



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

&

ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥΣ. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Η
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ «ΕΛΕΥΘΩ».**

της

ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΑΡΤΣΑΡΑΚΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Ουρανία Γκούνα

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης
στη διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2020



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια
άδεια πνευματικών δικαιωμάτων CreativeCommons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- **Μοιραστείτε:** αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- **Προσαρμόστε:** αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- **Αναφορά Δημιουργού:** Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- **Μη Εμπορική Χρήση:** Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- **Παρόμοια Διανομή:** Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια CreativeCommons όπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Εκπαιδευτικών Μονάδων του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 17 Σεπτεμβρίου 2020

Η Δηλούσα: **Γεωργία Τσαρτσάρκη**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
1.1 Εισαγωγή	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	15
2.1 Ορισμοί υγείας.....	15
2.2 Ορισμοί συστήματος υγείας	16
2.3 Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	18
2.3.1 Δημόσιο Σύστημα Υγείας.....	18
2.3.2 Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας	19
2.3.3 Μικτό Σύστημα Υγείας	19
2.4 Μορφή Ελληνικού Συστήματος Υγείας	20
2.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Ελληνικού συστήματος περίθαλψης.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	23
ΠΟΙΟΤΗΤΑ	23
3.1 Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή.....	23
3.2 Η ποιότητα από δυο πλευρές	24
3.3 Ορισμοί Ποιότητας.....	24
3.4 Θεμελιωτές της ποιότητας.....	26
3.4.1 Dr. Edwards W. Deming.....	26
3.4.2 Dr Joseph M. Juran	30

3.4.3 Philip B. Crosby.....	32
3.4.4 Armand V. Feigenbaum.....	33
3.5 Το κόστος και η σημασία ποιότητας	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	35
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	35
4.1 Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή.....	35
4.2 Ορισμοί Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	36
4.3 Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ.....	37
4.4 Βήματα Υλοποίησης ΔΟΠ	38
4.5 Εμπόδια υλοποίησης ΔΟΠ	40
4.6 Λόγοι αποτυχίας ΔΟΠ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	43
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
5.1 Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή.....	43
5.2 Ορισμοί ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	45
5.3 Οι διαφορές των υπηρεσιών από τα προϊόντα.....	47
5.4 Οφέλη βελτίωσης της ποιότητας	48
5.5 Καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών υγείας.....	49
5.6 Διασφάλιση ποιότητας.....	50
5.7 Συνεχής Βελτίωση ποιότητας	51
5.7.1 Κύκλος ποιότητας	52
5.8 Μέτρηση ποιότητας.....	53
5.8.1 Η προσέγγιση Donabedian στη μέτρηση της ποιότητας.....	54
5.9 Δείκτες ποιότητας	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	58

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	58
6.1 Εισαγωγή	58
6.2 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών	59
6.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση	60
6.4 Μέτρηση και χρησιμότητα ικανοποίησης ασθενών	62
6.5 Μοντέλο SERVQUAL	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	65
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	65
7.1 Σκοπός της έρευνας	65
7.2 Εργαλείο έρευνας	65
7.3 Δείγμα έρευνας	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	67
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	67
8.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	67
8.2 Προσδιορισμός χάσματος.....	76
8.3 Έλεγχος για τις διαφορές των μέσων	79
8.3.1 Προσδοκώμενες υπηρεσίες.....	79
8.3.2. Παρούσα κατάσταση	81
8.4 Έλεγχος συσχέτισης	87
8.4.1 Προσδοκώμενες υπηρεσίες.....	87
8.4.2 Παρούσα κατάσταση	88
8.5 Περιορισμοί έρευνας	89
8.6 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	93
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ	93

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	99
Ξένη Βιβλιογραφία.....	103
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	
Εικόνα 1. Βασικές αρχές συστημάτων υγείας.....	17
Εικόνα 2. Ο κύκλος του Deming.....	29
Εικόνα 3. Η τριλογία της ποιότητας του Juran.....	32
Εικόνα 4. Ο κύκλος ποιότητας.....	53
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	
Πίνακας 1. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του συστήματος υγείας της Ελλάδας.....	22
Πίνακας 2. Τα βήματα υλοποίησης της ΔΟΠ επιγραμματικά.....	40
Πίνακας 3. Πίνακας συχνοτήτων για τις προσδοκώμενες υπηρεσίες.....	73
Πίνακας 4. Πίνακας συχνοτήτων για την παρούσα κατάσταση.....	75
Πίνακας 5. Κύρια περιγραφικά μέτρα των πέντε παραγόντων της ικανοποίησης των ασθενών.....	76
Πίνακας 6. Αποτελέσματα ερωτήσεων για την παρούσα κατάσταση και την προσδοκώμενη κατάσταση και Gap score.....	77
Πίνακας 7. Έλεγχο t για ανεξάρτητα δείγματα ανάμεσα στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και του παράγοντες αυτών και τον λόγο επίσκεψης στην κλινική.....	79
Πίνακας 8. Έλεγχο ANOVA ανάμεσα στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και τους παράγοντες αυτών και στην ηλικία των γυναικών.....	80
Πίνακας 9. Έλεγχο ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στην ηλικία των γυναικών.....	81
Πίνακας 10. Έλεγχο ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών.....	82

Πίνακας 11. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στο είδος εργασίας των γυναικών.....	83
Πίνακας 12. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στον ασφαλιστικό τομέα των γυναικών.....	84
Πίνακας 13. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στην οικογενειακή κατάσταση των γυναικών.....	85
Πίνακας 14. Έλεγχος για ανεξάρτητα δείγματα ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση, τους παράγοντες αυτής και στην συχνότητα επίσκεψης των γυναικών στην συγκεκριμένη κλινική.....	86
Πίνακας 15. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων των προσδοκώμενων υπηρεσιών.....	88
Πίνακας 16. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων της παρούσας κατάστασης.....	89
Πίνακας 17. Σύγκριση έρευνας με άλλες μελέτης.....	94

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Ηλικία.....	67
Διάγραμμα 2. Οικογενειακή κατάσταση.....	68
Διάγραμμα 3. Μορφωτικό επίπεδο.....	69
Διάγραμμα 4. Επάγγελμα.....	69
Διάγραμμα 5. Λόγοι επίσκεψης κλινικής.....	70
Διάγραμμα 6. Ασφαλιστικός Φορέας.....	71
Διάγραμμα 7. Νοσηλεία για πρώτη φορά στην κλινική.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	116

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παγκοσμιοποίηση σε συνδυασμό με την ολοένα και μεγαλύτερη ανάγκη για ανάπτυξη έχουν οδηγήσει τα κράτη, τους οργανισμούς, αλλά και τους πολίτες στην συνεχή αναζήτηση για την εξασφάλιση της ποιότητας σε όλους τους τομείς. Ιδιαίτερα, στον τομέα της Υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας είναι σημαντική. Η εγκαθίδρυση των συστημάτων υγείας αποτέλεσε σταθμό στην ιστορία των υπηρεσιών υγείας, ενώ συνέβαλε σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας και οδήγησε στην προσπάθεια νέων πολιτικών, που ταιριάζουν περισσότερο στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η επιθυμία για την υιοθέτηση της βέλτιστης ποιότητας προκύπτει από την ανάγκη ικανοποίησης των προσδοκιών των χρηστών υγείας. Τόσο η διοίκηση, όσο και οι εργαζόμενοι φαίνεται να προσπαθούν όλο και περισσότερο για την εκπλήρωση αυτών των προσδοκιών. Για τον έλεγχο της ικανοποίησης απαραίτητη κρίνεται η μέτρησή της, η οποία αποτελεί κύριο εργαλείο αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας. Η γνώση των αντιλήψεων των ασθενών συμβάλλει στην καταγραφή των αιτημάτων τους, στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης και στην ανάδειξη των κύριων προβλημάτων ικανοποίησης που χρήζουν βελτίωσης.

Με βάση όλων των παραπάνω και με την επιθυμία ανεύρεσης του επιπέδου ποιότητας σε μια περιφερειακή ιδιωτική μονάδα υγείας στην Ελλάδα προχώρησε αυτή η έρευνα. Πρωταρχικό στόχο αποτελεί η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τις προσδοκώμενες υπηρεσίες των ασθενών. Επιπρόσθετα, ελέγχεται κατά πόσο η προσδοκώμενη ποιότητα επηρεάζεται από άλλους παράγοντες όπως είναι αυτός της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου. Η έρευνα βασίστηκε στο μοντέλο ερωτηματολογίου SERVQUAL προσαρμοσμένο στον τομέα υγείας, και βασισμένο στις πέντε διαστάσεις - Απτότητα, Ασφάλεια, Ενσυναίσθηση, Ανταπόκριση, Αξιοπιστία-. Διανεμήθηκε σε γυναίκες, έγκυες και μη, στις οποίες παρασχέθηκαν υπηρεσίες υγείας από την ιδιωτική Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική Ελευθώ στα Γιαννιτσία του Νομού Πέλλας. Στο σύνολο, μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 206 θεωρήθηκαν έγκυρα και χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.

Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ένα σχετικά μικρό χάσμα μεταξύ της *προσδοκώμενης* και της *αντιλαμβανόμενης* ποιότητας. Παρατηρήθηκε μικρός βαθμός χαμηλού χάσματος και στις πέντε διαστάσεις, με πρώτη την απτότητα, δεύτερη την αξιοπιστία, τρίτη την ενσυναίσθηση, τέταρτη την ανταπόκριση και τελευταία την ασφάλεια. Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα,

το χάσμα ποιότητας φαίνεται να επηρεάζεται από δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα αλλά και από άλλες αιτίες όπως τον λόγο επίσκεψης. Αντίθετα στην ικανοποίηση δεν επιδρούν οι παράγοντες της οικογενειακής κατάστασης και της συχνότητας επισκέψεων. Τέλος, παρά την ύπαρξη μικρού γενικού χάσματος η ικανοποίηση των ασθενών κρίνεται μεγάλη. Η εμφάνιση αυτού του χάσματος μπορεί να αξιολογηθεί από τη διεύθυνση της κλινικής, ώστε να βελτιωθεί περαιτέρω η ποιότητα.

Λέξεις κλειδιά: υγεία, σύστημα υγείας, ποιότητα, περιφερειακή μονάδα υγείας, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ), ικανοποίηση, μοντέλο SERVQUAL.

ABSTRACT

Globalization combined with the growing need for development have led states, organizations, but also the citizens to search quality assurance in all sectors. Especially in the field of Health, the attention to quality assurance is important. The establishment of health systems has been a milestone in the history of health services, and has contributed significantly to quality improvement and has led to the effort of new policies that are more in line with Total Quality Management. The desire to adopt the best quality arises from the need to meet the expectations of health users. Both management and employees seem to be working harder and harder to meet these expectations. In order to control the satisfaction, it is necessary to measure it, which is the main tool for evaluating the quality provided. Knowledge of patients' perceptions helps to record their requests, to assess the current situation and to highlight the main satisfaction problems that need improvement.

Based on all the above and with the desire to find the level of quality in a regional private health unit in Greece this research was proceeded. The primary goal is to evaluate the health services provided in comparison with the expected services of the patients. In addition, it is checked whether the expected quality is influenced by other factors such as age and educational level. The search was based on the SERVQUAL questionnaire model adapted to the health sector was created and was based on five dimensions – Tangibility, Assurance, Empathy, Responsiveness, Reliability-. It was distributed to women, pregnant and non-pregnant, who were provided with health services by the private Obstetrics and Gynecology clinic Elefto, in Giannitsa at the county of Pella. In total, 250 questionnaires were distributed, of which 206 were considered valid and used in the research.

It was found that there is about a small gap between the expected and perceived quality. A small degree of low gap was observed in all five dimensions, with the first being tangibles, the second being reliability, the third being empathy, the fourth being responsiveness and the last being assurance. In addition, according to the findings, the quality gap seems to be influenced by demographics such as age, educational level, occupation and for other causes such as the reason for visit, contrary to satisfaction are not affected by factors of marital status and frequency of visits. At the end, despite the existence of a small general gap, the patients' satisfaction is considered great. The appearance of this gap can be evaluated by the management of the clinic, in order to further improve the quality.

Key words: health, health system, quality, regional health unit, Total Quality Management (TQM), satisfaction, SERVQUAL model.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Στη σύγχρονη κοινωνία που ζούμε, η οποία αναπτύσσεται και εκσυγχρονίζεται διαρκώς, η ποιότητα καθορίζει και επηρεάζει στο έπακρο τη ζωή μας, τις συνήθειες μας καθώς και τον τρόπο που συμπεριφερόμαστε. Πλέον οι άνθρωποι επιθυμούν όχι απλώς το ζην, αλλά το ευ ζην, και οι κοινωνίες συνεχίζουν να προσδιορίζουν ποσοτικά ακόμη και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά ζωής (Μανωλιάδης, 2007). Η αναζήτηση της ποιότητας από τον άνθρωπο είναι διαρκής, συνεχόμενη και αφορά όλες τις πτυχές της ζωής του. Σύμφωνα με μια έρευνα, κατά τη λήψη μιας απόφασης, το 80% των καταναλωτών θεωρούν ότι η ποιότητα θα πρέπει να είναι τόσο σημαντική όσο και η τιμή (Dixon, 2016). Κρίνεται εξαιρετικά σημαντική και απαραίτητη καθώς ο άνθρωπος προσπαθεί συνεχώς να τη κατακτήσει σε κάθε του συναλλαγή. Ξεκινά από το πιο απλό γεγονός έως και το πιο σημαντικό, παραδείγματος χάριν από την αγορά μιας μπλούζας έως και την αγορά ενός αυτοκινήτου. Πόσο μάλλον όταν αυτό αφορά την Υγεία, το σημαντικότερο αγαθό όλων. Ο ευαίσθητος τομέας της Υγείας είναι ιδιαίτερα απαιτητικός καθώς ο ορισμός του δεν αντιστοιχεί σε μια μονοδιάστατη έννοια. Γι' αυτό και η ποιότητα στην υγεία αλλά και η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσελκύσει πολλούς ερευνητές και τους έχει κινητοποιήσει για περαιτέρω αναζήτηση.

Οι μετρήσεις της ποιότητας και της ικανοποίησης οδηγούν στην αξιολόγηση όλων των μονάδων υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου. Έχουν σημαντική αξία καθώς από τη μια λειτουργούν ως δείκτες αποτελεσματικότητας στην υγεία αλλά και ως μέσο παρακολούθησης που αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Baker, 2001). Πολλοί από τους ερευνητές ισχυρίζονται ότι αυτές οι έννοιες παρέχουν έναν χρήσιμο τρόπο για την αντιμετώπιση ζητημάτων ποιότητας (Ossebaard, 2016). Είναι εμφανές ότι στο σημερινό περιβάλλον, με την επικρατούσα οικονομική κρίση, οι μονάδες υγείας είναι υποχρεωμένες να υιοθετήσουν πρακτικές που θα τους οδηγήσουν σε σωστές αποφάσεις για την αποφυγή λαθών και άσκοπων ενεργειών, με πρώτιστο μέλημα την ικανοποίηση των απαιτήσεων των ασθενών αλλά και των εργαζομένων. Στις πρακτικές αυτές περιλαμβάνονται έννοιες της σύγχρονης διοικητικής επιστήμης όπως αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και ποιότητα υπηρεσιών (Τζωρτζόπουλος, 2018).

Η παρούσα έρευνα έχει ως πρωταρχικό σκοπό να ερευνηθεί η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, ως παρελκόμενο της ποιότητας. Πηγή ενδιαφέροντος αποτέλεσε η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης των γυναικών που εισέρχονται σε μια ιδιωτική κλινική της περιφέρειας. Στην περίπτωση μας στην ιδιωτική μαιευτική κλινική “Έλευθώ” στην περιοχή των Γιαννιτσών του Νομού Πέλλας.

Πραγματοποιήθηκε μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω βιβλίων και πρόσφατων άρθρων σε συνδυασμό με την διενέργεια εμπειρικής έρευνας. Ως ερευνητικό εργαλείο για την αναζήτηση των απαντήσεων σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα επιλέχθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από τις έγκυες γυναίκες αλλά και από αυτές που προσήλθαν για γυναικολογικό έλεγχο. Το ερωτηματολόγιο αυτό στηρίχθηκε στη μέθοδο SERVQUAL, ενώ διανεμήθηκαν στο σύνολο 250 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 206 χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.

Σε αυτή την έρευνα, λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια να προσδιοριστεί ακόμη περισσότερο η έννοια, και τα αποτελέσματα της ποιότητας, καθώς και ο τρόπος βελτίωσης της υγειονομικής περίθαλψης, σε μια ιδιωτική γυναικολογική μονάδα υγείας στην Ελληνική περιφέρεια. Στόχος και σκοπός, η δημιουργία ευχαριστημένων χρηστών υγείας σε αυτές τις εξίσου σημαντικές περιφερειακές μονάδες υγείας. Η διάρθρωση της εργασίας έχει ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο, διατυπώνεται συνοπτικά η θεματολογία, ο λόγος που εκπονήθηκε αυτή η έρευνα και η μέθοδος που επιλέχθηκε. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται βασικοί ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, και αποτελούν εργαλείο για την περαιτέρω ανάλυση της έρευνας με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι ο ορισμός της υγείας και ο ορισμός - μορφή των συστημάτων υγείας. Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η ποιότητα και παρατίθεται μια λεπτομερής αναφορά στους ‘ειδικούς’ της ποιότητας. Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύεται ο ορισμός της διοίκησης ολικής ποιότητας, τα βήματά της αλλά και τα εμπόδια που είναι πιθανό να προκύψουν. Στο πέμπτο κεφάλαιο, ορίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καθορίζονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν, είτε θετικά είτε αρνητικά και διαπιστώνονται τα οφέλη από την υιοθέτηση της. Στο έκτο κεφάλαιο, αναλύουμε στην έννοια της ικανοποίησης και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Τέλος, στο έβδομο και όγδοο κεφάλαιο, ακολουθεί η μεθοδολογία και η εμπειρική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμοί υγείας

Ένα από τα πιο σημαντικά και βασικά ζητήματα για τον άνθρωπο αλλά και την κοινωνία είναι η προαγωγή της υγείας και ως επακόλουθο αυτής η ανταπόκριση των συστημάτων υγείας και η οργάνωσή τους.

Η Υγεία συνιστά ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό, το οποίο έχει σχέση με την ίδια την ύπαρξη αλλά και την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Οι ορισμοί που έχουν αποδοθεί είναι πολλοί με τους σημαντικότερους που ξεχωρίζουν να αναφέρονται στον λειτουργικό ορισμό κατά τον Parsons (1979) όπου ως υγεία θεωρείται η ικανότητα του κάθε ατόμου να ανταποκρίνεται και να συμμετέχει στους κοινωνικούς του ρόλους, αλλά και στον βιοματικό ορισμό σύμφωνα με τον Kelman (1975), κατά τον οποίο η έννοια της υγείας εστιάζει στο πως αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο την υγεία, δηλαδή κατά πόσο θεωρεί τον εαυτό του υγιή ή όχι.

Το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) παρουσίασε τον ορισμό της υγείας ως: «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Παρ' όλη την ορθότητα αυτού του ορισμού, ο οποίος κυριάρχησε για δεκαετίες και χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα, εντοπίστηκαν ελλείψεις που περιορίζουν τη χρησιμότητά του (Witt, 2017). Καταγράφηκαν θεωρίες, λοιπόν, που απορρίπτουν αυτόν τον ορισμό της πλήρους ευεξίας, χαρακτηρίζοντας τον ακατάλληλο δεδομένης της ολοένα και μεγαλύτερης αύξησης των χρόνιων νοσημάτων (Huber, 2011).

Η υγεία, λοιπόν, θεωρείται ότι καταλαμβάνει πρωταρχική θέση ανάμεσα στις αξίες του ανθρώπου. Κάθε κράτος μέσα από το σύστημα υγείας του, είναι υποχρεωμένο να προσφέρει άριστη περίθαλψη ισότιμη προς όλους τους πολίτες του, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση και την κοινωνική θέση που κατέχουν (Ελληνας, 2009). Η παροχή υπηρεσιών θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλους τους πολίτες χωρίς όρους με ταυτόχρονη όσο το δυνατόν υψηλότερη ποιότητα των υπηρεσιών αυτών (Σιγάλας, 1999).

2.2 Ορισμοί συστήματος υγείας

Στην εποχή που διανύουμε η οριοθέτηση ενός συστήματος υγείας καθίσταται δύσκολη και περίπλοκη. Αυτό συμβαίνει διότι κάθε σύστημα μπορεί να απευθύνεται σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού, να έχει διαφορετική δομή, οργάνωση ακόμα και χρηματοδότηση με επακόλουθο να μεταβάλλεται ο τρόπος λειτουργίας του.

Αρχικά, εύλογο θα ήταν να δοθεί ο ορισμός του συστήματος, όπου ο πιο κοινός περιγράφει το σύστημα ως ένα ενιαίο σύνολο που αποτελείται από αλληλένδετα μέρη, μέρη που αλληλεξαρτώνται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το σύστημα υγείας αποτελείται από ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων, που παρουσιάζουν συνεχή αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους με σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Ένας διαφορετικός ορισμός περιγράφει ότι το σύστημα υγείας περιλαμβάνει πόρους στον τομέα της υγείας, οι οποίοι είναι οργανωμένοι με τέτοιο τρόπο ώστε να αποσκοπούν στην κάλυψη των αναγκών και την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Εναλλακτικά, λειτουργεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων, που μέσα από την ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού (Λιαρόπουλος, 2007).

Τέλος, ένας ακόμη ορισμός χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου, 2001).

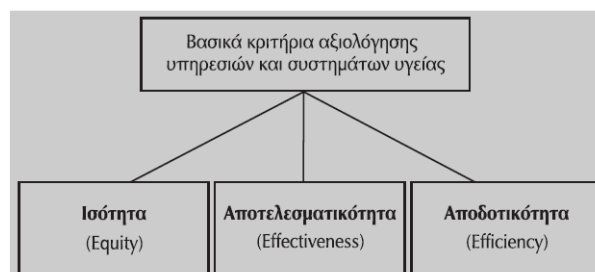
Σύμφωνα με τον Siddiq (2016) τα συστήματα υγείας πρέπει να παρέχουν προσιτή, ασφαλή, αποτελεσματική, δίκαιη και υψηλής ποιότητας φροντίδα με απώτερο σκοπό την καλή υγεία και τη μακροζωία του πληθυσμού.

Πέρα όμως από τους ορισμούς και το θεωρητικό κομμάτι, οι αυξανόμενες απαιτήσεις έχουν αναγκάσει τα συστήματα υγείας να μην στοχεύουν αποκλειστικά και μόνο στη θεραπεία ή την ανακούφιση ενός ασθενούς, αλλά και σε άλλα δεδομένα που αφορούν τη βελτίωση της υγείας. Παραδείγματος χάριν, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη, την

διατροφή, την σωματική άσκηση κ.α. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες, τις εμπειρίες, τις προτιμήσεις των ανθρώπων και κυρίως το δικαίωμά τους να αντιμετωπίζονται με σεβασμό (Kruk, 2018). Σημαντικό όμως είναι και το οικονομικό κομμάτι καθώς για να κριθεί ένα σύστημα αποτελεσματικό οφείλει να φροντίζει ώστε να παρέχει βέλτιστες υπηρεσίες με όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος.

Όπως προαναφέρθηκε, ένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να ορθοποδήσει μόνο του και ανεξάρτητο διότι επηρεάζεται από διάφορους οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς αλλά και πολιτικούς παράγοντες. Τα στοιχεία αυτά θα καθορίσουν τον τρόπο με τον οποίο αυτό θα λειτουργήσει και θα προσπαθήσει να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των πολιτών. Με το πέρασμα του χρόνου, τα συστήματα υγείας μεταβάλλονται, είτε με οδηγό τις επιλογές του κράτους και της πολιτικής εξουσίας, είτε λόγω κοινωνικών διεργασιών και επιστημονικών-τεχνολογικών επιτευγμάτων (Μπιτσιώρη 2016).

Το μόνο σίγουρο είναι ότι τα συστήματα υγείας θα πρέπει να διέπονται από βασικές και θεμελιώδεις αρχές (Εικόνα 1.). Τέτοιες αρχές είναι η αποτελεσματικότητα, που αφορά την επίτευξη του βασικού στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος παρά η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, η αποδοτικότητα, η οποία αποδεικνύεται από τη σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Ως αποδοτικότητα, ορίζεται ο βαθμός επίτευξης των στόχων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα της υγείας του πληθυσμού (Arah, 2003), ενώ ως κύριος στόχος τίθεται η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού και η ισότητα δηλαδή η ίση πρόσβαση στην φροντίδα υγείας και η παροχή υπηρεσιών υγείας για όλους, ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη και από άλλους κοινωνικούς, οικονομικούς, φυλετικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Τούντας, 2007).



Εικόνα 1. Βασικές αρχές συστημάτων υγείας. [Πηγή: Τούντας 2007, σελ. 9]

2.3 Μορφές Συστημάτων Υγείας

Κάθε σύστημα υγείας παρουσιάζει διαφορετική δομή πίσω από την οποία κρύβεται η κουλτούρα, η οικονομική κατάσταση αλλά και η φιλοσοφία για τον τρόπο που θα καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Τα κράτη είναι υπεύθυνα να σχεδιάσουν τη πολιτική που θα εφαρμόσουν στις υπηρεσίες υγείας, να καθορίσουν το ποσό της χρηματοδότησης που θα χορηγήσουν αλλά και να αποφασίσουν πως θα παρέμβουν στο σύστημα υγείας.

Σύμφωνα λοιπόν, με τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται τρεις μορφές συστημάτων υγείας το δημόσιο, το ιδιωτικό και το μικτό σύστημα (Τούντας, 2003).

2.3.1 Δημόσιο Σύστημα Υγείας

Είναι το σύστημα που στηρίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσω του κράτους πρόνοιας και υποστηρίζει πως η υγεία ως αγαθό αποτελεί δικαίωμα κάθε ανθρώπου ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας, φυλής, επαγγέλματος αλλά και οικονομικής κατάστασης. Στο σύστημα αυτό, οι υπηρεσίες υγείας παράγονται και διανέμονται ομοιόμορφα σε όλους τους πολίτες υπό την ευθύνη του κράτους.

Η χρηματοδότηση για τη λειτουργία του προέρχεται άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από την φορολογία εργαζόμενων-εργοδοτών μέσω των ασφαλιστικών εισφορών στα αρμόδια ασφαλιστικά ταμεία. Όταν οι παρεχόμενοι πόροι στηρίζονται αποκλειστικά και μόνο από το κράτος, σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge, επικρατεί η θεωρία ότι η υγεία είναι δημόσια ευθύνη καθώς αποτελεί δημόσιο αγαθό και όχι απλώς ατομικό δικαίωμα (Θεοδώρου, 2001). Ενώ, όταν η χρηματοδότηση βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, κατά το μοντέλο Bismark, και τα χρήματα προέρχονται από τις εισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών υπάρχει η δυνατότητα να επιλεγεί ο τρόπος κάλυψης των αναγκών υγείας, πληρώνοντας και το ανάλογο ποσό.

2.3.2 Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας

Στο ιδιωτικό σύστημα υγείας αποκλειστική ευθύνη έχει ο κάθε πολίτης, ενώ το κράτος επεμβαίνει ελάχιστα έως και καθόλου. Διαφορετικά, ο κάθε ένας ανεξάρτητα είναι ελεύθερος να αποφασίσει ποιες υπηρεσίες θα χρησιμοποιήσει, από ποιον και σε ποια χρονική στιγμή, με τον περιορισμό, όμως, της πληρωμής (Κυριόπουλος, 2000). Η ασφάλιση γίνεται, πλέον, προσωπική επιλογή, ενώ υπάρχει και το ενδεχόμενο κάποιος να επιθυμεί να παραμείνει ανασφάλιστος. Στο σύστημα αυτό επάγονται οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, στις οποίες ο πολίτης επιλέγει ιατρικά πακέτα, ανάλογα με το χρηματικό ποσό που δύναται να διαθέσει. Από την άλλη μεριά, οι ανασφάλιστοι, πληρώνουν κάθε υπηρεσία που χρησιμοποιούν με το ατομικό τους εισόδημα. Στο σύστημα αυτό που η ασφάλιση γίνεται με βάση την επιθυμία αλλά και την οικονομική κατάσταση, εμφανίζονται έντονες ανισότητες, ενώ μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού μένει δίχως ιατρική κάλυψη.

2.3.3 Μικτό Σύστημα Υγείας

Αυτό το σύστημα αποτελεί έναν συνδυασμό του δημόσιου και του ιδιωτικού συστήματος υγείας. Στηρίζεται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, όπου εργαζόμενοι και εργοδότες έχουν τον κύριο ρόλο στην ασφάλιση. Το κράτος δεν είναι υπεύθυνο για την απευθείας παροχή των περισσότερων υπηρεσιών υγείας, αλλά είναι αυτό που επιβλέπει την παροχή της ιατρικής περίθαλψης (Στεργίου, 2005). Το σύστημα αυτό επιβιώνει κάτω από την κρατική παρέμβαση, η οποία υποχρεώνει τους εργοδότες να παρέχουν ασφαλιστική προστασία στους εργαζόμενους τους (Kulesher., 2014). Παρ' όλα αυτά, έχει παρατηρηθεί πολλές φορές να χρησιμοποιείται και ο κρατικός προϋπολογισμός, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις οικονομικής κρίσης αλλά και όταν οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι δεν είναι σε θέση να αυξήσουν τις εισφορές (Rice, 2006).

2.4 Μορφή Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1397 με τον οποίο θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Ο νόμος αυτός, αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Στόχος του ήταν η προαγωγή της υγείας, η βελτίωση της περίθαλψης, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, η δικαιότερη κατανομή πόρων και η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ελληνας, 2009).

Το Εθνικό Σύστημα δεν μπορεί να ταξινομηθεί βάση των γνωστών μοντέλων που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ως προς την μορφή του χαρακτηρίζεται μικτό, υιοθετώντας στοιχεία και του μοντέλου Beveridge και του μοντέλου Bismarck, ενώ παράλληλα επιτρέπει την εκτεταμένη παρουσία του ιδιωτικού τομέα. Από το πρώτο σύστημα διακρίνεται η ανθρωποκεντρική πλευρά με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω των νοσοκομείων, με την παράλληλη χρηματοδότηση από τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω των εισφορών από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους κατά το πρότυπο του Bismarck. Η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική και μαζί με τις ιδιωτικές πληρωμές αποδεικνύεται πως συνδράμουν σημαντικά ως σημαντικές πηγές χρηματοδότησης στην υγεία (Παπαθεοδώρου, 2011).

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδος μοιάζει πολύ με αυτό της Αμερικής, καθώς οι Έλληνες απευθύνονται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα για να έχουν μία αξιοπρεπή περίθαλψη, ενώ αυτοί που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν καταφεύγουν στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία (Μπιτσώρη, 2016).

Η χώρα μας, λοιπόν, χαρακτηρίζεται από ένα 'ιδιωτικοποιημένο' εθνικό σύστημα υγείας, καθώς περιλαμβάνει τη συνύπαρξη του ΕΣΥ με ένα ιδιαίτερα ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα (Σουλιώτης, 2000).

2.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Ελληνικού συστήματος περίθαλψης

Το Ελληνικό σύστημα υγείας, εδώ και χρόνια παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις και κενά, τόσο σε θέματα οργάνωσης, όσο και του προσωπικού. Δεν είναι λίγοι αυτοί που το έχουν κατακρίνει και έχουν επιλέξει τον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, είναι αναμφίβολο ότι διαθέτει και θετικά στοιχεία. (Πίνακας 1.)

Ένα από αυτά είναι ίση πρόσβαση όλων των ανθρώπων στην υγειονομική φροντίδα. Αυτό σημαίνει ότι το αγαθό 'υγεία' είναι διαθέσιμο για όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως φυλετικής, οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης, υποστηρίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την ισότητα και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Επιπλέον, το σύστημα υγείας έχει δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη και βελτίωση της νοσοκομειακής φροντίδας. Αυτό, αφενός, διαπιστώνεται από την συνεχόμενη προσπάθεια για ένα καλύτερο επίπεδο διαμονής των ασθενών μέσα στον νοσοκομείο και αφετέρου από την ενσωμάτωση διάφορων νέων ειδικοτήτων πέραν των βασικών, για την ορθότερη και γρηγορότερη αντιμετώπιση των ασθενειών.

Το σημαντικότερο, όμως, όλων είναι η αμυδρή (ή και καθόλου) συμμετοχή των πολιτών στο κόστος περίθαλψης. Με αυτό το βήμα ενισχύεται ακόμα περισσότερο η ισότητα καθώς στο σύστημα υγείας μπορούν να έχουν πρόσβαση και άνθρωποι που δεν δύναται να πληρώσουν σε περίπτωση ασθένειας.

Από την άλλη πλευρά, το σύστημα υγείας διακρίνεται και από πληθώρα μειονεκτημάτων. Παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι η υγειονομική περίθαλψη στηρίζεται κυρίως στη νοσοκομειακή φροντίδα και δρα αφότου ασθενήσει κάποιος και νοσηλευτεί. Αυτό συμβαίνει επειδή επικρατεί χαμηλό επίπεδο πρόληψης και αγωγής υγείας στην χώρα μας. Επίσης, ένα ακόμα χαρακτηριστικό που δυσχεραίνει την απόδοσή του, είναι η παρουσία μεγάλων προβλημάτων για την κάλυψη της περίθαλψης των ατόμων από δυσπρόσιτες περιοχές, καθώς φεύγοντας από τα μεγάλα αστικά κέντρα παρατηρείται έλλειψη προσωπικού, συντονισμού, ακόμα και διαθέσιμων υλικών.

Τέλος, διατυπώνεται ένα μειονέκτημα ηθικής άποψης. Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται όλο και πιο έντονα το φαινόμενο 'πληρωμής' του ιατρού και του προσωπικού και από τον ασθενή (είναι το λεγόμενο φακελάκι). Αυτό μπορεί να συμβεί αφενός επειδή τα ζητάει ο ίδιος ο ιατρός και αφετέρου επειδή τα προσφέρει ο ασθενής, αναζητώντας καλύτερη και γρηγορότερη αντιμετώπιση, εφόσον τα προγραμματισμένα ραντεβού και χειρουργεία έχουν μεγάλη λίστα αναμονής. Για οποιονδήποτε λόγο και αν συμβαίνει αυτό, θεωρείται ποινικό αδίκημα και προσβάλλει τόσο την φύση της Ιατρικής, όσο και τα δικαιώματα των πολιτών.

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας.	Χαμηλή ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού.	Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς.
Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.	Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού.
Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος.	Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.
Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.	Υψηλές δαπάνες υγείας.

Πίνακας 1. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του συστήματος υγείας της Ελλάδας.

[Πηγή: Καλογεροπούλου, 2007]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ

3.1 Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή

Στη σύγχρονη εποχή που ζούμε με τις ιδιαίτερες απαιτήσεις και με την τεχνολογία να αναπτύσσεται διαρκώς ο πρώτος και κύριος στόχος είναι η εξασφάλιση της ποιότητας. Η ποιότητα έχει αποκτήσει αυξημένη σημασία και διακρίνεται όλο και περισσότερο ως καθοριστικός παράγοντας της παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας. Πότε όμως ξεκίνησε η αναζήτηση της ποιότητας;

Η έννοια της ποιότητας δεν αποτελεί μια καινούργια πρόκληση. Γυρνώντας πολλά χρόνια πίσω, ανακαλύπτουμε ότι η ποιότητα απασχολούσε έντονα τις τότε κοινωνίες. Από την αρχαιότητα ακόμα, εμφανίζεται τόσο σε ελληνικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Μάλιστα, ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με την τέχνη, το θέατρο, τη λογοτεχνία, την αρχιτεκτονική και τη φιλοσοφία. Γνωρίζοντας λοιπόν, την ποιότητα των καλών τεχνών χτίστηκαν τα θεμέλια του κλασσικού ελληνικού πολιτισμού κατά τον 5ο αιώνα π. Χ, τον οποίο ασπάστηκε η Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, και μετέπειτα το Βυζάντιο. Στην αρχαία Ελλάδα, πρώτος ο Πλάτωνας εισήγαγε τον όρο ποιότητα ενώ στη συνέχεια ο Αριστοτέλης παρουσίασε και περιέγραψε πιο εμπεριστατωμένα τα τέσσερα είδη ποιότητας (Rao, 2015).

Ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα στην εξέλιξη της ποιότητας συνέβη το 1924, όπου ο Shewhart ανέλυσε το πρώτο διάγραμμα ελέγχου και ξεκίνησε έναν στατιστικό έλεγχο με αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας. Λίγο αργότερα, το 1950, ο Deming επηρεασμένος από τον Shewhart, κλήθηκε από την Ιαπωνική Κυβέρνηση να βοηθήσει στην ανασυγκρότηση της οικονομίας της Ιαπωνικής Βιομηχανίας. Από τότε μέχρι σήμερα η φιλοσοφία του διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στον τρόπο λειτουργίας της βιομηχανίας (Ζαβλάνος, 2006).

3.2 Η ποιότητα από δυο πλευρές

Πολλοί είναι αυτοί που προσπάθησαν να ερμηνεύσουν την ποιότητα, ο καθένας με διαφορετικό τρόπο και από διαφορετική σκοπιά (Koch, 1992). Αυτός είναι και ο λόγος που γύρω από την σημασία της ποιότητας επικρατεί σύγχυση και πολλοί από τους ορισμούς είναι αμφιλεγόμενοι (Mosadeghrad, 2013a). Αναλυτικότερα, στην ποιότητα διακρίνονται δυο όψεις. Αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας και αυτή του χρήστη του προϊόντος ή της υπηρεσίας (Κουθούρης, 2015). Από τη μεριά του παραγωγού η ποιότητα συνδέεται με τον σχεδιασμό και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές που έχουν θεσπιστεί (Δερβιτσιώτης, 1993). Για να επιτευχθεί όμως η ποιότητα οι προδιαγραφές αυτές θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των καταναλωτών. Από την οπτική του χρήστη η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση του. Έγκειται στο βαθμό κατά τον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του (Donabedian, 1980).

3.3 Ορισμοί Ποιότητας

Η ποιότητα, λόγω της υποκειμενικής φύσης, των διαφορετικών οπτικών και των άυλων χαρακτηριστικών, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Είναι μια αόριστη και αφηρημένη έννοια, η οποία έχει πολλές ερμηνείες, ανάλογα με τις διαφορετικές περιστάσεις (Garvin, 1984; Mosadeghrad, 2011; Elshaer, 2012). Για πολλούς η ποιότητα αλλάζει ανάλογα με τις μεταβολές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών.

Παρ' όλα αυτά πολλοί από τους ορισμούς που έχουν διακριθεί χαρακτηρίζουν την ποιότητα ως η καταλληλότητα ενός προϊόντος ή αγαθού προς χρήση (Juran, 1974), συμμόρφωση προς τις προδιαγραφές (Shewhart, 1931), συμμόρφωση των χαρακτηριστικών στις απαιτήσεις (Crosby, 1979) και ικανοποίηση των προσδοκιών των πελατών (Deming, 1986).

Ένας διεθνώς αποδεκτός ορισμός της έννοιας της ποιότητας προέρχεται από το διεθνή οργανισμό τυποποίησης ISO:9001 το 2015 και ορίζεται ως " το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις ανάγκες των χρηστών" (Androniceanu, 2017).

Άλλη μια θεωρία τονίζει πως η ποιότητα έχει δύο σημασίες. Πρώτον τη δυνατότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας να ικανοποιεί ανάγκες και δεύτερον ένα προϊόν ή μια υπηρεσία χωρίς ελλείψεις (Nelsen, 2007).

Πιο πρόσφατα η ποιότητα περιγράφηκε ως οι ιδιαιτερότητες των προϊόντων που ικανοποιούν τις ανάγκες και οδηγούν στην ικανοποίηση των πελατών (Κουκουφίλιππου, 2017). Μια άλλη οπτική, θεωρεί την αυξημένη ποιότητα ισοδύναμη της αύξησης του κόστους και συνεπώς ορίζει την ποιότητα ως απουσία ελλείψεων και λαθών που επιβάλλουν επαναλαμβανόμενη δουλειά ή που οδηγούν σε αστοχίες και δυσαρέσκεια πελατών (Rao, 2015).

Η ποιότητα αναγνωρίζεται ως ο κύριος και καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας, απόκτησης υψηλής απόδοσης και συνεχούς ύπαρξης στο ανταγωνιστικό περιβάλλον (Nawaz, 2016).

Επιπλέον, καταλυτικό ρόλο στην αναζήτηση της έννοιας της ποιότητας διαδραμάτισε η θέση του Garvin το 1984 όπου περιέγραψε πέντε βασικές προσεγγίσεις για τον ορισμό της ποιότητας (Garvin, 1984: Wicks, 2009: Sarker, 2019: Phuong, 2020).

1. **Υπερβατικός Ορισμός (Transcendent).** Η προσέγγιση αυτή εκλαμβάνει την ποιότητα ως έμφυτο χαρακτηριστικό το οποίο είναι απόλυτο και παγκοσμίως αναγνωρίσιμο. Το προϊόν ή η υπηρεσία είναι τέλεια σχεδιασμένα με βάση την υποκειμενική σχέση του με κάποια πρότυπα. Ο προσδιορισμός αυτής της υποκειμενικής σχέσης μπορεί να αναπτυχθεί μόνο μέσω της εμπειρίας, ενώ η ποιότητα δεν μπορεί να προσδιοριστεί επακριβώς.
2. **Ορισμός με βάση το προϊόν (Product Based).** Αυτή η προσέγγιση εκλαμβάνει την ποιότητα ως μια μετρήσιμη μεταβλητή. Διαφορές στην ποιότητα προκύπτουν λόγω διαφορών σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά του προϊόντος έναντι των προσωπικών προτιμήσεων ενός ατόμου.
3. **Ορισμός με βάση τον χρήστη (User Based).** Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, η ποιότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις επιθυμίες του χρήστη.
4. **Ορισμός με βάση την κατασκευή ή κατασκευαστική προσέγγιση (Production Based).** Θεωρεί την ποιότητα ως «συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις». Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, οποιαδήποτε απόκλιση από τις προβλεπόμενες απαιτήσεις του

χρήστη μειώνει την ποιότητα. Στόχος αυτής της θεωρίας είναι να μετρηθεί αντικειμενικά ο βαθμός στον οποίο ένα προϊόν ή υπηρεσία συμμορφώνεται με τις προκαθορισμένες προδιαγραφές.

5. **Ορισμός με βάση την αξία (Value Based).** Αξιολογεί την ποιότητα ως προς το κόστος και τα οφέλη. Σχετίζεται με την αξία και τις τιμές, ενώ όσο πιο κοντά στις αποδεκτές τιμές κυμαίνεται ένα προϊόν ή μια υπηρεσία τόσο πιο ποιοτικό είναι.

Όλες αυτές οι προσεγγίσεις περιγράφουν σωστά την ποιότητα και παρέχουν μια ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη εικόνα όταν εφαρμόζονται και οι πέντε μαζί (Fields, 2014). Εκτός από τον Garvin, πολλοί ερευνητές συνέβαλαν στην διαλεύκανση του όρου της ποιότητας, με τους πιο σεβαστούς να περιγράφονται παρακάτω.

3.4 Θεμελιωτές της ποιότητας

Πολλοί είναι αυτοί που αφιερώθηκαν στην αναζήτηση της έννοιας της ποιότητας. Η συνεισφορά τους στην ποιοτική διαδικασία είναι μεγάλη και οι θεωρίες τους επηρεάζουν σημαντικά ακόμα και σήμερα. Για να κατανοήσουμε το έργο τους είναι αναγκαία μια ξεχωριστή αναφορά σε κάθε έναν από αυτούς.

3.4.1 Dr. Edwards W. Deming

Θεωρείται ο πατέρας της διοίκησης ολικής ποιότητας (ΔΟΠ). Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το 1950, κλήθηκε από την Ιαπωνική Κυβέρνηση να βοηθήσει στην ανασυγκρότηση της κλονισμένης Ιαπωνικής Βιομηχανίας και στη ριζική αλλαγή της εργασιακής διαδικασίας. Αυτό που επιδίωξε ήταν η ανάπτυξη ποιοτικών προϊόντων, χαμηλού κόστους. Καθόρισε την ποιότητα ως μια στρατηγική που στοχεύει στις ανάγκες του πελάτη του παρόντος και του μέλλοντος. Υποστήριζε ότι η διοίκηση οφειλόταν για τα περισσότερα προβλήματα ποιότητας, ενώ λίγες φορές η ευθύνη βάραινε τους εργαζόμενους. Κατά τη δεκαετία του 1980, ο Deming παρουσίασε τα 14 σημεία του μάνατζμεντ, τα οποία είναι ικανά να οδηγήσουν έναν οργανισμό στην ποιότητα. Πίστευε ότι για την αλλαγή του παραδοσιακού τρόπου λειτουργίας των επιχειρήσεων απαιτείται η υιοθέτηση των παρακάτω 14 αρχών τόσο

από τη διοίκηση όσο και από το προσωπικό, οι οποίες εάν εφαρμοσθούν οδηγούν στην ΔΟΠ (Neave, 1987: Metri, 2006: Neyestani, 2017: Agrawal, 2019):

1. Συνεχής προσπάθεια για διαρκή βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών. Πρέπει πάντα να υπάρχει μια συνεπής, ατελείωτη και διαδεδομένη ώθηση για συνεχή βελτίωση σε ό, τι κάνει ο οργανισμός.
2. Υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας από τη διοίκηση. Περιλαμβάνει μια διεξοδική, ριζική επανεξέταση από την διοίκηση. Συνεπάγεται με μια πλήρη αντιστροφή της στάσης απέναντι σε πολλές συνηθισμένες στρατηγικές και τρόπους συμπεριφοράς.
3. Ανεξαρτητοποίηση από μεθόδους ελέγχου. Θα πρέπει να σταματήσει η ανάγκη επιθεώρησης, ως μέσο επίτευξης της ποιότητας.
4. Ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους και όχι απλώς του αρχικού κόστους. Δηλαδή, το κόστος θα μειωθεί σημαντικά με την μείωση του αριθμού των προμηθευτών, αλλά σε συνδυασμό με τη διατήρηση σταθερών και καλών σχέσεων με αυτούς. Δημιουργία μακροχρόνιας συνεργασίας με τους προμηθευτές με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση ποιότητας. Η επιλογή των προμηθειών θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα τη στατιστική απόδειξη και όχι την τιμή.
5. Συνεχόμενη αναζήτηση τυχόν προβλημάτων. Συνεχής και σταθερή βελτίωση του συστήματος παραγωγής και των υπηρεσιών εξαλείφοντας τις αιτίες που προκαλούν αυτά τα προβλήματα. Είναι προτιμότερο να βρεθούν σε αρχικό στάδιο, προτού δημιουργήσουν πραγματικό πρόβλημα, άρα και μεγαλύτερο κόστος.
6. Εγκαθίδρυση και καθιέρωση νέων μεθόδων εκπαίδευσης με βάση τις αρχές της στατιστικής για όλους τους εργαζόμενους κατά τη διάρκεια της εργασίας.
7. Αποτελεσματική ηγεσία, επιθεώρηση με στόχο τη παροχή βοήθειας στους εργαζόμενους μέσω των απαραίτητων τεχνικών και εργαλείων για την όσον το δυνατόν αποτελεσματικότερη και ορθολογικότερη εκτέλεση των καθηκόντων τους.
8. Αποβολή του φόβου, ο οποίος είναι ανασταλτικός παράγοντας, και αντικατάστασή του από τον αμοιβαίο σεβασμό, την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία, ενθαρρύνοντας δηλαδή την αμφίδρομη επικοινωνία.
9. Κατάργηση των φραγμών ανάμεσα στα τμήματα και ενθάρρυνση της λύσης των παρουσιαζόμενων προβλημάτων μέσω της ομαδικής εργασίας.
10. Κατάργηση της χρήσης των συνθημάτων και των τυποποιημένων εκφράσεων για την παρακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού.

11. Εξάλειψη όλων των προτύπων που χρησιμοποιούν αριθμητικές ποσότητες καθώς και των στόχων που δυσχεραίνουν την επίτευξη της ποιότητας. Μετά την επίτευξη ενός στόχου παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι σταματούν, ενώ όταν ένας στόχος είναι παράλογος και δεν μπορεί να επιτευχθεί τότε οι εργαζόμενοι αποθαρρύνονται.
12. Άρση των εμποδίων που αφαιρούν από τους εργαζόμενους την υπερηφάνεια για την εργασία τους και τη μετατρέπουν σε υποχρέωση.
13. Εγκαθίδρυση προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενθάρρυνση για συνεχή εκπαίδευση των εργαζομένων.
14. Συμμετοχή όλων για την υλοποίηση των παραπάνω σημείων.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Deming για να γίνουν αποτελεσματικά αυτά τα βήματα πρέπει να εφαρμοστούν από όλους ανεξαιρέτως. Εάν παραλειφθεί έστω και ένα βήμα, τότε επηρεάζει και τα άλλα με επακόλουθο την αναποτελεσματικότητα όλων των υπόλοιπων. Εκτός από αυτές τις 14 αρχές πρότεινε ακόμη ένα σχέδιο 7 σημείων, ούτως ώστε να γίνει δυνατή η εισαγωγή της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας στην επιχείρηση:

1. Καθολική εφαρμογή των 14 αρχών.
2. Προσπάθεια μετάδοσης αισιοδοξίας και αυτοπεποίθησης από την διοίκηση σε όλο το προσωπικό.
3. Παρουσίαση και επεξήγηση στους εργαζομένους των λόγων για τους οποίους είναι απαραίτητες οι αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού.
4. Ορθολογική οργάνωση και διαχωρισμός όλων των δραστηριοτήτων του οργανισμού σε φάσεις ώστε να διασφαλίζεται η επίτευξη του κοινού επιδιωκόμενου σκοπού.
5. Συνεργασία όλων σε όλα τα επίπεδα.
6. Οργανωτική δομή προσανατολισμένη στη ποιότητα.
7. Εφαρμογή του κύκλου του Deming. (Εικόνα 2.)



Εικόνα 2. Ο κύκλος του Deming.

[Πηγή: Τσιόκα, 2016]

3.4.1.1 Ο κύκλος του Deming

Λίγο αργότερα από την θέσπιση των βασικών αρχών βελτίωσης ο Deming διατύπωσε ένα καινούργιο μέσο βελτίωσης της ποιότητας μέσω ενός συνεχούς κύκλου ενεργειών, η οποία βασίζεται σε 4 στάδια [PDCA (Plan-Do-Check-Act)] τα οποία είναι (Τούντας, 2003: Ζαβλάνος, 2006: Taylor, 2014).

- Προγραμματίζω/Σχεδιάζω (Plan): Στο στάδιο αυτό διατυπώνεται το σχέδιο βελτίωσης. Γίνεται καταγραφή της διαδικασίας, συλλογή των δεδομένων και τέλος σχεδιασμός ενός πλάνου με δείκτες μέτρησης επιτυχίας ή αποτυχίας.
- Πραγματοποιώ (Do): Στο στάδιο αυτό υλοποιείται το σχέδιο βελτίωσης σε μικρή κλίμακα. Καταγράφονται τα δεδομένα της νέας διαδικασίας, τα οποία θα αξιολογηθούν αργότερα.
- Ελέγχω (Check): Στο τρίτο στάδιο ελέγχονται τα αποτελέσματα για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν αποκλίσεις από το αρχικό πλάνο.
- Ενεργώ (Act): Στο τελευταίο στάδιο ενσωματώνονται τα αποτελέσματα και χρησιμοποιούνται για να μεταβάλουν την τρέχουσα διαδικασία παραγωγής. Εάν είναι ικανοποιητική η επίδοση το καινούργιο σχέδιο υλοποιείται. Διαφορετικά, το σχέδιο

διαμορφώνεται ξανά με νέο σχεδιασμό, ακολουθώντας τη κυκλική διαδικασία από την αρχή.

Χαρακτηριστικό στοιχείο αυτού του κύκλου είναι η επαναληπτικότητα. Όταν τελειώνει ένας κύκλος, συστηματικά η διαδικασία ξεκινάει από την αρχή, χωρίς διακοπή. Κάθε φορά που ο κύκλος επαναλαμβάνεται, η ποιότητα της κλινικής απόδοσης αυξάνεται. Αυτές οι επαναλήψεις οδηγούν σε καλύτερη ποιότητα (Pashmdarfard, 2020).

3.4.1.2 Οι επτά «θανάσιμες» ασθένειες του Deming

Οι επτά θανατηφόρες ασθένειες που παρεμποδίζουν τον τρόπο λειτουργίας μιας επιχείρησης στη ΔΟΠ και την επιτυχή εφαρμογή των 14 σημείων του Deming είναι (Chaturvedi, 2020):

1. Απουσία σταθερότητας σκοπού σε ότι αφορά τον σχεδιασμό των προϊόντων και των υπηρεσιών. Πρέπει να υπάρχουν μακροπρόθεσμοι σκοποί και προγράμματα με ποιότητα. Πάντα θα πρέπει να γίνεται προγραμματισμός για το μέλλον.
2. Έμφαση σε βραχυπρόθεσμα κέρδη σε συνδυασμό με μείωση της ποιότητας.
3. Αξιολόγηση της απόδοσης-επίδοσης με την επίτευξη ατομικών στόχων, με αποτέλεσμα την κατάργηση της συνεργασίας των εργαζόμενων.
4. Διαρκής κινητικότητα των διευθυντικών στελεχών.
5. Εστιασμός και χρησιμοποίηση ορατών μόνο αριθμών αγνοώντας τους παράγοντες που δεν είναι εύκολα μετρήσιμοι.
6. Υπερβολικά κόστη ιατρικής περίθαλψης των εργαζόμενων.
7. Υπερβολικές δαπάνες σε εγγυήσεις, που προκύπτουν από δικηγόρους που εργάζονται για αμοιβές έκτακτης ανάγκης.

3.4.2 Dr Joseph M. Juran

Άλλος ένας θεμελιωτής της ποιότητας, με μεγάλη συνεισφορά στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ο οποίος εργάστηκε για πολλά χρόνια πάνω σε θέματα διαχείρισης της ποιότητας στο βιομηχανικό χώρο ήταν ο Juran. Αμερικανός, με καταγωγή από την Ρουμανία, σπούδασε μηχανικός, δίδαξε στο πανεπιστήμιο, έγραψε πολλά βιβλία και άρθρα και αφιερώθηκε στην

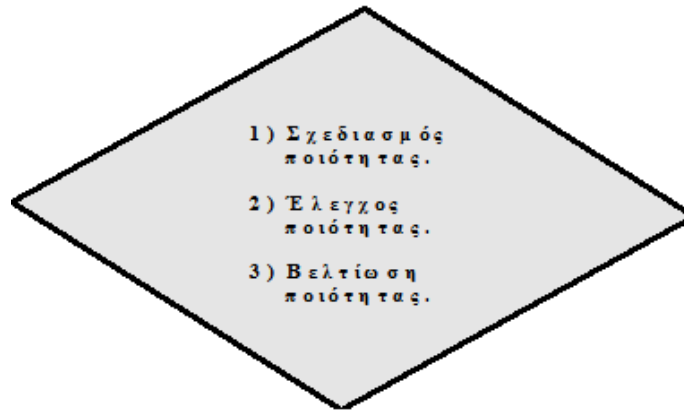
αναζήτηση της ποιότητας. Υποστήριξε ότι η ποιότητα είναι η "καταλληλότητα για χρήση" από άποψη σχεδιασμού, συμμόρφωσης προς τις προδιαγραφές, αξιοπιστίας και διαθεσιμότητας της αγοράς (Best, 2006). Επιπλέον, διατύπωσε πως η ποιότητα αποτελείται από όλα εκείνα τα στοιχεία του προϊόντος που οδηγούν στην ικανοποίηση των αναγκών των πελατών και με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουν την ικανοποίησή τους και τέλος, ότι η ποιότητα αναφέρεται στην απουσία ελλείψεων (Ehigie, 2006).

Ο Juran, όπως και ο Deming, διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της εισαγωγής της ποιότητας στην Ιαπωνία. Ο ίδιος έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στον ανθρώπινο παράγοντα, αλλά και στην εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού. Υποστήριξε ότι «η ποιότητα σχεδιάζεται και δεν είναι ποτέ τυχαία». Έτσι, θεώρησε χρήσιμο να διδάξει για τη διαχείριση της ποιότητας χρησιμοποιώντας μια αναλογία, την οποία θα μπορούν να κατανοήσουν όλοι. Είναι πιθανώς η πιο απλή, πλήρης και καθαρή αναπαράσταση της διαχείρισης της ποιότητας που επινοήθηκε ποτέ (Godfrey, 2007). Ανέπτυξε, λοιπόν, την θεωρία ότι η διαχείριση της ποιότητας περιλαμβάνει τρεις διαδικασίες τον ποιοτικό σχεδιασμό, τον ποιοτικό έλεγχο και την ποιοτική βελτίωση. Το κύριο σημείο της φιλοσοφίας του επικεντρώνεται στις 3 κύριες διαδικασίες ποιότητας, τις οποίες ονομάζει τριλογία ποιότητας (Juran's Trilogy)(Εικόνα 3.) και είναι (Τούντας, 2003: Ahmed, 2011: Tejaningrum, 2019):

1. Ποιοτικός σχεδιασμός: Αφορά τη διαδικασία σχεδιασμού των προϊόντων, υπηρεσιών και διαδικασιών για την επίτευξη μιας νέας καινοτομίας. Βασικό συστατικό για τον σχεδιασμό είναι οι ανάγκες του καταναλωτή. Στο σημείο αυτό σχεδιάζεται το πλάνο ποιότητας και ειδικότερα καθορίζονται οι πελάτες, καταγράφονται και αποσαφηνίζονται οι ανάγκες των πελατών, γίνεται ανάπτυξη των προϊόντων τα οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πελατών και τέλος γίνεται ανάπτυξη των αντίστοιχων διαδικασιών.
2. Ποιοτικός έλεγχος: Σχετίζεται με τη δημιουργία ενός συστήματος ανατροφοδότησης. Σε αυτό το στάδιο ελέγχεται εάν εκπληρώθηκαν οι στόχοι της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιείται διατύπωση των προτύπων απόδοσης, αξιολόγηση της πραγματικής απόδοσης, σύγκριση της απόδοσης με τους στόχους και λήψη διορθωτικών ενεργειών σε περίπτωση απόκλισης της πραγματικής απόδοσης με τους στόχους.
3. Βελτίωση της ποιότητας: Στο τρίτο στάδιο, βασική προτεραιότητα είναι η απόδειξη της ανάγκης που ωθεί στη βελτίωση της ποιότητας ενώ ταυτόχρονα γίνεται ανάπτυξη

της απαραίτητης υποδομής και προσδιορισμός των διαδικασιών οι οποίες χρειάζονται βελτίωση, διάγνωση των προβλημάτων και εύρεση πιθανών λύσεων.

Η ΤΡΙΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ JURAN



Εικόνα. 3. Η τριλογία της ποιότητας του Juran. [Πηγή: Τσιούκρας, 2013]

Επιπλέον, ο Juran έγινε γνωστός και από την αρχή του Pareto ή τον κανόνα 80-20. Είναι μια θεωρία βασισμένη στον Ιταλό επιστήμονα Vilfredo Pareto (1848-1923), ο οποίος κατά τον 19ο αιώνα ανακάλυψε ότι ο πλούτος ήταν κατανεμημένος σε λίγες μόνο οικογένειες (το 80% του πλούτου της Ιταλίας ανήκε στο 20% του πληθυσμού) βάση μιας λογαριθμικής καμπύλης (Donaldson, 2004). Κατά τον ίδιο τρόπο ο Juran εφάρμοσε την ίδια ιδέα και στην ποιότητα, δηλώνοντας ότι το 80% των προβλημάτων προέρχεται από το 20% των αιτιών και σε αυτό το 20% πρέπει να επικεντρωθεί η διοίκηση.

3.4.3 Philip B. Crosby

Ο Crosby ασχολήθηκε με την εκπαίδευση, τη διαχείριση αλλά και τη συγγραφή της ποιότητας. Σε βιβλία του αποτύπωσε τις δικές του σκέψεις σχετικά με την ποιότητα. Σύμφωνα με αυτόν ως ποιότητα δεν ορίζεται η τελειότητα αλλά η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος προς τις απαιτήσεις του πελάτη. Πίστευε ότι μια αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας πρέπει να βασίζεται στην πρόληψη. Έγινε γνωστός μέσα από την θεωρία «των μηδενικών ελαττωμάτων (zero effects). Υποστήριξε δηλαδή ότι στην ποιότητα δε χωρούν συμβιβασμοί και ότι η θα πρέπει εξ' αρχής να εφαρμοστεί σωστά χωρίς λάθη (Pea, 2019).

Σύμφωνα με την θεωρία των μηδενικών λαθών περιέγραψε και τις παρακάτω απόλυτες θέσεις (Crosby, 1979: Δερβιτσιώτης, 2001: Κωσταγιόλας, 2008):

- **Πρώτη Απόλυτη Θέση:** Η ποιότητα ορίζεται ως η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι στο πόσο καλό ή τέλειο είναι κάτι.
- **Δεύτερη Απόλυτη Θέση:** Η ποιότητα επιτυγχάνεται με την πρόληψη μη συμμορφώσεων και όχι με τον έλεγχο και την επιθεώρηση μετά την παραγωγή.
- **Τρίτη Απόλυτη Θέση:** Ο σκοπός και το πρότυπο για την επίτευξη της ποιότητας θα πρέπει να είναι η μηδενική ανοχή στις μη συμμορφώσεις και όχι κάποια επίπεδα αποδεκτής ποιότητας.
- **Τέταρτη Απόλυτη Θέση:** Η μέτρηση και η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να γίνεται με βάση το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι σε δείκτες ή διαφορετικά η μέτρηση της ποιότητας είναι η τιμή της μη συμμόρφωσης, και όχι ο δείκτης.

3.4.4 Armand V. Feigenbaum

Ο Feigenbaum, Αμερικανός γκουρού της ποιότητας, εισήγαγε πρώτος την έννοια του Ελέγχου της Ολικής ποιότητας, όπου αργότερα ονομάστηκε Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, την οποία και ορίζει ως μια αποτελεσματική πρακτική για την ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας (Rao, 2015). Με σκοπό την κατανόηση της ποιότητας το 1991 παρουσίασε σε βιβλίο του τις παρακάτω θεμελιώδεις αρχές (Neyestani, 2017):

- Η ποιότητα είναι μια διαδικασία για όλη την εταιρεία.
- Η ποιότητα είναι αυτό που λέει ο πελάτης.
- Η ποιότητα και το κόστος είναι ένα άθροισμα και όχι μια διαφορά.
- Η ποιότητα απαιτεί τόσο ατομικό όσο και ομαδικό ζήλο.
- Η ποιότητα είναι ένας τρόπος διαχείρισης.
- Η ποιότητα και η καινοτομία εξαρτώνται αμοιβαία.
- Η ποιότητα είναι ηθική.
- Η ποιότητα απαιτεί συνεχή βελτίωση.
- Η ποιότητα είναι από οικονομικής άποψης η πιο συμφέρουσα επιλογή.
- Η ποιότητα εφαρμόζεται από ένα συνολικό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει πελάτες και προμηθευτές.

Επιπρόσθετα, υποστήριξε ότι είναι πιο αποτελεσματικό η ποιότητα να διασφαλίζεται από όλους και όχι μεμονωμένα, ενώ ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας και όχι στο τέλος (Ionescu, 2016). Αξιοσημείωτη στο σημείο αυτό είναι η άποψη του ότι η ποιότητα δεν σημαίνει «το καλύτερο» αλλά «το καλύτερο για την τιμή χρήσης και πώλησης για τους πελάτες» (Ζαβλάνος, 2006). Τέλος, ο Feigenbaum τονίζει πως είναι σημαντικότερο να γίνονται προσπάθειες πρόληψης της κακής ποιότητας, παρά κινήσεις για τη διόρθωσή της (Τσιότρας, 2016).

3.5 Το κόστος και η σημασία ποιότητας

Το κόστος ποιότητας υπολογίζεται από το άθροισμα του κόστους αποφυγής ελαττωματικών προϊόντων (πριν από τη δημιουργία τους) και του κόστους που παρουσιάζεται όταν τελικά κατασκευάζονται ελαττωματικά προϊόντα (Δερβιτσιώτης, 2005). Για τη μείωση του κόστους ποιότητας προκύπτει η ανάγκη αποφυγής των λαθών που ευθύνονται για τα ελαττωματικά προϊόντα. Το κόστος αποφυγής περιλαμβάνει δυο στάδια (Ζέρβας, 2020):

1. Το κόστος πρόληψης κατά το οποίο τα προϊόντα και οι ανάλογες διαδικασίες σχεδιάζονται σωστά, το προσωπικό εκπαιδεύεται κατάλληλα, ούτως ώστε να βελτιώσει την παραγωγή.
2. Το κόστος αξιολόγησης ποιότητας κατά το οποίο γίνονται συνεχόμενοι έλεγχοι, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της παραγωγικής διαδικασίας.

Με την επιτυχία του κόστους αποφυγής αυξάνεται ακόμα περισσότερο η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας. Όλη αυτή η διαδικασία συμβάλλει στην ορθολογικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων, στην ελαχιστοποίηση παραγωγής ελαττωματικών προϊόντων, με επακόλουθο τη μείωση σπατάλης. Βελτιστοποιεί την διαδικασία παραγωγής με ταυτόχρονη μείωση του κόστους παραγωγής. Τα θετικά αυτά στοιχεία, θα οδηγήσουν στη δημιουργία ανταγωνιστικών τιμών, αυξημένων πωλήσεων και ικανοποιημένων πελατών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

4.1 Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) κρίνεται ως μια από τις πιο σημαντικές προόδους στον τομέα των επιχειρήσεων και των οργανισμών τις τελευταίες δεκαετίες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι χαρακτηρίστηκε ως η «επανάσταση» στη διοίκηση (Vouzaz, 2007). Ξεκίνησε από την Ιαπωνία στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και εξαπλώθηκε και στην Αυστραλία (Al-Shdaifat, 2015). Στις δυτικές χώρες οι πρακτικές της ΔΟΠ εφαρμόστηκαν περί των αρχών της δεκαετίας του 1990 (Farzadnia, 2017). Όσον αφορά την Ελλάδα, οι προσπάθειες για την εγκαθίδρυση αυτού του τρόπου διοίκησης ξεκίνησαν μόλις την τελευταία δεκαετία.

Κατά τη δεκαετία του 1990, η εφαρμογή της γινόταν όλο και πιο επιθυμητή με τις εταιρείες και τους οργανισμούς να ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο να την χρησιμοποιήσουν με στόχο την ανάπτυξη και την βελτίωση της ποιότητας τους. Η ανάγκη εύρεσης ενός νέου τρόπου διοίκησης οφείλεται στην προσπάθεια επιβίωσης μιας επιχείρησης σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, στην αναποτελεσματικότητα των διαδικασιών διοίκησης και στην αδυναμία ύπαρξης άλλων παραγόντων που θα οδηγήσουν στη διασφάλιση ποιότητας.

Επιπλέον, στους λόγους υιοθέτησης της ΔΟΠ συγκαταλέγονται η επιθυμία αύξησης των εσόδων με την εξάλειψη των ποιοτικών σφαλμάτων και η δημιουργία καινοτόμων προϊόντων ή υπηρεσιών (Κωσταγιόλας, 2008). Πέρα όμως από τον παγκόσμιο ανταγωνισμό, συμβάλλουν η ανώτερη αντίληψη των καταναλωτών για την ποιότητα και η πρόοδος της τεχνολογίας (Talib, 2010).

Η εφαρμογή της ΔΟΠ από την διοίκηση αποτελεί μια στρατηγική επιλογή, δυναμικού χαρακτήρα με την οποία υιοθετείται μια νέα φιλοσοφία με μακροχρόνιες συνέπειες για τον οργανισμό. Περιλαμβάνει κατευθυντήριες αρχές διοίκησης και πρακτικές όπως διαρκή εκπαίδευση των εργαζομένων και αναζήτηση νέων τεχνικών με στόχο τη συνεχή βελτίωση. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η ΔΟΠ εστιάζει στον πελάτη και είναι αποδεδειγμένο πως δρα βελτιώνοντας την αποδοτικότητα ορισμένων πόρων και δομών εντός των οργανισμών (Παπαγεωργίου, 2020). Η εφαρμογή της βελτιώνει σε μεγάλο βαθμό τη διαχείριση

των αποθεμάτων, εξοικονομώντας χρόνο και κεφάλαια σε περίοδο διαρκούς ανταγωνισμού (Yusuf, 2007).

Επιλέγεται από τους οργανισμούς καθώς αυτός ο τρόπος διοίκησης μπορεί να επιφέρει πολλά οφέλη. Σε αυτά συγκαταλέγονται η παροχή προϊόντων ή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στο σωστό χρόνο, η ενίσχυση της ικανοποίησης των πελατών αλλά και των εργαζόμενων, η αύξηση της ανταγωνιστικότητας των υπηρεσιών, η αυξημένη παραγωγικότητα των υπαλλήλων, η αύξηση των πωλήσεων και του κέρδους σε συνδυασμό με την μείωση του κόστους, οι ισχυρότερες σχέσεις με τους προμηθευτές αλλά και η καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των εργαζόμενων και της διοίκησης, με επακόλουθο καλύτερα αποτελέσματα (Mosadeghrad, 2014).

Οι οργανισμοί με υψηλή ποιότητα υπηρεσιών αποτελούν πρόκληση για άλλους οργανισμούς και λειτουργούν ως σημείο αναφοράς για τους άλλους να επιτύχουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

4.2 Ορισμοί Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Τα τελευταία χρόνια η επιθυμία για ποιότητα συνεχώς αυξάνεται, καθιστώντας την ανάγκη για την είσοδο της ΔΟΠ επιτακτική. Διαρκώς πραγματοποιούνται έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό, ενώ σε όλο και περισσότερους ερευνητές κινεί το ενδιαφέρον η αναζήτηση του όρου και της σημασίας της ΔΟΠ. Κατ' αυτόν τον τρόπο παραθέτονται και διάφοροι ορισμοί, οι οποίοι εμπλουτίζονται σε βάθος χρόνου. Παρακάτω δίνονται ορισμένοι από αυτούς:

- Είναι μια οργανωτική προσέγγιση με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση ποσοτικών δεικτών από όλους τους διαχειριστές και τους υπαλλήλους, για την διαρκή βελτίωση των διαδικασιών, των προϊόντων και των υπηρεσιών του οργανισμού (Milakovic, 1991).
- Είναι μια προσπάθεια βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας, της αποτελεσματικότητας και της δομής ολόκληρου του οργανισμού (Okland, 1993).
- Είναι η διοίκηση που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση μέσω της πρόληψης προβλημάτων και σφαλμάτων (Waks, 1999).
- Είναι μια πελατό-κεντρική διαδικασία, η οποία αναζητεί τη διαρκή βελτίωση και ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη (Sahaney, 2004).

- Είναι μια φιλοσοφία του μάνατζμεντ που αφορά ανθρώπους και διαδικασίες εργασίας με τελικό σκοπό την ικανοποίηση των πελατών και την βελτίωση της οργανωτικής απόδοσης (Al-Shdaifat, 2015).
- Ορίζεται ως η προσπάθεια των επιχειρήσεων και των οργανισμών να μεγιστοποιήσουν την ανταγωνιστικότητα τους μέσω της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος (Farzadnia, 2017).
- Η ΔΟΠ είναι ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα διοίκησης το οποίο περιλαμβάνει το σύνολο των πρακτικών που εφαρμόζει μια επιχείρηση ή μονάδα υγείας, ούτως ώστε να βελτιώσει και να αυξήσει την αξία του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, με σκοπό την ικανοποίηση του ενδιαφερόμενου. Απαραίτητη είναι η πλήρης συμμετοχή και δραστηριοποίηση όλων των πόρων με το ελάχιστο δυνατό κόστος. (Τζωρτζόπουλος, 2018).

4.3 Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ

Ουσιαστικά, υπάρχουν δυο πτυχές στον προσδιορισμό της ΔΟΠ. Η σκληρή και η μαλακή πλευρά. Στη σκληρή πλευρά εντάσσονται τα εργαλεία διαχείρισης και οι τεχνικές, ενώ στη μαλακή πλευρά περικλείεται όλη η φιλοσοφία της ΔΟΠ αλλά και οι αρχές της (Vouzas, 2007), οι οποίες είναι τρεις:

1. Εστίαση στον Πελάτη: Το ενδιαφέρον παραμένει στους εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες. Προσφέρονται προϊόντα και υπηρεσίες που όχι μόνο ικανοποιούν τις ανάγκες αλλά υπερβαίνουν τις προσδοκίες τους. Εσωτερικοί πελάτες μπορεί να είναι η διοίκηση και οι εργαζόμενοι, ενώ εξωτερικοί πελάτες μπορεί να είναι οι ασθενείς και οι επισκέπτες.
2. Συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Σκοπός είναι να πραγματοποιηθεί ομαδική εργασία για τη σωστή λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων. Για να γίνει αυτό θα πρέπει όλοι οι εργαζόμενοι να διδαχθούν την έννοια της ΔΟΠ.
3. Συνεχής βελτίωση.

4.4 Βήματα Υλοποίησης ΔΟΠ

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα ακριβές πρότυπο υιοθέτησης για την εφαρμογή της ΔΟΠ, δημιουργώντας ένα πιο εύκολο περιβάλλον για την εισαγωγή της, υπάρχουν όμως κάποιοι σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας που οδηγούν στη μετάβαση προς την ΔΟΠ.

Πριν από την έναρξη της προσπάθειας για την ανάπτυξη αυτού του μοντέλου διοίκησης, ο οργανισμός θα πρέπει να αξιολογήσει το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον και να προσδιορίσει την αποστολή και το όραμά του (Μποχώρης, 2008). Οι οργανισμοί θα πρέπει να αντιληφθούν ότι είναι απαραίτητη η διαρκής αυτό-αξιολόγηση (Talib, 2010) και πως η ΔΟΠ δεν είναι ένα πρόγραμμα το οποίο αρχικά διαμορφώνεται, πραγματοποιείται και έπειτα εγκαταλείπεται (Μαλάμου, 2016) αλλά αφορά ένα συνεχές σχέδιο δράσης όλων των δραστηριοτήτων του οργανισμού ξεκινώντας από την ιεραρχία και επεκτείνοντας οργανωτικά προς τα κάτω, χαρακτηρίζοντας όλη τη λειτουργία του οργανισμού (Sarathy, 2013).

Παρακάτω ακολουθούν οι οδηγίες-βήματα, που αν εφαρμοστούν πιστά θα οδηγήσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα της ΔΟΠ (Πίνακας 2.).

1. **Υποστήριξη από την διοίκηση.** Καμία προσπάθεια υιοθέτησης της ΔΟΠ δεν είναι ικανή να ευδοκιμήσει χωρίς την συμβολή της διοίκησης (Esam, 2012). Αυτή θα πρέπει αρχικά να καθορίσει το όραμα, τις αξίες αλλά και τους στόχους προς επίτευξη. Θα πρέπει να παρακινεί το προσωπικό αλλά και να το εκπαιδεύει σωστά σχετικά με την ποιότητα (Wagimin, 2019). Επιπλέον, η διατήρηση και η συνεχής αξιολόγηση του αρχικού οράματος, η επιβράβευση, η διόρθωση ταυτόχρονα συνάμα με την διαρκή επιμόρφωση της ποιότητας από τα στελέχη της διοίκησης, θα οδηγήσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα.
2. **Εστίαση στον πελάτη.** Η επιτυχία αυτού του βήματος έγκειται στην ικανοποίηση των πελατών-χρηστών υγείας με την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών τους. Η ικανοποίηση, λοιπόν, είναι η κινητήριος δύναμη ενός οργανισμού για τη βελτίωση της απόδοσής του (Vouzas, 2007). Ο οργανισμός θα πρέπει να προσδιορίζει τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πελατών και να τις αξιολογεί συνέχεια.
3. **Κατάρτιση και Εκπαίδευση εργαζομένων.** Αποτελεί ένα από τα πιο βασικά βήματα καθώς με αυτό διαχέεται η γνώση της ιδέας και των αρχών της ΔΟΠ στους εργαζόμενους, οι οποίοι είναι και οι υπεύθυνοι για την παραγωγή και την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Θα πρέπει να παρέχεται άριστη γνώση αλλά και

καινοτομία. Πέρα από τα πλεονεκτήματα στην βελτίωση της ποιότητας μέσω της γνώσης, η εκπαίδευση βοηθά και στην ενδυνάμωση των εργαζομένων μέσω της αυτοεκτίμησης (Tsang, 2001).

4. **Συνεχής βελτίωση της ποιότητας.** Περιλαμβάνει τη διαρκή προσπάθεια για ανάπτυξη της ποιότητας, εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης, καθορισμός των προβλημάτων και διόρθωση αυτών, με κύριο μέλημα την ποιότητα. Είναι μια διαδικασία μείωσης των αποκλίσεων από τα αρχικά πρότυπα (Μαλάμου, 2016). Βοηθά στην εξάλειψη του χαμένου χρόνου εκμηδενίζοντας την εμφάνιση σφαλμάτων και επαναλαμβανόμενων πράξεων.
5. **Σωστή επιλογή προμηθευτών και διατήρηση σταθερών σχέσεων.** Η επιλογή των προμηθευτών μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της ποιότητας. Έχει αποδειχθεί ωφέλιμη η ανάπτυξη καλής σχέσης και συνεργασίας με τους προμηθευτές, καθώς αυτή μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη επικοινωνία, πιο προσιτές τιμές και ταχύτερες παραδόσεις (Kaynak, 2003).
6. **Συμμετοχή εργαζομένων.** Η ενεργοποίηση, ομαδικότητα και η προσπάθεια όλων των εργαζομένων για έναν κοινό σκοπό ενισχύει την πορεία προς τη ΔΟΠ. Άλλωστε, η συμμετοχή όλων υπαλλήλων στο πρόγραμμα ποιότητας οδηγεί σε μια αυξημένη ροή πληροφοριών και γνώσεων για τον οργανισμό, με αποτέλεσμα να γίνεται ευκολότερη η επίλυση των προβλημάτων (Snell, 1992).
7. **Ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζόμενων.** Αποτελεί έναν από τους πυλώνες της αποτελεσματικής εφαρμογής της ΔΟΠ. Η ηγεσία οφείλει να αναγνωρίζει την προσπάθεια και την συμβολή των εργαζομένων της για την επίτευξη του δύσκολου έργου της βελτίωσης της ποιότητας αλλά και να δείχνει εμπιστοσύνη προς αυτούς (Faloudah, 2015). Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να ανταμείβονται για τους κόπους τους, τη σκληρή δουλειά, τη συνεισφορά και τα επιτεύγματα τους. Με αυτόν τον τρόπο θα προσπαθούν ακόμα περισσότερο να προσφέρουν και να αποδίδουν για καλύτερα αποτελέσματα.
8. **Συγκριτική αξιολόγηση.** Αφορά την συνεχή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων συγκρίνοντας τα με τους στόχους που έχουν τεθεί (Jackson, 2001). Περιλαμβάνει την αναζήτηση και εύρεση κενών αλλά και τυχόν προβλημάτων στην ποιότητα. Εάν από την σύγκριση προκύψουν σφάλματα και αποκλίσεις, απαιτείται η λήψη διορθωτικών μέτρων ούτως ώστε τα προβλήματα να λυθούν οδηγώντας σε αλλαγή προς τη βελτίωση.

9. **Μέτρηση απόδοσης και βελτίωσης ποιότητας.** Η μέτρηση της απόδοσης είναι το τελευταίο και σημαντικό βήμα προς την υλοποίηση της ΔΟΠ, καθώς παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα της ποιότητας. Στο σημείο αυτό εντάσσονται οι δείκτες αξιολόγησης, οι οποίοι είναι μετρήσιμα στοιχεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων των προσπαθειών για την βελτίωση της (Chassin, 2013).

Υποστήριξη από την διοίκηση
Εστίαση στον πελάτη
Κατάρτιση και εκπαίδευση εργαζομένων
Συνεχής βελτίωση της ποιότητας
Σωστή επιλογή προμηθευτών και διατήρηση σταθερών σχέσεων
Συμμετοχή εργαζομένων
Ενθάρρυνση και επιβράβευση των εργαζόμενων
Συγκριτική αξιολόγηση
Μέτρηση απόδοσης και βελτίωσης ποιότητας

Πίνακας 2. Τα βήματα υλοποίησης της ΔΟΠ επιγραμματικά.

4.5 Εμπόδια υλοποίησης ΔΟΠ

Η εφαρμογή της ΔΟΠ αποδεικνύεται ότι είναι μια πολύ δύσκολη και πολύπλοκη διαδικασία, ενώ στην προσπάθεια ένταξής της σε έναν οργανισμό μπορούν να εμφανιστούν πολλά λάθη. Στη συνέχεια ακολουθούν οι παράγοντες που είναι ικανοί να προκαλέσουν δυστοκία στην ΔΟΠ (Tatikonda, 1996: Mosadeghrad, 2006: Nicolaou, 2017):

- **Ανεπιτυχής διοίκηση.** Αφορά την έλλειψη οράματος, οργάνωσης αλλά και έλλειψης στρατηγικού σχεδίου. Η διοίκηση θα πρέπει να είναι δίπλα στους εργαζόμενους, να τους υποστηρίζει και να τους κατευθύνει προς τη ΔΟΠ. Σε διαφορετική περίπτωση κάθε προσπάθεια αποτυγχάνει.
- **Απουσία συνεργασίας.** Η πιο μεγάλη πρόκληση σε έναν οργανισμό είναι η ομαδικότητα, καθώς έχει αποδεχθεί πως είναι συχνό φαινόμενο η άρνηση

συνεργασίας τόσο από την διοίκηση όσο και από τους εργαζόμενους όπως και η μη συμμετοχή σε προγράμματα ποιότητας.

- Έλλειψη χρόνου. Οι εργαζόμενοι δεν μπορούν να αφιερωθούν στο δύσκολο έργο της ΔΟΠ λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας.
- Έλλειψη εργαζομένων. Η υλοποίηση της ΔΟΠ απαιτεί μεγάλη προσπάθεια από τους εργαζόμενους αλλά και πάρα πολύ χρόνο. Είναι μια διαδικασία με μεγάλη ευθύνη. Οι ανώτεροι θα πρέπει να σκεφτούν το ενδεχόμενο πρόσληψης προσωπικού για την επιτυχία του προγράμματος.
- Απουσία κινήτρων προς τους εργαζόμενους. Οι εργαζόμενοι με περισσότερα κίνητρα είναι πιο δεκτικοί προς την αλλαγή.
- Αδυναμία κατανόησης και υιοθέτησης των αξιών της ποιότητας από τους εργαζόμενους. Αυτό είναι απόρροια της απουσίας κουλτούρας του οργανισμού. Συμβαίνει επειδή είτε οι εργαζόμενοι δεν μπορούν να πιστέψουν ότι η ΔΟΠ μπορεί να οδηγήσει σε τέτοιες αλλαγές στην ποιότητα, είτε επειδή δεν είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν αυτές τις αλλαγές.
- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Όταν υπάρχουν υπερεκτιμημένες προσδοκίες και δεν πραγματοποιούνται τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε επικρατεί απογοήτευση, διακοπή της προσπάθειας και κατακόρυφη πτώση της ΔΟΠ.
- Αδυναμία μακροχρόνιας εφαρμογής. Όταν η ΔΟΠ χρησιμοποιείται ως μια γρήγορη διορθωτική λύση, τότε το μόνο σίγουρο είναι πως θα αποτύχει παταγωδώς και αυτό επειδή αποτελεί μια μακροπρόθεσμη στρατηγική, της οποίας τα αποτελέσματα μπορεί να γίνουν ορατά έπειτα από χρόνια.
- Ανεπαρκείς οικονομικοί πόροι. Με την ΔΟΠ και την αύξηση της ποιότητας, τα κόστη ανεβαίνουν και έτσι απαιτείται και μεγαλύτερη χρηματοδότηση.

4.6 Λόγοι αποτυχίας ΔΟΠ

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Mosadeghrad το 2014, οι λόγοι αποτυχίας της ΔΟΠ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις ομάδες:

1. Αναποτελεσματικό μοντέλο ΔΟΠ. Για την ΔΟΠ δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη θεωρία ή κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που να υποδεικνύουν τι είναι.

Διάφοροι ερευνητές υποβάλλουν τις θεωρίες τους με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλά μοντέλα με διαφορετικά ευρήματα.

2. Αναποτελεσματική μέθοδος εφαρμογής ΔΟΠ. Παρ' όλο που έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες ότι η ΔΟΠ έχει ισχυρά αποτελέσματα στη ποιότητα, δεν έχουν αποτυπωθεί σαφείς μέθοδοι και πρακτικές που να
3. Ακατάλληλο περιβάλλον για την εφαρμογή της ΔΟΠ. Για να πετύχει η εφαρμογή της ΔΟΠ εκτός των άλλων απαιτείται ένα περιβάλλον που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ΔΟΠ (σωστή ηγεσία, κατάλληλη δομή).

Επιπλέον, έχουν διατυπωθεί και άλλες αιτίες που υποσκάπτουν την έλευση της ΔΟΠ. Αυτές είναι η λανθασμένη κατανόηση της έννοιας της ΔΟΠ, η ανυπομονησία και η βιασύνη από τη μεριά της ηγεσίας για την εφαρμογή της ΔΟΠ, η υιοθέτηση μόνο μερικών αρχών της ΔΟΠ, η αδυναμία αναγνώρισης των ιδιαιτεροτήτων κάθε οργανισμού, η αδυναμία αναθεώρησης των προτεραιοτήτων, η χαμηλή ανάπτυξη δεικτών μέτρησης της απόδοσης της ποιότητας, η άρνηση προς την αλλαγή και η αποχή ορισμένων μελών από την ομαδικότητα προς τη ΔΟΠ (Κοτζαμάνη, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή - Ιστορική Αναδρομή

Η ποιότητα είναι ένας από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους όρους στην υγειονομική περίθαλψη. Η προαγωγή και η διασφάλιση της αποτελεί πρωταρχικό στόχο κάθε κοινωνίας. Αυτή η προσπάθεια μεγεθύνεται όταν σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η επίτευξη καλύτερης υγείας είναι απίθανη χωρίς την ύπαρξη καλύτερης ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. (Kruk, 2017).

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είχε πρωτοεμφανισθεί ακόμα από την αρχαία Ελλάδα κατά τον 5ο αιώνα π.Χ με τον Όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος αποτελεί έναν κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (Θανασας, 2019 :Κοτσαγιωργη, 2010: Παπακωστίδη, 2012) και από την Αίγυπτο στην ιερογλυφική γραφή, όπου πάνω σε λίθινες πλάκες, στον λεγόμενο «πάπυρο Smith» ήταν γραμμένοι τρόποι αντιμετώπισης τραυματισμών καθώς και χειρουργικές διαδικασίες (Πάτσιος, 2014).

Παρ' όλα αυτά, η επιστημονική ανακάλυψη και τεκμηρίωση της στο σύστημα υγείας ξεκίνησε από το 1858, από την νοσηλεύτρια Florence Nightingale, η οποία κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου πρώτη εδραίωσε προγράμματα ποιότητας, συστηματοποιώντας τη συλλογή και την ανάλυση στατιστικών δεδομένων στα νοσοκομεία. Χρησιμοποίησε δείκτες θνησιμότητας ανάλογα με την κατηγορία των ασθενών που βρίσκονταν στο νοσοκομείο και κατέγραφε τη θνητότητα των τραυματιών του πολέμου με βάση τις εξής κατηγορίες: α) τη διάρκεια της μεταφοράς τους στο νοσοκομείο, β) τη παραμονή στο νοσοκομείο, γ) τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μετά από χειρουργική επέμβαση (Shetty, 2016).

Στη συνέχεια, το 1914 η φροντίδα υγείας μελετήθηκε από τον Codman, οποίος προσπάθησε να ανακαλύψει την ποιότητα εξετάζοντας τους ασθενείς του ένα χρόνο μετά από τις χειρουργικές επεμβάσεις, διαπιστώνοντας εάν η χειρουργική διαδικασία είχε επιτυχία ή εάν προέκυψε κάποιο λάθος. Βάση των αποτελεσμάτων προσπαθούσε να βρει μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας. Αυτός ήταν και ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών έπειτα από κάθε θεραπευτική παρέμβαση. Ο Codman πίστευε

ότι η κατανόηση των ανεπιτυχών θεραπειών ήταν το θεμέλιο για τη βελτίωση της φροντίδας των μελλοντικών ασθενών (Neuhauser, 2002).

Εκείνη την περίοδο, η βελτίωση της ποιότητας της υγείας πέρασε και από την εκπαίδευση. Πρώτος ο Flexner πρότεινε την εφαρμογή νέων προτύπων λειτουργίας ιατρικών σχολών, καταργώντας τις τότε κερδοσκοπικές σχολές που είχαν ως αποτέλεσμα κακώς εκπαιδευμένους ιατρούς (Duffy, 2012). Η συμβολή του στην προώθηση της εκπαίδευσης ήταν καταλυτική και υποστήριξε ότι εάν οι άρρωστοι επωφελούνταν από την πρόοδο και την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, τότε η εκπαίδευση θα έπρεπε να έχει πιο γερές βάσεις.

Παρ' όλα αυτά από το 1960 η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας άρχισε να εμφανίζεται ως βιβλιογραφικός όρος (Μανωλιάδης, 2007), ενώ η συστηματική εξέταση της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη ξεκίνησε με το έργο του Avedis Donabedian, το 1966, όταν ο ίδιος πρότεινε ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης που περιγράφει την ποιότητα κάτω από τρεις διαστάσεις, της δομής, της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της περίθαλψης (Kruk, 2018) που θα έχει ως αποτέλεσμα το μεγαλύτερο όφελος του ασθενή με το μικρότερο κόστος (Donabedian, 1988). Στα τέλη του 21ου αιώνα, η Επιτροπή Ποιότητας Υγείας της Αμερικής συνέταξε δύο σημαντικές εκθέσεις για την ποιότητα του συστήματος υγείας Αμερικής, κινώντας το ενδιαφέρον και άλλων βιομηχανικών χωρών για παρόμοια αναζήτηση και έρευνες.

Μέχρι τα τέλη του 1970, η διασφάλιση της ποιότητας ήταν περισσότερο ακαδημαϊκού χαρακτήρα, όμως εκείνη την περίοδο υπήρξε ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, καθώς διάφορες ευρωπαϊκές χώρες προσπάθησαν να αναμορφώσουν το σύστημα υγείας τους με τη δημιουργία νέων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας (Συμεωνίδου, 2018). Στα τέλη του 1980, παρατηρείται λεπτομερέστερη αναζήτηση και ενασχόληση με την περίθαλψη στον τομέα της υγείας, καθώς εμφανίζεται η δημιουργία διεθνών και εθνικών προτύπων διασφάλισης ποιότητας, ενώ έως τις αρχές του 1990, η διασφάλιση της ποιότητας αποτέλεσε το θεμέλιο του κινήματος της ποιότητας (Τούντας, 2003).

5.2 Ορισμοί ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Όπως προαναφέρθηκε ο ορισμός της ποιότητας είναι δύσκολο να αποσαφηνιστεί, ενώ έχουν καταγραφεί πολλές διαφορετικές απόψεις γύρω από το θέμα αυτό (Ossebaard, 2016). Μπορεί να προσδιοριστεί με διάφορους τρόπους καθώς είναι μια έννοια η οποία διαρκώς αλλάζει και προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν από τους ασθενείς (Σαρρής, 2008).

Στον υγειονομικό τομέα σε σχέση με τον βιομηχανικό, η έννοια της ποιότητας είναι ακόμα πιο σύνθετη και περίπλοκη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ενώ στη βιομηχανία η ποιότητα συνεπάγεται με την τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος, κάτι τέτοιο δεν μπορεί να εφαρμοστεί και στην υγεία καθώς οι ασθενείς διαφέρουν και επηρεάζουν τα αποτελέσματα των θεραπειών (Θανασάς, 2019).

Έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι η ποιότητα στην υγεία έχει διαφορετική σημασία από άνθρωπο σε άνθρωπο και ανάλογα από ποια οπτική πλευρά την εκλαμβάνει κάποιος. Αυτό σημαίνει ότι η έννοια της μπορεί να ταξινομηθεί και να ορισθεί και ως (Ζαβλάνος, 2006):

- Προς την πλευρά του χρήστη ή του ασθενή, με τη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές υπηρεσίες γρηγορότερα και με όσο το δυνατόν χαμηλότερο κόστος.
- Προς την πλευρά του επαγγελματία υγείας, Σχετίζεται με την ιδέα και άποψη που δείχνει να έχει ο επαγγελματίας υγείας με τον βαθμό ικανοποίησης του χρήστη και με τον βαθμό που οι εργαζόμενοι συμμετέχουν σε αυτήν.
- Προς την πλευρά της διοίκησης, με την προσφορά αποτελεσματικής φροντίδας με τον πιο οικονομικό τρόπο και με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο διαχείρισης των διαθέσιμων πόρων με σκοπό την ικανοποίηση των χρηστών.

Αρχικά, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίστηκε από τους Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) ως: «Η αξιολόγηση ή η στάση αριστείας των υπηρεσιών» (Bisschoff, 2014), ενώ δέκα χρόνια αργότερα ο Zeithaml επεκτείνει τον ορισμό του ως «η παροχή άριστης ή ανώτερης εξυπηρέτησης σε σχέση με τις προσδοκίες των πελατών».

Λίγο αργότερα, διατυπώθηκε μια από τις πιο γνωστές απόψεις σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και τις ζημιές που πρέπει να αντιμετωπίσει μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης (Donabedian, 1986). Σήμερα, παρ' όλο που η συμβολή του Donabedian στη βελτίωση της ποιότητας είναι υψηλή, η κλασική του έννοια τείνει να θεωρείται στατική (Theodorakioglou, 2000).

Μια πιο απλή αλλά εξίσου σημαντική διατύπωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας την παρουσιάζει ως «Η ποιότητα πρέπει να ικανοποιεί ή ακόμα καλύτερα να υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών» (Evans, 1996).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματική χρήση των πόρων, ελαχιστοποίηση των κινδύνων για τους ασθενείς και θετική τελική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου (Τσουνής, 2012).

Παρακάτω ακολουθούν διάφοροι και πιο πρόσφατοι ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προς καλύτερη κατανόηση της έννοιας:

- Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας γίνεται ορατή από τον βαθμό με τον οποίο, οι υπηρεσίες αυξάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα σε ένα πρόβλημα υγείας και είναι σύμφωνα με τη σύγχρονη ιατρική γνώση (Kronefeld, 2006).
- Η ποιότητα έχει άμεση σχέση με τη μείωση του κόστους ενός οργανισμού αλλά και με τη βελτίωση της εικόνας του. Στην ποιότητα μπορεί να στηριχθεί ένας οργανισμός ούτως ώστε να μπορέσει να δημιουργήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να μπορέσει να διακριθεί (Alrubaiee, 2011).
- Η ποιότητα των υπηρεσιών ορίζεται ως η απόκλιση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται και των προσδοκιών τους σχετικά με τις υπηρεσίες (Yousaropraiboon, 2013).
- Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται με την διασφάλιση της ικανοποίησης των ασθενών από την υγειονομική περίθαλψη, η οποία παρέχεται έγκαιρα, με ακρίβεια και στο χαμηλότερο κόστος (Gul, 2014).
- Η ποιότητα των υπηρεσιών σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης εκείνων που την λαμβάνουν και ορίζεται ως η γνώμη τους σχετικά με την υπεροχή μιας υπηρεσίας, παρ' όλο που η προσδοκία της ποιότητας είναι δύσκολο να οριστεί (Kaymaz, 2017).

- Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στις αξιολογήσεις της ληφθείσας υπηρεσίας από τους καταναλωτές της (Kabul, 2020).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτή η ποικιλομορφία αλλά και η πολυπλοκότητα που παρουσιάζει η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Πολλοί είναι οι επιστήμονες που προσπαθούν να την ανακαλύψουν, με αποτέλεσμα τις πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις, οι οποίες πολλές φορές προκαλούν σύγχυση. Ωστόσο, κατά τον Donabedian κάτι τέτοιο είναι απολύτως φυσιολογικό καθώς κάθε ορισμός συνδέεται με την σχέση και τις ευθύνες που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το υγειονομικό σύστημα.

5.3 Οι διαφορές των υπηρεσιών από τα προϊόντα

Με την έννοια υπηρεσία ορίζουμε την παροχή άυλων αγαθών όπως πληροφορία, γνώση, φροντίδα υγείας (Χυτήρης, 2015). Η παραγωγή των υπηρεσιών έχει πολλές διαφορές από την παραγωγή των βιομηχανικών προϊόντων. Σε αυτές τις διαφορές περιλαμβάνονται:

- Βασικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι η άυλη τους φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις επεξεργαστούμε και δεν μπορούν να καθοριστούν πριν να καταναλωθούν (Gummesson, 2004). Κατά αυτόν τον τρόπο είναι ικανές να δημιουργήσουν προβλήματα. Η απουσία υλικής υπόστασης οδηγεί στην αδυναμία επιθεώρησης της παραγωγής τους και του ελέγχου των διαδικασιών (Palmer, 1995).
- Ταυτόχρονη κατανάλωση των υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της παροχής τους. Από την παραγωγή και την κατανάλωση απέχει μηδενικός χρόνος, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να μην μπορούν να αποθηκευτούν όπως τα προϊόντα (Vargo, 2004). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ότι σε διαπίστωση λάθους δεν μπορεί να γίνει οποιαδήποτε διόρθωση.
- Οι υπηρεσίες αποτελούν προϊόντα εντάσεων εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως τα βιομηχανικά προϊόντα. Επομένως, η επιτυχία των υπηρεσιών στηρίζεται κυρίως στο ανθρώπινο δυναμικό και την εργασία του, παρά σε μηχανές (Χυτήρης, 2015).
- Αδυναμία διάσπασης της υπηρεσίας από την κατανάλωση της (Fitzsimmons, 2014).
- Σε αρκετές περιπτώσεις ο πελάτης αποτελεί μέρος της παροχής υπηρεσιών, ενώ για την βέλτιστη παραγωγή υπηρεσιών είναι απαραίτητη η αλληλεπίδραση του πελάτη και του εργαζόμενου (Moeller, 2010).

- Αδυναμία δοκιμής από τον πελάτη πριν αγοραστούν οι υπηρεσίες και αδυναμία κατοχής των υπηρεσιών, παρ' ότι πληρώνονται από τον πελάτη (Lillrank, 2015).
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του (Hossain, 2017).

5.4 Οφέλη βελτίωσης της ποιότητας

Η διακαής επιθυμία για αύξηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι τυχαία. Η συνεχόμενη προσπάθεια προς την βελτίωση της, θα επιφέρει κοινωνικά, οικονομικά και υγειονομικά οφέλη, τα οποία τα αντιλαμβάνονται διαφορετικά οι χρήστες υγείας, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας και το κράτος (Μαλλιαρού, 2009).

Την μεγαλύτερη σημασία έχουν τα οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής-χρήστης υγείας και αυτό επειδή σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του. Αφορούν την άμεση διάγνωση μιας νόσου, την έγκαιρη και κατάλληλη θεραπεία της, την πρόληψη πιθανών επιπλοκών και κατ' επέκταση την αποκατάσταση του ασθενούς. Επιπλέον, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τις σωστές συνθήκες παραμονής και την ελαχιστοποίηση της διαμονής έχουν ως αποτέλεσμα την θετική επίδραση στη ψυχολογία των ασθενών (Ρίκος, 2015). Οι ευχαριστημένοι ασθενείς θα οδηγήσουν σε οφέλη και στους επαγγελματίες υγείας καθώς εισπράττουν τον σεβασμό και την ικανοποίηση, αποβάλλοντας το άγχος και την πίεση αυτής της δουλειάς. Η ηθική ικανοποίηση των εργαζομένων αποδεικνύεται ότι είναι ένας σημαντικός προτρεπτικός παράγοντας προς την βελτίωση των μονάδων υγείας (Τσουνής, 2012). Από την άλλη πλευρά η ποιότητα μπορεί να ωφελήσει τις μονάδες υγείας, τους ασφαλιστικούς φορείς αλλά και το ίδιο το κράτος. Στο σημείο αυτό εμπλέκονται τα κόστη και τα οικονομικά οφέλη. Με λίγα λόγια, όσο πιο σωστά αντιμετωπιστεί ο ασθενής και όσο πιο σύντομη είναι η παραμονή του στις υπηρεσίες υγείας, τόσο πιο κερδισμένες θα είναι οι μονάδες υγείας καθώς η εξοικονόμηση των διαθέσιμων πόρων μπορεί να καλύψει άλλες επιτακτικές ανάγκες. Από πλευρά ηθικής, η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δίνει την αίσθηση ολοκλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου. Ταυτόχρονα, με την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας βελτιώνεται η γενικότερη εικόνα του κράτους (Τσελέπη, 2000).

5.5 Καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός παραμέτρων που εμπλέκονται με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, όπου για κάθε άνθρωπο μπορεί να είναι διαφορετικές. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τα επίπεδα αξιολόγησης και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις δομές, στις διαδικασίες λειτουργίας και στα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας (Παπαγεωργίου, 2014).

Σύμφωνα με τον Τούντα (2008) στους βασικότερους παράγοντες περιλαμβάνονται:

- Η συμπεριφορά του προσωπικού προς τους ασθενείς. Θα πρέπει να είναι ευγενικοί και φιλικοί, ενισχύοντας την καλή επικοινωνία με τους ασθενείς.
- Ο χρόνος που χρειάζεται για την επίλυση τυχόν προβλημάτων αλλά και η παροχή υπηρεσιών όλες τις ώρες, ανά πάσα στιγμή. Για την αύξηση της εγρήγορσης απαιτείται επάρκεια προσωπικού.
- Οι γνώσεις, η συνεχής εκπαίδευση, η εμπειρία, ο επαγγελματισμός του προσωπικού, που θα οδηγήσει σε ταχύτατη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενειών με τη σωστή επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.
- Η καταλληλότητα και προσβασιμότητα των φυσικών εγκαταστάσεων και ο σύγχρονος εξοπλισμός.
- Η εξασφάλιση της ποιότητας με όσο το δυνατό χαμηλότερο κόστος.
- Η ασφαλής τήρηση των κανόνων υγιεινής και η αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Αντίθετα, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που υποσκάπτουν την ποιότητα στον τομέα της υγείας. Μεταξύ αυτών είναι η απουσία ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, η ανεπαρκής στελέχωση, η αδυναμία επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού, η απουσία ομαδικότητας, η σύγκρουση ρόλων, η απουσία οργάνωσης, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, η βία στην εργασία κ.α. (Μαλλιαρού, 2009).

5.6 Διασφάλιση ποιότητας

Η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) στις υπηρεσίες υγείας καθορίζεται από την αξιολόγηση της παρούσας ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε έναν οργανισμό αλλά και από την προσπάθεια αλλαγής των υπηρεσιών, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, με πρώτιστο μέλημα τη βελτίωση τους. Η δημιουργία στόχων ποιότητας, η ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων ποιότητας και η παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών αποτελούν αναπόσπαστα κομμάτια της.

Ως διασφάλιση ποιότητας ορίζεται η διαδικασία που έχει σχεδιαστεί για να παρακολουθεί και να αξιολογεί συστηματικά την ποιότητα και την καταλληλότητα της φροντίδας των ασθενών, την αναζήτηση ευκαιριών για την βελτίωση αυτής της φροντίδας και την επίλυση εντοπισμένων προβλημάτων (Panneerselvam, 2017).

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται μεγάλη ροπή προς την διασφάλιση ποιότητας. Αυτό από τη μια μεριά δείχνει την αναγκαιότητα για καλύτερη ποιότητα, ανάγκη που προκύπτει από τις αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών, το αυξημένο κόστος των υπηρεσιών αλλά και την ανταγωνιστικότητα των μονάδων υγείας. Ενώ, από την άλλη μεριά, υποδεικνύει ένα καλό σημάδι προς τη βελτίωση των μονάδων υγείας καθώς η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί προκαταρτικό στάδιο της ολικής ποιότητας (Θανασάς, 2019).

Το 2006 το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής πρότεινε μια ολοκληρωμένη στρατηγική προς τη διασφάλιση και την ενίσχυση της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία. Η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει πέντε βασικά στοιχεία. Την αναπλήρωση των κενών για αποτελεσματικότερη φροντίδα, την εκπαίδευση των ιατρών με ικανότητες τέτοιες ώστε να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα, την ίδρυση ενός οργανισμού με ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη της ποιότητας, την τεχνολογική ενίσχυση του τομέα της υγείας και την ενσωμάτωση της μέτρησης και της βελτίωσης της ποιότητας στη καθημερινή πρακτική. (Institute of Medicine, 2006).

Για να πραγματοποιηθεί η διασφάλιση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η επαγγελματική απόδοση, η ορθή χρησιμοποίηση των πόρων, η διαχείριση των κινδύνων αλλά και η ικανοποίηση των ασθενών. Ενώ οι στόχοι της διασφάλισης διακρίνονται σε (Ρίκος, 2015):

- τη βεβαιότητα ότι παρέχονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις για το καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα,
- την ολοκλήρωση αυτού του αποτελέσματος με τη χαμηλότερη σπατάλη πόρων,
- τον μικρότερο κίνδυνο για αρνητικές εκβάσεις έπειτα από μια θεραπεία,
- την ικανοποίηση του ασθενούς.

Ο πιο γνωστός και πιθανότατα σημαντικότερος δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας είναι αυτός της ικανοποίησης των ασθενών. Συνεπάγεται με έναν αξιόπιστο δείκτη του οποίου τα αποτελέσματα έχουν ως στόχο να υποδείξουν τυχόν σφάλματα στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς ο όρος της ικανοποίησης καθώς μεταβάλλεται από άτομο σε άτομο, αλλά και από το ίδιο το άτομο σε διαφορετικό χρόνο.

5.7 Συνεχής Βελτίωση ποιότητας

Με την έννοια διαρκής βελτίωση της ποιότητας χαρακτηρίζεται η συνεχόμενη προσπάθεια εφαρμογής αλλαγών που επιφέρουν ευεργετικές επιπτώσεις στην απόδοση των υπηρεσιών υγείας. Έχει άμεση σχέση και σύνδεση με τη διασφάλιση ποιότητας και αφορά τη διαδικασία ελάττωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των διαφοροποιήσεων και αποκλίσεων από τα πρότυπα, αποσκοπώντας στην βέλτιστη συνολική απόδοση (Καλογερόπουλος, 2019).

Με πιο απλά λόγια, η διαρκής βελτίωση στοχεύει στην εύρεση των σφαλμάτων και δρα διορθωτικά με σκοπό τις συνεχείς βελτιώσεις στο τελικό αποτέλεσμα, με επίκεντρο πάντα τον ασθενή. Παρ' όλα αυτά η επίτευξη της διαρκούς βελτίωσης θα επιφέρει πολλά πλεονεκτήματα και στον οργανισμό με τελικό σκοπό τη μείωση του κόστους (Ζαβλάνος, 2006).

Η προσπάθεια της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας

→

Βελτιώνει τους σκοπούς της διαδικασίας

→

Βελτιώνει την υπευθυνότητα σχεδιασμού της διαδικασίας

→

Βελτιώνει την ικανότητα της διαδικασίας

→

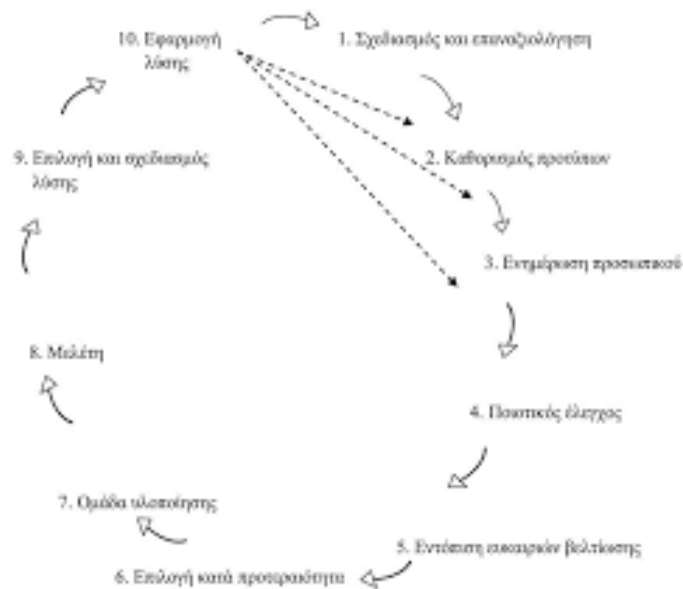
Βελτιώνει τα αποτελέσματα της διαδικασίας

→

Μειώνει το κόστος

5.7.1 Κύκλος ποιότητας

Χαρακτηριστικό μοντέλο της διαρκούς βελτίωσης είναι ο κύκλος ποιότητας (Εικόνα 3.). Τα τρία πρώτα στάδια του κύκλου που αφορούν τον σχεδιασμό και την επαναξιολόγηση, τον καθορισμό προτύπων ποιότητας και την ενημέρωση του προσωπικού εντάσσονται στη διασφάλιση της ποιότητας. Ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος, ενώ τα επόμενα 6 στάδια όπως απεικονίζονται και στο σχήμα περιλαμβάνονται στη διαδικασία διαρκούς βελτίωσης. Η αρχή γίνεται με τον εντοπισμό ευκαιριών βελτίωσης, οι οποίες κατηγοριοποιούνται και διαβαθμίζονται με σειρά προτεραιότητας. Έπειτα επιλέγεται μια ομάδα ατόμων, τα οποία είναι υπεύθυνα για την υλοποίηση της όλης διαδικασίας, τον καθορισμό των μέσων αλλά και των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Συλλέγονται τα δεδομένα, αναλύονται όλες οι παράμετροι και αποφασίζεται από κοινού η λύση, η οποία επαναξιολογείται και τίθεται σε εφαρμογή (Τούντας, 2003: Παπακωστίδη, 2012).



Εικόνα 4. Ο κύκλος ποιότητας.

[Πηγή: Παπακωστίδη, 2012]

5.8 Μέτρηση ποιότητας

Τις τελευταίες δεκαετίες, υπογραμμίζεται ολοένα και περισσότερο η σημασία της μέτρησης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι μονάδες υγείας προσπαθούν συνεχώς να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ασθενών αλλά και της κυβέρνησης για την ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων και την βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών (Chun, 2014).

Η μέτρηση της ποιότητας προσφέρει την ευκαιρία να προσδιοριστεί η τρέχουσα κατάσταση μιας μονάδας υγείας προκειμένου να αποφασιστεί εάν επιβάλλονται αλλαγές στην ποιότητα (Hopkins, 2020). Έχει πολλές χρήσεις όπως να αντιληφθούμε τις μεταβολές στην υγεία και την φροντίδα, να αξιολογήσουμε την επίδραση συγκεκριμένων προγραμμάτων ποιότητας, να τη χρησιμοποιήσουμε ως οδηγό για τη βελτίωση της ποιότητας καθώς και να μας οδηγήσει στον καθορισμό κινήτρων ή στη δημιουργία δεδομένων για τη λήψη αποφάσεων προς όφελος των χρηστών υγείας (Pincus, 2016). Επιπλέον, περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση των αιτιολογικών σχέσεων (Τούντας, 2003).

Για την σωστή διαδικασία μέτρησης απαραίτητη είναι η ακρίβεια του χρόνου, η σωστή εκπαίδευση, η κατάρτιση, η επιδεξιότητα, η ανταποκρισιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η εμπειρία του προσωπικού (Μπανούση, 2016). Απαραίτητη όμως, είναι και η σωστή επιλογή εργαλείου μέτρησης, το οποίο πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Λαζαρου, 2007):

- Να έχει την ικανότητα να ξεχωρίσει διαφορές στα μεγέθη που μετράει (μονάδες μέτρησης),
- Να μην αλλοιώνει τις τιμές,
- Να είναι αντικειμενικό και να δίνει το ίδιο αποτέλεσμα για την μέτρηση της ίδιας τιμής όποιος και αν το χρησιμοποιήσει και,
- Να είναι όσο το δυνατό πιο απλό, ώστε να μην γίνονται λάθη στη χρήση του.

5.8.1 Η προσέγγιση Donabedian στη μέτρηση της ποιότητας

Ο Avedis Donabedian συνέβαλε καθοριστικά στην εξέλιξη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εργάστηκε για να αναπτύξει μεθόδους μέτρησης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη και για να ελέγξει κατά πόσο μπορεί η λήψη αποφάσεων να επηρεάσει την ποιότητα. Το 1966, σε άρθρο του, για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης πρότεινε τη χρήση τριών διαστάσεων της ποιότητας (Ayanian, 2016):

1. **Ποιότητας Δομής:** Σχετίζεται με τα κύρια χαρακτηριστικά και τις ρυθμίσεις των υπηρεσιών υγείας, τους τρόπους οργάνωσης και λειτουργίας καθώς και τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Επιπλέον, περιλαμβάνει δεξιότητες και τα προσόντα των επαγγελματιών υγείας για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης.
2. **Ποιότητα Διαδικασίας:** Στη διάσταση αυτή εντάσσονται οι ενέργειες που πραγματοποιούνται για την επίτευξη του ζητούμενου, τα επιμέρους συστατικά της φροντίδας και οι αλληλεπιδράσεις τους (Aggarwal, 2019).
3. **Ποιότητα Αποτελέσματος:** Αφορά τις συνέπειες από την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και την αποκατάσταση της λειτουργίας τους. Τα αποτελέσματα θα οδηγήσουν σε ανατροφοδότηση του συστήματος στην κατεύθυνση της αναθεώρησης των δεδομένων, των εισροών και των διαδικασιών, ούτως ώστε να ακολουθήσει βελτίωση της ποιότητας (Κουκουφιλίππου, 2017).

Σε κάθε μια από αυτές τις διαστάσεις περιέχονται χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν όπως τα έτη λειτουργίας των μονάδων, τα έτη εμπειρίας των ιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού, η εκπαίδευσή τους, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών κ.α.

5.9 Δείκτες ποιότητας

Αδιαμφισβήτητα η ανασκόπηση, ο έλεγχος και η μέτρηση της ποιότητας κρίνεται απαραίτητη για τη διαχείρισή της, στις υπηρεσίες υγείας. Ο κύριος σκοπός ύπαρξης των μετρήσεων είναι η δυνατότητα παρακολούθησης όλων των διεργασιών που επηρεάζουν την ποιότητα. Για τον λόγο αυτό θεσπίστηκαν οι δείκτες ποιότητας, οι οποίοι δεν αποσκοπούν στη θεραπεία συμπτωμάτων ενός προβλήματος αλλά στον ανασχεδιασμό των διαδικασιών που τα προκάλεσε (Λαζάρου, 2007).

Ως δείκτες ποιότητας μπορούμε να ορίσουμε εκείνους τους δείκτες - εργαλεία που παρέχουν μια σαφή εικόνα για τη λειτουργία των τμημάτων μιας μονάδας υγείας και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων, όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας (WHO, 2003).

Με την χρήση τους είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε τις αδυναμίες και τα θετικά στοιχεία κάθε τμήματος αλλά και να συγκρίνουμε τόσο τα τμήματα μεταξύ τους, όσο και κάθε ένα από αυτά ξεχωριστά με βάση συγκεκριμένων προτύπων ασφαλείας. Είναι ικανοί να αναδείξουν ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η καταλληλότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών, καθώς και των υπολοίπων παροχών που προσφέρουν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Αντωνοπούλου, 2013).

Οι δείκτες ποιότητας ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες (σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donabedian κατά το 1988) οι οποίες είναι (Μάρκοβιτς, 2011: Μακράκης, 2018):

- **Δείκτες δομής**, οι οποίοι περιλαμβάνουν την καταλληλότητα των εγκαταστάσεων (έκταση, λειτουργικότητα, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων), την επάρκεια του ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού, την στελέχωση, την εκπαίδευση του προσωπικού, την αναλογία προσωπικού ανά ασθενή κ.α.

- **Δείκτες διαδικασιών**, στους οποίους περιλαμβάνονται δείκτες παραγωγικότητας που σχετίζονται με τη διάρκεια παραμονής αλλά και αναμονής των ασθενών στους χώρους του τμήματος, την διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας ανά έτος, τις λίστες αναμονής, την αξιοπιστία των διαγνωστικών εξετάσεων, το κόστος ανά ημέρα νοσηλείας, τον αριθμό των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά ώρα, την εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας κ.α. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές φορές η καταγραφή των δεδομένων σχετικά με αυτούς τους δείκτες, σε συνδυασμό με την δυσκολία μέτρησής τους μπορεί να οδηγήσουν σε αμφίβολα συμπεράσματα.
- **Δείκτες αποτελέσματος ή έκβασης**, οι οποίοι αποτυπώνουν τις μεταβολές στην κατάσταση της υγείας ενός ασθενούς, ως απόρροια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο δείκτης θνητότητας συνολικά ή ανά κατηγορία νόσου. Επιπλέον, ανήκουν οι δείκτες επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, ο δείκτης ποιότητας ζωής των ασθενών, ο δείκτης ικανοποίησης των ασθενών, ο δείκτης που δείχνει διάστημα ελεύθερο από νόσημα και ελεύθερο από υποτροπή νόσου κ.α. Οι δείκτες αποτελέσματος είναι δυνατόν να επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό, οι κοινωνικές και οι οικονομικές συνθήκες ζωής.

Παρ' όλα αυτά για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων ενός δείκτη απαραίτητη είναι η προσεκτική και σχεδιασμένη συλλογή των δεδομένων, αλλά και η κατάλληλη επιλογή του ανάλογου δείκτη. Τα σημαντικότερα κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη είναι (Γείτονα, 2004: Ρίκος, 2015):

- Χρησιμότητα (usefulness): με την χρήση του δείκτη θα πρέπει να αναζητείται μια σημαντική παράμετρος, η οποία είναι ικανή να βοηθήσει στην αποτύπωση συμπερασμάτων και να συνδράμει στη δυνατότητα παρέμβασης με σκοπό πάντα τη βελτίωση της ποιότητας.
- Εγκυρότητα (validity): σύμφωνα με αυτήν φαίνεται κατά πόσο ο δείκτης ανταποκρίνεται σε αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά.
- Αξιοπιστία, (reliability): αφορά τον βαθμό συνέπειας μεταξύ των αποτελεσμάτων, εάν επαναληφθούν και άλλες μετρήσεις με παρόμοιες συνθήκες, σε διαφορετικό χρόνο, ενώ διαπιστώνεται μέσα από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.

- Ανταποκρισιμότητα (responsiveness): χαρακτηρίζει τον βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να αντιλαμβάνεται τις μεταβολές. Είναι ένας δείκτης υψίστης σημασίας όταν χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης μιας ιατρικής παρέμβασης.
- Ειδικότητα (specificity): σχετίζεται με τη δυνατότητα του δείκτη να μπορεί να ανιχνεύσει και να διακρίνει διαφορές ανάμεσα στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών.
- Ευαισθησία (sensitivity): ελέγχει την ακρίβεια του δείκτη και το κατά πόσο διαπιστώνονται από την επαναλαμβανόμενη χρήση του αλλαγές ή διαφοροποιήσεις.
- Δυνατότητα σύγκρισης (comparability). Το χαρακτηριστικό αυτό μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών, αντίστοιχα διαθέσιμων και σε άλλες χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

6.1 Εισαγωγή

Στη σύγχρονη εποχή που ζούμε, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχει πάρει άλλη διάσταση, ενώ παρατηρείται ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών από τις υγειονομικές αρχές διαρκώς αυξάνονται. Πλέον, οι μονάδες υγείας είναι υποχρεωμένες να προσπαθούν για το καλύτερο δυνατό, ώστε να αυξηθεί η ποιότητα, να οδηγηθούν στη βελτίωση και διασφάλισή της, εστιάζοντας αποκλειστικά και μόνο στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να θέτουν ως στόχο την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς αυτή έχει αποδειχθεί υψίστης σημασίας και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους ομαλής λειτουργίας του συστήματος υγείας (Σπύρου, 2018).

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος διερεύνησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας είναι αυτός της αναζήτησης και διατύπωσης των αντιλήψεων των ίδιων των ασθενών, οι οποίοι δέχθηκαν και τις υπηρεσίες. Η μέτρησή της ικανοποίησής τους, ως δείκτης αξιολόγησης, είναι μια δυναμική έννοια (Lonato, 2013) μείζονος σημασίας καθώς οδηγεί στην κατανόηση των αντιλήψεών αλλά και στον καθορισμό των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών (Πίνη, 2011). Κατ' αυτόν τον τρόπο η μονάδα υγείας είναι σε θέση να γνωρίζει τις επιθυμίες των ασθενών και κατ' επέκταση να προσπαθήσει να τις εκπληρώσει. Όταν οι προσδοκίες αυτές πραγματοποιούνται, οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι, συνεργάζονται καλύτερα με το προσωπικό, ενώ είναι πιο πιθανό να δεχθούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, να συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες (Σωτηροπούλου, 2014) και να επωφεληθούν από τη θεραπεία τους (Aljuaid, 2016).

Η μέτρηση της ικανοποίησης γίνεται μέσω ποσοτικών και ποιοτικών αναλύσεων. Ανάλογα με την περίπτωση μπορούν να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, συζητήσεις μεταξύ ασθενών, διανομή και λήψη ερωτηματολογίων. Αυτός είναι και ο συνηθέστερος τρόπος συλλογής πληροφοριών στην διεξαγωγή μιας έρευνας για την ικανοποίηση.

Τα δεδομένα που σχετίζονται με την ικανοποίηση και που μπορούν να ληφθούν υπόψη ως παράγοντες αξιολόγησης είναι η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα, η διαθεσιμότητα

των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος (Kalogerou, 2011). Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να αφορά τη διαμόρφωση των εγκαταστάσεων, τη καθαριότητα, την εμφάνιση και τη συμπεριφορά του προσωπικού, τη διαθεσιμότητα των υλικών, τις συνθήκες νοσηλείας, την σωστή ενημέρωση, τον χρόνο αναμονής, την ποιότητα φαγητού κ.α. Για την καλύτερη, όμως, γνώση του επιπέδου της ικανοποίησης, χρήσιμο είναι η μέτρηση της να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα (Τσιριντάνη, 2010).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας φαίνεται πως είναι ικανοποιημένοι από τους ιατρούς και γενικότερα το προσωπικό, ενώ εκφράζεται μεγάλη δυσαρέσκεια από τις υποδομές και εγκαταστάσεις, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και τις λίστες αναμονής (Παπαγιαννοπούλου, 2008; Πιερράκος, 2013; Χαντζοπούλου, 2017).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ικανοποίηση συνεπάγεται με μια θετική συμπεριφορά και περιλαμβάνει την υποκειμενική άποψη του ασθενούς που δέχεται την εξυπηρέτηση, ενώ δεν σημαίνει απαραίτητα ότι αυτή είναι και η καλύτερη δυνατή (Γαβριήλ, 2012).

6.2 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών

Η λέξη «ικανοποίηση» προέρχεται από την λατινική λέξη *satis*, που σημαίνει "αρκετά". Έτσι, με τον όρο αυτό εννοείται οτιδήποτε είναι αρκετό για να εκπληρώσει τις ανάγκες, τις προσδοκίες ή τις επιθυμίες ενός ατόμου (Zarzycka, 2019). Είναι μια πολυδιάστατη και περίπλοκη έννοια, η οποία δύσκολα εκτιμάται λόγω της υποκειμενικής της φύσης και της διαφορετικής αντίληψης των χρηστών από αυτά που προσδοκούν με αυτά που τελικά λαμβάνουν (Φρεγγίδου, 2017). Η απουσία σταθερής εννοιολογικής βάσης και σταθερού εργαλείου μέτρησης για την ικανοποίηση έχει κινήσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών και έχει οδηγήσει, σε πολλαπλασιασμό των ερευνών (Xesfingi, 2016). Σκοπός τους είναι να ανακαλύψουν τη σημασία της ικανοποίησης, προς όφελος της υγείας. Ορισμένες από τις τοποθετήσεις τους ακολουθούν παρακάτω:

- Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας προέρχεται από τον βαθμό σύγκλισης μεταξύ της προσδοκίας του ασθενούς για την 'ιδανική' φροντίδα και αυτής που πραγματικά έλαβε (Risser, 1975).

- Η ικανοποίηση των ασθενών προκύπτει όταν οι επιθυμίες υγείας των ασθενών δεν διαφέρουν από τις συνθήκες φροντίδας του παρόχου, αλλά αντίθετα κοινή πορεία (Fox, 1981).
- Η ικανοποίηση των ασθενών προέρχεται από την εκπλήρωση των εσωτερικών τους αναγκών, όπως είναι η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, η αναγνώριση και η συμμετοχή στις αποφάσεις (Bond, 1992).
- Η ικανοποίηση προέρχεται από τις προσδοκίες των ασθενών, οι οποίες διαμορφώνονται από τη στάση και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, αλλά και από προηγούμενες εμπειρίες φροντίδας. Βάση αυτών δημιουργούν ένα πρότυπο για να κρίνουν τη φροντίδα που λαμβάνουν (Merkouris, 1999).

6.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Ο βαθμός της ικανοποίησης φαίνεται πως επηρεάζεται και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι συγκεντρώνονται κυρίως σε τρεις κατηγορίες, τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους (Παπαγιαννοπούλου, 2008). Αναλυτικότερα:

1. **Προσδοκίες:** Κάθε άτομο, το οποίο δέχεται τη φροντίδα και τις υπηρεσίες υγείας έχει υιοθετήσει από πριν μια συγκεκριμένη άποψη για την ποιότητα και έχει καθορίσει τι προσδοκά από αυτήν. Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από τον βαθμό στον οποίο πραγματοποιούνται οι προσδοκίες (Miaoulis, 2009), οι οποίες συνήθως επηρεάζονται από προηγούμενες εμπειρίες, τη συμπεριφορά των γιατρών και του προσωπικού, καθώς και από την εξέλιξη της αρρώστιας (Donabedian, 1988). Ο βαθμός της ικανοποίησης εξακριβώνει το γεγονός ότι οι προσδοκίες των ασθενών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που ήλπιζαν να συμβεί και εκείνου που συνέβη (Αντεριώτη, 2014). Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες (Babakus, 1992).
 - Διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στις τελικές υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο.
 - Διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στις προδιαγραφές.

- Διαφορά ανάμεσα στις υπηρεσίες που τελικά προσφέρει το νοσοκομείο με αυτές που αρχικά είχε θέσει.
- Διαφορά ανάμεσα στις υποσχόμενες από το νοσοκομείο υπηρεσίες και σε αυτές που τελικά προσφέρει.

2. **Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών:** Γενικότερα παρατηρείται ότι πολλοί από τους κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Τέτοιοι παράγοντες είναι το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση. Ωστόσο, όπως θα διαπιστώσουμε παρακάτω, σχεδόν όλοι οι παράγοντες είναι υπό εξέταση καθώς διαφοροποιούνται μέσα από κάθε μελέτη.

- **Φύλο:** Σύμφωνα με μελέτες το γυναικείο φύλο τείνει να επισκέπτεται συχνότερα τους γιατρούς, να νοσηλεύεται ευκολότερα, να λαμβάνει μεγαλύτερα μέτρα πρόληψης και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συγκριτικά με τους άνδρες (Pappa, 2006).
- **Ηλικία:** Οι απόψεις σχετικά με την επίδραση της ικανοποίησης βάση της ηλικίας δίστανται. Ορισμένες έρευνες αρνούνται αυτή τη συσχέτιση (Ziaci, 2011), ενώ άλλες ισχυρίζονται ότι όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία του ασθενούς, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό ικανοποίησης (Djordjevic, 2019). Αυτό κυρίως οφείλεται στο γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι έχουν λιγότερες απαιτήσεις, ασκούν λιγότερη κριτική ή έχουν μεγαλύτερη ανοχή λόγω της εξάρτησης τους από τους γιατρούς ή λόγω της χειρότερης πρότερης κατάστασης που έχουν βιώσει (Paranikolaou, 2008).
- **Εκπαίδευση:** Το μορφωτικό επίπεδο αλλάζει τα δεδομένα ικανοποίησης, καθώς έχει καταγραφεί ότι όσο πιο μορφωμένος είναι κάποιος, τόσο υψηλότερες είναι και οι προσδοκίες του από το σύστημα υγείας (Kalaja, 2016).
- **Κοινωνική και οικονομική θέση:** Αντίστοιχα με την εκπαίδευση, τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και τα άτομα με καλύτερη οικονομική κατάσταση απαιτούν περισσότερα και ταυτόχρονα δείχνουν λιγότερο ευχαριστημένα από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Niakas, 2004).

3. **Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά:** Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι ικανοί να αλλοιώσουν σε μεγάλο βαθμό την γνώμη των ασθενών, άρα και την ικανοποίησή τους. Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση, η κακή διάθεση και το στρες στρέφουν τους

ασθενείς προς τον αρνητισμό, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη δυσαρέσκειά τους (Harms, 2004).

Επιπλέον αναφέρονται και άλλοι παράγοντες που δρουν αρνητικά, δημιουργώντας χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης όπως είναι η ασθένεια, η αναπηρία, η προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης, οι σχέσεις με το προσωπικό, το περιβάλλον, ο εξοπλισμός, η ανταπόκριση (Γούλα, 2019), ο χρόνος διεκπεραίωσης των διαδικασιών, οι λίστες αναμονής, οι καθυστερήσεις στην ώρα των ραντεβού (Αλετράς, 2007).

Μια ακόμα άποψη διακρίνει τους παράγοντες επίδρασης της ικανοποίησης σε δυο κατηγορίες (Βενιού, 2013):

- A. Στα οργανωτικά και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν τη διαδικασία και το χρόνο εισαγωγής, τη λήψη ιστορικού, τη φροντίδα νοσηλείας και τη διαδικασία εξόδου από το θάλαμο.
- B. Στην επικοινωνία του ασθενούς με τους ιατρούς και το προσωπικό, τονίζοντας ότι η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων συμβάλλει σημαντικά στην ικανοποίηση και κατ' επέκταση στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

6.4 Μέτρηση και χρησιμότητα ικανοποίησης ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας αποτελεί μια πολύ σημαντική διαδικασία που δεν πρέπει να παραλείπεται. Η χρησιμότητά της, στηρίζεται στη συλλογή πληροφοριών από τους ίδιους τους ασθενείς σχετικά με την πληρότητα που αισθάνονται από τις υπηρεσίες υγείας ή αν μη τι άλλο, τον λόγο που τους προβλημάτισε. Η γνώμη τους είναι αυτή που θα καθορίσει εάν μια μονάδα υγείας λειτουργεί σωστά, και εάν δεν το κάνει, αυτή προτρέπει ούτως ώστε να προβεί σε διορθωτικές κινήσεις. Στην ουσία, οι ασθενείς εκφράζοντας τα παράπονα τους είναι σαν να δίνουν μια δεύτερη ευκαιρία για να βελτιωθεί η κατάσταση.

Ως συνήθως, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών λαμβάνει χώρα για τους εξής λόγους (Sitzia, 1998):

- Ανάλυση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας από την οπτική του ασθενή.
- Αναγνώριση σφαλμάτων και διατύπωση προτάσεων για την επίλυσή τους.
- Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας.

Η κατανόηση των σφαλμάτων και η διόρθωσή τους θα οδηγήσει σε αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία, πέραν των άλλων, έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει θετικά στην ανάρρωση των ασθενών, στη συμμόρφωση προς τις οδηγίες και στη ταχύτερη παραμονή των ασθενών στα τμήματα. Επιπλέον, αποτελεί ένα καλό μέσο ελέγχου εκ μέρους της διοίκησης, η οποία με τη σειρά της θα είναι σε θέση να γνωρίζει το επίπεδο αποδοτικότητας του προσωπικού. Ένα επιπλέον όφελος που προκύπτει από την διαδικασία της μέτρησης είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων στο σύστημα υγείας, καθώς αποκτούν αυξημένο αίσθημα ενεργητικότητας, υπευθυνότητας και προβληματισμού, συνειδητοποιώντας ότι η εργασία τους ελέγχεται (Λαζάρου, 2001).

6.5 Μοντέλο SERVQUAL

Το μοντέλο SERVQUAL είναι ίσως το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας μέχρι σήμερα. Αναπτύχθηκε πρώτα από τον Parasuraman και την ομάδα του, το 1985 με την διατύπωση δέκα διαστάσεων αλλά ολοκληρώθηκε από τον ίδιο, το 1988 με την επιλογή πέντε διαστάσεων (Camgoz-akdog, 2013) ενώ τελειοποιήθηκε το 1991. (Yousapronpaiboon, 2013).

Η εφεύρεση του προήλθε από την ανάγκη να προσδιοριστεί ένα πλαίσιο μέσω του οποίου να μπορεί να μετρηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών από την οπτική των ασθενών. Χρησιμοποιείται ούτως ώστε να γίνει αντιληπτή η ικανοποίηση των ασθενών μέσα από μια έρευνα που καταγράφει τη διαφορά μεταξύ της ποιότητας που προσδοκούν και αναμένουν οι ασθενείς, με την ποιότητα που τελικά έλαβαν στη πράξη. Οι ασθενείς διατυπώνουν την άποψη τους μέσα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις σύμφωνα με τις πέντε διαστάσεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως και είναι:

1. **Απτότητα (Tangibles).** Αφορά τα απτά χαρακτηριστικά και την εμφάνιση των φυσικών εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και του προσωπικού.

2. **Ασφάλεια (Assurance).** Είναι η γνώση και η ικανότητα εκ μέρους του προσωπικού να εμπνέουν εμπιστοσύνη προς τους ασθενείς, αλλά και σιγουριά ότι θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους.
3. **Ενσυναίσθηση (Empathy).** Αναφέρεται στα συναισθήματα των ασθενών σχετικά με την προσωποποιημένη φροντίδα που έλαβαν. Εδώ κρίνεται αν οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας ήταν ικανοί να κατανοήσουν τα προβλήματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών (Rahman, 2013).
4. **Ανταπόκριση (Responsiveness).** Σχετίζεται με την προθυμία των εργαζομένων να βοηθήσουν και να παρέχουν άμεση και ταχύτατη εξυπηρέτηση στους ασθενείς (Phimmasenh, 2015). Από την διάσταση αυτή κρίνεται η αποδοτικότητα των εργαζομένων.
5. **Αξιοπιστία (Reliability).** Περιλαμβάνει την ικανότητα των υπηρεσιών να εκτελούν αποτελεσματικά και με ακρίβεια τις υπηρεσίες που υποσχέθηκαν στους πελάτες (Gihmire, 2020).

Σε κάθε ερώτηση τα αποτελέσματα δείχνουν το χάσμα μεταξύ των προσδοκώμενων υπηρεσιών και των τελικών προσλαμβανόμενων υπηρεσιών (Mauri, 2013). Μια θετική βαθμολογία SERVQUAL δείχνει ότι οι προσλαμβανόμενες υπηρεσίες είναι ποιοτικά εξαιρετικά υψηλές και ξεπερνούν τις προσδοκίες των ασθενών. Μια αρνητική βαθμολογία SERVQUAL σημαίνει ότι οι υπηρεσίες έχουν χαμηλή ποιότητα και δεν πληρούν τις προσδοκίες των ασθενών, ενώ εάν η βαθμολογία είναι ίση, οι προσδοκίες των ασθενών ικανοποιούνται τουλάχιστον και ως εκ τούτου (Gul, 2014).

Πολλοί ερευνητές θεωρούν πως το μοντέλο SERVQUAL είναι ένας αξιόπιστος δείκτης ποιότητας, άλλοι εκφράζουν αμφιβολίες (Carman, 1990), ενώ άλλοι προτείνουν ότι υπάρχουν διαστάσεις ποιότητας, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτήν την κλίμακα, τονίζοντας πως είναι σημαντικό το μοντέλο να προσαρμόζεται ανάλογα με τις απαιτήσεις και περιστάσεις κάθε υπηρεσίας (Butt, 2010). Παρ' όλα αυτά η μεγάλη χρήση του σε όλο τον κόσμο, αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία του.

Συμπερασματικά, το μοντέλο SERVQUAL παρέχει έναν τρόπο ανάλυσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, έτσι ώστε να δοθούν πληροφορίες και να ληφθούν αποτελεσματικές ενέργειες για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, με κύρια αρχή την ικανοποίηση των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε για να μελετηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα και συγκεκριμένα στην ιδιωτική Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική Ελευθώ στα Γιαννιτσά. Κατ' επέκταση ερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών που εισέρχονται στην κλινική. Από τα αποτελέσματα θα είμαστε σε θέση να καθορίσουμε το επίπεδο ποιότητας, τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της κλινικής. Τα αρνητικά στοιχεία είναι αυτά που χρήζουν βελτίωσης και άρα αυτά που θα οδηγήσουν σε βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας και της ικανοποίησης. Επιπλέον, θα ελεγχθεί εάν άλλοι παράγοντες (δημογραφικά στοιχεία) μπορούν να επιδράσουν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα, επομένως και στην ικανοποίηση των ασθενών.

Επιπρόσθετα, θα μπορούμε να απαντήσουμε στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Πως αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από την κλινική Ελευθώ;
- Ποιες είναι οι προσδοκίες τους από την κλινική;
- Πως αξιολογούν οι ασθενείς την κάθε μια από τις διαστάσεις ποιότητας;
- Επηρεάζεται η ικανοποίηση των ασθενών από την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και τη συχνότητα επίσκεψης;

7.2 Εργαλείο έρευνας

Η συγκέντρωση των απαραίτητων δεδομένων για τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο βασίστηκε στο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών SERVQUAL (Parasuraman, 1985). Κλασικά, η δομή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 22 ερωτήσεις που αφορούν τις προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και αντίστοιχα από τις ίδιες 22 ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις από τις υπηρεσίες που τελικά παρασχέθηκαν. Οι ερωτήσεις αυτές προσδιορίζουν τις πέντε διαστάσεις

ποιότητας, οι οποίες είναι η απτότητα, η ασφάλεια, η ενσυναίσθηση, η ανταπόκριση και η αξιοπιστία.

Παρ' όλα αυτά, στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε ένα ερωτηματολόγιο SERVQUAL με 20 ερωτήσεις, βασισμένο σε μια αντίστοιχη, πρόσφατη, γυναικολογική έρευνα (Phimmasenh, 2015). Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν από τέσσερις ερωτήσεις σε κάθε μια διάσταση. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου έχουν τη μορφή πεντάβαθμης κλίμακας Likert, κατά το οποίο το 1 = Διαφωνώ Απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, 4 = Συμφωνώ και 5 = Συμφωνώ απόλυτα. Η πεντάβαθμη κλίμακα Likert επιλέχθηκε καθώς είναι πιο εύκολο να απαντηθεί από τους ερωτηθέντες, επιλέγεται συχνότερα πλέον στα άρθρα αλλά κυρίως επειδή είναι η προτεινόμενη μορφή για τις έρευνες υγειονομικής περίθαλψης (Singh, 2013).

Η δομή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει δυο ενότητες. Στην πρώτη ενότητα ζητούνται τα δημογραφικά στοιχεία, εκ των οποίων επιλέχθηκαν η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και ο λόγος επίσκεψης στην κλινική. Στη δεύτερη ενότητα, περιλαμβάνονται δυο στήλες, όπου η πρώτη στήλη εξετάζει την αντίληψη των ερωτηθέντων για τις ιδεατές υπηρεσίες και η δεύτερη αξιολογεί την παρούσα κατάσταση της κλινικής Ελευθώ.

7.3 Δείγμα έρευνας

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνθηκε η έρευνα αφορά αποκλειστικά και μόνο γυναίκες, ανεξαρτήτου ηλικίας, οι οποίες δέχθηκαν υπηρεσίες υγείας από την κλινική Ελευθώ. Η επιλογή της διανομής των ερωτηματολογίων πρόσωπο με πρόσωπο επιλέχθηκε για να λυθούν οι όποιες απορίες και για να συμπληρωθούν όσο γίνεται περισσότερα ερωτηματολόγια. Όλες οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και για την απρόσωπη επεξεργασία των δεδομένων. Συνολικά, μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια σε γυναίκες, εκ των οποίων χρησιμοποιήθηκαν τα 206 καθώς τα 44 ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα.

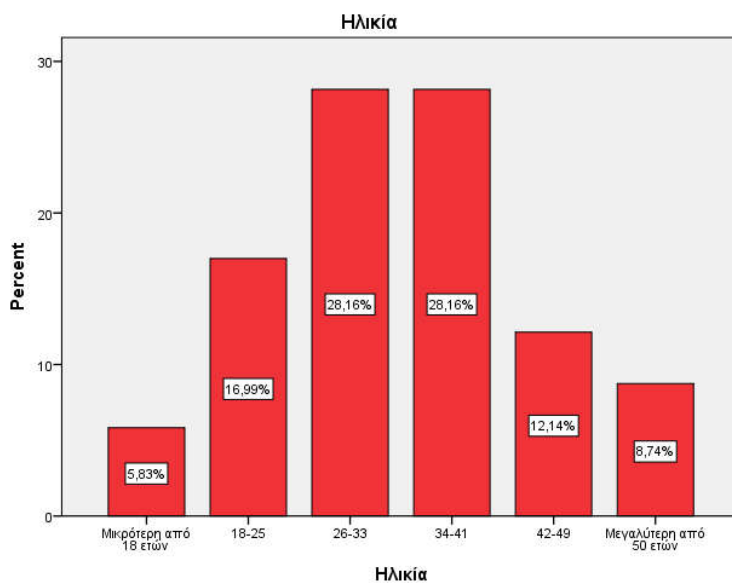
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην ανάδειξη των αποτελεσμάτων περιλαμβάνονται αρχικά η παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων και του προφίλ των εξεταζόμενων και μετέπειτα η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

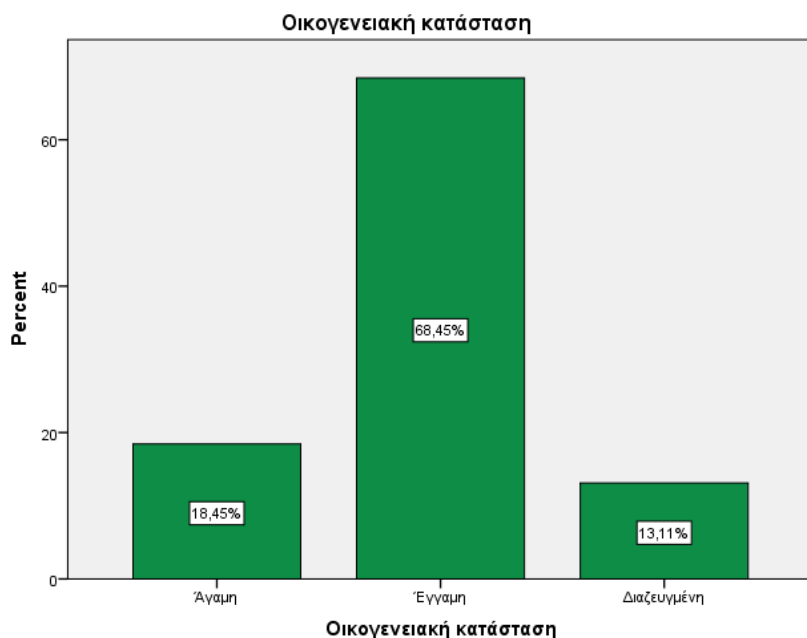
8.1 Δημογραφικά στοιχεία

Όπως προαναφέρθηκε το φύλλο δεν συμπεριλήφθηκε στην ενότητα των δημογραφικών ερωτήσεων καθώς στην έρευνα συμμετείχαν μόνο γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικία, οι περισσότερες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 26 – 33 ετών και των 36 – 41 ετών (N=58, 28.16%). Το 16.99% των συμμετεχόντων έχουν ηλικία από 18 – 25 ετών, το 12.14% αυτών έχουν ηλικία από 42 – 49 ετών, το 8.74% αυτών έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών και το 5.83% αυτών έχουν ηλικία μικρότερη των 18 ετών. (Διάγραμμα 1.)



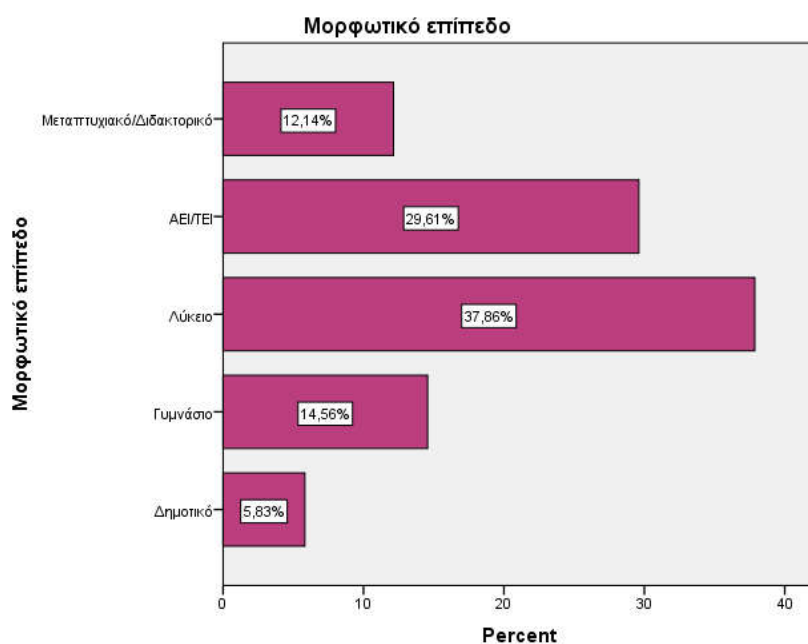
Διάγραμμα 1. Ηλικία

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότερες συμμετέχουσες είναι έγγαμες (N=141, 68.45%). Το 18.45% αυτών είναι άγαμες και το 13.11% αυτών διαζευγμένες (Διάγραμμα 2).



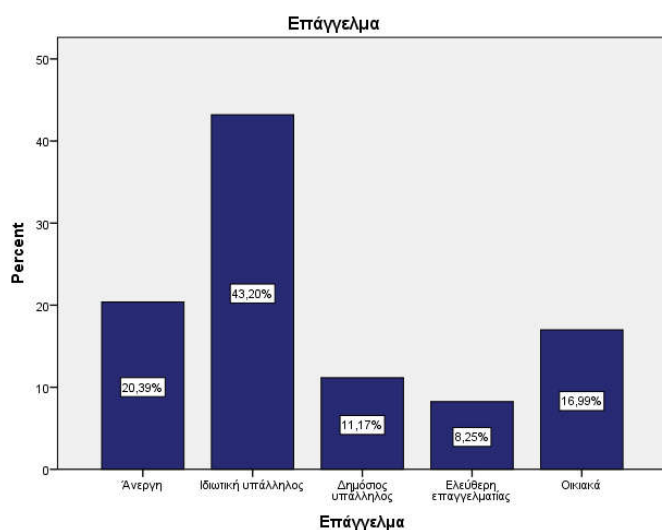
Διάγραμμα 2. Οικογενειακή κατάσταση

Το επόμενο στοιχείο αφορά το μορφωτικό επίπεδο όπου προκύπτει ότι οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα είναι απόφοιτοι Λυκείου (N=78, 37.86%). Το 29.61% των συμμετεχουσών είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 14.56% αυτών είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 12.14% αυτών είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού – διδακτορικού και το 5.83% αυτών είναι απόφοιτοι δημοτικού (Διάγραμμα 3.).



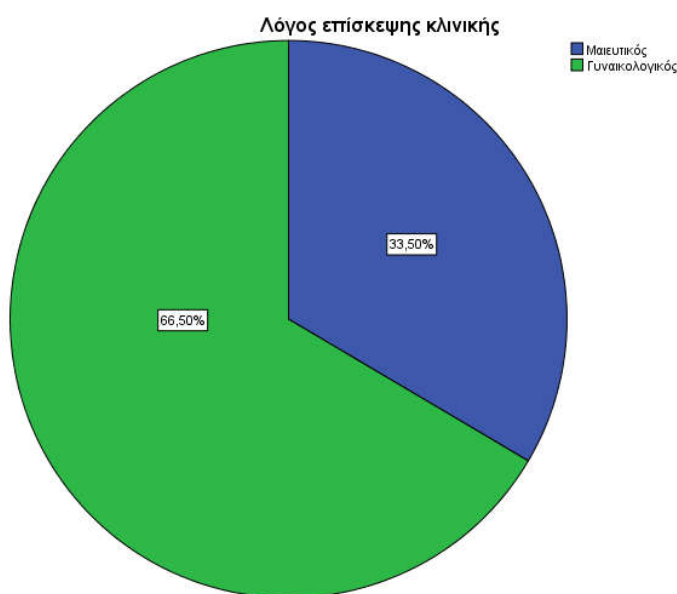
Διάγραμμα 3. Μορφωτικό επίπεδο

Συνεχίζοντας, σειρά έχει το επάγγελμα, όπου η πλειοψηφία των γυναικών είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (89, 43.20%). Το 20.39% των συμμετεχόντων είναι άνεργες, το 16.99% αυτών ασχολούνται με τα οικιακά, το 11.17% αυτών δημόσιοι υπάλληλοι και το 8.25% αυτών είναι ελεύθεροι επαγγελματίες.



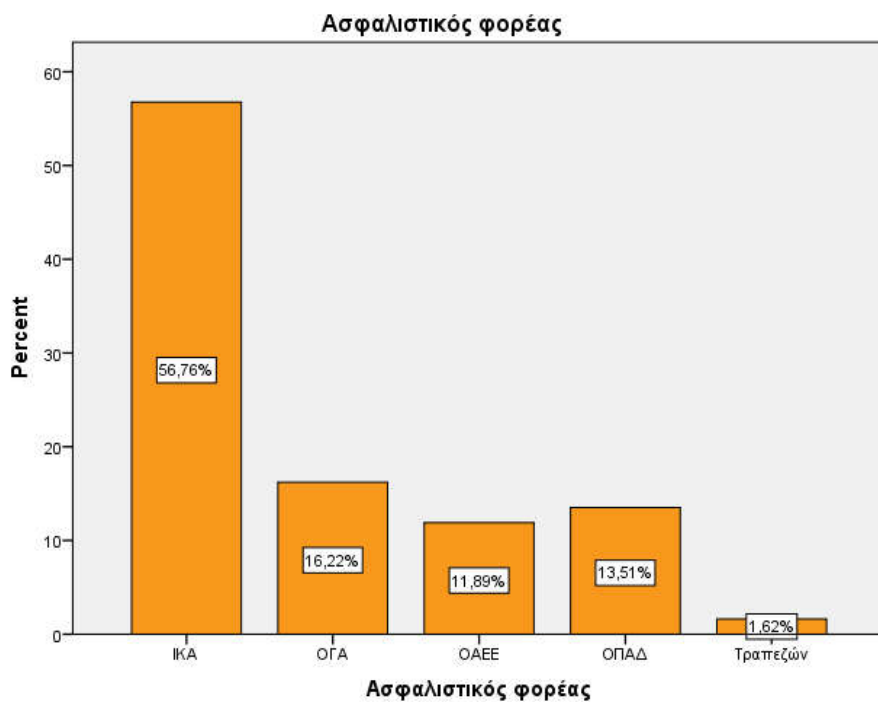
Διάγραμμα 4. Επάγγελμα

Οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν την κλινική για λόγους γυναικολογικούς (N=137, 66.5%), ενώ το 33.50% αυτών δήλωσαν ότι επισκέφτηκαν την κλινική για λόγους μαιευτικούς.



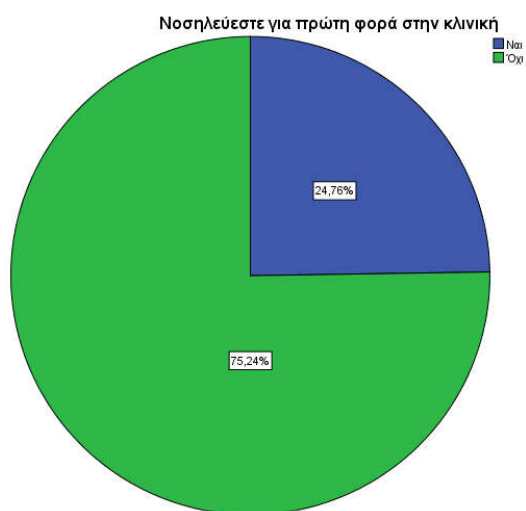
Διάγραμμα 5. Λόγοι επίσκεψης κλινικής

Οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ασφαλισμένες στο ΙΚΑ (N=105, 56.76%). Το 16.22% των συμμετεχόντων έχουν ασφαλιστικό φορέα το ΟΓΑ, το 13.51% αυτών έχουν ασφαλιστικό φορέα το ΟΠΑΔ, το 11.89% αυτών έχουν ασφαλιστικό φορέα τον ΟΑΕΕ και το 1.62% αυτών έχουν τον ασφαλιστικό φορέα των τραπεζών.



Διάγραμμα 6. Ασφαλιστικός φορέας

Από το διάγραμμα 7 προκύπτει ότι οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι δεν ήταν η πρώτη φορά που νοσηλεύτηκαν σε κλινική (N=155, 75.24%).



Διάγραμμα 7. Νοσηλεία για πρώτη φορά στην κλινική

Στον πίνακα 3. παρουσιάζονται οι πέντε διαστάσεις της ικανοποίησης ασθενών για τις προσδοκώμενες υπηρεσίες κατά την επίσκεψή τους στην κλινική. Αρχικά αναφέρεται ο παράγοντας της *απτότητας*, κατά τον οποίο οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν απόλυτα ότι η κλινική θα πρέπει να διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό (N=115, 55.8%), ότι θα πρέπει πάντα να υπάρχει διαθεσιμότητα των ιατρικών συσκευών (N=106, 51.5%) και ότι το κτίριο και οι εγκαταστάσεις της κλινικής θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές (N=90, 43.7%). Τέλος, οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν ότι το προσωπικό θα πρέπει να έχει περιποιημένη εμφάνιση (N=87, 42.2%).

Αναφορικά με τον παράγοντα που εξετάζει την *ασφάλεια*, οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν απόλυτα ότι οι γιατροί θα πρέπει να κατέχουν γνώσεις και εμπειρία (N=161, 78.2%), ότι το προσωπικό θα πρέπει να δίνει την κατάλληλη προσοχή προς τις ασθενείς (N=150, 72.8%), ότι η επικοινωνία με τους γιατρούς θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια (N=149, 72.3%) και ότι η στάση των εργαζομένων θα πρέπει να είναι φιλόξενη.

Στην συνέχεια της έρευνας εξετάζεται ο παράγοντας της *ενσυναίσθησης*, στην οποία οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν απόλυτα ότι οι γιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στις ασθενείς (N=149, 72.3%), ότι οι γιατροί θα πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών (N=140, 68%), ότι το προσωπικό θα πρέπει να είναι ευγενικό (N=137, 66.5%) και θα πρέπει να υπάρχει ευκολία στην επικοινωνία με τις ασθενείς (N=104, 50.5%).

Επίσης, στην συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε ο παράγοντας της *ανταπόκρισης*, όπου οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν απόλυτα ότι το προσωπικό θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τις ασθενείς (N=138, 67%), ότι το προσωπικό θα πρέπει να παρέχει γρήγορα τις υπηρεσίες (N=125, 60.7%), ότι προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνει τις ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (N=108, 52.4%) και ότι το προσωπικό θα πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι (N=102, 49.5%).

Τέλος, από την έρευνα εξετάζεται ο παράγοντας της *αξιοπιστίας*. Από την ανάλυση προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν απόλυτα ότι όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κλινική θα πρέπει να δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυση του (N=145, 70.4%), ότι όταν η κλινική υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το τηρεί (N=130, 63%), ότι η κλινική θα πρέπει να παρέχει σωστές υπηρεσίες από την

πρώτη φορά (N=118, 57.3%) και ότι η κλινική θα πρέπει να διατηρεί σωστά οργανωμένα τα αρχεία της (N=104, 50.5%).

Πίνακας 3. Πίνακας συχνοτήτων για τις προσδοκώμενες υπηρεσίες.

ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ		Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Απτότητα	Το κτίριο και οι εγκαταστάσεις της κλινικής θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές	0	0%	6	2.9%	24	11.7%	86	41.7%	90	43.7%
	Η κλινική θα πρέπει να διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	0	0%	6	2.9%	6	2.9%	79	38.3%	115	55.8%
	Το προσωπικό θα πρέπει να έχει περιποιημένη εμφάνιση	3	1.5%	0	0%	30	14.6%	87	42.2%	86	41.7%
	Θα πρέπει πάντα να υπάρχει διαθεσιμότητα των ιατρικών συσκευών	0	0%	0	0%	4	1.9%	96	46.6%	106	51.5%
Ασφάλεια	Η στάση των εργαζομένων θα πρέπει να είναι φιλόξενη	0	0%	3	1.5%	3	1.5%	84	40.8%	113	54.9%
	Η επικοινωνία με τους γιατρούς θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια	0	0%	0	0%	3	1.5%	54	26.2%	149	72.3%
	Το προσωπικό θα πρέπει να δίνει την κατάλληλη προσοχή προς τις ασθενείς	0	0%	0	0%	3	1.5%	53	25.7%	150	72.8%
	Οι γιατροί θα πρέπει να κατέχουν γνώσεις και εμπειρία	0	0%	0	0%	3	1.5%	42	20.4%	161	78.2%
Ενσυναίσθηση	Το προσωπικό θα πρέπει να είναι ευγενικό	0	0%	0	0%	7	3.4%	62	30.1%	137	66.5%
	Θα πρέπει να υπάρχει ευκολία στην επικοινωνία με τις ασθενείς	0	0%	0	0%	6	2.9%	93	45.1%	104	50.5%
	Οι γιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στις ασθενείς	0	0%	0	0%	0	0%	57	27.7%	149	72.3%
	Οι γιατροί θα πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών	0	0%	3	1.5%	4	1.9%	59	28.6%	140	68%
Ανταπόκριση	Το προσωπικό θα πρέπει να παρέχει γρήγορα τις υπηρεσίες	0	0%	3	1.5%	0	0%	78	37.9%	125	60.7%
	Το προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνει τις ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες	0	0%	7	3.4%	10	4.9%	81	39.3%	108	52.4%
	Το προσωπικό θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τις ασθενείς	0	0%	3	1.5%	4	1.9%	61	29.6%	138	67%
	Το προσωπικό θα πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι	0	0%	6	2.9%	19	9.2%	79	38.3%	102	49.5%
Αξιοπιστία	Όταν η κλινική υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το τηρεί	0	0%	0	0%	2	1%	74	35.9%	130	63%
	Όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κλινική θα πρέπει να δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυση του	0	0%	0	0%	0	0%	61	29.6%	145	70.4%
	Η κλινική θα πρέπει να παρέχει σωστές υπηρεσίες από την πρώτη φορά	0	0%	0	0%	0	0%	88	42.7%	118	57.3%
	Η κλινική θα πρέπει να διατηρεί σωστά οργανωμένα τα αρχεία της	0	0%	0	0%	19	9.2%	83	40.3%	104	50.5%

Στον πίνακα 4. παρουσιάζονται οι πέντε διαστάσεις της ικανοποίησης ασθενών για την παρούσα κατάσταση κατά την επίσκεψή τους στην κλινική. Αρχικά αναφέρεται ο παράγοντας της *απτότητας*, κατά τον οποίο οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν ότι το προσωπικό έχει περιποιημένη εμφάνιση (N=130, 63.1%), ότι στην κλινική υπάρχει διαθεσιμότητα των ιατρικών συσκευών (N=114, 55.3%), ότι η κλινική διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό (N=99, 48.1%) και ότι το κτίριο και οι εγκαταστάσεις της κλινικής είναι οπτικά ελκυστικές (N=93, 45.1%).

Αναφορικά με τον παράγοντα που εξετάζει την *ασφάλεια*, οι περισσότεροι συμμετέχουσες συμφωνούν ότι το προσωπικό δίνει την κατάλληλη προσοχή προς τις ασθενείς (N=116, 56.3%), ότι η στάση των εργαζομένων είναι φιλόξενη (N=109, 52.9%), ότι η επικοινωνία με τους γιατρούς θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια (N=99, 48.1%) και ότι οι γιατροί κατέχουν γνώσεις και εμπειρία (N=83, 40.3%).

Στην συνέχεια της έρευνας εξετάζεται ο παράγοντας της *ενσυναίσθησης*, όπου οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν ότι υπάρχει ευκολία στην επικοινωνία με τις ασθενείς (N=117, 56.8%), ότι το προσωπικό είναι ευγενικό (N=115, 55.8%), ότι οι γιατροί καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών (N=112, 54.4%) και ότι οι γιατροί γνωρίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στις ασθενείς (N=108, 52.4%).

Επίσης, στην συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε ο παράγοντας της *ανταπόκρισης*, οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν απόλυτα ότι το προσωπικό ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι (N=121, 58.7%), ότι το προσωπικό ενημερώνει τις ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (N=114, 55.3%), ότι προσωπικό είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τις ασθενείς (N=96, 46.6%) και ότι το προσωπικό παρέχει γρήγορα τις υπηρεσίες (N=93, 45.1%).

Τέλος, από την έρευνα εξετάζεται ο παράγοντας της *αξιοπιστίας*. Από την ανάλυση προέκυψε ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες συμφωνούν ότι η κλινική διατηρεί σωστά οργανωμένα τα αρχεία της (N=125, 60.7%), ότι όταν η κλινική παρέχει σωστές υπηρεσίες από την πρώτη φορά (N=121, 58.7%), ότι όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κλινική δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυση του (N=115, 55.8%) και όταν η κλινική υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το τηρεί (N=112, 54.4%).

Πίνακας 4. Πίνακας συχνοτήτων για την παρούσα κατάσταση.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ		Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Απτότητα	Το κτίριο και οι εγκαταστάσεις της κλινικής είναι οπτικά ελκυστικές	0	0%	11	5.3%	75	36.4%	93	45.1	27	13.1%
	Η κλινική διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	0	0%	2	1%	68	33%	99	48.1%	33	16%
	Το προσωπικό έχει περιποιημένη εμφάνιση	0	0%	0	0%	40	19.4%	130	63.1%	36	17.5%
	Στην κλινική υπάρχει διαθεσιμότητα των ιατρικών συσκευών	0	0%	0	0%	51	24.8%	114	55.3%	41	19.9%
Ασφάλεια	Η στάση των εργαζομένων είναι φιλόξενη	0	0%	0	0%	24	11.7%	109	52.9%	73	35.4%
	Η επικοινωνία με τους γιατρούς εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια	0	0%	0	0%	27	13.1%	99	48.1%	80	38.8%
	Το προσωπικό δίνει την κατάλληλη προσοχή προς τις ασθενείς	0	0%	0	0%	14	6.8%	116	56.3%	76	36.9%
	Οι γιατροί κατέχουν γνώσεις και εμπειρία	0	0%	0	0%	17	8.3%	83	40.3%	106	51.5%
Ευσυναίσθηση	Το προσωπικό είναι ευγενικό	0	0%	0	0%	17	8.3%	115	55.8%	71	34.5%
	Υπάρχει ευκολία στην επικοινωνία με τις ασθενείς	0	0%	0	0%	23	11.2%	117	56.8%	66	32%
	Οι γιατροί γνωρίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στις ασθενείς	0	0%	0	0%	24	11.7%	108	52.4%	74	35.9%
	Οι γιατροί καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών	0	0%	0	0%	26	12.6%	112	54.4%	68	33%
Ανταπόκριση	Το προσωπικό παρέχει γρήγορα τις υπηρεσίες	0	0%	0	0%	35	17%	93	45.1%	77	37.4%
	Το προσωπικό ενημερώνει τις ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες	0	0%	3	1.5%	34	16.5%	114	55.3%	55	26.7%
	Το προσωπικό είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τις ασθενείς	0	0%	0	0%	30	14.6%	96	46.6%	78	37.9%
	Το προσωπικό ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι	0	0%	0	0%	49	23.8%	121	58.7%	36	17.5%
Αξιοπιστία	Όταν η κλινική υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το τηρεί	0	0%	0	0%	31	15%	112	54.4%	63	30.6%
	Όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κλινική δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυση του	0	0%	0	0%	17	8.3%	115	55.8%	74	35.9%
	Η κλινική παρέχει σωστές υπηρεσίες από την πρώτη φορά	0	0%	0	0%	30	14.6%	121	58.7%	55	26.7%
	Η κλινική διατηρεί σωστά οργανωμένα τα αρχεία της	0	0%	3	1.5%	37	18%	125	60.7%	41	19.9%

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα και με βάση τη σειρά προτεραιότητας προκύπτει ότι οι συμμετέχουσες είναι κατά κύριο λόγο ικανοποιημένες από την *ασφάλεια* που νιώθουν κατά την επίσκεψη τους στην συγκεκριμένη κλινική (Μ.Ο. = 4.30, Τ.Α. = 0.53). Έπειτα, φαίνεται να είναι ικανοποιημένες με την *ενσυναίσθηση*, που περιλαμβάνει την συμπεριφορά του προσωπικού της κλινικής απέναντι στις ασθενείς (Μ.Ο. = 4.23, Τ.Α. = 0.53). Μετά, με την *αξιοπιστία* της κλινικής (Μ.Ο. = 4.14, Τ.Α. = 0.50), δηλαδή με την οργάνωση που επικρατεί στην κλινική καθώς και με το προσωπικό, το οποίο είναι διατεθειμένο να επιλύσει οποιοδήποτε πρόβλημα και αν προκύψει στις ασθενείς. Τέταρτη στη σειρά ικανοποίησης έρχεται η διάσταση της *ανταπόκρισης*, με τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα να δηλώνουν ικανοποιημένες από την άμεση εξυπηρέτηση τους από το προσωπικό (Μ.Ο. = 4.11, Τ.Α. = 0.55) και τέλος με την *απτότητα* (Μ.Ο. = 3.89, Τ.Α. = 0.74) που υπάρχει στην συγκεκριμένη κλινική.

Κατά κύριο λόγο οι συμμετέχουσες είναι πολύ ικανοποιημένες από την συγκεκριμένη κλινική.

Πίνακας 5. Κύρια περιγραφικά μέτρα των πέντε παραγόντων της ικανοποίησης των ασθενών.

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Απτότητα	3,89	,74
Ασφάλεια	4,30	,53
Ενσυναίσθηση	4,23	,53
Ανταπόκριση	4,11	,55
Αξιοπιστία	4,14	,50

8.2 Προσδιορισμός χάσματος

Στην συνέχεια, ως επόμενο βήμα της έρευνας ακολουθεί η αναζήτηση του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες της κλινικής Ελευθώ και την τελική αντίληψη από την υπηρεσία που παρασχέθηκε. Έτσι, πραγματοποιήθηκε ο υπολογισμός των μέσων όρων για κάθε ερώτηση, τόσο για το κομμάτι των προσδοκιών όσο και της παρούσας κατάστασης με τη μεθοδολογία SERVQUAL. Το Gap score υπολογίζεται για κάθε διάσταση αφαιρώντας τη μέση προσδοκώμενη από την μέση παρούσα κατάσταση των απαντήσεων για

κάθε ερώτηση, αφού κάθε ερώτηση αντανακλά σε μια από τις 5 διαστάσεις της ποιότητας. Για να ληφθεί μια συνολική εικόνα της αντιλαμβανόμενης ποιότητας θα πρέπει να υπολογιστεί το συνολικό χάσμα. Ένα αρνητικό σκορ δηλώνει ότι η πραγματική κατάσταση ήταν χαμηλότερης ποιότητας από την προσδοκώμενη, ενώ ένα θετικό σκορ υποδηλώνει υψηλότερη ποιότητα από αυτήν που προσδοκείται.

Ο πίνακας περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της παρούσας κατάστασης, της προσδοκώμενης κατάστασης αλλά και το συνολικό χάσμα μεταξύ τους.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα ερωτήσεων για την παρούσα κατάσταση και την προσδοκώμενη κατάσταση και Gap score.

Διάσταση	Ερώτηση	Παρούσα κατάσταση	Προσδοκώμενη κατάσταση	Χάσμα	
Μέσο χάσμα απτότητας	Απτότητα	1	3,66	4,26	-0,6
		2	3,96	4,67	-0,71
		3	3,98	4,23	-0,25
		4	3,95	4,5	-0,55
		3,89	4,41	-0,52	
Μέσο χάσμα ασφάλειας	Ασφάλεια	1	4,24	4,51	-0,27
		2	4,26	4,71	-0,45
		3	4,3	4,71	-0,41
		4	4,43	4,78	-0,35
		4,31	4,67	-0,36	
Μέσο χάσμα ενσυναίσθησης	Ενσυναίσθηση	1	4,27	4,63	-0,36
		2	4,21	4,48	-0,27
		3	4,24	4,72	-0,48
		4	4,2	4,63	-0,43
		4,23	4,63	-0,4	
Μέσο χάσμα ανταπόκρισης	Ανταπόκριση	1	4,2	4,58	-0,38
		2	4,07	4,41	-0,34
		3	4,23	4,62	-0,39
		4	3,94	4,34	-0,4
		4,11	4,49	-0,38	
Αξιολογήσεις	Αξιολογήσεις	1	4,16	4,62	-0,46
		2	4,28	4,7	-0,42

	3	4,12	4,57	-0,45
	4	3,99	4,41	-0,42
Μέσο χάσμα αξιοπιστίας		4,14	4,58	-0,44
Μέσο συνολικό χάσμα		4,13	4,56	-0,43

Εξετάζοντας τον παραπάνω πίνακα γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχουν κενά και στις πέντε διαστάσεις ποιότητας, επομένως οι προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες είναι υψηλότερες από αυτές που παράχθηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο χάσμα και επομένως η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια από τις ασθενείς κρύβεται πίσω από τη διάσταση της απτότητας με συνολικό χάσμα 0,52. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που οδηγεί και σε αρνητική εικόνα βρίσκεται στις υποδομές, τον εξοπλισμό και γενικότερα την εμφάνιση της κλινικής, που χρήζουν διορθώσεως. Στη συνέχεια, με συνολικό βαθμό χάσματος 0,44 ακολουθεί η διάσταση της αξιοπιστίας, ενώ με μικρή διάφορα χάσματος 0,4, τρίτη έρχεται η διάσταση της ενσυναίσθησης. Στη τέταρτη θέση βρίσκεται η διάσταση της ανταπόκρισης και τέλος η ασφάλεια αποδείχτηκε πως ικανοποιεί περισσότερο τις ασθενείς με βαθμό μόλις 0,36.

Όπως έχει αναφερθεί, οι προσδοκίες και η παρούσα κατάσταση της υπό εξέταση κλινικής μετρήθηκαν με τη χρήση πενταβαθμιαίας κλίμακας Likert, επομένως οι υψηλότεροι μέσοι όροι δηλώνουν και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας (αντιλαμβανόμενης και προσδοκώμενης αντίστοιχα). Κατά γενική ομολογία φαίνεται ότι οι προσδοκίες των ασθενών ξεπέρασαν τις αντιλήψεις τους για την παρούσα κατάσταση, έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αρνητικού χάσματος για όλους τους παράγοντες και τις δηλώσεις αυτών. Παρ' όλα αυτά το γενικό συνολικό χάσμα ισούται με -0.43, ένα χαμηλά αρνητικό σκορ. Αυτό δείχνει ότι παρά την αρνητική τιμή χάσματος, οι ασθενείς παραμένουν αρκετά ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες της κλινικής. Όσο πιο κοντά είναι οι τιμές της παρούσας κατάστασης σε σχέση με τη προσδοκώμενη, τόσο υψηλότερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών από της υπηρεσίες της κλινικής. Φυσικά, είναι αναμενόμενο οι προσδοκίες των πελατών να ξεπερνούν

την παρούσα κατάσταση στην κλινική, κάτι που φανερώνει πως υπάρχει πάντα περιθώριο για βελτίωση στις υπηρεσίες.

8.3 Έλεγχος για τις διαφορές των μέσων

8.3.1 Προσδοκώμενες υπηρεσίες

Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο λόγο επίσκεψης της κλινικής και στην απτότητα των προσδοκώμενων υπηρεσιών ($t_{197} = -1.98, p = .049 < .05$), όπου οι γυναίκες που επισκέφτηκαν την κλινική για γυναικολογικούς λόγους είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο στην απτότητα από ότι για μαιευτικούς λόγους.

Πίνακας 7. Έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα ανάμεσα στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και του παράγοντες αυτών και τον λόγο επίσκεψης στην κλινική.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Απτότητα1	Equal variances assumed	1,666	,198	-1,550	204	,123
	Equal variances not assumed			-1,979	196,579	,049
Ασφάλεια1	Equal variances assumed	3,408	,066	,564	201	,574
	Equal variances not assumed			,505	98,941	,615
Ενσυναίσθηση1	Equal variances assumed	5,744	,017	,511	201	,610
	Equal variances not assumed			,461	105,177	,646
Ανταπόκριση1	Equal variances assumed	1,608	,206	-,112	204	,911
	Equal variances not assumed			-,106	118,592	,915
Αξιοπιστία1	Equal variances assumed	1,785	,183	1,735	204	,084
	Equal variances not assumed			1,837	159,023	,068
Προσδοκώμενες υπηρεσίες	Equal variances assumed	,470	,494	-,839	198	,403
	Equal variances not assumed			-,832	126,728	,407

Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ενσυναίσθηση, στην ανταπόκριση και στην αξιοπιστία και στην ηλικία των

συμμετεχουσών. Αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο από 5%. Επίσης από την έρευνα προέκυψε ότι οι γυναίκες που έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών συγκεντρώνουν μεγαλύτερο μέσο όρο στην ενσυναίσθηση, στην ανταπόκριση και στην αξιοπιστία.

Πίνακας 8. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και του παράγοντες αυτών και στην ηλικία των γυναικών.

ANOVA

		SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
Απότητα1	BetweenGroups	5,500	5	1,100	1,431	,214
	WithinGroups	153,678	200	,768		
	Total	159,177	205			
Ασφάλεια1	BetweenGroups	,990	5	,198	1,516	,186
	WithinGroups	25,726	197	,131		
	Total	26,716	202			
Ενσυναίσθηση1	BetweenGroups	2,409	5	,482	3,025	,012
	WithinGroups	31,385	197	,159		
	Total	33,795	202			
Ανταπόκριση1	BetweenGroups	6,885	5	1,377	5,188	,000
	WithinGroups	53,085	200	,265		
	Total	59,970	205			
Αξιοπιστία1	BetweenGroups	2,007	5	,401	2,986	,013
	WithinGroups	26,876	200	,134		
	Total	28,882	205			
Προσδοκώμενες_υπηρεσίες	BetweenGroups	1,246	5	,249	2,159	,060
	WithinGroups	22,383	194	,115		
	Total	23,629	199			

8.3.2. Παρούσα κατάσταση

Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι συνολικά στην παρούσα κατάσταση και σε όλους τους παράγοντες αυτής υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικία. Ακόμα από την έρευνα προέκυψε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία των γυναικών μειώνεται η ικανοποίηση τους στους υπό εξέταση παράγοντες.

Πίνακας 9. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στην ηλικία των γυναικών.

ANOVA

		SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
Απτότητα2	BetweenGroups	12,828	5	2,566	5,134	,000
	WithinGroups	98,447	197	,500		
	Total	111,275	202			
Ασφάλεια2	BetweenGroups	6,952	5	1,390	5,392	,000
	WithinGroups	51,566	200	,258		
	Total	58,517	205			
Ενσυναίσθηση2	BetweenGroups	3,355	5	,671	2,520	,031
	WithinGroups	52,459	197	,266		
	Total	55,815	202			
Ανταπόκριση2	BetweenGroups	4,622	5	,924	3,179	,009
	WithinGroups	57,273	197	,291		
	Total	61,894	202			
Αξιοπιστία2	BetweenGroups	4,376	5	,875	3,810	,003
	WithinGroups	45,943	200	,230		
	Total	50,319	205			
παρούσα κατάσταση	BetweenGroups	2,995	5	,599	3,871	,002
	WithinGroups	29,550	191	,155		
	Total	32,545	196			

Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες της κλινικής. Από την έρευνα προέκυψε ότι καθώς αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών μειώνεται η ικανοποίησή τους από την παρούσα κατάσταση της κλινικής.

Πίνακας 10. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και τους παράγοντες αυτής και στο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών.

ANOVA

		SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
Απτότητα ²	BetweenGroups	4,397	4	1,099	2,037	,001
	WithinGroups	106,877	198	,540		
	Total	111,275	202			
Ασφάλεια ²	BetweenGroups	6,228	4	1,557	5,985	,000
	WithinGroups	52,290	201	,260		
	Total	58,517	205			
Ενσυναίσθηση ²	BetweenGroups	5,213	4	1,303	5,099	,001
	WithinGroups	50,602	198	,256		
	Total	55,815	202			
Ανταπόκριση ²	BetweenGroups	3,881	4	,970	3,312	,012
	WithinGroups	58,013	198	,293		
	Total	61,894	202			
Αξιοπιστία ²	BetweenGroups	4,043	4	1,011	4,390	,002
	WithinGroups	46,276	201	,230		
	Total	50,319	205			
Παρούσα κατάσταση	BetweenGroups	1,779	4	,445	2,775	,028
	WithinGroups	30,766	192	,160		
	Total	32,545	196			

Από τον πίνακα 11. προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο είδος εργασίας των συμμετεχουσών και της ενσυναίσθησης, και γενικά της συνολικής ικανοποίησης. Αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο του 5%. Τέλος, από την έρευνα προέκυψε ότι οι γυναίκες που εργάζονται είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα είναι περισσότερο ικανοποιημένες από αυτές που ασχολούνται με τα οικιακά.

Πίνακας 11. Έλεγχο ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στο είδος εργασίας των γυναικών.

		SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
Απτότητα	BetweenGroups	2,558	4	,639	1,165	,328
	WithinGroups	108,717	198	,549		
	Total	111,275	202			
Ασφάλεια	BetweenGroups	1,619	4	,405	1,429	,226
	WithinGroups	56,899	201	,283		
	Total	58,517	205			
Ενσυναίσθηση	BetweenGroups	2,806	4	,701	2,620	,036
	WithinGroups	53,009	198	,268		
	Total	55,815	202			
Ανταπόκριση	BetweenGroups	1,835	4	,459	1,513	,200
	WithinGroups	60,059	198	,303		
	Total	61,894	202			
Αξιοπιστία	BetweenGroups	1,628	4	,407	1,680	,156
	WithinGroups	48,691	201	,242		
	Total	50,319	205			
παρούσακατάσταση	BetweenGroups	2,282	4	,570	3,619	,007
	WithinGroups	30,264	192	,158		
	Total	32,545	196			

Από τον πίνακα 12. προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον ασφαλιστικό φορέα που ανήκουν οι συμμετέχουσες και στην ασφάλεια, στην ενσυναίσθηση,

στην ανταπόκριση, στην αξιοπιστία και γενικά στην συνολική ικανοποίηση, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μικρότερο του 5%. Ως προς τους παράγοντες της ασφάλειας και της ενσυναίσθησης, οι ασφαλισμένες ΟΠΑΔ και ΤΕΒΕ είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τις ασφαλισμένες του ΟΓΑ. Ακόμα, αναφορικά με τους παράγοντες της ανταπόκρισης και της αξιοπιστίας, οι συμμετέχουσες που είναι ασφαλισμένες στο ΙΚΑ είναι περισσότερο ικανοποιημένες από αυτές που είναι ασφαλισμένες είτε στον ΟΓΑ είτε στο ταμείο των τραπεζών. Και γενικά περισσότερο ικανοποιημένες από το σύνολο της κλινικής είναι οι συμμετέχουσες που έχουν ασφάλιση ΟΠΑΔ σε σχέση με αυτές που έχουν ασφάλιση είτε ΟΓΑ είτε ΙΚΑ.

Πίνακας 12. Έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στον ασφαλιστικό τομέα των γυναικών.

		SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
Απτότητα	BetweenGroups	4,731	4	1,183	2,113	,081
	WithinGroups	99,071	177	,560		
	Total	103,803	181			
Ασφάλεια	BetweenGroups	4,727	4	1,182	4,497	,002
	WithinGroups	47,295	180	,263		
	Total	52,022	184			
Ενσυναίσθηση	BetweenGroups	2,784	4	,696	2,874	,024
	WithinGroups	42,861	177	,242		
	Total	45,644	181			
Ανταπόκριση	BetweenGroups	4,120	4	1,030	3,679	,007
	WithinGroups	50,113	179	,280		
	Total	54,232	183			
Αξιοπιστία	BetweenGroups	6,605	4	1,651	8,189	,000
	WithinGroups	36,295	180	,202		
	Total	42,900	184			
παρούσα κατάσταση	BetweenGroups	3,191	4	,798	5,150	,001
	WithinGroups	26,798	173	,155		
	Total	29,989	177			

Από τον πίνακα 13. προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους παράγοντες ικανοποίησης των υπηρεσιών της κλινικής και της οικογενειακής κατάστασης αυτών.

Πίνακας 13. Έλεγχο ANOVA ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση και του παράγοντες αυτής και στην οικογενειακή κατάσταση των γυναικών.

		SumofSquares	df	MeanSquare	F	Sig.
Απτότητα	BetweenGroups	1,363	2	,682	1,240	,292
	WithinGroups	109,911	200	,550		
	Total	111,275	202			
Ασφάλεια	BetweenGroups	,836	2	,418	1,471	,232
	WithinGroups	57,682	203	,284		
	Total	58,517	205			
Ενσυναίσθηση	BetweenGroups	,658	2	,329	1,192	,306
	WithinGroups	55,157	200	,276		
	Total	55,815	202			
Ανταπόκριση	BetweenGroups	1,306	2	,653	2,156	,118
	WithinGroups	60,588	200	,303		
	Total	61,894	202			
Αξιοπιστία	BetweenGroups	1,122	2	,561	2,315	,101
	WithinGroups	49,197	203	,242		
	Total	50,319	205			
παρούσα κατάσταση	BetweenGroups	,905	2	,453	2,775	,065
	WithinGroups	31,640	194	,163		
	Total	32,545	196			

Στον πίνακα 14. παρουσιάζεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ικανοποίηση και τους παράγοντες αυτής με την συχνότητα επίσκεψης των συμμετεχουσών στην συγκεκριμένη κλινική. Οι συμμετέχουσες που επισκέφτηκαν την κλινική, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο του 5%.

Πίνακας 14. Έλεγχος για ανεξάρτητα δείγματα ανάμεσα στην παρούσα κατάσταση, τους παράγοντες αυτής και στην συχνότητα επίσκεψης των γυναικών στην συγκεκριμένη κλινική.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Απτότητα	Equal variances assumed	1,054	,306	,782	201	,435
	Equal variances not assumed			,972	137,192	,333
Ασφάλεια	Equal variances assumed	1,348	,247	,178	204	,859
	Equal variances not assumed			,189	94,657	,851
Ενσυναίσθηση	Equal variances assumed	,210	,647	,193	201	,847
	Equal variances not assumed			,197	89,069	,844
Ανταπόκριση	Equal variances assumed	4,306	,039	-,416	201	,678
	Equal variances not assumed			-,382	73,315	,704
Αξιοπιστία	Equal variances assumed	1,042	,308	,754	204	,451
	Equal variances not assumed			,797	94,191	,427
παρούσα κατάσταση	Equal variances assumed	,936	,334	,523	195	,602
	Equal variances not assumed			,561	96,923	,576

8.4 Έλεγχος συσχέτισης

Από τη στιγμή που ως αποτέλεσμα βρέθηκε ένα αρνητικό χάσμα σε όλες της διαστάσεις ποιότητας χρήσιμο και ενδιαφέρον θα ήταν να αναζητηθεί εάν το χάσμα μιας διάστασης σχετίζεται με το χάσμα άλλης και στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και στην παρούσα κατάσταση.

8.4.1 Προσδοκώμενες υπηρεσίες

Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια σχέση ανάμεσα στην ανταπόκριση και στην απτότητα των προσδοκώμενων υπηρεσιών και στην ανταπόκριση ($r = .303, p < 0.00$). Ακόμα υπάρχει ελάχιστη σχέση μεταξύ της απτότητας, της ασφάλειας ($r = .171, p < .05$) και της ενσυναίσθησης ($r = .140, p < .05$).

Στην συνέχεια προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια σχέση μεταξύ της ασφάλειας και της ενσυναίσθησης ($r = .443, p < .05$), της ανταπόκρισης ($r = .448, p < .05$) και της αξιοπιστίας ($r = .411, p < .05$), αναφορικά με τις προσδοκώμενες υπηρεσίες. Ακόμα από την έρευνα προκύπτει ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της ανταπόκρισης ($r = .771, p < .05$) και της αξιοπιστίας ($r = .619, p < .05$). Και τέλος, υπάρχει μέτρια σχέση της ανταπόκρισης και της αξιοπιστίας ($r = .583, p < .05$).

Πίνακας 15. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων των προσδοκώμενων υπηρεσιών.

		Απτότητα1	Ασφάλεια1	Ενσυναίσθηση1	Ανταπόκριση1	Αξιοπιστία1
Απτότητα1	PearsonCorrelation	1	,171*	,140*	,303**	,091
	Sig. (2-tailed)		,015	,046	,000	,195
	N	206	203	203	206	206
Ασφάλεια1	PearsonCorrelation	,171*	1	,433**	,448**	,411**
	Sig. (2-tailed)	,015		,000	,000	,000
	N	203	203	200	203	203
Ενσυναίσθηση1	PearsonCorrelation	,140*	,433**	1	,771**	,619**
	Sig. (2-tailed)	,046	,000		,000	,000
	N	203	200	203	203	203
Ανταπόκριση1	PearsonCorrelation	,303**	,448**	,771**	1	,583**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	206	203	203	206	206
Αξιοπιστία1	PearsonCorrelation	,091	,411**	,619**	,583**	1
	Sig. (2-tailed)	,195	,000	,000	,000	
	N	206	203	203	206	206

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

8.4.2 Παρούσα κατάσταση

Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της ασφάλειας στην παρούσα κατάσταση και της ενσυναίσθησης ($r=.693$, $p<.01$), της ανταπόκρισης ($r=.681$, $p<.01$) και της αξιοπιστίας ($r=.616$, $p<.01$). ακόμα από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ισχυρή σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της ανταπόκρισης ($r=.747$, $p<.01$) και της αξιοπιστίας ($r=.651$, $p<.01$). Και τέλος, από την έρευνα προέκυψε ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της αξιοπιστίας και της ανταπόκρισης στην παρούσα κατάσταση ($r=.719$, $p<.01$).

Πίνακας 16. Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων της παρούσας κατάστασης

		Απτότητα2	Ασφάλεια2	Ενσυναίσθηση2	Ανταπόκριση2	Αξιοπιστία2
Απτότητα2	PearsonCorrelation	1	,076	,002	,091	,123
	Sig. (2-tailed)		,279	,979	,199	,081
	N	203	203	200	200	203
Ασφάλεια2	PearsonCorrelation	,076	1	,693**	,681**	,616**
	Sig. (2-tailed)	,279		,000	,000	,000
	N	203	206	203	203	206
Ενσυναίσθηση2	PearsonCorrelation	,002	,693**	1	,747**	,651**
	Sig. (2-tailed)	,979	,000		,000	,000
	N	200	203	203	200	203
Ανταπόκριση2	PearsonCorrelation	,091	,681**	,747**	1	,719**
	Sig. (2-tailed)	,199	,000	,000		,000
	N	200	203	200	203	203
Αξιοπιστία2	PearsonCorrelation	,123	,616**	,651**	,719**	1
	Sig. (2-tailed)	,081	,000	,000	,000	
	N	203	206	203	203	206

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

8.5 Περιορισμοί έρευνας

Όπως είναι λογικό προκύπτουν και αρκετοί περιορισμοί στην έρευνα. Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

- Το μέγεθος του δείγματος.
- Η γεωγραφική κατανομή που έλαβε μέρος η έρευνα και συγκεκριμένα ο περιορισμός στην πόλη των Γιαννιτσών.
- Ο ιδιωτικός τομέας.

Επίσης, σημαντική αδυναμία για την παραγωγή μιας συνολικής εικόνας έγκειται στο γεγονός ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν μπορούν να αποτυπωθούν σε ένα και μόνο ερωτηματολόγιο καθώς αυτό μπορεί να μην περιλαμβάνει μέρος αυτών. Ειδικότερα, τα 206 ερωτηματολόγια που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα από το ιδιωτικό μαιευτήριο στην πόλη των Γιαννιτσών δεν μπορούν να αποτυπώσουν τη συνολική εικόνα όλου του πληθυσμού. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να συμπληρωθεί πολύ μεγαλύτερος αριθμός ερωτηματολογίων, μέσα από αρκετές μελέτες, σε διάφορες πόλεις και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα.

8.6 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παραπάνω έρευνα είχε σκοπό να εξετάσει την ικανοποίηση (παρούσα – προσδοκώμενη) των γυναικών κατά την επίσκεψή τους στην ιδιωτική Μαιευτική - Γυναικολογική κλινική ‘Ελευθώ’.

Στην συγκεκριμένη έρευνα, οι περισσότερες γυναίκες που έλαβαν μέρος είναι ηλικίας από 26 – 41 ετών. Ακόμα οι περισσότερες συμμετέχουσες είναι έγγαμες και είναι απόφοιτες Λυκείου. Επίσης, η πλειονότητα του δείγματος εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα και είναι ασφαλισμένες στο ΙΚΑ. Τέλος, οι περισσότερες γυναίκες επισκέφθηκαν την κλινική για γυναικολογικούς λόγους και δεν ήταν η πρώτη φορά που συνέβη αυτό.

Στην συνέχεια της παραπάνω έρευνας εξετάστηκαν οι πέντε διαστάσεις της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών, ως προς τις προσδοκώμενες υπηρεσίες κατά την επίσκεψή τους στην κλινική. Κατά γενική ομολογία, όλες οι γυναίκες συμφωνούν απόλυτα ότι και στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (απτότητα, ασφάλεια, ενσυναίσθηση, ανταπόκριση, αξιοπιστία) η κλινική θα πρέπει να παρέχει το άριστο. Για την συγκεκριμένη έρευνα, το άριστο σχετίζεται με λειτουργικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο εξοπλισμό, σωστή συμπεριφορά του προσωπικού, εμπειρία των ιατρών, άμεση και ορθή αντιμετώπιση κ.α.

Ακόμα στην έρευνα εξετάστηκαν και οι πέντε διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα από την παρούσα κατάσταση. Στις διαστάσεις της απτότητας, της ασφάλειας, της ενσυναίσθησης και της αξιοπιστίας οι συμμετέχουσες συμφωνούν ότι η κλινική ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών, ενώ στη διάσταση της ανταπόκρισης οι συμμετέχουσες συμφωνούν απόλυτα ότι το προσωπικό αντιμετωπίζει σωστά τους ασθενείς και είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει.

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι συμμετέχουσες είναι κατά κύριο λόγο ικανοποιημένες περισσότερο από την ασφάλεια που νιώθουν κατά την επίσκεψη τους στην κλινική. Στην συνέχεια, φαίνεται ότι ικανοποιούνται από τη διάσταση της ενσυναίσθησης και από την επικοινωνία τους με τους ιατρούς και το προσωπικό. Έπειτα, από την αξιοπιστία της κλινικής και τη γενικότερη οργάνωση. Ύστερα από την ανταπόκριση του προσωπικού και τελευταία

από τη διάσταση της απτότητας και τις εγκαταστάσεις της κλινικής. Ως γενικό συμπέρασμα, οι συμμετέχουσες είναι πολύ ικανοποιημένες από την συγκεκριμένη κλινική.

Επόμενο βήμα είναι η εξέταση του χάσματος που υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκώμενες υπηρεσίες από τις ασθενείς και τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες κατά την παρούσα κατάσταση. Κατά γενική ομολογία φαίνεται ότι οι προσδοκίες των ασθενών ξεπέρασαν τις αντιλήψεις τους για την παρούσα κατάσταση, έχοντας ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αρνητικού χάσματος σε όλους τους παράγοντες ποιότητας. Το γενικό συνολικό χάσμα ισούται με -0.43, ενώ η σειρά προτεραιότητας με την οποία διαμορφώνεται το χάσμα στις πέντε διαστάσεις από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο έχει ως εξής: Απτότητα > Αξιοπιστία > Ενσυναίσθηση > Ανταπόκριση > Ασφάλεια.

Άλλο ένα σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι η εμφάνιση επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων στην εκλαμβανόμενη ποιότητα. Από την έρευνα προέκυψε ότι σχετικά με την ηλικία υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και στις προσδοκώμενες υπηρεσίες και στην παρούσα κατάσταση. Γενικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικία των ασθενών τόσο μειώνεται η ικανοποίησή τους. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη σχετική βιβλιογραφία που παρατέθηκε παραπάνω καθώς σύμφωνα με άλλη μελέτη (Djordjevic, 2019) όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία του ασθενούς, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό ικανοποίησης του. Ακόμα, υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών και την ικανοποίησή τους από την κλινική, αφού διαπιστώθηκε ότι καθώς αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών μειώνεται η ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες της κλινικής, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία και την έρευνα των Kalaja (2016). Επίσης, σχετικά με το επάγγελμα προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο είδος εργασίας των γυναικών και της συνολικής ικανοποίησης, με τις γυναίκες που εργάζονται στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από αυτές που ασχολούνται με τα οικιακά. Πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία, βρέθηκε ότι ο λόγος επίσκεψης επιδρά και αυτός στην ικανοποίηση των ασθενών, με τις γυναίκες που εισέρχονται για γυναικολογικούς λόγους να έχουν περισσότερες απαιτήσεις από ότι οι γυναίκες που επισκέπτονται την κλινική για μαιευτικούς λόγους. Επιπλέον, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών και στους παράγοντες ικανοποίησης, όπως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και στη συχνότητα επίσκεψης και στην ικανοποίηση των γυναικών από την κλινική.

Μετέπειτα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων αρχικά στις προσδοκώμενες υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι η πιθανή μη ικανοποίηση των ασθενών από μια διάσταση μπορεί να επηρεάσει την αντίληψή τους και στις υπόλοιπες. Από την έρευνα, λοιπόν, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μέτρια σχέση ανάμεσα στην ανταπόκριση και στην απτότητα των προσδοκώμενων υπηρεσιών, μέτρια σχέση μεταξύ της ασφάλειας, της ενσυναίσθησης, της ανταπόκρισης και της αξιοπιστίας και μέτρια σχέση ανάμεσα στην ανταπόκριση και την αξιοπιστία. Ελάχιστη σχέση μεταξύ της απτότητας, της ασφάλειας και της ενσυναίσθησης. Αντίθετα, προέκυψε ισχυρή σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της ανταπόκρισης και της αξιοπιστίας.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των διαστάσεων της παρούσας κατάστασης, όπου προέκυψε ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της ασφάλειας, της ενσυναίσθησης, της ανταπόκρισης και της αξιοπιστίας. ακόμα από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ισχυρή σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης, της ανταπόκρισης και της αξιοπιστίας, αλλά και ισχυρή σχέση μεταξύ της αξιοπιστίας και της ανταπόκρισης στην παρούσα κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Σε αυτό το κεφάλαιο και ως συνέχεια της έρευνας μας, θεωρήθηκε ενδιαφέρουσα η αναζήτηση και η εύρεση πιθανών παρόμοιων αποτελεσμάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας υπό τη μέθοδο SERVQUAL. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων τελευταίας δεκαετίας που αφορούν αποκλειστικά τον ιδιωτικό τομέα.

Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα έγινε διαχωρισμός των άρθρων σε τρεις κατηγορίες όπου η πρώτη περιλαμβάνει τις ιδιωτικές μονάδες υγείας που παρέχουν ικανοποιητική ποιότητα, έπειτα την μέτρια ικανοποίηση και η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει ιδιωτικές μονάδες υγείας με χαμηλό επίπεδο ποιότητας.

Πίνακας 17. Σύγκριση έρευνας με άλλες μελέτης

Σύγκριση Ποιότητας στον Ιδιωτικό Τομέα				
Ικανοποιητική Ποιότητα				
Taner	2006	Τουρκία	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιητική ποιότητα • Υψηλότερη προσδοκία στην διάσταση της ασφάλειας • Χαμηλότερη προσδοκία στην αξιοπιστία
Zarei	2012	Ιράν	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιητική απόδοση ποιότητας • Υψηλότερη βαθμολογία στην απτότητα • Χαμηλότερη στην ενσυναίσθηση
Bisschoff	2014	N.Αφρική	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιητικά επίπεδα ποιότητας • Τα κενά ποιότητας από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο: Απτότητα > Ανταπόκριση > Αξιοπιστία > Ασφάλεια > Ενσυναίσθηση
Ibarra	2014	Μεξικό	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Πολύ ικανοποιητική ποιότητα με καλύτερα επίπεδα ως: Ανταπόκριση > Αξιοπιστία > Ασφάλεια > Απτότητα > Ενσυναίσθηση.
Kavitha	2016	Σαλέμ	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιητική ποιότητα • Εκπλήρωση προσδοκιών σε όλες τις διαστάσεις εκτός από την ασφάλεια
Nawaz	2016	Πακιστάν	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Οι απαιτήσεις των ασθενών ικανοποιούνται • Κενά ποιότητας από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο: Απτότητα > Ανταπόκριση > Αξιοπιστία > Ασφάλεια > Ενσυναίσθηση.
Azmi	2017	Μπαγκλαντές	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ισχυρή θετική απόδοση όλων των διαστάσεων
Hossain	2017	Μπαγκλαντές	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Θετική σχέση ποιότητας και ικανοποίησης

Gihmire	2020	Νεπάλ	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιητική απόδοση ποιότητας
Παπαγεωργίου	2020	Θες/νίκη	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Αρκετά υψηλή αντιλαμβανόμενη ποιότητα και στις πέντε διαστάσεις. • Υψηλότερη ποιότητα στην Ασφάλεια > Ενσυναίσθηση > Απτότητα > Ανταπόκριση > Αξιοπιστία
Τσαρτσαράκη	2020	Γιαννιτά	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Υψηλή ικανοποίηση • Υψηλές προσδοκίες • Χαμηλό χάσμα σε όλες τις διαστάσεις με σειρά Απτότητα > Αξιοπιστία > Ενσυναίσθηση > Ανταπόκριση > Ασφάλεια

Μέτρια Ικανοποίηση

Yousapronpai-boon	2013	Ταϊλάνδη	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Μέτρια ικανοποίηση με ισχυρότερη επιρροή στην ασφάλεια
Vidhya	2020	Κοϊμπατόρε	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Μέτρια Ικανοποίηση

Μη Ικανοποιητική Ποιότητα στον Ιδιωτικό Τομέα

Badiyanni	2010	Γκόα	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Όλες οι διαστάσεις χρήζουν βελτίωσης
Butt	2010	Μαλαισία	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρά κενά ποιότητας. • Υψηλότερα αρνητικά αποτελέσματα στην αξιοπιστία και ανταπόκριση
Yesilada	2010	Κύπρος	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Κενά ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις
Camgoz-Akdog	2013	Τουρκία	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλή ποιότητα κυρίως λόγω της συμπεριφοράς του προσωπικού
Rahman	2013	Μπαγκλαντές	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλή ποιότητα κυρίως στην ανταπόκριση και την ενσυναίσθηση

Gul	2014	Τουρκία	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών, κυρίως λόγω του προσωπικού και των υποδομών
Madan	2015	Ιράν	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλή ποιότητα • Όλες οι διαστάσεις χρήζουν βελτίωσης
Phimmasenh	2015	Βιεντιάν	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Πολύ χαμηλή ποιότητα • Σοβαρά κενά σε όλες τις διαστάσεις
Siddiq	2016	Πακιστάν	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Κενά ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις • Πολύ υψηλές απαιτήσεις
Kaymaz	2017	Τουρκία	SPSS	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ασθενών • Υψηλότερη απόδοση ποιότητας στην απτότητα • Χαμηλότερη στην ενσυναίσθηση

Πίνακας Επεξεργασία βιβλιογραφικών δεδομένων από την ερευνήτρια

Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερες έρευνες ανήκουν στην πρώτη κατηγορία και παρουσιάζουν υπηρεσίες με αυξημένο βαθμό ικανοποίησης. Τα άρθρα των Ibarra (2014), Azmi (2017) και Παπαγεωργίου (2020) παρουσιάζουν μελέτες με πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση προσδοκώμενης και αντιλαμβανόμενης ποιότητας. Τα υπόλοιπα άρθρα των Taner (2006), Zarei (2012), Kavitha (2016), Hossain (2017) και Gihmire (2020) δείχνουν σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι τα άρθρα των Bisschoff (2014) και Nawaz (2016) ικανοποιούν τις απαιτήσεις των ασθενών αλλά εμφανίζουν και τα δυο κενά στις διαστάσεις ποιότητας με ίδια σειρά από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο Απτότητα > Ανταπόκριση > Αξιοπιστία > Ασφάλεια > Ενσυναίσθηση. Επιπλέον, τα άρθρα των Yousarprapaiiboon (2013) και των Vidhya (2020) περιγράφουν μέτρια ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τέλος, στην κατηγορία της μη ικανοποίησης εμφανίζονται τα άρθρα των Badiyanni (2010), Yesilada (2010), Camgoz-Akdog (2013), Rahman (2013), Gul (2014), Madan (2015), Phimmasenh (2015) και Kaymaz (2017) τα οποία δηλώνουν έλλειψη

ικανοποίησης και σοβαρά κενά ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις κυρίως λόγω των υποδομών και του προσωπικού.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι το επίπεδο ικανοποίησης στην ιδιωτική κλινική Ελευθώ είναι αρκετά καλό παρ' όλο που υπάρχει χάσμα ποιότητας σε όλες τις διαστάσεις ποιότητας με συνολικό βαθμό 0,43. Το χάσμα που εμφανίζεται έχει σειρά προτεραιότητας από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο ως εξής:

απότητα – αξιοπιστία – ενσυναίσθηση - ανταπόκριση – ασφάλεια

Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν παρατηρήθηκε καμία αντίστοιχη έρευνα με ίδια αποτελέσματα σχετικά με τη σειρά προτεραιότητας των χασμάτων ποιότητας. Ιδιαίτερα, επιθυμητό ήταν να γίνει σύγκριση ποιότητας με το άρθρο από το οποίο σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Το άρθρο ανήκει στους Phimmaseh κατά το έτος 2015, και απευθύνθηκε και αυτό σε έγκυες γυναίκες. Όπως αποδείχθηκε δεν ανιχνεύθηκε κανένα κοινό στοιχείο καθώς στο πρώτο δεν υπάρχει ικανοποίηση ενώ στην παρούσα έρευνα είναι ορατός ο θετικός βαθμός ποιότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα συνιστά μια προσπάθεια εντοπισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε μια περιφερειακή μονάδα υγείας και συγκεκριμένα από την ιδιωτική Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική ‘Ελευθώ’ αλλά και το επίπεδο ικανοποίησης των γυναικών που εισέρχονται σε αυτή. Πρώτιστο μέλημα ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τις προσδοκώμενες και τις αντιλαμβανόμενες υπηρεσίες υγείας, όπου αποδείχθηκε ότι η παρούσα κατάσταση της κλινικής είναι αρκετά ικανοποιητική. Επιπλέον, σημαντικό εύρημα αποτελεί και η ύπαρξη αρκετά υψηλού βαθμού προσδοκιών από τις ασθενείς, το οποίο δείχνει τις πολύ υψηλές απαιτήσεις είτε λόγω του ότι η κλινική είναι ιδιωτική και οι παρασχόμενες υπηρεσίες είναι επί πληρωμή, είτε λόγω της ιδιαίτερης φύσης της υγείας όπου δεν χωρούν λάθη.

Ως δευτερεύον αντικείμενο έρευνας αποτέλεσε η ανίχνευση του χάσματος των πέντε διαστάσεων, μέσα από το μοντέλο SERVQUAL, με τη μεγαλύτερη προς τη μικρότερη βαρύτητα, όπου εντοπίστηκε ότι σε όλες τις διαστάσεις υπάρχουν κενά χάσματος, μικρού όμως βαθμού, τα οποία χρήζουν βελτίωσης. Η σειρά βαρύτητας έχει ως εξής, απτότητα, αξιοπιστία, ενσυναίσθηση, ανταπόκριση, ασφάλεια. Άλλος ένας επιμέρους σκοπός ήταν ο εντοπισμός πιθανής επίδρασης από τα δημογραφικά στοιχεία και από άλλους παράγοντες. Οι έλεγχοι t-test και ANOVA έδειξαν ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα αλλά και ο λόγος επίσκεψης επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών σε αντίθεση με την οικογενειακή κατάσταση και τη συχνότητα επισκέψεων που δεν φαίνεται να επιδρούν. Τέλος σημαντική είναι και η διερεύνηση πιθανής αλληλοεπίδρασης μεταξύ των χασμάτων από διάσταση σε διάσταση.

Σε γενικές γραμμές, όπως έχει συζητηθεί παραπάνω διαπιστώνεται ότι μέσα από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας τα ευρήματα συντονίζονται με αυτά της βιβλιογραφίας ενώ άλλοτε διαφοροποιούνται. Συνολικά μπορεί να αναφερθεί ότι η παρούσα έρευνα έχει ικανοποιήσει τον σκοπό της καθώς απαντά στο σύνολο των ερευνητικών της στόχων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αδαμαντίδου, Τ. (2004). Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση υγείας*, 29-31.
2. Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ & Νιάκας, Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 89-96.
3. Αντωνοπούλου, Λ. (2013). *Εργαλεία Ελέγχου της Διαχείρισης των Νοσοκομειακών Μονάδων*. Quality in health. Ανακτήθηκε στις 27 Ιουλίου, 2013, από <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/30-ergaleia-elegxou-tis-diaxeirisis-ton-nosokomeiakon-monadon-l-antonopoylou.html>.
4. Αυγουστίδου, Ι. (2018). Η Σχέση μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Κουλτούρας Ασφάλειας Ασθενών. *Νοσηλευτική*, 57(1), 33-40.
5. Βενιού, Α. & Τεντολούρης, Β. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), 613-618.
6. Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ. & Middleton N. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), 720-730.
7. Γείτονα, Μ., Καρόκης, Α., Κυριόπουλος, Γ., Κυριόπουλος, Ι., Λιόνης, Χ., Σισσούρας, Α. & Υφαντόπουλος, Γ. (2004). *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
8. Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Νάτσης, Χ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. & Πιερράκος Γ. (2019). Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), 88-95.
9. Δερβιτσιώτης, Κ. (2005). *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
10. Δερβιτσιώτης, Κ. (1993). *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. Αθήνα: Σταμούλης.
11. Έλληνας, Δ. (2009). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας. *Ιατρικά Θέματα*, 48, 17-23.
12. Ζαβλάνος, Μ. (2006). *Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα*. Αθήνα: Σταμούλη.
13. Ζέρβας, Δ. (2020). Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 12(1), 8-21.

14. Θανασάς, Ι. (2019). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 24(3), 347-361.
15. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
16. Θεοφίλου, Π. (2015). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. *e-Journal of Science & Technology*, 5(4), 43-53.
17. Καλογερόπουλος, Δ. & Χαραλάμπους, Γ. (2019). Ποιότητα και αποδοτικότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 8(1), 22-34.
18. Καλογεροπούλου, Μ & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας. Συστήματα-Χρηματοδότηση-Αγορά*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
19. Κοτζαμάνη, Κ. & Βούζας, Φ. (2007). Οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας ενός Προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας: οι σημαντικότεροι λόγοι αποτυχίας και οι απαραίτητες προϋποθέσεις για επιτυχημένη εφαρμογή. *Δημοσιεύτηκε στον Τιμητικό τόμο για τον ομότιμο καθηγητή Αρ. Ιγνατιάδη*, 143-169.
20. Κοτσαγιώργη, Ι & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4), 398-408.
21. Κουθούρης, Χ. & Εξάρχου, Β. (Ιούλιος 2015). Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών σε Κέντρα Αποκατάστασης Υγείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας. *Ελληνικό Περιοδικό Διοίκηση Αθλητισμού & Αναψυχής*, 12 (1), 35– 50.
22. 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.
23. Κουταλάς, Ε., Εγγλεζόπουλος, Α., Λιλής, Δ., Μπέγκος, Κ., Δημητριάδης, Γ., Απίστολας, Σ., Πετροπούλου, Σ., Αρκουμάνη, Θ & Μιχαλακούκος, Ι. (2019). Εφαρμογή κοινού πλαισίου αξιολόγησης, ως εργαλείο διοίκησης ολικής ποιότητας, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(6), 835-839.
24. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα: Παπασωτηρίου.
25. Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ & Φιλαλήθης, Α. (2000). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4), 169-188.

26. Λαζάρου, Π. & Οικονομοπούλου, Χ. (2007). Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. *Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα*, 46(2), 199-214.
27. Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
28. Μακράκης, Α. (2018). Οι δείκτες της ποιότητας υγείας και η νομοθετική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 17(3), 181-194.
29. Μαλάμου, Θ. (2016). Μεθοδολογία υλοποίησης της ιοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(3), 6-15.
30. Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π. & Ζυγά, Σ. (2009). Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(1), 25-40.
31. Μανωλιάδης, Ι. & Δημοπούλου, Σ. (2007). Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Ιατρικά Θέματα*, 47:17-21.
32. Μάρκοβιτς, Γ. & Μοναστηρίδου, Σ. (2011). Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1), 51-56.
33. Μπαλάσκα, Δ. & Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3), 106-120.
34. Μπανούση, Α. (2016). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Νοσηλευτική. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 5(3), 154-165.
35. Μπιτσιώρη, Ζ. & Μπαλάσκα, Δ. (2016). Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 5(2), 113-124.
36. Μποχώρης, Γ. (2008). Εφαρμογή της ιοίκησης Ολικής ποιότητας. *ιοίκηση Ολικής ποιότητας και ιαχείριση περιβάλλοντος, Α' τόμος*. Πάτρα Ε.Α.Π.
37. Παπαθεοδώρου, Χ. & Μωυσίδου, Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
38. Παπαγεωργίου, Α., Γαλάνης, Π., Παπανικολάου, Β., Σκίτσου, Α., Καϊτελίδου, Δ. & Χαραλάμπους, Β. (2020). Αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3), 361-366.
39. Παπαγεωργίου, Ε., Τσουνής, Α., Σαράφης, Π. & Μπαμίδης, Π. (2014). Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής

- αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(1), 24-34.
40. Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 73-82.
41. Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 480-488.
42. Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ. & Μπαλασοπούλου, Α. (2014). Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4), 351-365.
43. Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ. & Γιαννουλάτος, Π. (2013). Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), 316-324.
44. Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιάρου, Μ., Μπαμίδης, Π. & Νιάκας, . (2011). 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.
45. Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 14(4), 247-252.
46. Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Γκιόκα, Β. & Σούλης, Σ. (2008). Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(2), 201-208.
47. Σιγάλας, Ι. (1999). Η διεύθυνση και η διαχείριση των λειτουργιών των οργανισμών και υπηρεσιών υγείας στο Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ., Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. *Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*, 433-435.
48. Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
49. Σπύρου, Ι., Προδρόμου, Μ., Κουκουλάρης, Δ., Κυρίτση, Ε., Σταμούλης, Κ., Στεφανίδου, Σ. & Κουτελέκος, Ι. (2018). Ικανοποίηση Ασθενών με Οξύ ή Χρόνιο Καρδιολογικό Νόσημα από την Παρεχόμενη Ιατρονοσηλευτική Φροντίδα σε Σχέση με την Ένταση του Άγχους και της Κατάθλιψής τους. *Νοσηλευτική*, 57(1), 68–83.

50. Στεργίου, Γ. (2005). Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1).
51. Συμεωνίδου, Α., Καραγιάννη, Π. & Τσιότρας, Γ. (2018). Καλές πρακτικές για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 11(1), 15-22.
52. Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ό. & Μαρβάκη, Χ. (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(2), 160-176.
53. Τζωρτζόπουλος, Α. (2018). Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα – εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), 649-664.
54. Τούντας, Γ. (2003). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(1), 76-87.
55. Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 532-546.
56. Τούντας, Γ. & Οικονόμου, Ν. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 7-21.
57. Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
58. Τσελέπη, Χ. (2000). *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας*. Στο: Τσελέπη, Π., Μάντη, Π. *Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
59. Τσιόκα, Α., Παγκάκη, Ε., Ευθυμιάδη, Α. & Παγδάτογλου, Κ. (2016). Πρωτόκολλο εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, ενός εργαλείου ποιότητας για τους δημόσιους οργανισμούς, στην Μ.Ε.Θ του Γ.Ν.Τρικούλων, με σκοπό την βελτίωση παροχών υγείας. *The Greek E-Journal of Perioperative Medicine*, 14(α), 3-14.
60. Τσιούκρας, Π. (2013). *Οι θεωρητικοί της ποιότητας*. Ανακτήθηκε στις 7 Απριλίου 2013 από https://tsiouktras.blogspot.com/2012/12/blog-post_2.html.
61. Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ.& Γούλα, Α. (2010). Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1), 40–52.
62. Τσουνής, Α. & Σαράφης, Π. (2012). Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας. *ιεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(3), 91-97.

63. 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. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(2), 236-243
64. Χαντζοπούλου, 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 and Research Journal*, 3(1), 26-42.
65. Χυτήρης, Α. & Αννινος, Α. (2015). *Διοίκηση και ποιότητα υπηρεσιών*. Αθήνα: Κάλλιπος.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Aggarwal, A., Aeran, H. & Ratheec, M. (2019). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), 180-182.
2. Agrawal, N. (2019). Modeling Deming's quality principles to improve performance using interpretive structural modeling and MICMAC analysis. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 36(7), 1159-1180.
3. Ahmed, M. (2011). A Comparative Study of Deming's and Juran's Total Works : Changing the Quality Culture Towards Total Quality Management. *Journal of Kirkuk Univercity For Administrative and Economic Sciences*, 1(1), 176-203.
4. Al-Assaf, F. & Schmele J.A. (1993). *The Textbook of Total Quality in Health Care*. Florida: St Lucie Press
5. Aljuaid, M., Mannan, F., Chaudhry, Z., Rawaf, S. & Majeed, A. (2016). Quality of care in university hospitals in Saudi Arabia: a systematic review. *BMJ Open*, 6, 1-10.
6. Alrubaiee, L. (Φεβρουάριος 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.
7. Al-Shdaifat, E. (2015). Implementation of total quality management in hospitals. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 10(4), 461-466.
8. Alumran, A., Almutawa, H., Alzain, Z., Althumairi, A. & Khalid, N. (2020). Comparing public and private hospitals' service quality. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 1-7.
9. Androniceanu, A. (2017). The Three-Dimensional Approach of Total Quality Management, an Essential Strategic Option for Business Excellence. *Amfiteatru Economic Journal*, 19(44), 61-78.
10. Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., Asbroek, A. & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
11. Ayanian, J. & Markel, H. (2016). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *The New England Journal of Medicine*, 375(3), 205-207.

12. Azmi, T., Rahman, H., Mustafi, M. & Islam, F. (2017). Measurement of Patient Satisfaction with SERVQUAL Model of Private Hospitals: SEM Approach. *American Journal of Management*, 17(3), 64-76.
13. Babakus, E. & Mangold W. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Serv Res*, 26, 767–786.
14. 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.
15. Badiyani, J. (2010). Service Quality of Private Clinics: Application of SERVQUAL Model. *QUEST-Journal of Management and Research*, 1(2), 21-27.
16. Best, M. & Neuhauser, D. (2006). Joseph Juran: overcoming resistance to organisational change. *Quality and Safety in Health Care*, 15(5), 380-382.
17. Bisschoff, C. & Bisschoff, H. (Ιούνιος 2014). Measuring customer service in a private hospital. *Problems and Perspectives in Management*, 12(4), 41-52.
18. Bond, S. & Thomas, L. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 52-63.
19. Butt, M. & Cyril de Run, E. (Σεπτέμβριος 2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7), 658-673.
20. Camgoz-Akdag, H., Tarım, M., Lonial, S. & Yatkın, A. (2013). QFD application using SERVQUAL for private hospitals: a case study. *Leadership in Health Services*, 26(3), 175-183.
21. Chassin, M. & Loeb, J. (2013). High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *The Milbank Quarterly*, 91(3), 459-490.
22. Chaturvedi, J. (Απρίλιος 2020). Emerging Organizations Follow Dr. Deming's Philosophy. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development*, 4(3), 989-996.
23. Chun, J. & Bafford, A. (2014). History and Background of Quality Measurement. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 27(01), 005-009.
24. Dixon, C. (2016). Why the global financial crisis had so little impact on the banking systems of emergent East Asia. *Journal of Self-Governance and Management Economics*, 4(2), 28-62.

25. Djordjevic, I. & Dragan, V. (2019). The effect of sociodemographic factors on the patient satisfaction with health care system. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*, 20(3), 251-255.
26. Donabedian, A. (1980). Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Medical Care Research and Review*, 37, 653-98.
27. Donabedian, A. (Μάρτιος 1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 12(3), 99-108.
28. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed. *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
29. Donaldson, D. (Μάιος 2004). 100 Years Of Juran. *Quality Progress*, 25-39.
30. Duffy, T. (2011). The Flexner Report – 100 Years Later. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84(3), 269-276.
31. Ehigie, B. & McAndrew, E. (2006). Innovation, diffusion and adoption of total quality management (TQM). *Management Decision*, 43(6), 925-940.
32. Elshaer, I. (2012). What is the Meaning of Quality?. *Munich Personal RePEc Archive*. 57345.
33. Esam, M., Mustafa, A. & Talib Bon, A. (2012). Role of top management leadership and commitment in total quality management in service organization in Malaysia: A review and conceptual framework. *Elixir Human Resource Management*, 51, 11029-11033.
34. Evans, J. & Lindsay, W. (1996). *The Management and Control of Quality*. New York: West Publishing Company.
35. Faloudah, A., Qasim, S. & Bahumayd, M. (2015). Total Quality Management in Healthcare. *International Journal of Computer Applications*, 120(12), 22-24.
36. Farzadnia, E., Hosseini, Z., Mandra, V. & Riahi, A. (2017). Study of Hospital Quality Management and Improvement Rates in the Hospitals. *Journal of Humanities Insights*, 1(1), 7-11.
37. Fields, P., Hague, D., Hague, G., Lommel, A & Melby, A. (2014). What Is Quality? A Management Discipline and the Translation Industry Get Acquainted. *Revista Tradumàtica: tecnologies de la traducció*, 12, 404-412.
38. Fitzsimmons, A., Fitzsimmons, J. & Bordoloi, K. (2014). *Service management: Operations, strategy, information technology*. Eighth edition. NY: McGraw Hill.

39. Fox, J. & Storms, D. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Sociology*, 15(5), 557-64.
40. Garvin, D. (1984). Product quality: An important strategic weapon. *Business Horizon*, 27(3), 40-43.
41. Ghimire, P., Ghimire, P. & Acharya, M. (2020). SERVQUAL Questionnaire based Health Service Quality Assessment in a Private Hospital of Western Nepal. *Nepal Journal of Medical Sciences*, 5(1), 79-85.
42. Godfrey, B. & Kennet, S. (2007). Joseph M. Juran, a Perspective on Past Contributions and Future Impact. *Quality and Reliability Engineering International*, 23, 653-663.
43. Gul, M., Guneri, A. & Derin, B. (2014). Evaluation of service quality criteria for a private medical center by using servqual and dematel methods. *Journal of Engineering and Natural Sciences*, 32, 240-253.
44. Gummesson, E. (2004). Service provision calls for partners instead of parties. *Journal of Marketing*, (68)1, 20-21.
45. Harms, C., Young, R., Amsler, F., Zettler, C., Scheidegger, D. & Kindler, Ch. (2004). Improving anaesthetist communication skills. *Anaesthesia*, 59, 166-172.
46. Hopkins, S., Brune, P., Chapman, J., Horton, M., Oskouian, R., Patel, A & Moisi, M. (Ιανουάριος 2020). Quality and Clinical Care Development in Spine Surgery—Connecting the Dots: An Expanded Clinical Narrative. *Global Spine Journal*, 10(1), 10-16.
47. Hossain, G., Ahmed, M. & Haq, R. (Δεκέμβριος 2017). Retesting servqual scale items in healthcare service in bangladesh: a case study of a public hospital. *South East Asia Journal of Contemporary Business, Economics and Law*, 14(2), 1-9.
48. Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M., Meer, J., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
49. Ibarra, L., Ibarra, V. & Partida, A. (Μάιος 2014). Adapting the Servqual Scale to a Private Hospital Emergency Services: An Empirical Investigation. *Chinese Business Review*, 13(5), 273-289.
50. Ilea1, P., Săvescu, D. & Stoica, A. (2019). Some aspects of quality and risk management in natural gas measurement. *Journal of Research and Innovation for Sustainable Society*, 1(2), 70-77.

51. Institute of Medicine. (2006). *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. Washington: The National Academies Press.
52. Ionescu, L., 2016. The impact of rotation on accounting and audit quality. *Economics, Management, and Financial Markets*, 11(3), 86-92.
53. Irfan, S. & Ijaz, A. (Ιανουάριος 2011). Comparison of Service Quality between Private and Public Hospitals: Empirical Evidences From Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management*, 6(1), 1-22.
54. Jackson, S. (2001). Successfully implementing total quality management tools within Healthcare: what are the key action? *International Journal of Health care Quality Assurance*, 14(4), 157- 163.
55. Kabul, E. & Acuner, D. (2020). Evaluation of expected and perceived service quality in health services with servqual scale. *Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences International Indexed & Refereed*, 7(10), 18-34.
56. Kalaja, R. & Myshketa, R. (2016). Socio demographic variables' impact on hospitalized patient satisfaction in Albania. *Journal of Process Management New Technologies*, 4(1), 48-54.
57. Kalogeropoulou, M. (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5), 667-673.
58. Kavitha, R. (Απρίλιος 2016). Comparing Public and Private Hospital Health Care – Applicability of SERVQUAL. *International Journal of Science Arts and Commerce*, 1(2), 78-84.
59. Kaymaz, O., Tekindal, M., Tekindal, M. & Yazıcı, A. (Φεβρουάριος 2017). Evaluation of expected and perceived of quality of service with the SERVQUAL scale: The case of a private physical therapy and rehabilitation center. *Biomedical Research*, 28(2), 711-715.
60. Kaynak, H. (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. *Journal of Operations Management*, 21, 405-435.
61. Koch, T. (1992). A review of nursing quality assurance. *Advance Nurse*, 17, 785-794.
62. Kronenfeld, J. (2006). Access, Quality and Satisfaction: Three Critical Concepts in Health Services and Health Care Delivery. *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 3-14.

63. Kruk, M., Kelley, E., Syed, S., Tarp, F., Addison, T & Akachi, Y. (Ιούνιος 2017). Measuring quality of health-care services: what is known and where are the gaps?. *Bull World Health Organ*, 95(6), 389-389A.
64. Kruk, M. (Νοέμβριος 2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252.
65. Kulesher, R. & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127-139.
66. Lillrank, P. (2015). Small and big quality in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(4), 356-366.
67. Madan, M. & Goel, N. (Ιανουάριος 2015). An Empirical Study on Assessing Quality of Health – Care Services Offered by Private Hospitals Using Servqual Model. *Effulgence-A Management Journal*, 13(1), 42-54.
68. Mauri, A., Minazzi, R & Muccio, S. (2013). A Review of Literature on the Gaps Model on Service Quality: A 3-Decades Period: 1985–2013. *International Business Research*, 6(12), 134-144.
69. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V & Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nurses services. *Journal of Nursing Management*, 7(1), 19-28.
70. Metri, B. (2006). Top Quality Transportation Through Deming's 14 Points. *Journal of Public Transportation*, 9(4), 35-45.
71. Miaoulis, G., Gutman, J. & Snow, M. (2009). Closing the gap: The patientphysician disconnect. *Health Marketing Quarterly*, 26, 56–68.
72. Milakovic, M. (1991). Total quality management in the public sector. *National Productivity Review*, 10(2), 195-215.
73. Moeller, S. (2010). Characteristics of services – a new approach uncovers their value. *Journal of Services Marketing*, 24(5), 359-368.
74. Mosadeghrad, A. (2006). The Impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *The TQM Magazine*, 18(6), 606- 625.
75. Mosadeghrad, A. (2013a). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care*, 26(3), 203-219.
76. Mosadeghrad, A. (2013b). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 147-173.

77. Mosaddeghrad, A. (2014). Why TQM programmes fail? A pathology approach. *The TQM journal*, 26(2), 160-187.
78. Nawaz, M., Nazir, B., Jamil, M. & Aftab, J. (Οκτώβριος 2016). Service Quality in Public and Private Hospitals in Pakistan: An Analysis Using SERVQUAL Model. *Journal of Management Sciences and Technology*, 4(1), 13-25.
79. Neave, H. (1987). Deming's 14 Points for Management: Framework for Success. *Journal of the Royal Statistical Society*, 36(5), 561-570.
80. Nelsen, D. & Daniels, S. (2007). Quality Glossary. *Quality Progress*, 40(6), 39-59.
81. Neuhauser, D. (2002). Ernest Amory Codman MD. *BMJ Quality & Safety*, 11, 104-105.
82. Neyestani, B. (Φεβρουάριος 2017). Principles and Contributions of Total Quality Management (TQM) Gurus on Business. *Quality Improvement*, 1-18.
83. 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.
84. Nikolaou, N. & Kentas, G. Total Quality Management Implementation Failure Reasons in Healthcare Sector. *Journal of Health Science*, 5, 110-113.
85. Oakland, J. (1993). *Total Quality Management. The route to improving performance*. London: Butterworth Heinemann.
86. Ossebaard, H. & Gemert-Pijnen, L. (Ιούνιος 2016). eHealth and quality in health care: implementation time. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(3), 415-419.
87. Palmer, A. & Cole, C. (1995). *Service Marketing: Principles and Practice*, Prentice-Hall, NJ: Englewood Cliffs.
88. Panneerselvam, S. (Δεκέμβριος 2017). Quality Assurance a Key to Success in Nursing: An Overview. *International Journal of Health Sciences and Research*, 7(12), 234-239.
89. Papanikolaou, V. & Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital Care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
90. Pappa, E. & Niakas, D. (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, 146.

91. Pashmdarfard1, M., Arabshahi, K., Shafaroodi, L., Mehraban, A., Parvizi, S. & Haracz, K. (2020). Which models can be used as a clinical education model in occupational therapy? Introduction of the models: A scoping review study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 34(76), 1-9.
92. Phimmaseh, B. & Nouansavanh, K. (2015). Analysis of Pregnant Woman Satisfaction to Hospital Service by SERVQUAL Method: A Case Study of Mahosot Referral Hospital. *PSAKU International Journal of Interdisciplinary Research*, 4(1), 19-26.
93. Phuong, H., Anh, L. & Rashid, A. (2020). Factors Influencing Car Purchasing Intention: A Study among Vietnamese Consumers. *Journal of the Society of Automotive Engineers Malaysia*, 4(2), 229-252.
94. Pincus, H., Scholle, S., Spaeth-Rublee, B., Hepner, K & Brown J. (Ιούνιος 2016). Quality Measures For Mental Health And Substance Use: Gaps, Opportunities, And Challenges. *HealthAffairs*, 35(6), 1000-1008.
95. Rahman, R. & Kutubi, S. (Απρίλιος 2013). Assessment of service quality dimensions in healthcare industry A study on patient's satisfaction with Bangladeshi private Hospitals. *International Journal of Business and Management Invention*, 2(4), 59-67.
96. Rao, U. (Μάρτιος 2015). Total Quality Management in Healthcare: A Historical Perspective for a Modern Definition. *International Journal of Health Sciences and Research*, 5(3), 353-364.
97. Rice, T. (2006). *Τα οικονομικά της υγείας σε επανεξέταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
98. Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24, 45-52.
99. Sahaney, S., Banwet, D. & Karunes, S. (2004). Conceptualizing total quality management in higher education. *The TQM magazine*, 16(2), 26-34.
100. Sarathy, S. (2013). TQM practice in real-estate industry using AHP. *Quality & Quantity*, 47, 2049-2063.
101. Sarker, R., Deb, A., Chowdhury, M. & Hossain, I. (2019). Investigation and evaluation of the quality features related to comfort of casual shoes in Bangladeshi leading retail brands using physical and chemical standard test methods. *Revista de Pielarie Incaltaminte*, 19(1), 11-20.
102. Shetty, A. (2016). Florence Nightingale: The queen of nurses. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 4(1), 144-148.

103. Siddiq, A., Baloch, Q. & Takrim, K. (Ιούλιος 2016). Quality of healthcare services in public and private hospitals of Peshawar, Pakistan: A comparative study using Servqual. *City University Research Journal*, 6(2), 242-255.
104. Singh, P. (2013). Comparison of service quality between private and public hospitals: empirical evidences from Varanasi district in UP. *Paradigm*, 17(1-2), 37-46.
105. Sitzia, J. and Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts, *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829–1843.
106. Snell, S. & Dean, J. (1992). Integrated manufacturing and human resource management: A human capital perspective. *Academy of Management Journal*, 35(3), 467-503.
107. Talib, F. & Rahman, Z. (2010). Critical Success Factors of TQM in Service Organizations: A Proposed Model. *Services Marketing Quarterly*, 31(3), 363-380.
108. Talib, F., Rahman, Z. & Qureshi, M. (2010). The relationship between total quality management and quality performance in the service industry: a theoretical model. *International Journal of Business, Management and Social Sciences*, 1(1), 113-128.
109. Taner, T. & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 19(2), 1-10.
110. Tatikonda, L. & Tatikonda, R. (1996). Top ten reasons your TQM effort is failing to improve profit. *Production and Inventory Management Journal*, 37, 5-9.
111. Taylor, M., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D & Reed, J. (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23, 290–298.
112. Tejaningrum, A. (2019). Implementation the Trilogy Juran in SMEs Business Case Study in Indonesia. *Materials Science and Engineering*, 506, 1-8.
113. Theodorakioglou, Y. & Tsiotras, D. (2000). The need for the introduction of quality management into Greek health care. *Total Quality Management*, 11(8), 1153-1165.
114. Tsang, J. & Antony, J. (2001). Total quality management in UK service organisations: some key findings from a survey. *Managing Service Quality*, 11(2), 132-141.
115. Vargo, S. & Lusch, R. (2004). The four service marketing myths: remnants of a goods-based, manufacturing model. *Journal of Service Research*, 6, 324-35.
116. Vidhya, V. (2020). A Study on SERVQUAL of Private Hospitals at Coimbatore. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 5(2), 56-61.

117. Vouzas, F. & Psychogios, A. (2007). Assessing manager's awareness of TQM. *The TQM Magazine*, 19(1), 62-75.
118. Wagimin, W., Kusrini, E., Ali1, J. & Helia, V. (2019). The Effect of Leadership on Employee Performance with Total Quality Management (TQM) as a Mediating Variable in Indonesian Petroleum Companies: A Case Study. *The International Journal of Integrated Engineering*, 11(5), 180-188.
119. Waks, S. & Moti, F. (Σεπτέμβριος 1999). Application of the total quality management principles and ISO:9000 standards in engineering education. *European Journal of Engineering Education*, 24(3), 249-258.
120. Wicks, A. & Roethlein, C. (2009). A Satisfaction – Based Definition of Quality. *Journal of Business and Economic Studies*, 15(1), 82-97.
121. Witt, C., Chiaramonte, D., Berman, S., Chesney, M., Kaplan, G., Stange, K., Woolf, S & Berman, B. (2017). Defining Health in a Comprehensive Context: A New Definition of Integrative Health. *American Journal preventive medicine*, 53(1), 134-137.
122. Xesfingi, S & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, 16(94), 1-7.
123. Yesilada, F. & Direktör, E. (Ιούνιος 2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4(6), 962-971.
124. Yousapronpaiboon, K. & Johnson, W. (Φεβρουάριος 2013). Out-patient Service Quality Perceptions in Private Thai Hospitals. *International Journal of Business and Social Science*, 4(2), 57-66.
125. Yusuf, Y., Gunasekaran, A. & Dan, G. (Ιούλιος 2007). Implementation of TQM in China and Organisation Performance: An Empirical Investigation. *Total Quality Management and Business Excellence*, 18(5), 509-530.
126. Zarei, A., Arab, M., Froushani, A. & Rashidian, A. (2012). Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC Health Services Research*, 12(31), 1-7.
127. Zarzycka, D., Barton, E., Mazur, A. & Turowsk, K. (2019). Socio-demographic and medical factors associated with patients' satisfaction with nursing care and their perception of pain. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(2), 298–303.

128. Ziaei, H., Katibeh, M., Eskandari, A., Mirzadeh, M., Rabbanikhah, Z. & Javadi, M. (2011). Determinants of patient satisfaction with ophthalmic services. *BMC Research Notes*, 4(7), 1-4



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας

Μεταπτυχιακή Εργασία με θέμα

Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας και η Βελτίωση των Υπηρεσιών τους. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η περίπτωση της ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής «Ελευθώ».

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε με σκοπό τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και την μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών στην μαιευτική κλινική «Ελευθώ», με στόχο την βελτίωση τους.

Είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές. Ωφέλιμο θα ήταν οι απαντήσεις να δίνονται με την κατάλληλη προσοχή, ούτως ώστε να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Διευκρινίσεις:

- Στην **A ενότητα** ζητούνται **δημογραφικά στοιχεία** της συμμετέχουσας.
- Στην **B ενότητα** υπάρχουν δυο στήλες, στην

1 στήλη κυκλώνετε αντίστοιχα για το **επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών** που θα πρέπει να έχει μια **ιδανική κλινική** για εσάς ενώ

2 στήλη κυκλώνετε αντίστοιχα για την **αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης** στην μαιευτική κλινική «Ελευθώ» η οποία και εξετάζεται.

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας.
Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Τσαρτσαράκη Γεωργία

Ενότητα Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.

Κυκλώστε ή (όπου ζητείται συμπληρώστε) ανάλογα

Ηλικία: Μικρότερη από 18 ετών
18-25
26-33
34-41
42-49
Μεγαλύτερη από 50 ετών

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμη , Έγγαμη , Διαζευγμένη , άλλο

Μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό
Γυμνάσιο
Λύκειο
ΤΕΙ/ ΑΕΙ
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό άλλο

Επάγγελμα: Άνεργη
Ιδιωτική Υπάλληλος
Δημόσιος Υπάλληλος
Ελεύθερη Επαγγελματίας
Οικιακά

Λόγος επίσκεψης κλινικής: Μαιευτικός
Γυναικολογικός

Ασφαλιστικός φορέας: (παρακαλώ, συμπληρώστε)

Νοσηλεύετε για πρώτη φορά στη κλινική; Ναι
Όχι

Ενότητα Β:

1 στήλη, κυκλώνετε για τις προσδοκώμενες υπηρεσίες σε μια ιδανική κλινική. Θα πρέπει να απαντηθούν έχοντας ως εικόνα τις υπηρεσίες που ο κάθε ένας θεωρεί άριστες, και αναλόγως θα πρέπει να συμπληρωθούν με βάση τον βαθμό σημαντικότητας τους. (αξιολογείτε από 1 έως 5) Το νούμερο 1 αντιστοιχεί στο χαμηλότερο βαθμό αναγκαιότητας, αντίθετα το νούμερο 5 παρουσιάζει την μέγιστη σημαντικότητα.

2 στήλη κυκλώνετε για την παρούσα κατάσταση στην κλινική που βρίσκεστε. Στην ενότητα αυτή θα πρέπει να απαντηθούν οι ίδιες ερωτήσεις εφαρμοσμένες στην κλινική «Ελευθώ». Θα πρέπει να απαντηθούν με βάση τις εμπειρίες και τα αισθήματα που σας έχουν δημιουργηθεί από την νοσηλεία σας στην κλινική. Η διαδικασία είναι ακριβώς ίδια.

ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ 2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ		Διαφονό πολύ	Διαφονό	Ότε συμφωνώ Ότε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
		1	2	3	4	5
ΣΤΗΛΗ 1	ΣΤΗΛΗ 2					
<u>ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</u>	<u>ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>					
(Κυκλώστε ανάλογα, παρακάτω σε κάθε πρόταση της στήλης 1)	(Κυκλώστε ανάλογα, παρακάτω σε κάθε πρόταση της στήλης 2)					
<i>Απόδοση</i>						
Το κτίριο και οι εγκαταστάσεις της κλινικής θα πρέπει να είναι οπτικά ελκυστικές. 1 2 3 4 5	Το κτίριο και οι εγκαταστάσεις της κλινικής είναι οπτικά ελκυστικές. 1 2 3 4 5					
Η κλινική θα πρέπει να διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό. 1 2 3 4 5	Η κλινική διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό. 1 2 3 4 5					
Το προσωπικό θα πρέπει να έχει περιποιημένη εμφάνιση. 1 2 3 4 5	Το προσωπικό της κλινικής έχει περιποιημένη εμφάνιση. 1 2 3 4 5					
Θα πρέπει πάντα να υπάρχει διαθεσιμότητα των ιατρικών συσκευών. 1 2 3 4 5	Στην κλινική υπάρχει διαθεσιμότητα των ιατρικών συσκευών. 1 2 3 4 5					
<i>Ασφάλεια</i>						
Η στάση των εργαζόμενων θα πρέπει να είναι φιλόξενη. 1 2 3 4 5	Η στάση των εργαζόμενων της κλινικής είναι φιλόξενη. 1 2 3 4 5					
Η επικοινωνία με τους γιατρούς θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια. 1 2 3 4 5	Η επικοινωνία με τους γιατρούς εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια. 1 2 3 4 5					
Το προσωπικό θα πρέπει να δίνει την κατάλληλη προσοχή προς τις ασθενείς. 1 2 3 4 5	Το προσωπικό δίνει την κατάλληλη προσοχή προς τους ασθενείς. 1 2 3 4 5					
Οι γιατροί θα πρέπει να κατέχουν γνώσεις και εμπειρία. 1 2 3 4 5	Οι γιατροί κατέχουν γνώσεις και εμπειρία. 1 2 3 4 5					

ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ 2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΣΤΗΛΕΣ		Διαφονό πολύ	Διαφονό	Ότε συμφωνώ Ότε διαφωνώ	Σημφωνό	Συμφωνό πολύ
		1	2	3	4	5
ΣΤΗΛΗ 1 (συνέχεια) <u>ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ</u> (Κυκλώστε ανάλογα, παρακάτω σε κάθε πρόταση της στήλης αυτής)		ΣΤΗΛΗ 2 (συνέχεια) <u>ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u> (Κυκλώστε ανάλογα, παρακάτω σε κάθε πρόταση της στήλης αυτής)				
<i>Ενσυναίσθηση</i>						
Το προσωπικό θα πρέπει να είναι ευγενικό. 1 2 3 4 5		Το προσωπικό είναι ευγενικό. 1 2 3 4 5				
Θα πρέπει να υπάρχει ευκολία στην επικοινωνία με τις ασθενείς. 1 2 3 4 5		Υπάρχει ευκολία στην επικοινωνία με τους ασθενείς. 1 2 3 4 5				
Οι γιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στις ασθενείς. 1 2 3 4 5		Οι γιατροί γνωρίζουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στις ασθενείς. 1 2 3 4 5				
Οι γιατροί θα πρέπει να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών. 1 2 3 4 5		Οι γιατροί καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών. 1 2 3 4 5				
<i>Ανταπόκριση</i>						
Το προσωπικό θα πρέπει να παρέχει γρήγορα τις υπηρεσίες 1 2 3 4 5		Το προσωπικό παρέχει γρήγορα τις υπηρεσίες. 1 2 3 4 5				
Το προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνει τις ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες 1 2 3 4 5		Το προσωπικό ενημερώνει τις ασθενείς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες 1 2 3 4 5				
Το προσωπικό θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τις ασθενείς. 1 2 3 4 5		Το προσωπικό είναι πάντα πρόθυμο να βοηθήσει τις ασθενείς. 1 2 3 4 5				
Το προσωπικό θα πρέπει να ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι. 1 2 3 4 5		Το προσωπικό ανταποκρίνεται πάντα στα αιτήματα των ασθενών, όσο απασχολημένο και αν είναι. 1 2 3 4 5				
<i>Αξιοπιστία</i>						
Όταν η κλινική υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, θα πρέπει να το τηρεί. 1 2 3 4 5		Όταν η κλινική υπόσχεται να κάνει κάτι σε μια συγκεκριμένη στιγμή, το τηρεί. 1 2 3 4 5				
Όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κλινική θα πρέπει να δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυσή του. 1 2 3 4 5		Όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κλινική δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον για την επίλυσή του. 1 2 3 4 5				
Η κλινική θα πρέπει να παρέχει σωστές υπηρεσίες από την πρώτη φορά. 1 2 3 4 5		Η κλινική παρέχει σωστές υπηρεσίες από την πρώτη φορά 1 2 3 4 5				
Η κλινική θα πρέπει να διατηρεί σωστά οργανωμένα τα αρχεία της. 1 2 3 4 5		Η κλινική διατηρεί σωστά οργανωμένα τα αρχεία της. 1 2 3 4 5				

Ευχαριστώ πολύ!