



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

“Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων: Η περίπτωση του προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι” του Δήμου Κιλκίς”

Μπαγανά Ελπίδα

Επιβλέπων Καθηγητής

Κίτσιος Φώτιος

Ιούνιος, 2017

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*“Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με
βάση την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων: Η περίπτωση του προγράμματος
‘‘Βοήθεια στο Σπίτι’’ του Δήμου Κιλκίς”*

Μπαγανά Ελπίδα

Επιβλέπων Καθηγητής
Κίτσιος Φώτιος

Ιούνιος, 2017

Ευχαριστίες

“Με την ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους μου συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση της παρούσης διατριβής”

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
SUMMARY.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1.1 Γενικά	12
1.2. Καθορισμός του ερευνητικού προβλήματος	14
1.3 Σκοποί και στόχοι της έρευνας.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	18
2.1 Το περιεχόμενο και οι προκλήσεις της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.....	19
2.2 Η κατάσταση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης.....	20
2.3 Περιγραφή του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι».....	24
2.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.....	27
2.5. Έρευνες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ευπαθών κοινωνικών ομάδων.....	31
2.6. Έρευνες στην ποιότητα υγείας με βάση το ερωτηματολόγιο ServQual.....	36
2.7 Συμπεράσματα.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	49
3.1 Σκοπός και στόχοι.....	50
3.1.1 Σκοπός - Στόχοι της Έρευνας.....	50
3.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	50
3.2 Σχεδιασμός της μελέτης.....	53
3.2.1 Πληθυσμός	53
3.2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	53
3.2.3 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου	54
3.2.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα εργαλείου	56
3.2.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	57
3.2.6 Υπολογισμός μεγέθους του δείγματος	57
3.2.7 Στατιστική ανάλυση, επεξεργασία των δεδομένων και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων...59	
3.3 Ηθικές προεκτάσεις – Περιορισμοί της έρευνας.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	63
4.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος	64
4.2 Περιγραφική στατιστική	66
4.3 Ανάλυση της αξιοπιστίας των απαντήσεων	70
4.4 Συμπερασματολογική στατιστική	71
4.4.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών του ΒΣΣ όπως καταγράφεται στις πέντε ενότητες του ServQual	71
4.4.2 Διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τα δημογραφικά δεδομένα του ερωτηματολογίου	76
4.4.3 Συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών μετά την παροχή της με τη συνολική ικανοποίηση, την ηλικιακή ομάδα και το εισόδημα.	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	84
5.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος	85
5.2 Περιγραφική στατιστική	85
5.3 Ανάλυση της αξιοπιστίας των απαντήσεων	86
5.4 Συμπερασματολογική στατιστική	86
5.4.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών του ΒΣΣ όπως καταγράφεται στις πέντε ενότητες του ServQual	86
5.4.2 Διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τα δημογραφικά δεδομένα του ερωτηματολογίου	87
5.4.3 Συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών μετά την παροχή της με τη συνολική ικανοποίηση, την ηλικιακή ομάδα και το εισόδημα.	88
Συμπεράσματα – Μελλοντική Έρευνα	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ανάλυση SWOT για το πρόγραμμα ΒΣΣ	26
Πίνακας 2: Μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων.....	65
Πίνακας 3: Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ServQual Πριν την παροχή της υπηρεσίας	66
Πίνακας 4: Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ServQual Μετά την παροχή της υπηρεσίας	67
Πίνακας 5: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας των ερωτήσεων ανά ενότητα (Α-Ε) πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια στο σπίτι».....	70
Πίνακας 6: Κεντρική τάση απαντήσεων στις ερωτήσεις των πέντε ενοτήτων του ερωτηματολογίου ServQual, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ.....	71
Πίνακας 7: Διαφορές μέσω των όρων των απαντήσεων στις 22 ερωτήσεις, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ.....	73
Πίνακας 8: Μέση βαθμολογία ανά ενότητα (Α-Ε) πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ και συνολική αποτίμηση της υπηρεσίας (SQ)	74
Πίνακας 9: Οι πέντε υψηλότεροι και οι πέντε χαμηλότεροι μέσοι όροι, πριν τη παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	75
Πίνακας 10: Οι πέντε υψηλότεροι και οι πέντε χαμηλότεροι μέσοι όροι, μετά τη παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	75
Πίνακας 11. Σύγκριση ηλικιακών ομάδων, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	76
Πίνακας 12. Σύγκριση επιπέδου οικογενειακής κατάστασης, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	77
Πίνακας 13. Σύγκριση επιπέδων σπουδών, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	78

Πίνακας 14. Σύγκριση κλάσεων εισοδήματος, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ.....	79
Πίνακας 15. Σύγκριση των δύο φύλων, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	80
Πίνακας 16. Συσχέτιση της Συνολικής Ικανοποίησης από την υπηρεσία, με τη συνολική βαθμολογία για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της, μετά την παροχή των υπηρεσιών ΒΣΣ.....	82
Πίνακας 17. Συσχέτιση της Ηλικίας, με τη συνολική βαθμολογία για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της, μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ.....	82
Πίνακας 18. Συσχέτιση του Εισοδήματος, με τη συνολική βαθμολογία για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της, μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ	83

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Ο κύκλος της ποιότητας των υπηρεσιών.	28
Σχήμα 2: Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.....	64
Σχήμα 3: Μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων	65
Σχήμα 4: Συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα της υπηρεσίας.....	68
Σχήμα 5: Πιθανότητα να προταθεί η υπηρεσία σε κάποιον γνωστό των εξυπηρετούμενων	69
Σχήμα 6: Τι θεωρείται πιο σπουδαίο για τους ίδιους στην παροχή των υπηρεσιών	69

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η διόγκωση των δαπανών υγείας για την τρίτη ηλικία, εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, κάνει ακόμη επιτακτικότερη την ανάγκη βελτίωσης της αποδοτικότητας, των περιορισμένων οικονομικών πόρων, μέσα από την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών και ειδικότερα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.). Την ανάγκη αυτή, στις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται, έρχεται να καλύψει το πρόγραμμα Π.Φ.Υ «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο απευθύνεται σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως ηλικιωμένους, άτομα με ειδικές δεξιότητες, με νοητική στέρηση, οικονομικά άπορους κ.α.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, είναι να αποκαλύψει τα ποιοτικά κενά των προσφερόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του προγράμματος ΒΣΣ, μέσα από την κατάλληλη στατιστική ανάλυση των διαφορών που απαντώνται, μεταξύ προσφερόμενων και προσδοκώμενων υπηρεσιών και από τη μελέτη του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που απολαμβάνουν.

Δείγμα και μέθοδος: Προκειμένου να επιτευχθούν οι σκοποί της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο τύπου ServQual, το οποίο χορηγήθηκε σε 157 εξυπηρετούμενους με δειγματοληψία, μεταξύ Δεκέμβριου 2016 και Μάρτιου 2017, ενώ η κωδικοποίηση των απαντήσεων στηρίχτηκε στην πενταβάθμια κλίμακα Likert. Η στατιστική ανάλυση που ακολούθησε περιελάμβανε μεθόδους περιγραφικής στατιστικής, ανάλυσης της αξιοπιστίας των απαντήσεων και συμπερασματολογική στατιστική έτσι να ώστε να καταδειχθεί η ποιότητα του προγράμματος γενικά, αλλά και ειδικότερα, συγκεκριμένων τομέων όπως η Αξιοπιστία, η Ανταπόκριση, η Ασφάλεια, η Συναισθηματική Κατανόηση και η Απτότητα της υπηρεσίας.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός των εξυπηρετούμενων, ως επί το πλείστον, ανήκει στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Οι απαντήσεις τους κρίθηκαν ότι έχουν ικανοποιητική αξιοπιστία, διαφάνηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων από την υπηρεσία αλλά τελικώς, τα άτομα αισθάνονται ικανοποιημένα από την ποιότητα του προγράμματος, ενώ το επίπεδο της ικανοποίησης τους, συνδέεται με δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

Συμπεράσματα: Η ποιότητα του προγράμματος είναι καλύτερη από τις προσδοκίες τις οποίες είχαν οι εξυπηρετούμενοι, ενώ κενά στην ποιότητα της υπηρεσίας, όπως την αντιλαμβάνονται οι εξυπηρετούμενοι, εντοπίζονται μόνο σε ότι αφορά την απτότητα.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Βοήθεια στο Σπίτι, Ικανοποίηση εξυπηρετούμενων, ServQual

SUMMARY

Background: The rise in health expenses for the elderly, due to the population ageing, in times of economic crisis, makes urgent the need of improving the efficiency of the limited economic resources through the qualitative upgrade of services and particular the primary Health care services (P.H.S.). This need, in the new conditions that are shaped is covered through the "Home Help" program for vulnerable social groups such as the elderly, the disabled, the mentally deprived, the poor, and so on.

Aim: The purpose of this master dissertation is to reveal the quality gaps in the offered services through an appropriate statistical analysis of the differences that exist between offered and expected services and by studying the degree of satisfaction from the service that its users they enjoy.

Methods: In order to achieve the purposes of the study, a ServQual type questionnaire was used, which was given to 157 people between December 2016 and March 2017 following a sampling method based on the perceptivity of the under study participants, while the responses coding was based on a five-step Likert scale. Continuously, the statistical analysis that followed included methods such as descriptive statistics, responses reliability checking, and inference statistics so as to derive the quality of the program in general but also in specific quality dimensions such as Reliability, Responsiveness, Assurance, Tangibles and Empathy.

Results: Most of the serviced population it belongs to vulnerable social groups. Their responses were judged to be of satisfactory reliability while statistically significant differences between expectations and perceptions of the service were revealed. Finally, people feel satisfied with the quality of the program, while the level of satisfaction is linked to demographic and socio-economic characteristics.

Conclusions: The quality of the program is better than the expectations of the elder people which benefit from this program, while gaps in the quality of the service, as perceived by the programme beneficiaries, are only identified in terms of Tangibles.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Quality, Home Help, Patient Satisfaction, ServQual

Κεφάλαιο Πρώτο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Γενικά

Με βάση τη διακήρυξη της Alma-Ata (1978), η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασικό γράναζι του συστήματος υγείας και θα πρέπει να είναι προσιτή τόσο σε μεμονωμένα άτομα όσο και σε οικογένειες μιας κοινωνίας, όμως στο κόστος το οποίο είναι δυνατό να επωμιστεί μια χώρα, στο πνεύμα της στήριξης και της αλληλοβοήθειας. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) περιλαμβάνουν σχετικές υπηρεσίες, για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Με βάση το νόμο, στις Δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εργάζονται ιατροί, οδοντίατροι, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Π.Φ.Υ. στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία (Ν.4238/2014).

Τα τελευταία χρόνια και έπειτα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται ολοένα και περισσότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες. Ειδικότερα, η Δημογραφική Γήρανση στην Ευρωπαϊκή Ένωση έχει δυο πτυχές που αφορούν τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής. Από το 1970, το προσδόκιμο επιβίωσης από τη γέννηση, αυξήθηκε κατά 5,5 χρόνια για τις γυναίκες και σχεδόν κατά 5 χρόνια για τους άνδρες, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμό με το μερίδιο των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών να αυξάνεται από 16,1% το 2000, σε 22 % το 2025 και σε 27,5% το 2050 (COM 723, 2001). Οι προβλέψεις για το μέλλον καταδεικνύουν, διπλασιασμό των ατόμων άνω των 65 ως το 2050 και περίπου τριπλασιασμό των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών, ως το 2050 (EPSCO/ECOFIN, 2003).

Οι συνέπειες της Δημογραφικής Γήρανσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με τη διόγκωση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και τη συνεχή αύξηση του προσδόκιμου ζωής τα τελευταία πενήντα έτη, έχει επιφέρει σημαντικότερη αύξηση των δαπανών υγείας που αφορούν τους ηλικιωμένους (EPSCO/ECOFIN, 2003), η οποία σχετίζεται με τις περισσότερες ημέρες νοσηλείας, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ασθενούν πιο συχνά και ότι χρειάζονται ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων καθώς μεγαλώνουν. Επίσης, στην Ελλάδα, ο δείκτης γήρανσης αυξάνεται συνεχώς, από το ξεκίνημα της οικονομικής κρίσης, ενώ ο αριθμός των γεννήσεων μειώνεται αντίστροφα (ΕΛΣΤΑΤ, 2013; ΕΛΣΤΑΤ, 2017), με αποτέλεσμα το δημογραφικό να αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για τη χώρα μας, σαφώς μεγαλύτερη από την υπάρχουσα οικονομική κρίση.

Τα προηγούμενα χρόνια, για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, η Ελλάδα βασίστηκε σε ένα αυστηρό σύστημα οικογένειας, στο οποίο τα άτομα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων έπαιρναν υποστήριξη

και φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας τους με τα οποία συγκατοικούσαν. Σήμερα, ο αριθμός των μελών της οικογένειας που είναι διαθέσιμα να παρέχουν φροντίδα συνεχώς ελαττώνεται και ο θεσμός της γειτονιάς έχει εξασθενήσει. Επίσης, τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των πιο περιορισμένων και ασταθών οικογενειακών δομών, με συνέπεια να κατακερματίζονται τα οικογενειακά δίκτυα αλληλεγγύης και να δυσκολεύει η παροχή φροντίδας και η φύλαξη των ηλικιωμένων στο οικογενειακό περιβάλλον (COM 723, 2001).

Την ανάγκη αυτή για εναλλακτική προσέγγιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο είναι το μοναδικό πρόγραμμα ΠΦΥ το οποίο παρέχει κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Απευθύνεται σε ηλικιωμένα κυρίως άτομα, άτομα που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, που διαβιώνουν μόνα τους, άτομα με ειδικές δεξιότητες, με νοητική στέρηση και τέλος οικονομικά άπορους. Στόχο έχει την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης των εξυπηρετούμενων, την παράταση και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αποφεύγοντας την ιδρυματοποίηση, περιορίζοντας όσο είναι δυνατό το μαρασμό και την περιθωριοποίηση τους, ενώ το προσωπικό που απασχολείται στα προγράμματα αυτά είναι συνήθως ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες και οικογενειακοί βοηθοί, ενίοτε ιατροί και φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές.

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες της οικονομικής κρίσης, η οποία οδηγεί σε περιστολή των δαπανών υγείας, η Ελλάδα παρουσίασε μέση ετήσια μείωση των δαπανών υγείας την περίοδο 2009-2011, σε ποσοστό -11,08% (Καραγιάννη, 2014). Σε συνδυασμό με τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, προκύπτει ένα εκρηκτικό μίγμα το οποίο με βάση τα διεθνή στοιχεία επηρεάζει δυσανάλογα ομάδες χαμηλού εισοδήματος, ηλικιωμένους και τους πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις οι οποίοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κρίση (WHO, 2012). Συνεπώς, προκύπτει η ανάγκη μεταρρυθμίσεων, οι οποίες και θα βελτιώνουν την αποδοτικότητα των υπηρεσιών, με βάση τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία. Τέτοιου είδους πεδίο μεταρρυθμίσεων, σε συνθήκες περιστολής κρατικών δαπανών, αποτελεί η αναβάθμιση της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών η οποία θα οδηγήσει σε καλύτερες υπηρεσίες με μικρότερες δαπάνες. Ως εκ τούτου, είναι πρωταρχικής σημασίας, να αναγνωριστούν τα ποιοτικά κενά που υπάρχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας για να μελετηθούν έτσι ώστε να σχεδιαστεί η βέλτιστη λύση κατά περίπτωση και να εξοικονομηθούν πολύτιμοι πόροι.

Με βάση τη βιβλιογραφία, ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις του χρήστη (Crosby, 1979), ενώ η διανοητική ή συναισθηματική αντίδραση του καταναλωτή που εκδηλώνεται αμέσως μετά την επαφή του με το φορέα παροχής υπηρεσιών ή μετά από μακροπρόθεσμη σχέση με αυτόν ορίζεται ως ικανοποίηση πελατών (Parasuraman et al, 1985). Επιπρόσθετα, ποιότητα

υπηρεσιών υγείας ορίζεται κατά τον Nelson (1996) ως ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία, βάσει της υπάρχουσας τεχνογνωσίας και κατά τον Donabedian (1988) είναι η ύπαρξη σωστών δομών, καλών διαδικασιών και κατάλληλων αποτελεσμάτων. Τέλος, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών σχετίζεται με την κερδοφορία και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Zeithaml and Bitner, 2000), ενώ η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αποτυπωθεί ως, η διαφορά μεταξύ προσδοκιών ασθενούς πριν την παροχή της υπηρεσίας και των αντιλήψεων του μετά την παροχή της υπηρεσίας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015)

1.2. Καθορισμός του ερευνητικού προβλήματος

Με βάση τη βιβλιογραφία, διαπιστώνουμε ότι, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες τα τελευταία χρόνια στο χώρο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, αποκαλύπτοντας τα κενά στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, οι Gal and Doron (2007) υπέθεσαν ότι τα παράπονα που εκφράζουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας, σχετίζονται με δημογραφικές παραμέτρους. Οι Dias et al (2011) υπέθεσαν ότι, οι μετανάστες στην Πορτογαλία δεν αναζητούν την κατάλληλη φροντίδα υγείας στο εθνικό σύστημα υγείας και αυτό σχετίζεται με δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι Aguilar-Palacio et al. (2012) υπέθεσαν ότι, υπάρχει σχέση μεταξύ των ευπαθών πληθυσμών και του επιπέδου υγείας σε μια γειτονία της Σαραγόσα. Οι Bergh et al. (2007) υπέθεσαν ότι οι συχνά επισκεπτόμενοι το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας στη Σουηδία έχουν περισσότερες πιθανότητες να αρρωστήσουν είτε να πάρουν σύνταξη αναπηρίας, σε σχέση με τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το πρωτοβάθμια σύστημα υγείας με φυσιολογικούς ρυθμούς. Ο McMillan et al. (2016) διερεύνησαν τις απόψεις επιστημόνων στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας, οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες υγείας σε άτομα με κινητικά προβλήματα, προκειμένου να διαπιστώσουν προβλήματα και κενά στη θεραπεία. Οι Rhodes et al. (2003) υπέθεσαν ότι υπήρχαν διαφορές και κοινωνικές ανισότητες στους ασθενείς με διαβήτη, οι οποίοι κατάγονται από το Μπαγκαλντές, σε σχέση με τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες. Οι Lahana et al (2010) υπέθεσαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της εθνικότητας, του τόπου κατοικίας, του κοινωνικοοικονομικού στάτους με την ποιότητα υγείας. Οι Miasso et al (2017) υπέθεσαν ότι η ποιότητα ζωής στη Βραζιλία σχετίζεται με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, με ψυχικές διαταραχές και με τη χρήση παραισθησιογόνων ουσιών. Οι Wieland et al. (2012) υπέθεσαν ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των διαβητικών ασθενών που προέρχονται από τη Σομαλία και άλλων προσφύγων σε σχέση με άλλους διαβητικούς ασθενείς. Ο Σταυροπουλος (2009) μελετήσε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενός δημόσιου νοσοκομείου.

Τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στις προαναφερθέντες έρευνες αφορούσαν άλλοτε την ανάλυση των συνεντεύξεων του υγειονομικού προσωπικού McMillan et al. (2016) και άλλοτε ήταν μέσα από τηλεφωνική έρευνα στους ασθενείς (GAL and DORON, 2007). Ακόμη, μέσα από διανομή ερωτηματολογίων, τα οποία όμως δεν ακολουθούσαν κάποια συγκεκριμένη προδιαγραφή, και ανάλυση παλινδρόμησης logistic regression ή πολλαπλής παλινδρόμησης (Lahana et al, 2010, Aguilar-Palacio et al., 2012, Σταυροπουλος,2009, Dias et al,2011), ή με απλή στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων (Rhodes et al.,2003). Επίσης, χρησιμοποιώντας εξειδικευμένα ερωτηματολόγια και στατιστικές συσχετίσεις (Miasso et al, 2017) και συγκρίνοντας στατιστικά δυο ομάδες, χρησιμοποιώντας το στατιστικό χ^2 Pearson (Wieland et al., 2012).

Ωστόσο, αν και όπως καταδείχθηκε με βάση τα προαναφερθέντα υπάρχουν αρκετές έρευνες σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καμιά δεν δύναται να καταδείξει τα κενά σε ένα πρόγραμμα ανάλογο του ΒΣΣ, βελτιώνοντας την ποιότητα των υπηρεσιών του, βάση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η έλλειψη πληροφοριών, λοιπόν, αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αντίληψη της ποιότητας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων και του τρόπου βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας στο συγκεκριμένο πληθυσμό, δημιούργησε την ανάγκη μελέτης του συγκεκριμένου προβλήματος μέσω της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής, λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι η συντήξασα της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής, εργάζεται ως επιστημονικά υπεύθυνη στη συγκεκριμένη υπηρεσία εδώ και 12 έτη περίπου, γεγονός που διευκόλυνε στην καλύτερη και ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος

1.3 Σκοποί και στόχοι της έρευνας

Χρησιμοποιώντας το διεθνώς αναγνωρισμένο τεστ ServQual (Curry A., Sinclair E., 2002, Büyüközkan et al., 2011, Papanikolaou and Zygiaris 2012, Purcarea et al., 2013) για πρώτη φορά στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος ΒΣΣ, οι οποίοι απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του προγράμματος αναμένεται, να απαιτηθούν σημαντικά ερωτήματα σχετικά με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά, ώστε να αποκαλυφθούν τυχόν κενά, τα οποία θα ήταν αδύνατο να αναγνωριστούν διαφορετικά, παρά μόνο μέσα από την οπτική των εξυπηρετούμενων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βασίζεται στη μέθοδο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών SERVQUAL (Parasuraman et al, 1988), ενώ έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Το SERVQUAL βασίζεται στο αποτέλεσμα της διαφοράς μεταξύ της προσδοκίας του χρήστη πριν την παροχή της υπηρεσίας και τις αντιλήψεις του μετά από την παροχή της υπηρεσίας, εντοπίζοντας με αυτόν τον τρόπο τα κενά (gaps). Απαντά σε σημαντικά

ερωτήματα ως προς την ποιότητα, μέσα από πέντε βασικές διαστάσεις προσδιορισμού της : α) Αξιοπιστία β) Ανταπόκριση γ) Διασφάλιση δ) Συναισθηματική Κατανόηση ε) Απτότητα.

Η Αξιοπιστία, αφορά την ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί την υπηρεσία που έχει συμφωνηθεί αξιόπιστα, με ακρίβεια και χωρίς χρονικές καθυστερήσεις, η Ανταπόκριση, αντανακλά την επιθυμία του προσωπικού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των χρηστών, η Ασφάλεια, αντικατοπτρίζει την εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό με βάση τις γνώσεις, τις εμπειρίες, την εκπαίδευση και τις ικανότητες του. Η Συναισθηματική Κατανόηση, σχετίζεται με την εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και η Απτότητα, περιλαμβάνει θέματα όπως πάγιος εξοπλισμός, διατιθέμενοι χώροι, υποδομές, εικόνα προσωπικού κ.ά. (Κέφης, 2005)

Ο βασικός στόχος της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής είναι να αποκαλύψει εάν η ποιότητα των υπηρεσιών στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων του. Επίσης, θα καταδειχθεί ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται οι πέντε διαστάσεις της ποιότητας, με την συνολική ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων, ενώ επιπρόσθετα, θα διερευνηθεί κατά πόσο οι πεποιθήσεις τους διέφεραν με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή τους κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, και την οικονομική τους κατάσταση (Papanikolaou and Sotiris 2012, Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015). Η αναγνώριση των συγκεκριμένων κενών είναι σημαντική, δεδομένου ότι δεν έχει υπάρξει παρόμοια έρευνα κατά το παρελθόν, αλλά και προκειμένου να ληφθούν τα κατάλληλα διαχειριστικά μέτρα τα οποία θα εξαλείψουν αυτά τα κενά και θα βοηθήσουν στη σημαντική βελτίωση παρεμφερών υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, στο κεφάλαιο 3 'Μεθοδολογία', της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής, γίνεται λεπτομερής ανάλυση του σκοπού και των στόχων, της βασικής ερευνητικής υπόθεσης, των συμπληρωματικών ερευνητικών ερωτημάτων και των επιπρόσθετων υποθέσεων εργασίας.

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του SERVQUAL είναι η αποκάλυψη των συγκεκριμένων τομέων (Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Ασφάλεια, Συναισθηματική κατανόηση, Απτότητα) όπου υπάρχουν κενά μεταξύ των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι ωφελούμενοι και αυτών που προσδοκούσαν, αλλά και η αποτίμηση της συνολικής ποιότητας του προγράμματος. Ειδικότερα, μέσα από την έρευνα αναμένεται να προσδιοριστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ωφελούμενων, να αποκαλυφθεί σε ποιες από τις 22 ερωτήσεις του ServQual εντοπίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας, να αποκαλυφθεί σε ποιες από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας του ServQual υπάρχουν κενά, εάν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την ποιότητα της υπηρεσίας οι εξυπηρετούμενοι, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση, την οικονομική τους κατάσταση (Papanikolaou and Sotiris 2012,

Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015) και τέλος αναμένονται να προκύψουν συγκεκριμένες εισηγήσεις από την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, οι οποίες θα οδηγήσουν στην ποιοτική βελτίωση του προγράμματος ΒΣΣ εφόσον ακολουθηθούν.

Στα επόμενα κεφάλαια, αρχικά, παρουσιάζεται η Βιβλιογραφική ανασκόπηση (Κεφάλαιο 2) που αφορά την εμπειριστατωμένη ανάλυση των σχετικών ερευνών και ακολουθεί η Μεθοδολογία (Κεφάλαιο 3) στην οποία παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της διατριβής, ο σχεδιασμός της μελέτης καθώς και οι ηθικές προεκτάσεις – περιορισμοί της έρευνας. Εν συνεχεία, παρουσιάζονται τα κύρια Αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν (Κεφάλαιο 4), ενώ στο Κεφάλαιο 5 (Συζήτηση) πραγματοποιείται η απαραίτητη συζήτηση των αποτελεσμάτων. Τέλος, παρουσιάζονται τα κύρια συμπεράσματα από την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής και διατυπώνονται προτάσεις μελλοντικής έρευνας.

Κεφάλαιο Δεύτερο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο, αρχικά, παρουσιάζεται γενικά το περιεχόμενο και οι προκλήσεις της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Ακολουθεί η περιγραφή της κατάστασης της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα αλλά και του προγράμματος ΒΣΣ, κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Εν συνεχεία, συζητώνται θέματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, ενώ έπεται, λεπτομερής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία αφορά έρευνες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ευπαθών κοινωνικών ομάδων και έρευνες στην ποιότητα της υγείας με βάση το ερωτηματολόγιο ServQual. Τέλος, ανακεφαλαιώνονται τα κυριότερα συμπεράσματα τα οποία προέκυψαν από το κεφάλαιο ανασκόπησης της βιβλιογραφίας.

2.1 Το περιεχόμενο και οι προκλήσεις της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα

Η διαμόρφωση μιας Εθνικής Πολιτικής Υγείας περιλαμβάνει τρία αλληλένδετα μέρη (CMT Προοπτική, 2008):

- α) Την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των παραγόντων που την καθορίζουν
- β) Τη διαμόρφωση εθνικών στόχων για την υγεία του πληθυσμού
- γ) Την ανάπτυξη πολιτικών εξυπηρέτησης των εθνικών στόχων και διαχείρισης των επιμέρους προβλημάτων υγείας.

Το Δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδος αποτελείται από τους ακόλουθους φορείς:

α) Τέσσερις Κεντρικές Υπηρεσίες (η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τους Εθνικούς Οργανισμούς που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας)

β) Έξι Υγειονομικές Περιφέρειες, σε κάθε μια από τις οποίες υπάρχει και αντίστοιχο περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

γ) Νομαρχιακές Υπηρεσίες Υγείας, ενώ υπάρχουν αρμοδιότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που αφορούν στη Δημόσια Υγεία

δ) Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας όπως το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Αναφοράς, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.), Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών

«Δημόκριτος», Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ.), Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Με βάση το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία(2008-2012) διαπιστώνεται:

- Η Πρόληψη Λοιμωδών Νοσημάτων μέσω των Εμβολιασμών. Η κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού κυμαινόταν, κατά τα έτη 2000 – 2001, στο επίπεδο 86-88% για κάθε ένα από τα εμβόλια της βασικής σειράς του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού
- Η Διερεύνηση Επιδημιών, από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, το οποίο διατηρεί τηλεφωνική γραμμή 24ωρης ετοιμότητας και διαθέτει τη δυνατότητα οργάνωσης ομάδας Επιδημιολογικής Παρέμβασης
- Η Απουσία οποιουδήποτε Εθνικού Προγράμματος δράσης, μέχρι το 2008, είτε για τον περιορισμό του καπνίσματος, είτε για οποιονδήποτε άλλον καθοριστικό παράγοντα της υγείας (διατροφή, αλκοόλ, σωματική άσκηση, παχυσαρκία κ.λπ.)
- Η Αδράνεια των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, μέχρι το 2008, προκειμένου να Υλοποιηθεί ένα ολοκληρωμένο και συστηματικό Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την πρόληψη των ατυχημάτων ή τη στοματική υγιεινή
- Η Απουσία υλοποίησης οποιουδήποτε προγράμματος screening, μέσω οποιασδήποτε Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας, όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων
- Η Ανυπαρξία αντίστοιχων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, Περιφερειακών Υπηρεσιών και ότι η οργάνωση μηχανισμών ταχείας αντίδρασης Επιδημιολογικής Παρέμβασης, αφορά μόνο την κεντρική υπηρεσία

2.2 Η κατάσταση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Συγκρίνοντας τα δελτία, σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα, μεταξύ 3/2013 (ΕΛΣΤΑΤ, 2013) και 3/2017 (ΕΛΣΤΑΤ, 2017), διαπιστώνουμε ότι:

- Ο δείκτης γήρανσης από το 113.6, το 2001, αυξάνεται συνεχώς φτάνοντας το 135.4, το 2011 και το 145.5, το 2015
- Αν και, ο δείκτης παιδικής θνησιμότητας μειωνόταν συνεχώς, μεταξύ 2001 και 2012, από το 5.4 στο 2.9 αντίστοιχα, την τελευταία τριετία παρουσιάζει συνεχόμενη αύξηση και είναι πλέον στο 4 (όσος ήταν δηλαδή και το 2003)

- Αν και τα προσδοκώμενα έτη ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξάνουν, τα προσδοκώμενα έτη υγιούς ζωής, μειώνονται συνεχώς
- Ο αριθμός των γεννήσεων, ενώ αυξανόταν συνεχώς έως περίπου την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οπότε και ξεπέρασαν της 118.000, το 2015 ο αριθμός των γεννήσεων δεν ξεπέρασε τις 92.000. Επίσης, ο αριθμός των θανάτων, αυξάνεται συνεχώς από το 2004, ενώ διαπιστώνεται ότι ο πληθυσμός της χώρας μεταξύ 2012-2015, μειώθηκε κατά 84.000 περίπου
- Με την έναρξη της οικονομικής κρίσης και μεταξύ 2008 και 2015, το ποσοστό των ανέργων έχει εκτοξευθεί, από 387.900 σε 1.197.000, δηλαδή αύξηση 208%
- Ο πληθυσμός που διαμένει σε νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο, έχει σημειώσει σημαντική αύξηση
- Κατά το 2015, ο πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό, ανέρχονταν σε ποσοστό 35.7% και αποτελούσε το μεγαλύτερο ποσοστό στην Ευρωζώνη, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, υψηλότερα ποσοστά παρουσίαζαν μόνο η Βουλγαρία και η Ρουμανία, 41.3 και 37.4 αντίστοιχα.
- Αν και ο αριθμός των ιατρών ανά 100 κατοίκους αυξάνονταν σταθερά μεταξύ 2004-2015, η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού χειροτέρευε, ενώ τα χρόνια προβλήματα υγείας αυξήθηκαν

Σύμφωνα με τη μελέτη του ΟΟΣΑ (OECD, 2015), διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα:

- κατέχει τη θλιβερή πρωτιά σε ποσοστό καπνιστών, οι οποίοι αντιστοιχούν στο 39% του πληθυσμού, ενώ σε σχέση με το 2000, έχει υποχωρήσει η κατανάλωση αλκοόλ.
- το 40% των ενηλίκων εξακολουθεί να καπνίζει σε καθημερινή βάση (OECD, 2010)
- ο αριθμός των θανάτων από καρδιαγγειακά επεισόδια στη χώρα μας, ανέρχεται σε 106/100.000 και αποτελεί τον τρίτο υψηλότερο δείκτη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, μιας και υπολείπαστε μόνο έναντι της Σλοβακίας και της Ουγγαρίας
- ανήκει στο 33% των χωρών του ΟΟΣΑ οι οποίες εμφανίζουν αυξημένη θνησιμότητα εξαιτίας καρδιαγγειακών παθήσεων
- το ποσοστό των ατόμων με κάποιας μορφής καρκίνου, μας κατατάσσει στη 2η καλύτερη σειρά μετά το Μεξικό, ενώ στην Ελλάδα εμφανίζεται το μικρότερο ποσοστό καρκίνου του προστάτη
- αν και έχει το υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρων παιδιών, ξεπερνώντας χώρες όπως η Η.Π.Α. και η Βρετανία, κατέχει τη 2η θέση σε γεννήσεις παιδιών με βάρος λιγότερο από 2.5kg.
- σε ότι αφορά τους εμβολιασμούς, καταγράφει πολύ καλά ποσοστά

- στην κατανάλωση φρούτων, είναι στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ και θεωρείται μικρή
- σε σχέση με τον αριθμό των θανάτων από αυτοκινητιστικά ατυχήματα, έρχεται 5^η, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ
- αν και κατέχει το δεύτερο μικρότερο ποσοστό αυτοκτονιών, μιας και μόνο η Τουρκία εμφανίζει μικρότερα ποσοστά, μετά το 2011, υπάρχει σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών
- στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με το διαθέσιμο εισόδημα, είναι στα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.
- οι φαρμακευτικές δαπάνες, αν και έχουν περάσει επτά χρόνια κρίσης, α) ως προς το κατά κεφαλήν εισόδημα αλλά και β) ως προς το ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος, κατατάσσεται στην 3η και την 1η θέση αντίστοιχα, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και φυσικά, πολύ μακριά από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.
- έχει πάρα πολύ μικρό το ποσοστό σε κατανάλωση γεννόσημων φαρμάκων, αφού μόνο η Ιταλία, η Ελβετία και το Λουξεμβούργο εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό γεννοσήμων
- σε αναλογία μεταξύ Νοσοκόμων/Ιατρών, κατατάσσεται στην τελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ, το ποσοστό ιδιωτικής ασφάλισης είναι στα χαμηλότερα των χωρών του ΟΟΣΑ, αν και σημαντικό ποσοστό χρημάτων από τον οικογενειακό προϋπολογισμό διατίθενται για ιατρικές δαπάνες. Επίσης, η Ελλάδα έρχεται δεύτερη σε αριθμό συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών φάρμακων
- διαθέτει το μικρότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, μετά την Τουρκία, και ακολουθούν η Βουλγαρία και η Κύπρος, με λιγότερους από 5 ανά 1000 κατοίκους
- διαθέτει χαμηλή προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας, ενώ για την ποιότητα της υγείας δεν υπάρχουν δεδομένα.

Με βάση τη μελέτη των δεικτών του OECD (2015β) διαπιστώνουμε ότι:

- Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, έχει χαθεί η κάλυψη υγείας στους άνεργους και στους αυτοπασχολούμενους στην Ελλάδα
- Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, στα χρόνια της κρίσης, έχουν αυξηθεί ενώ οι δημόσιες δαπάνες έχουν μειωθεί
- Το ποσοστό των καπνιστών στη χώρα μας, τονίζεται ότι θα πρέπει να μειωθεί

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν από 5.4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2010, σε 4.4 δισεκατομμύρια το 2011, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία (τουλάχιστον 24% το 2010, σε σύγκριση με το 2009) και αύξηση 9% του μέσου μηνιαίου αριθμού νοσηλευθέντων, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση 22% της κίνησης στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νούλας, 2014). Υπάρχει σαφή

μείωση των συνολικών δαπανών υγείας σε ότι αφορά την πλευρά της γενικής κυβέρνησης και των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στα χρόνια των μνημονίων (Καραγιάννη, 2014).

Σχετικά με το αυτοαναφερόμενο επίπεδο της διαβίωσης των ατόμων στην Ελλάδα, με βάση το ευρωβαρόμετρο (Eurobarometer, 2014) προκύπτει ότι- από το ξεκίνημα της κρίσης, έχει μειωθεί κατά 13%, ενώ μόνο το 10% των Ελλήνων θεωρούν ότι το σύστημα υγείας της χώρας προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.

Η μείωση των δαπανών υγείας, με βάση τα διεθνή στοιχεία, επηρεάζει δυσανάλογα ομάδες χαμηλού εισοδήματος και τους πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κρίση (WHO, 2012). Όπως επισημαίνουν οι Economou et al., (2011) και Madianos et al., (2011), η ψυχική υγεία χειροτέρευσε σημαντικά στα χρόνια της κρίσης ενώ η Μπαγανά (2007) κατέδειξε τη στενή συσχέτιση μεταξύ μείωσης της ποιότητας ζωής, της αύξησης της ανεργίας και των φαινομένων κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών από 377 το 2010, σε 533 το 2013, ενώ και το αυτοαναφερόμενο επίπεδο κατάθλιψης έχει αυξηθεί από το 3,3% το 2008, στο 12,3% το 2013. Το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη, είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερο των ανδρών (Διανόησης, 2016). Επιπρόσθετα, ο Kentikelenis et al., (2011) σε έρευνα του διαπίστωσε, σημαντική αύξηση του αριθμού των πολιτών οι οποίοι χρειάζονται υπηρεσίες υγείας αλλά δεν έχουν πρόσβαση.

Τελικά, όταν η βραχυπρόθεσμη κατάσταση είναι τέτοια που οι κυβερνήσεις αναγκάζονται να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, η πολιτική έμφαση πρέπει να δίδεται στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων στην απόδοση του συστήματος υγείας μέσω της διευκόλυνσης των μεταρρυθμίσεων, οι οποίες βελτιώνουν την αποδοτικότητα των διαθέσιμων πόρων για την υγεία (WHO, 2012). Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, είναι σημαντικό για τη βιωσιμότητα του δημόσιου συστήματος υγείας, η εξασφάλιση της ικανοποίησης των πελατών με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο η οποία περνάει μέσα από τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Papanikolaou and Zygariis, 2012)

2.3 Περιγραφή του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι»

Η αλλαγή της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού, οι δημογραφικές τάσεις αλλά και μια σειρά άλλων παραμέτρων της σύγχρονης κοινωνικής πραγματικότητας (αναπηρίες από καρδιαγγειακά νοσήματα, ατυχήματα αλλά και ψυχικές παθήσεις), αύξησαν την ανάγκη για εναλλακτική προσέγγιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την παροχή μεγαλύτερης κοινωνικής υποστήριξης προς τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Την ανάγκη αυτή, στις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται, έρχεται να καλύψει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Στις αρχές του 2001, δημιουργήθηκαν οι μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» (ΒΣΣ), για την περίθαλψη των ηλικιωμένων κυρίως ατόμων που χρήζουν βοήθειας, όπου η φροντίδα των υπηρεσιών θα παρέχονταν κατ' οίκων, και οι οποίες συγχρηματοδοτούνταν από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και Εθνικούς Πόρους (Οδηγός Εφαρμογής ΒΣΣ, 2001). Έτσι, σταδιακά, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και κυρίως οι δήμοι της χώρας, σε συνεργασία με τις εκάστοτε Δημοτικές Επιχειρήσεις (φορείς υλοποίησης), αναγνωρίζοντας τη χρησιμότητα του έθεσαν σε εφαρμογή τις συγκεκριμένες δομές στην περιοχή τους.

Πρόκειται για μια σύγχρονη δομή Κοινωνικής Μέριμνας στην Ελλάδα, στην Ευρώπη, αλλά και Παγκόσμια. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θα μπορούσε να αποτελεί την κινητή μονάδα του ΚΑΠΗ, αφού παρέχει υπηρεσίες από εξειδικευμένο προσωπικό για εξειδικευμένη ομάδα ατόμων. Απευθύνεται σε ηλικιωμένα κυρίως άτομα, άτομα που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, που διαβιούν μόνα τους, άτομα με ειδικές δεξιότητες, με νοητική στέρηση και τέλος οικονομικά άπορους. Το προσωπικό που απασχολείται στα προγράμματα αυτά είναι ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί.

Η συνεργασία κάθε φορά ξεκινάει με την καταγραφή της κατάστασης του ατόμου και των αναγκών του από τον υπεύθυνο συντονιστή του προγράμματος, ο οποίος ηθίστε να είναι ο κοινωνικός επιστήμονας. Έπειτα από επιτόπια έρευνα, προσδιορίζονται οι ανάγκες του, καθορίζεται το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας, το χρονικό διάστημα αυτής και η συχνότητα των επισκέψεων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι: ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη, πληροφορίες για τις υπηρεσίες και διασύνδεση τους, νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκων, συνοδεία στο νοσοκομείο και συνεργασία με ιατρούς, συνταγογραφηση, βοήθεια σε ατομική υγιεινή, οικιακή βοηθητική φροντίδα, συντροφιά, εξοφλήσεις λογαριασμών, αγορά τροφίμων, φαρμάκων κλπ. Φορείς παραπομπής των περιστατικών μπορεί να είναι τα ΚΑΠΗ, η γειτονία, η οικογένεια, το νοσοκομείο, κλπ.

Απώτερος σκοπός του «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων στο φυσικό-κοινωνικό τους περιβάλλον, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης, παρατείνοντας τη διάρκεια και ποιότητα ζωής τους, αποφεύγοντας την ιδρυματοποίηση τους και περιορίζοντας όσο είναι δυνατό το μαρασμό και την περιθωριοποίηση τους. Το άτομο μένοντας στο σπίτι του απολαμβάνει την αυτονομία του και την ανεξαρτησία του. Κάτι που για πολλούς από αυτούς αποτελεί αναγκαίο γεγονός ζωής. Καλύπτει βασικές ανάγκες τους και η τοπική κοινωνία αποκτά ολοένα και περισσότερο συνείδηση της χρησιμότητας του.

Σήμερα τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», τα οποία επρόκειτο να καταδείξει η παρούσα έρευνα, δείχνουν να είναι ικανοποιητικά. Η εμπέλεια και η αποδοχή του κοινωνικού έργου που επιτελείται από τις μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» σε όλη την Ελλάδα επιβεβαιώνει τις προσπάθειες των Λειτουργών και των Υπευθύνων. Έχει ευαισθητοποιήσει την ελληνική κοινωνία, τους θεσμούς και τους φορείς, κυρίως της Τοπικής Αυτοδιοίκησης έτσι ώστε, πλέον, η παροχή των υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης και πρόνοιας του «Βοήθεια στο Σπίτι» να αποτελεί πολιτιστικό κεκτημένο της ελληνικής κοινωνίας.

Το Πανελλήνιο συντονιστικό όργανο των συλλόγων και σωματείων των δομών αυτών, εκπροσωπεί 3000 περίπου εργαζόμενους, ενώ στην Κοινωφελή Δημοτική Επιχείρηση του δήμου Κιλκίς (Κ.Δ.Ε.Κ.) αυτή τη στιγμή λειτουργούν 10 δομές «Βοήθεια στο Σπίτι», με 776 περίπου ωφελούμενους όπου οι εξυπηρετούμενοι εντατικότερα είναι σχεδόν οι μισοί

Ωστόσο, έπειτα από 16 έτη λειτουργίας των μονάδων πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», απαραίτητη κρίνεται η πραγματοποίηση ορισμένων διαθρωτικών μεταρρυθμίσεων, με στόχο την ποιοτική του αναβάθμιση και την εξοικονόμηση πόρων. Στα πλαίσια αυτά, πραγματοποιήθηκε η ανάλυση SWOT, έτσι ώστε να αποτυπωθεί αποτελεσματικά η τρέχουσα κατάσταση του προγράμματος ΒΣΣ, ενώ τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται παρακάτω (Πίνακας 1). Εσωτερική ανάλυση μιας επιχείρησης, ονομάζεται ο οργανωτικός έλεγχος και συνίσταται αφενός στην καταγραφή των δυνατών και αδύναμων στοιχείων της επιχείρησης και αφετέρου στις ευκαιρίες και απειλές που υπάρχουν στον ορίζοντα (Montana and Charnov, 2005).

Πίνακας 2: Ανάλυση SWOT για το πρόγραμμα ΒΣΣ

<u>Δυνατά σημεία</u>	<u>Αδύνατα σημεία</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Το μοναδικό πρόγραμμα στην Ελλάδα το οποίο εξυπηρετεί ευπαθή κοινωνικές ομάδες κατ'οικον - Καταρτισμένο προσωπικό - Εμπειρία του προσωπικού - Διεπιστημονικό προσωπικό - Οι καλές σχέσεις του προσωπικού με τους εξυπηρετούμενους - Εθνική και Ευρωπαϊκή χρηματοδότηση 	<ul style="list-style-type: none"> - Γεωγραφική διασπορά - Συχνές αλλαγές στη διοίκηση από αιρετούς, μη ειδικούς - Διαδικασία λήψης αποφάσεων από ολιγομελή μη σχετικό Δ.Σ. - Έλλειψη ουσιαστικού συστήματος ελέγχου της λειτουργίας, από το φορέα
<u>Ευκαιρίες</u>	<u>Απειλές</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Αναζήτηση επιπρόσθετων πόρων από Ευρωπαϊκά προγράμματα - Αναζήτηση πόρων από εθνικά προγράμματα - Αναζήτηση πόρων από διακρατικά προγράμματα τύπου Interreg. - Διενέργεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων και μεταφορά τεχνογνωσίας - Αύξηση του αριθμού των ωφελουμένων με την καταβολή χρηματικής αντιμισθίας για τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν 	<ul style="list-style-type: none"> - Διακοπή Εθνικής και Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης - Διακοπή πίστωσης από προμηθευτές - Παλιός υλικοτεχνικός εξοπλισμός - Μη ανανέωση του συνταξιοδοτηθέντος προσωπικού, εξαιτίας εθνικών περιορισμών στις προσλήψεις

2.4 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών

Σε όλες σχεδόν τις Δυτικές Χώρες, παρατηρείται αύξηση τόσο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας όσο και του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Ovretveit, 1992). Η παροχή ποιοτικής ιατρικής περίθαλψης είναι κοινή απαίτηση όλων των Ευρωπ αίων και αποτελεί κεντρικό στόχο της δημόσιας υγείας, δεδομένου ότι απαιτείται η συμβολή της δημόσιας χρηματοδότησης για την παροχή της, η οποία θα πρέπει να επιτευχθεί με βάση τη βέλτιστη σχέση μεταξύ των οφελών για την υγεία και των δαπανών που συνεπάγονται τα προϊόντα και οι θεραπείες (COM/723/2001).

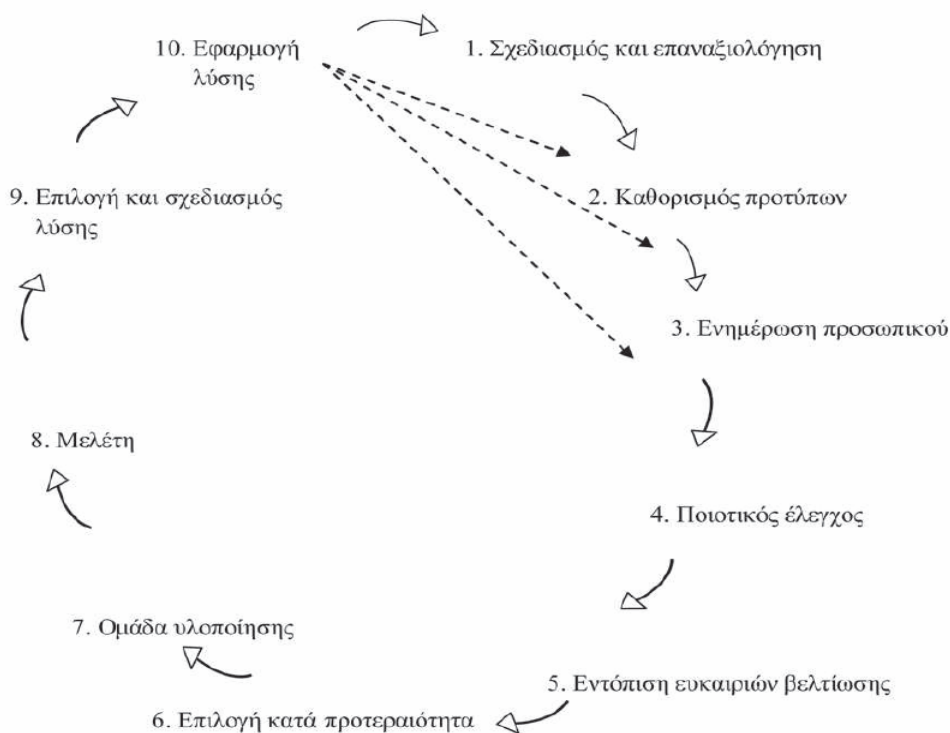
Η ποιότητα είναι μια έννοια η οποία έχει πολλούς ορισμούς, σημαντικότεροι από τους οποίους είναι αυτοί του Crosby, (1979) “Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις του χρήστη”, του Parasuraman et al, (1985) “Η διανοητική ή συναισθηματική αντίδραση του καταναλωτή που εκδηλώνεται αμέσως μετά την επαφή του με το φορέα παροχής υπηρεσιών ή μετά από μακροπρόθεσμη σχέση με αυτόν, ορίζεται ως Ικανοποίηση πελατών”, του Nelson (1996) “Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία, βάσει της υπάρχουσας τεχνογνωσίας” και του Donabedian (1988) “η ύπαρξη σωστών δομών, καλών διαδικασιών και κατάλληλων αποτελεσμάτων”.

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν ως επίκεντρο, την επάρκεια των εγκαταστάσεων, των υλικών και του προσωπικού, την παροχή φροντίδας και τους τρόπους βελτίωσης της αποδοτικότητάς τους, όπως επίσης και τα αποτελέσματα για το χρήστη, στα οποία συμπεριλαμβάνεται η ικανοποίησή του, οι μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του, η ενημέρωσή του και οι δείκτες θνησιμότητας (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015). Γενικά, η υπηρεσία θα πρέπει να παρέχεται σε σωστό χρόνο, με ορθό τρόπο και να παράγεται το καλύτερο αποτέλεσμα, λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης. Επιπρόσθετα, στο χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διακηρύσσεται ότι, κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαμβάνει ιατρικής περίθαλψης.

Σχετικά με την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών στη βιομηχανία υπάρχει έντονο ενδιαφέρον από παλιά, μιας και η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται αύξηση του τζίρου, του κύκλου εργασιών αλλά και του αριθμού των πελατών (Rust and Zahorik, 1993). Ωστόσο, για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η ουσιαστική έρευνα ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1990 από τον Donabedian (1988) ο οποίος και έθεσε το τρίπτυχο από το οποίο θα πρέπει να απαρτίζεται η φροντίδα υγείας (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα) και τον τρόπο με τον οποίο θα αποτιμάται η ποιότητα, μέσα από τη μελέτη των μετρήσιμων ποσοτικών χαρακτηριστικών, τα οποία συνοδεύουν το προαναφερθέν τρίπτυχο π.χ. ακρίβεια

μηχανημάτων, χρόνος αναμονής ασθενών κλπ. Ο Donabedian, αναγνώρισε ότι διαφορετικές κλινικές ενέργειες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα και ότι ο ρόλος του αναλυτή ποιότητας της περίθαλψης, είναι να βρίσκει τις πιο αποτελεσματικές, αποδεκτές και νόμιμες διαδικασίες για να επιτυγχάνει το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή (Σταυροπουλος, 2009)

Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει αρχικά να αναγνωριστούν τα σφάλματα και το μέγεθος των αποκλίσεων, να βελτιωθούν οι διαδικασίες και να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες διορθωτικές ενέργειες, έχοντας ως επίκεντρο την παροχή της βέλτιστης θεραπείας στον ασθενή. Η όλη διαδικασία του ποιοτικού ελέγχου, παρουσιάζει μια συνεχή κυκλική πορεία, η οποία παρουσιάζεται στο ακόλουθο σχήμα, ενώ τα τρία βήματα του κύκλου (σχεδιασμός, καθορισμός προτύπων ποιότητας, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού) εντάσσονται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).



Σχήμα 1: Ο κύκλος της ποιότητας των υπηρεσιών (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύ σημαντική, μιας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, σχετίζεται με την κερδοφορία και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Μια ιδιωτική κλινική ή ιατρείο τα οποία παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες αυξάνουν τη φήμη τους, προσελκύουν μεγαλύτερο όγκο ασθενών

και πολλαπλασιάζουν τα κέρδη τους. Αντίστοιχα, ένα δημόσιο νοσοκομείο ή μια δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όταν δεν παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας αξιώνονται με το χρόνο και ενώ μπορεί ο προϋπολογισμός τους να είναι εξασφαλισμένος από το Κράτος, σε μια έκτακτη κατάσταση οικονομικής κρίσης, υπάρχει κίνδυνος να υποβαθμιστεί ή ακόμη και να διακοπεί η λειτουργία τους. Στη βιβλιογραφία, υπάρχουν διαφορετικοί δείκτες μέτρησης ποιότητας των υπηρεσιών μιας νοσοκομειακής μονάδας, όπως: α) Ανάλυση Κόστους – Ωφέλειας, β) ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας, γ) Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας δ) ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους ε) Ανάλυση Κόστους – Ασθένειας ζ) Ανάλυση Ποιότητας Ζωής (Σταυροπουλος Ν., 2009) και είναι χρήσιμοι, προκειμένου να συγκρίνουμε την αποτελεσματικότητα δυο νοσοκομειακών μονάδων.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να βελτιωθεί, εφόσον καταστεί εφικτό να καταγράφουν οι απόψεις και τα παράπονα των ασθενών, σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών και γίνει προσπάθεια να βελτιωθούν οι υπηρεσίες έτσι ώστε, οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ασθενών (Macario et al., 1999). Ένας ικανοποιημένος ασθενής είναι πιο πιθανό να συνεχίσει να εμπιστεύεται τις υπηρεσίες υγείας, να διαδίδει θετικές απόψεις για την υπηρεσία και με αυτόν τον έμμεσο τρόπο να προσελκύει πελάτες, χωρίς να καταβάλλεται οποιαδήποτε δαπάνη για διαφήμιση (Zeithaml and Bitner, 2000). Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, εφαρμόζεται προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται, με βάση τις παρατηρήσεις του ασθενούς (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015) και μπορεί να αποτυπωθεί ως η διαφορά μεταξύ προσδοκιών ασθενούς πριν την παροχή της υπηρεσίας και των αντιλήψεων του μετά την παροχή της υπηρεσίας. Συνεπώς, είναι πρωταρχικής σημασίας να αναγνωριστούν τα κενά που υπάρχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας και να μελετηθούν, έτσι ώστε να σχεδιαστεί η καλύτερη λύση κατά περίπτωση.

Σχετικά με την έρευνα των διαστάσεων της ποιότητας, ο Parasuraman et al. (1985) διερεύνησε 12 ομάδες καταναλωτών από τέσσερις τομείς (τραπεζικό, πιστωτικών καρτών, ασφάλειες, επιδιόρθωση και συντήρηση προϊόντων) και καθόρισε δέκα κριτήρια, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούν οι καταναλωτές, τα οποία μεταφράστηκαν και περιγράφονται πολύ καλά στην εργασία της Καράτση (2007):

1. Εγκαταστάσεις και Καθαριότητα (η φυσική εμφάνιση των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού, η καθαριότητα του προσωπικού και του τρόπου που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους)

2. Αξιοπιστία (η ικανότητα για έγκαιρη εκτέλεση όλων όσων έχουν υποσχεθεί στους πελάτες)
3. Ανταπόκριση (η ικανότητα όλου του προσωπικού να είναι πάντα διαθέσιμο να εξυπηρετήσει τους πελάτες)
4. Προσόντα (η εμπειρία, η συνεχής επιμόρφωση και η εκπαίδευση του προσωπικού)
5. Προθυμία (η διάθεση και η προθυμία του προσωπικού για ευγενική ανταπόκριση στις απαιτήσεις των πελατών)
6. Εμπιστοσύνη (η εμπιστοσύνη που πρέπει να εμπνέει η επιχείρηση στους πελάτες)
7. Ασφάλεια (η αίσθηση ασφάλειας που αισθάνεται ο πελάτης στο χώρο των εγκαταστάσεων και της παροχής υπηρεσιών)
8. Πρόσβαση (το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί για να δεχτεί ο πελάτης την υπηρεσία.
Σημαντικό στοιχείο, η ύπαρξη χώρου στάθμευσης κοντά στο χώρο παροχής υπηρεσιών)
9. Επικοινωνία (η ικανότητα αποτελεσματικής συνεννόησης μεταξύ πελατών και εργαζομένων)
10. Κατανόηση/Αναγνώριση των πελατών (η ικανότητα της εταιρίας να κατανοεί και να αντιλαμβάνεται τις ιδιαίτερες ανάγκες των πελατών της)

Στη συνέχεια της έρευνας οι Parasuraman et al., 1985, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι παραπάνω διαστάσεις της ποιότητας μπορούν να μειωθούν σε μόλις πέντε, (Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Ασφάλεια, Συναισθηματική Κατανόηση, Απτότητα) και είναι αυτές οι οποίες θα μελετηθούν στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή.

Η αποτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με βάση το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη, παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο μιας και εισάγονται μηχανισμοί του μάρκετινγκ στην υγεία, με αποτέλεσμα οι επιχειρήσεις στις οποίες λαμβάνονται υπόψη ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, να αποκτούν ένα συγκριτικό πλεονέκτημα το οποίο διασφαλίζει τη βιωσιμότητα και κερδοφορία των επιχειρήσεων (Manulik κ.α. 2016). Στα πλαίσια αυτά, το τεστ εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών ServQual, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Parasuraman κ.α (1985), χρησιμοποιείται ευρέως και είναι αξιόπιστο, όπως θα καταδειχτεί και στο επόμενο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης 2.5.2, "Έρευνες στην ποιότητα υγείας με βάση το ερωτηματολόγιο ServQual", για τη

διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η φιλοσοφία του εργαλείου, βασίζεται στο κενό που παρατηρείται στις υπηρεσίες υγείας, ως διαφορά μεταξύ παρεχόμενων με προσδοκούμενων υπηρεσιών υγείας και αναφέρεται ως απόκλιση τύπου 5 (Gap 5) (Καιτελίδου, 2008).

2.5. Έρευνες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ευπαθών κοινωνικών ομάδων

Οι Willison and Andrews (2005), σε εργασία μορφής σύντομης δημοσίευσης, αφού καθόρισαν τους ορισμούς «Διαχείριση χρόνιων ασθενών» και «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», παρέθεσαν κάποια παραδείγματα σε μορφή πίνακα, σχετικά με το πώς μερικές μικρές πρωτοβουλίες στο χώρο της πρωτοβάθμιας διαχείρισης ασθενών μπορούν να ωφελήσουν τη διαχείριση των μακροχρόνια ασθενών. Επιπρόσθετα, δεν χρησιμοποίησαν κάποια μεθοδολογία, παρά μόνο διατύπωσαν κάποιες γενικές προτάσεις.

Οι Peckover and Clidlaw (2007) υπέθεσαν ότι, πιθανώς υπάρχουν διακρίσεις και κοινωνικές ανισότητες σχετικά με τη φροντίδα ασθενών οι οποίοι είναι χρήστες ουσιών, σε κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας, από τις νοσοκόμες, μιας και θεωρείται ότι δεν λαμβάνουν την ενδεδειγμένη θεραπεία, γιατί πρακτικά οι νοσοκόμες φοβόντουσαν τους ασθενείς. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, αφορούσε βιντεοσκοπημένες συνεντεύξεις 18 νοσοκόμων, σε δυο κέντρα υγείας της Βόρειας Αγγλίας. Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε περιελάμβανε μόνο το σχολιασμό των απαντήσεων των νοσοκόμων και δεν περιλάμβανε κάποιο άλλο στατιστικό στοιχείο.

Οι Gal and Doron (2007) υπέθεσαν ότι τα παράπονα που εκφράζουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας σχετίζονται με δημογραφικές παραμέτρους. Μέσα από μια τηλεφωνική έρευνα σε 1500 άτομα ηλικίας 21 ετών και άνω στο Ισραήλ και τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων, διαπίστωσαν ότι τα επίσημα παράπονα τα οποία κατατέθηκαν ήταν πολύ λιγότερα από τα ανεπίσημα παράπονα, ενώ οι ρυθμοί των παραπόνων ήταν πολύ μικρότεροι στις μειονότητες. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική, όπου απλώς αποτυπώνονταν σε δυο πίνακες τα ποσοστά των παραπόνων ανά ομάδα (ηλικιακή, φύλου, εκπαίδευσης, τόπου διαμονής και εθνότητας). Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων δεν χρησιμοποιήθηκε κάποιο άλλο στατιστικό στοιχείο, αλλά συζητήθηκαν μόνο τα στοιχεία του πίνακα.

Οι Dias et al (2011) υπέθεσαν ότι οι μετανάστες στην Πορτογαλία δεν αναζητούν την κατάλληλη φροντίδα υγείας στο εθνικό σύστημα υγείας και αυτό σχετίζεται με δημογραφικούς και

κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Προκειμένου να απαντήσουν στο ερευνητικό ερώτημα, διαμοίρασαν 1375 ερωτηματολόγια και στη συνέχεια με τη βοήθεια της πολλαπλής παλινδρόμησης (logistic regression) διαπίστωσαν ότι, οι άνδρες δίχως επίσημα χαρτιά, ουσιαστικά οι παράνομοι στη χώρα, είχαν δυσκολίες πρόσβασης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Πορτογαλίας. Η πολλαπλή παλινδρόμηση περιλάμβανε τη συσχέτιση μεταξύ φύλου, προέλευσης, διάρκεια διαμονής, άδεια παραμονής και της προσέλευσης τους στο πρωτοβάθμια σύστημα υγείας. Οι υψηλές πιθανότητες χρήσης του εθνικού συστήματος υγείας, σχετίζονταν με τη διάρκεια παραμονής στην Πορτογαλία (OR = 1.467, 95% και διάστημα εμπιστοσύνης μεταξύ CI: 1.367–1.575). Ο περιορισμός στην έρευνα ήταν οι συμμετέχοντες να είναι μετανάστες, ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών και να μετανάστευσαν προκειμένου να ξεκινήσουν μια νέα ζωή.

Οι Eisen et al, προσπάθησαν να απαντήσουν στην υπόθεση, εάν κυρίως η φυλή ή ο τόπος κατοικίας, συμβάλλει στις Εθνικώς παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ αφροαμερικάνων και λευκών στη χρήση των υπηρεσιών οδοντικής υγείας. Για τους σκοπούς της έρευνας, εκπαιδευμένοι ερευνητές επισκεφτήκαν το 65,8% των σπιτιών σε συγκεκριμένη περιοχή της Βαλτιμόρης και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια από 1489 κατοίκους. Ακολούθως, έγινε πολύ-παραγοντική συσχέτιση (Logistic Regression) μεταξύ της φυλής ως ανεξάρτητη μεταβλητή και διαφόρων δημογραφικών χαρακτηριστικών, κατηγορία εισοδήματος, υγειονομική κάλυψη και την ύπαρξη διαφόρων χρόνιων ασθενειών. Οι περιορισμοί στην έρευνα ήταν 1) Ο τόπος έρευνας (μια συγκεκριμένη περιοχή με κατοίκους χαμηλού εισοδήματος στην Βαλτιμόρη), 2) Στην έρευνα περιλαμβάνονταν μόνο οι αφροαμερικάνοι και οι λευκοί και όχι άλλες ομάδες, 3) Τα τεστ του Student's t και του chi-square, χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να υπολογιστούν οι στατιστικές διαφορές μεταξύ Αφροαμερικανών και Λευκών, για τις δημογραφικές παραμέτρους και τις παραμέτρους υγείας. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση της συσχέτισης (odds ratio) μεταξύ του φύλου και της παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών (ανεξάρτητη μεταβλητή), με τις εξαρτημένες μεταβλητές, όπως οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση κλπ και αποκαλύφθηκε ότι οι Αφροαμερικάνοι είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (OR=1.48, 95 % confidence interval [CI] 1.16, 1.89) σε σχέση με τους λευκούς. Τα στοιχεία της επισκεψιμότητας σε οδοντιατρικές υπηρεσίες, τα παρείχαν κατά δήλωση τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα.

Οι Aguilar-Palacio et al. (2012) υπέθεσαν ότι, υπάρχει σχέση μεταξύ των ευπαθών πληθυσμών και του επιπέδου υγείας, σε μια γειτονία της Σαραγόσα. Ευπαθείς πληθυσμός, θεωρείται ο μεμονωμένος άνθρωπος ο οποίος είτε έχει εισόδημα κάτω από 6.000€, είτε έχει μόρφωση επιπέδου δημοτικού, είτε είναι άνεργος. Σε ένα πληθυσμό 1032 ατόμων, εκ των οποίων οι 550 ανήκαν στις

ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, διαμοιράστηκαν ερωτηματολόγια και μέσω λογιστικής συσχέτισης προέκυψε ότι υπάρχουν ανισότητες στο επίπεδο υγείας μεταξύ ευπαθών και μη κοινωνικών ομάδων. Η αρχική περιγραφική στατιστική των ομάδων του πληθυσμού, ακολουθήθηκε από την ανάλυση των διαφορών μεταξύ των ομάδων με τη χρήση των μη παραμετρικών τεστ Chi-square και Mann–Whitney U. Η μέθοδος της πολλαπλής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση των συσχετίσεων μεταξύ φύλου, ηλικίας, τόπου διαμονής και της πιθανότητας συμμετοχής στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Η πολλαπλή παλινδρόμηση κατέδειξε ότι, η πιθανότητα να ανήκει κάποιος στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες μειωνόταν όταν ο Γενικός Δείκτης υγείας αυξανόταν (OR: 0.96; 95% CI 0.95–0.97). Ο περιορισμός στην έρευνα ήταν ότι τα άτομα που συμμετείχαν ήταν άνω των 15 ετών και ζούσαν στην περιοχή της Καζαμπλάνκα της Σαραγόσα.

Οι Bergh et al. (2007) υπέθεσαν ότι, οι συχνά επισκεπτόμενοι το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας στη Σουηδία έχουν περισσότερες πιθανότητες να αρρωστήσουν, είτε να πάρουν σύνταξη αναπηρίας, σε σχέση με τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το πρωτοβάθμια σύστημα υγείας με φυσιολογικούς ρυθμούς. Έπειτα από μια αρχική έρευνα, σε 40.000 ένα κέντρο πρωτοβάθμιας υγείας της Νότιο-Δυτικής Σουηδίας, διαπιστώθηκε ότι 166 ασθενείς, μέσα στο 1997-1998, είχαν εισαχθεί στο πρωτοβάθμιο κέντρο υγείας τις περισσότερες φορές ασθενοφόρο. Μετά από πάροδο πέντε ετών, στάλθηκε ερωτηματολόγιο στους ασθενείς και από την ανάλυση μέσω πολλαπλής λογιστικής (multiple regression) συσχέτισης, διαπιστώθηκε ότι, οι συχνά επισκεπτόμενοι ασθενείς στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι μια ομάδα υψηλού κινδύνου οι οποίοι έχουν αυξημένες πιθανότητες να αρρωστήσουν είτε να πάρουν σύνταξη αναπηρίας. Για τη σύγκριση μεταξύ διχοτόμων μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το Pearson's Chi-squared και το Fisher's τεστ, για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι Student's t-test και το τεστ του Mann–Whitney's, ενώ η πολλαπλή παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αποκαλυφθεί η επίδραση κάθε μεταβλητής στην εξαρτημένη μεταβλητή.

Ο McMillan et al. (2016) διερεύνησαν τις απόψεις επιστημόνων στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας, οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες υγείας σε άτομα με κινητικά προβλήματα, προκειμένου να διαπιστώσουν προβλήματα και κενά στη θεραπεία. Μέσα από συνεντεύξεις 20 επιστημόνων και την ανάλυσή τους, προέκυψαν οκτώ πεδία στα οποία θα μπορούσαν να υπάρξουν βελτιώσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ατόμων με κινητικά προβλήματα. Σημειώνεται ότι, τα αποτελέσματα δεν προέκυψαν από κάποια μεθοδολογία ή στατιστική ανάλυση, αλλά αφορούσαν απόψεις των επιστημόνων.

Οι Rhodes et al. (2003) υπέθεσαν ότι υπήρχαν διαφορές και κοινωνικές ανισότητες στους ασθενείς με διαβήτη οι οποίοι κατάγονται από το Μπαγκλαντές, σε σχέση με τις υπόλοιπες κοινωνικές

ομάδες. Μέσα από τη συνέντευξη 55 ασθενών με διαβήτη, από τους οποίους οι 12 ήταν από το Μπαγκλαντές μετανάστες πρώτης γενιάς, διαπιστώθηκαν ότι οι μετανάστες από το Μπαγκλαντές δεν μπορούσαν να εκμεταλλευτούν πλήρως της διαθέσιμες υπηρεσίες. Η έρευνα στηρίχτηκε σε απλή περιγραφική ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων των απαντήσεων των συμμετεχόντων.

Οι Lahana et al (2010) υπέθεσαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της εθνικότητας, του τόπου κατοικίας, του κοινωνικοοικονομικού στάτους με την ποιότητα υγείας. Προκειμένου να διερευνήσουν τις αρχικές υποθέσεις πραγματοποίησαν συνεντεύξεις σε 1372 άτομα, ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών. Το Student's test και η ανάλυση ANOVA χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ελεγχθούν οι διαφορές μεταξύ των μεταβλητών. Χρησιμοποιώντας τη στατιστική ανάλυση της απλής γραμμικής συσχέτισης, διαπίστωσαν ότι, το κοινωνικοοικονομικού στάτους συνδέεται άμεσα με την ποιότητα υγείας, ενώ η εθνικότητα και ο τόπος κατοικίας είχαν μικρή συσχέτιση με την ποιότητα υγείας.

Οι Miasso et al (2017) υπέθεσαν ότι η ποιότητα ζωής στη Βραζιλία σχετίζεται με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, με ψυχικές διαταραχές και με τη χρήση παραισθησιογόνων ουσιών. Σε δέκα δομές, αντίστοιχες του Ελληνικού «Βοήθεια στο Σπίτι», μεταξύ Φεβρουαρίου και Οκτωβρίου 2014, πάρθηκαν 414 συνεντεύξεις διάρκειας 40 λεπτών. Αρχικά, συγκεντρώθηκαν τα δημογραφικά δεδομένα και στη συνέχεια, για την έρευνα της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 26 ερωτήσεων, το οποίο δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1998). Επιπρόσθετα, ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, προκειμένου να αποκαλυφθούν ψυχικές διαταραχές (Mari and Williams, 1986) μέσω στατιστικών συσχετισμών, μεταξύ ποιότητας ζωής (ανεξάρτητη μεταβλητή) και της χρήσης παραισθησιογόνων ουσιών ή ψυχικών διαταραχών. Η φτωχή ποιότητα ζωής έχει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ύπαρξη πολύτεκνης οικογένειας ($\beta = -7.98$, $p < 0.010$) και ακολούθως με τη χρήση παραισθησιογόνων ουσιών. ($\beta = -6.60$, $p < 0.001$). Οι περιορισμοί στην έρευνα ήταν οι ασθενείς να είναι άνω των 18 ετών, να έχουν περάσει από συμβουλευτική και να μιλάνε πορτογαλικά.

Οι Trani et al. (2010) προκειμένου να διερευνήσουν κατά πόσο η φτώχεια και οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες λαμβάνουν την κατάλληλη ποιότητα υγείας, διενήργησαν μια πανεθνική έρευνα σε 5250 οικογένειες, από τις οποίες πάρθηκαν αντίστοιχες συνεντεύξεις από τους επικεφαλής των οικογενειών. Χρησιμοποιώντας τρία διαφορετικά μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης (Logistic regression), διαπιστώθηκαν οι δυσκολίες που έχουν τα άτομα με κινητικές δυσκολίες, οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και οι οικογένειες στις οποίες δεν υπάρχει πλέον ο άνδρας, ώστε να έχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.

Οι Wieland et al. (2012) υπέθεσαν ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των διαβητικών ασθενών που προέρχονται από τη Σομαλία και άλλων προσφύγων, σε σχέση με άλλους διαβητικούς ασθενείς. Σε μια πρωτοβάθμια κλινική και σε δείγμα 5843 διαβητικών ασθενών, από τους οποίους οι 81 ήταν Σομαλοί. Οι διαφορές ανάμεσα στους Σομαλούς και μη ασθενείς, διαπιστώθηκαν από τη σύγκριση των δυο ομάδων χρησιμοποιώντας το στατιστικό χ^2 Pearson. Η σύγκριση ηλικίας, φύλου, κατάσταση ανάγκης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταξύ Σομαλών ασθενών με διαβήτη ή όχι, πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τα στατιστικά τεστ t και χ^2 Pearson. Τελικώς, η έρευνα κατέδειξε διαφορές στη διαχείριση των ασθενών με διαβήτη ανάλογα με τη χώρα προέλευσης τους.

Ο Σταυροπουλος (2009) προκειμένου να μελετήσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ενός δημόσιου νοσοκομείου, συνέταξε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις και κάποια δημογραφικά στοιχεία. Η αξιοπιστία των δεδομένων μετράται μέσω της τιμής του Cronbach's alpha, ενώ η έρευνα καταδεικνύει την εσωτερική συνέπεια και συνέπεια των δεδομένων και το βαθμό στον οποίο αυτά είναι ομοιογενή, μέσω μιας τεχνικής διαίρεσης των δεδομένων σε δύο τμήματα και συσχέτισης των ολικών τιμών των δύο αυτών τμημάτων. Στη συνέχεια, πραγματοποίησε ανάλυση διακύμανσης – ANOVA, η οποία αποτελεί μια στατιστική μέθοδο ελέγχου, παρουσίας διαφορών των μέσων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Η μη παραμετρική μέθοδος Kruskal - Wallis για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ πληθυσμών, χρησιμοποιήθηκε για συγκρίσεις μεταξύ των πληθυσμών. Η ανάλυση των συσχετίσεων με τον συντελεστή Spearman κατέδειξε ότι, όσο περισσότεροι είναι ενημερωμένοι οι ασθενείς για τα δικαιώματά τους, τόσο πιο ικανοποιημένοι αισθάνονται από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας.

Η Στεργίου (2014) προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρωτιδική νόσο, διεξήγαγε εργασία χρησιμοποιώντας ένα σύνθετο δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείτο από τρία επιμέρους ερωτηματολόγια. Στα τρία ερωτηματολόγια κατέγραφαν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, το ατομικό ιατρικό ιστορικό του καθενός, τη σημερινή ποιότητα ζωής και κατάσταση της υγείας τους, ήταν ερωτηματολόγια εμπιστευτικά, απλά και ταχέως προσπελάσιμα. Η στατιστική ανάλυση αποτελεί απλή περιγραφή των δεδομένων της έρευνας με πίνακες ή διαγράμματα.

Ο Κιπένης (2007) προκειμένου να μελετήσει την αλλαγή στη διοίκηση των νοσοκομείων και την Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, χρησιμοποίησε ερωτηματολόγιο τύπου CGCQ (Clinical Governance Climate Questionnaire), με το οποίο κι έγινε η προσπάθεια να καταγραφεί το οργανωσιακό κλίμα των ελληνικών νοσοκομείων της έρευνας. Η χρήση του αγγλικού ερωτηματολογίου CGCQ στα ελληνικά νοσοκομεία, ωστόσο, δεν αντανακλούσε πλήρως τα

χαρακτηριστικά της τοπικής κλινικής κουλτούρας, μιας που τα αποτελέσματα δε συμπίπτουν με αυτά της έρευνας στο NHS στην Αγγλία. Η ύπαρξη διαφορετικών παραγόντων, διαφορετικής ονομασίας - φυσικής σημασίας και βαθμού αξιοπιστίας - σε σύγκριση με τους αντίστοιχους παράγοντες του προτύπου ερωτηματολογίου, ενισχύει την άποψη για την κατασκευή ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου που θα μετρά πιο αξιόπιστα κι έγκυρα το οργανωσιακό κλίμα του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. Επιπρόσθετα, η Απλή Παραγοντική Ανάλυση των Αντιστοιχιών (A.F.C.) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση μεταβλητών φαινομένων.

Ο Αλεξιάς και Φλάμου (2007) προκειμένου να αξιολογήσουν την κοινωνική και ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη των ηλικιωμένων προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού στο νομό Χίου, κατασκεύασαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο πέρα από τα δημογραφικά περιελάμβανε άλλες πέντε μεταβλητές και το χορήγησαν σε 200 ωφελούμενους. Πραγματοποιήθηκε απλή περιγραφική στατιστική των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών στοιχείων και διαπιστώθηκε ότι το 60,5% ήταν εξαιρετικά ικανοποιημένο από τη δομή «Βοήθεια στο Σπίτι».

Οι Παπαγιαννοπούλου κ.α. (2006) προκειμένου να μετρήσουν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, σχεδίασαν ένα ερωτηματολόγιο και πήραν προσωπικές συνεντεύξεις από 1000 συνοδούς ασθενών, ενώ οι ερωτήσεις καταγράφηκαν με τη χρήση της πενταβάθμιας κλίμακας του Likert. Μέσω της περιγραφικής στατιστικής διαπίστωσαν ότι, ποσοστό 54,3% εμφανίστηκε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού.

2.6. Έρευνες στην ποιότητα υγείας με βάση το ερωτηματολόγιο ServQual

Οι Ρapanikolaou και Zygiaris (2012) χρησιμοποίησαν το εργαλείο SERVQUAL για να εξετάσουν εάν οι ασθενείς είχαν διαφορετικές προσδοκίες από το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας του ΙΚΑ και αν διαφορετικές ομάδες ασθενών θεωρούσαν κάποιες διαστάσεις της πρωτοβάθμιας υγείας πιο σημαντικές από άλλες. Αναγνωρίζοντας τα κενά μεταξύ προσδοκιών ασθενών και πραγματικότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, διαπιστώθηκε η δυνατότητα κάλυψης τους και η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας. Για το σκοπό αυτό, για τα 22 ζευγάρια των ερωτήσεων του ServQual, χρησιμοποιήθηκε η επτάβαθμια κλίμακα Likert. Η ανάλυση της διακύμανσης χρησιμοποιήθηκε έτσι ώστε να ελεγχθούν οι διαφορές των μέσων όρων, μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ η εγκυρότητα των δεδομένων ελέγχθηκε με τον α συντελεστή του Chronbach. Η απλή ανάλυση

ANOVA χρησιμοποιήθηκε για τον προσδιορισμό των διαφορών μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με την ηλικία και την εκπαίδευση.

Οι Curry και Sincler (2002) στόχο είχαν να διερευνηθεί η ποιότητα των φυσιοθεραπειών, από τη μεριά των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο SERVQUAL σε τρία κέντρα φυσιοθεραπείας, προκειμένου να αποκαλυφθούν τα κενά μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, στις αρχικές 22 ερωτήσεις του ServQual προστέθηκαν κάποιες επιπλέον ερωτήσεις από τους ερευνητές, ενώ το τελικό ερωτηματολόγιο στάλθηκε με email σε 450 πρόσφατα νοσηλευθέντες ασθενείς από τους οποίους το συμπλήρωσαν οι 134. Δεν χρησιμοποιήθηκε κάποια εξειδικευμένη ανάλυση, αλλά με βάση την κατάταξη των διαφορών των μέσων όρων μεταξύ προσδοκιών και αντίληψης των παρεχόμενων υπηρεσιών, διαφανει ότι οι υπηρεσίες που παρείχαν τα κέντρα εκτιμούνταν ιδιαίτερα από τους ασθενείς, παρόλο που η διαφορά πραγματική κατάσταση-προσδοκίες ήταν ελαφρώς αρνητική. Επιπρόσθετα, καταδείχθηκε σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν οι υψηλότερες και χαμηλότερες προσδοκίες, σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν οι υψηλότερες και χαμηλότερες αντιλήψεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ο Youssef, (1996) προκειμένου να διαπιστώσει την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι ασθενείς σε νοσοκομεία του Δυτικού Μιντλαντ, και έτσι να βελτιώσει την ποιότητα των νοσοκομείων, χορήγησε σε 174 ασθενείς ερωτηματολόγιο τύπου ServQual, με εννιαβάθμια κλίμακα Likert, όπου το 9 αφορά το συμφωνώ πλήρως και το 1 διαφωνώ πλήρως. Με βάση τις απαντήσεις, υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι, καθώς και η διαφορά μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών για κάθε ερώτηση. Επιπλέον, με ταξινόμηση προέκυψαν οι πέντε ερωτήσεις στις οποίες υπήρχε η μεγαλύτερη και η μικρότερη προσδοκία, αλλά και τα μεγαλύτερα κενά μεταξύ παρεχόμενων και προσδοκόμενων υπηρεσιών. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι, τα συγκεκριμένα νοσοκομεία παρείχαν υπηρεσίες οι οποίες αξιολογούνταν σε ποσοστό 25% ως αποτυχημένες. Στην εργασία υπάρχει ενσωματωμένο το ερωτηματολόγιο.

Οι Pakdil και Harwood (2005) στην έρευνα τους για την προ-εγχειρητική ικανοποίηση των ασθενών, στο Wake Forest University Baptist Medical Center, μεταξύ 22 Μαρτίου 2001 και 19 Απριλίου 2001, σε 669 ασθενείς, χρησιμοποίησαν το εργαλείο Servqual σε πενταβάθμια κλίμακα Likert προκειμένου να διαπιστωθούν οι απόψεις των ασθενών. Μελετήθηκαν οι διαφορές μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman για να συσχετιστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις με τα δημογραφικά στοιχεία. Με βάση την έρευνα διαπιστώθηκε σημαντικό κενό μεταξύ του χρόνου παραμονής στην κλινική και της ολικής ποιότητας, ενώ αντίθετα οι ασθενείς ήταν πολύ ευχαριστημένοι σχετικά με τις υπηρεσίες που αφορούν την παροχή πληροφοριών σχετικά με την αναισθησία και το χειρουργείο.

Οι Butt και De Run (2010) κατά την έρευνα τους για την ποιότητα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται στη Μαλαισία, επισκέφθηκαν ένα ιδιωτικό θεραπευτήριο και στη διάρκεια τριών μηνών επέλεξαν τυχαία 340 ασθενείς, χωρίς οποιαδήποτε στατιστική μέθοδο, προκειμένου να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ServQual, σε επταβάθμια κλίμακα Likert. Η στατιστική ανάλυση των διαφορών μεταξύ προσδοκιών και παρεχομένων υπηρεσιών περιλάμβανε Factor Analysis με Varimax περιστροφή. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης καταδεικνύουν την μέτρια ποιότητα της ιδιωτικής κλινικής.

Ο Lam (1997) προκειμένου να μετρήσει τις απόψεις των ασθενών για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες στο Χονγκ Κονγκ, έδωσε 84 ερωτηματολόγια τύπου ServQual στους 84 ασθενείς, οι οποίοι παρακολούθησαν ένα σεμινάριο στο Χονγκ Κονγκ. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο ServQual, σε πενταβάθμια κλίμακα, η οποία θεωρήθηκε ότι ήταν πιο εύκολη για τη συμπλήρωση της από τους ασθενείς. Η εργασία περιλαμβάνει τις 22 ερωτήσεις και στα αποτελέσματα καταδεικνύονται οι μέσοι όροι και η τυπική διακύμανση, αλλά και η ανάλυση Factor για κάθε ερώτηση για τις προσδοκίες, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη διαφορά προσδοκιών - παρεχομένων υπηρεσιών, η οποία και καταδεικνύει την ποιότητα, προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα του συστήματος υγείας στο Χονγκ Κονγκ. Επιπρόσθετα, στην εργασία διερευνάται η αξιοπιστία του συγκεκριμένου τεστ. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι το ServQual είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Ο Büyüközkan et al. (2011) προκειμένου να συγκρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας πέντε νοσοκομείων της Τουρκίας και να κατατάξουν τα νοσοκομεία με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο ServQual, ενώ η επεξεργασία περιελάμβανε και την εφαρμογή AHP. Στην συγκεκριμένη εργασία, διερευνάται εάν και κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς στο σύστημα υγείας της Τουρκίας. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός χρησιμοποιείται το εργαλείο ServQual στο οποίο έχουν προσαρμοστεί οι ερωτήσεις στο σκεπτικό του ερευνητή. Τα αποτελέσματα του τεστ σταθμίζονται με τη βοήθεια της Αναλυτικής Ιεραρχικής Διαδικασίας (AHP), στηριζόμενοι στη γνώση των ειδικών. Τα αποτελέσματα εδώ, έδειξαν ότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να εστιαστούν σε τρεις από τις πέντε κατηγορίες του ServQual (εμπάθεια, επαγγελματισμός και αξιοπιστία) έτσι ώστε να παρέχουν ικανοποιητικές και ποιοτικές υπηρεσίες.

Ο Kilbourne et al. (2004) συνέκριναν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται σε μακροχρόνια ασθενείς σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο. Ειδικότερα, δόθηκαν ερωτηματολόγια ServQual σε 195 μακροχρόνια ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε δέκα κέντρα στις Η.Π.Α. και 99 μακροχρόνια ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονταν σε 15 κέντρα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιείται ένα τροποποιημένο μοντέλο ServQual (το οποίο δίνεται στο

παράρτημα), σε επταβάθμια κλίμακα Likert, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μεταξύ ΗΠΑ και Ηνωμένου Βασιλείου. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε πολύπλοκες στατιστικές αναλύσεις όπως AGFI, TLI, GFI κ.α. Τελικώς, συμπέραναν ότι θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα νέο μέσο καταγραφής της ποιότητας υγείας για συγκρίσεις μεταξύ των κρατών και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται το ServQual.

Οι Purcarea et al. (2013) προκειμένου να ερευνήσουν τις απόψεις των γυναικών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη Ρουμανία, απέστειλαν 1000 ερωτηματολόγια ServQual, με πενταβάθμια κλίμακα Likert, στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις γυναικών οι οποίες ήταν εγγεγραμμένες σε δικτυακό γυναικολογικό τόπο και από αυτές τελικώς, επέστρεψαν συμπληρωμένα 208 ερωτηματολόγια. Ο σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς σε γυναικολογική κλινική στο Βουκουρέστι από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν. Η αξιοπιστία των δεδομένων των 22 ερωτήσεων για τις προσδοκίες, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη διαφορά προσδοκιών-παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία καταδεικνύει την ποιότητα, αξιολογήθηκε με τον Cronbach's alpha συντελεστή, ενώ η κλίμακα του ServQual ελέγχθηκε με την Factor ανάλυση. Μέσα από τη σχετική ανάλυση παρουσιάστηκαν σημαντικά κενά σε δυο από τις πέντε διαστάσεις του τεστ.

Οι Choi et al (2004) διερεύνησαν το κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από το σύστημα υγείας της Κορέας, χρησιμοποιώντας το εργαλείο ServQual με την επταβάθμια κλίμακα του Likert, σε ένα δείγμα 537 ασθενών. Η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε αποτελείται από την εφαρμογή της Factor Analysis για να διαπιστωθεί α) εάν κάποιοι παράγοντες συνδέονται, β) διαγραφή όσον παραγόντων είχαν χαμηλά σκορ, γ) εκτίμηση της συνέπειας των αποτελεσμάτων έγινε με βάση τον συντελεστή Cronbach's α . Η έρευνα κατέδειξε τη σημασία τόσο της ποιότητας όσο και της τιμής στην ικανοποίηση των πελατών.

Οι Pansiri & Mmerekı (2010) προκειμένου να διερευνήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας νοσοκομείων και κλινικών στη Μποτσουάνα μοίρασαν τυχαία 200 ερωτηματολόγια τύπου ServQual, με επταβάθμια κλίμακα Likert, σε νοσοκομεία και κλινικές της πρωτεύουσας από τα οποία τελικών συμπληρώθηκαν τα 151. Για κάθε μια από τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση, ενώ η εκτίμηση της συνέπειας των αποτελεσμάτων, έγινε με βάση τον συντελεστή Cronbach's α . Τα κενά στην ποιότητα των υπηρεσιών αναγνωρίστηκαν από την διαφορά μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Με βάση την στατιστική ανάλυση καταδείχτηκε ότι, οι τελευταίες παρεμβάσεις στο δημόσιο σύστημα υγείας ανέβασαν την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι Suki et al (2009) προκειμένου να διαπιστώσουν εάν οι άνθρωποι είναι πιο σημαντικοί από τις υποδομές και τις εγκαταστάσεις, στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, διαμοίρασαν σε τρεις ιδιωτικές κλινικές (από τις 132 τις περιοχής Klang Valley) 200 ερωτηματολόγια με τυχαία επιλογή μεταξύ των ασθενών, από τα οποία τα 191 τελικώς συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς. Τόσο για τις προσδοκίες, όσο και για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, υπολογίστηκε η συνέπεια των αποτελεσμάτων με βάση τον συντελεστή Cronbach's α , ενώ η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπολογίστηκε από τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι πελάτες είχαν πολύ μεγάλες απαιτήσεις και ότι ο ανθρώπινος παράγοντας είναι πιο σημαντικός από τις υποδομές.

Οι Lass και Brinsden (2001) διενήργησαν έρευνα σχετικά με τη διαδικασία επιλογής της κλινικής, για τεχνητή γονιμοποίηση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σε χρονικό διάστημα επτά μηνών (Σεπ. 1999 – Μαρ. 2000) διαμοίρασαν στους 370 νεοεισερχόμενους της κλινικής Bourn Hall Clinic της Αγγλίας ερωτηματολόγια ServQual, με πενταβάθμια κλίμακα Likert, από τα οποία τελικά συμπληρώθηκαν 175. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε τη χρησιμοποίηση στατιστικών τεστ Student t-test, χ^2 test και Mann-Whitney U-test, από τα οποία προέκυψε ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην επιλογή μιας κλινικής τεχνητής γονιμοποίησης είναι το ποσοστό επιτυχίας.

Οι Doran and Smith (2004) προκειμένου να εκτιμήσουν την ποιότητα ενός από τους κορυφαίους ομίλους, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες σχετικές με τις τροφικές διαταραχές, μοίρασαν 45 ερωτηματολόγια βασισμένα στο ServQual, με επταβάθμια κλίμακα Likert, σε άτομα τα οποία παρακολούθησαν μαθήματα σχετικά με τις τροφικές διαταραχές μεταξύ Απριλίου 2002 και Μαρτίου 2003, από τον παροχέα υπηρεσιών σχετικών με τις τροφικές διαταραχές στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων βασιζόταν στη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ δεν χρησιμοποιήθηκε κάποιο στατιστική τεκμηρίωση για την έρευνα παρά μόνο περιγραφική στατιστική. Στο παράρτημα της εργασίας παρουσιάζεται το σχετικό εργαλείο.

Οι Rincon-Gomez et al. (2001) διερεύνησαν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας την οποία ελάμβαναν πολύ-παθολογικοί ασθενείς τρίτης ηλικίας, σε τέσσερα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχικά, από τους 62,702 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στα κέντρα υγείας, διαχωρίστηκαν τα άτομα της τρίτης ηλικίας με τουλάχιστον δυο επισκέψεις. Από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού του δείγματος, το οποίο ανέρχονταν σε 662 άτομα, έγιναν συνεντεύξεις ServQual, πενταβάθμιας κλίμακας Likert, σε 461 ασθενείς που αντιστοιχούσε στο 69% των 662 ατόμων. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε πολύπλοκες αναλύσεις όπως χ^2 , το Fisher exact test, Student's t-

test, ANOVA, Tukey and Dunnett post hoc, Mann–Whitney U-test and the Kruskal–Wallis σε περίπτωση κατά την οποία οι ποσοτικές μεταβλητές δεν ήταν κατανομημένες ομαλά. Τελικώς, οι σημαντικοί δείκτες για το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα υγείας οι ασθενείς, ήταν κυρίως η εμπάθεια στον οικογενειακό γιατρό και η σημασία της φυσικής παρουσίας της νοσοκόμας.

Οι Shu-Ping et al. 2011 προκειμένου να διερευνήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τους παρόχους υγείας στο σπίτι, στην Ταιβάν, μεταξύ Απριλίου – Ιουνίου 2007, διένειμαν 526 ερωτηματολόγια ServQual με πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε ασθενείς από τους οποίους το 31.6% τα επέστρεψε συμπληρωμένα. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποιο στατιστικό μέτρο το οποίο να δείχνει ότι το 31.6% του πληθυσμού είναι αρκετό για να βγουν συμπεράσματα και αν θα μπορούσαν να προκύψουν τα ίδια συμπεράσματα χρησιμοποιώντας στατιστικές μεθόδους σε μικρότερο πληθυσμό. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε περιγραφική στατιστική, χ^2 , υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης του Pearson, t τεστ και ανάλυση της διακύμανσης. Μέσω των παραπάνω στατιστικών εργαλείων, αναλύθηκαν οι διαφορές μεταξύ προσδοκιών και παρεχομένων υπηρεσιών. Η έρευνα κατέδειξε ότι, η συνολική απόδοση των παρόχων υγείας στο σπίτι, είναι υψηλότερη από τις προσδοκίες. Ασθενείς μεγαλύτεροι των 30 ετών με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έδειχναν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ταιβάν. Τα τέσσερα θέματα τα οποία έχρηζαν βελτίωσης, ήταν α) Οι οικιακές νοσοκόμες θα πρέπει να δίνουν λεπτομερείς περιγραφές των υπηρεσιών τους β) Οι οικιακές νοσοκόμες θα πρέπει να παρέχουν πληροφόρηση για τις ασθένειες γ) Οι οικιακές νοσοκόμες θα πρέπει να εκτελούν τις υποσχόμενες ενέργειες και δ) Οι οικιακές νοσοκόμες θα πρέπει ενεργά να ερωτούν για τις συνθήκες των ωφελούμενων και τις ανάγκες τους.

Οι Kebriaei και Akbari (2006) προκειμένου να ερευνήσουν την ποιότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην επαρχία Kashan του Ιράν, κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών του 2002, διένειμαν 324 ερωτηματολόγια τύπου ServQual, με πενταβάθμια κλίμακα Likert, με απλή τυχαία δειγματοληψία σε γυναίκες ασθενείς των πρωτοβάθμιων κέντρων. Η αξιοπιστία των απαντήσεων ελέγχθηκε μέσω του στατιστικού Cronbach's alpha coefficient, όπου μια τιμή μεγαλύτερη από 0.60 θεωρείται ικανοποιητική. Το τεστ του Wilcoxon (z) χρησιμοποιήθηκε για να συγκριθούν οι κατανομές των προσδοκιών και των παρεχομένων υπηρεσιών, ενώ τα κενά στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών αναγνωρίστηκαν από τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και παρεχομένων υπηρεσιών. Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ προσδοκιών και παρεχομένων υπηρεσιών, ενώ η ανταπόκριση, η αξιοπιστία και η ασφάλεια είναι οι τρεις πιο σημαντικές παράμετροι.

Ο Baldwin (2014) προκειμένου να διαπιστώσει εάν έχει υπάρξει ποιοτική πρόοδος στο Αυστραλιανό σύστημα υγείας, μεταξύ 2002 και 2012, επανέλαβε μια έρευνα η οποία διενεργήθηκε το 2002 στο ίδιο πληθυσμό. Σε σχέση με το 2002, στην έρευνα του ανταποκρίθηκε μόλις το 21% των ερωτώμενων, ενώ δεν υπήρχε κάποια στατιστική ανάλυση η οποία να εξηγήει εάν το ποσοστό αυτό ήταν επαρκές. Η στατιστική του ανάλυση περιελάμβανε τη συγκέντρωση των εντοπισμένων κενών στις 22 ερωτήσεις του ServQual, διαχρονικά (2002-2012) και την αποτύπωση τους σε διάγραμμα. Διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας όπως το αντιλαμβάνονταν οι ασθενείς είχε βελτιωθεί σημαντικά στο πέρας των 13 ετών, ωστόσο, υπήρχαν αρκετά πεδία στα οποία θα μπορούσαν να γίνουν βελτιώσεις π.χ. ο οδοντίατρος δεν παρείχε τις σωστές υπηρεσίες την πρώτη φορά.

Ο Li-Hsing et al. (2015) προκειμένου να διαπιστώσουν την ποιότητα του ιαματικού τουρισμού στην Ταϊβάν, διένειμαν 200 ερωτηματολόγια με απλή τυχαία δειγματοληψία στους ασθενείς τριών κέντρων παροχής υπηρεσιών της Ταϊβάν, ενώ τελικώς συμπληρώθηκαν τα 150 ερωτηματολόγια. Ωστόσο, δεν υπήρχε στατιστική τεκμηρίωση σχετικά με την επιλογή των 200 ερωτηματολογίων, τύπου ServQual σε επταβάθμια κλίμακα, για τις ανάγκες της έρευνας. Στην εργασία παρατίθενται οι 22 ερωτήσεις του ServQual, ενώ η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων βασίζεται στη λογική Fuzzy. Με βάση την έρευνα τους, διαπιστώθηκε ότι, οι πέντε πιο σημαντικές υπηρεσίες όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας του ιαματικού τουρισμού στην Ταϊβάν κατά φθίνουσα σειρά είναι α) η δυνατότητα να παρέχονται αξιόπιστες υπηρεσίες β) οι διευκολύνσεις σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες που παρέχονται γ) το εγκάρδιο και ευγενικό προσωπικό το οποίο δημιουργεί μια αίσθηση εμπιστοσύνης στον καταναλωτή, ο επαγγελματισμός των νοσοκόμων και η αξιοπιστία των υπηρεσιών.

Η Ugolini (2009) εμπνευσμένη από το μοντέλο ServQual, πρότεινε ένα μεθοδολογικό εργαλείο το οποίο θα εμπεριείχε τα στάνταρντ του νοσοκομείου (υποσχέσεις), σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σε ασθενείς οι οποίοι υπέφεραν από εγκεφαλικά σε νοσοκομείο της Καλαβρίας. Ωστόσο, δεν διαμοιράστηκαν ερωτηματολόγια, αλλά απλώς προτάθηκε ένα νέο πλαίσιο σχετικό με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και δεν πραγματοποιήθηκε οποιαδήποτε στατιστική ανάλυση.

Ο Manulik et al. (2016) προκειμένου να διερευνήσουν εάν υπάρχουν διαφορές στις υπηρεσίες ποιότητας υγείας, μεταξύ ενός δημοσίου και ενός ιδιωτικού κέντρου καταπολέμησης των αλλεργιών στην Πολωνία, χορήγησαν σε 412 ασθενείς ερωτηματολόγια ServQual, με πενταβάθμια κλίμακα Likert, μεταξύ των ετών 2013-2015. Ωστόσο, δεν υπήρξε στατιστική τεκμηρίωση για το εάν επαρκούσαν τα 412 ερωτηματολόγια. Η στατιστική ανάλυση βασίστηκε στη διαφορά μεταξύ

προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών η οποία εκφράζει την ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ οι θετικές τιμές του ServQual καταδεικνύουν την ικανοποίηση των πελατών και οι αρνητικές τιμές, τη δυσαρέσκεια. Επιπρόσθετα, η ποιότητα των υπηρεσιών αναλύθηκε περαιτέρω μέσω των στατιστικών tests Shapiro–Wilk, The Mann–Whitney U-test, Pearson’s chi-square, Fisher’s exact test, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών εκτιμήθηκαν με τον συντελεστή του Spearman. Με βάση τις αναλύσεις, προέκυψε ότι, οι ασθενείς του ιδιωτικού κέντρου φάνηκαν να είχαν υψηλότερες προσδοκίες όσον αφορά τον εξοπλισμό, ενώ οι ασθενείς του δημόσιου κέντρου προσδοκούσαν καλύτερες επαφές με το ιατρικό προσωπικό.

Ο Al-Momani (2016) προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο King Saud του Ρυαντ, της Σαουδικής Αραβίας, 1500 θέσεων, διενέργησε έρευνα με ερωτηματολόγια τύπου ServQual, μεταξύ 25 Νοεμβρίου και 3 Φεβρουαρίου του 2012, σε δείγμα 432 ασθενών, οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί για τουλάχιστον τρεις ημέρες στο νοσοκομείο. Λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος του νοσοκομείου, δεν τεκμηριώνεται στατιστικά ότι το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν επαρκές έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι στατιστικώς σημαντικά. Αρχικά, υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι για κάθε ερώτηση των προσδοκιών, των παρεχόμενων υπηρεσιών και της διαφοράς μεταξύ προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών. Η στατιστικές διαφορές μεταξύ του μέσου όρου προσδοκιών και παρεχόμενων υπηρεσιών υπολογίστηκαν με βάση το test t με επίπεδο σημαντικότητας 0.05. Η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των δημογραφικών δεδομένων αναλύθηκε χρησιμοποιώντας την ανάλυση ANOVA και το test t με επίπεδο σημαντικότητας 0.05. Η ανάλυση της αποτύπωσης των κενών, έγινε ανά διάσταση σε ένα διάγραμμα, οι πέντε ερωτήσεις του ServQual με τα υψηλότερα και χαμηλότερα σκορ, όσον αφορά τις προσδοκίες, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα σημαντικά κενά στην ποιότητα των υπηρεσιών, αλλά και το κενό στην ποιότητα ανάλογα με το φύλλο, το εισόδημα, την ηλικία κλπ. Με βάση τις διαφορές προσδοκιών και προσφερόμενων υπηρεσιών αναγνωρίστηκαν κενά στις νοσηλευτικές υπηρεσίες και στις πέντε διαστάσεις του ServQual, τα οποία σε φθίνουσα σειρά ήταν -1.71 η ανταπόκριση (responsiveness), -1.48 η αξιοπιστία (reliability), -1.36 η απτότητα (tangibles), -1.26 η ασφάλεια (assurance) και -0.96 η εμπάθεια (empathy). Τέλος, στα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι, οι ασθενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρείχαν οι νοσοκόμες.

Οι Macharia and Maroa (2014) προκειμένου να διερευνήσουν εάν βελτιώνεται η ποιότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων, στο Ναϊρόμπι μέσα από την υιοθέτηση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων, διένειμαν ερωτηματολόγια τύπου ServQual σε 600 εργαζόμενους των νοσοκομείων. Ο αριθμός των 600 εργαζομένων προέκυψε επιλέγοντας δέκα νοσοκομεία και ερωτώντας το 10%

του προσωπικού τους. Η αξιοπιστία των απαντήσεων ελέγχθηκε με βάση τον συντελεστή Cronbach's Alpha ενώ εφαρμόστηκε μια παραλλαγή της Factor ανάλυσης με περιστροφή Varimax έτσι ώστε να προκύψει ένα μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης το οποίο να αποτυπώνει την πρόθεση υιοθέτησης σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων σε σχέση με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους κατέδειξαν ότι η ανταπόκριση (responsiveness), η αξιοπιστία (reliability) και η υπευθυνότητα (Responsibility) έχουν σημαντική επίδραση στην επιτυχή υιοθέτηση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων.

Ο Pramanik (2016) προκειμένου να διαπιστώσει εάν υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα της υγείας μεταξύ αστικών και γεωργικών νοσοκομείων της Ινδίας, μοίρασε 368 ερωτηματολόγια σε πρόσφατα νοσηλευθέντες ασθενείς. Ωστόσο, δεν τεκμηριώνεται στατιστικά ότι το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν επαρκές έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι στατιστικώς σημαντικά. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha, έτσι ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία των απαντήσεων, τη χρήση περιγραφικών στατιστικών για την αξιολόγηση των απαντήσεων και την εφαρμογή του τεστ ταξινόμησης του Friedman. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι και στις πέντε κλίμακες του ServQual η ποιότητα των υπηρεσιών είναι αρνητική, όπως αυτή υπολογίζεται, ως μέσος όρος της διαφοράς των κενών για τις πέντε διαστάσεις του ServQual, τόσο στα αστικά όσο και στα αγροτικά νοσοκομεία. Συνολικά η υπηρεσία βαθμολογείται αρνητικά, ενώ η ποιότητα των αστικών νοσοκομείων είναι καλύτερη από τα αγροτικά νοσοκομεία.

Ο Ramanujam (2012) προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε τρία νοσοκομεία του Hyderabad διένειμε 100 ερωτηματολόγια σε κάθε νοσοκομείο. Ωστόσο, όπως και ο ίδιος ομολογεί, επειδή ο πληθυσμός ήταν πολύ μεγάλος επιλέχθηκε από τον ίδιο, επειδή των εξυπηρετούσε, να διαμοιραστούν από 100 ερωτηματολόγια με απλή τυχαία δειγματοληψία. Στην έρευνα παρατίθεται το ερωτηματολόγιο τύπου ServQual, ενώ η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε δυο επίπεδα α) μελέτη του μέσου όρου των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση για κάθε νοσοκομείο και σύγκριση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία β) σύγκριση του μέσου όρου των απαντήσεων κάθε ερώτησης με τον σταθμισμένο μέσο όρο των τριών νοσοκομείων. Η ανάλυση κατέδειξε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας χρειάζεται βελτίωση, ειδικά όσον αφορά την απτότητα και ακολούθως την ανταπόκριση και την αξιοπιστία. Επιπρόσθετα, η έρευνα κατέδειξε τη σημασία τόσο της ποιότητας όσο και της τιμής στην ικανοποίηση των πελατών.

Ο Vassiliadis et al. (2014) προκειμένου να διερευνήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο νοσοκομείο της Κατερίνης, διένειμαν ερωτηματολόγια τύπου ServQual, σε εκατό νοσηλευθέντες ασθενείς του νοσοκομείου της Κατερίνης, μεταξύ 01 Νοεμβρίου και 31 Δεκεμβρίου 2010. Ο πληθυσμός των 100 ερωτηματολογίων δεν τεκμηριώνει ότι ήταν επαρκής, αλλά τέθηκε

από το συγγραφέα γιατί τον εξυπηρετούσε. Μέσα από την ανάλυση Kano αναδείχθηκε το μέγεθος της ικανοποίησης και το μέγεθος της δυσαρέσκειας, ως αποτέλεσμα μιας μαθηματικής ανάλυσης με πρωτοβάθμια εξίσωση των πέντε διαστάσεων του ServQual. Στην εργασία παρατίθενται οι 22 ερωτήσεις του ServQual, ενώ διαπιστώνεται ότι το κυριότερο πρόβλημα το οποίο παρατηρείται αφορά την ποιότητα του εξοπλισμού.

Η Χαραυγή (2011) προκειμένου να διερευνήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε μια Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ενός κέντρου υγείας (ΚΥ) αγροτικής περιοχής της ελληνικής περιφέρειας χρησιμοποίησε το μοντέλο SERVQUAL με πενταβάθμια κλίμακα Likert για τις μεταβλητές. Η έρευνα διεξήχθη από τον Μάιο έως τον Ιούλιο 2010, σε δείγμα 383 ασθενών το οποίο αναλογεί στο 4,6% των ασθενών που είχαν εξυπηρετηθεί από το Κέντρο Υγείας σε ένα χρόνο. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε την ανάλυση της αξιοπιστίας των απαντήσεων με βάση το συντελεστή Cronbach's alpha, την περιγραφική στατιστική των απαντήσεων στις ερωτήσεις και την ανάλυση της διακύμανσης, ενώ δεν ελήφθησαν υπόψη τα δημογραφικά στατιστικά στα αποτελέσματα της εργασίας.

Οι Παπαδακη και Σφακιανακη (2015) διερεύνησαν την ποιότητα των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την πλευρά των χρηστών με ερωτηματολόγιο τύπου ServQual, με πενταβάθμια κλίμακα Likert, σε ασθενείς ενός κέντρου υγείας. Ο στατιστικός έλεγχος περιελάμβανε τη χρήση του t τεστ για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας. Με βάση την ανάλυση των ερωτηματολογίων πρόέκυψε ότι οι σχέσεις του προσωπικού με τους κατοίκους της περιοχής ήταν άρτιες και χαρακτηρίζονταν από αμεσότητα και καθημερινή προσωπική επαφή. Το επάγγελμα και το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να μην επηρέασαν τη θετική άποψη των κατοίκων για τις υπηρεσίες που προσφέρει το προσωπικό, ενώ εκείνο που τους προβλημάτιζε ήταν η υλικοτεχνική υποδομή της συγκεκριμένης δομής. Πίστευαν πως οι εγκαταστάσεις, τα κτίρια και ο εξοπλισμός ήταν ένα μέρος του Κέντρου Υγείας που μπορούσαν να δεχτούν βελτίωση, καθώς δε, κάλυπταν πλήρως τις επιθυμίες των ασθενών – επισκεπτών.

2.7 Συμπεράσματα

Ανακεφαλαιώνοντας, σχετικά με το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, την επίδραση της Οικονομικής Κρίσης σε αυτό και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» διαπιστώνεται ότι:

- Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα είναι πολύ-διασπασμένο σε κεντρικές υπηρεσίες, υγειονομικές Περιφέρειες, Νομαρχιακές υπηρεσίες και πολλαπλούς εθνικούς οργανισμούς δημόσιας υγείας.

- Ο παραπάνω κατακερματισμός έχει ως συνέπεια να περιπλέκονται οι αρμοδιότητες μεταξύ των φορέων και να δυσκολεύει η διοίκηση, ο έλεγχος των δαπανών, των αποτελεσμάτων και των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Ένα μικρό ποσοστό μόνο, των κατοίκων, θεωρούν ότι το σύστημα υγείας προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας
- Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης βλέπουμε ότι η ποιότητα ζωής των Ελλήνων έχει χειροτερεύσει σημαντικά
- Έχουν κάνει την εμφάνιση τους προβλήματα υγείας τα οποία τα συναντώνταν κυρίως στην Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη, όπως μεγάλη συχνότητα των καρδιαγγειακών επεισοδίων κ.α.
- Η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας έχει ως αποτέλεσμα την επιτακτική ανάγκη της ποιοτικής αναβάθμισης των υπηρεσιών
- Η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών σχετίζεται με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών
- Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τη μείωση των γεννήσεων αποτελεί μια πραγματική βόμβα στα θεμέλια της κοινωνίας, ενώ οι διαστάσεις του προβλήματος θα αποκαλυφθούν τα επόμενα χρόνια και ίσως είναι κατά πολύ μεγαλύτερες από την παρούσα οικονομική κρίση
- Το πρόγραμμα ΒΣΣ αφορά στην περίθαλψη της ολοένα και μεγαλύτερης τάξης των ατόμων τρίτης ηλικίας, κυρίως και των ΑμΕΑ
- Το πρόγραμμα ΒΣΣ είναι το μοναδικό πρόγραμμα στην Ελλάδα, το οποίο εξυπηρετεί ευπαθείς κοινωνικές ομάδες κατ' οίκων
- Η ανάλυση SWOT η οποία πραγματοποιήθηκε κατέδειξε τα δυνατά και αδύνατα σημεία του προγράμματος, καθώς επίσης, τις ευκαιρίες και τις απειλές που το συνοδεύουν

Συνοψίζοντας, σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ευπαθών ομάδων, διαπιστώνεται ότι κατατίθενται προτάσεις βελτίωσης της ποιότητας με βάση:

- Την ατομική εμπειρία (Willison and Andrews, 2005)
- Τις αναλύσεις των συνεντεύξεων του υγειονομικού προσωπικού (Peckover and Clidlaw, 2007, McMillan et al., 2016)
- Την τηλεφωνική έρευνα των ασθενών (GAL and DORON, 2007)
- Τη διανομή ερωτηματολογίων, τα οποία όμως δεν ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη προδιαγραφή, και ανάλυση παλινδρόμησης logistic regression είτε πολλαπλής

παλινδρόμησης (Lahana et al, 2010, Aguilar-Palacio et al., 2012, Bergh et al., 2007, Σταυροπουλος, 2009, Σεργίου, 2014, Trani et al., 2010, Dias et al, 2011, Eisen κ.α)

- Την περιγραφική στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων (Rhodes et al., 2003)
- Τη χρήση εξειδικευμένων ερωτηματολογίων και στατιστικών συσχετίσεων (Κιπένης, 2007, Miasso et al, 2017)
- Τη στατιστική σύγκριση δυο ομάδων, χρησιμοποιώντας το στατιστικό χ^2 Pearson (Wieland et al., 2012)

Συνοψίζοντας, σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, προκύπτει ότι:

- Σε όλες τις Δυτικές χώρες παρατηρείται αύξηση τόσο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας όσο και του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας
- Η παροχή ποιοτικής ιατρικής περίθαλψης είναι κοινή απαίτηση όλων των λαών
- Η ποιότητα είναι μια έννοια με πολλούς διαφορετικούς ορισμούς και ερμηνείες
- Η υπηρεσία θα πρέπει να παρέχεται σε σωστό χρόνο, με ορθό τρόπο και να παράγεται το καλύτερο αποτέλεσμα λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης
- Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών θα πρέπει αρχικά να αναγνωριστούν τα σφάλματα και το μέγεθος των αποκλίσεων
- Είναι πρωταρχικής σημασίας η αναγνώριση των κενών που υπάρχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας, για να μελετηθούν έτσι ώστε να σχεδιαστεί η καλύτερη λύση κατά περίπτωση
- Ο Parasuraman et al. (1985), μετά από έρευνα, καθόρισε τις πέντε κύριες διαστάσεις της ποιότητας
- Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διασφαλίζει τη βιωσιμότητα και κερδοφορία των υπηρεσιών υγείας
- Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, υπολογίζεται κυρίως από τη διαφορά μεταξύ παρεχόμενων με προσδοκώμενων υπηρεσιών υγείας και αναφέρεται ως απόκλιση τύπου 5.

Σχετικά με τις έρευνες στην υγεία, με βάση το ερωτηματολόγιο ServQual, προέκυψε ότι:

- Στο σύνολο των εργασιών χρησιμοποιούνται τα 22 ζευγάρια των ερωτήσεων του ServQual
- Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε πενταβάθμια (Papanikolaou και Zygiaris, 2012), επταβάθμια κλίμακα (Butt και De Run, 2010) και σπάνια εννιαβάθμια κλίμακα (Youssef, 1996) Likert. Ωστόσο, για τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται η πενταβάθμια κλίμακα Likert (Rincon-Gomez et al., 2001)
- Πολλές φορές οι απαντήσεις στις 22 ερωτήσεις του ServQual, σχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία (Papanikolaou και Zygiaris, 2012)
- Συχνά ερευνάται σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν οι υψηλότερες και χαμηλότερες προσδοκίες, σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν οι υψηλότερες και χαμηλότερες παρεχόμενες υπηρεσίες (Curry και Sincler, 2002)
- Τα κενά μεταξύ ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να αναγνωριστούν από τη διαφορά των μέσων όρων μεταξύ προσδοκιών και αντίληψης των παρεχομένων υπηρεσιών στις παραπάνω 22 ερωτήσεις (Youssef, 1996)
- Η εγκυρότητα των δεδομένων, στο σύνολο των εργασιών, ελέγχεται με τον συντελεστή α του Chronbach (Purcarea et al., 2013)
- Για τον προσδιορισμό των διαφορών μεταξύ προσδοκιών και της αντίληψης των παρεχομένων υπηρεσιών σε σχέση με τους δημογραφικούς παράγοντες χρησιμοποιούνται κυριώς στατιστικά μέτρα όπως η απλή ανάλυση ANOVA (Papanikolaou και Zygiaris, 2012), η Factor Analysis (Butt και De Run, 2010), Student t-test, χ^2 test και Mann-Whitney U-test (Lass και Brinsden, 2001) και λιγότερο εξειδικευμένες μέθοδοι όπως η Αναλυτική Ιεραρχική διαδικασία (Büyükožkan et al., 2011), η ανάλυση Fuzzy (Li-Hsing et al., 2015) οι πολύπλοκες στατιστικές αναλύσεις όπως AGFI, TLI, GFI (Kilbourne et al., 2004)
- Χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman για να συσχετιστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις με τα δημογραφικά στοιχεία (Pakdil και Harwood, 2005)
- Σε αρκετές έρευνες χρησιμοποιείται μόνο περιγραφική στατιστική για την εξαγωγή των συμπερασμάτων (Doran and Smith, 2004; Χαραυγή, 2011)
- Σε αρκετές εργασίες της παρούσας ανασκόπησης παρατίθενται αυτούσιες οι 22 ερωτήσεις του ServQual (Youssef, 1996; Lam, 1997; Choi et al, 2004; Kilbourne et al., 2004; Kebriaei and Akbari., 2006; Suki et al., 2009; Butt και De Run, 2010; Pansiri & Mmereki R., 2010; Ramanujam, 2012; Li-Hsing et al., 2015)

Κεφάλαιο Τρίτο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει τρεις ενότητες, οι οποίες αποτελούνται από την οριοθέτηση του σκοπού και των στόχων της έρευνας, την ανάλυση του σχεδιασμού της μελέτης καθώς και τις ηθικές προεκτάσεις και τους περιορισμούς της έρευνας. Η οριοθέτηση του σκοπού και των στόχων της παρούσης διατριβής θα συμβάλει στην αναγνώριση των τυχόν κενών στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος ΒΣΣ, ενώ στην ίδια ενότητα παρουσιάζεται η βασική ερευνητική υπόθεση, συμπληρωματικά ερευνητικά ερωτήματα και οι επιπρόσθετες υποθέσεις εργασίας. Η δεύτερη ενότητα της μεθοδολογίας περιλαμβάνει την περιγραφή του πληθυσμού που αφορά η παρούσα διατριβή, τη μέθοδο συλλογής δεδομένων, την περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου, την αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τον υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος και τη στατιστική ανάλυση, την επεξεργασία των δεδομένων και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Τέλος, η ενότητα αφορά τις ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της εν λόγω έρευνας.

3.1 Σκοπός και στόχοι

3.1.1 Σκοπός - Στόχοι της Έρευνας

Ο στόχος της έρευνας είναι να αποκαλύψει, για πρώτη φορά, τα τυχόν κενά στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών του προγράμματος ΒΣΣ, μέσα από κατάλληλη στατιστική ανάλυση των διαφορών που απαντώνται μεταξύ προσφερόμενων και προσδοκώμενων υπηρεσιών. Η αναγνώριση των κενών θα συμβάλει στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας, μιας και εφόσον ταυτοποιηθούν οι ελλείψεις είναι δυνατό να γίνουν οι κατάλληλες προτάσεις οι οποίες αναμένεται να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Ξεκινώντας την έρευνα από την ιδέα ότι, η ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του προγράμματος έχει πολύπαραγοντικά αίτια, συμπεριλαμβανομένων: την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο. Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία αναμένονται να απαντηθούν με την εκπόνηση της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής είναι τα ακόλουθα:

Βασική Ερευνητική Υπόθεση

H₁: Υποθέτουμε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων του. Η βασική ερευνητική υπόθεση στην πλειονότητα των εργασιών που χρησιμοποιούν το ServQual αφορά την αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από την πλευρά των ασθενών, Ενδεικτικά, ο αναγνώστης μπορεί να συμβουλευτεί τις εργασίες των Curry και Sincler (2002), Youssef, (1996) κ.α.

Συμπληρωματικές Υποθέσεις Εργασίας:

Σε πολλές έρευνες οι οποίες χρησιμοποιούν το ServQual διαπιστώνεται, η διεύρυνση της συσχέτισης των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου πληθυσμού, με την ποιότητα του προγράμματος (Youssef, 1996; Shu-Ping et al., 2011; Papanikolaou και Zygiaris, 2012; Al-Momani, 2015)

Ipg2: Υποθέτουμε ότι η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα 80+ αισθάνεται περισσότερο ικανοποιημένη από την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος όπως αυτή εκφράζεται από τις πέντε διαστάσεις του ServQual. Ο Youssef, (1996), οι Shu-Ping et al. (2011), οι Papanikolaou και Zygiaris, 2012 κ.α. διερεύνησαν την επίδραση της ηλικίας ως προς την ικανοποίηση των ασθενών από την υπηρεσία με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου ServQual.

Ipg3: Υποθέτουμε ότι η οικογενειακή κατάσταση παίζει έναν σημαντικό ρόλο ως προς το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος όπως αυτή εκφράζεται από τις πέντε διαστάσεις του ServQual. Ο Al-Momani (2015) με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου ServQual, διερεύνησε εάν η οικογενειακή κατάσταση παίζει ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών.

Ipg4: Υποθέτουμε ότι η οικονομική κατάσταση παίζει έναν σημαντικό ρόλο ως προς το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος όπως αυτή εκφράζεται από τις πέντε διαστάσεις του ServQual. Ο Pramanik (2016) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης και επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών μέσω του εργαλείου ServQual.

Ipg5: Υποθέτουμε ότι το μορφωτικό τους επίπεδο (επίπεδο εκπαίδευσης) παίζει έναν σημαντικό ρόλο ως προς το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος όπως αυτή εκφράζεται από τις πέντε διαστάσεις του ServQual. Ο Shu-Ping et al. (2011), οι Papanikolaou και Zygiaris (2012) κ.α. διερεύνησαν την επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου ως προς το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από την υπηρεσία.

Ipg6: Υποθέτουμε ότι το φύλο παίζει έναν σημαντικό ρόλο ως προς το συνολικό αίσθημα ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος όπως αυτή εκφράζεται από τις πέντε διαστάσεις του ServQual. Οι Papanikolaou και Zygiaris (2012), ο Al-Momani (2015) κ.α. διερεύνησαν μέσω του ServQual, την επίδραση του φύλου σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετες Υποθέσεις Εργασίας:

Υποθ1: Υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διάστασης της **αξιοπιστίας της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Όσο περισσότερο αξιόπιστη, με ακρίβεια και χωρίς χρονικές καθυστερήσεις είναι η ικανότητα του οργανισμού να εκτελεί την υπηρεσία που έχει συμφωνηθεί, τόσο θα αυξάνει ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Οι Kebriaei και Akbari (2006), ο Pramanik (2016) κ..α. διερεύνησαν, επίσης, τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τις πέντε διαστάσεις του ServQual.

Υποθ2: Υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διάστασης της **ανταπόκρισης της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Δηλαδή, όσο πιο έκδηλη είναι η επιθυμία του προσωπικού να ανταποκριθεί στις ανάγκες των χρηστών, τόσο θα αυξάνει ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Οι Kebriaei και Akbari (2006); ο Büyüközkan et al. (2011); ο Pramanik (2016) κ..α. επίσης, διερεύνησαν τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τις πέντε διαστάσεις του ServQual.

Υποθ3: Υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διάστασης της **ασφάλειας της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη εμπνέει το προσωπικό, με βάση τις γνώσεις, τις εμπειρίες, την εκπαίδευση και τις ικανότητες του, τόσο θα αυξάνει ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Οι Kebriaei και Akbari (2006); ο Büyüközkan et al. (2011); ο Pramanik (2016) κ..α. επίσης, διερεύνησαν τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τις πέντε διαστάσεις του ServQual.

Υποθ4: Υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διάστασης της **Συναισθηματικής Κατανόησης του προσωπικού** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Δηλαδή: όσο πιο εξατομικευμένη είναι η παροχή των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, τόσο θα αυξάνει ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Οι Kebriaei και Akbari (2006); ο Büyüközkan et al. (2011); ο Pramanik (2016) κ..α. επίσης, διερεύνησαν τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τις πέντε διαστάσεις του ServQual.

Υποθ5: Υπάρχει μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της διάστασης της **Απτότητας της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Δηλ.: όσο χειρότερος είναι ο πάγιος εξοπλισμός, οι διατιθέμενοι χώροι, οι υποδομές, η εικόνα προσωπικού κ.λ.π., τόσο θα μειώνεται ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Οι Kebriaei και Akbari (2006); ο Büyüközkan et al. (2011); ο Pramanik (2016) κ..α. επίσης, διερεύνησαν τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών με τις πέντε διαστάσεις του ServQual.

3.2 Σχεδιασμός της μελέτης

3.2.1 Πληθυσμός

Δεκαπέντε χρόνια σχεδόν μετά τη λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο δήμο Κιλκίς, φαίνεται ότι το εν λόγω πρόγραμμα συμβάλλει δυναμικά στην υποστήριξη των ευπαθών κοινωνικά ομάδων καθώς εξυπηρετεί σε σταθερή βάση περί τους 776 ωφελούμενους, ενώ παρέχει τις υπηρεσίες του και σε έκτακτες περιπτώσεις, όπου καλείται το προσωπικό να συνδράμει με τις υπηρεσίες του. Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΒΣΣ, παρέχονται υπηρεσίες κυρίως κατά τις κατ' οίκον επισκέψεις όσο και στην έδρα των αποκεντρωμένων ΒΣΣ.

Ο πληθυσμός στον οποίο αφορά η έρευνα αποτελείται από τους 776 εξυπηρετούμενους του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι» δημού Κιλκίς, οι οποίοι είναι κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας και λιγότερο Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑμΕΑ). Η ένταξη των μελών αυτών στο πρόγραμμα, έγινε έπειτα από σχετικές προσκλήσεις της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας και της Ελληνικής Εταιρίας Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ανάπτυξης (ΕΕΤΑΑ), καθώς επίσης, και από σχετική αξιολόγηση των δικαιολογητικών τους.

3.2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Γενικά, η συλλογή των στατιστικών δεδομένων για έναν υπό μελέτη πληθυσμό μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με συνολική απογραφή του πληθυσμού (Lam, 1997; Lass και Brinsden, 2001; Doran and Smith, 2004), κάτι το οποίο θα είχε ως συνέπεια τη μεγάλη σπατάλη πόρων και χρόνου με αποτέλεσμα να μην προτιμάται τις περισσότερες φορές, είτε με την εφαρμογή μεθόδων δειγματοληψίας, όπως η απλή τυχαία δειγματοληψία, η οποία συνήθως προτιμάται έναντι της καθολικής απογραφής, μιας και παρουσιάζει τα πλεονεκτήματα της ταχύτητας και του χαμηλού κόστους (Youssef, 1996; Curry και Sincler 2002; Kilbourne et al., 2004; Kebriaei και Akbari 2006; Suki et al., 2009; Butt και De Run, 2010; Pansiri and Mmerekki 2010; Ramanujam 2011; Purcarea et al., 2013; Macharia and Maroa, 2014; Vassiliadis et al., 2014; Li-Hsing et al., 2015; Manulik et al., 2016; Al-Momani, 2016; Pramanik 2016).

Στην παρούσα έρευνα, προτιμήθηκε η εφαρμογή δειγματοληψίας με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Χρόνος: Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ, Δεκεμβρίου 2016 και Μαρτίου 2017, σε κατάλληλο δείγμα του πληθυσμού των 776 εξυπηρετούμενων, εφαρμόζοντας δειγματοληψία βάση της δυνατότητας ανταπόκρισης τους, στις ερωτήσεις του εργαλείου της ερευνάς.

- Μεθοδολογία συλλογής των στοιχείων: Για τη συλλογή των δεδομένων χορηγήθηκε ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο τύπου ServQual, στο οποίο έγιναν μικρές προσαρμογές, με βάση τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού, το οποίο παρουσιάζεται στο Παράρτημα της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις των εξυπηρετούμενων με βάση την καλή αντιληπτική τους ικανότητα. Οι προσωπικές συνεντεύξεις συνίστανται για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όταν οι έρευνες αφορούν ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Παπαγιαννοπούλου κ.α., 2006; Lahana et al., 2010)

- Κωδικοποίηση των απαντήσεων: Για τη καλύτερη κατανόηση των ερωτήσεων, λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη ηλικία της πλειονότητας των εξυπηρετούμενων, χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα του Likert, όπου οι απαντήσεις κυμαίνονταν σε: Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Δεν είμαι σίγουρος/η, Συμφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα και Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ (Papanikolaou και Zygariis, 2012). Επιπρόσθετα, η χρήση της πενταβάθμιας κλίμακας Likert συστήνεται και από τους Rincon-Gomez et al. (2001) για την καταγραφή των απόψεων της τρίτης ηλικίας ενώ και ο Lam (1997) θεωρεί ότι η πενταβάθμια κλίμακα του Likert, είναι πιο εύκολη στη συμπλήρωση της από τους ασθενείς

3.2.3 Περιγραφή ερευνητικού εργαλείου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία κύρια μέρη: στο πρώτο μέρος συμπεριλαμβάνεται μια επιστολή ενημέρωσης για τους σκοπούς της έρευνας, στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζονται οι 22 ερωτήσεις του ServQual και το τρίτο μέρος, περιλαμβάνει κάποια βασικά δημογραφικά στοιχεία. Το ερωτηματολόγιο ServQual (Parasuraman et al, 1988) έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Το εργαλείο βασίζεται στο αποτέλεσμα της διαφοράς μεταξύ της προσδοκίας του χρήστη πριν την παροχή την υπηρεσίας και τις αντιλήψεις του μετά από την παροχή της υπηρεσίας, εντοπίζοντας με αυτόν τον τρόπο τα κενά (gasps). Απαντά σε σημαντικά ερωτήματα ως προς την ποιότητα, μέσα από πέντε βασικές διαστάσεις προσδιορισμού της ποιότητας μιας υπηρεσίας (Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Διασφάλιση, Συναισθηματική Κατανόηση και Απτότητα).

Αναλυτικότερα: στο Α' μέρος, υπάρχει μια επιστολή ενημέρωσης προς τους εξυπηρετούμενους στο οποίο δηλώνεται:

- ι) ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας,
- ιι) ότι τα αποτελέσματά της, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της εν λόγω έρευνας,
- ιιι) η εξασφάλιση της ανωνυμίας των απαντήσεων του ερωτηματολογίου

Στο Β' μέρος, υπάρχουν οι 22 ερωτήσεις του ServQual, όπως αναλυτικά παρουσιάζονται στο παράρτημα της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής, οι οποίες χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες που αφορούν:

ι) την αξιοπιστία της υπηρεσίας (Ερωτήσεις Α1-Α5), σχετικά με θέματα όπως: εάν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων, εάν παρέχονται οι υπηρεσίες στο χρόνο που είχαν αρχικά υποσχεθεί κλπ.

ιι) την ανταπόκριση της υπηρεσίας (Ερωτήσεις Β1-Β4), σχετικά με θέματα όπως: εάν παρέχονται γρήγορα οι υπηρεσίες, πόσο πρόθυμο είναι το προσωπικό να διαθέσει τις υπηρεσίες του κλπ.

ιιι) την ασφάλεια από τις παρερχόμενες υπηρεσίες (Ερωτήσεις Γ1-Γ4), σχετικά με θέματα όπως: πόσο εμπιστεύονται το προσωπικό, πόσο καταρτισμένο είναι το προσωπικό για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων κλπ.

ιιιι) τη συναισθηματική κατανόηση του προσωπικού της υπηρεσίας (Ερωτήσεις Δ1-Δ5), σχετικά με θέματα όπως: εάν το προσωπικό αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων κ.α.

ν) την απτότητα της υπηρεσίας (Ερωτήσεις Ε1-Ε4), σχετικά με: τις εγκαταστάσεις του προγράμματος, τον εξοπλισμό, τις ώρες λειτουργίας κ.α.

Ο αναγνώστης μπορεί να βρει επιπλέον λεπτομέρειες σχετικά με το συγκεκριμένο τεστ και τις παραμέτρους του, είτε στην αρχική εργασία του Parasuraman et al. (1988), είτε σε πλήθος ανάλογων εργασιών (Youssef, 1996; Lam, 1997; Choi et al, 2004; Kilbourne et al., 2004; Kebriaei and Akbari., 2006; Suki et al., 2009; Butt και De Run, 2010; Pansiri & Mmereki R., 2010; Ramanujam, 2012; Li-Hsing et al., 2015) οι οποίες αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 2.5.2, είτε στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, η οποία διερευνά την ποιότητα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας,

με βάση το ServQual, Σε όλες τις προαναφερθείσες εργασίες, παρατίθενται αυτούσιες οι 22 ερωτήσεις του ServQual και σχολιάζονται εκτενώς οι πέντε επιμέρους ενότητες του.

Σημειώνεται ότι, οι ίδιες ερωτήσεις επαναλαμβάνονται στους εξυπηρετούμενους δυο φορές: α) για το χρονικό διάστημα πριν την ένταξη τους στο πρόγραμμα και αφορούν τις προσδοκίες τους από το πρόγραμμα και β) για το χρονικό διάστημα μετά την ένταξη τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και έως την ημέρα διενέργειας της έρευνας και αφορούν τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, συχνά ερευνάται σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν οι υψηλότερες και χαμηλότερες προσδοκίες, σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν οι υψηλότερες και χαμηλότερες παρεχόμενες υπηρεσίες (Curry και Sincler, 2002)

Επίσης, στους εξυπηρετούμενους έγιναν τρεις επιπλέον ερωτήσεις, οι οποίες δεν αποτελούν τμήμα του ServQual, ωστόσο, θεωρήθηκε από τη συγγραφέα της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής, ότι ήταν σημαντικές για τη διερεύνηση της ποιότητας του προγράμματος και οι οποίες αφορούσαν:

1. ΣΤ1. Πόσο ικανοποιημένος/η αισθάνεστε συνολικά από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας;
2. ΣΤ2. Θα προτείνατε αυτή την υπηρεσία σε κάποιο γνωστό σας;
3. ΣΤ3. Τι θεωρείτε πιο σπουδαίο στην παροχή υπηρεσιών;

Στις ερωτήσεις 2 και 3, ακολουθήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα του Likert, ενώ στην ερώτηση 8, δόθηκαν συγκεκριμένες απαντήσεις, οι οποίες παρατίθενται, μεταξύ των οποίων θα έπρεπε να επιλέξουν)

Στο Γ' μέρος, του ερωτηματολογίου υπάρχουν ορισμένα βασικά δημογραφικά στοιχεία, τα οποία αποτελούνται από το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών, εάν διαμένουν μαζί με άλλα άτομα, τον τόπο κατοικίας, την εθνικότητα, τα χρόνια εκπαίδευσης και το μηνιαίο εισόδημα.

3.2.4 Αξιοπιστία και εγκυρότητα εργαλείου

Το συγκεκριμένο τεστ έχει χρησιμοποιηθεί ανά τον κόσμο για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, σε ευρύ φάσμα υπηρεσιών, καθώς και για την αποτίμηση της ποιότητας της παρεχομένης υγειονομικής περίθαλψης. Ενδεικτικά, το συγκεκριμένο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας του ΙΚΑ (Papanikolaou και Zygiaris,

2012), εθνικών συστημάτων υγείας σε χώρες όπως η Τουρκία (Büyüközkan et al., 2011), η Ρουμανία (Purcarea, 2013) η Κορέα (Choi, 2004), ακόμη και μεταξύ των χωρών (Kilbourne et al 2004). Επίσης, για να διερευνηθεί η ποιότητα των φυσιοθεραπειών από τη μεριά των ασθενών (Curry and Sinclair 2002), για την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Youssef, 1996, Pansiri, 2010) για την ποιότητα ιδιωτικών κλινικών (Simon and. Lam, 1997; Pakdil and Harwood, 2005; Butt and de Run, 2010).

3.2.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων περιλάμβανε:

- Κατ' οίκον επισκέψεις, μεταξύ Δεκεμβρίου 2016 και Μαρτίου 2017, στο δείγμα του πληθυσμού των εξυπηρετούμενων, το οποίο επιλέχτηκε με δειγματοληψία

- Αρχικά, ανάγνωση της επιστολής ενημέρωσης για τους σκοπούς της έρευνας, δεδομένης της μεγάλης ηλικίας των εξυπηρετούμενων στην πλειονότητα τους αλλά και των ειδικών αναγκών τους (ΑμΕΑ) και εν συνεχεία, με τη σύμφωνη γνώμη τους, κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων, οι οποίες αναλύονταν και επεξηγούνταν προηγουμένως, όταν υπήρχε ανάγκη. Η καταγραφή των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε μέσω προσωπικής συνέντευξης, από την ερευνήτρια.

- Απόλυτο ποσοστό ανταπόκρισης (100%). Δεδομένης της πολύχρονης παρουσίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή, της εξοικείωσης των εξυπηρετούμενων με το προσωπικό, του τρόπου διενέργειας των συνεντεύξεων, με τις κατ' οίκον επισκέψεις και τη συμπλήρωση των απαντήσεων από την ερευνήτρια.

3.2.6 Υπολογισμός μεγέθους του δείγματος

Κατά το σχεδιασμό μιας έρευνας, έχει πολύ μεγάλη σημασία η επιλογή του μεγέθους του δείγματος, μιας και ένα πολύ μεγάλο δείγμα θα προκαλούσε μεγάλη σπατάλη χρόνου και πόρων, ενώ ένα μικρό δείγμα θα μείωνε τη χρησιμότητα των συμπερασμάτων (Cochran, 1963)

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κατέδειξε ότι, η επιλογή του δείγματος σε άγνωστους πληθυσμούς με ερωτηματολόγια τύπου ServQual πραγματοποιείται είτε:

- μέσα από καθολική απογράφη των χρηστών, οι οποίοι προσέρχονται στη μονάδα υγείας (Paranikolaou και Zygiaris, 2012; Pakdil και Harwood 2016), ειδικά όταν ο πληθυσμός αυτός είναι μικρός (Lam, 1997; Lass και Brinsden, 2001; Doran and Smith, 2004)
- επιλέγοντας αυθαίρετα έναν αριθμό ερωτηματολογίων, ο οποίος θεωρείται ικανοποιητικός από το συγγραφέα, ενώ η επιλογή των ασθενών πραγματοποιείται με απλή τυχαία δειγματοληψία (Youssef, 1996; Curry και Sincler 2002; Kilbourne et al., 2004; Kebriaei και Akbari 2006; Suki et al., 2009; Butt και De Run, 2010; Pansiri and Mmereki 2010; Ramanujam 2011; Purcarea et al., 2013; Macharia and Maroa, 2014; Vassiliadis et al., 2014; Li-Hsing et al., 2015; Manulik et al., 2016; Al-Momani, 2016; Pramanik 2016)
- καταγράφοντας ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού όπως οι Rincon-Gomez et al., (2001) οι οποίοι έλαβαν δεδομένα για το 69% του πληθυσμού, ο Shu-Ping (2011) ο οποίος κατέγραψε το 31.6% του πληθυσμού, ο Baldwin (2014) χρησιμοποίησε το 21% των ερωτώμενων
- χωρίς να δίδονται λεπτομέρειες για τη διάρκεια της έρευνας, το μέγεθος του δείγματος αλλά και τον τρόπο υπολογισμού του (Büyükközkcan et al., 2011)
- χωρίς την πραγματοποίηση έρευνας, αλλά με την πρόταση εισαγωγής ενός νέου πλαισίου σχετικό με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ugolini, 2009).

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεδομένου ότι ο πληθυσμός των εξυπηρετούμενων είναι γνωστός, θα εφαρμοσθεί ένα μαθηματικό μοντέλο υπολογισμού του μεγέθους του δείγματος.

Μέγεθος του πληθυσμού: Με βάση τα στοιχεία της Κοινωφελούς Δημοτικής Επιχείρησης του δήμου Κιλκίς (Κ.Δ.Ε.Κ.), για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ο συνολικός πληθυσμός των εξυπηρετούμενων από τη δράση, ανέρχεται σε 776 άτομα.

Επίπεδο Εμπιστοσύνης (Confidence Level): Είναι ο βαθμός εμπιστοσύνης που συσχετίζεται με ένα διάστημα εμπιστοσύνης, δηλαδή η πιθανότητα ότι το διάστημα περιέχει την πραγματική τιμή της παραμέτρου. Για την παρούσα έρευνα, το επίπεδο εμπιστοσύνης ανέρχεται σε 95%, το οποίο αντιστοιχεί σε τιμή του στατιστικού Z ίση με 1.96

Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval): Είναι ένα διάστημα που βασίζεται σε παρατηρήσεις ενός δείγματος και είναι καθορισμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει μια συγκεκριμένη πιθανότητα, ότι θα περιέχει την άγνωστη πραγματική τιμή μιας παραμέτρου. Για την παρούσα έρευνα ανέρχεται σε $\pm 7\%$

Τυπική απόκλιση (σ), είναι ένα μέτρο που χρησιμοποιείται για να υπολογιστεί το ποσό της μεταβολής ή της διασποράς, ενός συνόλου τιμών δεδομένων. Δηλαδή, εκφράζει ‘πόση’ μεταβλητότητα μπορούμε να δεχτούμε στις απαντήσεις που λαμβάνουμε.

Ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος, όταν ο πληθυσμός είναι άγνωστος μπορεί να πραγματοποιηθεί με βάση την ακόλουθη εξίσωση του (Cochran, 1963, Israel, 1992, Kasiulevičius et al. 2006, Naing et al., 2006, Singh and Masuku, 2014).

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2} \quad (1)$$

Όπου n_0 είναι το μέγεθος του δείγματος, Z είναι η τιμή του στατιστικού η οποία υπολογίζεται από πίνακες, e το επιθυμητό διάστημα εμπιστοσύνης, p είναι η μέγιστη μεταβλητότητα που μπορούμε να δεχτούμε ίση με 0.5 (Cochran, 1963), και το q είναι ίσο με $q = 1-p = 1-0.5 = 0.5$

Δεδομένου ο πληθυσμός είναι 776 άτομα, το μέγεθος του δείγματος μπορεί να υπολογιστεί χρησιμοποιώντας την ακόλουθη εξίσωση (Cochran 1963 Israel, 1992, Kasiulevičius et al. 2006) η οποία λαμβάνει υπόψη της και το αποτέλεσμα της εξίσωσης (1)

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}} \quad (2)$$

Όπου n είναι το μέγεθος του δείγματος και N είναι το μέγεθος του πληθυσμού

Συνεπώς για πληθυσμό 776 εξυπηρετούμενων, με βάση τη σχέση 1, το $n_0 = 196$, το επίπεδο εμπιστοσύνης είναι 95%, το διάστημα εμπιστοσύνης $\pm 7\%$ και το τελικό μέγεθος του δείγματος n θα είναι ίσο με 157 ερωτηματολόγια, που αντιστοιχεί στο 20.23% του συνολικού πληθυσμού.

3.2.7 Στατιστική ανάλυση, επεξεργασία των δεδομένων και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες (ποσοστά %), δείκτες κεντρικής τάσης (μέσοι όροι και διάμεσες τιμές), δείκτες διακύμανσης (μικρότερες και μεγαλύτερες τιμές, τυπικές αποκλίσεις), ενώ σε αρκετές έρευνες, χρησιμοποιείται μόνο περιγραφική στατιστική για την εξαγωγή των συμπερασμάτων (Doran and Smith, 2004; Χαραυγή, 2011). Ο συντελεστής συσχέτισης (ρ του Spearman, για τη μελέτη μονότονων συμμεταβολών), χρησιμοποιείται για να συσχετιστούν οι απαντήσεις, στις ερωτήσεις με τα δημογραφικά στοιχεία (Pakdil και Harwood, 2005).

Ο δείκτης αξιοπιστίας (α του Cronbach), αποτελεί μια ένδειξη της εσωτερικής συνάφειας και συνέπειας των δεδομένων, καθώς και οι δείκτες εσωτερικής συνοχής (Δείκτες Διακριτότητας – Discrimination Indices – DI). Γενικά, ικανοποιητικοί και επαρκείς θεωρούνται οι δείκτες α του Cronbach $\geq 0,60$ και οι δείκτες DI $\geq 0,30$ (Nunnally και Bernstein, 1994). Οι υψηλοί δείκτες αξιοπιστίας και εσωτερικής συνοχής, επιτρέπουν τον υπολογισμό ενός συνολικού βαθμού (score) ανά ερωτώμενο, για κάθε ενότητα ερωτήσεων (Spector, 1992). Ο συνολικός βαθμός ανά ερωτώμενο, για κάθε ενότητα, υπολογίστηκε ως ο μέσος όρος των απαντήσεων του στις ερωτήσεις της αντίστοιχης ενότητας. Επιπρόσθετα, από την βιβλιογραφική ανασκόπηση του κεφαλαίου 2.5.2, Έρευνες στην ποιότητα της υγείας με βάση το ερωτηματολόγιο ServQual, διαπιστώσαν ότι για τη διερεύνηση της εγκυρότητα των δεδομένων, χρησιμοποιείται ο συντελεστής α του Chronbach στο σύνολο των εργασιών (Purcarea et al., 2013)

Η μέση τιμή των απαντήσεων για τις 22 ερωτήσεις, όσον αφορά τις προσδοκίες (Π) και την αντίληψη των υπηρεσιών (A) που παρέχονται, χρησιμοποιούνται για να υπολογιστούν τα κενά στην ποιότητα των υπηρεσιών ως διαφορά ($\Pi-A$) ((Youssef, 1996), ενώ το τέστ του Wilcoxon, χρησιμοποιείται για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων, πριν την παροχή της υπηρεσίας και μετά (Leech et al., 2005; Kebriaei και Akbari, 2006). Η συνολική αποτίμηση της ποιότητας της υπηρεσίας με βάση το ServQual, υπολογίζεται με την ακόλουθη μαθηματική σχέση (Pramanik, 2016)

$$SQ = \frac{\sum(A - \Pi)}{5} \quad (3)$$

Όπου: A η αντίληψη των υπηρεσιών που παρέχονται για κάθε μια από τις πέντε διαστάσεις του ServQual και Π οι προσδοκίες από την υπηρεσία για κάθε μια από τις πέντε διαστάσεις του ServQual

Για τη σύγκριση ομάδων ερωτώμενων, σε επίπεδο κεντρικής τάσης, χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal-Wallis (K-W) και Mann-Whitney (M-W) (Δαφέρμος, 2005). Ο έλεγχος K-W χρησιμοποιήθηκε για την αρχική σύγκριση τριών ή περισσότερων ομάδων ερωτώμενων. Ο έλεγχος M-W χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση δύο ομάδων ερωτώμενων (ή ομάδων ανά δύο, μετά από ένα στατιστικά σημαντικό αποτελέσματα του ελέγχου K-W). Χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι της Μη Παραμετρικής Στατιστικής, διότι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις είναι μετρημένες σε κλίμακα διάταξης (ordinal) και ως εκ τούτου δεν ακολουθούν Κανονική Κατανομή. Επίσης, και οι συνολικές βαθμολογίες στις πέντε ενότητες ερωτήσεων δεν ακολουθούν στην πλειονότητά τους Κανονική Κατανομή. Η κανονικότητα των συνολικών βαθμολογιών δεν μπορεί να τεκμηριωθεί ούτε εννοιολογικά, αφού πρόκειται για μέσους

όρους μετρήσεων σε κλίμακα διάταξης με περιορισμένο εύρος τιμών από 1-5. Ο έλεγχος κανονικότητας, πραγματοποιήθηκε με μια σειρά ελέγχων Kolmogorov-Smirnov (K-S). Επιπρόσθετα, μεθοδολογικοί περιορισμοί της έρευνας που αφορούν στην τυχαιότητα και αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οδήγησαν στην απόφαση να χρησιμοποιηθούν Μη Παραμετρικοί Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, για τους οποίους υπάρχει δυνατότητα μέσω προσομοίωσης να απαλειφθεί σε επαρκή βαθμό η επίδραση των παραπάνω περιορισμών.

Ειδικότερα, στους ελέγχους K-W και M-W, η παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας (p -value) υπολογίστηκε με τη μέθοδο προσομοίωσης Monte-Carlo, βασισμένη σε 10.000 τυχαία δείγματα (Mehta και Patel, 1996). Με τη μέθοδο αυτή, τα επαγωγικά συμπεράσματα είναι ασφαλή ακόμη και στην περίπτωση που δεν ικανοποιούνται οι μεθοδολογικές προϋποθέσεις των ελέγχων K-W και M-W (τυχαία δείγματα, ανεξάρτητες μετρήσεις, συμμετρικές κατανομές, απουσία εξαιρετικά ακραίων τιμών). Σε όλους τους στατιστικούς ελέγχους, το επίπεδο σημαντικότητας προκαθορίστηκε σε $\alpha=0,05$ ($p\leq 0,05$). Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό IBM SPSS v24.

3.3 Ηθικές προεκτάσεις – Περιορισμοί της έρευνας

Βασικό στοιχείο για τις ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της υγείας, αποτελεί η ελεύθερη και διαυγής ενσυνείδητη συναίνεση του ασθενή στις ιατρικές πρακτικές, ως αποτέλεσμα της ενημέρωσης του από τους επαγγελματίες υγείας (Θεοδώρου και Μητροσύλη, 1999). Η προτεινόμενη έρευνα διεξήχθη αποκλειστικά σε ένα δείγμα από τους εξυπηρετούμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», της Κοινωφελούς Δημοτικής Επιχείρησης του Δήμου Κιλκίς (Κ.Δ.Ε.Κ.).

Στην παρούσα έρευνα, διασφαλίστηκε ότι, τηρήθηκαν πιστά οι αρχές της δεοντολογίας σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι, η οποία υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο το 1964, αναθεωρήθηκε για έκτη φορά το 2008 και συμπεριλαμβάνει μέριμνα για την προστασία των ατόμων τα οποία συμμετέχουν σε μια έρευνα. Ιδιαίτερη έμφαση, δόθηκε στην εξασφάλιση της ενσυνείδητης συγκατάθεσης και συμμετοχής των εξυπηρετούμενων στην έρευνα, ενώ από την πραγματοποίηση της (παρούσης έρευνας) δεν διατρέχουν οποιοδήποτε κίνδυνο. Αντιθέτως, ο πληθυσμός των εξυπηρετούμενων του «Βοήθεια στο Σπίτι», αναμένεται να επωφεληθεί στο σύνολο του, από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, μιας και πιστεύετε ότι με τις κατάλληλες παρεμβάσεις, θα ήτο εφικτό να οδηγηθεί στη βελτίωση των λαμβανόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η προτεινόμενη έρευνα δεν αναμένεται να λάβει κάποιου είδους χρηματοδότησης από Δημόσιο ή Ιδιωτικό φορέα.

Ανακεφαλαιώνοντας, κατά την πρώτη ενότητα του κεφαλαίου της μεθοδολογίας περιγράφησαν με σαφήνεια ο σκοπός, οι στόχοι, η βασική ερευνητική υπόθεση, τα συμπληρωματικά ερευνητικά ερωτήματα και οι επιπρόσθετες υποθέσεις εργασίας, προκειμένου να αποκαλυφθεί η ποιότητα του προγράμματος ΒΣΣ. Ακολούθως, αναγνωρίστηκε ο πληθυσμός των 776 ατόμων που αφορά η έρευνα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ενώ προτιμήθηκε η εφαρμογή δειγματοληψίας για τη συλλογή των στατιστικών δεδομένων. Εν συνεχεία, αναλύθηκε και περιγράφηκε το ερωτηματολόγιο SERVQUAL, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την επίτευξη των σκοπών της εργασίας και τεκμηριώθηκε βιβλιογραφικά η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του εργαλείου. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, περιλαμβάνει κατ' οίκον επισκέψεις στους εξυπηρετούμενους και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ενώ το μέγεθος του δείγματος της δειγματοληψίας προσδιορίστηκε σε 157 άτομα. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε τον έλεγχο της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων και τη σύγκριση των ομάδων των ερωτώμενων με δυο μη παραμετρικούς ελέγχους. Επίσης, προσδιορίστηκαν οι ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της παρούσας έρευνας. Με βάση την προαναφερθείσα μεθοδολογία, συλλεχθηκε το στατιστικό δείγμα, όπου στο επόμενο κεφάλαιο, με την πραγματοποίηση της κατάλληλης στατιστικής ανάλυσης θα διεξαχθούν χρήσιμα αποτελέσματα.

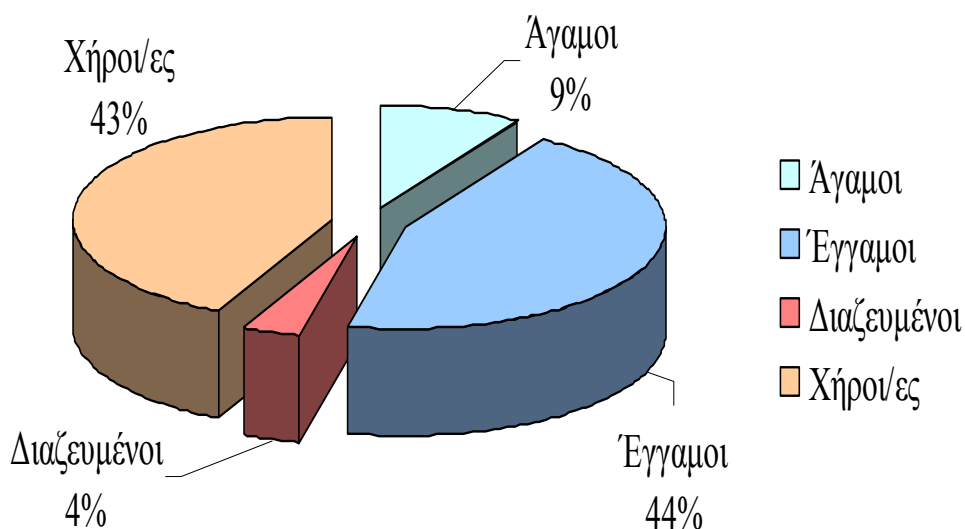
Κεφάλαιο Τέταρτο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παρόν κεφάλαιο, αρχικά, θα αποκαλυφθούν τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, από με το συλλεχθέν δείγμα των ερωτηματολογίων από τους 157 εξυπηρετούμενων. Ακολούθως, μέσω της περιγραφικής στατιστικής, θα παρουσιαστεί η κεντρική τάση των απαντήσεων για κάθε ερώτηση και θα πραγματοποιηθεί η ανάλυση της αξιοπιστίας των απαντήσεων. Τέλος, η συμπερασματολογική στατιστική θα καταδείξει εάν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις προσδοκίες των εξυπηρετούμενων από την υπηρεσία, την πραγματικότητα των υπηρεσιών που βιώνουν και εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των εξυπηρετούμενων, ανάλογα με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών, το εισόδημα, το φύλο.

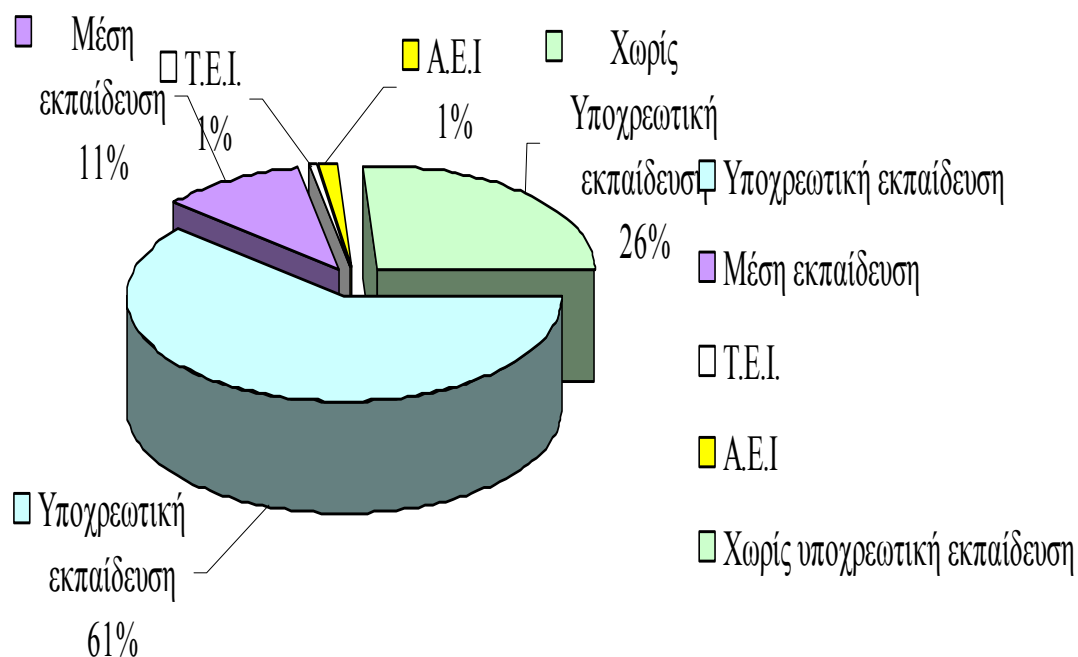
4.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Από τα 157 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα οι 50 ήταν άνδρες (31,8%) και οι 107 γυναίκες (68,2%). Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, με βάση το ακόλουθο σχήμα, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων αποτελούνταν από έγγαμους (44,6%) και χήροι/ες (42,7%), ενώ οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι κατελάμβαναν μικρότερα ποσοστά (Σχήμα 2).



Σχήμα 2. Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων

Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο, η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων 61,1% ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, το 26,1% των ερωτώμενων δεν είχαν ολοκληρώσει το υποχρεωτικό επίπεδο σπουδών, το 10,8% ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, ενώ τα ποσοστά των αποφοίτων ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης ήταν μικρότερα από 1% στα 157 άτομα, το 5,7% ήταν Α.μ.Ε.Α. (Σχήμα 3).



Σχήμα 3. Μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων

Σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων, στην κλάση εισοδήματος 0-400€ ανήκει το 56,7%, στην κλάση 401-600€ ανήκει το 24,2%, στην κλάση 601-1.000€ ανήκει το 13,4%, ενώ 9 δεν έδωσαν απάντηση (5,7%) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων

Μηνιαίο εισόδημα	Πλήθος	Ποσοστό %
0- 400€	89	56,7
401- 600€	38	24,2
601- 1000€	21	13,4
Δεν απαντώ	9	5,7

Από τους ερωτώμενους, ο νεότερος σε ηλικία ήταν 22 ετών και ο γηραιότερος 92 ετών, με μέση ηλικία τα 76,6 έτη. Ο αριθμός των τέκνων, κυμάνθηκε από 0 έως 6 τέκνα, με μέσο όρο τα δύο παιδιά. Τέλος, το 66,9% δήλωσαν ότι μένουν μόνοι τους (105 συμμετέχοντες), ενώ 23,6% ότι μένουν μαζί με ένα άλλο άτομο(37), το 6,5% δήλωσαν ότι μένουν μαζί με από 2 έως 6 άτομα (15 ερωτώμενοι).

4.2 Περιγραφική στατιστική

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις των πέντε ενοτήτων (Α-Ε) του ερωτηματολογίου ServQual, πριν (Πίνακας 3) και μετά (Πίνακας 4) την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια Στο Σπίτι». Επίσης, παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τη ποιότητα της υπηρεσίας (Σχήμα 4), την πιθανότητα να προταθεί η υπηρεσία σε κάποιον γνωστό των εξυπηρετούμενων (Σχήμα 5) και το τί θεωρούν οι εξυπηρετούμενοι πιο σπουδαίο στην παροχή των υπηρεσιών (Σχήμα 6).

**Πίνακας 3. Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ServQual
Πριν την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ**

Ερώτηση		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	ΕΤ*	Σύνολο
A1	Συχνότητα	42	22	44	32	15	2	157
	%	26,8	14	28	20,4	9,6	1,3	100%
A2	Συχνότητα	40	21	40	39	17	0	157
	%	25,5	13,4	25,5	24,8	10,8	0	100%
A3	Συχνότητα	31	41	33	35	17	0	157
	%	19,7	26,1	21	22,3	10,8	0	100%
A4	Συχνότητα	30	38	35	39	14	1	157
	%	19,1	24,2	22,3	24,8	8,9	0,6	100%
A5	Συχνότητα	19	25	63	39	10	1	157
	%	12,1	15,9	40,1	24,8	6,4	0,6	100%
B1	Συχνότητα	35	26	46	39	11	0	157
	%	22,3	16,6	29,3	24,8	7	0	100%
B2	Συχνότητα	37	26	46	38	10	0	157
	%	23,6	16,6	29,3	24,2	6,4	0	100%
B3	Συχνότητα	30	27	46	37	17	0	157
	%	19,1	17,2	29,3	23,6	10,8	0	100%
B4	Συχνότητα	34	43	41	28	10	1	157
	%	21,7	27,4	26,1	17,8	6,4	0,6	100%
Γ1	Συχνότητα	41	30	52	22	12	0	157
	%	26,1	19,1	33,1	14	7,6	0	100%
Γ2	Συχνότητα	36	28	53	25	15	0	157
	%	22,9	17,8	33,8	15,9	9,6	0	100%
Γ3	Συχνότητα	30	27	35	48	17	0	157
	%	19,1	17,2	22,3	30,6	10,8	0	100%
Γ4	Συχνότητα	19	31	38	46	23	0	157
	%	12,1	19,7	24,2	29,3	14,6	0	100%
Δ1	Συχνότητα	32	30	42	40	13	0	157
	%	20,4	19,1	26,8	25,5	8,3	0	100%
Δ2	Συχνότητα	3	6	35	47	66	0	157
	%	1,9	3,8	22,3	29,9	42	0	100%
Δ3	Συχνότητα	29	27	49	48	4	0	157

Ερώτηση		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	ΕΤ*	Σύνολο
	%	18,5	17,2	31,2	30,6	2,5	0	100%
Δ4	Συχνότητα	34	30	31	39	23	0	157
	%	21,7	19,1	19,7	24,8	14,6	0	100%
Δ5	Συχνότητα	27	24	40	37	29	0	157
	%	17,2	15,3	25,5	23,6	18,5	0	100%
Ε1	Συχνότητα	1	7	48	22	79	0	157
	%	0,6	4,5	30,6	14	50,3	0	100%
Ε2	Συχνότητα	0	6	25	21	52	53	157
	%	0	3,8	15,9	13,4	33,1	33,8	100%
Ε3	Συχνότητα	7	12	44	81	13	0	157
	%	4,5	7,6	28	51,6	8,3	0	100%
Ε4	Συχνότητα	0	6	27	19	66	39	157
	%	0	3,8	17,2	12,1	42	24,8	100%

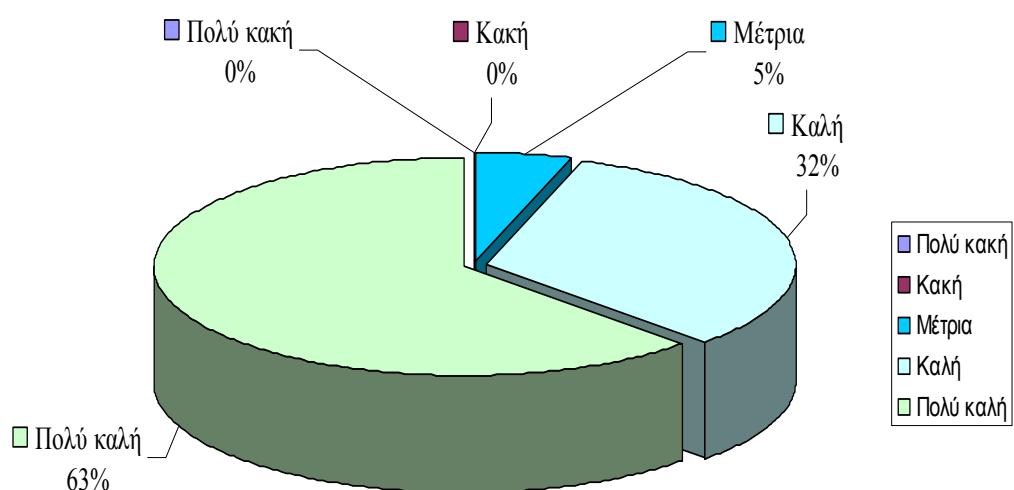
**Πίνακας 4. Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ServQual
Μετά την παροχή της υπηρεσίας**

Ερώτηση		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	ΕΤ*	Σύνολο
A1	Συχνότητα	0	0	4	25	127	1	157
	%	0	0	2,5	15,9	80,9	0,6	100%
A2	Συχνότητα	2	1	8	49	97	0	157
	%	1,3	0,6	5,1	31,2	61,8	0	100%
A3	Συχνότητα	0	0	1	44	112	0	157
	%	0	0	0,6	28	71,3	0	100%
A4	Συχνότητα	0	0	1	43	112	1	157
	%	0	0	0,6	27,4	71,3	0,6	100%
A5	Συχνότητα	0	6	42	57	52	0	157
	%	0	3,8	26,8	36,3	33,1	0	100%
B1	Συχνότητα	0	1	8	58	90	0	157
	%	0	0,6	5,1	36,9	57,3	0	100%
B2	Συχνότητα	0	0	1	30	126	0	157
	%	0	0	0,6	19,1	80,3	0	100%
B3	Συχνότητα	1	7	6	57	86	0	157
	%	0,6	4,5	3,8	36,3	54,8	0	100%
B4	Συχνότητα	0	3	4	39	111	0	157
	%	0	1,9	2,5	24,8	70,7	0	100%
Γ1	Συχνότητα	0	0	1	22	134	0	157
	%	0	0	0,6	14	85,4	0	100%
Γ2	Συχνότητα	0	1	1	22	133	0	157
	%	0	0,6	0,6	14	84,7	0	100%
Γ3	Συχνότητα	0	0	0	22	135	0	157
	%	0	0	0	14	86	0	100%

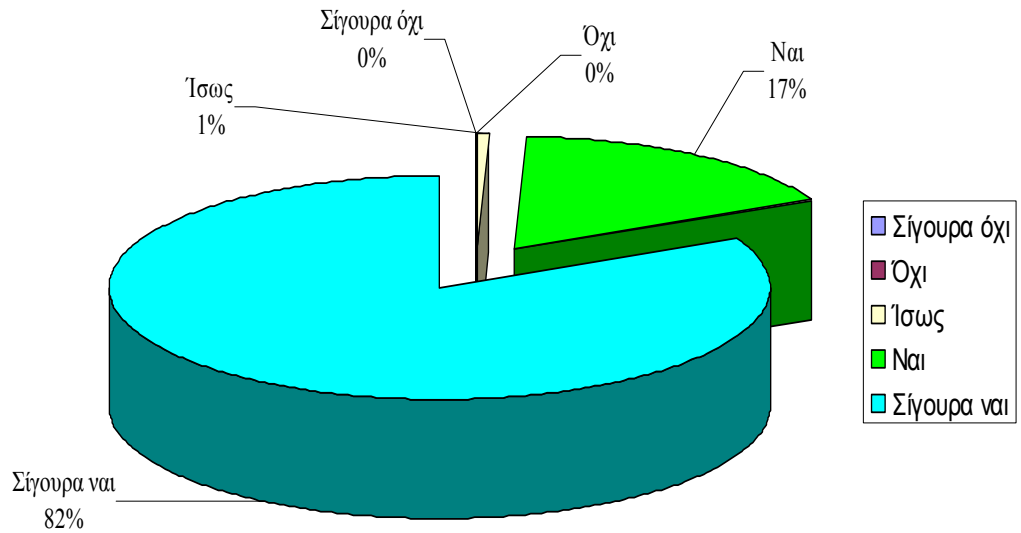
Ερώτηση		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	ΕΤ*	Σύνολο
Γ4	Συχνότητα	0	0	5	47	105	0	157
	%	0	0	3,2	29,9	66,9	0	100%
Δ1	Συχνότητα	0	0	16	68	73	0	157
	%	0	0	10,2	43,3	46,5	0	100%
Δ2	Συχνότητα	5	4	1	72	75	0	157
	%	3,2	2,5	0,6	45,9	47,8	0	100%
Δ3	Συχνότητα	0	4	11	72	70	0	157
	%	0	2,5	7	45,9	44,6	0	100%
Δ4	Συχνότητα	2	0	4	45	106	0	157
	%	1,3	0	2,5	28,7	67,5	0	100%
Δ5	Συχνότητα	0	0	6	47	104	0	157
	%	0	0	3,8	29,9	66,2	0	100%
Ε1	Συχνότητα	16	8	54	71	6	2	157
	%	10,2	5,1	34,4	45,2	3,8	1,3	100%
Ε2	Συχνότητα	9	9	24	57	3	55	157
	%	5,7	5,7	15,3	36,3	1,9	35	100%
Ε3	Συχνότητα	1	2	6	106	42	0	157
	%	0,6	1,3	3,8	67,5	26,8	0	100%
Ε4	Συχνότητα	28	19	46	20	3	41	157
	%	17,8	12,1	29,3	12,7	1,9	26,1	100%

*ΕΤ: Ελλείπουσες Τιμές

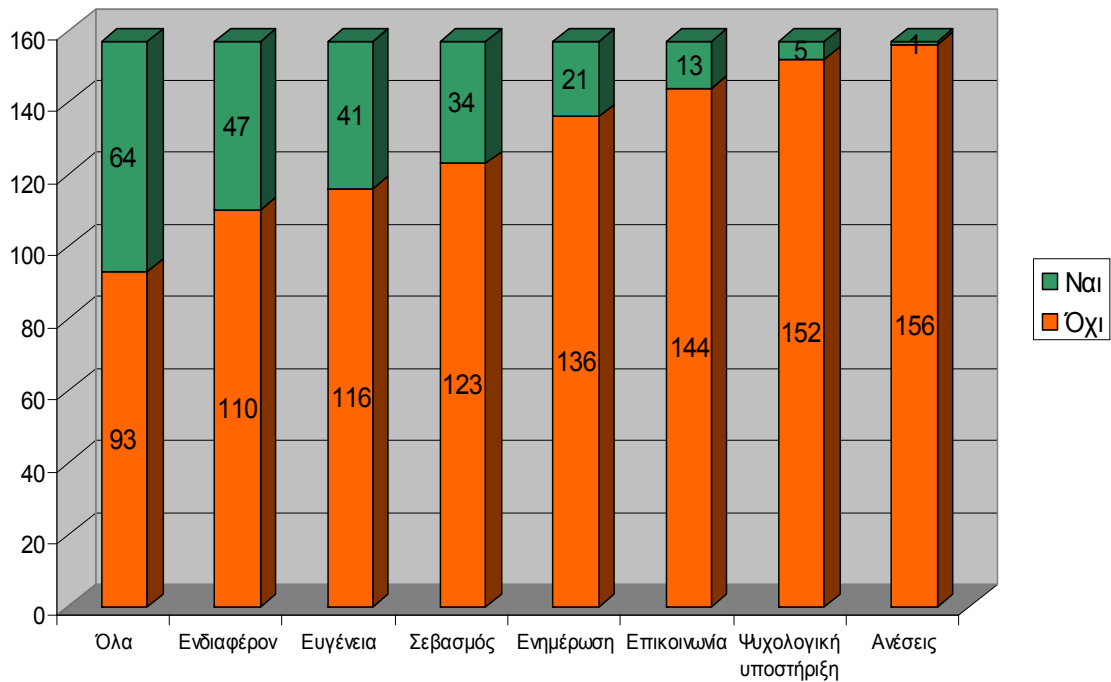
Σχετικά με την κατανομή των απαντήσεων στις επιπρόσθετες ερωτήσεις, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα ακόλουθα σχήματα 4, 5 και 6:



Σχήμα 4: Συνολική ικανοποίηση από την ποιότητα της υπηρεσίας



Σχήμα 5: Πιθανότητα να προταθεί η υπηρεσία σε κάποιον γνωστό των εξυπηρετούμενων



Σχήμα 6: Τί θεωρείται πιο σπουδαίο για τους εξυπηρετούμενους στην παροχή των υπηρεσιών

4.3 Ανάλυση της αξιοπιστίας των απαντήσεων

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των ερωτήσεων ανά ενότητα (Α-Ε), πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια Στο Σπίτι».

Πίνακας 5: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας των ερωτήσεων ανά ενότητα (Α-Ε) Πριν και Μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια στο σπίτι»

ΕΝΟΤΗΤΕΣ	ΠΕ *	ΠΡΙΝ		ΜΕΤΑ	
		α του Cronbach	DI ⁺	α του Cronbach	DI
Α. Αξιοπιστία της υπηρεσίας	5	0,79	0,56	0,66	0,44
Β. Ανταπόκριση της υπηρεσίας	4	0,80	0,61	0,74	0,56
Γ. Ασφάλεια από την υπηρεσία	4	0,83	0,67	0,70	0,50
Δ. Συναισθηματική κατανόηση (empathy) του προσωπικού της υπηρεσίας	5	0,72	0,48	0,74	0,51
Ε. Απτότητα της υπηρεσίας	4	0,65	0,40	0,60	0,34

*ΠΕ: Πλήθος ερωτήσεων

⁺DI: Μέσος Δείκτης Διακριτότητας

Από τα παραπάνω στοιχεία του Πίνακα 5, διαπιστώνεται ότι οι ερωτήσεις και των πέντε ενότητων (Α-Ε), έχουν ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha \geq 0,60$) και εσωτερική συνοχή (DI>0,30), τόσο πριν όσο και μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια στο σπίτι».

4.4 Συμπερασματολογική στατιστική

4.4.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών του ΒΣΣ όπως καταγράφεται στις πέντε ενότητες του ServQual

Στην ενότητα αυτή, αρχικά, παρουσιάζεται η κεντρική τάση των απαντήσεων στις πέντε ενότητες του ερωτηματολογίου ServQual, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ (Πίνακας 6). Αποτιμώνται οι διαφορές των μέσων όρων των απαντήσεων στις 22 ερωτήσεις του εργαλείου, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας (Πίνακας 7). Υπολογίζεται η μέση βαθμολογία ανά ενότητα και αποτιμάται συνολικά η ποιότητα του προγράμματος (Πίνακας 8), κάτι το οποίο αποτελεί και τη βασική ερευνητική υπόθεση της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής. Επιπρόσθετα, με βάση τους υπολογιζόμενους μέσους όρους ανά ερώτηση (Πίνακας 7), υπολογίζονται από τις 22 ερωτήσεις, οι πέντε υψηλότεροι και οι πέντε χαμηλότεροι μέσοι όροι, πριν τη παροχή της υπηρεσίας (Πίνακας 9), αλλά και οι πέντε υψηλότεροι και οι πέντε χαμηλότεροι μέσοι όροι, μετά τη παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι» (Πίνακας 10).

Πίνακας 6. Κεντρική τάση απαντήσεων στις ερωτήσεις των πέντε ενοτήτων, Πριν και Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

		Ερωτήσεις		ΜΟ*	ΔΤ*	ΤΑ*	Wilcoxon test p
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	A1	Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	Πριν	2,7	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,8	5	0,5	
	A2	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα μου από την πρώτη επίσκεψη	Πριν	2,8	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,5	5	0,7	
	A3	Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι πραγματοποιούνται	Πριν	2,8	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,7	5	0,5	
	A4	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται	Πριν	2,8	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,7	5	0,5	
	A5	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου	Πριν	3,0	3	1,1	<0,001
			Μετά	4,0	4	0,9	
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	B1	Οι υπηρεσίες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι παρέχονται γρήγορα	Πριν	2,8	3	1,2	<0,001
			Μετά	4,5	5	0,6	
	B2	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι, είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	Πριν	2,7	3	1,2	<0,001
			Μετά	4,8	5	0,4	
	B3	Το προσωπικό του προγράμματος	Πριν	2,9	3	1,3	<0,001

		Ερωτήσεις		ΜΟ*	ΔΤ*	ΤΑ*	Wilcoxon test p
		Βοήθεια στο Σπίτι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου	Μετά	4,4	5	0,8	
	B4	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη	Πριν	2,6	3	1,2	<0,001
			Μετά	4,6	5	0,6	
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	Γ1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι	Πριν	2,6	3	1,2	<0,001
			Μετά	4,9	5	0,4	
	Γ2	Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι	Πριν	2,7	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,8	5	0,4	
	Γ3	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι ευγενικό μαζί μου	Πριν	3,0	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,9	5	0,3	
	Γ4	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω	Πριν	3,2	3	1,2	<0,001
			Μετά	4,6	5	0,5	
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	Δ1	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.	Πριν	2,8	3	1,3	<0,001
			Μετά	4,4	4	0,7	
	Δ2	Οι ώρες λειτουργίας του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	Πριν	4,1	4	1,0	0,004
			Μετά	4,3	4	0,9	
	Δ3	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή	Πριν	2,8	3	1,1	<0,001
			Μετά	4,3	4	0,7	
Δ4	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς	Πριν	2,9	3	1,4	<0,001	
		Μετά	4,6	5	0,7		
Δ5	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής	Πριν	3,1	3	1,3	<0,001	
		Μετά	4,6	5	0,6		
ΑΙΠΤΟΤΗΤΑ	E1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	Πριν	4,1	5	1,0	<0,001
			Μετά	3,3	3	1,0	
	E2	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	Πριν	4,1	4,5	1,0	<0,001
			Μετά	3,4	4	1,0	
	E3	Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα περιποιημένοι	Πριν	3,5	4	0,9	<0,001
			Μετά	4,2	4	0,6	
	E4	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	Πριν	4,2	5	1,0	<0,001
			Μετά	2,6	3	1,1	

*ΜΟ: Μέσος Όρος, ΔΤ: Διάμεση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Με βάση τα στοιχεία του ανωτέρω πίνακα διαπιστώνεται ότι, σε όλες τις ερωτήσεις των πέντε ενοτήτων βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι».

Πίνακας 7. Διαφορές μέσων όρων των απαντήσεων, στις 22 ερωτήσεις, Πριν και Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

Ερωτήσεις		Πριν (Π)	Μετά (Μ)	Διαφορά (Μ-Π)	
ΑΕΙΟΠΙΣΤΙΑ	A1	Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	2,7	4,8	2,1
	A2	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα μου από τη πρώτη επίσκεψη	2,8	4,5	1,7
	A3	Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι πραγματοποιούνται	2,8	4,7	1,9
	A4	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται	2,8	4,7	1,9
	A5	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου	3,0	4,0	1,0
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	B1	Οι υπηρεσίες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι παρέχονται γρήγορα	2,8	4,5	1,7
	B2	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	2,7	4,8	2,1
	B3	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου	2,9	4,4	1,5
	B4	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη	2,6	4,6	2,0
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	Γ1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι	2,6	4,9	2,3
	Γ2	Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι	2,7	4,8	2,1
	Γ3	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι ευγενικό μαζί μου	3,0	4,9	1,9
	Γ4	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω	3,2	4,6	1,4
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	Δ1	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση	2,8	4,4	1,6
	Δ2	Οι ώρες λειτουργίας του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	4,1	4,3	0,2
	Δ3	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή	2,8	4,3	1,5

Ερωτήσεις			Πριν (Π)	Μετά (Μ)	Διαφορά (Μ-Π)
	Δ4	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς	2,9	4,6	1,7
	Δ5	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής	3,1	4,6	1,5
ΑΠΤΟΤΗΤΑ	Ε1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	4,1	3,3	-0,8
	Ε2	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	4,1	3,4	-0,7
	Ε3	Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα περιποιημένοι	3,5	4,2	0,7
	Ε4	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	4,2	2,6	-1,6

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 7, διαπιστώνεται ότι, στο σύνολο του δείγματος, υπάρχει σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των απαντήσεων των ερωτώμενων, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι».

Πίνακας 8. Μέση βαθμολογία ανά ενότητα (Α-Ε), Πριν και Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ και συνολική αποτίμηση της υπηρεσίας (SQ)

Ενότητες Ερωτήσεων	Πριν (Π)	Μετά (Μ)	Διαφορά (Μ-Π)	Wilcoxon <i>p</i>	Συνολική Αποτίμηση (SQ)
Α ΕΝΟΤΗΤΑ (Αξιοπιστία)	2,8	4,5	1,7	<0,001	1,3
Β ΕΝΟΤΗΤΑ (Ανταπόκριση)	2,8	4,6	1,8	<0,001	
Γ ΕΝΟΤΗΤΑ (Ασφάλεια)	2,9	4,8	1,9	<0,001	
Δ ΕΝΟΤΗΤΑ (Συναισθηματική Κατανόηση)	3,1	4,5	1,9	<0,001	
Ε ΕΝΟΤΗΤΑ (Απτότητα)	4,0	3,6	-0,4	<0,001	

Για τις ενότητες των ερωτήσεων που αφορούν στην Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Ασφάλεια και Συναισθηματική Κατανόηση οι απόψεις των ερωτώμενων είναι πιο θετικές μετά την παροχή της υπηρεσίας. Ωστόσο, το αντίθετο συμβαίνει για την Απτότητα. Η Συνολική Αποτίμηση (SQ) είναι θετική.

Πίνακας 9. Οι πέντε υψηλότεροι και οι πέντε χαμηλότεροι μέσοι όροι, Πριν την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

<i>Υψηλότεροι μέσοι όροι Πριν την παροχή της υπηρεσίας</i>		ΜΟ±ΤΑ*
E3	Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα περιποιημένοι	3,5±0,9
Δ2	Οι ώρες λειτουργίας του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	4,1±1,0
E1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	4,1±1,0
E2	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	4,1±1,0
E4	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	4,2±1,0
<i>Χαμηλότεροι μέσοι όροι Πριν τη παροχή της υπηρεσίας</i>		ΜΟ±ΤΑ*
B4	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη	2,6±1,2
Γ1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι	2,6±1,2
A1	Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	2,7±1,3
B2	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	2,7±1,2
Γ2	Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι	2,7±1,3

*ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

Πίνακας 10. Οι πέντε υψηλότεροι και οι πέντε χαμηλότεροι μέσοι όροι, Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

<i>Υψηλότεροι μέσοι όροι Μετά την παροχή της υπηρεσίας</i>		ΜΟ±ΤΑ
A1	Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	4,8±0,5
B2	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι	4,8±0,4
Γ2	Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι	4,8±0,4
Γ1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι	4,9±0,4
Γ3	Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι ευγενικό μαζί μου	4,9±0,3
<i>Χαμηλότεροι μέσοι όροι Μετά τη παροχή της υπηρεσίας</i>		ΜΟ±ΤΑ
E4	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα	2,6±1,1
E1	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό	3,3±1,0
E2	Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	3,4±1,0
A5	Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου	4,0±0,9
E3	Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα περιποιημένοι	4,2±0,6

*ΜΟ: Μέσος όρος, ΤΑ: Τυπική Απόκλιση

4.4.2 Διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τα δημογραφικά δεδομένα του ερωτηματολογίου

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζεται, η σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας για τις ενότητες του ServQual (Α. Αξιοπιστία, Β. Ανταπόκριση, Γ. Ασφάλεια, Δ. Συναισθηματική κατανόηση και Ε. Απτότητα της υπηρεσίας) σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες (Πίνακας 11), την οικογενειακή κατάσταση (Πίνακας 12), το επίπεδο σπουδών (Πίνακας 13), τις κλάσεις του εισοδήματος (Πίνακας 14) και το φύλο (Πίνακας 15) προκειμένου να απαντηθούν τα συμπληρωματικά ερευνητικά ερωτήματα Irg2, Irg3, Irg4, Irg5 και Irg6 όπως αυτά καταγράφηκαν στο κεφάλαιο 3.2.1, με τίτλο ‘ερευνητικά ερωτήματα’ της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης δύο υπο-ομάδων (δείγματα) ως προς μία μεταβλητή εφαρμόζεται το t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ το τεστ Mann-Whitney U, αποτελεί μη παραμετρικό ισοδύναμο του t-τεστ ανεξάρτητων ομάδων και χρησιμοποιείται όταν οι απαντήσεις είναι μετρημένες σε κλίμακα διάταξης (ordinal) και ως εκ τούτου δεν ακολουθούν Κανονική Κατανομή (Leech et al., 2005). Ο έλεγχος Mann-Whitney, βασίζεται κυρίως, στη διαφορά των διαμέσων (ως εκπροσώπων της κεντρικής τάσης), ενώ ο στόχος του ελέγχου που γίνεται για δυο ανεξάρτητα δείγματα, είναι ο υπολογισμός του στατιστικού U και ο έλεγχος (σε κάποιο βαθμό πιθανότητας) αν τα δυο δείγματα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τις βαθμικές σειρές (Τσιόκανος, 2016)

Πίνακας 11. Σύγκριση ηλικιακών ομάδων, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

Ηλικιακή ομάδα		Α	Β	Γ	Δ	Ε
Κάτω των 80	Μικρότερη τιμή	3,4	2,8	4,0	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,4	3,5
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,5 a	4,5 a	4,5 a	4,4 a	3,5 a
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	N	68	68	68	68	68
Άνω των 80	Μικρότερη τιμή	3,6	3,3	3,5	3,4	2,2
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,8
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,6 a	4,7 a	4,8 a	4,5 a	3,8 b
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,4	0,3	0,5	0,5
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
	N	89	89	89	89	89

Mann-Whitney <i>p</i>	0,621	0,126	0,738	0,613	<0,001
Μικρότερη τιμή	3,4	2,8	3,5	2,8	2,0
Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,6
Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
Σύνολο Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,5	3,6
Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6
Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
N	157	157	157	157	157

Οι μέσοι όροι που ακολουθούνται, από διαφορετικό γράμμα σε κάθε στήλη, διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$ ($p \leq 0,05$), σύμφωνα με τα αποτελέσματα μια σειράς ελέγχων Mann-Whitney.

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 11, διαπιστώνεται ότι, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων μόνο για τη συνολική βαθμολογία που αφορά την Απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της. Ειδικότερα, οι ερωτώμενοι άνω των 80 ετών, εκφράζουν πιο θετική άποψη σε σύγκριση με τους ερωτώμενους που είναι κάτω των 80 ετών.

Πίνακας 12. Σύγκριση επιπέδου οικογενειακής κατάστασης, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

Οικογενειακή κατάσταση	Α	Β	Γ	Δ	Ε	
Άγαμος/η	Μικρότερη τιμή	3,8	3,3	4,0	3,4	2,2
	Διάμεση τιμή	4,3	4,5	4,9	4,7	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0
	Μέσος όρος	4,4	4,5	4,7	4,4	3,5
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
	N	14	14	14	14	14
Έγγαμος	Μικρότερη τιμή	3,4	2,8	4,0	3,4	2,4
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,7
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,6	4,6	4,8	4,5	3,7
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,4	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	N	70	70	70	70	70
Διαζευμένος/η	Μικρότερη τιμή	4,2	4,0	4,0	2,8	2,2
	Διάμεση τιμή	4,5	4,8	4,6	4,3	3,4
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,2
	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,5	4,1	3,4
	Τυπική απόκλιση	0,3	0,4	0,5	0,8	0,7
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
	N	6	6	6	6	6
Χήρος/α	Μικρότερη τιμή	3,6	3,3	3,5	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,7

	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,4	3,6
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,6	0,0	0,1	0,1
	N	67	67	67	67	67
	Kruskal- Wallis p	0,272	0,830	0,197	0,680	0,444
Σύνολο	Μικρότερη τιμή	3,4	2,75	3,5	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,75	5,0	4,6	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,5	3,6
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	N	157	157	157	157	157

Με βάση τα στοιχεία του πίνακα 12, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου οικογενειακής κατάστασης ως προς τη συνολική βαθμολογία για την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια, τη συναισθηματική κατανόηση και την απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της υπηρεσίας.

Πίνακας 13. Σύγκριση επιπέδου σπουδών, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (Α, Β, Γ, Δ, Ε), Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

Επίπεδο σπουδών		Α	Β	Γ	Δ	Ε
Υποχρεωτική εκπαίδευση	Μικρότερη τιμή	3,4	3,3	3,5	3,2	2,4
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,5	3,7
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,4	0,3	0,5	0,5
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	N	96	96	96	96	96
Μέση εκπαίδευση	Μικρότερη τιμή	3,6	3,8	4,0	3,4	2,2
	Διάμεση τιμή	4,6	4,3	5,0	4,2	3,3
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,2
	Μέσος όρος	4,5	4,4	4,7	4,3	3,4
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,4	0,6	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
	N	17	17	17	17	17
Τ.Ε.Ι	Μικρότερη τιμή	4,6	4,8	5,0	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	2,8	2,0
	Μεγαλύτερη τιμή	4,6	4,8	5,0	2,8	2,0
	Μέσος όρος	4,6	4,8	5,0	2,8	2,0
	Τυπική απόκλιση	-	-	-	-	-
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	-	-	-	-	-
	N	1	1	1	1	1

A.E.I	Μικρότερη τιμή	4,6	4,8	4,0	2,8	2,2
	Διάμεση τιμή	4,6	4,9	4,5	3,8	3,1
	Μεγαλύτερη τιμή	4,6	5,0	5,0	4,8	4,0
	Μέσος όρος	4,6	4,9	4,5	3,8	3,1
	Τυπική απόκλιση	0,0	0,2	0,7	1,4	1,3
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,1	0,5	1,0	0,9
	N	2	2	2	2	2
Άνευ	Μικρότερη τιμή	3,6	2,8	4,0	3,6	2,4
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,7
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,6	4,6	4,8	4,5	3,7
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,6	0,3	0,4	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	N	41	41	41	41	41
Kruskal- Wallis p		0,823	0,510	0,859	0,309	0,121
Σύνολο	Μικρότερη τιμή	3,4	2,8	3,5	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,5	3,6
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	N	157	157	157	157	157

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 13, διαπιστώνεται ότι δεν εντοπίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ του επιπέδου σπουδών σε ότι αφορά τη συνολική βαθμολογία για την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια, τη συναισθηματική κατανόηση και την απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της.

Πίνακας 14. Σύγκριση κλάσεων εισοδήματος, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (A, B, Γ, Δ, E), Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

Εισόδημα	A	B	Γ	Δ	E	
Έως 400 €	Μικρότερη τιμή	3,4	3,3	4,0	3,4	2,4
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,8	3,8
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,6 a	4,7 a	4,9 a	4,6 a	3,7 a
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,4	0,2	0,4	0,5
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	N	89	89	89	89	89
Έως 600 €	Μικρότερη τιμή	3,4	3,3	4,0	3,2	2,2
	Διάμεση τιμή	4,6	4,5	4,8	4,4	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,4 a	4,5 b	4,7 b	4,4 b	3,6 a
	Τυπική απόκλιση	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	N	38	38	38	38	38

Έως 1000 €	Μικρότερη τιμή	4,0	3,3	3,5	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	4,8	4,2	3,5
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,5
	Μέσος όρος	4,5 a	4,6 ab	4,7 b	4,2 b	3,4 a
	Τυπική απόκλιση	0,3	0,5	0,5	0,7	0,7
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	N	21	21	21	21	21
Kruskal- Wallis <i>p</i>		0,200	0,015	0,026	0,009	0,136
Σύνολο	Μικρότερη τιμή	3,4	3,3	3,5	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,7
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,5	3,6
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,4	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	N	148	148	148	148	148

Οι μέσοι όροι που ακολουθούνται από διαφορετικό γράμμα σε κάθε στήλη, διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο σημαντικότητα $\alpha=0,05$ ($p \leq 0,05$), σύμφωνα με τα αποτελέσματα μια σειράς ελέγχων Mann-Whitney.

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 14, διαπιστώνεται ότι, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία των απαντήσεων των ερωτώμενων, όσον αφορά την ανταπόκριση μετά την παροχή της υπηρεσίας μεταξύ των κλάσεων εισοδήματος έως 400€ και έως 600€. Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά ανιχνεύθηκε ως προς την ασφάλεια της υπηρεσίας και τη συναισθηματική κατανόηση του προσωπικού, τόσο μεταξύ των κλάσεων έως 400€ και έως 600€, όσο και μεταξύ των κλάσεων έως 400€ και έως 1000€. Και στις τρεις συνολικές βαθμολογίες (B, Γ και Δ), οι ερωτώμενοι που λαμβάνουν έως 400€, έχουν πιο θετική άποψη μετά τη παροχή της υπηρεσίας, σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν υψηλότερες κλάσεις εισοδήματος.

Πίνακας 15. Σύγκριση των δύο φύλων, ως προς τη συνολική βαθμολογία, στις ερωτήσεις που αφορούν τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας (A, B, Γ, Δ, E), Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

Φύλο		A	B	Γ	Δ	E
Άνδρας	Μικρότερη τιμή	3,4	3,3	4,0	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,5	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος (Μ.Ο)	4,5	4,6	4,8	4,5	3,6
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	N	50	50	50	50	50
Γυναίκα	Μικρότερη τιμή	3,4	2,8	3,5	2,8	2,2
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,7
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
	Μέσος όρος	4,6	4,6	4,8	4,5	3,6

	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	<i>N</i>	107	107	107	107	107
<hr/>						
	Mann-Whitney <i>p</i>	0,879	0,606	0,949	0,945	0,950
<hr/>						
	Μικρότερη τιμή	3,4	2,8	3,5	2,8	2,0
	Διάμεση τιμή	4,6	4,8	5,0	4,6	3,6
	Μεγαλύτερη τιμή	5,0	5,0	5,0	5,0	4,7
Σύνολο	Μέσος όρος	4,5	4,6	4,8	4,5	3,6
	Τυπική απόκλιση	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6
	Τυπικό σφάλμα Μ.Ο.	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
	<i>N</i>	157	157	157	157	157
<hr/>						

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 15, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ότι αφορά τη συνολική βαθμολογία στην αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια, τη συναισθηματική κατανόηση και την απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της.

4.4.3 Συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών μετά την παροχή της, με τη συνολική ικανοποίηση, την ηλικιακή ομάδα και το εισόδημα.

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των συνολικών βαθμολογιών για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της υπηρεσίας, μετά τη παροχή της, σε σχέση με τη Συνολική Ικανοποίηση (Πίνακας 16, τις Επιπρόσθετες υποθέσεις εργασίας του κεφαλαίου 3.2.1, με τίτλο ‘Ερευνητικά ερωτήματα’ Υποθ1, Υποθ2, Υποθ3, Υποθ4 και Υποθ5), την ηλικιακή ομάδα (Πίνακας 17) και το εισόδημα (Πίνακας 18).

Οι συγκεκριμένες συσχετίσεις υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας το συντελεστή Spearman’s correlation, ο οποίος λαμβάνει τιμές από -1 ως 1. Όταν κυμαίνεται από 0-0.19, 0.20-0.39, 0.40-0.59, 0.60-0.79 και 0.80-1.0 η σχέση μεταξύ των παραγόντων χαρακτηρίζεται θετική αλλά πολύ αδύναμη, αδύναμη, μέτρια, δυνατή, πολύ δυνατή αντίστοιχα (Leech et al., 2005). Σε ανάλογες έρευνες, διαπιστώνουμε ότι, χρησιμοποιείται ο συγκεκριμένος συντελεστής για να εκτιμηθούν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών (Pakdil και Harwood, 2005, Manulik et al., 2016) ενώ στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή η συσχέτιση πραγματοποιείται μεταξύ μεταβλητών και των πέντε διαστάσεων του ServQual.

Πίνακας 16. Συσχέτιση της Συνολικής Ικανοποίησης από την υπηρεσία με τη συνολική βαθμολογία για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της, Μετά την παροχή των υπηρεσιών ΒΣΣ

	Spearman's	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
Αξιοπιστία	0,206	0,009
Ανταπόκριση	0,323	<0,001
Ασφάλεια	0,247	0,002
Συναισθηματική κατανόηση	0,326	<0,001
Απτότητα	0,301	<0,001

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 16, διαπιστώνεται ότι, η Συνολική Ικανοποίηση από την υπηρεσία έχει μέτριας εντάσεως, θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση και με τις πέντε βαθμολογίες που αφορούν την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της μετά τη παροχή της.

Πίνακας 17. Συσχέτιση της Ηλικίας με τη συνολική βαθμολογία για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της, Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

	Spearman's	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
Αξιοπιστία	0,030	0,705
Ανταπόκριση	0,161	0,044
Ασφάλεια	0,002	0,984
Συναισθηματική κατανόηση	0,023	0,733
Απτότητα	0,228	0,004

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 17, διαπιστώνεται ότι, η Ηλικία, έχει ασθενούς εντάσεως, θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση, με τη βαθμολογία για την ανταπόκριση και μέτριας εντάσεως θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία που αφορά την Απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της.

Πίνακας 18. Συσχέτιση του Εισοδήματος, με τη συνολική βαθμολογία για την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της, Μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ

	Spearman's	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
Αξιοπιστία	-0,153	0,062
Ανταπόκριση	-0,206	0,012
Ασφάλεια	-0,212	0,009
Συναισθηματική κατανόηση	-0,247	0,002
Απτότητα	-0,187	0,022

Με βάση τα στοιχεία του Πίνακα 18, διαπιστώνεται ότι, το Εισόδημα έχει ασθενούς εντάσεως, αρνητική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία για την Απτότητα της υπηρεσίας και μέτριας εντάσεως, αρνητική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία που αφορά στην Ανταπόκριση, στη Συναισθηματική Κατανόηση και στην Ασφάλεια της υπηρεσίας μετά τη παροχή της.

Στο παρόν κεφάλαιο, αρχικά, αποτυπώθηκαν τα χαρακτηριστικά του δείγματος όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το μορφωτικό επίπεδο και το μηναίο εισόδημα. Ακολούθως, παρουσιάστηκε η κεντρική τάση των απαντήσεων για τις πέντε ενότητες του ερωτηματολογίου πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας «Βοήθεια Στο Σπίτι» και βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας για το σύνολο των ερωτήσεων, πέραν της ερώτησης Ε5, ενώ παρουσιάστηκε αναλυτικά η κατανομή των απαντήσεων για κάθε ερώτηση στην πενταβάθμια κλίμακα του Likert.

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των απαντήσεων κατέδειξε ότι, όλες οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου είχαν ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha > 0,60$) και εσωτερική συνοχή ($DI > 0,30$). Μετά την παροχή της υπηρεσίας, οι εξυπηρετούμενοι έχουν πιο θετική άποψη σχετικά με την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια και την συναισθηματική κατανόηση, ενώ όσον αφορά την απτότητα, η άποψη των ερωτώμενων έγινε πιο αρνητική. Τέλος, προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εξυπηρετούμενων όσον αφορά την ηλικία και το εισόδημα Στο επόμενο κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, θα αναφερθούν τυχόν περιορισμοί και μειονεκτήματα της μελέτης, θα αναδειχθούν τα κυριότερα συμπεράσματα και θα γίνουν οι κατάλληλες εισηγήσεις για τη βελτίωση της υπηρεσίας αλλά και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Κεφάλαιο Πέμπτο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Τα κύρια χαρακτηριστικά του δείγματος είναι ότι, στην πλειοψηφία, του αποτελείται από γυναίκες (68,2%), ενώ οι έγγαμοι και οι χήροι αποτελούν το 84% (Σχήμα 2), το 61,1% διαθέτουν κάποιο μορφωτικό επίπεδο, είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Σχήμα 3), διαβιούν κάτω από τα όρια της φτώχειας με μηνιαίο εισόδημα ως 400€, το 56,7%, η μέση ηλικία των ωφελουμένων ανέρχεται στα 76,6 έτη, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία διαμένουν μόνοι τους (66,9%). Με βάση τον Aguilar-Palacio et al. (2012), ευπαθείς πληθυσμός θεωρείται ο μεμονωμένος άνθρωπος ο οποίος είτε έχει εισόδημα κάτω από 6.000€, είτε έχει μόρφωση επιπέδου δημοτικού, είτε είναι άνεργος. Συνεπώς, πρόκειται για άτομα τα οποία στην πλειονότητα τους ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και χρίζουν υποστήριξης από την πολιτεία, ενώ μέσω του προγράμματος ΒΣΣ εξυπηρετούνται κάποιες από τις βασικές τους ανάγκες τις οποίες θα ήταν αδύνατο να καλύψουν με διαφορετικό τρόπο.

5.2 Περιγραφική στατιστική

Σχετικά με την κατανομή των απαντήσεων διαπιστώνεται ότι, πριν την παροχή της υπηρεσίας οι απαντήσεις και για τις πέντε διαστάσεις του ServQual κατανέμονταν στην πλειοψηφία τους και στις πέντε κατηγορίες της πενταβάθμιας κλίμακας Likert (Πίνακας 3), ενώ μετά την παροχή της υπηρεσίας η πλειονότητα των αντίστοιχων απαντήσεων συσσωρεύεται μεταξύ του «Δεν είμαι σίγουρος/η», «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» (Πίνακας 4). Η παραπάνω παρατήρηση, οδηγεί σε ένα πρώιμο συμπέρασμα ότι, η ποιότητα του προγράμματος είναι καλύτερη από τις προσδοκίες τις οποίες είχαν οι εξυπηρετούμενοι.

Το προαναφερθέν, πρώιμο συμπέρασμα, το ενισχύει η απάντηση σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση από το πρόγραμμα, όπου από το σχήμα 4, προκύπτει ότι το 95% των ερωτηθέντων εξέφρασε θετική άποψη για το πρόγραμμα (πολύ καλή 63% και καλή 32%) και από το γεγονός ότι, με βάση το σχήμα 5, το 99% θα πρότεινε την υπηρεσία σε κάποιον γνωστό του (Σίγουρα ναι 82% και ναι 17%). Επίσης, σχετικά με το τι θεωρούν πιο σημαντικό ανάμεσα σε ενδιαφέρον, ευγένεια, σεβασμός, ενημέρωση, επικοινωνία, ψυχολογική υποστήριξη και ανέσεις, οι εξυπηρετούμενοι προκρίνουν ότι όλα τα ανωτέρω είναι σημαντικά (40,8%) και ειδικότερα, ακολουθούν το ενδιαφέρον (29,9%), η ευγένεια (26,1%) και ο σεβασμός (21,7%) (σχήμα 6). Τέλος, σε αρκετές έρευνες, χρησιμοποιείται μόνο περιγραφική στατιστική για την εξαγωγή των συμπερασμάτων (Doran and Smith, 2004; Χαραυγή, 2011)

5.3 Ανάλυση της αξιοπιστίας των απαντήσεων

Τα συλλεχθέντα δεδομένα παρουσιάζουν ικανοποιητική αξιοπιστία, μιας και η τιμή των συντελεστών Cronbach's α και εσωτερικής συνοχής ($DI > 0,30$) είναι μεγαλύτερη από 0,60 και 0,30 αντίστοιχα. Για τέτοιου είδους έρευνες, οι τιμές του συντελεστή Cronbach's α εάν μεγαλύτερες από 0.8 θεωρούνται υψηλές, οι τιμές από 0.79-0.55 ικανοποιητικές και οι τιμές μικρότερες από 0.54 θεωρούνται χαμηλές (Papanikolaou and Zygiaris, 2012). Συνεπώς, τα στατιστικά δεδομένα της παρούσης έρευνας θεωρούνται ικανοποιητικά. Σε ανάλογη μελέτη, οι Papanikolaou and Zygiaris (2012) ανέφεραν τιμές στη δική τους αντίστοιχη έρευνα, για την ανάλυση της αξιοπιστίας με βάση τον συντελεστή α , προ της παροχής της υπηρεσίας, μεταξύ 0,36-0,61 και μετά την παροχή της υπηρεσίας, από 0,76-0,88.

5.4 Συμπερασματολογική στατιστική

5.4.1 Η ποιότητα των υπηρεσιών του ΒΣΣ όπως καταγράφεται στις πέντε ενότητες του ServQual

Το τεστ του Wilcoxon χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων, οι οποίες αφορούσαν τις προσδοκίες από την υπηρεσία και την αντίληψη που έχουν οι εξυπηρετούμενοι από την παροχή της υπηρεσίας. Με βάση τον πίνακα 6, διαπιστώνουμε ότι η τιμή p , στο τεστ του Wilcoxon, ήταν μικρότερη του επιπέδου εμπιστοσύνης 5% για όλες τις ερωτήσεις, γεγονός που συνεπάγεται ότι, μεταξύ των προσδοκιών και της αντίληψης των υπηρεσιών σε όλες τις ερωτήσεις υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά (Leech et al., 2005). Σε ανάλογη έρευνα, και οι (Kebriaei και Akbari, 2006) χρησιμοποίησαν το Wilcoxon και διαπίστωσαν ότι υπάρχουν στατιστικών σημαντικές διαφορές μεταξύ προσδοκιών από την υπηρεσία και αντίληψης των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Τα κενά μεταξύ της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, μπορούν να αναγνωριστούν ως η διαφορά των μέσων όρων μεταξύ προσδοκιών και αντίληψης των παρεχομένων υπηρεσιών, στις 22 ερωτήσεις του ServQual (Youssef, 1996). Με βάση τα στοιχεία των Πινάκων 7 και 8, διαπιστώνεται ότι, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των 22 ερωτήσεων, όσον αφορά την διαφορά των μέσων τιμών πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας. Ειδικότερα, με βάση τον πίνακα 8 υπάρχει κατά φθίνουσα σειρά, πιο θετική άποψη μετά την παροχή της υπηρεσίας για τους τομείς της ποιότητας, οι οποίοι αφορούν τη Συναισθηματική Κατανόηση (1,9), την Ασφάλεια (1,9), την Ανταπόκριση (1,8) και την Αξιοπιστία (1,7) ενώ κενά στην ποιότητα της

υπηρεσίας εντοπίζονται όσον αφορά την απτότητα (-0,4). Η συνολική αποτίμηση της ποιότητας του προγράμματος ΒΣΣ, με βάση την εξίσωση 3 και τον Πίνακα 8 κρίνεται θετική δεδομένου ότι ο SQ υπολογίστηκε ίσος με 1.3. Χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία ο Pramanik (2016) διαπίστωσε σχετικά με την ποιότητα των αστικών νοσοκομείων ότι, οι ασθενείς είχαν μια αρνητική άποψη για την ποιότητα της υπηρεσίας και στις πέντε διαστάσεις του ServQual, ενώ η συνολική αποτίμηση της ποιότητας της υπηρεσίας, υπολογίστηκε επίσης αρνητική, μιας και ο SQ βρέθηκε ίσος με -1.24.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των πέντε υψηλότερων και των πέντε χαμηλότερων μέσων όρων, πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας ΒΣΣ. Βρέθηκε λοιπόν ότι, τους υψηλότερους μέσους όρους πριν την παροχή της υπηρεσίας, συγκέντρωνε η Ερώτηση Ε3 (Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι πάντα περιποιημένοι) (Πίνακας 9) και μετά την παροχή του προγράμματος η ερώτηση Α1 (Στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω) (Πίνακας 10). Αντίστοιχα, τους χαμηλότερους μέσους όρους πριν την παροχή της υπηρεσίας συγκέντρωνε η ερώτηση Β4 (Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη) (Πίνακας 9) και μετά την παροχή του προγράμματος η ερώτηση Ε4 (Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» με εξυπηρετούν απόλυτα) (Πίνακας 10). Ανάλογη ανάλυση των πέντε κυριότερων ερωτήσεων, που υπήρχαν θετικά σημεία και αρνητικά κενά πραγματοποιήσαν και οι Youssef, (1996)

5.4.2 Διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε σχέση με τα δημογραφικά δεδομένα του ερωτηματολογίου

Σχετικά με το συμπληρωματικά ερευνητικά ερωτήματα Ipg2, Ipg3, Ipg4, Ipg5 και Ipg6 εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος του Mann-Whitney και βρέθηκε ότι:

Ipg2: Δεν υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων (κάτω των 80 και Άνω των 80) στις 4 από τις 5 διαστάσεις της ποιότητας, πέραν της απτότητα της υπηρεσίας, όπου οι ερωτώμενοι άνω των 80 ετών εκφράζουν πιο θετική άποψη σε σχέση με τους νεότερους (Πίνακας 11). Σε ανάλογη μελέτη, με την εφαρμογή του ServQual, οι Papanikolaou και Zygariis (2012) την επίδραση της ηλικίας στην άποψη σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και διαπίστωσαν ότι, υπάρχει διαφορά και μάλιστα οι μεγαλύτερες ηλικίες είχαν μικρότερες απαιτήσεις σε σχέση με τις μικρότερες.

Ipg3: Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση (Άγαμος/η, Έγγαμος, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α) για καμία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας

του ServQual (Πίνακας 12). Σε ανάλογη μελέτη ο Al-Momani (2015) με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου ServQual διαπίστωσε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν παίζει ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών.

Ipg4: Οι εξυπηρετούμενοι με χαμηλά εισοδήματα έχουν πιο θετική άποψη όσον αφορά τις διαστάσεις της ποιότητας του ServQual Ανταπόκριση, Ασφάλεια και Συναισθηματική κατανόηση υπηρεσίας, σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους που δήλωσαν υψηλότερες κλάσης εισοδήματος (Πίνακας 14). Όπως αναφέρουν οι Boij & Kristensen (2000), το εισόδημα σχετίζεται άμεσα με το αυτό-αναφερόμενο επίπεδο υγείας και την αντίληψη της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ipg5: Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, για καμία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας του ServQual (Πίνακας 13). Ωστόσο, σε ανάλογη μελέτη οι Papanikolaou και Zygiaris (2012) διερεύνησαν με το ServQual την επίδραση του επιπέδου μόρφωσης στην άποψη σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και διαπίστωσαν ότι υπάρχει διαφορά και μάλιστα όσο μεγαλύτερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο και οι απαιτήσεις ήταν μεγαλύτερες. Ωστόσο, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ωφελουμένων όπου το 87% αφορά άτομα χωρίς ή και με υποχρεωτική εκπαίδευση.

Ipg6: Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ό,τι αφορά τη συνολική βαθμολογία στην αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την ασφάλεια, τη συναισθηματική κατανόηση και την απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της (Πίνακας 15). Σε παρόμοιες έρευνες με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου ServQual, τόσο οι Papanikolaou και Zygiaris (2012), όσο και ο Al-Momani (2015), διαπίστωσαν ότι, το φύλο δεν παίζει ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών.

5.4.3 Συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών μετά την παροχή της με τη Συνολική Ικανοποίηση, την Ηλικιακή ομάδα και το Εισόδημα.

Σχετικά με τις επιπρόσθετες υποθέσεις εργασίας του κεφαλαίου Υποθ1, Υποθ2, Υποθ3, Υποθ4 και Υποθ5 συσχετίστηκε η συνολική ικανοποίηση με τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας, χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho και προέκυψε ότι:

Υποθ1: Υπάρχει μια στατιστικώς σημαντική, αλλά αδύναμη σχέση, μεταξύ της διάστασης της **αξιοπιστίας της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης (Πίνακας 16)

Υποθ2: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική αλλά αδύναμη σχέση μεταξύ της διάστασης της **ανταπόκρισης της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών (Πίνακας 16)

Υποθ3: Υπάρχει μια στατιστικώς σημαντική αλλά αδύναμη σχέση μεταξύ της διάστασης της **ασφάλειας της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών (Πίνακας 16)

Υποθ4: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική αλλά αδύναμη σχέση μεταξύ της διάστασης της **Ενσυναίσθησης του προσωπικού** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών (Πίνακας 16)

Υποθ5: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική αλλά αδύναμη σχέση της **Απτότητας της υπηρεσίας** και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. (Πίνακας 16)

Σε ανάλογες περιπτώσεις εφαρμογής της μεθοδολογίας ServQual, η διερεύνηση της συσχέτισης με το συντελεστή Spearman's rho αφορούσε, τη συσχέτιση των 22 ερωτήσεων του ServQual, όπου χρησιμοποιήθηκε για να συσχετιστούν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις με τα δημογραφικά στοιχεία (Pakdil και Harwood, 2005). Είναι η πρώτη φορά όπου, με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, συσχετίζονται η βαθμολογία κάθε μιας από τις πέντε διάστασεις της ποιότητας, με δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι, η Συνολική Ικανοποίηση από την υπηρεσία, με τις πέντε διαστάσεις του ServQual, έχει μέτριας εντάσεως, θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση και με τις πέντε βαθμολογίες που αφορούν την Αξιοπιστία, την Ανταπόκριση, την Ασφάλεια, τη Συναισθηματική Κατανόηση και την Απτότητα της μετά τη παροχή της. (Πίνακας 16).

Επίσης, φάνηκε ότι, η Ηλικία, με τις πέντε διαστάσεις του ServQual, έχει ασθενούς εντάσεως, θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση, με τη βαθμολογία για την Ανταπόκριση και μέτριας εντάσεως θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία που αφορά την Απτότητα της υπηρεσίας μετά τη παροχή της (Πίνακα 17).

Τέλος, η συσχέτιση του Εισοδήματος με τις πέντε διαστάσεις του ServQual, έχει ασθενούς εντάσεως, αρνητική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία για την Απτότητα της υπηρεσίας και μέτριας εντάσεως, αρνητική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία που αφορά στην Ανταπόκριση, στη Συναισθηματική Κατανόηση και στην Ασφάλεια της υπηρεσίας μετά τη παροχή της (Πίνακα 18).

Συμπεράσματα – Μελλοντική Έρευνα

Τα κυριότερα συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής είναι ότι:

- Οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος ΒΣΣ, ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και χρήζουν υποστήριξης από την πολιτεία
- Μέσω του προγράμματος ΒΣΣ, εξυπηρετούνται κάποιες από τις βασικές τους ανάγκες οι οποίες θα ήταν αδύνατο να καλυφθούν σε διαφορετική περίπτωση.
- Με βάση την κατανομή των απαντήσεων πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας, εύκολα παρατηρείται μακροσκοπικά ότι, η ποιότητα του προγράμματος είναι καλύτερη από τις προσδοκίες τις οποίες είχαν οι εξυπηρετούμενοι
- Τα συλλεχθέντα στατιστικά δεδομένα παρουσιάζουν ικανοποιητική αξιοπιστία, μιας και η τιμή των συντελεστών Cronbach's α και εσωτερικής συνοχής ($DI > 0,30$), είναι μεγαλύτερη από 0,60 και 0,30 αντίστοιχα
- Με την εφαρμογή του τεστ Wilcoxon προέκυψε ότι, υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των υπηρεσιών, σε όλες τις 22 ερωτήσεις του ServQual
- Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των 22 ερωτήσεων, όσον αφορά τη διαφορά των μέσων τιμών πριν και μετά την παροχή της υπηρεσίας.
- Υπάρχει, κατά φθίνουσα σειρά, πιο θετική άποψη μετά την παροχή της υπηρεσίας για τους τομείς της ποιότητας, οι οποίοι αφορούν τη Συναισθηματική Κατανόηση (1,9), την Ασφάλεια (1,9), την Ανταπόκριση (1,8) και την Αξιοπιστία (1,7)
- Τα κενά στην ποιότητα της υπηρεσίας, εντοπίζονται όσον αφορά την απτότητα (-0,4)
- Η συνολική αποτίμηση της ποιότητας του προγράμματος κρίνεται θετική, δεδομένου ότι ο SQ υπολογίστηκε ίσος με 1.3
- Τους υψηλότερους μέσους όρους, πριν την παροχή της υπηρεσίας, συγκέντρωσε η Ερώτηση E3 και μετά την παροχή του προγράμματος η ερώτηση A1
- Τους χαμηλότερους μέσους όρους, πριν την παροχή της υπηρεσίας, συγκέντρωσε η ερώτηση B4 και μετά την παροχή του προγράμματος η ερώτηση E4
- Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων (κάτω των 80 και Άνω των 80), στις 4 από τις 5 διαστάσεις της ποιότητας
- Δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση
- Οι εξυπηρετούμενοι με χαμηλά εισοδήματα, έχουν πιο θετική άποψη, όσον αφορά τις διαστάσεις της ποιότητας του ServQual Ανταπόκριση, Ασφάλεια και Συναισθηματική Κατανόηση

- Δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, για καμία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας
- Δεν παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, σε ό,τι αφορά τη συνολική βαθμολογία, για τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας
- Υπήρξε στατιστικώς σημαντική, αλλά αδύναμη σχέση, μεταξύ των πέντε διαστάσεων της ποιότητας και του βαθμού συνολικής ικανοποίησης των χρηστών
- Η ηλικία, σε σχέση με τις πέντε διαστάσεις του ServQual (Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Ασφάλεια, Συναισθηματική κατανόηση και Απτότητα) έχουν θετική σχέση
- Ένα μέρος των οικονομικά πιο εύπορων ερωτώμενων, έχουν ελαφρά πιο αρνητική άποψη για την ανταπόκριση, ασφάλεια, συναισθηματική κατανόηση και την απτότητα της υπηρεσίας, μετά την παροχή της σε σχέση με τους οικονομικά ασθενέστερους.

Μελλοντική Έρευνα που μπορεί να προκύψει από την παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, αφορά:

- Τη σύγκριση μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού, του προγράμματος ΒΣΣ
- Την ποιοτική έρευνα σχετικά με τις χαμηλές προσδοκίες και τις υψηλές αντιλήψεις των εξυπηρετούμενων του προγράμματος ΒΣΣ
- Την αναβάθμιση του εξοπλισμού του προγράμματος
- Τη βελτίωση της διοικητικής λειτουργίας του προγράμματος
- Την επανάληψη της έρευνας κάθε έτος για 5 έτη, για να διαπιστωθεί εάν υπήρξε βελτίωση του προγράμματος (ανάλογα έπραξε ο Baldwin (2014) για το Αυστραλιανό σύστημα υγείας)
- Τη διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας και σε άλλες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aguilar-Palacio I., Gil-Lacruz M., Gil-Lacruz A.I. (2012). Vulnerable population and health status in a neighbourhood in Zaragoza (Spain). *Health and Social Care in the Community* 20(6):625–634
- Alma-Ata Declaration (1978). World Health Organization.
- Al-Momani M.M. (2016). Gap Analysis between Perceptions and Expectations of Medical-Surgical Patients in a Public Hospital in Saudi Arabia. *Med Princ Pract* 25:79–84
- Baldwin A. (2014). Service quality in an Australian private dental network. *The TQM Journal* 26(4):360 – 367
- Bergh H., Baigia A., Mansson J., Mattsson B., Marklunda B. (2007). Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public Health* 121:25–33
- Borj V. & Kristensen T.S. (2000) Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science and Medicine* 51, 1019–1030.
- Butt M.M., De Run, E. C. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23(7):658 – 673
- Büyüközkan G., Çifçi G., Güteryüz S. (2011). Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications* 38:9407–9424
- Choi K-S, Cho W-H, Lee S., Lee H., Kim Ch. (2004) The relationships among quality, value, satisfaction and behavioural intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research* 57:913– 921
- CMT Προοπτική. (2008). *Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία*, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006
- Cochran, W. G. (1963). *Sampling Techniques* 2nd Ed. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- COM/723 (2001). *Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας*
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free*. New York: 1979. McGraw-Hill.

- Curry A., Sinclair E. (2002). Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 15(5):197 – 205
- Dias S., Gama A., Cortes M., De Sousa B. (2011) Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health and Social Care in the Community* 19(5):514–521
- Donabedian A. (1988) The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 260:1743–1748
- Doran D. and Smith P. (2004). Measuring service quality provision within an eating disorders context. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17(7):377 - 388
- Economou A., Nikolau A., Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union, *Journal of Economic Studies* 35:368–384.
- Eisen C., Bowie J., Gaskin D, LaVeist T, Thorpe R. The Contribution of Social and Environmental Factors to Race Differences in Dental Services Use, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 92(3) DOI:10.1007/s11524-015-9938-3
- EPSCO/ECOFIN (2003). Joint report by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly
- Eurobarometer (2014). Living conditions in the European Union
- Gal I., Doron I. (2007). Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *International Journal for Quality in Health Care* 19(3): 158–163
- Israel G. (1992). *Determining Sample Size*, Florida Cooperative Extension Service, University of Florida, Fact Sheet PEOD-6
- Kasiulevičius V., Šapoka V., Filipavičiūtė (2006). Sample size calculation in epidemiological studies *Gerontologija* 7(4):225–231
- Kebriaei A., Akbari F. (2006). Quality Gap of Primary Health Care Services at Kashan District Health Centers. *Iran, J. Med. Sci.*, 6(3): 393-399
- Kentikelenis et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378:1457–1458.
- Kilbourne W., Duffy J.A., Duffy M., Giarchi G., (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *Journal of Services Marketing*. 18(7):524 – 533

- Lahana E., Pappa E., Niakas D. (2010). The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. *Int J Public Health* 55:391–400
- Lam S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management* 8(4):145-152
- Lass A. Brinsden P. (2001) How do patients choose private in vitro fertilization treatment? A customer survey in a tertiary fertility center in the United Kingdom. *Fertility and Sterility* 75(5):893-897
- Leech N., Barrett K., Morgan G. 2005: SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1-255
- Li-Hsing H., Shu-Yun F. Tieh-Min Y. (2015). Using fuzzy gap analysis to measure service quality of medical tourism in Taiwan. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 28(7):648 - 659
- Macario, A., Weinger, M., Carney, S. & Kim, A. (1999). Which clinical anesthesia are important to avoid? The perspective of patients. *Anesthesia & Analgesia* 89:652–658
- Macharia J. Maroa Ch. (2014). Health Management Information Systems (HMIS) Implementation Characteristics that Influence the Quality of Healthcare in Private Hospitals in Kenya. *IST-Africa 2014 Conference Proceedings* 1-12
- Madianos M et al. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46(10):943–952.
- Manulik S., Rosińczuk J., Karniej P. (2016). Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. *Patient Preference and Adherence* 10:1435-1422
- Manulik S., Rosińczuk J., Karniej P. (2016). Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. *Patient Preference and Adherence* 10:1435-1422
- Mari JJ., Williams P (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ- 20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry* 148:23–26

- McMillan C., Lee J., Milligan J., Hillier L., Bauman G. (2016). Physician perspectives on care of individuals with severe mobility impairments in primary care in Southwestern Ontario, Canada, *Health and Social Care in the Community* 24(4):463–472
- Mehta C., Patel R. (1996). *SPSS Exact test 7.0 for Windows*, SPSS Inc. Chicago.
- Miasso A.I., Filho P., Borges T.L., Junior A., Vedana K., Shasanmi R., Gimenes F. (2017). Quality of Life in Brazil's Family Health Strategy: Common Mental Disorders, Use of Psychotropic Drugs and Sociodemographic Factors. *Archives of Psychiatric Nursing* 31: 68–72
- Montana, Patrick J. and Bruce H. Charnov (2005) “Μάνατζμεντ”, *Σειρά Οικονομία & Επιχείρηση*, Κεφάλαιο 1, Εκδ. Κλειδάριθμος, Αθήνα, 3η Έκδοση
- Naing L., Winn T., Rusli B.N. (2006) Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. *Archives of Orofacial Sciences* 1: 9-14
- Nelson A. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality* Sterling Publications
- Nunnally, J. and Bernstein I. (1994). *Psychometric Theory*, 3rd edition, McGraw-Hill, Inc., New York.
- OECD (2015) Health at a Glance 2015
- OECD (2015β). Health at a Glance 2015 OECD INDICATORS
- Overtviet J. (1992). *Health Service Quality – An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Blackwell Scientific, London.
- Pakdil F., Harwood T. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence*, 16(1):15-30,
- Pansiri J., Mmereki R. (2010). Using the Servqual Model to Evaluate the Impact of Public Service Reforms in the Provision of Primary Health Care in Botswana. *Journal of African Business* 11(2):219-234
- Papanikolaou V., Zygiaris S. (2012). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations* 17:197–207
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Journal of Marketing* 49: 41–50.

- Peckover S., Chidlaw R. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community* 15(3):238–245
- Pramanik A. (2016) Patients' Perception of Service Quality of Health Care Services in India: A Comparative Study on Urban and Rural Hospitals. *Journal of Health Management* 18(2) 205–217
- Purcarea V., Raluca Gheorghea I, Petrescu C. (2013). The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale. *Procedia Economics and Finance* 6:573 – 585
- Ramanujam P.G. (2011). Service Quality in Health Care Organisations: A Study of Corporate Hospitals in Hyderaad, *Journal of Health Management* 13(2)177–202
- Rhodes P., Nocon A., Wright J. (2003). Access to Diabetes Services: The Experiences of Bangladeshi People in Bradford, UK. *Ethnicity & Health* 8(3):171–188
- Rincon-Gomez M., Bernabeu-Wittel M., Bohorquez-Colombo P., Moreno-Gavino L, Cassani-Garza M., Ortiz-Camunez M.A., Ollero-Baturone M. (2011). Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52:142–146
- Rust, R.T., Zahorik, A.J. (1993). Customer satisfaction, customer retention and market share. *Journal of Retailing* 69:193-215.
- Shu-Ping W., Shou-Chuan S., Shu-Chuan L. Chih-Ju L., Ying-Wen L., Wen-Ling C. (2011). Primary Caregivers Satisfaction and its Related Factors in Home Health Care Services. *International Journal of Gerontolog.* (5):107-111
- Singh A. and Masuku M. (2014). Sampling techniques & determination of sample size in applied statistics research: an overview, *International Journal of Economics. Commerce and Management* II(11):1-22
- Spector, P. E. (1992). *Summated Rating Scale Construction: An Introduction*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Suki N.M., Lian J., Suki N. (2009). A Comparison of Human Elements and Nonhuman Elements in Private Health Care Settings: Customers' Perceptions and Expectations. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations* 19(2):113-128

- Trani J-F., Bakhshi P., Noor A.A., Lopez D., Mashkooor A. (2010). Poverty, vulnerability, and provision of healthcare in Afghanistan. *Social Science & Medicine* 70:1745-1755
- Ugolini M. (2009). Can quality become tangible for health service users?. *The TQM Journal* 21(4):400 – 412
- Vassiliadis C., Fotiadis A., Tavlaridou E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management & Business Excellence* 25(7-8):897-907
- WHO (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, World Health Organization 1-132.
- Willisona K.D., Andrews G.J. (2005). The potential of public health to enhance chronic disease management. *Public Health* 119:1130–1132
- World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL group. *Psychological Medicine* 28:551–558
- Youssef F. (1996). Health care quality in NHS hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 9(1):15 – 28
- Zeithaml, V.A. and Bitner, M.J. (2000). *Services Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*. McGraw-Hill, Boston, MA.
- Αλεξιάς Γ., Φλάμου Α. (2007). Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού Η περίπτωση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24(1):37-42
- Δαφέρμος, Β. (2005). Κοινωνική Στατιστική με το SPSS. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.
- Διανόησης (2016): *Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας* Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος 2016
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (2008-2012). Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- ΕΛΣΤΑΤ (2013). Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα 3/2013,

- ΕΛΣΤΑΤ (2017). Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα 3/2017.
- Θεοδώρου Μ. και Μητροσύλη Μ., (1999). Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Καϊτελίδου, Δ. (2008). *Μετρώντας την ποιότητα από την πλευρά των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας*. στο Π. Κωσταγιόλας – Δ. Καϊτελίδου – Μ. Χαζτοπούλου Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, εκδ. Παπασωτηρίου
- Καραγιάννη Ρ. (2014). Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 2009-2012. *Οικονομικές εξελίξεις*, 25, ΚΕΠΕ, Αθήνα.
- Καράτση Π. (2007). Διερεύνηση της αντιλαμβανομένης ποιότητας υπηρεσιών ιαματικών λουτρών Βορείου Ελλάδος, *Μεταπτυχιακή Διατριβή*, Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών.
- Κέφης Β.Ν. (2005). *Διοίκηση ολικής ποιότητας. Θεωρία και πρότυπα*, επιμ. Φανή Λένου, Αθήνα, εκδ. Κριτική.
- Κιπένης (2007) Αλλαγή στη διοίκηση των νοσοκομείων και η Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, *Μεταπτυχιακή Διατριβή*, Διακομματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών, πληροφορική και διοίκηση
- Μπαγανά Ε. (2007) *Ψυχολογικοί και Κοινωνικοί Παράγοντες που Εμπλέκονται στην Ανάρρωση των Ατόμων με Κατάθλιψη Μέτριας και Ελαφριάς Μορφής*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Βουκουρεστίου
- Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεχειρητική νοσηλευτική* 4(3):107-119
- Ν. 4238/2014: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.
- Οδηγός Εφαρμογής ΒΣΣ (2001). *Πρόγραμμα για την δημιουργία μονάδων “Βοήθεια στο σπίτι” και “Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων” συγχρηματοδοτούμενων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) κατά το Γ’ ΚΠΣ*

- 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
- Παπαδακη Μ. Σφακιανακη Α. (2015). *Διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την πλευρά των χρηστών*. Το παράδειγμα του κέντρου υγείας χάρακα, Πτυχιακή Διατριβή, ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα κοινωνικής εργασίας
- Παπακωστίδης Α. και Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 29(4):480-488
- Σεργίου Κ. (2014). *Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο και καρωτιδική νόσο*, Μεταπτυχιακή διατριβή, ΑΠΚΥ, Μεταπτυχιακό Προγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Υπεύθυνος Τάλιας Μιχάλης
- Σταυροπουλος Ν. (2009). *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας μελέτη ικανοποίησης ασθενών δημόσιου νοσοκομείου*, Μεταπτυχιακή διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
- Τσιόκανος Α. (2016). *Μεθοδολογία έρευνας και στατιστική-Μη παραμετρικές συγκρίσεις*, Μάθημα Μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα, Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού
- Χαραυγή Ν. (2011). *Διοίκηση μονάδων υγείας με βάση τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας: η περίπτωση μελέτης ενός κέντρου υγείας αγροτικής περιοχής*, Μεταπτυχιακή διατριβή, ΑΠΚΥ, Μεταπτυχιακό Προγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ:

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
“ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΚΙΑΚΙΣ»**

Ερευνήτρια: Μπαγανά Ελπίδα,
Ψυχολόγος

Επιβλέπων Καθηγητής:
Κίτσιος Φώτιος,
Επίκουρος Καθηγητής

Θεσσαλονίκη 2017

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ

Παρακαλείσθε όπως έχετε την καλοσύνη να συμμετάσχετε στην υλοποίηση έρευνας του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας, του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με αντικείμενο **τη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σύμφωνα με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων.**

Το ερωτηματολόγιο αυτό, έχει βασισθεί σε παρόμοιες έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και τα αποτελέσματά της θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

Παρακαλούμε να εκφράσετε την άποψη σας, απαντώντας προσεκτικά, σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν την ικανοποίησή σας από την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών που σας προσφέρονται, (τους χρήστες). Στη συνέχεια, παρακαλούμε να συμπληρώσετε την τελευταία σελίδα που αφορά σε κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά, με ειλικρίνεια, διότι οι επιλογές σας θα συσχετισθούν και με αυτά τα στοιχεία. Έχει ιδιαίτερη σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις. Θα χρειαστείτε περίπου 15 λεπτά.

Η ερευνήτρια, η οποία σας χορήγησε το ερωτηματολόγιο, είναι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε σχετική πληροφορία.

Ευχαριστούμε θερμά **για τη συνεργασία.** Ευχαριστούμε θερμά και σας διαβεβαιώνουμε για τις καλές προθέσεις επεξεργασίας και ερμηνείας των πληροφοριών σας.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος
της Έρευνας,

Κίτσιος Φώτιος
Επίκουρος Καθηγητής

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

1. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΙΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΤΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ
 (Μέτρηση της προσδοκίας του εξυπηρετούμενου πριν την παροχή της υπηρεσίας)

Α' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
A1 Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω						
A2 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα μου από την πρώτη						
A3 Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι πραγματοποιούνται						
A4 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται						
A5 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου						

Β' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
B1 Οι υπηρεσίες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι παρέχονται γρήγορα						
B2 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι, είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι						

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
B3 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου						
B4 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη						

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Γ1 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι						
Γ2 Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι						
Γ3 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι ευγενικό μαζί μου						
Γ4 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.						

Δ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ (EMPATHY) ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Δ1 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.						
Δ2 Οι ώρες λειτουργίας του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα.						

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Δ3 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή.						
Δ4 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.						
Δ5 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.						

Ε' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
E1 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό						
E2 Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.						
E3 Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα περιποιημένοι.						
E4 Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα.						
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
E5 Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι;						

**2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗ
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ**
(Μέτρηση της αντίληψης του εξυπηρετούμενου μετά από την παροχή της υπηρεσίας)

Α' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
A1 Στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω						
A2 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημα μου από την πρώτη επίσκεψη						
A3 Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι πραγματοποιούνται						
A4 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσγεται						
A5 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου						

Β' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
B1 Οι υπηρεσίες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι παρέχονται γρήγορα						
B2 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι, είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι						
B3 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου						
B4 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη						

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Γ1 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι						
Γ2 Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι						
Γ3 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι ευγενικό μαζί μου						
Γ4 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.						

Δ' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ (ΕΜΠΑΘΥ) ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
Δ1 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.						
Δ2 Οι ώρες λειτουργίας του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα.						
Δ3 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή.						
Δ4 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.						

Δ5 Το προσωπικό του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.						
--	--	--	--	--	--	--

Ε' ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
E1 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό						
E2 Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.						
E3 Οι άνθρωποι που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι πάντα περιποιημένοι.						
E4 Οι εγκαταστάσεις του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με εξυπηρετούν απόλυτα.						
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
E5 Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι;						

1. Πόσο ικανοποιημένος/η αισθάνεστε συνολικά από την ποιότητα; - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

2. Θα προτείνατε αυτή την υπηρεσία σε κάποιο γνωστό σας; - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

3. Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στην παροχή υπηρεσιών;

Η ενημέρωση από το προσωπικό.....

Ο σεβασμός από το προσωπικό

Το ενδιαφέρον του προσωπικού

Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό

Οι ανέσεις της υπηρεσίας

Η ευγένεια του προσωπικού

Η επικοινωνία με το προσωπικό

Όλα

Άλλο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ (ΒΣΣ)

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία: _____

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/ η

Έγγαμος/ η.....

Διαζευγμένος/ η

Συζώ

Χήρος/ α

4. Αριθμός παιδιών:.....

5. Διαμένουν άλλα άτομα μαζί σας;

Ναι Όχι

Αν ναι πόσα/ ποια: _____

6. Τόπος κατοικίας: _____

7. Εθνικότητα: _____

8. Χρόνια εκπαίδευσης:

Υποχρεωτική εκπαίδευση

Μέση εκπαίδευση

Τεχνολογική εκπαίδευση.....

Ανώτατη εκπαίδευση.....

9. Μηνιαίο εισόδημα:

Έως 400 ευρώ.....

Έως 600 ευρώ

Έως 1000 ευρώ