



**Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**



**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ψυχολογία της Άσκησης**

**Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας :** «Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε κέντρα αποκατάστασης υγείας»

**Βασιλική Αθαν. Εξάρχου**

**Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Ψυχολογία της Άσκησης**

**Λάρισα, Οκτώβριος 2014**

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1ος Επιβλέπων: Κουθούρης Χαρίλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΠΘ

2ος Επιβλέπων: Αντώνιος Χατζηγεωργιάδης, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΠΘ

3ος Επιβλέπων: Αλεξανδρής Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΑΠΘ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η καταγραφή και αξιολόγηση των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα των κέντρων αποκατάστασης υγείας της περιοχής της Θεσσαλίας. Τα κέντρα αποκατάστασης υγείας αποτελούν κομμάτι της αγοράς του πρώτου και δεύτερου βαθμού ιατρικής περίθαλψης και αποτελούν χώρο απασχόλησης πολλών φοιτητών και αποφοίτων Πανεπιστημιακών και Τεχνολογικών ιδρυμάτων της χώρας μας. Για την διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών των Brady & Cronin (2001) το οποίο προσαρμόστηκε στο αντικείμενο των ιατρικών υπηρεσιών κέντρων υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν : α) δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά του φύλου και των ηλικιακών ομάδων ( $p>.05$ ), σε καμία από τις τρεις διαστάσεις της ποιότητας αλλά και συνολικά της ποιότητας, όπως επίσης στην ικανοποίηση των ασθενών και στην προφορική επικοινωνία, β) σε όλες τις ανωτέρω μεταβλητές η υποομάδα «παντρεμένοι» ασθενείς σημείωσαν υψηλότερες τιμές, με στατιστικά σημαντική διαφορά με την υποομάδα «ανύπαντροι» ( $p<01$ ), γ) αναφορικά της διαφορετικής διάρκειας θεραπείας, οι ασθενείς με μεγαλύτερη παραμονή στα κέντρα αποκατάστασης σημείωσαν υψηλότερες τιμές στην ικανοποίηση ( $p<0,05$ ), δ) αναφορικά της διαφορετικής παροχής υπηρεσιών περίθαλψης, οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι από τον εξοπλισμό, το προσωπικό και τη διοίκηση ( $p<0,05$ ), ε) αναφορικά με τον τύπο του ιατρικού κέντρου, τα ιδιωτικά κέντρα υπερτερούν ( $p<.001$ ) σε σχέση με τα δημόσια. Τα αποτελέσματα της έρευνας συζητούνται με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα ιατρικά κέντρα προς τους ασθενείς. Με τον τρόπο αυτό το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό, θα βοηθηθεί στη χάραξη στρατηγικής και εύρεσης αποτελεσματικότερων λύσεων. Οι καταναλωτές στις ημέρες μας έχουν όλο και μεγαλύτερη επίγνωση των εναλλακτικών λύσεων που προσφέρει η ελεύθερη αγορά και ο ανταγωνισμός έχει οδηγήσει στην αύξηση των προσδοκιών του πελάτη.

*Λέξεις κλειδιά: ποιότητα παροχής υπηρεσιών, ικανοποίηση πελατών, ανεπίσημη προφορική επικοινωνία.*

## **Abstract**

The purpose of this study was to identify and evaluate the factors that determine the level of quality of service in the field of health rehabilitation centers. Health rehabilitation centers are part of the market of the primary and secondary level of medical care and they are an employment area for many students and universities and technological institutions. To investigate the quality of service, the model for quality assessment services of Brady & Cronin (2001) was used. It was adapted to the content of centers providing medical services. According to the survey results : a) there was no statistically significant difference in the dimensions of satisfaction in relation to sex and age groups ( $p > 0,05$ ), b) the subgroup 'married' achieved highest score with statistically significant difference compared with the subgroup "unmarried» ( $p \leq 0,01$ ), c) a longer duration treatment was associated with higher satisfaction ( $p < 0,05$ ) except those operated who felt less satisfied with the equipment, personnel and administration ( $p < 0,05$ ), d) regarding the equipment and the recommendation to others the private centers did better ( $p < 0,001$  and  $p < 0,05$  respectively, and e) the satisfaction of the staff and administration gathered highest score, while the outcome and infrastructure less. The findings of the study are discussed with a view to monitoring and application of the quality principles, namely the indicators enabling an immediate picture of the services provided to patients. This would be helpful to managers in designing their policy and finding solutions to provide higher quality services. Consumers are becoming more aware of the options available and seek for better alternative services, as competing trends have resulted in increased customer expectation.

**Keywords:** service quality, customer satisfaction, informal verbal communication

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας και ιδιαίτερα :

Στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Χαρίλαο Κουθούρη για την συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη και την εποικοδομητική κριτική του καθώς επίσης και στους καθηγητές που συμπληρώνουν την τριμελή επιτροπή και δέχτηκαν να συμμετέχουν στην παρουσίαση και αξιολόγηση αυτής.

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για την έγκριση άδειας εισόδου μου στους χώρους του νοσοκομείου καθώς και τους Διευθυντές των κλινικών και τη στήριξή τους, ώστε να διεξαχθεί η έρευνα.

Στους συμμετέχοντες ασθενείς για τις συνεντεύξεις που μου παραχώρησαν με ιδιαίτερη προθυμία και για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσαν, ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να διακρίνονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα.

*Στη Δανάη, το Γιάννη, το Νάσο*

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
Abstract .....	3
Ευχαριστίες .....	4
Κεφάλαιο 1.Εισαγωγή .....	6
1.1 Η Ευρωπαϊκή διάσταση της ποιότητας.....	7
1.2 Ελληνική Πραγματικότητα και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα .	8
1.2.1 Το Νομοθετικό Πλαίσιο για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας .....	8
Κεφάλαιο 2. Βασικοί Ορισμοί Ποιότητας .....	10
2.1 Ποιότητα της Φροντίδας (Quality of Care).....	11
2.3 Βελτίωση της Ποιότητας (Quality Improvement).....	13
2.4 Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας (Continuous Quality Improvement).....	13
2.5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Total Quality Management.....	13
2.6 Έλεγχος Ποιότητας (Quality Control) .....	14
2.7 Εκτίμηση της Ποιότητας (Quality Assessment).....	14
Κεφάλαιο 3. Μοντέλα και δείκτες ποιότητας .....	20
3.1. Μοντέλα βελτίωσης της ποιότητας και δείκτες ποιότητας .....	20
3.2 Προφορική επικοινωνία (WOM - PWOM - NWOM).....	22
Κεφάλαιο 4. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας .....	25
4.1 Έρευνες ποιότητας υπηρεσιών που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα .....	28
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία.....	29
Κεφάλαιο 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	40
Κεφάλαιο 7. Συζήτηση .....	47
7.1 Συμπεράσματα.....	50
Βιβλιογραφία.....	52

## Κεφάλαιο 1.Εισαγωγή

Οι πρώτοι οι οποίοι μελέτησαν τον όρο «ποιότητα» ήταν, πιθανότατα οι Ρωμαίοι, στα πλαίσια της προσπάθειάς τους να εκτιμήσουν την αποδοτικότητα των στρατιωτικών τους νοσοκομείων. Αργότερα, είναι πολύ πιθανό, οι καλόγεροι, τον Μεσαίωνα, να έκαναν έναν τακτικό απολογισμό των δραστηριοτήτων τους, αναφορικά με την φροντίδα των αρρώστων (Ραφτόπουλος, 2001)

Μια αναφορά του A. Flexner το 1910, «Medical education in the United States and Canada», για την πρόοδο της διδασκαλίας στο ίδρυμα Carnegie, έδειξε πως η κακή ποιότητα της ιατρικής εκπαίδευσης στις Ηνωμένες Πολιτείες είχε ως αποτέλεσμα το κλείσιμο 60 ιατρικών σχολών.

Το 1908 ο Groves μετά από πολλές μελέτες και μετά από συλλογή στοιχείων από 50 νοσοκομεία της Μ. Βρετανίας επεσήμανε την ανάγκη ενός συστήματος ταξινόμησης των ασθενειών και των χειρουργικών επεμβάσεων με σκοπό να γίνονται διαχρονικές συγκρίσεις θνητότητας και ανικανότητας (Ραφτόπουλος, 2001).

Το 1920-1940, η Isabel Stewart εστίασε την προσοχή της στην μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και στην αποτελεσματική χρήση των πόρων. Η θεωρία της η οποία αναφέρει ότι η ποιοτική φροντίδα μεγιστοποιεί τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας, ισχύει μέχρι και σήμερα. Το 1963, γράφτηκε από την Carter και την Balme ένα βιβλίο σχετικά με την αναγκαιότητα της αξιολόγησης της φροντίδας. Πρότειναν την σύσταση μιας ομάδας η οποία θα περιλαμβάνει: *την Προϊσταμένη του Τμήματος, τον Γιατρό και τον Διοικητικό Υπάλληλο*, προκειμένου να συζητήσουν την εξέλιξη της πορείας των ασθενών και να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς, ύστερα από ανασκόπηση των ιατρικών και νοσηλευτικών φακέλων, στο τέλος κάθε μήνα. Αυτή η ομάδα –διευρυμένη πλέον- λειτουργεί ως τρέχουσα πρακτική ακόμη και σήμερα σε χώρες και Νοσοκομεία που έχουν επιτροπές διασφάλισης της ποιότητας (Sale, 1996).

Το 1952, στις ΗΠΑ, ιδρύεται η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO) ένας εθελοντικός μη Κυβερνητικός Οργανισμός, υπεύθυνος για την διαρκή εξέλιξη των προτύπων ποιότητας ISO, για τις επιθεωρήσεις, την πιστοποίηση και την παροχή επίσημων πληροφοριών σε τρίτους (ασφαλιστικοί φορείς, κρατικές υπηρεσίες κ.α.), που σχετίζονται με την ποιότητα και τους δείκτες αποτελεσματικότητας Νοσοκομείων και εργαστηρίων. Το 1985, εκδίδεται το

*Εγχειρίδιο Διαπίστευσης για Νοσοκομεία (Accreditation Manual for Hospitals, 1985)* που περιλαμβάνει πρότυπα για όλους τους τομείς της νοσηλευτικής υπηρεσίας (αναισθησία, επείγουσα νοσηλευτική, κατ' οίκον νοσηλεία, έλεγχος λοιμώξεων, νοσηλευτική αποκατάσταση, Μονάδες Εντατικής Θεραπείας).

### **1.1 Η Ευρωπαϊκή διάσταση της ποιότητας**

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ, άνοιξε ένα νέο κεφάλαιο σχετικά με την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ευρωπαϊών πολιτών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο κεφάλαιο για τα δικαιώματα των καταναλωτών: *«προκειμένου να προωθήσει τα συμφέροντα των καταναλωτών και να διασφαλίσει υψηλό επίπεδο προστασίας τους, η Κοινότητα συμβάλλει στην προστασία της υγείας, της ασφάλειας και των οικονομικών συμφερόντων των καταναλωτών... κατά τον καθορισμό και την υλοποίηση όλων των πολιτικών δράσης της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της ανθρώπινης υγείας».*

Η Ευρώπη γενικά ευαισθητοποιείται σε θέματα ποιότητας, με αφορμή κυρίως τον προβληματισμό γύρω από το συνεχώς αυξανόμενο κόστος στον Τομέα της Υγείας. Έτσι, καταλήγουμε στους στόχους 31 και 38 της πολιτικής «Υγεία για όλους» του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ (Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας), που συνοψίζονται στα εξής:

<b>ΣΤΟΧΟΣ 38:</b>	<i>Πριν το 1990, όλα τα Κράτη μέλη θα πρέπει να έχουν θεσπίσει έναν επίσημο μηχανισμό συστηματικής αξιολόγησης της καταλληλότητας χρησιμοποίησης των Τεχνολογιών στην Υγεία, καθώς και της αποτελεσματικότητας και των ανταποκρίσεών τους στις εθνικές πολιτικές υγείας και τους οικονομικούς περιορισμούς των επιμέρους κρατών.</i>
<b>ΣΤΟΧΟΣ 31:</b>	<i>Ως το 1990, όλα τα Κράτη μέλη, θα πρέπει να έχουν εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς που να διασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, στα πλαίσια των κατά τόπους Εθνικών Συστημάτων Υγείας.</i>

## 1.2 Ελληνική Πραγματικότητα και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Διαπιστώσεις για την έλλειψη προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος έχουν διατυπωθεί τόσο από ακαδημαϊκούς ερευνητές και ειδικούς εμπειρογνώμονες αλλά και από απλούς πολίτες.

Οι κυριότερες επισημάνσεις όσων έχουν ασχοληθεί με το θέμα είναι οι ακόλουθες:

- ♦ παρατηρείται μια μειωμένη εμπιστοσύνη και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας.
- ♦ κυριαρχεί η έλλειψη υποδομής σε εξοπλισμό, μέσα και εκπαιδευμένο προσωπικό για την ορθή καταγραφή και συστηματική αξιολόγηση των δεδομένων των φακέλων νοσηλείας.

Στην Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας (Abel-Smith et al. 1994;1995), αναφέρεται ότι «δεν υφίσταται στην ουσία κανένα σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας των προσφερομένων υγειονομικών υπηρεσιών»

Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με το στόχο 31 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

### 1.2.1 Το Νομοθετικό Πλαίσιο για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες έχουν δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για την διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Αγγλία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία και Δανία), ενώ άλλες χώρες έχουν συμπεριλάβει σχετικές διατάξεις στην νομοθεσία τους (Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία και Ιταλία).

Στην Ελλάδα έχει γίνει μια συστηματική και οργανωμένη κρατική προσπάθεια στον τομέα αυτό και επιχειρείται για πρώτη φορά με τη ψήφιση του Νόμου 2519/97, ΦΕΚ 165/Α/1997 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*» με την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών (άρθρο1) και τη σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο 9) σκοπός του οποίου είναι:



- Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
- Η στατιστική και η οικονομική ανάλυση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας.
- Ο έλεγχος της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- Η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα εργαστήρια, τις κλινικές, τα ιατρεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την επίβλεψη, πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων. Τα πορίσματα εξέτασης υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας για τις κατά νόμο ενέργειες.
- Η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας
- Η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Συνεπώς και η χώρα μας, με σημαντική καθυστέρηση από τις υπόλοιπες χώρες, κατοχύρωσε νομοθετικά την ποιότητα στο χώρο της Υγείας.

## Κεφάλαιο 2. Βασικοί Ορισμοί Ποιότητας

Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπήρχε ένας ενιαίος ορισμός για την ποιότητα (Van Maanen 1984; Redfern & Norman 1999). Έτσι, όροι όπως η διασφάλιση της ποιότητας, τα πρότυπα της φροντίδας και ο έλεγχος της ποιότητας, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά του όρου «ποιότητα».

Ο Philip Crosby(1979) ορίζει την ποιότητα σαν τη συμμόρφωση στις προδιαγραφές. Ο Christian Gronroos(1984) διαχωρίζει την ποιότητα σε «τεχνική ποιότητα»(αυτό που παραδίδεται) και σε «λειτουργική ποιότητα» (πώς θα παραδοθεί). Πιστεύει το «πώς» στην παράδοση υπηρεσιών. Ο Jarmo Lehtinen βλέπει την ποιότητα της προσφερόμενης υπηρεσίας σε όρους της «διαδικασίας ποιότητας» και του «αποτελέσματος ποιότητας». Η πρώτη κρίνεται από τον πελάτη κατά τη διάρκεια της εξυπηρέτησης ενώ η δεύτερη από τον πελάτη αφού όμως η υπηρεσία παρασχεθεί

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών εκείνων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιούν καθορισμένες ή προκύπτουσες ανάγκες.

Η Ποιότητα στο χώρο της υγείας σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης Νοσοκομείων Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων και μειώνουν την πιθανότητα των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, με δεδομένη την τρέχουσα γνώση (Grohar & Murray, 1997).

Σύμφωνα με τον Onretveit (1998) η ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι «η ολοκληρωμένη επίτευξη των αναγκών αυτών που χρειάζονται περισσότερο τις υπηρεσίες, στο χαμηλότερο κόστος για τον οργανισμό εντός ορίων και οδηγιών που δίνονται από υψηλότερες αρχές και αγοραστές». Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις της ποιότητας :

- Ποιότητα πελάτη: Αφορά αυτό που θέλουν οι πελάτες/ ασθενείς και οι υπεύθυνοι φροντίδας από τις υπηρεσίες (άτομα και πληθυσμοί). Μία υπηρεσία υγείας που έδινε στους πελάτες μόνο αυτό που ήθελαν μπορούσε να έχει μια κακή επαγγελματική ποιότητα
- Επαγγελματική ποιότητα: Εδώ αναφέρεται στο κατά πόσο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες ,όπως αυτές καθορίζονται από τους επαγγελματίες προμηθευτές. Έχει επίσης να κάνει με το αν σωστά πραγματοποιούνται τεχνικές

και διαδικασίες που θεωρούνται απαραίτητες για την επίτευξη των αναγκών των πελατών. Μία υπηρεσία υγείας θα μπορούσε να πετύχει και στα δύο παραπάνω , αλλά ίσως να ήταν αναποτελεσματική, να είχε υψηλό κόστος και να μην ανταποκρινόταν στην ασφάλεια και σε άλλους κανονισμούς.

- Διοικητική ποιότητα: Η πιο αποτελεσματική και παραγωγική χρήση των πόρων, εντός των ορίων και των οδηγιών που έχουν τεθεί από τους αγοραστές και υψηλότερες αρχές.

## **2.1 Ποιότητα της Φροντίδας (Quality of Care)**

Η Ποιότητα της Φροντίδας σύμφωνα με τους Lee & Jones (1933) από τις ΗΠΑ, ορίστηκε ως *«η εφαρμογή όλων των απαραίτητων υπηρεσιών της σύγχρονης Ιατρικής, με σκοπό την κάλυψη όλων των αναγκών των ανθρώπων»*.

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, 1990) έχει ορίσει την ποιότητα της φροντίδας, ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων και παρέχονται σύμφωνα με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση».

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους». Από την διατύπωση αυτού του ορισμού της ποιότητας, διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του χρήστη των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους. Στον Τομέα της φροντίδας Υγείας, που είναι χώρος εντάσεως εργασίας και όχι εντάσεως κεφαλαίου όπως ο χώρος της Βιομηχανίας, διαπιστώνει κανείς μια διαφοροποίηση στον τρόπο που ορίζεται η ποιότητα από τον ασθενή και το υγειονομικό προσωπικό.

Στις ΗΠΑ, οι τηλεφωνικές έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών μέχρι τον Μάρτιο του 1996, είχαν καλύψει το 35% των Νοσοκομείων. Αυτή τη στιγμή, υπάρχουν υπολογιστικά προγράμματα που επεξεργάζονται τις απαντήσεις των ασθενών σε αυτοματοποιημένα ερωτηματολόγια και απομονώνουν εκείνους τους παράγοντες που σχετίζονται με την χαμηλή ικανοποίηση ή την δυσαρέσκεια.

Έχει υπολογιστεί ότι τα αρνητικά σχόλια των ασθενών και των συγγενών τους,

συνεπάγονται μεγάλη οικονομική απώλεια στα Νοσοκομεία, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενή, εξαιτίας της μη επιλογής συγκεκριμένων Νοσοκομείων. Στις ΗΠΑ, η ικανοποίηση του ασθενή είναι υπεύθυνη για το 17% με 27% της διαφοροποίησης μεταξύ των Νοσοκομείων σε όρους κέρδους, επανόδου.

Ο Vuori υποστήριξε ότι η φροντίδα δεν μπορεί να θεωρηθεί ποιοτική αν δεν είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς. Οι Steiber & Krowinski τονίζουν: «η ικανοποίηση του ασθενή/πελάτη δεν είναι απλά ένας καλός στόχος, αλλά η μοναδική αποτελεσματική επιχειρηματική επιλογή στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Ως Διασφάλιση Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μία υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές (ISO 8402). Με απλά λόγια, σωστή και οργανωμένη διαχείριση (Berwick, 1989).

Η Διασφάλιση της Ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας μπορεί να διατυπωθεί ως «η αποτίμηση του πραγματικού επιπέδου της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (και όχι μόνο του ιατρικού έργου), σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για την τροποποίηση των υπηρεσιών αυτών, όταν και όπου είναι αναγκαίο» (Eskildson L. et al, 1991).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διασφάλιση της ποιότητας είναι: «η μέτρηση του πραγματικού επιπέδου των προσφερόμενων υπηρεσιών μαζί με τις προσπάθειες για τροποποίηση, όταν είναι απαραίτητο, η παροχή αυτών των υπηρεσιών σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μέτρησης» (Sloan et al. 2000).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) όρισε την διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ως «σύνολο δραστηριοτήτων που βεβαιώνουν τον ασθενή ότι λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα».

Σύμφωνα με τον Schmadl, σκοπός της διασφάλισης της ποιότητας, είναι η εξασφάλιση από τον χρήστη των νοσηλευτικών υπηρεσιών ενός συγκεκριμένου επιπέδου φροντίδας μέσω της συνεχούς μέτρησης και αξιολόγησης. Το τελικό αποτέλεσμα της διασφάλισης ποιότητας δεν είναι η αναγνώριση του προβλήματος αλλά η εφαρμογή της κατάλληλης αλλαγής (Redfern S, Norman I, 1990).

Η λέξη «ποιότητα» ορίζεται από το λεξικό Concise Oxford Dictionary σαν «ο βαθμός της τελειότητας» και η λέξη «διασφάλιση» σημαίνει «επίσημη εγγύηση, θετική δήλωση». Έτσι, από αυτούς τους ορισμούς η «διασφάλιση της ποιότητας» μπορεί να ερμηνευτεί ως η επίσημη εγγύηση ενός βαθμού τελειότητας. Με άλλα λόγια, διαβεβαιώνει τους ασθενείς για ένα αποδεκτό επίπεδο φροντίδας (Sale, 1996).

### **2.3 Βελτίωση της Ποιότητας (Quality Improvement)**

Η βελτίωση της ποιότητας είναι η οργανωμένη πραγματοποίηση μιας αποτελεσματικής αλλαγής που εντάσσεται στα πλαίσια μιας συνεχούς μελέτης και βελτίωσης των διαδικασιών παροχής των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να εκπληρωθούν οι ανάγκες των ασθενών (National Committee for Quality Assurance).

### **2.4 Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας (Continuous Quality Improvement)**

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας είναι μια οργανωτική μεθοδολογία που έχει αποδειχθεί επιτυχής στην βελτίωση της ικανοποίησης του προσωπικού και στην μείωση του κόστους. Είναι ο πιο ασφαλής τρόπος για την επίτευξη των στόχων του Νοσοκομείου.

Πρόκειται για μία διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας μέσω ενός συστήματος συλλογής δεδομένων για την απόδοση και πραγματοποιείται με την βοήθεια διεπιστημονικών ομάδων που αναλύουν το σύστημα, διεξάγουν μετρήσεις και προτείνουν τις αλλαγές. Διακρίνονται τέσσερις κύριες αρχές:

- η επικέντρωση στον πελάτη,
- ο προσδιορισμός των κρίσιμων διαδικασιών για την βελτίωση της ποιότητας,
- η χρήση εργαλείων ποιότητας και στατιστικών δεικτών και
- η συμμετοχή όλου του προσωπικού και των τμημάτων στην επίλυση των προβλημάτων (Deming, 1986).

Η μετακίνηση από τη διασφάλιση της ποιότητας, στη βελτίωση της ποιότητας και στη συνεχή βελτίωσή της αποτελεί μια αδιάκοπη διεργασία. Εξάλλου, από το 1992, στο εγχειρίδιο της Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ο όρος «διασφάλιση της ποιότητας» έχει αντικατασταθεί από τον όρο «εκτίμηση της ποιότητας και βελτίωση» (Berwick, 1989)

### **2.5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας Total Quality Management**

Στη βιομηχανία, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού (έμψυχου και άψυχου) του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Στις Υπηρεσίες Υγείας η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ορίζεται ως η διασφάλιση της ικανοποίησης του ασθενή, μέσω της συμμετοχής όλου του προσωπικού στη βελτίωση του προϊόντος ή της παρεχόμενης υπηρεσίας. Όλα τα συστήματα και οι διαδικασίες αξιολογούνται και βελτιώνονται (Taylor & Hausman, 1988).

## 2.6 Έλεγχος Ποιότητας (Quality Control)

Ο Έλεγχος της Ποιότητας, όπως εμφανίστηκε και εφαρμόστηκε ή εφαρμόζεται ακόμη και σήμερα σε ορισμένες βιομηχανίες, είναι το σύνολο των λειτουργικών τεχνικών διαδικασιών, που επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών. Με αυτόν δηλαδή γίνεται επιθεώρηση του προϊόντος μετά την παραγωγή και οι αντίστοιχες επανορθώσεις ή διορθωτικές ενέργειες αν διαπιστωθούν αστοχίες από το αρχικό σχέδιο ή προδιαγραφή.

Ο έλεγχος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι το σύνολο των λειτουργικών και τεχνικών διαδικασιών που επιβεβαιώνουν την ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών (Marr & Giebing, 1994)

## 2.7 Εκτίμηση της Ποιότητας (Quality Assessment)

Εκτίμηση της ποιότητας καλείται η διαδικασία μέτρησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στοχεύει στην ανάδειξη των προβλημάτων, στον προσδιορισμό των αιτιών και των απαραίτητων θεωρητικών ενεργειών (Hirschhorn, 1981).

Ο ορισμός της **ποιότητας** είναι πολυδιάστατος και εξαρτάται από αυτόν που τον επεξηγεί (Koch, 1992; Kritchevsky et al, 1991; Laffel et al, 1989). Έτσι:

- **Για τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας:** ποιότητα είναι ο βαθμός που μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του ασθενή (Donabedian, 1980). Οι απαιτήσεις βέβαια αυτές καθορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από τις προσδοκίες του και πολλές φορές στον τομέα της υγείας καθορίζονται από τον ίδιο το γιατρό (προκλητή ζήτηση).
- **Για τον προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας:** η ποιότητα καθορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφώνεται με τις προδιαγραφές απόδοσης που έχει επιλέξει η Διοίκηση (Δερβιτσιώτης 1993). Με λίγα λόγια από την ικανότητα της να επιτυγχάνει τους στόχους που έχει θέσει. Το ερώτημα λοιπόν που τίθεται είναι: *υπάρχει διαφορά μεταξύ της έννοιας της ποιότητας στην*

*Βιομηχανία και στον Τομέα της Υγείας;* η απάντηση είναι αυτονόητη, καθώς ο Τομέας της Υγείας εμφανίζει κάποιες ιδιαιτερότητες που συνίστανται στα εξής:

- A) **Οι υπηρεσίες Υγείας είναι άδρα αγαθά:** Δηλαδή δεν πρόκειται για υλικά αγαθά που παράγονται τμηματικά ύστερα από επεξεργασία, σχεδιασμό και άμεση εμποτεία σε κάθε φάση παραγωγής. Αυτή η άυλη μορφή των υπηρεσιών είναι που δεν μας επιτρέπει εύκολα να εντοπίσουμε τις ελαττωματικές φάσεις και να προβούμε σε βελτιώσεις.
- B) **Άμεση παραγωγή:** Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της παραγωγής της υπηρεσίας και της διάθεσής της είναι μηδενικός, σε αντίθεση με την περίπτωση παραγωγής των υλικών αγαθών. Οι υπηρεσίες «καταναλώνονται» καθώς δημιουργούνται και δεν μπορούν να αποθηκευτούν. Έτσι, χρειάζεται να αναπτυχθούν άλλοι μηχανισμοί που να μπορούν να διορθώνουν τα λάθη, την στιγμή που αυτά δημιουργούνται.
- Γ) **Οι Οργανισμοί Υγείας είναι χώροι εντάσεως εργασίας:** δηλαδή στηρίζονται στον ανθρώπινο παράγοντα, σε αντίθεση με τις άλλες επιχειρήσεις που είναι χώροι *εντάσεως κεφαλαίου*, όπου η παραγωγή εξαρτάται κυρίως από τα διαθέσιμα τεχνολογικά μέσα.
- Δ) **Είναι δύσκολο να προβλέψουμε τις ανάγκες των ασθενών:** αφού δεν είναι τυποποιημένες και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον. Επομένως, ο Τομέας της Υγείας, χρειάζεται πριν απ' όλα πολύ καλή οργάνωση, μελέτη του πληθυσμού και συνεχή ανατροφοδότηση με τους καταναλωτές του, που είναι οι υγιείς πολίτες και οι ασθενείς.
- E) **Οι Οργανισμοί παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας διεκπεραιώνουν μεγάλο όγκο συναλλαγών:** και επομένως η πιθανότητα λάθους είναι αυξημένη. Εξάλλου ένα λάθος στον Τομέα της Υγείας έχει συνήθως μεγαλύτερο αντίκτυπο από ένα λάθος παραγωγής ενός προϊόντος, που απλά δεν θα ξαναχρησιμοποιήσει ο καταναλωτής.
- ΣΤ) **Ο καταναλωτής υλικών προϊόντων έχει δικαίωμα επιλογής:** μεταξύ ανταγωνιστικών προϊόντων και όταν δεν ικανοποιείται από την ποιότητά του, το δείχνει έμπρακτα με το να πάψει να το αγοράζει. Από την άλλη μεριά, πληρώνει ο ίδιος άμεσα το κόστος με την αγορά του προϊόντος. Απεναντίας, στον Τομέα της Υγείας, την ζήτηση την διαμορφώνει ο ίδιος ο γιατρός, ενώ ο ασθενής έχει μικρή, ή καμιά πληροφόρηση σχετικά με την

υπηρεσία που του προσφέρεται. Εξάλλου, εξαιτίας της ασφάλισης, ο ασθενής δεν πληρώνει άμεσα το κόστος, το οποίο αγνοεί πολλές φορές. Ως εκ τούτου, το κόστος δεν αποτελεί το πρωτεύον κριτήριο αγοράς μιας υπηρεσίας.

**Z) Η παραγωγή και διάθεση των καταναλωτικών προϊόντων υφίστανται τους νόμους της αγοράς:** δηλαδή τον ανταγωνισμό και την διεκδίκηση κάποιου μεγαλύτερου μεριδίου αγοράς. Αντίθετα, ο Τομέας της Υγείας, τουλάχιστον για τα ευρωπαϊκά δεδομένα δεν στηρίζεται στον ανταγωνισμό, αλλά στον μονοπωλιακό χαρακτήρα του.

**H) Τα προϊόντα υπόκεινται στην διαδικασία του μάρκετινγκ:** που στόχο έχει τον επηρεασμό του καταναλωτή.

Αυτές οι ιδιαιτερότητες του Τομέα της Υγείας, διαφοροποιούν τον ορισμό της ποιότητας. Σύμφωνα λοιπόν με την βιβλιογραφία, **η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας είναι:**

- ⇒ *Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που απορρέουν από την διαδικασία περίθαλψης.*
- ⇒ *Η μεγιστοποίηση του επιδιωκόμενου αποτελέσματος για τον κάθε ασθενή, που απορρέει από την ευαισθητοποίηση και την εστίαση του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας, στις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του, κατά τρόπο αποτελεσματικό και αποδοτικό.*
- ⇒ *Ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.*

Ολοένα και περισσότερο γίνεται πλέον αποδεκτό ότι η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η σύνδεσή της με την ικανοποίηση του ασθενή είναι το κλειδί για την επιβίωση οποιουδήποτε Οργανισμού. Η φύση του σημερινού ανταγωνισμού επιβάλλει την ολική ποιότητα ως τον αντικειμενικό σκοπό, αφού όλα τα άλλα ακολουθούν ως συνέπειες. Για να εδραιωθεί η κουλτούρα της ολικής ποιότητας είναι απαραίτητες οι εξής προϋποθέσεις:

Δέσμευση της Διοίκησης για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Είναι καθήκον της Διοίκησης να δημιουργήσει τις σωστές συνθήκες και το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρηση της ποιότητας. Η δέσμευση αποδεικνύεται μέσα από τις πράξεις από πολύ νωρίς. Αυτό απαιτεί,



μεταξύ άλλων, και μια δέσμευση όσον αφορά τη μόρφωση, την εκπαίδευση και επανεκπαίδευση σε τεχνικές βελτίωσης της ποιότητας ξεκινώντας από τα ανώτατα στελέχη.

Επιστημονική γνώση: όταν χρησιμοποιούνται τα απαραίτητα επιστημονικά εργαλεία μπορεί να επισημανθεί η αιτία μιας δυσλειτουργίας, προλαμβάνοντας έτσι ένα μεγαλύτερο πρόβλημα, ενώ διευκολύνεται ο καταμερισμός των ευθυνών και προάγεται η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων.

Ανάμιξη του ανθρώπινου παράγοντα: Όλο το προσωπικό έχει να παίξουν κάποιο ρόλο, επειδή πάντοτε η αλυσίδα της ποιότητας οικοδομείται από πολλές διεργασίες που σχετίζονται μεταξύ τους και είναι εξίσου σημαντικές. Τα πραγματικά κίνητρα που λειτουργούν μακροπρόθεσμα είναι το να αισθάνεται κανείς υπερήφανος για τη δουλειά του και να έχει συμμετοχή στην επίτευξη της τελειότητας.

### **Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και ικανοποίηση των ασθενών: στοιχεία από τη διεθνή και ελληνική εμπειρία.**

Σειρά ερευνητών έχει προτείνει κατά καιρούς διάφορα θεωρητικά μοντέλα αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας με πλέον διαδεδομένο το μοντέλο των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές μετά από σειρά εκτεταμένων μελετών κατέληξαν στη δημιουργία του ερευνητικού εργαλείου SERVQUAL, αποδίδοντας μια δέσμη πέντε παραγόντων ποιότητας μέσα από 22 ζευγάρια ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο SERVQUAL μετρά τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των πελατών σε κάθε μία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών και κατασκευάστηκε με βάση το «Μοντέλο των Κενών», που παρουσίασαν οι ίδιοι ερευνητές στα αρχικά στάδια της έρευνας τους (Parasuraman, Zeitham & Berry, 1985). Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο και για τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα (Bakakus & Mangold, 1992). Άλλα ερωτηματολόγια, όπως το SERVPERF αξιολογούν την αλληλεπίδραση, το φυσικό περιβάλλον και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από τη συμμετοχή (Cronin & Taylor 1992)

Επισημαίνονται ότι σε κάθε μελέτη θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες του δείγματος πληθυσμού. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως και το αν πρόκειται για ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα υγείας. Επίσης να μελετώνται πρότυπα διαπίστευσης των

νοσοκομείων και να επιχειρείται η εφαρμογή τους με βάση της ιδιαιτερότητες της κάθε νοσηλευτικής μονάδας για την επίτευξη του μέγιστου οφέλους.

Το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι ασθενείς μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους. Από την άλλη, η άκαμπτη εφαρμογή προτύπων ποιότητας δεν οδηγεί πάντα στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών. Συγκεκριμένα, σε έρευνα στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι η αυστηρή εφαρμογή πρωτοκόλλων στα πλαίσια της διαπίστευσης (hospital credentialing) δεν οδήγησε στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών, ενώ μερικές πρακτικές ενδέχεται να οδήγησαν και στην επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά, τέτοιου είδους πρακτικές περιορίζουν την ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και προβάλλουν γραφειοκρατικά και άλλα εμπόδια, τόσο στην εξυπηρέτησή τους, όσο και στην εν γένει λειτουργία του συστήματος υγείας, γι' αυτό και ενώ συστήνεται από όλους τους φορείς η προώθηση τέτοιων προγραμμάτων, επισημαίνεται ότι η εφαρμογή τους πρέπει να γίνεται με προσοχή (Angelorouλου και συν, 1998).

Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις συνθήκες νοσηλείας δεν είναι το μόνο μέλημα καθώς η έκβαση των ασθενών και ο τεχνικός εξοπλισμός αναδεικνύονται μακροπρόθεσμα σε κρίσιμες παραμέτρους για τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο χώρο της υγείας. Όσα χρήματα και αν δαπανηθούν, εάν αυτά δεν καταμεριστούν σωστά ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και την αποστολή του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, οι ελλείψεις θα συνεχίσουν αν υπάρχουν, όπως και η δυσαρέσκεια των ασθενών.

Σε άλλη μελέτη έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς των δημοσίων νοσοκομείων εστιάζουν περισσότερο στα ιατρικά –νοσηλευτικά ζητήματα και λιγότερο στην ξενοδοχειακή υποστήριξη, ενώ δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες σε σχέση με τους θεράποντες ιατρούς, οι οποίοι πιστεύουν ότι υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις σε όλους τους τομείς. Στον ιδιωτικό τομέα σε γενικές γραμμές ο βαθμός ικανοποίησης γιατρών και ασθενών δεν διαφέρει, ενώ οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη σημασία στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό και εκφράζουν παράπονα για τη συναισθηματική κατανόηση από μέρος του προσωπικού, δοθέντος και του κόστους νοσηλείας στον ιδιωτικό τομέα. Σε συγκεκριμένους τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ή οι αιματηρές χειρουργικές επεμβάσεις, όπου απαιτούνται πολλές φιάλες αίμα οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι (Sloan και συν, 2000).

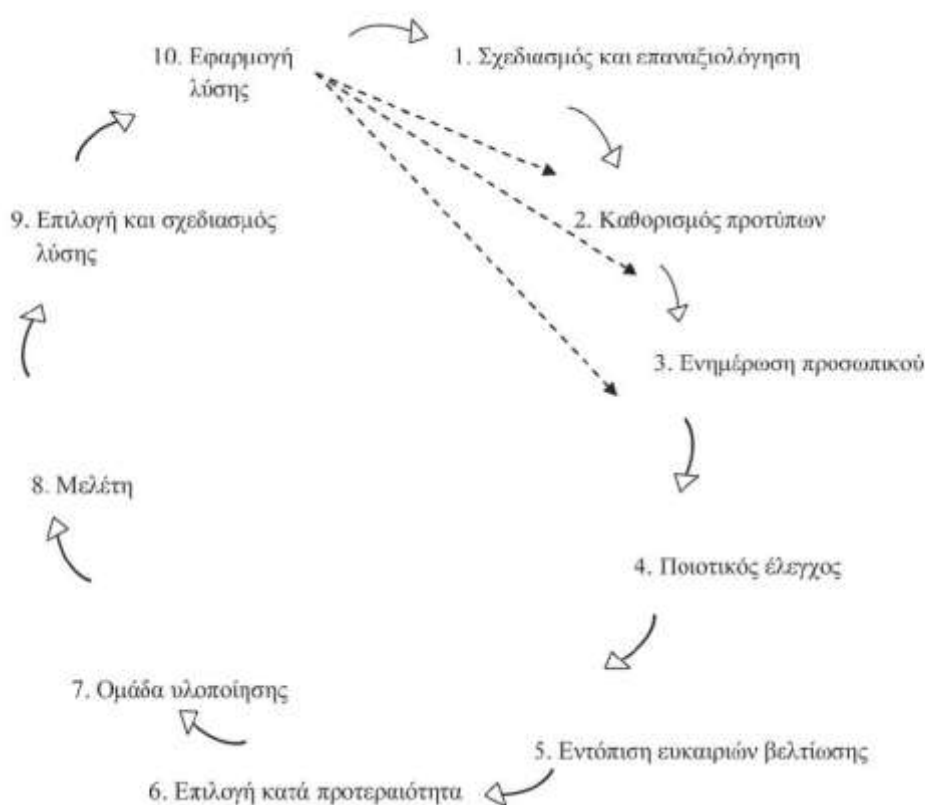
Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες κάθε κλινικής και οι παθήσεις των ασθενών. Για παράδειγμα, οι ασθενείς στις ορθοπαιδικές θεωρούνται ασθενείς με ιδιαίτερες ανάγκες, αφού συνήθως είτε πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, είτε αναρρώνουν μετά την επέμβαση. Οι υπόλοιποι ασθενείς που αντιμετωπίζονται συντηρητικά, καλούνται να ανταπεξέλθουν σε σημαντικά κινητικά προβλήματα. Αυτό πρακτικά σημαίνει σωστή προετοιμασία των ασθενών, αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, εκπαίδευσή τους πάνω σε ζητήματα φυσιοθεραπείας κ.α. Έχει βρεθεί ότι η έγκαιρη εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης και κινητοποίησης των ασθενών, ήδη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, περιορίζει την ανάγκη για μακρόχρονη μετεγχειρητική αγωγή και ελαχιστοποιεί τις επιπλοκές. Η κατάλληλη φροντίδα των ασθενών αυτών απαιτεί ανάλογο κτιριακό περιβάλλον, επάρκεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε αριθμό, αλλά και την κατάλληλη εκπαίδευση όλων των εμπλεκομένων στη φροντίδα του ασθενούς (Hagsten 2004, Lankester 2000, Ryan 2000).

Τα παραπάνω δείχνουν την ανάγκη για σωστή αξιολόγηση των αναγκών των διαφόρων κοινωνικών ομάδων και υπογραμμίζουν τις προτεραιότητες που πρέπει να δοθούν σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, εφόσον η ποιότητα αποτελεί γνώμονα της εφαρμοζόμενης πολιτικής. Ακόμα και αν πληροφορίες που λαμβάνουμε από την πλευρά των ασθενών δεν είναι πάντα αρκετές, μπορεί να αποδειχθούν σημαντικές για την ανάπτυξη μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου (Cheng και συν, 2003).

## Κεφάλαιο 3. Μοντέλα και δείκτες ποιότητας

### 3.1. Μοντέλα βελτίωσης της ποιότητας και δείκτες ποιότητας

Ένα μοντέλο διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας περιγράφεται σχηματικά με τον κύκλο ποιότητας. Τα πρώτα τρία βήματα του κύκλου (σχεδιασμός, καθορισμός προτύπων ποιότητας, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού) εντάσσονται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας. Ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος, ενώ τα επόμενα έξι βήματα εντάσσονται στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, για την εξασφάλιση χαμηλού εύρους διακύμανσης και επομένως ελεγχόμενων αποτελεσμάτων.



Οι δείκτες ποιότητας είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και χρησιμεύουν στη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας. Το αποτέλεσμα μπορεί να βοηθήσει στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσα από την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός τμήματος.

Διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

α. Δείκτες δομής (εγκαταστάσεις και στελέχωση)

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
- Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
- Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού, συστήματα αμοιβών
- Αναλογία προσωπικού/ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος.

#### β. Δείκτες διαδικασιών

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
- Κατάσταση αναμονής (για ριζικές ή για ανακουφιστικές θεραπείες του καρκίνου)
- Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς
- Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου (multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών/έτος
- Αριθμός των πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό θεραπειών/έτος
- Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
- Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ ώρα
- Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance).

Αν και οι δείκτες διαδικασίας μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι, ενώ έχουν αξία μονον όταν υπάρχει επάρκεια αρχειακών δεδομένων

#### γ. Δείκτες αποτελέσματος

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Σημειώνεται ωστόσο ότι ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες εκτός από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (π.χ. η επιβίωση εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, όπως η ηλικία, η συννοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο).

### **3.2 Προφορική επικοινωνία (WOM - PWOM - NWOM)**

Η προφορική επικοινωνία (WOM) είναι μια μορφή διαπροσωπικής ανεπίσημης επικοινωνίας ανάμεσα σε καταναλωτές που ανταλλάσσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες για μία επιχείρηση ή ένα προϊόν (Richins 1984). Παρεμφερής και ο ορισμός του Buttle (1998) που την αναφέρει ως τη «δια στόματος» μετάδοση μιας είδησης ή μιας εμπειρίας από ένα άτομο σε ένα άλλο με πιθανή επικέντρωση στη μάρκα, στο προϊόν/ υπηρεσία ή ακόμη και στην εταιρεία/ οργανισμό που προσφέρει το προϊόν/ υπηρεσία. Η προφορική επικοινωνία έχει καταγραφεί ως δεσπόζουσα δύναμη στον τομέα της αγοράς υπηρεσιών (Mangold, Miller & Brockway, 1999), ως μια ιδιαίτερα ισχυρή μορφή επικοινωνίας (Dann & Dann, 2001), ως την πιο αποτελεσματική μορφή μάρκετινγκ που μπορεί να χρησιμοποιήσει μια επιχείρηση (Misner, 1994) ως την πιο ισχυρή δύναμη της αγοράς (Silverman 2001) με τη μεγαλύτερη επίδραση στη μετέπειτα συμπεριφορά των καταναλωτών (Buttle, 1998). Ο Mangold (1987) αναφέρει ότι η WOM επηρεάζει τις προσδοκίες, τις αντιλήψεις, τις προθέσεις και τελικά την ίδια τη συμπεριφορά των υποψήφιων καταναλωτών. Η WOM αποτελεί ένα πανίσχυρο εργαλείο στην αγορά γιατί συνοδεύεται από αξιόπιστες αναφορές οι οποίες μπορούν να τη μετατρέψουν στο μεγαλύτερο από όλα τα διαφημιστικά μηνύματα (Duncan & Caywood, 1996). Η WOM απέκτησε σημαντικότητα λόγω του υψηλού ποσοστού πειστικότητας που παρουσιάζει, επηρεάζοντας τη στάση των καταναλωτών απέναντι στις αποφάσεις αγοράς ενός προϊόντος/ υπηρεσίας (Bone, 1995). Δύο λόγοι κάνουν την WOM να ξεχωρίζει από άλλες πηγές πληροφόρησης όπως είναι η διαφήμιση. Πρώτον γιατί οι άνθρωποι τη θεωρούν πιο αξιόπιστη και έμπιστη και δεύτερον γιατί τα κοινωνικά δίκτυα την καλοδέχονται με προθυμία (Liu, 2006; Banerjee, 1992). Αρκετές έρευνες αναφέρουν ότι η προφορική επικοινωνία έχει ένα μεγάλο μερίδιο επιρροής στις πωλήσεις (Davis & Khazanchi, 2008; Liu, 2006; Buttle, 1998). Έρευνα της McKinsey & Company διαπίστωσε ότι το 67% των πωλήσεων των καταναλωτικών αγαθών βασίζονται στην WOM (Taylor, 2003). Χαρακτηριστικά της προφορικής επικοινωνίας είναι το σθένος, η συγκέντρωση, ο

χρονισμός, η παράκληση, και η παρέμβαση (Buttle, 1998). Εκτός από αυτά τα χαρακτηριστικά ερευνητές αναφέρουν τον όγκο και τον τύπο της πηγής της πληροφορίας (Davis & Khazanchi, 2008; Liu, 2006; Buttle, 1998). Όσο περισσότερα έχουν λεχθεί γύρω από ένα προϊόν/ υπηρεσία τόσο πιο πιθανόν είναι κάποιος να έχει ακούσει κάτι γι' αυτό/ή. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν τη σχέση ανάμεσα στον όγκο της πληροφορίας που διαχέεται και της αλλαγής της συμπεριφοράς του πελάτη (Amblee & Bui, 2007; Anderson & Salisbury, 2003; Liu, 2006). Σύμφωνα με τον Sheth (1971) η WOM είναι πιο αποτελεσματική στην αύξηση του επιπέδου ενημέρωσης για ένα προϊόν/ υπηρεσία από ότι η διαφήμιση. Το ίδιο διαπίστωσαν και οι Kirby & Marsden (2005) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η θετική επιρροή της WOM είναι τουλάχιστον δυο φορές πιο μεγάλη στους υποψήφιους αγοραστές ενός προϊόντος, από ότι οι παραδοσιακές διαφημιστικές εκστρατείες των επιχειρήσεων. Ο Day (1971) εξηγεί ότι αυτό συμβαίνει λόγω της αξιοπιστίας της πηγής. Όσο πιο αξιόπιστη είναι η πηγή τόσο μεγαλύτερη είναι η επιρροή της πληροφορίας που διαδίδεται για ένα προϊόν/ υπηρεσία.

Στο μάρκετινγκ η προφορική επικοινωνία χαρακτηρίζεται: α) θετική (PWOM): διάδοση καλών συστάσεων, θετικών απόψεων και επιδοκίμασιών και β) αρνητική (NWOM): διάδοση αρνητικών σχολίων, δυσφήμιση και επικριτικότητα. Τόσο η PWOM όσο και η NWOM μπορούν να έχουν ισχυρή επιρροή στη συμπεριφορά των καταναλωτών και στην επακόλουθη επίδοση των επιχειρήσεων (Arndt, 1967). Μελέτες έδειξαν ότι η NWOM είναι πιθανόν να αυξήσει την αγοραστική πρόθεση για καινοτόμα προϊόντα μειώνοντας το ρίσκο (Dichter 1966), συνάδει στη δημιουργία μιας αρεστής εικόνας όχι μόνο για τη μάρκα αλλά και για την ίδια την εταιρεία (Arndt, 1967) και μελλοντικά μειώνει τα έξοδα προώθησης της μάρκας. Αντίθετα η NWOM είναι πιθανόν να αποθαρρύνει πιθανούς αγοραστές από το να αγοράσουν ένα προϊόν/ υπηρεσία ή μάρκα καταστρέφοντας τη φήμη της και επιφέροντας οικονομικές απώλειες (Holmes & Lett, 1977). Φαίνεται ότι η NWOM επηρεάζει περισσότερο τους μελλοντικούς καταναλωτές από ότι η PWOM (Buttle, 1998). Η δυσαρέσκεια από το προϊόν/ υπηρεσία χαρακτηρίζεται ως η ρίζα της NWOM (Day et.al., 1981). Η Richins (1983) προσθέτει ακόμη την καθόλου ή ακατάλληλη παροχή μηχανισμών διαχείρισης παραπόνων, τις αναποτελεσματικές αντιδράσεις σε παράπονα των πελατών και τις ανεπαρκείς ενέργειες επισκευής προϊόντων.

Έρευνα του Littlejohn (1990) σημειώνει ότι οι δυσαρεστημένοι καταναλωτές μεταδίδουν δυο φορές περισσότερο την εμπειρία τους σε σχέση με τους

ικανοποιημένους και μάλιστα αναφέρεται ότι το 90% των δυσαρεστημένων δεν ξαναγοράζουν ούτε επιστρέφουν ποτέ στο ίδιο προϊόν/ υπηρεσία. Επιπλέον οι δυσαρεστημένοι καταναλωτές μπορεί να μοιραστούν την εμπειρία τους με τουλάχιστον άλλα εννέα άτομα, ενώ ένα ποσοστό από αυτούς, της τάξης του 13%, μπορεί να την μοιραστεί με περισσότερα από είκοσι άτομα (Zeithaml & Bitner, 2003). Παρεμφερή αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των East et al. (2008) όπου η αναλογία διάδοσης της πληροφορίας ευχαριστημένου καταναλωτή και PWOM είναι ένα προς τρία ενώ η αναλογία διάδοσης της πληροφορίας δυσαρεστημένου καταναλωτή και NWOM είναι ένα προς έντεκα. Η WOM είναι επτά (7) φορές περισσότερο αποτελεσματική από ότι οι εφημερίδες και τα περιοδικά, τέσσερις (4) φορές περισσότερο αποτελεσματική από τις προσωπικές πωλήσεις και δυο (2) φορές πιο αποτελεσματική από τις διαφημίσεις του ραδιοφώνου, στην επιρροή των καταναλωτών για να αλλάξουν μάρκα προϊόντος/ υπηρεσίας (Ennew, Banerjee & Li, 2000). Η WOM μπορεί να διεξαχθεί σε ατομικό επίπεδο ή επίπεδο οργανισμού (Ζαφειρούδη, 2003). Στην πρώτη περίπτωση αναφερόμαστε στην *οργανική* WOM: συμβαίνει ανάμεσα σε αγοραστές χωρίς την παρεμβολή και την επιρροή εμπόρων. Πηγάζει από την επιθυμία προσφοράς βοήθειας και προειδοποίησης προς άλλους υποψήφιους καταναλωτές για χαμηλές υπηρεσίες και/ή από τη διάθεση για επικοινωνία (Arndt, 1967; Gatignon & Robertson, 1986).

Στον τομέα των επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών η WOM παίζει σημαντικό ρόλο γιατί αποτελεί, ίσως, τον πιο αξιόπιστο παράγοντα έμμεσης διαφήμισης της - επιχείρησης (Zeithaml & Bitner, 2000). Οι Zeithaml et al. (1996) βρήκαν ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην ανάπτυξη PWOM. Ανέφεραν ότι η θετική σχέση αφορούσε τους παράγοντες αφοσίωση πελατών και διάθεση για καταβολή υψηλότερου αντίτιμου και η αρνητική σχέση την πρόθεση για διαμαρτυρία και αλλαγή εταιρείας. Όμοιες σχέσεις μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών και θετικών προθέσεων συμπεριφοράς ανέφεραν και οι Bloemer, de Ruyter, Wetzels (1999). Έρευνα των Alexandris, Dimitriadis, Kassiara (2001) σε πελάτες τριών γυμναστηρίων έδειξε ότι οι πέντε διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών προέβλεψαν την πρόθεση των πελατών να κάνουν θετικά σχόλια (PWOM) και να παραμείνουν μέλη, ενώ δεν προέβλεψαν πρόθεση για διαμαρτυρία (NWOM) και αλλαγή γυμναστηρίου. Η αξιοπιστία, συμβάλλει στην πρόβλεψη επανάληψης της χρήσης της υπηρεσίας και στα θετικά σχόλια προς τρίτους (Theodorakis, Goulimaris & Gargalianos 2003).



## Κεφάλαιο 4. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Θεωρητικά μοντέλα έχουν επιχειρήσει επιτυχώς την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας με πλέον διαδεδομένο το μοντέλο των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές μετά από σειρά εκτεταμένων μελετών κατέληξαν στη δημιουργία του ερευνητικού εργαλείου SERVQUAL, αποδίδοντας μια δέσμη πέντε παραγόντων ποιότητας μέσα από 22 ζευγάρια ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο SERVQUAL μετρά τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των πελατών σε κάθε μία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών και κατασκευάστηκε με βάση το «Μοντέλο των Κενών», που παρουσίασαν οι ίδιοι ερευνητές στα αρχικά στάδια της έρευνας τους (Parasuraman, Zeitham & Berry, 1985). Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο και για τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα (Bakakus & Mangold, 1992). Άλλα ερωτηματολόγια, όπως το SERVPERF αξιολογούν την αλληλεπίδραση, το φυσικό περιβάλλον και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από τη συμμετοχή (Cronin & Taylor 1992). Επισημαίνονται ότι σε κάθε μελέτη θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες του δείγματος πληθυσμού. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως και το αν πρόκειται για ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα υγείας. Επίσης να μελετώνται πρότυπα διαπίστευσης των νοσοκομείων και να επιχειρείται η εφαρμογή τους με βάση τις ιδιαιτερότητες της κάθε νοσηλευτικής μονάδας για την επίτευξη του μέγιστου οφέλους.

Το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι ασθενείς μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους. Από την άλλη, η άκαμπτη εφαρμογή προτύπων ποιότητας δεν οδηγεί πάντα στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών. Συγκεκριμένα, σε έρευνα στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι η αυστηρή εφαρμογή πρωτοκόλλων στα πλαίσια της διαπίστευσης (hospital credentialing) δεν οδήγησε στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών, ενώ μερικές πρακτικές ενδέχεται να οδήγησαν και στην επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά, τέτοιου είδους πρακτικές περιορίζουν την ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και προβάλλουν γραφειοκρατικά και άλλα εμπόδια, τόσο στην εξυπηρέτησή τους, όσο και στην εν γένει λειτουργία του συστήματος υγείας, γι' αυτό και ενώ συστήνεται από όλους τους φορείς η προώθηση τέτοιων προγραμμάτων, επισημαίνεται ότι η εφαρμογή τους πρέπει να γίνεται με προσοχή (Angelopoulou και συν, 1998).

Σε παλαιότερη έρευνα στην Αγγλία βρέθηκε ότι οι ασθενείς είχαν αυξημένες προσδοκίες από τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά την ξενοδοχειακή υποστήριξη. Στις περισσότερες ωστόσο παραμέτρους και μετά τη νοσηλεία τους ήταν ο δημόσιος τομέας που τελικά ανταποκρινόταν «με το παραπάνω», στις έστω και περιορισμένες αρχικά προσδοκίες τους, σε σχέση πάντα με τον ιδιωτικό τομέα (Camilleri & Callaghan, 1998). Σε έρευνα στην Τουρκία το 2006 βρέθηκε ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, ενώ η σχέση με το ιατρικό προσωπικό και το μικρότερο κόστος νοσηλείας ήταν οι κυριότεροι παράμετροι κατά την αξιολόγηση της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία (Kuguoglu και συν, 2006). Και στις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Survnqual.

Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις συνθήκες νοσηλείας δεν είναι το μόνο μέλημα καθώς η έκβαση των ασθενών και ο τεχνικός εξοπλισμός αναδεικνύονται μακροπρόθεσμα σε κρίσιμες παραμέτρους για τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο χώρο της υγείας. Όσα χρήματα και αν δαπανηθούν, εάν αυτά δεν καταμεριστούν σωστά ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και την αποστολή του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, οι ελλείψεις θα συνεχίσουν αν υπάρχουν, όπως και η δυσαρέσκεια των ασθενών.

Σε άλλη μελέτη έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς των δημοσίων νοσοκομείων εστιάζουν περισσότερο στα ιατρικά –νοσηλευτικά ζητήματα και λιγότερο στην ξενοδοχειακή υποστήριξη, ενώ δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες σε σχέση με τους θεράποντες ιατρούς, οι οποίοι πιστεύουν ότι υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις σε όλους τους τομείς. Στον ιδιωτικό τομέα σε γενικές γραμμές ο βαθμός ικανοποίησης γιατρών και ασθενών δεν διαφέρει, ενώ οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη σημασία στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό και εκφράζουν παράπονα για τη συναισθηματική κατανόηση από μέρος του προσωπικού, δοθέντος και του κόστους νοσηλείας στον ιδιωτικό τομέα. Σε συγκεκριμένους τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ή οι αιματηρές χειρουργικές επεμβάσεις, όπου απαιτούνται πολλές φιάλες αίμα οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι ( Sloan και συν, 2000).

Το ερωτηματολόγιο servnqual αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Προσφέρει στους ερευνητές τη δυνατότητα να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης πολιτικής στον τομέα της ποιότητας και

κατευθύνει στην ανάληψη των πρωτοβουλιών που απαιτούνται για τη βελτίωσή της. Υπογραμμίζει τους τομείς που παρουσιάζουν ελλείψεις, καθώς και τις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης του πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, μπορούν να αναδειχθούν τα νοσοκομεία εκείνα που εφαρμόζουν επιτυχημένα μοντέλα, αυτά να μελετηθούν και να επιχειρηθεί η γενικευμένη εφαρμογή τους. Από την άλλη μεριά, ο εντοπισμός ελλειμμάτων σε κάποια κλίμακα του *servqual* θα οδηγήσει στην αναζήτηση των βαθύτερων αιτιών και θα επιτρέψει ουσιαστικές αλλαγές στη λειτουργία της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, αν υποθέσουμε ότι οι ασθενείς θεωρούν απρόθυμο το προσωπικό κάποιας κλινικής. Αυτό μπορεί να κρύβει βαθύτερα αίτια, όπως την αδυναμία του νοσοκομείου να προσλάβει επαγγελματίες υψηλής στάθμης, τα κενά στην εκπαίδευση, και στο σύστημα αξιολόγησης. Ρόλος του ερωτηματολογίου είναι να αναγνωρίσει τους πάσχοντες τομείς, να παράσχει τη δυνατότητα για την ανάδειξη των υποκειμένων δυσλειτουργιών του συστήματος και να αποτελέσει την απαρχή για τη βελτίωσή τους.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των ερωτηματολογίων -συμπεριλαμβανομένου και του *servqual*- είναι ενδεικτικά των περιθωρίων βελτίωσης που υπάρχουν στους τομείς που εμφανίζουν ελλείμματα και μπορεί να σηματοδοτούν την ανάγκη για αλλαγή της εφαρμοζόμενης πολιτικής. Θα πρέπει ωστόσο να λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως και το αν πρόκειται για ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα υγείας. Επίσης να μελετώνται πρότυπα διαπίστευσης των νοσοκομείων και να επιχειρείται η εφαρμογή τους με βάση τις ιδιαιτερότητες της κάθε νοσηλευτικής μονάδας για την επίτευξη του μέγιστου οφέλους. Το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι ασθενείς μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους. Από την άλλη, η άκαμπτη εφαρμογή προτύπων ποιότητας δεν οδηγεί πάντα στη βελτίωση της έκβασης των ασθενών.

Σημειώνεται ότι η «ποιότητα υπηρεσιών», ως αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών των πελατών σε σχέση με τις αντιλήψεις τους για την απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών, θεωρείται πλέον ως ένας από τους σημαντικότερους λόγους που διαμορφώνουν την πρόθεση συμπεριφοράς των πελατών για επανάληψη της υπηρεσίας και τη διατήρηση της αφοσίωσης τους έναντι στον οργανισμό (Bloemer, Ko de Ruyter & Wetzels, 1999; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1994; Zeithaml, & Bitner, 2000).

#### **4.1 Έρευνες ποιότητας υπηρεσιών που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα**

Οι έρευνες στα ελληνικά νοσοκομεία δείχνουν υστέρηση των υλικοτεχνικών υποδομών , αλλά και των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας. Στην έρευνα των Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής και Υφαντόπουλος (2008), που μέτρησαν την ικανοποίηση των χρηστών παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας βρέθηκε ότι στον τομέα των νοσηλευτικών υπηρεσιών οι συνοδοί παρουσιάστηκαν αρκετά ικανοποιημένοι, αλλά η αξιολόγηση των εν λόγω υπηρεσιών ήταν χαμηλότερη από τις αντίστοιχες ιατρικές. Στην έρευνα των Πολύζου, Μπαρτσιώκα, Πιερράκου, Ασημακόπουλου και Υφαντόπουλου (2005), αξιολογήθηκε η ποιότητα υπηρεσιών σε δύο νοσοκομεία ένα δημόσιο και ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο δημόσιο νοσοκομείο η «ιατρική φροντίδα» (συχνότητα ενημέρωσης, ενημέρωση για τη φαρμακευτική αγωγή, ευγένεια, κατανόηση) αξιολογήθηκε χαμηλότερα από την αντίστοιχη του εξειδικευμένου νοσοκομείου. Στη δε «νοσηλευτική φροντίδα» (περιποίηση, ευγένεια, κατανόηση και εξυπηρέτηση) και πάλι οι ασθενείς του εξειδικευμένου νοσοκομείου έδωσαν καλύτερες βαθμολογίες από εκείνους του δημόσιου νοσοκομείου.

## **Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία**

### ***Δείγμα της μελέτης***

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στην 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και συγκεκριμένα στο νομό Λάρισας, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της πόλης. Πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία ή νοσηλεύτηκαν σε κλινικές του νοσοκομείου κατά το χρονικό διάστημα Μάιος-Ιούνιος 2014. Το τελικό δείγμα ανέρχεται σε 100 άτομα (δείγμα ευκολίας).

### ***Κριτήρια επιλογής του δείγματος***

Οι ασθενείς για να συμμετέχουν στη μελέτη θα έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια:

1. Να έχουν νοσηλευτεί σε κλινική του νοσοκομείου
2. Να έχουν πάρει εξιτήριο σε διάστημα λιγότερο από ένα (1) μήνα μέχρι τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
3. Να μην έχουν νόσημα που να δυσχεραίνει την κατανόηση των ερωτήσεων ή γενικά τη γραπτή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
4. Να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα
5. Να μιλούν και να γράφουν ελληνικά

### ***Εργαλεία***

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (SERVice + QUALity = servqual), το οποίο αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Προσφέρει στους ερευνητές τη δυνατότητα να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης πολιτικής στον τομέα της ποιότητας και κατευθύνει στην ανάληψη των πρωτοβουλιών που απαιτούνται για τη βελτίωσή της. Υπογραμμίζει τους τομείς που παρουσιάζουν ελλείψεις, καθώς και τις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης του πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Ρόλος του ερωτηματολογίου είναι να αναγνωρίσει τους πάσχοντες τομείς, να παράσχει τη δυνατότητα για την ανάδειξη των υποκειμένων δυσλειτουργιών του συστήματος και να αποτελέσει την απαρχή για τη βελτίωσή τους. Συγκεκριμένα, προσπαθεί να αξιολογήσει τις αντιλήψεις των πελατών σχετικά με την ποιότητα των προσλαμβανόμενων υπηρεσιών, να προσδιορίσει τα αίτια που

υποβαθμίζουν την ποιότητα και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωσή της. Η ποιότητα των υπηρεσιών καθορίζεται από το γενικό κενό ανάμεσα σε αυτό που προσδοκεί ο πελάτης και σε αυτό που λαμβάνει. Αυτό δείχνει ότι η ποιότητα είναι σχετική και όχι απόλυτη. Οι πελάτες είναι το κομβικό σημείο στον καθορισμό του επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών και είναι γνωστό ότι διαφορετικοί πελάτες μπορεί να αντιλαμβάνονται διαφορετικό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών. Η κάλυψη ή υπερκάλυψη ή ακόμη και η αλλαγή των προσδοκιών καθορίζουν την ποιότητα υπηρεσιών. Στο μοντέλο των Parasuraman et al. (1985), υπάρχουν πέντε κενά που φανερώνουν τα αίτια μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, συνεπώς η ανάλυσή τους οδηγεί στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωσή της. Τα κενά του μοντέλου προσδιορίζονται ανάμεσα:

- στις προσδοκίες του πελάτη και την αντίληψη αυτών από τη Διοίκηση
- στην αντίληψη από τη Διοίκηση και τις προδιαγραφές ποιότητας υπηρεσιών
- στις προδιαγραφές ποιότητας και παράδοσης υπηρεσιών
- στην παράδοση υπηρεσιών και επικοινωνία υπηρεσιών προς τον πελάτη
- στις αντιλαμβανόμενες και προσδοκώμενες υπηρεσίες από τον πελάτη

Οι Parasuraman et al. (1985) αρχικά προσδιόρισαν δέκα χαρακτηριστικά τα οποία χρησιμοποιούν οι καταναλωτές για να αξιολογήσουν την ποιότητα υπηρεσιών. Αργότερα οι Parasuraman et al. (1988) αφού διαπίστωσαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δέκα αρχικών χαρακτηριστικών τα μείωσαν σε πέντε συγκεκριμένα, τα οποία αποτέλεσαν τη βάση για το όργανο servqual: Αξιοπιστία – Ανταπόκριση - Ενσυναίσθηση - Ασφάλεια - Απτότητα (χειροπιαστά υλικά).



Πηγή: Parasuraman et al, 1990. (Μεταφορά στα Ελληνικά)

Οι 5 διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών των Parasuraman et al., 1988.

Στην πορεία του χρόνου ερευνητές εκφράζουν διαφορετικές αντιλήψεις για τον τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών. Η πολυπλοκότητα των αξιολογήσεων γίνεται αισθητή μέσα από τις πολλές αποτυχημένες προσπάθειες για να παρουσιαστεί η δομή διάστασης των αντιλήψεων για αυτήν (Buttle, 1996). Ακόμη και η κλίμακα SERVQUAL (Parasuraman et al., 1985, 1988), έχει επικριθεί υποστηρίζοντας ότι οι πέντε διαστάσεις της, είναι δύσκολο να παρουσιαστούν στο πλαίσιο των υπηρεσιών (Buttle, 1996). Μελετητές έχουν διατυπώσει επιφυλάξεις αν οι διαστάσεις της ισχύουν και σε άλλους κλάδους παροχής υπηρεσιών (Finn & Lamb, 1991; Cronin & Taylor, 1992). Τα περισσότερα μοντέλα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, ενώ αντιμετωπίζουν την ποιότητα ως πολυδιάστατη έννοια, περιορίζονται στην κριτική του περιβάλλοντος χώρου και της συμπεριφοράς του προσωπικού. Ο Grönroos (1984) προτείνει ένα δυσδιάστατο μοντέλο υπηρεσιών που βασίζεται στη σύλληψη της ποιότητας υπηρεσιών ανάμεσα στην προσδοκώμενη και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα. Ως προέκταση του μοντέλου Grunions οι Rust & Oliver (1994) προβάλλουν ένα τρισδιάστατο μοντέλο όπου η ποιότητα υπηρεσιών εκτιμάται μέσα από το προϊόν, την παροχή και το περιβάλλον των υπηρεσιών. Οι Brady και Cronin (2001) προτείνουν επίσης ένα τρισδιάστατο μοντέλο το οποίο αναφέρεται στη μέτρηση της αλληλεπίδρασης προσωπικού πελατών, στο φυσικό περιβάλλον (χειροπιαστό στοιχείο) και τα προσδοκώμενα οφέλη που αποκομίζει ο πελάτης μετά την λήψη των υπηρεσιών.



Μετρήσιμοι παράγοντες της αντιλαμβανόμενης ποιότητας υπηρεσιών των Brady & Cronin, 2001.

Η αλληλεπίδραση και το φυσικό περιβάλλον εκφράζονται μέσα από τρεις υποδιαστάσεις:

- ▶ Η αλληλεπίδραση αποτελείται από:
  - I. την κατάρτιση/ εξειδίκευση του προσωπικού (αφορά γνώσεις σχετικές με το αντικείμενο της δουλειάς),
  - II. τη συμπεριφορά του προσωπικού (αφορά τον τρόπο αλληλεπίδρασης του προσωπικού με τους πελάτες, αν είναι ευγενικός, ενθουσιώδης κ.α.),
  - III. την ανταπόκριση του προσωπικού (αφορά την προθυμία ανταπόκρισης σε προβλήματα και ανάγκες των πελατών και σεβασμού σε ιδιαιτερότητες).

Αρκετοί ερευνητές διάφορων κλάδων υπηρεσιών, έχουν αποδείξει τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο ανθρώπινος παράγοντας στους οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών ταυτόχρονα με τη σπουδαιότητα που παίζει ο ρόλος του επίπεδου της ποιότητας των υπηρεσιών (Gremler & Gwinner, 2000). Το ανθρώπινο δυναμικό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε επιχειρήσεις όπου οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι άυλες και ανομοιογενείς (Zeithaml & Bitner, 2003).

▶ Το φυσικό περιβάλλον ως υπηρεσία, αφορά τα χειροπιαστά, ορατά, στοιχεία μιας επιχειρηματικής δραστηριότητας, αποτελείται από:

- I. τη σχεδίαση και τον εξοπλισμό των εγκαταστάσεων, (πχ ελκυστικότητα, παλαιότητα – σύγχρονη/ος κατασκευή/ εξοπλισμός, ευρυχωρία),
- II. τη συντήρηση και την καθαριότητα (διατήρηση καλής κατάστασης),
- III. το κοινωνικό περιβάλλον, αφορά την αλληλεπίδραση μεταξύ πελατών και εγκαταστάσεων, (καθυστέρηση λόγω προβλημάτων στις εγκαταστάσεις, κατάσταση οδικού δικτύου, δυνατότητα ασφαλούς παραμονής, παροχή διευκολύνσεων -παρκινγκ, τουαλέτες, καφετέριες-). και την ατμόσφαιρα που επικρατεί στις εγκαταστάσεις από τη συνύπαρξη πελατών.

Πολλές μελέτες δίνουν μεγάλη έμφαση στη σημαντικότητα του φυσικού περιβάλλοντος για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών από τους πελάτες (Zeithaml & Bitner, 2003).

▶ Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα ή τα αποκτηθέντα οφέλη μετά την συμμετοχή εμφανίζονται για πρώτη φορά στο μοντέλο των Brady και Cronin (2001) (σχήμα 7) και περιλαμβάνουν τη μέτρηση των παραγόντων που αφορούν τις προσδοκίες των πελατών. Αυτή η διάσταση εκφράζει την τεχνική ποιότητα, την οποία είχε εισάγει ως διάσταση ποιότητας στη διεθνή βιβλιογραφία ο Grönroos (1984) και αναφέρεται στα απτά υλικά, στοιχεία μιας υπηρεσίας ή αλλιώς ό,τι παρέχεται στον πελάτη με το τέλος



της παραγωγικής διαδικασίας (Grönroos, 1984). Οι Brady και Cronin (2001) αναγνωρίζοντας το ρόλο της τεχνικής ποιότητας στην εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών την ενσωματώνουν ως διάσταση στο μοντέλο τους.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η εκτίμηση για την ποιότητα των υπηρεσιών εντοπίζεται στη συναισθηματική σφαίρα του πελάτη. Αυτό συναντάται όταν η προσφερόμενη υπηρεσία είναι χαρακτηριστικά «άυλη» όπως συμβαίνει στις ιατρικές/θεραπευτικές, στις συμβουλευτικές, στις διδακτικές, στις ψυχολογικές, στις αθλητικές και στις υπηρεσίες αναψυχής (Zeithaml & Bitner, 2003).

Πολλοί είναι οι ερευνητές πιστεύουν ότι το servqual παραμένει το πιο αξιόπιστο και ευρέως χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της ικανοποίησης πελατών (Kettinger & Lee, 1994; Fisk, Brown & Bitner, 1993).

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση όλων των προϊστάμενων και των υπεύθυνων τμημάτων των κλινικών του νοσοκομείου και ζητήθηκε άδεια από τους διευθυντές τους. Άδεια δόθηκε για τις εξής κλινικές: χειρουργική αγγειοχειρουργική, θωρακοχειρουργική, νευροχειρουργική, ρευματολογική, πνευμονολογική.

Κατόπιν ακολούθησε παράδοση των ερωτηματολογίων από την ίδια την ερευνήτρια στους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία της ερευνήτριας και επεστράφησαν άμεσα.

Το τελικό δείγμα ανέρχεται σε 100 άτομα (δείγμα ευκολίας). Το ερωτηματολόγιο (παρουσιάζεται στο παράρτημα) χωρίζεται σε τρεις ενότητες (μέρη), οι οποίες αναλύονται λεπτομερώς στη συνέχεια :

**A. Το πρώτο μέρος** περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν σε δημογραφικά (φύλο, ηλικία) και εργασιακά/ εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά.

**B. Το δεύτερο μέρος** αναφέρεται στα στοιχεία του ιατρικού περιστατικού (ονομασία, τύπος και διάρκεια θεραπείας, κέντρο/κλινική νοσηλείας). Αποτελείται από κλειστού τύπου ερωτήσεις.

**Γ. Το τρίτο μέρος** περιλαμβάνει 27 κλειστού τύπου ερωτήσεις διαβαθμισμένες σε κλίμακα 7- βαθμη Likert και αναφέρεται σε 5 διαστάσεις της ικανοποίησης, καθώς και στην πρόθεση σύστασης της κλινικής σε τρίτους. Οι διαστάσεις είναι οι εξής : Αντίληψη για το προσωπικό, Αντίληψη για τον εξοπλισμό, Αντίληψη για τα οφέλη,

Αντίληψη για τα οφέλη, Αντίληψη για την διοίκηση, Ικανοποίηση από την περίθαλψη.

### **Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση όλων των προϊστάμενων και των υπεύθυνων τμημάτων των κλινικών του νοσοκομείου και ζητήθηκε άδεια από τους διευθυντές τους. Άδεια δόθηκε για τις εξής κλινικές: χειρουργική αγγειοχειρουργική, θωρακοχειρουργική, νευροχειρουργική, ρευματολογική, πνευμονολογική.

Κατόπιν ακολούθησε παράδοση των ερωτηματολογίων από την ίδια την ερευνήτρια στους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία της ερευνήτριας και επεστράφησαν άμεσα.

### **Υποθέσεις της έρευνας**

#### 1<sup>η</sup> Υπόθεση:

*Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου αναφορικά της αντίληψής τους για:*

1α για το ιατρικό προσωπικό

1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων

1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία

1δ συνολικά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν

1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία

1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας προς τρίτους (WOM)

#### 2<sup>η</sup> Υπόθεση:

*Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικής ηλικιακής ομάδας αναφορικά της αντίληψής τους για:*

1α για το ιατρικό προσωπικό

1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων

1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία

1δ συνολικά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν

1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία

1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας προς τρίτους (WOM)

### 3<sup>η</sup> Υπόθεση:

*Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης αναφορικά της αντίληψής τους για:*

1α για το ιατρικό προσωπικό

1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων

1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία

1δ συνολικά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν

1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία

1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας προς τρίτους (WOM)

### 4<sup>η</sup> Υπόθεση:

*Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων που δέχθηκαν διαφορετικό τύπο θεραπείας (παροχή περίθαλψης / εγχείριση) αναφορικά της αντίληψής τους για:*

1α για το ιατρικό προσωπικό

1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων

1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία

1δ συνολικά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν

1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία

1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας προς τρίτους (WOM)

### 5<sup>η</sup> Υπόθεση:

*Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων που θεραπεύθηκαν σε διαφορετικό φορέα ιατρικού κέντρου (δημόσιο / ιδιωτικό-κλινική) αναφορικά της αντίληψής τους για:*

1α για το ιατρικό προσωπικό

1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων

1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία

1δ συνολικά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν

1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία

1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας προς τρίτους (WOM)

### 6<sup>η</sup> Υπόθεση:

Θα υπάρξουν στατιστικά στατιστικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικής διάρκειας νοσηλείας (>2 μέρες, 3 <7 ημέρες, <7 μέρες) αναφορικά της αντίληψής τους για:

1α για το ιατρικό προσωπικό

1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων

1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία

1δ συνολικά το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν

1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία

1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας προς τρίτους (WOM)

### **Στατιστική ανάλυση**

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική ανάλυση. Εφαρμόστηκαν οι παραμετρικές μέθοδοι t-test και ANOVA με post hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Bonferonni. Όλες οι δοκιμασίες ήταν αμφίπλευρες. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p=0,05$ . Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

### **Μεταβλητές της έρευνας**

#### ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

- Α. προσωπικό
- Β. εγκαταστάσεις
- Γ. οφέλη περίθαλψης
- Δ. Συνολικά ποιότητα υπηρεσιών
- Ε. Ικανοποίηση
- Στ. Προφορική επικοινωνία

#### ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά:

1. φύλο
2. ηλικιακή ομάδα
3. οικογενειακή κατάσταση

Στοιχεία Ιατρικής περίθαλψης:

4. τύπος θεραπείας (παροχή περίθαλψης / εγχείριση)
5. φορέας ιατρικού κέντρου (δημόσιο / ιδιωτικό-κλινική)
6. διάρκεια νοσηλείας (>2 μέρες, 3 <7 ημέρες, <7 μέρες)

### **Όργανα αξιολόγησης μεταβλητών της έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας διατριβής (Παράρτημα Α) χωρίζεται σε πέντε ενότητες (μέρη), οι οποίες αναλύονται λεπτομερώς στη συνέχεια:

A. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν σε δημογραφικά (φύλο, ηλικία) και εργασιακά/ εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά.

B. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στα στοιχεία του ιατρικού περιστατικού (τύπος και διάρκεια θεραπείας, κέντρο/κλινική νοσηλείας). Είναι κλειστού τύπου ερωτήσεις.

Γ. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει 27 κλειστού τύπου ερωτήσεις διαβαθμισμένες σε κλίμακα 7- βαθμη Likert και αναφέρεται σε 3 διαστάσεις της ποιότητας. Οι διαστάσεις είναι οι εξής : Αντίληψη για το προσωπικό, Αντίληψη για τον εξοπλισμό, Αντίληψη για τα οφέλη.

### **Όργανα μέτρησης**

#### *Ποιότητα Υπηρεσιών*

Για τη διερεύνηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών των Brady & Cronin (2001) στην τροποποιημένη του ελληνική έκδοση από τους Alexandris et al. (2004). Το μοντέλο προτείνει την αξιολόγηση της ποιότητας με πέντε παράγοντες, ως εξής:

1. *Προσωπικό*: περιλαμβάνει στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του προσωπικού και με τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρά με τους πελάτες. Βασικά στοιχεία που ανήκουν σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι γνώσεις, η κατάρτιση, οι ικανότητες και η συμπεριφορά του προσωπικού.
2. *Αξιοπιστία*: Είναι ο βαθμός στον οποίο τηρούνται οι υποσχέσεις από τη διοίκηση. Βασικά στοιχεία που ανήκουν σε αυτόν τον παράγοντα είναι η τήρηση των υποσχέσεων που γίνονται μέσω της επικοινωνίας, η αξιοπιστία σε οικονομικά ζητήματα και η τήρηση των προβλεπόμενων ωραρίων.
3. *Χειροπιαστό στοιχείο*: Εδώ ανήκουν στοιχεία τα οποία σχετίζονται με το υλικό περιβάλλον του οργανισμού όπως οι εγκαταστάσεις, τα όργανα γυμναστικής, ο σχεδιασμός των αιθουσών, τα αποδυτήρια και η εμφάνιση του προσωπικού.

4. *Ανταπόκριση*: Είναι ο βαθμός στον οποίο το προσωπικό και η διοίκηση είναι πρόθυμοι να λύσουν άμεσα τα προβλήματα των πελατών.

5. *Προσδοκώμενα οφέλη*: Αφορά το τελικό προϊόν που αποκομίζει ο πελάτης μετά από τη συμμετοχή του σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα και περιλαμβάνει τη μέτρηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις προσδοκίες πελατών.

Όλες οι απαντήσεις δόθηκαν σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, από (1) “διαφωνώ απόλυτα” έως (7) “συμφωνώ απόλυτα”.

Δ. Επίσης συμπεριλήφθησαν ερωτήσεις για: τη συνολική ποιότητα που αντιλήφθηκε ο πελάτης ότι edέχθη, το βαθμό ικανοποίησης από την περίθαλψη και την πρόθεση προφορικής επικοινωνίας για τις υπηρεσίες που έλαβε.

#### *Ικανοποίηση επισκεπτών*

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των επισκεπτών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Satisfaction Tian-Cole, Crompton and Willson’s (2002), η οποία είναι μια σημαντικά διαφορετική 4βάθμια κλίμακα που μετράει την συνολική ικανοποίηση.

#### *Ανεπίσημη προφορική επικοινωνία (Word of Mouth)*

Η αξιολόγηση της «ανεπίσημης προφορικής επικοινωνίας» αναφέρεται στα θετικά ή αρνητικά σχόλια που γίνονται προς άλλα πρόσωπα από τους πελάτες, μέσω γραπτών κειμένων ή προφορικής συζήτησης, αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει μια επιχείρηση και συνήθως σχετίζονται με την θετική ή αρνητική εμπειρία από την κατανάλωση. Κατά μέσο όρο υπολογίζεται ότι ένας δυσαρεστημένος πελάτης θα εκφράσει αυτήν τη δυσαρέσκεια σε άλλους εννέα ανθρώπους, ενώ ικανοποιημένοι πελάτες θα μεταφέρουν την θετική εμπειρία τους σε άλλα πέντε άτομα (Knauer, 1992). Όπως παρουσιάζεται η ανεπίσημη προφορική επικοινωνία μπορεί να διατηρεί τους πελάτες μιας επιχείρησης, να τους αυξάνει ή ακόμη και να τους μειώνει.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α.

### ***Πιλοτική μελέτη***

Αρχικά αξιολογήθηκε με πιλοτική έρευνα η διαδικασία οργάνωσης της έρευνας, ως προς τη μέθοδο χορήγησης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Σκοπός της πιλοτικής μελέτης του ερωτηματολογίου ήταν ο εντοπισμός πιθανών προβλημάτων κατανόησης μέσα από την παρατήρηση των αντιδράσεων των

ερωτώμενων και των απαντήσεων που θα δώσουν. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να αφορούν την μορφή και τη γλώσσα γραφής του ερωτηματολογίου αλλά και σημεία τα οποία μπορεί να μην είναι σαφή ή κατανοητά. Σε αυτή τη περίπτωση μπορούν να γίνουν μικρές αλλαγές ώστε να περιοριστούν τα πιθανά προβλήματα που εντοπίστηκαν. Η πιλοτική μελέτη έγινε σε συνολικό δείγμα 15 ασθενών εξωτερικών ιατρείων. Η ερευνήτρια ζήτησε από τους ασθενείς να εκφράσουν τις απόψεις τους όσον αφορά το βαθμό κατανόησης των ερωτήσεων και τον πιθανό εντοπισμό κάποιου προβλήματος κατά την απάντηση του ερωτηματολογίου. Λόγω των ευρημάτων έγιναν μικρές αλλαγές και αποφασίστηκε κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων να γίνεται μια μικρή διασαφήνιση των ερωτήσεων κατά περίπτωση.

Αναφορικά με την εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν ίσος με 0,94, δείχνοντας εξαιρετική εσωτερική συνάφεια.

### ***Ηθική και δεοντολογία***

Η μελέτη εκπονήθηκε κατόπιν θετικής γνωμοδότησης από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 5<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας (αρ. πρωτ. 26166/06.06.2014). Προστατεύτηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας καθώς και ότι είχαν την δυνατότητα να αποσύρουν τη συμμετοχή τους οποτεδήποτε το επιθυμούσαν. Η συμπλήρωση και η επιστροφή των ερωτηματολογίων είχε θέση συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα.

## Κεφάλαιο 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Περιγραφική στατιστική

Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (53%). Οι παντρεμένοι αποτελούσαν το 73% και η πλειονότητα ήταν έως 60 ετών και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Υπάλληλοι (ιδιωτικοί-δημόσιοι) ήταν το 61%.

**Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

	N	%
<b>Φύλο</b>		
Αντρας	47	47,0
Γυναίκα	53	53,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Ηλικία</b>		
20-39	23	23,0
40-60	42	42,0
61-95	35	35,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Παντρεμένος	73	73,0
Ανύπαντρος	27	27,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Επίπεδο σπουδών</b>		
2βάθμια εκπαίδευση	58	58,0
Μεταπτυχιακές σπουδές	9	9,0
ΑΕΙ-ΤΕΙ	32	32,0
ΔΕ-ΔΑ	1	1,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Επάγγελμα</b>		
Ιδιωτικός υπάλληλος	28	28,0
Δημόσιος υπάλληλος	33	33,0
Επιχειρηματίας	7	7,0
Συνταξιούχος	13	13,0
Άνεργος	19	19,0
Σύνολο	100	100,0

Συνολικά επρόκειτο για μέτριας και μικρής βαρύτητας περιστατικά, με το 50% περίπου των ασθενών να έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Στο 43,5 των περιπτώσεων η διάρκεια νοσηλείας ξεπερνούσε τις 7 ημέρες.



**Πίνακας 2. Παράμετροι νοσηλείας**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Βαρύτητα περιστατικού</b>		
Μικρής βαρύτητας	27	27,0
Μέτριας βαρύτητας	44	44,0
Μεγάλης βαρύτητας	29	29,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Τύπος θεραπείας</b>		
Απλή νοσηλεία	49	49,0
Χειρουργική επέμβαση	49	49,0
ΔΞ-ΔΑ	1	1,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Διάρκεια θεραπείας</b>		
0-3 ημέρες	32	32,0
3-7 ημέρες	25	25,0
>7 ημέρες	43	43,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Τύπος ιατρικού κέντρου</b>		
Δημόσιο νοσοκομείο	74	75,5
Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	24,5
ΔΞ-ΔΑ	2	
Σύνολο	100	100,0

## Επαγωγική στατιστική

### Διαφορές λόγω δημογραφικών χαρακτηριστικών

#### 1<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα αναφορικά του διαφορετικού φύλου έδειξαν ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαστάσεις της ικανοποίησης σε σχέση με το φύλο ( $p > 0,05$ ).

#### 2<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα αναφορικά με την ηλικία έδειξαν ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαστάσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες ( $p > 0,05$ ).

#### 3<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test ανάμεσα στα άτομα με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση έδειξαν ότι σε όλους τους παράγοντες η υποομάδα «παντρεμένοι» επέτυχαν υψηλότερη βαθμολογία, με στατιστικά σημαντική διαφορά από την αντίστοιχη υποομάδα «ανύπαντροι» ( $p \leq 0,01$ ).

**Πίνακας 3. Παράγοντες αντίληψης του δείγματος για τις υπηρεσίες που δέχθηκε σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση**

		N	ΜΤ*	ΤΑ**	t	p
• Αντίληψη για το προσωπικό	Παντρεμένος	73	5,42	0,75	2,767	0,007
	Ανύπαντρος	27	4,96	0,88		
• Αντίληψη για τον εξοπλισμό	Παντρεμένος	73	5,05	1,13	2,894	0,005
	Ανύπαντρος	27	4,35	0,91		
• Αντίληψη για τα οφέλη	Παντρεμένος	73	5,00	0,96	2,541	0,013
	Ανύπαντρος	27	4,47	0,78		
• Αντίληψη για την διοίκηση	Παντρεμένος	73	5,17	0,77	3,353	0,001
	Ανύπαντρος	27	4,60	0,70		
• Ικανοποίηση από την περίθαλψη	Παντρεμένος	73	3,89	0,86	2,945	0,004
	Ανύπαντρος	27	3,33	0,78		
• Πρόθεση πληροφορικής επικοινωνίας	Παντρεμένος	73	3,88	0,84	3,060	0,003
	Ανύπαντρος	27	3,30	0,87		

\*Μέση Τιμή, \*\* Τυπική Απόκλιση

#### 4<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test αναφορικά με τον τύπο θεραπείας έδειξαν ότι όσοι χειρουργήθηκαν δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι από τον εξοπλισμό, το προσωπικό και τη διοίκηση ( $p < 0,05$ )

**Πίνακας 4. Τύπος θεραπείας και διαστάσεις ικανοποίησης**

		<b>N</b>	<b>MT</b>	<b>TA</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
• Αντίληψη για το προσωπικό	Απλή νοσηλεία	49	5,49	0,85	2,069	0,041
	Χειρουργική επέμβαση	49	5,16	0,76		
• Αντίληψη για τον εξοπλισμό	Απλή νοσηλεία	49	5,11	1,07	2,126	0,036
	Χειρουργική επέμβαση	49	4,64	1,13		
• Αντίληψη για τα οφέλη	Απλή νοσηλεία	49	4,93	1,01	0,865	0,389
	Χειρουργική επέμβαση	49	4,77	0,85		
• Αντίληψη για την διοίκηση	Απλή νοσηλεία	49	5,18	0,87	2,039	0,044
	Χειρουργική επέμβαση	49	4,86	0,69		
• Ικανοποίηση από την περίθαλψη	Απλή νοσηλεία	49	3,88	0,95	1,621	0,108
	Χειρουργική επέμβαση	49	3,59	0,79		
• Πρόθεση πληροφορικής επικοινωνίας	Απλή νοσηλεία	49	3,82	1,00	1,174	0,243
	Χειρουργική επέμβαση	49	3,61	0,77		

\*Μέση Τιμή, \*\* Τυπική Απόκλιση

#### 5<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test ανάμεσα αναφορικά με τον φορέα θεραπείας (ιδιωτικό ή δημόσιο) έδειξαν ότι ο *εξοπλισμός* και η *διάθεση σύστασης* του κέντρου σε άλλους ξεχώρισαν σε σχέση με τον τύπο του ιατρικού κέντρου, με τα ιδιωτικά κέντρα να υπερτερούν ( $p < 0,001$  και  $p < 0,05$  αντίστοιχα).

**Πίνακας 5. Τύπος ιατρικού κέντρου και διαστάσεις ικανοποίησης**

		<b>N</b>	<b>MT</b>	<b>TA</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Αντίληψη για το προσωπικό	Δημόσιο	74	5,26	0,83	-0,818	0,415
	νοσοκομείο					
	Ιδιωτικό	24	5,41	0,69		
	νοσοκομείο					
Αντίληψη για τον εξοπλισμό	Δημόσιο	74	4,63	1,08	-4,050	<0,001
	νοσοκομείο					
	Ιδιωτικό	24	5,61	0,88		
	νοσοκομείο					
Αντίληψη για τα οφέλη	Δημόσιο	74	4,88	0,93	0,390	0,679
	νοσοκομείο					
	Ιδιωτικό	24	4,79	0,99		

Αντίληψη για την διοίκηση	νοσοκομείο Δημόσιο	74	4,92	0,83	-1,895	0,061
	νοσοκομείο Ιδιωτικό	24	5,27	0,64		
Ικανοποίηση από την περίθαλψη	νοσοκομείο Δημόσιο	74	3,72	0,87	-0,582	0,562
	νοσοκομείο Ιδιωτικό	24	3,83	0,82		
	νοσοκομείο					
<b>Πρόθεση πληροφορικής επικοινωνίας</b>	<b>Δημόσιο νοσοκομείο</b>	<b>74</b>	<b>3,64</b>	<b>0,86</b>	<b>-2,056</b>	<b>0,043</b>
	<b>Ιδιωτικό νοσοκομείο</b>	<b>24</b>	<b>4,06</b>	<b>0,85</b>		

\*Μέση Τιμή, \*\* Τυπική Απόκλιση

### 6<sup>η</sup> Υπόθεση

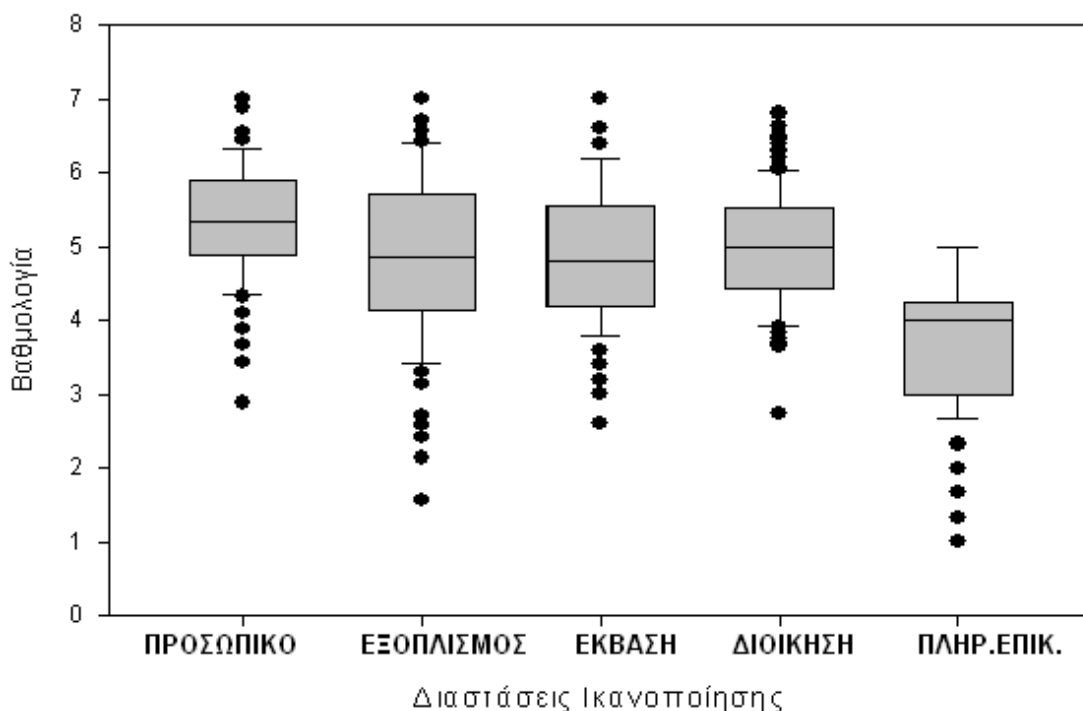
Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test ανάμεσα αναφορικά με τη διάρκεια θεραπείας έδειξαν ότι θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας συνδυάστηκε με υψηλότερη ικανοποίηση ( $p < 0,05$ ).

**Πίνακας 6. Διάρκεια θεραπείας και διαστάσεις ικανοποίησης**

		<b>N</b>	<b>ΜΤ*</b>	<b>ΤΑ**</b>	<b>t***</b>	<b>p</b>
Αντίληψη για το προσωπικό	0-3 ημέρες	32	5,13	0,82	2,916	0,59
	3-7 ημέρες	25	5,18	0,76		
	>7 ημέρες	43	5,54	0,80		
<b>Αντίληψη για τον εξοπλισμό</b>	<b>0-3 ημέρες</b>	<b>32</b>	<b>4,44</b>	<b>1,12</b>	<b>3,628</b>	<b>0,030</b>
	<b>3-7 ημέρες</b>	<b>25</b>	<b>5,01</b>	<b>1,06</b>		
	>7 ημέρες	43	5,09	1,08		
Αντίληψη για τα οφέλη	0-3 ημέρες	32	4,64	1,04	1,269	0,286
	3-7 ημέρες	25	4,90	0,67		
	>7 ημέρες	43	4,99	0,99		
<b>Αντίληψη για την διοίκηση</b>	<b>0-3 ημέρες</b>	<b>32</b>	<b>4,74</b>	<b>0,80</b>	<b>3,352</b>	<b>0,039</b>
	<b>3-7 ημέρες</b>	<b>25</b>	<b>5,03</b>	<b>0,61</b>		
	>7 ημέρες	43	5,21	0,84		
Ικανοποίηση από την περίθαλψη	0-3 ημέρες	32	3,59	0,91	1,633	0,201
	3-7 ημέρες	25	4,00	0,76		
	>7 ημέρες	43	3,70	0,89		
Πρόθεση πληροφορικής επικοινωνίας	0-3 ημέρες	32	3,55	0,87	1,030	0,361
	3-7 ημέρες	25	3,88	0,72		
	>7 ημέρες	43	3,76	0,98		

\*Μέση Τιμή, \*\* Τυπική Απόκλιση, \*\*\*Post hoc, Bonferonni t-test

Γενικά, η ικανοποίηση κυμάνθηκε σε μετρια-υψηλά επίπεδα  
**Γράφημα 1.Θηκογράμματα διαστάσεων ικανοποίησης**



### **7<sup>η</sup> Υπόθεση**

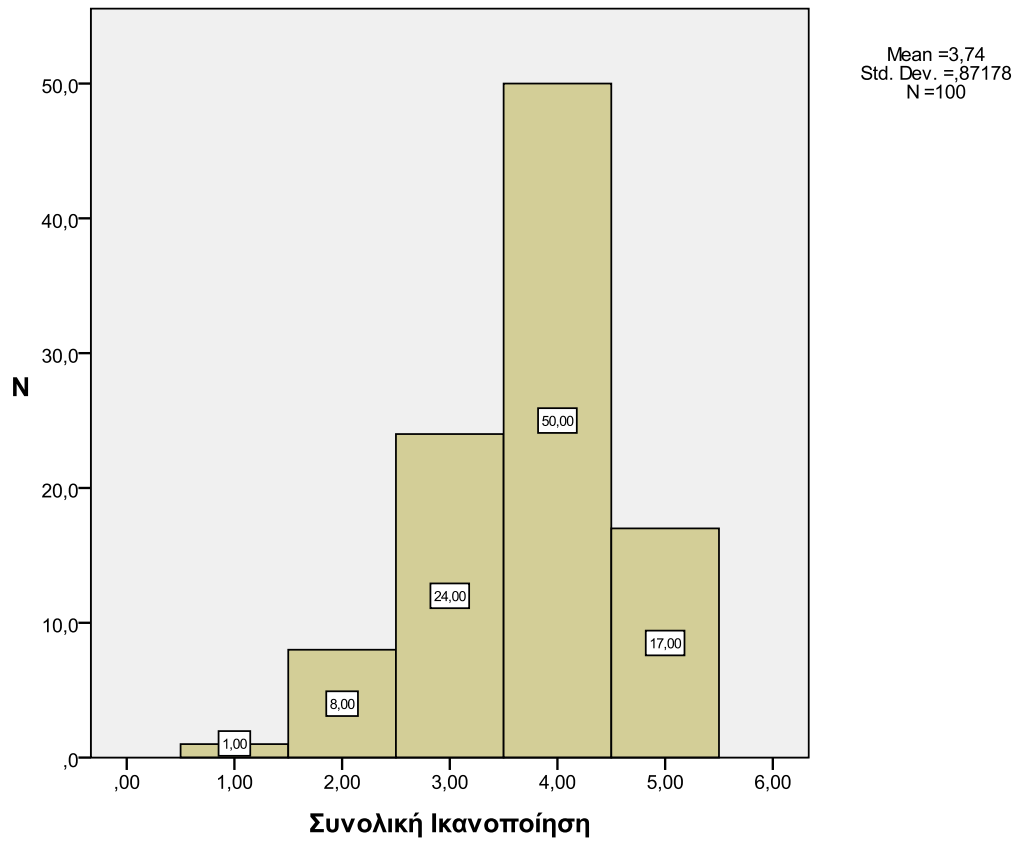
Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης των διαστάσεων ικανοποίησης έδειξαν ότι η ικανοποίηση από το προσωπικό και τη διοίκηση συγκέντρωσε υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η έκβαση και η υλικοτεχνική υποδομή μικρότερη. Τελευταία στην κατάταξη έρχεται η πρόθεση σύστασης του ιδρύματος σε τρίτους.

**Πίνακας 7. Περιγραφική στατιστική των διαστάσεων ικανοποίησης**

	N	Ελαχ	Μέγιστο	ΜΤ*	ΤΑ**
Προσωπικό	100	2,89	7,00	5,32	0,81
Εξοπλισμός	100	1,57	7,00	4,86	1,11
Έκβαση	100	2,60	7,00	4,85	0,93
Διοίκηση	100	2,75	6,81	5,01	0,79
Πρόθεση πληρ.επικ.	100	1,00	5,00	3,72	0,88

\*Μέση Τιμή, \*\* Τυπική Απόκλιση

**Γράφημα 2. Συνολική ικανοποίηση**



## Κεφάλαιο 7. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών κυμάνθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα και πως η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο σημαντικότερος ανεξάρτητος καθοριστής της ικανοποίησης, καθώς αφορούσε σε όλες τις διαστάσεις ικανοποίησης. Από τους υπόλοιπους παράγοντες, σημαντικές συσχετίσεις αναδείχθηκαν για το είδος θεραπείας και τον τύπο του ιατρικού κέντρου που νοσηλεύεται ο ασθενής και τη διάρκεια νοσηλείας. Συνοπτικά, ένας ασθενής που χειρουργείται, παραμένει για λίγες ημέρες σε δημόσιο νοσοκομείο και είναι ανύπαντρος έχει λιγότερες πιθανότητες να δηλώσει ικανοποιημένος από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Επίσης οι ασθενείς δήλωναν λιγότερο ικανοποιημένοι από την υλικοτεχνική υποδομή και την έκβαση, συγκριτικά με την ικανοποίηση από το προσωπικό και τη διοίκηση του νοσηλευτικού ιδρύματος. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας, με την εξαίρεση του φύλου και της ηλικιακής ομάδας, παραμέτρους στις οποίες δεν παρατηρήθηκαν ουσιώδεις διαφορές.

### 1<sup>η</sup> Υπόθεση

#### Φύλο

Η υπόθεση αυτή δεν επαληθεύθηκε, καθώς σε καμία εκ των εξαρτημένων μεταβλητών της παρούσας έρευνας δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου. Παρόλα αυτά άλλες μελέτες διαπιστώνουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (Quintana et al 2006, Σωτηροπούλου και συν 2014). Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα που έχει αποδοθεί στο γεγονός ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας και ίσως είναι εξοικειωμένες με αυτές (Σωτηροπούλου και συν 2014). Ωστόσο, στη μελέτη της Νικολάου, οι γυναίκες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες από την ιατρική φροντίδα και ενημέρωση ( Νικολάου 2011). Σημειώνεται ωστόσο η μεγάλη δυσαναλογία ανδρών και γυναικών, υπέρ των τελευταίων στη συγκεκριμένη μελέτη λόγω καθολικής συμμετοχής των γυναικολογικών τμημάτων του νοσοκομείου που διεξήχθη η έρευνα.

## **2<sup>η</sup> υπόθεση**

### **Ηλικία**

**Αναφορικά με την ηλικία, αν και στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, φαίνεται ότι τα ηλικιωμένα άτομα ( άνω των 65 ετών) είθισται εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας. Το εύρημα αυτό αποδίδεται συνήθως στο ότι τρέφουν πιθανότατα χαμηλότερες προσδοκίες από τους νεότερους ή στο ότι αποφεύγουν να αμφισβητήσουν την αυθεντία των επιστημόνων υγείας από φόβο μήπως διαταράξουν τις σχέσεις μαζί τους. Τα σύνθετα πολλές φορές προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι δημιουργούν αυξημένη εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας (Quintana et al 2006, Νικολάου 2011) .**

## **3<sup>η</sup> υπόθεση.**

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι, εύρημα που συναντάται και σε άλλες μελέτες. Ωστόσο, επειδή η πλειονότητα των ασθενών ήταν έγγαμοι, δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Υπάρχει πάντως η άποψη ότι οι έγγαμοι διαθέτουν ένα περισσότερο υποστηρικτικό περιβάλλον και περισσότερη φροντίδα από τους οικείους τους, οι οποίοι πιο εύκολα μπορεί να είναι διαθέσιμοι, σε σχέση με κάποιον που μένει μόνος του ή δεν έχει συγγενείς (King & Reis 2012, Σωτηροπούλου και συν 2014).

## **4<sup>η</sup> υπόθεση**

Η ικανοποίηση διαφοροποιούνταν ανάλογα με τον τύπο θεραπείας. Οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι όχι μόνο από τον εξοπλισμό, αλλά και από το προσωπικό. Οι χειρουργικές επεμβάσεις δημιουργούν ανάγκες αυξημένες φροντίδας, αλλά και υποδομών (καθαριότητας, υπηρεσιών τουαλέτας, μετακίνησης του ασθενούς, με αποτέλεσμα οι ανεπάρκειες στην υλικοτεχνική υποδομή να τονίζονται και οι ασθενείς να λαμβάνουν υπηρεσίες κατώτερες των προσδοκιών τους, με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκειά τους. Άλλωστε, ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Σωτηροπούλου και συν 2014).



## **5<sup>η</sup> υπόθεση**

Διαπιστώθηκε σαφής προτίμηση στον ιδιωτικό τομέα στον τομέα της υλικοτεχνικής υποδομής, γεγονός που πιθανόν αντανακλά ότι τα προβλήματα των ελλήνων ασθενών δε σχετίζονται τόσο με την επιστημονική επάρκεια, όσο με τους υλικούς πόρους και τις «ευκολίες» νοσηλείας. Πράγματι, ο ιδιωτικός τομέας υπερτερεί συνήθως σε ξενοδοχειακό εξοπλισμό, ενώ στο χρόνο φροντίδας που αφιερώνεται στον ασθενή και στην επικοινωνία ιατρού –ασθενούς, ενδεχομένως ο δημόσιος τομέας να εμφανίζει πλεονέκτημα. Στα δημόσια νοσοκομεία, οι ασθενείς αξιολογούν πολύ θετικά την προθυμία, την ευγένεια και την εν γένει ανταπόκριση πρωτίστως του νοσηλευτικού και δευτερευόντως του ιατρικού προσωπικού. Οι διαφορές είναι έκδηλες όταν πρόκειται για αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ στην περίπτωση των ανεπτυγμένων χωρών φαίνεται ότι το ιδιοκτησιακό καθεστώς του νοσοκομείου δεν είναι από μόνος του καθοριστικός παράγοντας και ότι ικανοποίηση η μη των ασθενών αποδίδεται συνήθως σε χαρακτηριστικά των ασθενών και σε στοιχεία που σχετίζονται με το είδος των υπηρεσιών που παρέχει το κάθε νοσοκομείο, παρά στον αν είναι ιδιωτικό ή δημόσιο (Virginie et al 2010, Khattak et al 2012).

## **6<sup>η</sup> υπόθεση**

Ο μακρότερος χρόνος νοσηλείας συνδυάστηκε με καλύτερα επίπεδα ικανοποίησης. Πιθανόν αυτό να φαντάζει αντιφατικό με τα προηγούμενα ευρήματα, καθώς ίσως θα ανέμενε κανείς οι ασθενείς να εξουθενώνονται από τις κακές συνθήκες νοσηλείας. Ωστόσο, η ποιότητα της φροντίδας και το ενδιαφέρον των λειτουργών της υγείας, η οποία και αναδεικνύεται σε μακροχρόνια παραμονή είναι εν τέλει πολύ σημαντική, όπως φαίνεται και από το αποτέλεσμα της βελτίωσης της ικανοποίησης σε συνδυασμό με μακρότερο χρόνο παραμονής, γεγονός που διαπιστώνεται και σε άλλη ελληνική μελέτη (Scotto et al 2009, Νικολάου 2011).

## **7<sup>η</sup> υπόθεση**

Σε μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα (Πολύζος και συν 2005, Νικολάου 2011, Σωτηροπούλου και συν 2014). Προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής και λιγότερο επάρκειας φροντίδας φαίνεται πως απασχολούν

τους έλληνες ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη, είναι χαρακτηριστικό ότι τόσο στα ιδιωτικά, όσο και στα δημόσια νοσοκομεία οι ασθενείς είχαν μέτρια άποψη για τη σύσταση των ιδρυμάτων σε τρίτους, γεγονός που ενδεχομένως φανερώνει συνολικότερη επιφυλακτικότητα απέναντι στη φροντίδα που τους παρείχαν τα ιδρύματα, παρόλο που οριακά τα ιδιωτικά προκρίνονται στις προτιμήσεις των ασθενών. Σίγουρα, οι διαδικασίες εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου και η προσφορά άνετης διαμονής είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

### **Περιορισμοί**

Το μέγεθος του δείγματος, το γεγονός ότι επρόκειτο για δείγμα ευκολίας και το ότι προερχόταν από ένα νοσοκομείο δεν επιτρέπει γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης χρησιμοποιήθηκε ένα μόνο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης και η μέτρηση δεν επαναλήφθηκε κάποιο χρονικό διάστημα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

### **7.1 Συμπεράσματα**

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη ανέδειξε στατιστικά σημαντικά ευρήματα όσον αφορά τη θετική σχέση ικανοποίησης των ασθενών από το προσωπικό, ενώ αντίθετα οι ασθενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη υλικοτεχνική υποδομή, ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία. Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών αναλογικά με την αύξηση του χρόνου νοσηλείας μας οδηγεί με σοβαρές ενδείξεις στο να αναδείξουμε το ρόλο του προσωπικού (νοσηλευτικό και ιατρικό) ως τον σοβαρότερο «πυλώνα» στο σχηματισμό θετικής άποψης για την συνολική παρεχόμενη υπηρεσία. Αυτό σημαίνει από τη μια πλευρά ότι θα πρέπει τα κέντρα αποκατάστασης υγείας από τη μια να εστιάσουν στη βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής τους ώστε να υπάρξει και δεύτερος πόλος θετικής άποψης, από την άλλη να διατηρούν και να βελτιώνουν τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού ανταποδίδοντας το ρόλο «πυλώνα» του προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών. Με άξονα το ρόλο του προσωπικού περαιτέρω μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν στη σχέση της παροχής κινήτρων

από πλευράς διοικήσεως των κέντρων αποκατάστασης, στο προσωπικό και της αύξησης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

### ***Μελλοντικές έρευνες***

Μελλοντικές έρευνες σε μεγαλύτερα δείγματα ασθενών –χρηστών υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαν να αναδείξουν περισσότερες διαφορές, βοηθώντας τους μάνατζερς να εστιάζουν σε ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων –στόχων. Επίσης, η πληρέστερη μελέτη της ικανοποίησης στα δημόσια νοσοκομεία θα μπορούσε να κατευθύνει σε μελέτες παρέμβασης με σκοπό να διαπιστωθεί στην πράξη ο αντίκτυπος συγκεκριμένων μέτρων που θα στοχεύουν στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει να υπάρξει ορθή αξιολόγηση και ερμηνεία του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, Με τον τρόπο αυτό μπορεί να υπάρξει αντίστοιχη ανατροφοδότηση και βελτίωση των δεξιοτήτων ιατρών και νοσηλευτών βελτίωση της ποιότητας της επικοινωνίας με τους ασθενείς και βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών, τόσο σε διοικητικό –επιστημονικό επίπεδο, όσο και σε υλικοτεχνική υποδομή.

## Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B. (1994). Introduction to health: policy, planning and financing. Logman, Harlow. *Health Policy*, 42, 89-100
- Afshan, K., Muhammad, I., Alvi, M., Awais, Y., Syed Z- A., Shah, D., Turial, S. (2012). Patient Satisfaction – A Comparison between Public & Private Hospitals of Peshawar, 4,714-722
- Afshan Khattak, Muhammad Ismail Alvi, Muhammad Awais Yousaf, Syed Zain-ul-Abideen Shah, Diva Turial, Sohail Akhter. Patient Satisfaction – A Comparison between Public & Private Hospitals of Peshawar. 2012. 4,714-722
- Arndt, J. (1967). "Role of Product-Related Conversations in the Diffusion of a New Product". *Journal of Marketing Research*, 4 (August), 291-295.
- Banerjee, A. V. (1993). The Economics of Rumours. *The Review of Economic Studies*, 309-327
- Bloemer, J., de Ruyter, K. & Wetzels, M. (1999). Linking perceived service quality and service loyalty: a multi-dimensional perspective. *European Journal of Marketing*, 33, 1082–106.
- Buttle, F. (1998). Word of mouth: understanding and managing referral marketing. *Journal of strategic marketing*, 6, 241 – 254.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of marketing*, 30, 8-32.
- Berwick, DM., (1989). Health services research and quality of care. Assignments for the 1990s. *Med Care*, 27, 763-71.
- Brady, M. K., Cronin, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65, 34-49

- Camilleri, D., O'Callaghan, MInt., (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.*, 11, 127-33.
- Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55–68.
- Cronin, J., Brady K.M., Hult M.G.T. (2000). Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments *Journal of Retailing*. 76, No. 2.
- Cronin, JJ.Jr., Taylor, S.A., (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions minus expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58, 125-131
- Cummings, J. N., Butler, B., & Kraut, R. (2002). The quality of online social relationships. *Communications of the ACM*, 45, 103-108.
- Cho, SH., Kim, CY., (2007). Trends in patient satisfaction from 1989-2003: adjusted for patient characteristics. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37, 171-8.
- Dann, S. & Dann, S. (2001). *Strategic Internet Marketing*. Brisbane, Australia, John Wiley & Sons Australia, Ltd.
- Davis, A., & Khazanchi, D. (2008). An Empirical Study of Online Word of Mouth as a Predictor for Multi-product Category eCommerce Sales. *Electronic Markets*, 130-141.
- Δερβιτσιώτης, K., (1993). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Αθήνα
- Dick, A. & Basu, K. (1994). Customer loyalty: towards an integrated framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22, 99-113.
- Dichter, E. (1966). "How Word-of-Mouth Advertising Works". *Harvard Business*

*Review*, (November-December), 147-166.

Duncan, T., & Caywood C. (1996). "Concept, Process, and Evaluation of IMC." In *Integrated Communication: Synergy of Persuasive Voices*, Thorson, E. and Moore, J. eds. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Donabedian, A., (1980). Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev.*, 37, 653-98.

Ennew, C., Banerjee, A.K. & Li, D. (2000). Managing word of mouth communication; empirical evidence from India. *International Journal of Bank Marketing* 18, 75-83.

Eskildson, L., Yates, G., (1991). Lessons from industry: revising organizational structure to improve health care quality assurance. 17, 38-41.

Finn, D.W., Lamb, C.W. (1991). An evaluation of servqual scale in a retailing setting. *Advances in Consumer Research*, 18, 483-490.

Fisk, R.P., Brown, S.W. & Bitner, M.J. (1993). Tracking the evolution of the services marketing literature. *Journal of Retailing*, 69, 61-103.

Flexner, A. (2002). Medical education in the United States and Canada. *Bull World Health Organ* , 80, 594-602. ISSN 0042-9686.

Gatignon, H. & Robertson, T.S. (1986). "An Exchange Theory Model of Interpersonal Communication", in *Advances in Consumer Research*, . 13, Richard J. Lutz, ed. Provo, UT: Association for Consumer Research, 534–38.

Gerson, R. (1999). *Members for Life: Proven Service and Retention Strategies for Health – Fitness and Sports Clubs*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Giese, J. L., & Cote, J. A. (2000). Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, ume 2000, No. 1.

- Gremler, D., & Gwinner, K. (2000). Customer-employee rapport in service relationships. *Journal of Service Research*, 3, 82-104.
- Gremler, D.D. & Brown, S.W. (1996). "Service loyalty: its nature, importance, and implications", in Edvardsson, B., Brown, S.W., Johnston, R. (Eds), *Advancing Service Quality: A Global Perspective*, International Service Quality Association, 171-181.
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*. Lexington Books, Lexington, MA.
- Grönroos, C. (1988). "Service quality: the six criteria of good perceived service quality". *Review of Business*, 9, 10-13.
- Grönroos C. (1984), "A service quality model and its marketing implications", *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Grönroos, C. (1982). "*Strategic Management and Marketing in the Service Sector*". Marketing Science Institute, Cambridge, MA.
- Giebing, H, (1994). Nursing quality management in The Netherlands. *Int Nurs Rev.* 41, 17-22.
- Grohar-Murray, M., DiCroce, H., (1997). *Leadership and Management in Nursing*, Appleton & Lange, 96
- Hagsten, B., Svensson, O., Gardulf, A., (2004). Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop Scand*, 75, 77-83.
- Hall, J.A., Milburn, M.A., (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology*, 17, 70-75.

- Hawker, GA., Badley, EM., Borkhoff, CM., Croxford, R., Davis, AM., Dunn, S., Gignac, MA., Jaglal, SB., Kreder, HJ., Sale, JE., (2013). Which patients are most likely to benefit from total joint arthroplasty? *Arthritis Rheum*, 65, 1243-52.
- Hirschhorn, NJ., (1981). Quality assurance for a small planet. *Ambul Care Manage*, 4, 15-22.
- Hu, Y., Wood, J. F., Smith, V., & Westbrook, N. (2004). Friendships through IM: Examining the relationship between instant messaging and intimacy. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10, 38-48.
- International Organization for Standardization (1990) Quality Management and Quality System Elements. Part 2: Guidelines for Services. Geneva: ISO.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1995) Accreditation Manual for Hospitals. Volume 1, Standards.
- Kettinger, W.J. & Lee, C.C. (1994). Perceived service quality and user satisfaction with the information services function. *Decision Sciences*, 25, 737-766.
- King, KB., Reis, HT., (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychol*, 31, 5-62.
- Koch, TJ., (1992). A review of nursing quality assurance. *Adv Nurs*. 17,785-94.
- Kuguoglu, S., Eti Aslan F., (2006). Are patients in Western Turkey contented with healthcare services?: a quality assessment study. *Journal of nursing care quality*, 21, 366-71
- Lee RI., J., (1990). The concept of good medical care, 1933. By Lee RI and Jones LW]. *Salud Publica Mex*, 32, 245-7
- Littlejohn, S.W. (1990). *Theories of Human Communication*, 2nd edn. Belmont, CA:



Wadsworth.

Lui, Y. (2006). Word of Mouth for Movies: Its Dynamics and Impact on Box Office Revenue. *Journal of Marketing*, 74-89.

Mangold, G. W. (1987). Use of commercial sources of information in the purchase of professional service: what the literature tells us. *Journal of Professional Services Marketing*, 3, 5-17.

Mangold, G.W., Miller, F. & Brockway, G.R. (1999). Word-of-mouth communication in the service marketplace. *The Journal of Services Marketing*, 13, 73-89.

Misner, I. R. (1994). *The world's best known marketing secret, building your business with word-of-mouth marketing*. United States of America, Bard Press.

Murray, K. (1991). A Test of Services Marketing Theory: Consumer Information Acquisition Activities. *Journal of Marketing*, 55, 10–25

N.2519/1997 165Α Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις

Νικολάου, Ε., (2011). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή. Παν/μιο Κρήτης Ηράκλειο

Ovretveit, J. (1990). What is quality in health services? *Health Services Management*, 86, 131-133.

Pappa, E., Niakas, D., (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6, 146.

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ.,

- (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 25, 73–82
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. (1985). Problems and strategies in services marketing *Journal of marketing*, Spring, 33-46.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L.. (1994). Alternatives scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing*, 70, 201-230.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 13–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, VA. & Berry, LL. (1985). Servqual: a multiple - service quality and its implications for future research". *Journal of Marketing* 49, 41–50.
- Πολύζος, Ν., (1994). Total quality indicators of hospital products. Πρακτικά Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος, 71- 100
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 22(3), 284-295.
- Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ., Μαριάτου, Δ., (2007). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19, 10–19
- Quintana, JM., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., et al. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.

- Redfern, S.J., Norman, I.J.J., (1990). Adv Nurs. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. 15 Journal of Advanced Nursing, 15,1260-71.
- Richins, M. L. (1984). "Word of Mouth Communication as Negative Information," in *Advances in Consumer Research*, 11, Thomas C. Kinnear, ed. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 697-702.
- Rust, R.T. & Oliver, R.L. (1994). *Service Quality; New Directions in Theory and Practice*. Thousand Oaks, California, SAGE Publication.
- Sernovitz A, Godin S., Kawasaki G. (2009). *Word of Mouth Marketing: How Smart Companies Get People Talking*, rev. edition, Kaplan Publishing, New York.
- Sernovitz, A. (2006). *Word of Mouth Marketing: How Smart Companies Get People Talking*. Chicago: Kaplan Business Publishing
- Scotto F, De Ceglie A, Guerra V, Misciagna G, Pellecchia A. Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal* 2009.114, 86-97.
- Schmadl, J.C., (1979). Quality assurance: examination of the concept. *Nurs Outlook*, 27, 462-5.
- Sloan, A.E., Dansey, R., Zamorano, L., Barger, G., Hamm, C., Diaz, F., Baynes, R., (2000). Adoptive immunotherapy in patients with recurrent malignant glioma: preliminary results of using autologous whole-tumor vaccine plus granulocyte-macrophage colony-stimulating factor and adoptive transfer of anti-CD3-activated lymphocytes. *Wood GNeurosurg Focus*, 15,9.
- Steiber, S., (1987). Quality of care good for patient and provider, *Hospitals*. 61, 76.
- Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ό.,

- Μαρβάκη, X., (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 13, 160-176
- Taylor, AG., Haussmann, GM., (1998). Meaning and measurement of quality nursing care. *Appl Nurs Res.* 1, 84-8.
- Taylor, J. (2003). Word of Mouth Is Where It's At. *Brandweek*, 26.
- Taylor, S.A. & Baker, T.L. (1994). An assessment of relationship between service quality & customer satisfaction in the formation of consumer's behavior. *Journal of Retailing*, 70, 163–78.
- Theodorakis, N., Goulimaris, D. & Gargalianos, D. (2003). The relationship between service quality and behavioural intentions for spectators at traditional dance performances in Greece. *World Leisure Journal*, 1, 55-63.
- Van Maanen, H.M., (1981). Improvement in quality of nursing care: a goal to challenge in the eighties. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 3-9
- Virginie, P., Bernarda, Z., Rachel, R., Will, B., Pauline, A., (2010). Does hospital ownership affect patient experience? an investigation into public-private sector differences in England.
- Vuori, J., Kylänen, M., Tritter, J, (2010). Transfer of patients from health care centres to special care services: analysis of travel distances in Nordic countries. *Int J Circumpolar Health*, 69, 512-8.
- Williams, T., (1992). W. Edwards Deming and total quality management: an interpretation for nursing practice. *Howe RJ Healthc Qual*, 14, 36-9.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategy for health for all by the year 2000. WHO, Geneva, 1981

- Ζαφειρούδη, Α. (2003). *Πρόβλεψη της «προφορικής επικοινωνίας» πελατών ξενοδοχείων μονάδων δια μέσου της αντίληψης αυτών για την ποιότητα των υπηρεσιών*. Διπλωματική εργασία στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Παν/μιων ΑΠΘ, Θεσσαλίας και Δημοκρίτειου Θράκης.
- Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. & Gremler, D.D. (2009). *Services Marketing*. 5<sup>th</sup> ed, McGraw Hill, New York.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M.J. (2003). *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. New York: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (2000). *Services marketing: integrating customer focus across the firm*. N.Y: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V.A., Berry, L. & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60, 31–46.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ