόβλημα, το προσωπικό του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> , δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον να το λύσει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex7).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να είναι αξιόπιστα και να παρέχουν από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.		<b>(pe7).</b> Το <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> είναι αξιόπιστο και παρέχει από την αρχή πάντα σωστές υπηρεσίες.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex8).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους τη στιγμή που υποσχέθηκαν να το κάνουν.		<b>(pe8).</b> Το <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> παρέχει τις υπηρεσίες του τη στιγμή που υποσχέθηκε να το κάνει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex9).</b> Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να διατηρούν τα αρχεία τους σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος Ραντεβού, κλπ)		<b>(pe9).</b> Το <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> , διατηρεί τα αρχεία του σωστά (π.χ. Ιατρικός Φάκελος, Ραντεβού, κλπ)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex10).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή.		<b>(pe10).</b> Το προσωπικό του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> με ενημερώνει.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex11).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.		<b>(pe11).</b> Το προσωπικό του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> παρέχει γρήγορες υπηρεσίες στους ασθενείς.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex12).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.		<b>(pe12).</b> Το προσωπικό του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς του.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	
<b>(ex13).</b> Το προσωπικό των Νοσοκομείων πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.		<b>(pe13).</b> Το προσωπικό του <u>Ν. ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ</u> ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και να είναι.	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

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

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

## ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΝΤΩΝ

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

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

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

**29. (Χαμηλό)** Ποιο χαρακτηριστικό είναι το λιγότερο σημαντικό για εσάς; \_\_\_\_\_

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 30. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

### 32. Οικογενειακή κατάσταση

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

### 34. Περιοχή κατοικίας:

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

### 31. Ηλικία.....

### 33. Μορφωτικό επίπεδο

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

### 35. Επάγγελμα

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

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελόπουλος, Μ.Χ. (1994). «*Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις*». Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη.

Αδαμαντίδου Τ. Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 2004: 29-31.

Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι. (1999). «*Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτιπές και Προκλήσεις: Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*», Τόμος Δ, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 31, 39-43.

Αλεξιάδης Δ., Σιγάλας Ι. (1999). «*Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων. Εμπειρίες Τάσεις και Προοπτικές*». ΕΑΠ Πατρών. Πάτρα.

Αλετράς, Β.Ο., Μπασιούρη, Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ.Μ., Νιάκας, Δ.Α. (2009). «*Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1):79-89.

Αλετράς Β.Ο., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007). «*Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατριών οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1):89-96.

Βαρουφάκης, Γ. (1996), *Αρχαία Ελλάδα και Ποιότητα*, Β' Έκδοση. Αίολος. Αθήνα.

Βασταρδή, Μ. (2005), *Ποσοτικές Μέθοδοι Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης & Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πειραιάς.

Βαφειδού, Γ. (2017). «*Αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*». Διπλωματική Εργασία- Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Θεσσαλονίκη.

Βενιού, Α., Τεντολούρης, Ν. (2013), «*Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5):613-618, Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2013-5/pdf/613.pdf>.

Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2012). «*Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατριών στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου*». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6):720-730.

Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (2000), «*Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία*», Θεμέλιο, Αθήνα.

Γούναρης, Σ., 2012. «*Μάρκετινγκ Υπηρεσιών*», Εκδόσεις: Rosili, Αθήνα.

- Γούναρης, Σ. & Καραντινού, Κ. (2014). «*Μάρκετινγκ Υπηρεσιών*», Εκδόσεις: Rosili, Αθήνα.
- Γρηγορούδης, Β. & Σίσκος Γ. (2005). «*Ποιότητα Υπηρεσιών και Μέτρηση Ικανοποίησης του Πελάτη*». Αθήνα: Εκδ. Νέων Τεχνολογιών.
- Δερβιτσιώτης, Κ. (2005), «*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*». Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Δερβιτσιώτης, Κ., Ν. (1999), *Διοίκηση Παραγωγής. Σύγχρονες Προσεγγίσεις*. Αθήνα.
- Ζαβλανός, Μ. (2006), «*Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα*», Αθήνα, Εκδόσεις Σταμούλη.
- Ζαβλανός, Μ. (1998), «*Μάνατζμεντ*». Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Θανασιάς, Ι.Κ., (2019), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3): 347-361.
- Θωμόγλου, Α. (2006), «Χρήση μοντέλων marketing στην περίπτωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών». Διπλωματική Εργασία – Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διατμηματικό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2006.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011), «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών-Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5):667-673.
- Καμπάντα, Μ. & Νιάκας, Δ. (2004). «Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα». *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 21(4):354-362.
- Καμπούτα, Δ. (2002). «*Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις προσδοκίες και αντιλήψεις των ασθενών*». Διπλωματική Εργασία-Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Δημόσια Υγεία, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων. Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2002.
- Καπάκη, Β. (2015), «Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα», Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κόρινθος.
- 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.
- Κεφαλάς, Σ. (1998). «*Η επιχείρηση στον 21ο αιώνα*». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κέφης, Ν.Β. (2005), «*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Θεωρία και Πρότυπα*». Αθήνα, Εκδόσεις: Κριτική.
- Κοράκη, Α. & Πέππας, Χ. (2013). «Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και τεκμηριωμένη ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;». *Περιοδικό της Ιατροχειρουργικής Εταιρίας Κέρκυρας* 1(9):25-31.
- Κοτρώτσιου, Σ., Βαλδούμας, Σ., Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Κατσιάνα, Α. & Παραλίκας, Θ. (2020). «Διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των

παρεχόμενων υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων του γενικού νοσοκομείου Λάρισας». *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(3):1-13.

Κοτσαγιώργη, Ι. και Γκέκα, Κ. (2010). «Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας». *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9(4):398-408.

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.

Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2014). «Προσδοκίες». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Vol. 13(2): 134-143.

Κυριόπουλος, Ι. & Μπεαζόγλου, Τ. (2000). «Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης». In: Κυριόπουλος, Ι., Γεωργούση, Ε. & Μπεαζόγλου, Τ. (eds.) Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία. Αθήνα: Θεμέλιο.

Κωνσταντοπούλου, Α. (2008) «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα». Archive. Διαθέσιμο στο: <http://www.archive.gr>

Κωνσταντοπούλου, Α. (2006), «Η πρόληψη στην Υγεία στην Ελλάδα».

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., (2008), «Μετρώντας την Ποιότητα από την Πλευρά των Χρηστών στις Υπηρεσίες Υγείας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 303-344.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., (2008). «Προσεγγίσεις για τη Βελτίωση της Ποιότητας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 61-92.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008). «Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας». Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Κωσταγιόλας, Π., Πλατής, Χ., Ζήμερας, Σ. (2006). «Διοίκηση Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 23(6):603-614.

Λιονής, Χ. (2011), «Σχέση Ιατρού-Ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία (draft version)», Παν/μιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: <http://doctor-patient.med.uoc.gr/arxeia/simeioseis doctor-patient.pdf>

Λογοθέτης, Ν. (1992). «Μάνατζμεντ Ολικής ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC». Interbooks. Αθήνα TQM Hellas.

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.

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



Μερκούρης Α. (1996). «*Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*». Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Μιχαηλίδου, Λ., 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. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3):106-120.

Μποχώρης, Γ. (2008). Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής ποιότητας. Στο: «*Μποχώρης Γ. Διοίκηση Ολικής ποιότητας και Διαχείριση περιβάλλοντος*», Α' τόμος. Πάτρα Ε.Α.Π.

Νιάκας, Δ. & Γναρδέλλης, Χ (2000). «*Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας*». *Ιατρική*, 77:464-470.

Παπαγεωργίου, Α., Γαλάνης, Π., Παπανικολάου, Β., Σκίτσου, Α., Καϊτελίδου, Δ. & Χαραλάμπους, Γ. (2020). «*Αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς*». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3):361-366.

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008). «*Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1):73-82.

Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς, Ν. (2012). «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της*». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4):480-488.

Παπανικολάου, Β. (2007). «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*». Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση, σελ. 373-374/379/387-395.

Παπανικολάου, Β. (2007). «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές-Μέθοδοι και Εφαρμογές*». Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση, σελ. 121-125.

Παπανικολάου, Β. (2006). «*Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών*» Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδ. Θεμέλιο.

Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1994). «*Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Η εφαρμογή του μανάτζμεντ ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας*». *Πρακτικά Συνεδρίου*, Θεσσαλονίκη, σελ. 181-206.

Πιερράκος, Γ. & Τομάρας, Π. (2009). «*Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας*». *Νοσηλευτική*, 48(1):105-114.

Πιερράκος, Γ. (2008). «*Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας & Τοπική Κοινωνία*». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Πιερράκος, Γ. & Υφαντόπουλος, Ι. (2007). «*Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6):578-582.

Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Μπαμίδης, Π., Νιάκας, Δ. (2009). «Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία». *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4):42-52.

Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ. (2007) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19(1):10-19.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι. (2005). «Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική». *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 22(3):284-295.

Ραφτόπουλος, Β., Οικονομοπούλου, Χ. (2003). «Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας». *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48(2): 84-94.

Ραφτόπουλος, Β.Γ. (2002). Διδακτορική Διατριβή με θέμα: «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας». ΕΚΠΑ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Ειδίκευση: Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, 2002.

Σαράντη, Ε. (2016). «*Η μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης ασθενών της Α΄ Πανεπιστημιακής Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκης*». Διπλωματική Εργασία-Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2016.

Σιγάλας, Ι. (1999). «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας». *Επιθεώρηση Υγείας*, Αθήνα, 10(56), 45-50.

Σιγάλας Ι., (1999). «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο-Ιδιοτυπίες και προκλήσεις». (Τόμος Δ΄), Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 31-33.

Σταθακόπουλος, Β. (2001). «*Μέθοδοι Έρευνας Αγοράς*», Πειραιάς: Εκδόσεις Σταμούλης.

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

Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ό. & Μαρβάκη, Χ. (2014). «Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς». *Βήμα του Ασκληπιού*, 13(2):160-176.

Τζωρτζάκη, Α. & Τζωρτζάκης, Κ. (2002). «*Οργάνωση και Διοίκηση*». Αθήνα, Εκδ. Rosili.

Τζωρτζόπουλος, Α. (2018). «Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα-εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας». *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 35(5):649-664.

Τζωρτζόπουλος, Α. (2014). «*Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών υγείας: Εισαγωγή συστήματος ποιότητας κατά ISO 15189 στο βιοχημικό εργαστήριο της νοσηλευτικής μονάδας Αγρινίου του Γενικού Νοσοκομείου Αιτωλοακαρνανίας*». Μεταπτυχιακή διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λατσία, Λευκωσία.

- Τούντας Γ.(2008). «Υπηρεσίες υγείας». Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Τούντας, Γ. (2003). «Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις Υπηρεσίες υγείας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Τεύχος 20(5):532-546.
- Τσίμτσιου, Ζ. (2008), Διδακτορική Διατριβή με θέμα: «Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών», Τομέας χειρουργικής, Ιατρική σχολή, Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης, αρ. 2307.
- Τσιότρας, Γ. (2002). «Βελτίωση Ποιότητας», Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Τσιότρας, Γ. (2002). «Βελτίωση Ποιότητας», Σελ.,32-46,146-309, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα.
- Τσιρώνη, Σ. & Κουλιεράκης, Γ. (2017). «Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των γονέων από την ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας στα νοσηλευόμενα παιδιά». *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 10(1):13-26.
- Φαμέλη, Α. (2005), «Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Φαρατζιάν, Α. (2007). «Στρατηγική και Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας», Διπλωματική Εργασία, Τμήμα οργάνωσης & διοίκησης επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ., Διακουμής, Γ., Παπαδόπουλος, Ρ., Παπαγιάννη, Α. & Θεοδώρου, Μ. (2017). «Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(2):236-243.
- Χατζοπούλου, Μ., Μαρβάκη, Χ., Λατσού, Δ. & Παπαγεωργίου, Δ. (2017). «Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων ασθενών έπειτα από επείγουσα εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής». *Health & Research Journal*, 3(1):26-42.
- Χρίστογλου, Κ. (2005). «Βελτίωση της Ποιότητας στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας». Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη, Ιανουάριος 2005.
- Χυτήρης, Λ. & Αννινος, Λ. (2015). «Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών». Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα, Εκδόσεις Κάλλιπος.
- Ψαρόπουλος, Χ. (2010). «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μοντέλα Διοίκησης Ολικής ποιότητας. Μετά ISO εποχή-απαιτήσεις». Αθήνα. Διαθέσιμο στο: <http://www.psaropouloschristos.com/>

#### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbott, L. (1955). *“Quality and Competition; an Essay in Economic Theory”*. New York: Columbia University Press.
- Abdellah, F.G. & Levine, E. (1957). “Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care”. *Nursing Research*, 5(3):100-108.
- Abdullah, F. (2006), “Measuring service quality in higher education: HEdPERF versus SERVPERF”, *Marketing Intelligence and Planning*, Vol. 24 No. 1, pp. 31-47.
- Abramowitz, S., Cote, A.A. & Berry, E. (1987). “Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach”. *Quality Review Bulletin*, 13(4):122-130.
- Abramowitz, S., Cote, A., A. & Berry, E. (1987) “Analyzing patient satisfaction: A multi analytic approach”. *Quality Review Bulletin*. Vol. 13., No. 4., pp.122-130.
- Absar, M.N., Rahman, M.H. (2008). “Expectation of Patients from Doctors”. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 26(1):3-9.
- Anderson, E.A. & Zwelling, L.A. (1996). “Measuring service quality at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(7):9-22.
- Aharony, L. & Strasser, S. (1993). “Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore”, *Medical Care Review*, Spring, 50(1):49-79.
- Akter, S., D’Ambra, J. & Ray, P. (2013b). Development and validation of an instrument to measure user perceived service quality of m-health. *Information & Management*, 50(4):181-195.
- Al-Assaf, A. & Sheikh, M. (2004). «*Quality improvement in primary health care. A Practical guide*». WHO. Cairo.
- Al Assaf A.F. (1996). “International health care and the management of quality”. In Schmele JA, ed. *Quality management in nursing and Healthcare*. Albany, New York, Delmar Publishers.
- Al-Borie, H.M., & Damanhour, A.M.S. (2013). “Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(1):20-30.
- Al-Dhaafri, H.S., Al-Swidi, A.K., Yusoff, R.Z.B. (2016), “The mediating role of TQM and organizational excellence, and the moderating effect of entrepreneurial organizational culture on the relationship between ERP and organizational performance”. *The TQM Journal*, 28(6), 991-1011.
- Al-Dhaafri, H.S., Al-Swidi, A.K. & Yusoff, R.Z.B. (2016). “The mediating role of total quality management between the entrepreneurial orientation and the organizational performance”. *The TQM Journal*, 28(1):89-111.

- Al-Doghaither, A.H. (2004). "Inpatient satisfaction with physician services at King Khalid University Hospital", Riyadh, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10(3):358-364.
- Al-Eisa, I.S., Al-Mutar, M.S., Radwan, M.M., Al-Terkit, A.M. (2005). "Patients' satisfaction with Primary Health Care services at capital health region, Kuwait". *Middle East Journal of Family Medicine*, 3(3):10-16.
- Al-Shekh, A.A.A. (2003). "Perceptions of hospital experiences in Riyadh City, Saudi Arabia: a comparison of service quality in public and private hospitals". University of Wales, Swansea.
- Aletras, V.H., Kostarelis, A., Tsitouridou, M., Niakas, D., Nicolaou, A. (2010). "Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations", *BMC Health Services Research*, 10(189).
- Aletras, V., Basiouri, F. N., Kontodimopoulos, N., Ioannidou, D.M., & Niakas, D.A. (2009). "Development and psychometric assessment of a Greek-language inpatient satisfaction questionnaire". *Archives of Hellenic Medicine*, 26(1):79-89.
- Aletras, V.H., Papadopoulos, E.A., Niakas, D.A. (2006). "Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses". *BMC Health Services Research*, 6(66).
- Ali, A. & Zairi, M. (2006), "Service Quality in Higher Education", *International Journal of Applied Quality Management*, Vol 2, Issue 2, Special Edition, pp. 1-16.
- Alrubaiee, L. & Alkaa 'Ida, F. (2011) "The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality-Patient Trust Relationship". *International Journal of Marketing Studies*, 3 (1):103-127.
- Aman, B. and Abbas, F. (2016). "Patient's perceptions about the service quality of public hospitals located at District Kohat". *J Pak Med Assoc*, Vol. 66, No. 1, pp. 72-75.
- Ammentorp, J., Mainz, J., Sabroe, S. (2006). "Determinants of Priorities and Satisfaction in Pediatric Care". *Pediatric Nursing*, 32(4):333-340, 348.
- Amin, M., Nasharuddin, S.Z. (2013). "Hospital Service Quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention". *Clinical Governance: An international Journal*. 18(3):238-254.
- Anand, S.V. & Selvaraj M. (2013). "Evaluation of Service Quality and its Impact on Customer Satisfaction in Indian Banking Sector-A Comparative study using SERVPERF". *Life Science Journal*, 10(1), pp. 3267-3274.
- Anbori, A. (2010). "Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen", *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22(4), pp. 310-315.

- Andaleeb, S.S. & Kara, A. (2014). The structure and measures of service quality perceptions for multiple-encounter services: A study of hospitals in Bangladesh. *International Journal of Healthcare Management*, 7(2):92-102.
- Andronikidis, A. and Bellou, V. (2010). “Verifying alternative measures of the service-quality construct: Consistencies and contradictions”, *Journal of Marketing Management*, Vol. 26 No. 5, pp. 570-587.
- Andrew, S., Salamonson, Y., Everett, B., Halcomb, E. & Davidson, P. (2011). “Beyond the ceiling effect: Using a mixed methods approach to measure patient satisfaction”. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 5(1):52-63.
- Angell, R.J., Heffernan, T.W. and Megicks, P. (2008). “Service quality in postgraduate education”. *Quality Assurance in Education*, Vol. 16 No. 3, pp. 236-254
- Asubonteng, P., McCleary, K.J. and Swan, J.E. (1996), “SERVQUAL revisited: a critical review of service quality”, *Journal of Services Marketing*, Vol. 10, No. 6, pp.62-81.
- Athanasopoulos, A., Gounaris, S. & Stathakopoulos, V. (2001). “Behavioural Responses to customer satisfaction: An Empirical Study”. *European Journal of Marketing*, 35(6/5), 687-707.
- Babakus, E., Pedrick, D.L. and Inhofe, M. (1993b). “Empirical examination of a direct measure of perceived service quality using SERVQUAL items”, unpublished manuscript, Memphis State University, TN.
- Babakus, E. & Boller, G.W. (1992). “An empirical assessment of the SERVQUAL scale”. *Journal of Business Research*, 24(3):253-268.
- Babakus, E. and Mangold, W.G. (1992). “Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation”. *Health Services Research*, Vol. 26 No. 6, February, pp. 767-786.
- Backstrom, I., Lagrosen, Y. & Erikson, L. (2014). «Change of the quality management Culture through health-promotion activities? » *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(11-12): 1236-1246.
- Baber, M.M. (1988). “Nursing care behaviors that predict patient satisfaction”. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3):11-17.
- Bala, N., Sandhu, H.S. & Nagpal, N. (2011). “Measuring Life Insurance Service Quality: An Empirical Assessment of SERVQUAL Instrument”. *International Business Research*, Vol. 4, No. 4, pp.
- Barnes, B.R. (2007), “Analysing Service Quality: The case of post-graduate Chinese students”. *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol. 18(3), pp. 313-331.
- Barnett, P.B. (2001). “Rapport and the hospitalist”. *Am J Med*, 111(9B):31S–35S.
- Barry, R. & Smith, A.C. (2005). “*The Manager's Guide to Six Sigma in Healthcare: Practical Tips and Tools for Improvement*”. ASQ Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.
- Batalden, P.B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and safety in health care*, 16(1):2-3.

Beck, A.H. & Jama, S. (2004). “The Flexner report and the standardization of American medical education”. *Jama* 2004, 291:2139-2140.

Bell, R. & Krivich, “How to use satisfaction data to improve healthcare quality”. ASQ Quality Press.

Berry, L., Zeithaml, V. & Parasuraman, A. (1990), “Five imperatives for improving service quality”, *Sloan Management Review*, vol 31, No 4, Summer, pp.29-38.

Berwick, D.M. (1990). “How do QI and QA differ? An expert illustrates the answer”. *Hospital Management Review*, 9.

Berwick, D.M. (1989). “Continuous improvement as an ideal in health care”. *N Engl J Med*, 320, 53-6.

Black, N. (1990). “Quality assurance of medical care”, *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 12, No.2, pp.97-104.

Black, S.A. & Porter, L. J. (1996). “Identification of the critical factors of TQM”, *Decision Sciences*, Vol. 27, No1, pp. 1-21.

Bleich, S.N., Ozaltin, E. & Murray, C.K.L. (2009). “How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience”, *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4):271-278.

Blesic, I., Tesanovic, D. and Psodorov, D., (2011). “Consumer Satisfaction and Quality Management in the Hospitality Industry in South-East Europe”. *African Journal of Business Management*, 5(4), pp. 1388-1396.

Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R. & Zeithaml, V. (1993), “A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions”, *Journal of Marketing Research*, Vol. 30, pp. 7-27.

Bounds, G., Yorks, L., Adams, M. & Ranney, G. (1994). “Beyond total quality management: Toward the emerging paradigm”, Irwin/McGraw-Hill.

Bowers, M.R., Swan, J.E., Koehler, W.F. (1994). “What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?” *Health Care Manage Rev*, Fall, 19(4):49-55.

Brashier, L. & Sower, V. (1996), “Implementation of TQM/CQI in the health-care industry A comprehensive model”, *Benchmarking for Quality Management & Technology*, Vol. 3 No. 2, pp. 31-50.

Brocka, B., & Brocka, M. S. (1992). *Quality management: Implementing the best ideas of the masters*, McGraw-Hill.

Brook, C. (1999). “Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives”, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11(1):1-3.

Brown, T.J., Churchill, G.A. & Peter, J.P. (1993). “Improving the measurement of service quality”. *Journal of Retailing*, Vol. 69 No. 1, pp. 127-139.

Brown, S.W. and Swartz, T.A. (1989). “A Gap Analysis of Professional Service Quality”. *Journal of Marketing*, 53(2), 92-98.

Broyles, R.W., Chou, A.F., Mattachione, S.E. & Al-Assaf, A.F. (2010). “Adverse medical events: do they influence discharge decisions?” *Hosp Top*, 88(1):18-25.

Broyles, R.W. & Al-Assaf, A.F. (1999). “The costs of quality: an interactive model of appraisal, prevention and failures”. *Health Serv Manage Res*, 12(3):169-82.

Butler, D., Oswald, S.L. & Turner, D.E. (1996). “The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality. The case of users and observers”. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10, No. 5, pp. 8-20.

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

Buttle, F. (1996). “SERVQUAL: Review, critique, research agenda”, *European Journal of Marketing*, 30(1):8-32.

Buzzell, R.D. & Gale, B.T. (1987), “*The PIMS Principles: Linking Strategy to Performance*”, New York: The Free Press.

Calabrese, A. & Corbò, M. (2015). “Design and blueprinting for total quality management implementation in service organizations”, *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(7-8):719-732.

Camacho, F., Anderson, R., Safrit, A., Alison Snow Jones, A.S. & Peter Hoffmann, P. (2006). “The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction”. *N C Med J.*, 67(6):409-413.

Campos D.F., Filho R.B.N. and Castro F.N. (2017). “Service quality in public health clinics: perceptions of users and health professionals”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 30 No. 8, pp. 680-692.

Carey, R.G. & Seibert J.H. (1993). “A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity”, *Medical Care*, Vol. 31(9):834-845.

Carman, J.M., Shortell, S.M., Foster, R.W., Hughes, E.F.X., Boerstler, H., O'Brien, J.L. & O'Connor, E.J (2010). “Keys for successful implementation of total quality management in hospitals”. *Health care management review*, 35(4), 283-293.

Carman, J., Shortell, S., Foster, R., Hughes, E., Boerstler, H., O'Brien, J. & O'Connor. (1996). “Keys for successful implementation of total quality management in hospitals”. *Health care management review*, 21(1): 48-60.

Carman, J.M. (1990). “Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions”. *Journal of Retailing*, (Spring), 66(1):33-55.

Carr-Hill, R. (1992). “The measurement of patient satisfaction”, *Journal of Public Health Medicine*, 14 (3):236-249.

Carrillat, F.A., Jaramillo, F. and Mulki, J.P. (2007). “The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: A meta-analytic view of 17 years of research across five continents”. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 18 No. 5, pp. 472-490.



- Casson, S. & George, C. 1992. "Quality assurance: using BS 5750 in health care settings". *Nurs Stand*, 6(44):33-8.
- Chan, C., Entekin, L. & Anderson, C. (2003). "Psychometric Assessment of the Perception of Service Quality". *Research and Practice in Human Resource Management*, 11(1). 65-74.
- Chandra, A., Finlay, J.B., Paul, D.P. (2006). "Overall outpatient satisfaction and its components: perceived changes at the Huntington VA Medical Center over five years". *Hosp Top*, 84(4):33-36.
- Chang, C.S. & Chang, H.H. (2007). «Effects of internal marketing on nurse job satisfaction and organizational commitment: example of medical centers in southern Taiwan». *Journal of Nursing Research*, 15(4):265-274.
- Chaniotakis, I.E. & Lymperopoulos, C. (2009). Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 19. No. 2, 229-242.
- Chassin, M. R. & Loeb, J. M. (2013) "High-Reliability Health Care: Getting There from Here". *The Milbank Quarterly*, 91(3): 459-490.
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). "The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality". *Jama*, 280(11):1000-1005.
- Chatzoglou, P., Chatzoudes, D., Vraimaki, E. & Leivaditou, E. (2014). "Measuring citizen satisfaction using the SERVQUAL approach: the case of the 'Hellenic post'", *Procedia Economics and Finance*, Vol. 9, No. 4, pp. 349-360.
- Chatzoglou, P., Chatzoudes, D., Vraimaki, E. & Diamantidis A.D. (2013). "Service quality in the public sector: the case of the Citizen's Service Centers (CSCs) of Greece", *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 62 No. 6, pp.583- 605.
- Chen, H.K., Chen, H.Y., Wu, H.H. and Lin, W.T. (2004), "TQM implementation in a healthcare and pharmaceutical logistics organization: The case of Zuellig pharma in Taiwan", *Total Quality Management and Business Excellence*, 15(9-10):1171-1178.
- Cheng Lim, P., Tang, N. & Jackson, P. (1999). "An innovative framework for health care Performance measurement". *Managing Service Quality: An International Journal* 9(6): 423-433.
- Cherry, S. (1997). "Before the National Health Service: financing the voluntary hospitals, 1900-1939", *Economic History Review*, Vol. 2, 305-326.
- Cheruiyot, T.K. and Maru, L.C. (2013). "Service quality and relative performance of public universities in East Africa". *The TQM Journal*, Vol. 25 No. 5, pp. 533-546.
- Choi, K.S., Cho, W.H., Lee, S., Lee, S., Lee, H. & Kim, C. (2004). "The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study". *Journal of Business Research*, 57(8):913-921.
- Choppin, J. (1997), *Quality Through People: a blueprint for proactive total quality management*, Bedford: Rushmere Wynne.

Christoglou, K., Vassiliadis, C. & Sigalas, I. (2006). "Using SERVQUAL and Kano research techniques in a patient service quality survey". *World Hospitals and Health Services*, 42(2):21–26.

Cleary, P.D. & McNeil, B.J. (1988). "Patient satisfaction as an indicator of quality care". *Inquiry*, Spring, 25(1):25-36.

Cronin Jr, J.J., Taylor, S.A. (1992). "Measuring service quality: a reexamination and extension". *Journal of Marketing*, Vol. 56(3):55-68.

Cronin, J. & Taylor, S. (1994). "SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality", *Journal of Marketing*, Vol.58, No.1, 125-131.

Crosby, P.B. (1984), «*Quality without Tears*», New York: McGraw- Hill.

Crosby, P.B. 1979. "*Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*", New York: McGraw-Hill.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002). "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technology Assessment*, 6(32):1-244.

Da Costa, D., Clarke, A.E., Dobkin, P.L., Senecal, J.L., Fortin, P.R., Danoff, D.S, Esdaile, J.M. (1999). "The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus". *International Journal for Quality in Health Care*. 11(3):201-207.

Dabholkar, P.A. (1996). "Consumer evaluations of new technology-based self-service options: An investigation of alternative models of service quality". *International Journal of Research in Marketing*, 13(1):29-51.

Dabholkar, P.A., Thorpe, D.I. and Rentz, J.O.(1995). "A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation". *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 24 No. 1, pp.3-16.

Dahlgaard, J., Kristensen, K. & Kanji, G. (2002). "*Fundamentals of Total Quality Management*". 6h edition. London & New York: Taylor and Francis.

Dale, B.G., Van Der Wiele, T. & Van Iwaarden, J. (2007). "*Managing quality*". 5th ed. Blackwell Publishing Ltd, Oxford.

Dayton, N. (2003). "The demise of total quality management (TQM)". *The TQM Magazine* 15(6): 391-396.

Deming, W.E. (2002), "*Out of the Crisis*", second printing, Cambridge. Massachusetts London: The MIT Press.

Deming, E. (1993). "*The New Economies for Industry, Government, Education*", Cambridge, M.A.: MIT Center of Advanced Engineering Study.

Deming, E. (1992). "*American Association of School Administrators Conference*", Washington.

Deming, W.E. (1982), *Quality Productivity and Competitive Position*, MIT Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.

Deming, W.E. (1986), *“Out of the Crisis”*, Mass.: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.

Department of Health (1998). A first-class service: Quality in the new NHS.

Dey, P.K. & Hariharan, S. (2006). “Integrated approach to healthcare quality management: A case study”. *The TQM Magazine*, 18(6).

Dhanaraj, S.K.A., Selvi, D.T., Kumar, R.R. & Paul, S. “Assessment of patient satisfaction with inpatient services at secondary level setting”. *International Journal of Public Health* 7(6):58-65.

Dimitriades Z. and Maroudas T. (2007). “Demographic predictors of service satisfaction in Greek public organizations”, *Measuring Business Excellence*, Vol 11 No 2, pp. 32-43.

Donabedian, A. (1996). *“Quality improvement through monitoring health care”*. Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care. Seoul, 29 March 1996.

Donabedian, A. (1992). “The role of outcomes in quality assessment and assurance”. *QRB Qual Rev Bull*, 18(11): 356-360.

Donabedian, A. (1990) “The seven pillars of quality”. *Archives of pathology and Laboratory Medicine*. 114(11):1115-1118.

Donabedian, A. (1988). “Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means”. *Inquiry*, 25(1):173-92.

Donabedian, A. (1988). “The quality of care. How can it be assessed?” *JAMA*, 260(12): 1743-1748.

Donabedian, A. (1980) *“The definition of quality and approaches to its assessment”* Exploration in quality assessment and monitoring, Vol 1. MI: Health Administration Press, Ann Arbor.

Donabedian A. (1966). “Evaluating the quality of medical care”. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; Vol.44, No 3, Pt. 2, pp. 166-203. Reprinted in *Milbank Q*. 2005; 83(4):691-729.

Donabedian A. (1966) “Assessment and measurement of quality assurance in healthcare, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:194-96.

Donelan, K., DesRoches, C.M., Schoen, C. (2000). “Inadequate Health Insurance: Costs and Consequences”. *Medscape General Medicine*, August, 11(6): E37.

Donelan, K. Blendon, R.J., Schoen, C., Davis, K. and Binns, K. (1999). “The cost of health system change: public discontent in five nations”. *Health Affairs*, Millwood, Vol. 18, No. 3:206-216.

Došen, Đ.O., Škare, V., Čerfalvi, V., Benceković, Ž. & Komarac, T. (2020). “Assessment of the Quality of Public Hospital Healthcare Services by using SERVQUAL”. *Acta clinica Croatica*, 59(2):285-293.

Dotchin, J.A. and Oakland, J.S. (1994). "Total quality management in services: Part 2 Service quality". *International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 11, No. 3, pp. 27-42.

Downey-Ennis K., Harrington D. & Williams B. (2004). "Head and Heart in Quality Implementation - Applying the Quality Philosophy within Irish Healthcare Institutions". *Total Quality Management*, 15(8): 1143-1153.

Drosos, D., Tsotsolas, N., Zagga, A., Chalikias, M., Skordoulis, M. (2015). "Multicriteria Satisfaction Analysis Application in the Health Care Sector". Proceedings of the 7th International Conference on Information and Communication Technologies in Agriculture, Food and Environment (HAICTA), 737-754.

Edura, W. & Kamaruzaman, J. (2009). "Service quality in health care setting", *International journal of health care quality assurance*, Vol. 22 No.5, 471-482.

Ekinci, Y., Prokopaki, P., & Cobanoglu, C. (2003). "Service quality in Cretan accommodations: Marketing strategies for the UK holiday market". *International Journal of Hospitality Management*, 22(1):47-66.

Ellis, H., Alexander, V. (2016). "Eradicating Barriers to Mental Health Care Through Integrated Service Models: Contemporary Perspectives for Psychiatric-Mental Health Nurses". *Arch Psychiatr Nurs*, 30(3): 432-438.

Ennis, K., Harrington, D. (1999). "Factors to consider in the implementation of quality within Irish healthcare". *Managing service Quality: An International Journal* 9(5): 320-326

Ennis, K. & Harrington, D. (1999). "Quality management in Irish healthcare". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12(6):232-243.

Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (2005). *"The Management and Control of Quality"*, Thompson, South-Western, Singapore.

Evans R.J. & Lindsay M.W. (2002). *"The Management and Control of Quality" Fifth Edition*.

Evans, R.J. & Lindsay, M.W. (1999) *"The Management and Control of Quality"*. South-Western College Publishing: Cincinnati, OH.

Farmanova, E., Bonneville, L. & Bouchard, L. (2018). "Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues". *Inquiry*, 55: 46958018757848.

Fatima, I., Humayun, A., Anwar, M.I., Iftikhar, A., Aslam, M., & Shafiq, M. (2017). "How do patients perceive and expect quality of surgery, diagnostics, and emergency services in tertiary care hospitals? An evidence of gap analysis from Pakistan". *Oman medical journal*. 32(4). 297-305.

Feigenbaum, A.V. (1951). *"Quality control: Principles, practice and administration: An industrial management tool for improving product quality and design and for reducing operating costs and losses"*, New York: McGraw-Hill.

- Fenton, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D., Franks, P. (2012). “The Cost of Satisfaction a National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality”. *Arch Intern Med.* 172(5):405-411.
- Fitzpatrick J.M, Selby T.T., While, A.E. (1998). “Patients’ experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery”. *Br J Nursing*, 7(18):1107-1115.
- Fitzpatrick, R. (1991). “Surveys of patients satisfaction: I--Important general considerations”. *British Medical Journal*, 302(6781):887-889.
- Flood, R.L. (1993), *Beyond TQM*, New York: John Wiley & Sons.
- Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting (1997). “Assessing Strategies for Quality Improvement”. *Health Affairs*, 16(3):151-161
- Forza, C. & Filippini, R. (1998). “TQM impact on quality conformance and customer satisfaction: A causal model”, *International Journal of Production Economics*, 55(1):1-20.
- Foss, C. & Ellefsen, B. (2002). “The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation”, *Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing*, 40(2):242-248.
- Fotopoulos, C.H. & Psomas, E. (2010). “The Structural Relationships between Total Quality Management Factors and Organizational Performance”. *The TQM Journal.* 22(5):539-552.
- Fowdar, R. (2005). “Identifying health care attributes”, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 27 No. 4, pp. 428-443.
- Fox, J.G., & Storms, D.M. (1981). “A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care”, *Social Science & Medicine, Part A: Medical Sociology*, 15(5):557-564.
- Frost, F.A. & Kumar, M. (2000). “INTSERVQUAL - an internal adaptation of the GAP model in a large service organization”. *Journal of Services Marketing*, 14(5):358-377.
- Garrison, H. (1929). “*An Introduction to the History of Medicine*”. Fourth Edition. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Garvin, D.A. (1988), “*Managing quality*”, New York: Free Press.
- Ghobadian, A., Speller, S. & Jones, M. (1994). “Service quality: concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management*”, 11(9):43-66.
- Gilbert, F., Lumpkin, J. & Dant, R. (1992). “Adaptation and customer expectations of health care options”. *Journal of health care Management* 12(3):46-55.
- Gilmore, H.L. (1974). “Product conformance cost”, *Quality Progress*, 7(5):16-19.
- Gnardellis, C. & Niakas, D. (2005). “Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System”. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3):307-320.
- Goldstone, J. (1998). “The role of quality assurance versus continuous quality improvement”. *Journal of Vascular Surgery*, 28(2):378-380.

Gopalakrishnam, K.N. and McIntyre, B.E. (1992). “Hurdles to quality health care”, *Quality Progress*, April, 25(4):93-5.

Gopalakrishnan, K.N., McIntyre, B.E. and Sprague, J.C. (1992), “Implementing internal quality improvement with the house of quality”, *Quality Progress*, 25(9):57-60.

Groenewegen, P.P., Kerssens, J.J., Sixma, H.J., van der Eijk, I., & Boerma, W.G. (2005). “What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views”. *BMC Health Services Research*, 5(1):16.

Grøndahl, V.A., Karlsson, I., Hall-Lord, M.L, Appelgren, J., Wilde-Larsson, B. (2011). “Quality of care from patients’ perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions”. *Journal of Clinical Nursing*. 20(17-18):2540-2551.

Gronroos, C. (2000). “Service Management and Marketing: A Customer Relationship, Management Approach”, John Wiley & Sons Ltd., UK.

Gronroos, C. (1990), “Service Management: A Management Focus for Service Competition”, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 1 No. 1, pp. 6-14.

Gronroos, C. (1990) “*Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*”. Lexington Books, Lexington.

Gronroos, C. (1984). “A service quality model and its marketing implications”. *European Journal of Marketing*, Vol.18, No. 4, pp. 36-44.

Gronroos, C. (1983), “Strategic Management and Marketing in the Service Sector”, *Marketing Science Institute*, Report No 83-104.

Gronroos, C. & Gummesson, E. (1982), “*Strategic Management and Marketing in the Service Sector*”, Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration.

Hall, J.A., Milburn, M.A., Roter, D.L. & Daltroy, L.H. (1998). “Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Test of two explanatory models”. *Health Psychology*, 17(1):70-75.

Harvey, G. (1996). “Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future Directions”. *International Journal for Quality in Health Care*, 8:341-350.

Hassen, P. (1991). “Continuous quality improvement in health care: an example”, *Business Quarterly*, 56(2), Autumn, pp. 34-40.

Headley, D.E., Miller, S.J. (1993). “Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior”. *Journal of Health Care Marketing*, 13(4), 32-41.

Hellsten, U., Klefsjö, B. (2000). “TQM as a management system consisting of values, techniques and tools”. *The TQM Magazine*, 12:238–244.

Hennayake, Y. (2017). “Impact of Service Quality on Customer Satisfaction of Public Sector Commercial Banks: A Study on Rural Economic Context”, *International Journal of Scientific and Research Publications*, Vol. 7 No. 2, pp. 156-161.

Heskett, J., Hart, C. & Sasser Jr., W. E. (1990). “*Service Breakthroughs: Changing the Rules of the Game*”. New York: Free Press.

- Hook, D. (1973). “*The Edwin Smith surgical papyrus*”. In: Bulletin of the Cleveland Medical Library Association. Partington MM (Ed.). Cleveland.
- Hu, L., Ding, H., Liu, S., Wang, Z., Hu, G. & Liu, Y. (2020). “Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study”. *Health Expectations*, 23(1):115-124.
- Hudson, S., Hudson, P. and Miller, G.A. (2004). “The measurement of service quality in the tour operating sector: A methodological comparison”. *Journal of Travel Research*, Vol. 42, No. 3, pp. 305-312.
- Huei-Ming Ma, M., Kuo-Piao, C., Chung-Liang, S., Hsueh, A., Jia-Yu, J. & Wen-Jone, C. (2001). Assessing the Quality of Emergency Department Care Using the Gap Model of Service Quality. *Academic Emergency Medicine*, Vol. 8, No. 5, p. 481.
- Hussey, P.S., Wertheimer, S. & Mehrotra, A. (2013). “The association between health care quality and cost: a systematic review”. *Ann Intern Med*, 158(1):27-34.
- Hyrkas, K. & Paunonen, M. (2000). “Patient satisfaction and research-related problems (part 2). Is triangulation the answer?”, *Journal of Nursing Management*, 8(4):237-245.
- Institute of Medicine. (1990). Health, health care, and quality of care. In K. Lohr (Ed.), Medicare: A strategy for quality assurance: Vol. 1, (pp. 19-44). Washington, D.C.: National Academy Press.
- Ishikawa, K. 1985. “*What is Total Quality Management: The Japanese Way*”, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ishikawa, K. (1985). “*What Is Total Quality Control? The Japanese Way*”. Translated by Lu, D.J., Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Iyikal, O.C., & Celebi, A. (2016). “Investigating a Quality of Services in the Public Sector: Evidence from Northern Cyprus”. *Journal of Economic and Social Development*, 3(2):1-15.
- Jabnoun, N. & Rasasi, A.J.AL. (2005). “Transformational leadership and service quality in UAE hospitals”. *Managing Service Quality*, 15(1):70-81.
- Jabnoun, N. & Chaker, M. (2003). “Comparing the quality of private and public hospitals”. *Managing Service Quality*, 13(4):290-299.
- Jackson, S. (2001). “Successfully implementing total quality management tools within Healthcare: what are the key actions?” *International Journal of Health care Quality Assurance*, 14(4): 157-163.
- James, P. (1996). “*Total Quality Management: An Introductory Text*”, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Jain, S.K. and Gupta, G. (2004). “Measuring service quality: Servqual vs. Servperf scales”, *Vikalpa: The Journal for Decision Makers*, Vol. 29 No. 2, pp. 25-38.
- Jammal, M., Khoja, M. & Aziz, A.A., (2015). “Total Quality Management Revival and Six Sigma”, *International Journal of Computer Applications*, 119(8).

- Jang, H.J., Weberg, D., Dower C. (2018). “Nursing Partnerships in Research and Quality Improvement Within a Large Integrated Health Care System”. *Nurs Adm Q*, 42(4):357-362.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., Chandola, T. (2002). Patients’ experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care, *Qual Saf Health Care*. 11(4):335-339.
- Jencks, S. F. & Wilensky, G. R. (1992). “The health care quality improvement initiative: a new approach to quality assurance in Medicare”. *JAMA*, 268(7), 900-903.
- Johns, N., Avci, T. & Karatepe, O.M. (2004). “Measuring service quality of travel agents: Evidence from Northern Cyprus”. *Service Industries Journal*, 24(3):82-100.
- Johansson, P., Oleni, M. & Fridlund, B. (2002). “Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study”. *Scand J Caring Sci*, 16(4):337-344.
- Johnson, D.E.L., (1991). “Thorough planning critical to total quality management”, *Health Care Strategic Management*, 9(7): 2-3.
- Johnston, R., Clark, G. and Shulver, M. (2012). “Service Operations Management: Improving Service Delivery”, 4th Edition, Pearson Education.
- Johnston, G., Crombie, I.K., Davies, H.T., Alder, E.M. & Millard, A. (2000). “Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit”. *Qual Health Care*, 9(1):23-36.
- Johnston, R. (1995), “The determinants of service quality: satisfiers & dissatisfiers”, *International Journal of Service Industry Management*, 6(5), pp. 53-71.
- Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO. (1991). Accreditation manual for hospitals 1992. Chicago, IL: Author
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2000) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain Assessment and Management: An Organizational Approach. Joint Commission Resources, Washington DC.
- Joyce, P., Green, R. & Winch, G. (2006). “A new construct for visualizing and designing e-fulfilment systems for quality healthcare delivery”. *The TQM Magazine*, 18(6), 638–651.
- Jungki, L. (2005). “Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL”. *Journal of Services Marketing Quarterly*, 27(2):1-14.
- Juran, J.M. & Godfrey, A.B. (2000). “*Juran’s Quality Handbook*”, 5th Edition, Mc Graw-Hill, AV Pareto Analysis.
- Juran, J. & Godfrey, A.B. (1999). “*Quality handbook*”. *Republished McGraw-Hill*, 173-178.
- Juran, J.M. (1973). “*Quality Planning and Analysis*”, McGraw Hill Publishing Company LTT, New Delhi.
- Kakouris, A.P. & Meliou, E. (2010). “New Public Management: Promote the Public Sector Modernization Through Service Quality. Current Experiences and Future Challenges”, *Public Organization Review*, Vol. 11, pp. 351-369.



Kalaja, R., Myshketa, R. & Scalera, F. (2016). "Service quality assessment in health care sector: the case of Durres public hospital", *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 235, pp. 557-565.

Kamra, V., Singh, H. & Kumar, De K. (2015). "Factors affecting patient satisfaction: an exploratory study for quality management in the health-care sector". *Total Quality Management & Business Excellence*: 27(9-10):1-15.

Kansra, P. & Jha, A.K. (2016). "Measuring service quality in Indian hospitals: an analysis of SERVQUAL model". *International Journal of Services and Operations Management*. 24(1):1-17.

Kant, R., Jaiswal, D. & Mishra, S. (2017). "The Investigation of Service Quality Dimensions, Customer Satisfaction and Corporate Image in Indian Public Sector Banks: An Application of Structural Equation Model(SEM)". *Vision-The Journal of Business Perspective*, 21(1):76-85.

Karia, N. & Hasmi Abu Hassan Assari. (2006). The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. *The TQM Magazine* 18(1): 30-43.

Kahn, C., Liu, H., Adams, J., Chen, W., Tisnado, D., Carlisle, D., Hays, R., Mangione, C., Damberg, C. (2003). "Methodological Challenges Associated with Patient Responses to Follow-up. Longitudinal Surveys Regarding Quality of Care". *Health Services Research*, Vol. 38, No. 6, Part I, 1579-1598.

Karassavidou, E., Glaveli, N. & Papadopoulos, C. (2009). "Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients". *Measuring Business Excellence*. 13(1):34-46.

Kilbourne, W.E., Duffy, J.A., Duffy, M., Giarchi, G. (2004). "The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality". *Journal of Services Marketing*, 18(7):524-533.

Klefsjö, B. (2003). Total Quality Management. *Encyclopedia of Information Systems-Elsevier*.

Kontogeorgos, A., Tselemis, D. and Aggelopoulos, S. (2014). "Measuring service quality of the Greek Ministry of Agriculture". *Measuring Business Excellence*, Vol. 18 No 4, pp. 54-64.

Kotler, P., Armstrong, G., Cunningham, P. and Warren, R. (1996). "Principles of Marketing", (3rd Canadian Ed.) Scarborough: Prentice Hall Canada.

Kotler, P; Ang, S. H.; and TAN, Chin Tiong (1996). "Marketing and Management: An Asian Perspective". Research Collection Lee Kong Chian School of Business.

Kotler, P. (1991) Marketing management - Analysis, planning, implementation, and control. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kotler, P., and R. Clarke (1987). "Marketing for Health Care Organizations". Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.

Laffel, G. & Blumental D. (1989). "The case for using industrial Quality Management Science in Health Care Organization", *Jama*, 262(20):2869-73.

- Lam, S.S.K. (1997). "SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong". *Total Quality Management*, 8(4):145-52.
- Lau, R.C.M & Anderson, C.A. (1998). "A three-dimensional perspective of total Quality management". *International Journal of Quality and Reliability Management* 15(1):87-89.
- Le, P.T. and Fitzgerald, G. (2014). "Applying the SERVPERF scale to evaluate quality of care in two public hospitals at Khanh Hoa Province, Vietnam", *Asia Pacific Journal of Health Management*, Vol. 9 No. 2, pp. 66-76.
- Lee, V.H., Ooi, K.B., Sohal, A.S. & Loong Chong, A.Y. (2012). "Structural relationship between TQM practices and learning organization in Malaysia's manufacturing industry". *Production Planning & Control: The Management of Operations* 23(10-11): 885-902.
- 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*, Vol. 44. No. 4. 545-555.
- Lee, H., Lee, Y. & Yoo, D. (2000) "The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction". *Journal of Services Marketing*, 14(3), pp. 217-231.
- Lehtinen, U. and Lehtinen, J.R. (1982), "Service Quality: A Study of Quality Dimensions", Unpublished working paper, Helsinki: *Service Management Institute*, Finland OY.
- Lewis, A. and Lamprey, J., "Averting CQI failures: five early warning signs", *Health Care Strategic Management*, July 1992, pp. 1-10.
- Lewis, B.R. and Mitchell, V.W. (1990), "Defining and measuring the quality of customer service", *Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 8, No. 6, pp. 11-17.
- Lewis, R.C. and Booms, B.H. (1983), "The Marketing Aspects of Service Quality", in *Emerging Perspectives on Service Marketing*, L. Berry, G. Shostack and G. Upah, eds., Chicago: American Marketing, 99-107.
- Lillrank, P. (2015). "Small and big quality in health care". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 28 (4): 356-366.
- Lim, P.C., and Tang, N.K. (2000). "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13, No. 7, pp. 290-299.
- Ljungström, M., Klefsjö, B. (2002). "Implementation obstacles for a work development-oriented TQM strategy". *Total Quality Management*, 13(5):621-634.
- Lorente, A.R.M., Dewhurst, F. & Dale, B.G. (1999). "TQM and business innovation", *European Journal of Innovation Management*, 2(1):12-19.
- Luke, G.J. (2008). "An assessment of the service quality expectations and perceptions of the patients of Awali Hospital in the Kingdom of Bahrain". Master in Business Administration of Rhodes Investec Business School.

Luk, S.T.K. & Layton, R. (2002). "Perception gaps in customer expectations: Managers versus service providers and customers". *The Service Industries Journal*, Vol. 22 No. 2, pp. 109-128.

Macinati, M.S. (2008). "The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service". *Health Policy*, 85(2):228-41.

Madhok, R. (2002). "Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England". *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 15(1):77-83.

Mahmoud, A.B. & Khalifa B. (2015). "A confirmatory factor analysis for SERVPERF instrument based on a sample of students from Syrian universities". *Education and Training*, Vol. 57 No. 3, pp. 343-359.

Manulik, S., Rosińczuk, J. & Karniej, P. (2016). "Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center". *Dove Press Journal. Patient Preference and Adherence*, 10(1):1435-1442.

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

Marley, K.A., Collier, D.A. & Meyer Goldstein, S. (2004). "The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals". *Decision Sciences*, 35(3):349 – 369.

Marshall, G. & Murdoch, I. (2001) "Service quality in the marketing of consulting engineers". *International Journal for Construction Marketing*, Vol.3, No.1, pp. 1463-1470.

Matherly, L.L. & Lasater, H.A. (1992). "Implementing TQM in a hospital", *Quality Progress*, 25(4):81-4.

Martins, A.L., de Carvalho, J.C., Ramos, T. & Fael, J. (2015), "Assessing obstetrics perceived service quality at a public hospital". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 181, pp. 414-422.

Martinović, M., Pavlič, I. & Tolić, M.S. (2017). "Measurement of local public Services' quality using Servqual: The case of Dubrovnik". *EKON. MISAO I PRAKSA DBK. GOD XXVI*, Vol. 2, pp. 593-610.

Matis, G.K., Birbilis, T.A., Chrysou, O.I. (2009). "Patient satisfaction questionnaire and quality achievement in hospital care: the case of a Greek public university hospital". *Health Service Management*, 22(4):191-196.

Matsui, D., Cho, M. & Reider, M.J. (1998). "Physicians' attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome". *Pediatr Emerg Care*, 14(3):198–201.

McDonald, S.C. (1994). "Total quality management in health care". *J Can Diet Assoc*, 55(1):12-4.

Megivern, K., Halm, M.A., Jones, G. (1992). "Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care". *Journal of Nursing Care Quality*. 6(4):9-24.

- Mei, A.W.O., Dean, A.M. & White, C.J. (1999). "Analysing service quality in the hospitality industry". *Managing Service Quality*, 9(2):136-143.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D.E. & Lemonidou, C. (2004). "Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach?" *International Journal of Nursing Studies*, 41(4):355-367.
- Merkouris, A., Yfantopoulos, J., Lanara, V. & Lemonidou, C. (1999). "Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece", *Journal of Nursing Management*, 7(2):91-100.
- Meterko, M., Nelson, E.C. and Rubin H.R. (1990). "Patient judgments of hospital quality. Response to questionnaire", *Medical Care*, 28:1-56.
- Miaoulis Jr., G., Gutman, J., & Snow M.M. (2009). "Closing the Gap: The Patient-Physician Disconnect". *Health Marketing Quarterly*. 26(1):56-68.
- Mitton, C., Dionne, F., Peacock, S. & Sheps, S. (2006). "Quality and cost in healthcare: a relationship worth examining". *Appl Health Econ Health Policy*, 5(4):201-8.
- Mohan R., Kumar K.S. (2011). "A study on the satisfaction of patients with reference to hospital service". *ZENITH International Journal of Business Economics & Management Research*, 1(3):15-25.
- Mohebifar, R., Hasani, H., Barikani, A., & Rafiei, S. (2016) "Evaluating service quality from patients' perceptions: Application of importance performance analysis method". *Osong Public Health Res Perspect*, 7(4):233-238.
- Mongkolrat, S. (2008). "Foreign Patient Customer Satisfaction with Private Hospital Service", A thesis on Public Health Programme in health Systems Development, College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University, *Journal of Health Research* (2009), 23(suppl): 49-52.
- Montgomery D. (2005), "Introduction to Statistical Quality Control", 6th Edition, New Jersey, John Wiley and Sons.
- Mosadeghrad, M.A. (2013). "Obstacles to TQM success in health care systems". *International Journal of health care Quality Assurance* 26(2):147-173.
- Mosadeghrad, M.A. (2006a). "A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction". *Leadership in Health Services*, 19(2):11-28.
- Mostafa, M.M. (2006). "A Comparison of SERVQUAL and I-P Analysis: Measuring and Improving Service Quality in Egyptian Private Universities". *Journal of Marketing for Higher Education*, Vol. 16, No. 2, pp. 83-104.
- Mostafa M.M. (2005). "An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals". *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.*, 18(6-7):516-532.
- Nadiri, H., Hussain, K. (2005). "Perceptions of service quality in North Cyprus hotels". *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 17(6):469-480.

- Naidu, A. (2009). "Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality". *International Journal of health Care Quality Assurance*, 22(4):366-381.
- Nelson, A., (1996). "*Measuring Performance and Improving Quality*". Hospital Management International, International Hospital Federation Sterling Publications Limited, London.
- Nelson, C.W. & Niederberger, J. (1990). "Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement". *Hosp Health Serv Adm*, 35(3):409-427.
- Neuhauser, D. (2002). Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care*, 11(1):104-105.
- Niakas, D., Gnardellis, C., Theodorou, M. (2004). "Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey". *Health services management research*, 17(1):62-69.
- Nightingale, F. (1987). In: Goldie SM, ed. "*I have done my duty*": Florence Nightingale in the Crimean War, 1854-1856. Manchester University Press, Manchester.
- Nyandwe, J., Mapatano, M.A., Lussamba, P.S., Kandala, N.B. & Kayembe, P.K. (2017). "Measuring Patients' Perception on the Quality of Care in the Democratic Republic of Congo Using a Modified, Service Quality Scale (SERVQUAL)". *Archives of Science*, 1(2).
- Obi, I.E., Ndu, A.C., Agu, K.A., Omotowo, B.I., Agunwa, C.C. & Idoko, A.C. (2018). "Patient satisfaction with services at a tertiary hospital in south-east Nigeria". *Malawi Medical Journal*, 30(4):270-275.
- Ocampo, L., Bongo, M., Alinsub, J., Casul, R.A., Enquig, G., Luar, M. & Panuncillon, N. & Ocampo, C.O. (2017). "Public service quality evaluation with SERVQUAL and AHP-TOPSIS: A case of Philippine government agencies". *Socio-Economic Planning Sciences*, Vol. 68.
- Ojo, A.I. & Owolabi, R.O. (2017). "Health Information Management Personnel Service Quality and Patient Satisfaction in Nigerian Tertiary Hospitals". *Global Journal of Health Science*, 9(10):25.
- Oakland, J.S. (2012). "*Oakland on Quality Management*". Oxford: Butterworth Heinemann.
- Oakland, J.S. (1994). "*Total quality management: The route to improving performance*". 2nd ed. Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Oliver, R.L. (1977). "Effect of expectation and disconfirmation on post-exposure product evaluations: An alternative interpretation", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 62 No.4, 480-486.
- Oliver, R.L, Rust, R.T. & Varki, S. (1997). "Customer delight: Foundations, findings and managerial insight", *Journal of Retailing*, 73(3):311-336.
- Øvretveit, J. (2004). "Formulating a health quality improvement strategy for a developing country", *International Journal of HealthCare Quality Assurance*, 17(7):368-76.
- Øvretveit, J. & Gustafson, D. (2003). "Improving the quality of health care Using research to inform quality programmes". *British Medical Journal, International edition*, 326(5):759-761.

- Øvretveit, J. (2000). "The Economics of quality-a practical approach". *International Journal of Health care Quality Assurance*, 13(5):200-207.
- Palmer R.H., Donabedian, A., Povar G.J. (1991). *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. Chicago, IL: *Health Administration Press*.
- Palmer, R., H. (1991), "Considerations in defining quality of health care". In H. Palmer, Avedis Donabedian, & Gail Povar, *Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice* (p. 23) *Health Administration Press*, Ann Arbor, MI.
- Pappa, E. & Niakas, D.A. (2006). "Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: The case of the Athens area". *BMC Health Services Research*, 6(1):146-156.
- Papanikolaou, V. & Zygiaris, S. (2012). "Service quality perceptions in primary health care centers in Greece". John Wiley & Sons Ltd. *Health Expectations*, 17(2):197-207.
- Papanikolaou, V. & Ntani, S. (2008). "Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care". *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 21(6):548-561.
- Parasuraman, A., Berry, L.L. & Zeithaml, V.A. (1991). "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale". *Journal of Retailing*, 67(4):420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, A.V. and Berry, L.L. (1991), «Understanding Customer Expectations of Service», *Sloan Management Review*, pp. 39-48.
- Parasuraman, A., Zeithaml, A.V. and Berry, L.L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol. 64(1):12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1985). "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of Marketing* (Fall), Vol. 49, No.4, pp. 41-50.
- Pascale, R.T. (1991). *Managing on the Edge*, New York & London: Penguin Book.
- Pascoe, G.C. (1983). "Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis". *Evaluation & Program Planning*, 6(3-4):185-210.
- Paul, P., Hakobyan, M., Valtonen, H. (2016). "The association between self-perceived health status and satisfaction with healthcare services: Evidence from Armenia". *BMC Health Services Research*. 16(67).
- Petersen, P.B. (1999). "Total quality management and the Deming approach to quality management". *Journal of Management History*, 5(8):468-488.
- Petersen, M.B. (1988). "Measuring patient satisfaction: Collecting useful data". *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3):25-35.
- Pierrakos, G., Kyriakidou, N., Yfantopoulos, J., Goula, A., Giovannis, A., Latsou, D., Sarris, M. (2013). "Primary Health Care Services Evaluation in Greece", 6th Annual Conference of the EuroMed Academy of Business, *EuroMed Press*, p. 1735-1748.

- Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., Niakas, D. (2014). Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Glob J Health Sci.*, 6(5):196-203.
- Prior, D., (2006). “Efficiency and total quality management in health care organizations: A dynamic frontier approach”, *Ann Oper. Res.*, 145: 281-299.
- Priporas, C.V., Laspa, C. & Kamenidou, I.C. (2008). “Patient satisfaction measurement for in- hospital services: A pilot study in Greece”, *Journal of Medical Marketing*, 8(4):325-340.
- Purcărea, V.L., Gheorghe, L.R. & Petrescu, C.M. (2013). “The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale”. *Procedia Economics and Finance*. Vol. 6, pp. 573-585.
- Qin, H., Prybutok, V.R., & Zhao, Q. (2010). “Perceived service quality in fast-food restaurants: Empirical evidence from China”. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 27(4), pp. 424-437.
- Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J.A., de-la-Sierra, E., Thompson, A. (2006). “Predictors of patient satisfaction with hospital health care”. *BMC Health Services Research*. 6:102.
- Ramsaran-Fowdar, R.R. (2008), “The relative importance of service dimensions in healthcare setting”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1):104-124.
- Reed, R., Lemak, D.J. & Mero, N.P. (2000). “Total Quality Management and Sustainable Competitive Advantage”. *Journal of Quality Management*, 5:5-26.
- Reidenbanch, R.E. & Sandifer-Smallwood, B. (1990). “Exploring Perceptions of Hospitals Operations by a Modified SERVQUAL Approach”. *Journal of Health Care Marketing*, 10(4):47-55.
- Reynard, P.C. (2000). “Manufacturing quality in the pre-industrial age: finding value in diversity”. *Economic History Review*, Vol. 3, 493-516.
- Roberts, K.H. 1990. “Some characteristics of high reliability organizations”. *Organization Science*, 1(2):160-177.
- Roberts, J.S., Coale, J.G., Rendam, R.P. (1987). “A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals”. *JAMA*, 258:936-940.
- Rodríguez, P.G., Burguete, J.L.V., Vaughan, R. & Edwards, J. (2009). “Quality dimensions in the public sector: municipal services and citizen’s perception”. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, Vol. 6 No. 1, pp. 75-90.
- Rohini, R. & Mahadevappa, B. (2006). “Service Quality in Bangalore Hospitals-An Empirical Study”. *Journal of Services Research*, 6(1), pp. 59-85, (April-September 2006).
- Rowe, A. K., de Savigny, D., Lanata, C. F., & Victora, C. G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *The Lancet*, 366(9490), 1026-1035.

Rubin, H.R., Ware Jr, J.E., Nelson, E.C. & Meterko, M. (1990). “The Patient judgments of Hospital quality (PJHQ) Questionnaire”, *Medical Care*, 28(9):17-18.

Rust, R.T. & Oliver, R.L. (2000). “Should we delight the customer?”, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28 No.1, 86-94.

Sadika, B.A., Abdelrahman, M., Bader, A.E., Eman, S., Homood, A.T., Adnan A.W. (2008). “Patients’ satisfaction with primary health care services in Kuwait”, *Kuwait Medical Journal*, 40(1):25-30.

Saeed, A.A., Mohammed B.A., Magzoub, E.E. & Al-Doghaiter A.H. (2001). “Satisfaction and correlates of patients’ satisfaction with physicians’ services in primary health care centers”, *Saudi Medical Journal*, 22(3):262-267.

Saha, G.C., Theingi, T. (2009). “Service quality, satisfaction, and behavioural intentions: A study of low-cost airline carriers in Thailand”. *Journal of Service Theory and Practice* 19(3):350-372.

Sallis, Ed. (1993), “*Total Quality management in Education*”, London: Kogan Page.

Sam E.F., Hamidu, O. & Daniels, S. (2018). “SERVQUAL analysis of public bus transport services in Kumasi metropolis, Ghana: Core user perspectives”. *Case Studies on Transport Policy*, Vol. 6, No. 1, pp. 25-31.

Santos, C.R., Contreras, A.M., Faúndez, C. & Palomo-Vélez, G.F. (2015). “Adapting the SERVQUAL model to a physical activity break satisfaction scale”. *International Journal of Workplace Health Management*, Vol. 8 No 1, pp.34-45.

Sarathy, P.S. (2013). “TQM Practice in Real-Estate Industry Using AHP”. *Quality Quantity* 47(4):2049- 2063.

Sasser, W. Earl Jr., R. Paul Olsen, and D. Daryl Wyckoff (1978), “*Management of Service Operations: Text and Cases*”, Boston: Allyn and Bacon.

Schoenfelder, T., Klewer, J., Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5):503-509.

Schultz, J.R. (2006). “Measuring service industry performance: Some basic concepts”. *Performance Improvement*, 45(4):13-17.

Scotto F De Ceglie, Guerra A, Misciagna V και Pellecchia G (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2):86-97.

Scotto, F., De Ceglie A., Guerra, V., Misciagna, G., Pellecchia, A. (2009). “Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services”, *Clinical Governance International Journal*, 114(2):86-97.

Self, D.R. and Sherer, R. (1996). “Quality measures in healthcare”, *Health Marketing Quarterly*, Vol. 13, No. 4, pp. 3-15.

Seiders, K. (2009). “Understanding how employees understand customers: A commentary essay”. *Journal of Business Research*, Vol. 62, No.11, pp. 1136–1138.



- Seth, N., Deshmukh, S.G. & Vrat, P. (2005). "Service Quality Models: A review". *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22(9):913-949.
- Sewell, N. (1997). "Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach". *International Journal of Health Care Quality Assurance Inc Leadersh Health Serv*, 10(1):20-26.
- Shafiq, M., Naeem, M.A., Munawar, Z., Fatima, I. (2017). "Service Quality Assessment of Hospitals in Asian Context: An Empirical Evidence from Pakistan". *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, Vol. 54, pp. 1-12.
- Shahin, A. & Samea, M. (2010). "Developing the Models of Service Quality Gaps: A Critical Discussion". *Business Management and Strategy*, Vol. 1, No. 1, pp. 1-11.
- Short, P. & Rahim, M.A. (1995). "Total Quality Management in Hospitals", *Total Quality Management*, 6(3):255-263.
- Siameti, I. & Kakouris, A.P. (2009). "Service Quality: A Critical Review of Service Quality Models", 2nd International Conference: Quantitative and Qualitative Methodologies in the Economic and Administrative Sciences, pp. 406-17, Q.M.E.A.S, 25-27 May, Athens, Greece.
- Silva, D.S., de Moraes, G.H.S.M., Makiya, I.K. & Cesar, F.I.G. (2017). "Measurement of perceived service quality in higher education institutions: a review of HEDPERF scale use". *Quality Assurance in Education*, Vol. 25 No. 4, pp. 415-439.
- Sit, W.Y., Ooi, K.B., Lin, B. & Loong Chong, A.Y. (2009). "TQM and Customer Satisfaction in Malaysia's Service Sector". *Industrial Management and Data Systems* 109(7):957-975.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). "Patient satisfaction: a review of issues and concepts". *Social Science Medicine*, 45(12):1829-1843.
- Slater, C. H. (1997). "What Is Outcomes Research and What Can It Tell Us?" *Eval Health Prof*, 20:243-264.
- Sloan, D., S., G. (1992). "Health care and the demand for quality". *International Journal of Quality and Reliability Management*, Vol. 9 No. 3, pp. 65-8.
- Smith, M. & Engelbrecht, B. (2001). "Developing a tool to assess client satisfaction at district hospitals technical report". *Health Systems Trust*, Durban, No. 14, pp.4-14.
- Smith F.B., (1982). "*Flornce Nightingale: Reputation with Power*". New York: Pub. St. Martin's Press, 1982.
- Sohail, M.S.(2003). "Service quality in hospitals: more favourable than you might think". *Managing Service Quality: An International Journal*. Vol. 13.No. 3. pp.197-206.
- Sriwong, B.T. (2004). Application of Quality Gap Model to Measure the Quality of Pharmacist Service in Retail Pharmacy Settings: An Examination of Expectation and Perception. *Thai Journal of Pharmacy (on-line version)*, 1(4), pp.1-14.
- Stashevsky, S. & Elizur, D. (2000). "The effect of quality management and participation in decision-making on individual performance", *Journal of Quality Management*, 5(1):53-65.
- Stephens, R., (1994). "Cost, quality and reform", *Health Care Executive*, 9(1):23.

Strasser, S., Schweikhart, S., Welch, G.E. & Burge, J.C. (1995). Satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*. 15(3): 34-43.

Straub, D., Boudreau, M.C. & Gefen, D. (2004). Validation guidelines for IS positivist research. *Communications of the Association for Information Systems*, 13(1), 380-427.

Strawderman, L. (2005), “*Human factors for consideration in quality service metrics for healthcare delivery*”, unpublished doctoral dissertation, The Pennsylvania State University, University Park, PA.

Sultan, P., and Wong, H.Y. (2010). “Service quality in higher education: A review and research agenda”. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 2(2):259-272.

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).

Taguchi, G. (1987), *Jikken keikakuho* (3rd ed., Vol I & II), Tokyo: Maruzen, English translation edited by D. Clausing. *System of experimental design*, New York: UNIPUB/Kraus International.

Talib, F., Rahman, Z. & Azam, M. (2011). “Best practices of total quality management implementation in health care settings”. *Health Marketing Quarterly*, 28(3):232-52.

Taherdoost, H. (2016). Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. *International Journal of Academic Research in Management (IJARM)*, 2016, Vol. 5, No 3, pp. 37-41.

Talib, F., Rahman, Z., Quershi, M.N. & Siddique, J. (2011), “Total quality management and service quality: an exploratory study of management practices and barriers in service industries”, *International Journal of Services and Operations Management (IJSOM)*, Inderscience, UK, Vol.10, No.1, pp. 94-118.

Talib, F., Rahman, Z. & Qureshi, M.N. (2010). “The Relations between Total Quality Management and Quality Performance in the service industry: A Theoretical Model”. *International Journal of Business Management and Social Science* 1(1):113-128.

Talib, F. & Rahman, Z. (2010). “Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model”. *Services Marketing Quarterly*. 2010a. 31(3):363-380.

Taner, M.T. & Antony, J. (2006). “Comparing public and private hospital care service quality in Turkey”, *Leadership in Health Services*, 19(2-3):i-x.

Teas, K.R. (1993). “Expectations, Performance Evaluation and Consumers’ Perceptions of Quality”. *Journal of Marketing*, Vol. 57, No.4 (Oct), pp. 18-34.

Thiagarajan, T. & Zairi, M. (1997). “A review of total Quality management in practice: understanding the Fundamentals through examples of best practice application - Part I”. *The TQM Magazine*. 9(4): 270-286.

Thompson, A.G. and Sunol, R. (1995), “Expectation as determinants of patients: concepts, theory and evidence”, *Int J Qual Health Care*, Vol. 7, pp. 127-41.

- Thompson, R., E. (1980). *“Next Steps in Implementing Quality Appraisal/ Action Plans in Hospitals”*. Thompson, Mohr, and Associates Inc.
- Tošić, B., Ruso, J., Filipović, J. (2018). *Quality Management in Healthcare: Concepts, Principles and Standards*. 3rd International Conference on Quality-of-Life.
- Tse, D.K. & Wilton, P.C. (1988). “Models of Consumer Satisfaction Formation: An Extension”. *Journal of Marketing Research*, 25(2), 204-212.
- Tumiwa, R., Mamuaya, N., Kawatu, F. (2018). “Analysis of Service Quality and Public Satisfaction on Local Government Agencies in Manado City”. *International Journal of Business and Management Invention*, Vol. 7, No. 6, pp. 16-28.
- Turris, S.A. (2005). “Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis”. *Journal of Advanced Nursing*. 50(3):293-8.
- Ugboro I. & Obeng K. (2000). “Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction and customer satisfaction in TQM organizations: an empirical study”. *Journal of Quality management*, 5(2): 247-272.
- Van den Heuvel, J., Does, R.J.M.M. and Bisgaard, S. (2005). “Dutch hospital implements Six Sigma”, *Six Sigma Forum Magazine*, 4(2):11-14.
- Vartiainen, P. & Hart, M. (1996) Paper presented to: International Nursing and Midwifery Conference (Developing Professional Roles in practice) Heriot-Watt University. Edinburgh 10-12 April 1996.
- Vartiainen, P. & Hart, M. (1996). “Outpatient Satisfaction in the UK and Finland- a comparative study utilising the SERVQUAL methodology”, Paper read to the *International Nursing and Midwifery Conference*, Heriot-Watt University, Edinburgh, 10-12 April.
- Vassiliadis, C.A., Fotiadis, A. & Tavlaridou, E. (2014). “The effect of creating new secondary health services on patients’ perceptions: a Kano service quality analysis approach”. *Total Quality Management and Business Excellence*, 25(7-8):897-907.
- Wann-Yih Wu, Shih-Wen Hsiao, Hsing-Ping Kuo (2004). “Fuzzy Set Theory Based Decision Model for Determining Market Position and Developing Strategy for Hospital Service Quality”. *Total Quality Management*, Vol. 15, No. 4, 439-456.
- Wayne, D., & Terrell, J. C. (1994). *Business statistics: For Management and Economics*, 7th Edition, South-Western College Publishing, Houghton Mifflin.
- Weinberg, N.S. & Stason, W.B. (1998). “Managing quality in hospital practice” *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, No. 4: pp. 295-302.
- Westaway, M.S., Rheeder, P., Van Zyl, D.G., Seager, J.R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care*. 15(4):337-44.
- WHO (1993). «*Continuous Quality Development: A proposal national policy*», WHO regional office for Europe, Copenhagen.
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. (1998). “The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels”. *Social Science & Medicine*, 47(9):1351-1359.

- Williams, B. (1994). "Patient satisfaction: a valid concept?" *Social Science and Medicine* 38(4): 509-516.
- Williamson, C., (2007), "How do we find the right patients to consult?" *Quality in Primary Care*, 15(4), 195-199.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). "Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review". *BMC Health Services Research*, 8(1): 247.
- Wilson, H.S. (1987). "Introducing Research in nursing" (2<sup>nd</sup> ed). California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Wisniewski, M. (2001). "Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector services", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 11, No 6, pp. 380-88.
- Wisniewski, M. and Donnelly, M. (1996), "Measuring service quality in the public sector: the potential for SERVQUAL", *Total Quality Management*, Vol. 7, No. 4, pp.357-365.
- World Health Organization WHO (2003). "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?" Copenhagen Denmark.
- Wriglesworth, J.M. & Williams, J.T. (1975). "The construction of an objective test to measure patient satisfaction". *International Journal of Nursing Studies*, 12(3):123-132.
- Xiao, H., Barber, J.P. (2008). "The effect of perceived health status on patient satisfaction". *Value Health*. 11(4):719-25.
- Yasin, M.M. and Green, R.F. (1995), "A strategic approach to service quality: a field study in rural healthcare setting", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 13, No. 1, pp. 75-85.
- Youssef, F., Nel, D. & Bovaird T. (1995). "Service Quality in NHS Hospitals". *Journal of Management in Medicine*, 9(1):66-74.
- Zandbelt, L.C., Smets, E.M.A., Oort, F.J., Godfried, M.H., de Haes, H.C.J.M. (2004). "Satisfaction with the outpatient encounter". *Journal of General Internal Medicine*, 19(11):1088-1095.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1990). "Delivering Quality Service-Balancing Customer Perceptions and Expectations". The Free Press. New York. NY.
- Zeithaml, V.A. (1988), "Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence", *Journal of Marketing*, Vol. 52, No.3, pp. 2-22.
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1988). "Communication and control processes in the delivery of service quality". *Journal of Marketing*. Vol. 52., No 2, April. pp. 35-48.
- Zhang, Z., Waszink, A. & Wijngaard, J. (2000). "An Instrument for Measuring TQM Implementation for Chinese Manufacturing Companies". *International Journal of Quality and Reliability Management*, 17(7):730-755.

Zhao, Y.L., Di Benedetto, (2013). “Designing service quality to survive: Empirical evidence from Chinese new ventures”. *Journal of Business Research*, 66(8):1098-1107.

Zhao, X., Bai, C. & Hui, Y.V. (2002). “An empirical assessment and application of SERVQUAL in a Mainland Chinese department store”. *Total Quality Management*, 13(2):241-254.

Zolnierek, K.B.H., Dimatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 47(8):826-834.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»  
Ι. ΔΡΑΓΟΥΜΗ 5-161 21 ΑΘΗΝΑ-τηλ.:210-7210839

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΑΠ 3463/2-11-2020**

**Θέμα:** «Χορήγηση άδειας σε μεταπτυχιακή φοιτήτρια για διανομή ερωτηματολογίου στους εσωτερικούς και εξωτερικού ασθενείς του Νοσοκομείου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»».

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο υπεβλήθη η υπ' αριθμ. πρωτ. 6799/22-9-2020 αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Βορρεάκου Λεμονιάς για την διανομή ερωτηματολογίου στους εσωτερικούς και εξωτερικού ασθενείς του Νοσοκομείου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ» προκειμένου να εκπονήσει την διπλωματική εργασία με θέμα «Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών. Μελέτη περίπτωσης Νοσοκομείο «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»» Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Με επιβλέπουσα την Αν. Καθηγήτρια κα Ασπασία Γούλα. Με την προϋπόθεση ότι δε θα επιβαρύνει με έξοδα τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου, δεν εμφανίζονται προσωπικά δεδομένα (Γενικός Κανονισμός (Ε.Ε.) 2016/79).

Σκοπός της εργασίας:

σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να προσδιοριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ακόμα να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσω ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα να αξιολογηθεί αυτό το μοντέλο ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών τόσο στους εξωτερικούς όσο και στους εσωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου.

Το Επιστημονικό συμβούλιο και με την σύμφωνη γνώμη του Δ/ντη Ιατρικής Υπηρεσίας αφού έλαβαν υπόψη τους την αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Βορρεάκου Λεμονιάς και ύστερα από διαλογική συζήτηση

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

ομόφωνα εγκρίνει την αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Βορρεάκου Λεμονιάς για την διανομή ερωτηματολογίου στους εσωτερικούς και εξωτερικού ασθενείς του Νοσοκομείου «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ» προκειμένου να εκπονήσει την διπλωματική εργασία με θέμα «Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα με βάση την ικανοποίηση των χρηστών. Μελέτη περίπτωσης Νοσοκομείο «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»». Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών

