

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ &
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ
ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

**ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΠΑΠΠΑ ΜΑΡΙΑ**

Επιστημονικά Υπεύθυνος : Χ. Γούναρης

ΠΑΤΡΑ 2005

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 5957

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ &
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ
ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΠΠΑ ΜΑΡΙΑ

Επιστημονικά Υπεύθυνος : Χ. Γούναρης

ΠΑΤΡΑ 2005

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά :

- Τον επιβλέπων καθηγητή μας, κ Χρυσόστομο Γούναρη για την υποστήριξη του, τις συμβουλές του και την άρτια επιστημονική καθοδήγηση που μας προσέφερε.
- Τον κ Σταμάτη Βλάσση για την ουσιαστική και πολύτιμη βοήθεια του κατά την διάρκεια της συγγραφής αυτής της μελέτης .
- Τις οικογένειες μας για την κατανόησή τους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της προσπάθειάς μας.
- Τους φίλους μας για την αγάπη και υποστήριξη τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	6
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ;	6
1.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας.....	7
1.1.2 Η σημασία της ποιότητας για την επιχείρηση	9
1.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
1.2.1 Ο ορισμός της ποιότητας στον τομέα της υγείας.....	12
1.3 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	15
1.3.1 Σύγκριση των διαστάσεων της ποιότητας.....	17
1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.5 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	21
1.5.1 Εκτίμηση της ποιότητας.....	21
1.5.2 Εφαρμογή της εκτίμησης της ποιότητας.....	22
1.5.3 Γιατί είναι δύσκολη η μέτρηση της ποιότητας	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	24
2.1 ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	25
2.2 ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	27
2.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ	29
2.4 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	30
2.5 ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	32
2.5.1 Απόδοση σε επίπεδο χαρακτηριστικών(Attribute-level performance)	32
2.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	33
2.7 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	38
ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	38
3.1 ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	38
3.2 ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	42
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	42
4.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ.....	42
4.1.1 Το μοντέλο μέτρησης της ποιότητας του Oliver	42
4.1.2 Το μοντέλο μέτρησης της ποιότητας ΚQCAH	43
4.1.3 CONJOINT Analysis	44
4.1.4 Το εργαλείο SERVCON	44
4.1.5 Marketing Lens Model(MLM)	45

4.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΚΡΟΩΝ	46
4.2.1 Short Form-20.....	46
4.2.2 Short Form-36.....	47
4.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	49
4.3.1 Sickness Impact Profile- SIP.....	49
4.3.2 Functional Limitation Profile	50
4.3.3 Περιορισμοί του SIP FLP	50
4.4 SERVQUAL	51
4.4.1 Ανάλυση του μοντέλου	51
4.4.2 Ποσοτική Χρήση του SERVQUAL	53
4.5 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΩΝ ΧΑΣΜΑΤΩΝ	54
4.6 ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ SERVQUAL.....	59
4.6.1 Το SERVQUAL στον τομέα της υγείας	61
4.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ SERVQUAL ΚΑΙ SERVPERF.....	63
4.7.1 Εννοιολογικές διαφορές	64
4.7.2 Μελέτη της συμπεριφοράς των ασθενών.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	67
ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	
ΥΓΕΙΑΣ	67
5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;.....	67
5.1.1 Η αλλαγή του νοσοκομειακού περιβάλλοντος	68
5.1.2 Η εξέλιξη των νοσοκομείων.....	68
5.1.3 Ο ρόλος και η λειτουργία των νοσοκομείων	69
5.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ	70
5.2.1 Διαφορετικοί τύποι νοσοκομείων	71
5.2.2 Νοσοκομεία και εξωτερικό περιβάλλον	71
5.3 ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	72
5.3.1 Οικονομίες κλίμακας	72
5.3.2 Κριτήρια μέτρησης του κόστους.....	72
5.3.3 Σχέση μεγέθους και αποτελέσματος.....	73
5.4 ΕΠΕΝΔΥΟΝΤΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	74
5.4.1 Δείκτες κλινικής απόδοσης	75
5.4.2 Βελτιώνοντας την απόδοση μέσα στο νοσοκομείο.....	77
5.5 ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΣ	
ΠΡΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	80
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	80
6.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ – ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	80
6.1.1 Σκοπός της Έρευνας.....	80
6.1.2 Ανάπτυξη Εργαλείου Εκτίμησης της Ποιότητας των Παρεχόμενων	
Υπηρεσιών.....	80
6.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	82

6.2.1 Η επιλογή του δείγματος.....	82
6.2.2 Συλλογή δεδομένων.	85
6.2.3 Μοντέλο Μέτρησης της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών	85
6.2.4 Παρουσίαση Μεταβλητών Ανάλυσης για την Μέτρηση της.....	91
Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Νοσοκομειακών Μονάδων ...	91
6.3 ΈΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ (VALIDITY) ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ (RELIABILITY)	
ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	101
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	101
7.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	101
7.2 BOXPLOT	110
7.3 CROSSTABS	118
7.4 RELIABILITY ANALYSIS	137
7.4 FACTOR ANALYSIS	138
7.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ	146
7.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	151
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	152
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	175

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα υπηρεσιών είναι ένα μέτρο που ορίζει πόσο καλά οι παρεχόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις προσδοκίες των πελατών. Το θέμα της ποιότητας στο τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει λάβει τεράστια προσοχή τα τελευταία χρόνια, εν μέρει διότι η αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα συσχετίζεται πολύ με την ικανοποίησή τους.

Η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομειακό περιβάλλον είναι το κύριο βήμα στην διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών. Αποτελεί δε ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας της πολυπλοκότητας της αλυσίδας διανομής της υπηρεσίας και του πολύ-επιπέδου τύπου οργάνωσης και λειτουργίας των δευτεροβάθμιων- τριτοβάθμιων μονάδων φροντίδας υγείας. Ο ασθενής είναι το κλειδί στην αλυσίδα διανομής των υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω του πολυδιάστατου ορισμού της Ποιότητας εκφράζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάπτυξη προτύπου μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο απασχολεί ιδιαίτερα την διεθνή επιστημονική κοινότητα με στόχο την αποτελεσματική διοίκηση των υπηρεσιών υγείας και την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η μέθοδος που έχει επικρατήσει στην μέτρηση της ποιότητάς των υπηρεσιών είναι η κλίμακα SERVQUAL που προτάθηκε από τον Parasuraman και τους συνεργάτες του. Ο τρόπος μέτρησης της μεθόδου βασίζεται στην σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και των αντιλήψεων τους μετά την παροχή της φροντίδας.

Στη συνέχεια οι Cronin και ο Taylor πρότειναν την απόρριψη του στοιχείου των προσδοκιών από την SERVQUAL, και πρότειναν την χρησιμοποίηση μόνο των μέτρων της απόδοσης (αυτό που ονόμασαν SERVPERF). Το SERVPERF είναι ένα εργαλείο που βασίζεται στην μέτρηση μόνο των αντιλήψεων των ασθενών για μια υπηρεσία, αντίθετα με το SERVQUAL που μετράει την διαφορά ανάμεσα στις προσδοκιών των πελατών και τις αντιλήψεις τους μετά την παροχή της υπηρεσίας.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται συγκεκριμένο πρότυπο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας βασιζόμενο στην ικανοποίηση των ασθενών, όπου αναπτύχθηκε στα πλαίσια έρευνας του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η εργασία στηρίχθηκε σε δεδομένα έρευνας του Ινστιτούτου Κοινωνικής Πολιτικής του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Έρευνας και περιλαμβάνει μετά-ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα έγινε μια ανάλυση των περιγραφικών στοιχείων, έλεγχος αξιοπιστίας, εντοπίστηκαν οι σημαντικές στατιστικές συσχετίσεις, και εφαρμόστηκε η μέθοδος factor Analysis.

Το πρότυπο αναπτύχθηκε για ασθενείς κλινικών γενικής χειρουργικής δημόσιων μονάδων φροντίδας υγείας, αποτελεί όμως σε σημαντικό βαθμό αποτελεί ένα γενικό πλαίσιο όπου δύναται να χρησιμοποιηθεί και για την μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των κλινικών του νοσοκομείου με κατάλληλες τροποποιήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Περίληψη

Η ποιότητα είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο στον τομέα της υγείας καθώς επίσης και σε όλες τις εταιρίες ή οργανισμούς που τους ενδιαφέρει η ικανοποίηση των ασθενών/ πελατών τους και κατά συνέπεια η μεγιστοποίηση του κέρδους. Η μελέτη της ποιότητας απασχολεί εδώ και πολλά χρόνια ερευνητές οι οποίοι προσπαθούν να προσδιορίσουν ακριβείς ορισμούς. Είναι σίγουρο ότι θα τους απασχολεί για πολύ καιρό ακόμα ωστόσο οι ασθενείς/ πελάτες δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ;

Πριν γίνει προσπάθεια παρουσίασης της έννοιας της ποιότητας καλό θα ήταν να αναρωτηθούμε γιατί τα τελευταία χρόνια ο όρος αυτός επιβάλλεται όλο και περισσότερο στη λειτουργία της επιχείρησής. Ζούμε στην εποχή που τουλάχιστον στις προηγμένες κοινωνίες εμφανίζεται επάρκεια στην προσφορά όλων των κατηγοριών των αγαθών και των υπηρεσιών. Η προσφορά είναι πραγματικά μεγάλη και υπερκαλύπτει τη ζήτηση με αποτέλεσμα ο ανταγωνισμός να είναι έντονος. Είναι λοιπόν λογικό να ερευνείται εντατικά ο τρόπος με τον οποίο θα εξασφαλίσουν οι εταιρίες το μεγαλύτερο κατά το δυνατόν μερίδιο αγοράς. Η έρευνα αυτή έδωσε ορισμένα πολύ σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τη συμπεριφορά του πελάτη -καταναλωτή. Το σημαντικότερο συμπέρασμα είναι ότι υπάρχουν ακόμη και σήμερα στην εποχή της ποιότητας, πολλοί καταναλωτές-χρήστες που προτιμούν να αγοράσουν το φθηνότερο προϊόν, προτιμούν δηλαδή να αποφασίσουν με βάση την τιμή. Από την άλλη όμως πλευρά, είναι εντυπωσιακά μικρός ο αριθμός αυτών που θα ξαναγόραζαν κάτι που δεν τους ικανοποίησε την πρώτη φορά είτε αυτό είναι προϊόν είτε υπηρεσία. Με αυτόν τον τρόπο αποδεικνύεται ότι ο σημερινός καταναλωτής εφαρμόζει, ίσως ασυνείδητα, το ρητό των Αρχαίων Ελλήνων «το δīs εξαμαρτείν ουκ ανδρός σοφού». Κανείς δεν είναι διατεθειμένος να κάνει την ίδια λάθος επιλογή για δεύτερη φορά!!

Οι σύγχρονοι οργανισμοί που ενδιαφέρονται πραγματικά να διατηρήσουν και να αυξήσουν το μερίδιο της αγοράς που τους αναλογεί, φαίνεται ότι έλαβαν το μήνυμα και στρέφονται στην ανάπτυξη των πολιτικών ποιότητας και στις έρευνες αγοράς έτσι ώστε να προσδιορίσουν τον πιο έγκυρο οδηγό σε αυτή τους την προσπάθεια που δεν είναι άλλος από την εκτίμηση των απαιτήσεων και των αναγκών του πελάτη-χρήστη.

Οι σύγχρονες επιχειρήσεις τείνουν να στραφούν ολοκληρωτικά στην ποιότητα. Το μήνυμα είναι καθαρό και αυτό είναι πραγματικό το σημείο που έδωσε ώθηση στην ολοένα και πιο έντονη εισβολή της ποιότητας στη ζωή μας. Αυτή είναι και η απάντηση σε όσους ρωτούν γιατί εταιρίες στα πρόθυρα της χρεοκοπίας κατάφεραν να μεγαλοουργήσουν από τη στιγμή που στράφηκαν στην ποιότητα.

Στην αγορά σήμερα πολλά πράγματα μπορούν να συγχωρεθούν αλλά όχι η κακή ποιότητα και η προσπάθεια εξαπάτησης των αγοραστών, όποιος και αν είναι αυτός (άτομο ή άλλες παραγωγικές μονάδες). Όπου δεν παρέχεται ποιότητα δε θα υπάρχουν πωλήσεις και αυτό

πρέπει να κατανοηθεί πλήρως από όλους τους μάνατζερ. Εξάλλου, όπως έλεγε και ο Λίνκολν: "μπορείς να τους ξεγελάσεις όλους μερικές φορές, μπορείς να ξεγελάσεις μερικούς όλες τις φορές αλλά δεν μπορείς να ξεγελάσεις όλους, όλες τις φορές".

Για να μπορέσει κάποιος να βαδίσει στο δρόμο της ποιότητας πρέπει πριν κάνει οποιαδήποτε ενέργεια να προσδιορίσει με ακρίβεια τους στόχους του, δηλαδή να κατανοήσει τι είναι πραγματικά ποιότητα για τον ίδιο και για την επιχείρησή του. Η κατανόηση του όρου της ποιότητας δε βασίζεται στη γνώση κάποιου ή κάποιων από τους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν δοθεί σ' αυτήν, αλλά στη μεθοδική και ολοκληρωμένη διερεύνηση και αποσαφήνιση του τι κάνει τον πελάτη ευχαριστημένο. **Η προσοχή είναι και θα παραμείνει εστιασμένη στον αγοραστή.** Βέβαια εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι πρώτες προσπάθειες για παραγωγή προϊόντων υψηλής ποιότητας δεν προήλθαν από την ανάγκη ικανοποίησης απαιτητικών πελατών αλλά από την απαίτηση για υψηλή ασφάλεια και αξιοπιστία που χρειάζονται σε προϊόντα υψηλής τεχνολογίας όπως διαστημικά υλικά, στρατιωτικά υλικά, μέσα μεταφοράς και άλλα.

1.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας

Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν δοθεί για την έννοια της ποιότητας είναι πολλοί, εδώ θα παρουσιαστούν αυτοί που είναι πιο χαρακτηριστικοί και έχουν την ευρύτερη δυνατή εφαρμογή. Από συζητήσεις για τον ορισμό της ποιότητας συμπεριλαμβάνονται οι ακόλουθες απόψεις:

- Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη.
- Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ικανοποιούν δεδομένες προδιαγραφές.
- Ο πιο σύγχρονος, ενδεδειγμένος, ευέλικτος και αποτελεσματικός τρόπος διοίκησης μιας επιχείρησης.
- Η καταλληλότητα χρήσης.
- Σύμφωνα με τον ορισμό που περιέχεται στο πρότυπο ISO 9000 είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που αναφέρεται στην ικανότητα του να ικανοποιεί τόσο τις δεδομένες όσο και τις αναμενόμενες ανάγκες του πελάτη.
- Το να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά και κάθε φορά.
- Το να πληρώνεις γι' αυτό που πραγματικά παίρνεις. Η ποιότητα είναι πολύ δύσκολο να οριστεί. Ο Tersine (1985) υποστήριξε ότι η ποιότητα ορίζεται ως ένα μέτρο του κατά πόσο κοντά ένα αγαθό ή μια υπηρεσία είναι σύμφωνα με συγκεκριμένες προκαθορισμένες απαιτήσεις.
- Ο Crosby (1979) την ορίζει ως συμφωνία με απαιτήσεις. Άλλοι την ορίζουν ως τον βαθμό που ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία ικανοποιεί τις επιθυμίες ενός ασθενή.

- Ο Juran (1962) την ορίζει ως τον βαθμό όπου ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία προτιμάται έναντι ομοειδών ανταγωνιστικών προϊόντων μέσω συγκριτικών τεστ μεταξύ πελατών.
- Τέλος, ο Ford (1990) θεωρεί πως ποιότητα ορίζεται από τον ασθενή.

Η μελέτη των παραπάνω προσδιορισμών μπορεί να δώσει μία πρώτη εικόνα της έννοιας της ποιότητας. Η πλήρης όμως κατανόηση και εισαγωγή αυτής της έννοιας στο σύστημα διοίκησης μιας επιχείρησης απαιτεί σοβαρή, συνεπή και εκτεταμένη έρευνα και μελέτη τόσο των στοιχείων των βιβλιογραφικών δεδομένων και των χιλιάδων πετυχημένων εφαρμογών της όσο και έρευνα αγοράς σε όλα τα επίπεδα.

Το κλειδί για τη διοίκηση ενός οργανισμού με μοναδικό γνώμονα την ποιότητα είναι κατά βάση να γνωρίζει πλήρως τι χρειάζεται να βελτιώσει και φυσικά να επιλέξει τον τρόπο με τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Η κατανόηση των όρων όπως χαρακτηριστικά προϊόντος, σχεδιασμός και ικανότητα διαδικασίας βοηθούν σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή.

Σήμερα στην βιομηχανία των προηγμένων χωρών ποιότητα σημαίνει «εκπλήρωση συγκεκριμένων απαιτήσεων των πελατών με ορθολογικό τρόπο και φυσικά μέσα σε ορισμένο ανεκτό όριο κόστους». Οι σημαντικότερες από τις απαιτήσεις αυτές είναι η καταλληλότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας ως προς την χρήση του από τον αγοραστή και η τιμή πώλησής του. [72]

Δεν υπάρχει μόνο ένας αποδεκτός ορισμός της ποιότητας υπηρεσιών. Η έννοια έχει ερμηνευτεί από διάφορες οπτικές γωνίες και διάφοροι ερευνητές έχουν καταλήξει στα παρακάτω:

- **Αριστεία.** Είναι το διακριτικό σημάδι των αδιαπραγμάτευτων προτύπων και της υψηλής αποτελεσματικότητας, αλλά μπορεί να υπάρξουν δυσκολίες μέτρησης, οι "ιδιότητες της τελειότητας μπορούν να αλλάξουν," και ένας "ικανοποιητικός αριθμός αγοραστών πρέπει να είναι πρόθυμος να πληρώσει για την τελειότητα." [30]
- **Αξία.** Είναι ένας άλλος ανταγωνιστικός παράγοντας. Η αξία αντικατοπτρίζει το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον του πελάτη για να πάρει περισσότερα σε σχέση με την επενδυτική προσπάθεια, χρήματα και χρόνο. [62] Αν και η αξία "ενσωματώνει πολλαπλές ιδιότητες," είναι δύσκολο να εξαχθούν τα "επιμέρους συστατικά της αξίας." Εκτός αυτού, η αξία και η ποιότητα δεν είναι συνώνυμες.
- **Προσαρμογή στις προδιαγραφές.** Η προσαρμογή είναι βασισμένη στη μείωση των λαθών, των σπυριών, ή των σφαλμάτων ώστε να βελτιώνεται συνεχώς η ποιότητα. "Διευκολύνει την ακριβή μέτρηση" και "οδηγεί στην αυξανόμενη αποδοτικότητα. Εν τούτοις, "οι καταναλωτές δεν ξέρουν ή δεν φροντίζουν για τις εσωτερικές προδιαγραφές" και μια τέτοια προοπτική είναι "επικεντρωμένη εσωτερικά" και "ακατάλληλη για τις υπηρεσίες."
- **Ικανοποίηση ακόμα και υπέρβαση των προσδοκιών των πελατών.** Αυτή η προοπτική εστιάζει στις προσδοκίες και αξιολογεί την υπηρεσία από την προοπτική του πελάτη. Ακόμα, "οι πελάτες μπορούν να μην ξέρουν τις προσδοκίες (τους)," και μπορεί να υπάρξει "σύγχυση μεταξύ της εξυπηρέτησης πελατών & της ικανοποίησης πελατών." [30]

1.1.2 Η σημασία της ποιότητας για την επιχείρηση

Η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας ενός προϊόντος ή υπηρεσίας αποτελεί πολύ σημαντικό θέμα τόσο για την επιχείρηση όσο και για τους πελάτες της. Για την επιχείρηση αποτελεί από την μια πλευρά σημαντικό όφελος για την λειτουργία και από την άλλη ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που πολύ δύσκολα αντιγράφεται. Σε μια επιχείρηση όπου εφαρμόζονται προγράμματα διασφάλισης ποιότητας, όλα γίνονται σωστά με την πρώτη φορά, έτσι τείνουν να εκλείψουν οι περιττοί έλεγχοι, οι επανακατεργασίες, οι καθυστερήσεις, οι παρεξηγήσεις και το ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον. Αυτό είναι πολύ σημαντικό τόσο για την διοίκηση που στοχεύει στην αύξηση του κέρδους της όσο και για τους εργαζομένους της επιχείρησης που θέλουν ικανοποίηση από την εργασία τους, σεβασμό από τους πελάτες, εργασία με προοπτικές οικονομικής αναρρίχησης και εργασιακή ασφάλεια.

Η μη ποιοτική επιχείρηση χάνει συνεχώς ένα μεγάλο μέρος από τα καθαρά της κέρδη και επηρεάζονται τα παρακάτω στοιχεία της:

- **Η φήμη της:** Η ποιότητα των προϊόντων ή υπηρεσιών ακολουθεί και χαρακτηρίζει πάντα το όνομα της εταιρίας. Κάτω από αυτό το πρίσμα η εταιρία αυτή θα κερδίζει ένα είδος αυτόματης διαφήμισης που έχει τη δυνατότητα να καλύψει τα καινούργια προϊόντα της, τους διανομείς της και γενικότερα την αγορά. Έχει αποδειχθεί ότι καμιά διαφημιστική καμπάνια, όσο καλή και αν είναι, δεν μπορεί να υποκαταστήσει τη δύναμη που έχει και την επιρροή που ασκεί στην αγορά η φήμη.
- **Το κόστος και το μερίδιο της αγοράς:** Κάθε προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο μερίδιο αγοράς και μειωμένο κόστος παραγωγής των προϊόντων ή των υπηρεσιών, τα οποία και έχουν άμεση θετική επίδραση στο κέρδος της επιχείρησης. Ο αποτελεσματικός ποιοτικός έλεγχος και η διασφάλιση της ποιότητας έχουν άμεση και σημαντική επίδραση στην διαδικασία παραγωγής αφού ελαχιστοποιούν τις επανακατεργασίες, τους περιττούς ελέγχους και τα ελαττωματικά προϊόντα. Επίσης για τον πελάτη που επενδύει ένα μέρος των χρημάτων του σε ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία, η ποιότητα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας και γι' αυτό πολλές φορές είναι διατεθειμένος να πληρώσει περισσότερο γι' αυτήν.[72]
- **Η υπευθυνότητα για το προϊόν:** Οι πολύπλοκες εφαρμογές στις οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα πολλά από τα προϊόντα και οι αυξημένες ανάγκες για προστασία του καταναλωτή και του περιβάλλοντος δίνουν στην ποιότητα την εξέχουσα θέση μεταξύ των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των προσφερομένων προϊόντων ή υπηρεσιών. Το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο περιλαμβάνει αντίστοιχες νομικές διατάξεις που καθιστούν υπεύθυνους για τα χαρακτηριστικά του παραγόμενου αντικείμενου όλους όσους αποτελούν την αλυσίδα παραγωγής και διάθεσης, καθορίζοντας βαριές ποινές για όλες τις περιπτώσεις μη συμμόρφωσης με δεδομένες προδιαγραφές και πρότυπα.
- **Η εικόνα της επιχείρησης:** Με τις τελευταίες τεχνολογικές εξελίξεις και διεθνείς συμβάσεις η αγορά στην οποία απευθύνονται οι εταιρίες τείνει όλο και περισσότερο προς την παγκοσμιοποίηση. Η διασφάλιση της ποιότητας λοιπόν έχει διεθνείς προεκτάσεις τόσο για την εταιρία όσο και για την χώρα στην οποία αυτή δραστηριοποιείται.[72]

1.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κύριο έργο ενός νοσοκομείου είναι η διανομή υπηρεσιών, εφόσον εκτελεί μια υπηρεσία παρά παράγει ένα προϊόν. Είναι λοιπόν αναγκαίο σε αυτό το σημείο να διερευνήσουμε τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες της υπηρεσίας.

Μια προσέγγιση των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας έχει δοθεί από τους Zeithalm & Bitner[62]:

A) Άυλα Στοιχεία (Intangibility)

- Το Service μπορεί να θεωρηθεί ως υπηρεσία, ως διαδικασία, ως αποδόση. Έτσι κατά τους Jonson, Mac Millan και Allen οι υπηρεσίες δεν είναι απτά αντικείμενα που να μπορούμε να τα αγγίξουμε να τα δούμε και να τα αισθανθούμε, είναι άυλες πράξεις και αποδόσεις.
- Λίγα προϊόντα-υπηρεσίες είναι εξ' ολοκλήρου άυλα (intangible). Στα προτεινόμενα προϊόντα υπάρχει ένας συνδυασμός άυλων αλλά και απτών χαρακτηριστικών που πρέπει να διερευνηθούν ακόμη και στο αγαθό της υγείας όπου ο ασθενής και βλέπει αλλά και αισθάνεται.
- Για παράδειγμα οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι ενέργειες (χειρουργείο, διάγνωση, εξέταση, θεραπεία κλπ) που εκτελούνται από προμηθευτές και παρέχονται στους ασθενείς και στις οικογένειες τους. Αυτές οι υπηρεσίες έχουν συγκεκριμένα απτά στοιχεία όπως εξοπλισμός, δωμάτια. Αυτές οι υπηρεσίες είναι πολύ δύσκολο να τις απληφθούν από τους ασθενείς. Ακόμα και ύστερα από τη διάγνωση ή το χειρουργείο είναι πιθανόν ο ασθενής να μην έχει κατανοήσει την υπηρεσία που έχει παρασχεθεί.
- Οι υπηρεσίες δεν μπορούν να παρακολουθηθούν εύκολα και έτσι διακυμάνσεις στην ζήτηση δεν μπορούν να διαχειριστούν. Οι υπηρεσίες είναι δύσκολο να αποτυπωθούν ή εύκολα να μεταβιβαστούν επικοινωνιακά στους πελάτες. Έτσι η ποιότητα δύσκολα αξιολογείτε από τους πελάτες.

B) Ανομοιογένεια (Heterogeneity)

- Επειδή οι υπηρεσίες είναι αποτελέσματα ενεργειών που παράγονται από ανθρώπους, δύο υπηρεσίες δεν μπορούν να είναι ίδιες ακριβώς. Επίσης η απόδοση διαφέρει από μέρα σε μέρα. Ακόμη και στα αποτελέσματα οι ασθενείς δεν διακρίνουν την υπηρεσία με ομοιογένεια, ο καθένας έχει διαφορετικές απαιτήσεις και οι εμπειρίες του είναι διαφορετικές. Η ανομοιογένεια συνδέεται ισχυρά με τις υπηρεσίες είναι αποτέλεσμα των ανθρώπινων αλληλοεπιδράσεων (μεταξύ των εσωτερικών υπάλληλων του οργανισμού και των πελατών).
- Επειδή η υπηρεσία είναι ανομοιογενής στον χρόνο η εξασφάλιση συνεπούς ποιότητας υπηρεσίας αποτελεί πρόκληση. Η ποιότητα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που δεν μπορούν να ελεγχθούν πλήρως από τον προμηθευτή της υπηρεσίας, όπως η ικανότητα του ασθενή να διαμορφώνει τις ανάγκες του, την ικανότητα ή την επιθυμία του προσωπικού να ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες και το

επίπεδο της ζήτησης για υπηρεσίες. Έτσι, ο μάνατζερ δεν θα μπορεί να ξέρει ότι οι υπηρεσίες θα προσφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο.

Γ) Ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση

- Οι υπηρεσίες παράγονται και καταναλώνονται ταυτόχρονα. Σε αντίθεση με προϊόντα ο ασθενής συμμετέχει στην παραγωγή των προϊόντων, οπότε βλέπει και πιθανώς παίρνει μέρος στην παραγωγική διαδικασία. Επίσης ο ασθενής αλληλεπιδρά με τους άλλους οπότε μπορεί να επηρεάσει σημαντικά των άλλων τις εμπειρίες κατά την ώρα της παραγωγής. Επίσης οι προμηθευτές νιώθουν ότι παίζουν σημαντικό ρόλο ως μέρος του προϊόντος και ένα σημαντικό στοιχείο της εμπειρίας για την υπηρεσία όπου διανέμεται για τον πελάτη.
- Η μαζική παραγωγή είναι σχεδόν αδύνατη. Η ποιότητα της υπηρεσίας και η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το τι συμβαίνει στον πραγματικό χρόνο συμπεριλαμβάνοντας ενέργειες των εργαζομένων και αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους πελάτες και στους εργαζομένους. Επειδή, ο ασθενής εμπλέκεται στις υπηρεσίες μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά το αποτέλεσμα (αν κατά της διαδικασίας συνεργάζεται με τους γιατρούς). Επίσης επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό ικανοποίησης.

Δ) Αναλωσιμότητα (Perishability)

- Η αναλωσιμότητα αναφέρεται στο γεγονός ότι η υπηρεσία δεν μπορεί να αποθηκευτεί, να ξαναπωληθεί, να επιστραφεί.
- Δεν μπορεί να αποθεματοποιηθεί. Η πρόβλεψη της ζήτησης και ο σχεδιασμός για την χρησιμοποίηση της χωρητικότητας του συστήματος αποτελούν επιστημονική πρόκληση.[62]

Έχοντας κατανοήσει πλέον την υπόσταση και τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν μια υπηρεσία, μπορούμε να προχωρήσουμε στην εξέταση της ποιότητας στον χώρο της υγείας.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική. Οι προμηθευτές θεωρούν ότι ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι κάτι που πρέπει οπωσδήποτε να υφίσταται. Η αναγέννηση της εξυπηρέτησης πελατών εμφανίστηκε, εν μέρει, επειδή η ποιότητα υπηρεσιών, σε αντιδιαστολή με το κόστος, είναι διαφορετική μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Η συμμετοχή και η ικανοποίηση του πελάτη έχουν επιπτώσεις στη συμπεριφορά του. Οι ερευνητές βρήκαν μια **θετική σχέση μεταξύ του αισθήματος της ικανοποίησης που βιώνει ένας ασθενής και της συμμόρφωσής του με τα αντίστοιχα ιατρικά πρότυπα**. Καθώς η ποιότητα βελτιώνεται, υπάρχει μία παράλληλη αύξηση των προσδοκιών.

Σύμφωνα με τους Moore και Betty, όσο οι καταναλωτές ασχολούνται περισσότερο με την ποιότητα, οι εταιρίες υπηρεσιών όχι μόνο πρέπει να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες τους, αλλά και να τις υπερβούν. Η συνέπεια της μη ικανοποίησης των προσδοκιών έτυχε μεγάλης προσοχής.

Οι επικεφαλές της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης, επομένως, πρέπει να προβλέψουν τις προσδοκίες των ασθενών και κατόπιν να αναπτύξουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όπου και θα υπερβούν. Το πιο ρεαλιστικό επιχείρημα είναι το αυξανόμενο μερίδιο αγοράς με την ισχυρότερη ανταγωνιστικότητα. [68]

Η εκτίμηση της ποιότητας υπηρεσιών αποτελεί ένα μέτρο που ορίζει πόσο καλά το συνολικό "πακέτο" παρεχόμενων υπηρεσιών ικανοποιεί τις προσδοκίες των πελατών. Το θέμα της ποιότητας στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει λάβει τεράστια προσοχή, τα τελευταία χρόνια, εν μέρει διότι η αξιολόγηση των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την ικανοποίησή τους. Η δυνατότητα να προσδιοριστούν οι προσδοκίες των ασθενών, να δοθεί προτεραιότητα σε αυτές, καθώς και να βελτιωθεί η υπάρχουσα διαδικασία είναι σημαντικά στοιχεία μιας επιτυχούς στρατηγικής βελτίωσης της ποιότητας.

Η ποιότητα είναι ένα σημαντικό, δύσκολο ορίσιμο και πολυδιάστατο χαρακτηριστικό. Η πληροφορία για την ποιότητα είναι κρίσιμη τόσο στους αγοραστές όσο και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις, τα απαραίτητα συστατικά της "ποιότητας" μπορούν να γίνουν κατανοητά με αρκετούς διαφορετικούς τρόπους και να ταξινομηθούν με διαφορετικές προτεραιότητες μεταξύ των ασθενών και των διάφορων επαγγελματικών ομάδων (γιατρών, νοσηλευτών). [70]

Η έρευνα των απόψεων των πελατών έχει γίνει ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα δεν είναι πλέον ανησυχία μόνο των επαγγελματιών αλλά περιλαμβάνει και την αξιολόγηση από τους πελάτες. Η αυτοδιάθεση, οι δραστηριότητες και η συμμετοχή του πελάτη πρέπει να τονιστούν. Επίσης, οι δυνατότητες των πελατών να επηρεάσουν τις υποθέσεις τους, παραδείγματος χάριν στα κέντρα υγείας, πρέπει να αξιολογηθούν. Υπάρχουν πολλοί λόγοι να ενσωματωθούν οι απόψεις των πελατών. Απόψεις κυβερνητικού επιπέδου υπονοούν ότι η άποψη των ασθενών πρέπει να εξεταστεί προσεκτικότερα. Οι πολίτες έχουν τώρα υψηλότερες προσδοκίες για τις δημοσιές υπηρεσίες και θέλουν να ακουστούν.

1.2.1 Ο ορισμός της ποιότητας στον τομέα της υγείας

Οι πληροφορίες που είναι σχετικές με την ποιότητα είναι το ίδιο σημαντικές τόσο στους καταναλωτές όσο και στους προμηθευτές. Εντούτοις, τα πιο σημαντικά στοιχεία της ποιότητας θα εκτιμηθούν με διαφορετικό τρόπο και με διαφορετικές προτεραιότητες από τον καταναλωτή και από τους επαγγελματίες του χώρου. Παραδείγματος χάριν, οι προμηθευτές (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό) πιστεύουν ότι η ποιότητα σχετίζεται με την κλινική απόδοση. Οι χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών στηρίζουν την ποιότητα σε λιγότερο τεχνικά και περισσότερο υποκειμενικά στοιχεία, όπως η ικανοποίηση. [69]

Η ποιότητα ικανοποιεί (και όπου είναι δυνατόν υπερβαίνει) τις εκτιμήσεις και τις καθορισμένες προσδοκίες του ασθενή μέσω της αποδοτικής και αποτελεσματικής διαχείρισης των διαδικασιών.

Πολλοί ερευνητές διατύπωσαν την άποψη τους στο ερώτημα *τι είναι η ποιότητα υπηρεσιών;*

- Ο **Gronroos**, στα μέσα της δεκαετίας του '80, κατέληξε σε έναν ορισμό της ποιότητας υπηρεσιών ικανό για να επηρεάσει τις διοικητικές αποφάσεις. "Πάρα πολύ συχνά ο όρος της ποιότητας χρησιμοποιείται σαν να ήταν η ίδια μια μεταβλητή, και ένα χαρακτηριστικό του φάσματος των πόρων και των δραστηριοτήτων" (Gronroos, 1984). Τόνισε ότι να πει κάποιος ότι η ποιότητα υπηρεσιών είναι απαραίτητη για να διασφαλίσει την επιτυχία, είναι χωρίς νόημα. Το επίκεντρο του ζητήματος εξελίσσεται γύρω από την κατανόηση του πώς οι πελάτες ερμηνεύουν την ποιότητα και συνεπώς πώς μια επιχείρηση μπορεί καλύτερα να χρησιμοποιήσει τους πόρους, να αναπτύξει και να λειτουργήσει τις διαδικασίες και τις δραστηριότητές της για να επέλθει θετικά στην ποιότητα υπηρεσιών.

- Ο **Donabedian** καθόρισε την ποιότητα στην ιατρική φροντίδα ως: αυτού του είδους τη φροντίδα η οποία αναμένεται να μεγιστοποιήσει το μέτρο της ευζωίας των ασθενών αφού πρώτα κάποιος έχει λάβει υπόψη του τα οφέλη και προβλήματα τα οποία συνοδεύουν την διαδικασία της φροντίδας σε όλα της τα μέρη. Η ποιότητα παραδοσιακά θεωρείται ότι αποτελείται από ένα επιστημονικό – τεχνικό κομμάτι και προσωπικό στοιχείο. Τα δύο αυτά συστατικά επιτρέπουν στον ασθενή να αποκτήσει, την υψηλότερη πιθανή λειτουργική και ψυχολογική κατάσταση. Ο παραπάνω ορισμός έχει αρκετούς περιορισμούς ο Donabedian αναφερόταν στην ικανοποίηση των αναγκών μόνο των ασθενών ξεχνώντας την ύπαρξη και άλλων στόμων όπως οικογένεια, προσωπικό.

Επίσης, σύμφωνα με τον Donabedian (1988), η ποιότητα αποτελείται από τρία στοιχεία που είναι στενά αλληλοεξαρτώμενα :

- 1) Την τεχνική φροντίδα που είναι ανάλογη της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και μεταφράζεται ως η ικανότητα για την επίτευξη της μέγιστης βελτίωσης στην υγεία των ασθενών όπου η επιστήμη, η τεχνολογία και το προσωπικό μπορούν να προσφέρουν.
 - 2) Την ικανότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην σχέση ανάμεσα στον ασθενή και στο γιατρό.
 - 3) Την ικανότητα για ευχαρίστηση στην παρεχόμενη φροντίδα, ανακούφιση, άνεση, αισθητικά χαρακτηριστικά.[35]
- Ο **Brooks R.** (1995) υποστηρίζει ότι η ποιότητα στην παροχή ιατρικής φροντίδας εξαρτάται άμεσα από την οπτική γωνία του ενδιαφερόμενου. Η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών πιθανώς να συνδέεται με την προσβασιμότητα στον γιατρό, στους νοσηλευτές ή και σε οποιαδήποτε σχετικό πρόσωπο του συστήματος υγείας. Επίσης, μπορεί να συνδέεται με την ποιότητα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία ή και με την αποτελεσματικότητα των ιατρικών πράξεων ανάλογα βέβαια με την σημασία που δίνουμε στην αποτελεσματικότητα. Επίσης πιθανόν να σημαίνει ότι όσο συντομότερα ο ασθενής επαναφέρεται στην κανονική κατάσταση της ζωής του τόσο υψηλότερη ποιότητα της ιατρικής πράξης διαθέτουμε στο σύστημα. Ακόμα μπορεί και να συνδέεται και με την αντίληψη της διαδικασίας όπως λαμβάνεται από τους ασθενείς.

- Σύμφωνα με τον **D.H.Stamatis**:

- 1) Η ποιότητα πρέπει να εστιάζεται στον ασθενή. Η ποιότητα δεν είναι ούτε καθορισμένη ως προς το μάρκετινγκ ούτε ως προς το μάνατζμεντ βασίζεται στις εμπειρίες των ασθενών απέναντι στις απαιτήσεις του για το προϊόν ή την υπηρεσία.
- 2) Ο στόχος της διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες διέρχεται μέσα από την ψυχική και σωματική ικανοποίηση των ασθενών.
- 3) Η άριστη ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί προλαβαίνοντας προβλήματα και όχι ανακαλύπτοντας τα και διορθώνοντας τα.
- 4) Πρέπει να ληφθούν υπόψη όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα.
- 5) Πρέπει να επικρατεί η έννοια της συνεχής βελτίωσης της ποιότητας. Δηλαδή, βλέποντας πόσο καλά είναι να πρέπει να γίνει καλύτερο.
- 6) Η ποιότητα ορίζεται από τον ασθενή. Ο ασθενής επιθυμεί προϊόντα ή υπηρεσίες οι οποίες σε ολόκληρη την ζωή συναντά τις ανάγκες του και τις προσμονές του με κόστος το οποίο παρουσιάζει αξία.[71]

- Η ποιότητα ορίζεται ως μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη του οργανισμού να συναντήσουν τις προσμονές των ασθενών. Συνεχή γιατί οι τυποποιήσεις για την απόδοση δεν πρέπει να είναι σταθερές. Όλα τα μέλη γιατί πρέπει να μελετηθούν όλες οι διαδικασίες στα πλαίσια του οργανισμού. Οι προσμονές ασθενών αναφέρονται σε εκθέσεις και σε δείκτες ποιότητας σχετικά με την ικανοποίηση ασθενών από τις αποκτημένες εμπειρίες και από το αποτέλεσμα.[35]

Συνεπώς η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών να ερμηνεύεται πολύπλευρα.

Παρόλα αυτά ο πιο ευθύς ορισμός της ποιότητας είναι και ο πιο κατάλληλος για την ορθή ερμηνεία και ανάλυση του όρου:

Ποιότητα είναι αυτό που μας δίνει εκείνο που επιθυμούμε. Συνεπώς το εγχείρημα της αξιολόγησης των παρεχομένων υπηρεσιών της υγείας πρέπει κυρίως να ερμηνεύεται μέσα από το βλέμμα του καταναλωτή -ασθενή (Kotler P.1975).[65]

1.3 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα είναι ένα πολυδιάστατο χαρακτηριστικό. Οι ερευνητές ερμηνεύουν την ποιότητα βάσει διαστάσεων. Μεγάλη συζήτηση επικρατεί στην διεθνή ερευνητική κοινότητα για το ποιες είναι οι διαστάσεις της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα:

- Ο George E. Kroon προτείνει δύο διαστάσεις της ποιότητας:
 - 1) **Η αντίληψη αγοράς**, η οποία "είναι η αξιολόγηση της αγοράς ή πόσο καλά πράττετε σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές σας" και
 - 2) **Στρατηγική ποιότητα**, η οποία "είναι ο συνδυασμός τιμής και ποιότητας που η επιχείρηση θέλει να παρέχει στην αγορά." [30]
- Ο Gronroos (1984) θα περιλάβει δύο διαστάσεις στον ορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών, την τεχνική και τη λειτουργική διάσταση. Μια αξιολόγηση του "τι" λαμβάνει ο καταναλωτής στις επαφές με την εταιρία παροχής υπηρεσιών, αποτελεί την τεχνική διάσταση της ποιότητας. Το "πώς" ο πελάτης λαμβάνει μια υπηρεσία αποτελεί τη λειτουργική διάσταση της ποιότητας. Η λειτουργική διάσταση της ποιότητας αντιστοιχεί στην απόδοση μιας υπηρεσίας. Ο Gronroos επίσης ενσωμάτωσε και την έννοια της εταιρικής εικόνας στο πρότυπό του για την ποιότητα. Η εταιρική εικόνα προκύπτει από το πώς οι καταναλωτές αντιλαμβάνονται την εταιρία (τεχνική ποιότητα και λειτουργική ποιότητα) εκτός από τους εξωτερικούς παράγοντες (παράδοση, ιδεολογία, προφορική), και τις δραστηριότητες μάρκετινγκ (διαφήμιση, διατιμώντας, δημόσιες σχέσεις). [9]
- Από την άλλη πλευρά, αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ποιότητα έχει δυο διαστάσεις την τεχνική και την λειτουργική.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Ο **Jun και οι συνεργάτες του** (1998) υποστηρίζουν ότι τεχνική ποιότητα σημαίνει "το υλικό περιεχόμενο της αλληλεπίδρασης αγοραστή—προμηθευτή" ή τι τελικά λαμβάνει ο πελάτης. Οι διαστάσεις της υγειονομικής περίθαλψης που τείνουν στη τεχνική διάσταση της ποιότητας είναι δύο :

- 1) Ικανότητα (επαγγελματική εμπειρία, προσόντα)
- 2) Έκβαση στην υγεία ασθενών (ποσοστό θεραπείας, ποσοστά θνησιμότητας)

Γιατροί τείνουν να προσδιορίσουν την ποιότητα χρησιμοποιώντας αυτές τις διαστάσεις. Καθορίζουν τις εκβάσεις ως ελαχιστοποίηση του χρόνου θεραπείας της ασθένειας ή μεγιστοποίηση του ποσοστού θεραπείας. Αυτή η διάσταση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι πλήρως κατανοητή από τους ασθενείς. Οι γιατροί γνωρίζουν ποιες είναι οι κατάλληλες ιατρικές πρακτικές για τη βέλτιστη ευζωία.

Ο **Anderson και ο Zwelling** υποστηρίζουν ότι η τεχνική ποιότητα τείνει να εστιάζει στις πρώτες τέσσερις ιδιότητες του Donabedian - την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την επάρκεια και την βελτιστοποίηση (επιφέροντας το καλύτερο δυνατό με το καλύτερο πιθανό αποτέλεσμα). Κατά συνέπεια, **η αριστεία στην τεχνική ποιότητα είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής κλινικής έκβασης**. Ενώ αυτές οι ιδιότητες φαίνονται ποσοτικά προσδιορίσιμες, πρόβλημα προκύπτει, όταν αυτές οι ιδιότητες συγκλίνουν σε έννοιες που αφορούν την ποιότητα της ζωής, την αποτελεσματικότητα κόστους οφέλους και την καταλληλότητα.

Ο **O' Brien** (1991) προσδιορίζει ως τεχνικές διαστάσεις της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας τα εξής:

- 1) δυνατότητα πρόσβασης (accessibility),
- 2) καταλληλότητα (appropriateness),
- 3) αποτελεσματικότητα (effectiveness),
- 4) συνέχεια (continuity), και
- 5) αποδοτικότητα (efficiency).

Ο O' Brien προσθέτει την ικανοποίηση ασθενών, η οποία προκύπτει από συνεδριάσεις ασθενών σχετικά με τις προσδοκίες τους για τις εκβάσεις της φροντίδας που τους προσφέρουν, τον σεβασμό, την αξιοπρέπεια τους, τις τιμές και τις επιλογές τους, παρέχοντας τους φροντίδα με ενδιαφέρον και συμπόνια. Αυτό το τελευταίο χαρακτηριστικό αφορά περισσότερο τις λειτουργικές πτυχές της ποιότητας.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η **λειτουργική ποιότητα βελτιώνει την διαδικασία του πώς ένας ασθενής λαμβάνει μια υπηρεσία**. Γιατροί, νοσοκόμες και το υπόλοιπο προσωπικό συχνά καθορίζουν πως οι υπηρεσίες διανέμονται στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται καλύτερα τις λειτουργικές διαστάσεις, διότι τις συσχετίζουν με τις προσωπικές τους εμπειρίες.

Παραδείγματα λειτουργικής ποιότητας, εκτός από τα προαναφερθέντα, είναι και τα παρακάτω:

- 1) η ποιότητα αλληλεπίδρασης του νοσοκόμου με τον ασθενή
- 2) οι συνθήκες νοσηλείας

Επιπλέον, ο **Donabedian** εξετάζει την ιδιότητα της δυνατότητας πρόσβασης να είναι ιδιαίτερα υποκειμενική. Η δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα, η σχέση του γιατρού με τον ασθενή και " η παροχή φροντίδας " θα επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοχή, τη νομιμότητα και την δικαιοσύνη (1990).

Ο **Anderson και ο Zwelling** διαχωρίζουν την τεχνική ποιότητα από την λειτουργική ορίζοντας την λειτουργική ποιότητα ως τις αντιλήψεις των ασθενών για τις υπηρεσίες που

τους παρέχονται σε σχέση με τις προσδοκίες τους (πώς οι υπηρεσίες πρέπει να είναι). Η πιο εμπειρική έρευνα για τις εκτιμήσεις της ποιότητας υπηρεσιών μετρά το χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών.

Ενώ υπάρχει κάποια ευκολία στη διαφοροποίηση των τεχνικών και λειτουργικών διαστάσεων της ποιότητας, υπάρχει δυσκολία στη μέτρηση αυτών των εννοιών. Ο Anderson και ο Zwelling υποστηρίζουν ότι ένα υψηλό επίπεδο τεχνικής και λειτουργικής ποιότητας πρέπει να αφορά τους ιατρούς. Αναρωπιούνται αν το υψηλό επίπεδο της λειτουργικής ποιότητας συμβάλει στην αντίληψη ενός υψηλότερου επιπέδου της τεχνικής ποιότητας. Η καλύτερη τεχνική ποιότητα μπορεί να μην αντισταθμίζει την ανεπαρκή λειτουργική ποιότητα (π.χ. οι ασθενείς δεν θα επιθυμούσαν να πάνε σε αυτούς τους παροχείς υπηρεσιών).

Την ίδια στιγμή, η καλύτερη λειτουργική ποιότητα μπορεί να μην αντισταθμίζει ανεπαρκή χειρουργικά αποτελέσματα (π.χ. οι ασθενείς θα φοβούνται να πάνε σε τέτοιους παροχείς υπηρεσιών). Αναφέρουν το Cleveland Health Quality Choice Program σαν παράδειγμα της προσπάθειας τους να αξιολογήσουν την τεχνική και λειτουργική ποιότητα. Σε αυτήν την περίπτωση, η τεχνική ποιότητα αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη σοβαρότητα της ασθένειας προσαρμοσμένη σε μέτρηση της έκβασης της νόσου έναντι εκείνων που προβλέπονται από ένα στατιστικό πρότυπο. Η λειτουργική ποιότητα αξιολογήθηκε από έρευνες σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών. Γίνονται προσπάθειες να ενσωματωθούν οι κλινικές εκβάσεις και η ικανοποίηση των ασθενών, αλλά κυρίως μελετούνται χωριστά. Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντική η μελέτη και των δυο διαστάσεων για τον καθορισμό ενός εκτενούς ορισμού της ποιότητας.

1.3.1 Σύγκριση των διαστάσεων της ποιότητας

Με την χρησιμοποίηση ομάδων εργασίας (focus groups) που αποτελούνται από τους ασθενείς, τους διοικητές και τους γιατρούς, ο Jun και οι συνεργάτες του (1998), προσδιόρισαν 11 διαστάσεις της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Οι οχτώ πρώτες διαστάσεις είναι τα **απτά στοιχεία** (περιβάλλον, καθαριότητα), η **αξιοπιστία**, η **ανταπόκριση**, η **ικανότητα**, η **ευγένεια**, η **επικοινωνία**, η **πρόσβαση**, και η **κατανόηση των** αναγκών των ασθενών είναι μέρος του μοντέλου του Parsuraman. Ο Bowers πρόσθεσε τη φροντίδα (προσωπική, ανθρώπινη συμμετοχή) και την έκβαση ασθενών (ανακούφιση από τον πόνο, ή θυμός- απογοήτευση μετά την ιατρική περίθαλψη).

Μια άλλη διάσταση, η **συνεργασία**, συζητήθηκε από τον Jun και τους συνεργάτες του. Η συνεργασία, θεωρεί, ότι εμπεριέχει το σκεπτικό της ομαδικής εργασίας και το αποτέλεσμα της συνεργίας πολλών παραγόντων στη βελτίωση της ιατρικής φροντίδας. Είναι η ανάμειξη των ρόλων όλων των μελών της ομάδας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που πληρώνουν, ασθενών, γιατρών, μέλη οικογένειας και μέλη της κοινωνίας που καθορίζουν την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας από την άποψη των ίδιων των ασθενών. Ο Jun δίνει έμφαση στην σημασία της επικοινωνίας σε μια συνεργασία γιατί "καλύπτει τα κενά ώστε να αποτρέψει τη διάσπαση των υπηρεσιών".

Ο Mittal και ο Baldasare μέτρησαν την επίδραση ορισμένων ποιοτικών παραγόντων σε μια πρακτική άσκηση γιατρών και ανακάλυψε ότι η ικανότητα επικοινωνίας, ο σεβασμός, η φροντίδα του γιατρού, ο χρόνος κατανόησης του περιστατικού και η εξέλιξη της θεραπείας

σχετίζονται περισσότερο με την μη ικανοποίηση του ασθενή. Το περιβάλλον του ιατρείου του και ο χρόνος αναμονής έχουν μικρότερη σημασία.

Ο Alan M. Rees στο "The Consumer Health Information Source Book" υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, πολύ συχνά, αξιολογείται βάσει των ανέσεων που έχει μικρή σχέση με τη ποιότητα της κλινικής περίθαλψης. Θεωρεί ότι οι ανέσεις δεν δείχνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς ενώ βρίσκονται στο νοσοκομείο καθώς και όταν εκείνοι αποχωρούν από αυτό. Προτείνει λοιπόν τη μέτρηση των παρακάτω:

- Σεβασμός στις αξίες των ασθενών,
- Προτιμήσεις και ανάγκες
- Άνεση (χρόνος αναμονής μετά τη κλήση του νοσηλευτικού προσωπικού)
- Συντονισμός της φροντίδας(test,, εγχειρήσεις κ.α)
- Ανταπόκριση
- Παρεχόμενη πληροφορία και παρεχόμενη εκπαίδευση
- Ψυχολογική υποστήριξη και ανακούφιση του φόβου και του άγχους
- Ευκαιρία συμμετοχής της οικογένειας και των φίλων
- Παροχή για τη μεταφορά και προσαρμογή στη κατοικία.

1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ποιότητα είναι απλά μια ιδιότητα που οι τεχνικές και διαπροσωπικές πτυχές της φροντίδας φανερώνουν σε ποικίλους βαθμούς. Παρείχε τα κριτήρια για αυτό που αποτελεί την "καλή περίθαλψη", χρησιμοποιώντας ένα πλαίσιο βασισμένο στη δομή (τη σχετική με το φυσικό περιβάλλον και τις εγκαταστάσεις), στη διαδικασία (σε σχέση με την αλληλεπίδραση ασθενών με το προσωπικό) και στο τελικό αποτέλεσμα (το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης). Ο Donabedian ανέπτυξε επτά χαρακτηριστικά της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης:

- Ικανότητα (efficacy), το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ή το σημείο αναφοράς για μια συγκεκριμένη διάγνωση.
- Αποτελεσματικότητα (effectiveness), (ιατρική, ή ο μέσος όρος βιομηχανίας)
- Αποδοτικότητα (efficiency), ένα μέτρο του κόστους, ή η λιγότερο δαπανηρή από δύο όμοιες κατά τα άλλα περιθάλψεις.
- Βέλτιστη αξιολόγηση κόστους-κέρδους (optimality), ή το σημείο από το οποίο κι έπειτα οι περαιτέρω πόροι δεν προσφέρουν καλύτερο αποτέλεσμα.
- Αποδοχή (acceptability), προσαρμογή της περίθαλψης στις επιθυμίες, τις προσδοκίες και τις αξίες των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Νομιμότητα (legitimacy), η άποψη της κοινωνίας για την περίθαλψη και
- Ισότητα-ισοκατανομή (equity), η αρχή βάσει της οποίας κάποιος καθορίζει τι είναι δίκαιο στην περίθαλψη και στα οφέλη που αυτή αποδίδει στα μέλη μιας κοινωνίας.

Οι Zifko- Baliga (1997) με τους συνεργάτες τους, επέκτειναν αυτό το μοντέλο, συνδέοντας δεκαπέντε καινούρια χαρακτηριστικά της ποιότητας, με τον ακόλουθο τρόπο:

Δομή	Κτίρια-τεχνολογία-διαδικασίες τιμολόγησης Ανέσεις- πάρκινγκ
Γιατρός(διαδικασίες)	Επαγγελματική εμπειρία Επικοινωνία Εικόνα Αρνητική απόδοση
Νοσηλευτικό προσωπικό (διαδικασίες)	Περίθαλψη Επαγγελματική ικανότητα Προσωπική απόδοση

Προσωπικό υποστήριξης
(υπηρεσία)

Ικανότητες
Προσόντα

Τελικό αποτέλεσμα

Σωματική – Συναισθηματική θεραπεία

Η συζήτηση για τη σχέση μεταξύ των προσδοκιών και των υπηρεσιών που τελικά λαμβάνονται, συνεχίζεται. Οι Lytle και Mokwa (1992) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα υπηρεσιών εξαρτάται από δύο μεταβλητές: αναμενόμενη υπηρεσία και η υπηρεσία που τελικά λαμβάνεται. Περαιτέρω δηλώνουν ότι "ένα προϊόν υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι μια" δέσμη "των απτών και άυλων οφελών που ικανοποιούν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών".[68]

Οι Hartline & Jones (1996), υποστήριξαν ότι οι καταναλωτές βιώνουν την ποιότητα είτε των αγαθών είτε των υπηρεσιών μέσω των διάφορων μηνυμάτων ή των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του αγαθού ή της υπηρεσίας.

Οι ερευνητές Olson (1977) και ο Zeithaml (1988) διχστόμησαν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας υπηρεσίας στα εγγενή και εξωγενή χαρακτηριστικά. Τα εγγενή είναι μέρος της φυσικής σύνθεσης ενώ τα εξωγενή χαρακτηριστικά συσχετίζονται με το προϊόν αλλά δεν είναι μέρος του ίδιου του προϊόντος. Δεδομένου ότι οι υπηρεσίες είναι άυλες, τα εξωγενή συνθήματα είναι σημαντικά στους καταναλωτές που προσπαθούν να κρίνουν την ποιότητα μιας υπηρεσίας πριν από την πραγματική αγορά ή κατανάλωση. Κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης, εντούτοις, τα εγγενή συνθήματα γίνονται πιο σχετικά δεδομένου ότι καταναλώνονται ταυτόχρονα με την υπηρεσία (Hartline & Jones, 1996).[30]

1.5 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομειακό περιβάλλον είναι το κύριο βήμα στην διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών. Αποτελεί δε ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα εξαιτίας της πολυπλοκότητας της αλυσίδας διανομής της υπηρεσίας και του πολύ-επιπέδου τύπου οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων δευτεροβάθμιων- τριτοβάθμιων φροντίδας υγείας. Ο ασθενής είναι το κλειδί στην αλυσίδα διανομής των υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω του πολυδιάστατου ορισμού της Ποιότητας εκφράζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάπτυξη προτύπου μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομείο απασχολεί ιδιαίτερα την διεθνή επιστημονική κοινότητα με στόχο την αποτελεσματική διοίκηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.5.1 Εκτίμηση της ποιότητας

Μερικά από τα βασικά ερωτήματα-στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την εκτίμηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας παρουσιάζονται παρακάτω:

- Σε ποιο βαθμό ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών (το κυρίαρχο ερώτημα που προκύπτει σχετίζεται με τον καθορισμό των αναγκών των ασθενών);
- Πως ορίζεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα της ιατρικής πράξης; Ποιο είναι το ποσοστό των ανθρώπων που ωφελείται από τις ιατρικές παρεμβάσεις και ο υπολογισμός των οφελών;
- Ποιο είναι το ποσοστό των ανθρώπων που επηρεάστηκαν αρνητικά από την ιατρική παρέμβαση και ο υπολογισμός των αρνητικών αποτελεσμάτων;
- Ο βαθμός ικανοποίησης των εργαζομένων στα ιατρικά επαγγέλματα. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών .
- Η ισότητα -κατανομή των πόρων και η κατανομή των οφελών όπως προκύπτουν από την χρήση τους.
- Η σύνδεση του επιπέδου υγείας των ασθενών με την ποιότητα ζωής μετά την θεραπεία πιθανόν βοηθάει στην ολοκληρωμένη θεώρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.[65]

1.5.2 Εφαρμογή της εκτίμησης της ποιότητας

Καμία συζήτηση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης δεν μπορεί να γίνει χωρίς αναγνώριση των εθνικών προσπαθειών να μετρηθεί η ποιότητα της φροντίδας. Τέτοιες επίσημες, δομημένες μετρήσεις της ποιότητας είναι οι συγκριτικές μετρήσεις επιδόσεων για τους γιατρούς, τους αγοραστής και τους προμηθευτές.

Το Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας μέσω της πιστοποίησης υγειονομικής περίθαλψης και των σχετικών υπηρεσιών που υποστηρίζουν τη βελτίωση απόδοσης στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης. Ο οργανισμός ανέπτυξε το κατώτατο επίπεδο το 1917. Την ίδια περίοδο προσφέρει σημαντικά προγράμματα ποιοτικής αναθεώρησης για τα νοσοκομεία, τα σχέδια υγείας, τα γραφεία οικιακής φροντίδας, τα εργαστήρια, τις τοποθετήσεις συμπεριφοράς υγειονομικής περίθαλψης, τις μακροπρόθεσμες διευκολύνσεις φροντίδας και τοποθετήσεις φροντίδας. Τα πρότυπα εστιάζουν σε δώδεκα γενικές κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν την υπομονετική φροντίδα, την ηγεσία, τη διοίκηση, την περιβαλλοντική διαχείριση, τα δικαιώματα ασθενών και την εκπαίδευση του ασθενή /της οικογένειας. Αυτά τα προγράμματα αναθεώρησης μπορούν να χρησιμεύσουν ως μια εναλλακτική λύση στο κράτος, σαν ομοσπονδιακή επιθεώρηση των οργανώσεων όπως στη Ρόδο και σε άλλα κράτη.

Το 1998, ο JCAHO απαιτήσε από νοσοκομεία, οργανισμούς μακροχρόνιας φροντίδας και δίκτυο υγειονομικής φροντίδας, να ενσωματώσει τα αποτελέσματα και άλλα μέτρα απόδοσης επικύρωσης διαδικασιών, χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων τους ORYX. Δείκτες περιλαμβάνουν τέτοια μέτρα όπως τα ποσοστά Γ-τμημάτων, την κοιλιακή γέννηση μετά από το Γ-τμήμα, το μήκος των στοιχείων παραμονής, το ποσοστό χειρουργικής μόλυνσης περιοχών και άλλα ιδιαίτερα μετρήσιμα συστατικά. Τα στοιχεία που οδηγούνται, η συνεχής μεθοδολογία ερευνών συμπληρώνουν τα υπάρχοντα πρότυπα - βασισμένη αξιολόγηση και θα επιτρέψουν τελικά ένα τυποποιημένο σύνολο μέτρων απόδοσης για χρήση στη διαδικασία πιστοποίησης.[68]

1.5.3 Γιατί είναι δύσκολη η μέτρηση της ποιότητας

Η κοινή ώθηση όλων των ερευνητικών προσπαθειών στο θέμα της μέτρησης της ποιότητας καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι δύσκολο να καθοριστεί ακριβώς η ποιότητα των υπηρεσιών από τα κριτήρια των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι :

- Οι υπηρεσίες είναι άυλες
- Ετερογενείς, ποικίλλει από παροχέα σε παροχέα , από ασθενή σε ασθενή, από πλαίσιο σε πλαίσιο
- Δεν μπορούν να τοποθετηθούν σε μια χρονοκάψουλα και να εξεταστούν και να επανεξεταστούν κατά τη διάρκεια του χρόνου
- Η παραγωγή των υπηρεσιών είναι πιθανόν να είναι αδιάσπαστη από την κατανάλωση.

Επιπλέον, οι ασθενείς δεν αξιολογούν την ποιότητα της υπηρεσίας μόνο από την έκβαση αλλά εξετάζουν καλά και τη διαδικασία της υπηρεσίας της διανομής (Zeithaml, 1990) όπως και του πλαισίου (Gronroos, 1990- Kotler, 1994).

Ο ασθενής παρατηρεί και αξιολογεί τη διαδικασία παραγωγής δεδομένου ότι δοκιμάζει την υπηρεσία που λαμβάνει (Zeithaml, 1998). Ο Berry και οι συνεργάτες του (1985) υποστήριξαν ότι οι ιδιότητες της ποιότητας όπως η αναζήτηση, η εμπειρία και αξιοπιστία χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για να αξιολογήσουν την ποιότητα υπηρεσιών. Οι ιδιότητες αναζήτησης όπως οι εγκαταστάσεις, η εμφάνιση του προσωπικού και η εικόνα του προμηθευτή μπορεί να ξεταστούν πριν λάβουν την υπηρεσία. Οι ιδιότητες εμπειρίας, όπως να ανταποκριθούν γρήγορα σε ένα αίτημα και την εκτέλεση μιας υπηρεσίας στο συμφωνηθέντα χρόνο αξιολογούνται βάσει της πραγματικής εμπειρίας υπηρεσιών. Τέλος, οι ιδιότητες όπως η οικονομική ασφάλεια μιας επένδυσης δεν μπορεί να καθοριστεί ακόμα και μετά από την επαναλαμβανόμενη χρήση μιας υπηρεσίας. Από αυτή την άποψη, οι υπηρεσίες είναι δύσκολο να αξιολογηθούν επειδή περιέχουν πολλές ιδιότητες εμπειρίας και επειδή η πραγματική υπηρεσία ποικίλλει από τον έναν ασθενή στον επόμενο (Zeithaml, 1988).[64]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση, όπως πολλές άλλες ψυχολογικές έννοιες, είναι εύκολο να κατανοηθεί αλλά δύσκολο να καθορισθεί. Η έννοια της ικανοποίησης επικαλύπτει παρόμοιες έννοιες όπως η ευτυχία, η ευχαρίστηση, η ποιότητα της ζωής. Η ικανοποίηση δεν είναι κάποιο προϋπάρχον φαινόμενο που αναμένεται να μετρηθεί, αλλά μια κρίση που διαμορφώνουν οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια του χρόνου όταν αναλογίζονται την εμπειρία τους. Ένας απλός και πρακτικός ορισμός της ικανοποίησης θα ήταν ο βαθμός στον οποίο οι επιθυμητοί στόχοι έχουν επιτευχθεί.

Η ικανοποίηση ασθενών/ πελατών είναι μια τοποθέτηση - ο γενικός προσανατολισμός ενός προσώπου προς μια συνολική εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση περιλαμβάνει και τις γνωστικές και συναισθηματικές απόψεις και συσχετίζει την προηγούμενη εμπειρία με τις προσδοκίες και η στάση της κοινωνίας (Keegan κ.α, 2002). Ο Meredith και ο Wood (1995) έχουν περιγράψει την ικανοποίηση των ασθενών όπως "προκύπτουσα και ρευστή". Επίσης, έχει περιγραφεί ως ιδιαίτερα παθητική μορφή καθιέρωσης των καταναλωτικών απόψεων (McInor, 1992). Η ικανοποίηση επιτυγχάνεται όταν η αντίληψη του πελάτη/ ασθενή για την ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών που λαμβάνουν σε ένα σύστημα περίθαλψης είναι θετική, ικανοποιητική και καλύπτει τις προσδοκίες τους.[45]

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, η ικανοποίηση του ασθενή έχει προκύψει ότι ως μέτρο όχι μόνο του πόσο καλά ένα νοσοκομείο αντιμετωπίζεται από τους ασθενείς του, αλλά και ως σημαντικό τρόπο να μετρηθεί το αποτέλεσμα και η ποιότητα. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή μπορεί να βοηθήσει στην γενική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας που λαμβάνεται και του συστήματος υγείας που παραδίδεται. Οι αξιολογήσεις των ασθενών που αφορούν τις εμπειρίες από τα νοσοκομεία είναι σημαντικές και για άλλους λόγους. Στο σημερινό ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, η απόδοση ενός νοσοκομείου σε συγκεκριμένες περιοχές μετριέται σε σύγκριση με άλλα νοσοκομεία και άλλα νοσοκομειακά συστήματα, γεγονός που καθιστά τα μέτρα ικανοποίησης των ασθενών πιο σημαντικά από ποτέ.

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι οι ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μία φορά ή περισσότερες μπορεί να είναι άνθρωποι που λαμβάνουν συνεχή φροντίδα, προσωπικές υπηρεσίες βοήθειας και κάθε είδος κοινωνικής στήριξης. Οι απόψεις της οικογένειας, και των συνηγόρων πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και να εξεταστούν.

Η ικανοποίηση των ασθενών μέσα σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικό θέμα. Καταρχήν, οι ικανοποιημένοι πελάτες - ασθενείς είναι πιο πιθανό να διατηρήσουν μία συνεχή σχέση με το συγκεκριμένο παροχέα υπηρεσιών (Marquis, Davies, and Waer 1983; Strasser, Schweikhart 1992). Η επιστροφή των πελατών είναι μία από τις βασικές αρχές του μάρκετινγκ και γίνεται ολοένα και πιο σημαντική στο ανταγωνιστικό περιβάλλον των προμηθευτών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπρόσθετα, μία επιχείρηση που εντοπίζει σημεία δυσαρέσκειας των πελατών της είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αδυναμίες της οργάνωσης (Strasser, Davies 1991).

2.1 ΠΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η συμμετοχή ασθενών συνδέεται όλο και περισσότερο με τις βελτιώσεις στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας και με τα καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. Υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για λήψη αποφάσεων από κοινού με τους ασθενείς και για πιο ανθρωποκεντρική φροντίδα. Η παροχή ανθρωποκεντρικής φροντίδας έχει γίνει κύριος σκοπός στον τομέα της υγείας ως απάντηση σε:

- Μια γενική τάση για αυξημένη επικέντρωση στις ανάγκες του πελάτη.
- Το γρήγορα αυξανόμενο κόστος της περίθαλψης και η προστακτική ανάγκη για αποτελεσματικότητα.
- Την εστίαση στη βελτίωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων (Al- Assaf, 1993, Lehr και Shrosberg, 1991).
- Αυξανόμενη πρόσβαση του ασθενή στις πληροφορίες για τις θεραπείες και τις επιλογές ιατρικής περίθαλψης (Lutz and Bowers, 2000).

Υπάρχουν πολλά στοιχεία που δηλώνουν ότι η σχέση μεταξύ της ανατροφοδότησης από τον ασθενή και της συμμετοχής του στην λήψη αποφάσεων για εξατομικευμένη φροντίδα οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα. (England et al, 1992, Fallowfield et al, 1990).

Οι αποτελεσματικές στρατηγικές ανατροφοδότησης των ασθενών:

- Οδηγούν σε πιο προσβάσιμες και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας (Draper and Hill, 1995).
- Διευκολύνουν τη συμμετοχή εκείνων που παραδοσιακά περιθωριοποιούνταν από τις επικρατούσες υπηρεσίες παροχής περίθαλψης (Alexander and Hicks, 1998).
- Κατάρτουν τους οργανισμούς πιο ενημερους για τους σημαντικούς τομείς της δυσαρέσκειας για τις υπηρεσίες υγείας (Ovretveit, 1998).
- Δώστε στο προσωπικό νέες ιδέες στο πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις πτυχές της ιατρικής τους φροντίδας (Draper, 1997) και πώς μπορούν να αυξήσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών. (Chambers, 1999).

Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας αρχίζουν να δέχονται ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους είναι μάρτυρες της ποιότητας των υπηρεσιών που λαμβάνουν (Delbanco, 1996) και ότι πρέπει να σχεδιάζουν τις υπηρεσίες έτσι ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών. Η ικανοποίηση του ασθενή είναι πλέον μια κρίσιμη μεταβλητή σε οποιοδήποτε υπολογισμό της ποιότητας ή αξίας και ένα σημαντικό μέτρο στην αξιολόγηση της εταιρικής/ατομικής υπευθυνότητας.

Οι ασθενείς αναμιγνύονται τώρα περισσότερο στην περίθαλψή τους και ενθαρρύνονται για αυτό. Το ποσοστό των οργανισμών που περιλαμβάνουν τις αξιολογήσεις των ασθενών για την ποιότητα μεγαλώνει, καθώς αντιλαμβάνονται ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι οικονομικώς αποδοτικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας. Δίνοντας

στον ασθενή μια ευκαιρία να εκφράσει τις απόψεις του για την φροντίδα που λαμβάνει μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα τμήμα μιας ευρύτερης δέσμευσης στο κοινό για συμμετοχή των ασθενών στον προγραμματισμό και την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης.

Η Επιτροπή πιστοποίησης των οργανισμών υγείας -Joint Commission of Accreditation of Health Care Organisations (JACHO, 1994) **έχει συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών σαν έγκυρο δείκτη και εξουσιοδοτημένο στα πρότυπα του 1994**,

"η οργάνωση συλλέγει, αξιολογεί και λαμβάνει κατάλληλα μέτρα επάνω σε πληροφορίες που αφορούν την ικανοποίηση από την παρεχόμενη υπηρεσία".

Ο Ιρλανδικός οργανισμός πιστοποίησης προτύπων-Joint Commission of Accreditation of Health Care Organisations (JACHO, 1994) αναζητά στοιχεία που εστιάζουν στον ασθενή και διατυπώνει την ερώτηση: Γνωρίζουμε τι σκέφτονται για εμάς οι ασθενείς μας; Γενικά επικρατεί μια αυξανόμενη τάση για αποδοχή του γεγονότος ότι οι οργανισμοί υγείας πρέπει να λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπόψη τους τα αποτελέσματα που είναι σημαντικά για τους ανθρώπους.

Το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων είναι ένα θέμα που απασχολεί πολύ τους παροχείς υπηρεσιών υγείας.

Συνεπώς, είναι φανερό ότι υπάρχει ανάγκη για μέτρηση της αποδοτικότητας της περίθαλψης για να προσδιοριστεί εάν γίνεται σωστή χρήση των διαθέσιμων πόρων.

Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο για την αποδοτικότητα της παροχής νοσοκομειακής φροντίδας.

Σχέση ασθενών και προσωπικού: Υπάρχουν στοιχεία ότι ο σημαντικότερος παράγοντας υπηρεσιών υγείας που επηρεάζει την ικανοποίηση είναι η σχέση ασθενή-ιατρού, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών και της τεχνικής ικανότητας (Crow και λοιποί, 2003).

Επιλογή του φορέα παροχής υπηρεσιών: Η επιλογή του φορέα παροχής υπηρεσιών συνδέεται με την καλύτερη ικανοποίηση (Crow και λοιποί, 2003). Η φροντίδα που παρέχεται με πληρωμή δημιουργεί μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης από την προπληρωμένη από το κράτος φροντίδα. Όταν οι ασθενείς έχουν λίγες ή καθόλου επιλογές όσον αφορά την περίθαλψη τους τότε δηλώνουν πολύ μικρή ικανοποίηση.

Φύλο, εθνικότητα, και κοινωνικό-οικονομική θέση : Τα στοιχεία για τα αποτελέσματα του γένους, του έθνους, και της κοινωνικοοικονομικής θέσης είναι διαφορετικά λόγω της ανεπαρκούς διαθέσιμης βιβλιογραφίας (McGee, 1998 Crow και λοιποί, 2003).

2.2 ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εφόσον συμπεριληφθούν οι μηχανισμοί ικανοποίησης ασθενών σε ένα σύστημα περίθαλψης, οι μόνιτζερ και οι επιλογές τους πρέπει λαμβάνουν υπόψη την ικανότητα των χρηστών, να καταλαβαίνουν τι τους ρωτάται και να εκφράζουν τις απόψεις και τα συναισθήματα τους αποτελεσματικά.

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι τα επίπεδα βασικής εκπαίδευσης, η διανοητική και φυσική ικανότητα και οι δυσκολίες με τη γλωσσική ικανότητα ή η εθνική και πολιτιστική ποικιλομορφία. Τα κοινωνικά στοιχεία μέσα στην κοινωνία μας πρέπει να θεωρηθεί ότι μπορούν πολύ συχνά να υπαγορεύσουν εάν ο καταναλωτής-χρήστης θα παράσχει την ανατροφοδότηση(feedback) και θα εκφράσει την ικανοποίηση ή όχι. Τέτοια στοιχεία είναι η οικονομική θέση τους, η εκπαιδευτική θέση, τα δημογραφικά στοιχεία(αστικό/ αγροτικό) και η τεχνολογία.[45]

Οι προηγούμενες μετρήσεις της ικανοποίησης ασθενών δείχνουν ότι η συντριπτική πλειοψηφία των καταναλωτών, συνήθως 80% ή περισσότερο, εκφράζει συνολική ικανοποίηση με την ιατρική φροντίδα που δέχεται, με λίγους ερωτηθέντες να αποκρίνονται αρνητικά σε οποιοδήποτε στοιχείο τους δίνεται. Η ικανοποίηση είναι, εντούτοις, ένα σχετικό μέτρο που η βιβλιογραφική έρευνα δείχνει ότι μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Προσδοκία ασθενών: Οι προσδοκίες των ασθενών/ πελατών θεωρείται ότι διαδραματίζουν έναν σπουδαίο ρόλο στη διαδικασία σύμφωνα με την οποία ένα αποτέλεσμα μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Οι προσδοκίες είναι σημαντική επιρροή στην μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενή από μια εμπειρία περίθαλψης. Η ικανοποίηση ασθενών/ πελατών επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο η ιατρική φροντίδα εκπληρώνει την προσδοκία (Mahon, 1996). Κάποια βιβλιογραφία εντούτοις προτείνει ότι δεν υπάρχει απαραίτητα σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών ασθενών/ πελατών, εφόσον είναι δυνατό η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας από τον ασθενή να είναι κατά ένα μεγάλο μέρος ανεξάρτητη από πραγματική φροντίδα που λαμβάνει (Williams, 1994).

Ηλικία: Οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς δηλώνουν γενικά μεγαλύτερη ικανοποίηση (Rope, Mays, Williams 1993 και, 1991 Owens και Batchelor, 1996) - η πιθανή εξήγηση είναι ότι έχουν λιγότερες προσδοκίες από την ιατρική περίθαλψη και δεν είναι τόσο πρόθυμοι να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους.

Ασθένεια : Ενώ μερικές μελέτες έχουν βρει ότι ο πιο άρρωστοι ασθενείς και εκείνοι που έχουν βιώσει ψυχολογική πίεση είναι λιγότερο ικανοποιημένοι, με πιθανή εξαίρεση μερικές ομάδες χρόνια άρρωστων, η διαφοροποίηση μεταξύ της εμπειρίας της ασθένειας ή της εμπειρίας της ιατρικής περίθαλψης ή άλλων παραγόντων όπως οι αιτίες της δυσαρέσκειας έχει αποδειχθεί δύσκολη (Hall και Milburn, 1998 Cleary κα, 1992).

Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης: Ο Crow και οι λοιποί, (2003) στην αναθεώρηση βιβλιογραφίας τους προσδιόρισαν ότι η ικανοποίηση συνδέεται με την προγενέστερη ικανοποίηση από την περίθαλψη και τις δεδομένες επιθυμίες του ασθενή.

2.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ

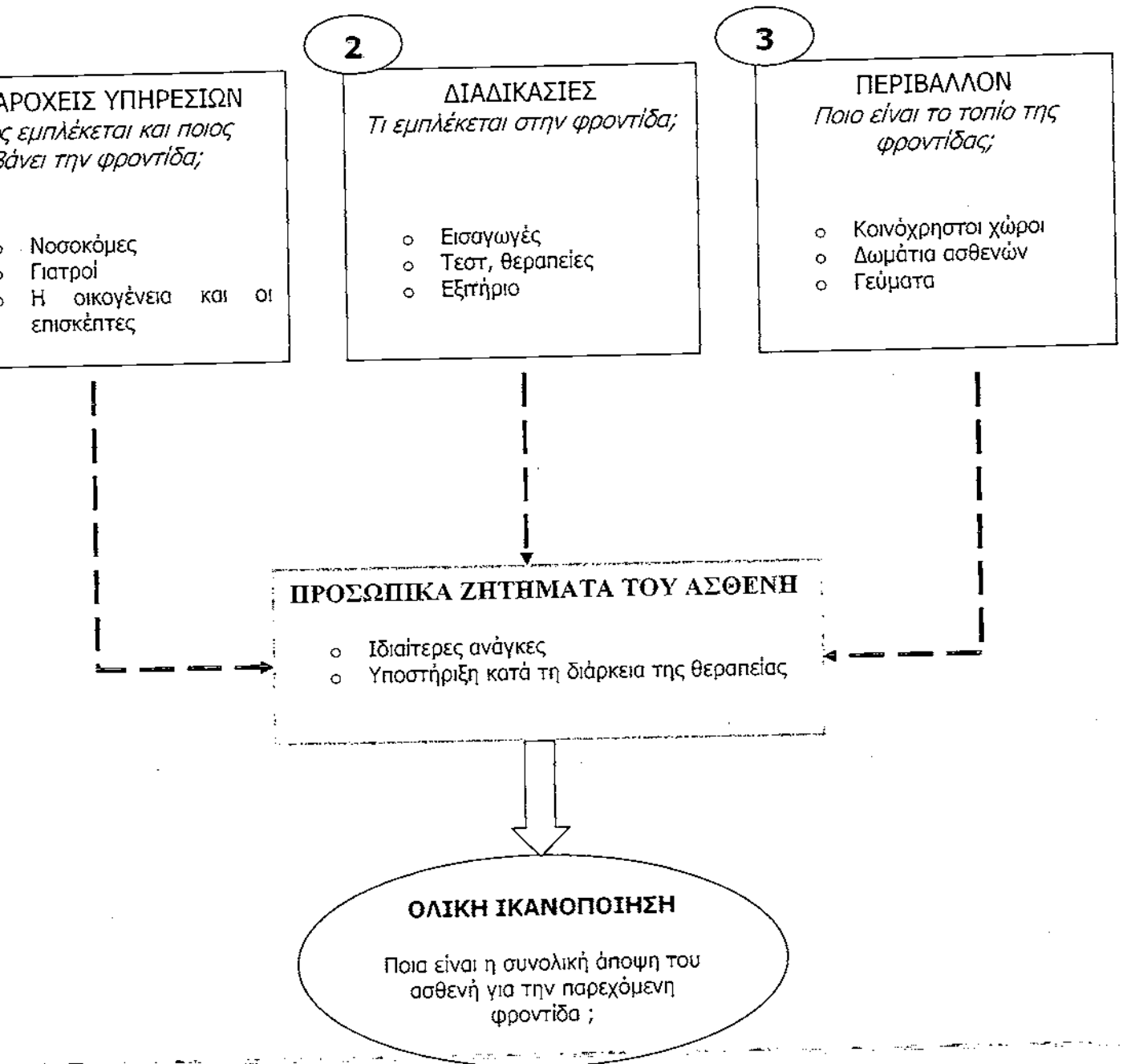
Η θεώρηση του ασθενή ως καταναλωτή είναι η πρόσφατη τάση στην ιατρική περίθαλψη, αλλά η έρευνα δείχνει ότι η ικανοποίηση ασθενών και καταναλωτών διαφέρει πραγματικά σε πολλά σημεία.

Οι διοικητές νοσοκομείων πρέπει να ασχοληθούν με τις προκλήσεις που είναι μοναδικές στον τομέα ιατρικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των σύνθετων διαδικασιών και των ενδεχομένων ασαφών αποτελεσμάτων που θα κάνουν την αξιολόγηση μια δύσκολη διαδικασία.[1]

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΛΑΤΩΝ	VS	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
<p>Η προσδοκία και η αντίληψη είναι βασικές για την ικανοποίηση. Η ικανοποίηση πελατών είναι μια σύνθετη διαδικασία που ισορροπεί τις προσδοκίες ενός καταναλωτή με τις αντιλήψεις του/ της για την υπηρεσία ή το προϊόν.</p>	VS	<p>Οι προσδοκίες των ασθενών και η αντίληψη δεν συνδέονται απλοϊκά. Επειδή η ιατρική περίθαλψη είναι πολύπλοκη, οι ασθενείς δεν μπορούν να θεωρήσουν τις προσδοκίες τους θεμιτές(ο γιατρός ξέρει καλύτερα) ή, εάν αυτό είναι η πρώτη σύγκρουσή τους με το σύστημα ιατρικής περίθαλψης, μπορεί ακόμα να μην έχουν διαμορφώσει προσδοκίες.</p>
<p>Οι καταναλωτές αναγνωρίζουν ότι η απόδοση μπορεί να κυμαίνεται. Ο βαθμός στον οποίο οι πελάτες είναι πρόθυμοι να δεχτούν αυτή την διακύμανση είναι γνωστός ως «ζώνη ανεκτικότητας»</p>	VS	<p>Οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν μια «ζώνη ανεκτικότητας» αφού χρησιμοποιούν διαφορετικά κριτήρια για να αξιολογήσουν μια θεραπεία που αφορά μια επείγουσα κατάσταση που απειλεί την ζωή τους ,σε αντίθεση με ένα τσεκ απ ρουτίνας, ή εφόσον οι κρίσεις τους διαφέρουν βασιζόμενες στην σοβαρότητα των καταστάσεων.</p>
<p>Γενικά, οι καταναλωτές είναι σε θέση να αξιολογήσουν την τεχνική ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας.</p>	VS	<p>Οι ασθενείς δεν μπορούν πρόθυμα να αξιολογήσουν την τεχνική ποιότητα της ιατρικής υπηρεσίας που λαμβάνουν, και σαν συνέπεια στηρίζουν τις κρίσεις τους σε στοιχεία όπως οι εγκαταστάσεις, η ευγένεια, η συνέπεια χρόνου, και η κατανόηση.</p>
<p>Οι καταναλωτές κρίνουν την ποιότητα με βάση κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως είναι η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η διαβεβαίωση(η ικανότητα του υπαλλήλου να εμπνέει εμπιστοσύνη), η κατανόηση και τα απτά στοιχεία (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός).</p>	VS	<p>Εκτός από την ανταπόκριση και την διαβεβαίωση , οι ασθενείς έχουν να λάβουν υπόψη τους τις σύνθετες διαδικασίες και τα ασαφή αποτελέσματα όταν αξιολογούν την ποιότητα</p>

2.4 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η καλή ιατρική φροντίδα δεν εγγυάται ότι ένα νοσοκομείο θα έχει πλήρως ικανοποιημένους ασθενείς. Η σύνθετη αλληλεπίδραση διάφορων στοιχείων συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών της ιατρικής φροντίδας καθώς και η αλληλεπίδραση αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες με τις προσδοκίες του ασθενή, καθορίζει εάν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι με την ιατρική φροντίδα.[1]



Σχήμα 1 : Ικανοποίηση Ασθενών

Οργανωτική και ηγετική δέσμευση για ικανοποίηση του ασθενή

- Οι διευθυντές πρέπει να αναλάβουν προσωπικά την ικανοποίηση των ασθενών στις επιχειρήσεις τους." Το όραμα ηγεσίας είναι θεμελιώδης" λέει ο Robert Curry, Πρόεδρος και διευθυντής του νοσοκομείου του O'Connor, San Jose, Calif.
- Τα εργαλεία μέτρησης δίνουν μια σαφή ένδειξη για το πώς άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις υπηρεσίες. Χρησιμοποιήστε ένα όργανο που σας επιτρέπει να θέσετε στόχους ικανοποίησης των ασθενών. Χωρίς σαφείς στόχους, η οργάνωση αφήνεται να υποθέσει και να μαντέψει τους τομείς που πρέπει να βελτιώσει.

Στα νοσοκομεία με υψηλή απόδοση τα ανώτερα διοικητικά στελέχη συναντιούνται συχνά με τους ασθενείς για να συζητήσουν μαζί τους Sarasota (Fla.). Οι διοικητές των νοσοκομείων υποστηρίζουν ότι ο καλύτερος τρόπος να βελτιωθεί το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών σε όλους τους τομείς -από το να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής στα ιατρεία ως την κάλυψη των πνευματικών και συναισθηματικών αναγκών του- είναι να αναπτυχθεί ένα περιβάλλον όπου η επικοινωνία με τους ασθενείς και οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι κυρίαρχες. "Η πιο μεγάλη δυσκολία προκύπτει από το γεγονός ότι τα νοσοκομεία φοβίζονται τον κόσμο και δεν μπορούμε να διαβάσουμε τις σκέψεις τους" λέει ο Thomas Kennedy, πρόεδρος και CEO του νοσοκομείου του Bristol. "Υπάρχει ένας μόνιμος κίνδυνος ότι το νοσοκομειακό περιβάλλον θα καταπιέσει την επικοινωνία του ασθενή και θα παρερμηνεύσουμε τις απόψεις και επιθυμίες του".

2.5 ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

«Οι μάνατζερ πρέπει να βελτιστοποιούν την απόδοση προκειμένου να ενισχύσουν την ικανοποίηση των ασθενών»

Σε αυτή την εποχή που όλοι προσπαθούν να μειώσουν τους πόρους για τις υπηρεσίες υγείας, οι μάνατζερ που σκοπεύουν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών πρέπει να είναι πολύ πρόθυμοι να τους χρησιμοποιήσουν. Μία αποτελεσματική ανάλυση με σκοπό να εξετάσει πόσο διαφορετικά επίπεδα απόδοσης επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τη συνολική ικανοποίηση μπορεί να είναι βοηθήσει τους μάνατζερ να χρησιμοποιήσουν πιο σωστά τους πόρους τους.

Συμπεραίνει ότι η σχέση μεταξύ επιπέδου απόδοσης της διάστασης και ικανοποίησης ασθενών είναι συμμετρική. Δηλαδή ότι θετική ή αρνητική απόδοση σε ένα χαρακτηριστικό θα έχει παρόμοια επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών. Πρέπει παρόλα αυτά να δηλώσουμε ότι εμπειρικά και θεωρητικά αυτό το συμπέρασμα μπορεί να είναι παραπλανητικό.

Η αλλαγή της απόδοσης σε ένα στοιχείο δεν έχει συμμετρική επιρροή στην ικανοποίηση των ασθενών-η θετική απόδοση συνήθως έχει μικρότερο αντίκτυπο από την αρνητική απόδοση. Εφόσον οι manager εντοπίσουν αυτή την ασυμμετρία, μπορούν να διαθέσουν τους πόρους τους έτσι ώστε να αυξήσουν τα επίπεδα της απόδοσης.

2.5.1 Απόδοση σε επίπεδο χαρακτηριστικών (Attribute-level performance)

Η άποψη ότι οι οργανισμοί πρέπει να προσπαθούν με κάθε τρόπο να διατηρούν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης πελατών έχει γίνει κοινά αποδεκτή από όλους τους μάνατζερ. Οι μάνατζερ συνήθως εργάζονται σε ένα πλαίσιο όπου η συνολική ικανοποίηση είναι μια λειτουργία της απόδοσης σε διαφορετικά χαρακτηριστικά και η μη επιβεβαίωση των προσδοκιών των πελατών. Αρκετές έρευνες έχουν επικυρώσει αυτό το πλαίσιο. Για παράδειγμα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι :

- Η ολική ικανοποίηση από ένα προϊόν ή μια υπηρεσία επηρεάζεται από τη μη επιβεβαίωση των προσδοκιών των πελατών και την απόδοση του προϊόντος.
- Διαφορετικά στοιχεία απόδοσης επηρεάζουν την συνολική ικανοποίηση διαφορετικά ανάλογα με την σημαντικότητά τους.
- Η ικανοποίηση με ένα προϊόν ή μια υπηρεσία συνδέεται με την επαναπρομήθεια και την συμπεριφορά.

Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά για τον τομέα της υγείας γιατί υπονοούν ότι η υψηλότερη απόδοση σε ένα στοιχείο αυξάνει την ικανοποίηση και την πίστη των ασθενών.

Μέσα σε ένα περιβάλλον υγείας αναμένονται παρόμοιες ψυχολογικές λειτουργίες. Με άλλα λόγια οι ασθενείς θα επηρεαστούν πιο πολύ από τις αρνητικές πτυχές μιας υπηρεσίας από ότι θα επηρεαστούν από τις θετικές. Αυτή είναι μια μεγάλη αντίθεση με την παραδοσιακή κλειδί-οδηγό ανάλυση, που προτείνει ότι τόσο η θετική όσο και αρνητική απόδοση ενός στοιχείου έχουν την ίδια επιρροή στην συνολική ικανοποίηση.

2.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών απαιτεί έρευνα σε βάθος. Από την βιβλιογραφία προκύπτει μια πρόσφατη και σοβαρή αμφισβήτηση της άποψης ότι η ικανοποίηση είναι μια έννοια της οποίας οι μεταβλητές μπορούν να μετρηθούν. Ένα άρθρο από τους Locker και Dunt υποστηρίζει ότι είναι δύσκολο να οριστεί η έννοια της ικανοποίησης και ότι δεν υπάρχει σαφής διευκρίνιση του όρου στην βιβλιογραφία.

Μια επισκόπηση των ερευνών που αφορούν την ικανοποίηση (από τον Strasser και τον Aharony) συμπεραίνει ότι είναι βασισμένες σε εμπειρικά συμπεράσματα και όχι σε εξέταση ή κατασκευή της θεωρίας και ότι υπάρχουν πολλά διλήμματα όσον αφορά στην μεθοδολογία. Βρήκαν ότι δεν υπάρχουν τυποποιημένες προσεγγίσεις όσον αφορά την διαδικασία της δημοσκοπήσης, ούτε σαφήνεια και συνέπεια στην κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν την ικανοποίηση. Μπορεί να θεωρηθεί ότι αυτό είναι συνέπεια της απουσίας ενός θεωρητικού μοντέλου για την ικανοποίηση.

Οι Carr - Hill επικρίνει αυτούς που θεωρούν την ικανοποίηση μια ενωτική έννοια και υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι «μια πολύπλοκη έννοια που επηρεάζεται από κάποιους παράγοντες όπως είναι ο τρόπος ζωής, οι προηγούμενες εμπειρίες, οι μελλοντικές προσδοκίες και οι αξίες τόσο των απόμων όσο και της κοινωνίας». Η ικανοποίηση είναι βασικά παραγόμενη έννοια και γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο η αναζήτηση των αιτιών δυσαρέσκειας των ασθενών είναι η πιο σημαντική πτυχή της έρευνας που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών.[21]

Η ικανοποίηση ποικίλει ανάλογα με τον χρόνο, όπως έχουν δηλώσει πολλοί συγγραφείς. Όχι μόνο ορίζεται διαφορετικά από κάθε άτομο αλλά και το ίδιο άτομο μπορεί να κάνει διαφορετικές κρίσεις σε διαφορετικές στιγμές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι αιτίες δυσαρέσκειας ποικίλουν. Εφόσον η έννοια της ικανοποίησης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες δεν είναι σωστό να συνδυαστούν οι επιδόσεις στην ικανοποίηση με τις διάφορες διαστάσεις της υγείας για να δώσουν έναν δείκτη ποιότητας. Υψηλά επίπεδα συνολικής ικανοποίησης στην ιατρική φροντίδα μπορεί να καλύπτουν την δυσαρέσκεια με συγκεκριμένα στοιχεία. Οι ασθενείς μπορεί να είναι δυσαρεστημένοι με τους γιατρούς που δεν έχουν επικοινωνιακές ικανότητες, αλλά παρόλα αυτά είναι καλοί στην ειδικότητα τους.

Μια έρευνα για το Royal College of Surgeons αντί να αντιμετωπίζει την ικανοποίηση σαν κάτι δεδομένο και να περιμένει από τον ασθενή να τη μετρήσει, έχει συμπεράνει ότι είναι μια έννοια ρευστή. Ο Williams επικρίνει τις έρευνες ικανοποίησης που βασίζονται στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση είναι «ανεξάρτητο φαινόμενο».

Οι δημοσκοπήσεις πιέζουν τους ασθενείς να σχηματίσουν μια άποψη για την ικανοποίηση, χρησιμοποιώντας «τεχνητούς» όρους. Συνεπώς τα συμπεράσματα βγαίνουν από αποτελέσματα που μπορεί να παρερμηνεύουν τις απόψεις των ασθενών.

Δεν είναι γνωστό πώς οι άνθρωποι αξιολογούν τις υπηρεσίες ή εάν η «ικανοποίηση» είναι ο τρόπος που οι άνθρωποι αξιολογούν τις εμπειρίες τους από την ιατρική φροντίδα. Ο William υποστηρίζει ότι «απλές εκφράσεις ικανοποίησης» δεν είναι να αποσώσουν νόημα ή να ενσωματώσουν σημαντικές και πολύπλοκες εκφράσεις. Μια διαβάθμιση της ικανοποίησης μπορεί να καλύπτει τις επιφυλάξεις που οι ασθενείς μπορεί να έχουν για τις υπηρεσίες.

Η εθνική προτυποποίηση της ικανοποίησης δεν είναι αξιόπιστη γιατί η ικανοποίηση είναι μια ελάχιστη κατανοητή έννοια. Ενώ οι δημοσκοπήσεις για την ικανοποίηση εμφανίζονται να προωθούν τις προοπτικές των ασθενών, παραμένουν σε μια παθητική προσέγγιση του ασθενή όσον αφορά στην συμμετοχή του στον σχεδιασμό της βελτίωσης των υπηρεσιών .

Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει ξεκάθαρη σχέση μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης των ασθενών. Σε μια επισκόπηση των ερευνών που αποπειράθηκαν να διαμορφώσουν μια συσχέτιση ανάμεσα στις προσδοκίες, τις αξίες, και την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ο Williams σημείωσε ότι ενώ έχει βρεθεί κάποια συσχέτιση, «πολύ λίγη ικανοποίηση έχει ερμηνευθεί σε όρους προσδοκιών και αξιών. Ενώ είναι πιθανό να σχετίζονται, δεν πρόκειται για μια απλή σχέση. Όπως ο Meredith και ο Wood, έτσι και ο Williams υποθέτει ότι οι προσδοκίες μπορεί να μετατραπούν κατά την διάρκεια της διαδικασίας της φροντίδας, και έτσι να επηρεαστούν τα ακόλουθα αποτελέσματα.

2.7 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον από τους διοικητές των νοσοκομείων και τους ερευνητές για την μέτρηση και την κατανόηση της ικανοποίησης του ασθενή και της ποιότητας υπηρεσιών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς. Η ικανοποίηση του ασθενή και η ποιότητα υπηρεσιών έχουν γίνει η κάθε μια ξεχωριστά αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, παρόλο που πολλές εργασίες ικανοποίησης ασθενών έχουν γίνει σε περιβάλλοντα υπηρεσιών (Cadotte, Woodruff, Jeckins, Fornell, Oliver, DeSarbo, Swan, Trawick).

Η ποιότητα υπηρεσιών όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς έχει οριστεί από τον Parasuraman (1998) ως «μια συνολική κρίση ή συμπεριφορά που σχετίζεται με την ανωτερότητα μιας υπηρεσίας», και οι περισσότεροι ερευνητές στον τομέα της ποιότητας συμφωνούν με αυτό τον ορισμό (Boulding, Bolton κτλ).

Ο ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι τόσο σαφής. Παρόλο που δεν υπάρχει σαφής ορισμός όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών, οι πιο πολλοί ορισμοί περιλαμβάνουν «μια συναισθηματική ανταπόκριση με σκοπό την αξιολόγηση» (Oliver).

Στην συνέχεια ακολουθούν διάφορες απόψεις για την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα υπηρεσιών.

Τόσο η βιβλιογραφία που αφορά την ικανοποίηση, όσο και αυτή της ποιότητας υπηρεσιών δίνει έμφαση στην ιδέα ότι οι καταναλωτές κάνουν σύγκριση ανάμεσα στην απόδοση της υπηρεσίας και κάποια πρότυπα (standard). Η βιβλιογραφία της ποιότητας υπηρεσιών υποστηρίζει ότι η διάκριση ανάμεσα στην ποιότητα υπηρεσιών όπως τις αντιλαμβάνονται οι ασθενείς και την ικανοποίηση είναι ότι χρησιμοποιούν διαφορετικά μέτρα σύγκρισης (Bitner 1990, Parasuraman 1988, Zeithaml 1993). Αυτοί οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το μέτρο σύγκρισης στην ικανοποίηση είναι οι προσδοκίες ή αυτό που οι ασθενείς πιστεύουν ότι θα συμβεί, ενώ η ποιότητα υπηρεσιών είναι αποτέλεσμα της σύγκρισης της απόδοσης και αυτού που ο ασθενής πιστεύει ότι το νοσοκομείο πρέπει να του παρέχει.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία φαίνεται να υπάρχει μεγάλη ομοιότητα ανάμεσα στις δύο έννοιες, παρόλα αυτά οι ερευνητές είναι επιφυλακτικοί να δηλώσουν ότι πρόκειται για διαφορετικές κατασκευές, με εξαίρεση τους Dabholkar, Oliva, Oliver, Macmillan. Οι πιο πολλοί ερευνητές στον τομέα των υπηρεσιών θεωρούν τις δύο αυτές έννοιες ξεχωριστές (Bitner 1990, Boulding 1988, Klara, Staelin, Zeitham 1993 κτλ), παρόλα αυτά συνεχίζουν να γίνονται έρευνες για την σχέση αυτή (Anderson, Fornell, Rust, Oliver). Προφανώς, χρειάζεται μεγαλύτερη κατανόηση στην σχέση που υπάρχει ανάμεσα ικανοποίηση του ασθενή και την ποιότητα υπηρεσιών. Εάν είναι διαφορετικές έννοιες, όπως υποστηρίζεται από τους περισσότερους, τότε πρέπει να κατανοήσουμε πού διαφέρουν. Εάν δεν είναι διαφορετικές έννοιες, τότε δεν πρέπει να σπαταλάμε χρόνο σε δημοσκοπήσεις ρωτώντας και για τις δύο, ή να μπερδεύουμε τους μανάτζερ λέγοντας τους ότι πρέπει να τους απασχολούν και τα δύο. Επιπλέον, οι ερευνητές στον τομέα της ποιότητας υπηρεσιών συνεχίζουν να υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα της σύγκρισης με τις αναμενόμενες προσδοκίες (Bolton, Drew 1991, Bitner 1990 κτλ).

Αν και διαφορετικές, η ικανοποίηση και η ποιότητα υπηρεσιών σχετίζονται στενά. Ο Parasuraman προτείνει ότι η φύση της ποιότητας υπηρεσιών είναι παρόμοια με μια συμπεριφορά. Σχετίζεται αλλά δεν είναι ισοδύναμη με την ικανοποίηση. Ο Cronin και ο Taylor ρωτούν εάν ο στόχος αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες θα πρέπει να είναι να

έχουν καταναλωτές που να είναι μόνο «ικανοποιημένοι», ή καταναλωτές που θεωρούν ότι η εμπειρία τους από αυτή την υπηρεσία ήταν υψηλής ποιότητας.

Η βιβλιογραφία υποδεικνύει μια θετική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες, και την προθυμία να επιστρέψουν στο νοσοκομείο εάν χρειαστεί ή να το προτείνουν σε φίλους τους. Σύμφωνα με τον Oswald και τον Taylor, οι καταναλωτές δεν μπορούν να αξιολογήσουν την ιατρική φροντίδα κάθε αυτή, άλλα πρέπει να βασιστούν σε απόψεις για αυτούς που τους παρέχουν την φροντίδα και για τις εγκαταστάσεις, προκειμένου να εκτιμήσουν την εμπειρία τους. Εντέλει, οι ερευνητές καταλήγουν ότι υπάρχει **ισχυρή σχέση ανάμεσα στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών.**

Μία εξέταση του Mc Alexander ανάμεσα στις αντιλήψεις της ολικής ποιότητας υπηρεσίας και της ικανοποίησης των ασθενών δείχνει ισχυρές αντίστροφες συσχετίσεις έτσι ώστε να είναι αδύνατον να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η μια προηγείται της άλλης. Επίσης φάνηκε ότι η αγοραστική τάση επηρεάζεται και από την ικανοποίηση των ασθενών και από την εκτίμηση των ασθενών για την ολική ποιότητα υπηρεσίας. Η ποιότητα υπηρεσίας μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ικανοποίηση αντίστροφα εμφανίζει θετική συσχέτιση στην αγοραστική τάση και στην εμπιστοσύνη των αγοραστών.

Άλλοι ερευνητές πάλι πιστεύουν ότι η ποιότητα υπηρεσιών είναι μια μορφή τοποθέτησης που αντιπροσωπεύει μια μακροχρόνια, συνολική αξιολόγηση, ενώ η ικανοποίηση αντιπροσωπεύει την εκτίμηση μιας συγκεκριμένης συναλλαγής. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να οριστεί ως μια τοποθέτηση που αντανακλά τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα που δημιουργήθηκαν στον ασθενή σε σχέση με την υπηρεσία μετά την αγορά της. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν βιώσει την εμπειρία της χρήσης της υπηρεσίας για να επιτευχθεί η ικανοποίηση, ενώ η ποιότητα όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς δεν είναι απαραίτητα αποτέλεσμα μιας συγκεκριμένης αντιμετώπισης της υπηρεσίας.

Αν η ικανοποίηση και η ποιότητα των υπηρεσιών δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν ως ισόμορφες και έχουν εννοιολογικά διαφορετικές δομές, τότε η προφανής ερώτηση είναι «πώς αυτές οι δύο έννοιες συσχετίζονται;»

Στην βάση μιας επισκόπησης της βιβλιογραφίας από τους Ruyter, Bloemen, Peeters, κάποιος θα μπορούσε να υποστηρίξει ότι τα θεωρητικά και εμπειρικά στοιχεία για μια συγκεκριμένη διαδοχική σειρά της ποιότητας υπηρεσιών και της ικανοποίησης δεν οδηγούν σε ένα συμπέρασμα.

Η έλλειψη πλήρους συμφωνίας στην βιβλιογραφία για τη διαδοχική σειρά της ικανοποίησης και της ποιότητας των υπηρεσιών μας οδηγεί να δεχτούμε ότι υπάρχει μια μη επαναλαμβανόμενη γραμμική δομή ανάμεσα στις δύο έννοιες.

Σε ένα άρθρο τους οι **Brady, Cronin, Brand** αναφέρουν:

Οι εικασίες που αναφέρονται στην δομή της ικανοποίησης και της ποιότητας των υπηρεσιών μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες.

1. Αρχικά υπάρχει διαφωνία όσον αφορά την αιτιολογική σχέση μεταξύ της ποιότητας, της ικανοποίησης των ασθενών και των προθέσεων αγοράς.

2. Όπως φάνηκε από την εκτεταμένη χρήση μεθόδων μέτρησης που είναι βασισμένες στα κενά (gap) , η βιβλιογραφία δεν έχει καταλήξει σε ένα συμπέρασμα όσον αφορά την κατάλληλη λειτουργικότητα αυτής της δομής.
3. Τέλος, δεδομένων των ψυχομετρικών δυσκολιών που συνδέονται με τα αποτελέσματα διαφοράς (Brown 1993, Spreng 1996), ζητήματα σχετικά με τη λειτουργικότητα της ικανοποίησης των ασθενών παραμένουν εκκρεμή.

Η σειρά κατάταξης μεταξύ της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών είναι ένα θέμα μεγάλης διαφωνίας για τους ερευνητές του μάρκετινγκ.

Τρεις είναι οι βασικές τοποθετήσεις:

- Η ποιότητα υπηρεσιών προηγείται της ικανοποίησης των ασθενών (Anderson, Sullivan, Cronin, Taylor κτλ). Σύμφωνα με αυτή την σειρά κατάταξης, η ικανοποίηση περιγράφεται σαν μια εκτίμηση της ποιότητας της υπηρεσίας αλλά μετά την κατανάλωση (Anderson, Fornell 1994). Ο Oliver και ο Rust υποστηρίζουν αυτή την τοποθέτηση και προτείνουν ότι η ικανοποίηση "είναι μια από τις διαστάσεις της ποιότητας που παίζουν ρόλο στην κρίση του ασθενή".
- Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση προηγείται της ποιότητας . Ο Bitner, δανειζόμενος το σκεπτικό του Oliver για την σχέση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών και συμπεριφοράς του καταναλωτή απέναντι στην εταιρία, προτείνει ότι η ικανοποίηση που αφορά τις υπηρεσίες προηγείται της ποιότητας.
- Η τρίτη άποψη για την σχέση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης προτείνει ότι ούτε η ικανοποίηση ούτε η ποιότητα προηγείται η μία της άλλης (Dabholkar 1995, Mc Alexander 1994). Ο Cronin και ο Taylor προτείνουν ένα δαμικό μοντέλο που υποστηρίζει εμπειρικά μια μη-επαναλαμβανόμενη σχέση ανάμεσα στις δύο δομές. Δυστυχώς, το SMC που σχετίζεται με την διερεύνηση της σχέσης είναι αφύσικα υψηλό(μεγαλύτερο από 1) και αρνητικό.

Συμπερασματικά, ενώ υπάρχει ασυμφωνία όσο αφορά στον προσδιορισμό της σχέσης ποιότητας-ικανοποίησης, το κυρίαρχο σκεπτικό προτείνει ότι η ποιότητα υπηρεσιών προηγείται της γενικότερης ικανοποίησης .

- Η Rachel Applegate προσδιορίζει τρία πρότυπα της ικανοποίησης και σημειώνει ότι η αποδοχή ενός προτύπου έχει επιπτώσεις στις υπηρεσίες και στην έρευνα για την αλληλεπίδραση χρήστη-υπηρεσίας. Επίσης αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανένα απλό ερωτηματολόγιο όπου με απλές ερωτήσεις τύπου Ναι/ Όχι μπορεί κάποιος να προσδιορίσει την ικανοποίηση χρηστών. Με το να δώσουν προσοχή και στην ποιότητα υπηρεσιών και στην ικανοποίηση των πελατών, οι διάφορες εταιρίες υπηρεσιών, εξασφαλίζουν ότι οι υπηρεσίες ικανοποιούν ή υπερκαλύπτουν τις προσδοκίες των πελατών. Προσπαθούν επίσης να ανυψώσουν τη φήμη των υπηρεσιών της εταιρίας και να προωθήσουν την ικανοποίηση και την πίστη πελατών. Σαφώς, υπάρχει μια αλληλεξάρτηση μεταξύ των δύο εννοιών, με την ποιότητα των υπηρεσιών να προηγείται της ικανοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία μεθόδων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Διαφέρουν ως προς το κόστος και την ακρίβεια. Η επιλογή της καλύτερης μεθόδου ή του συνδυασμού των μεθόδων θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού και στο κόστος που απαιτείται για την επίτευξη αυτών των στόχων. Ο τρόπος επίτευξης αυτής της ισορροπίας εξαρτάται α) από τις πληροφορίες που ο κάθε οργανισμός ψάχνει β) από τον τρόπο που θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που θα βρεθούν γ) από τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους δ) από την εξειδίκευση που υπάρχει διαθέσιμη για τη συλλογή των πληροφοριών και ε) από τον απαιτούμενο βαθμό αξιοπιστίας.[24]

3.1 ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Παρατηρήσεις της διοίκησης: Η πιο απλή και λιγότερο δαπανηρή μέθοδος να αποτιμηθεί η ποιότητα υπηρεσιών είναι η ενθάρρυνση και η ανταμοιβή των μάντζερ για να είναι παρατηρητές των σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στους υπαλλήλους και τους ασθενείς. Το κυριότερο προτέρημα αυτής της μεθόδου είναι ότι οι μάντζερ γνωρίζουν καλά την δουλειά τους, τους στόχους, τα δυνατά και αναμενόμενα επίπεδα ποιότητας υπηρεσιών του οργανισμού τους. Επίσης, αυτός ο τρόπος παρατήρησης δεν φέρνει τους ασθενείς σε δύσκολη θέση και δίνει την δυνατότητα για άμεση διόρθωση του προβλήματος της ικανοποίησης του ασθενή.

Ένα πιθανό μειονέκτημα είναι ότι οι μάντζερ δεν έχουν πάντα την κατάλληλη εμπειρία και εκπαίδευση για να ερμηνεύσουν εύστοχα αυτό που βλέπουν ή μπορεί να έχουν κάποιες προσωπικές προκαταλήψεις που δεν τους επιτρέπουν να κρίνουν αντικειμενικά αυτό που βλέπουν. Ένα άλλο ακόμα πιο σημαντικό μειονέκτημα είναι ότι ενώ οι μάντζερ επιβλέπουν τους υπαλλήλους, αναπόφευκτα επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αυτοί εργάζονται. Ενώ η παρατήρηση από τους μάντζερ μπορεί να εξασφαλίσει την ποιότητα στις υπηρεσίες που παρέχονται σε συγκεκριμένους ασθενείς, το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται σε κάποιους άλλους παραμένει άγνωστο.

Προγράμματα ανατροφοδότησης(feedback) των αντιλήψεων των υπαλλήλων: Η πληροφόρηση που παίρνει κανείς για την ποιότητα υπηρεσιών μέσω της μεθόδου της παρατήρησης των μάντζερ μπορεί να ολοκληρωθεί από τα στοιχεία που μας δίνουν οι υπάλληλοι για την σχέση τους με τους ασθενείς. Οι υπάλληλοι μπορούν να δώσουν στην διοίκηση πληροφορίες για θέματα που αφορούν στις πολιτικές οργάνωσης ή άλλες οργανωτικές διαδικασίες οι οποίες εμποδίζουν την αποδοτική παροχή υπηρεσιών, όπως οι ασθενείς πιστεύουν. Οι ασθενείς γνωρίζουν και συνήθως είναι πρόθυμοι να πουν στους υπαλλήλους για τα οργανωτικά εμπόδια που πιστεύουν ότι επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν. Οι εργαζόμενοι πάλι από την πλευρά τους είναι διατεθειμένοι

να αναφέρουν τα εμπόδια που δεν τους επιτρέπουν να εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους όπως θα έπρεπε.

Ομάδες εργασίας και κύκλοι ποιότητας: Μία αξιολογη μέθοδος συγκέντρωσης πληροφοριών από τους υπαλλήλους είναι η ανάπτυξη ομάδων εργασίας και κύκλων ποιότητας. Αυτό που είναι κοινό και στις δύο αυτές μεθόδους είναι ότι οι υπάλληλοι κάνουν γνωστές τις απόψεις των ασθενών για την ποιότητα υπηρεσιών που λαμβάνουν. Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα των ομάδων εργασίας είναι ότι γνωστοποιούν στους υπάλληλους την δέσμευση της διοίκησης για ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η άμεση συμμετοχή των υπαλλήλων στην διαδικασία εξασφάλισης της ποιότητας τους κάνει να αισθάνονται πιο υπεύθυνοι και επομένως να προσπαθούν περισσότερο για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου. Η διοίκηση πρέπει να εμπιστευτεί αρκετά τους υπαλλήλους και να τους δώσει την εξουσία να διορθώνουν μόνοι τους τα λάθη που βλέπουν.

Ομάδες συζήτησης (Focus groups): Οι ομάδες συζήτησης συγκεντρώνουν πρώην ασθενείς ώστε να συζητήσουν τα συναισθήματα, τις διαθέσεις και τις απόψεις τους για την ποιότητα των υπηρεσιών. Η μέθοδος αυτή είναι παρόμοια με την συνέντευξη σε βάθος, όπου μεσολαβητής έχει προετοιμάσει έναν οδηγό με τα θέματα που θα συζητηθούν. Η διαφορά είναι ότι δεν παίρνουν συνεντεύξεις σε κάθε άτομο χωριστά, αλλά τίθενται ερωτήσεις στο γκρουπ και γίνεται συζήτηση πάνω σε αυτά τα θέματα.

Οι ομάδες συζήτησης είναι μία δυνατή μέθοδος συλλογής πληροφοριών για την άποψη που έχουν οι πελάτες πάνω στην ποιότητα υπηρεσιών. Τυπικά, οι ομάδες συζήτησης αποτελούνται από 6-10 άτομα και μία συνεδρίαση αυτού διαρκεί αρκετές ώρες. Μέσα από επαναλαμβανόμενες δειγματοληψίες μίας ομάδας ασθενών, οι ομάδες συζήτησης ανακαλύπτουν τα βασικότερα προβλήματα των υπηρεσιών και προτείνουν διάφορες λύσεις για την αντιμετώπιση αυτών. Βασικό πλεονέκτημα των ομάδων συζήτησης σε σχέση με τις συνεντεύξεις κατά άτομο (individual interviews) είναι ότι αποτελούν μία οικονομικότερη μέθοδο μέσα από την οποία οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ανταλλάξουν απόψεις και ιδέες για τα προβλήματα των υπηρεσιών και για την αντιμετώπιση αυτών αντίστοιχα. Από την άλλη πλευρά όμως η μέθοδος αυτή θεωρείται πολύ ακριβή καθώς επίσης και χρονοβόρα.

3.2 ΠΟΣΟΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Κάρτες σχολιασμού (comment cards): Οι κάρτες σχολιασμού αποτελούν την οικονομικότερη υπηρεσία αξιολόγησης καθώς επίσης και τη λιγότερο πολύπλοκη. Ευρέως χρησιμοποιούνται στην βιομηχανία των υπηρεσιών. Οι κάρτες σχολιασμού βασίζονται ολοκληρωτικά στην εθελοντική συμμετοχή των ασθενών. Ζητούν να εκτιμήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών όπου έλαβαν σύμφωνα με απλές κλίμακες και κενά για τα γραπτά σχόλια. Στη συνέχεια, οι ασθενείς τοποθετούν τις κάρτες σχολιασμού σε ένα κουτί και το δίνουν στον παροχέα ή το ταχυδρομούν. Σημαντικό πλεονεκτήματα των καρτών σχολιασμού είναι το σχετικά χαμηλό τους κόστος και η εύκολη καταμέτρηση και ανάλυση αυτών όταν είναι σωστά σχεδιασμένες. Επιπλέον, μέσα από τις κάρτες σχολιασμού δίνεται η δυνατότητα να εντοπιστεί πού αποτυγχάνουν οι υπηρεσίες να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών, πού τα καταφέρνουν και παρέχεται διοικητική αναγνώριση στους άριστους υπαλλήλους. Οι κάρτες σχολιασμού όμως παρουσιάζουν και ορισμένα μειονεκτήματα εκ των οποίων το βασικότερο είναι ότι οι ανταποκρινόμενοι σε αυτές δεν είναι δυνατό να εκπροσωπήσουν όλους τους ασθενείς. Τέλος, το διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που ο ασθενής θα βιώσει την αρνητική εμπειρία μέσα από μία υπηρεσία μέχρι τη στιγμή που θα τη γνωστοποιήσει είναι μεγάλο για να επιτρέψει στη διοίκηση να διορθώσει οποιαδήποτε αρνητική πτυχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας.[24]

Δημοσκοπήσεις που τις διαχειρίζονται οι ασθενείς (Self-administered patient surveys): Υπάρχει μία ποικιλία μεθόδων δημοσκοπήσεων που είναι κατάλληλες για να διατηρήσουν feedback των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών. Το κόστος των δημοσκοπήσεων είναι υψηλότερο απ' ό,τι αυτό των καρτών σχολιασμού αλλά αποδίδουν στατιστικά πιο έγκυρες μετρήσεις των απόψεων των ασθενών, διότι είναι πιο αντιπροσωπευτικές των απαιτήσεων των ασθενών. Ταυτόχρονα, είναι ακριβείς, έγκυρες, αξιόπιστες, αλλά και πολύπλοκες. Μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσω ταχυδρομείου ή από την πλευρά αυτών που παρέχουν τις υπηρεσίες. Οι δημοσκοπήσεις δίνουν τη δυνατότητα συλλογής αντιπροσωπευτικών, αλλά και έγκυρων δειγμάτων από τους ασθενείς.

Υπάρχουν όμως πολλοί ανεξέλεγκτοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την πιθανότητα να απαντήσουν οι ασθενείς με ακρίβεια σε μια δημοσκόπηση μέσω ταχυδρομείου. Οι ανακριβείς και ελλιπείς ταχυδρομικές λίστες, η αλλαγή του τόπου κατοικίας των ασθενών ή απλά η αδιαφορία τους να συμπληρώσουν και να ταχυδρομήσουν τα ερωτηματολόγια, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τον βαθμό ανταπόκρισης (response rate). Ο ανεπαρκής βαθμός ανταπόκρισης αυξάνει τα δειγματικά λάθη (sampling errors) και μειώνει την χρησιμότητα και την αντιπροσωπευτικότητα της πληροφορίας.

Δημοσκοπήσεις με προσωπική συνέντευξη: Οι συνεντεύξεις προσπαθούν να εξαγάγουν τον ίδιο τύπο δεδομένων με τις δημοσκοπήσεις αλλά δεν είναι αυτοδιαχειριζόμενες (self-administered). Μπορούν να διεξαχθούν μέσα στον οργανισμό με χαμηλό κόστος, μέσω τηλεφώνου με μέτριο κόστος ή στα σπίτια των ασθενών με υψηλό κόστος. Το κόστος του τελευταίου είναι τόσο υψηλό που σπάνια χρησιμοποιείται. Οι συνεντεύξεις μπορεί να είναι επίσημες ή ανεπίσημες.

Στις ανεπίσημες, ο υπεύθυνος δεν έχει συγκεκριμένη θεματολογία αλλά ρωτάει τον ασθενή για την εμπειρία του με σκοπό να προσδιορίσει προβλήματα ή αντιδράσεις που

αφορούν συγκεκριμένες πτυχές της υπηρεσίας. Οι ανεπίσημες συνεντεύξεις μπορούν να παρέχουν πολλές πληροφορίες όταν διεξάγονται από επαγγελματίες.

Οι επίσημες συνεντεύξεις στηρίζονται κυρίως σε έναν προσχεδιασμένο οδηγό συνέντευξης. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε παράγοντες όπως η επιλογή δείγματος ο σχεδιασμός του προγράμματος συνέντευξης, η εκπαίδευση των ατόμων που παίρνουν τις συνεντεύξεις και η διαδικασία της συνέντευξης. Ο οδηγός που χρησιμοποιείται διασφαλίζει ότι διερευνώνται τα «στοιχεία-κλειδιά» για την ικανοποίηση των ασθενών. Οι επίσημες συνεντεύξεις απαιτούν μεγάλο κόστος εξαιτίας του κόστους εκπαίδευσης του ατόμου που παίρνει την συνέντευξη.

Τηλεφωνικές δημοσκοπήσεις: Οι προσωπικές τηλεφωνικές συνεντεύξεις είναι μια άλλη χρήσιμη μέθοδος για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Αυτή η μέθοδος βέβαια, έχει περιθώρια για προκαταλήψεις γιατί ο ασθενής έρχεται σε επαφή με το άτομο που παίρνει την συνέντευξη. Παρόλο που εξαλείφει τα προβλήματα που προκύπτουν από την συλλογή της πληροφορίας όσο οι ασθενείς είναι ακόμα στο χώρο του νοσοκομείου, δημιουργούν άλλους προβληματισμούς στους οργανισμούς που προσπαθούν να αξιολογήσουν με ακρίβεια το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αυτή η μέθοδος στηρίζεται σε αναδρομικές πληροφορίες που βασίζονται στην μνήμη του ασθενή, ο οποίος μπορεί να ξεχάσει και να παραλείψει σημαντικές πληροφορίες την στιγμή της τηλεφωνικής συνέντευξης. Επιπλέον, οι ασθενείς συνήθως θεωρούν αυτές τις μεθόδους ενοχλητικές, που συνεπάγεται προκατάληψη στα δεδομένα. Οι συνεντεύξεις που διαρκούν παραπάνω από 15 λεπτά εξαντλούν την καλή διάθεση του ερωτώμενου και τα αποτελέσματα δεν είναι αξιόπιστα και έγκυρα.

Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις είναι σχετικά ακριβές, αφού απαιτούν την ανάπτυξη ερωτηματολογίου και την απασχόληση εκπαιδευμένων ατόμων για να έχουν τον απαιτούμενο αριθμό ερωτηματολογίων που «φτάνει» την στατιστική εγκυρότητα.

"Mystery shoppers": Η χρησιμοποίηση των "mystery shoppers" είναι μια παρατηρητική μέθοδος που παρέχει στην διοίκηση μια άλλη πλευρά της εμπειρίας από την υπηρεσία. Εκπαιδευμένοι παρατηρητές παριστάνουν τους πελάτες και αξιολογούν την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Στην συνέχεια, παραδίδουν στην διοίκηση μια λεπτομερή αναφορά για την εμπειρία τους από την υπηρεσία. Οι "mystery shoppers" μπορούν να χρησιμοποιηθούν με πολλούς τρόπους για να αξιολογήσουν την εμπειρία τους στα νοσοκομεία με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, παραδείγματος χάριν την ανταπόκριση που δείχνει το προσωπικό, τον επαγγελματισμό και τις διαγνωστικές ικανότητες των ιατρών.

Παρόλα αυτά η χρήση αυτής της μεθόδου έχει αρκετά μειονεκτήματα στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας. Ενώ η χρήση των "mystery shoppers" μπορεί να είναι κατάλληλη για κάποιους ιατρικούς τομείς όπως τα εξωτερικά ιατρεία, μπορεί όμως να είναι ακατάλληλη για άλλους τομείς όπως ο χειρουργικός. Επίσης, ένα από τα πιο εμφανή μειονεκτήματα της μεθόδου είναι το μέγεθος του δείγματος από το οποίο εξάγονται τα συμπεράσματα. Μια ή δυο φορές παρατήρησης δεν είναι στατιστικά σημαντικό δείγμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

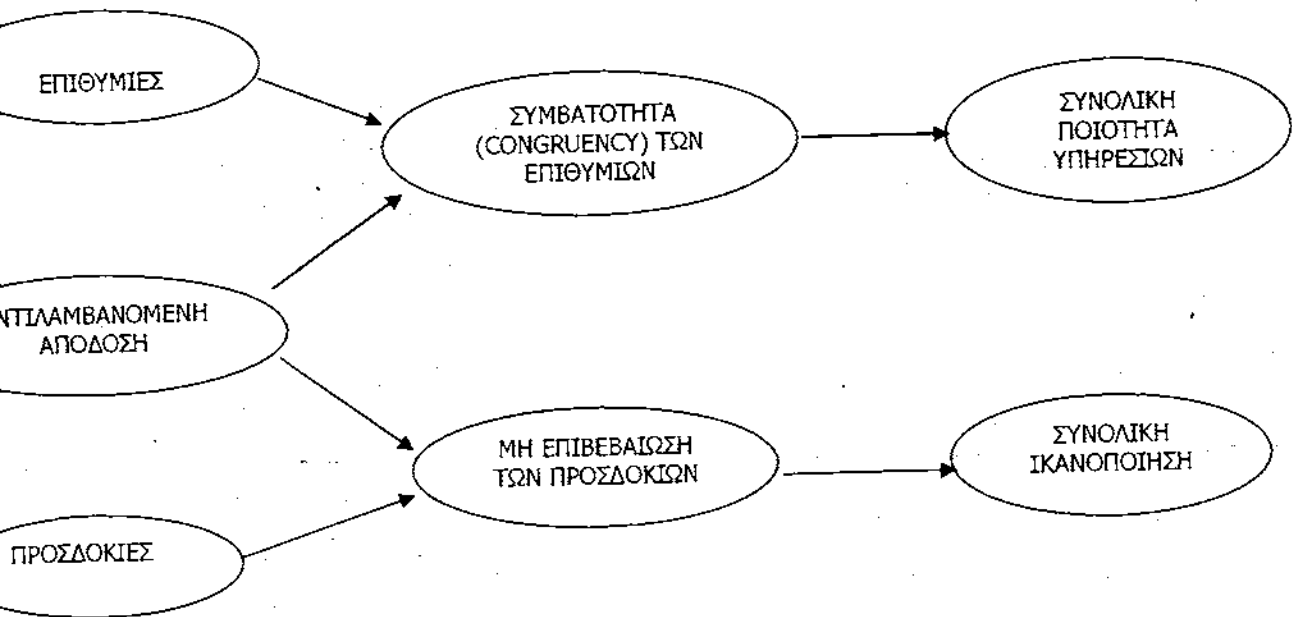
4.1 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

4.1.1 Το μοντέλο μέτρησης της ποιότητας του Oliver

Ο **Oliver (1993)** πρότεινε ένα μοντέλο που σκοπό είχε να ενσωματώσει την βιβλιογραφία της ικανοποίησης και της ποιότητας υπηρεσιών. Προτείνει ότι ενώ η ποιότητα υπηρεσιών έχει προέλθει από μια σύγκριση μεταξύ των ιδανικών και των αντιλήψεων για την απόδοση, εκτιμώντας τις διαστάσεις της ποιότητας, η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία της μη επιβεβαίωσης των προσδοκιών, εκτιμώντας και τις ποιοτικές και τις μη ποιοτικές διαστάσεις. Επιπλέον, θεωρεί ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών προηγείται της ικανοποίησης. [56]

Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί σε αυτό το μοντέλο.

- Αρχικά, το μοντέλο του Oliver υποθέτει ότι η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με την μη επιβεβαίωση των ιδανικών, συνδέεται μόνο με τις αντιλήψεις για την ποιότητα υπηρεσιών.
- Επίσης, το μοντέλο του Oliver διευκρινίζει ότι οι προσδοκίες δεν επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την απόδοση, παρόλο που μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας διαφωνεί με αυτή την υπόθεση.



Σχήμα 2 :Το μοντέλο του Oliver

4.1.2 Το μοντέλο μέτρησης της ποιότητας ΚQCAH

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) αναγνωρίζει εννέα ποιοτικές διαστάσεις για τα νοσοκομεία:

1. Αποτελεσματικότητα (efficacy)
2. Καταλληλότητα
3. Αποδοτικότητα (efficiency)
4. Σεβασμός και φροντίδα
5. Ασφάλεια
6. Διάρκεια
7. Επίδραση
8. Μικρός χρόνος αναμονής
9. Διαθεσιμότητα

Η λίστα των διαστάσεων σχετίζεται με τους πέντε παράγοντες των Coddington και Moore και τις διαστάσεις του SERVQUAL αλλά είναι πιο περιεκτική. Εφόσον, οι διαστάσεις της JCAHO εμπεριέχουν τις διαστάσεις του SERVQUAL και των Coddington και Moore και εφόσον έχουν δημιουργηθεί για να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στη νοσοκομειακή διαδικασία πιστοποίησης, οι εννιά διαστάσεις της JCAHO επιλέχθηκαν ως το θεωρητικό πλαίσιο της ποιότητας υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.[55]

Εξετάστηκαν δυο διαφορετικοί τύποι εγκυρότητας (validity) του μοντέλου :

1. **Εγκυρότητα του περιεχομένου** (content validity): είναι το εύρος στο οποίο το εργαλείο μέτρησης καλύπτει επαρκώς το θέμα υπό εξέταση.

Το ΚQCAH εξετάστηκε χρησιμοποιώντας πολλαπλές ομάδες (multiple groups), συμπεριλαμβανομένων ασθενών, όπου όλες είχαν εξειδικευμένη γνώση για να προσδιορίσουν ανεξάρτητα τα χαρακτηριστικά-κλειδιά για την ποιότητα (key quality characteristics).

2. **Εγκυρότητα κατασκευής** (construct validity): είναι ο βαθμός στον οποίο μια κλίμακα αποτελεί έναν κατάλληλο λειτουργικό καθορισμό μιας μεταβλητής.

Δεν υπάρχει μέτρο που να προσδιορίζει ακριβώς την εγκυρότητα κατασκευής. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι τα καλύτερα υποκατάστατα ενός μέτρου για την ακριβώς εγκυρότητα κατασκευής.

Συμπερασματικά, η έρευνα υποδεικνύει ότι το ΚQCAH έχει υψηλά επίπεδα εγκυρότητας περιεχομένου και κατασκευής. Το ΚQCAH αναπτύχθηκε από δεδομένα εισόδου (input) που έδωσαν και οι καταναλωτές και οι οι παροχείς νοσοκομειακών υπηρεσιών. Είναι μια πολύ-στοιχειώδης (multi item) κλίμακα που μπορεί να παρέχει αξιόπιστη πληροφόρηση στην διοίκηση ενός νοσοκομείου, ώστε να είναι ανταγωνιστικοί στο περιβάλλον τους.

Σε λειτουργικό επίπεδο, το ΚΩΣΑΗ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπιστεί το επίπεδο ποιότητας των διαφόρων νοσοκομείων, και έτσι αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στις προσπάθειες του κάθε νοσοκομείου για αξιολόγηση.

4.1.3 CONJOINT Analysis

Μια πολλά υποσχόμενη εναλλακτική μέθοδος μέτρησης είναι η Conjoint analysis, παρόλο που υποστηρίζεται ότι και αυτή η προσέγγιση έχει αρκετά μειονεκτήματα. Η Conjoint analysis είναι μια τεχνική που επιτρέπει να αναλυθούν τα ερεθίσματα μιας ομάδας συνολικών αντιδράσεων έτσι ώστε να προκύψει η χρησιμότητα κάθε στοιχείου ερεθίσματος από τις συνολικές εκτιμήσεις των ασθενών. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι προηγούμενες εμπειρίες, όσον αφορά στην συγκεκριμένη υπηρεσία, μπορεί να επηρεάσουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών, ένα από τα πιο δυνατά σημεία της προσέγγισης του SERVQUAL. Γι' αυτό και οι δύο προσεγγίσεις πρέπει να υιοθετηθούν συμπληρωματικά ή μια με την άλλη, όπως προτείνεται από τον DeSarbo(1994).

Ένα μεγάλο μειονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ο περιορισμένος αριθμός στοιχείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα. Ο μεγάλος αριθμός στοιχείων θα έχει σαν αποτέλεσμα έναν τεράστιο αριθμό ερεθισμάτων που πρέπει να εκτιμηθούν και να ταξινομηθούν από τους ερωτηθέντες. Μια λύση σε αυτό το πρόβλημα που χρησιμοποιείται συχνά στην conjoint analysis είναι η εφαρμογή των κλασματικών παραγοντικών σχεδίων (fractional factorial designs) που επιτρέπουν στον ερευνητή να μετρήσει τα κύρια αποτελέσματα με έναν περιορισμένο αριθμό συνδυασμών.[52]

Επιπλέον, πρέπει να δοθεί προσοχή στην επιλογή των επιπέδων των στοιχείων γιατί μη ρεαλιστικές εκτιμήσεις αυτών των επιπέδων θα οδηγήσουν σε αυξημένη αντιλαμβανόμενη σημασία του συγκεκριμένου στοιχείου.

Επίσης, ο αριθμός των επιπέδων που ανήκουν σε ένα συγκεκριμένο στοιχείο θα πρέπει να είναι ο ίδιος για όλα τα στοιχεία. Έχει διαπιστωθεί ότι στην περίπτωση που ο αριθμός των επιπέδων ενός στοιχείου ξεπερνάει τον αριθμό των επιπέδων των άλλων στοιχείων, τότε αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα μια αυξημένη ευαισθησία για το στοιχείο με το μεγαλύτερο αριθμό επιπέδων. Τέλος, έχει τονιστεί ότι αυτή η μέθοδος μέτρησης απαιτεί μεγάλο κόστος, εμπειρία και γνώση.

4.1.4 Το εργαλείο SERVCON

Η ενσωμάτωση του disconfirmation paradigm στα επίπεδα των στοιχείων (attribute levels) δεν καθιστά πλέον απαραίτητη την ξεχωριστή μέτρηση των προσμονών και τις απόδοσης. Επιπλέον, η χρήση των υποθετικών προφίλ (hypothetical profiles) των παροχών υπηρεσιών με τους οποίους δεν είναι αναγκαία η άμεση επαφή, μειώνει την πιθανότητα να παρερμηνεύσουμε την ποιότητα υπηρεσιών ως ικανοποίηση, εφόσον οι πραγματικές προσμονές συλλέγονται με αυτόν τον τρόπο (DeSarbo 1994).

Το μοντέλο SERVCON συνδυάζει τις προσεγγίσεις του SERVQUAL και της Conjoint Analysis.[52]

4.1.5 Marketing Lens Model(MLM)

Για να παρέχεις ποιοτική φροντίδα υγείας αποτελεσματικά οι προμηθευτές πρέπει να κατανοήσουν πως οι ασθενείς και οι γιατροί εκτιμούν την ποιότητα και από εκεί και έπειτα να συγκρίνουν αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις. Ένα τέτοιο εργαλείο είναι το MLM. Το MLM βασίζεται στην θεωρία- αντιλήψεις του Egon Brunswik's, όπου οι άνθρωποι τείνουν να αντιλαμβάνονται και να ερμηνεύουν το ερέθισμα από το περιβάλλον μέσω ενός φακού- φίλτρο. Ίσως, όμως, να επηρεάζονται από προηγούμενη εμπειρία και γνώση κι έτσι η κρίση τους από το ερέθισμα να είναι υψηλά υποκειμενική και πιθανόν μη ακριβής. Το 1992 οι Claycomb V. και Mowen J. (1992) πρότειναν το MLM ως ένα θεωρητικό μεθοδολογικό εργαλείο που εξετάζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα σε πολύπλοκο περιβάλλον ανταλλαγών. [41]

Το MLM μοντέλο εφαρμόζεται στις αντιλήψεις των ασθενών και γιατρών για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Το βασικό MLM έχει δύο όψεις την περιβαντολογική και την αισθητική. Όσον αφορά την περιβαντολογική μπορεί να μετρηθεί η απόδοση ποιότητας προϊόντων ή υπηρεσιών πιθανόν εξαγόμενη από την γνώμη ειδικών, ουδέτερου μέρους. Για υπηρεσίες που αποδίδονται στο νοσοκομείο η μέτρηση της απόδοσης πιθανώς να περιλαμβάνει αντικειμενικά μέτρα όπως διάρκεια νοσηλείας, ακρίβεια χρέωσης, αξιολόγηση γιατρών όπως προκύπτει από τον ποιοτικό έλεγχο. Όσον αφορά την αισθητική πλευρά μπορεί να μετρηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών και γιατρών βάσει συγκεκριμένων κλιμάκων (Servqual).

4.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΚΠΡΟΣΩΝ

Έχει παρατηρηθεί μεγάλο ενδιαφέρον τόσο για θέματα που αναφέρονται σε κλινικά αλλά και εργαστηριακά μέτρα της υγείας και της ασθένειας, όσο και για την ενσωμάτωση μέτρων για την αυτό-αξιολόγηση της υγείας. Στα πλαίσια του Health Insurance Experiment και της Medical Outcome Study η RAND Corporation προσπάθησε να αναπτύξει εργαλεία που θα μπορούσαν να «παγιδεύσουν» υποκειμενικές εκτιμήσεις για την ευζωία και δραστηριότητα. Ένας από τους σκοπούς των παραπάνω ερευνών ήταν να αναπτύξουν εργαλεία που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλο και περισσότερες ομάδες ασθενών, θα συμπληρωνόταν σε ελάχιστο χρόνο ενώ ταυτόχρονα θα εκπλήρωναν της ψυχομετρικές απαιτήσεις για εγκυρότητα και αξιοπιστία.[13]

Οι δύο παραπάνω μελέτες κατέληξαν σε δύο εργαλεία το Short Form-20 και το Short Form-36

4.2.1 Short Form-20

Αρχικά οι ερευνητές ήθελαν να αναπτύξουν ένα εργαλείο που να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Αρκετά μικρό ώστε να συμπληρώνεται γρήγορα
- Κατανοητό (καλύπτοντας όσες κατευθύνσεις της υγείας είναι δυνατόν)
- Με ψυχομετρικά χαρακτηριστικά
- Με κλίμακες πολλών στοιχείων

Το SF20 πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια όπως κάθε μέτρο :

- Κατάλληλο για την ερευνητική δουλειά, σε όρους περιεχομένου και κατευθύνσεις της υγείας που έχουν καλυφθεί και σε όρους επιπέδου υγείας ή ασθένειας που καλύπτει.
- Αξιόπιστο
- Έγκυρο
- Πρακτικά Χρήσιμο
- Ευαίσθητο σε αλλαγές

Αξιολόγηση της αξιοπιστίας ενός εργαλείου είναι ο καθορισμός του βαθμού με τον οποίο λαμβάνονται μετρήσεις από μων κάτω από διαφορετικές καταστάσεις (άλλες περιπτώσεις, διαφορετικοί παρατηρητές ή ίδια τεστ) αποδίδοντας ίδια αποτελέσματα. Η αξιοπιστία ορίζεται ως μέτρο του ποσοστού της μεταβλητότητας στα αποτελέσματα (scores) το οποίο οφείλεται σε πραγματικές -αληθινές διαφορές ανάμεσα στα άτομα.

Η εσωτερική συνεκτικότητα (internal consistency) εκφράζει την ομογένεια των στοιχείων της κλίμακας και ελέγχεται βάση του βαθμού συσχέτισης τους καθώς και με το ολικό score. Το πρόβλημα που εντοπίζεται στα μέτρα εκρών είναι κατά πόσο ανταποκρίνονται σε όλες τις διευθύνσεις υγείας. Το κύριο πρόβλημα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι δύο διευθύνσεις της υγείας μετρούνται από δύο μόνο στοιχεία.

4.2.2 Short Form-36

Τα προβλήματα του SF20 οδήγησαν στην ανάπτυξη του SF36. Το SF36 κατασκευάστηκε για να ικανοποιήσει τα ελάχιστα ψυχομετρικά στάνταρτ απαραίτητα για την σύγκριση ομάδων σε περιπτώσεις γενικών θεμάτων υγείας (θέματα που δεν είναι ειδικά για ηλικία, φύλο, η ομάδα θεραπείας).

Το νέο αυτό εργαλείο περιλαμβάνει έναν πολύ-λειτουργικό ορισμό της υγείας συμπεριλαμβάνοντας: λειτουργία και μη λειτουργία (function- dysfunction), άγχος-ψυχική καταπίεση από Stress (distress) ευζωία (Well-being), υποκειμενικές εκθέσεις και αντικειμενικές κατατάξεις καθώς και επιθυμητές ή και μη επιθυμητές αυτο-αξιολογήσεις του γενικού επιπέδου υγείας. Τα περισσότερα στοιχεία έχουν τις ρίζες τους σε διάφορα εργαλεία τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις συμπεριλαμβάνοντας στοιχεία από την General Psychological Well Being Inventory (Dupuy 1984) διάφορα φυσικά και λειτουργικά μέτρα (Patick, Bush and Chen (1973), Hulka and Caseel 1973, Reynolds et all 1974, Steward, Ware and Brook, 1981, Health Perception Questionnaire (Ware 1976)). Οι ερευνητές της MOS (Medical Outcome Study) επέλεξαν και υιοθέτησαν στοιχεία ερωτηματολογίων από αυτές και άλλες πηγές και ανέπτυξαν ένα καινούργιο μέτρο με 149 στοιχεία (Functioning and Well Being Profile (Steward and Ware 1992) το οποίο αποτέλεσε και την πηγή του SF36.

Το σχήμα 1 παρουσιάζει το μοντέλο μέτρησης, υπογραμμίζοντας την κατασκευή του SF36. Αυτό το μοντέλο έχει τρία επίπεδα: τα στοιχεία, τις οκτώ κλίμακες οι οποίες αθροίζουν 2- 0 στοιχεία η κάθε μία, και τέλος δύο συγκεντρωτικά μέτρα που αθροίζουν τις κλίμακες. Από όλα τα στοιχεία ένα είναι αυτό που χρησιμοποιείται για να αυτό-αξιολογεί τις κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί. Κάθε στοιχείο χρησιμοποιείται μόνο σε μία κλίμακα. [13]

Το SF36 είναι κατάλληλο για αυτό-αξιολόγηση, υπολογιστική διαχείριση ή διαχείριση από εκπαιδευμένο άτομο για προσωπικές συνεντεύξεις σε ανθρώπους ηλικίας 14 και πάνω. Το SF36 έχει λειτουργήσει με επιτυχία σε γενικούς πληθυσμούς της Αμερικής και σε άλλες χώρες (Ware 1994) σε νέους, σε μέσης ηλικίας αλλά και σε γέροντες ασθενείς με συγκεκριμένες ασθένειες (Ware, Snow, Kosinski et all 1993, Ware, Lu et all 1994). Τα πλεονεκτήματα του είναι οι επιτυχίες του στα υψηλά ψυχομετρικά στάνταρτ αλλά και στα μέτρα εκπαίδευσης.

Συστηματικές συγκρίσεις δείχνουν ότι το SF36 εμπεριέχει οκτώ από τις σημαντικότερες κατευθύνσεις για την υγεία εξαιρούνται η επάρκεια ύπνου, διατροφή, νοητική δραστηριότητα, σεξουαλική δραστηριότητα, καταπίεση υγείας (Health Distress), οικογενειακή δραστηριότητα, αυτό-εκτίμηση, ψυχαγωγία, χόμπι, επικοινωνία και προβλήματα τα οποία είναι συγκεκριμένα σε μία κατάσταση. Τα συμπτώματα δεν εμπεριέχονται στο SF36 γιατί είναι γενικό - μέτρο.

Για την διευκόλυνση των θεμάτων που δεν εμπεριέχονται στο SF36 υπάρχει πίνακας συσχέτισεων ανάμεσα στις οκτώ κλίμακες και στα δύο αθροιστικά μέτρα καθώς και στα άλλα 32 μέτρα άλλων γενικών θεμάτων και 19 συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Το SF36

συσχετίζεται σημαντικά με τα περισσότερα μέτρα που παραλείπονται (0.4 και πάνω) καθώς και με την συχνότητα και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Εξαιρέση αποτελεί η σεξουαλική δραστηριότητα η οποία συσχετίζεται ελαφρά και μπορεί να εισαχθεί στο SF36.

Ένας από τους σκοπούς του SF36 ήταν να βελτιώσει την εγκυρότητα περιεχομένου του προηγούμενου μέτρου. Για τον λόγο αυτό οι διευθύνσεις της υγείας αυξήθηκαν σε οκτώ καθώς και οι κλίμακες για το πόνο του σώματος αλλά και της κοινωνικής δραστηριότητας συμπληρώθηκαν από πολλά στοιχεία. Η εγκυρότητα (validity) του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε στην Αμερική αλλά και στην Μεγάλη Βρετανία όσον αφορά το περιεχόμενο, την εγκυρότητα δομής και την εγκυρότητα κριτηρίων. Τα αποτελέσματα του τεστ είναι θετικά όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα αν και έχει γίνει λίγη δουλειά στο θέμα της ευαισθησίας.

Το SF36 καλύπτει έναν μεγάλο αριθμό περιπτώσεων που επηρεάζεται από την κακή υγεία και έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να είναι πιο ευαίσθητο από τα χαμηλότερα επίπεδα ανικανότητας του Nottingham Health Profile (Brazier et all 1992).

Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν έχει μόνο πλεονεκτήματα. Λίγα έχουν αναλυθεί μέχρι τώρα πάνω στο πόσο σημαντικές είναι οι διαφοροποιήσεις στα score. Το μόνο που έχει εξηγηθεί είναι οι σημαντικές διαφοροποιήσεις (Mchorney et all 1993), ενώ τα χαμηλότερα score παραμένουν χωρίς ανάλυση.

4.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στην εποχή μας υπάρχει ένα συνεχές αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα μέτρα επιπέδου υγείας. Έτσι έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία για το διάστημα χρονικής ανικανότητας, ψυχολογικής ευζωίας, κοινωνικής υγείας, ποιότητας και ικανοποίησης της ζωής, μέτρησης πόνου και κάποια μέτρα για την γενική υγεία. Ένα από τα πιο διαδεδομένα μέτρα είναι το SIP για την Αμερική Sickness Impact Profile και το Functional Limitation Profile για την U.K.

4.3.1 Sickness Impact Profile- SIP

Το SIP αναπτύχθηκε ως μέτρο του αντιλαμβανόμενου επιπέδου υγείας και σαν μέτρο εκροής για την αξιολόγηση της φροντίδας της υγείας κατά μήκος διαφορετικών τύπων και σοβαρότητας ασθενειών και κατά μήκος κοινωνικό-δημογραφικών και πολιτισμικών ομάδων. Σχεδιάστηκε για να είναι ευαίσθητο αρκετά ώστε να διαγνώσει αλλαγές οι οποίες εμφανίζονται με τον χρόνο ή ανάμεσα σε ομάδες και σκοπεύοντας να χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση εκροών της φροντίδας της υγείας σε έρευνες, στον προγραμματισμό σχεδιασμού και στην χάραξη πολιτικής καθώς και στην παρακολούθηση της προόδου του ασθενούς.[13]

Το SIP μέτρο σχετίζεται περισσότερο με την συμπεριφορά παρά με την ασθένεια και την υποκειμενική αντίληψη της ασθένειας. Επικεντρώνεται στην συμπεριφορά κερδίζοντας με πολλά πλεονεκτήματα τις ιατρικές εκθέσεις και τα αισθήσεις-αντιλήψεις. Οι αντιλήψεις-αισθήματα είναι μια μεταβλητή που πολύ δύσκολα μετρείται. Οι ιατρικές αξιολογήσεις – εκθέσεις περιορίζονται στον ασθενή κάτω από ιατρική φροντίδα ή διαφορετικά απαιτούν ιατρική ανάλυση-επεξήγηση των συμπτωμάτων του ερωτηθέντος. Σε αντίθεση οι εκθέσεις που αφορούν την συμπεριφορά μπορούν να ελεγχθούν με παρατήρηση και μπορούν να δείξουν κατά πόσο ή όχι ένας ασθενής λαμβάνει θεραπεία. Επίσης, είναι λιγότερο υποκειμενικό στην επιρροή του κλίματος από ότι οι εκθέσεις της κατάστασης των αισθημάτων – αντιλήψεων.

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο SIP εστιάζονται στην αλλαγή της απόδοσης παρά στην χωρητικότητα-ποσότητα. Με άλλα λόγια σχετίζονται με το τι το άτομο κάνει ή δεν κάνει παρά με το τι μπορεί ή δεν μπορεί να κάνει. Τα δύο αυτά εργαλεία έχουν αρκετούς περιορισμούς εξαιτίας των ιδιαίτερων συνθηκών θεραπείας, προσωπικών χαρακτηριστικών και των ειδικών συνθηκών των ασθενειών.

Η τελική έκδοση του εργαλείου περιλαμβάνει 136 δηλώσεις(statements) και 12 κατηγορίες. Προέκυψε από 312 μοναδικά στοιχεία που περιέγραφαν μια αλλαγή συμπεριφοράς σχετικά με την αρρώστια. Το SIP περιλάμβανε αθροιστικά μέτρα για φυσική, ψυχολογική, και ολική δυσλειτουργία που αποτελούσαν από 12 κατηγορίες δραστηριοτήτων: νοσηλεία-κινητικότητα, φροντίδα σώματος και κίνηση-κοινωνική αλληλεπίδραση- συμπεριφορά- επαγρύπνησης- συναισθηματική συμπεριφορά- επικοινωνία- ύπνος και ξεκούραση- διατροφή- εργασία- διοίκηση σπιτιού- ψυχαγωγία – απασχόληση.

Οι συντελεστές βαρύτητας των στοιχείων βασίσθηκαν στην σχέση των στοιχείων με τη δυσλειτουργία. Οι συντελεστές βαρύτητας μπηκαν βάσει ψυχομετρικών τεστ ύστερα από κατάταξη με βάση τη σοβαρότητα του στοιχείου.

Το ολικό score του SIP υπολογίζεται με την άθροιση των τιμών για κάθε στοιχείο διαιρώντας με το μέγιστη τιμή δυσλειτουργίας που μπορεί να έχει και πολλαπλασιασμένη με 100. Τα sub-scores υπολογίζονται με ίδια φόρμουλα ενώ περιέχουν :

- Φυσική δυσλειτουργία: φροντίδα σώματος, κίνηση, κινητικότητα
- Ψυχολογική διεύθυνση: κοινωνική αλληλεπίδραση, συμπεριφορά επαγρύπνησης, συναισθηματική συμπεριφορά, επικοινωνία.

4.3.2 Functional Limitation Profile

Έχουν γίνει αρκετές μεταφορές του FLP σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες Δανία, Νορβηγία, Ισπανία, Γαλλία, Γερμανία κ.α., αλλά της Αγγλίας είναι το πιο διαδεδομένο FLP, Functional Limitation Profile και αναπτύχθηκε στο St. Tomas. Οι διαφορές ανάμεσα στο FLP και το SIP είναι ελάχιστες.[13]

Τα sub-scores υπολογίζονται με ίδια φόρμουλα όπως το SIP ενώ διαφορά παρατηρείτε στην σύνθεση των διευθύνσεων που περιέχουν :

- Φυσική διεύθυνση :φροντίδα σώματος και κίνηση, κινητικότητα
- Ψυχολογική διεύθυνση: κοινωνική αλληλεπίδραση, συμπεριφορά επαγρύπνησης, συναισθηματική συμπεριφορά, επικοινωνία και όλες τις άλλες κατηγορίες.

Τα παραπάνω εργαλεία έχουν σημαντικές εφαρμογές σε διάφορες ασθένειες ιδιαίτερα χρόνιες όπως καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνο, ρευματοειδής αρθρίτιδα, εγχείρηση εγκεφάλου κ.α.

4.3.3 Περιορισμοί του SIP FLP

- Έλλειψη ευαισθησίας μέτρησης: απαντάς με ναι ή όχι!
- Εμπεριέχει πολύπλοκες δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια μίας ερώτησης έτσι πιθανώς να απαιτούνταν διαφορετικά στοιχεία
- Δεν δίνει ιδιαίτερη προσοχή στα ποιο αντικειμενικά στοιχεία όπως είναι ο πόνος.
- Το βασικό είναι ότι δεν πρέπει να περιέχονται στοιχεία που να περιλαμβάνονται στο Score (στα παραπάνω εργαλεία υπάρχουν τέτοια προβλήματα).
- Υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να παρουσιάζουν σημαντικότερα προβλήματα από άλλους και μπορεί να δώσουν πολύ χαμηλότερα score (μπορεί ένας άνθρωπος που δεν μπορεί να κουνηθεί από ρευματοειδή αρθρίτιδα να μην μπορεί να περπατήσει οπότε λέει ότι δεν περπατάει καθόλου).[13]

4.4 SERVQUAL

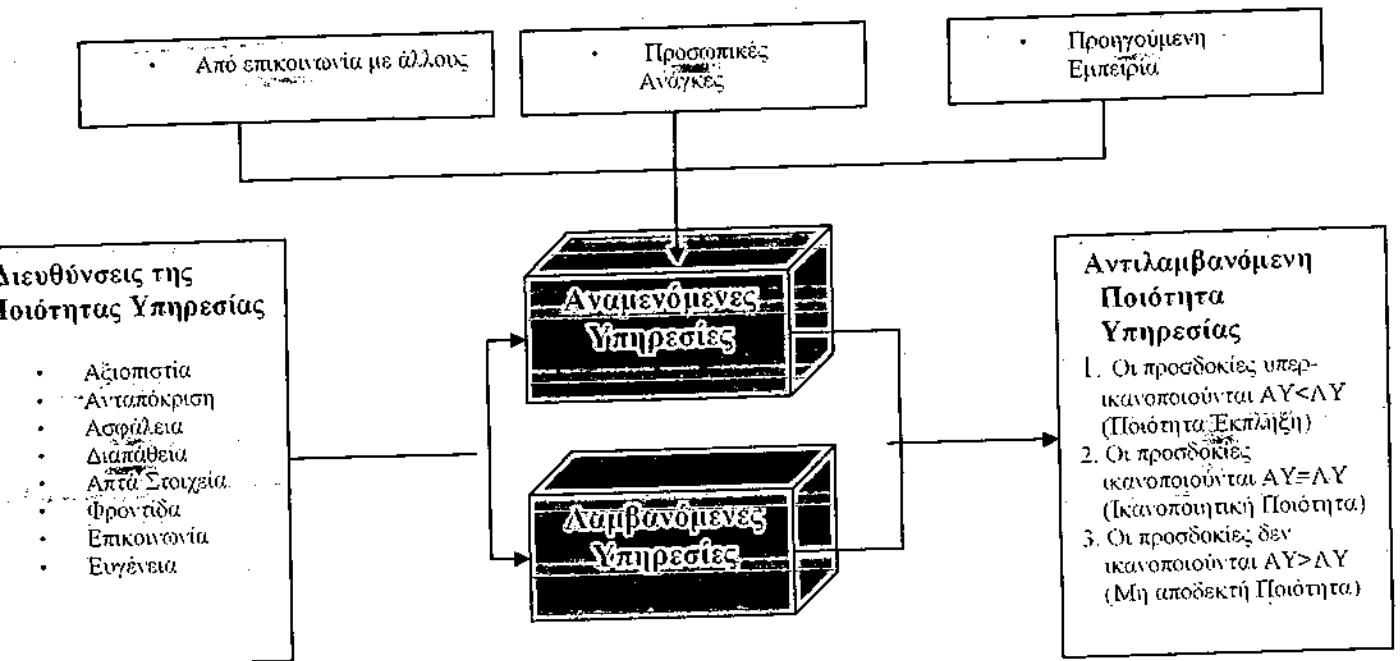
4.4.1 Ανάλυση του μοντέλου

Η έρευνα για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας έχει έντονες επιρροές από τη μεθοδολογία του Μάρκετινγκ, όπου η ποιότητα συναρτάτε με την ανακάλυψη και την ικανοποίηση των προσδοκιών-αντιλήψεων των πελατών. Ένα από τα πιο αποδεκτά εργαλεία εκτίμησης - παρακολούθησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών αποτελεί η πενταδιάστατη κλίμακα του Servqual (Parasuraman et al 1986, 1988), που φαίνεται να υποφέρει πέρα από τη γενικότητά της και από αρκετές μεθοδολογικές ελλείψεις (Babakus E. & Boller G.W 1992).[65]

Οι περισσότερες πρόσφατες μελέτες για την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών έχουν πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας το SERVQUAL. Το "εργαλείο" αναπτύχθηκε από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry, με σκοπό τη μέτρηση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών. Αυτό το "εργαλείο" έχει σχεδιαστεί με στόχο την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών **βάσει της αποτύπωσης των αντιλήψεων των ασθενών για την ποιότητα** μέσα σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών **σε σχέση με τις προσδοκίες τους** (Σχήμα 3). Το Servqual έχει ορίσει την ποιότητα της υπηρεσίας βάσει των παρακάτω διαστάσεων:

- **Αξιοπιστία-Reliability:** Η ικανότητα να εκτελείς την υποσχόμενη υπηρεσία αξιόπιστα και με ακρίβεια. Αξιόπιστη Απόδοση Υπηρεσίας σημαίνει σύμφωνα με τις προσδοκίες του πελάτη και να πραγματοποιείται στον χρόνο του, με τον ίδιο τρόπο, και χωρίς λάθη.[23]
- **Ανταπόκριση-Responsiveness:** Η επιθυμία να βοηθάς τους ασθενείς και να παρέχεις άμεσα τις υπηρεσίες. Το να κρατάς τους ασθενείς να περιμένουν χωρίς λόγο δημιουργεί μη-ικανοποίηση στους ασθενείς. Ακόμα και στην περίπτωση που υπάρχει ένα λάθος η ικανότητα να το διορθώνεις γρήγορα και με επαγγελματισμό μπορεί να δημιουργήσει τελικά θετικές αντιλήψεις για την ποιότητα.
- **Ασφάλεια-Assurance :** Η γνώση και η ευγένεια των υπαλλήλων και η ικανότητα τους να τους εκπέμπουν εμπιστοσύνη, και εγκυρότητα. Η ασφάλεια περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά στοιχεία: ικανότητα να εκτελείται η υπηρεσία, ευγένεια και σεβασμός στον πελάτη, αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή και το γενικό χαρακτηριστικό ότι ο προμηθευτής ενδιαφέρεται πάρα πολύ για τον πελάτη του.
- **Διαπάθεια-Empathy:** Η παροχή φροντίδας, ατομική προσοχή στον ασθενή. Η διαπάθεια αποτελείται από τα παρακάτω χαρακτηριστικά: προσέγγιση, αίσθηση ασφάλειας και η προσπάθεια να καταλάβεις τις ανάγκες των ασθενών.
- **Απτά Στοιχεία-Tangibles:** Η εμφάνιση των φυσικών παροχών, μηχανήματα, προσωπικό και υλικό επικοινωνίας. Μπορεί να συμπεριλαμβάνεται και ο θόρυβος.

Οι παράγοντες οι οποίοι ορίζουν την ποιότητα της υπηρεσίας και ήδη έχουν αναφερθεί παραπάνω, έχουν προκύψει από μια λίστα δέκα διαστάσεων μέσα από συνεντεύξεις ομάδων συζήτησης (focus discussion groups) όπου είναι οι εξής: 1.Αξιοπιστία, 2.Ανταπόκριση, 3.Ασφάλεια, 4.Απτά Στοιχεία, 5.Επικοινωνία, 6.Πιστότητα, 7.Πρόσβαση, 8.Βαθμός Κατανόησης, 9.Ικανότητα, 10.Ευγένεια.[23]



Σχήμα 3: Αντιλαμβανόμενη Ποιότητα Υπηρεσίας

Ο Avedis Donabedian υποστηρίζει ότι οι απόψεις των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας. Η τεχνική φροντίδα και οι διαπροσωπικές σχέσεις ως μέτρο της απόδοσης των επαγγελματιών της υγείας επηρεάζουν τις διαστάσεις της ποιότητας όπως ορίζονται στο μοντέλο δομή - διαδικασία - αποτέλεσμα, επειδή η νοσηλεία είναι υπηρεσία. Οι διαστάσεις ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ορίζονται σε ένα βαθμό από το SERVQUAL που αποτελεί μέτρο ερμηνείας της συμπεριφοράς των προμηθευτών και των χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην διαμόρφωση των αντιλήψεων των ασθενών για την ποιότητα. Οι διευθύνσεις του Donabedian μπορούν μερικώς να ερμηνευτούν στα πλαίσια του Servqual. Η δομή περιλαμβάνει τα απτά στοιχεία ενώ το άθροισμα των άλλων διαδικασιών περιλαμβάνεται στις κατευθύνσεις του SERVQUAL.

Το SERVQUAL έχει τροποποιηθεί αρκετές φορές για να ελέγχει την ποιότητα των υπηρεσιών στους οργανισμούς υγείας. Ο O' Conner τροποποίησε το SERVQUAL με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Το δείγμα του αποτελούσαν από 602 ασθενείς δύο νοσοκομείων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν διαμέσου τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Οι Babakus και Mangold εφάρμοσαν μία αναθεωρημένη έκδοση του SERVQUAL για 443 ασθενείς ενός νοσοκομείου. Οι συγγραφείς εφάρμοσαν μία φόρμα 15 στοιχείων του SERVQUAL και εξάλειψαν τα αρνητικά διατυπωμένα στοιχεία. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν μία στρατηγική δύο παραγόντων αντιπροσωπεύοντας τις προσμονές, αλλά και τις αντιλήψεις των πελατών (Babakus et al 1992). Τα μειονεκτήματα και των δύο παραπάνω μελετών είναι η εφαρμογή της μεθόδου σε ένα ή δύο οργανισμούς, με συνέπεια να αποτελούν απλώς ένα "case study".

Το SERVQUAL αποτελεί όχι μόνο ένα εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας υπηρεσίας αλλά και ένα μέτρο για την διερεύνηση της σχέσης των αντιλήψεων για την ποιότητα της υπηρεσίας και της μελλοντικής συμπεριφοράς του ασθενή. Η πρόθεση να συμπεριφερθεί είναι αποτέλεσμα της εμπειρίας και των πληροφοριών που είναι σχετικές με την υπηρεσία. Αυτή η προδιάθεση φαίνεται να είναι ο καθοριστικός παράγοντας για την συμπεριφορά του πελάτη-ασθενή. Το 1989 οι Woodside, Frey and Daly βρήκαν ότι δεν σχετίζεται η ποιότητα υπηρεσίας με την τάση του πελάτη να ξαναγορίσει στον ίδιο προμηθευτή νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Το SERVQUAL δίνει αποδείξεις για το πως οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα και για το πώς κρίνουν την ποιότητα. Σε ποιοτική βάση, γνωρίζοντας τι συνθέτει την ποιότητα βοηθά στην βελτίωση της ενώ σε ποσοτική βάση, μετρώντας την ποιότητα μπορείς να αποκτήσεις συγκεκριμένα δεδομένα από την συλλογή στοιχείων που βοηθούν στο μόνιτοινγκ ποιότητας.[4]

Μέσα από την χρήση του SERVQUAL προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα :

- Παρέχει γενική γνώση για το πως οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα της υπηρεσίας που παρέχει η εταιρεία.
- Παρέχει τις κατευθύνσεις της ποιότητας που θεωρούν σημαντικές οι ασθενείς
- Ανακαλύπτει τις προσμονές των ασθενών
- Παρέχει μέτρο απόδοσης της ποιότητας

Τα στάδια του SERVQUAL είναι:

1. Να γνωρίσει τον χώρο που πρόκειται να διερευνήσει και να ανακαλύψει τις κατευθύνσεις της ποιότητας
2. Να κρίνει τις προσμονές και πόσο καλά η εταιρεία ανταποκρίνεται στις προσμονές με την συλλογή σχετικών πληροφοριών για την απόδοση της εταιρείας
3. Να συγκρίνει απόδοση με προσμονές για να ανακαλύψει αδυναμίες και κατευθύνσεις όπου υπάρχει πρόβλημα απόδοσης και απαιτείται βελτίωση.
4. Να εκπαιδεύουν οι εργαζόμενοι

4.4.2 Ποσοτική Χρήση του SERVQUAL

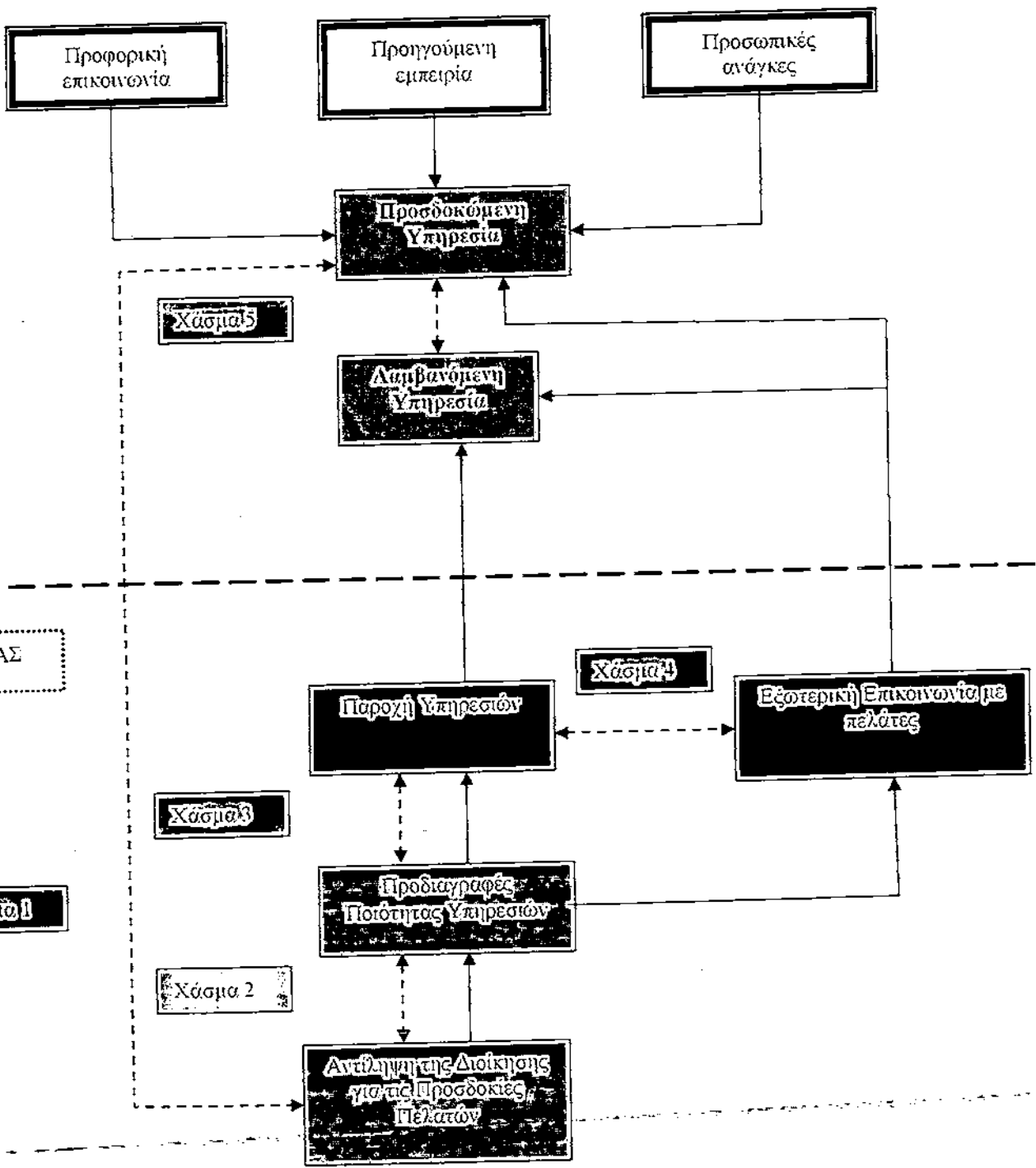
Τα γενικά στάδια είναι :

- Ορισμός των κατευθύνσεων βάση της βιβλιογραφίας ή σχετικής μελέτης
- Μέτρηση των προσμονών και απόδοσης
- Σύγκριση προσμονών και απόδοσης για την ανακάλυψη αδυναμίες και δυνατότητες στην ποιότητα της υπηρεσίας
- Ανάλυση δράσης και για την διόρθωση των αδυναμιών και κεφαλαιοποίηση των δυνάμεων.

4.5 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΩΝ ΧΑΣΜΑΤΩΝ

Από την στιγμή που κατόνοηθεί τι είναι αυτό που περιμένει ο πελάτης είναι απαραίτητο να βρεθεί η αιτία για την πιθανή αποτυχία του οργανισμού στη παροχή της υπηρεσίας. Το SERVQUAL περιγράφει τέσσερις κριτικές διοικητικές φάσεις στην διανομή της υπηρεσίας. Αυτές ορίζονται ως χάσματα (gaps) ή ασυμφωνίες που αναφέρονται στις αντιλήψεις των εκτελεστικών οργάνων για την ποιότητα υπηρεσίας και των στόχων που συνδέονται με την παροχή της υπηρεσίας (πχ. στο χάσμα " Service Quality Specifications - Service Delivery Gap" εμφανίζεται αν το προσωπικό δεν είναι ικανό να διεκπεραιώσει την διανομή της υπηρεσίας σύμφωνα με τις συγκεκριμένες τυποποιήσεις). Η θεωρία των χασμάτων έχει μεγάλη επιρροή στην βιβλιογραφία του Μάρκετινγκ. Το παρακάτω σχήμα περιγράφει τη φύση-είδος των χασμάτων.

ΠΑΤΗΣ



Σχήμα 4 : Το είδος των χασμάτων

• **Χάσμα 1:** Το πρώτο χάσμα εμφανίζεται συνήθως, ανάμεσα στις προσδοκίες του πελάτη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις αντιλήψεις της διοίκησης σχετικά με αυτές τις προσδοκίες. Υπάρχει διάσταση ανάμεσα στις προσδοκίες του πελάτη και στην κατανόηση τους από την πλευρά της επιχείρησης. Οι πελάτες μπορεί να δίνουν διαφορετική προτεραιότητα σε ορισμένα θέματα, ενώ η διοίκηση να εστιάζεται προς μια άλλη κατεύθυνση. [27]

Το χάσμα αυτό επηρεάζεται από τους ακόλουθους παράγοντες:

1. Έρευνα Marketing

Ένας τρόπος που η διοίκηση μαθαίνει για τις προσδοκίες των πελατών είναι μέσω της έρευνας marketing. Επομένως, το εύρος, η φύση και η ποιότητα της έρευνας που διεξάγεται μπορεί να μεγάλώσει ή να μικρύνει αυτό το χάσμα. Επιπλέον, η αποδοτική επικοινωνία της έρευνας marketing μπορεί να επηρεάσει τις αντιλήψεις της διοίκησης όσον αφορά τις προσδοκίες των καταναλωτών.

2. Επικοινωνία προς τα επάνω

Οι έρευνες προτείνουν ότι μέσω των υψηλών στελεχών δεν είναι εύκολο να συλληφθούν οι προσδοκίες των πελατών για την ποιότητα. Ο πιο αποδοτικό τρόπο να εντοπιστούν οι προσδοκίες των καταναλωτών είναι μέσω της επικοινωνίας τους με το προσωπικό, το οποίο ύστερα θα τις διαβιβάσει στα ανώτερα στελέχη.

3. Επίπεδα Διοίκησης

Ο αριθμός των επιπέδων διοίκησης μεταξύ των ανθρώπων που επικοινωνούν με τους πελάτες και των ανώτατων στελεχών επηρεάζει το χάσμα 1, αφού αποτελούν εμπόδια ανάμεσα σε αυτούς που στέλνουν και αυτούς που λαμβάνουν τα μηνύματα. Γι' αυτό όσο περισσότερα είναι τα επίπεδα ανάμεσα στο προσωπικό επικοινωνίας με τους πελάτες και τα ανώτατα διοικητικά στελέχη, τόσο μεγαλύτερο θα είναι το χάσμα 1.

• **Χάσμα 2:** Χάσμα, επίσης, μπορεί να δημιουργηθεί, ανάμεσα στις αντιλήψεις της διοίκησης του οργανισμού και στον καθορισμό των προδιαγραφών ποιότητας υπηρεσιών. Η διοίκηση μπορεί να γνωρίζει τις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες των πελατών της επιχείρησης, αλλά αυτό δεν είναι αρκετό. Χρειάζεται να υπάρχουν προδιαγραφές ποιότητας υπηρεσιών, τέτοιες, που να αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές προσδοκίες των πελατών.

Το χάσμα αυτό επηρεάζεται από τους ακόλουθους παράγοντες:

• Δέσμευση της διοίκησης

Αν η διοίκηση δεν είναι πραγματικά αφοσιωμένη στην ποιότητα των υπηρεσιών, τότε το χάσμα 2 θα έχει μεγάλο πρόβλημα. Μερικές φορές η δέσμευση της διοίκησης είναι τυπική. Ασχολείται μόνο όταν ένας πελάτης κάνει παράπονα και μετά ξεχνούν το θέμα της ποιότητας και ασχολούνται πάλι με θέματα μείωσης του κόστους.

• Ορισμός στόχων

επίσημος καθορισμός στόχων που αφορούν την ποιότητα μετατρέπει τις ανούσιες δηλώσεις σε συγκεκριμένες πράξεις και στόχους. Αυτό με την σειρά του θα βοηθήσει στην διευκρίνιση του τι είναι ποιότητα για το συγκεκριμένο οργανισμό και πως θα αποδοθεί στον πελάτη.

- Αντίληψη της εφικτότητας

Τέλος, το χάσμα 2 επηρεάζεται από το κατά πόσο η διοίκηση πιστεύει ότι μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πελατών της. Όσο πιο εφικτό πιστέψει η διοίκηση ότι είναι τόσο πιο πολύ θα λειτουργήσει προς αυτή την κατεύθυνση.

- **Χάσμα 3:** Η διαφορά μεταξύ του σχεδιασμού της υπηρεσίας και της παρεχόμενης υπηρεσίας. Αυτό συνήθως αναφέρεται ως χάσμα απόδοσης που προκύπτει όταν το προσωπικό δεν είναι ικανό να αποδώσει την υπηρεσία στο επιθυμητό επίπεδο. Η ποιότητα υπηρεσιών επηρεάζεται άμεσα όταν αυτοί που παρέχουν την υπηρεσία δεν θέλουν ή δεν είναι ικανοί να παρέχουν την απαιτούμενη εξυπηρέτηση, σύμφωνα με τις καθιερωμένες προδιαγραφές.[27]

Το χάσμα αυτό επηρεάζεται από τους ακόλουθους παράγοντες:

- Ομαδική εργασία

Ο βαθμός στον οποίο οι υπάλληλοι εμπλέκονται και δεσμεύονται προσωπικά.

- Καταλληλότητα των υπαλλήλων

Είναι η ικανότητα των υπαλλήλων να κάνουν την δουλεία τους όπως πρέπει.

- Καταλληλότητα της τεχνολογίας

Είναι ο βαθμός ικανότητας της τεχνολογίας και των εργαλείων να αποδώσουν σωστά.

- Αντίληψη του ελέγχου

Ο βαθμός στον οποίο οι υπάλληλοι έχουν τον έλεγχο της εργασίας τους.

- Συστήματα επίβλεψης και ελέγχου

Είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπάλληλοι ελέγχονται και αξιολογούνται.

- Σύγκρουση των ρόλων

Είναι η σύγκρουση μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και των προσδοκιών του οργανισμού.

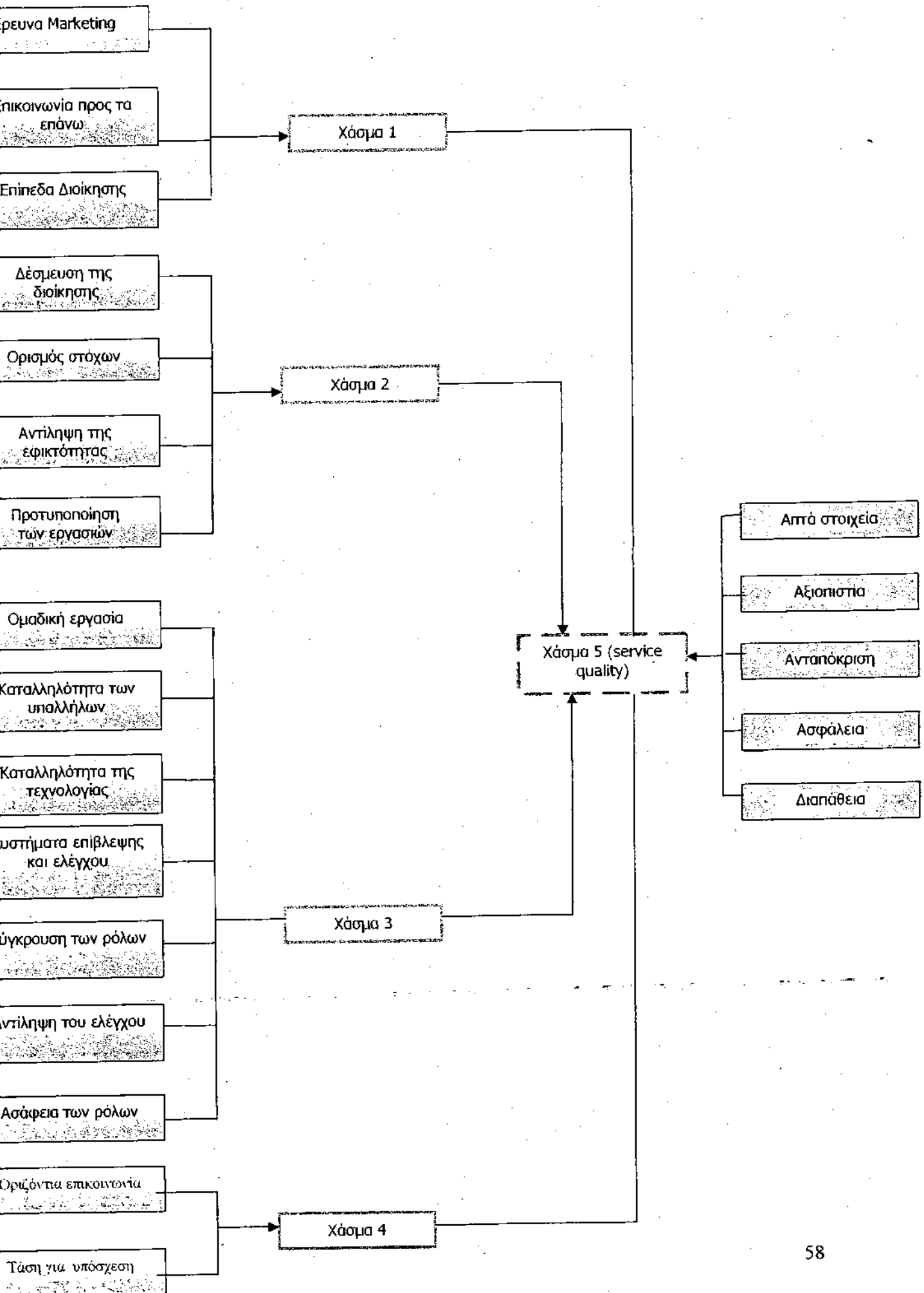
- Ασάφεια των ρόλων

Πόσο ξεκάθαροι είναι οι στόχοι και οι προσδοκίες του οργανισμού.

- **Χάσμα 4:** Η διαφορά μεταξύ της παρεχόμενης υπηρεσίας και της εξωτερικής επικοινωνίας του συστήματος παροχής υπηρεσιών. Η οριζόντια επικοινωνία (horizontal communication) και η τάση του οργανισμού να υπόσχεται περισσότερα από αυτά που μπορεί να παρέχει μπορούν να επηρεάσουν το χάσμα 4. Η οριζόντια επικοινωνία είναι η επικοινωνία ανάμεσα στα τμήματα ενός οργανισμού.

- **Χάσμα 5:** Η διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των πελατών. Το χάσμα αυτό εξαρτάται από όλους τους προηγούμενους παράγοντες. Το σχήμα 5 είναι το διευρυμένο μοντέλο της ποιότητας υπηρεσιών, σε σχέση με τους παράγοντες που διαμορφώνουν και καθορίζουν τα χάσματα που δημιουργούνται.

Σχήμα 5: Το διευρυμένο μοντέλο της ποιότητας υπηρεσιών



4.6 ΚΡΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ SERVQUAL

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί πολλές επικρίσεις για την κλίμακα του SERVQUAL. Οι δυσκολίες που σχετίζονται με το SERVQUAL μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

1. Η χρήση των "difference scores"
2. Ελλιπής προβλεπτική και συγκλίνουσα(convergent) εγκυρότητα
3. Ο διαφορούμενος ορισμός της δομής των προσδοκιών
4. Ασταθής διαστασιμότητα(dimensionality)

Προβλήματα με την χρήση των Difference ή "gap" scores

Ένα "difference score" δημιουργείται αφαιρώντας το ένα μέτρο από το άλλο σε μια προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα τρίτο μέτρο μιας ευδιάκριτης δομής(construct). Για παράδειγμα, στο εργαλείο του SERVQUAL, ο βαθμός(score) των προσδοκιών αφαιρείται από το score των αντιλήψεων για να δημιουργήσουν ένα χάσμα(gap) που θα μετράει την ποιότητα υπηρεσιών. Τα αρκετά προβλήματα που προέρχονται από την χρήση των "difference scores", τα καθιστούν όχι και τόσο καλή επιλογή στην μέτρηση των ψυχολογικών δομών.[60]

Προβλήματα αξιοπιστίας με τα gap scores

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η "Cronbach's(1951) alpha", μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος εκτίμησης της αξιοπιστίας, δεν είναι κατάλληλη για τα difference scores. Αυτό είναι επειδή η αξιοπιστία ενός difference score εξαρτάται από την αξιοπιστία των βαθμών των συστατικών και την μεταξύ τους συσχέτιση. Όσο αυξάνεται η συσχέτιση των component scores, η αξιοπιστία των difference scores μειώνεται. Γι' αυτό η Cronbach's alpha έχει μια τάση να υπερεκτιμά την αξιοπιστία των difference scores όταν τα component scores έχουν υψηλή συσχέτιση.

Θέματα εγκυρότητας

Ένα άλλο πρόβλημα με το συγκεκριμένο εργαλείο αφορά την έλλειψη της συγκλίνουσας εγκυρότητας. Ο Babacus και ο Boller(1992) ανέφεραν ότι τα score των αντιλήψεων του SERVQUAL έχουν υψηλότερες συσχετίσεις με μια μέθοδο μέτρησης της συνολικής ποιότητας από ότι με τα score του «προσδοκίες - αντιλήψεις», που αντιπροσωπεύει η κλίμακα του SERVQUAL. Ο Parasuraman επιχειρηματολογεί ότι τα score των αντιλήψεων-μόνο του SERVQUAL «παράγουν» υψηλότερες τιμές R² adjusted (κυμαίνονται από 0.72 ως 0.81) σε σύγκριση με τα gap scores (κυμαίνονται από 0.51 ως 0.71) για κάθε μια από τις πέντε διαστάσεις. Οι Brensinger και Lambert (1990), βρήκαν στοιχεία της ελλιπής εγκυρότητας του SERVQUAL, ενώ η ανώτερη προβλεπτική και συγκλίνουσα εγκυρότητα των αντιλήψεων-μόνο scores επιβεβαιώθηκε από τους Cronin&Taylor(1992,1994). Τα αποτελέσματά τους υποδεικνύουν υψηλότερες τιμές του R adjusted για τα score των αντιλήψεων-μόνο, σε πέντε διαφορετικές βιομηχανίες. Το στοιχείο «αντιλήψεις» των «αντιλήψεις - προσδοκίες» score λειτουργεί καλύτερα ως μέσο πρόβλεψης της συνολικής

αντιλαμβανόμενης ποιότητας από ότι το difference score από μόνο του (Parasuraman και λοιποί 1988, Cronin & Taylor 1992, 1994, Babacus & Boller 1992, Staelin και Zeithaml 1993).

Ασάφεια της δομής των «προσδοκιών»

Ο Teas (1994) σημειώνει ότι οι «προσδοκίες» του SERVQUAL έχουν από πολλούς οριστεί ως επιθυμίες, «αυτά που πρέπει να έχει ένας παροχέας υπηρεσιών», προσδοκίες, ιδανικά πρότυπα, επιθυμητά πρότυπα και το επίπεδο υπηρεσιών που ο πελάτης ευελπιστεί να λάβει (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1988, 1991, 1994). Αυτοί οι πολλαπλοί ορισμοί και η αντίστοιχη λειτουργικότητα των «προσδοκιών» στην βιβλιογραφία του SERVQUAL καταλήγουν σε ένα χαλαρά διατυπωμένο και ανοιχτό σε πολλές ερμηνείες ορισμό (Teas, 1994). Οι διαφορετικές ερμηνείες των «προσδοκιών» περιλαμβάνουν μια πρόβλεψη, μια μέτρηση της σημαντικότητας των χαρακτηριστικών και ένα κλασικό ιδανικό σημείο (Teas 1993, Parasuraman και λοιποί 1994). Αυτές οι πολλαπλές ερμηνείες μπορούν να οδηγήσουν σε πιθανά σοβαρά προβλήματα εγκυρότητας. [60]

Ασταθής διαστασιμότητα (dimensionality) του εργαλείου SERVQUAL

Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών έχουν δείξει ότι οι πέντε διαστάσεις που ισχυρίζεται το SERVQUAL είναι ασταθείς. Η αστάθεια των διαστάσεων του έχει αποδειχθεί σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πληροφόρησης, δεν είναι απλώς στατιστική περιέργεια. Η διαδικασία scoring του SERVQUAL απαιτεί τον υπολογισμό του μέσου όρου των score «αντιλήψεις - προσδοκίες» για κάθε διάσταση. Μια υψηλή προσδοκία όμως σε συνδυασμό με μία χαμηλή αντίληψη για ένα στοιχείο μπορεί να επικαλυφθεί από μια χαμηλή προσδοκία και υψηλή αντίληψη ενός άλλου στοιχείου στην ίδια διάσταση. Αυτή η μέθοδος scoring είναι κατάλληλη μόνο όταν όλα τα στοιχεία μιας διάστασης είναι εναλλάξιμα (μπορεί το ένα να αντικαταστήσει το άλλο). Δεδομένου όμως του ασταθούς αριθμού και σχεδίου της δομής των παραγόντων, ο υπολογισμός ξεχωριστών score για κάθε διάσταση δεν μπορεί να δικαιολογηθεί.

Υπάρχουν βέβαια πολλοί ερευνητές που εντόπισαν και άλλα θετικά και αρνητικά στην χρήση της κλίμακας του SERVQUAL. Ακολουθεί μια παράθεση των σημαντικότερων θετικών και αρνητικών στοιχείων που εντόπισαν οι ερευνητές στην κλίμακα.

- Οι Blanchard και Galloway (1994) επιχειρηματολογούν ότι η κλίμακα συγχέει τα αποτελέσματα, την διαδικασία και τις προσδοκίες. [8]
- Ο Chen υποστηρίζει ότι το μοντέλο παραλείπει τον παράγοντα της τιμής και πάσχει από ταυτοσιμότητα (multicollinearity) επειδή υπολογίζει τον μέσο όρο των διαφορών των χασμάτων. [8]
- Οι Dotchin και Oakland επέκριναν το δείγμα πάνω στο οποίο βασίζεται το SERVQUAL. [8]
- Ο Carman (1990) προτείνει ότι η σταθερότητα των διαστάσεων είναι εντυπωσιακή, αλλά αμφισβητεί τον ισχυρισμό ότι το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί

«γενικά», σε κάθε υπηρεσία. Διατυπώνει επίσης την άποψη ότι σε κάθε αξιολόγηση υπηρεσίας πρέπει να διατηρηθούν οκτώ (έναντι των πέντε του SERVQUAL) από τις αρχικές δέκα διαστάσεις, μέχρι η factor analysis να υποδείξει ότι δεν είναι μοναδικές. Τέλος, υποστηρίζει ότι τα στοιχεία που αφορούν τις διαστάσεις πρέπει να προσαρμοστούν και το βελτιωμένο εργαλείο πρέπει να δοκιμαστεί όσον αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του.[51]

- Οι Gagliano και Hatcher (1994) βρήκαν ότι παράγει μόνο τέσσερις παράγοντες στο δείγμα τους.[8]
- Ο Brown και οι συνεργάτες του (1993) ανέφεραν ψυχομετρικά προβλήματα με την χρησιμοποίηση των difference score και πρότειναν ότι οι πέντε διαστάσεις αντιπροσωπεύουν μια μονοδιάστατη κατασκευή, παρατήρηση που έγινε και από τους Babacus και Boller(1992).[8]
- Αρκετοί ερευνητές (Bolton και Drew 1991, Cronin και Taylor 1992, Lam 1995) βρήκαν ότι οι προσδοκίες από μόνες τους ξεπερνούν το SERVQUAL καθεαυτό .[8]
- Ο Smith(1995) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το εργαλείο «είναι αμφισβητούμενης αξίας τόσο για τους κριτικούς όσο και τους ακαδημαϊκούς». [8]
- Τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε από τους White και Galbraith Bacom δείχνουν ότι το συγκεκριμένο εργαλείο δίνει μια κατευθυντήρια γραμμή όσον αφορά την αναγνώριση των σημαντικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με την ποιότητα υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά καταλήγουν ότι όταν αποτιμάται η ποιότητα των προσδοκιών στον τομέα της υγείας, χρειάζεται μια πιο περιεκτική λίστα χαρακτηριστικών από αυτήν των πέντε διαστάσεων που πρότειναν οι PZB.
- Οι Cronin και Taylor αμφισβήτησαν την λειτουργικότητα της κλίμακας βεβαιώνοντας ότι συγχέει την ικανοποίηση και την συμπεριφορά.

4.6.1 Το SERVQUAL στον τομέα της υγείας

Όσον αφορά την καταλληλότητα της κλίμακας του SERVQUAL για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, διάφοροι μελετητές αναφέρουν:

- Οι Headley και Miller (1993) διατυπώνουν την άποψη ότι το SERVQUAL είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας , αφού βρήκαν μια ασθενή αλλά σημαντική σχέση ανάμεσα στις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της υπηρεσίας και τις προθέσεις συμπεριφοράς τους. Οι διαστάσεις αξιοπιστία και διαπάθεια είναι αυτές που προβλέπουν καλύτερα την πρόθεση του ασθενή να παραπονεθεί και να επαινέσει.
- Babacus και ο Mangold αναφέρουν ότι το SERVQUAL έχει την κατάλληλη αξιοπιστία και εγκυρότητα. Σε μια άλλη έρευνα υποστηρίζουν ότι το SERVQUAL είναι αξιόπιστο και έγκυρο στο νοσοκομειακό περιβάλλον.[9]
- Οι O'Connor, Shewchuk και Bowers βρήκαν ότι υπάρχουν δυσκολίες να μεταφραστούν οι γενικές διαστάσεις των υπηρεσιών στο νοσοκομειακό τομέα. Ακόμη,

ανέφεραν ακατάλληλη αξιοπιστία με την κλίμακα των «απτών στοιχείων» και ότι η διάσταση «αξιοπιστία» δεν συμβάλει στην πρόβλεψη της ικανοποίησης των ασθενών. Δοκιμές του Servqual σε άλλες βιομηχανίες έχουν επίσης γεννήσει ερωτήματα για την γενικότητά του.

- Ο Carman(1990) προτείνει ότι μπορεί να χρειάζονται και άλλες διαστάσεις (εκτός των πέντε που ορίζει το Servqual), προκειμένου να «φυλακισθεί» ο ορισμός των ασθενών για την ποιότητα. Δύο είναι τα στοιχεία που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το Servqual δεν καλύπτει πλήρως τις διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που είναι σημαντικές για τους ασθενείς. Το πρώτο είναι η φύση των υπηρεσιών υγείας, όπου υπάρχει πιο έντονη αλληλεπίδραση μεταξύ καταναλωτή-παροχέα, σε αντίθεση με τις υπηρεσίες, σύμφωνα με τις οποίες σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε το Servqual. Επιπλέον, η βιβλιογραφία της ικανοποίησης των ασθενών προτείνει συμπληρωματικές διαστάσεις εκτός από αυτές που βρέθηκαν στο Servqual.
- Παρόλο που η κλίμακα του Servqual σχεδιάστηκε για να έχει εφαρμογή σε όλες τις υπηρεσίες, η εφαρμογή του στις υπηρεσίες υγείας είχε μικτά αποτελέσματα. Οι Cronin & Taylor συμπεραίνουν ότι τα εμπειρικά στοιχεία δεν υποστηρίζουν την εγκυρότητα της κλίμακας, ώστε να μετράει σωστά την ποιότητα. Κατά συνέπεια, η έλλειψη ενός τυποποιημένου εργαλείου, με «γερές» ψυχομετρικές ιδιότητες, συνεχίζει να αποτελεί πρόβλημα για τους ερευνητές στον τομέα της υγείας.

4.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ SERVQUAL ΚΑΙ SERVPERF

Η μέθοδος που έχει επικρατήσει στην μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι η κλίμακα SERVQUAL που προτάθηκε από τον Parasuraman και τους συνεργάτες του. Ο τρόπος μέτρησης της μεθόδου βασίζεται στην σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και των αντιλήψεων τους μετά την παροχή της φροντίδας.

Ο Cronin και ο Taylor ήταν οι πρώτοι που πρότειναν την απόρριψη του στοιχείου των προσδοκιών από την SERVQUAL, και πρότειναν την χρησιμοποίηση μόνο των μέτρων της απόδοσης (αυτό που ονόμασαν SERVPERF). Το SERVPERF είναι ένα εργαλείο που βασίζεται στην μέτρηση μόνο των αντιλήψεων των ασθενών για μια υπηρεσία, αντίθετα με το SERVQUAL που μετράει την διαφορά ανάμεσα στις προσδοκιών των πελατών και τις αντιλήψεις τους μετά την παροχή της υπηρεσίας. Επιπλέον, αναφέρουν εμπειρικά στοιχεία που υποδεικνύουν ότι το SERVPERF ξεπερνά το SERVQUAL σε τέσσερις βιομηχανίες (τράπεζες, καθαριστήρια, εστιατόρια). Η χρήση του SERVPERF έχει προταθεί από αρκετούς συγγραφείς συμπεριλαμβανομένων των Babacus και Baller (1992), Boulding(1993), Cronin και Taylor(1992), Goltieb(1994), Hartline και Ferrell(1996).

Παρ' όλα όμως τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν από τους Cronin & Taylor, πολλοί οργανισμοί συνεχίζουν να χρησιμοποιούν την κλίμακα SERVQUAL και πολλά βιβλία και άρθρα περιοδικών το αναγνωρίζουν ως το πιο κατάλληλο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας (Boone και Kurtz 1995, Lamb, Pride και Ferrell 1996, Zeithaml και Bitner 1996). Αυτή η χρήση του SERVQUAL στην βιβλιογραφία δείχνει ότι η ανωτερότητα των μεθόδων μέτρησης μόνο της απόδοσης δεν είναι κοινά αποδεκτή.[10]

Τα αποτελέσματα των Cronin & Taylor δεν έχουν καταφέρει να δώσουν απάντηση στο ερώτημα «πώς μπορεί να κατανοηθεί και να μετρηθεί η κατασκευή της ποιότητας υπηρεσιών». Μια πιθανή εξήγηση για την συνεχή χρήση της μεθόδου SERVQUAL είναι ότι η μελέτη των Cronin & Taylor δεν έχει επαληθευθεί. Η ανάγκη για επαλήθευση έχει τονιστεί γιατί τα εμπειρικά τους αποτελέσματα μπορεί να έχουν προέλθει από υποθέσεις εξ' αιτίας των μη-κανονικών πολλαπλών τετραγωνικών συσχετίσεων (abnormal squared multiple correlations-SMC) που αναφέρονται στα αποτελέσματα τους για την κατασκευή της ικανοποίησης.

Συγκεκριμένα ανέφεραν SMC για ικανοποίηση: 2.298(τράπεζες), 1.886(pest control) και 7.999(καθαριστήρια) τιμές που είναι εκτός του λογικού εύρους(Hayduk 1996, Mueller 1996, Schumacker και Lomax 1996, Stevens 1996). Η επαλήθευση της μελέτης των Cronin και Taylor δικαιολογείται εφόσον χρησιμοποιείται περισσότερο η SERVQUAL κλίμακα για την μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών και είναι φυσικό τα μη αναμενόμενα αποτελέσματα(μικρότερα του 0 και μεγαλύτερα του 1) να γεννούν ερωτήματα.

Σύμφωνα με έρευνα των Brady, Cronin και Brand η επαλήθευση των αποτελεσμάτων των Cronin & Taylor δείχνει ότι τα μη κανονικά SMC δεν είναι προβληματικά και ενισχύει την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης του SERVPERF.

Από την πρώτη στιγμή το SERVQUAL ήταν το κυρίαρχο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών. Από την άλλη, οι Cronin & Taylor υποστηρίζουν ότι υπάρχουν έμφυτα προβλήματα στην χρήση του μοντέλου μη επιβεβαίωσης στην μέτρηση της ποιότητας.

Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι αν η ποιότητα υπηρεσιών θεωρηθεί παρόμοια με μια συμπεριφορά όπως προτείνουν ο Parasuraman και οι συνεργάτες του, μια τέτοια θεώρηση θα αντιπροσώπευε περισσότερο την λειτουργικότητα. Γι' αυτούς τους λόγους υποστηρίζουν ότι η κλίμακα των προσδοκιών πρέπει να απορριφθεί για χάρη του SERVPERF. Σε ένα διαστημιακό εμπειρικό τεστ το SERVPERF φαίνεται να ξεπερνά το SERVQUAL.

Μετά την δημοσίευση των ευρημάτων των Cronin & Taylor (1992), αρκετοί μελετητές κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα της ανωτερότητας των μοντέλων μέτρησης της απόδοσης. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα των Babacus και Boller υποδεικνύουν ότι το μέρος των προσδοκιών του SERVQUAL δεν προσθέτει επιπλέον πληροφορίες από αυτές που δίνει η μέτρηση μόνο των αντιλήψεων της απόδοσης.

Ο Brown (1993) αναγνωρίζοντας την ευρεία χρήση της κλίμακας και τις κριτικές για την μεθοδολογία του, υποστηρίζει ότι ένα μεγάλο πρόβλημα του SERVQUAL προέρχεται από την χρήση των difference scores. Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι τα difference scores προκαλούν προβλήματα στην αξιοπιστία, την εγκυρότητα και την διακύμανση (variance) κι υποστηρίζουν ότι η κλίμακα του SERVQUAL φαίνεται να έχει πολλές ελλείψεις.

Ο Teas επικρίνει την εννοιολογική δομή της κλίμακας αναφέροντας ότι είναι θεωρητικά αδύνατον τα επίπεδα απόδοσης που υπερβαίνουν τα ιδανικά standard των καταναλωτών να αξιολογούνται υψηλότερα από αυτά που είναι «ιδανικά». Αναφέρεται όχι μόνο σε αυτήν την ασυνέπεια αλλά και στις καλά τεκμηριωμένες κριτικές του μοντέλου των χασμάτων, με σκοπό να υποδείξει ότι μια εναλλακτική κλίμακα είναι πλέον αναγκαιότητα. Επιπλέον, ο Garman αμφισβητεί σε θεωρητικό και μεθοδολογικό επίπεδο την διαστασιμότητα (dimensionality) του Parasuraman. [10]

4.7.1 Εννοιολογικές διαφορές

Οι Cronin & Taylor μέσω του άρθρου τους (SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality) απαντούν στους προβληματισμούς των Parasuraman, Zeithaml και Berry για την σχετική αποδοτικότητα των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας που είναι βασισμένες στην μέτρηση της απόδοσης. Αρχικά, οι Cronin & Taylor δεν συμπεραίνουν ότι η μέτρηση της διαφοράς «απόδοση - προσδοκίες» δεν είναι αναγκαία στην έρευνα για την ποιότητα υπηρεσιών. Επίσης, τα αποτελέσματα τους δεν δείχνουν ότι η προσέγγιση «απόδοση - προσδοκίες» είναι ακατάλληλη βάση για την μέτρηση της ποιότητας και σε καμία περίπτωση δεν αντιτίθενται στην σημαντικότητα της επιρροής που μπορούν να έχουν οι προσδοκίες στις αντιλήψεις των πελατών για την ποιότητα της υπηρεσίας. [14]

Οι PZB (Parasuraman, Zeithaml, Berry) δήλωσαν ότι οι ομάδες σύζήτησης καταφέρνουν να «φυλακίσουν» όχι μόνο τα χαρακτηριστικά της ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και την διαδικασία μέσω της οποίας οι καταναλωτές σχηματίζουν τις κρίσεις τους για την ποιότητα. Ακόμα, υπονοούν ότι η βιβλιογραφία στην οποία έχουν στηρίξει την ερευνά τους οι Cronin και Taylor δεν είναι πειστική και επαναδιατυπώνουν τα επιχειρήματά τους για να υποστηρίξουν ότι οι αντιλήψεις για την ποιότητα υπηρεσιών βασίζονται στο παράδειγμα μέτρησης των προσδοκιών (expectancy disconfirmation paradigm). Οι Cronin και Taylor από την πλευρά τους υποστηρίζουν ότι το SERVPERF αποτελεί μια μόνο από τις πολλές

προσεγγίσεις που «προκαλούν» το παράδειγμα του SERVQUAL (Babacus και Boller 1992, Babacus και Mangold 1992, Carman 1990, Oliver 1993).

Η επανεξέταση της εννοιολογικής βάσης του SERVQUAL παρέχει μια εικόνα των συγκρουόμενων αποτελεσμάτων του. Ο Oliver προτείνει ότι οι καταναλωτές, προκειμένου να προσδιορίσουν την ικανοποίησή τους, κάνουν κρίσεις όπως «καλύτερο από το αναμενόμενο/χειρότερο από το αναμενόμενο» με βάση μια σύγκριση **μεταξύ της απόδοσης του προϊόντος και των προσδοκιών τους**. Αν και οι καταναλωτές, όπως υποστηρίζει ο Oliver, μπορούν να κάνουν αριθμητικούς και συγκριτικούς υπολογισμούς με το μυαλό τους, όσον αφορά υλικά προϊόντα, όταν πρόκειται για υπηρεσίες αυτό δεν είναι εφικτό αφού οι σχετικές διαστάσεις της ποιότητας δεν μπορούν να μεταφραστούν σε ποσότητες. Κατά συνέπεια, **η αντιλαμβανόμενη μη επιβεβαίωση** (summary disconfirmation) **είναι ικανοποιητική σαν παράγοντας** (causal agent) **της ικανοποίησης**. Τέλος, καταλήγει ότι οι προσδοκίες των καταναλωτών καθορίζουν την συμπεριφορά και όχι οι υπολογισμοί. Σε αυτό το πλαίσιο, το εργαλείο μέτρησης των χάσμάτων είναι ανάλογο του επαγωγικού disconfirmation measure, και γι' αυτό ημιτελής μορφή της συγκριτικής εκτίμησης που μπορεί οι καταναλωτές να χρησιμοποιούν στις αποφάσεις τους, όσον αφορά την ποιότητα. Η γενίκευση λοιπόν του SERVQUAL σε εκτιμήσεις που είναι βασισμένες σε ποιοτικά στοιχεία, προφανή στις ερμηνείες των ομάδων συζήτησης, αντανακλούν πιο πολύ την **έμφυτη ασάφεια της βιβλιογραφίας όσον αφορά τον διαχωρισμό της ικανοποίησης των πελατών και της ποιότητας υπηρεσιών, παρά την υπεροχή του SERVQUAL**. Δεδομένων των παραπάνω επιχειρημάτων, σε συνάρτηση με ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας που επικρίνει την ιδεολογική προσέγγιση των 5 διαστάσεων (Babacus και Boller 1992, Babacus και Mangold 1992, Patterson και Johnson 1993, Churchill και Brown 1992), ο ισχυρισμός ότι «αν όχι ανύπαρκτα, λίγα είναι τα στοιχεία που υποστηρίζουν την σχετικότητα του χάσματος «προσδοκίες - απόδοση», σαν βάση για την μέτρηση της ποιότητας, είναι κοινά αποδεκτός. [14]

Οι PZB αμφισβητούν την χρήση των Mazis, Athola, Klipel (1975) στο μοντέλο του SERVPERF, με την αιτιολογία ότι η μελέτη τους δεν ασχολούταν με την ποιότητα υπηρεσιών, ούτε εξέταζε μέτρα βασισμένα στην απόδοση ενσωματώνοντας τις προσδοκίες. Μια λεπτομερής ανάγνωση του άρθρου όμως προτείνει ότι ο συνυπολογισμός των συντελεστών βαρύτητας (importance weights) δεν ενισχύει την ικανότητα πρόβλεψης των μοντέλων. Η αναφορά τους, λοιπόν, δεν κρίνεται ακατάλληλη αφού η χρήση τέτοιων weights εξετάστηκε στην έρευνα των Cronin & Taylor.

4.7.2 Μελέτη της συμπεριφοράς των ασθενών

Το δεύτερο εννοιολογικό ζήτημα που τέθηκε από τους PZB (1994) είναι αν η μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών σχετίζεται με το σχηματισμό της συμπεριφοράς (attitude formation) ή την μέτρηση της συμπεριφοράς (attitude measurement). Είναι γνωστό ότι και τα δύο μοντέλα είναι σχεδιασμένα για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, την μέτρηση δηλαδή μιας μακροχρόνιας στάσης σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Πράγματι, μεγάλο μέρος της υποστήριξης για την χρήση των μέτρων που είναι βασισμένα στην απόδοση έναντι των μέτρων που στηρίζονται στην μη επιβεβαίωση, προέρχεται από αυτήν την διάκριση.[15]

Συγκεκριμένα, μια επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναγνωρίζει μια προφανή συναίνεση όσον αφορά μια θεμελιώδη διάκριση ανάμεσα στην ποιότητα υπηρεσιών και την ικανοποίηση των πελατών:

Η ποιότητα υπηρεσιών είναι μια μακροχρόνια στάση, ενώ η ικανοποίηση των πελατών είναι μια παροδική εκτίμηση που έγινε μετά από συγκεκριμένη εμπειρία υπηρεσίας. Αυτή η διαφοροποίηση απεικονίζεται στην εννοιολογική περιοχή των σχετικών κατασκευών. Οι προσδοκίες για την ποιότητα μιας υπηρεσίας απεικονίζουν τις προσδοκίες των καταναλωτών για την αξιολόγηση της υπηρεσίας, την συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αντίθετα, οι εκτιμήσεις της ικανοποίησης των καταναλωτών είναι περισσότερο εμπειρικές και απεικονίζουν συγχρόνως συναισθηματικά και γνωστικά στοιχεία (Oliver 1993). **Σύμφωνα με τους Cronin & Taylor οι εκτιμήσεις της ικανοποίησης μετατρέπονται σε εκτιμήσεις που αφορούν την συνολική ποιότητα υπηρεσιών.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα νοσοκομεία είναι πολύ βασικός παράγοντας του συστήματος υγείας και της διαδικασίας της αναμόρφωσης αλλά ακόμη και σαν ιδρύματα έχουν λάβει πολύ λίγη προσοχή από τους ερευνητές και από αυτούς που διαμορφώνουν την πολιτική. Είναι σημαντικά μέσα στο σύστημα υγείας για αρκετούς λόγους:

- Απορροφούν το 50% του προϋπολογισμού για την υγεία σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και το 70% σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης.
- Η θέση τους στην κορυφή του συστήματος υγείας σημαίνει ότι οι πολιτικές που ακολουθούν έχουν μεγάλη επίδραση στη συνολική περίθαλψη.
- Οι φαρμακευτικές και τεχνολογικές εξελίξεις σημαίνουν ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν μπορούν δυναμικά να συνεισφέρουν στην συνολική υγεία του πληθυσμού. Παρόλα αυτά εάν τα νοσοκομεία δεν είναι οργανωμένα αποτελεσματικά, η πιθανή θετική επιρροή στην υγεία θα μειωθεί.

Η προσοχή στα νοσοκομεία είναι επίκαιρη εφόσον τα νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη αντιμετωπίζουν αναπτυσσόμενες και γρήγορες πιέσεις για αλλαγές. Οι αλλαγές των πληθυσμών, οι τύποι των ασθενών, οι ευκαιρίες για ιατρική παρέμβαση με νέα τεχνολογία και γνώση, καθώς και οι πολιτικές προσδοκίες επηρεάζουν τον τομέα της υγείας και επιβάλλουν αλλαγές.[66]

5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

Τι ακριβώς είναι ένα νοσοκομείο; Ορίζεται ως ένα ίδρυμα που παρέχει κρεβάτια, γεύματα και συνεχή νοσοκομειακή φροντίδα για τους ασθενείς του, όσο αυτοί υπόκεινται σε ιατρική θεραπεία από τα χέρια των επαγγελματιών θεραπευτών. Αν και αυτός ο ορισμός περιέχει την ουσία, ένα νοσοκομείο μπορεί να καλύψει πολύ διαφορετικές δομές. Επίσης, ο τύπος του νοσοκομείου είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί και να ταξινομηθεί.

Επιπλέον, ένα νοσοκομείο μπορεί να διορθώνεται σε πολλά κτίρια ή νοσοκομεία σε διαφορετικά μέρη μπορεί να συγχωνευτούν σε μια οργανωτική δομή. Γεννιέται, λοιπόν, το ερώτημα αν ο ορισμός του νοσοκομείου πρέπει να καλύπτει μόνο τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα μέσα στο νοσοκομείο ή και άλλες;

Η διερεύνηση της διαφορετικότητας δεν προσφέρει κάποια απλή απάντηση. Προφανώς αυτό που μπορεί να ειπωθεί είναι ότι κάθε νοσοκομειακή πολιτική πρέπει να λάβει υπόψην της τον τύπο του νοσοκομείου και την λειτουργία του μέσα στο περιβάλλον του.

5.1.1 Η αλλαγή του νοσοκομειακού περιβάλλοντος

Η μη ευελιξία της δομής και το μακροχρόνιο πλαίσιο των νοσοκομείων αντιτίθεται με το γρήγορα εναλλασσόμενο περιβάλλον τους. Τα νοσοκομεία από την φύση τους αντιστέκονται πολύ στην αλλαγή και δομικά και πολιτιστικά. Στην Δυτική Ευρώπη κάποια νοσοκομεία είναι εγκατεστημένα σε κτίρια που ήταν μεσαιωνικά μοναστήρια, αλλά και σχετικά νεόχτιστα νοσοκομεία απέτυχαν να συμβαδίσουν με τις αλλαγές των τύπων των ασθενών και των θεραπειών. Συνεπώς, η κουλτούρα και το ήθος ενός νοσοκομείου πρέπει να προσαρμόζονται συνεχώς στις νέες συνθήκες.

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που οδηγούν στην αλλαγή των νοσοκομειακών συστημάτων. [66]

- Για παράδειγμα ένας πληθυσμός με κυρίως ηλικιωμένους ανθρώπους επηρεάζει και τους τύπους των ασθενειών και την σύνθεση του εργατικού δυναμικού των νοσοκομείων.
- Άλλος παράγοντας μπορεί να είναι η αλλαγή των προσδοκιών του κοινού.
- Η καλύτερη γνώση στον τομέα της υγείας από τους πολίτες και οι υψηλότερες προσδοκίες για βελτιωμένη ποιότητα υπηρεσιών μπορεί να πιέσουν τα νοσοκομεία να βελτιώσουν τον τρόπο παροχής περίθαλψης.
- Εξελίξεις στην τεχνολογία της υγείας (εξοπλισμός, τεχνικές) και στις ιατρικές γνώσεις έχουν αυξήσει κατά πολύ το εύρος των διαθέσιμων παρεμβάσεων και τους τομείς του πληθυσμού, ειδικά στους ηλικιωμένους ανθρώπους στους οποίους εφαρμόζεται.
- Νέα φάρμακα μπορεί να μειώσουν την ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη και κάποια χειρουργεία μπορεί να αποφευχθούν. Άλλα φάρμακα όμως μπορεί να αυξήσουν την ανάγκη για περίθαλψη, αφού επεκτείνουν τις ευκαιρίες για θεραπεία όπως τα νέα αντικαρκινικά φάρμακα. Αυτά τα φάρμακα επεκτείνουν τον αριθμό των ιάσιμων περιπτώσεων.

5.1.2 Η εξέλιξη των νοσοκομείων

Αν παρατηρήσουμε την εξέλιξη των νοσοκομείων θα καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι τα νοσοκομεία πρέπει να συνεχίζουν να προσαρμόζονται στο εσωτερικό και εξωτερικό τους περιβάλλον. Παραδοσιακά μέτρα της νοσοκομειακής δραστηριότητας όπως ο αριθμός των κρεβατιών και η διάρκεια παραμονής των ασθενών υποδηλώνουν ότι η σημαντικότητα των νοσοκομείων στο σύστημα υγείας μειώνεται, αλλά άλλοι δείκτες όπως οι εισαγωγές των ασθενών υποδηλώνουν ότι τα νοσοκομεία είναι πιο απασχολημένα από ποτέ.

Καθώς οι λειτουργίες του νοσοκομείου αλλάζουν χρειάζεται καλύτερη πληροφόρηση στις υπηρεσίες περίθαλψης και στα ημερήσια χειρουργεία.

Υπάρχουν αρκετά συμπεράσματα γι' αυτούς που διαμορφώνουν την πολιτική των νοσοκομείων:

1. Διεθνή συγκριτικά στοιχεία δεν προσφέρουν κάποια απλή απάντηση στο πόσα κρεβάτια μια χώρα χρειάζεται. Πολλές χώρες έχουν πρόθεση να μειώσουν την νοσοκομειακή

διαθεσιμότητα μετακινώντας τους ασθενείς που χρειάζονται παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα σε άλλες εγκαταστάσεις. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι όλες οι χώρες πρέπει να μιμηθούν αυτές με το χαμηλό επίπεδο διαθεσιμότητας αφού υπάρχουν προβληματισμοί ότι τόσο χαμηλά επίπεδα διαθεσιμότητας μπορεί να είναι ακατάλληλα, δεδομένων των τωρινών αναγκών. Όπως είπε ένα σχολιαστής, κανένα μοντέλο δεν θα ταιριάζει παντού και αυτός που καθορίζει την πολιτική πρέπει να είναι προετοιμασμένος να σκεφτεί διαφορετικά.

2. Εκεί που η διαθεσιμότητα θεωρείται υπερβολική, στρατηγικές σχεδιασμού φαίνεται να λειτουργούν καλύτερα από το να αφήνουν την διαδικασία της αναδιαμόρφωσης στις δυνάμεις της αγοράς.

3. Οι μεγαλύτερες μειώσεις στην διαθεσιμότητα στην Ανατολική Ευρώπη έχουν προκύψει όχι από προσεκτικά σχεδιασμένες διαδικασίες αλλά εξαιτίας του πολέμου ή οικονομικής κατάρρευσης. Με άλλα λόγια τα συστήματα αναγκάστηκαν να αντιδράσουν έτσι στις εξωτερικές συνθήκες.

5.1.3 Ο ρόλος και η λειτουργία των νοσοκομείων

Εδώ θα διερευνηθούν οι διαφορετικοί πόλοι και οι λειτουργίες που μπορεί να έχει ένα νοσοκομείο και πώς αυτές μεταβάλλονται όταν το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον αλλάζει. Ένα νοσοκομείο μπορεί να έχει διάφορες λειτουργίες αναλόγως με τον τύπο του, τον ρόλο του στο γενικότερο σύστημα υγείας και την σχέση του με τις άλλες υπηρεσίες περίθαλψης.

Η κύρια λειτουργία ενός νοσοκομείου είναι να θεραπεύει τους ασθενείς που είναι άρρωστοι, αλλά μια ανάλυση περιορισμένη σε αυτή την δραστηριότητα θα ήταν παραπλανητική. Ένα νοσοκομείο μπορεί να είναι ένα σημαντικό μέρος για διδασκαλία και έρευνα και μπορεί να υποστηρίζει δραστικά το περιβάλλον σύστημα υγείας. [66]

Επιπλέον, ένα νοσοκομείο μπορεί να είναι μια σημαντική πηγή για την τοπική απασχόληση και μπορεί να παίζει διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Οι προσδοκίες που συνοδεύουν καθ' έναν από αυτούς τους ρόλους έχουν σημαντική επίπτωση στην οργάνωση ενός νοσοκομείου μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον του.

5.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1. Περιθαλψη ασθενών

Η περιθαλψη των ασθενών είναι προσδιοριστικό χαρακτηριστικό ενός νοσοκομείου και μπορεί να μελετηθεί σε σχέση με διάφορες διαστάσεις:

- α) επείγουσα ή προαιρετική περιθαλψη
- β) περιθαλψη εσωτερικών ή εξωτερικών ασθενών και
- γ) αποκατάσταση

Ο τύπος ασθενών που περιθάλπεται διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και από χώρα σε χώρα.

2. Εκπαίδευση και έρευνα

Η διδασκαλία, η έρευνα και η περιθαλψη των ασθενών αλληλεξαρτώνται. Το σύστημα υγείας δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την παροχή εκπαιδευμένου προσωπικού ή την γνώση που προέρχεται από την κατάλληλη έρευνα. Η διδασκαλία και έρευνα επίσης χρειάζονται τις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου για να λειτουργήσουν και να έχουν κλινικό υλικό. Τα νοσοκομεία που περιέχουν διδασκαλία είναι παράγοντες "κλειδιά" σε κάθε σύστημα υγείας. Επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα των νέων αποφοίτων και επηρεάζουν έμμεσα το ευρύτερο σύστημα υγείας.

3. Υποστήριξη συστήματος υγείας

Μια άλλη λειτουργία του νοσοκομείου είναι να στηρίζει τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Αυτό υπονοεί επίσης ότι τα νοσοκομεία δεν πρέπει να καταναλώνουν πολύ μεγάλο μέρος των πόρων ή να κυριαρχούν στο σύστημα υγείας που τα περιβάλλει. Από την μια πλευρά σε επαρχιακές περιοχές χαμηλού εισοδήματος το νοσοκομείο έχει τον κεντρικό ρόλο στην απονομή της περιθαλψης. Από την άλλη η Αγγλία έχει μεταφέρει χρήματα του προϋπολογισμού για να αγοράσει νοσοκομειακή περιθαλψη σε ομάδες πρωτευόντων θεραπειών, δίνοντας τους δύναμη έναντι των νοσοκομείων.

4. Πηγή απασχόλησης

Τα νοσοκομεία αποτελούν έναν μεγάλο εργοδότη. Ο νοσοκομειακός τομέας για παράδειγμα στην Νορβηγία απασχολεί το 3,2 % του εργατικού δυναμικού και στην Γαλλία το 4,8 %. Ο τομέας της υγείας είναι βασικός παράγοντας του δημοσίου τομέα εργασίας. Για παράδειγμα στο Καζακστάν το προσωπικό υγείας ανάλογει στο 40 % των δημοσίων υπαλλήλων. Αυτοί που διαμορφώνουν την πολιτική λοιπόν πρέπει να επικεντρωθούν στον ρόλο των νοσοκομείων σαν εργοδότη.

5. Ο κοινωνικός ρόλος των νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία είναι κάτι περισσότερο από μέρη όπου οι ασθενείς θεραπεύονται από έμπειρους γιατρούς. Έχουν επίσης κοινωνικό ρόλο και εμπισίζονται με διαφορετικές

έννοιες. Η αποτυχία αυτών που διαμορφώνουν την πολιτική να εκτιμήσουν τους διάφορους αυτούς ρόλους είναι μια κοινή αιτία γιατί οι προγραμματισμένες αναμορφώσεις κάποιες φορές αποτυγχάνουν.

5.2.1 Διαφορετικοί τύποι νοσοκομείων

Υπάρχουν αρκετές διαφορές ανάμεσα στους διάφορους τύπους νοσοκομείων.

Για παράδειγμα κάποια νοσοκομεία μπορεί να μην ασχολούνται με την διδασκαλία ή την έρευνα ενώ σε μικρές κοινωνίες ένα νοσοκομείο μπορεί να έχει διευρυμένο κοινωνικό ρόλο. Οι τύποι των νοσοκομείων μπορούν να ομαδοποιηθούν με μια ιεραρχική διαβάθμιση:

- Τριτοβάθμια περίθαλψη (συνήθως εθνικός ή τοπικός πόρος και συνήθως συνδεδεμένος με πανεπιστήμια)
- Δευτεροβάθμια περίθαλψη (όπως τα συνοικιακά περιφερειακά νοσοκομεία και κοινοτικά νοσοκομεία της επαρχίας)

Μια επιπλέον διάσταση προστίθεται διαχωρίζοντας τα νοσοκομεία α) γενικά και β) ειδικά. Για παράδειγμα ένα περιφερειακό νοσοκομείο στην Γερμανία μπορεί να έχει μια ομάδα χειρουργών καθ' έναν από τους οποίους ειδικεύετε σε χειρουργεία στήθους, ενδοκρινολογίας ή γαστρεντερολογικά με ειδικό προσωπικό υποστήριξης, ενώ σε ένα νοσοκομείο σε μια φτωχή ευρωπαϊκή χώρα, γενικοί χειρουργοί κάνουν όλες αυτές τις εγχειρήσεις. [66]

5.2.2 Νοσοκομεία και εξωτερικό περιβάλλον

Το να φερόμαστε στα νοσοκομεία σαν να ήταν κλειστά συστήματα δεν ήταν ποτέ η κατάλληλη προσέγγιση, και ακόμα περισσότερο σήμερα που η ιατρική περίθαλψη είναι πιο πολύ ένα μικρό επεισόδιο σε μιας μεγάλης διάρκειας καριέρα ασθενή παρά ένα απομονωμένο γεγονός. Μια αναπάντεχη συνέπεια των αναμορφώσεων την δεκαετία του '90 που έσπασαν τα συστήματα παροχής σε ανεξάρτητες ξεχωριστές μονάδες ήταν η αποτυχία να επιτευχθεί αλλαγή στα νοσοκομεία σαν απομονωμένες μονάδες.

Οι μελλοντικοί ηγέτες των νοσοκομείων θα πρέπει να δώσουν προσοχή σε όλες τις αλληλεπιδράσεις, να επικοινωνούν και να συνεργάζονται με άλλους παροχείς όπως και να τους ανταγωνίζονται. Χρειάζονται ικανότητες για να επηρεάσουν τους ιατρικούς τους συνεργάτες και να πείσουν τους άλλους παροχείς περίθαλψης να κάνουν το ίδιο. Αυτό μπορεί να απαιτεί έναν διαφορετικό τύπο ανθρώπου και προσέγγισης από τους παραδοσιακούς τύπους νοσοκομειακής διοίκησης.

5.3 ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με πολλούς τρόπους μέσα στο γενικό σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα μπορούν να συγκεντρωθούν κατά πολύ με την περίθαλψη να παρέχεται από πολύ λίγες μεγάλες εγκαταστάσεις ή μπορούν να διασκορπιστούν, με την περίθαλψη να παρέχεται σε πολλές μικρές εγκαταστάσεις. Η ακριβής επιλογή πρέπει να αντανακλά το γεωγραφικό περιεχόμενο αλλά πρέπει επίσης να λαμβάνει υπ' όψιν στοιχεία για το εάν τα μεγαλύτερα νοσοκομεία είναι καλύτερα ή εάν η συγκεντρωμένη ή αποκεντρωμένη περίθαλψη επηρεάζει την εισροή των ασθενών.

Η βέλτιστη νοσοκομειακή κλίμακα είναι μια λειτουργία της αλληλεπίδρασης μεταξύ της εισροής ασθενών, των οικονομιών κλίμακας και του όγκου σαν προσδιοριστικό των αποτελεσμάτων των ασθενών. Η τρέχουσα τάση σε πολλές χώρες είναι να προτιμούν τα μεγαλύτερα νοσοκομεία γιατί πιστεύουν ότι το μέσο κόστος μειώνεται με το μέγεθος και ότι τα αποτελέσματα των ασθενών είναι καλύτερα σε νοσοκομεία όπου οι θεραπευτές βλέπουν περισσότερες περιπτώσεις ασθενών. Το συμπέρασμα είναι ότι περισσότερη συγκέντρωση οδηγεί σε μειωμένη εισροή ασθενών.

5.3.1 Οικονομίες κλίμακας

Είναι αρκετά εύκολο να πιστέψει κανείς ότι τα μεγαλύτερα νοσοκομεία έχουν χαμηλότερο κόστος ανά μονάδα σε σύγκριση με τα μικρότερα νοσοκομεία εξαιτίας της ύπαρξης οικονομιών κλίμακας. Τα στοιχεία όμως δείχνουν ότι κάτι τέτοιο δεν είναι βάσιμο. Οι οικονομίες κλίμακας αναφέρονται σε μια κατάσταση όπου τα μακροχρόνια μέσα κόστη μειώνονται όσο η ένταση της δραστηριότητας αυξάνεται. Οι οικονομίες αναμένεται να χαρακτηρίζουν μια κατάσταση στην οποία τα σταθερά κόστη είναι πολύ μικρά σε σχέση με τα μεταβλητά κόστη. [66]

Καθώς η ένταση της δραστηριότητας αυξάνεται, τα μέσα κόστη μειώνονται καθώς το σταθερό κόστος διαμοιράζεται σε πιο πολλά τμήματα. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι το μέσο κόστος αρχίζει να αυξάνεται σύμφωνα με το μέγεθος καθώς οι οικονομίες εξαντλούνται και τα πρόσθετα κόστη γεννούν αντί-οικονομίες κλίμακας.

5.3.2 Κριτήρια μέτρησης του κόστους

1. Κατάλληλη μονάδα μέτρησης

Σαν μέτρο της σχετικής αποτελεσματικότητας, το κόστος ανά περίπτωση είναι καλύτερο από το κόστος ανά ημέρα και οι μελέτες που χρησιμοποιούν το κόστος ανά περίπτωση σαν εξαρτημένη μεταβλητή είναι πιο αξιόπιστες.

Το κόστος του νοσοκομείου είναι συνήθως υψηλότερο τις πρώτες μέρες μετά την εισαγωγή. Ένα νοσοκομείο που βελτίωσε την αποδοτικότητα μειώνοντας την μέση διάρκεια παραμονής των νοσηλευθέντων μπορεί να έχει υψηλότερο μέσο κόστος ανά ημέρα από ένα γεγονικό νοσοκομείο που ήταν λιγότερο αποδοτικό.

2. Προσαρμογή του μείγματος των περιπτώσεων

Ένας από τους πιο εμφανείς παράγοντες για τις διαφορές στο κόστος ανά περίπτωση ανάμεσα σε νοσοκομεία είναι η διαφορά στο μείγμα περιπτώσεων (case mix). Εάν ένα νοσοκομείο δέχεται πιο μεγάλο φόρτο εργασίας, το κόστος ανά μονάδα μπορεί να είναι υψηλότερο ακόμα και αν υπάρχουν οικονομίες κλίμακας.

3. Προσαρμογή των τιμών εισροών

Το κόστος είναι μια λειτουργία του μείγματος των εισροών και της τιμής των ανεξάρτητων εισροών. Χωρίς την κατάλληλη προσαρμογή οι διαφορές στο κόστος των εισροών αποκρύπτουν κάθε πραγματική σχέση ανάμεσα στο μέγεθος και την αποδοτικότητα.

Συνοπτικά:

- Τα μικρά νοσοκομεία συνήθως παρουσιάζουν οικονομίες κλίμακας και τα μεγάλα αντί-οικονομίες.
- Το καταλληλότερο μέγεθος θεωρείται ότι είναι ανάμεσα στα 200-370 κρεβάτια.
- Η ύπαρξη οικονομιών κλίμακας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο αυξάνεται το κόστος όταν αυξάνεται η αποδοτικότητα.
- Αντι-οικονομίες κλίμακας παρουσιάζονται όταν οι αναγκαίοι πόροι για την λειτουργία του νοσοκομείου δεν αυξάνονται για να προσαρμοστούν στην αύξηση της ικανότητας. Το μέσο κόστος τότε αρχίζει να αυξάνεται όταν η υπερβολική χρησιμότητα οδηγεί σε μη αποδοτική διοίκηση, υψηλότερα ποσοστά απουσίας του προσωπικού και μηχανικές βλάβες στον εξοπλισμό (300-600 κρεβάτια).

5.3.3 Σχέση μεγέθους και αποτελέσματος

Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ μεγέθους και αποτελέσματος, αλλά αυτό μπορεί να οφείλεται κυρίως στην εμπειρία που έχουν αποκτήσει οι γιατροί. Κάποιες άλλες δείχνουν ότι αν ληφθούν υπόψη επαρκή στοιχεία η σχέση δεν υπάρχει πια ή είναι μειωμένη κατά πολύ.

Εν ολίγοις, πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα και όχι μόνο ο όγκος. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι ικανότητες και η εμπειρία των γιατρών, η κατάλληλη εκπαίδευση και οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται.

5.4 ΕΠΕΝΔΥΟΝΤΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τρεις είναι οι κύριοι στόχοι ενός συστήματος υγείας :

1. Να επιτευχθεί καλή περίθαλψη για τον πληθυσμό.
2. Να διασφαλίσει ότι οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του κοινού.
3. Να διασφαλίσει δίκαια συστήματα πληρωμών.

Τα νοσοκομεία δέχονται πιέσεις να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους από:

- I. κεντρικές και τοπικές κυβερνήσεις και τους αντιπροσώπους τους
- II. τα κονδύλια των κοινωνικών ασφαλίσεων και
- III. άλλους εξωτερικούς παράγοντες όπως επαγγελματικοί σύλλογοι και ομάδες καταναλωτών.

Οι υπεύθυνοι για τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις:

- Πρώτον, πρέπει να διασφαλίσουν ότι οι μάντζερ του νοσοκομείου έχουν πρόσβαση σε διαθέσιμα κεφάλαια που να τους επιτρέπει να επενδύουν σε εγκαταστάσεις,
- Δεύτερον, να διασφαλίσουν ότι επενδύουν σοφά και κατάλληλα.
- Τρίτον, να διασφαλίσουν ότι οποιαδήποτε επένδυση σε εγκαταστάσεις είναι η κατάλληλη σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.
- Τέταρτον, να δώσουν στους μάντζερ του νοσοκομείου την ελευθερία να ανταποκρίνονται γρήγορα και σωστά στις αλλαγές των αναγκών.

Επενδύοντας σε εγκαταστάσεις

Το πρώτο βήμα για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα της υψηλής ποιότητας και επικερδής φροντίδα είναι να διασφαλιστεί ότι οι φυσικές δομές είναι στην σωστή θέση. Δεδομένης της εξελισσόμενης φύσης της υγείας αυτό απαιτεί συνεχόμενες επενδύσεις σε προσθήκη νέων εγκαταστάσεων και εξοπλισμού.

Κίνητρα για επένδυση

Η παραχώρηση αυτονομίας στα νοσοκομεία θα έχει αποτελέσματα μόνο εάν συνοδεύεται από ένα ανεκτικό σύστημα σχεδιασμού. Αυτό θα πρέπει να επιτρέπει εναλλακτική χρήση των μη παραγωγικών εγκαταστάσεων.

Επενδύοντας σε ανθρώπους

Η αποδοτική περίθαλψη επίσης εξαρτάται από την παροχή εκπαιδευμένου προσωπικό, οπλισμένο με ενημερωτικές γνώσεις πάνω στην κλινική αποδοτικότητα και με κατάλληλες διοικητικές ικανότητες.

Παρακολουθώντας την απόδοση

Η παρακολούθηση της απόδοσης ενός νοσοκομείου και του προσωπικού του απαιτεί ειδικευμένους ανθρώπους, πληροφορία και πόρους. Αυτοί που αναλαμβάνουν την παρακολούθηση πρέπει να καταλαβαίνουν πως επιδίδεται η περίθαλψη, να έχουν ικανότητες αξιολόγησης που να περιλαμβάνουν συγχρόνως ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις, να κατανοούν τα μεθοδολογικά όρια και να έχουν πρόσβαση σε σχετικές και ακριβείς πληροφορίες.

5.4.1 Δείκτες κλινικής απόδοσης

Η δημοσίευση των δεικτών της κλινικής απόδοσης έχει τραβήξει την προσοχή για δύο λόγους. Πρώτον γιατί δίνουν την δυνατότητα στους ασθενείς να κάνουν επιλογές για το ποιο νοσοκομείο να χρησιμοποιήσουν, παρόλο που αυτό προϋποθέτει ότι υπάρχει επιλογή, πράγμα σπάνιο.

Οι δείκτες αποδοτικότητας μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Η ευρύτερη προσέγγιση εξετάζει διάφορα κριτήρια κλινικής αποδοτικότητας, συμπεριλαμβάνοντας την ανταπόκριση στους ασθενείς, κλινικά αποτελέσματα και λειτουργικότητα. Η δεύτερη προσέγγιση επικεντρώνεται στα κλινικά αποτελέσματα.[66]

Το παράδειγμα της Αγγλίας

Ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες, η Αγγλία έχει παρουσιάσει το πιο ανεπτυγμένο σύστημα δεικτών αποδοτικότητας. Οι δείκτες αποδοτικότητας στην Αγγλία μετράνε τις επιδόσεις κάθε νοσοκομείου σύμφωνα με κάποια κριτήρια και τα δημοσιευμένα αποτελέσματα επιτρέπουν στα νοσοκομεία και το κοινό να συγκρίνει την κλινική αποδοτικότητα. Χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια στην ποιότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών σε έξι βασικούς τομείς :

- την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων
- την δίκαιη πρόσβαση στις υπηρεσίες
- την διανομή αποτελεσματικής περίθαλψης
- την αποδοτικότητα
- την ικανοποίηση ασθενών και
- τα αποτελέσματα υγείας

Η εμπειρία στην Αγγλία δείχνει ότι εμπεριέχονται πολλές προκλήσεις στην χρησιμοποίηση δεικτών αποδοτικότητας:

- Η δημοσίευση τους μπορεί να βελτίωσε τις κλινικές και οργανωτικές εφαρμογές αλλά και τα επιτεύγματά τους δεν διερευνήθηκαν όσο θα έπρεπε.
- Η διερμηνεία των δεικτών αμφισβητήθηκε αρκετά. Για παράδειγμα νοσοκομεία σε πιο φτωχές περιοχές γενικώς αποδίδουν λιγότερο καλά, υποδηλώνοντας ανεπαρκή επίδοση για αυξανόμενο πληθυσμό και λιγότερους πόρους.
- Κάποια νοσοκομεία τροποποίησαν τα δεδομένα τους όταν έγινε φανερό ότι η αναφερόμενη απόδοση τους ήταν διαφορετική από τις προσδοκίες τους.

Η δημόσια αποκάλυψη της βαθμολόγησης των κλινικών αποτελεσμάτων από τα νοσοκομεία ή τους θεραπευτές γεννά διάφορα αντικείμενα συζήτησης:

- Ο πρώτος προβληματισμός είναι ότι σημαντικά λιγότεροι πόροι αφιερώνονται στην συλλογή κλινικών δεικτών στην Ευρώπη από ότι στην Αμερική όπου οι δείκτες αποδοτικότητας χρησιμοποιούνται πολύ και που ο πολιτισμός δίνει μεγάλη σημασία στην ενημέρωση των καταναλωτών. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί είναι ανεπαρκή για να φτιάξουν τέτοιους πίνακες.
- Ο δεύτερος προβληματισμός είναι εάν τα δεδομένα είναι κατάλληλα για να ελεγχθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών.
- Ο τρίτος τεχνικός προβληματισμός είναι ότι τέτοιες έρευνες είναι δυνατές μόνο σε μεγάλα νοσοκομεία, εφόσον ο αριθμός των περιπτώσεων πρέπει να είναι ικανοποιητικός για να είναι στατιστικά σημαντικό ότι τα αποτελέσματα είναι αντανάκλαση της πραγματικότητας και όχι τυχαία.
- Ο τελευταίος προβληματισμός είναι ότι η πληροφορία μπορεί να μην βελτιώσει την κλινική αποδοτικότητα. Στην Πενσυλβάνια που δημοσιεύτηκαν τα ποσοστά θανάτου για ξεχωριστούς χειρουργούς η έρευνα έδειξε ότι το 87% των καρδιολόγων ανέφερε ότι η πληροφόρηση αυτή δεν είχε καμιά επιρροή στην απόφασή τους για τους χειρουργούς.

Δεν αμφισβητείται ότι τα κλινικά αποτελέσματα πρέπει να παρακολουθούνται. Πρέπει όμως να θέσουμε ένα προειδοποιητικό μήνυμα ότι η δημοσίευση της διαβάθμισης των νοσοκομείων είναι προβληματική και μπορεί να δημιουργήσει παράλογα και αντίστροφα κίνητρα. Είναι σημαντικό οι υπεύθυνοι των συστημάτων παρακολούθησης α) να αναγνωρίζουν την ουσιαστική αβεβαιότητα στην περίθαλψη β) να βελτιώνουν τις τεχνικές μέτρησης, γ) να φωτίζουν τις μεγάλες διαφορές και δ) να προσπαθούν για συνεχή βελτίωση.[66]

5.4.2 Βελτιώνοντας την απόδοση μέσα στο νοσοκομείο

Εδώ θα εξετάσουμε πως οι άνθρωποι που δουλεύουν μέσα στο νοσοκομείο είτε είναι θεραπευτές, είτε μόνιτζερ ή άλλοι, μπορούν να βελτιστοποιήσουν την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. Οι αναγκαίες προϋποθέσεις για υψηλή ποιότητα είναι οι εγκαταστάσεις, οι άνθρωποι και η γνώση. Μέσα στο νοσοκομείο αυτοί οι παράγοντες συνεισφέρουν στα πιο παραδοσιακά στοιχεία που είναι:

- Το μέρος (οι εγκαταστάσεις στις οποίες λειτουργεί το νοσοκομείο)
- Οι άνθρωποι (οι ανθρώπινοι πόροι που είναι διαθέσιμοι)
- Τα εργαλεία(όχι μόνο εξοπλισμός αλλά και η απαιτούμενη γνώση για να τα χρησιμοποιούν αποτελεσματικά)

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε πως αυτά τα στοιχεία μπορούν να συνδυαστούν σε ένα συναφές πρόγραμμα μέσω στρατηγικών.

Ο χώρος: Η συνεχής πρόκληση του σχεδιασμού είναι πως ένα νοσοκομειακό κτίριο μπορεί να προσαρμόζεται στις αλλαγές του εσωτερικού και εξωτερικού του περιβάλλοντος. Ένα βέλτιστο σχέδιο είναι αυτό που εμποδίζει λιγότερο την αλλαγή στην λειτουργία παρά ένα που ταιριάζει σε μια συγκεκριμένη λειτουργία καλύτερα. Αυτή η στρατηγική έχει σαν στόχο να πολεμήσει την βαθμιαία αχρήστευση.

Το αιώνιο πρόβλημα για τον σχεδιαστή του νοσοκομείου είναι ότι από την στιγμή που ένα καινούριο νοσοκομείο σχεδιαστεί και χτιστεί είναι ήδη ξεπερασμένο. Το θέμα-κλειδί λοιπόν είναι η προσαρμοστικότητα.

Το δεύτερο πρόβλημα είναι ότι παρ' όλα αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά δεν υπάρχει ένα δεδομένο μοντέλο νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία σχεδιάζονται για να ικανοποιούν τις απαιτήσεις διαφορετικών χωρών, περιοχών και χαρακτηριστικών όπως οι ανάγκες του πληθυσμού, ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου, το κλίμα και ο πολιτισμός.

Οι άνθρωποι: Τα νοσοκομεία είναι επιχειρήσεις που στηρίζονται στο προσωπικό τους για να επιτύχουν οικονομικά αποδοτικά αποτελέσματα από τους ασθενείς τους. Παίρνοντας το μείγμα και τα επίπεδα του προσωπικού του νοσοκομείου έχουμε δύο προβληματισμούς:

- Ο πρώτος είναι να διασφαλιστεί ότι το νοσοκομείο έχει κατάλληλο μείγμα ικανοτήτων για το έργο που έχουν να εκτελέσουν.
- Ο δεύτερος είναι να διασφαλιστεί ότι αυτοί που προσλήφθηκαν είναι καλά εκπαιδευμένοι. Αυτό προϋποθέτει ότι το εργατικό δυναμικό του νοσοκομείου πρέπει να είναι διοικείτε ενεργά μέσα σε ένα στρατηγικό πλαίσιο.

Τα εργαλεία: Τα νοσοκομεία έχουν εξελιχθεί εν μέρει επειδή είναι αποθήκες τεχνολογίας(γνώση, ικανότητες, εξοπλισμός). Η τεχνολογία έχει μεταμορφώσει το σχέδιο και τις λειτουργίες των νοσοκομείων, παίζει σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της απόδοσης και επηρεάζει το μείγμα των ικανοτήτων του εργατικού δυναμικού του νοσοκομείου και έχει τεράστιο οικονομικό αντίκτυπο.

Συνεπώς η αποδοτική περίθαλψη απαιτεί έναν συνδυασμό των εισαγόμενων πόρων. Οι εγκαταστάσεις πρέπει να είναι συνδυασμένες ώστε να είναι ασφαλείς και να είναι ένα ευχάριστο περιβάλλον για να επισκεφθεί κανείς ή να εργαστεί και να είναι ικανοποιητικά προσαρμόσιμο στις συνεχώς διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες. Το εργατικό δυναμικό πρέπει να είναι καταρτισμένο και να συμμετέχει σε προγράμματα συνεχούς μάθησης.[66]

Οι εισαγόμενοι πόροι πρέπει να συνδυαστούν αποτελεσματικά. Αυτό απαιτεί νέους τρόπους εργασίας για τους μόνιτους και για τους ειδικούς της υγείας. Επίσης απαιτείται οι δραστηριότητες της διοίκησης και της διασφάλισης της ποιότητας να συγκλίνουν. Αυτό βέβαια απαιτεί συμμετοχή όλων όσων εργάζονται για να βελτιώσουν την περίθαλψη.

Έχει γίνει πλέον φανερό ότι στοιχεία αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας των μεσολαβήσεων δεν μεταφράζονται αυτόματα σε κατάλληλες αλλαγές στις κλινικές εφαρμογές. Η ουσιαστική επένδυση στην ανάπτυξη των κλινικών παρεμβάσεων, η αξιολόγηση τους και η ανάπτυξη κατάλληλων κατευθυντήριων θεραπειών δεν μπορεί να παράγει καλύτερα αποτελέσματα εάν δεν τεθούν σε εφαρμογή οι προκαθορισμένες αλλαγές στη κλινική εφαρμογή κι στην απόδοση ιατρικής περίθαλψης.

5.5 ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΝΤΑΣ ΠΡΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Κατάλληλα πρότυπα περίθαλψης, βασισμένα στα καλύτερα στοιχεία αποτελεσματικότητας και οικονομικής αποδοτικότητας δεν είναι πάντα διαθέσιμα. Πράγματι μια προϋπόθεση για να επιτευχθεί βέλτιστη απόδοση πρέπει να είναι η διαθεσιμότητα προτύπων που περιγράφουν την βέλτιστη περίθαλψη. Δεδομένης της μεγάλης αβεβαιότητας και της φύσης των διαθεσίμων στοιχείων, τα πρότυπα έχουν επικεντρωθεί σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Όπως είχε πει ο Ό'Connor: τυχαίες δοκιμές έχουν επιβεβαιώσει την αποτελεσματικότητα κάποιων θεραπειών. Οι κατευθυντήριες γραμμές καθιστούν δυνατή την αξιολόγηση των διαδικασιών της υγείας και αναγνωρίζουν τους τομείς που επιδέχονται βελτίωση.

Για να είναι πιο αποτελεσματικές, οι κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να λάβουν υπόψη ένα σύνολο χαρακτηριστικών που δεν απευθύνονται σε συστημικές αναβαθμολογήσεις. Αυτό περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- αποτίμηση της τρέχουσας επιδημιολογίας της κατάστασης που η μεσολάβηση στοχεύει να βελτιώσει
- αναγνώριση σχετικών κλινικών ερωτήσεων και
- αποτίμηση της αποδοτικότητας διαφορετικών πιθανών θεραπειών στο σχετικό σύστημα υγείας.

Η βελτιστοποίηση της κλινικής απόδοσης απαιτεί αποτίμηση της εγκυρότητας των κλινικών προτύπων που χρησιμοποιούνται.

Συμπεράσματα: Αυτή η επιθεώρηση της τωρινής κατάστασης των μεσολαβήσεων έχει σαν στόχο να προωθήσει την βέλτιστη κλινική εφαρμογή. Ακόμα και η διαθεσιμότητα καλών κλινικών στοιχείων δεν μπορεί από μόνη της να οδηγήσει σε κατάλληλες αλλαγές στην κλινική εφαρμογή. Παρόλο που τα κλινικά πρότυπα και οι οδηγίες είναι απαραίτητο κομμάτι στην αναγνώριση των προτεραιοτήτων, η ανάπτυξη τους αφήνει πολλά τμήματα χωρίς κατάλληλη αποτίμηση από κατευθυντήριες οδηγίες. [66]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ – ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1.1 Σκοπός της Έρευνας

Η έρευνα για την εκτίμηση της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών εφαρμόστηκε στις κλινικές γενικής χειρουργικής τριών μεγάλων αστικών νοσοκομείων με διαφορετικό προφίλ λειτουργίας τόσο στην ένταση της χρήσης των πόρων όσο και τα χαρακτηριστικά της ζήτησης.

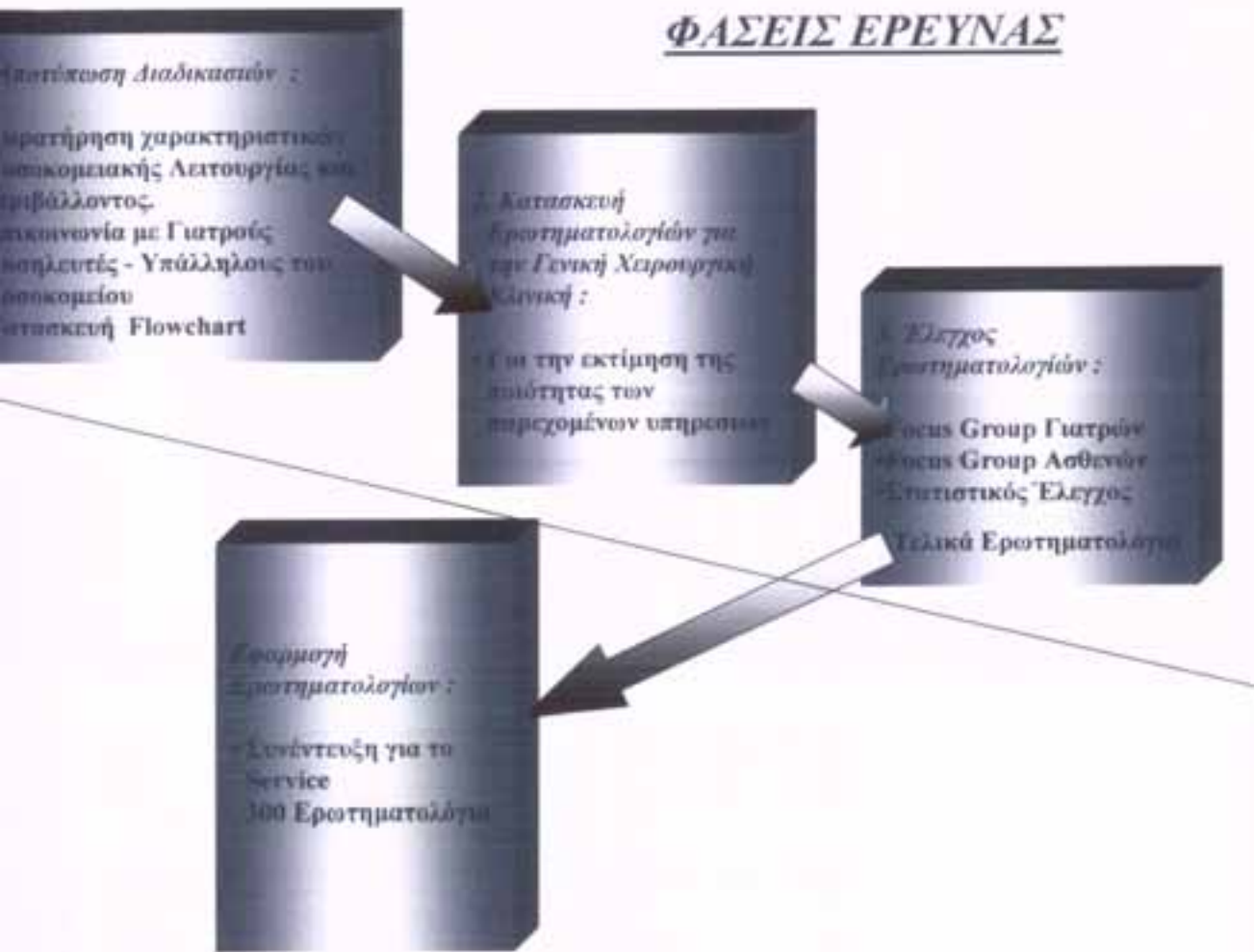
Ο σκοπός της Έρευνας είναι διττός :

- α. Η ανάπτυξη κατάλληλου εργαλείου για την μέτρηση της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών καλύπτοντας και την περίπτωση των χειρουργικών ασθενών.
- β. Η εξαγωγή συμπερασμάτων για την ποιότητα των παρερχόμενων υπηρεσιών στα δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία.

6.1.2 Ανάπτυξη Εργαλείου Εκτίμησης της Ποιότητας των Παρερχόμενων Υπηρεσιών.

Η ανάπτυξη του Εργαλείου για την εκτίμηση της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών στηρίχθηκε στην Έρευνα του Ο.Π.Α και του ΕΚΚΕ. περιλάμβανε της παρακάτω φάσεις του Σχήματος 6:

ΦΑΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



Σχήμα 6: Οι Φάσεις της Έρευνας[65]

6.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.2.1 Η επιλογή του δείγματος

Το δείγμα περιελάμβανε ασθενείς από τρία μεγάλα νοσοκομεία. Τα τρία αυτά νοσοκομεία επιλέχθηκαν για τους εξής λόγους :

Διαφοροποίηση στην ένταση της χρήσης των πόρων.

Μεγάλα Αστικά Νοσοκομεία.

Διαφορετικά χαρακτηριστικά λειτουργίας των κλινικών Γενικής Χειρουργικής.

Διαφοροποίηση στα έτη λειτουργίας.

Διαφοροποίηση στο μέγεθος του νοσοκομείου.

Διαφοροποίηση στο μέγεθος της ζήτησης.

Διαφοροποίηση των συνθηκών λειτουργίας.

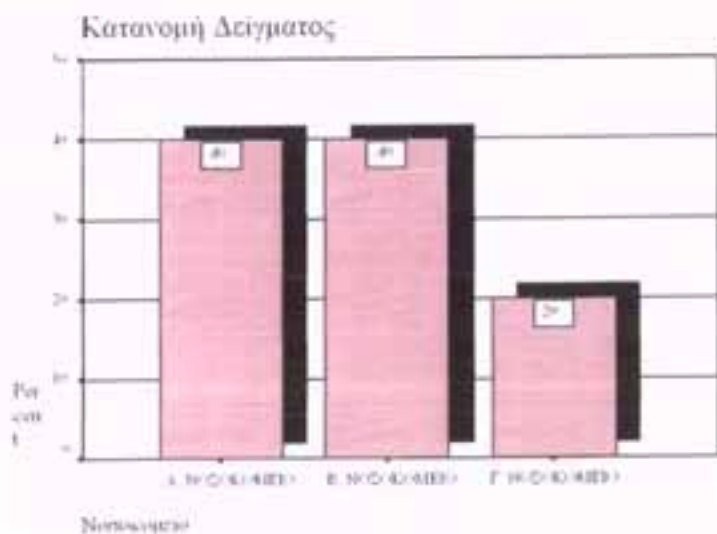
Η διαφορετικότητα του προφίλ λειτουργίας μας βοήθησε στον έλεγχο για την ποιότητα του ερωτηματολογίου που κατασκευάσαμε. Τα χαρακτηριστικά του κάθε νοσοκομείου φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα

Πίνακας 1 : Χαρακτηριστικά Νοσοκομείων Δείγματος.

	ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	ΘΡΙΑΣΙΟ
Ένταση χρήσης πόρων	ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ	ΧΑΜΗΛΗ
Εφημερίες	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέγεθος Ζήτησης	ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ	ΧΑΜΗΛΗ
Ηλικία	ΜΕΣΗ	ΠΑΛΙΟ	ΣΥΓΧΡΟΝΟ
Μέγεθος Νοσοκομείου	ΜΕΤΡΙΟ	ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΟ	ΜΕΤΡΙΟ
Περιοχή Εγκατάστασης	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

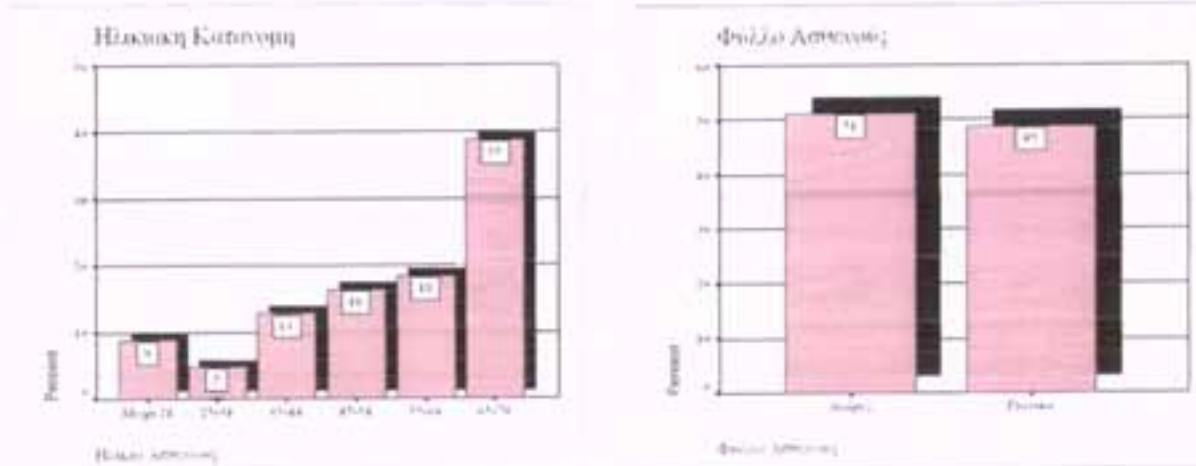
Το δείγμα περιελάμβανε χειρουργημένους ασθενείς ηλικίας από 18 – 75 χρονών που έπασχαν από μικρής και μέσης βαρύτητας ασθένειες γενικής χειρουργικής από τα τρία νοσοκομεία. Η κατανομή του δείγματος των ασθενών ανά νοσοκομείο φαίνεται στο παρακάτω σχήμα :

Σχήμα 7 : Ποσοστιαία Κατανομή Δείγματος Ασθενών ανά νοσοκομείο.



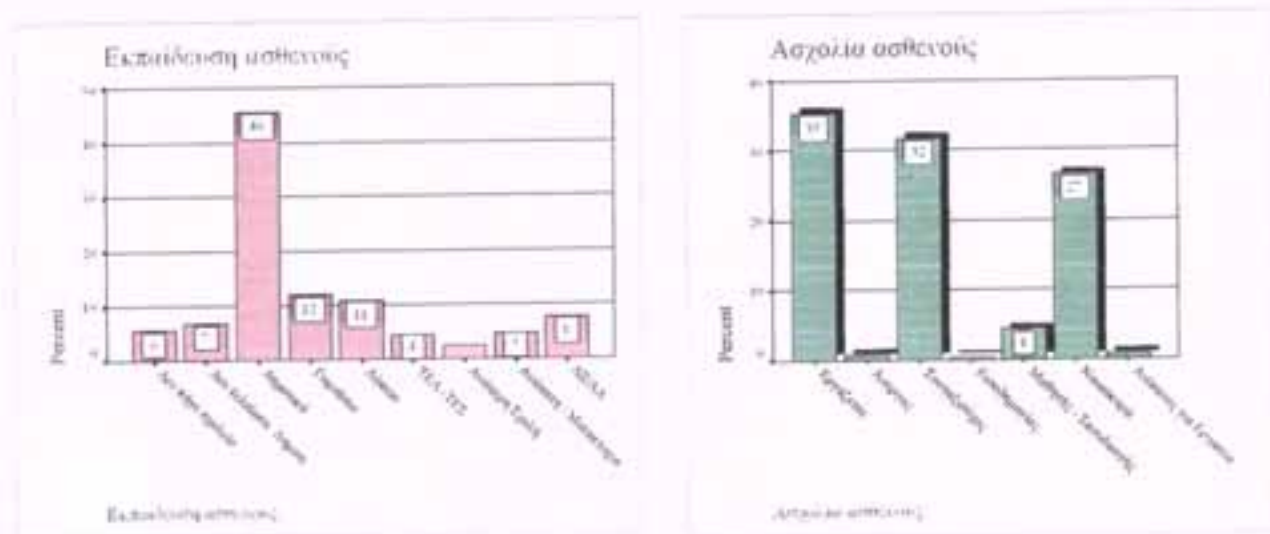
Το σχήμα 8 παριστά την κατανομή ανά ηλικία και φύλο του δείγματος των ασθενών. Η ηλικιακή κατανομή αντικατοπτρίζει την ανάγκη των μεγάλων ηλικιών για την συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας. Ενώ η κατανομή φύλλου είναι ομοιογενής.

Σχήμα 8 : Ποσοστιαία Κατανομή Ηλικίας και Φύλλου Δείγματος Ασθενών



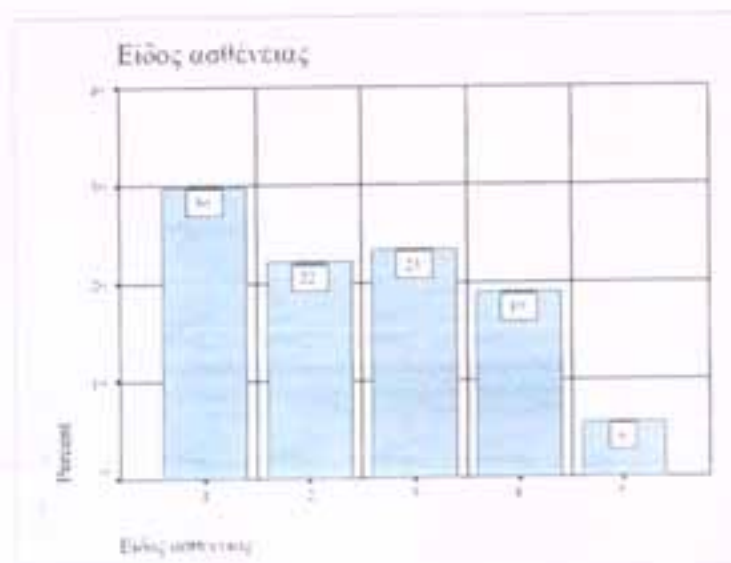
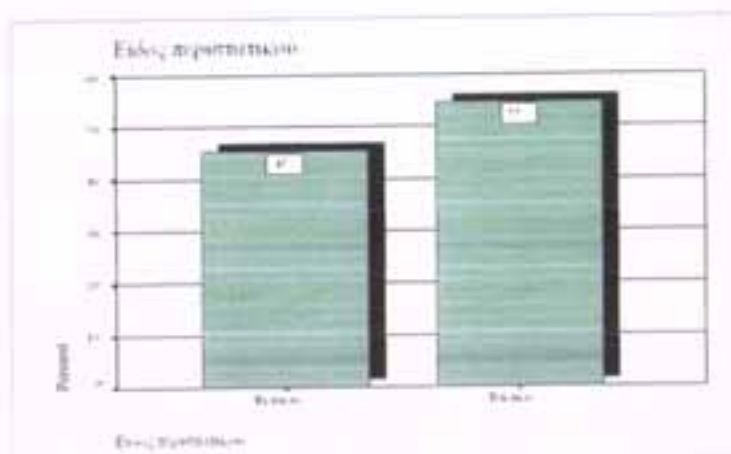
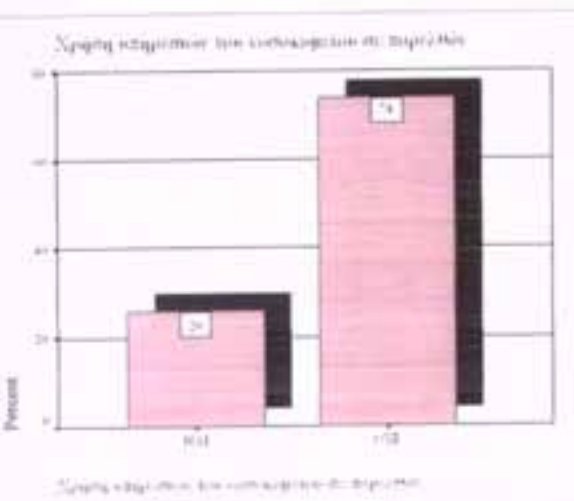
Το σχήμα 9 παριστά την κατανομή του δείγματος βάσει του μορφωτικού επιπέδου και της ασχολίας του. Παρατηρούμε ότι μόνο το 12% είναι ανώτερης – ανώτατης εκπαίδευσης, το 11% έχει τελειώσει γυμνάσιο, το 12% λύκειο ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό, 46%, έχει τελειώσει δημοτικό. Επίσης, το 35% του δείγματος είναι εργαζόμενοι, το 32 συνταξιούχοι και το 27% νοικοκυρές.

Σχήμα 9: Ποσοστιαία Κατανομή Μόρφωσης και Ασχολίας Ασθενών



Σχήμα 10: Ποσοστιαίες κατανομές Ειδικών χαρακτηριστικών δείγματος

ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ CASE MIX



1. Ο ασθενής είναι άρρωστος και χρειάζεται νοσηλεία.
 2. Ο ασθενής είναι άρρωστος και χρειάζεται νοσηλεία.
 3. Ο ασθενής είναι άρρωστος και χρειάζεται νοσηλεία.
 4. Ο ασθενής είναι άρρωστος και χρειάζεται νοσηλεία.
 5. Ο ασθενής είναι άρρωστος και χρειάζεται νοσηλεία.

Το σχήμα 10 περιλαμβάνει χαρακτηριστικά στοιχεία που περιγράφουν το δείγμα των ασθενών. Έτσι το 26% έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες των νοσοκομείων στο παρελθόν ενώ το 74% τις χρησιμοποιεί για πρώτη φορά. Το 45% των

ασθενών έχουν εισαχθεί ως έκτακτα περιστατικά ενώ το 55% με προγραμματισμένο ραντεβού. Όσον αφορά της σύνθεση του δείγματος των περιστατικών το 30% του δείγματος αφορά απλές επεμβάσεις με μικρό αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων και το 22% απλές επεμβάσεις με μεγάλο αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων. Η παρακάτω κατηγοριοποίηση προέκυψε από την ομάδα συζήτησης για τους ασθενείς της γενικής χειρουργικής.

6.2.2 Συλλογή δεδομένων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της απευθείας συνέντευξης. Ο χρόνος συλλογής των δεδομένων οριζόταν μία μέρα πριν την έξοδο των ασθενών και ύστερα από συνεννόηση με το γιατρό της κλινικής. Κατά την διάρκεια των τριών περίπου μηνών (μέση διάρκεια) που διαρκούσε η συλλογή των ερωτηματολογίων σε κάθε νοσοκομείο, στην έρευνα συμμετείχαν όλοι οι ασθενείς της κλινικής με τα παραπάνω χαρακτηριστικά.

Η κάθε συνέντευξη περίπου διαρκούσε τριάντα λεπτά της ώρας. Οι ασθενείς δεν επηρεάζονταν από τους συνασθενείς τους κατά την διάρκεια της συνέντευξης. Ενώ η συνέντευξη λαμβάνονταν από έμπειρους και εκπαιδευμένους συνεντευκτές.

6.2.3 Μοντέλο Μέτρησης της Ποιότητας των Παρερχόμενων Υπηρεσιών

Το μοντέλο της μέτρησης της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών στηρίχθηκε στην απευθείας εκτίμηση της απόδοσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών από τους χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας. Η μεθοδολογία στην οποία βασίσθηκε η έρευνα είναι η SERVPERF (SERVICE PERFORMANCE), που υποστηρίχθηκε από τους Carman, Babakus and Boller, Cronin and Taylor ενώ οι διαστάσεις ποιότητας στηρίχθηκαν στην μεθοδολογία του SERVQUAL όπως προτάθηκε από τους Parasuraman Zeithaml and Berry. Οι δύο παραπάνω μεθοδολογίες διαφέρουν κυρίως στον τρόπο με τον οποίο αποτυπώνεται η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Σύμφωνα με την SERVQUAL μέθοδο η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών ορίζεται ως η διαφορά της αντιλαμβανόμενης ποιότητας και της αναμενόμενης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Σε αντίθεση η SERVPERF μέθοδο εκτιμά απευθείας την απόδοση του συστήματος χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες.

Για την μέτρηση της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών έχουν προταθεί πολλά μοντέλα διαστάσεων ποιότητας καθώς και στοιχείων που τις συνθέτουν. Τα μοντέλα εκτίμησης της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών επιχειρούν την διερεύνηση των εκείνων των κρίσιμων παραγόντων που διαμορφώνουν την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των παρερχόμενων υπηρεσιών καθώς και της ικανοποίησης τους. Κάθε διάσταση ποιότητας συντίθεται από στοιχεία – ερωτήσεις που διαμορφώνουν την κρίση των ασθενών για τον παράγοντα αυτό. Το συγκεκριμένο μοντέλο βελτιώνει τα προηγούμενα τόσο με την χρήση νέων διαστάσεων αλλά και με την συμμετοχή νέων στοιχείων για την ολοκληρωμένη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών για την λαμβανόμενη ποιότητα. Επίσης, διερευνούνται σχέσης ικανοποίησης με τους παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα. Τεχνικές στατιστικής όπως η FACTOR ANALYSIS, RELIABILITY ANALYSIS χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή των διαστάσεων και των στοιχείων που τις συνθέτουν. Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζεται το μοντέλο εκτίμησης της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών που κατασκευάσθηκε από Το Ο.Π.Α για την εκτίμηση της ποιότητας των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε εγχειρήσεις γενικής χειρουργικής :

Διαστάσεις Ποιότητας Υπηρεσίας :

1.Εικόνα του Νοσοκομείου (Απτά στοιχεία).

- καθαριότητα και τάξη στους διάφορους χώρους του νοσοκομείου ποφρονται σε επαφή οι ασθενείς τις κλινικής.
- Συντήρηση των χώρων.
- Σύγχρονος Εξοπλισμός και Χώροι
- Οργάνωση των χώρων.
- Συνθήκες στον θάλαμο νοσηλείας.
- Επάρκεια χώρων
- Εικόνα Προσωπικού ανά κατηγορία.
- Πρόσβαση στους χώρους και τις υπηρεσίες
- Ποιότητα Φαγητού και υπηρεσίας διανομής
- Υπνος
- Ησυχία

2.Ανταπόκριση του Προσωπικού του Νοσοκομείου.

- Προθυμία
- Χρόνος Αναμονής (εξωτερικά ιατρεία, εισαγωγή, επίμβαση, εξέταση κλπ.)

3.Διαπάθεια (Εξατομικευμένη Προσοχή στους ασθενείς).

- Οικαία - Φιλική Συμπεριφορά προς τον ασθενή
- Ενδιαφέρον για τον ασθενή
- Κατανόηση αναγκών του ασθενή
- Ψυχολογική υποστήριξη

4. Επικοινωνία με το Προσωπικό

- Πληροφόρηση ανά κατηγορία προσωπικού
- Συχνότητα
- Βαθμός κατανόησης

5. Αξιοπιστία των Παρεχομένων Υπηρεσιών

- Λάθη - Επανόληψη
- Υπηρεσίες στην ώρα τους
- Έλεγχος πραγματοποίησης ενεργειών.

6. Ευγένεια Προσωπικού

7. Εμπιστοσύνη Προσωπικού

8. Πίστη στο Γιατρό και στο νοσοκομείο

Οι παραπάνω αρχικές διαστάσεις ποιότητας καθώς και τα στοιχεία που τις αποτελούν προέκυψαν τόσο ύστερα από εκτεταμένη βιβλιογραφική επισκόπηση όσο και από τα συμπεράσματα των ομάδων συζήτησης για το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 101 κλειστές ερωτήσεις (13 ερωτήσεις δημογραφικού και ιατρικού περιεχομένου, 78 ερωτήσεις διαστάσεων ποιότητας, 7 ερωτήσεις συνολικής ικανοποίησης και 2 γενικές ερωτήσεις). Αναλυτικά, 29 ερωτήσεις συνθέτουν την διάσταση των απτών στοιχείων, 6

ερωτήσεις την ανταπόκριση του προσωπικού, 6 ερωτήσεις την εξατομικευμένη προσοχή - διαπάθεια, 10 ερωτήσεις την επικοινωνία με το προσωπικό, 17 ερωτήσεις την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών, 3 ερωτήσεις την ευγένεια, 4 την εμπιστοσύνη και 3 ερωτήσεις την πίστη. Στη συνέχεια αναλύεται το περιεχόμενο κάθε διάστασης ξεχωριστά.

Δημογραφικά στοιχεία του ασθενή: αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ασχολία, και την απασχόληση του. Τα στοιχεία του ασθενή αφορούν : το είδος περιστατικού, τη βαρύτητα της νόσου, τη διάρκεια νοσηλείας, είδος ασφάλισης, το ταμείο ασφάλισης, την εμπειρία του από την χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Απτά στοιχεία: περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν τους χώρους του νοσοκομείου (θάλαμος, τουαλέτες, κοινόχρηστοι χώροι, χειρουργεία), τον εξοπλισμό (ξενοδοχειακό, ασανσέρ, ιατρικών εξετάσεων, χειρουργείων) το προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό) συνθήκες νοσηλείας (ύπνος, ησυχία, κλπ.) κα.

Η επιλογή των στοιχείων στηρίχθηκε στην αποτύπωση της διαδικασίας διανομής της υπηρεσίας (εγχείρηση ασθενών τομέα γενικής χειρουργικής) μέσω διαγραμμάτων ροής (flow charts), των παρατηρήσεων της ομάδας συζήτησης και των πιλοτικών ερωτηματολογίων. Στην διάσταση αυτή περιλαμβάνονται στοιχεία που αφορούν την εικόνα του νοσοκομείου, και των παραμέτρων που μπορούν να αντιληφθούν οι ασθενείς. Η διάσταση έχει συμπεριλάβει όλα τα στοιχεία που αφορούν την υπηρεσία υγείας που προσφέρεται συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών των χειρουργείων. Επίσης, περιλαμβάνει στοιχεία που σχετίζονται με τις ανάγκες των ασθενών: λειτουργικότητα του εξοπλισμού, πρόσβαση στους χώρους και σε υπηρεσίες του νοσοκομείου, οργάνωση χώρων, ησυχία, ύπνος, ξεκούραση, θερμοκρασία και αερισμός του θαλάμου, φαγητό.

Ανταπόκριση του προσωπικού του νοσοκομείου: περιλαμβάνει την προθυμία και την ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού να παρέχει τις υπηρεσίες προς τον ασθενή. Η επαφή του προσωπικού με τον ασθενή είναι ιδιαίτερα συχνή και υψηλής έντασης πράγμα που πιθανώς να διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό την γνώμη του ασθενή για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα τα στοιχεία αυτά ο ασθενής τα κατανοεί και τα αντιλαμβάνεται άμεσα που ενισχύουν την παραπάνω υπόθεση. Η σχέση των διαστάσεων ποιότητας με την συνολική ικανοποίηση των ασθενών απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, είναι προς διερεύνηση και πρόκειται να απασχολήσει την έρευνα αυτή.

Εξατομικευμένη προσοχή: περιλαμβάνει στοιχεία που με βάση την διεθνή βιβλιογραφία έρχεται να καλύψει την ιδιαίτερη ανάγκη των ασθενών για παροχή ιδιαίτερης φροντίδας σε προσωπική βάση από το προσωπικό του νοσοκομείου. Έτσι τα στοιχεία αφορούν την φροντίδα σε προσωπική βάση, την κατανόηση των αναγκών των ασθενών (πόνος, δυσκολία κίνησης, υγιεινή, διατροφή) από το προσωπικό, τη ψυχολογική υποστήριξη (μοναξιά, φόβος, άγχος).

Προσωπικό του νοσοκομείου: Οι ερωτήσεις που αφορούν το προσωπικό χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού. Επίσης κατά την διάρκεια της ανάπτυξης του μοντέλου υπήρχε μια διχογνωμία το κατά πόσο οι ασθενείς μπορούν να εκτιμήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προσωπικού της διοικητικής υπηρεσίας αφού έρχονται λίγο σε επαφή με αυτό και την εικόνα των χειρουργείων αφού δεν έρχονται σε άμεση επαφή. Αποδείχθηκε, όμως ότι έμμεσα ή και άμεσα διαμορφώνουν άποψη και τα δύο παραπάνω χαρακτηριστικά στην αλυσίδα διανομής της υπηρεσίας.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα, εντοπίζεται στην υποκειμενική εκτίμηση της αξιοπιστίας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς όσον αφορά το ιατρικό έργο και λιγότερο το νοσηλευτικό. Ο ασθενής δεν μπορεί εύκολα να εκτιμήσει την αξιοπιστία του ιατρικού έργου κατά την διάρκεια της νοσηλείας του και συνδέει την ορθότητα των ιατρικών πράξεων με την επιτυχία της επέμβασης (ποιότητα εκροής).

Στο συγκεκριμένο μοντέλο χρησιμοποιήθηκε μία λίστα στοιχείων, που προέκυψε από την ομάδα συζήτησης και την βιβλιογραφική επισκόπηση και που δίνουν σχετικά αξιόπιστα και έγκυρα την εκτίμηση των ασθενών για την αξιοπιστία του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου. Έτσι, συμπεριλήφθηκαν στοιχεία που αφορούσαν το νοσηλευτικό έργο (αλλαγή σεντονιών, τοποθέτηση παραβάν, χρησιμοποιούσαν αποκλειστική νοσοκόμο την ημέρα, τους βοηθούσε συγγενικό τους πρόσωπο, τήρηση οδηγιών), ιατρικό έργο (ιστορικό ασθενούς, επανάληψη εξετάσεων).

6.2.4 Παρουσίαση Μεταβλητών Ανάλυσης για την Μέτρηση της Ποιότητας των Παρερχόμενων Υπηρεσιών Νοσοκομειακών Μονάδων

A	Όνομα Μεταβλητής Στοιχεία (ITEMS) Ερωτηματολογίου	Είδος	Κλίμακα	Ερμηνεία	Παρατηρήσεις
	Αριθμός Κλινών Θαλάμου Νοσηλείας	1.1 Ποσοτική 1.2 Ποσοτική	Scale Interval: 1 >=2 2 >=4 και >2 3 <=5 και >4 4 >=6	Εκφράζει το μέγεθος του θαλάμου νοσηλείας, την θέση	Ισχύει μόνο για το Π.Γ.Ν Ευαγγελισμός γιατί ?
	Κλινική Γενικής Χειρουργικής	Ποιοτική - Κατηγορική	Nominal: 1 Α' Κλινική 2 Β' Κλινική 3 Γ' Κλινική 4 Δ' Κλινική	Εξηγεί variation- μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας διαφορετικών κλινικών στο ίδιο νοσοκομείο (διαφορετικοί γιατροί)	Ισχύει μόνο για το Π.Γ.Ν Ευαγγελισμός γιατί ? Τα άλλα είχαν μόνο μία κλινική.
	Νοσοκομείο	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 ΓΝ Ν.Ιωνίας Αγία Όλγα 2 ΠΓΝ Ευαγγελισμός 3 ΓΝ. Ελευσίνας Θριάσειο	Τα τρία νοσοκομεία του δείγματος είναι διαφορετικού προφίλ λειτουργίας (εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον)	
	Φύλλο Ασθενούς	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Άνδρα 2 Γυναίκα	Εκφράζει μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας του φύλλου του ασθενούς	
	Ηλικία Ασθενούς	1.1 Ποσοτική 1.2 Ποσοτική	Scale Interval: 1 έως 24 2 25-34 3 35-44 4 45-54 5 55-64 6 65-70	Εκφράζει πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας των διαφορετικών κατηγοριών ηλικιών	
	Οικογενειακή Κατάσταση Ασθενούς	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Άγαμος 2 Έγγαμος 3 Διαζευγμένος 4 Συζεί 5 Χήρος	Εκφράζει πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας των διαφορετικών κατηγοριών οικογενειακής κατάστασης	
	Αριθμός Ατόμων Οικογένειας	Ποσοτική	Interval: 1 Κανένα 2 Ένα 3 Δύο 4 Περισσότερα από δύο	Εκφράζει το μέγεθος της οικογένειας του ασθενή και πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας του διαφορετικού μεγέθους της οικογένειας	
	Εκπαίδευση Ασθενούς	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Δεν πήγε σχολείο 2 Δεν τελείωσε Δημοτικό 3 Δημοτικό 4 Γυμνάσιο 5 Λύκειο 6 ΤΕΛ -ΤΕΣ 7 Ανώτερη Σχολή 8 Ανώτατη/ Μεταπτυχιακό	Εκφράζει πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας του διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης του ασθενούς	
	Ταμείο Ασφάλισης	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 ΙΚΑ 2 ΟΓΑ 3 ΤΕΒΕ 4 Δημόσιο 5 ΤΣΑ	Εκφράζει πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας του διαφορετικού ταμείου ασφάλισης.	Έχω Προβλήματα στην Μεταβλητή πώς έχουν καταχωρηθεί τα Ταμεία

Ιδιωτική Ασφάλιση	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 ΝΑΙ 2 ΟΧΙ		
Ασχολία Ασθενούς	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Εργάζεται 2 Άνεργος 3 Συνταξιούχος 4 Εισοδηματίας 5 Μαθητής - Σπουδαστής - Στρατιώτης 6 Νοικοκυρά 7 Ανίκανος για Εργασία - Λοιπές Περιπτώσεις	Εκφράζει πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας των διαφορετικών κατηγοριών ασχολίας του ασθενούς	
Απασχόληση	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal:	?????????	???????????????
Είδος/ Κατάταξη Ιατρικής Πράξης	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Απλές επεμβάσεις με μικρό αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων 2 Απλές επεμβάσεις με μεγάλο αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων 3 Μέσης βαρύτητας επεμβάσεις 4 Μεγάλης βαρύτητας επεμβάσεις 5 Επείγουσες περιπτώσεις	Εκφράζει το είδος και την βαρύτητα της επέμβασης του ασθενούς.	Τι εννοούμε «Επείγουσες Περιπτώσεις» ? Πως έγινε αυτή η κατηγοριοποίηση.
Διάρκεια Νοσηλείας	Ποσοτική - Συνεχής	Scale	Εκφράζει την ένταση της χρήσης και την βαρύτητα του περιστατικού	
Είδος Περιστατικού	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Έκτακτο 2 Τακτικό	Εκφράζει το είδος του περιστατικού ως προς το αν αποτελούσε επείγουσα περίπτωση 'η όχι (εισήχθη στην εφημερία του νοσοκομείου ή ήταν προγραμματισμένη επέμβαση)	
Χρήση Υπηρεσιών του Νοσοκομείου στο Παρελθών.	Ποιοτική Κατηγορική	Nominal: 1 Ναι 2 Όχι	Εκφράζει πιθανή μεταβλητότητα στον βαθμό ικανοποίησης εξαιτίας προηγούμενης εμπειρίας από την χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	
Βαθμός Ικανοποίησης από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου.	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	
Βαθμός Ικανοποίησης από την εικόνα του νοσοκομείου	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς για την εικόνα του νοσοκομείου, με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	
Βαθμός Ικανοποίησης από την ανταπόκριση του νοσοκομείου	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς για την ανταπόκριση του νοσοκομείου, με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	

	Βαθμός Ικανοποίησης από την προσοχή στην περίπτωση του ασθενή	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς για την παρεχόμενη φροντίδα-προσοχή στην περίπτωση του ασθενούς με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	
	Βαθμός Ικανοποίησης από την πληροφόρηση – ενημέρωση	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς για την παρεχόμενη πληροφόρηση με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	
	Βαθμός Ικανοποίησης από την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	
	Βαθμός Ικανοποίησης από την ευγένεια – εμπιστοσύνη στο προσωπικό	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1-10	Αποτυπώνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από την ευγένεια και εμπιστοσύνη στο προσωπικό με στόχο τον έλεγχο της Αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου.	
	Καθαριότητα Νοσοκομείου	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την καθαριότητα του νοσοκομείου.	Περιλαμβάνει κρίσεις για την καθαριότητα των θαλάμων αλλά και των λοιπών χώρων του νοσοκομείου.
	Συντήρηση Χώρων του Νοσοκομείου	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την συντήρηση των χώρων του νοσοκομείου.	Περιλαμβάνει κρίσεις για την συντήρηση των θαλάμων αλλά και των λοιπών χώρων του νοσοκομείου.
	Οργάνωση Διαμόρφωση Χώρων του Νοσοκομείου	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την οργάνωση και διαμόρφωση των χώρων του νοσοκομείου για την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή.	Περιλαμβάνει κρίσεις για την οργάνωση και διαμόρφωση των θαλάμων αλλά και των λοιπών χώρων του νοσοκομείου.
	Σύγχρονος Εξοπλισμός Νοσοκομείου	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την εικόνα του εξοπλισμού του νοσοκομείου ξενοδοχειακός και ιατρικός.	Περιλαμβάνει κρίσεις για το πόσο σύγχρονος είναι ο εξής εξοπλισμός: Χειρουργείου Θαλάμων Ιατρικά Μηχανήματα
3.	Λειτουργία Ασανσέρ	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την λειτουργία των ασανσέρ του νοσοκομείου.	Εκφράζει την δυνατότητα γρήγορης πρόσβασης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου και περιλαμβάνει
9.	Σήμανση στους χώρους του νοσοκομείου	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την σήμανση στους χώρους του νοσοκομείου.	Εκφράζει την ικανότητα εύκολης πρόσβασης στους χώρους του νοσοκομείου

Πρόσβαση στις Υπηρεσίες του νοσοκομείου	Ποιοτική Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου.	Εκφράζει την ικανότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου.
Γενική Εικόνα των Χειρουργείων	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την γενική εικόνα των χειρουργείων νοσοκομείου. (καθαρό, σύγχρονα, καλά οργανωμένα)	Στο βαθμό που είναι δυνατόν να το κρίνει ο ίδιος ο ασθενής
Συνθήκες Νοσηλείας	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες νοσηλείας στο νοσοκομείο.	Περιλαμβάνει κρίσεις για το πόσο ικανοποιητικές είναι οι συνθήκες νοσηλείας όσον αφορά: Διαθέσιμο Χώρο Ήσυχια Θερμοκρασία- Αερισμό Υπνος - Ξεκούραση
Υπνος - Ξεκούραση	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την δυνατότητα ξεκούρασης στο νοσοκομείο.	
Φαγητό	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την ποιότητα του φαγητού στο νοσοκομείο.	
Εμφάνιση Προσωπικού	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την εμφάνιση του προσωπικού στο νοσοκομείο.	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
Ανταπόκριση Προσωπικού Νοσοκομείου	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την ανταπόκριση του προσωπικού του νοσοκομείου (πόσο γρήγορα ανταποκρίθηκε)	
Προθυμία Προσωπικού	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την προθυμία του προσωπικού του νοσοκομείου.	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
Προσοχή Προσωπικού σε προσωπικό επίπεδο	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την προσοχή του προσωπικού στην περίπτωση του ασθενούς. (οικεία – φιλική – συμπεριφορά)	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
Ενδιαφέρων Προσωπικού για την περίπτωση σας	Ποιοτική – Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από το ενδιαφέρον που έδειχνε το προσωπικό για την περίπτωση του ασθενούς (ενδιαφέρων για προβλήματα που είχαν εξαιτίας της ασθένειας).	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

Ψυχολογική Υποστήριξη για την περίπτωση σας	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει το προσωπικό στον ασθενή.	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
Συχνότητα Επικοινωνίας με το προσωπικό	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την συχνότητα επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ΙΑΤΡΙΚΟ
Ενημέρωση ασθενή	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση που παρέχόταν από το προσωπικό	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό
Κατανόηση Οδηγιών	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά την κατανόηση των οδηγιών που δίνονταν από το προσωπικό του νοσοκομείου	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό
Αναβολή προγραμματισμένων υπηρεσιών	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό αναβολής όσον αφορά συγκεκριμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ραντεβού ΕΙ εισαγωγής στο νοσοκομείο επέμβασης εξετάσεις φαρμακευτική αγωγή
Καθυστέρηση Προγραμματισμένων Υπηρεσιών	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά τον χρόνο αναμονής του ασθενή για την παροχή υπηρεσιών.	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ραντεβού ΕΙ εισαγωγής στο νοσοκομείο επέμβασης εξετάσεις
Τήρηση Κανόνων	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων (επισκεπτήριο, διατροφή, κάπνισμα, ησυχία).	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: ραντεβού ΕΙ εισαγωγής στο νοσοκομείο επέμβασης εξετάσεις
Λάθη και Παραλείψεις Προσωπικού	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό για λάθη και παραλείψεις όσον αφορά συγκεκριμένες υπηρεσίες του νοσοκομείου	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: συμπλήρωση ιστορικού εξετάσεις ξενοδοχειακές υπηρεσίες παραβάν
Ανεπάρκεια Νοσηλευτικού Προσωπικού	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει τον βαθμό ανάγκης χρησιμοποίησης άλλου προσωπικού κατά την διάρκεια νοσηλείας εξαιτίας της ανεπάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού	
Ευγένεια Νοσηλευτικού Προσωπικού	Ποιοτική - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά την ευγένεια του προσωπικού του νοσοκομείου	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό

Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού	Ποιοτική ή - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά στην εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού του νοσοκομείου	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: Ιατρικό Νοσηλευτικό
Εμπιστοσύνη στο Προσωπικό του νοσοκομείου	Ποιοτική ή - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά την εμπιστοσύνη στο προσωπικό του νοσοκομείου	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: Ιατρικό Νοσηλευτικό Διοικητικό
Επαναχρησιμοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.	Ποιοτική - Κατηγορική ή	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό επαναχρησιμοποίησης των υπηρεσιών του νοσοκομείου	
Σύσταση του νοσοκομείου σε τρίτους	Ποιοτική ή - Κατηγορική	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό σύστασης των υπηρεσιών του νοσοκομείου σε τρίτους	Περιλαμβάνει κρίσεις για τα εξής στοιχεία: Ιατρικό Προσωπικό Νοσοκομείο
Θετικά Σχόλια για το νοσοκομείο	Ποιοτική - Κατηγορική ή	Ordinal 1 πολύ λίγο 2 λίγο 3 μέτρια 4 πολύ 5 πάρα πολύ	Εκφράζει βαθμό έκφρασης θετικών σχολίων για το νοσοκομείο σε τρίτους	
Ιεράρχηση Τομέων Βελτίωσης του Νοσοκομείου	Ποιοτική Κατηγορική ή- Ανοικτή	1. Συντήρηση χώρων - Ξενοδοχειακός Εξοπλισμός 2. Αύξηση προσωπικού - Νοσηλευτικό, Τραυματιοφορείς 3. Ησυχία 4. Καθαριότητα 5. Τήρηση κανόνων 6. Ικανότητες Προσωπικού - Αξιοπιστία 7. Γρήγορη εξυπηρέτηση - Μείωση Αναβολών 8. Μείωση αριθμού κρεβατιών 9. Ποιότητα φαγητού 10. Ξενοδοχειακές υπηρεσίες 11. Σήμανση - Οργάνωση Χώρων 12. Ενημέρωση - Κατανόηση Οδηγιών 13. Διοικητικές Υπηρεσίες 14. Πρόβλημα με το Ιατρικό Προσωπικό 15. Ψυχολογική υποστήριξη 16. Ελλιπείς προσφερόμενες	Εκφράζει προτεραιότητες των χρηστών στην βελτίωση της λειτουργίας του νοσοκομείου	

Πίνακας 3: Παρουσίαση των μεταβλητών

Πίνακας 4: Διαστάσεις Ποιότητας / Μεταβλητές Ανάλυσης και Μοντέλων[65]

Διάσταση Ποιότητας	Συνιστώσα Στοιχεία Διάστασης	A/A
1. Απτά Στοιχεία Ποιότητας (Tangibles)	Καθαριότητα	1.
	Χώροι Νοσοκομείου (Εμφάνιση και Λειτουργικότητα)	2.
	Εξοπλισμός Νοσοκομείου	3.
	Συνθήκες Θαλάμου Νοσηλείας	4.
	Εικόνα Χειρουργείου	5.
	Εμφάνιση Προσωπικού	6.
	Πρόσβαση στις Υπηρεσίες	7.
	Ποιότητα Φαγητού	8.
	Υπνος-Ξεκούραση	9.
2. Ανταπόκριση Προσωπικού	Προθυμία	10.
	Χρόνος Αναμονής	11.
3. Εξατομικευμένη Φροντίδα στον Ασθενή	Φροντίδα ως ιδιαίτερη περίπτωση (ατομικά)	12.
	Ενδιαφέρον για την ασθένεια σας	13.
	Ψυχολογική Υποστήριξη	14.
4. Επικοινωνία	Πληροφόρηση - Ενημέρωση	15.
	Συχνότητα Επικοινωνίας	16.
	Κατανόηση Οδηγιών	17.
5. Αξιοπιστία Παρεχόμενων Υπηρεσιών	Αναβολή Προγραμματισμένων Υπηρεσιών	18.
	Καθυστέρηση Προγραμματισμένων Υπηρεσιών	19.
	Τήρηση Κανόνων Λειτουργίας Νοσοκομείου	20.
	Λάθη και Παραλείψεις Προσωπικού	21.
	Ανεπάρκεια Νοσηλευτικού Προσωπικού	22.
6. Ευγένεια	Ευγένεια Προσωπικού	23.
7. Εμπιστοσύνη	Εμπιστοσύνη στο Προσωπικό	24.
	Εμπιστοσύνη στις Ικανότητες του Προσωπικού	25.
8. Πίστη	Σύσταση	26.
	Επαναχρησιμοποίηση Υπηρεσιών	27.
	Θετικά Σχόλια	28.
Μεταβλητές Μοντέλου :		
	9. Αριθμός Κλινών Θαλάμου Νοσηλείας	29.
	10. Κλινική Γενικής Χειρουργικής	30.
	11. Φύλλο Ασθενούς	31.
	12. Ηλικία Ασθενούς	32.
	13. Οικογενειακή Κατάσταση Ασθενούς	33.
	14. Μέγεθος Οικογένειας	34.
	15. Εκπαίδευση Ασθενούς	35.
	16. Ταμείο Ασφάλισης	36.
	17. Ιδιωτική Ασφάλιση	37.
	18. Ασχολία Ασθενούς	38.
	19. Απασχόληση	39.
	20. Είδος/Κατάταξη Ιατρικής Πράξης	40.
	21. Διάρκεια Νοσηλείας	41.
	22. Είδος Περιστατικού	42.
	23. Χρήση Υπηρεσιών του Νοσοκομείου στο Παρελθόν.	43.

Για την ανάπτυξη του Μοντέλου και την πιο εύκολη επεξεργασία των δεδομένων δημιουργήθηκαν οι εξής συνολικές Μεταβλητές :

Κωδ.	Μεταβλητές	Υπολογισμός
1.1	Καθαριότητα	[Καθ_Θαλάμου + Καθ_Κοιν.Χώρων + Καθ_λουτρών] / 3
1.2	Χώροι Νοσοκομείου (Εμφάνιση και Λειτουργικότητα)	[Εμφάνιση_Χώρων + Οργάνωση Χώρων] / 2 όπου: Εμφάνιση_Χώρων = [Εμφ_θαλάμων + Εμφ_λουτρών + Εμφ_Κοιν.Χώρων + Εμφ_Ασανσέρ] / 4 Οργάνωση_Χώρων = [Οργ_θαλάμων + Οργ_λουτρών + Οργ_Κοιν.Χώρων + Οργ_Ασανσέρ] / 4
1.3	Εξοπλισμός Νοσοκομείου	[ΕΞ_Θαλάμου + ΕΞ_Κοιν.Χώρων + ΕΞ_λουτρών + ΕΞ_Ασανσέρ + ΕΞ_Χειρουργείων ΕΞ_Ιατρικών Μηχανημάτων] / 6
1.4	Συνθήκες Θαλάμου Νοσηλείας	[Διαθέσιμος Χώρος + Θερμοκρασία_Αερισμός + Ησυχία] / 3
1.5	Εικόνα Χειρουργείου	Γενική Εικόνα Χειρουργείων
1.6	Εμφάνιση Προσωπικού	[Εμφ_Ιατρικού Προσωπικού + Εμφ_Διοικητικού Προσωπικού + Εμφ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 3
1.7	Πρόσβαση στις Υπηρεσίες	[Πρόσβαση + Σήμανση] / 2
1.8	Ποιότητα Φαγητού	Ποιότητα Φαγητού
2.1	Προθυμία	[Προθ_Ιατρικού Προσωπικού + Προθ_Διοικητικού Προσωπικού + Προθ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 3
2.2	Χρόνος Αναμονής	[Αναμ_Ιατρικού Προσωπικού + Αναμ_Διοικητικού Προσωπικού + Αναμ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 3
3.1	Φροντίδα ως ιδιαίτερη περίπτωση (ατομικά)	[Ατ.Φροντίδα_Ιατρικού Προσωπικού + Ατ.Φροντίδα_Νοσηλευτικού Προσωπικού] /
3.2	Ενδιαφέρον για την ασθένειά σας	[Ενδ_Ιατρικού Προσωπικού + Ενδ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 2
3.3	Ψυχολογική Υποστήριξη	[Ψυχ_Ιατρικού Προσωπικού + Ψυχ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 2
4.1	Πληροφόρηση - Ενημέρωση	[Ενημ_Ιατρού + Ενημ_Νοσηλευτή + Ενημ_Διοικ.Υπαλλήλων] / 3
4.2	Συχνότητα Επικοινωνίας	Συχνότητα Επικοινωνίας με Ιατρό
4.3	Κατανόηση Οδηγιών	[Κατ.Οδηγιών_Ιατρού + Κατ.Οδηγιών_Νοσηλευτή + Κατ.Οδηγιών_Διοικ.Υπαλλήλων] / 3
5.1	Αναβολή Προγραμματισμένων Υπηρεσιών	[Αναβ_Ροντεβού Εξωτερικών Ιατρείων + Αναβ_Εισαγωγής + Αναβ_Χειρουργικής Επέμβασης + Αναβ_Εξετάσεων + Αναβ_Φαρμακευτικής Αγωγής] / 5
5.2	Καθυστέρηση Προγραμματισμένων Υπηρεσιών	[Καθ_Εξέτασης στα Εξωτερικά Ιατρεία + Καθ_Διοικητικές υπηρεσίες Καθ_Εισαγωγής + Καθ_Χειρουργικής Επέμβασης + Καθ_Εξετάσεων + Αναβ_Φαρμακευτικής Αγωγής] / 4
5.3	Τήρηση Κανόνων Λειτουργίας Νοσοκομείου	Τήρηση Κανόνων
5.4	Λάθη και Παραλείψεις Προσωπικού	[Συμπλήρωση Ιστορικού + Επανάληψη Εξετάσεων + Αλλαγή Σεντονιών] / 3
5.5	Ανεπάρκεια Νοσηλευτικού Προσωπικού	Ανεπάρκεια Νοσηλευτικού Προσωπικού
6.1	Ευγένεια Προσωπικού	[Ευγ_Ιατρικού Προσωπικού + Ευγ_Διοικητικού Προσωπικού + Ευγ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 3
7.1	Εμπιστοσύνη στο Προσωπικό	[Εμπ_Ιατρικού Προσωπικού + Εμπ_Διοικητικού Προσωπικού + Εμπ_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 3
7.2	Εμπιστοσύνη στις Ικανότητες του Προσωπικού	[Εμπ.Ικανότητες_Ιατρικού Προσωπικού + Εμπ.Ικανότητες_Διοικητικού Προσωπικού + Εμπ.Ικανότητες_Νοσηλευτικού Προσωπικού] / 3
8.1	Σύσταση	[Συστ_Ιατρικού Προσωπικού + Συστ_Νοσοκομείου] / 2
8.2	Επαναχρησιμοποίηση Υπηρεσιών	Επαναχρ_Νοσοκομείου
8.3	Θετικά Σχόλια	Αναφορά Θετικών Σχολίων για το Νοσοκομείο

6.3 ΈΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ (VALIDITY) ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ (RELIABILITY) ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας ενός μοντέλου μέτρησης της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών εκτιμά την αξία του προτεινόμενου μοντέλου και αποτελεί προαπαιτήση για την αποδοχή του και εφαρμογή της έρευνας με στόχο την εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων – εκτιμήσεων.

Ο έλεγχος της Εγκυρότητας (Validity) εξετάζει αν το μοντέλο - εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ποιότητας των παρερχόμενων υπηρεσιών έχει νόημα (διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών υγείας που εκτιμούν με επάρκεια την ποιότητα των παρερχόμενων υπηρεσιών) και είναι λογικό (περιέχει λογικά στοιχεία-ερωτήσεις). Συνήθως ο έλεγχος γίνεται με την χρήση ειδικών εμπειρογνώμωνων "experts" για την διαπίστωση κατά πόσο το μοντέλο είναι κατάλληλο για τον σκοπό που έχει κατασκευασθεί.

Η «face validity» και η «content validity» είναι οι τεχνικές περιγραφές τις κρίσης ότι το εργαλείο εκτίμησης της ποιότητας είναι κατάλληλο. Η «face validity» δείχνει κατά πόσο εκ πρώτης όψεως το μοντέλο μπορεί να αξιολογήσει της επιθυμητές διαστάσεις ποιότητας (έλεγχος των στοιχείων, είναι λογικές). Το κριτήριο παρουσιάζει μια υποκειμενική κρίση βασισμένη σε μία έκθεση για το ίδιο το μοντέλο από έναν ή περισσότερους ειδικούς στον χώρο που εφαρμόζεται.

Η «content validity» είναι ένα συγγενές κριτήριο που αποτελείται από την κρίση το κατά πόσο το μοντέλο ομαδοποιεί όλα τα σχετικά στοιχεία κάτω από τις διαστάσεις ποιότητας (αν το μοντέλο περιέχει όλες τις πρέπουσες διαστάσεις, αν περιλαμβάνει αρκετά στοιχεία που καλύπτουν επαρκώς τον χώρο που διερευνάται, γιατί επιλέχθηκαν τα στοιχεία αυτά έχουν σχέση με το περιεχόμενο της έρευνας κλπ.). Οι δύο αυτές όψεις της εγκυρότητας υποδεικνύουν κατά πόσο το μοντέλο εκτίμησης της ποιότητας φαίνεται κατάλληλο για το σκοπό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί και αποτελούν την ελάχιστη προαπαιτήση για την αποδοχή του. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητο να ικανοποιούνται τα δύο αυτά κριτήρια και πρέπει να αποφεύγονται όπως στην περίπτωση που ερευνάται η συμπεριφορά του ερωτώμενου, η περίπτωση παιδικής κακοποίησης ή η υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος. Έστω για παράδειγμα, οι παρακάτω ερωτήσεις :έχετε ποτέ κτυπήσει το παιδί με αιχμηρό αντικείμενο;.... Κάνετε συχνά υπερβολική χρήση αλκοόλ ; Οι παραπάνω ερωτήσεις φαίνεται λογικοφανής αλλά δεν περιμένουμε ειλικρινή απάντηση. Ερωτήσεις που πρόκειται να εκτιμήσουν ευαίσθητες περιοχές καλό είναι να μην είναι τόσο προφανής και ως μη έχουν εγκυρότητα.

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας της έρευνας χρησιμοποιήθηκε μια ειδική ομάδα εμπειρογνώμων που περιελάμβανε διευθυντές κλινικών γενικής χειρουργικής, νοσηλευτές, διοικητικούς υπάλληλους νοσοκομείων, διοικητικούς διευθυντές νοσοκομείων ειδικούς εμπειρογνώμονες υπηρεσιών υγείας και ειδικούς ερευνητές στην ανάπτυξη ερωτηματολογίου. Η

παραπάνω ομάδα αξιολόγησε το περιεχόμενο του μοντέλου και την εικόνα του εργαλείου. Τα σχόλια τους ενσωματώθηκαν στο τελικό ερωτηματολόγιο και μέσα από συνεχείς συναντήσεις όλων των εμπλεκόμενων μερών κατέληξαν στο τελικό μοντέλο – εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας.

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας (Reliability) ενός μοντέλου εκτίμησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ένα θέμα όχι και τόσο απλό. Η αξιοπιστία ενός μοντέλου μέτρησης της ποιότητας αποδεικνύεται από την ικανότητα του να παρέχει ίδια εκτίμηση για την ποιότητα υπηρεσίας κάτω από διαφορετικές καταστάσεις (διαφορετική χρονική στιγμή, διαφορετικοί συνεντευκτές κλπ.). Ένα σημαντικό θέμα εξετάζοντας της αξιοπιστία είναι ο τρόπος με τον οποίο συλλέγονται τα δεδομένα έτσι ώστε να υπολογισθεί ο δείκτης αξιοπιστίας. Το δείγμα πρέπει να είναι ετερογενές, όπως να λαμβάνει ασθενείς διαφορετικών κοινωνικών τάξεων, διαφορετικής βαρύτητας νόσου, διαφορετικού είδους ασθένειας κλπ.

Υπάρχουν πολλοί δείκτες αξιοπιστίας όπως :

Δείκτης Εσωτερικής Συνέπειας - Internal Consistency : Αν το μέτρο έχει σχετικά μεγάλο αριθμό στοιχείων για μια συγκεκριμένη διάσταση είναι λογικό ότι η επίδοση του κάθε στοιχείου να συσχετίζεται με τις επιδόσεις όλων των άλλων στοιχείων (items). Έτσι ο δείκτης της internal consistency παριστά την μέση συσχέτιση μεταξύ όλων των στοιχείων της διάστασης. Συνήθως ελέγχεται μεταξύ συντελεστών συσχέτισης όπως ο Cronbach's alpha, Kuder-Richardson ή Split Halves όπου όλοι δίνουν παρόμοια αποτελέσματα. Παρόλα αυτά δεν λαμβάνουν υπόψη μεταβολή ή απόκλιση από μέρα σε μέρα ή από παρατηρητή σε παρατηρητή.

Δείκτης Σταθερότητας - Stability : Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για την εξέταση της αναπαραγωγής των εκτιμήσεων κάτω από διαφορετικές καταστάσεις. Για παράδειγμα μπορεί να εξετασθεί ο βαθμός συμφωνίας ανάμεσα σε διαφορετικούς παρατηρητές (inter-observer), ή ανάμεσα σε παρατηρήσεις που πραγματοποιούνται από τον ίδιο παρατηρητή σε διαφορετικές περιπτώσεις (intra observer reliability), σε παρατηρήσεις πάνω σε ασθενή σε δύο περιπτώσεις που διαχωρίζονται από κάποιο χρονικό διάστημα (test-retest reliability). Ως ελάχιστη προϋπόθεση κάθε απόφαση για την αξία του μέτρου πρέπει να βασίζεται πάνω σε πληροφορίες λαμβάνοντας υπόψη την stability του μέτρου.

Πρότυπα Αποδοχής Αξιοπιστίας : Μια δυσκολία όσον αφορά τον συντελεστή αξιοπιστίας είναι ότι δεν ορίζεται ένα ελάχιστο όριο. Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία καθορίζονται κάποια όρια αποδοχής της αξίας των διαστάσεων του μοντέλου. Έτσι όσον αφορά το δείκτη του "internal consistency" η τιμή του πρέπει να υπερβαίνει το 0.8 ενώ για το δείκτη Stability να ξεπερνά το 0.5.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

7.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 28 μεταβλητών του μοντέλου.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Συνολική Αναβολή Περιστατικών (5 Ερωτ Μέρους Ε)	500	4	1	5	3,76	1,164
Ποιότητα φαγητού	497	4	1	5	3,88	,743
Συνθήκες Νοσηλείας	500	4	1	5	3,92	,728
Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	500	4	1	5	4,00	,818
Πρόσβαση - Σήμανση	489	4	1	5	4,09	,517
Συνολική Αναμονή Περιστατικών (4 Ερωτ Μέρους Ε)	500	4	1	5	4,10	,718
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών (4 Ερ.Μέρους Ε)	500	3	2	5	4,11	,837
Ψυχολογική Υποστήριξη	500	4	1	5	4,14	,793
Χώροι νοσοκομείου	500	4	1	5	4,17	,630
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	474	4	1	5	4,19	,787
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	500	4	1	5	4,25	,800
Καθαριότητα Νοσοκομείου	500	4	1	5	4,25	,838
Κατανόηση οδηγιών	496	2	3	5	4,26	,533
Ικανοποίηση από τον Εξοπλισμό του Νοσοκομείου	492	4,00	1,00	5,00	4,3213	,58508
Ενημέρωση	500	3	2	5	4,33	,560
Προσοχή στην περίπτωση σας	500	4	1	5	4,34	,652
Ενδιαφέρον	500	4	1	5	4,36	,638
Αναμονή	497	4	1	5	4,43	,710
Γενική εικόνα των χειρουργείων	470	4	1	5	4,43	,510
Προθυμία	500	4	1	5	4,48	,653
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού	500	4	1	5	4,50	,587
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	500	4	1	5	4,51	,595
Εμφάνιση προσωπικού	500	2	3	5	4,52	,538
Ευγένεια προσωπικού	500	4	1	5	4,54	,587
Σύσταση	496	3	2	5	4,75	,501
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	500	4	1	5	4,82	,515
Valid N (listwise)	434					

Ο παραπάνω πίνακας μας δίνει τις ακόλουθες πληροφορίες :

- Η στήλη N δείχνει τον αριθμό των απαντήσεων που έχουν δοθεί για κάθε μεταβλητή.
- Οι στήλες minimum και maximum δείχνουν την μικρότερη και την μεγαλύτερη τιμή που έχει πάρει η κάθε μεταβλητή αντίστοιχα.
- Η στήλη mean δείχνει τον μέσο όρο των απαντήσεων
- Η στήλη Range μας δίνει το εύρος μεταβολής, δηλαδή την διαφορά ανάμεσα στην μεγαλύτερη και την μικρότερη τιμή.
- Η στήλη Std.Deviation δείχνει την τυπική απόκλιση, την διασπορά δηλαδή που παρουσιάζουν οι απαντήσεις.

Παρατηρώντας τον πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι παρακάτω μεταβλητές έχουν τον μικρότερο μέσο όρο, η ικανοποίηση δηλαδή σε αυτούς τους τομείς είναι μικρή.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	M.O.
Συνολική αναβολή περιστατικών	3,76
Ποιότητα φαγητού	3,88
Συνθήκες νοσηλείας	3,92
Ύπνος	4,00

Ενώ μεγαλύτερο μέσο όρο, άρα και μεγαλύτερη ικανοποίηση έχουν οι ακόλουθες μεταβλητές:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	M.O.
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	4,82
Σύσταση	4,75
Ευγένεια προσωπικού	4,54
Συχνότητα Επικοινωνίας με το γιατρό	4,52

Τέλος παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη τυπική απόκλιση, την μεγαλύτερη δηλαδή διασπορά των παρατηρήσεων από τον μέσο αριθμητικό, είναι οι ακόλουθες:

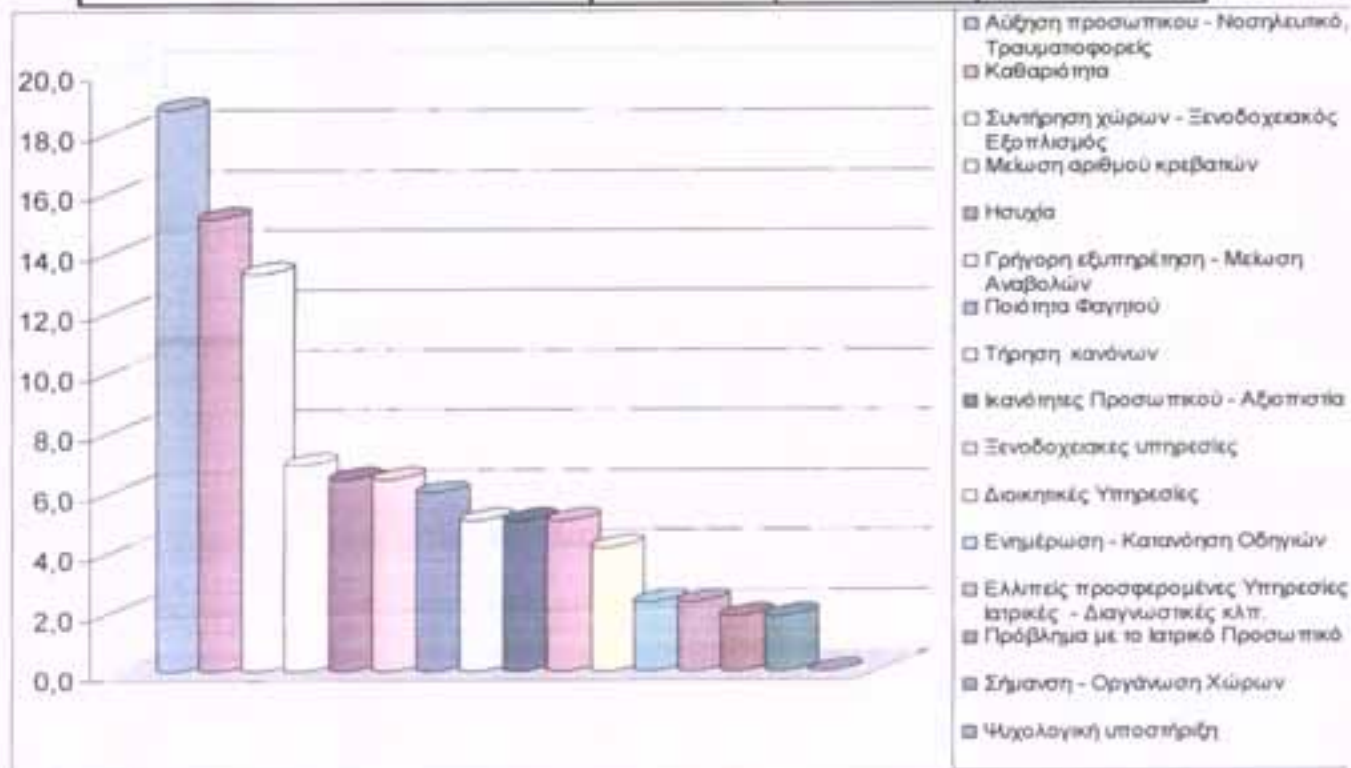
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	M.O.
Συνολική αναβολή περιστατικών	1,164
Καθαριότητα	0,838
Συνολικό λάθος υπηρεσιών	0,837

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι σε αυτές τις ερωτήσεις, οι απαντήσεις που δόθηκαν διαφέρουν κατά πολύ, δεν έχουν δηλαδή όλοι οι ερωτώμενοι την ίδια άποψη για αυτά τα στοιχεία.

Στην ερώτηση " Σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι πρέπει το νοσοκομείο να επικεντρωθεί για να βελτιώσει τις υπηρεσίες του; " οι ασθενείς απάντησαν ως εξής:

Πρώτος τομέας βελτίωσης

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
valid	Αύξηση προσωπικού - Νοσηλευτικό - Τραυματοφορές	41	18.7	18.7
	Καθαριότητα	33	11.1	33.8
	Συντήρηση χώρων - Ξενοδοχειακός Εξοπλισμός	29	13.2	47.0
	Μείωση αριθμού κρεβατιών	15	6.8	53.9
	γρήγορη εξυπηρέτηση	14	6.4	60.3
	Ησυχία	14	6.4	66.7
	φαγητό	13	5.9	72.6
	Τήρηση κανόνων	11	5.0	77.6
	Ξενοδοχειακές υπηρεσίες	11	5.0	82.6
	Ικανότητες Προσωπικού - Αξιοπιστία	11	5.0	87.7
	Διακητικές Υπηρεσίες	9	4.1	91.8
	Διεύρυνση ιατρικών υπηρεσιών	5	2.3	94.1
	ενημέρωση	5	2.3	96.3
	14	4	1.8	98.2
	Σήμανση	4	1.8	100.0
	Total	219	100.0	
Missing	System	31		
	Total	250		



Παρατηρούμε ότι οι ασθενείς προτείνουν σαν πρώτο τομέα βελτίωσης την "Αύξηση του προσωπικού (νοσηλευτικού, τραυματοφορές), την "καθαριότητα" και την "συντήρηση χώρων-ξενοδοχειακός εξοπλισμός".

Ακολουθούν οι πίνακες με τα περιγραφικά στοιχεία για κάθε νοσοκομείο ξεχωριστά.

ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών (4 Ερ.Μέρους E)	200	3	2	5	3,52	,687
Συνολική Αναβολή Περιστατικών (5 Ερωτ Μέρους E)	200	4	1	5	3,55	1,172
Ποιότητα φαγητού	200	4	1	5	3,84	,624
Συνολική Αναμονή Περιστατικών (4 Ερωτ Μέρους E)	200	3	2	5	3,92	,645
Συνθήκες Νοσηλείας	200	2	3	5	3,94	,508
Ύπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	200	2	3	5	4,04	,566
Πρόσβαση - Σήμανση	200	2	3	5	4,06	,283
Κατανόηση οδηγιών	200	2	3	5	4,11	,468
Χώροι νοσοκομείου	200	2	3	5	4,19	,418
Ενημέρωση	200	2	3	5	4,20	,470
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	200	3	2	5	4,22	,756
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	198	3	2	5	4,35	,572
Προσοχή στην περίπτωση σας	200	2	3	5	4,37	,556
Ψυχολογική Υποστήριξη	200	3	2	5	4,37	,612
Ενδιαφέρον	200	2	3	5	4,39	,528
Ικανοποίηση από τον Εξοπλισμό του Νοσοκομείου	200	1,17	3,83	5,00	4,4145	,43998
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	200	2	3	5	4,45	,608
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού	200	2	3	5	4,46	,517
Εμφάνιση προσωπικού	200	2	3	5	4,48	,537
Καθαριότητα Νοσοκομείου	200	2	3	5	4,48	,642
Γενική εικόνα των χειρουργείων	200	1	4	5	4,51	,422
Ευγένεια προσωπικού	200	1	4	5	4,52	,501
Αναμονή	200	1	4	5	4,60	,491
Σύσταση	196	3	2	5	4,63	,580
Προθυμία	200	2	3	5	4,64	,502
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	200	3	2	5	4,74	,542
Valid N (listwise)	194					

ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι παρακάτω μεταβλητές έχουν τον μικρότερο μέσο όρο, η ικανοποίηση δηλαδή σε αυτούς τους τομείς είναι μικρή.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Συνολικό λάθος υπηρεσιών	3,52
Συνολική αναβολή περιστατικών	3,55
Ποιότητα φαγητού	3,84
Συνολική αναμονή	3,92

Ενώ μεγαλύτερο μέσο όρο, άρα και μεγαλύτερη ικανοποίηση έχουν οι ακόλουθες μεταβλητές:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	4,74
Προθυμία	4,64
Σύσταση	4,63
Ευγένεια προσωπικού	4,52

Τέλος παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη τυπική απόκλιση, την μεγαλύτερη δηλαδή διασπορά των παρατηρήσεων από τον μέσο αριθμητικό, είναι οι ακόλουθες:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Συνολική αναβολή περιστατικών	1,172
Αναφέρεται ευνοϊκά σχόλια	0,756
Συνολική αναμονή περιστατικών	0,645

ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Συνθήκες Νοσηλείας	200	4	1	5	3,65	,781
Ποιότητα φαγητού	200	4	1	5	3,69	,688
Ύπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	200	4	1	5	3,75	,901
Συνολική Αναβολή Περιστατικών (5 Ερωτ Μέρους Ε)	200	4	1	5	3,83	1,126
Πρόσβαση - Σήμανση	200	4	1	5	3,87	,524
Καθαριότητα Νοσοκομείου	200	4	1	5	3,89	,971
Χώροι νοσοκομείου	200	4	1	5	3,93	,712
Συνολική Αναμονή Περιστατικών (4 Ερωτ Μέρους Ε)	200	4	1	5	3,99	,730
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	200	4	1	5	4,01	,839
Ικανοποίηση από τον Εξοπλισμό του Νοσοκομείου	200	4,00	1,00	5,00	4,0291	,58847
Αναμονή	200	4	1	5	4,05	,781
Ψυχολογική Υποστήριξη	200	4	1	5	4,06	,761
Προσοχή στην περίπτωση σας	200	4	1	5	4,12	,699
Προθυμία	200	4	1	5	4,14	,695
Ενδιαφέρον	200	4	1	5	4,18	,656
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	189	4	1	5	4,19	,829
Γενική εικόνα των χειρουργείων	200	4	1	5	4,20	,515
Κατανόηση οδηγιών	200	2	3	5	4,20	,507
Ενημέρωση	200	2	3	5	4,29	,529
Εμφάνιση προσωπικού	200	2	3	5	4,38	,526
Ευγένεια προσωπικού	200	4	1	5	4,38	,662
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού	200	4	1	5	4,40	,649
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	200	2	3	5	4,41	,513
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών (4 Ερ.Μέρους Ε)	200	3	2	5	4,42	,725
Σύσταση	200	2	3	5	4,77	,467
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	200	4	1	5	4,82	,591
Valid N (listwise)	189					

ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι παρακάτω μεταβλητές έχουν τον μικρότερο μέσο όρο, η ικανοποίηση δηλαδή σε αυτούς τους τομείς είναι μικρή.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Συνθήκες νοσηλείας	3,65
Ποιότητα φαγητού	3,69
Ύπνος	3,75
Συνολική αναβολή περιστατικών	3,83

Ενώ μεγαλύτερο μέσο όρο, άρα και μεγαλύτερη ικανοποίηση έχουν οι ακόλουθες μεταβλητές:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Επαναχρησιμοποίηση των υπηρεσιών	4,82
Σύσταση	4,77
Συνολικό λάθος Υπηρεσιών	4,42
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	4,41

Τέλος παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη τυπική απόκλιση, την μεγαλύτερη δηλαδή διασπορά των παρατηρήσεων από τον μέσο αριθμητικό, είναι οι ακόλουθες:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Συνολική αναβολή περιστατικών	1,126
Ύπνος-ξεκούραση	0,901
Αναφέρεται ευνοϊκά σχόλια	0,839

ΘΡΙΑΣΙΟ

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	87	4	1	5	3,80	,975
Ψυχολογική Υποστήριξη	100	4	1	5	3,86	1,025
Συνολική Αναβολή Περιστατικών (5 Ερωτ Μέρους Ε)	100	3	2	5	4,02	1,163
Ποιότητα φαγητού	97	4	1	5	4,37	,858
Συνθήκες Νοσηλείας	100	2	3	5	4,42	,727
Ύπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	100	4	1	5	4,44	,880
Καθαριότητα Νοσοκομείου	100	2	3	5	4,52	,611
Χώροι νοσοκομείου	100	2	3	5	4,60	,569
Ενδιαφέρον	100	3	2	5	4,66	,685
Πρόσβαση - Σήμανση	89	1	4	5	4,67	,471
Συνολική Αναμονή Περιστατικών (4 Ερωτ Μέρους Ε)	100	2	3	5	4,68	,510
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών (4 Ερ. Μέρους Ε)	100	2	3	5	4,68	,548
Ενημέρωση	100	3	2	5	4,68	,639
Κατανόηση οδηγιών	96	2	3	5	4,69	,495
Προσοχή στην περίπτωση σας	100	2	3	5	4,74	,525
Ικανοποίηση από τον Εξοπλισμό του Νοσοκομείου.	92	2,00	3,00	5,00	4,7536	,52033
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	100	2	3	5	4,79	,498
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού	100	2	3	5	4,80	,492
Προθυμία	100	2	3	5	4,82	,520
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	100	4	1	5	4,84	,615
Αναμονή	97	3	2	5	4,86	,540
Γενική εικόνα των χειρουργείων	70	1	4	5	4,89	,320
Εμφάνιση προσωπικού	100	2	3	5	4,90	,362
Ευγένεια προσωπικού	100	2	3	5	4,90	,414
Σύσταση	100	2	3	5	4,96	,281
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	100	0	5	5	5,00	,000
Valid N (listwise)	51					

ΘΡΙΑΣΙΟ

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι οι παρακάτω μεταβλητές έχουν τον μικρότερο μέσο όρο, η ικανοποίηση δηλαδή σε αυτούς τους τομείς είναι μικρή

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	3,80
Ψυχολογική υποστήριξη	3,86
Συνολική αναβολή περιστατικών	4,02
Ποιότητα φαγητού	4,37

Ενώ μεγαλύτερο μέσο όρο, άρα και μεγαλύτερη ικανοποίηση έχουν οι ακόλουθες μεταβλητές:

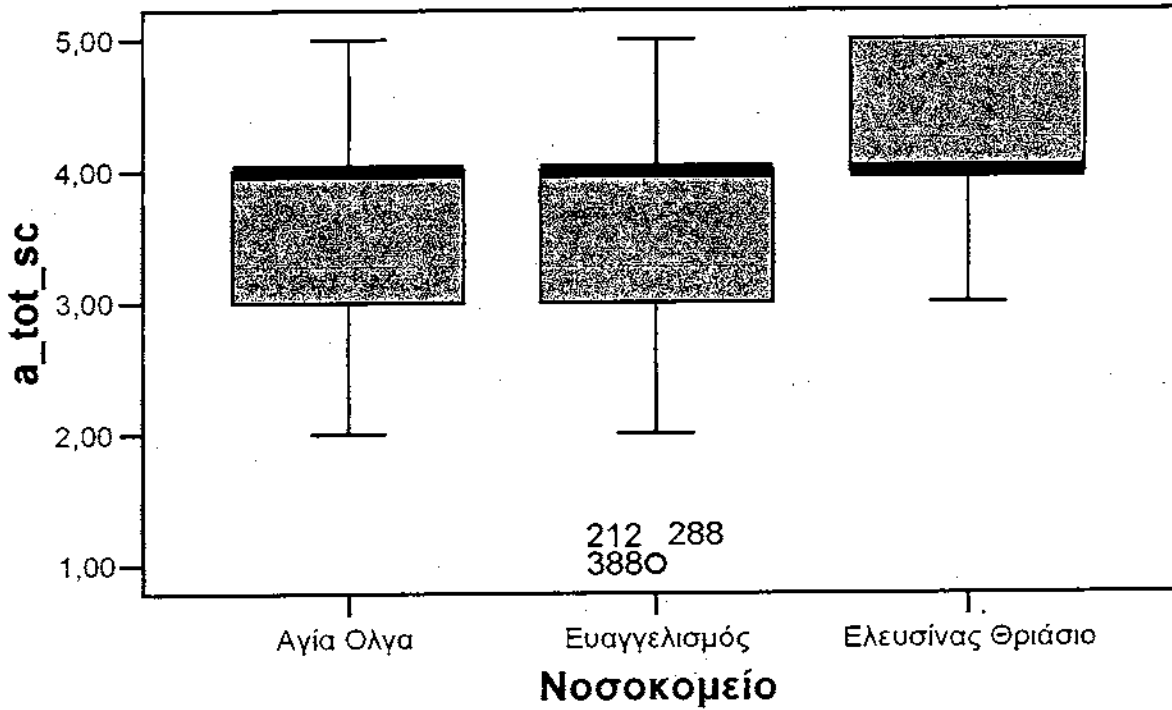
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Επαναχρησιμοποίηση των υπηρεσιών	5,00
Σύσταση	4,96
Ευγένεια προσωπικού	4,90
Εμφάνιση προσωπικού	4,90

Τέλος παρατηρούμε ότι οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη τυπική απόκλιση, την μεγαλύτερη δηλαδή διασπορά των παρατηρήσεων από τον μέσο αριθμητικό, είναι οι ακόλουθες:

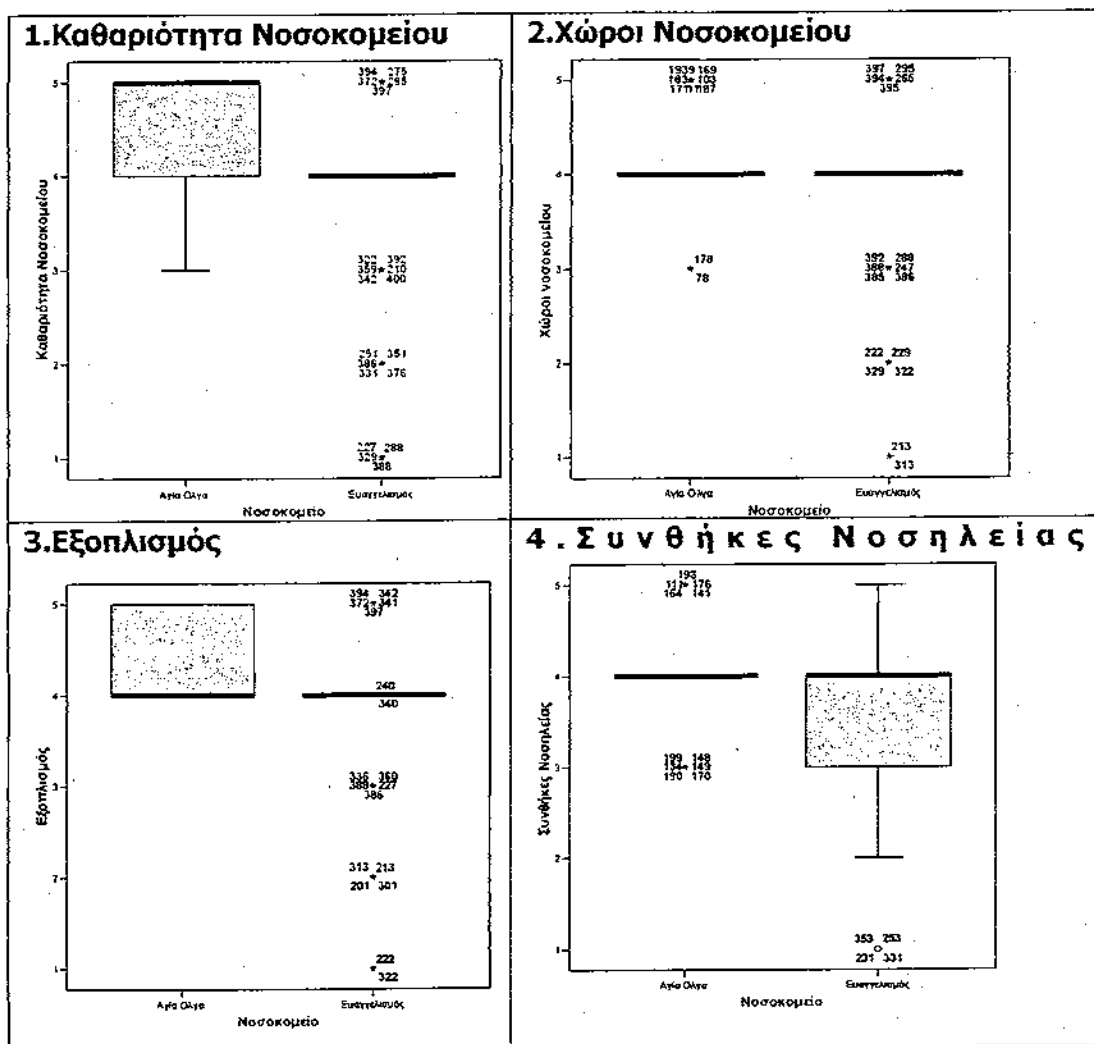
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Μ.Ο.
Συνολική αναβολή περιστατικών	1,16
Ψυχολογική υποστήριξη	1,02
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	0,97

7.2 BOXPLOT

Στην συνέχεια δημιουργήσαμε Βοxpλοτ, ώστε να δούμε την κατανομή των απαντήσεων για την συνολική ικανοποίηση και για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά.



Από το παραπάνω Βοxpλοτ βλέπουμε ότι οι ασθενείς του Αγία Όλγα και του Ευαγγελισμού δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι (βαθμολογία 4), ενώ έδωσαν βαθμολογία από 2 έως 5. Οι ασθενείς του Θριάσιου από την άλλη πλευρά έδωσαν μεγαλύτερες βαθμολογίες (από 3 έως 5).



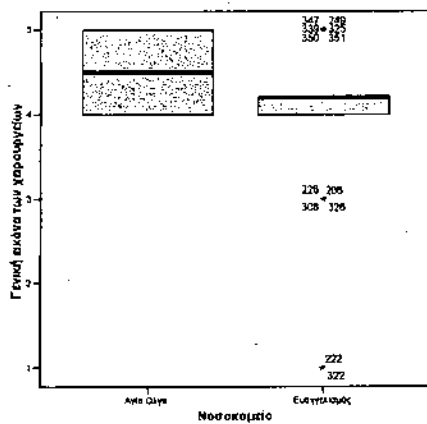
1. Από το παραπάνω Βοξπλοτ βλέπουμε ότι στις ερωτήσεις που αφορούν την καθαριότητα των χώρων η βαθμολογία που δόθηκε από τους ασθενείς του Αγία Όλγα κυμαίνεται από 3 έως 5, ενώ οι περισσότεροι έδωσαν βαθμολογία 5. Η πλειοψηφία των ασθενών του Ευαγγελισμού από την άλλη πλευρά έχει δώσει βαθμολογία 4. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι ασθενείς του νοσοκομείου Αγία Όλγα είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των χώρων, ενώ οι ασθενείς του Ευαγγελισμού αρκετά ικανοποιημένοι.

2. Όπως βλέπουμε και στο σχήμα υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση που σημαίνει ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι και στα δύο νοσοκομεία έχουν δώσει βαθμολογία 4, άρα δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι από τους χώρους του νοσοκομείου.

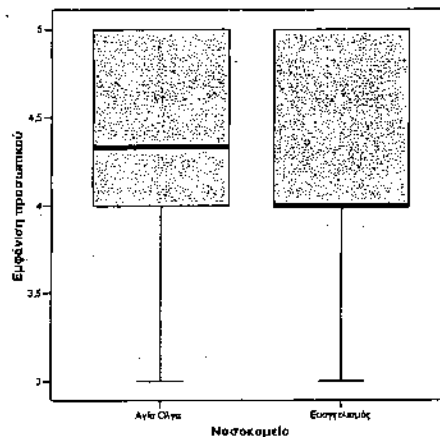
3. Όσον αφορά τον εξοπλισμό του νοσοκομείου, οι απαντήσεις που αφορούν την Αγία Όλγα κυμαίνονται από 4 έως 5, ενώ η μέση τιμή είναι το 4. Στις απαντήσεις που αφορούν το Ευαγγελισμό βλέπουμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν δώσει βαθμολογία 4, που σημαίνει ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι.

4. Από το παραπάνω σχήμα συμπεραίνουμε ότι στο Αγία Όλγα ο μέσος όρος είναι 4, ενώ στον Ευαγγελισμό οι απαντήσεις κυμαίνονται από 3 έως 4 και ο μέσος όρος είναι το 4.

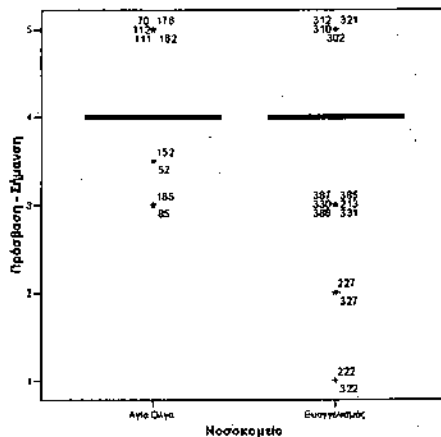
1. Γενική εικόνα των χειρουργείων



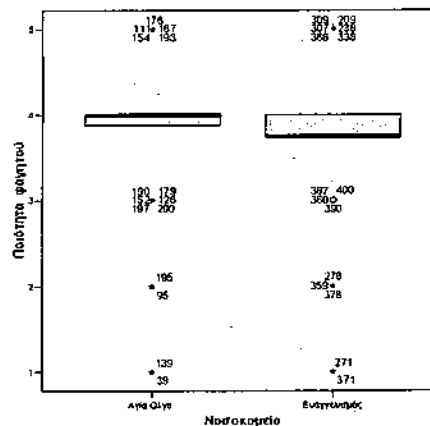
2. Εμφάνιση προσωπικού



3. Πρόσβαση - Σήμανση



4. Ποιότητα φαγητού



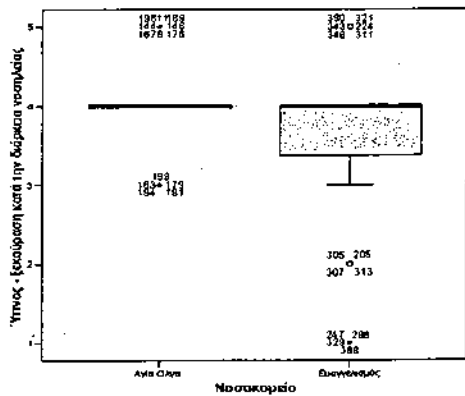
1. Όσον αφορά την Αγία Όλγα παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις κυμαίνονται από 4 έως 5, ενώ η μέση τιμή είναι 4.5. Οι απαντήσεις του Ευαγγελισμού παρουσιάζουν μεγάλη συγκέντρωση κοντά στο 4, δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό έδωσε βαθμολογία 4.

2. Στα παραπάνω boxplot παρατηρούμε ότι υπάρχει διασπορά των τιμών και στα δύο νοσοκομεία. Στο πρώτο νοσοκομείο η μέση τιμή που δόθηκε είναι κοντά στο 4.3, ενώ στο δεύτερο είναι 4.

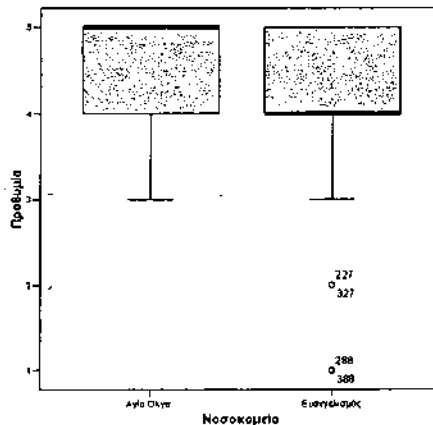
3. Στην συγκεκριμένη ερώτηση υπάρχει συμφωνία των ασθενών αφού από ότι βλέπουμε υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση των τιμών στο 4.

4. Το ίδιο ισχύει και στην ερώτηση που αφορά την ποιότητα του φαγητού. Η διασπορά των τιμών είναι ελάχιστη και η μέση τιμή είναι κοντά στο 4.

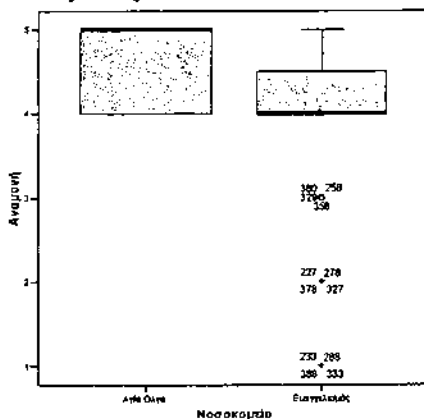
1. Ύπνος - Ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας



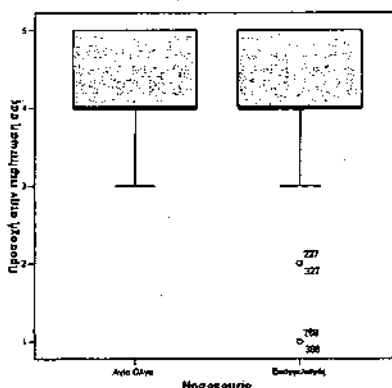
2. Προθυμία



3. Αναμονή



4. Προσοχή στην περίπτωση σας

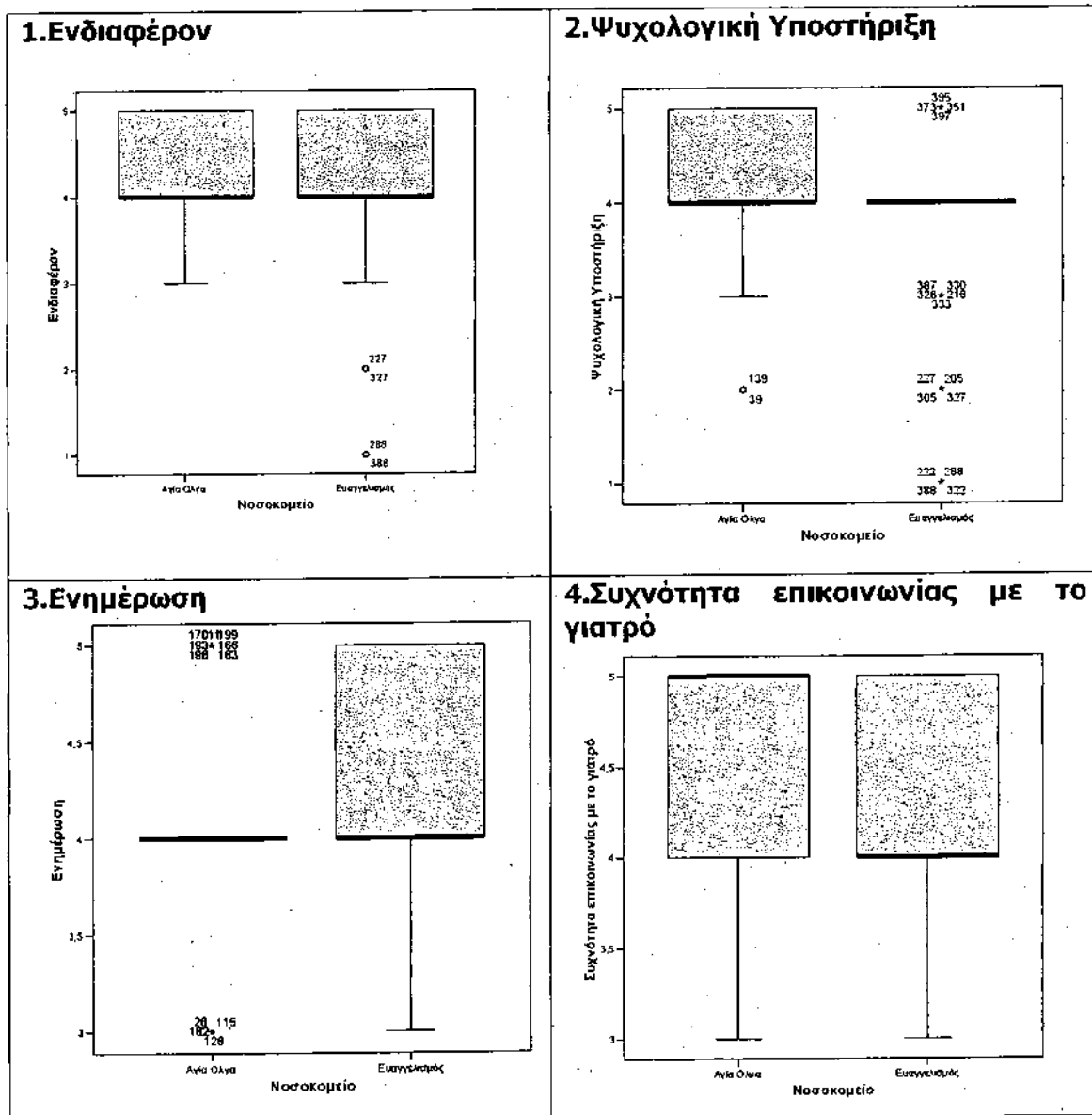


1. Εδώ παρατηρούμε ότι η μέση τιμή και για τα δύο νοσοκομεία είναι 4, με την διαφορά ότι στην Αγία Όλγα παρατηρούμε μεγάλη συγκέντρωση των τιμών ενώ στον Ευαγγελισμό υπάρχει διασπορά των τιμών από 3 έως 4.

2. Όσον αφορά την προθυμία βλέπουμε ότι η διασπορά των τιμών είναι και στα δύο νοσοκομεία από το 3 έως το 5 αλλά διαφέρουν ως προς την μέση τιμή. Η μέση τιμή στην Αγία Όλγα είναι 5, ενώ στον Ευαγγελισμό 4. Το συμπέρασμα είναι ότι οι ασθενείς του Ευαγγελισμού είναι λιγότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά την προθυμία του προσωπικού.

3. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση της αναμονής. Οι ασθενείς της Αγίας Όλγας δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από την αναμονή, δηλαδή την ώρα που χρειάστηκε να περιμένουν.

4. Και στις δύο περιπτώσεις η διασπορά των τιμών είναι μεταξύ του 3 και του 5, ενώ η μέση τιμή είναι το 4.

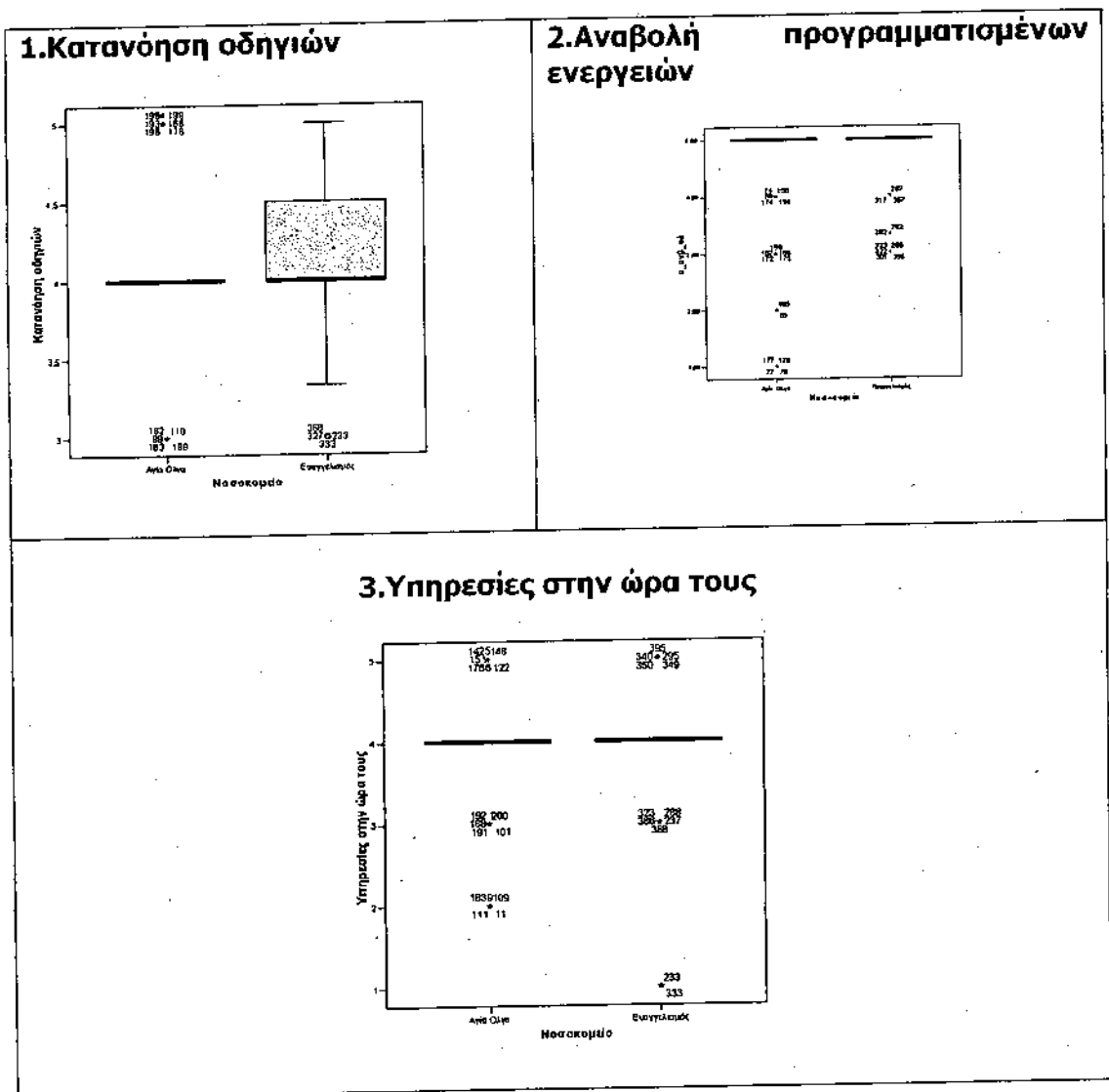


1. Και στις δύο περιπτώσεις η διασπορά των τιμών είναι μεταξύ του 3 και του 5, ενώ η μέση τιμή είναι το 4.

2. Εδώ παρατηρούμε ότι ενώ και στα δύο νοσοκομεία η μέση τιμή είναι το 4, η διασπορά των τιμών στην Αγία Όλγα είναι από το 3 έως το 5, ενώ στον Ευαγγελισμό δεν παρατηρείτε διασπορά των τιμών.

3. Στην περίπτωση αυτής της μεταβλητής η μέση τιμή και στα δύο είναι 4 αλλά η διασπορά στον Ευαγγελισμό είναι αρκετά μεγάλη (από 3 ως 5), ενώ στην Αγία Όλγα υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση.

4. Στην περίπτωση αυτή η διασπορά είναι από 3 έως 5 και στις δύο περιπτώσεις, αλλά διαφέρουν ως προς την μέση τιμή. Στην Αγία Όλγα η μέση τιμή είναι 5, ενώ στον Ευαγγελισμό είναι 4.

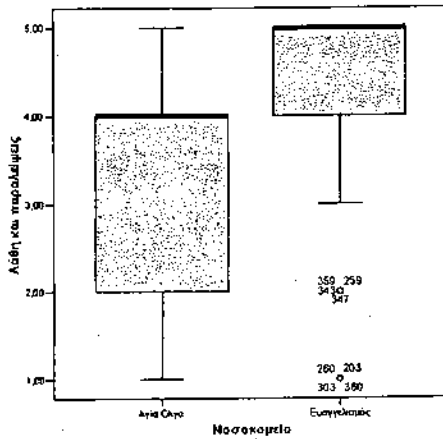


1. Εδώ παρατηρούμε ότι στην Αγία Όλγα οι τιμές είναι συγκεντρωμένες στο 4, ενώ στον Ευαγγελισμό υπάρχει διασπορά των τιμών από το 3.5 έως το 5. Αυτό σημαίνει ότι υπήρξαν ασθενείς που ήταν πολύ ικανοποιημένοι (έδωσαν βαθμολογία 5) και ασθενείς λιγότερο ικανοποιημένοι που έδωσαν βαθμολογία 3.

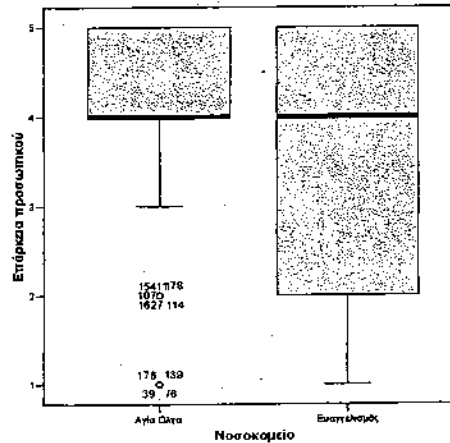
2. Από τα παραπάνω Boxplot συμπεραίνουμε ότι οι ασθενείς είναι πολύ ευχαριστημένοι από την μεταβλητή αυτή αφού οι περισσότεροι έδωσαν βαθμολογία 5.

3. Εδώ παρατηρούμε ότι υπάρχει πολύ μεγάλη συγκέντρωση των τιμών στο 4, που σημαίνει ότι οι ασθενείς δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι.

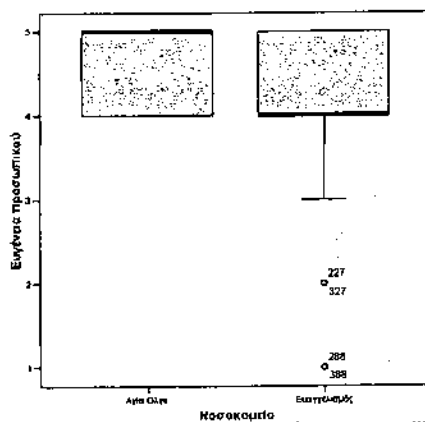
1. Λάθη και παραλείψεις του προσωπικού



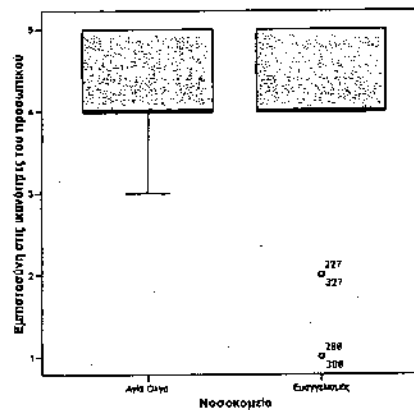
2. Επάρκεια προσωπικού



3. Ευγένεια προσωπικού



4. Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού



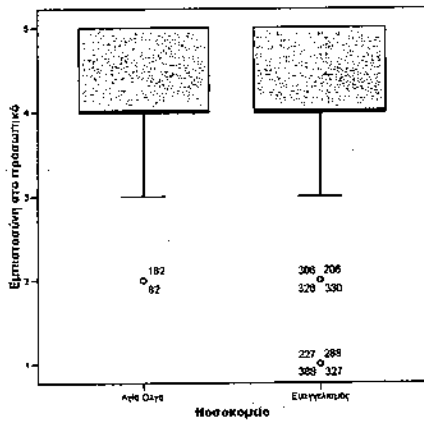
1. Εδώ παρατηρούμε ότι οι ασθενείς του Ευαγγελισμού είναι αρκετά ικανοποιημένοι ενώ οι ασθενείς του Αγία Όλγα έχουν δώσει βαθμολογία από 2 ως 4.

2. Η διασπορά των τιμών είναι πολύ μεγαλύτερη στην περίπτωση του Ευαγγελισμού που φαίνεται ότι οι τιμές κυμαίνονται από το 1 ως το 5, ενώ στην Αγία Όλγα κυμαίνονται από 3 ως 5.

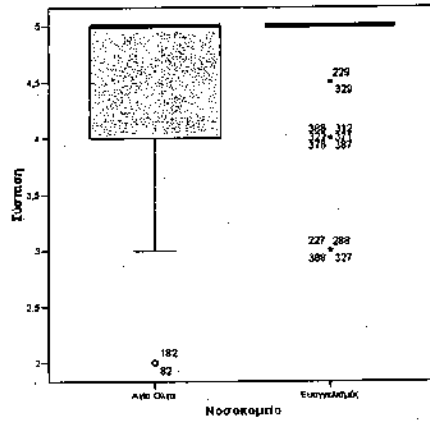
3. Εδώ παρατηρούμε ότι η μέση τιμή στην Αγία Όλγα η μέση τιμή είναι 5 ενώ στον Ευαγγελισμό 4.

4. Όσον αφορά την εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς στις ικανότητες του προσωπικού, η επικρατούσα τιμή είναι το 4, άρα και πολύ ικανοποιημένοι.

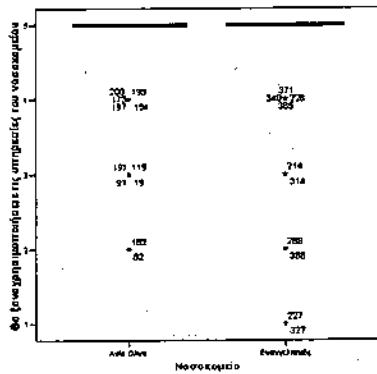
1.Εμπιστοσύνη στο προσωπικό



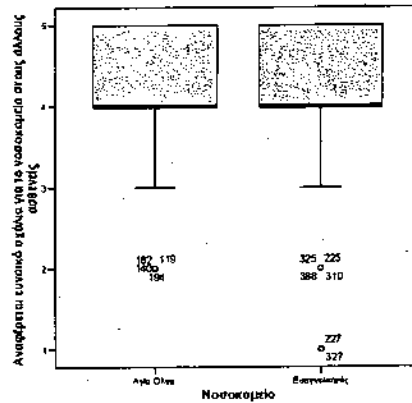
2.Σύσταση



3.Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου



4.Αναφέρεται ευνοϊκά σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς



1.Και στις δύο περιπτώσεις η διασπορά των τιμών είναι από 3 ως 5, ενώ η μέση τιμή είναι 4.

2.Οι απαντήσεις των ασθενών της Αγίας Όλγας κυμαίνονται από το 3 ως το 5, ενώ του Ευαγγελισμού οι περισσότερες τιμές είναι συγκεντρωμένες στο 5.

3.Η συγκέντρωση των τιμών κοντά στο 5 είναι πολύ μεγάλη και στις δύο περιπτώσεις που σημαίνει ότι οι ασθενείς θα ξαναχρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

4.Όσον αφορά την μεταβλητή αυτή παρατηρούμε ότι οι τιμές κυμαίνονται από 3 ως 5 και η μέση τιμή είναι το 4.

7.3 CROSSTABS

Σε αυτό το σημείο δημιουργήσαμε τα crosstabs για να μελετήσουμε τις συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές του μοντέλου.

a_tot_sc * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

		Ηλικία Ασθενούς						Total	
		Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70		
tot_sc	1,00	Count	0	0	1	0	2	0	3
		% of Total	.0%	.0%	.2%	.0%	.4%	.0%	.6%
	2,00	Count	0	0	1	1	0	2	4
		% of Total	.0%	.0%	.2%	.2%	.0%	.4%	.8%
	3,00	Count	24	8	29	22	19	40	142
		% of Total	4,8%	1,6%	5,8%	4,4%	3,8%	8,0%	28,4%
	4,00	Count	16	16	26	43	64	134	299
		% of Total	3,2%	3,2%	5,2%	8,6%	12,8%	26,8%	59,8%
	5,00	Count	4	0	7	16	7	18	52
		% of Total	.8%	.0%	1,4%	3,2%	1,4%	3,6%	10,4%
total		Count	44	24	64	82	92	194	500
		% of Total	8,8%	4,8%	12,8%	16,4%	18,4%	38,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,521	20	.000
Likelihood Ratio	56,455	20	.000
Linear-by-Linear Association	12,381	1	.000
N of Valid Cases	500		

Παρατηρούμε ότι ο συντελεστής Pearson είναι $0 < 0.05$ άρα υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση και την ηλικία των ασθενών. Επίσης από τον πίνακα των συσχετίσεων συμπεραίνουμε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

a_tot_sc * Εκπαίδευση ασθενούς Crosstabulation

		Εκπαίδευση ασθενούς								Total	
		Δεν πήγε σχολείο	Δεν τελείωσε Δημοτικό	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΛ-ΤΕΣ	Ανώτερη Σχολή	Ανώτατη / Μεταπτυχιακά		9
_sc 1	Count	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
	% of Total	,0%	,0%	,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	,6%
2	Count	1	2	0	0	0	0	0	0	1	4
	% of Total	,2%	,4%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,2%	,8%
3	Count	8	10	53	22	17	10	4	3	15	142
	% of Total	1,6%	2,0%	10,6%	4,4%	3,4%	2,0%	,8%	,6%	3%	28%
4	Count	18	19	146	31	32	12	5	20	16	299
	% of Total	3,6%	3,8%	29,2%	6,2%	6,4%	2,4%	1,0%	4,0%	3%	60%
5	Count	1	3	28	7	5	0	3	1	4	52
	% of Total	,2%	,6%	5,6%	1,4%	1,0%	,0%	,6%	,2%	,8%	10%
	Count	28	34	228	60	54	22	12	24	38	500
	% of Total	5,6%	6,8%	45,6%	12,0%	10,8%	4,4%	2,4%	4,8%	8%	****

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,060	32	,003
Likelihood Ratio	48,118	32	,034
Linear-by-Linear Association	2,918	1	,088
N of Valid Cases	500		

Εδώ παρατηρούμε ότι υπάρχει επίσης συσχέτιση ανάμεσα στην εκπαίδευση του ασθενούς και την ικανοποίησή του. Ειδικότερα βλέπουμε ότι οι ασθενείς με μικρότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιο ικανοποιημένοι.

a_tot_sc * Είδος περιστατικού Crosstabulation

			Είδος περιστατικού		Total
			Έκτακτο	Τακτικό	
a_tot_sc	1,00	Count	1	2	3
		% of Total	,2%	,4%	,6%
	2,00	Count	3	1	4
		% of Total	,6%	,2%	,8%
	3,00	Count	74	68	142
		% of Total	14,9%	13,7%	28,5%
	4,00	Count	133	164	297
		% of Total	26,7%	32,9%	59,6%
	5,00	Count	15	37	52
		% of Total	3,0%	7,4%	10,4%
Total		Count	226	272	498
		% of Total	45,4%	54,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,966	4	,041
Likelihood Ratio	10,234	4	,037
Linear-by-Linear Association	7,111	1	,008
N of Valid Cases	498		

Εδώ διακρίνουμε ότι οι δύο μεταβλητές (είδος περιστατικού-συνολική ικανοποίηση) είναι εξαρτημένες μεταξύ τους ($0.041 < 0.05$) και ειδικότερα παρατηρούμε ότι τα τακτικά περιστατικά δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τα έκτακτα.

a_tot_sc * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
a_tot_sc	1,00	Count	3	0	3
		% of Total	,6%	,0%	,6%
	2,00	Count	2	2	4
		% of Total	,4%	,4%	,8%
	3,00	Count	68	74	142
		% of Total	13,6%	14,8%	28,4%
	4,00	Count	167	132	299
		% of Total	33,4%	26,4%	59,8%
	5,00	Count	16	36	52
		% of Total	3,2%	7,2%	10,4%
Total		Count	256	244	500
		% of Total	51,2%	48,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,417	4	.115
Likelihood Ratio	8,586	4	.072
Linear-by-Linear Association	,037	1	,847
N of Valid Cases	400		

Εδώ παρατηρούμε ότι το φύλο του ασθενούς δεν επηρεάζει την άποψη των ασθενών για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου ($0.115 > 0.05$).

a_tot_sc * Είδος ασθένειας Crosstabulation

		Είδος ασθένειας					Total
		Απλές επεμβάσεις με μικρό αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων	Απλές επεμβάσεις με μεγάλο αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων	Μέσης βαρύτητας επεμβάσεις	Μεγάλης βαρύτητας επεμβάσεις	Επείγουσες περιπτώσεις	
a_tot_sc 1,00	Count	0	0	2	1	0	3
	% of Total	,0%	,0%	,4%	,2%	,0%	,6%
2,00	Count	0	1	0	1	2	4
	% of Total	,0%	,2%	,0%	,2%	,4%	,8%
3,00	Count	46	30	27	30	7	140
	% of Total	9,3%	6,0%	5,4%	6,0%	1,4%	28,2%
4,00	Count	83	69	70	59	16	297
	% of Total	16,7%	13,9%	14,1%	11,9%	3,2%	59,9%
5,00	Count	19	10	17	3	3	52
	% of Total	3,8%	2,0%	3,4%	,6%	,6%	10,5%
Total	Count	148	110	116	94	28	496
	% of Total	29,8%	22,2%	23,4%	19,0%	5,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,003 ^a	16	,013
Likelihood Ratio	26,809	16	,044
Linear-by-Linear Association	2,057	1	,151
N of Valid Cases	496		

a. 11 cells (44,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Όπως βλέπουμε και από τους πίνακες το είδος της ασθένειας σχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που εισήχθησαν για απλές επεμβάσεις δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από αυτούς που αποτελούσαν πιο βαριά περιστατικά.

Καθαριότητα Νοσοκομείου * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Καθαριότητα Νοσοκομείου	πολύ λίγο	Count	6	4	10
		% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	2,3%	1,6%	2,0%
		% of Total	1,2%	,8%	2,0%
	λίγο	Count	6	2	8
		% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	2,3%	,8%	1,6%
		% of Total	1,2%	,4%	1,6%
	έτσι και έτσι	Count	22	22	44
		% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	8,6%	9,0%	8,8%
		% of Total	4,4%	4,4%	8,8%
πολύ	Count	102	120	222	
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	45,9%	54,1%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	39,8%	49,2%	44,4%	
	% of Total	20,4%	24,0%	44,4%	
πέρα πολύ	Count	120	96	216	
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	55,6%	44,4%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	46,9%	39,3%	43,2%	
	% of Total	24,0%	19,2%	43,2%	
Total	Count	256	244	500	
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	51,2%	48,8%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	51,2%	48,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,242 ^a	4	,182
Likelihood Ratio	6,341	4	,175
Linear-by-Linear Association	,139	1	,710
N of Valid Cases	500		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

Από τους παραπάνω πίνακες συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλλο του ασθενούς και την καθαριότητα του νοσοκομείου ($0,182 > 0,05$).

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ- ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

		Ηλικία Ασθενούς						Total
		Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70	
καθαριότητα πολύ λίγο νοσοκομείου	Count	0	0	0	0	8	2	10
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	.0%	.0%	.0%	.0%	80,0%	20,0%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενού	.0%	.0%	.0%	.0%	8,7%	1,0%	2,0%
	% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	1,6%	.4%	2,0%
λίγο	Count	2	0	0	4	0	2	8
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	25,0%	.0%	.0%	50,0%	.0%	25,0%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενού	4,5%	.0%	.0%	4,9%	.0%	1,0%	1,6%
	% of Total	.4%	.0%	.0%	.8%	.0%	.4%	1,6%
έτσι και έτσι	Count	4	4	8	8	6	14	44
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	9,1%	9,1%	18,2%	18,2%	13,6%	31,8%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενού	9,1%	16,7%	12,5%	9,8%	6,5%	7,2%	8,8%
	% of Total	.8%	.8%	1,6%	1,6%	1,2%	2,8%	8,8%
πολύ	Count	22	16	34	38	32	80	222
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	9,9%	7,2%	15,3%	17,1%	14,4%	36,0%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενού	50,0%	66,7%	53,1%	46,3%	34,8%	41,2%	44,4%
	% of Total	4,4%	3,2%	6,8%	7,6%	6,4%	16,0%	44,4%
πέρα πολύ	Count	16	4	22	32	46	96	216
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	7,4%	1,9%	10,2%	14,8%	21,3%	44,4%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενού	36,4%	16,7%	34,4%	39,0%	50,0%	49,5%	43,2%
	% of Total	3,2%	.8%	4,4%	6,4%	9,2%	19,2%	43,2%
Total	Count	44	24	64	82	92	194	500
	% within Καθαριότητα Νοσοκομείου	8,8%	4,8%	12,8%	16,4%	18,4%	38,8%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,8%	4,8%	12,8%	16,4%	18,4%	38,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55.989 ^a	20	.000
Likelihood Ratio	51.757	20	.000
Linear-by-Linear Association	4.244	1	.039
N of Valid Cases	500		

a. 14 cells (46.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .38.

Εδώ διακρίνουμε ότι οι δύο μεταβλητές (καθαριότητα νοσοκομείου-ηλικία νοσοκομείου) είναι εξαρτημένες μεταξύ τους ($0 < 0.05$) και ειδικότερα παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η ικανοποίηση.

Γενική εικόνα των χειρουργείων * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Γενική εικόνα των χειρουργείων	πολύ λίγο	Count	2	0	2
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	100,0%	,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,8%	,0%	,4%
		% of Total	,4%	,0%	,4%
	μέτρια	Count	2	2	4
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,8%	,9%	,9%
		% of Total	,4%	,4%	,9%
	πολύ	Count	94	74	168
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	56,0%	44,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	39,2%	32,2%	35,7%
		% of Total	20,0%	15,7%	35,7%
4	Count	38	30	68	
	% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	55,9%	44,1%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	15,8%	13,0%	14,5%	
	% of Total	8,1%	6,4%	14,5%	
5	Count	26	32	58	
	% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	44,8%	55,2%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	10,8%	13,9%	12,3%	
	% of Total	5,5%	6,8%	12,3%	
πάρα πολύ	Count	78	92	170	
	% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	45,9%	54,1%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	32,5%	40,0%	36,2%	
	% of Total	16,6%	19,6%	36,2%	
Total	Count	240	230	470	
	% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	51,1%	48,9%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	51,1%	48,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,886 ^a	5	,229
Likelihood Ratio	7,666	5	,176
Linear-by-Linear Association	5,414	1	,020
N of Valid Cases	470		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

Εδώ βλέπουμε ότι το φύλλο του ασθενούς δεν επηρεάζει την ικανοποίησή τους από την γενική εικόνα των χειρουργείων ($0,229 > 0,05$).

Γενική εικόνα των χειρουργείων * Ηλικία Ασθενούς, Crosstabulation

		Ηλικία Ασθενούς						Total	
		Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70		
Γενική εικόνα των χειρουργείων	πολύ λίγο	Count	0	0	0	2	0	0	2
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	2.6%	.0%	.0%	.4%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.4%
μέτρια		Count	0	0	2	0	0	2	4
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	.0%	.0%	50.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	3.1%	.0%	.0%	1.1%	.9%
		% of Total	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.4%	.9%
πολύ		Count	18	6	34	34	28	48	168
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	10.7%	3.6%	20.2%	20.2%	16.7%	28.6%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	50.0%	27.3%	53.1%	44.7%	31.8%	26.1%	35.7%
		% of Total	3.8%	1.3%	7.2%	7.2%	6.0%	10.2%	35.7%
4		Count	4	6	8	14	16	20	68
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	5.9%	8.8%	11.8%	20.6%	23.5%	29.4%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	11.1%	27.3%	12.5%	18.4%	18.2%	10.9%	14.5%
		% of Total	.9%	1.3%	1.7%	3.0%	3.4%	4.3%	14.5%
5		Count	4	2	6	0	12	34	58
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	6.9%	3.4%	10.3%	.0%	20.7%	58.6%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	11.1%	9.1%	9.4%	.0%	13.6%	18.5%	12.3%
		% of Total	.9%	.4%	1.3%	.0%	2.6%	7.2%	12.3%
πέρα πολ		Count	10	8	14	26	32	80	170
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	5.9%	4.7%	8.2%	15.3%	18.8%	47.1%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	27.8%	36.4%	21.9%	34.2%	36.4%	43.5%	36.2%
		% of Total	2.1%	1.7%	3.0%	5.5%	6.8%	17.0%	36.2%
Total		Count	36	22	64	76	88	184	470
		% within Γενική εικόνα των χειρουργείων	7.7%	4.7%	13.6%	16.2%	18.7%	39.1%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	7.7%	4.7%	13.6%	16.2%	18.7%	39.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	60.235	25	.000
Likelihood Ratio	65.650	25	.000
Linear-by-Linear Association	11.900	1	.001
N of Valid Cases	470		

Από ότι βλέπουμε η ηλικία του ασθενούς επηρεάζει την ικανοποίηση του από την

Εμφάνιση προσωπικού * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

		Ηλικία Ασθενούς					Total	
		Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64		65-70
Εμφάνιση προσωπικού	Count	0	0	2	0	2	6	10
	% within Εμφάνιση προσωπικού	.0%	.0%	20.0%	.0%	20.0%	60.0%	100.0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	3.1%	.0%	2.2%	3.1%	2.0%
	% of Total	.0%	.0%	.4%	.0%	.4%	1.2%	2.0%
πολύ	Count	26	16	36	36	38	66	218
	% within Εμφάνιση προσωπικού	11.9%	7.3%	16.5%	16.5%	17.4%	30.3%	100.0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	59.1%	66.7%	56.3%	43.9%	41.3%	34.0%	43.6%
	% of Total	5.2%	3.2%	7.2%	7.2%	7.6%	13.2%	43.6%
5	Count	0	0	0	0	0	2	2
	% within Εμφάνιση προσωπικού	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.0%	.4%
	% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.4%
πάρα πολύ	Count	18	8	26	46	52	120	270
	% within Εμφάνιση προσωπικού	6.7%	3.0%	9.6%	17.0%	19.3%	44.4%	100.0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	40.9%	33.3%	40.6%	56.1%	56.5%	61.9%	54.0%
	% of Total	3.6%	1.6%	5.2%	9.2%	10.4%	24.0%	54.0%
Total	Count	44	24	64	82	92	194	500
	% within Εμφάνιση προσωπικού	8.8%	4.8%	12.8%	16.4%	18.4%	38.8%	100.0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	8.8%	4.8%	12.8%	16.4%	18.4%	38.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.434	15	.025
Likelihood Ratio	30.852	15	.009
Linear-by-Linear Association	10.562	1	.001
N of Valid Cases	500		

Εδώ παρατηρούμε ότι η άποψη των ασθενών για την εμφάνιση του προσωπικού επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενούς, αφού $0,025 < 0,05$.

Εμφάνιση προσωπικού * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Εμφάνιση προσωπικού	έτσι και έτσι	Count	4	6	10
		% within Εμφάνιση προσωπικού	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	1,6%	2,5%	2,0%
		% of Total	,8%	1,2%	2,0%
πολύ		Count	106	112	218
		% within Εμφάνιση προσωπικού	48,6%	51,4%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	41,4%	45,9%	43,6%
		% of Total	21,2%	22,4%	43,6%
5		Count	0	2	2
		% within Εμφάνιση προσωπικού	,0%	100,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,0%	,8%	,4%
		% of Total	,0%	,4%	,4%
πάρα πολύ		Count	146	124	270
		% within Εμφάνιση προσωπικού	54,1%	45,9%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	57,0%	50,8%	54,0%
		% of Total	29,2%	24,8%	54,0%
Total		Count	256	244	500
		% within Εμφάνιση προσωπικού	51,2%	48,8%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	51,2%	48,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.072	3	,254
Likelihood Ratio	4.847	3	,183
Linear-by-Linear Association	1,860	1	,173
N of Valid Cases	500		

Από την άλλη πλευρά το φύλλο του ασθενούς δεν επηρεάζει την άποψη των ασθενών για την εμφάνιση του προσωπικού .

Ποιότητα φαγητού * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

			Ηλικία Ασθενούς					Total
			Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	
πολύ λίγο	Count	2	0	2	0	0	2	6
	% within Ποιότητα φαγητού	33,3%	,0%	33,3%	,0%	,0%	33%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	4,7%	,0%	3,1%	,0%	,0%	1,0%	1,2%
	% of Total	,4%	,0%	,4%	,0%	,0%	,4%	1,2%
λίγο	Count	2	0	0	2	6	2	12
	% within Ποιότητα φαγητού	16,7%	,0%	,0%	16,7%	50,0%	17%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	4,7%	,0%	,0%	2,4%	6,7%	1,0%	2,4%
	% of Total	,4%	,0%	,0%	,4%	1,2%	,4%	2,4%
μέτρια	Count	10	8	12	16	12	22	80
	% within Ποιότητα φαγητού	12,5%	10,0%	15,0%	20,0%	15,0%	28%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	23,3%	33,3%	18,8%	19,5%	13,3%	11%	16,1%
	% of Total	2,0%	1,6%	2,4%	3,2%	2,4%	4,4%	16,1%
4	Count	14	4	6	16	16	32	88
	% within Ποιότητα φαγητού	15,9%	4,5%	6,8%	18,2%	18,2%	36%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	32,6%	16,7%	9,4%	19,5%	17,8%	16%	17,7%
	% of Total	2,8%	,8%	1,2%	3,2%	3,2%	6,4%	17,7%
4	Count	0	0	4	2	16	28	50
	% within Ποιότητα φαγητού	,0%	,0%	8,0%	4,0%	32,0%	56%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	,0%	,0%	6,3%	2,4%	17,8%	14%	10,1%
	% of Total	,0%	,0%	,8%	,4%	3,2%	5,6%	10,1%
πολύ	Count	9	6	30	30	22	72	169
	% within Ποιότητα φαγητού	5,3%	3,6%	17,8%	17,8%	13,0%	43%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	20,9%	25,0%	46,9%	36,6%	24,4%	37%	34,0%
	% of Total	1,8%	1,2%	6,0%	6,0%	4,4%	14%	34,0%
πάρσα πολύ	Count	6	6	10	16	18	36	92
	% within Ποιότητα φαγητού	6,5%	6,5%	10,9%	17,4%	19,6%	39%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	14,0%	25,0%	15,6%	19,5%	20,0%	19%	18,5%
	% of Total	1,2%	1,2%	2,0%	3,2%	3,6%	7,2%	18,5%
	Count	43	24	64	82	90	194	497
	% within Ποιότητα φαγητού	8,7%	4,8%	12,9%	16,5%	18,1%	39%	100,0%
	% within Ηλικία Ασθενούς	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100%	****	100,0%
	% of Total	8,7%	4,8%	12,9%	16,5%	18,1%	39%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	69,768	30	,000
Likelihood Ratio	76,278	30	,000
Linear-by-Linear Association	6,739	1	,009
N of Valid Cases	497		

Από τους πίνακες συμπεραίνουμε ότι η ηλικία του ασθενούς και η ποιότητα του φαγητού είναι δύο εξαρτημένες μεταβλητές, η ηλικία δηλαδή του ασθενούς επηρεάζει την άποψη του για την ποιότητα του φαγητού.

Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	πολύ λίγο	Count	6	6	12
		% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	2,3%	2,5%	2,4%
		% of Total	1,2%	1,2%	2,4%
	λίγο	Count	6	0	6
		% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	100,0%	,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	2,3%	,0%	1,2%
		% of Total	1,2%	,0%	1,2%
	μέτρια	Count	50	26	76
		% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	65,8%	34,2%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	19,5%	10,7%	15,2%
		% of Total	10,0%	5,2%	15,2%
4	Count	2	0	2	
	% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	100,0%	,0%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	,8%	,0%	,4%	
	% of Total	,4%	,0%	,4%	
πολύ	Count	144	134	278	
	% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	51,8%	48,2%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	56,3%	54,9%	55,6%	
	% of Total	28,8%	26,8%	55,6%	
πάρα πολύ	Count	48	78	126	
	% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	38,1%	61,9%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	18,8%	32,0%	25,2%	
	% of Total	9,6%	15,6%	25,2%	
Total	Count	256	244	500	
	% within Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	51,2%	48,8%	100,0%	
	% within Φύλλο Ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	51,2%	48,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,807	5	,000
Likelihood Ratio	26,084	5	,000
Linear-by-Linear Association	13,231	1	,000
N of Valid Cases	500		

Στην περίπτωση της μεταβλητής του ύπνου και του φύλλου, παρατηρούμε ότι

Προθυμία * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

			Ηλικία Ασθενούς						Total
			Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70	
Προθυμία	πολύ	Count	0	0	0	0	2	0	2
	λίγο	% within Προθυμία	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% within Ηλικία Ασθενού	,0%	,0%	,0%	,0%	2,2%	,0%	,4%
		% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	,0%	,4%
λίγο	Count	0	0	0	0	0	2	2	
	% within Προθυμία	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Ηλικία Ασθενού	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,0%	,4%	
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,4%	,4%	
έτσι και έτσι	Count	4	2	2	2	4	12	26	
	% within Προθυμία	15,4%	7,7%	7,7%	7,7%	15,4%	46,2%	100,0%	
	% within Ηλικία Ασθενού	9,1%	8,3%	3,1%	2,4%	4,3%	6,2%	5,2%	
	% of Total	,8%	,4%	,4%	,4%	,8%	2,4%	5,2%	
πολύ	Count	18	12	34	40	34	58	196	
	% within Προθυμία	9,2%	6,1%	17,3%	20%	17,3%	29,6%	100,0%	
	% within Ηλικία Ασθενού	40,9%	50,0%	53,1%	49%	37,0%	29,9%	39,2%	
	% of Total	3,6%	2,4%	6,8%	8,0%	6,8%	11,6%	39,2%	
πέρα πολύ	Count	22	10	28	40	52	122	274	
	% within Προθυμία	8,0%	3,6%	10,2%	15%	19,0%	44,5%	100,0%	
	% within Ηλικία Ασθενού	50,0%	41,7%	43,8%	49%	56,5%	62,9%	54,8%	
	% of Total	4,4%	2,0%	5,6%	8,0%	10,4%	24,4%	54,8%	
Total	Count	44	24	64	82	92	194	500	
	% within Προθυμία	8,8%	4,8%	12,8%	16%	18,4%	38,8%	100,0%	
	% within Ηλικία Ασθενού	100%	100,0%	100,0%	****	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	8,8%	4,8%	12,8%	16%	18,4%	38,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,489 ^a	20	,049
Likelihood Ratio	30,056	20	,069
Linear-by-Linear Association	3,727	1	,054
N of Valid Cases	500		

a. 17 cells (56,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Από ότι βλέπουμε η ηλικία του ασθενούς επηρεάζει την άποψη τους για την προθυμία του προσωπικού (0.049<0.05).

Προθυμία * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
Προθυμία	πολύ λίγο	Count	2	0	2
		% within Προθυμία	100,0%	,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,8%	,0%	,4%
		% of Total	,4%	,0%	,4%
	λίγο	Count	0	2	2
		% within Προθυμία	,0%	100,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,0%	,8%	,4%
		% of Total	,0%	,4%	,4%
	έτσι και έτσι	Count	18	8	26
		% within Προθυμία	69,2%	30,8%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	7,0%	3,3%	5,2%
		% of Total	3,6%	1,6%	5,2%
	πολύ	Count	112	84	196
		% within Προθυμία	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	43,8%	34,4%	39,2%
		% of Total	22,4%	16,8%	39,2%
	πάρα πολύ	Count	124	150	274
		% within Προθυμία	45,3%	54,7%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	48,4%	61,5%	54,8%
		% of Total	24,8%	30,0%	54,8%
Total		Count	256	244	500
		% within Προθυμία	51,2%	48,8%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	51,2%	48,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,033 ^a	4	,007
Likelihood Ratio	15,689	4	,003
Linear-by-Linear Association	8,970	1	,003
N of Valid Cases	500		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

Το φύλλο του ασθενούς δεν επηρεάζει την άποψη των ασθενών για την προθυμία του προσωπικού ($0,07 > 0,05$), οι δύο μεταβλητές δηλαδή δεν είναι εξαρτημένες.

Κατανόηση οδηγίων * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Κατανόηση οδηγίων	έτσι και έτσι	Count	18	4	22
		% within Κατανόηση οδηγίων	81,8%	18,2%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	7,0%	1,7%	4,4%
		% of Total	3,6%	,8%	4,4%
3		Count	2	0	2
		% within Κατανόηση οδηγίων	100,0%	,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,8%	,0%	,4%
		% of Total	,4%	,0%	,4%
4		Count	0	2	2
		% within Κατανόηση οδηγίων	,0%	100,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	,0%	,8%	,4%
		% of Total	,0%	,4%	,4%
πολύ		Count	158	158	316
		% within Κατανόηση οδηγίων	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	61,7%	65,8%	63,7%
		% of Total	31,9%	31,9%	63,7%
5		Count	6	0	6
		% within Κατανόηση οδηγίων	100,0%	,0%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	2,3%	,0%	1,2%
		% of Total	1,2%	,0%	1,2%
πέρα πολύ		Count	72	76	148
		% within Κατανόηση οδηγίων	48,6%	51,4%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	28,1%	31,7%	29,8%
		% of Total	14,5%	15,3%	29,8%
Total		Count	256	240	496
		% within Κατανόηση οδηγίων	51,6%	48,4%	100,0%
		% within Φύλλο Ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	51,6%	48,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.520	5	.002
Likelihood Ratio	23.091	5	.000
Linear-by-Linear Association	2.508	1	.113
N of Valid Cases	496		

Ο συντελεστής Pearson Chi-Square: $0.02 < 0.05$ μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.

Κατανόηση οδηγίων * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

			Ηλικία Ασθενούς						Total
			Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70	
Κατανόηση οδηγίων	έτσι και έτσι	Count	0	2	10	2	2	6	22
		% within Κατανόηση οδηγίων	.0%	9.1%	45.5%	9.1%	9.1%	27.3%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	8.3%	15.6%	2.5%	2.2%	3.1%	4.4%
		% of Total	.0%	.4%	2.0%	.4%	.4%	1.2%	4.4%
3		Count	0	0	0	2	0	0	2
		% within Κατανόηση οδηγίων	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	2.5%	.0%	.0%	.4%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.4%
4		Count	0	0	2	0	0	0	2
		% within Κατανόηση οδηγίων	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	3.1%	.0%	.0%	.0%	.4%
		% of Total	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.0%	.4%
πολύ		Count	38	18	40	52	54	114	316
		% within Κατανόηση οδηγίων	12.0%	5.7%	12.7%	16.5%	17.1%	36.1%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	86.4%	75.0%	62.5%	65.0%	60.0%	58.8%	63.7%
		% of Total	7.7%	3.6%	8.1%	10.5%	10.9%	23.0%	63.7%
5		Count	0	0	0	0	0	6	6
		% within Κατανόηση οδηγίων	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.1%	1.2%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%	1.2%
πέρα πολύ		Count	6	4	12	24	34	68	148
		% within Κατανόηση οδηγίων	4.1%	2.7%	8.1%	16.2%	23.0%	45.9%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	13.6%	16.7%	18.8%	30.0%	37.8%	35.1%	29.8%
		% of Total	1.2%	.8%	2.4%	4.8%	6.9%	13.7%	29.8%
Total		Count	44	24	64	80	90	194	496
		% within Κατανόηση οδηγίων	8.9%	4.8%	12.9%	16.1%	18.1%	39.1%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100%
		% of Total	8.9%	4.8%	12.9%	16.1%	18.1%	39.1%	100%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73.110	25	.000
Likelihood Ratio	62.707	25	.000
Linear-by-Linear Association	17.281	1	.000
N of Valid Cases	496		

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατανόηση των οδηγίων και την ηλικία του ασθενούς.

Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

			Ηλικία Ασθενούς						Total
			Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70	
τις του ου	Απίθανο	Count	0	0	0	0	0	2	2
		% within Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.0%	.4%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.4%
Μάλλον	Μάλλον	Count	0	0	0	0	2	2	4
		% within Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	.0%	.0%	.0%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	.0%	2.2%	1.0%	.8%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.4%	.8%
Δεν είναι σίγουρος	Δεν είναι σίγουρος	Count	2	0	2	0	0	4	8
		% within Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	25.0%	.0%	25.0%	.0%	.0%	50.0%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	4.5%	.0%	3.1%	.0%	.0%	2.1%	1.6%
		% of Total	.4%	.0%	.4%	.0%	.0%	.8%	1.6%
Αρκετά πιθανόν	Αρκετά πιθανόν	Count	12	8	16	14	8	18	76
		% within Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	15.8%	10.5%	21.1%	18.4%	10.5%	23.7%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	27.3%	33.3%	25.0%	17.1%	8.7%	9.3%	15.2%
		% of Total	2.4%	1.6%	3.2%	2.8%	1.6%	3.6%	15.2%
Πολύ πιθανόν	Πολύ πιθανόν	Count	30	16	46	68	82	168	410
		% within Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	7.3%	3.9%	11.2%	16.6%	20.0%	41.0%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	68.2%	66.7%	71.9%	82.9%	89.1%	86.6%	82.0%
		% of Total	6.0%	3.2%	9.2%	13.6%	16.4%	33.6%	82.0%
		Count	44	24	64	82	92	194	500
		% within Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	8.8%	4.8%	12.8%	16.4%	18.4%	38.8%	100.0%
		% within Ηλικία Ασθενούς	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	8.8%	4.8%	12.8%	16.4%	18.4%	38.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,182 ^a	20	.008
Likelihood Ratio	40,461	20	.004
Linear-by-Linear Association	4,628	1	.031
N of Valid Cases	500		

a. 19 cells (63,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Εδώ βλέπουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του ασθενούς και την σύσταση των υπηρεσιών του νοσοκομείου (0.08 > 0.05).

Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

			Ηλικία Ασθενούς						Total
			Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70	
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	πολύ λίγο	Count	0	0	0	0	0	2	2
		% within Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1,0%	.4%
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.4%
	λίγο	Count	0	1	0	1	3	7	12
		% within Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	.0%	8,3%	.0%	8,3%	25,0%	58,3%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	.0%	4,2%	.0%	1,2%	3,3%	3,6%	2,4%
		% of Total	.0%	.2%	.0%	.2%	.6%	1,4%	2,4%
	έτσι και έτσι	Count	2	3	14	12	13	21	65
		% within Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	3,1%	4,6%	21,5%	18,5%	20,0%	32,3%	100%
		% within Ηλικία Ασθενούς	4,5%	12,5%	21,9%	14,6%	14,1%	10,8%	13,0%
		% of Total	.4%	.6%	2,8%	2,4%	2,6%	4,2%	13,0%
πολύ	Count	24	10	29	34	26	79	202	
	% within Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	11,9%	5,0%	14,4%	16,8%	12,9%	39,1%	100%	
	% within Ηλικία Ασθενούς	54,5%	41,7%	45,3%	41,5%	28,3%	40,7%	40,4%	
	% of Total	4,8%	2,0%	5,8%	6,8%	5,2%	15,8%	40,4%	
πέρα πολύ	Count	18	10	21	35	50	85	219	
	% within Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	8,2%	4,6%	9,6%	16,0%	22,8%	38,8%	100%	
	% within Ηλικία Ασθενούς	40,9%	41,7%	32,8%	42,7%	54,3%	43,8%	43,8%	
	% of Total	3,6%	2,0%	4,2%	7,0%	10,0%	17,0%	43,8%	
Total	Count	44	24	64	82	92	194	500	
	% within Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλια για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	8,8%	4,8%	12,8%	16,4%	18,4%	38,8%	100%	
	% within Ηλικία Ασθενούς	100%	100%	100,0%	100,0%	100%	100%	100%	
	% of Total	8,8%	4,8%	12,8%	16,4%	18,4%	38,8%	100%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,453 ^a	20	,185
Likelihood Ratio	28,893	20	,090
Linear-by-Linear Association	,024	1	,876
N of Valid Cases	500		

a. 13 cells (43,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Τέλος παρατηρούμε ότι η ηλικία του ασθενούς δεν επηρεάζει τα ευνοϊκά σχόλια των ασθενών ($0,18 > 0,05$).

7.4 RELIABILITY ANALYSIS

Το συγκεκριμένο μοντέλο ελέγχθηκε για την εσωτερική του συνέπεια (Internal consistency). Τα αποτελέσματα του ελέγχου παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα, όπου υπολογίζεται ο alpha-cronbach για κάθε διάσταση του μοντέλου στο σύνολο των ερωτηματολογίων. (Τα output υπάρχουν στο παράρτημα)

Πίνακας 6 : α - cronbach για διαστάσεις ποιότητας του ερωτηματολογίου :

<i>1. Εικόνα του Νοσοκομείου (Απτά στοιχεία).</i>		
Reliability Coefficients	29 items	
Alpha = ,9497		Standardized item alpha = ,9578
<i>2. Ανταπόκριση του Προσωπικού του Νοσοκομείου.</i>		
Reliability Coefficients	6 items	
Alpha = ,9527		Standardized item alpha = ,9544
<i>3. Διαπάθεια (Εξατομικευμένη Προσοχή στους ασθενείς).</i>		
Reliability Coefficients	6 items	
Alpha = ,9083		Standardized item alpha = ,9151
<i>4. Επικοινωνία με το Προσωπικό</i>		
Reliability Coefficients	10 items	
Alpha = ,9271		Standardized item alpha = ,9315
<i>5. Αξιοπιστία των Παρεχομένων Υπηρεσιών</i>		
Reliability Coefficients	17 items	
Alpha = ,5619		Standardized item alpha = ,5758
<i>6. Ευγένεια Προσωπικού</i>		
Reliability Coefficients	3 items	
Alpha = ,9411		Standardized item alpha = ,9446
<i>7. Εμπιστοσύνη Προσωπικού</i>		
Reliability Coefficients	4 items	
Alpha = ,9163		Standardized item alpha = ,9199
<i>8. Πίστη στο Γιατρό και στο νοσοκομείο</i>		
Reliability Coefficients	3 items	
Alpha = ,7373		Standardized item alpha = ,7550

Ο δείκτης είναι ιδιαίτερα υψηλός για τις διαστάσεις ποιότητας πράγμα που πιστοποιεί την αξιοπιστία της κλίμακας και ερμηνεύεται ως χαμηλή συσχέτιση μεταξύ των στοιχείων και υψηλή με την συνολική εκτίμηση της κάθε διάστασης ποιότητας. Ο δείκτης αξιοπιστίας για την διάσταση της «αξιοπιστίας» είναι σχετικά χαμηλός (0,578) εξαιτίας της προσπάθειας μας να αυξήσουμε την εγκυρότητα του μοντέλου με την υιοθέτηση στοιχείων που αντικατοπτρίζουν την αξιοπιστία των ιατρικών πράξεων στην αλυσίδα διανομής της υπηρεσίας και μπορούν να εκτιμήσουν με ακρίβεια οι ασθενείς. Ο δείκτης alpha για την διάσταση της «πίστης» επηρεάζεται από το γεγονός ότι πιθανός η πίστη στις παρεχόμενες υπηρεσίες να επηρεάζεται από την εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον γιατρό που τον χειρουργεί.

7.4 FACTOR ANALYSIS

Στο σημείο αυτό χρησιμοποιήσαμε την μέθοδο Factor Analysis κυρίως για να ελέγξουμε εάν οι διαστάσεις που ορίσαμε στην έρευνα μας επαληθεύονται. Οι κύριες εφαρμογές της Factor Analysis είναι: 1) η μείωση του αριθμού των μεταβλητών και 2) η ανίχνευση δομής στις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, δηλαδή η κατάταξη των μεταβλητών.

Αρχικά, εφαρμόσαμε την Factor Analysis στις 28 συνολικές μεταβλητές με σκοπό να επαληθεύσουμε τον αρχικό ισχυρισμό ότι οι διαστάσεις είναι 8.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,037	34,757	34,757	9,037	34,757	34,757	4,377	16,833	16,833
2	2,045	7,864	42,621	2,045	7,864	42,621	2,891	11,118	27,951
3	1,945	7,482	50,104	1,945	7,482	50,104	2,751	10,580	38,532
4	1,830	7,037	57,140	1,830	7,037	57,140	2,634	10,131	48,663
5	1,164	4,475	61,616	1,164	4,475	61,616	2,076	7,986	56,649
6	1,069	4,113	65,728	1,069	4,113	65,728	1,856	7,137	63,785
7	,999	3,843	69,572	,999	3,843	69,572	1,244	4,786	68,571
8	,863	3,321	72,893	,863	3,321	72,893	1,124	4,322	72,893
9	,808	3,108	76,001						
10	,748	2,879	78,880						
11	,641	2,465	81,344						
12	,620	2,386	83,730						
13	,548	2,106	85,836						
14	,482	1,855	87,691						
15	,457	1,757	89,448						
16	,397	1,525	90,974						
17	,355	1,367	92,340						
18	,345	1,326	93,667						
19	,305	1,173	94,840						
20	,291	1,119	95,958						
21	,218	,840	96,798						
22	,207	,795	97,593						
23	,187	,718	98,311						
24	,169	,649	98,960						
25	,138	,531	99,491						
26	,132	,509	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Από τον παραπάνω πίνακα είναι σημαντικό να εξηγήσουμε την έκτη στήλη που μας δίνει το ποσοστό συμμετοχής της κάθε μεταβλητής στην συνολική διακύμανση. Έτσι ο πρώτος παράγοντας, ευθύνεται για το 34,757% της συνολικής διακύμανσης, ο δεύτερος εξηγεί το 7,864% της διακύμανσης και τα λοιπά.

Η έβδομη στήλη (cumulative%) μας δείχνει πάλι πόσο ευθύνονται οι μεταβλητές για την συνολική διακύμανση, αλλά αυτή την φορά αθροιστικά, όχι η κάθε μία ξεχωριστά. Έτσι παρατηρούμε ότι οι 8 παράγοντες (διαστάσεις) εξηγούν το 72,893% της συνολικής διακύμανσης.

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει την ομαδοποίηση των μεταβλητών σε 8 παράγοντες (διαστάσεις).

Σε αυτό το σημείο χρήσιμο είναι να αναφέρουμε ότι κατάλληλο θα θεωρηθεί το μοντέλο όπου υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση των μεταβλητών σε κάθε διάσταση. Για παράδειγμα, οι μεταβλητές της διάστασης της πίστης είναι συγκεντρωμένες στον ίδιο παράγοντα.

Παρατηρούμε, όμως, ότι αυτό δεν ισχύει για όλες τις διαστάσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι μεταβλητές της διάστασης των απτών στοιχείων (δεύτερος παράγοντας) είναι διασκορπισμένες, ενώ κάποιες μεταβλητές δεν εμφανίζονται σε κανένα παράγοντα(π.χ. καθαριότητα, ποιότητα φαγητού). Άλλο ένα μειονέκτημα του μοντέλου είναι ότι οι μεταβλητές των διαστάσεων «Ανταπόκριση προσωπικού» και «Εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή» συγκεντρώνονται σε έναν παράγοντα. Επομένως, συνεχίζουμε την διερεύνηση.

Rotated Component Matrix(a)							
	1	2	3	4	5	6	7
Καθαριότητα Νοσοκομείου							
Χώροι νοσοκομείου		0.702					
Ικανοποίηση από τον Εξοπλισμό του		0.777					
Συνθήκες Νοσηλείας					0.75		
Γενική εικόνα των χειρουργείων		0.704					
Εμφάνιση προσωπικού						0.756	
Πρόσβαση - Σήμανση		0.668					
Ποιότητα φαγητού							
Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας					0.838		
Προθυμία	0.782						
Αναμονή	0.723						
Προσοχή στην περίπτωση σας	0.708						
Ενδιαφέρον	0.71						
Ψυχολογική Υποστήριξη	0.697						
Ενημέρωση			0.775				
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό			0.749				
Κατανόηση οδηγιών			0.713				
Ευγένεια προσωπικού	0.577					0.585	
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό	0.582						
Εμπιστοσύνη στις ικανότητές του	0.503					0.564	
Ίαση				0.866			
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του.				0.873			
Αναφέρεται ευνοϊκά σχόλια για το νοσοκομείο στους				0.613			
Συνολική Αναβολή Περιστατικών							0.5
Συνολική Αναμονή Περιστατικών							
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών							0.79

Στη συνέχεια δοκιμάσαμε ένα μοντέλο με 9 παράγοντες.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,037	34,757	34,757	9,037	34,757	34,757	2,952	11,353	11,353
2	2,045	7,864	42,621	2,045	7,864	42,621	2,899	11,148	22,501
3	1,945	7,482	50,104	1,945	7,482	50,104	2,889	11,112	33,614
4	1,830	7,037	57,140	1,830	7,037	57,140	2,581	9,927	43,541
5	1,164	4,475	61,616	1,164	4,475	61,616	2,100	8,077	51,618
6	1,069	4,113	65,728	1,069	4,113	65,728	2,059	7,921	59,539
7	,999	3,843	69,572	,999	3,843	69,572	1,972	7,584	67,123
8	,863	3,321	72,893	,863	3,321	72,893	1,168	4,491	71,614
9	,808	3,108	76,001	,808	3,108	76,001	1,141	4,387	76,001
10	,748	2,879	78,880						
11	,641	2,465	81,344						
12	,620	2,386	83,730						
13	,548	2,106	85,836						
14	,482	1,855	87,691						
15	,457	1,757	89,448						
16	,397	1,525	90,974						
17	,355	1,367	92,340						
18	,345	1,326	93,667						
19	,305	1,173	94,840						
20	,291	1,119	95,958						
21	,218	,840	96,798						
22	,207	,795	97,593						
23	,187	,718	98,311						
24	,169	,649	98,960						
25	,138	,531	99,491						
26	,132	,509	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο οι 9 παράγοντες (διαστάσεις) εξηγούν το 76,001% της συνολικής διακύμανσης.

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι και σε αυτήν την περίπτωση παρουσιάζονται τα ίδια προβλήματα (δεν υπάρχει μεγάλη συγκέντρωση των μεταβλητών σε κάθε διάσταση).

Επομένως, ούτε αυτό το μοντέλο κρίνεται ικανοποιητικό.

Rotated Component Matrix (a)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Καθαριότητα Νοσοκομείου									
Χώροι νοσοκομείου	0,706								
Ίκανοποίηση από τον Εξοπλισμό του	0,781								
Συνθήκες Νοσηλείας					0,778				
Γενική εικόνα των χειρουργείων	0,715								
Εμφάνιση προσωπικού							0,761		
Πρόσβαση - Σήμανση	0,677								
Ποιότητα φαγητού									
Υπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας					0,847				
Προθυμία						0,707			
Αναμονή						0,803			
Προσοχή στην περίπτωση σας			0,622						
Ενδιαφέρον			0,656						
Ψυχολογική Υποστήριξη			0,766						
Ενημέρωση		0,784							
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό		0,744							
Κατανόηση οδηγιών		0,74							
Ευγένεια προσωπικού							0,603		
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό			0,691						
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του							0,581		
Σύσταση				0,852					
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του				0,872					
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλιο για το νοσοκομείο				0,671					
Συνολική Αναβολή Περιστατικών									0,933
Συνολική Αναμονή Περιστατικών		0,546							
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών								0,898	

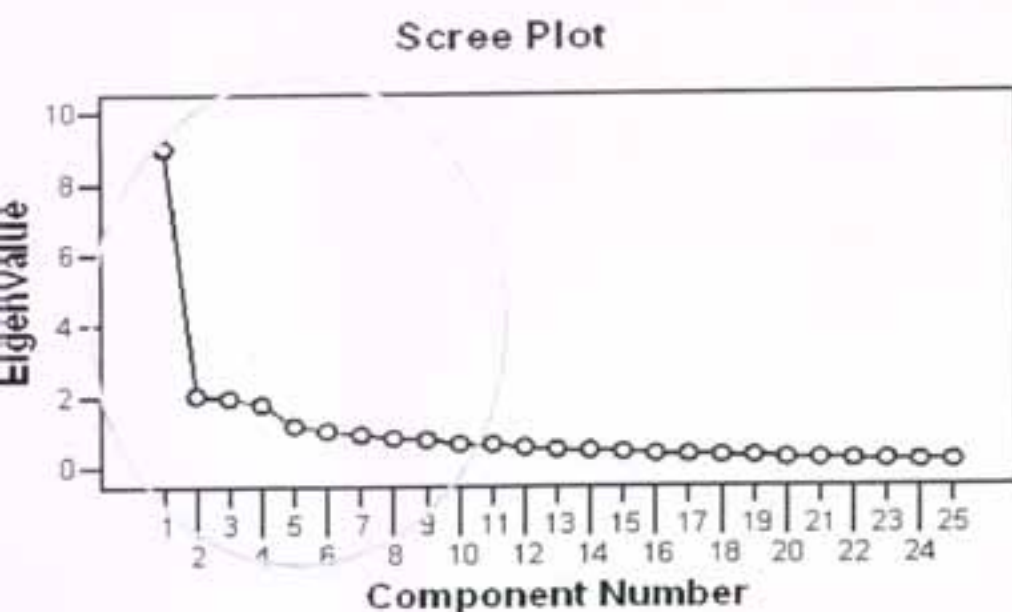
Συνεχίσαμε τη διερεύνηση δοκιμάζοντας ένα μοντέλο με 10 παράγοντες.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9.021	36.082	36.082	9.021	36.082	36.082	2.734	10.935	10.935
2	2.026	8.105	44.187	2.026	8.105	44.187	2.533	10.130	21.065
3	1.945	7.780	51.967	1.945	7.780	51.967	2.406	9.623	30.688
4	1.775	7.101	59.068	1.775	7.101	59.068	2.288	9.150	39.838
5	1.162	4.648	63.716	1.162	4.648	63.716	2.080	8.319	48.157
6	1.015	4.058	67.775	1.015	4.058	67.775	1.988	7.954	56.111
7	.912	3.647	71.421	.912	3.647	71.421	1.897	7.588	63.699
8	.812	3.248	74.669	.812	3.248	74.669	1.596	6.384	70.083
9	.767	3.067	77.735	.767	3.067	77.735	1.452	5.807	75.890
10	.647	2.587	80.322	.647	2.587	80.322	1.108	4.432	80.322
11	.636	2.545	82.867						
12	.548	2.191	85.058						
13	.484	1.937	86.995						
14	.458	1.833	88.828						
15	.420	1.679	90.507						
16	.356	1.425	91.932						
17	.346	1.384	93.316						
18	.305	1.220	94.536						
19	.292	1.166	95.702						
20	.226	.903	96.605						
21	.211	.844	97.450						
22	.187	.746	98.196						
23	.174	.696	98.892						
24	.139	.557	99.449						
25	.138	.551	100.000						

Σύμφωνα με την έβδομη στήλη (cumulative%), οι δέκα παράγοντες (διαστάσεις) εξηγούν το 80,322% της συνολικής διακύμανσης.

Στην συνέχεια δημιουργήσαμε ένα Scree Plot που είναι ένας γραφικός τρόπος προσδιορισμού του αριθμού των παραγόντων. Σύμφωνα με την θεωρία επιλέγουμε τους παράγοντες που βρίσκονται αριστερά από το σημείο αποκοπής (cut-off point). Αυτό είναι το σημείο από όπου η καμπύλη αρχίζει να γίνεται μια ευθεία γραμμή. Επομένως, σύμφωνα με το γράφημα εμείς επιλέγουμε τους παράγοντες 1 έως 10 γιατί οι υπόλοιποι σχηματίζουν μια νοητή ευθεία γραμμή.



Rotated Component Matrix(a)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Θαριότητα Νοσοκομείου	0,5628									
Αρρι νοσοκομείου	0,7684									
νοποίηση από τον πλισμό του Νοσοκομείου	0,8263									
σθήκες Νοσηλείας						0,8129				
ική εικόνα των χειρουργείω	0,6298									
ράνιση προσωπικού							0,7177			
όβαση - Σήμανση	0,5188									
ότητα φαγητού							0,7368			
νος - ξεκούραση κατά την οκεία νοσηλείας						0,8425				
θυμία					0,752					
ιμονή					0,808					
οσοχή στην περίπτωση σας			0,6757							
ιαφέρον			0,6855							
ολογική Υποστήριξη			0,7931							
μέρωση		0,751								
νότητα επικοινωνίας με το ρό		0,85								
ανόηση οδηγιών		0,683								
ένεια προσωπικού					0,651					
πιστοσύνη στο προσωπικό					0,735					
πιστοσύνη στις ικανότητες προσωπικού					0,682					
ταση	0,86									
αναχρησιμοποιήσετε τις ρεσίες του νοσοκομείου	0,856									
φέρεται ευνοϊκό σχόλια για νοσοκομείο στους άλλους ενείς	0,687									
ολικό Λάθος Υπηρεσιών										0,915
ολική Αναμονή Περιστατικώ								0,7935		

Στην περίπτωση αυτή, παρατηρούμε ότι υπάρχει μεγαλύτερη συγκέντρωση των μεταβλητών στις διαστάσεις (π.χ. από στοιχεία). Η ανάλυση μας έδωσε μια διαφορετική εικόνα όσον αφορά τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα οι διαστάσεις δεν είναι 8, όπως είχαμε αρχικά θεωρήσει, αλλά 10. Ειδικότερα παρατηρούμε ότι σύμφωνα με τους ερωτώμενους:

- Οι μεταβλητές «**συνθήκες νοσηλείας**» και «**Ύπνος-Ξεκούραση**» δεν περιέχονται στην διάσταση των απτών στοιχείων, αλλά σχηματίζουν μια ξεχωριστή διάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτώμενοι θεωρούν τον ύπνο και τις συνθήκες νοσηλείας ως διαφορετική διάσταση από αυτήν των απτών στοιχείων. Είναι λογικό οι ασθενείς να θεωρούν τις δύο αυτές μεταβλητές μία διάσταση, δεδομένου ότι ο βαθμός ικανοποίησης από την δυνατότητα ξεκούρασης στο νοσοκομείο(ύπνος) επηρεάζεται από τον διαθέσιμο χώρο, την ησυχία, και την θερμοκρασία του θαλάμου (συνθήκες νοσηλείας).

- Το ίδιο συμβαίνει και με τις μεταβλητές **«εμφάνιση προσωπικού»** και **«ποιότητα φαγητού»**. Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή από την ποιότητα του φαγητού είναι λογικό να επηρεάζεται από την εμφάνιση του προσωπικού. Αν για παράδειγμα οι νοσηλεύτριες/οι και οι γιατροί του νοσοκομείου είναι καθαροί και περιποιημένοι, ο ασθενής πιθανότατα θα είναι πιο θετικός όσον αφορά την ποιότητα των γευμάτων.
- Οι μεταβλητές **«ευγένεια προσωπικού»**, **«εμπιστοσύνη στο προσωπικό»** και **«εμπιστοσύνη στις ικανότητες του προσωπικού»** που σύμφωνα με την αρχική μας θεώρηση αποτελούσαν δύο διαφορετικές διαστάσεις, εδώ φαίνεται ότι αποτελούν μια ενιαία διάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι ερωτώμενοι θεωρούν την ευγένεια απαραίτητη προϋπόθεση για την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με το προσωπικό.
- Οι μεταβλητές **«Συνολικό λάθος υπηρεσιών»** και **«Συνολική αναμονή περιστατικών»** δεν σχηματίζουν μια διάσταση (αξιοπιστία) όπως αρχικά είχε θεωρηθεί, αλλά οι ερωτώμενοι εκτιμούν αυτές ως ξεχωριστές συνιστώσες της ίδιας διάστασης (αξιοπιστίας).

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι αυτό είναι το καταλληλότερο μοντέλο διότι :

1. η συγκέντρωση των μεταβλητών στις διαστάσεις είναι μεγαλύτερη.
2. οι νέες διαστάσεις που δημιουργούνται έχουν λογική ερμηνεία.

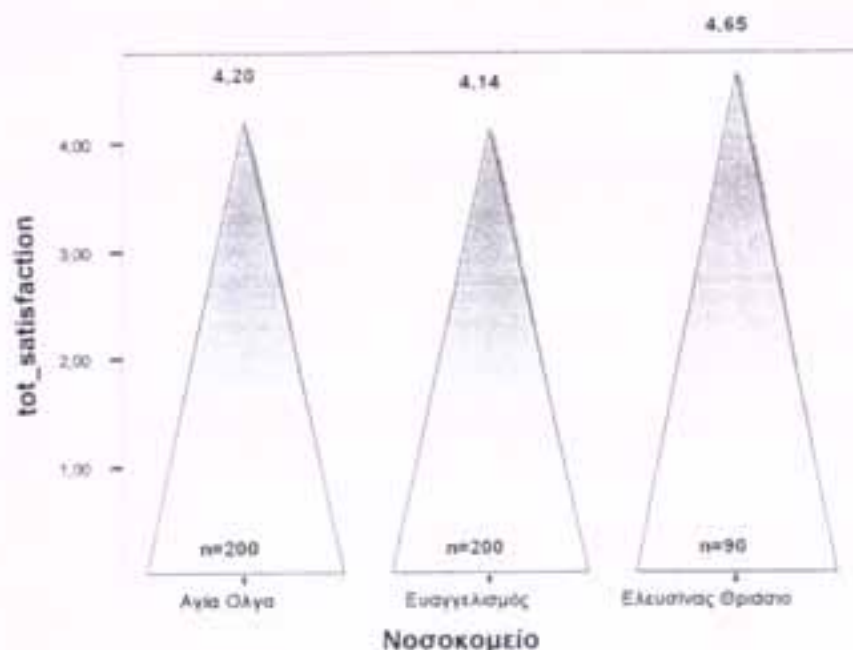
7.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ

Στην συνέχεια παρουσιάζονται στατιστικές αναλύσεις που αφορούν το νέο μοντέλο που προέκυψε από την Factor Analysis. Αρχικά υπολογίσαμε τον μέσο όρο κάθε διάστασης. (Το output υπάρχει στο παράρτημα [3])

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Μ.Ο
Ανταπόκριση προσωπικού	4,37
Πίστη	4,32
Σχέση με το προσωπικό(Ευγένεια-Εμπιστοσύνη)	4,23
Απτά στοιχεία	4,17
Επικοινωνία	4,17
Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών	4,11
Συνολική Αναμονή Περιστατικών	4,10
Εξατομικευμένη Φροντίδα	4,10
Παροχή Γευμάτων(Ποιότητα φαγητού-Εμφάνιση προσωπικού)	3,86
Δυνατότητα Ξεκούρασης(Υπνος-Συνθήκες νοσηλείας)	3,83

Όπως βλέπουμε περισσότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από την ανταπόκριση του προσωπικού(4,37), και την πίστη στο προσωπικό, ενώ λιγότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν από τις Συνθήκες Νοσηλείας και την Δυνατότητα Ξεκούρασης κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους (3,83).

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται η μέση συνολική ικανοποίηση ανά νοσοκομείο. Παρατηρούμε ότι ο Μέση Συνολική Ικανοποίηση της Αγίας Όλγας και του Ευαγγελισμού κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα (4,20 / 4,14), ενώ του Θριάσιου είναι μεγαλύτερη (4,65). Σημαντικό είναι βέβαια να διευκρινίσουμε ότι το δείγμα στα δύο πρώτα νοσοκομεία είναι 200, ενώ στο Θριάσιο 90.



Έπειτα διερευνήσαμε την πιθανή συσχέτιση της Συνολικής Ικανοποίησης με διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και το είδος του περιστατικού.

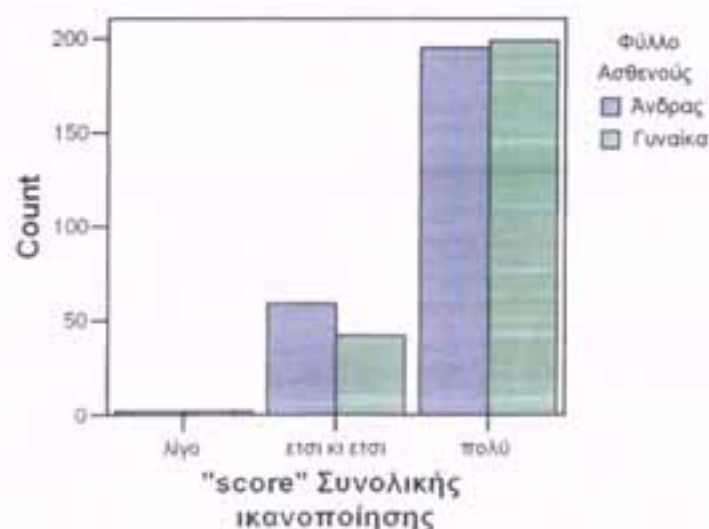
"score" Συνολικής ικανοποίησης * Φύλλο Ασθενούς Crosstabulation

			Φύλλο Ασθενούς		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
"score" Συνολικής ικανοποίησης	λίγο	Count	2	2	4
		% of Total	.4%	.4%	.8%
	ετσι κι ετσι	Count	59	42	101
		% of Total	11.8%	8.4%	20.2%
	πολύ	Count	195	199	394
		% of Total	39.1%	39.9%	79.0%
Total		Count	256	243	499
		% of Total	51.3%	48.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.565	2	.277
Likelihood Ratio	2.577	2	.278
Linear-by-Linear Association	2.149	1	.143
N of Valid Cases	499		

Bar Chart



Όπως φαίνεται από το γράφημα, αλλά και σύμφωνα με τον δείκτη Pearson Chi-Square ($0,277 > 0,05$) δεν υπάρχει κάποια εμφανής συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση και το φύλλο του ασθενούς.

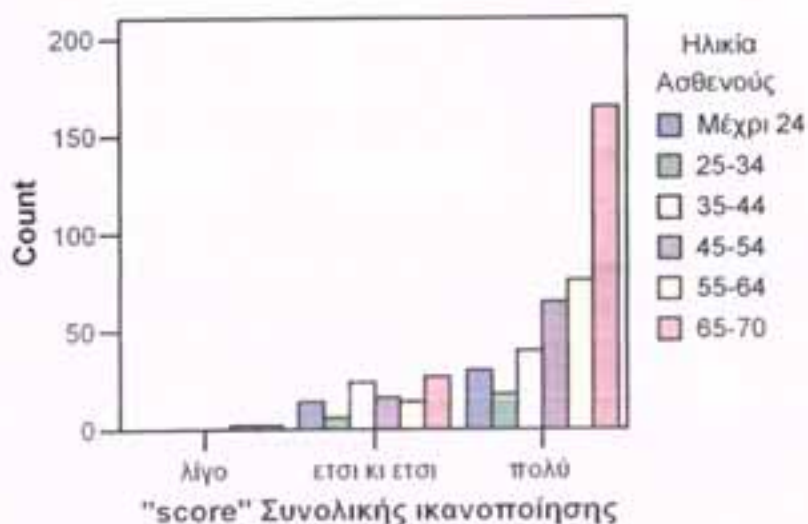
"score" Συνολικής ικανοποίησης * Ηλικία Ασθενούς Crosstabulation

			Ηλικία Ασθενούς						Total
			Μέχρι 24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-70	
"score" Συνολικής ικανοποίησης	λίγο	Count	0	0	0	0	2	2	4
		% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.4%	.8%
	ετσι κι ετσι	Count	14	6	24	16	14	27	101
		% of Total	2.8%	1.2%	4.8%	3.2%	2.8%	5.4%	20.2%
	πολύ	Count	30	18	40	65	76	165	394
		% of Total	6.0%	3.6%	8.0%	13.0%	15.2%	33.1%	79.0%
Total	Count	44	24	64	81	92	194	499	
	% of Total	8.8%	4.8%	12.8%	16.2%	18.4%	38.9%	100%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.561	10	.004
Likelihood Ratio	24.958	10	.005
Linear-by-Linear Association	9.998	1	.002
N of Valid Cases	499		

Bar Chart



Από τους πίνακες συσχετίσεων αλλά και από το γράφημα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει συσχέτιση της Συνολικής Ικανοποίησης με την Ηλικία του Ασθενούς και ειδικότερα παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι πιο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

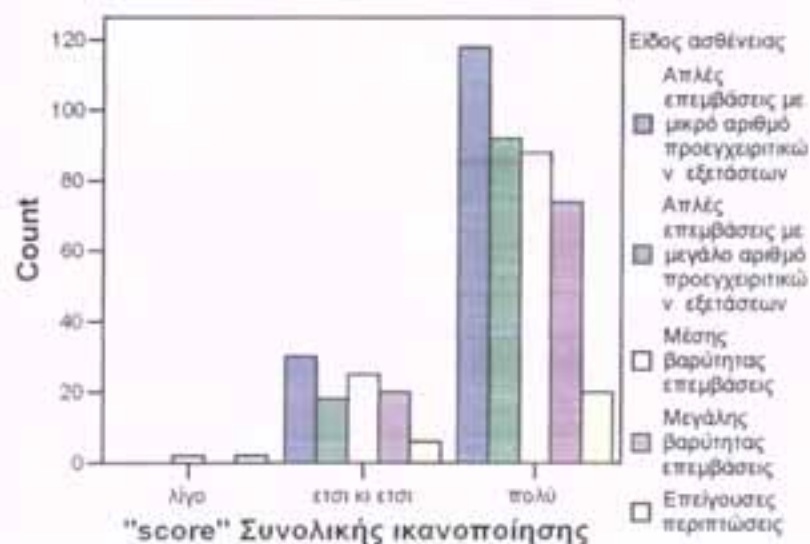
"score" Συνολικής ικανοποίησης * Είδος ασθένειας Crosstabulation

		Είδος ασθένειας					Total	
		Απλές επεμβάσεις με μικρό αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων	Απλές επεμβάσεις με μεγάλο αριθμό προεγχειρητικών εξετάσεων	Μέσης βαρύτητας επεμβάσεις	Μεγάλης βαρύτητας επεμβάσεις	Επείγουσες περιπτώσεις		
"score" Συνολικής ικανοποίησης	λίγο	Count	0	0	2	0	2	4
		% of Total	.0%	.0%	.4%	.0%	.4%	.8%
	ετσι κι ετσι	Count	30	18	25	20	6	99
		% of Total	6.1%	3.6%	5.1%	4.0%	1.2%	20.0%
	πολύ	Count	118	92	88	74	20	392
		% of Total	23.8%	18.6%	17.8%	14.9%	4.0%	79.2%
Total	Count	148	110	115	94	28	495	
	% of Total	29.9%	22.2%	23.2%	19.0%	5.7%	100%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.594	8	.012
Likelihood Ratio	13.439	8	.098
Linear-by-Linear Association	2.084	1	.149
N of Valid Cases	495		

Bar Chart



Σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην Ικανοποίηση και το Είδος του περιστατικού. Ειδικότερα παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που αποτελούν απλά περιστατικά δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που αποτελούν πιο σοβαρά περιστατικά.

"score" Συνολικής ικανοποίησης * Είδος περιστατικού Crosstabulation

			Είδος περιστατικού		Total
			Έκτακτο	Τακτικό	
"score" Συνολικής ικανοποίησης	λίγο	Count	2	2	4
		% of Total	,4%	,4%	,8%
	ΕΤΣΙ ΚΙ ΕΤΣΙ	Count	53	48	101
		% of Total	10,7%	9,7%	20,3%
	πολύ	Count	171	221	392
		% of Total	34,4%	44,5%	78,9%
Total	Count	226	271	497	
	% of Total	45,5%	54,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,572	2	,276
Likelihood Ratio	2,563	2	,278
Linear-by-Linear Association	2,390	1	,122
N of Valid Cases	497		

Εδώ διακρίνουμε ότι οι δύο μεταβλητές(είδος περιστατικού-συνολική ικανοποίηση)
δεν είναι εξαρτημένες μεταξύ τους($0,276 > 0,05$)

7.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρία μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής Αττικής. Στόχος της έρευνας είναι η ανάπτυξη εργαλείου μέτρησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, η εφαρμογή του εργαλείου για ασθενείς της γενικής χειρουργικής καθώς και η ανάλυση των δεδομένων για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών των νοσοκομείων.

Μέσω της ανάλυσης των περιγραφικών στοιχείων εντοπίστηκαν οι τομείς που οι ασθενείς θεωρούν ότι είναι προβληματικοί. Οι τομείς με την λιγότερη ικανοποίηση είναι: Αναβολή προγραμματισμένων ενεργειών, Λάθη και παραλείψεις προσωπικού και Επάρκεια προσωπικού. Απ' την άλλη πλευρά, οι τομείς στους οποίους παρατηρείται η μέγιστη ικανοποίηση είναι: η Εμφάνιση και η Ευγένεια του προσωπικού.

Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το νοσοκομείο που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο μέσο όρο ικανοποίησης είναι το Θριάσιο με 4.31, ακολουθεί η Αγία Όλγα με μέσο όρο 3.82 και τέλος ο Ευαγγελισμός με 3.56.

Σημαντικό είναι να αναφερθούμε και στις απαντήσεις των ασθενών όσον αφορά τους κύριους τομείς στους οποίους πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρξει βελτίωση. Σύμφωνα με τα δεδομένα οι ασθενείς προτείνουν σαν πρώτο τομέα βελτίωσης την "Αύξηση του προσωπικού (νοσηλευτικού, τραυματιοφορείς), την "καθαριότητα" και την "συντήρηση χώρων-ξενοδοχειακός εξοπλισμός".

Στη συνέχεια εντοπίστηκαν σημαντικές στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ ορισμένων μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο απαντούν πιο ευνοϊκά. Το ίδιο παρατηρείται και στην περίπτωση ασθενών με απλά περιστατικά. Τέλος, δεν εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην συνολική ικανοποίηση και το φύλο τους ασθενούς.

Το συγκεκριμένο μοντέλο ελέγχθηκε για την εσωτερική του συνέπεια, υπολογίζοντας τον συντελεστή Cronbach α για όλες τις διαστάσεις. Οι δείκτες είναι ιδιαίτερα υψηλοί για τις διαστάσεις ποιότητας πράγμα που πιστοποιεί την αξιοπιστία της κλίμακας και ερμηνεύεται ως χαμηλή συσχέτιση μεταξύ των στοιχείων και υψηλή με την συνολική εκτίμηση της κάθε διάστασης ποιότητας.

Τέλος, με την μέθοδο Factor Analysis αποδείξαμε ότι οι διαστάσεις που είχαμε αρχικά ορίσει επιβεβαιώνονται. Παράλληλα, η ανάλυση μας έδωσε μια διαφορετική άποψη όσον αφορά τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι διαστάσεις δεν είναι 8, όπως είχαμε αρχικά θεωρήσει, αλλά 10. Προστέθηκαν η διαστάσεις "Ποιότητα φαγητού-εμφάνιση προσωπικού" και "Υπνος-Συνθήκες νοσηλείας" (που πριν ήταν μέρος της διάστασης των απτών στοιχείων), ενώ η διάσταση της Αξιοπιστίας χωρίστηκε σε "Συνολικό Λάθος Υπηρεσιών" και "Συνολική Αναμονή Περιστατικών". Τέλος, οι διαστάσεις Ευγένεια και Εμπιστοσύνη ενώθηκαν σε μια εννοία διάσταση την " Σχέση με το προσωπικό".

Η περαιτέρω ανάλυση των νέων αυτών διαστάσεων, ανέδειξε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην Μέση Συνολική Ικανοποίηση(για τις νέες διαστάσεις) και την ηλικία των ασθενών. Ειδικότερα παρατηρήθηκε ότι, όπως και στο αρχικό μας μοντέλο, οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, ενώ δεν υπάρχει συσχέτιση της Μέσης Συνολικής Ικανοποίησης με το φύλο του ασθενούς.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο για την ικανοποίησή σας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μέσα στο νοσοκομείο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΦΥΛΟ <input type="checkbox"/>	ΑΣΧΟΛΙΑ <input type="checkbox"/>
Ανδρας 1	Εργάζεται 1
Γυναίκα 2	Ανεργος 2
	Συνταξιούχος 3
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ <input type="checkbox"/>	Εισοδηματίας 4
Μέχρι 24 1 <input type="checkbox"/>	Μαθητής - Σπουδαστής - Στρατιώτης 5
25-34 2	Νοικοκυρά 6
35-44 3	Ανίκανος για Εργασία -
45-54 4	Λοιπές Περιπτώσεις 7
55-64 5	ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ <input type="checkbox"/>
65-70 6	<input type="text"/>
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ <input type="checkbox"/>
Άγαμος 1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Έγγαμος 2	
Διαζευγμένος 3	
Συζεί 4	
Χήρος 5	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ	Απλές επεμβάσεις με μικρό αριθμό προχειριστικών εξετάσεων 1
Κανένα 1 <input type="checkbox"/>	Απλές επεμβάσεις με μεγάλο αριθμό προχειριστικών εξετάσεων 2
Ένα 2	Μέσης βαρύτητας επεμβάσεις 3
Δύο 3	Μεγάλης βαρύτητας επεμβάσεις 4
Περισσότερα 4	Επείγουσες περιπτώσεις 5
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ <input type="checkbox"/>	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ <input type="checkbox"/>
Δεν πήγε σχολείο 1	(σε ημέρες)
Δεν τελείωσε Δημοτικό 2	ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ <input type="checkbox"/>
Δημοτικό 3	Έκτακτο 1
Γυμνάσιο 4	Τακτικό 2
Λύκειο 5	Εχετε χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου στο παρελθόν;
ΤΕΛ - ΤΕΣ 6	ΝΑΙ 1 <input type="checkbox"/>
Ανώτερη Σχολή 7	ΟΧΙ 2 <input type="checkbox"/>
Ανώτατη / Μεταπτυχιακά 8	
Εχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας:	ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ <input type="checkbox"/>
ΝΑΙ 1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ΟΧΙ 2	

Α' Μέρος : Εικόνα του νοσοκομείου.....

ΔΕΙΞΕ ΚΑΡΤΑ 1

Ας ξεκινήσουμε με την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου :

Συγκρίνοντας την καθαριότητα και την τάξη στους χώρους του νοσοκομείου σε σχέση με την καθαριότητα και την τάξη στο σπίτι σας, πόσο ικανοποιημένος είστε ;

	σπίτι σας	1	2	3	4	5	9
Μεγάλη	1	2	3	4	5	9	
Μεσαία	1	2	3	4	5	9	
Μικρή	1	2	3	4	5	9	

Αναφέρετε συγκεκριμένα προβλήματα καθαριότητας που έπαιξαν στην αντίληψη σας :

Θα ήθελα να μιλήσουμε για την συντήρηση των χώρων του νοσοκομείου:

Οι χώροι του νοσοκομείου θα πρέπει να διατηρούνται σε καλή κατάσταση (φρεσκοβαμμένοι, καλά συντηρημένοι) . Πόσο ικανοποιημένος είστε από την συντήρηση των χώρων;

	σπίτι σας	1	2	3	4	5	9
Μεγάλη	1	2	3	4	5	9	
Μεσαία	1	2	3	4	5	9	
Μικρή	1	2	3	4	5	9	
Μικρότερο	1	2	3	4	5	9	

Αναφέρετε συγκεκριμένα προβλήματα συντήρησης που έπαιξαν στην αντίληψη σας :

Τώρα ας μιλήσουμε για την οργάνωση - διαμόρφωση των χώρων του νοσοκομείου ώστε να σας διευκολύνουν και να ικανοποιούν τις ανάγκες σας :

Οι χώροι του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι καλά οργανωμένοι . Διαμορφωμένοι ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες σας. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου ;

	σπίτι σας	1	2	3	4	5	9
Μεγάλη	1	2	3	4	5	9	
Μεσαία	1	2	3	4	5	9	
Μικρή	1	2	3	4	5	9	
Μικρότερο	1	2	3	4	5	9	

Αναφέρετε συγκεκριμένα προβλήματα οργάνωσης ή/ως έπαιξαν στην αντίληψη σας :

Στην συνέχεια θα μιλήσουμε για τον εξοπλισμό του νοσοκομείου :

Ο εξοπλισμός του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι σύγχρονος. Βαθμολογήστε πόσο σύγχρονος είναι ο εξοπλισμός (ξενοδοχειακός εξοπλισμός -μηχανήματα) του νοσοκομείου ;

	σπίτι σας	1	2	3	4	5	9
Μεγάλη	1	2	3	4	5	9	
Μεσαία	1	2	3	4	5	9	
Μικρή	1	2	3	4	5	9	
Μικρότερο	1	2	3	4	5	9	
Μικρότερο	1	2	3	4	5	9	
Μικρότερο	1	2	3	4	5	9	

Αναφέρετε συγκεκριμένα προβλήματα εξοπλισμού που έπαιξαν στην αντίληψη σας :

ν συνέχεια θα μιλήσουμε για τα χειρουργεία του νοσοκομείου :

Τα χειρουργεία του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι καθαρά, σύγχρονα, καλά οργανωμένα, με σύγχρονο εξοπλισμό : Πόσο ικανοποιημένος είστε από την γενική εικόνα των χειρουργείων του νοσοκομείου :

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

μιλήσουμε για τις συνθήκες νοσηλείας στον θάλαμο σας :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον διαθέσιμο χώρο στο θάλαμο νοσηλείας σας;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο ικανοποιημένος είστε όσον αφορά την ησυχία στον θάλαμο καθόλη την διάρκεια της ημέρας ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την θερμοκρασία και τον αερισμό του θαλάμου νοσηλείας σας ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Αναφέρατε συγκεκριμένες αιτίες που σας διαταράσσουν ή άλλα προβλήματα που έπασαν στην αντίληψη σας και είχαν σχέση με τον θάλαμο νοσηλείας σας :

αποληθούμε με τον ύπνο και την ξεκούραση κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας :

Από τις ενοχλήσεις που είχατε εξαιτίας της θένειας, σας μπορούσατε να κοιμηθείτε ή να ξεκουραστείτε κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίσατε όσον αφορά την ξεκούραση και τον ύπνο σας :

τικά με την ποιότητα του φαγητού :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ποιότητα του φαγητού (σερβιρίζονταν ζεστό, ήταν λομαγειρεμένο, το πρόγραμμα διατροφής είχε καλώς);

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Τρώγατε γεύματα εκτός αυτών που σας πρόσφερε το νοσοκομείο;

Ναι Όχι Αν ναι πόσο συχνά ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Αναφέρατε συγκεκριμένες αιτίες που σας διαταράσσουν ή άλλα προβλήματα που έπασαν στην αντίληψη σας και είχαν σχέση με την ποιότητα του φαγητού :

Έχετε με τις μετακινήσεις σας στους χώρους του νοσοκομείου :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την σήμανση των χώρων του νοσοκομείου (σας βοήθησαν οι πινακίδες να κινηθείτε με ευκολία μέσα στο νοσοκομείο);

1 2 3 4 5 9
 Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
 λίγο και έτσι πολύ

Έχετε με την πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες :

Στις υπηρεσίες που παρέχει το νοσοκομείο πρέπει να έχετε εύκολη πρόσβαση. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την πρόσβαση στους χώρους του νοσοκομείου (διοικητικές υπηρεσίες, τηλεφωνική συσκευή, τουαλέτες, κοινόχρηστοι χώροι κλπ.) ;

1 2 3 4 5 9
 Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
 λίγο και έτσι πολύ

Αναφέρετε συγκεκριμένες αιτίες που σας δυσχεραίνουν ή άλλα προβλήματα που έπασαν στην αντίληψη σας και έχουν σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου :

Τώρα ας μιλήσουμε για την εικόνα του προσωπικού του νοσοκομείου:

Το προσωπικό του νοσοκομείου θα πρέπει να είναι ευπαιδευμένο (καθαρό και περιποιημένο). Πόσο ικανοποιημένος είστε από την εμφάνιση του προσωπικού του νοσοκομείου;

Κατηγορία προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτριο	πολύ	πολύ πολύ	ΔΣ/ΔΑ
Νοσηλεύτριες/ίτες	1	2	3	4	5	9
Διοικητικοί υπάλληλοι και λοιπό προσωπικό	1	2	3	4	5	9
Γιατροί	1	2	3	4	5	9

Αναφέρετε συγκεκριμένες αιτίες που σας δυσχεραίνουν ή άλλα προβλήματα που έπασαν στην αντίληψη σας και έχουν σχέση με την εικόνα του προσωπικού του νοσοκομείου :

Β' Μέρος : Ανταπόκριση του προσωπικού.....

Σχετικά με τον χρόνο αναμονής για την εξυπηρέτησή σας από το προσωπικό του νοσοκομείου όταν το καλέσατε :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τον χρόνο που περιμένετε για να εξυπηρετηθείτε (ανταποκρίθηκε, γρήγορα στο κάλεσμα σας);:

κατηγορία προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	παρα πολύ	ΔΕΔΑ
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9
Διακηρυκτοί Υπάλληλοι	1	2	3	4	5	9
Γιατροί	1	2	3	4	5	9

Αναφέριτε συγκεκριμένες αιτίες που σας δυσχερέστηκαν ή άλλα προβλήματα που έπεσαν στην αντίληψη σας και είχαν σχέση με τον χρόνο αναμονής ή εξυπηρέτησης :

Τώρα ας μιλήσουμε για την προθυμία του προσωπικού του Νοσοκομείου:

Το προσωπικό του νοσοκομείου θα πρέπει να δείχνει προθυμία όταν σας εξυπηρετεί. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την προθυμία που έδειξε το προσωπικό του νοσοκομείου ;

κατηγορία προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	παρα πολύ	ΔΕΔΑ
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9
Διακηρυκτοί Υπάλληλοι	1	2	3	4	5	9
Γιατροί	1	2	3	4	5	9

Αναφέριτε συγκεκριμένες αιτίες που σας δυσχερέστηκαν ή άλλα προβλήματα που έπεσαν στην αντίληψη σας και είχαν σχέση με την προθυμία στην ανταπόκριση του καλέσματος ή της εξυπηρέτησης :

Μέρος Γ' : Προσοχή στην περίπτωση σας.....

Τώρα ας μιλήσουμε για την προσοχή που σας έδειχνε το Προσωπικό του Νοσοκομείου:

Η εξυπηρέτηση από το Προσωπικό του νοσοκομείου πρέπει να είναι σε προσωπική βάση. Νιώθατε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου σας αντιμετώπιζε ως άτομο και όχι ως έναν απλό ασθενή (οικεία-φιλική συμπεριφορά):

κατηγορία προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	πέρα πολύ	ΔΕΙΔΑ
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9
Γιατροί	1	2	3	4	5	9

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που σας δυσαρέστησαν :

Το προσωπικό του νοσοκομείου θα πρέπει να ενδιαφέρεται για την ασθένεια σας. Νιώθατε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου ενδιαφερόταν για την περίπτωση σας και τα προβλήματα που είχατε εξαιτίας της ασθένειας σας (πόνος, δυσκολία κίνησης, υγιεινή, διατροφή κλπ):

κατηγορία προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	πέρα πολύ	ΔΕΙΔΑ
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9
Γιατροί	1	2	3	4	5	9

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που σας δυσαρέστησαν :

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας είχατε ανάγκη από ψυχολογική στήριξη (μοναξιά, φόβος, άγχος κλπ). Πόσο ικανοποιημένος είστε από το προσωπικό του νοσοκομείου; (κατανοούσε τις ανάγκες σας για ψυχολογική στήριξη :)

κατηγορία προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	πέρα πολύ	ΔΕΙΔΑ
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9
Γιατροί	1	2	3	4	5	9

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που σας δυσαρέστησαν :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την προσοχή και φροντίδα που έδειχνε το προσωπικό του νοσοκομείου για τη περίπτωση σας KAPTA 4



Μέρος Δ' : Συχνή και Κατανοητή Επικοινωνία με τον ασθενή.....

ώρας μιλήσουμε για την επικοινωνία σας με τον γιατρό :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό σας ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός για την εγχείρηση (χρόνος, χρησιμότητα, τι πρόκειται να συμβεί, σοβαρότητα, δυσκολία στην κίνηση, κλπ.) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Την τελευταία φορά που είδατε το γιατρό στο νοσοκομείο. Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που σας παρείχε σχετικά με την πορεία της υγείας σας (την εξέλιξη της ασθένειας σας, πότε θα γίνετε καλά κλπ.) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

ώρας μιλήσουμε για την επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που σας παρείχαν οι νοσηλεύτριες σχετικά με την νοσηλεία σας (χρόνος, χρησιμότητα, τι πρόκειται να συμβεί κλπ.) ; - αναφορά σε νοσηλευτικές ενέργειες.

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός, για τις εξετάσεις που χρειαζόταν να κάνετε πριν και μετά την εγχείρηση (είδος - χρησιμότητα, χρόνος, δυσκολία, πόνος, ταλαιπωρία κλπ.) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός για την φαρμακευτική αγωγή που χρειαζόταν να ακολουθήσετε πριν και μετά την εγχείρηση (είδος - χρησιμότητα-χρόνο λήψης.) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο κατανοητές ήταν οι οδηγίες των γιατρων κατά την διάρκεια νοσηλείας σας ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Πόσο κατανοητές ήταν οι οδηγίες των νοσηλευτών για τις διάφορες νοσηλευτικές πράξεις (χρειάσθηκαν διευκρινήσεις κλπ.) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΣ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ



υνέχεια, σας μιλήσουμε για την επικοινωνία σας με το διοικητικό προσωπικό (αν έπεσαν
νείληψη σας προβλήματα):

κανοποιημένος είστε από την
ωση που παρείχαν σε σας ή τους
ς σας οι διοικητικοί υπάλληλοι για τις
ρες διοικητικές πράξεις (διαδικασία
γής, διαδικασία εξόδου, διαδικασία
μής των νοσηλείων, έντυπα κλπ.) ;

Πόσο κατανοητές ήταν οι πληροφορίες των
διοικητικών υπαλλήλων σε σας ή τους
οικείους σας για τις διάφορες διοικητικές
πράξεις (διαδικασία εισαγωγής, διαδικασία
εξόδου, διαδικασία πληρωμής των
νοσηλείων κλπ.) ;

2 3 4 5 9
λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
και έτσι πολύ

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

ς Ε : Υπηρεσίες χωρίς λάθη και στην ώρα τους.....

Ναι Όχι ΔΕ/ΔΑ

ΝΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

θηκε το ραντεβού σας με τον γιατρό στα εξωτερικά ιατρεία ;
γιατί.....

ΟΥΣ

κανοποιημένος είστε από τον χρόνο που περιμένατε
ξεασθείτε από τον γιατρό στα εξωτερικά ιατρεία του
μείου (υπήρχε καθυστέρηση) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

κανοποιημένος είστε από τον χρόνο που περιμένατε
εξυπηρετηθείτε στην γραμματεία των εξωτερικών
ν αλλά και στις άλλες διοικητικές υπηρεσίες του
μείου (καθυστέρηση) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

ΝΑΙ ΤΑΚΤΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

θηκε η προγραμματισμένη εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ;
γιατί.....

ΟΥΣ

κανοποιημένος είστε από τον χρόνο που περιμένατε
ισαχθείτε στο νοσοκομείο (καθυστέρηση) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

ποποιήθηκε η χειρουργική επέμβαση την ημέρα που είχε προγραμματισθεί ;
γιατί.....

κανοποιημένος είστε από τον χρόνο που περιμένατε
την χειρουργική επέμβαση (καθυστέρηση) ;

1 2 3 4 5 9
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Ναι Όχι ΔΞ/ΔΑ

εξετάσεις διεξάγονταν την προγραμματισμένη (πριν και μετά την εγχείρηση) ώρα ;

ΟΧΙ γιατί.....

σο ικανοποιημένος είστε από τον χρόνο που περιμένετε
να την χειρουργική επέμβαση (καθυστέρηση) ;
Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

φαρμακευτική αγωγή δινόταν από τους νοσηλευτές την προγραμματισμένη από τον

τρόπο ώρα ;

ΟΧΙ γιατί.....

ε την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο σας δίνονται συγκεκριμένες οδηγίες που πρέπει να τηρείτε
πασκεπτήριο, διατροφή, κάπνισμα, ησυχία κλπ). Πόσο αυστηρά ελέγχεται ή τήρηση τους από το
νοσοκομείο;

Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Ναι Όχι ΔΞ/ΔΑ

ειάσθηκε να ξαναμιλήσετε με τον γιατρό σας για συμπλήρωση πληροφοριών που
ορούσαν το ιστορικό σας ;

αναλήφθηκαν κάποιες εξετάσεις εξαιτίας λάθους ή παραλείψεων του
προσωπικού του νοσοκομείου ;

λλαξαν τα σεντόνια όποτε το είχατε ανάγκη ;

τι βαθμό χρειασθήκατε την βοήθεια συγγενικού / φιλικού προσώπου κατά την
 διάρκεια της νοσηλείας λόγω της ανεπάρκειας του προσωπικού ;

Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΞ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

χρειασθήκατε αποκλειστική νοσοκόμο κατά την διάρκεια της ημέρας ;

προθετούσαν παραβάν όταν χρειάζοταν (αλλαγή ρούχων, εξέταση) ;



Μέρος Στ' : Ευγενικό και Έμπιστο Προσωπικό.....

Μιλήσουμε για την ευγένεια του προσωπικού :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ευγένεια του προσωπικού του νοσοκομείου;

πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ	ΔΞ/ΔΑ
1	2	3	4	5	9
1	2	3	4	5	9
1	2	3	4	5	9
1	2	3	4	5	9

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που σας διακόπησαν :

Μιλήσουμε για τις ικανότητες του προσωπικού :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την εμπειροσύνη που σας ενέπνεε το προσωπικό του νοσοκομείου ως προς τις ικανότητες του ;

Είδος προσωπικού	πολύ λίγο	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ	ΔΞ/ΔΑ
Γιατροί	1	2	3	4	5	9
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που αντιληφθήκατε :

Μιλήσουμε με την εμπιστοσύνη που σας ενέπνεε το προσωπικό :

Πόσο ικανοποιημένος είστε από την εμπιστοσύνη που σας ενέπνεε το προσωπικό του νοσοκομείου ως άτομα (εκμυστήρευση προσωπικών πληροφοριών);

Είδος προσωπικού	πολύ λίγη	λίγη	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ	ΔΞ/ΔΑ
Γιατροί	1	2	3	4	5	9
Νοσηλεύτριες/τες	1	2	3	4	5	9

Αναφέρατε συγκεκριμένα προβλήματα που αντιληφθήκατε :

Μέρος Ζ : Πρόκειται να ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες.....

Πρόκειται να ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου αν χρειασθεί να εισαχθείτε για νοσηλεία για την ίδια ή παρεμφερή αιτία;

1 2 3 4 5 9

Απίθανο Μάλλον Δεν είμαι Αρκετά Πολύ ΔΕ/ΔΑ
Απίθανο Σίγουρος Πιθανόν Πιθανόν

Πρόκειται να συστήσετε το νοσοκομείο και σε άλλους γνωστούς σας αν χρειασθεί να εισαχθούν για την ίδια ή παρεμφερή αιτία;

1 2 3 4 5 9

Απίθανο Μάλλον Δεν είμαι Αρκετά Πολύ ΔΕ/ΔΑ
Απίθανο Σίγουρος Πιθανόν Πιθανόν

Πρόκειται να συστήσετε και σε άλλους γνωστούς σας τους ματρός της χειρουργικής κλινικής του συγκεκριμένου νοσοκομείου αν χρειασθεί να εισαχθούν για την ίδια ή παρεμφερή αιτία;

1 2 3 4 5 9

Απίθανο Μάλλον Δεν είμαι Αρκετά Πολύ ΔΕ/ΔΑ
Απίθανο Σίγουρος Πιθανόν Πιθανόν

Όταν συζητάτε με τους άλλους ασθενείς αναφέρεται θετικά σχόλια για το νοσοκομείο.
Σε τι βαθμό ;

1 2 3 4 5 9

Πολύ λίγο έτσι πολύ πάρα ΔΕ/ΔΑ
λίγο και έτσι πολύ

Σε ποιους τομείς πρέπει το νοσοκομείο να επικεντρωθεί για να βελτιώσει την λειτουργία του - τις υπηρεσίες που παρέχει (κατάταξη) ;

Αναφέρατε τους τομείς:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Αναφέρατε τους λόγους:

2. Στατιστικά αποτελέσματα αξιοπιστίας του αρχικού μοντέλου

Reliability Αντά στοιχεία

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	16	6,4
	Excluded	234	93,6
	Total	250	100,0

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	4,127	1,813	4,500	2,688	2,483	,254	29
Item Variances	,390	,117	1,329	1,213	11,393	,071	29
Inter-Item Covariances	,154	-,354	,475	,829	-1,341	,012	29
Inter-Item Correlations	,439	-,293	1,000	1,293	-3,408	,056	29

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,9497	,9578	29

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Καθαριότητα θαλάμων	115,19	125,896	,709	,947
Καθαριότητα κοινόχρηστων χώρων	115,19	125,896	,709	,947
Καθαριότητα λουτρών - αφοδευτηρίων	115,25	124,600	,692	,947
Συντήρηση θαλάμων	115,25	129,267	,587	,948
Συντήρηση λουτρών - αφοδευτηρίων	115,19	126,963	,785	,947
Συντήρηση κοινόχρηστων χώρων	115,31	123,429	,777	,946
Συντήρηση ανασέρ	115,25	121,667	,782	,946
Οργάνωση - διαμόρφωση θαλάμων	115,50	130,800	,586	,949
Οργάνωση - διαμόρφωση λουτρών - αφοδευτηρίων	115,50	130,800	,586	,949
Οργάνωση - διαμόρφωση κοινόχρηστων χώρων	115,56	133,063	,404	,950
Λειτουργικότητα ασανσέρ	115,50	130,800	,586	,949
Σύγχρονος εξοπλισμός θαλάμων	115,56	128,129	,705	,947
Σύγχρονος εξοπλισμός λουτρών - αφοδευτηρίων	115,50	126,933	,745	,947
Σύγχρονος εξοπλισμός χειρουργίων	115,44	124,663	,882	,946
Σύγχρονος εξοπλισμός κοινόχρηστων χώρων	115,56	122,929	,810	,946
Σύγχρονο ασανσέρ	115,56	123,996	,740	,947
Σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα	115,44	125,729	,796	,946
Γενική εικόνα των χειρουργείων	115,19	131,496	,388	,950
Διαθέσιμος χώρος στον θάλαμο	115,50	127,067	,734	,947
Ήσυχια στον θάλαμο	116,00	127,467	,528	,949
Θερμοκρασία - αερισμός θαλάμου	115,63	127,050	,695	,947
Ύπνος - ξεκούραση κατά την διάρκεια νοσηλείας	115,88	124,917	,752	,947
Ποιότητα φαγητού	116,13	119,450	,618	,950
Συχνότητα γευμάτων εκτός νοσοκομείου	117,88	134,650	,025	,958
Σήμανση στους χώρους του νοσοκομείου	115,69	127,429	,743	,947
Πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου	115,63	131,717	,438	,949
Εμφάνιση νοσηλευτικού προσωπικού	115,38	129,583	,601	,948
Εμφάνιση διοικητικού προσωπικού	115,31	128,363	,684	,948
Εμφάνιση ιατρικού προσωπικού	115,31	128,363	,684	,948

Reliability Ανταπόκριση

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	195	78.0
	Excluded ^a	55	22.0
	Total	250	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.9527	.9544	6

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Ανταπόκριση νοσηλευτικού προσωπικού	4,52	,762	195
Ανταπόκριση διοικητικού προσωπικού	4,53	,706	195
Ανταπόκριση ιατρικού προσωπικού	4,56	,674	195
Προθυμία νοσηλευτικού προσωπικού	4,53	,644	195
Προθυμία διοικητικού προσωπικού	4,54	,602	195
Προθυμία ιατρικού προσωπικού	4,55	,627	195

Inter-Item Correlation Matrix

	Ανταπόκριση νοσηλευτικού προσωπικού	Ανταπόκριση διοικητικού προσωπικού	Ανταπόκριση ιατρικού προσωπικού	Προθυμία νοσηλευτικού προσωπικού	Προθυμία διοικητικού προσωπικού	Προθυμία ιατρικού προσωπικού
Ανταπόκριση νοσηλευτικού προσωπικού	1,000	,826	,783	,794	,759	,572
Ανταπόκριση διοικητικού προσωπικού	,826	1,000	,959	,670	,752	,786
Ανταπόκριση ιατρικού προσωπικού	,783	,959	1,000	,651	,784	,808
Προθυμία νοσηλευτικού προσωπικού	,794	,670	,651	1,000	,896	,777
Προθυμία διοικητικού προσωπικού	,759	,752	,784	,896	1,000	,844
Προθυμία ιατρικού προσωπικού	,572	,786	,808	,777	,844	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Reliability Φροντίδα

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	192	76,8
	Excluded ^a	58	23,2
	Total	250	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,9083	,9151	6

Inter-Item Correlation Matrix

	Προσοχή νοσηλευτικού προσωπικού σε ατομική βάση	Προσοχή ιατρικού προσωπικού σε ατομική βάση	Ενδιαφέρον νοσηλευτικού προσωπικού για ασθένεια νοσηλευόμενου	Ενδιαφέρον ιατρικού προσωπικού για ασθένεια νοσηλευόμενου	Ψυχολογική υποστήριξη νοσηλευτικού προσωπικού	Ψυχολογική υποστήριξη ιατρικού προσωπικού
Προσοχή νοσηλευτικού προσωπικού σε ατομική βάση	1,000	,836	,813	,707	,592	,463
Προσοχή ιατρικού προσωπικού σε ατομική βάση	,836	1,000	,647	,802	,430	,496
Ενδιαφέρον νοσηλευτικού προσωπικού για ασθένεια νοσηλευόμενου	,813	,647	1,000	,797	,605	,473
Ενδιαφέρον ιατρικού προσωπικού για ασθένεια νοσηλευόμενου	,707	,802	,797	1,000	,516	,563
Ψυχολογική υποστήριξη νοσηλευτικού προσωπικού	,592	,430	,605	,516	1,000	,895
Ψυχολογική υποστήριξη ιατρικού προσωπικού	,463	,496	,473	,563	,895	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Προσοχή νοσηλευτικού προσωπικού σε ατομική βάση	4,29	,660	192
Προσοχή ιατρικού προσωπικού σε ατομική βάση	4,35	,586	192
Ενδιαφέρον νοσηλευτικού προσωπικού για ασθένεια νοσηλευόμενου	4,34	,667	192
Ενδιαφέρον ιατρικού προσωπικού για ασθένεια νοσηλευόμενου	4,39	,578	192
Ψυχολογική υποστήριξη νοσηλευτικού προσωπικού	4,20	,845	192
Ψυχολογική υποστήριξη ιατρικού προσωπικού	4,26	,748	192

Reliability Επικοινωνία

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	159	63,6
	Excluded ^a	91	36,4
	Total	250	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,9271	,9315	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	4,48	,549	159
Ενημέρωση επί των εξετάσεων από το γιατρό	4,45	,536	159
Ενημέρωση επί της εγχείρησης από το γιατρό	4,50	,538	159
Ενημέρωση επί της φαρμακευτικής γωγής από το γιατρό	4,41	,530	159
Ενημέρωση επί της πορείας της υγείας από το γιατρό	4,45	,536	159
Κατανόηση ιατρικών οδηγιών	4,43	,545	159
Ενημέρωση επί της νοσηλείας από το νοσηλεύτη	4,35	,729	159
Κατανόηση νοσηλευτικών οδηγιών	4,40	,627	159
Κατανόηση οδηγιών επί διοικητικών υπηρεσιών	4,30	,644	159
Ενημέρωση οικείων επί διοικητικών υπηρεσιών από τους διοικητικού υπαλλήλους	4,23	,667	159

Inter-Item Correlation Matrix

	Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό	Ενημέρωση επί των εξετάσεων από το γιατρό	Ενημέρωση επί της εγχείρησης από το γιατρό	Ενημέρωση επί της φαρμακευτικής γωγής από το γιατρό	Ενημέρωση επί της πορείας της υγείας από το γιατρό	Κατανόηση ιατρικών οδηγιών	Ενημέρωση επί της νοσηλείας από το νοσηλευτή	Κατανόηση νοσηλευτικών οδηγιών	Κατανόηση οδηγιών επί διοικητικών υπηρεσιών	Ενημέρωση οικείων επί διοικητικών υπηρεσιών από τους διοικητικού υπαλλήλους
κοινωνία	1,000	,636	,712	,737	,636	,687	,438	,531	,359	,333
επί των από το γιατρό	,636	1,000	,773	,770	,780	,741	,504	,518	,408	,358
επί της από το γιατρό	,712	,773	1,000	,792	,817	,695	,479	,520	,441	,381
επί της γωγής	,737	,770	,792	1,000	,814	,793	,434	,519	,378	,373
επί της υγείας από	,636	,780	,817	,814	1,000	,763	,504	,518	,427	,411
ιατρικών	,687	,741	,695	,793	,763	1,000	,517	,650	,387	,316
επί της από το νοσηλευτικό	,438	,504	,479	,434	,504	,517	1,000	,834	,558	,562
οδηγιών επί διοικητικών υπηρεσιών	,531	,518	,520	,519	,518	,650	,834	1,000	,611	,595
οικείων επί διοικητικών υπηρεσιών	,359	,408	,441	,378	,427	,387	,558	,611	1,000	,925
διοικητικού	,333	,358	,381	,373	,411	,316	,562	,595	,925	1,000

Correlation matrix is calculated and used in the analysis.

Reliability Αξιολογία

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Αναβολή ραντεβού εξωτερικών ιατρείων	,97	,174	65
Χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία	4,20	,666	65
Χρόνος αναμονής στη γραμματεία των εξωτερικών ιατρείων	4,17	,675	65
Αναβολή Προγραμματισμένης Εισαγωγής στο Νοσοκομείο	,94	,242	65
Χρόνος αναμονής εισαγωγής στο νοσοκομείο	4,29	,522	65
Πραγματοποίηση της επέμβασης την ημέρα που είχε ορισθεί	,95	,211	65
Χρόνος αναμονής πραγματοποίησης των απαιτούμενων εξετάσεων	4,26	,567	65
Η φαρμακευτική αγωγή δίνονταν την προγραμματισμένη ώρα	,97	,174	65
Παροχή γενικών οδηγιών κατά την είσοδο στο νοσοκομείο	2,63	1,597	65
Συμπληρωματικές πληροφορίες επί του ιστορικού	,80	,403	65
Επανάληψη εξετάσεων λόγω λάθους	,98	,124	65
Αλλαγή σεντονιών όποτε απαιτείτο	,95	,211	65
Ανάγκη αποκλειστικής νοσοκόμου κατά την διάρκεια της ημέρας	,91	,292	65
Τοποθέτηση παραβάν κατά την παροχή υπηρεσιών	,71	,458	65
Βοήθεια Συγγ. Προσώπου κατά τη διάρκεια νοσηλείας	1,77	1,284	65
Χρόνος αναμονής πραγματοποίησης της χειρουργικής επέμβασης	4,26	,594	65

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.4574	.4739	16

Reliability Ευγένεια

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	229	91,6
	Excluded ^a	21	8,4
	Total	250	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Inter-Item Correlation Matrix

	Ευγένεια νοσηλευτικού προσωπικού	Ευγένεια διοικητικού προσωπικού	Ευγένεια ιατρικού προσωπικού
Ευγένεια νοσηλευτικού προσωπικού	1,000	,848	,808
Ευγένεια διοικητικού προσωπικού	,848	1,000	,895
Ευγένεια ιατρικού προσωπικού	,808	,895	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.9411	.9446	3

Reliability Εμπιστοσύνη

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	201	80,4
	Excluded ^a	49	19,6
	Total	250	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Inter-Item Correlation Matrix

	Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού	Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του ιατρικού προσωπικού	Εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό	Εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού	1,000	,909	,674	,697
Εμπιστοσύνη στις ικανότητες του ιατρικού προσωπικού	,909	1,000	,674	,679
Εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό	,674	,674	1,000	,818
Εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό	,697	,679	,818	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,916	,920	4

Reliability Πιστη

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	209	83,6
	Excluded ^a	.41	16,4
	Total	250	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,737	,755	4

Inter-Item Correlation Matrix

	Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	Συστήνετε τους γιατρούς του νοσοκομείου	Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλιο για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς
Θα ξαναχρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	1,000	,808	,294	,498
Συστήνετε τις υπηρεσίες του νοσοκομείου	,808	1,000	,356	,514
Συστήνετε τους γιατρούς του νοσοκομείου	,294	,356	1,000	,141
Αναφέρεται ευνοϊκό σχόλιο για το νοσοκομείο στους άλλους ασθενείς	,498	,514	,141	1,000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

3.Αναλυση των νέων μεταβλητών

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
"score" Ανταπόκρισης προσωπικού	500	4	1	5	4,37	,694
"score" Πίστης	500	4	1	5	4,32	,695
"score" Σχέσης με το προσωπικό(Ευγένεια-εμπιστοσύνη)	500	4	1	5	4,23	,575
"score" Απτών στοιχείων	500	3	2	5	4,17	,583
"score" Επικοινωνία	500	2	3	5	4,17	,533
"score" Συνολικού Λάθους Υπηρεσιών	500	3	2	5	4,11	,837
"score" Συνολικής Αναμονής Περιστατικών	500	4	1	5	4,10	,718
"score" Εξατομικευμένης Φροντίδας	500	4	1	5	4,10	,657
"score" Παροχής Γευμάτων	500	3	2	5	3,86	,717
"score" Δυνατότητα Ξεκούρασης	500	4	1	5	3,83	,769
Valid N (listwise)	500					

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. "Tools for patient satisfaction", Hospital & Health Networks, vol 78, No 3, 2004
1996
2. Aben C, Ruyter K, Wetzels M, Birgelen M, "Determinants of general practice service quality"
3. Aragon S, Gesell S, "A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation", American Journal of Medical Quality, Vol.18, No.6, Nov2003.
4. Asubonteg P, Mc Cleary, Swan J, "SERVQUAL revisited:a critical review of service quality", Journal of Services Marketing, Vol10, No6, pp62-81
5. Babacus E, Boller G , "An Empirical Assessment of the Servqual scale", Journal of Business Research 24.253-268(1992)
6. Barr K, Banks S, "Public Reporting of Hospital Patient Satisfaction:A Review of Survey Methods and Statistical Approaches", Rhode Island Department of Health
7. Bebko C,Garg R, "Service Quality in Hospitals:Perceptions of Responsiveness in Service Delivery, Journal of Hospital Marketing,Vol9,1995
8. Bennigton L, Cummane J, "Measuring service quality : "A hybrid methodology", Total Quality Management, Vol.9, No.6, 1998, 395-405
9. Bowers, Swan M, Koehler, "What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery", Health Care Management Review, 19 (Fall 1994)
10. Brady M, Cronin J, Brand R, "Performance-only measurement of service quality:a replication and extension" , Journal of Business Research 55(2002), 17-31
11. Caldwell C, "The handbook for managing change in health care", ASQC Quality Press, 1998
12. Collins K, O' Cathain A, "The continuum of patient satisfaction-from satisfied to very satisfied", Social Science & Medicine, Vol 57, 2003.
13. Crispin Jenkison, "Measuring Health and Medical Outcomes", UCL Press 1994
14. Cronin J, Taylor S, "Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension",Journal of Marketing,Vol.56,pp 55-68
15. Cronin J, Taylor S, "Servperf Versus Servqual:Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement Of Service Quality", Journal of Marketing, Vol .58, January 1994, 125-131
16. D.H. Stamatis, Total Quality Management inHealth Care, Implementation Strategies for Optimum Results, IRWIN Professional Publishing, 1996
17. Danky K, Miles J, "Patient Satisfaction with Ambulatory Healthcare Services Waiting Time andFilling Time", Hospital and Health Services Administration 42:2, Summer 1997

18. De Man S, Gemmel P, Vlerick P, Van Rijk P, Dierckx R, "Patients and personnels perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine", University of Gent, January 2002
19. Doherty D, "Measurement of Patient Satisfaction Guidelines", The Health Boards Executive, Unit 4, 2003.
20. Drachman D, "Benchmarking Patient Satisfaction at Academic Health Centers", Vol22, No5
21. Draper M, Hill S, "Feasibility of National Benchmarking of Patient Satisfaction with Australian Hospitals", International Journal for Quality in Health Care , Vol8,pp457-466,1996
22. Dull V, Lansky D, Davis N, "Evaluating a Patient Satisfaction Survey for Maximum Benefit", Journal of Quality Improvement, Vol 20, No8
23. Fitzsimmons J., Fitzsimmons M, "Service Management for competitive advantage", McGraw – Hill International Editions, Management and Organization Series. 1994
24. Ford R, Bach S, Fottler M, "Methods of mesuring patient satisfaction in health care organisations" , Health Care Manage Rev, 1997, 74-89
25. Fusilier, Marcelline R, Penny, "Aids:patients,percetions of nursing care quality", Journal of Health Care Marketing ,Vol 15, Spring 1995
26. Glass A, "Identifying Issues Important to Patients on a Hospital Satisfaction Questionnaire", Psychiatric Services, January 1995, Vol.46, No 1
27. Grapentine T, "The history and future of Service Quality Assessment"
28. Headley D, Miller S, "Measuring Service Quality and its Relationship to Future Customer Behavior" , Journal of Health Care Marketing, Vol 13, No 4, 32-41, 1993
29. Health Quality Performance Measurement and Reporting Program, August 2002
30. Herson P, Nitecki, Altman, "Service Quality and customer satisfaction: An assessment and future directions"
31. Hudak P, Wright J, "The characteristics of patient satisfaction measures", Spine, Vol.25, No.24, pp 3167-3177, 2000.
32. Jan J. Kerssens,¹ Peter P. Groenewegen,² Herman J. Sixma,¹ Wienke G.W. Boerma," Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries", Bulletin of the World Health Organization, February 2004, Vol 82
33. Jiang J, Klein G, Carr C, "Measuring Information System Service Quality: Servqual from the other side", Mis Quarterly, Vol.26, No.2, pp 145-166, June 2002
34. John E. Ware. Mark Kosinski , Susan D. Keller, " SF36 Physical and Mental Scales A Users Manual", The Health Institute, New England Center, Boston, Massachusetts
35. June A. Schmele, Al-Assaf, "The Textbook of Total Quality in Health Care", Total Quality in Health Care, St. Lucie Press, 1993

36. Kane R, Maciejewski M, Finch M, "The Relationship of Satisfaction with Care and Clinical Outcomes", *Medical Care*, Vol35, No7, pp714-730
37. Kessler Sheila, "Measuring and managing customer satisfaction", ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin 1996
38. Kunst P, Lemming Jos, "Quality management and business performance in hospitals : A search for success parameters", *Total Quality Management*, Vol.11, No.8, 2000, 1123-1133
39. Lee H, Delene L, Bunda M, Kim C, "Methods of Measuring Health-Care Service Quality" ,*Journal of Business Research* 48, 233-246
40. Lee Y, Kasper J, "Assessment of Medical Care by Elderly People: General Satisfaction and Physician Quality", *Health Services Research* 32:6, February 1998
41. Licata J.W, Mowen J.C., Chakraborty, "Diagnosing perceived quality in the medical service channel", *Journal of Health Care Marketing*. vol 15, Number 4 pp.42-49, 1995
42. Lim P, Tang N, Jackson P, "An inovative framework for health care performance measurement", *Managing Service Quality*, Vol 9, No6, 1999, pp.423-433
43. Lytle ., Richard S.,Mokwa., Michael P, *Evaluating Health Care Quality : The moderating role of outcomes*, *Journal of Health Care Marketing* vol 12, pp. 4-17, Issue no.1 , 1992
44. M.Katz J, Green E, "Managing Quality:A guide to system-wide performance management in health care", Mosby, 1992
45. Measurement of patient satisfaction Guidelines-Health Strategy Implementation Project 2003, Irish Society for Quality & Society in Healthcare.
46. Meredith P, "Patient Satisfaction with Communication in General Surgery: Problems of Measurement and Improvement", *Soc.Sci.Med*, Vol37, No5
47. Minnick A , Roberts M, Young W, Kleinpell R, Marcantonio R, "What Influences Patients Reports of Three Aspects of Hospital Services?" , *Medical Care*, Vol35 , No4, pp399-409
48. Moullin M, "Eight essentials of performance measurement" ,*International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol.17, No.3, pp 110-112 , 2004
49. O' Connor S.J., Shewchuk R.M., Carney L.W, "The Great Gap. Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality", *Journal of Health Care Marketing*, vol 14, pp. 32-39, Issue no.2 , 1994
50. Richard S, Mockwa, Michael P, "Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes" , *Journal of Health Care Marketing*, 12(Mar 1992)
51. Rodriguez J, Mira J, "Satisfaction of Health Care Providers and Quality Assurance in Spanish Hospitals", *Work and Stress*, 1992, Vol.6, No3, 229-238
52. Ruyter, Wetzels, "Two sides of the same story: Measuring different quality percertions of the dyadic service encounter with the Servcon instument", *Total Quality Management*, Vol.7, No.6, 1996, 595-603

53. Sharon I.Oswald, Douglas E.Turner, Robin L.Snipes, Daniel Butler, "Quality Determinants and hospital Satisfaction" , Marketing Health Services
54. Sirka Lauri, Mervi Lepisto, Silvia Kappeli, "Patients needs in hospital: nurses and patients views", 1996
55. Sower V, Duffy J, Kilbourne W, Kohers G, Jones P, "The Dimensions of Service Quality for Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale, Health Care Management Review, Vol.26, No.2, 2001, 47-59
56. Spreng R, Mackoy R, " An Empirical Examination of a Model Perceived Service Quality and Satisfaction", Journal of Retailing, Vol.72, pp 201-214
57. Tam J, "The Effects of Service Quality Perceived Value and Customer Satisfaction on Behavioral Intentions", Journal of Hospitality & Leisure Marketing, Vol 6, 2000
58. Teresa M.Steffen, Paul C.Nystrom, Stephen J.O'Connor, "Satisfaction With Nursing Homes", Fall 1996, vol.16, No 3
59. Tucker J, Adams S, "Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients evaluations of their care", Managing Service Quality, Vol 11, No 4, 2001, pp 272-286
60. Van Dyke T, Prybutok v, Kappelman L, "Cautions on the use of the Servqual Measure to assess the quality of information systems services" ,Decision Sciences, Vol 30, No3, Summer 1999
61. White L, Galbraith Bcom M, "Customer Determinants of Perceived Quality in a Business to Business Context: A Study within the Health Services Industry", Anzmac 2000, Visionary Marketing for the 21st Century: Facing the Challenge
62. Zeithaml V, Bitner M, "Services Marketing" , McGraw-Hill companies Inc,
63. Zimmerman H, "States and the state of the art for health care quality measurement and reporting: an enviromental scan", Sertember 1999
64. Αθανασόπουλος Α, Γούναρης Σ, Σταθακόπουλος Β, "Behavioural Responses to Customer Satisfaction An Empirical Study"
65. Γούναρης Χ, "Μοντέλα εκτίμησης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σε δημόσια νοσοκομεία"
66. Hospitals in a changing Europe
67. Mc Alexander, Kaldenburg J, Koenig H, "Service Quality Measurement", Journal of Health Care Marketing, Fall 1994, 14
68. "Consumer and provider views on key dimensions of quality hospital care: A review of the literature", Rhode Island department of health
69. Vartiainen P, Hart M, "Outpatient satisfaction in the UK and Finland – a comparative study using the SERVQUAL methodology, April 1996
70. Cheng Lim P, Nelson K, Jackson P, "An innovative framework for health care performance measurement " , Vol 9, No 6, 1999, pp. 423-433
71. Stamatis D.H., "Total quality management in health care implementation strategies for optimum results", 1996
72. "Η έννοια και η σημασία της ποιότητας", Σημειώσεις MARKETING, ΑΤΕΙ Πάτρας

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου συμβουλευτήκαμε τα ακόλουθα βοηθήματα:

1. SPSS Base 7.5 for Windows
2. SPSS Advanced Statistics 7.5
3. SPSS Tables 7.5
4. SPSS Professional Statistics 7.5
5. www.statsoft.com/textbook

