

Ικανοποίηση ασθενών και Ποιότητα υπηρεσιών υγείας: Κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστές και διαστάσεις έκφρασης της ικανοποίησης

Patient satisfaction and health care quality: Socio-economic determinants and satisfaction perspectives

Author: Ανδρέου Χρίστος

RGN, BSc (Hons), MA, PhD(c) Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Περίληψη

Η ικανοποίηση του ασθενή συνδέεται με τις προσωπικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις και προσδοκίες σε θέματα ποιότητας, ανταποκρισιμότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

Σκοπός του άρθρου είναι η ανάλυση των κοινωνικό-οικονομικών και ατομικών προσδιοριστών του βαθμού ικανοποίησης και η διερεύνηση των διαστάσεων των υπηρεσιών υγείας που εκφράζουν την ικανοποίηση.

Αρχικά προσεγγίζεται η βαθύτερη φιλοσοφία που διέπει την ικανοποίηση. Η σύζευξη ποιότητας και ικανοποίησης και η πελατο-κεντρική κουλτούρα καθίστανται εμφανείς. Ωστόσο, φαίνεται ότι η ικανοποίηση εκλαμβάνεται ως ανταγωνιστικός και καταναλωτικός συντελεστής από πλευράς ιδιωτικού τομέα, ενώ στο δημόσιο θεωρείται μέτρο αποδοτικότητας και διαχειριστικής αποτελεσματικότητας. Το ετερογενές ιδιωτικό και δημόσιο περιβάλλον αποκαλύπτει σύγκρουση προσεγγίσεων έναντι του κοινωνικού αγαθού και ανθρωπίνου δικαιώματος της υγείας.

Ακολούθως, διερευνώνται οι κοινωνικό-οικονομικοί, δημογραφικοί, ατομικοί και νοσολογικοί προσδιοριστές της ικανοποίησης. Η κοινωνικό-οικονομική θεώρηση εστιάζεται σε προσδιοριστές όπως μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, εισόδημα και ασφαλιστική κάλυψη. Οι δημογραφικοί προσδιοριστές αναπτύσσονται στον τόπο διαμονής, φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση. Η ατομική ιδιότυπη προσωπικότητα σχετίζεται με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις, αλλά φαίνεται να διαδραματίζει επιπρόσθετο και ανεξάρτητο ρόλο. Το νοσολογικό πρότυπο συμβάλει στο βαθμό ικανοποίησης και διακρίνεται μεταξύ οξείας και χρόνιας ασθένειας. Κοινωνική θέση, φύλο και ηλικία φέρουν τις σημαντικότερες στατιστικές συσχετίσεις, γεγονός που τεκμηριώνεται με ενδεικτικές έρευνες.

(Εί) διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με την ικανοποίηση αφορούν πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η ποιότητα παραμένει κοινή συνιστώσα, αλλά επεκτείνεται σε τρεις άξονες:- οργάνωση και κτιριακές εγκαταστάσεις, τεχνικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά και σχέσεις μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας. Η οργάνωση συνδέεται με ζητήματα διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις εκφράζουν τη ξενοδοχειακή υποδομή για παραμονή, διακίνηση και διατροφή. Το τεχνικό και λειτουργικό μέρος αναφέρεται στη διαδικασία και τα αποτελέσματα του κλινικού έργου. Η σχέση αποτελεί την ανθρωπιστική διάσταση και θεωρείται η κυριότερη πηγή ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας.

Το άρθρο συμπεραίνει τη σημαντικότητα, αναγκαιότητα και χρησιμότητα της εξωτερικής αξιολόγησης των υπηρεσιών μέσα από την ικανοποίηση των ασθενών. Παράλληλα, αναγνωρίζει την ερευνητική συμβολή και εντοπίζει προοπτικές σύγχρονων ερευνητικών προσανατολισμών.

Abstract

Patient satisfaction is associated with the individual perceptions, beliefs and expectations regarding the quality, the range of responsiveness and the efficiency of health services. The article aims to analyze the socio-economic and individual influential factors regarding satisfaction and explores the dimensions of health services expressing satisfaction.

The relation between the quality of health care and satisfaction becomes evident. However, in terms of the private health sector satisfaction is perceived as a competitive and a consumerist coefficient, while in the public health sector is considered as a measure index of the management efficiency and effectiveness.

Subsequently, the social-economic, the demographic and the individual influential factors of satisfaction are explored. Socio-economic factors reflect the level of education, the occupation, the income and the insurance coverage. The social status, gender and age are the most important influential factors, which are well documented within the majority of surveys. The demographic factors are consisted of the place of residence, sex, age and marital status and the individual factors involve issues of personality, social representations and health and illness status.

The dimensions of health services regarding satisfaction revealed from the primary and the secondary level. The concept of quality remains the main component and reflects on three domains: -Organization and premises, technical and functional characteristics and relationships between patient and health professionals. That is the humanitarian dimension of the quality of care and is considered as the main source of satisfaction or dissatisfaction. The concept of organization is linked to issues of availability and accessibility. The concept of buildings reflects the infrastructure for stay, movement and nutrition. The technical and the operative part refer to the processes and the results of the clinical practice.

The article concludes the importance, the necessity and the usefulness for external evaluation of health services through patient satisfaction. At the same time, the research contribution and prospects of modern research guidelines are recognized.

Εισαγωγή

Η υγεία αναγνωρίζεται ως ανθρώπινο δικαίωμα και κοινωνικό αγαθό, ενώ το βέλτιστο επίπεδο υγείας αποτελεί εχέγγυο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης (WHO, 1998:4). Η αρχική εντύπωση ότι η υγεία αποτελεί μονοεστιακό προϊόν των υπηρεσιών υγείας, σταδιακά αναμορφώνεται από τη συνειδητοποίηση κοινωνικό-οικονομικών προσδιοριστών της υγείας και μετουσιώνεται στη σύγχρονη και αδιάσειστη πεποίθηση ότι το βέλτιστο επίπεδο υγείας επιτυγχάνεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνίας και υπηρεσιών υγείας (WHO, 2003:2, Wilkinson & Marmot, 2003:10). Ωστόσο, κοινωνία και υπηρεσίες υγείας θεωρούνται σύνθετες οντότητες. Η δε κοινωνία διαρθρώνεται από εξατομικευμένα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά και λειτουργεί σύμφωνα με προκαθορισμέ

νους κανόνες, αξίες, αντιλήψεις και προσοκίες (Σαρρής, 2001:24). Οι μεν υπηρεσίες υγείας αφορούν μηχανισμούς λειτουργικής συνεργασίας μονάδων που στοχεύουν επίτευξη βέλτιστου δυνατού κοινωνικού επιπέδου προαγωγής και διατήρησης της υγείας, πρόληψης και θεραπείας ασθενειών (Σουλιώτης, 2000:45, Θεοδώρου και συν, 2001:33).

Οι υπηρεσίες υγείας διέπονται από καθημερινές επαφές των πολιτών, αφομοιώνονται στο καθαυτό επιδημιολογικό πρότυπο των κοινωνικών αναγκών υγείας και αναπόφευκτα, επηρεάζονται από τις εκάστοτε κοινωνικές απαιτήσεις και προσδοκίες. Η έμφαση στην κοινωνική ετυμηγορία σχετικά με την αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί σύγχρονο εφελκυστικό επιστημονικών και ερευνητικών διαδρομών (Τσελεπή, 2000:151, Υφαντόπουλος, 2006:85).

Η κοινωνική ετυμηγορία αντικατοπτρίζεται στο βαθμό ικανοποίησης των πολιτών πριν, κατά και μετά τη βιωματική εμπειρία της επαφής τους με το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας (Τσελεπή, 2000:172). Εντούτοις, η ικανοποίηση θεωρείται πολυδιάστατη αφού εκφράζει προσωπικές εκτιμήσεις ατομικών εμπειριών (Rosenau, 2007:126) σε θέματα ποσοτικής, ποιοτικής, γεωγραφικής και χρονικής ανταποκρισιμότητας (Σιγάλας, 1999:403), αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων (Marinker, 1995:3) και συμπεριφοράς υγειονομικού προσωπικού (Orton & Hill, 1997:9).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί ανάλυση τόσο των κοινωνικόοικονομικών και ατομικών χαρακτηριστικών που προσδιορίζουν το βαθμό ικανοποίησης προς τις υπηρεσίες υγείας, όσο και των διαστάσεων των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις οποίες εκφράζεται η ικανοποίηση.

Η βαθύτερη φιλοσοφία της ικανοποίησης

Η ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών υγείας έναντι των κοινωνικών αναγκών υγείας στοιχειοθετείται στη διαχρονική διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, προσπελασιμότητα και αποτελεσματικότητα ανεξαρτήτως τοποχρονικών και οικονομικών περιορισμών (Δικαίος, 1999:77), σύμφωνα με τις αρχές κοινωνικής ισότητας, δικαιοσύνης και αποδοχής (Υφαντόπουλος, 2006:85). Ωστόσο, οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτές απορρέουν λόγω απρόβλεπτου και αιφνίδιου χαρακτήρα της ασθένειας, πολυπλοκότητας και ανομοιογένειας υγειονομικού προϊόντος, αναπόφευκτα μετουσιώνουν το δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα της υγείας, περιορίζουν την ιδεώδη κοινωνική ισότητα και επισειούν συνθήκες εμπορευσιμότητας της υγείας (Ματσαγγάνης, 2002:17).

Η εμπορευσιμότητα της υγείας διευρύνει τη μεταχείριση του χρήστη υπηρεσιών με προοπτικές πελατοκεντρικής κουλτούρας, στοιχεία ανταγωνισμού και φαινόμενα καταναλωτισμού. Η ποιότητα καθίσταται πλέον κεντρικός συντελεστής

ανταγωνιστικής δυναμικής από πλευράς μονάδων υγείας και καταναλωτικής πρόθεσης ή προτίμησης από πλευράς χρηστών, όταν οι υπηρεσίες προσφέρονται σε περιβάλλον αγοράς (Χουτόπουλος, 2006:23). Αντίθετα, όταν οι υπηρεσίες υγείας προέρχονται από δημόσιο μη κερδοσκοπικό καθεστώς, τότε η ποιότητα αντανακλά την οικονομική αποδοτικότητα των πόρων και τη διαχειριστική αποτελεσματικότητα των μονάδων (Καϊτελίδου, 2007:242). Ως εκ τούτου, η σύγχρονη ιδεολογία στη διοίκηση / διαχείριση δημόσιων ή/και ιδιωτικών μονάδων υγείας αναγνωρίζει την ικανοποίηση ασθενών/πολιτών ως θεμελιώδη εκροή των υγειονομικών υπηρεσιών ενώ παράλληλα, τοποθετεί το χρήστη /καταναλωτή ως κυρίαρχο ρυθμιστή και αξιολογητή της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Donabedian, 2005:698).

Η ικανοποίηση θεωρείται ως η σημαντικότερη μεταβλητή της ποιοτικής αποτύπωσης των υπηρεσιών υγείας (Κωστα γιόλας και συν., 2006:607, Senarath et al, 2006:1442). Η σχέση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης δεν βρίσκεται στο κενό, αλλά σκιαγραφείται στις εννοιολογικές διαστάσεις της ποιότητας και υποστηρίζεται στο αιτιολογικό του αυξημένου ενδιαφέροντος για διασφάλιση της ικανοποίησης. Η ποιότητα ορίζεται στη συμμόρφωση έναντι προδιαγραφών ή προτύπων που αντιπροσωπεύουν συνολικά χαρακτηριστικά προϊόντων ή υπηρεσιών και επηρεάζουν την ικανοποίηση δεδομένων κοινωνικών αναγκών και απαιτήσεων (Τούντας, 2007:532). Εξάλλου, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν αξιολογείται μόνο σε τεχνικό ή δομικό επίπεδο ή σε επίπεδο αποτελεσμάτων, αλλά εμπεριέχει την ικανοποίηση των προσωπικών προτιμήσεων, σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Donabedian, 2005:692). Το αιτιολογικό κίνητρο για ικανοποίηση εμπεριέχει την άνοδο του μορφωτικού, βιοτικού και πολιτισμικού επιπέδου της σύγχρονης κοινωνίας, την κοινωνική απομυθοποίηση της ιατρικής και τις αυξανόμενες κοινωνικές προσδοκίες για πληρέστερη ενημέρωση, αξιοπρεπή μεταχείριση και βέλτιστη αντιμετώπιση (Θεοδώρου, 1992:42). Επομένως, η μέτρηση της ποιότητας των

υπηρεσιών υγείας εξαρτάται άμεσα από το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και εκφράζεται στις μεταβλητές των προσωπικών προτιμήσεων και προσδοκιών, σε σχέση με την εκάστοτε εμπειρία μεταξύ ασθενή και υπηρεσιών υγείας (Πολύζος και συν., 2005:286).

Όπως διαφαίνεται οι έννοιες της προτίμησης και της προσδοκίας αποτελούν καθοριστικούς προσδιοριστές ικανοποίησης. Ταυτόχρονα όμως, εντοπίζεται ότι παρόλο που τυγχάνουν ευρύτερης κοινωνικής προέλευσης εντούτοις, ανάγονται στο ατομικό επίπεδο της χρήσης υπηρεσιών υγείας και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για διατύπωση κριτηρίων ατομικής αποτίμησης της ικανοποίησης. Ωστόσο, η ατομική προσέγγιση της «προσδοκίας» και της «προτίμησης», χαρακτηρίζεται από δυναμική αλλά συνάμα, εμπεριέχει υποκειμενικότητα (Senarath et al, 2006:1445), υπερβολή ή παραλογισμό (Williams et al, 1998:1358). Τα άτομα δεν βρίσκονται στην αντικειμενική θέση να γνωρίζουν αν η ποιότητα των υπηρεσιών είναι μέγιστη ή ελάχιστη συγκριτικά με την καταβαλλόμενη δαπάνη, αλλά πάντοτε γνωρίζουν και κρίνουν την υφιστάμενη βιωματική εμπειρία (Τσελέπη, 2000:164). Εντούτοις, η ατομική λογικό- γνωστική και ψυχοσυναισθηματική διεργασία κρίσης και αποτίμησης εμπειριών διαμορφώνεται σύμφωνα με τις ιδιαίτερες προσωπικές αντιλήψεις και τις γενικότερες αξίες της οικείας κοινωνικής θέσης (Κωσταγιόλας και συν, 2006:604). Οι Atkinson & Haran (2005:512) διευκρινίζουν ότι οι ατομικές αντιλήψεις και προσδοκίες πάντοτε έχουν ιδιοσυγκρασιακό χαρακτήρα και αποτελούν προϊόν προκατάληψης προγενέστερων εμπειριών ή συμβολικής αλ- ληλόδρασης από τρίτους, ή ιδιόμορφης στάσης έναντι οποιασδήποτε πηγής εξουσίας ή φορέα λήψεως αποφάσεων. Παράλληλα, υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής θέσης διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο κατά την ατομική ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Κοινωνικό-οικονομικοί και ατομικοί προσδιοριστές

Η αναδίφηση της σχετικής ερευνητικής βιβλιογραφίας τεκμηριώνει σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ βαθμού ικανοποίησης και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών (Sitzia & Wood, 1997:1835, Williams et al, 1998:1358). Ωστόσο, αρκετές περιπτώσεις αποκαλύπτουν αλληλοσυγκρουόμενα ερευνητικά ευρήματα (Venn & Fone, 2005:121) που αποκλίνουν λόγω δημογραφικών διαφορών (Senarath et al, 2006:1447), εξατομικευμένης βαρύτητας ή χρονικής διάρκειας ασθενειών (Donabedian, 2005:703) και ετερογενών εθνικών ή/και φυλετικών αναπαραστάσεων (Myburgh et al, 2005:476).

Κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το μορφωτικό επίπεδο συνδέεται άμεσα με επάγγελμα και εισόδημα, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται σημαντικός προσδιοριστής για την αντίληψη της υγείας, την πρόσληψη της ασθένειας, τον προσανατολισμό και το βαθμό ικανοποίησης στη χρήση υπηρεσιών υγείας (Blane, 1992:125). Οι Atkinson & Haran (2005:502) διευκρινίζουν ότι όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο τόσο βελτιώνεται η ικανότητα αναγνώρισης συμπτωμάτων και η αμεσότητα της απόφασης για αναζήτηση βοήθειας, αλλά ταυτόχρονα, τόσο αυξάνεται η απαιτητικότητα των προσδοκιών για ποσοτική, ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα. Παράλληλα, τεκμηριώνουν ότι το εισοδηματικό μέγεθος επηρεάζει άμεσα τις δυνατότητες προσβασιμότητας και προσπελασιμότητας, ευχέρειας επιλογής και καταναλωτικής έκτασης στην ατομική ζήτηση υπηρεσιών.

Η έρευνα αξιολόγησης της ικανοποίησης έναντι του πρωτοβάθμιου επιπέδου (η:20380), σε σχέση με τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των Βρετανών πολιτών, συμπεραίνει ότι οι επαγγελματικές κατηγορίες I & II (διευθυντικά στελέχη, επιστήμονες, δάσκαλοι) εκδήλωσαν χαμηλότερη ικανοποίηση συγκριτικά με τους χειρώνακτες και ανειδίκευτους εργάτες των

κατηγοριών III & IV, ενώ αφυπηρετήσαντες και οικονομικά ανενεργοί παρουσίασαν την υψηλότερη ικανοποίηση (Venn & Fone, 2005:121). Οι Campbell et al, (2001:93) επικεντρώθηκαν στο εισόδημα, με μεταβλητές ιδιόκτητης οικίας και ιδιωτικού οχήματος (η:7692) και διαπίστωσαν σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ χαμηλής ικανοποίησης και ακτημοσύνης. Η ερευνητική ερμηνεία των ευρημάτων αναφέρει ότι η χαμηλή ικανοποίηση οφείλεται στις αντικειμενικές δυσκολίες μετάβασης και πρόσβασης. Παρόμοιες έρευνες, επιβεβαιώνουν ότι όσο χαμηλότερα κατέρχονται οι κλίμακες εισοδήματος και μορφωτικού επιπέδου, τόσο ανέρχεται η ικανοποίηση (Καμπάντα & Νιάκας, 2004:356, Senarath et al, 2006:1445), ενώ ερευνητικά ευρήματα σε διαφορετικό εθνικό πλαίσιο, τεκμηριώνουν ακριβώς αντίθετο αλγόριθμο (Myburgh, et al, 2005:474). Η ετερογένεια ευρημάτων διαφορετικού εθνικού πλαισίου οφείλεται στην ανομοιογενή κουλτούρα των εθνικοτήτων και αιτιολογείται στη διαφορετικότητα προσδοκιών σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας (Williams et al, 1998:1357, Campbell et al, 2001:94, Becker & Newsom, 2003:742, Myburgh, et al, 2005:475, Senarath et al, 2006:1445). Ωστόσο, οι αποκλίσεις ευρημάτων δεν περιορίζονται μόνο σε πολιτισμικές ιδιοτυπίες. Αντίθετα, η ικανοποίηση επηρεάζεται άμεσα από διακριτούς εντόπιους παράγοντες που αφορούν στον τόπο διαμονής μεταξύ αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών (Κωταγιόλας και συν, 2006:611), και την τυπολογία ασφαλιστικής κάλυψης και χρηματοδότησης (Τούντας και συν., 2003:500).

Οι Ελληνικές έρευνες στην ικανοποίηση των ασφαλισμένων διαπιστώνουν ότι, ενώ 62,6% των χρηστών θεωρείται άμεσα ασφαλισμένο, εντούτοις μόλις 31,4% εκδηλώνει απόλυτη ικανοποίηση στο πρωτοβάθμιο επίπεδο (Τούντας και συν., 2003:500), ενώ στο δευτεροβάθμιο, ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο τυγχάνει θετικότερες εντυπώσεις (91,1%) συγκριτικά με ένα δημόσιο γενικό (Πολύζος και συν., 2005:287).

Οι Καμπάντα & Νιάκας (2004) αξιολόγησαν την ικανοποίηση με προσαρμογή μεταβλητών στον τόπο διαμονής και τρόπο πρόσβασης σε πρωτοβάθμιο κέντρο υγείας. Η ικανοποίηση σταθμίστηκε σε δείκτες αντιλαμβανόμενου υγειονομικού αποτελέσματος, ενώ η νοσολογική ετερογένεια απομονώθηκε με ομοειδείς διαγνωστικές κατηγορίες. Οι διαμέροντες σε απομακρυσμένα γεωγραφικά σημεία, ημιαστικά και αγροτικά, απόδωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση, αφού είχαν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσία που είναι εγκατεστημένη σε πόλη (Καμπάντα & Νιάκας, 2004:356). Αντίστοιχες διεθνείς έρευνες επιβεβαιώνουν τα προαναφερόμενα αλλά αναφέρουν διαφορετικά αιτιολογικά. Η αναλογία μεταξύ βαθμού ικανοποίησης και πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες, πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου επιπέδου, επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά σύμφωνα με την τοπική συμβολική αλληλόδραση και την επιρροή των τοπικών μέσων μαζικής ενημέρωσης (Atkinson & Haran, 2005:502), ή ανάλογα με τη συμβατότητα της πολιτικής ή/και θρησκευτικής ιδεολογίας μεταξύ του συγκεκριμένου πολίτη και της τοπικής αυτοδιοίκησης που διαχειρίζεται τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας (Senarath et al, 2006:1445).

Η επίδραση της κοινωνικής θέσης καθίσταται εμφανής αλλά δεν εξαντλείται, νοούμενου ότι αποκαλύπτονται επιπρόσθετες συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και δημογραφικών δεδομένων, όπως φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση. Το σύνολο των ερευνητικών ευρημάτων συμπεραίνει ότι οι γυναίκες πάντοτε εκφράζουν θετικότερες δηλώσεις, ανεξαρτήτως μεθοδολογικής στάθμησης των δεικτών ικανοποίησης (Sitzia & Wood, 1997:1836, Williams et al, 1998:1357, Myburgh et al, 2005:475, Venn & Fone, 2005:119). Η εν λόγω στατιστική κυριαρχία αποδίδεται στην ευρύτερη οικειότητα μεταξύ γυναικών και υπηρεσιών, αφού τυγχάνουν συχνότερων πρωτοβάθμιων επισκέψεων ή δευτεροβάθμιας εισαγωγής, λόγω μαιευτικής φύσης (Καμπάντα & Νιάκας, 2004:356) και εκτενέστερης έκθεσης σε κινδύνους εργασίας

και διαβίωσης (Adam & Herzlich, 1999:42, Μάντη, 2000:136, Τσελεπή, 2000:153).

Εντούτοις, η οικειότητα με τις υπηρεσίες υγείας επεκτείνεται και στην ηλικία, αφού αποτελεί ερευνητική παραδοχή ότι όσο πιο ηλικιωμένο άτομο τόσο υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης (Καμπάντα & Νιάκας 2004:356, Atkinson & Haran, 2005:502). Η αυξανόμενη ικανοποίηση αναλόγως της ηλικιακής κλίμακας αιτιολογείται τόσο στη σταδιακή εγκατάσταση ωριμότητας αξιών και νοοτροπίας (Williams et al, 1998:1359), όσο και στις συχνότερες επαφές μεταξύ ηλικιωμένων και υπηρεσιών, ένεκα εκφυλιστικών αλλοιώσεων του γήρατος και βαρύτητας νοσολογικού προτύπου (Campbell et al 2001:93, Atkinson & Haran 2005:503, Venn & Fone 2005:119). Οι τακτικές επισκέψεις του υπερήλικα αναπόφευκτα αποτελούν καθημερινό τρόπο ζωής και εκλαμβάνονται ως άμυνα έναντι της πιθανότητας επικείμενου θανάτου (Ekwall et al, 2008:807).

Παρόλα ταύτα, η οικειότητα με τις υπηρεσίες υγείας δεν φαίνεται να ταυτίζεται πάντοτε με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Τα ανύπαντρα άτομα τείνουν αυξημένης συχνότητας χρήσης πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας (Τσελέπη, 2000:154), αλλά τείνουν χαμηλότερης ικανοποίησης συγκριτικά με έγγαμα και διαζευγμένα άτομα (Καμπάντα & Νιάκας, 2004:357). Το σημείο αναφοράς ενδεχομένως προκαλεί βαθύτερες αναζητήσεις προσδιοριστών της ικανοποίησης, μέσα από ατομικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά.

Ατομικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά

Οι προγενέστερες ατομικές βιωματικές εμπειρίες και η εκάστοτε ατομική ιδιοσυγκρασία επηρεάζουν άμεσα τις προσωπικές αντιλήψεις, απαιτήσεις και προσδοκίες σχετικά με τη φύση, το περιεχόμενο και τα όρια των υποχρεώσεων της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας (Venn & Fone, 2005:122). Η ατομική ιδιοσυγκρασία επηρεάζεται από, αλλά ταυτόχρονα υπερβαίνει, τις κοινωνικό-οικονομικές και δημογραφικές παραμέτρους.

Το επίκεντρο αναφέρεται στο βαθμό εμπιστοσύνης του ατόμου στη διαδικασία και την έκβαση της διαγνωστικής ή θεραπευτικής παρέμβασης (Καμπάντα & Νιάκας, 2004:360). Ενδεικτική ερευνητική μαρτυρία σηματοδοτείται στη στατιστική διαπίστωση ότι πολύτοκες μητέρες (πολλαπλές εμπειρίες) εκδήλωναν περισσότερη εμπιστοσύνη, επιδείκνυαν πιο ρεαλιστικές απαιτήσεις και προσδοκίες, και τέλος εξέφραζαν μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκριτικά με τις πρωτότοκες και «άπειρες» (Senarath et al, 2006:1448).

Οι ατομικές αποχρώσεις της προσωπικότητας φαίνεται να διαδραματίζουν επιπρόσθετο και καθοριστικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης. Οι Adam & Herzlich (1999:51) συζητούν δύο ξεχωριστούς τύπους προσωπικότητων και διακρίνουν χαρακτηριστικά συστηματικής επιθετικότητας, ανταγωνιστικότητας και έλλειψης ικανοποίησης σε άτομα προσωπικότητας τύπου A. Ταυτόχρονα, επισημαίνουν ότι τα συγκεκριμένα άτομα συνηθέστερα τυγχάνουν εσωτερικού κέντρου ελέγχου διαχείρισης καταστάσεων «locus of control» (συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας) και συνεπώς, θεωρούν ότι ασκούν άμεσο έλεγχο στην εκάστοτε κατάσταση, μεταβολή και έκβαση της υγείας τους. Αντίθετα, ο τύπος B χαρακτηρίζεται από εξωτερικό κέντρο ελέγχου και θεωρεί ότι η διαχείριση της ασθένειας και τα αποτελέσματα οποιασδήποτε παρέμβασης εναπόκεινται αποκλειστικά σε εξωτερικές δυνάμεις. Ως εκ τούτου, γίνεται αντιληπτό ότι άτομα με προσωπικότητα τύπου A ή/και εσωτερικό κέντρο ελέγχου θα έχουν μειωμένη ικανοποίηση (Williams et al 1998:1359, Senarath et al 2006:1448, Ekwall et al, 2008:809).

Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες επιρροής έναντι του βαθμού ικανοποίησης εντοπίζονται στη βαρύτητα, τις συνθήκες εκδήλωσης και το χρονικό ορίζοντα της ασθένειας. Ο αιφνίδιος και απρόβλεπτος χαρακτήρας μιας οξείας νόσου διαταράσσει το «εσωτερικό ρολόι» του ατόμου, με αποτέλεσμα ακόμη και ο μηδαμινός χρόνος που μεσολαβεί για ανακούφιση του πόνου ή άλλων ενοχλητικών συμπτωμάτων να

φαντάζει αιωνιότητα (Rosenau, 2007:125). Η εν λόγω διαταραχή στην αντίληψη του χρόνου και η τραυματική βιωματική εμπειρία παραμένουν ως μια ανεξίτηλη ανάμνηση, με αποτέλεσμα τα ποσοστά ικανοποίησης των ατόμων με οξεία νόσο να θεωρούνται ανάλογα και αντίστοιχα με τη χρονική αμεσότητα και αποτελεσματικότητα της υγειονομικής παρέμβασης. Ενδεικτικές έρευνες (η:3128) αποκαλύπτουν ότι κάθε άτομο που προσέρχεται σε τμήμα ατυχημάτων & επειγόντων θεωρεί εαυτόν ως πρωταρχική προτεραιότητα, ενώ το προσωπικό του τμήματος αξιολογεί και ιεραρχεί προτεραιότητες (triage) στο σύνολο των περιστατικών σε δεδομένο χρόνο (Chan & Chau 2005:504, Ekwall et al 2008:803). Επομένως, άτομα που τυγχάνουν αντικειμενικά άμεσης αντιμετώπισης εκδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, συγκριτικά με άτομα που αξιολογούνται ως απώτερη προτεραιότητα (Chan & Chau 2005:504, Ekwall et al 2008:809).

Ο βαθμός ικανοποίησης σε άτομα με χρόνια ασθένεια παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με τις εξειδικευμένες ανάγκες και το υγειονομικό επίπεδο πρόσβασης των ασθενών. Οι Venn & Fone (2005:122) συμπεραίνουν γενικά χαμηλή ικανοποίηση έναντι πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, αφού οι ασθενείς ταυτίζουν τις τακτικές επισκέψεις με επώδυνες εμπειρίες και τλαιπωρίες μετάβασης και πρόσβασης. Αντίθετα, στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα, τα ογκολογικά περιστατικά δηλώνουν ιδιαίτερη ικανοποίηση σε θέματα κατανόησης και μεταχείρισης των βιολογικών και ψυχοσυναισθηματικών αναγκών λόγω επάρατης νόσου (Χαραλάμπους & Παπασταύρου, 2006:32), ενώ οι νεφροπαθείς επικεντρώνονται περισσότερο σε θέματα γνωστικής αρτιότητας και τεχνικής επιδεξιότητας του προσωπικού (Armistead, 2005:532).

Η ικανοποίηση, πέραν των κοινωνικοοικονομικών, ατομικών και νοσολογικών παραμέτρων, επηρεάζεται άμεσα από την «αντιπαραβαλλόμενη εικόνα» (Κωσταγιόλας και συν., 2006:608) και την κοινωνική αναπαράσταση των υπηρεσιών υγείας (Adam & Herzlich, 1999:51). Εντούτοις,

οι καθαυτές υπηρεσίες αποτελούν αναπόσπαστο συστατικό της τοπικής κοινωνίας και λειτουργούνται από μέλη της. Ως εκ τούτου, οι απαντήσεις στις κοινωνικές προσδοκίες ενέχονται μέσα από συγκεκριμένες διαστάσεις των υπηρεσιών.

Διαστάσεις υπηρεσιών υγείας

Οι διαστάσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση αναγνωρίζονται σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο, το κέντρο βάρους πάντοτε βρίσκεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, νοουμένου ότι απορροφά το μεγαλύτερο όγκο δαπανών, εξυπηρετεί ευρύτερο αριθμό πολιτών και παρουσιάζει άμεσα μετρήσιμα υγειονομικά αποτελέσματα (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000:627). Ο ιδιωτικός τομέας αξιολογεί την ικανοποίηση των καταναλωτών ως μέσο «εμπορικής επιδεξιότητας» και επιβίωσης στην ανταγωνιστική αγορά, ενώ το δημόσιο εκλαμβάνει την ικανοποίηση χρηστών ως μηχανισμό προστασίας δημόσιου συμφέροντος και διασφάλισης ισότητας και καθολικότητας των υπηρεσιών (Κωσταγιόλας και συν., 2006:604). Η ετερογενής ιδιωτική και δημόσια προσέγγιση αποκαλύπτει σύγκρουση φιλοσοφιών έναντι του κοινωνικού αγαθού και ανθρώπινου δικαιώματος της υγείας.

Εντούτοις, η κοινή συνιστώσα παραμένει στην ποιότητα. Το SERVQUAL και οι διαχρονικές παραλλαγές (PATIENTQUAL) θεωρούνται τα πλέον διαδεδομένα και αξιόπιστα ερευνητικά εργαλεία συσχέτισης ποιότητας υπηρεσιών και ικανοποίησης χρηστών (Mummalaneni & Gopalakrishna 1995:20, Robledo, 2001:23). Τα μοντέλα επιδιώκουν μετρήσεις αντιλήψεων και προσδοκιών για παραμέτρους που διακρίνονται σε πέντε άξονες:- κτιριακή υποδομή, αξιοπιστία, ανταποκρισιμότητα και προσβασιμότητα, επαγγελματισμός και εξυπηρέτηση, επικοινωνία και ποιότητα οδηγιών (Κωσταγιόλας και συν., 2006:610). Ο συγκεκριασμός των πολυδιάστατων και αλληλεπιδρώντων στοιχείων εκάστου άξονα αποκαλύπτεται στις ακόλουθες υποενοότητες.

Οργάνωση και κτιριακές εγκαταστάσεις

Η οργανωτική διάρθρωση αποτελεί πρωταρχική προϋπόθεση της ποιότητας των υπηρεσιών και αντικατοπτρίζει τη διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα τους (Σιγάλας, 1999:19). Η διαθεσιμότητα ορίζει δυνατότητες παροχής υπηρεσιών χωρίς χρονικούς περιορισμούς, ενώ η προσπελασιμότητα εκτείνεται στην ευχέρεια πρόσβασης/χρήσης υπηρεσιών ανεξάρτητα κοινωνικό-οικονομικής θέσης (Θεοδώρου και συν., 2001:76). Επομένως, το μέγεθος, τυπολογία και γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών μονάδων αποτελούν παράγοντες ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας μεταξύ αστικών, ημιαστικών και αγροτικών πληθυσμιακών ομάδων (Senarath et al, 2006:1446). Η συσχέτιση μεταξύ οργάνωσης και ικανοποίησης επαφίεται στην το-ποχρονική καταλληλότητα και ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών έναντι υφιστάμενων και δυνητικών κοινωνικών αναγκών υγείας.

Ωστόσο, οι βαθύτερες οργανωτικές διαστάσεις που αφορούν την ικανοποίηση, ερευνητικά σχετίζονται με ωράρια λειτουργίας για παροχή έγκαιρης υπηρεσίας (Κωσταγιόλας και συν., 2006:607), ταχύτητα κλεισίματος ραντεβού και χρόνο αναμονής για επίσκεψη, εισαγωγή ή διεκπεραίωση διαδικασιών (Πολύζος και συν., 2005:285). Οι οργανωτικές πηγές δυσαρέσκειας εντοπίζονται στο οικονομικό κόστος και την απώλεια χρόνου λόγω άσκοπων επισκέψεων (Τούντας και συν., 2003:501), στη δύσκολη επικοινωνία για διευθέτηση ραντεβού και στην πολυκοσμία των εξωτερικών ιατρείων (Μετράς και συν., 2007:91).

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις συσχετίζονται με τη ξενοδοχειακή υποδομή και το περιβάλλον αναμονής ή παραμονής των ασθενών. Η Τσελέπη (2000:170) υποστηρίζει εμφαντικά ότι, η δυσαρέσκεια μπορεί ερευνητικά να αφορά την επαγγελματική άσκηση και συμπεριφορά του προσωπικού, αλλά εμπειρικά, τα περισσότερα και συχνότερα παράπονα απευθύνονται στο ξενοδοχειακό συστατικό των υπηρεσιών. Οι ξενοδοχειακές διαστάσεις περι-

λαμβάνουν καθαριότητα, υγιεινή, ησυχία, κλιματισμό, τηλεφωνική εξυπηρέτηση, μέσα ψυχαγωγίας, ώρες και συνθήκες επισκεπτηρίου, ποιότητα φαγητού, σερβιρίσματος και αποκομιδής (Πολύζος και συν., 2005:288), σηματοδότηση κοινόχρηστων χώρων, ευχέρεια διακίνησης και γραμματειακή εξυπηρέτηση (Αλετράς και συν., 2007:91). Αναμφίβολα, η ξενοδοχειακή υποδομή αποτελεί ζωτική παράμετρο ικανοποίησης αφού, για τον ασθενή, το νοσοκομείο θεωρείται ένας χώρος προσωρινής διαμονής, διαβίωσης και διατροφής.

Τεχνικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά

Οι διαστάσεις εστιάζονται στις κλινικές διαδικασίες των διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων και εκφράζονται μέσα από προσδοκίες εκπλήρωσης αναγκών και έκβασης αποτελεσμάτων (Κωσταγιόλας και συν., 2006:605). Συγκεκριμένα, τέτοια χαρακτηριστικά εμπειρέχουν επάρκεια αγωγής για αυτοφροντίδα εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών (Τσελέπη, 2000; 167), αρτιότητα σύγχρονης τεχνολογίας (Robledo 2001:27), αποτελεσματική διαχείριση οξέων ή χρόνιων συμπτωμάτων, επαγγελματισμός, γνωστικό υπόβαθρο και τεχνική επιδεξιότητα προσωπικού (Armistead 2005:532), αμεσότητα ανταπόκρισης σε αιφνίδιες κλήσεις εσωτερικών ασθενών, βιολογική περιποίηση και υποστήριξη, παροχή φροντίδας χωρίς λάθη ή παραλείψεις (Πολύζος και συν., 2005:288), ακρίβεια και τυπικότητα στη χορήγηση φαρμάκων, πρόληψη δυνητικών επιπλοκών ή/και επανεισδοχών (Larrabee & Bolden, 2001:42).

Αναπόφευκτα, οι κλινικές διαδικασίες καθίστανται βιωματικές εμπειρίες που διατηρούνται ως αναμνήσεις της νοσοκομειακής παραμονής και οικοδομούν τη μεταγενέστερα θετική ή αρνητική προκατάληψη ενός ατόμου (Eriksson & Svedlund, 2007:442). Δεδομένης της επισήμανσης, αριθμός ερευνών υπεισέρχεται σε εξειδικευμένες λειτουργικές διαστάσεις των υπηρεσιών όπως χρόνος περαίωσης διαδικασιών, επίπεδα πόνου κατόπιν ένεσης (Senarath et al, 2006:1446), αντιλαμβανόμενο καθηκοντολόγιο

και αντιλαμβανόμενες επαγγελματικές υποχρεώσεις (Williams et al, 1998:1354), αντιλαμβανόμενη επάρκεια ή ανεπάρκεια στελέχωσης και καταμερισμό καθηκόντων (Χαραλάμπους & Παπασταύρου, 2006:21).

Σχέση ασθενή και επαγγελματιών υγείας

Η διάσταση εκφράζει την ανθρωπιστική χροιά των υπηρεσιών, υποδηλώνοντας επαφή και δυναμική αλληλεπίδραση. Από πλευράς ασθενή συνδέεται με την κυρίαρχη κοινωνική αναπαράσταση υγείας και ασθένειας, ενώ από πλευράς προσωπικού και ειδικότερα ιατρών, αποτελεί πεδίο έκφρασης επιστημονικής και επαγγελματικής εξουσίας (Adam & Herzlich, 1999:69). Εντούτοις, η ποιότητα διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας καταμαρτυρείται ως η αδιαμφισβήτητη κυριότερη πηγή ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας (Larrabee & Bolden, 2001:42, Armistead 2005:532, Atkinson & Haran, 2005:507, Αλετράς και συν., 2007:91). Όπως διαφαίνεται, η σχέση αποτελεί τον κυριότερο προσδιοριστή της ικανοποίησης, ενώ η επικοινωνία το κυριότερο συστατικό της σχέσης.

Οι χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις και προσδοκίες του ασθενή αναφορικά με τη σχέση, εκφράζονται ως εμπιστοσύνη και εμπιστευτικότητα, απομόνωση και διακριτικότητα κατά τις διαγνωστικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις, ευγένεια και προθυμία, παροχή πληροφοριών και καταληπτών οδηγιών, ευκαιρίες για διάλογο, ανταλλαγή απόψεων και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Senarath et al, 2006:1442). Επιπροσθέτως, αναφέρονται διαστάσεις που συνδέονται με εκπαίδευση των ιατρών σε θέματα επικοινωνίας (Μάντη, 2000:192), ανθρωπίνη ζεστασιά και κατανόηση αναγκών (Τσελέπη, 2000:172), σεβασμό ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και δικαιωμάτων του ασθενή (Αλετράς και συν., 2007:91), ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη πριν, κατά και μετά από συγκεκριμένες διεργασίες (Χαραλάμπους & Παπασταύρου, 2006:21) και προαγωγή αισθημάτων διαχρονικής αξιοπιστίας και ασφάλειας (Κωσταγιόλας και συν., 2006:607).

Η διαπροσωπική σχέση ουσιαστικά τηρείται από κοινωνικά καθορισμένες αξίες, ενισχύεται από ηθικές επαγγελματικές προσαγωγές και πλαισιώνεται από αντιλήψεις, προσδοκίες και προτιμήσεις των ασθενών (Αλετράς, 2002:128). Ωστόσο, οι ρεαλιστικές προοπτικές της ιδανικής σχέσης συχνά περιορίζονται αφού οι ασθενείς δηλώνουν επαφές με διαφορετικό ιατρό ανά επίσκεψη ή τυγχάνουν ανεπαρκούς κατανόησης πληροφοριών και οδηγιών (Κω- σταγιόλας και συν., 2006:607). Το σημείο αναφοράς ενδεχομένως ενισχύει την υπόθεση της κυριαρχίας του βίο-ιατρικού υποδείγματος στο σύγχρονο κοινωνικό πλαίσιο, που απαιτεί προσέγγιση μηχανιστικής βλάβης παρά εξατομικευμένη προσέγγιση φυσικού προσώπου.

Σχετική έρευνα σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας αποκαλύπτει ότι μόνο 18,4% εκδηλώνει ικανοποίηση αναφορικά με πληροφόρηση και παροχή καταληπτών οδηγιών (Καμπάνταη & Νιάκας, 2004:358), ενώ άλλες ερευνητικές πηγές συμπεραίνουν χαμηλότερη ικανοποίηση σε θέματα συμπεριφοράς, ευγένειας και κατανόησης από πλευράς προσωπικού (Πολύζος και συν., 2005:290), ή έλλειψη προθυμίας και διαθέσιμου χρόνου για ακρόαση και κατάλυση συναισθημάτων ή επίλυση αποριών (Eriksson & Svedlund, 2007:442).

Συμπεράσματα

Η εξωτερική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την ικανοποίηση των ασθενών αποκαλύπτει μαρτυρίες τεκμηρίωσης της σημαντικότητας, αναγκαιότητας και χρησιμότητας της. Η συστηματική διερεύνηση των προσδιοριστών της ικανοποίησης συνθέτει ένα αξιόπιστο διοικητικό εργαλείο σχεδιασμού και ελέγχου για αποτελεσματική επίτευξη δράσης, ιεράρχηση προτεραιοτήτων και χάραξη αναπτυξιακής πολιτικής. Η γνώμη των ασθενών αποδεικνύεται σε καθοριστικό δείκτη ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και φαίνεται να υπερισχύει των λοιπών κριτηρίων και προτύπων ποιότητας. Άλλωστε, υπηρεσίες

υγείας, κριτήρια, πρότυπα και ποιότητα σχεδιάζονται και λειτουργούν με επίκεντρο τον άνθρωπο, με αντικείμενο τις υγειονομικές ανάγκες του, με χρονικό πλαίσιο την ισοβιότητα του και με απώτερο στόχο την ικανοποίηση του. Η αναγνώριση κοινωνικοοικονομικών, δημογραφικών, ατομικών και νοσολογικών προσδιοριστών ικανοποίησης εξυπηρετεί στην αντίληψη των κοινωνικών απαιτήσεων και προσδοκιών, καθώς και την αφομοίωση τέτοιων κοινωνικών προσταγών στις διαδικασίες διαχείρισης, παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι προοπτικές ανάδρασης για βελτίωση, εξέλιξη και ανάπτυξη της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θεωρούνται ευοίωνες όταν είναι κοινωνικά προσδιορισμένες.

Η ικανοποίηση δεν αφορά μια στατική ή μονοδιάστατη έννοια αλλά ένα πολυ-πρισματικό κοινωνικό φαινόμενο. Η παρουσία και έκταση του φαινομένου καθίσταται προϊόν ερεθισμάτων από τις υπηρεσίες υγείας προς την κοινωνία και σχετίζεται άμεσα με διαστάσεις που θεμελιώνονται σε ζητήματα ασφάλειας και αξιοπιστίας, επάρκειας και πληρότητας, ευγενούς και αξιοπρεπούς μεταχείρισης, αποτελεσματικότητας και ανταποκρισιμότητας. Η ποιότητα αποτελεί το συνδεδετικό βραχίονα μεταξύ διαστάσεων και οικοδομείται από ένα κράμα τεχνικών, λειτουργικών και ανθρωπιστικών συστατικών. Η δαπανηρή τεχνολογία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο αλλά, σίγουρα δεν μπορεί να αντικαταστήσει τις αναζητήσεις των ασθενών για συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία, ζεστασιά και κατανόηση.

Βιβλιογραφία

Adam, P., Herzlich, C. (1999) Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ιατρικής. (Κ. Βασιλικού: Μετάφραση, Δ.

Αγραφιώτης: Επιστημονική Επιμέλεια). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αλετράς, Β. (2002) Αποδοτική διαχείριση νοσοκομείου. Στους Β. Αλετρά, Μ. Μασσαγγάνη, Δ. Νιάκα (συγγραφείς), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α', Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007) Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1), 89-96.

Η έμφαση στην ανάπτυξη και εξέλιξη της διαπροσωπικής σχέσης, αντί της τεχνολογίας, εκτιμάται να βελτιώσει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των υπηρεσιών και μάλιστα χωρίς επιπρόσθετο οικονομικό κόστος.

Η σχετική ερευνητική βιβλιογραφία τεκμηριώνει πολυδιάστατη σύζευξη μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών και ικανοποίησης χρηστών. Οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα αφού συνήθως στοιχειοθετούνται τεχνικές πολυμεταβλητής ανάλυσης, κλίμακες υψηλής ευαισθησίας (Likert) και ευρύτητα δείγματος ($n < 21000$). Ωστόσο, η απουσία ομοφωνίας στον κοινό ορισμό της ικανοποίησης και η καθολική χρήση ποσοτικών αντί ποιοτικών προσεγγίσεων, αποτελούν τη γενική παραδοχή ερευνητικών περιορισμών, υποδηλώνουν στοιχεία μεροληψίας και απειλούν τη γενικευσιμότητα και συγκρισιμότητα ευρημάτων. Ταυτόχρονα, επισημαίνεται απουσία πρακτικής διερεύνησης παραμέτρων που θεωρητικά επιδρούν σημαντικά, είτε στη διαμόρφωση των σύγχρονων αντιλήψεων και προσδοκιών, είτε στις ποιοτικές διαστάσεις των υπηρεσιών, (οι ακόλουθες τουλάχιστον δεν εντοπίστηκαν) Η παγκοσμιοποίηση και πολυπολιτισμικότητα ίσως δημιουργούν νέα δεδομένα και αλλοιώνουν την παραδοσιακή μορφή της εκάστοτε τοπικής κοινωνίας. Η δε πληροφορική της υγείας, ως μεταβλητή ικανοποίησης χρηστών, παραμένει ανεξερεύνητη. Τελικά, το ρεαλιστικό πλαίσιο των κοινωνικών προσδιοριστών και των διαστάσεων έκφρασης της ικανοποίησης φαντάζει ανεξάντλητη πηγή έμπνευσης ερευνητικών προσανατολισμών.

- Δικαίος, Κ. (1999) Πολιτική υγείας Στους Κ. Δικαίος, Μ. Χλέτσος (συγγραφείς), Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιουπίες και Προκλήσεις. Τόμος Β', Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Θεοδώρου, Μ. (1992) Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας, Ιατρική επιθεώρηση, 3(1), 41-47.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ (2001) Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Καϊτελίδου, Δ. (2007) Ποιότητα και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στου Λ. Λιαρόπουλου, Οργάνωση υπηρεσιών και Συστημάτων υγείας. Τόμος Ααε, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα - Medical Arts.
- Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ. (2004) Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας στη βόρεια Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21 (4), 354-362.
- Κωσταγιόλας, Π., Πλατής, χ., Ζήμερας, Σ. (2006) Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας με βάση τις προσδοκίες των χρηστών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(6), 603-614.
- Μάντη, Π. (2000) Σχέσεις μεταξύ χρηστών, υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υγείας. Στους Π. Μάντη, Χ. Τσελεπή (συγγραφείς), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Ααε. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Ματσαγγάνης, Μ. (2002) Η Δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Στους Β. Αλετρά, Μ. Ματσαγγάνης, Δ. Νιάκας (συγγραφείς), Οικονομική και χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(3), 284-295.
- Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι. (2000) Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6), 627 - 639.
- Σαρρής, Μ. (2001) Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σιγάλας, Ι. (1999) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στους ΑΔ. Αλεξιάδη, Ι. Σιγάλα (Συγγραφείς) Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο: Ιδιουπίες και Προκλήσεις. Τόμος Ααε. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Σουλιώτης, Κ. (2000) Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Σύστημα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τούντας, Γ. (2003) Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, Αρχεία Ελληνική Ιατρική, 20(5), 532-546.
- Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ., χουλιάρα, Λ. (2003) Έρευνα γνώσης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), 497-503.
- Τσελεπή, χ. (2000) Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Στους Π. Μάντη, χ. Τσελεπή (συγγραφείς), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων & Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Υφαντόπουλος, Ν.Γ. (2006) Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική. Αθήνα: Εκδόσεις τυπωθήτω, Γιώργος Δάρδανος.
- χαραλάμπους, Α., Παπασταύρου Ε. (2006) Η εφαρμογή της ικανοποίησης των ασθενών και των νοσηλευτών ως δείκτες ποιότητας φροντίδας σε ογκολογικές μονάδες, Κυπριακά Νοσηλευτικά χρονικά, 7(2), 14-34.
- χουτόπουλος, Γ. (2006) Οι αρχές της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Amazon EQI.
- Armistead, N. (2005) Communicating for quality: In service training modules. Nephrology Nursing Journal, 32(4), 531-533.
- Atkinson, S., Haran, D. (2005) Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Social Science and Medicine, 60, 501-513.

- Blane, D. (1992) Inequality and Social class. In G. Scambler (editor), *Sociology as applied to medicine*, 3rd edition, London: Bailliere Tindall.
- Becker, G., Newsom, E. (2003) Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *Public Health Matters*, 93(5), 742-748.
- Campbell, L., Ramsay, J., Green, J. (2001) Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*, 10(2), 90-95.
- Donabedian, A. (2005) Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., Manias, E. (2008) The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 800-809.
- Eriksson, U., Svedlund, M. (2007) Struggling for confirmation of patients' experience of satisfaction with hospital care, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 438-446.
- Larrabee, J., Bolden, L. (2001) Defining patient perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(1), 34-60.
- Marinker, M. (1995) *Medical audit and general practice*. 2nd edition. Plymouth: BMJ Publishing House.
- Mummalaneni, V., Gopalakrishna, P. (1995) Mediators Vs Moderators of patient satisfaction, *Journal of Health Care Marketing*, 15(4), 16-22.
- Myburgh, N., Solanki, G., Smith, M, Lalloo, R. (2005) Patient satisfaction with health care providers in South Africa: The influences of race and socioeconomic status. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 473-477.
- Orton, P., Hill, P. (1997) *The management of health care*. London: WB Saunders Ltd.
- Robledo, M. (2001) Measuring and managing service quality: Integrating customer expectations, *Managing Service Quality*, 11, 22-31.
- Rosenau, A. (2007) Keep the patient's internal clock in mind. *ED Management* November, 125-126.
- Senarath, U., Fernando, D., Rodrigo, I. (2006) Factors determining client satisfaction with hospital based perinatal care in Sri Lanka, *Tropical Medicine and International Health*, 11(9), 1442-1451.
- Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Venn, S., Fone, D. (2005) Assessing the influence of socio-demographic factors and health status on expression of satisfaction with GP services. *Clinical Governance: An international Journal*, 10(2), 118-125.
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D. (1998) The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels, *Social Science and Medicine*, 47(9), 1351-1359.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003) *The solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization European Region WHO (1998) *Health 21: Health for all in the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization European Region.
- WHO (2003) *The future of Health - Health of the future*. London: The Nuffield Trust on behalf of World Health Organization European Region.