



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Διπλωματική Εργασία

**ΜΕΤΑΤΡΕΠΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΕΛΚΥΣΤΙΚΟΤΕΡΟ
ΠΡΟΪΟΝ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

του

ΚΕΤΕΓΕΝΗ ΜΗΝΑ του ΘΩΜΑ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
Καθηγητής του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του
Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων
(με εξειδίκευση στο Marketing)

Φεβρουάριος 2019

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου.

Ευθυμία, Θωμάς, Τερψιθέα.

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο χρονικό διάστημα μεταξύ Αυγούστου 2018 και Ιανουαρίου 2019, στα πλαίσια του Διατμηματικού μεταπτυχιακού προγράμματος στη Διοίκηση Επιχειρήσεων με εξειδίκευση στο Μάρκετινγκ.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Βασιλειάδη Χρήστο, για την εξαιρετική συνεργασία και τις εποικοδομητικές παρεμβάσεις του μέχρι την ολοκλήρωση της συγγραφής της συγκεκριμένης διπλωματικής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους 14 ειδικούς από τον χώρο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, οι οποίοι παρόλο τον φόρτο εργασίας τους συμμετείχαν στην προέρευνα για τον καθορισμό των παραγόντων. Επίσης, τους ανθρώπους που με βοήθησαν στην εξεύρεση συμμετεχόντων από όλες τις περιφέρειες της Ελλάδας, καθώς και όλους τους συμμετέχοντες για την πολύτιμη συμβολή τους, όσον αφορά την διεκπεραίωση του ερευνητικού μέρους της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα, επίσης, να απευθύνω στην Μπλέ Μαρία για την πολύτιμη πρακτική βοήθεια που μου έδωσε καθώς και την αμέριστη ψυχολογική συμπαράσταση κατά την διάρκεια της δημιουργίας αυτής της εργασίας. Ευχαριστώ τους αγαπημένους μου φίλους, Μίλτο Φοιρό, Σερδάρη Αλέξανδρο, Αρβανιτίδη Παντελή, Γάτσιου Ειρήνη για τη ιδιαίτερη υποστήριξή τους στην πορεία της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την μητέρα μου, που με μεγάλωσε μόνη της με αρχές σεβασμού, αξιοπρέπειας και δύναμης οι οποίες οδηγούν την ζωή μου σε σωστούς δρόμους, τον πατέρα μου ο οποίος ελπίζω να με καμαρώσει από εκεί πάνω, και τέλος την αδελφή μου για τον παραδειγματισμό που μου έδωσε μέσω των πτυχίων που κατέχει. Η οικογένεια μου στάθηκε αρωγός σε όλη την προσπάθειά μου, συμβάλλοντας τα μέγιστα από ηθικής, ψυχολογικής και οικονομικής στήριξης για την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Μηνάς Θ. Κετεγένης

Θεσσαλονίκη,

Φεβρουάριος 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία βασίστηκε σε σημαντικό πλήθος επιστημονικών μελετών, που περιγράφουν τους έξι σημαντικότερους παράγοντες που προσφέρονται αυτή τη στιγμή στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Οι έξι αυτοί παράγοντες καθορίστηκαν μέσα από προέρευνα, γνωστή ως Delphi Method, στην οποία συμμετείχαν 14 ειδικοί από δημόσια νοσοκομεία που καλύπτουν όλη την γεωγραφία της Ελλάδας. Παράλληλα, διεξήχθη εμπειρική έρευνα χρησιμοποιώντας το εργαλείο της Conjoint analysis που θεωρείται στις μέρες μας ένα από τα πιο σύγχρονα εργαλεία Marketing. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 8 διαφορετικά σενάρια και από 5 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Αντικειμενικός σκοπός της έρευνας ήταν να καθοριστεί η ιεράρχηση των έξι παραγόντων και η συνεισφορά των αξιών τους στη διαμόρφωση ενός ελκυστικότερου ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Η μελέτη βασίστηκε σε στατιστική ανάλυση 270 ερωτηματολογίων. Κύρια ευρήματα της έρευνας ήταν τα εξής: Σημαντικότερος παράγοντας στην απόφαση επιλογής ήταν οι Κτιριακές εγκαταστάσεις, δεύτερος η Συμπεριφορά προσωπικού, τρίτος ο Χρόνος αναμονής, τέταρτος η Καθαριότητα, πέμπτος η Γνώση και Εμπειρία του προσωπικού και έκτος η Επάρκεια προσωπικού. Η συσχέτιση του εργαλείου με το ερευνητικό ερώτημα αποδόθηκε με ποσοστό 99,7%. Καθορίστηκαν επίσης και οι τιμές συνεισφοράς των εσωτερικών αξιών με σκοπό την τοποθέτηση τους στην τελική εξίσωση, ώστε να είναι αντιληπτές οι μεταβολές που μπορεί να επιφέρουν με την εναλλαγή τους στη διαμόρφωση του βέλτιστου προϊόντος.

Λέξεις κλειδιά. Conjoint analysis, Επάρκεια προσωπικού, Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας προσωπικού, Συμπεριφορά προσωπικού, Χρόνος αναμονής, Κτιριακές εγκαταστάσεις, Καθαριότητα νοσοκομείων.

ABSTRACT

The present research project is based on a recording of a significant range of researches, describing the six most important factors currently available in Greek public hospitals. These six factors have been identified through a research known as Delphi Method, involving 14 experts from the public hospitals in Greece. Simultaneously, empirical research was carried out using the so called Conjoint analysis that is considered to be at the present one of the most modern Marketing tools. The questionnaire consisted of 8 different scenarios and 5 demographic questions. The objective goal of the research is the hierarchy of the six factors and the contribution of their values to the formation of a more attractive Greek public hospital. The study was based on a statistical analysis of 270 questionnaires. The main findings of the survey were the following: The most important factor in the selection decision was the Hospital physical environment, second was the Staff attitude, Third was the Waiting Time, Fourth Hospital cleanliness, Fifth the Levels of education and experience of the Staff, and sixth was Medical Staffing. The correlation of the tool with the research question was 99.7%. The internal value utilities scores of the factors were also determined in order to be placed in the final equation that will help to the configuration of the optimal product.

Keywords. Conjoint analysis, Medical Staffing, Staff experience, Staff education, Staff attitude, Waiting time, Hospital physical environment, Hospital cleanliness.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ABSTRACT	v
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Α) Προσέγγιση του ερευνητικού προβλήματος.....	1
Β) Σκοπός της έρευνας.	1
Γ) Συνεισφορά της έρευνας και περιορισμοί.	2
Δ) Δομή της ερευνητικής εργασίας	2
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο «Επάρκεια Προσωπικού»	4
1.1 Εισαγωγή	4
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	4
1.3 Προβληματισμοί.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο «Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας του προσωπικού»	7
2.1 Εισαγωγή	7
2.2 Αποτελέσματα υγείας σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία του προσωπικού.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο «Συμπεριφορά προσωπικού»	10
3.1 Εισαγωγή	10
3.2 Ευγένεια προσωπικού	10
3.2.1 Θεωρίες	11
3.3 Επικοινωνία Γιατρού - Ασθενή	12
3.3.1 Εισαγωγή.....	12
3.3.2 Θεωρίες	13
3.3.3. Αξία του παράγοντα.....	13
3.4 Επαγγελματισμός	14
3.4.1 Εισαγωγή.....	14
3.4.2 Θεωρίες	14
3.4.3 Αξία του παράγοντα.....	15

3.5 Ψυχολογική Υποστήριξη	17
3.5.1 Εισαγωγή.....	17
3.5.2 Θεωρίες	17
3.5.3 Αξία του παράγοντα	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο «Χρόνος Αναμονής»	20
4.1 Εισαγωγή	20
4.2 Αιτίες ύπαρξης	20
4.3 Ενέργειες επίλυσης του φαινομένου.....	21
4.4 Μοντέλα επίλυσης	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο «Κτιριακές εγκαταστάσεις»	23
5.1 Εισαγωγή	23
5.2 Θεωρία	23
5.3 Αξία παράγοντα	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο «Καθαριότητα νοσοκομείου».....	25
6.1 Εισαγωγή	25
6.2 Θεωρία	25
6.3 Αξία παράγοντα	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο «ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ».....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο «ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ».....	29
8.1. Προέρευνα "Delphi Method"	29
8.2 Το ερωτηματολόγιο	33
8.3 Μέτρηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου.....	36
8.4 Ο Πληθυσμός και το Δείγμα της Έρευνας.....	37
8.5 Διεξαγωγή της Έρευνας.....	39
Πειραματική φάση έρευνας.....	39
Διαδικασία της έρευνας.....	39
8.6 Ανάλυση Δεδομένων	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο «ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ»....	40
9.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων.....	40

Ενότητα 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	40
Ενότητα 2: Συνολικές τιμές μεταβλητών	41
9.2 CONJOINT ANALYSIS	59
9.2.1 Έλεγχος συσχέτισης ερευνητικού ζητήματος και μοντέλου διερεύνησης.	59
9.2.2 Ιεράρχηση Παραγόντων	60
9.2.3 Συνεισφορά των αξιών των παραγόντων	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο «ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ»	65
Συμπεράσματα	65
Περιορισμοί	69
Μελλοντικές προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	70
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΦΟΡΩΝ	71
ΑΡΘΡΑ	71
ΒΙΒΛΙΑ.....	79
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	79

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 8.1.1: Ιεράρχηση παραγόντων με Delphi Method	31
Πίνακας 8.2.1: Δημογραφικά στοιχεία	34
Πίνακας 8.3.1 Cronbach's Alpha	35
Πίνακας 9.1.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά	38
Πίνακας 9.1.2: Μέσοι όροι μεταβλητών	40
Πίνακας 9.1.3: Μέσος όρος σεναρίου 1	41
Πίνακας 9.1.4: Μέσος Όρος σεναρίου 2	43
Πίνακας 9.1.5: Μέσος Όρος σεναρίου 3	45
Πίνακας 9.1.6: Μέσος Όρος σεναρίου 4	47
Πίνακας 9.1.7: Μέσος Όρος σεναρίου 5	49

Πίνακας 9.1.8: Μέσος Όρος σεναρίου 6	51
Πίνακας 9.1.9: Μέσος Όρος σεναρίου 7	53
Πίνακας 9.1.10: Μέσος Όρος σεναρίου 8	55
Πίνακας 9.2.1.1: Correlation	57
Πίνακας 9.2.2.1: Ιεράρχηση Παραγόντων	58
Πίνακας 9.2.3.1: Συνεισφορά και Ιεράρχηση αξιών	60
Πίνακας 9.2.3.2: Συνολικός αριθμός εμφάνισης αντιστροφής σχέσης	62
Πίνακας 9.2.3.3: Αριθμός εμφάνισης αντιστροφής σχέσης/παράγοντα	62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 9.1.1: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 1	42
Σχήμα 9.1.2: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 2	44
Σχήμα 9.1.3: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 3	46
Σχήμα 9.1.4: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 4	48
Σχήμα 9.1.5: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 5	50
Σχήμα 9.1.6: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 6	52
Σχήμα 9.1.7: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 7.....	54
Σχήμα 9.1.8: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 8	56
Σχήμα 9.2.2.1 Ιεράρχηση παραγόντων	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A) Προσέγγιση του ερευνητικού προβλήματος.

Πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από ένα οργανισμό ή μια επιχείρηση. Την παραπάνω αρχή συνυπολογίζουν και οι οργανισμοί οι οποίοι έχουν σαν κύριο αντικείμενο την παροχή υγείας σε ασθενείς ή και στον ευρύτερο πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Donabedian (2005) οι διοικούντες στον χώρο της υγείας και ειδικότερα σε ένα δημόσιο νοσοκομείο έχουν να συνυπολογίσουν τρεις βασικούς πυλώνες στις στρατηγικές αποφάσεις τους ως προς την βελτίωση της παροχής υπηρεσίας που προσφέρεται σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Από την μια, φαντάζει βέβαιο πως πρωταρχικός πυλώνας είναι οι επιπτώσεις της υγειονομικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα, η αλλαγή της κατάστασης υγείας του ασθενή, το ποσοστό θνησιμότητας κ.ά. Καταλυτικό ρόλο παίζει επίσης το πλαίσιο στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, δηλαδή οι κτηριακές εγκαταστάσεις, το ανθρώπινο δυναμικό, ο εξοπλισμός κ.ά. Τέλος, σημαντικό πυλώνα αποτελούν οι ενέργειες που συνθέτουν την υγειονομική περίθαλψη, όπως η ευγένεια του προσωπικού, η καθαριότητα των εγκαταστάσεων, ο χρόνος αναμονής κ.ά.

B) Σκοπός της έρευνας.

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι αρχικά να ιεραρχήσει τους σημαντικότερους παράγοντες που συνθέτουν τις προσφερόμενες υπηρεσίες ενός οργανισμού και κατά δεύτερον να εξετάσει την συνεισφορά των αξιών τους. Συνεπώς, σύμφωνα με τα πορίσματα και των δυο, να μπορεί να αποδώσει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επιτευχθεί η αύξηση της ελκυστικότητας του τελικού προϊόντος. Ο σκοπός αυτός θα εξυπηρετηθεί μέσα από το παράδειγμα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων.

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε έρευνα των Kobayashi *et al.* (2013) του International Journal of Healthcare Quality Assurance. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

1: Πως ιεραρχούνται οι έξι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της ελκυστικότητας του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου.

2: Ποια είναι η συνεισφορά των αξιών του κάθε παράγοντα.

Γ) Συνεισφορά της έρευνας και περιορισμοί.

Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση, διαπιστώθηκε η μοναδικότητα της παρούσας έρευνας στον ελλαδικό χώρο, η οποία αποτελεί στην ουσία την πρώτη έρευνα που εξετάζει τη βελτίωση της ποιότητας του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου με τη χρήση της Conjoint Analysis. Εξαιρετικής σημασίας είναι το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες προέρχονται από όλες τις γεωγραφικές περιφέρειες και αποτυπώνουν, συνεπώς, μία καθολική εικόνα σχετικά με το ερευνητικό ζήτημα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο οδηγό σχετικά με το πώς μπορούν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία να πετύχουν βέλτιστες υπηρεσίες υγείας, ενώ υπάρχουν περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι. Επιπρόσθετα, από την ανάλυση που θα προκύψει, δίνεται η δυνατότητα στους διοικούντες της δημόσιας υγείας να παρατηρήσουν τον αντίκτυπο του κάθε παράγοντα ή της κάθε αξίας στη βελτίωση της ελκυστικότητας.

Βασικός περιορισμός στη διεξαγωγή της έρευνας ήταν τα μειωμένα χρονικά περιθώρια για την ολοκλήρωσή της. Επίσης, ο ερευνητής, καθότι ζει στην περιφέρεια της Μακεδονίας, αντιμετώπισε δυσκολία εύρεσης συμμετεχόντων από τις υπόλοιπες περιφέρειες.

Δ) Δομή της ερευνητικής εργασίας

Η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει δέκα κεφάλαια, τα οποία αφενός καλύπτουν την θεωρητική προσέγγιση του θέματος όσο και την ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας που διεξήχθη. Ειδικότερα, στην ενότητα που αφορά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση περιέχονται 6 κεφάλαια, τα οποία αφορούν τους παράγοντες "Επάρκεια προσωπικού", "Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας του προσωπικού", "Συμπεριφορά προσωπικού", "*Χρόνος αναμονής*", "*Κτιριακές εγκαταστάσεις*" και "*Καθαριότητα*" και οι οποίοι αναλύονται σε βάθος και σύμφωνα πάντα με στοιχεία από διεθνείς ερευνητικές μελέτες του επιστημονικού χώρου.

Μετά την βιβλιογραφική ανασκόπηση ακολουθούν δυο κεφάλαια. Το πρώτο αφορά την μεθοδολογία της έρευνας που περιγράφει την προέρευνα που πραγματοποιήθηκε, το βοηθητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, το δείγμα που συμμετείχε και αποτυπώνει τη συνολική διαδικασία της έρευνας. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας και την ανάλυση του δηλαδή τα συμπεράσματα. Στο τέλος

του κεφαλαίου ακολουθούν οι περιορισμοί της έρευνας και οι μελλοντικές προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

Στο τέλος αποτυπώνονται με αλφαβητική σειρά οι βιβλιογραφικές αναφορές που παρατέθηκαν μέσα στο κείμενο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της μεθοδολογίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο «Επάρκεια Προσωπικού»

1.1 Εισαγωγή

Στο σύστημα υγείας κάποιοι παράγοντες κατέχουν εξέχουσα θέση στην συνεισφορά τους σε σχέση με κάποιους άλλους. Ο παράγοντας του ανθρώπινου δυναμικού, και ειδικότερα η κατανομή, η σύνθεση αλλά και η ποιότητα των εργαζομένων θεωρείται από τους πιο σημαντικούς (WHO, 2016). Το ζήτημα της επάρκειας προσωπικού στις μέρες μας αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα ζητήματα στο χώρο της υγείας παγκοσμίως. Η μεγάλη κρίση που υπάρχει στο θέμα των ελλείψεων, καθώς και στην κακή κατανομή των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζεται αρνητικά από τις παγκόσμιες μεταβολές. Αρνητικές επιδράσεις αποτελούν οι δημογραφικές αλλαγές που επέρχονται στον πλανήτη, οι επιδημιολογικές μετατοπίσεις κα. Το κρίσιμο αυτό πρόβλημα απεικονίζεται στα στοιχεία που δίνει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, ο οποίος εγείρει τρομαχτικές ανησυχίες, αναφέροντας την έλλειψη περίπου 4,3 εκατομμυρίων γιατρών και νοσηλευτών παγκοσμίως, με τον αριθμό αυτό να αποτελεί το 15% του συνολικού αριθμού γιατρών και νοσηλευτών. (Crisp & Chen, 2014).

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός.

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία ο όρος έλλειψη προσωπικού στον τομέα της υγείας προσανατολίζεται ως επί το πλείστο προς στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες εργασιακές ομάδες παγκοσμίως στον χώρο της υγείας (Canadian Nursing Advisory Committee, 2002). Ο ορισμός που δίνεται από τον Buchan (2006) για την έλλειψη προσωπικού, είναι η διαφορά μεταξύ του πραγματικού διαθέσιμου αριθμού νοσηλευτών και του επιθυμητού αριθμού ως προς την διεκπεραίωση των αναγκών. Ο βαθμός έλλειψης ερμηνεύεται και βαθμονομείται σύμφωνα με τα ιστορικά δεδομένα, τους διαθέσιμους πόρους και τις εκτιμήσεις για τις υπηρεσίες υγείας της εκάστοτε χώρας. Σε μικρότερης κλίμακας διερεύνηση των αιτιών που σχετίζονται με την έλλειψη προσωπικού, αναφέρονται παράγοντες όπως η εργασιακή ικανοποίηση, για τις δυτικές χώρες αναφέρεται η γήρανση του πληθυσμού (Zarea et al. 2009), καθώς και η αυτονομία, το άγχος της εργασίας, η συνεργασία

μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών (Zangaro & Soeken, 2007) κ.α. Εφόσον λοιπόν, η παρεχόμενη φροντίδα από τους νοσηλευτές πολλές φορές παρέχεται μέσα από τα νοσοκομεία, θα πρέπει οι διοικούντες τον οργανισμόν αυτών που είναι προσανατολισμένοι στην ικανοποίηση των καταναλωτών τους να διατηρούν επαρκή αριθμό προσωπικού και να παρέχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στο προσωπικό τους (Zarea *et al.*, 2009).

1.3 Προβληματισμοί

Με τους προβληματισμούς να αυξάνονται για τις επιπλοκές που μπορεί να δημιουργηθούν από την έλλειψη προσωπικού, διάφορες πολιτείες στην Αμερική και στην Αυστραλία θεσμοθέτησαν με νομοθετικές ρυθμίσεις πολιτικές που υπαγορεύουν ένα υποχρεωτικά ελάχιστο επίπεδο προσωπικού (Griffiths *et al.*, 2016; Shin *et al.*, 2018)

Επιπρόσθετα σε όλα τα παραπάνω, η οικονομική κρίση που εμφανίστηκε στην Ελλάδα το 2007, με την συρρίκνωση των προϋπολογισμών κάποιες χρονιές να φτάνει μέχρι και το 40%, δημιούργησε μεγαλύτερες δυσκολίες από την επιρροή των παγκόσμιων φαινομένων (Rachiotis *et al.*, 2014). Στην εργασία τους οι Notara *et al.* (2010) αναφέρουν πως στην Ελλάδα η αναλογία Γιατρού ανά κάτοικο κατέχει από τις υψηλότερες θέσεις στην Ευρώπη (1 γιατρός ανά 260 κατοίκους). Αντιθέτως, όσον αναφορά την αναλογία Νοσηλευτικού προσωπικού, η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις χαμηλότερες θέσεις στην Ευρώπη. Σε μεταγενέστερη όμως εργασία, οι Saridi *et al.* (2015) παρουσιάζουν ενδιαφέροντα στοιχεία για την αρνητική εξέλιξη της κατάστασης, την αποχώρηση δηλαδή για εύρεση εργασίας 15 χιλιάδων ιατρών και νοσηλευτών στο εξωτερικό με την εκτίμησή ότι χρειάζονται 5 χιλιάδες γιατροί και 15 χιλιάδες νοσηλευτές για την ανάκαμψη του ελληνικού συστήματος υγείας. Αν συνυπολογιστεί και το μεταναστευτικό ζήτημα που οδηγεί όλο ένα και περισσότερους ανθρώπους στην Ελλάδα κρίνεται εξαιρετικά δύσκολη η διαχείριση επί πρόσθετου όγκου εργασίας για το εργατικό δυναμικό του χώρου της υγείας.

Όπως αναφέρθηκε με την οικονομική κρίση στην παγκόσμια αγορά, οι δημόσιες δαπάνες για τον χώρο της υγείας δέχτηκαν μεγάλες πιέσεις. Τα νοσοκομεία αποτέλεσαν έναν από τους τομείς, όπου η μείωση κρίθηκε αναγκαία και οι νέες μεταρρυθμίσεις για τον τρόπο λειτουργίας μετέφεραν μεγαλύτερο όγκο εργασίας και πίεσης στο νοσηλευτικό προσωπικό (Aiken *et al.*, 2014). Σαν αποτέλεσμα των παραπάνω, οι αποφασίζοντες για την υγεία στράφηκαν στρατηγικά σε μείωση θέσεων εργασίας, το

οποίο οδήγησε σε ανησυχητικές ελλείψεις προσωπικού στα νοσοκομεία. Αυτό το γεγονός βέβαια αφορούσε ευρύτερα τους εργαζόμενους υγείας (Zarea, 2009).

Εφόσον ο συγκεκριμένος παράγοντας αποτελεί ένα από τα αναγκαία στοιχεία για την ομαλή λειτουργία ενός νοσοκομείου και αποτελεί δείκτη ποιότητας και ικανοποίησης, θα εξεταστεί η συνεισφορά του σε σχέση με άλλους παράγοντες που προσφέρονται σε ένα ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο με σκοπό την διαμόρφωση της στρατηγικής για την αύξηση της ελκυστικότητας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας του προσωπικού»

2.1 Εισαγωγή

Στο σημερινό ανταγωνιστικό επαγγελματικό περιβάλλον που έχει διαμορφωθεί, οι πάροχοι υπηρεσιών και προϊόντων οφείλουν να γνωρίζουν ποιες μεταβλητές επηρεάζουν τις επιλογές των καταναλωτών, ώστε να διαμορφώσουν τις ανάλογες στρατηγικές και να παρέχουν ελκυστικότερες λύσεις. Με την άνοδο της ιδιωτικής παροχής υγείας τα τελευταία χρόνια, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία έχασαν μερίδιο της εμπιστοσύνης των πολιτών. Ταυτόχρονα με τις συνεχόμενες πιέσεις συρρίκνωσης του κόστους για την δημόσια υγειονομική περίθαλψη, οι διοικούντες καλούνται να λάβουν αποφάσεις παρέχοντας τις ίδιες υπηρεσίες με τρόπους που δε θα μπορούσαν να απειλήσουν την ποιότητα. Στην προσπάθεια ανάκτησης της εμπιστοσύνης, πρωταρχικό μέλημα των διοικούντων αποτελεί η διερεύνηση και ο καθορισμός των σημαντικών παραγόντων που θα συμβάλουν σε ένα ελκυστικότερο προϊόν. Συνεπώς καθίσταται πιο σαφές να προσδιοριστεί η συνεισφορά κάθε παράγοντα στην ποιότητα της παρεχόμενης υγείας. Αν και ορισμένοι καθοριστικοί παράγοντες δεν μπορούν να τροποποιηθούν, άλλοι μπορούν να διαμορφωθούν από τις αποφάσεις των διοικούντων της υγείας. Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες αφορά τα χαρακτηριστικά του προσωπικού (όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και η εμπειρία).

2.2 Αποτελέσματα υγείας σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία του προσωπικού

Σύμφωνα με τους Choudhry, Fletcher και Soumerai (2005), κεντρικά ζητήματα στην ιατρική έχουν καταστεί η διασφάλιση της ποιότητας καθώς και η αξιολόγηση των επιδόσεων. Οι ίδιοι στην εργασία τους αναφέρουν πως παρόλο που υπάρχει η κοινή πεποίθηση ότι γιατροί με πολυετή πρακτική εξάσκηση παρέχουν ποιοτική φροντίδα, ο επιστημονικός χώρος υποδεικνύει την ύπαρξη στοιχείων και για το αντίθετο. Για την ίδια κοινή πεποίθηση κάνει αναφορά και η Blegen (2001) σε μια από τις πρώτες έρευνες που εξέτασαν το επίπεδο εμπειρίας και εκπαίδευσης σε σχέση με τα αποτελέσματα των ασθενών και η οποία δημοσιεύτηκε στο *Journal of Nursing Administration*. Ανέφερε, λοιπόν, πως παρόλο που πιστεύεται ότι καλύτερη φροντίδα παρέχεται από το πιο έμπειρο σε εξειδίκευση νοσηλευτικό προσωπικό, ο επιστημονικός

χώρος ελάχιστα συσχέτιζε τη θέση αυτή μέχρι εκείνο το χρονικό σημείο. Στα αποτελέσματα της εργασίας της, βρήκε θετική συσχέτιση μεταξύ καλύτερης ποιότητας προσφερόμενης φροντίδας από νοσηλευτικό προσωπικό με ανώτερο επίπεδο εμπειρίας από ότι σε πιο άπειρο. Ως προς την εκπαίδευση δεν βρήκε σημαντική διαφορά μεταξύ προσωπικού με ανώτερο ή κατώτερο πτυχίο εκπαίδευσης σε σχέση με την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας.

Ακολουθώντας την λογική της Blegen, οι Aiken *et al.* (2003) εξέτασαν την σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των αποτελεσμάτων υγείας, σε μια μελέτη που παρέχει επίσης μια από τις πρώτες εμπειρικές ενδείξεις ότι η απασχόληση νοσοκόμων με ανώτερα πτυχία σχετίζεται με βελτιωμένα αποτελέσματα ασθενών.

Μεταγενέστερα οι Choudhry *et al.* (2005), σε μία εξαιρετική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των χρονολογιών από το 1966 έως το 2004, μελέτησαν στο σύνολο 62 προγενέστερες έρευνες που σχετίζονται με την ιατρική γνώση και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματα τους έδειξαν ότι 32 από τις 62 εργασίες (52%) αποδείκνυαν μείωση στην επίδοση του προσωπικού όσο αυξανόταν τα έτη εργασίας. Από τις υπόλοιπες, δυο εργασίες (3%) ανέφεραν ότι η απόδοσή του προσωπικού αρχικά αυξήθηκε όσο αυξανόταν η εμπειρία, έπειτα έφτασε κορυφή και στην συνέχεια άρχισε να μειώνεται (κοίλη σχέση). Επίσης, δεκατρείς εργασίες (21%) δεν ανέφεραν καμία σχέση, μια εργασία (2%) ανέφερε αύξηση της επίδοσης του προσωπικού όσο αυξανόταν τα έτη εμπειρίας και τέλος μια ακόμα (2%) ανέφερε αύξηση της επίδοσης του προσωπικού όσο αυξανόταν η πρακτική άσκηση.

Μια δεκαετία μετά, όπου οι νέοι προβληματισμοί δημιουργούν διάθεση για περαιτέρω διερεύνηση, νέες οπτικές σχετικά με την συνεισφορά αυτού του παράγοντα βλέπουν το φως της επιστημονικής δημοσιότητας. Στην εργασία τους οι Aiken, Sloane *et al.* (2014) εξέτασαν δεδομένα για 422.730 ασθενείς 300 νοσοκομείων, που αφορούσαν 9 ευρωπαϊκές χώρες. Η εργασία τους με το όνομα RN4CAST, χρηματοδοτήθηκε από την ευρωπαϊκή Επιτροπή και σαν στόχο είχε να παραδώσει επιστημονικά στοιχεία στους αρμόδιους λήψης αποφάσεων στην Ευρώπη, για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε να κερδηθεί η μέγιστη δυνατή αξία από την επένδυση στο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό. Επίσης παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στην ροή εργασιών των νοσηλευτών από χώρα σε χώρα. Μία από αυτές ήταν το ποσοστό των νοσοκόμων που πιστοποιήθηκαν με πτυχίο ακαδημαϊκής σχολής. Αυτή η διαφοροποίηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της ικανοποίησης των ασθενών. Σημαντικό εύρημα

αποτελεί επίσης η πρόβλεψη πως κάθε 10% αύξηση του ποσοστού των νοσοκόμων πτυχιούχων σε ένα νοσοκομείο συνδέεται με μείωση 7% στην πιθανότητα θνησιμότητας μετά από χειρουργική επέμβαση.

Όσον αφορά βιβλιογραφικές έρευνες που αποδεικνύουν τη σημαντικότητα του παράγοντα αυτού, οι Leister & Stausberg (2007) στην μελέτη τους ιεραρχήθηκε η εκπαίδευση και η εμπειρία του προσωπικού ως ο πιο σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την επιλογή νοσοκομείου.

3.1 Εισαγωγή

Στην εργασία τους, οι Pai & Chary (2016) βασιζόμενοι στις έρευνες των Lemmink & Mattsson (2002) και των Schneider & Bowen (1985) αναφέρουν πως η έννοια της υπηρεσίας παραδίδεται μέσα από την αλληλεπίδραση πελάτη και υπαλλήλου. Καθότι η αντίληψη του πελάτη εκείνη την στιγμή βασίζεται στους συναισθηματικούς και άυλους παράγοντες της μεταξύ τους συνάντησης, θεωρείται βέβαιο πως οι υπάλληλοι με την συμπεριφορά τους μπορούν να επηρεάσουν αυτές τις αντιλήψεις. Στην ίδια εργασία κατατάσσει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες σύμφωνα με τον διαχωρισμό του Chase (1981) σε υπηρεσίες υψηλής επικοινωνίας στις οποίες η συμπεριφορά του προσωπικού συμβάλει κατά πολύ στην αξιολόγηση από τους ασθενείς. Οπότε γίνεται κατανοητό πως μια κακή συμπεριφορά του προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε μη ικανοποίηση των ασθενών (Hei *et al.*, 2013). Η διάσταση αυτή αποτελείται από διάφορους παράγοντες στην παρούσα έρευνα και θα εξεταστούν υπό το πρίσμα της ευγένειας, της επικοινωνίας, της ψυχολογικής υποστήριξης και του επαγγελματισμού.

Στην έρευνα τους οι Farquhar *et al.* (2002) εξετάζοντας το βιβλίο των Field & Lohr (1990) διατυπώνουν μια ενδιαφέρον οπτική για την ποιότητα στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία πρέπει να παρέχει τη σωστή φροντίδα την κατάλληλη στιγμή για το σωστό πρόσωπο με τον σωστό τρόπο.

3.2 Ευγένεια προσωπικού

Όπως αναφέρθηκε, λοιπόν, ο παράγοντας της ευγένειας εμπεριέχεται στην έννοια της συμπεριφοράς προσωπικού και συμβάλει στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει ένας οργανισμός. Η ευγένεια εκτός από παράγοντα της συμπεριφοράς προσωπικού αποτελεί και ένα βασικό χαρακτηριστικό των καλών τρόπων και την επικοινωνίας (Hei *et al.*, 2013).

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία ο ορισμός της ευγένειας έχει λάβει διάφορες προσεγγίσεις από πλήθος ερευνητών. Μέσα σε αυτό το πλήθος ξεχωρίζουν ορισμοί όπως του Fraser (1975), στον οποίο η ευγένεια αποτυπώνει την ικανότητα του ομιλητή να πραγματοποιήσει ένα διάλογο με τον συνομιλητή του χωρίς να υπερβεί ηθικά όρια. Επιπρόσθετα, οι Fraser & Watts (2003) ορίζουν την ευγένεια ως εξευγενισμένη

συμπεριφορά που διακατέχεται από αλτρουισμό και εκτίμηση (Frazer & Watts, όπως ανάφ.: Hei et al., 2013)

3.2.1 Θεωρίες

Στην εργασία του ο Mao (1994) αναφέρει πως διάφορες θεωρίες αποτελούν σημείο αναφοράς γύρω από την ευγένεια, με θεμελιώδη αυτή του Goffman (1967), η οποία βασίστηκε στα πλεονεκτήματα που μπορεί να επιφέρει η εικόνα του προσώπου στα πλαίσια της επικοινωνίας και πάνω στην οποία βασίστηκαν και εξελίχθηκαν πολλές μεταγενέστερες (Goffman, όπ. ανάφ.: Mao, 1994). Μια από αυτές όπως αναφέρεται στην ίδια εργασία, είναι αυτή του Brown και Levinson(1987),η οποία εξέλιξε την θεωρία του Goffman και προτείνει ένα μοντέλο ευγένειας που αποσκοπεί σε ορθότερη ερμηνεία των αποκλίσεων μιας συνομιλίας (Brown & Levinson, όπ. ανάφ.: Mao, 1994). Στην λεπτομερή αυτή θεωρία διαχωρίζουν το ύφος της επικοινωνίας ως άμεσο και έμμεσο, δηλαδή αγενές ή ευγενικό, καθώς επίσης και το πρόσωπο σε αρνητικό ή θετικό και αναφέρουν έννοιες όπως λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία. Σε ένα αρνητικό ή θετικό πρόσωπο αντιστοιχεί η αύρα της αγένειας ή της ευγένειας αντίστοιχα που μπορεί να μεταφερθεί προς το ακροατή. Επίσης, σημαντικό σημείο αναφοράς της έρευνας αποτελεί το "άνοιγμα" ή το "κλείσιμο" μίας επικοινωνίας, ως δείκτες ευγένειας στις δημόσιες συναλλαγές. Κρίνεται σαφές, λοιπόν, πως ο παράγοντας της ευγένειας του προσωπικού ως προς των χώρο των επιχειρήσεων ή οργανισμών έχει μερίδιο συμμετοχής στην διαμόρφωση θετικής ή αρνητικής αίσθησης για την ποιότητα υπηρεσιών από τους καταναλωτές και όλο αυτό στην τελική τους ικανοποίηση. Για αυτό, λοιπόν, η ευγένεια θα εξεταστεί στην παρούσα έρευνα σαν ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ευρύτερη διάσταση μαζί με άλλους στην συμπεριφορά προσωπικού.

3.3 Επικοινωνία Γιατρού - Ασθενή

3.3.1 Εισαγωγή

"Η σχέση ασθενούς-ιατρού είναι το κέντρο της ιατρικής" (Glass 1996, όπ. ανάφ.: Karstein, Kleijn & Nortier, 2003). Εφόσον σε όλη την ιστορία της Ιατρικής, η σχέση αυτή αποτελεί το κέντρο μιας θεραπείας (Riedl & Schübler, 2017), γίνεται κατανοητό πως αναπόσπαστο μέρος της δουλειάς ενός γιατρού, είναι να επικοινωνεί και να αλληλοεπιδρά με τους ασθενείς του.

Σε ένα νοσοκομείο η τακτική επίσκεψη ενός γιατρού στον ασθενή του αποτελεί ένα είδους καλής συνεργατικότητας. Από την πλευρά των ασθενών, η επίσκεψη αυτή αποτελεί μια καλή ευκαιρία επικοινωνίας με τον γιατρό. Έτσι έχουν την δυνατότητα να μεταφέρουν την κατάσταση της υγείας τους, να θέσουν προβληματισμούς, να κάνουν ερωτήσεις και να πάρουν πληροφορίες που επιθυμούν. Από την άλλη ο γιατρός μέσω αυτής της διαδικασίας λαμβάνει άμεσες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση των ασθενών. Επιπλέον η μη λεκτική επικοινωνία που προκύπτει από την συνάντηση αυτή, όπως για παράδειγμα η οπτική επικοινωνία παρέχει επιπλέον πληροφορίες που μπορούν να επεξεργαστούν και να τροποποιήσουν το προφορικό μήνυμα (Alsos *et al.*, 2011). Από όσο γίνεται κατανοητό η επικοινωνία μεταξύ Ιατρού - Ασθενή παρόλο που διαφαίνεται ένας αρκετά κατανοητός παράγοντας αποτελεί ένα πολυδιάστατο χαρακτήρα. Η πολυδιάστατη φύση του επιβεβαιώνεται και μέσα από Εθνική Έρευνα Ασθενών το 2010-2011 σε 5,6 εκατομμύρια Άγγλους ασθενείς, όπου εξετάστηκε η πρόσβασή και η εμπειρία τους με την πρωτοβάθμια περίθαλψη με έναν από τους παράγοντες διερεύνησης να αποτελεί την επικοινωνία Γιατρού - Ασθενή. Η έρευνα αυτή μετρά τις διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας εξετάζοντας επτά στοιχεία επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς: i) παροχή επαρκούς χρόνου, ii) ερώτηση σχετικά με τα συμπτώματα του ασθενούς. iii) ακρόαση στον ασθενή. iv) περιγραφή των θέσεων εργασίας και της εργασίας. v) Συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις περί φροντίδας. vi) τη θεραπεία του ασθενούς με προσοχή και ανησυχία ·vii) σοβαρά προβλήματα ασθενών (Ahmed *et al.*, 2015).

3.3.2 Θεωρίες

Σύμφωνα με τους Ford *et al.* (1996), η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς στην κλινική συνάντηση συνήθως διακρίνει δύο κύρια χαρακτηριστικά: τη συνθετική συμπεριφορά και τη συναισθηματική συμπεριφορά. Η συνθετική συμπεριφορά αφορά την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με συμπτώματα και σημεία για τη διευκόλυνση της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας. Οι γιατροί υποβάλλουν ερωτήσεις, οι ασθενείς δίνουν απαντήσεις: τα πρότυπα επικοινωνίας τους στοχεύουν στον καθορισμό ιατρο-τεχνικών ενεργειών. Η συναισθηματική συμπεριφορά αφορά τις προσπάθειες των ιατρών και των ασθενών να δημιουργήσουν μια καλή διαπροσωπική σχέση, προκειμένου να διευκολυνθεί η κατάλληλη ιατρική διαχείριση. Περιλαμβάνει την ακρόαση και την κοινή συναίσθηση, εκφράζοντας την ανησυχία, τη ζεστασιά και το ενδιαφέρον (Boon & Steward, 1998).

Από την πλευρά των ασθενών, οι λόγοι που καθιστούν την επικοινωνία αυτή μέγιστης σημασίας σχετίζονται και με οπτική σε ψυχολογικούς παράγοντες. Οι ασθενείς την χρονική στιγμή που θα νοσήσουν δεν είναι συνηθισμένοι με τον ρόλο αυτό. Η κατάσταση αυτή τους δίνει την αίσθηση πως είναι ανίσχυροι, φοβισμένοι, αναστατωμένοι και ευάλωτοι και μέσω της επικοινωνίας τους με τον γιατρό περιμένουν να προσλάβουν φροντίδα και υποστήριξη. Μέσω αυτή της επικοινωνίας, η σχέση τους με τον γιατρό θα τους φέρει πιο κοντά και θα δημιουργήσει εμπιστοσύνη ώστε να καθησυχάσει τις ανησυχίες που αναφέρθηκαν παραπάνω προσλαμβάνοντας την επιθυμητή αίσθηση φροντίδας (Lingyan & Jun, 2013).

3.3.3. Αξία του παράγοντα

Οι Matusitz & Spear (2014) θεωρούν πως η επικοινωνία αυτή αποτελεί έναν ισχυρό δείκτη σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και αναφερόμενοι στο έργο των (Wright, Sparks, & O' Hair, 2008) ισχυρίζονται ότι οι ασθενείς τελούν κάτω από τις δικές τους ανάγκες και προτιμήσεις κατά την διάρκεια της επίσκεψης τους σε έναν γιατρό, όπως την επιθυμία να μιλήσουν, την παρουσίαση πληροφοριών και την επιθυμία να ασχοληθούν με διάφορα θέματα. Στην εργασία τους οι Aiarzaguena *et al.* (2007) έφτασαν στο συμπέρασμα πως γιατροί με ανώτερες δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να επιφέρουν βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Στα ίδια θετικά αποτελέσματα έφτασαν και οι Boon & Steward (1998) όπου βρήκαν πως η επικοινωνία η οποία είναι επικεντρωμένη στον ασθενή συνδέεται με καλύτερη συναισθηματική υγεία και λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις και παραπομπές. Πλήθος άλλων ερευνών

συνδέουν αυτή την σχέση με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Fujimori *et al.*, 2014), με χαμηλότερη συνταγογράφηση αντιβιοτικών (Cals *et al.*, 2009), καθώς με επιρροή στην εικόνα, στην φήμη ενός νοσοκομείου και στην βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών του (Lingyan & Jun, 2013).

Τα χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού-ασθενούς έχουν αποδειχθεί ότι έχουν μεγάλη επίδραση στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Δεδομένου ότι ο ρόλος ενός οργανισμού είναι να μεγιστοποιήσει τη χρησιμότητα των διαθέσιμων πόρων και ειδικότερα του ανθρώπινου δυναμικού, κρίνεται σημαντικό να διερευνηθεί η συνεισφορά του παράγοντα αυτού στην ελκυστικότητα του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου.

3.4 Επαγγελματισμός

3.4.1 Εισαγωγή

Ένας σημαντικός παράγοντας που αφορά τον χώρο της υγείας είναι αυτός που αφορά είναι ο ιατρικός επαγγελματισμός. Η αξιοσέβαστη αυτή έννοια από αρχαιοτάτων χρόνων, περίπου 2500 χρόνια πριν, αναφέρθηκε πρώτα από τον Ιπποκράτη και στην πορεία καθιερώθηκε στην τελετή αποφοίτησης των σπουδαστών μέσω του όρκου. Συνεχίζει να έχει ακόμα και στο σύγχρονο κόσμο την ίδια σημασία και συνάφεια (Farshad *et al.*, 2016). Ο παράγοντας αυτός μπορεί να μην φαντάζει πρωταρχικής συμβολής για τις βαθιές μεταρρυθμιστικές κινήσεις που απαιτούνται στα συστήματα υγείας, αλλά δεν θα υπήρχε υγειονομική περίθαλψη, χωρίς την ύπαρξη αυτού (Lesser *et al.*, 2010).

3.4.2 Θεωρίες

Διάφοροι ορισμοί έχουν δοθεί σχετικά με την έννοια του επαγγελματισμού. Οι Passi *et al.* (2010) στην έρευνά τους κάνουν λόγο για τα καθήκοντα του γιατρού, εμπιριέχοντας στον επαγγελματισμό την παροχή ποιοτικής κλινικής φροντίδας, την καλή κατάρτιση, την ορθή σχέση με το ασθενή, την καλή συνεργασία με συναδέλφους καθώς και την ακεραιότητα στην παροχή της υγείας. Οι Lynch *et al.* (2004) αναφέρουν πως ο ορισμός του ιατρικού επαγγελματισμού καθορίζεται από την ανταπόκριση των απαιτούμενων δεοντολογικών προσδοκιών για την άσκηση της ιατρικής. Εδώ τα

καθήκοντα αναφέρονται στην ευημερία των ασθενών, στην αυτονομία και στην κοινωνική δικαίωση. Παρόλο που υπάρχει πολύ μεγάλο πλήθος εννοιών και ο παράγοντας αυτός έχει αναλυθεί αρκετά στη βιβλιογραφία, εξακολουθεί να υπάρχει μια έλλειψη κοινής οπτικής από όλους. Οι Farshad *et al.* (2016) αναφέρουν μια σειρά από συμπεριφορές οι οποίες χαρακτηρίζουν τον ιατρικό επαγγελματισμό (τήρηση υψηλού κώδικα δεοντολογίας, διασφάλιση αξιοπιστίας, ειλικρίνειας, συμπόνιας και αλτρουισμού).

Οι Kinoshita *et al.* (2015) διατυπώνουν μια ενδιαφέρον προσέγγιση για τον λόγο που μπορεί να υπάρχει αυτή η ασυμφωνία. Η προσέγγιση τους θεωρεί πως ενδεχομένως το εννοιολογικό πλαίσιο και η πρακτική του ιατρικού επαγγελματισμού να διαφέρει από χώρα σε χώρα εξαιτίας διαφορετικών κοινωνικό-πολιτιστικών παραγόντων.

3.4.3 Αξία του παράγοντα

Η συνεισφορά του επαγγελματισμού στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών έχει εξεταστεί ιδιαίτερα στην βιβλιογραφία. Όπως αναφέρουν οι Egener *et al.* (2017), ο συνυπολογισμός της έννοιας αυτής από τους διοικούντες της υγείας μπορεί να συνεισφέρει πολύτιμες πληροφορίες στα στρατηγικά επιχειρησιακά τους σχέδια μέσα σε ένα τόσο δύσκολο περιβάλλον αγορών. Οι οργανισμοί μέσα από την εργασιακή τους κουλτούρα μπορούν να επηρεάσουν και να οριοθετήσουν συμπεριφορές προσωπικού οι οποίες θα εναρμονιστούν προς την κατεύθυνση του επαγγελματισμού και όλο αυτό προς τα οφέλη που μπορεί να επιφέρει προς τον οργανισμό. Τα οφέλη αυτά μπορεί να είναι πολλαπλά. Μπορούν να διαχωριστούν σε οφέλη για τους εσωτερικούς πελάτες του οργανισμού αλλά και για τους εξωτερικούς (Egener *et al.*, 2017). Διάφορες μελέτες έχουν συνδέσει τον επαγγελματισμό με οφέλη όπως την εργασιακή ικανοποίηση, την αύξηση της ελκυστικότητας του οργανισμού για εργασία, με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, με τη φήμη του νοσοκομείου, την αύξηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας υπηρεσιών από τους ασθενείς, την πιστότητα ή αντίστροφα έχουν συνδέσει την έλλειψη αυτού με πολλαπλές απώλειες. Στα πλαίσια της έρευνας θα εξεταστεί ως προς την διάσταση της συμπεριφοράς και αφού ιεραρχηθεί θα διερευνηθεί και η συνεισφορά αυτού του παράγοντα στον συνολικό μηχανισμό της ελκυστικότητας του νοσοκομείου.

3.5 Ψυχολογική Υποστήριξη

3.5.1 Εισαγωγή

Η επιστήμη της ψυχολογίας σαν κύριο αντικείμενο έχει την μελέτη της συμπεριφοράς του ανθρώπου και τις μεταβολές που προέρχονται σε αυτήν μέσα από διάφορες καταστάσεις κατά την διάρκεια της ζωής του. Πολλές φορές η κλινική και ψυχική υγεία ενός ανθρώπου διαταράσσεται σε τέτοιο βαθμό που η εισαγωγή του στο νοσοκομείο κρίνεται σκόπιμη για να λάβει υπηρεσίες υγείας από το επιστημονικό προσωπικό, με σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα υγείας της ζωής του. Σε όλο τον κόσμο η εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο μεταβάλλει αρνητικά την ψυχολογία του, ανεβάζοντας το αίσθημα της ανασφάλειας, της αγωνίας, του άγχους και όλων των ψυχολογικών παραμέτρων που χαίρει ο υπόλοιπος υγιής πληθυσμός. Το εργατικό δυναμικό του νοσοκομείου καλείται μέσα στους προσφερόμενους παράγοντες να εστιάσει και να παρέχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη προς τους ασθενείς του.

3.5.2 Θεωρίες

Σύμφωνα με την Papathanassoglou (2010), η ψυχολογική/συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή προσεγγίζεται σαν το σύνολο των παρεμβάσεων και αλληλεπιδράσεων στην σχέση του με το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της παροχής φροντίδας. Ως προς την βελτίωση της υγείας καθορίζεται με γνώμονα τον τελικό σκοπό, δηλαδή τη μείωση του άγχους και τη βελτίωση των συναισθημάτων του ασθενή. Μεταγενέστερα οι Faller *et al.* (2017) προσεγγίζουν την ψυχολογική φροντίδα ως κάθε πιθανή επαγγελματική συμβουλή και ψυχοθεραπεία του προσωπικού προς τον άνθρωπο. Μια αρκετά ενδιαφέρουσα προσέγγιση παρουσιάζεται στην ετήσια έκθεση του Institute for Innovation and Improvement (2011), όπου δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ψυχολογικής υγείας την οποία θεωρεί εξίσου σημαντική όσο και την φυσική ευεξία του ανθρώπου.

Οι ασθενείς κατά την ενσωμάτωσή τους στις διαδικασίες περίθαλψης και παροχής φροντίδας των νοσοκομείων καλούνται να αντιμετωπίσουν πολλούς στρεσογόνους παράγοντες. Στην εργασία της η Papathanassoglou (2010) εξετάζοντας τις έρευνες των Grendell (1998) και των Lusk & Lash (2005) κάνει αναφορές σε διάφορες μορφές της ψυχολογικής κατάπτωσης του ασθενή μέσα στα νοσοκομεία (Grendell, Lusk & Lash, οπ. ανάφ.: Papathanassoglou, 2010). Μορφές όπως ο φόβος, το άγχος, η αγωνία, η

απομόνωση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αντιληπτή αδυναμία και η οξεία σύγχυση αναφέρονται σαν οι πιο τεκμηριωμένες ψυχοκοινωνικές αλλοιώσεις που μπορεί να επέλθουν στο ασθενή.

Από την άλλη όμως για να γίνει μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση επί του θέματος θεωρείται απαραίτητως σκόπιμο να αναφερθεί πως η ψυχολογική προσέγγιση μπορεί να χρίζει ανάγκης όχι μόνο προς τον ασθενή αλλά ευρύτερα και προς τον συνοδό του. Ειδικότερα σε περιπτώσεις όπως ενήλικων συνοδών με μικρά παιδιά ή ηλικιωμένους και επίσης σε περιπτώσεις σύμφωνα με την μορφή της ασθένειας. Για παράδειγμα οι Willebrand & Sveen (2016) εξετάζουν στην έρευνα τους την ψυχολογική υποστήριξη σε γονείς παιδιών που έχουν υποστεί εγκαύματα. Ωστόσο, αναφέρουν πως δεν υπάρχουν αρκετά τεκμήρια για τον τύπο ή τους παράγοντες υποστήριξης που περιγράφουν ποιοί και πόσοι γονείς αντιλαμβάνονται στην ανάγκη αυτής της υποστήριξης.

Επιστημονικά, το θέμα αναλύεται για καλύτερη κατανόηση του παράγοντα, υπό το πρίσμα εκείνων των χαρακτηριστικών που καθορίζουν περισσότερο την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Οι Faller *et al.* (2016) αναφερόμενοι σε προγενέστερες εργασίες αναφέρουν συσχέτιση με χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο ή το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης να συσχετίζονται θετικά με την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Στην ίδια φιλοσοφία οι Merckaert *et al.* (2010) στα συμπεράσματα της έρευνας τους περιγράφουν μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ γυναικών νεαρότερης ηλικίας με την ανάγκη για υποστήριξη.

Επίσης, βιβλιογραφική αναφορά γίνεται για την δυσκολία να αναγνωρίσει την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη το προσωπικό. Οι Hack *et al.* (2010) και Vail *et al.* (2011) ισχυρίζονται πως το ιατρικό προσωπικό εκδηλώνει μια απροθυμία για να προσεγγίσει το θέμα της υγείας των ασθενών υπό την ψυχολογική οπτική γωνία, προτιμώντας να επικεντρωθούν στην βιολογική αντιμετώπιση του ζητήματος. Αντιθέτως, οι Taylor *et al.* (2016) θεωρούν πως το νοσηλευτικό προσωπικό εξαιτίας του περισσότερου χρόνου που συναναστρέφεται με τους ασθενείς σε σχέση με τους γιατρούς, αναπτύσσει στενότερες σχέσεις. Αυτό το γεγονός καθιστά τους νοσηλευτές σε ευνοϊκότερη θέση για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Οπότε καθίσταται σαφές πως γίνεται συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικής υποστήριξης και χρονικής διάρκειας συναναστροφής και αλληλεπίδρασης.

3.5.3 Αξία του παράγοντα

Ολοκληρωτικά, τα οφέλη που απορρέουν από την παροχή ψυχολογικής βοήθειας στην υγεία και στην ικανοποίηση των ασθενών έχουν εξεταστεί από πλήθος ερευνητών. Χαρακτηριστικά όπως αναφέρεται στην Parathanasoglou (2010), οι Motyka *et al.* (1997) θεωρούν ότι η παροχή εξηγήσεων, ο καθισχυασμός, η αύξηση της ελπίδας, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η συναισθηματική ζεστασιά και η ακρόαση αποτελούν παρεμβάσεις που σχετίζονται θετικά με τη βελτίωση της ψυχολογίας (Motyka *et al.*, όπ. ανάφ.: Parathanasoglou, 2010). Οι Christensen & Ehlers (2002) συνδέουν τη βοήθεια του προσωπικού με θετικά αποτελέσματα στην εξισορρόπηση της ζωής και της υγείας τους. Τέλος οι Reblin & Uchino (2008) δίνουν την παραδοχή ότι η ψυχολογική υποστήριξη έχει συνδεθεί με θετικά αποτελέσματα για την υγεία.

Συμπερασματικά, ο παράγοντας "συμπεριφορά προσωπικού" αποδεικνύεται ένας πολυδιάστατος παράγοντας. Έχει εξεταστεί από πλήθος ερευνών και έχει ιεραρχηθεί σε σχέση με την συνεισφορά του στην τελική επιλογή ενός οργανισμού υγείας. Οι Bahrampour *et al.* (2018) υποστηρίζουν στην έρευνα τους ότι μεταξύ έξι παραγόντων η συμπεριφορά προσωπικού ιεραρχήθηκε στην πέμπτη θέση. Οπότε κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο παράγοντας αυτός δεν έχει τόσο μεγάλη βαρύτητα σε σχέση με τους υπόλοιπους. Στη συγκεκριμένη έρευνα η ψυχολογική υποστήριξη εξετάστηκε ως προς την συμβολή της στη δημιουργία ενός ελκυστικότερου νοσοκομείου.

4.1 Εισαγωγή

Η συνεχής αύξηση της ανταγωνιστικότητας στον παγκόσμιο επαγγελματικό χώρο δημιουργεί την ανάγκη για υιοθέτηση ολοένα και περισσότερων εργαλείων με σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας. Στην ίδια φιλοσοφία είναι και οι εθνικοί κυβερνητικοί οργανισμοί και κυβερνητικές οργανώσεις (Chen *et al.*, 2016). Οι ερευνητές αυτών των προσπαθειών καλούνται να βρουν τις χρυσές τομές που καθιστούν τα συστήματα διοίκησης όπως η εκπαίδευση ή η Υγεία αποδοτικότερα. Σύμφωνα με τους Reichert & Jacobs (2018) ο χρόνος αναμονής αποτελεί εδώ και χρόνια ένα μεγάλο ζήτημα σε όλα τα παγκόσμια συστήματα υγείας. Επίσης, συνεχίζει να αποτελεί βίωμα για τους καταναλωτές υγείας των δημόσιων νοσοκομείων μέχρι και σήμερα (Johannessen & Alexandersen, 2018). Οι Afrane & Appah (2014) βασίζονται στο βιβλίο του Ozcan (2006), αναφέρονται στο χρόνο αναμονής με την μεταφορική έννοια της "ουράς" και την περιγράφουν τουλάχιστον όσο αφορά τα υγειονομικά συστήματα σαν ένα μαθηματικό μοντέλο μεταξύ αναμονής και απόδοσης (Ozcan, *όπ. ανάφ.*: Afrane & Appah, 2014).

4.2 Αιτίες ύπαρξης

Για τον χρόνο αναμονής στα νοσοκομεία κάνουν αναφορά οι Allder *et al.* (2011) εξηγώντας πως εμφανίζεται συχνά εξαιτίας μιας αναντιστοιχίας μεταξύ της διακύμανσης της ζήτησης και της ικανότητας του προσωπικού. Ο χρόνος αναμονής θα μπορούσε να μειωθεί στο υποθετικό σενάριο όπου το προσωπικό θα μπορούσε να βελτιώσει την αποδοτικότητα του. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σχετίζονται επίσης με οργανωτικές δυσλειτουργίες (Johannessen & Alexandersen, 2018). Αναφορά γίνεται επίσης στην κρισιμότητα της συμμετοχής του προσωπικού, το οποίο σχετίζεται με την εξυπηρέτηση του ασθενή στην πρώτη του επαφή με τον οργανισμό υγείας. Η εμπλοκή του προσωπικού εξυπηρέτησης στη διαδικασία παροχής φροντίδας ενδέχεται να δημιουργήσει αύξηση του χρόνου αναμονής. Αυτό συμβαίνει πολλές φορές επειδή το προσωπικό εξυπηρέτησης έχει περιορισμένες γνώσεις σχετικά με την αντίστοιχη διαδικασία που έχει να επιτελέσει το ιατρικό προσωπικό.

4.3 Ενέργειες επίλυσης του φαινομένου

Διάφορες ενέργειες έχουν γίνει ακόμα και σε επίπεδο κυβερνήσεων για την επίλυση του φαινομένου που αφορά το χρόνο αναμονής. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην εργασία του Chen *et al.* (2016) για το θέμα αυτό. Στην έρευνα του αναφέρονται τα παραδείγματα της Δανίας και της Σουηδίας όπου από της αρχές τις δεκαετίας του 2000 υπήρχε η δυνατότητα για τον πληθυσμό της χώρας να ενημερωθεί μέσα από μια διαδικτυακή σελίδα για τον χρόνο αναμονής που είχε το κάθε νοσοκομείο της χώρας. Στη Νορβηγία υπάρχει η δυνατότητα ενημέρωσης για το χρόνο αναμονής από το 2001 μέσα από κυβερνητικό διαδικτυακό χώρο. Την ίδια προσπάθεια ξεκίνησε και ο Καναδάς το 2004, δημιουργώντας ανά περιφέρεια διαδικτυακές σελίδες για την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την αναμονή στην υγειονομική περίθαλψη. Επίσης, η Πορτογαλία ακολούθησε την αμέσως επόμενη χρονιά, δηλαδή το 2005 με την δυνατότητα ενημέρωσης για χρόνο αναμονής στα χειρουργεία για όλα τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας (Siciliani *et al.*, 2013).

Όσον αφορά την Αγγλία, από το 2001 ο χρόνος αναμονής ιεραρχούνταν σαν ένας από τους σημαντικότερους στόχους (Rowan *et al.*, 2004). Το αντίστοιχο πρόγραμμα όμως για την Αγγλία με τα άλλα κράτη παρουσιάστηκε το 2008 (Greaves *et al.*, 2012). Στη μελέτη τους οι Elkomy & Cookson (2018) αναφέρονται σε στοιχεία που βρήκαν από το Department of Health (2005) και εξηγούν ότι το 70% του παραπάνω Αγγλικού προγράμματος εστιάζει στο χρόνο αναμονής (Department of Health, όπως αναφ.: Elkomy & Cookson, 2018). Τον Απρίλιο του 2010 η Αυστραλία επικύρωσε συμφωνία για την υγεία με την διαδικτυακή σελίδα "MyHospitals" μέσα στην οποία υπήρχε η παράμετρος του χρόνου αναμονής (Bennett, 2013).

4.4 Μοντέλα επίλυσης

Στην εργασία τους οι Chen *et al.* (2016) δημιούργησαν ένα μοντέλο, ώστε να προσεγγίσουν καλύτερα την πολιτική που θα ενημερώνει τους πολίτες για το χρόνο αναμονής στα νοσοκομεία. Στην προσπάθεια τους αυτή δίνουν ένα δισδιάστατο ρόλο στην προσέγγιση, ο πρώτος είναι το "Φαινόμενο του ανταγωνισμού". Αυτός ο πρώτος ρόλος θέτει τα νοσοκομεία σε ανταγωνισμό σε σχέση με τις προσπάθειες αύξησης της ποιότητας υπηρεσιών και της μείωση του χρόνου αναμονής. Δεύτερος ρόλος είναι το "Σηματοδοτικό Φαινόμενο". Η ικανότητα δηλαδή να διακρίνουν οι ασθενείς τα νοσοκομεία υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σε σχέση με αυτά της χαμηλότερης

ποιότητας. Οι Chen *et al.* (2016) συνέδεσαν τον χρόνο αναμονής με το κατά πόσο αυτός ο παράγοντας συμβάλει στη φήμη ενός νοσοκομείου ως ποιοτικό.

Στην αρχή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αυτού του παράγοντα αναφέρθηκε η ανάγκη για υιοθέτηση διαφόρων εργαλείων με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας. Στον τομέα των επιχειρήσεων και ειδικότερα σε καταστάσεις οι οποίες αποσκοπούν στη δημιουργία βέλτιστων γραμμών ροής και στην ελαχιστοποίηση αναξιοποίητου εργατικού χρόνου και υλικού, δυο μέθοδοι θεωρούνται πολύ εξειδικευμένες. Η πρώτη, η οποία προήλθε από τα συστήματα διαχείρισης και ροής εργασίας της Toyota που ονομάζεται "LEAN" και η δεύτερη η "Six Sigma" η οποία προήλθε από την Motorola. Και οι δυο έχουν χρησιμοποιηθεί στη βιομηχανία της Υγείας παγκοσμίως. Η "LEAN" χρησιμοποιήθηκε σε διάφορες πρακτικές εφαρμογές και η "Six Sigma" για τη μείωση του χρόνου αναμονής (Johannessen & Alexandersen, 2018). Εκτός από την παραπάνω αναφορά, το θεωρητικό τους επίπεδο δεν θα αναλυθεί στην παρούσα έρευνα.

Συμπερασματικά, ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία αποτελεί πολλές φορές και στη χώρα μας μια δυσάρεστη κατάσταση για τους ασθενείς - επισκέπτες των νοσοκομείων. Σε κάποιες περιπτώσεις όπου η παροχή υπηρεσιών κρίνεται άμεση, η καθυστέρηση αυτή μπορεί να έχει και βλαβερές συνέπειες για την υγεία του ασθενή. Σαν φαινόμενο αποτελεί έναν μηχανισμό στη σχέση της αντιμετώπισης της ζήτησης και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Όλα τα παραπάνω καθιστούν λογικό πως ο χρόνος αναμονής αποτελεί ένα δείκτη ποιότητας για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες στη χώρα μας αλλά και παγκοσμίως (Mustafa *et al.*, 2018). Σε έρευνα των Bahrampour *et al.* (2018) ο παράγοντας "χρόνος αναμονής" ιεραρχήθηκε στην πέμπτη θέση ανάμεσα σε άλλους. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρήκαν στις έρευνες τους οι Cheraghi-sohi *et al.* (2008), οι Marang-van de Mheen *et al.* (2011) και οι Jouyani *et al.* (2013). Στην παρούσα έρευνα ο χρόνος αναμονής θα εξεταστεί ως προς την συμβολή του στην ελκυστικότητα του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο «Κτιριακές εγκαταστάσεις»

5.1 Εισαγωγή

Οι σημερινές στρατηγικές των διοικούντων της υγείας στοχεύουν στην επίτευξη βασικών αρχών, όπως η ασφάλεια των ασθενών, τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση και η βελτίωση της αποδοτικότητας του προσωπικού. Στο πλαίσιο αυτό η διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους οργανισμούς οδήγησε σε εντοπισμό παραγόντων που έως τώρα δεν συνυπολογίζονταν στις στρατηγικές των διοικούντων. Ένας από τους παράγοντες που έχει εξεταστεί διεξοδικά τα τελευταία χρόνια είναι αυτός των Κτιριακών εγκαταστάσεων. Ένας από τους λόγους που τα τελευταία χρόνια έχει εξεταστεί διεξοδικά είναι η ισχυρή επίδραση που έχει στη συμπεριφορά, καθώς και στα αποτελέσματα της υγείας των χρηστών του. Η χρησιμότητα ενός κτιρίου αναδεικνύεται από τα βασικά στοιχεία της λειτουργικότητας των χώρων του. Οι απαιτήσεις των ανθρώπων που καταλαμβάνουν τους χώρους ενός νοσοκομείου δεν μπορεί να μην αποτελούν βασικά κριτήρια στον σχεδιασμό του κτιρίου. Για τις υγειονομικές κτιριακές εγκαταστάσεις, λοιπόν, η διασφάλιση της υγείας και οι απαιτήσεις των ανθρώπων που τις χρησιμοποιούν θα πρέπει να αποτελούν βασικά στοιχεία τα οποία δεν πρέπει να παραλείπονται από τους σχεδιασμούς. (Nimlyat & Kandar, 2015).

5.2 Θεωρία

Εάν θα μπορούσε να δοθεί ένας ορισμός σε αυτόν τον παράγοντα αυτός θα ήταν σύμφωνα με τον Gesler *et al.* (2004), ότι το νοσοκομείο αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύστημα που αποτελείται από τον μικρό χώρο μέσα στον οποίο επιτελείται οποιαδήποτε θεραπεία, μέχρι το μεγαλύτερο χώρο όπου είναι εγκατεστημένο το ίδιο κτίριο. Στα τμήματα που περιγράφουν όλο το πλαίσιο των διαθέσιμων χώρων του κτιρίου, εμφανίζονται διάφορα περιβάλλοντα τα οποία επιδρούν το ένα στο άλλο.

Στην βιβλιογραφία σχετικά με την έννοια κτιριακές εγκαταστάσεις οι έρευνες σκιαγραφούν δυο διαφορετικές οντότητες. Η μία όπως αποτυπώθηκε παραπάνω περιγράφει το κτίριο και η δεύτερη περιγράφει το εσωτερικό περιβάλλον του κτιρίου μαζί με όλες τις υπηρεσίες που προσφέρονται μέσα σε αυτό. Ειδικότερα, για την έννοια αυτή γίνεται μεγαλύτερη αναφορά στο εσωτερικό περιβάλλον του κτιρίου, καθώς

υπάρχει η βασική αρχή πως το 85% του χρόνου που βιώνει ένας ασθενής ή ένας εργαζόμενος διαδραματίζεται εντός του κτιρίου (Nimlyat & Kandar, 2015). Οπότε, το εσωτερικό του κτιρίου θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στους σχεδιασμούς των διοικούντων, όσον αφορά αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν για την ολιστική βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων.

Στην προσπάθεια καλύτερης κατανόησης της σημασία του παράγοντα αυτού, διάφοροι ερευνητές εξέτασαν με προσοχή τα δεδομένα, ώστε να φτάσουν στο συμπέρασμα για το ποιά είναι τα ακριβή περιεχόμενα που αποτελούν το εσωτερικό περιβάλλον. Στις μέρες μας επικρατεί περισσότερο η έννοια των πράσινων κτιρίων. Αυτό αποτυπώνει τη διεθνή προσέγγιση για το σχεδιασμό των σύγχρονων κτιρίων, η οποία αποτυπώνει όμως μόνο τον ενεργειακό καθορισμό του κτιρίου. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι πολλοί και από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Για παράδειγμα, στο εσωτερικό περιβάλλον έχουν αναφερθεί χαρακτηριστικά όπως η άνεση (Parsons, 2013), η ικανοποίηση που εκλαμβάνουν οι άνθρωποι που το χρησιμοποιούν, η ποιότητα του αέρα (Nimlyat & Kandar, 2015), ο φωτισμός, η ακουστική (Dascalaki *et al.*, 2009), η θερμική άνεση, καθώς και ο διαθέσιμος χώρος για τον καθένα.

5.3 Αξία παράγοντα

Πλήθος ερευνών έχουν εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ κτιριακών εγκαταστάσεων και αποτελεσμάτων υγείας. Στο έργο τους οι Sadek & Nofal (2013) εξηγούν πως το εσωτερικό περιβάλλον επηρεάζει και τη φυσική και τη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Επίσης, το αρνητικό περιβάλλον συσχετίζεται με τη δημιουργία στρες και άγχους, ενώ το θετικό περιβάλλον προκαλεί μείωση στα επίπεδα του πόνου και αύξηση της αίσθησης ασφάλειας (Douglas & Douglas, 2005).

Οπότε, γίνεται αντιληπτό ότι και ο παράγοντας αυτός συνεισφέρει σε πολλά επίπεδα στο χώρο της υγείας. Επίσης, αποτελεί ένα σημείο το οποίο μπορεί να επιφέρει ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια στους καταναλωτές και για αυτό το λόγο οι διοικούντες των νοσηλευτικών υπηρεσιών θα πρέπει να λάβουν την απαραίτητη γνώση για το μέγεθος της συνεισφοράς του. Με αυτό τον τρόπο, θα τους δοθεί ακόμα ένα χαρακτηριστικό προς την αναβάθμιση της ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και της εικόνας του ίδιου του νοσοκομείου. Στην έρευνα των Marang-van de Mheen *et al.* (2011), ο παράγοντας "κτιριακές εγκαταστάσεις" εξετάστηκε για τη συνεισφορά του στην επιλογή νοσοκομείου και ιεραρχήθηκε από τους συμμετέχοντες σαν παράγοντας μικρής σημασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο «Καθαριότητα νοσοκομείου»

6.1 Εισαγωγή

Στα πλαίσια της διερεύνησης του βέλτιστου σχεδιασμού ελκυστικότητας των δημόσιων νοσοκομείων, καθοριστικό κρίνεται να εξεταστούν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συνεισφέρουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Καθοριστικός παράγοντας που δημιουργεί αύξηση της πρόσληψης της ποιότητας στους καταναλωτές, αποτελεί η καθαριότητα των κτιρίων. Αντίστοιχα και οι ασθενείς υπό την μορφή των χρηστών διαφόρων νοσηλευτικών υπηρεσιών δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην αντιληπτή καθαριότητα που διέπει το εκάστοτε νοσοκομείο. Αυτό με την σειρά του μπορεί να καταστήσει ένα νοσοκομείο περισσότερο επιθυμητό από ένα άλλο. Αντίστοιχα λοιπόν, θα πρέπει να απασχολεί και τα ίδια τα νοσοκομεία, ποιοι είναι αυτοί οι παράγοντες που δημιουργούν την πεποίθηση ότι ένα νοσοκομείο είναι καθαρό ή βρώμικο (Whitehead *et al.*, 2007).

Πλήθος άλλων ερευνών εξετάζουν επιστημονικά την έννοια της καθαριότητας των νοσοκομείων υπό την μορφή των λοιμώξεων (Mulvey *et al.*, 2011; Watanabe *et al.*, 2014; Joshi *et al.*, 2018).

6.2 Θεωρία

Μία έρευνα που αποτελεί νουβέλα για την προσέγγιση της σχετικά με την έννοια της καθαριότητας στα νοσοκομεία, είναι αυτή των Whitehead *et al.* (2007). Η συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει διάφορους παράγοντες καθώς και την σημαντικότητα τους στη συνολική αίσθηση της καθαριότητας από τους επισκέπτες - ασθενείς ενός νοσοκομείου. Στο ερωτηματολόγιο τους τέθηκαν 8 ερωτήσεις που συσχέτιζαν την καθαριότητα με διαφορετικούς παράγοντες την κάθε φορά. Στην πρώτη τους ερώτηση εξέτασαν το μέγεθος της ικανοποίησης που προσδοκούσαν να έχουν οι ασθενείς-επισκέπτες από την καθαριότητα του νοσοκομείου. Στη δεύτερη ερώτηση εξέτασαν το κατά πόσο καλύφθηκαν οι προσδοκίες που είχαν οι ασθενείς για την καθαριότητα του νοσοκομείου πριν την εισαγωγή τους. Αυτή η ερώτηση ουσιαστικά εμπεριείχε βιωματικά στοιχεία από προγενέστερη επαφή τους με το νοσοκομείο, στοιχεία σχετικά με τη φήμη του νοσοκομείου, καθώς και άλλων στοιχείων marketing όπως η "τοποθέτηση" του οργανισμού. Στην τρίτη ερώτηση εξετάστηκε το κατά πόσο κάποιοι παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου επηρέασαν την αίσθηση τους για την καθαριότητα. Για παράδειγμα, σκουπίδια ή απορρίμματα στο έδαφος,

ξεφλούδισμα εξωτερικών βαφών ή παράσιτα στο έδαφος. Στην τέταρτη ερώτηση οι ασθενείς ρωτήθηκαν για τις εισόδους του νοσοκομείου, για τους διαδρόμους και για τους χώρους υποδοχής. Για παράδειγμα, εάν υπήρχαν καθαρά παράθυρα, βρώμικα χαλιά και δάπεδα εισόδου, ατακτοποιήτα και παραμελημένα σημεία, ανεπιθύμητες μυρωδιές, κατεστραμμένες/ξεφλουδισμένες ταπετσαρίες κ.α. Στην πέμπτη ερώτηση εξετάστηκαν χαρακτηριστικά στο εσωτερικό των θαλάμων, όπως το αν υπήρχαν διάφορα πεταμένα κομμάτια ή σκόνη, ιστοί αράχνης στους τοίχους, πλακάκια οροφής που λείπουν ή είναι χαλασμένα κ.α. Στην έκτη ερώτηση εξετάστηκε η αίσθηση της καθαριότητας στον χώρο της τουαλέτας, στην έβδομη ερώτηση η συνεισφορά του προσωπικού στην αίσθηση καθαριότητας αναφορικά με τον ρουχισμό τους ή τη συμπεριφορά του. Τέλος, διερευνήθηκε η συνολική ικανοποίηση που έλαβαν οι ασθενείς ως προς την καθαριότητα από την εισαγωγή τους μέχρι την αποχώρησή τους από το νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας αποδεικνύονται εξαιρετικά εργαλεία για την υιοθέτηση στρατηγικών που αποσκοπούν στη βελτίωση των υπηρεσιών και στην υψηλότερη ιεράρχηση ενός νοσοκομείου σε σχέση με κάποιο άλλο. Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας που αναφέρθηκε, η σχεδίαση, η καθαριότητα και η συντήρηση του περιβάλλοντα χώρου συσχετίζονται με πολύ θετική επιρροή στην αίσθηση της καθαριότητας. Επίσης, η σωστή πρώτη εντύπωση δίνεται από την καθαρή εικόνα των εισόδων των κτιρίων, σε βαθμό τέτοιο που εάν ένα κτίριο έχει μια παραμελημένη και κακώς συντηρημένη είσοδο δημιουργεί μια αίσθηση βρωμιάς, ακόμα και αν πραγματικά δεν είναι. Συμπερασματικά, κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας η αναφορά πως, η καλή διατήρηση και παρουσίαση της εικόνας του νοσοκομείου, εκτός από το ότι το τοποθετεί σαν καθαρό στο μυαλό των ασθενών, το καθιστά πιο προσιτό και πιο επιλέξιμο (Whitehead *et al.*, 2007).

6.3 Αξία παράγοντα

Έχουν αναφερθεί παράγοντες οι οποίοι χωρίς να σχετίζονται με το κλινικό κομμάτι έχουν αποδειχτεί ότι επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ποιότητα της υπηρεσίας που λαμβάνουν οι ασθενείς - επισκέπτες ενός νοσοκομείου. Έτσι και οι Whitehead *et al.* (2007) θέτουν στην εργασία τους το ερώτημα εάν η καθαριότητας ενός νοσοκομείου αποτελεί σημαντικό κριτήριο στη διαμόρφωση αντίληψης για την ποιότητα του. Οι Todd *et al.* (2002) κάνουν αναφορά για παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα κάποιων βασικών λειτουργιών των ασθενών μέσα σε ένα νοσοκομείο. Για παράδειγμα,

η ικανότητα να κοιμηθούν, να φάνε ή να νιώσουν ασφάλεια. Φυσικά, η προσέγγιση αυτή φωτογραφίζει την επιρροή αυτή ως προς την καλή ή κακή καθαριότητα στους χώρους του νοσοκομείου. Στην ίδια προσπάθεια να απαντηθεί η ερώτηση που αποτυπώθηκε παραπάνω, οι Coulter *et al.* (2005) συνέταξαν μία μελέτη στην οποία ο παράγοντας της καθαριότητας ταξινομήθηκε σαν ο δεύτερος βασικότερος στην επιρροή των ασθενών για να επιλέξουν ένα νοσοκομείο.

Επίσης, οι Liyanage & Egbu (2005) θεωρούν πως το φαινόμενο των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί σοβαρό κριτήριο επιλογής ενός νοσοκομείου παγκοσμίως και αυτό όχι μόνο για την αισθητική οπτική της κατάστασης, αλλά κυρίως για τον φόβο και τον κίνδυνο που εγκυμονεί για την πραγματική υγεία των ανθρώπων. Επίσης, στην έρευνά τους οι Jouyani *et al.* (2013) ιεράρχησαν τον παράγοντα "καθαριότητα νοσοκομείου" σαν μικρής σημασίας παράγοντα, ενώ αντίθετα οι Bahrampour *et al.* (2018) έφτασαν στο συμπέρασμα πως η "καθαριότητα του νοσοκομείου" ιεραρχείται στις δεύτερος υψηλότερος ανάμεσα σε άλλους παράγοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο «ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ»

Για την καλύτερη δυνατή διερεύνηση των στόχων της έρευνας πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση ώστε να επιλεγθεί η κατάλληλη ερευνητική μέθοδος. Η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση και υιοθέτησε τη χρήση ερωτηματολογίου για την διεξαγωγή της, όπως συνηθίζεται να συμβαίνει σε αντίστοιχες έρευνες (De Vaus, 2007).

Γενικός στόχος της έρευνας είναι να παρουσιαστεί μια μέθοδος που αποτυπώνει με ακρίβεια τόσο τη διαδικασία, όσο και τα δεδομένα, ώστε αυτά να καταστήσουν ένα προϊόν ή ένα σύνολο υπηρεσιών πιο ελκυστικό στους καταναλωτές.

Αντίστοιχα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαμορφώθηκαν και οι ακόλουθες ερευνητικές ερωτήσεις:

Ερευνητική ερώτηση 1: Πως ιεραρχούνται οι έξι παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση της ελκυστικότητας του ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου;

Ερευνητική ερώτηση 2: Ποιά είναι η συνεισφορά των αξιών του κάθε παράγοντα;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο «ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ»

Για την επιτυχή ολοκλήρωση της εργασίας χρειάστηκε να ακολουθηθούν κάποια συγκεκριμένα βήματα.

8.1. Προέρευνα "Delphi Method"

Αρχικά, αποφασίστηκε ο καθορισμός των προς διερεύνηση παραγόντων να μην ορισθεί από τον ίδιο τον ερευνητή, αλλά διαμέσου μιας προέρευνας. Η προέρευνα γνωστή στην βιβλιογραφία ως "Delphi Method" δομήθηκε με όλους τους κανόνες που ορίζουν τις βασικές αρχές λειτουργίας της. Η χρήση της μεθόδου αυτής έγινε στρατηγικά, με σκοπό να υιοθετηθούν τα πολλαπλά οφέλη που απορρέουν από τη χρήση της και ταυτόχρονα να καταστήσει την έρευνα ακόμα πιο αξιόπιστη και έγκυρη. Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά τα οφέλη από την υιοθέτηση της Delphi Method :

- Να συμπεριληφθούν δεδομένα από όσο το δυνατόν περισσότερες οπτικές γωνίες για το ερευνητικό ζήτημα, ώστε να αποτυπωθεί σφαιρικά το ερευνητικό συμπέρασμα.
- Να αποδοθεί η μέγιστη δυνατή εγκυρότητα της εργασίας και
- Να τεθούν οι καίριοι παράγοντες σχετικά με το ζήτημα διερεύνησης.

Η διεθνής βιβλιογραφία σχετικά με την Delphi Method ορίζει, πως οι ειδικοί γύρω από το προς διερεύνηση ζήτημα καλούνται να δώσουν τις απαντήσεις τους, ώστε να καθοριστούν οι παράγοντες που θα τεθούν στην κεντρική έρευνα.

Σαν πρώτο βήμα έπρεπε να καθοριστούν ποιοι θα είναι αυτοί οι ειδικοί που θα συμμετέχουν. Καταγράφηκαν όλα τα πιθανά επίπεδα στα οποία θα μπορούσαν να εντοπιστούν ειδικοί σχετικοί με τον χώρο της υγείας. Τα επίπεδα αυτά κατηγοριοποιήθηκαν σε ειδικούς:

- από το ανθρώπινο δυναμικό των Ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων,
- από τον ακαδημαϊκό χώρο και ειδικά από σχολές σχετικές με την υγεία,
- από τον ερευνητικό χώρο με δημοσιεύσεις σχετικές με την υγεία,
- από το υπουργείο Υγείας, καθώς και
- από οργανισμούς σχετικούς με την υγεία.

Μετά την καταγραφή ο ερευνητής αποφάσισε να επικεντρώσει το ενδιαφέρον του στους ειδικούς που προέρχονται από το ανθρώπινο δυναμικό των ελληνικών νοσοκομείων. Αυτή η επιλογή αποφασίστηκε, καθώς εκτιμήθηκε πως η συγκεκριμένη κατηγορία θα μπορούσε να αποδώσει πιο στοχευμένους παράγοντες προς διερεύνηση στο επιστημονικό ερώτημα της εργασίας, καθώς επιλέχθηκαν άτομα τα οποία ήταν ενεργά μέχρι την στιγμή της συμμετοχής τους.

Στο επόμενο στάδιο, αποφασίστηκε οι συμμετέχοντες ειδικοί να καλύπτουν γεωγραφικά όλο το εύρος της Ελληνικής επικράτειας καθώς και όλες τις διαβαθμίσεις θέσεων μέσα σε ένα δημόσιο νοσοκομείο.

Γεωγραφικά επιλέχθηκαν οι εξής 9 πόλεις: Κομοτηνή, Θεσσαλονίκη, Κοζάνη, Λάρισα, Ιωάννινα, Κέρκυρα, Καρπενήσι, Αθήνα και Κρήτη.

Σύμφωνα με το κριτήριο της θέσης επιλέχθηκαν 14 άτομα:

- 4 Διοικήτριες/τές Νοσοκομείων,
- 1 Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 1 Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας,
- 3 Διευθύντριες/ές Τμήματος,
- 3 Προϊστάμενες/οι Τμήματος,
- 1 Γιατρός,
- 1 Νοσηλεύτρια/ής .

Ο αριθμός των υποψηφίων δεν έγινε τυχαία αλλά βασίστηκε στις αρχές της "Delphi Method".

Η προσέγγιση τους έγινε απευθείας από τον ερευνητή με φυσική παρουσία και σε κάποιες λίγες περιπτώσεις μέσω του δικτύου γνωριμιών του ερευνητή. Οι πιθανοί υποψήφιοι μετά την προσέγγιση και ενημέρωση τους από τον ερευνητή αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν. Στην πορεία μοιράστηκε χέρι με χέρι το έγγραφο της πρώτης φάσης της προέρευνας ενώ σε κάποιες λίγες περιπτώσεις μοιράστηκε ηλεκτρονικά, μέσω email.

Το έγγραφο της πρώτης φάσης της προέρευνας αρχικά ενημέρωνε για τους σκοπούς της, κατά δεύτερον για τις τρεις φάσεις της διαδικασίας ως την ολοκλήρωση της και στη συνέχεια, αφού περιέγραφε ενδεικτικά τους τρεις πυλώνες που περικλείουν τους προσφερόμενους παράγοντες στα δημόσια νοσοκομεία, σύμφωνα πάντα με την επιστημονική βιβλιογραφία, ζητούσε από του ειδικούς να αναφέρουν όσους παράγοντες

θεωρούν σημαντικότερους για την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, ζητούσε μία σύντομη επεξήγηση σχετική με τη σημασία κάθε παράγοντα. Δόθηκε ένα χρονικό περιθώριο ώστε να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια από τους συμμετέχοντες. Στο τέλος αυτού του χρονικού περιθωρίου, συλλέχθηκαν όλα τα έγγραφα για να αναλυθούν από τον ερευνητή.

Οι αρχικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν ήταν 29 αλλά ομαδοποιήθηκαν σύμφωνα με το εννοιολογικό τους περιεχόμενο στον τελικό αριθμό των 23.

Μετά την καταγραφή και ανάλυση των απαντήσεων, συντάχθηκε το έγγραφο της δεύτερης φάσης. Στο έγγραφο αυτό υπήρχε ένας πίνακας με τους 23 παράγοντες και ένα επεξηγηματικό κείμενο με πληροφορίες για την ορθή συμπλήρωση του. Μοιράστηκε ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που πραγματοποιήθηκε και στην πρώτη φάση. Στην φάση αυτή, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να επιλέξουν από τους 23 παράγοντες που αποτυπώθηκαν στο έγγραφο, τους δέκα σημαντικότερους για την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία από όλους τους συμμετέχοντες, συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια με σκοπό να επεξεργαστούν και να προετοιμαστεί η τρίτη και τελευταία φάση της προέρευνας. Μετά τον τέλος της επεξεργασίας των απαντήσεων, εντοπιστήκαν οι δέκα παράγοντες οι οποίοι απαντήθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα από τους συμμετέχοντες.

Για την έναρξη της τρίτης φάσης έπρεπε να συνταχθεί το έγγραφο με σκοπό να παραδοθεί στους συμμετέχοντες. Στο τελικό έγγραφο τοποθετήθηκε ένα συνοδευτικό κείμενο, το οποίο αρχικά ενημέρωνε τους συμμετέχοντες για την επιτυχή ολοκλήρωση της δεύτερης φάσης, ζητούσε την συμμετοχή τους στο τελευταίο στάδιο της διαδικασίας και στη συνέχεια επεξηγούσε τα ορθά βήματα συμπλήρωσης του. Οι δέκα παράγοντες τοποθετήθηκαν σε έναν πίνακα και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να τους ιεραρχήσουν, τοποθετώντας από τον αριθμό 1 τον σημαντικότερο μέχρι και τον αριθμό 10 τον λιγότερο σημαντικό. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που πραγματοποιήθηκε και στην πρώτη φάση και στη δεύτερη φάση της διαδικασίας.

Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας "Delphi Method" και τον επιτυχή καθορισμό των δέκα παραγόντων που θα αποτελούσαν τις βασικές έννοιες προς διερεύνηση στο τελικό ερωτηματολόγιο, επόμενο βήμα στη διαδικασία της μεθοδολογίας ήταν να καθοριστούν τα επίπεδα του κάθε παράγοντα. Τα επίπεδα αυτά διαβαθμίζουν

εννοιολογικά το πλαίσιο του κάθε παράγοντα και αποτελούν τις επιλογές στα σενάρια της Conjoint Analysis. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να προσδιοριστεί η συνεισφορά του κάθε παράγοντα στα ευρήματα της έρευνας.

Σε αυτό το σημείο κρίθηκε απαραίτητο πριν τον καθορισμό των επιπέδων, να πραγματοποιηθεί έρευνα στις διαθέσιμες βιβλιογραφικές πηγές της επιστημονικής κοινότητας με σκοπό να εντοπιστούν πιθανά επίπεδα των παραγόντων που έχουν αποτυπωθεί σε προγενέστερες εργασίες. Σαν αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας παρουσιάστηκαν ευρήματα σε παράγοντες οι οποίοι είχαν αρκετά κοντινές και συσχετιζόμενες έννοιες, οπότε αποφασίστηκε η συγχώνευση τους. Οι τελικοί παράγοντες προς τοποθέτηση στο ερωτηματολόγιο συγχωνεύτηκαν στον αριθμό των έξι.

Οι τελική κατάταξη των παραγόντων παρουσιάζεται παρακάτω:

Πίνακας 8.1.1: Ιεράρχηση παραγόντων με Delphi Method

A/A	Παράγοντας	M.O Παράγοντα
1	Επίπεδο γνώσεων & εμπειρίας του προσωπικού	1,6
2	Επάρκεια Προσωπικού	3,44
3	Συμπεριφορά Προσωπικού	5,69
4	Καθαριότητα	7,44
5	Χρόνος Αναμονής	7,44
6	Κτιριακές εγκαταστάσεις	9,2

Όσον αφορά την ερμηνεία των τιμών στον πίνακα, όσο μικρότερη η τιμή του μέσου όρου, τόσο υψηλότερα ιεραρχήθηκε στη λίστα. Ο κάθε παράγοντας αποτελούνταν από δυο εννοιολογικά αντίθετες αξίες.

8.2 Το ερωτηματολόγιο


Αφού καθορίστηκαν τα πιθανά επίπεδα του κάθε παράγοντα, τοποθετήθηκαν στο πρόγραμμα SPSS με σκοπό να δημιουργηθούν τα τελικά σενάρια τα οποία θα αποτελούν και το τελικό ερωτηματολόγιο. Χρησιμοποιήθηκε το "orthogonal design" του SPSS και ο τελικός αριθμός των σεναρίων που δόθηκε από το σύστημα ήταν οχτώ.

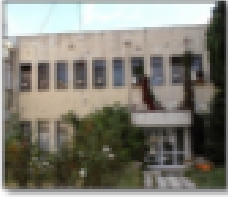
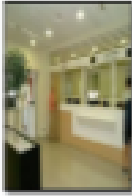

Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχε ένα κείμενο το οποίο εξηγούσε τον σκοπό της εργασίας, την ταυτότητα του ερευνητή, λίγες βασικές αρχές του εργαλείου της Conjoint καθώς και της ορθές οδηγίες συμπλήρωσης. Επίσης, ο ερευνητής επισήμανε στους ερωτώμενους πως το ερωτηματολόγιο συμβαδίζει με την αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων, είναι ανώνυμο και εξυπηρετεί αποκλειστικά και μόνο ερευνητικούς σκοπούς.

Ο αριθμός των σεναρίων όπως προαναφέρθηκε ήταν οχτώ. Όλα τα σενάρια ήταν διαφορετικά μεταξύ τους. Σε κάθε σενάριο υπήρχε μια εικόνα που απεικόνιζε με γραπτό λόγο και τους έξι παράγοντες με μια εκ των δυο εννοιολογικών αξιών που αναφέρθηκαν παραπάνω και ταυτόχρονα υπήρχε μια μικρή φωτογραφία δίπλα σε κάθε παράγοντα που οπτικοποιούσε την περιγραφόμενη έννοια. Με αυτό τον τρόπο ο συμμετέχοντας ενσωμάτωνε και άλλη μια από τις αισθήσεις του στη διαδικασία λήψης απόφασης. Στο τέλος κάθε σεναρίου υπήρχε μια 10 βάθμια κλίμακα Likert (Όπου 1= Καθόλου Χρήσιμο / 10= Απόλυτα Χρήσιμο) για να επιλέξει ο ερωτώμενος το βαθμό χρησιμότητας που τον εκφράζει.

Παρακάτω δίνεται παράδειγμα ερώτησης σεναρίου:

Εαν υπήρχε ένα νοσοκομείο που συνδυάζε τα έξι παρακάτω χαρακτηριστικά, πόσο θα το βαθμολογούσατε για την χρησιμότητα - ελκυστικότητα του; (Σενάριο 2) *



	Κακός Κτιριακός εγκαταστάσεις	
	Μικρός Χρόνος αναμονής	
	Μεγάλη εμπειρία και γνώση προσωπικού	
	Κακή συμπεριφορά προσωπικού	

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Καθόλου Χρήσιμο Απόλυτα Χρήσιμο

Εικόνα 1

Πίνακας 8.2.1: Δημογραφικά στοιχεία

Δημογραφικά Στοιχεία	Επί μέρους χαρακτηριστικά
Φύλο	Γυναίκα
	Ανδρας
Ηλικία	Από 19 έως 29
	Από 30 έως 39
	Από 40 έως 49
	Από 50 έως 59
	Από 60 έως 69
	Από 70 έως 79
	79+
Εκπαίδευση	Απόφοιτος Γυμνασίου - Λυκείου
	Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (IEK- Κολλέγιο..κλπ)
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου
	Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου
Οικονομική κατάσταση	Από 0 έως 700€
	Από 701€ έως 1000€
	Από 1001 έως 1500€
	1501 +
Γεωγραφική Περιφέρεια	Θράκη
	Μακεδονία
	Θεσσαλία
	Ήπειρος
	Στερεά Ελλάδα
	Κρήτη
	Νησιά Αιγαίου
	Νησιά Ιονίου
	Πελοπόννησος

Τα δημογραφικά στοιχεία αποτελούνταν από 5 κατηγορίες και παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα 8.2.1: Δημογραφικά στοιχεία.

Σε όλο το ερωτηματολόγιο, στο τέλος κάθε ερώτησης υπήρχε ένα ενθαρρυντικό σχόλιο καθώς και αναφορά σε ποιό σημείο της έρευνας βρίσκονται, εκφρασμένο είτε σε ποσοστό είτε σε αριθμό.

8.3 Μέτρηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου

Όλοι οι δημογραφικοί παράγοντες, πλην του φύλου και της γεωγραφικής κατοίκησης, προσεγγίστηκαν σύμφωνα με αντίστοιχες διαβαθμίσεις της απογραφής μόνιμου πληθυσμού, κατά φύλο, ομάδες ηλικιών και επίπεδο εκπαίδευσης της ΕΛΣΤΑΤ (2011). Σχετικά με την γεωγραφική κατοίκηση αποφασίστηκε να υπάρξει ομοιομορφία στον αριθμό των συμμετεχόντων κάθε περιφέρειας για πιο ολοκληρωμένη αντιπροσώπευση της άποψης των Ελλήνων πολιτών για το ζήτημα.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και φαινομενικής εγκυρότητας στο ερωτηματολόγιο. Όσον αφορά την έννοια της φαινομενική εγκυρότητας, χρησιμεύει στην επιβεβαίωση του ερωτηματολογίου, καθώς οι ερωτήσεις πηγάζουν από την θεωρητική ανάλυση που προηγείται (De Vaus, 2007). Δεν παρουσιάστηκε κανένα ζήτημα για εγκυρότητα καθώς τα σενάρια σε συνδυασμό με φωτογραφική απεικόνιση των εννοιών απέδιδαν μεγάλη σαφήνεια για το εξεταζόμενο χαρακτηριστικό.

Σε μια επιστημονική έρευνα πρέπει να επιβεβαιωθεί το εάν το ζήτημα που τέθηκε από τον ερευνητή εξετάζεται υπό την σωστή βάση. Δηλαδή, η αξιοπιστία της έρευνας. Υπό το πρίσμα της επαναληπτικότητας του αποτελέσματος τεκμηριώνεται η πραγματική τιμή της προς διερεύνηση μεταβλητής. Ο πιο επιβεβαιωμένος τρόπος για την μέτρηση της αξιοπιστίας είναι ο εσωτερικός συντελεστής συνέπειας Cronbach's alpha. Η αποδοχή της αξιοπιστίας επιβεβαιώνεται από αποτελέσματα όπου οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,70 (DeVaus, 2007).

Πίνακας 8.3.1 Cronbach's Alpha

	Cronbach's Alpha	N of items
Ελκυστικότητα	,748	8

Στην παρούσα έρευνα οι τιμή που παρουσίασε ο συντελεστής Cronbach's Alpha για το σύνολο της μεταβλητής "ελκυστικότητα" είναι 0,748. Οπότε τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας παρουσιάζουν ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

8.4 Ο Πληθυσμός και το Δείγμα της Έρευνας

Η έννοια "πληθυσμός της έρευνας" ερμηνεύει το τμήμα του ευρύτερου πληθυσμού, δηλαδή τα άτομα εκείνα τα οποία μπορούν να συμμετέχουν στην έρευνα (De Vaus, 2007). Στη συγκεκριμένη έρευνα ο προσδιορισμός του δείγματος επήλθε από τη βασική ανάγκη να υπάρχουν ισόποσοι συμμετέχοντες από όλες τις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδος. Ο αριθμητικός στόχος ήταν να συμμετέχουν τουλάχιστον 30 άτομα από κάθε γεωγραφική περιφέρεια, ώστε ο συνολικός αριθμός να αποτελείται από 270 άτομα. Τελικά, ο στόχος επετεύχθη και οι συμμετέχοντες ήταν 270. Πιο αναλυτικά το δείγμα αποτελούνταν από 148 γυναίκες (Ποσοστό 54,8%) και 122 Άνδρες (45,2%). Το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικίας ήταν από 19 έως 29 χρονών (ποσοστό 36,3%). Σχετικά με την εκπαίδευση μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής υπήρξε από άτομα προπτυχιακού τίτλου ΑΕΙ/ΑΤΕΙ (42,6%) και όσον αφορά την οικονομική κατάσταση μεγαλύτερη συμμετοχή εμφανίστηκε από ανθρώπους με μηνιαίες απολαβές από 701€ έως 1000€ (ποσοστό 31,1%). Τα ακριβή δεδομένα θα παρουσιαστούν αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο της έρευνας

Η μέθοδος επιλογής του δείγματος έγινε με τη γνωστή στη βιβλιογραφία μέθοδο της χιονοστιβάδας. Στη μέθοδο αυτή θέτονται κάποια ερευνητικά και δημογραφικά κριτήρια και ο ερευνητής ενημερώνεται από άλλα άτομα εάν γνωρίζουν ανθρώπους, οι οποίοι τηρούν τα κριτήρια ώστε να προσεγγιστούν για συμμετοχή. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται μια δυναμική όπως η χιονοστιβάδα και προσεγγίζονται οι κατάλληλοι συμμετέχοντες. (Πύλλη & Raftoroulos, 2012). Επίσης, με την υιοθέτηση της συγκεκριμένης μεθόδου διασφαλίστηκε η ισόποση συμμετοχή από τις καθορισμένες γεωγραφικές περιφέρειες.

8.5 Διεξαγωγή της Έρευνας

Πειραματική φάση έρευνας

Λίγο πριν την τελική διανομή των ερωτηματολογίων κρίθηκε σκόπιμο να γίνει μια πιλοτική φάση με στόχο να εξακριβωθεί η αποτελεσματικότητα του εργαλείου και να εντοπιστούν πιθανά λάθη, ώστε αν κριθεί σκόπιμο να γίνουν οι αναγκαίες διορθώσεις. Η συγκεκριμένη δοκιμαστική φάση έγινε στα μέσα Δεκεμβρίου, όπου συμμετείχε δείγμα 15ερωτώμενων (6% του τελικού δείγματος). Η επιλογή των ατόμων έγινε με κριτήρια όσο το δυνατόν πιο κοινά με το τελικό δείγμα της έρευνας και τα άτομα που συμμετείχαν στην πειραματική φάση αποκλείστηκαν από το τελικό δείγμα. Κανένα ιδιαίτερο ζήτημα δεν προέκυψε στη διαδικασία συμπλήρωσης. Το ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε σαν σαφές, ικανοποιητικού μεγέθους και με πολύ ενδιαφέρον θέμα.

Διαδικασία της έρευνας

Αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί το εργαλείο Google forms για την τελική διαμόρφωση του συνόλου του ερωτηματολογίου. Επίσης, εξαιτίας της διασποράς του δείγματος αποφασίστηκε η διαδικτυακή διανομή του. Το link του ερωτηματολογίου στάλθηκε μέσω mail και μέσω διαδικτυακών σελίδων κοινωνικής δικτύωσης. Το ερωτηματολόγιο ήταν διαθέσιμο για συμπλήρωση από αρχές μέχρι και τις 24 Ιανουαρίου. Για την διανομή του χρησιμοποιήθηκε το δίκτυο γνωριμιών του ερευνητή ώστε να είναι πιο ελεγχόμενος ο αριθμός ανά περιφέρεια.

8.6 Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων που παρείχε η έρευνα πρωτογενών στοιχείων έγινε με τη χρήση του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης SPSS 23.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο «ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ»

9.1 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων

Ενότητα 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ο Πίνακας 9.1.1 παρουσιάζει τα ποσοστά των συμμετεχόντων στην έρευνα αναλυτικά για κάθε δημογραφική κατηγορία. Με την σειρά φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικονομική κατάσταση και γεωγραφική περιφέρεια.

Πίνακας 9.1.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά Στοιχεία	Επί μέρους χαρακτηριστικά	Ποσοστό
Φύλο	Γυναίκα	54,8%
	Άνδρας	45,2%
Ηλικία	Από 19 έως 29	36,3%
	Από 30 έως 39	30,7%
	Από 40 έως 49	17,8%
	Από 50 έως 59	10,7%
	Από 60 έως 69	3,7%
	Από 70 έως 79	0,7%
	79+	0%
Εκπαίδευση	Απόφοιτος Γυμνασίου - Λυκείου	18,1%
	Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΙΕΚ-Κολλέγιο..κλπ)	13,3%
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	42,6%
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	22,6%
	Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου	3,3%
Οικονομική κατάσταση	Από 0 έως 700€	29,6%
	Από 701€ έως 1000€	31,1%
	Από 1001 έως 1500€	28,1%
	1501 +	11,1%

Γεωγραφική Περιφέρεια	Θράκη	7,8%
	Μακεδονία	14,1%
	Θεσσαλία	16,7%
	Ήπειρος	10%
	Στερεά Ελλάδα	11,5%
	Κρήτη	9,3%
	Νησιά Αιγαίου	11,1%
	Νησιά Ιονίου	7,8%
	Πελοπόννησος	11,9%

Αναλυτικότερα, όσον αναφορά το φύλλο υπάρχει μια ελαφρώς μεγαλύτερη συμμετοχή από Γυναίκες (148) έναντι των Ανδρών (122). Ο μεγαλύτερος πληθυσμός επίσης συγκεντρώνεται στις ηλικίες από 19 έως 39 χρονών και απεικονίζει τους 181 από τους 270 συμμετέχοντες (Ποσοστό 67%). Ειδικότερα, πρώτη ηλικιακή κατηγορία σε συμμετοχή είναι η "19 έως 29 χρονών" με ποσοστό 36,3% και δεύτερη η "30 έως 39" με 30,7%. Όσον αφορά την εκπαίδευση, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής κατείχαν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ (42,6%). Στο στοιχείο της "οικονομικής κατάστασης" οι συμμετέχοντες προέρχονται σχεδόν ισόποσα από τις τρεις κατηγορίες που περιγράφουν τα μηνιαία εισοδήματα από 0 έως 1500€. Τέλος, στην κατηγορία που χρειάστηκε ιδιαίτερη προσπάθεια, είναι αυτή της "γεωγραφικής περιφέρειας", στην οποία παρουσιάζονται σχετικά κοντινά και ισόποσα ποσοστά συμμετοχής, όπως ορίστηκε από τον ερευνητή. Μεγαλύτερη συμμετοχή προήλθε από τη Θεσσαλία (16,7%) και την Μακεδονία (14,1%).

Ενότητα 2: Συνολικές τιμές μεταβλητών

Παρακάτω οι Πίνακας παρουσιάζουν τους μέσους όρους των απαντήσεων που δόθηκαν ανά σενάριο καθώς και μια μικρή περιγραφή τους. Για την καλύτερη κατανόηση των τιμών που θα παρουσιαστούν παρακάτω κρίνεται σκόπιμο να υπενθυμιστεί ότι η κλίμακα μέτρησης ήταν 10βάθμια, με την τιμή 1 να ισούται με χαμηλή χρησιμότητα και τον αριθμό 10 με υψηλή χρησιμότητα σε όλα τα σενάρια.

Πίνακας 9.1.2: Μέσοι όροι μεταβλητών

	M.O Τιμών
Σενάριο 1	5,40
Σενάριο 2	6,41
Σενάριο 3	2,89
Σενάριο 4	5,09
Σενάριο 5	1,97
Σενάριο 6	4,57
Σενάριο 7	5,99
Σενάριο 8	3,46

Σύμφωνα με την παρουσίαση των μέσων όρων (M.O), παρατηρείται πως πιο επιθυμητό είναι το σενάριο 2 με M.O 6,41. Παρακάτω θα γίνει μία παρουσίαση των M.O των τιμών ανά σενάριο μαζί με κάποια επιπλέον στοιχεία καθώς και με την περιγραφή τους.

Σενάριο 1

Κακές κτιριακές εγκαταστάσεις, Πολύ καλή καθαριότητα, Μεγάλος χρόνος αναμονής, Ελλείψεις προσωπικού, Υψηλή γνώση και εμπειρία προσωπικού και Καλή συμπεριφορά προσωπικού.

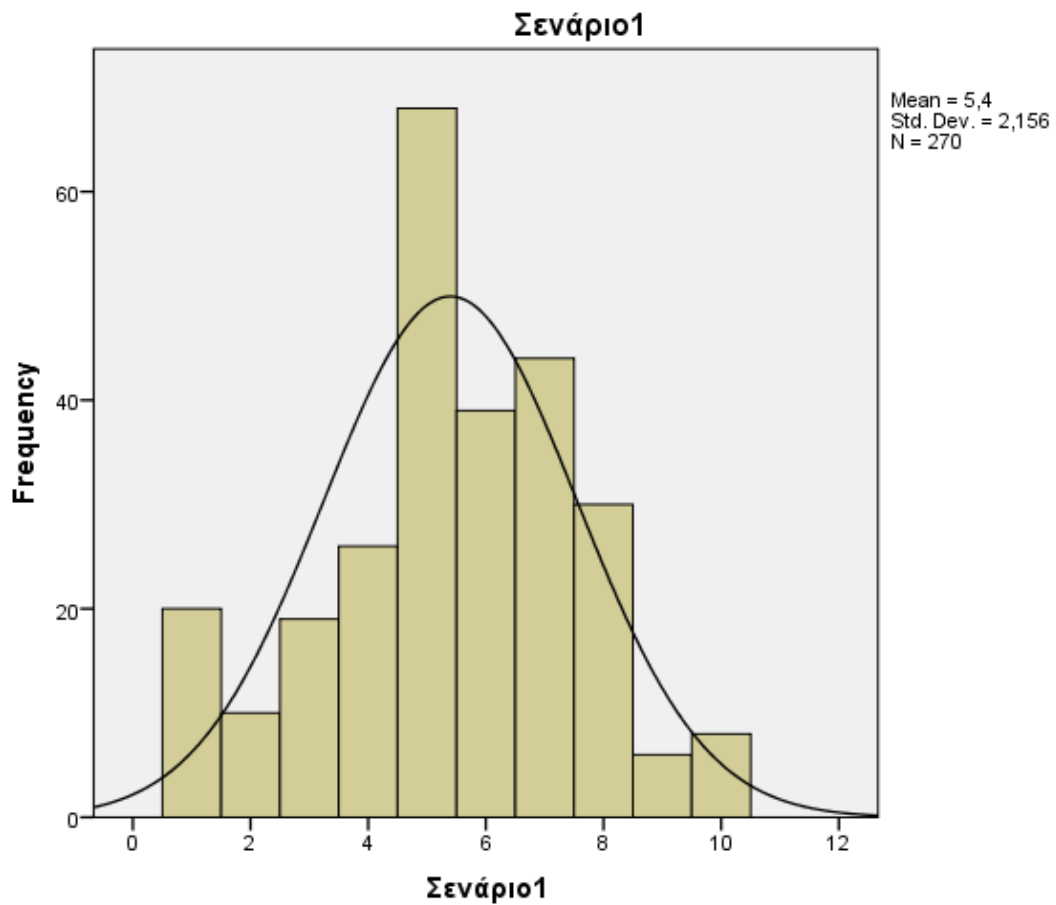
Πίνακας 9.1.3: Μέσος όρος σεναρίου 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	20	7,4	7,4	7,4
	2	10	3,7	3,7	11,1
	3	19	7,0	7,0	18,1
	4	26	9,6	9,6	27,8
	5	68	25,2	25,2	53,0
	6	39	14,4	14,4	67,4
	7	44	16,3	16,3	83,7
	8	30	11,1	11,1	94,8
	9	6	2,2	2,2	97,0
	10	8	3,0	3,0	100,0
Total		270	100,0	100,0	

Στο συγκεκριμένο σενάριο ο Μ.Ο ήταν 5,40 στα 10. Δηλαδή, οι εσωτερικές αξίες των παραγόντων αποτυπώνουν βάσει της τιμής μια μεσαία σημαντικότητα για το σενάριο αυτό με τάσεις προς υψηλή.

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως 68 άτομα απάντησαν τη συχνότερη τιμή που περιγράφει την μεσαία σημαντικότητα (Τιμή 5) του σεναρίου. Αυτό που χρίζει αναφοράς είναι το γεγονός ότι παρουσιάζονται περισσότεροι συμμετέχοντες να συγκεντρώνονται προς τις υψηλότερες τιμές και να αποδίδουν θετική προσέγγιση, αντίθετα με αυτούς που είχαν αρνητική.

Επίσης, στον παρακάτω πίνακα παρατηρείται η διακύμανση της καμπύλης σύμφωνα με την συχνότητα των απαντήσεων. Απεικονίζεται σχεδόν ομοιόμορφη και ελαφρώς προς τις μεγάλες τιμές που περιγράφουν τη θετική σημαντικότητα του σεναρίου.



Σχήμα 9.1.1: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 1

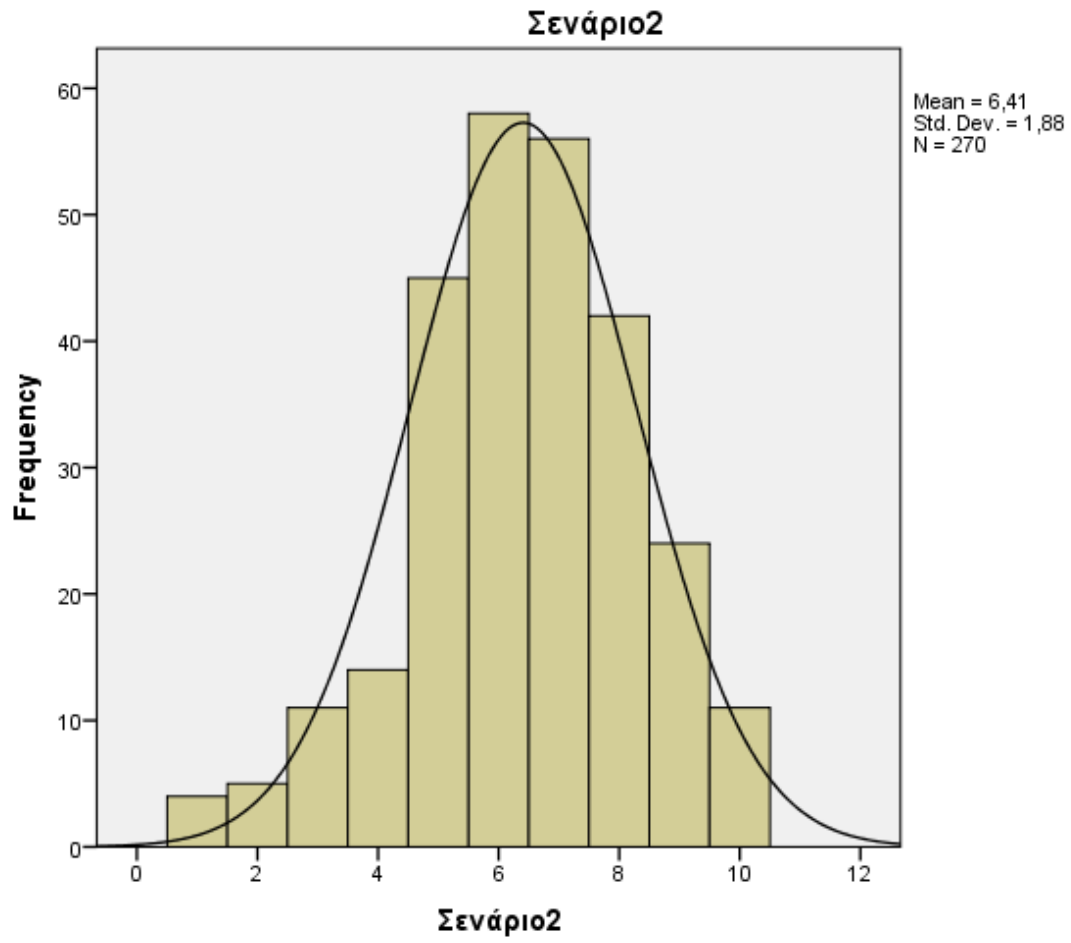
Σενάριο 2

Κακές κτιριακές εγκαταστάσεις, Πολύ καλή καθαριότητα, Μικρός χρόνος αναμονής, Πλήρως στελεχωμένο, Υψηλή γνώση και εμπειρία προσωπικού και Κακή συμπεριφορά.

Πίνακας 9.1.4: Μέσος Όρος σεναρίου 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	1,5	1,5	1,5
	2	5	1,9	1,9	3,3
	3	11	4,1	4,1	7,4
	4	14	5,2	5,2	12,6
	5	45	16,7	16,7	29,3
	6	58	21,5	21,5	50,7
	7	56	20,7	20,7	71,5
	8	42	15,6	15,6	87,0
	9	24	8,9	8,9	95,9
	10	11	4,1	4,1	100,0
Total		270	100,0	100,0	

Στο συγκεκριμένο σενάριο ο Μ.Ο ήταν 6,41 στα 10. Συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία μεταξύ των διαθέσιμων σεναρίων. Ειδικότερα οι εσωτερικές αξίες των παραγόντων αποτυπώνουν, βάσει της τιμής, μια εξαιρετικά υψηλή σημαντικότητα. Άξιο σχολιασμού το γεγονός, ότι 191 συμμετέχοντες (ποσοστό~70,8%) συγκεντρώνεται μεταξύ των τιμών 6 έως 10, ενώ αντίστοιχα 79 συμμετέχοντες (~29,2%) συγκεντρώνονται μεταξύ των αριθμών 0 έως 5. Αντίστοιχα, στο παρακάτω ιστόγραμμα η καμπύλη της γραμμής εμφανίζεται μετατοπισμένη προς τα δεξιά δηλαδή προς τις μεγάλες τιμές που περιγράφουν τη θετική σημαντικότητα του σεναρίου.



Σχήμα 9.1.2: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 2

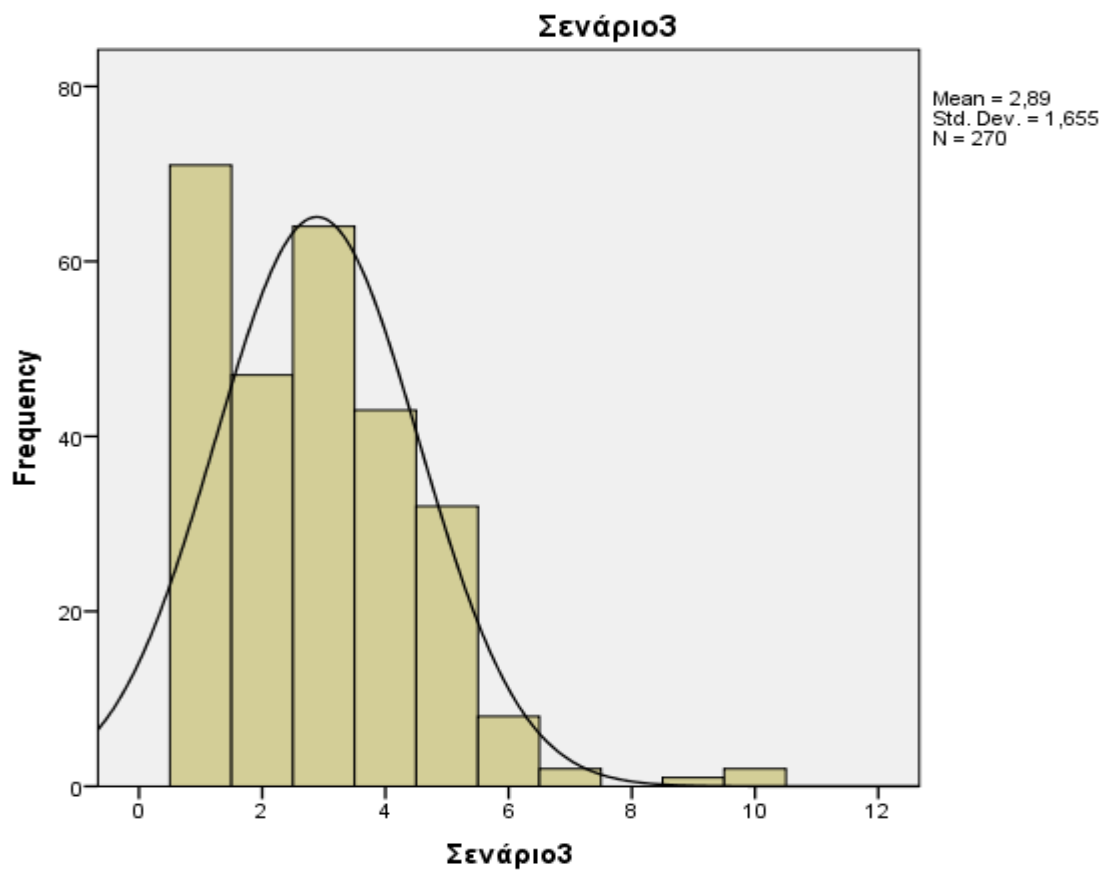
Σενάριο 3

Καλές κτιριακές εγκαταστάσεις, Πολύ καλή καθαριότητα, Μεγάλος χρόνος αναμονής, Με ελλείψεις προσωπικού, Μικρή γνώση και εμπειρία προσωπικού και τέλος Κακή συμπεριφορά

Πίνακας 9.1.5: Μέσος Όρος σεναρίου 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	71	26,3	26,3	26,3
	2	47	17,4	17,4	43,7
	3	64	23,7	23,7	67,4
	4	43	15,9	15,9	83,3
	5	32	11,9	11,9	95,2
	6	8	3,0	3,0	98,1
	7	2	,7	,7	98,9
	9	1	,4	,4	99,3
	10	2	,7	,7	100,0
	Total		270	100,0	100,0

Το τρίτο σενάριο έχει Μ.Ο 2,89. Μεταξύ όλων των σεναρίων παρουσιάζει τη δεύτερη χειρότερη βαθμολογία. Παρατηρώντας τις τιμές που έδωσαν οι συμμετέχοντες παρουσιάζεται το φαινόμενο ότι μεταξύ των αριθμών 1 και 5 συγκεντρώνεται το 95,2% του συνολικού πληθυσμού του δείγματος. Συχνότερη απάντηση είναι ο αριθμός 3 με 64 συμμετέχοντες (27% του δείγματος), κάτι που επιβεβαιώνει τον Μ.Ο, που όπως προαναφέρθηκε είναι 2,89. Στο παρακάτω ιστόγραμμα απεικονίζεται η διακύμανση της καμπύλης και η μετατόπιση της προς τα αριστερά, όπου η σημαντικότητα του σεναρίου είναι χαμηλή.



Σχήμα 9.1.3: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 3

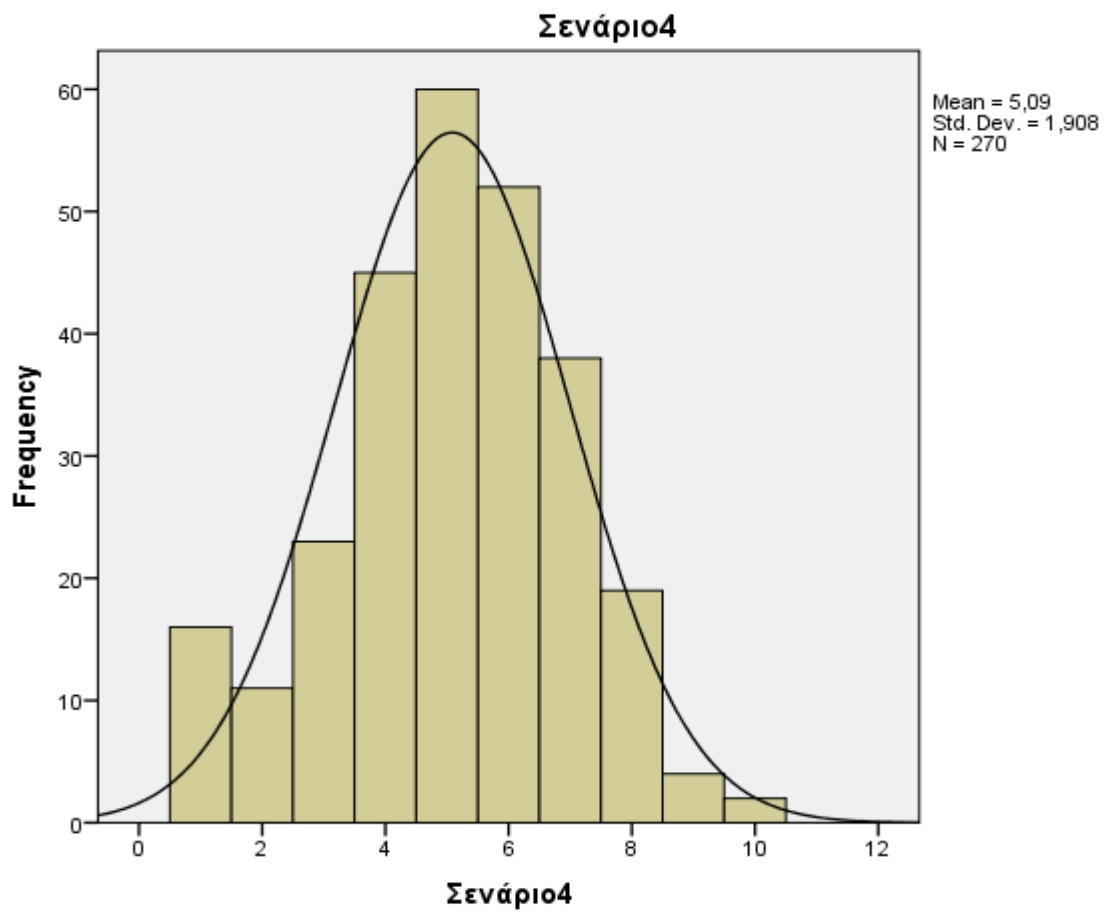
Σενάριο 4

Καλές κτιριακές εγκαταστάσεις, Κακή καθαριότητα, Μικρός χρόνος αναμονής, Με ελλείψεις προσωπικού, Υψηλή γνώση και εμπειρία προσωπικού και τέλος Καλή συμπεριφορά.

Πίνακας 9.1.6: Μέσος Όρος σεναρίου 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	5,9	5,9	5,9
	2	11	4,1	4,1	10,0
	3	23	8,5	8,5	18,5
	4	45	16,7	16,7	35,2
	5	60	22,2	22,2	57,4
	6	52	19,3	19,3	76,7
	7	38	14,1	14,1	90,7
	8	19	7,0	7,0	97,8
	9	4	1,5	1,5	99,3
	10	2	,7	,7	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

Στο σενάριο 4 ο Μ.Ο έχει την τιμή του 5,09, ο οποίος ερμηνεύεται σαν μέτρια σημαντικότητα. Ειδικότερα, η τιμή 5 είναι και η τιμή που επιλέχθηκε από τους περισσότερους συμμετέχοντες, 60 άτομα (22,2%). Στην υπόλοιπη παρατήρηση των δεδομένων του πίνακα εμφανίζεται μια ομοιομορφία στην κατανομή του πληθυσμού σε σχέση με τις κατώτερες και ανώτερες τιμές. Η ομοιομορφία απεικονίζεται και στο ιστόγραμμα παρακάτω.



Σχήμα 9.1.4: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 4

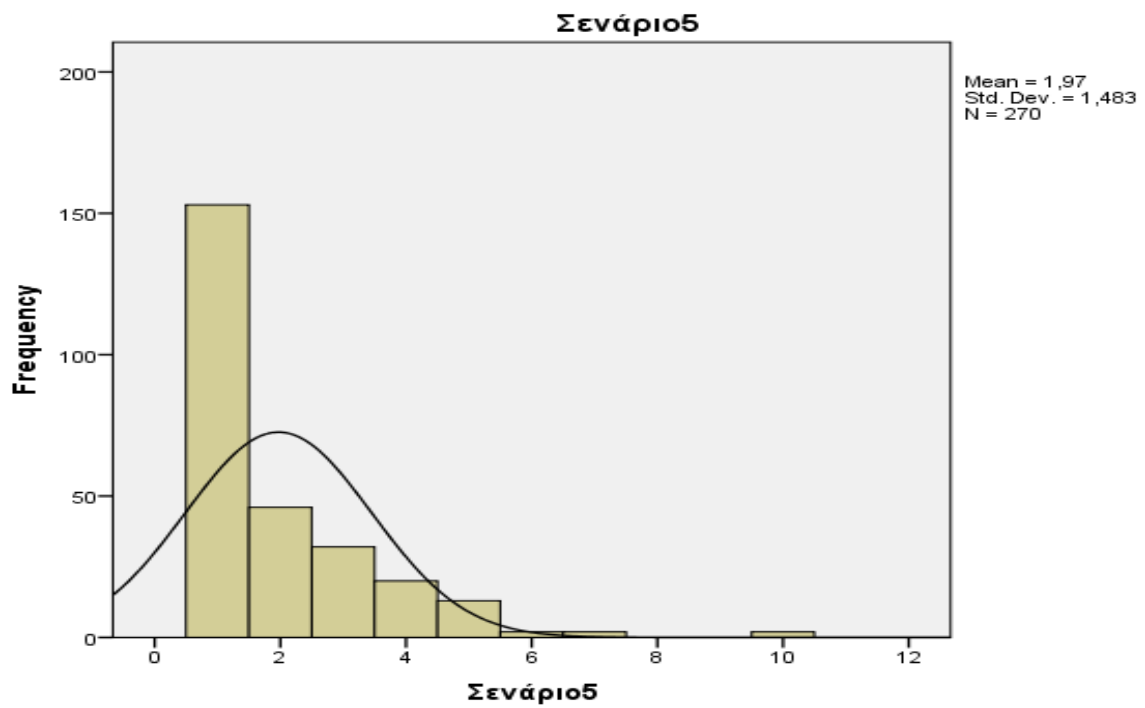
Σενάριο 5

Κακές κτιριακές εγκαταστάσεις, Κακή καθαριότητα, Μικρός χρόνος αναμονής, Με ελλείψεις προσωπικού, Μικρή γνώση και εμπειρία προσωπικού και τέλος Κακή συμπεριφορά.

Πίνακας 9.1.7: Μέσος Όρος σεναρίου 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	153	56,7	56,7	56,7
	2	46	17,0	17,0	73,7
	3	32	11,9	11,9	85,6
	4	20	7,4	7,4	93,0
	5	13	4,8	4,8	97,8
	6	2	,7	,7	98,5
	7	2	,7	,7	99,3
	10	2	,7	,7	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

Το 5ο σενάριο παρουσιάζει τη χαμηλότερη τιμή Μ.Ο σε σχέση με το σύνολο των σεναρίων. Η τιμή του Μ.Ο είναι μόλις 1,97. Ειδικότερα, η επιλογή της τιμής 1 αποτελεί τη συχνότερη απάντηση στο σύνολο όλων των σεναρίων. Για την ακρίβεια, 153 άτομα βαθμολόγησαν με εξαιρετικά χαμηλή σημαντικότητα το σενάριο (Ποσοστό 56,7%). Επίσης άξιο αναφοράς είναι το γεγονός, ότι μέχρι και την τιμή 5 συγκεντρώνεται το 97,8% των συνολικών συμμετεχόντων. Κλείνοντας, μόνο σε αυτό το σενάριο παρουσιάζεται το φαινόμενο να μην υπάρχουν απαντήσεις σε 2 τιμές της κλίμακας. Η τιμή 8 και 9 δεν απαντήθηκε από κανέναν συμμετέχοντα.



Σχήμα 9.1.5: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 5

Στο παραπάνω ιστόγραμμα η καμπύλη έχει μετατοπιστεί τελείως αριστερά στις πολύ χαμηλές τιμές σημαντικότητας.

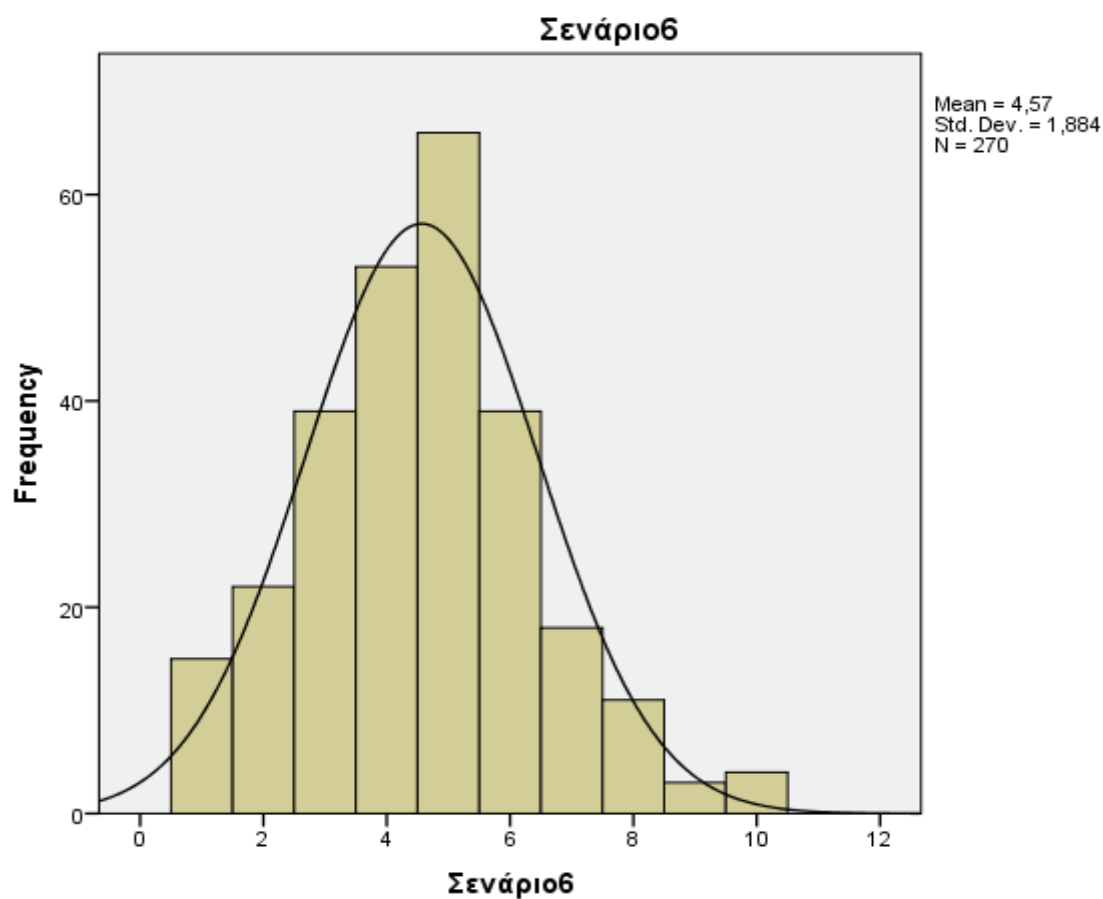
Σενάριο 6

Καλές κτιριακές εγκαταστάσεις, Κακή καθαριότητα, Μεγάλος χρόνος αναμονής, Πλήρως στελεχωμένο, Υψηλή γνώση και εμπειρία προσωπικού και Κακή συμπεριφορά

Πίνακας 9.1.8: Μέσος Όρος σεναρίου 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	15	5,6	5,6	5,6
	2	22	8,1	8,1	13,7
	3	39	14,4	14,4	28,1
	4	53	19,6	19,6	47,8
	5	66	24,4	24,4	72,2
	6	39	14,4	14,4	86,7
	7	18	6,7	6,7	93,3
	8	11	4,1	4,1	97,4
	9	3	1,1	1,1	98,5
	10	4	1,5	1,5	100,0
Total		270	100,0	100,0	

Το σενάριο 6 έχει Μ.Ο 4,57. Τα ευρήματα που προέρχονται από τον πίνακα μας δείχνουν ότι η κατανομή του δείγματος είναι μεγαλύτερη στις τιμές από 1 έως 5 όπου συγκεντρώνεται το 72,2%, ενώ από το 6 και επάνω μόλις το 27,8%. Συχνότερη απάντηση είναι η τιμή του 5 που δόθηκε από 66 άτομα.



Σχήμα 9.1.6: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 6

Η καμπύλη του ιστογράμματος παρουσιάζει μικρή μετατόπιση προς τα αριστερά, επιβεβαιώνοντας τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω.

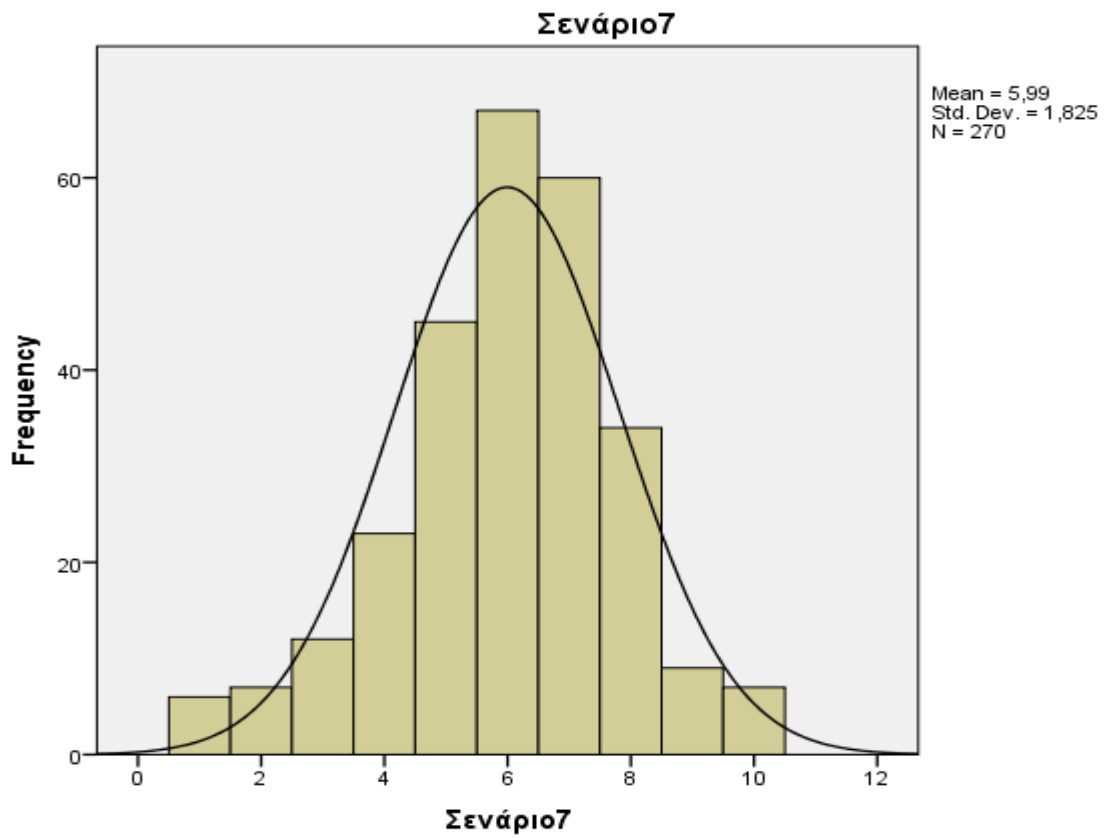
Σενάριο 7

Καλές κτιριακές εγκαταστάσεις, Πολύ καλή καθαριότητα, Μικρός χρόνος αναμονής, Πλήρως στελεχωμένο Μικρή γνώση και εμπειρία προσωπικού και Καλή συμπεριφορά προσωπικού.

Πίνακας 9.1.9: Μέσος Όρος σεναρίου 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	2,2	2,2	2,2
	2	7	2,6	2,6	4,8
	3	12	4,4	4,4	9,3
	4	23	8,5	8,5	17,8
	5	45	16,7	16,7	34,4
	6	67	24,8	24,8	59,3
	7	60	22,2	22,2	81,5
	8	34	12,6	12,6	94,1
	9	9	3,3	3,3	97,4
	10	7	2,6	2,6	100,0
Total		270	100,0	100,0	

Το σενάριο 7 εμφανίζει το δεύτερο υψηλότερο Μ.Ο από το σύνολο των σεναρίων. Η τιμή του είναι 5,99. Σύμφωνα με τον πίνακα, συχνότερη απάντηση είναι η τιμή 6 την οποία έχουν επιλέξει 67 άτομα. Επίσης, παρατηρείται πως μέχρι και τον αριθμό 5 της κλίμακας συγκεντρώνεται μόλις το 34,7%, ενώ από το 6 και επάνω το ποσοστό σχεδόν διπλασιάζεται (65,3%). Από την τιμή του Μ.Ο γίνεται αντιληπτό ότι ο παράγοντας αυτός παρουσιάζει μια υψηλή σημαντικότητα για τους συμμετέχοντες.



Σχήμα 9.1.7: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 7

Στο παραπάνω ιστόγραμμα η μετατόπιση της καμπύλης προς τα δεξιά επιβεβαιώνει τα παραπάνω αποτελέσματα.

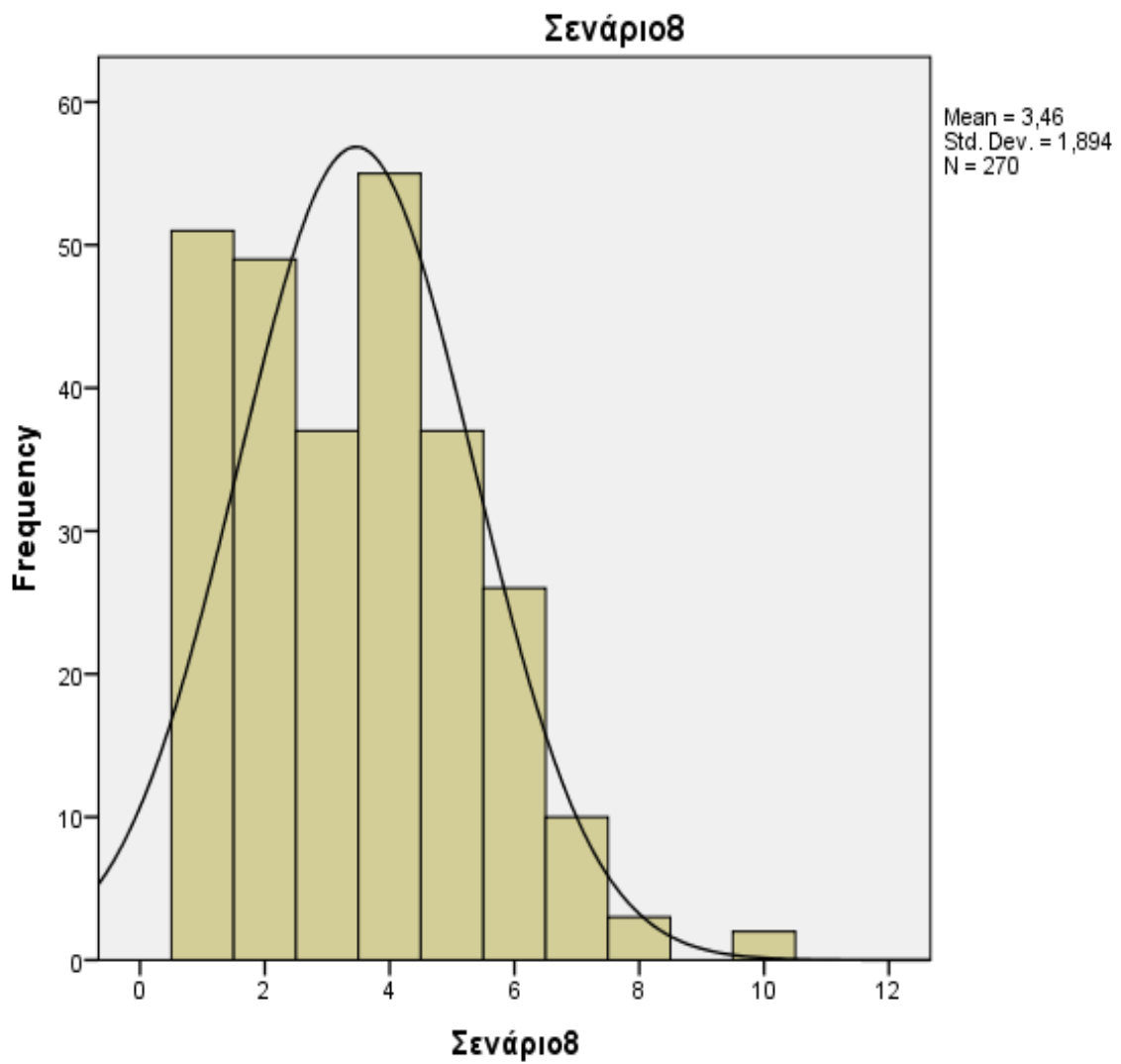
Σενάριο 8

Κακές κτιριακές εγκαταστάσεις, Κακή καθαριότητα, Μεγάλος χρόνος αναμονής, Πλήρως στελεχωμένο, Μικρή γνώση και εμπειρία προσωπικού και καλή συμπεριφορά

Πίνακας 9.1.10: Μέσος Όρος σεναρίου 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	51	18,9	18,9	18,9
	2	49	18,1	18,1	37,0
	3	37	13,7	13,7	50,7
	4	55	20,4	20,4	71,1
	5	37	13,7	13,7	84,8
	6	26	9,6	9,6	94,4
	7	10	3,7	3,7	98,1
	8	3	1,1	1,1	99,3
	10	2	,7	,7	100,0
	Total		270	100,0	100,0

Το τελευταίο σενάριο του ερωτηματολογίου θεωρείται χαμηλής σημαντικότητας, εξαιτίας της τιμής του Μ.Ο που είναι 3,46. Η κατανομή του πληθυσμού συγκεντρώνεται περισσότερο στις τιμές από το 1 μέχρι το 5, όπου περιγράφεται το 84,8% των απαντήσεων, ενώ στο υπόλοιπο μισό παρουσιάζεται ποσοστό μόλις 15,2%. Συχνότερη απάντηση η τιμή 4 που επέλεξαν 55 συμμετέχοντες. Επίσης, το συγκεκριμένο μαζί με το σενάριο 5 αποτελούν τα δυο σενάρια στα οποία παρουσιάζεται το φαινόμενο να μην επιλεγεί μία εκ των δέκα τιμών της κλίμακας. Στο συγκεκριμένο σενάριο η τιμή που δεν επιλέχθηκε ήταν το 9.



Σχήμα 9.1.8: Καμπύλη συχνότητας απαντήσεων- Σενάριο 8

9.2 CONJOINT ANALYSIS

Επόμενο στάδιο της διαδικασίας ήταν η εξαγωγή αποτελεσμάτων από το μοντέλο της Conjoint Analysis. Για τη δημιουργία των τελικών δεδομένων έπρεπε να γραφτεί ο κώδικας προγραμματισμού του μοντέλου και να τοποθετηθεί σε μορφή Syntex. Με αυτόν τον τρόπο, εξάγονται οι απαραίτητοι πίνακες που θα αποτυπώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας. Οι πίνακες που εξάγονται περιγράφουν τα σενάρια που διατυπώθηκαν στο ερωτηματολόγιο και αποτελούν τον κύριο σκοπό της έρευνας.

9.2.1 Έλεγχος συσχέτισης ερευνητικού ζητήματος και μοντέλου διερεύνησης.

Αυτό που έχει πρωταρχική σημασία πριν την ανάλυση των αποτελεσμάτων, είναι η αποτύπωση του μεγέθους της συσχέτισης, μεταξύ του καθορισμένου ζητήματος και του τελικού μοντέλου της Conjoint. Στον παρακάτω πίνακα ο δείκτης Pearson's R σε συνδυασμό με την τιμή Sig. μας παρουσιάζουν εάν το μοντέλο της Conjoint που δημιουργήθηκε και οι διαδικασίες που επιλέχθηκαν για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, προβλέπουν τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων σε σχέση με το ερευνητικό ζήτημα. Η τιμή Sig επιβεβαιώνει την σημαντικότητα και η τιμή Pearson's R αποτυπώνει το μέγεθος αυτής της σημαντικότητας. Στη συγκεκριμένη έρευνα εφόσον η τιμή Sig είναι .000 μπορεί αρχικά να αποδοθεί η βεβαιότητα πως το μοντέλο που διαμορφώθηκε προβλέπει τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων. Η τιμή Pearson's R μας δίνει εξαιρετικά υψηλή τιμή συσχέτισης και καθιστά σαφές πως τα αποτελέσματα που πηγάζουν από την παρούσα έρευνα αποτυπώνονται με σιγουριά ποσοστού 99,7%. Παρακάτω δίνεται ο πίνακας του SPSS στον οποίο παρουσιάζονται και επιβεβαιώνονται τα προαναφερθέντα.

Πίνακας 9.2.1.1: Correlation

Correlations^a

	Value	Sig.
Pearson's R	,997	,000
Kendall's tau	1,000	,000

a. Correlations between observed and estimated preferences

9.2.2 Ιεράρχηση Παραγόντων

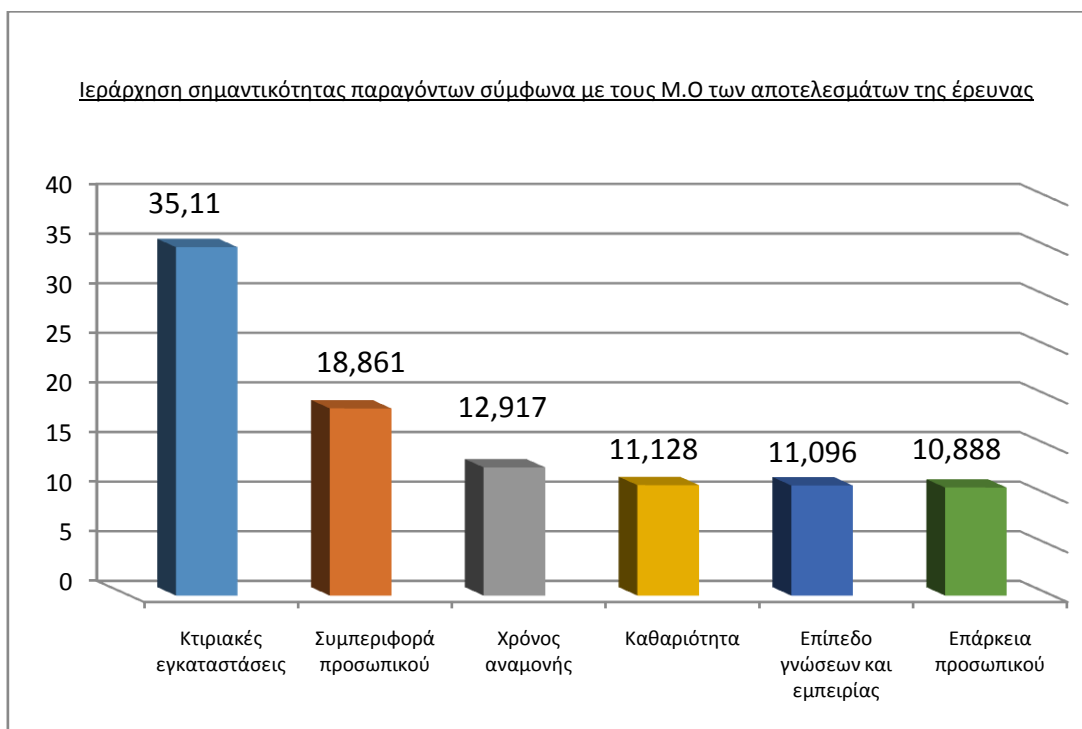
Εφόσον λοιπόν αποτυπώθηκε η σιγουριά η οποία θα ακολουθεί τα αποτελέσματα της έρευνας, επόμενο βήμα ήταν να απαντηθεί το βασικό ζήτημα της έρευνας. Δηλαδή πως τελικά ιεραρχούνται οι παράγοντες που προσφέρονται στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία σύμφωνα με την σημαντικότητα τους. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν ουσιαστικά και τα κριτήρια τα οποία λαμβάνονται υπόψη. Το καθένα συμβάλει με τον τρόπο του κατά την διαδικασία επιλογής ενός δημόσιου νοσοκομείου, εφόσον βέβαια υπάρχει η δυνατότητα επιλογής. Παρακάτω παρατίθεται πίνακας του εργαλείου SPSS που απεικονίζει την ιεράρχηση των παραγόντων σύμφωνα με την σημαντικότητα τους.

Πίνακας 9.2.2.1: Ιεράρχηση Παραγόντων

Importance Values	
Επάρκεια προσωπικού	10,888
Κτιριακές εγκαταστάσεις	35,111
Συμπεριφορά προσωπικού	18,861
Χρόνος αναμονής	12,917
Καθαριότητα	11,128
Επίπεδο γνώσεων	11,096
Averaged Importance Score	

Σύμφωνα λοιπόν με την άποψη των συμμετεχόντων, πρώτος παράγοντας σημαντικότητας στην επιλογή ενός νοσοκομείου είναι ο παράγοντας των "Κτιριακών εγκαταστάσεων" με M.O= 35,111. Σχετικά με αυτόν τον παράγοντα, είναι διακριτό από τον πίνακα πως παρουσιάζει μια μεγάλη διαφορά από τους υπόλοιπους. Για την ακρίβεια, παρατηρείται σχεδόν διπλάσιο ποσοστό σημαντικότητας από τον δεύτερο που ακολουθεί. Δεύτερος παράγοντας είναι η "Συμπεριφορά του προσωπικού" με M.O σημαντικότητας ίσο με 18,861. Ειδικότερα, ο παράγοντας αυτός παρουσιάζει μια αισθητή διαφορά σε σχέση με τις τιμές των παραγόντων που ακολουθούν. Ενώ οι παρακάτω παράγοντες εμφανίζουν κοντινές τιμές, η "Συμπεριφορά Προσωπικού"

διαφοροποιείται με στατιστικά σημαντική απόσταση, κάτι που κρίνεται άξιο αναφοράς. Τρίτος παράγοντας σημαντικότητας ιεραρχήθηκε ο "Χρόνος αναμονής", με Μ.Ο= 12,917 και σχετικά μικρή αλλά εμφανή διαφορά από τον επόμενο. Οι επόμενοι τρεις και τελευταίοι παράγοντες που ακολουθούν παρουσίασαν πολύ μικρή διαφορά μεταξύ τους. Αναλυτικότερα, τέταρτος παράγοντας κρίθηκε η "Καθαριότητα" με Μ.Ο=11,128, πέμπτος το "Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας του προσωπικού" με Μ.Ο= 11,096 και έκτος και τελευταίος παράγοντας η "Επάρκεια του προσωπικού" με Μ.Ο= 10,888.



Σχήμα 9.2.2.1 Ιεράρχηση παραγόντων.

Στο παραπάνω γράφημα 9.2.2.1 απεικονίζεται η ιεράρχηση με τις τιμές των Μ.Ο του κάθε παράγοντα, που εμφανίστηκαν στα αποτελέσματα της έρευνας.

9.2.3 Συνεισφορά των αξιών των παραγόντων

Εφόσον λοιπόν, αποδόθηκε η ιεράρχηση των παραγόντων που συντελούν στην διαδικασία λήψης επιλογής ενός νοσοκομείου, επόμενο βήμα ήταν η διερεύνηση της συνεισφοράς των επί μέρους αξιών των παραγόντων.

Για τη διερεύνηση αυτή ονοματίστηκαν στον κώδικα που γράφτηκε σε μορφή Syntex, οι αξίες που περιέγραφαν τον κάθε παράγοντα. Η εξέταση για το συγκεκριμένο ζήτημα βασίζεται στον παρακάτω πίνακα που εξήχθη από το βοηθητικό εργαλείο SPSS.

Πίνακας 9.2.3.1: Συνεισφορά και Ιεράρχηση αξιών

Utilities

		Utility Estimate	Std. Error
Επάρκεια προσωπικού	Με ελλείψεις	,069	,116
	Πλήρες	-,069	,116
Κτιριακές εγκαταστάσεις	Κακές	-1,277	,116
	Καλές	1,277	,116
Συμπεριφορά προσωπικού	Κακή	-,651	,116
	Καλή	,651	,116
Χρόνος αναμονής	Μεγάλος	,272	,116
	Μικρός	-,272	,116
Καθαριότητα	Κακή	-,491	,233
	Καλή	-,981	,466
Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας	Μικρό	,320	,233
	Υψηλό	,640	,466
(Constant)		4,677	,508

Για την καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων του πίνακα, αξίζει να αναφερθεί πως η στήλη "Utility Estimate" επεξηγεί τη συνεισφορά της αξίας του εκάστοτε παράγοντα. Ουσιαστικά αναφέρεται στην αριθμητική συνεισφορά της κάθε αξίας. Ειδικότερα, η υψηλότερη τιμή της κάθε αξίας ορίζει και την περισσότερο επιθυμητή αξία που με την σειρά της μπορεί να διαμορφώσει αντίστοιχα το περισσότερο επιθυμητό σενάριο. Η τιμή που αναγράφεται σε κάθε αξία χρησιμεύει αρχικά σε μια μαθηματική εξίσωση, η οποία απαντάει ποσοτικά στο τελικό ερευνητικό ζήτημα. Κατά δεύτερον, δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τα αποτελέσματα που προκύπτουν όταν αλλάζουν οι αξίες που θα αποτελούν το προς πώληση προϊόν ή σύνολο υπηρεσιών. Στη συγκεκριμένη έρευνα, μιας και το ερευνητικό ζήτημα αφορά τη σημαντικότητα του κάθε παράγοντα, η αριθμητική τιμή αρχικά εκφράζει τη βοήθεια στον καθορισμό του περισσότερο σημαντικού-επιθυμητού σεναρίου. Επιπρόσθετα, εκφράζει τις αλλαγές που θα επέλθουν αν επιλεγεί μια αξία σε σχέση με μία άλλη στην τελική ελκυστικότητα του υποθετικού νοσοκομείου. Η λέξη (Constant) που αναγράφεται στο κάτω μέρος του πίνακα αφορά επίσης μία τιμή που τοποθετείται στην εξίσωση που προαναφέρθηκε.

Όσον αφορά τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, οι αξίες ιεραρχήθηκαν με της εξής σειρά: "Καλές Κτιριακές εγκαταστάσεις" με συνεισφορά 1,277, δεύτερη σημαντικότερη η "καλή καθαριότητα" με τιμή 0,981, τρίτη η "Καλή συμπεριφορά του προσωπικού" με συνεισφορά 0,651, τέταρτη σημαντικότερη το "Υψηλό επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας προσωπικού" με τιμή 0,640, πέμπτος ο "Χρόνος αναμονής" με τιμή 0,272 και έκτη η "Πληρότητα του νοσοκομείου από προσωπικό" με τιμή 0,069.

Σχετικά με τον παράγοντα της "Καθαριότητας" παρουσιάστηκε στα ευρήματα ζήτημα αντιστροφής. Αυτό σύμφωνα με τα αποτελέσματα των δεδομένων που απορρέουν από το βοηθητικό εργαλείο SPSS, συμβαίνει γιατί παρουσιάστηκαν απαντήσεις οι οποίες παρουσιάζουν αντίστροφα αποτελέσματα από τα αναμενόμενα. Δηλαδή, ενώ καθορίστηκε στη σχέση αυτή πως τα μεγαλύτερα επίπεδα καθαριότητας θα αποτελούν κριτήριο για περισσότερες πιθανότητες επιλογής, παρουσιάστηκαν ευρήματα που έδειξαν το αντίθετο της αναμενόμενης σχέσης.

Πίνακας 9.2.3.2: Συνολικός αριθμός εμφάνισης αντιστροφής σχέσης

Reversal Summary

N of Reversals

N of Subjects

1	167
---	-----

This table displays the number of subjects that have the given number of reversals.

Πίνακας 9.2.3.3: Αριθμός εμφάνισης αντιστροφής σχέσης/παράγοντα

Number of Reversals		
Factor		
	Καθαριότητα	167
	Χρόνος αναμονής	0
	Επίπεδο γνώσεων	0
	Συμπεριφορά προσωπικού	0
	Κτιριακές εγκαταστάσεις	0
	Επαρκεία προσωπικού	0

Τα ευρήματα αυτά αποτυπώνονται στους παραπάνω πίνακες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο «ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ»

Συμπεράσματα

Η συγκεκριμένη έρευνα προσπάθησε να ρίξει φως σε ένα κομμάτι που τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει χάσει μερίδιο από τις στρατηγικές που αφορούν τη δημόσια Υγεία. Πρωταρχικοί σκοποί στις μέρες μας αποτελούν, κατά βάση, η διατήρηση της ομαλής λειτουργίας των νοσοκομείων με τις ταυτόχρονες πιέσεις που δημιουργούνται από την συρρίκνωση της οικονομίας. Ειδικότερα, η κατεύθυνση που επικρατεί, ως επί το πλείστο, προσανατολίζεται στη διαχείριση των οικονομικών πόρων ως προς τη διατήρηση αναγκαίων επιπέδων προμήθειας υλικών αγαθών. Οι στρατηγικές δεν εναρμονίζονται περισσότερο με ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις, αλλά κατά βάση αποτελούν οικονομικές στρατηγικές, οι οποίες είναι άγνωστο αν τελικά δημιουργούν στους πολίτες αυτής της χώρας την αντιλαμβανόμενη ποιότητα και ικανοποίηση που θα ήθελαν. Για αυτό το λόγο, κεντρικό ερευνητικό ζήτημα ήταν να δοθεί μια λύση σχετικά με την ελκυστικότητα των νοσοκομείων, η οποία με τη σειρά της θα αναβαθμίσει το επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών ποιότητας που λαμβάνει ο πληθυσμός που κατοικεί στην Ελλάδα.

Αρχική προτεραιότητα, σύμφωνα με τον ερευνητή, είναι να σκιαγραφηθεί το προφίλ του συμμετέχοντα στην έρευνα ώστε τα αποτελέσματα της να λειτουργήσουν σαν πολύτιμα εργαλεία στην υιοθέτηση βέλτιστων στρατηγικών αποφάσεων για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, αλλά και για ορθολογικότερη κατανόηση ως προς τον αναγνώστη. Σύμφωνα με τα ευρήματα των αποτελεσμάτων της έρευνας και ειδικότερα των δημογραφικών στοιχείων, μπορεί να γίνει αντιληπτό πως σχετικά με την προσπάθεια καθορισμού του φύλου καθίσταται ορθότερο να αποτυπωθεί η αίσθηση πως τα συμπεράσματα που θα ακολουθήσουν αφορούν ελαφρώς περισσότερο τις προσεγγίσεις γυναικών αλλά κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό και των ανδρών, μιας και η διαφορά δεν είναι ιδιαίτερα αισθητή. Όσον αφορά τον προσδιορισμό της ηλικίας του συμμετέχοντα, οι απόψεις που παρατίθενται αφορούν κυρίως την άποψη των νέων ανθρώπων αυτής της χώρας. Πολύ σημαντικό στοιχείο είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων αφορά την ηλικιακή κατηγορία από 19 έως 29 (36,3%) ακριβώς για το λόγο ότι η πληθυσμιακή αυτή κατηγορία αποτελεί και την επόμενη γενιά καταναλωτών στις αγορές. Σαν αποτέλεσμα της εξέλιξης της γενιάς

αυτής είναι η οικονομική ανεξαρτησία και η λήψη απόφασης για επιλογή ιδρύματος υγείας, όσον αφορά πιθανά προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η διαπίστωση αυτή δίνει στους διοικούντες την ευκαιρία αρχικά να προσεγγίσουν το θέμα κατέχοντας στοχευμένα δεδομένα αλλά και τον χρόνο να θεσπίσουν στρατηγικές για μια γενιά που θα βγει στις αγορές. Επίσης, είναι θετικό το γεγονός ότι σε μεγάλο ποσοστό προσδιορίζει την άποψη ανθρώπων ηλικίας από 29 έως 39 (30,7%) που διακατέχονται ήδη από οικονομική ανεξαρτησία και ελευθερία καταναλωτικών αποφάσεων. Σχετικά με το επίπεδο μόρφωσης, τα συμπεράσματα που θα διατυπωθούν προέρχονται κατά βάση από ανθρώπους μορφωμένους, με πτυχίο σχολής ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ, οι οποίοι σαν σύγχρονοι καταναλωτές διακατέχονται από την ικανότητα να προσεγγίσουν σφαιρικά ένα ζήτημα, να προβούν σε αναζήτηση, ενημέρωση και αξιολόγηση πριν την απόφαση αγοράς τους. Όσον αφορά τα αποτελέσματα και τη συσχέτιση τους με την οικονομική κατάσταση του συμμετέχοντα στην έρευνα, το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων προέρχεται από ανθρώπους, είτε με χαμηλά μηνιαία εισοδήματα 0 έως 700€, είτε με μεγαλύτερα μέχρι 1500€ αποτελεί ένα δυνατό στοιχείο της έρευνας. Αποτελεί δυνατό στοιχείο γιατί μπορεί να αποδώσει από την μια, την άποψη των οικονομικά ασθενέστερων πληθυσμών, οι οποίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να στραφούν σε ένα δημόσιο νοσοκομείο σε θέματα υγείας, ενώ ταυτόχρονα από την άλλη εμπεριέχει και την άποψη του οικονομικά εύρωστου πληθυσμού που έχει τη δυνατότητα να στραφεί σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Επίσης, μας δίνει πολύτιμα δεδομένα για την προσέλκυση αυτού του πληθυσμού στις δημόσιες υπηρεσίες υπό προϋποθέσεις. Το προφίλ του συμμετέχοντα σε σχέση με τη γεωγραφική θέση διαβίωσης του είναι το θετικότερο στοιχείο αυτής της έρευνας, καθώς μπορεί να δώσει δεδομένα που βασίζονται σε διαφορετικές αντιλήψεις, κουλτούρες, αγοραστικά κριτήρια και συνήθειες. Έτσι, περιγράφεται καταναλωτικά όλο το πληθυσμιακό μωσαϊκό αυτής της χώρας, μιας και οι συμμετέχοντες προέρχονται σχεδόν ισόποσα από όλες τις περιφέρειες της Ελλάδας.

Όσον αφορά τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τους Μ.Ο, κρίνεται σκόπιμο να μην αναλυθούν περαιτέρω, καθώς δίνεται σαφέστερη εικόνα για το ερευνητικό ζήτημα από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το μοντέλο της Conjoint Analysis. Σημαντικό στοιχείο περαιτέρω ανάλυσης των αποτελεσμάτων είναι αρχικά η διαφοροποίηση που υπάρχει μεταξύ της ιεράρχησης που πηγάζει από τους ειδικούς της υγείας σε σχέση με τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Αυτό ακριβώς το στοιχείο επιβεβαιώνει την ανάγκη για υιοθέτηση περισσότερο πελατοκεντρικών προσεγγίσεων

από τους διοικούντες υγείας μιας και οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών είναι ο ίδιος ο πληθυσμός.

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις αποτελούν τον πρώτο παράγοντα στην επιλογή ενός νοσοκομείου σύμφωνα με την παρούσα έρευνα. Πρέπει λοιπόν να ληφθεί υπόψη των στρατηγικών σχεδίων η αναβάθμιση των κτιριακών εγκαταστάσεων, η οποία όπως αναφέρθηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση από τον Nimlyat & Kandar (2015), θα απορρέει μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας στους ασθενείς και θα προσανατολίζεται περισσότερο στις ανάγκες τους. Επίσης, η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα των ερευνών των Douglas & Douglas (2005) των Sadek & Nofal (2013) και των Nimlyat & Kandar (2015) ότι, δηλαδή, υπάρχει σχέση ικανοποίησης ασθενών που συνδέεται με τον παράγοντα των κτιριακών εγκαταστάσεων. Έτσι, αναδεικνύεται η σημαντικότητα της συνεισφοράς αυτού του παράγοντα. Αντίθετα αποτελέσματα βρέθηκαν σε σχέση με την εργασία των Marang-van de Mheen *et al.* (2011), που απέδωσαν μικρή σημαντικότητα σε αυτόν τον παράγοντα ενώ στην παρούσα ιεραρχήθηκε σαν πιο σημαντικός.

Σχετικά με τον δεύτερο παράγοντα της "Συμπεριφοράς προσωπικού", η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει και δικαιολογεί, κατά μια έννοια, την υψηλή θέση του σε σχέση με τους υπόλοιπους. Όπως αναφέρθηκε στη βιβλιογραφία, οι Merckaert *et al.* (2010) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες και τα άτομα νεαρότερης ηλικίας παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση με την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, που αποτελεί υποπαράγοντα της συμπεριφοράς προσωπικού. Επίσης, η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει πλήθος ερευνών που αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως αυτή των Hei,*et,al.* (2013), οι οποίοι αναφέρουν πως η κακή συμπεριφορά του προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε μη ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό επιβεβαιώνεται από τις τιμές στις αξίες αυτού του παράγοντα. Αντίθετα αποτελέσματα βρέθηκαν από την παρούσα έρευνα σε σχέση με την έρευνα των Bahrampour *et al.* (2018), στην έρευνα των οποίων ο παράγοντας αυτός ιεραρχήθηκε σαν πέμπτος ανάμεσα σε άλλους έξι. Από την άλλη, τα αποτελέσματα της παρούσας εμπειρικής έρευνας εναρμονίζονται με τη μελέτη των Lingyan & Jun (2013), οι οποίοι συνδέουν τη σχέση του συγκεκριμένου παράγοντα με τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, τα πορίσματα συμφωνούν με τους Matusitz & Spear (2014) και τους Egener *et al.* (2017) που αναφέρουν αντίστοιχα, ότι η συμπεριφορά προσωπικού αποτελεί έναν ισχυρό δείκτη για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και συνεισφέρει πολύτιμες πληροφορίες στους διοικούντες

στα στρατηγικά επιχειρησιακά τους σχέδια. Επίσης αντίθετα αποτελέσματα βρέθηκαν σε σχέση με την

Αναφορικά με τον τρίτο παράγοντα, τον "Χρόνος αναμονής", παρόλο που στην προέρευνα που διεξήχθη με την συμμετοχή των ειδικών της υγείας, δεν κατείχε μία από τις υψηλότερες θέσεις στην εξάδα των παραγόντων, οι συμμετέχοντες της κυρίως έρευνας έδειξαν να έχουν διαφορετική άποψη. Ενώ οι Cheraghi-sohi *et al.* (2008), οι Marang-van de Mheen *et al.* (2011) και οι Jouyani *et al.* (2013) αναφέρουν πως ο παράγοντας αυτός ιεραρχήθηκε χαμηλά στα αποτελέσματα τους, στην παρούσα έρευνα ιεραρχήθηκε με μεγαλύτερα επίπεδα σημαντικότητας. Από την άλλη η σημαντικότητά του σε τόσο υψηλή θέση επιβεβαιώνει πλήρως τα αποτελέσματα των Rowan *et al.* (2004), ότι ο χρόνος αναμονής ιεραρχείται σαν ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες στην υγεία. Επίσης, συμφωνεί με τη θέση των Mustafa *et al.* (2018), οι οποίοι αναφέρουν ότι ο χρόνος αναμονής αποτελεί ένα δείκτη ποιότητας για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες παγκοσμίως.

Σχετικά με τον τέταρτο παράγοντα που είναι η "Καθαριότητα", η παρούσα έρευνα αποδεικνύει την εξαιρετικά σημαντική συνεισφορά του στην απόφαση επιλογής ενός νοσοκομείου. Εναρμονίζεται πλήρως με τα αποτελέσματα της έρευνας των Coulter *et al.* (2005) και των Bahrampour *et al.* (2018) οι οποίοι βρήκαν πως ο παράγοντας της καθαριότητας ταξινομήθηκε ως δεύτερος βασικότερος στην επιρροή των ασθενών για να επιλέξουν νοσοκομείο. Επίσης, συμβαδίζει πλήρως με την εργασία των Whitehead *et al.* (2007), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η καθαριότητα του νοσοκομείου κατατάσσεται σε όλους εκείνους τους παράγοντες που οι ασθενείς θεωρούν σημαντικούς αναφορικά με την ελκυστικότητα και επιλεξιμότητα ενός νοσοκομείου (Whitehead *et al.*, 2007). Επίσης μεγαλύτερα επίπεδα σημαντικότητας παρουσιάστηκαν σε σχέση με την έρευνας των οι Jouyani *et al.* (2013), στους οποίους ο παράγοντας "καθαριότητα νοσοκομείου" ιεραρχήθηκε πέμπτος ανάμεσα σε έξι.

Ο παράγοντας "Επίπεδο γνώσεων και εμπειρίας" αποτελεί έναν από τους παράγοντες, ο οποίος επιβεβαιώνει εμφατικά το ίδιο συμπέρασμα που προαναφέρθηκε και στον "Χρόνο αναμονής". Και οι δύο παράγοντες κατείχαν διαφορετική θέση στην ιεράρχηση από τους ειδικούς της υγείας σε σχέση με αυτή των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, ο συγκεκριμένος παράγοντας στην ιεράρχηση των ειδικών κατείχε την υψηλότερη θέση από τους υπόλοιπους, ενώ στους συμμετέχοντες την πέμπτη. Για αυτό τον λόγο χρίζει άξιο αναφοράς για άλλη μια φορά ότι οι διοικούντες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη δεδομένα που κατά βάση αφορούν την προσέγγιση και την ικανοποίηση των ασθενών.

Η παρούσα έρευνα με τα αποτελέσματα της δικαιολογεί τη θέση του συγκεκριμένου παράγοντα ανάμεσα στους υπόλοιπους που θεωρούνται σημαντικοί για στον καθορισμό των στρατηγικών υγείας. Αυτό εναρμονίζεται με τον ισχυρισμό των Choudhry, Fletcher και Soumerai (2005), ότι ένα από τα κεντρικά ζητήματα στην ιατρική έχει καταστεί η αξιολόγηση των επιδόσεων του προσωπικού. Επίσης, επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα της εξαιρετικής έρευνας των Aiken, Sloane *et al.* (2014), οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι η διαχείριση των νοσηλευτικών πόρων αποτελεί σημαντικό παράγοντα της πρόβλεψης της ικανοποίησης των ασθενών. Συγκριτικά όμως αντιτίθεται όσο αναφορά την ιεράρχηση του με τα αποτελέσματα της έρευνας των Leister & Stausberg (2007) όπου ο παράγοντας ιεραρχήθηκε σαν πιο σημαντικός ανάμεσα σε άλλους.

Όσον αναφορά τον τελευταίο παράγοντα στην ιεράρχηση, δηλαδή την "Επάρκεια προσωπικού", παρόλο που παρουσιάζεται σαν τελευταίος ανήκει δικαιωματικά στους πιο σημαντικούς για το σχεδιασμό στρατηγικών στόχων της υγείας. Μιας και προαναφέρθηκε η κρισιμότητα της διαχείρισης του προβλήματος της επάρκειας προσωπικού που εμφανίζεται στις μέρες μας, θα πρέπει να δοθεί ακόμα μεγαλύτερη σημασία στην έννοια αυτή. Επίσης, η θέση του στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συμφωνούν απόλυτα με την θέση των Zarea *et al.* (2009) που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι διοικούντες των νοσοκομείων θα πρέπει να είναι προσανατολισμένοι στην ικανοποίηση των καταναλωτών τους και να διατηρούν επαρκή αριθμό προσωπικού. Τέλος, επιβεβαιώνεται από την εξαιρετική αναφορά που κάνει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, ότι ο παράγοντας του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικότερα η κατανομή του κρίνεται εξαιρετικής σημαντικότητας (WHO, 2016).

Συμπερασματικά, οι διοικούντες των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων λαμβάνοντας υπόψη την ιεράρχηση που προέκυψε στους παράγοντες καθώς και την συνεισφορά των αξιών τους, είναι σε θέση πλέον να διαχειριστούν τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτύχουν την βέλτιστη αύξηση της ελκυστικότητας ή την αποφυγή της μείωσης της.

Περιορισμοί

Ένας από τους αρχικούς περιορισμούς της παρούσας έρευνας παρατηρήθηκε κατά τη φάση της προέρευνας. Το γεγονός ότι, η συμμετοχή αποτελούνταν από ανθρώπους εν ενεργεία στον χώρο της υγείας που προέρχονταν από διάφορες πόλεις της Ελλάδας, καθώς και από διάφορες επαγγελματικές θέσεις, δημιούργησε μία σχετική

καθυστέρηση στην υλοποίηση της εργασίας. Δημιουργήθηκε επιπρόσθετη καθυστέρηση, καθώς ο ερευνητής σεβάστηκε τον αυξημένο φόρτο εργασίας των ειδικών, κάτι το οποίο απαιτούσε πολύ καλό συγχρονισμό. Επίσης, το γεγονός ότι ο ερευνητής ζει στην περιφέρεια της Μακεδονίας και συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη, δημιούργησε δυσκολία προσέγγισης των συμμετεχόντων από τις υπόλοιπες περιφέρειες της Ελλάδας. Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω αύξησε το χρονικό πλαίσιο υλοποίησης της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Μελλοντικές προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκε η σημαντικότητα των παραγόντων που συμβάλουν στην ελκυστικότητα ενός νοσοκομείου καθώς και η συνεισφορά των αξιών τους. Ωστόσο, θα ήταν ενδιαφέρον σε μελλοντική βάση να εξεταστεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού, ώστε να παρατηρηθούν τυχόν αποκλίσεις που δεν λήφθηκαν υπόψη. Επιπρόσθετα, καθώς η παρούσα έρευνα έχει μεγαλύτερη συμμετοχή από νεαρότερες ηλικιακές ομάδες, μια πολύ καλή πρόταση θα ήταν να υπάρξει ομοιογένεια σε όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά για να εξεταστούν τα αποτελέσματα και οι συγκρίσεις μεταξύ τους.

Μία επιπλέον πρόταση αφορά την ενσωμάτωση των ερωτηματολογίων μέσα στα νοσοκομεία με σκοπό να παρατηρηθούν τυχόν διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των ασθενών- επισκεπτών που λαμβάνουν παροχή υπηρεσιών υγείας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και του πληθυσμού που έχει λάβει υπηρεσίες σε παρελθοντικό χρόνο.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΦΟΡΩΝ

ΑΡΘΡΑ

1. Afrane, S., & Appah, A. (2014). Queuing theory and the management of Waiting-time in Hospitals: The case of Anglo Gold Ashanti Hospital in Ghana. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(2), 34.
2. Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Gaminde, I., Salazar, A., SÁnchez, Á., & AriÑo, J. (2007). A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychological medicine*, 37(2), 283-294.
3. Aiken, L. H. (2007). US nurse labor market dynamics are key to global nurse sufficiency. *Health Services Research*, 42(3p2), 1299-1320.
4. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Jama*, 290(12), 1617-1623.
5. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
6. Alder, S., Walley, P., & Silvester, K. (2011). Is follow-up capacity the current NHS bottleneck?. *Clinical medicine*, 11(1), 31-34.
7. Alsos, O. A., Das, A., & Svanæs, D. (2012). Mobile health IT: The effect of user interface and form factor on doctor-patient communication. *International journal of medical informatics*, 81(1), 12-28.
8. Bahrapour, M., Bahrapour, A., Amiresmaili, M., & Barouni, M. (2018). Hospital service quality-patient preferences-a discrete choice experiment. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(7), 676-683
9. Bennett, C. C. (2013). Are we there yet? A journey of health reform in Australia. *Medical Journal of Australia*, 199(4), 251-255.
10. Blegen, M. A., Vaughn, T. E., & Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 33-39.

11. Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments:: 1986 to 1996 in review. *Patient education and counseling*, 35(3), 161-176.
12. Brown, Penelope and Stephen Levinson, 1987. Politeness: Some universals in language usage. In Mao, L. R. (1994). Beyond politeness theory: 'Face' revisited and renewed. *Journal of pragmatics*, 21(5), 451-486.
13. Buchan, J. (2006). Evidence of nursing shortages or a shortage of evidence?. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 457-458.
14. Cals, J. W., Butler, C. C., Hopstaken, R. M., Hood, K., & Dinant, G. J. (2009). Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *Bmj*, 338, b1374.
15. Canadian Nursing Advisory Committee. (2002). Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses. *Ottawa, ON: Advisory Committee on Health Human Resources*.
16. Chase, R.B. (1981), The customer contact approach to services: theoretical bases and practical extensions. In Pai, Y. P., & Chary, S. T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. *International journal of healthcare quality assurance*, 29(3), 300-323.
17. Chen, Y., Meinecke, J., & Sivey, P. (2016). A theory of waiting time reporting and quality signaling. *Health economics*, 25(11), 1355-1371.
18. Cheraghi-Sohi, S., Hole, A. R., Mead, N., McDonald, R., Whalley, D., Bower, P., & Roland, M. (2008). What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. *The Annals of Family Medicine*, 6(2), 107-115.
19. Choudhry, N. K., Fletcher, R. H., & Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal medicine*, 142(4), 260-273.
20. Choudhry, N. K., Fletcher, R. H., & Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal medicine*, 142(4), 260-273.
21. Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 712.

22. Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, 370(10), 950-957.
23. Dascalaki, E. G., Gaglia, A. G., Balaras, C. A., & Lagoudi, A. (2009). Indoor environmental quality in Hellenic hospital operating rooms. *Energy and Buildings*, 41(5), 551-560.
24. Department of Health. (2005). Healthcare output and productivity : Accounting for quality change. In Elkomy, S., & Cookson, G. (2018). Performance Management Strategy: Waiting Time in the English National Health Services. *Public Organization Review*, 1-18.
25. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
26. Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2005). Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators. *Health expectations*, 8(3), 264-276.
27. Egener, B. E., Mason, D. J., McDonald, W. J., Okun, S., Gaines, M. E., Fleming, D. A., ...& Andresen, M. L. (2017). The charter on professionalism for health care organizations. *Academic Medicine*, 92(8), 1091.
28. Elkomy, S., & Cookson, G. (2018). Performance Management Strategy: Waiting Time in the English National Health Services. *Public Organization Review*, 1-18.
29. Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., ...& Reuter, K. (2017). Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psycho-oncology*, 26(4), 537-543.
30. Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., ...& Reuter, K. (2016). Perceived need for psychosocial support depending on emotional distress and mental comorbidity in men and women with cancer. *Journal of psychosomatic research*, 81, 24-30.
31. Farquhar, C. M., Kofa, E. W., & Slutsky, J. R. (2002). Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 177(9), 502-506.
32. Field M, Lohr KN. Attributes of good practice guide-lines. In Farquhar, C. M., Kofa, E. W., & Slutsky, J. R. (2002). Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 177(9), 502-506.
33. Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social science & medicine*, 42(11), 1511-1519.

34. Fraser, B. (1975). Hedged performatives. In Hei, K. C., David, M. K., & Kia, L. S. (2013). Politeness of front counter staff of Malaysian private hospitals. *GEMA Online® Journal of Language Studies*, 13(1).
35. Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 32(20), 2166-2172.
36. Gesler, W., Bell, M., Curtis, S., Hubbard, P., & Francis, S. (2004). Therapy by design: evaluating the UK hospital building program. *Health & place*, 10(2), 117-128.
37. Glass, R. M. (1996). The patient-physician relationship. In Kaptein, A., Kleijn, W., & Nortier, H. (2003). DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 11(1-2), 7-14.
38. Goffman, Erving, 1967. Interaction ritual: Essays in face-to-face behavior. In Mao, L. R. (1994). Beyond politeness theory: 'Face' revisited and renewed. *Journal of pragmatics*, 21(5), 451-486.
39. Greaves, F., Pape, U. J., King, D., Darzi, A., Majeed, A., Wachter, R. M., & Millett, C. (2012). Associations between Internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: an observational study. *BMJ quality & safety*, 21(7), 600-605.
40. Grendell RN. (1998). Psychosocial alterations. In Papathanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in critical care*, 15(3), 118-128.
41. Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., ...& Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International journal of nursing studies*, 63, 213-225.
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamlarakis, M., Symvoulakis, E. K., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical supplies shortages and burnout among Greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International journal of medical sciences*, 11(5), 442.
42. Hack, T. F., Pickles, T., Ruether, J. D., Weir, L., Bultz, B. D., & Degner, L. F. (2010). Behind closed doors: systematic analysis of breast cancer consultation

- communication and predictors of satisfaction with communication. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(6), 626-636.
43. Hei, K. C., David, M. K., & Kia, L. S. (2013). Politeness of front counter staff of Malaysian private hospitals. *GEMA Online® Journal of Language Studies*, 13(1).
 44. Johannessen, K. A., & Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC health services research*, 18(1), 827.
 45. Joshi, S., Diwan, V., Joshi, R., Sharma, M., Pathak, A., Shah, H., ...& Ståls by Lundborg, C. (2018). "How Can the Patients Remain Safe, If We Are Not Safe and Protected from the Infections"? A Qualitative Exploration among Health-Care Workers about Challenges of Maintaining Hospital Cleanliness in a Resource Limited Tertiary Setting in Rural India. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1942.
 46. Jouyani, Y., Bahrapour, M., Barouni, M., & Dehnavieh, R. (2013). Patient preferences for hospital quality: case study of iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(9), 804.
 47. Kaptein, A., Kleijn, W., & Nortier, H. (2003). DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION. *Annals of Cancer Research and Therapy*, 11(1-2), 7-14.
 48. Kinoshita, K., Tsugawa, Y., Barnett, P. B., & Tokuda, Y. (2015). Challenging cases of professionalism in Japan: improvement in understanding of professional behaviors among Japanese residents between 2005 and 2013. *BMC medical education*, 15(1), 42.
 49. Leister, J., & Stausberg, J. (2007). Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. *Journal of hospital marketing & public relations*, 17(2), 13-31.
 50. Lemmink, J. and Mattsson, J. (2002), Employee behavior, feelings of warmth and customer perception in service encounters. In Pai, Y. P., & Chary, S. T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. *International journal of health care quality assurance*, 29(3), 300-323.
 51. Lesser, C. S., Lucey, C. R., Egener, B., Braddock, C. H., Linas, S. L., & Levinson, W. (2010). A behavioral and systems view of professionalism. *Jama*, 304(24), 2732-2737.

52. Lingyan, Z. H. A. O., & Jun, W. A. N. G. (2013). Research on psychological factors which influence Doctor-Patient communications among outpatients. *Journal of Medical Colleges of PLA*, 28(1), 20-28.
53. Liyanage, C., & Egbu, C. (2005). Controlling healthcare associated infections (HAI) and the role of facilities management in achieving “quality” in healthcare: a three-dimensional view. *Facilities*, 23(5/6), 194-215.
54. Lusk B, Lash AA. (2005). The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. In Papathanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in critical care*, 15(3), 118-128.
55. Lynch, D. C., Surdyk, P. M., & Eiser, A. R. (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical teacher*, 26(4), 366-373.
56. Marang-Van De Mheen, P. J., Dijs-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M., Smeets, H. J., Vree, R., ... & Kievit, J. (2011). The relative importance of quality of care information when choosing a hospital for surgical treatment: a hospital choice experiment. *Medical Decision Making*, 31(6), 816-827.
57. Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor–patient communication: an updated examination. *Social work in publichealth*, 29(3), 252-266.
58. Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(2), 141-149.
59. Motyka M, Motyka H, Wsolek R. (1997). Elements of psychological support in nursing care. In Papathanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in critical care*, 15(3), 118-128.
60. Mulvey, D., Redding, P., Robertson, C., Woodall, C., Kingsmore, P., Bedwell, D., & Dancer, S. J. (2011). Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. *Journal of hospital infection*, 77(1), 25-30.
61. Mustafa, N., Salim, T. A., & Watson, A. (2018). The Impact of Waiting Time on Hospital Service Perception and Satisfaction: The moderating role of Gender. *International Journal of Business & Management Science*, 8(1).
62. Nimlyat, P. S., & Kandar, M. Z. (2015). Appraisal of indoor environmental quality (IEQ) in healthcare facilities: A literature review. *Sustainable Cities and Society*, 17, 61-68.

63. Notara, V., Koupidis, S. A., Vaga, E., & Grammatikopoulos, I. A. (2010). Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *Journal of nursing management*, 18(5), 501-504.
64. Ozcan, Y. A. (2006). Quantitative methods in health care management; Techniques and applications. In Afrane, S., & Appah, A. (2014). Queuing theory and the management of Waiting-time in Hospitals: The case of Anglo Gold Ashanti Hospital in Ghana. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 4(2), 34.
65. Pai, Y. P., & Chary, S. T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. *International journal of health care quality assurance*, 29(3), 300-323.
66. Papathanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing in critical care*, 15(3), 118-128.
67. Passi, V., Doug, M., Peile, J. T., & Johnson, N. (2010). Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International journal of medical education*, 1, 19.
68. Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201.
69. Reichert, A., & Jacobs, R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health economics*, 27(11), 1772-1787.
70. Riedl, D., & Schübler, G. (2017). The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131-150.
71. Rowan, K., Harrison, D., Brady, A., & Black, N. (2004). Hospitals' star ratings and clinical outcomes: ecological study. *Bmj*, 328(7445), 924-925.
72. Sadek, A. H., & Nofal, E. M. (2013). Effects of Indoor Environmental Quality on Occupant Satisfaction in Healing Environments. *Building Simulation Cairo-Towards Sustainable & Green Life*.
73. Saridi, M. (2015). Financial Crisis and Health. *Glob J Cancer Ther* 1 (1): 018, 19, 0018.
74. Schneider, B. and Bowen, D.E. (1985), Employee and customer perceptions of services in banks: replication and extension. In Pai, Y. P., & Chary, S. T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual

- framework. *International journal of health care quality assurance*, 29(3), 300-323.
75. Seif-Farshad, M., Bazmi, S., Amiri, F., Fattahi, F., & Kiani, M. (2016). Knowledge of medical professionalism in medical students and physicians at ShahidBeheshti University of Medical Sciences and affiliated hospitals—Iran. *Medicine*, 95(45).
 76. Shin, J., Koh, J., Kim, H., Lee, H., Song, S (2018). Current Status of Nursing Law in the United States and implications. *Health Systems and Policy Research*,
 77. Taylor, F., Taylor, C., Baharani, J., Nicholas, J., & Combes, G. (2016). Integrating emotional and psychological support into the end-stage renal disease pathway: a protocol for mixed methods research to identify patients' lower-level support needs and how these can most effectively be addressed. *BMC nephrology*, 17(1), 111.
 78. Todd, S., Steele, A., Douglas, C., & Douglas, M. (2002). Investigation and assessment of attitudes to and perceptions of the built environments in NHS trust hospitals. *Structural Survey*, 20(5), 182-188.
 79. Vail, L., Sandhu, H., Fisher, J., Cooke, H., Dale, J., & Barnett, M. (2011). Hospital consultants breaking bad news with simulated patients: an analysis of communication using the Roter Interaction Analysis System. *Patient education and counseling*, 83(2), 185-194.
 80. Watanabe, R., Shimoda, T., Yano, R., Hayashi, Y., Nakamura, S., Matsuo, J., & Yamaguchi, H. (2014). Visualization of hospital cleanliness in three Japanese hospitals with a tendency toward long-term care. *BMC research notes*, 7(1), 121.
 81. Watts, R. J. (2003). *Politeness*. In Hei, K. C., David, M. K., & Kia, L. S. (2013). Politeness of front counter staff of Malaysian private hospitals. *GEMA Online® Journal of Language Studies*, 13(1).
 82. Whitehead, H., May, D., & Agahi, H. (2007). An exploratory study into the factors that influence patients' perceptions of cleanliness in an acute NHS trust hospital. *Journal of facilities management*, 5(4), 275-289.
 83. Willebrand, M., & Sveen, J. (2016). Perceived support in parents of children with burns. *General hospital psychiatry*, 38, 105-108.
 84. Wright, K . B., Sparks , L., & O 'Hair, H . D. (2008). Health communication in the 21st century. In Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor–patient communication: an updated examination. *Social work in public health*, 29(3), 252-266

85. Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing & health*, 30(4), 445-458.
86. Zarea, K., Negarandeh, R., Dehghan-Nayeri, N., & Rezaei-Adaryani, M. (2009). Nursing staff shortages and job satisfaction in Iran: Issues and challenges. *Nursing & health sciences*, 11(3), 326-331.
87. Πύλλη, Μ., & Raftopoulos, V. (2012). Περιγραφή των βασικών μεθόδων δειγματοληψίας των δύσκολα προσβάσιμων πληθυσμών που χρησιμοποιούνται στην επιτήρηση της HIV λοίμωξης.

ΒΙΒΛΙΑ

1. Coulter, A., Le Maistre, N., & Henderson, L. (2005). Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment. *Evaluation of London Patient Choice Scheme*.
2. De Vaus, D. (2007). *Surveys in Social Research*, 5th ed., Taylor and Francis
3. Parsons, K. (2013). Design of the indoor environment. In *Design and management of sustainable built environments* (pp. 157-177). Springer, London.
4. Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V (2013). Waiting Time Policies in the Health Care Sector. What Works? *Oecd Health Policy Studies*, 115–131.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1
2. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/247305/1283.pdf
3. [http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/-](http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/)
(Ελληνική στατιστική Αρχή, 2011. Απογραφή μόνιμου πληθυσμού, κατά φύλο, ομάδες ηλικιών και επίπεδο εκπαίδευσης).