



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση**  
**Επιχειρήσεων (MBA)**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Μάρκετινγκ Υγείας: Μελέτη περίπτωσης της Κλινικής Μιας**  
**Ημέρας (ΚΜΗ) της Α΄ Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής του**  
**Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά»**

**ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ ΑΘ. ΟΛΓΑ**

**Πειραιάς, 2009**

Αφιερώνεται στην «οικογένειά» μου

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΔΙΑ

# **ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΜΗ ΤΗΣ Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ**

**ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ ΟΛΓΑ**

Σημαντικοί όροι: Μάρκετινγκ Υγείας, Ικανοποίηση Ασθενούς, Δημόσιο Νοσοκομείο

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία για τις υπηρεσίες υγείας έγινε εμφανής η ιδιαίτερη αξία της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς. Αν και παραδοσιακά όλοι εστιάζονται στο τεχνικό κομμάτι των ιατρικών υπηρεσιών, όλες οι σχετικές έρευνες δείχνουν ότι στοιχεία όπως η φροντίδα, ο σεβασμός και ο χρόνος που αφιερώνει τόσο το ιατρικό όσο και το μη ιατρικό προσωπικό είναι τουλάχιστον το ίδιο σημαντικά για την ικανοποίηση του ασθενούς όσο και τα ιατρικά αποτελέσματα. Για την επιβεβαίωση της ισχύς αυτών των συμπερασμάτων στο Ε.Σ.Υ. επιλέχθη η μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών στην ΚΜΗ της Α΄ Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής του Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τον ιατρό τους σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των εξετάσεων που αυτός ορίζει, ενώ η συνολική ικανοποίηση συσχετίζεται με το κατά πόσο ο ασθενής είναι πιστός στον ιατρό του καθώς και με την προσπάθεια των νοσηλευτών και της γραμματείας να εξηγήσουν προσεκτικά τις πληροφορίες που του παρέχουν.

## *Ευχαριστίες*

*Ευχαριστώ τους καθηγητές του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων (ΜΒΑ) του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την αμέριστη στήριξη τους καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
<i>Ευχαριστίες</i> .....	3
Κατάσταση Πινάκων.....	6
Κατάσταση Διαγραμμάτων .....	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
2. ΤΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	10
2.1. Το Μαρκετινγκ υγείας στο πέρασμα του χρόνου .....	10
2.2. Ορισμοί του Μάρκετινγκ.....	10
2.3. Ρόλος και σημασία του Μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας.....	11
2.4. Το Μάρκετινγκ στα δημόσια νοσοκομεία .....	12
2.5. Εσωτερικό και Εξωτερικό περιβάλλον .....	14
2.6. Τεχνικές του Μάρκετινγκ .....	15
2.6.1. Έρευνα Μάρκετινγκ.....	15
2.6.2. Συγκριτική Ανάλυση Απόδοσης (Benchmarking).....	16
2.6.3. CRM (Customer Relationship Management).....	16
2.7. Μίγμα Μάρκετινγκ (7Ps).....	16
2.7.1. Προϊόν – «Οι υπηρεσίες υγείας».....	17
2.7.2. Τιμή – «Η αντιλαμβανόμενη αξία».....	19
2.7.3. Προβολή – «Η ήσυχη δύναμη».....	19
2.7.4. Τοποθεσία – “Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά”.....	20
2.7.5. Άνθρωποι «Ο κρίσιμος παράγοντας» .....	20
2.7.6. Υλικά στοιχεία – «Χειροπιαστή απόδειξη».....	21
2.7.7. Διαδικασίες – «Η χορογραφία».....	22
2.8. Τμηματοποίηση ασθενών (Patient Segmentation).....	22
2.8.1. Χάρτης Αντίληψης (Perceptual Map).....	25
3. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
3.1. Η σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς.....	27
3.2. Η Ικανοποίηση του ασθενούς.....	28
3.2.1. Ορισμός της Ικανοποίησης.....	28
3.2.2. Ο σύγχρονος ασθενής ως καταναλωτής.....	29
3.2.2.1. Χαρακτηριστικά του σύγχρονου ασθενή-καταναλωτή.....	29
3.2.2.2. Οι ανάγκες και οι προτεραιότητες των ασθενών.....	30
3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς.....	31
3.3.1. Ποιότητα.....	31
3.3.1.1. Η σημασία της ποιότητας .....	31
3.3.1.2. Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας .....	32
3.3.2. Ιατροί.....	33
3.3.2.1. Η Πίστη στον ιατρό (Loyalty).....	33
3.3.3. Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	34
4. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΜΗ Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ.....	36
4.1. Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά.....	36
4.2. Κλινική Μιας Ημέρας.....	36
4.3. Χημειοθεραπευτικά σχήματα .....	36
4.4. Λειτουργίες της ΚΜΗ .....	37
4.4.1. Διαδικασία εισαγωγής και εξυπηρέτησης των ασθενών στην ΚΜΗ .....	39
4.4.2. Προβλήματα στις λειτουργίες της ΚΜΗ.....	39

4.4.3. Επιλογή κλινικής προς μελέτη .....	41
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	42
5.1. Εισαγωγή.....	42
5.2. Κριτήρια Αξιολόγησης Ερωτηματολογίου .....	45
5.3. Καθορισμός και ομαδοποίηση παραγόντων επιρροής στην ικανοποίηση του ασθενούς.....	46
5.4. Σκοπός Έρευνας.....	46
5.5. Μεθοδολογία Υλοποίησης Έρευνας.....	47
5.6. Υποθέσεις.....	48
6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	49
6.1. Δείγμα Έρευνας .....	49
6.2. Γενικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	49
6.3. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα έρευνας.....	52
6.4. Πολλαπλή συγγραμμικότητα (Multicollinearity).....	53
6.5. Μοντέλο Παλινδρόμησης (Regression Model).....	53
6.5.1. Αξιολόγηση Μοντέλου Παλινδρόμησης.....	54
6.6. Ανάλυση αποτελεσμάτων παλινδρόμησης.....	55
6.6.1. Ικανοποίηση από τον ιατρό (Μοντέλο Παλινδρόμησης #1).....	55
6.6.2. Πίστη στον ιατρό (Μοντέλο Παλινδρόμησης #2) .....	58
6.6.3. Συνολική ικανοποίηση (Μοντέλο Παλινδρόμησης #3) .....	62
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	66
7.1. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας και θέματα προς περαιτέρω διερεύνηση.....	70
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α .....	78
9.1. Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	78
9.2. Διαγραμματική απεικόνιση συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων ανά ερώτηση ...	86
9.3. Αποτελέσματα Πολλαπλής Συγγραμμικότητας.....	100
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ .....	102

## Κατάσταση Πινάκων

Πίνακας 1 Ηλικιακή κατανομή ασθενών δείγματος.....	49
Πίνακας 2 Φύλο ασθενών δείγματος.....	50
Πίνακας 3 Εθνικότητα ασθενών δείγματος.....	50
Πίνακας 4 Μορφωτικό επίπεδο ασθενών δείγματος.....	50
Πίνακας 5 Τόπος διαμονής ασθενών δείγματος.....	50
Πίνακας 6 Χρονικό διάστημα επισκέψεων στην κλινική.....	51
Πίνακας 7 Χρήση του διαδικτύου ως μέσο ενημέρωσης για θέματα υγείας από τους ασθενείς του δείγματος.....	51
Πίνακας 8 Στατιστικά Δεδομένα Απαντήσεων εξαρτημένων μεταβλητών / ερωτήσεων	52
Πίνακας 9 Αποτελέσματα Πρώτης Ανάλυσης Μοντέλου Παλινδρόμησης #1.....	55
Πίνακας 10 Αποτελέσματα Δεύτερη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1.....	56
Πίνακας 11 Αποτελέσματα Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1.....	57
Πίνακας 12 Αποτελέσματα Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2.....	59
Πίνακας 13 Αποτελέσματα Δεύτερη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2.....	60
Πίνακας 14 Αποτελέσματα Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2.....	61
Πίνακας 15 Αποτελέσματα Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #3.....	62
Πίνακας 16 Αποτελέσματα Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #3.....	63
Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών / ερωτήσεων.....	100

## Κατάσταση Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Στάδια ικανοποίησης που λαμβάνει ο καταναλωτής από το προϊόν (Kotler, 2008).....	17
Διάγραμμα 2 Χάρτης Αντίληψης (perceptual map) .....	26
Διάγραμμα 3 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 1 .....	86
Διάγραμμα 4 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 2.....	86
Διάγραμμα 5 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 3.....	87
Διάγραμμα 6 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 4.....	87
Διάγραμμα 7 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 5.....	88
Διάγραμμα 8 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 6.....	88
Διάγραμμα 9 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 7.....	89
Διάγραμμα 10 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 8.....	89
Διάγραμμα 11 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 9.....	90
Διάγραμμα 12 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 10.....	90
Διάγραμμα 13 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 11.....	91
Διάγραμμα 14 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 12.....	91
Διάγραμμα 15 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 13.....	92
Διάγραμμα 16 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 14.....	92
Διάγραμμα 17 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 15.....	93
Διάγραμμα 18 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 16.....	93
Διάγραμμα 19 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 17.....	94
Διάγραμμα 20 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 18.....	94
Διάγραμμα 21 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 19.....	95
Διάγραμμα 22 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 20.....	95
Διάγραμμα 23 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 21.....	96
Διάγραμμα 24 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 22.....	96
Διάγραμμα 25 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 23.....	97
Διάγραμμα 26 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 24.....	97
Διάγραμμα 27 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 25.....	98
Διάγραμμα 28 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 26.....	98
Διάγραμμα 29 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 27.....	99
Διάγραμμα 30 Ερμηνεία υπολειμμάτων κατά την ανάλυση παλινδρόμησης	105



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η εφαρμογή του μάρκετινγκ στο χώρο της υγείας ως εργαλείο για την αναγνώριση των αναγκών και της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών-καταναλωτών. Η υπό εξέταση περίπτωση είναι η Κλινική Μιας Ημέρας (ΚΜΗ) της Ά Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής του Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά. Το Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά είναι ένα ογκολογικό νοσοκομείο και η ΚΜΗ είναι το τμήμα εκείνο στο οποίο χορηγούνται ολιγόωρες χημειοθεραπείες (ΧΜΘ).

Η εμπειρία του ερευνητή στο συγκεκριμένο ιατρικό τμήμα θεωρήθηκε καταλυτική για την επιλογή του, διότι προσέφερε μεγαλύτερη κατανόηση τόσο του ογκολογικού ασθενή όσο και των ακολουθούμενων διαδικασιών. Ο ερευνητής είναι ειδικευόμενος ιατρός στην υπό έρευνα κλινική ενώ παράλληλα ολοκληρώνει τις σπουδές τους σε μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στη διοίκηση επιχειρήσεων. Η διπλή αυτή ιδιότητα δίνει τη δυνατότητα για μια εις βάθος ανάλυση τόσο των διαδικασιών όσο και των συμβαλλόμενων μερών.

Η παγκόσμια βιβλιογραφία είναι σύμφωνη ότι παράγοντες, όπως η ψυχολογική άνεση με τον ιατρό, ο σεβασμός και η φροντίδα των νοσηλευτών προς τον ασθενή κ.α. επηρεάζουν περισσότερο τη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς σε σχέση με θέματα που συνήθως απασχολούν την κοινή γνώμη, όπως τα δωμάτια και το φαγητό. Αυτό έχει ιδιαίτερη αξία για χώρες με περιορισμένους οικονομικούς πόρους, όπου η πολιτική ηγεσία δικαιολογεί συνήθως την αδυναμία της για δράση με την έλλειψη χρημάτων. Βάση αυτών των στοιχείων η εκπαίδευση του ιατρικού και μη προσωπικού όσον αφορά στον τρόπο συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς μπορεί να αλλάξει δραματικά τα επίπεδα ικανοποίησης τους από τα δημόσια νοσοκομεία.

Πιο συγκεκριμένα για τους σκοπούς αυτής της διπλωματικής εργασίας μοιράστηκαν εκατό (100) ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν εξήντα (60) σε σύνολο εκατόν εβδομήντα (170) ασθενών. Στην παρούσα μελέτη το σύνολο του δείγματος είναι μικρό για να αποτελέσει δείγμα για ομαδοποιημένη ανάλυση (factor analysis). Εάν τα δεδομένα χωρισθούν σε μικρότερες ομάδες (clusters) υπάρχει ο κίνδυνος να αλλοιωθούν τόσο τα αποτελέσματα όσο και η στατιστική δύναμη της έρευνας (power of testing). Γι' αυτό κρίθηκε καταλληλότερη η χρήση μοντέλων πολλαπλής

παλινδρόμησης (regression analysis) τα οποία έχουν ως στόχο την εξεύρεση ενός ή περισσότερων παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών και το βαθμό επιρροής αυτών.

Αρχικά στο κεφάλαιο 2 γίνεται μία βιβλιογραφική έρευνα όσον αφορά στο μάρκετινγκ στο χώρο της υγείας. Στη συνέχεια, ερευνούνται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς και αναλύεται το προφίλ αυτού (κεφάλαιο 3). Το κεφάλαιο 4 περιγράφει τις λειτουργίες και διαδικασίες της ΚΜΗ, ενώ στο κεφάλαιο 5 αναλύεται το είδος του ερωτηματολογίου που επιλέχθηκε, η στατιστική μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί καθώς και οι υποθέσεις που θα ελεγχθούν. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων της έρευνας παρουσιάζεται στο κεφάλαιο 6, ενώ στο κεφάλαιο 7 παρουσιάζονται τα συμπεράσματα.

## 2. ΤΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΩΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

### 2.1. Το Μάρκετινγκ υγείας στο πέρασμα του χρόνου

Το μάρκετινγκ υγείας αναγνωρίστηκε ως επίσημο επιστημονικό πεδίο τα τελευταία είκοσι πέντε (25) χρόνια. Πίσω στο 1977, συνέβησαν δύο γεγονότα-σταθμοί, τα οποία έφεραν τον τομέα της υγείας στο φως του μάρκετινγκ. Το πρώτο ήταν όταν η American Hospital Association (AHA) φιλοξένησε την πρώτη εθνική συνάντηση για το μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας στο Ορλάντο των Η.Π.Α. και το δεύτερο όταν δημοσιεύτηκε το πρώτο άρθρο το οποίο εξέταζε λεπτομερώς το μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας (Marketing Health Care (Aspen Publishers)) από τον MacStravic. Αρχικά, οι άνθρωποι του μάρκετινγκ είχαν επικεντρωθεί στη διαφήμιση και τις δημόσιες σχέσεις. Η έρευνα, κυρίως στους τομείς της ικανοποίησης του ασθενούς και της αντίληψης του κοινού για τα νοσοκομεία, ήρθε αρκετά αργότερα, ενώ σήμερα τα τμήματα μάρκετινγκ περιορίζονται κυρίως στην έρευνα και την επικοινωνία (MacStravic, 2002).

### 2.2. Ορισμοί του Μάρκετινγκ

Η έννοια του μάρκετινγκ έχει υποστεί αρκετές αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου, όπως μαρτυρούν και οι διάφοροι ορισμοί του, και ίσως το γεγονός αυτό να ευθύνεται για τις λανθασμένες αντιλήψεις που υπάρχουν όσον αφορά τη χρησιμότητά του. Συνεπώς, τη βάση για την κατανόηση των οφελειών από τη χρήση του μάρκετινγκ, ως εργαλείο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί η εμπειριστατωμένη γνώση του ορισμού και των εφαρμογών του.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Εταιρίας Μάρκετινγκ (AMA) στις 14 Ιανουαρίου του 2008, μάρκετινγκ είναι *η δραστηριότητα, το σύνολο των θεσμών και των διαδικασιών για την δημιουργία, επικοινωνία, παράδοση και ανταλλαγή προσφορών οι οποίες έχουν αξία για τους πελάτες, συνεργάτες καθώς και για την ευρύτερη κοινωνία.*

Παρακάτω ακολουθούν κάποιοι παλαιότεροι ορισμοί:

*Το μάρκετινγκ είναι ένα συνολικό σύστημα επιχειρησιακών δραστηριοτήτων σχεδιασμένο έτσι, ώστε να προγραμματίζει, να τιμολογεί, να προβάλλει και να διανέμει προϊόντα και υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες σε παρόντες και σε δυνητικούς πελάτες (Bennett, 1995).*

*Το μάρκετινγκ είναι η διαδικασία μέσα σε μια κοινωνία με την οποία προβλέπεται ή επεκτείνεται η διάρθρωση της ζήτησης για οικονομικά αγαθά και υπηρεσίες και ακολούθως ικανοποιείται με τη σύλληψη, προβολή, συναλλαγή και φυσική διανομή αυτών των αγαθών και υπηρεσιών (Ohio State University, 1965).*

### **2.3. Ρόλος και σημασία του Μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας**

Ανεξάρτητα όμως από τις διάφορες παρανοήσεις γύρω από τη χρησιμότητα του μάρκετινγκ υπάρχει ένας ρόλος που αδιαμφισβήτητα του ανήκει και αυτός είναι η φωνή του πελάτη (Marino, 2003). Αυτό αποκτά ιδιαίτερη αξία στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον όπου οι ασθενείς έχουν επιλογές, υπάρχει πληθώρα παρόχων και οι πληρωμές βασίζονται στα αποτελέσματα (Sue Kong, 2008).

Οι ενημερωμένοι και περισσότερο απαιτητικοί καταναλωτές σταδιακά πληρώνουν όλο και μεγαλύτερο μέρος των νοσήλειών τους και έχουν μεγαλύτερο λόγο στην επιλογή του παρόχου και των θεραπειών. Αυτή η επανάσταση ίσως προσφέρει μία αναγέννηση στο μάρκετινγκ υγείας. Ενώ, οι άνθρωποι του μάρκετινγκ παραδοσιακά υποστήριζαν τα συμφέροντα του πελάτη, και οι έρευνες τους έδιναν ένα καλό ξεκίνημα για την κατανόηση των επιθυμιών των πελατών, τώρα η πρόκληση είναι να τις ικανοποιήσουν (MacStravic, 2002).

Καθήκον των ανθρώπων του μάρκετινγκ είναι να επινοούν δραστηριότητες οι οποίες δημιουργούν, επικοινωνούν και παραδίδουν αξία στους καταναλωτές. Ο McCarthy (1996) ταξινόμησε αυτές τις δραστηριότητες ως εργαλεία του μίγματος μάρκετινγκ σε τέσσερις κύριες κατηγορίες, τις οποίες ονόμασε τα 4Ps: προϊόν, τιμή, μέρος και προώθηση. Από τη στιγμή που κάποιος κατανοήσει αυτές τις τέσσερις ομάδες τότε μπορεί να δημιουργήσει μια προσφορά ή μια λύση που ταιριάζει σε μια συγκεκριμένη ομάδα καταναλωτών/ασθενών.

Ωστόσο, οι υπηρεσίες έχουν κάποια μοναδικά χαρακτηριστικά όπως η αϋλότητα, η μεταβλητότητα, η αδιαιρετότητα και η φθαρτότητα. Για να συμπεριληφθούν αυτές οι επιπλέον διαστάσεις, οι Booms και Bitner πρότειναν την επέκταση των 4Ps για να συμπεριλάβουν τρεις ακόμη παράγοντες: τους ανθρώπους, τα υλικά στοιχεία και τις διαδικασίες. Πιο συγκεκριμένα:

- Οι «άνθρωποι» αναφέρονται σε όλους όσους έχουν σχέση, άμεση ή έμμεση, με την κατανάλωση μιας υπηρεσίας.
- Τα «υλικά στοιχεία» αναφέρονται στο περιβάλλον στο οποίο προσφέρεται η υπηρεσία, και σε όλα τα υλικά χαρακτηριστικά τα οποία βοηθάνε να επικοινωνήσουμε την υπηρεσία
- Οι «διαδικασίες» είναι η παράδοση και το λειτουργικό σύστημα των διαδικασιών, των μηχανισμών και της ροής των δραστηριοτήτων που η υπηρεσία καταναλώνει.

Τα παραπάνω 3Ps χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες και προσφέρουν στοιχεία που τις καθιστούν χειροπιαστές.

#### **2.4. Το Μάρκετινγκ στα δημόσια νοσοκομεία**

Το εθνικό σύστημα υγείας δεν έχει πλήρως ξεκαθαρίσει τον τρόπο με τον οποίο το μάρκετινγκ ταιριάζει στο επιχειρηματικό του μοντέλο και κουλτούρα (Sue Kong 2008). Αυτό συμβαίνει διότι η αντίληψη που υπάρχει για το μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ευρύτερο πολιτικό σύστημα μέσα στο οποίο αυτές παρέχονται. Σε χώρες όπως η Ελλάδα όπου το σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στο δημόσιο τομέα, επικρατεί η αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο δικαίωμα του πολίτη και όχι ένα παρεχόμενο αγαθό. Η αντίληψη αυτή προκαλεί συχνά την ιδεολογική απόρριψη του μάρκετινγκ στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι Hollfelder (2002) και Thomas (2003) παρατήρησαν ότι το μάρκετινγκ αποτελεί μία παρεξηγημένη δραστηριότητα που θεωρείται στενά εστιασμένη στη βελτίωση του μεριδίου της αγοράς ενός οργανισμού και στην αύξηση της κερδοφορίας του. Γι' αυτό και παρόλη τη συνεχή διάχυση γνώσης από ακαδημαϊκούς και επιστημονικούς παράγοντες σχετικά με τη χρησιμότητα του μάρκετινγκ τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα, συνεχίζουν να υπάρχουν μεγάλες αμφιβολίες σχετικά με την προσφορά του σε ένα δημόσιο

νοσοκομείο. Επειδή οι οικονομικές δαπάνες που δύναται να κάνει ένα δημόσιο νοσοκομείο βρίσκονται σε πλήρη εξάρτηση με τους πόρους που μπορεί αυτό να αντλήσει από τον κρατικό μηχανισμό, επικρατεί η αντίληψη ότι σε ένα δημόσιο νοσοκομείο παρέχονται οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες υγείας με βάση τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους που αυτό διαθέτει (Lega, 2006).

Επιπλέον, σε πολλές χώρες με δημόσια συστήματα υγείας οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας λειτουργούν σε συνθήκες μονοπωλίου ή ολιγοπωλίου. Υπό μονοπωλιακές συνθήκες όμως, οι οργανισμοί δεν έχουν αποτελεσματικά κίνητρα για να διαχειριστούν τους ασθενείς τους όχι μόνο ως χρήστες αλλά και ως πελάτες. Ταυτοχρόνως δε δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς/καταναλωτές να πληροφορηθούν και να αναμιχθούν στις εναλλακτικές τους, να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρόχων ή ακόμα και τον τρόπο λήψης των αποφάσεων που επηρεάζουν τη διαδικασία της φροντίδας τους (European Healthcare Management Association, 2000).

Ωστόσο, οι κοινές καλές πρακτικές υποδεικνύουν την ανάγκη βέλτιστης χρήσης των οικονομικών πόρων που συλλέγονται μέσω της φορολογίας. Τα κρατικά έσοδα πρέπει να διαχειρίζονται με στόχο την ικανοποίηση των συλλογικών αναγκών, έτσι ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη της εκάστοτε δαπάνης και να ελαχιστοποιείται η ακατάλληλη χρήση των περιορισμένων δημόσιων υπηρεσιών και πόρων (Lega, 2006).

Η χρησιμότητα και συνεισφορά του μάρκετινγκ προς αυτήν την κατεύθυνση είναι διπλή. Αφενός μέσω των ερευνών μπορούν να αναδειχθούν οι πραγματικές ανάγκες των ασθενών, οι οποίες ενδεχομένως να μπορούν να καλυφθούν με πολύ μικρή ή ακόμη και μηδενική οικονομική συνεισφορά. Αφετέρου, μετρώντας και αναλύοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, ανιχνεύεται με μεγαλύτερη αξιοπιστία η επίδοση (performance index) ενός συστήματος υγείας. Παραδοσιακά, σε προγενέστερες μελέτες, ως κριτήριο μέτρησης της επίδοσης του συστήματος υγείας χρησιμοποιούνταν η θνησιμότητα και η θνητότητα, ενώ χρησιμοποιούνταν μέθοδοι όπως η physician peer review (PPR) που μεταγενέστερα αποδείχθηκαν ως λιγότερο αξιόπιστα εργαλεία (Fitzpatrick, 1991).

Σταδιακά το μάρκετινγκ έχει αρχίσει να αντιμετωπίζεται ως σύνολο τεχνικών και εργαλείων, από τα οποία κάποια βρίσκουν εφαρμογή στις παρεχόμενες υπηρεσίες του δημοσίου τομέα ενώ κάποια άλλα όχι. Θεωρώντας το μάρκετινγκ ως εφαρμόσιμο εργαλείο για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μειώνονται οι παραδοσιακοί

πολιτιστικοί και φιλοσοφικοί φραγμοί για τη μεταφορά του στο δημόσιο τομέα (Lega, 2006).

Σε χώρες όπου το μάρκετινγκ ήδη χρησιμοποιείται σε δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο ορίζει τον τρόπο χρήσης του. Το Νοέμβριο του 2006, το υπουργείο υγείας στις Η.Π.Α. ξεκίνησε μία τρίμηνη ενημέρωση για τον «Κώδικα καλής πρακτικής της Προώθησης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας». Οι πληρωμές με βάση τα αποτελέσματα πρωτοεισήχθησαν ως έννοια στο NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for reform, για να μπορέσουν να συνδέσουν την παροχή των διαθέσιμων πόρων ανάλογα με τη δραστηριότητα του κάθε νοσοκομείου (Department of Health 2006).

Το Chartered Institute of Marketing ορίζει το μάρκετινγκ ως τη διαδικασία διοίκησης η οποία είναι υπεύθυνη για την ανίχνευση, αναγνώριση και ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών με τρόπο επικερδή. Στο NHS αυτό θα μπορούσε να κατανοηθεί ως:

- μία έννοια: Η κατανόηση των αναγκών του ασθενή και του αγοραστή (marketing culture) και το πώς αναπτύσσονται υπηρεσίες υγείας, οι οποίες είναι περισσότερο προσανατολισμένες στον πελάτη παρά στο προϊόν
- μια διαδικασία: Μία διαδικασία διοίκησης για την ανίχνευση, αναγνώριση και ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών (σχέδιο μάρκετινγκ / στρατηγική / συστήματα για τον έλεγχο της επίδοσης και της ενσωμάτωσης του μάρκετινγκ στην καρδιά της επιχείρησης και όχι ως περιφερική λειτουργία)
- μία σειρά τεχνικών: συμπεριφορά καταναλωτή (επανατροφοδότηση από τον ασθενή), μίγμα μάρκετινγκ, BCG μήτρα (Sue Kong 2008).

## **2.5. Εσωτερικό και Εξωτερικό περιβάλλον**

Οι μακροοικονομικοί παράγοντες διαμορφώνουν το επιχειρηματικό πεδίο μέσα στο οποίο λειτουργεί κάθε οργανισμός. Η ανίχνευση τους είναι ζωτικής σημασίας για την εύρυθμη μελλοντική λειτουργία του. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει κανείς να παρακολουθεί τις δημογραφικές, οικονομικές, κοινωνικές πολιτιστικές, φυσικές, τεχνολογικές, πολιτικές και νομικές δυνάμεις. Παρατηρείται λοιπόν μια ανεξέλεγκτη πληθυσμιακή ανάπτυξη και μια τάση προς τη γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού. Το

τελευταίο από μόνο του είναι προφανές ότι οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά στην οικονομία αυτή τη στιγμή ξετυλίσσεται μια από τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις, και ο μόνος τρόπος για να μεγιστοποιήσουν τα δημόσια νοσοκομεία το όφελός τους, με τους διαθέσιμους περιορισμένους οικονομικούς πόρους, είναι η δημιουργία στοχευμένων σχεδίων μάρκετινγκ και η επίδειξη στρατηγικής σκέψης (Sue Kong 2008). Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος πλάθει διαρκώς και με τρόπο απρόβλεπτο αυτή τη στιγμή την παγκόσμια κοινωνία είναι η τεχνολογία. Η συνδεσιμότητα μεταμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι συναλλάσσονται σε όλα τα επίπεδα. Αυτό αλλάζει και τις προσδοκίες των ασθενών για την παρακολούθηση και ενημέρωσή τους από τους ιατρούς. Με τη δυνατότητα πληροφόρησης από το διαδίκτυο, τη σύγκριση σχολίων ασθενών από διαφορετικά νοσοκομεία όσον αφορά στους χρόνους αναμονής, στην προσβασιμότητα και την κλινική ποιότητα η εποχή της κατανάλωσης στο χώρο της υγείας έχει φτάσει. Τέλος, η αύξηση της ζήτησης για φυσικούς πόρους μαζί με την μεγάλη περιβαλλοντική καταστροφή που συμβαίνει θα καθορίσει στο μέλλον πολλές πλευρές της υγείας π.χ. τα υλικά που χρησιμοποιούνται από τη νοσηλεία έως το χτίσιμο ενός νοσοκομείου, η ανακύκλωση διαφόρων αποβλήτων, η χρήση ανανεώσιμων πηγής ενέργειας, το χτίσιμο «πράσινων νοσοκομείων» κ.α.

Όσον αφορά στο χώρο της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα δεν έχει συμβεί καμία μεγάλη μεταρρύθμιση μετά τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1984. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το εσωτερικό περιβάλλον των δημόσιων νοσοκομείων να έχει παραμείνει σχετικά σταθερό την τελευταία εικοσιπενταετία. Η εκπαίδευση, ο τρόπος προσλήψεων, ο αριθμός των εργαζομένων και οι κτιριακές εγκαταστάσεις έχουν παραμείνει σε σχετικά σταθερά επίπεδα και για το λόγο αυτό δεν χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης.

## **2.6. Τεχνικές του Μάρκετινγκ**

### **2.6.1. Έρευνα Μάρκετινγκ**

Η έρευνα μάρκετινγκ ορίζεται ως ο συστηματικός σχεδιασμός, συλλογή, ανάλυση και αναφορά των στοιχείων και συμπερασμάτων που σχετίζονται με μία συγκεκριμένη περίπτωση μάρκετινγκ (Kotler & Keller 2008). Πιο συγκεκριμένα, είναι σημαντικό να



γίνονται έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών διότι αναδεικνύουν τομείς προς βελτίωση. Ωστόσο, επειδή πολλές φορές οι έρευνες αυτές αποτυγχάνουν στην εξεύρεση της ρίζας του προβλήματος είναι χρήσιμο τα νοσοκομεία να διεξάγουν επιπλέον έρευνες ικανοποίησης των υπαλλήλων, αφού έχει αποδειχθεί ότι οι ευχαριστημένοι εργαζόμενοι προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες από ότι οι δυσαρεστημένοι. Επίσης, έρευνες που αφορούν τους ιατρούς μπορούν να βοηθήσουν να αποκαλυφθούν ανάγκες σε επίπεδο πόρων, υπηρεσιών και επικοινωνίας. Τέλος, στην αποκάλυψη των προσδοκιών των ασθενών βοηθούν οι έρευνες κοινού (Cook, 2004).

### **2.6.2. Συγκριτική Ανάλυση Απόδοσης (Benchmarking)**

Η συγκριτική ανάλυση απόδοσης των διαδικασιών των νοσοκομείων με αυτές άλλων βιομηχανιών βοηθάει στην εξεύρεση νέων, καινοτόμων και οικονομικά προσιτών τρόπων ικανοποίησης των απαιτήσεων των ασθενών (Marino 2003). Για παράδειγμα, η βέλτιστη λύση για την ομαλή ροή των ουρών αναμονής στο νοσοκομείο μπορεί να εξευρεθεί από τις καλές πρακτικές των τραπεζών.

### **2.6.3. CRM (Customer Relationship Management)**

Η χρήση CRM συμβάλλει στην καλύτερη γνώση των ασθενών-πελατών, στην ενημέρωσή τους την κατάλληλη χρονική στιγμή και τη συλλογή δεδομένων, τα οποία θα συμβάλλουν στη περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό ουσιαστικά βελτιώνεται η υγεία των ασθενών, οι σχέσεις και η αφοσίωση. Το CRM παρέχει μια σφαιρική άποψη των ασθενών, των χαρακτηριστικών και των προσδοκιών τους. Είναι μια συλλογή δεδομένων της αγοράς (ασθενείς) και των προβλέψεων, που μπορεί να περιλαμβάνουν στοιχεία από διαφορετικές διαδικασίες ή άλλου είδους υπηρεσίες, καθώς και αναλύσεις από το διαδίκτυο. (Healthcare Executive, 2004).

## **2.7. Μίγμα Μάρκετινγκ (7Ps)**

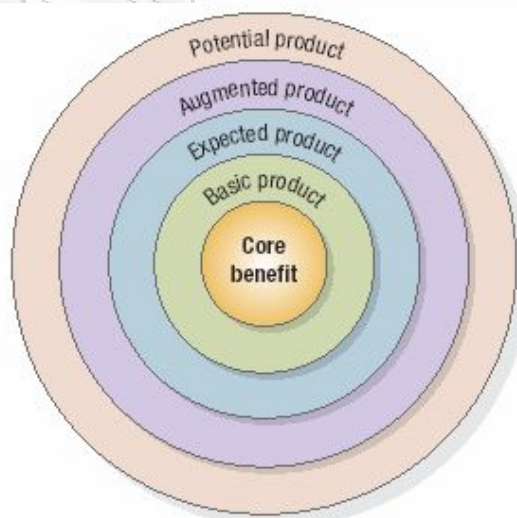
Με την ενοποίηση των 7Ps στις υπηρεσίες υγείας, το μάρκετινγκ προσφέρει μια ευκαιρία στα δημόσια νοσοκομεία να δημιουργήσουν μία στρατηγική σκέψη προς τη

δημιουργία μιας οντότητας προσανατολισμένης στον καταναλωτή (customer-oriented). Τα 7Ps σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι: προϊόν (υπηρεσία), τιμή (κόστος), προώθηση (επικοινωνία), τοποθεσία, άνθρωποι, υλικά στοιχεία και διαδικασίες. Το ΕΣΥ πρέπει να εισάγει το μάρκετινγκ ως έννοια, διαδικασίες και τεχνογνωσία έτσι ώστε να μεγιστοποιήσει την αποτελεσματικότητά του. Πιο συγκεκριμένα απαιτείται:

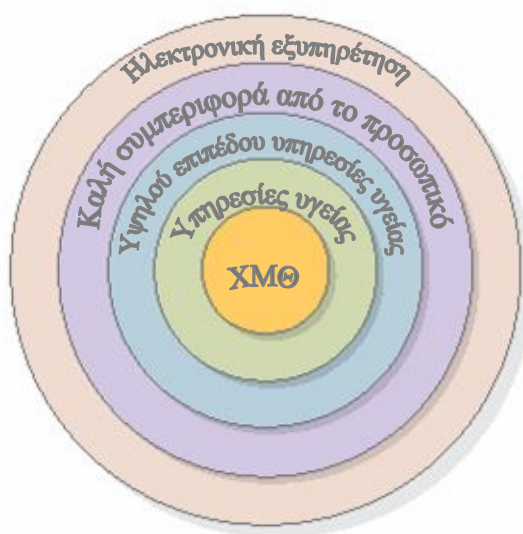
- Δημιουργία μιας κουλτούρας προσανατολισμένης στην αγορά
- Ενσωμάτωση της κουλτούρας του μάρκετινγκ στις επιχειρηματικές διαδικασίες
- Διδασκαλία τεχνικών του μάρκετινγκ

### 2.7.1. Προϊόν – «Οι υπηρεσίες υγείας»

Στην παρούσα έρευνα το βασικό προϊόν/όφελος που λαμβάνει ο ασθενής ως καταναλωτής είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, η έννοια του προϊόντος μπορεί να ορισθεί με διάφορους τρόπους, και να διευρυνθεί έτσι ώστε να περιλαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες που περιβάλλουν το βασικό προϊόν. Οι υπηρεσίες αυτές είναι δευτερεύουσες, αλλά ταυτόχρονα πολύ σημαντικές διότι προσθέτουν αξία στο βασικό προϊόν και τις περισσότερες φορές καθορίζουν την συνολική ικανοποίηση των καταναλωτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές φορές οι δευτερεύουσες αυτές υπηρεσίες δεν επιβαρύνουν το βασικό προϊόν με κάποιο περαιτέρω κόστος, ενώ αυξάνουν την ποιότητα και την προστιθέμενη αξία. Παρακάτω, παρουσιάζεται μία προσέγγιση των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους ορίζεται το προϊόν.



Διάγραμμα 1 Διαστάσεις του προϊόντος (Kotler, 2008)



**Διάγραμμα 2 Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας στη ΚΜΗ**

Στην περίπτωση της ΚΜΗ η βασική οφέλεια του ασθενούς είναι η θεραπεία αυτή καθαυτή (χημειοθεραπευτικά σκευάσματα/ΧΜΘ), ενώ το βασικό προϊόν είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο σύνολό τους. Ωστόσο, οι ασθενείς για τις υπηρεσίες αυτές έχουν καταβάλει σημαντικά χρηματικά ποσά μέσω της κρατικής φορολογίας γεγονός που δημιουργεί προσδοκίες ως προς το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διαφορά μεταξύ του προσδοκώμενου προϊόντος και του βασικού δημιουργεί την ικανοποίηση ή μη του καταναλωτή / ασθενούς.

Το βασικό προϊόν είναι αυτό για το οποίο καταρχήν οι ασθενείς απευθύνονται στην ΚΜΗ. Ωστόσο, παράλληλα με το βασικό προϊόν οι ασθενείς απολαμβάνουν και το αυξημένο ή διευρυμένο προϊόν (augmented product). Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο καταναλωτής / ασθενής, κατά την επιλογή του νοσοκομείου δεν βασίζεται μόνο στο επίπεδο της ιατρικής τεχνογνωσίας, αλλά επηρεάζεται και από τον τρόπο που το νοσηλευτικό προσωπικό συμπεριφέρεται.

Μελλοντικά η ΚΜΗ θα μπορούσε να βελτιστοποιήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εισάγοντας την ηλεκτρονική διακυβέρνηση σε αυτές. Μέσω ηλεκτρονικών υποδομών οι ασθενείς θα μπορούν να εκτελούν βασικές διαδικασίες, οι οποίες διενεργούνται κυρίως μέσω τηλεφώνου. Οι ηλεκτρονική εξυπηρέτηση των ασθενών αποτελεί το εν δυνάμει προϊόν (potential product) των υπηρεσιών υγείας της ΚΜΗ.

### 2.7.2. Τιμή – «Η αντιλαμβανόμενη αξία»

Το κόστος των δημόσιων υπηρεσιών υγείας καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τα χρήματα συλλέγονται μέσω των εργοδοτικών ή ιδιωτικών εισφορών. Με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς δεν πληρώνουν την περίθαλψή τους άμεσα και γι' αυτό η τιμή των υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί κριτήριο ούτε για την επιλογή κλινικής ούτε για την επιλογή του νοσοκομείου ή του ιατρού. Παρολαυτά, είναι σημαντικό οι ασθενείς να γνωρίζουν το κόστος των υπηρεσιών που έλαβαν, διότι αυξάνεται η αντιλαμβανόμενη αξία τους. Η αντιλαμβανόμενη αξία δομείται από δύο μέρη. Πρώτον, από τα οφέλη που λαμβάνονται (οικονομικά, κοινωνικά κα.) και δεύτερον από τις θυσίες για την απόκτησή τους (τιμή, χρόνος, προσπάθεια, κίνδυνος κα). Ενημερώνοντας λοιπόν τον ασθενή για το οικονομικό κόστος, η αντιλαμβανόμενη αξία αυξάνεται (Moliner, 2006).

### 2.7.3. Προβολή – «Η ήσυχη δύναμη»

Δεδομένου ότι οι υπηρεσίες της ΚΜΗ αποτελούν δημόσιες υπηρεσίες, η προβολή του νοσοκομείου και της κλινικής έχει χαρακτήρα περισσότερο πληροφοριακό και ενημερωτικό παρά ανταγωνιστικό. Την κύρια οδό προβολής της κλινικής αποτελεί η μετάδοση της καλής της φήμης από στόμα σε στόμα (word of mouth). Η μετάδοση αυτή γίνεται τόσο από τους ασθενείς, οι οποίοι μετά το πέρας της νοσηλείας τους διαδίδουν τις εντυπώσεις τους για το σύνολο των ληφθέντων υπηρεσιών όσο και από το ίδιο το προσωπικό. Άλλωστε, οι ικανοποιημένοι υπάλληλοι εκτός του ότι παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες, επικοινωνούν την αξία του οργανισμού στο εξωτερικό περιβάλλον διαδίδοντας τις καλές συνθήκες εργασίας και το υψηλό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον οι ιατροί παράλληλα με το καθημερινό τους έργο, εκπονούν μελέτες για την εξεύρεση νέων και αποτελεσματικότερων θεραπειών. Σκοπός τους είναι η ανακάλυψη ιατρικών μεθόδων και φαρμακευτικών αγωγών, οι οποίες με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες θα επιφέρουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα ευρήματα των μελετών αυτών δημοσιεύονται τόσο σε ιατρικά συνέδρια όσο και σε επιστημονικά περιοδικά με στόχο την ενημέρωση του συνόλου του ιατρικού κόσμου. Για την ΚΜΗ, οι

δημοσιεύσεις αυτές συνδράμουν θετικά στην προώθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, για την ενημέρωση του κοινού (ασθενείς και μη) η χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι η ύπαρξη ενός οργανωμένου ιστοτόπου (website), στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την τοποθεσία, την κλινική, τα τμήματα, τις ώρες λειτουργίας, την οργάνωση καθώς και ιστορικά στοιχεία σχετικά με το νοσοκομείο. Ο ιστοτόπος αποτελεί «ανάγκη» την σημερινή εποχή αφού το ποσοστό ασθενών που απευθύνεται στο διαδίκτυο για την ενημέρωσή του βαίνει διαχρονικά αυξανόμενο.

#### **2.7.4. Τοποθεσία – «Ε.Α.Ν.Π. Μεταξά»**

Το 1954 ο Άγγελος Μεταξάς, αποφάσισε να δωρίσει μετά τον θάνατο του την περιουσία για την καταπολέμηση του καρκίνου. Σημαντικοί άνθρωποι όπως, ο καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γεώργιος Μαριδάκης, ο νομπελίστας Γεώργιος Παπανικολάου και πολλοί άλλοι συνέβαλαν στην υλοποίηση της ιδέας του Α. Μεταξά. Αρχικά με την ονομασία "Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Πειραιώς εις μνήμην Σπύρου και Δέσποινας Μεταξά", στην συνέχεια ως "Διαγνωστικό Θεραπευτικό Ίδρυμα Πειραιώς εις μνήμην Σπύρου και Δέσποινας Μεταξά" και μετά την ένταξη του στο Ε.Σ.Υ. ως "Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά Μεταξά", αποτέλεσε ένα σημαντικό όπλο στη μάχη ενάντια στον καρκίνο στην Ελλάδα. Στο "Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά Μεταξά" υπάρχουν δύο Παθολογικές-Ογκολογικές Κλινικές ενώ κάθε μία λειτουργεί το δικό της τμήμα Κλινικής Μίας Ημέρας. Η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε στην ΚΜΗ της Α΄ Παθολογικής – Ογκολογικής Κλινικής.

#### **2.7.5. Άνθρωποι- «Ο κρίσιμος παράγοντας»**

Σε αυτό το πλαίσιο αναφοράς, οι «άνθρωποι» είναι όλοι εκείνοι οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα έχουν σχέση με την παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας, και κυρίως οι υπάλληλοι που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς καθώς και οι υπόλοιποι ασθενείς/καταναλωτές που βρίσκονται στο χώρο. Εξαιτίας της αδιαιρετότητας της παραγωγής και της κατανάλωσης των υπηρεσιών, οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών εξαρτώνται

έντονα από την ικανότητα των εργαζομένων να παραδίδουν την υπηρεσία. Οι υπάλληλοι οι οποίοι έρχονται σε επαφή συμβάλλουν στην ποιότητα της υπηρεσίας. Πάροχοι υπηρεσιών όπως οι σύμβουλοι, οι νοσηλευτές και οι δάσκαλοι αναμιγνύονται στην παραγωγή της υπηρεσίας σε πραγματικό χρόνο. Αυτά τα άτομα είναι η «υπηρεσία», γι'αυτό και πολλά από τα στοιχεία που την συνθέτουν προέρχονται από το γεγονός ότι είναι ένα «ζωντανό» περιστατικό.

Καθώς η παροχή υπηρεσιών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του υπαλλήλου και του καταναλωτή, συμπεριφορές και στάσεις του παρόχου της υπηρεσίας μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την αντίληψη του πελάτη για την υπηρεσία. Αυτό αποτελεί και ένα άλλο ξεχωριστό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών, τη μεταβλητότητα, η οποία και παριστά απόδειξη της ποιότητας ανάλογα με την τυποποιημένη ή η εξατομικευμένη προσέγγιση του πελάτη.

#### **2.7.6. Υλικά στοιχεία – «Χειροπιαστή απόδειξη»**

Τα «υλικά στοιχεία» αναφέρονται στο περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία και στο οποίο ο πωλητής και ο καταναλωτής αλληλεπιδρούν. Τα υλικά στοιχεία μιας υπηρεσίας περιλαμβάνουν όλη την υλική παρουσίαση της υπηρεσίας όπως φυλλάδια, επαγγελματικές κάρτες, web site και εξοπλισμός.

Σε αντίθεση με τα υλικά προϊόντα, τις υπηρεσίες δεν μπορεί κάποιος να τις δει, να τις νιώσει, να τις ακούσει ή να τις γευθεί πριν τις αγοράσει. Για να μειωθεί η αβεβαιότητα οι αγοραστές αναζητούν ενδείξεις για την ποιότητα της υπηρεσίας. Επομένως είναι δουλειά του παρόχου της υπηρεσίας να «διαχειριστεί σωστά τις ενδείξεις» και να «κάνει χειροπιαστά αυτά που δεν είναι». Οι εταιρίες πρέπει πρώτα να σχηματίσουν μια σαφή εικόνα για την αντίληψη που θέλουν να αποκομίζουν οι πελάτες τους από μια εμπειρία και μετά να σχεδιάσουν ένα συνεπές σύνολο ενδείξεων απόδοσης και πλαισίου για να υποστηρίξουν αυτή την εμπειρία.

Επειδή οι υπηρεσίες είναι άυλες, οι πελάτες ψάχνουν για υλικά στοιχεία που μπορούν να τους βοηθήσουν να καταλάβουν τη φύση της εμπειρίας που θα λάβουν από την υπηρεσία. Τα υλικά στοιχεία λειτουργούν ως μια οπτική «μεταφορά» του τι προσφέρει ένας οργανισμός. Στα νοσοκομεία η καθαριότητα των χώρων, η εμφάνιση του

προσωπικού και η τήρηση των κανόνων υγιεινής από τους εργαζόμενους προδιαθέτουν τους ασθενείς για την ποιότητα των υπηρεσιών που θα λάβουν.

### **2.7.7. Διαδικασίες – «Η χορογραφία»**

Οι διαδικασίες αναφέρονται στους μηχανισμούς και τη ροή των δραστηριοτήτων με τις οποίες μια υπηρεσία παραδίδεται. Επειδή οι υπηρεσίες είναι η εκτέλεση ή οι πράξεις που γίνονται για ή με τον πελάτη, τυπικά αποτελούνται από μια σειρά βημάτων και δραστηριοτήτων. Ο συνδιασμός αυτών των βημάτων αποτελεί τη διαδικασία μιας υπηρεσίας την οποία και αξιολογούν οι πελάτες.

Η διαχείριση της διαδικασίας είναι ζωτικής σημασίας εξαιτίας της φθαρτότητας των υπηρεσιών - δεν μπορούν να αποθηκευτούν, να φυλαχθούν για ξαναχρησιμοποιηθούν ή να επιστραφούν. Αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα όταν η ζήτηση είναι σταθερή. Όταν όμως η ζήτηση παρουσιάζει διακυμάνσεις οι πάροχοι υπηρεσιών αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Στα νοσοκομεία πιο έντονα όπου ο καταναλωτής/ασθενής είναι συνήθως ταλαιπωρημένος σωματικά και ψυχολογικά είναι επιτακτικό οι διαδικασίες να σχεδιάζονται με βάση και τη δική του διευκόλυνση και όχι μόνο του προσωπικού.

## **2.8. Τμηματοποίηση ασθενών (Patient Segmentation)**

Στις μέρες μας γίνεται εντατική προσπάθεια για την ορθή τμηματοποίηση των καταναλωτών. Στρατηγικός σκοπός αυτής αποτελεί η βέλτιστη κατανόηση των καταναλωτών και κατ' επέκταση η βελτίωση των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών προς όφελος τους. Στη βιομηχανία υγείας η τμηματοποίηση των ασθενών είναι πολύ σημαντική διότι ομαδοποιεί τους ασθενείς ανάλογα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, και φανερώνει τα σημεία εκείνα τα οποία μπορούν να αυξήσουν ραγδαία την ικανοποίηση των ασθενών/καταναλωτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από διάφορες έρευνες έχουν βρεθεί ενδιαφέροντα στοιχεία για το πώς επηρεάζεται η ικανοποίηση του ασθενούς από διάφορους δημογραφικούς ή συμπεριφορικούς παράγοντες.

- Οι άνδρες είναι πιο πιθανό από ότι οι γυναίκες να πάνε σε κάποιον άλλο πάροχο (Sue Kong 2008)
- Το μορφωτικό επίπεδο και το είδος της ιατροφαρμακευτικής ασφάλειας επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Labiris 2005).
- Οι άντρες ασθενείς και οι νέοι τείνουν να βαθμολογούν την ικανοποίηση αισθητά υψηλότερα από τις γυναίκες ασθενείς και τους ηλικιωμένους (Labiris 2005).
- Οι ασθενείς επηρεάζονται από τις κτιριακές εγκαταστάσεις, την αφοσίωση του ιατρικού προσωπικού, αλλά και τον τρόπο καταγραφής και τήρησης των στοιχείων για τα συμπτώματα και γενικότερα την εξέλιξη της ασθένειας. (Journal of Medical Marketing, 2008).
- Ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και από την επαρχία δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που λαμβάνουν. (Journal of Medical Marketing, 2008).
- Ηλικιακά τη λιγότερη ικανοποίηση δηλώνουν οι ασθενείς μεταξύ 36-45 ετών. Επίσης, οι παντρεμένοι ασθενείς δηλώνουν πιο ικανοποιημένοι από τους χωρισμένους και τους χήρους. (Journal of Medical Marketing, 2008).
- Άτομα με χαμηλότερο εισόδημα ενδιαφέρονται για το κόστος της θεραπείας (Lee 2008).
- Ασθενείς υψηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου δίνουν μεγαλύτερο βάρος στη φήμη και τις συστάσεις του ιατρού και του νοσοκομείου, ενώ τους απασχολεί η ποιότητα, η μετά τη θεραπεία παρακολούθηση και η ευγένεια του προσωπικού (Lee 2008).

Με αφετηρία τα παραπάνω στοιχεία και με τη χρήση δημογραφικών, ψυχογραφικών, συμπεριφορικών και γεωγραφικών δεδομένων από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην ΚΜΗ έγινε μια τμηματοποίηση των ασθενών που επισκέπτονται την ΚΜΗ.



1. **Οι «πιστοί» ηλικιωμένοι:** Ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες, μέτριου ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι ασθενείς αυτοί δεν αξιολογούν με αντικειμενικά επιστημονικά κριτήρια την περίθαλψη που λαμβάνουν. Για τον λόγο αυτό βασίζονται στην εμπιστοσύνη που έχουν στον ιατρό τους, τον οποίον διάλεξαν μετά από έγκυρες και αξιόπιστες συστάσεις.
2. **Οι επαγγελματίες:** Ασθενείς μέσης ηλικίας (από 30 έως 55 ετών). Αποτελούν την πιο σκληρά μαχόμενη κατηγορία ασθενών αφού είναι επαγγελματικά δραστήριοι οπότε καταβάλουν μεγάλες προσπάθειες για να εναρμονίσουν την καθημερινότητά τους με την ασθένειά τους. Είναι πλήρως ενημερωμένοι για τη νόσο τους και θέλουν ο ιατρός να τους ενημερώνει για όλες τις λεπτομέρειες της θεραπείας τους.
3. **Νέοι και νέες:** Ασθενείς που ανήκουν στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες (κάτω των 30 ετών). Πρόκειται για νέους ανθρώπους, μερικοί από τους οποίους δεν έχουν τελειώσει ακόμα τις σπουδές τους. Η κατηγορία αυτή επηρεάζεται άμεσα από το οικογενειακό περιβάλλον.
4. **Οι σχολαστικοί:** Άνθρωποι που δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κρίνουν και αξιολογούν τόσο την ληφθείσα θεραπεία όσο και το σύνολο των συνθηκών και των συμπεριφορών του προσωπικού που τους περιβάλλει. Για την κατηγορία αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και προσδοκούν το βέλτιστο επίπεδο υπηρεσιών.
5. **Οι «αριστοκράτες»:** Άνθρωποι με υψηλό κοινωνικό ή/και οικονομικό επίπεδο, οι οποίοι είναι προσανατολισμένοι στην άνεση, την ποιότητα των υπηρεσιών, τη φήμη, την εικόνα (image) καθώς και το κύρος (status) που αποκομίζουν κάνοντας χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

### 2.8.1. Χάρτης Αντίληψης (Perceptual Map)

Ο χάρτης αντίληψης αποτελεί μία απεικόνιση του συνόλου των ασθενών που κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την τμηματοποίηση των ασθενών προκύπτουν πέντε (5) τμήματα ασθενών, τα οποία τοποθετούνται πάνω στον χάρτη αντίληψης. Τα βασικά χαρακτηριστικά με τα οποία χαρτογραφούνται τα τμήματα αυτά είναι η προσδοκώμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η πραγματική χρήση (συχνότητα) υπηρεσιών υγείας που κάνει ο εκάστοτε ασθενής.

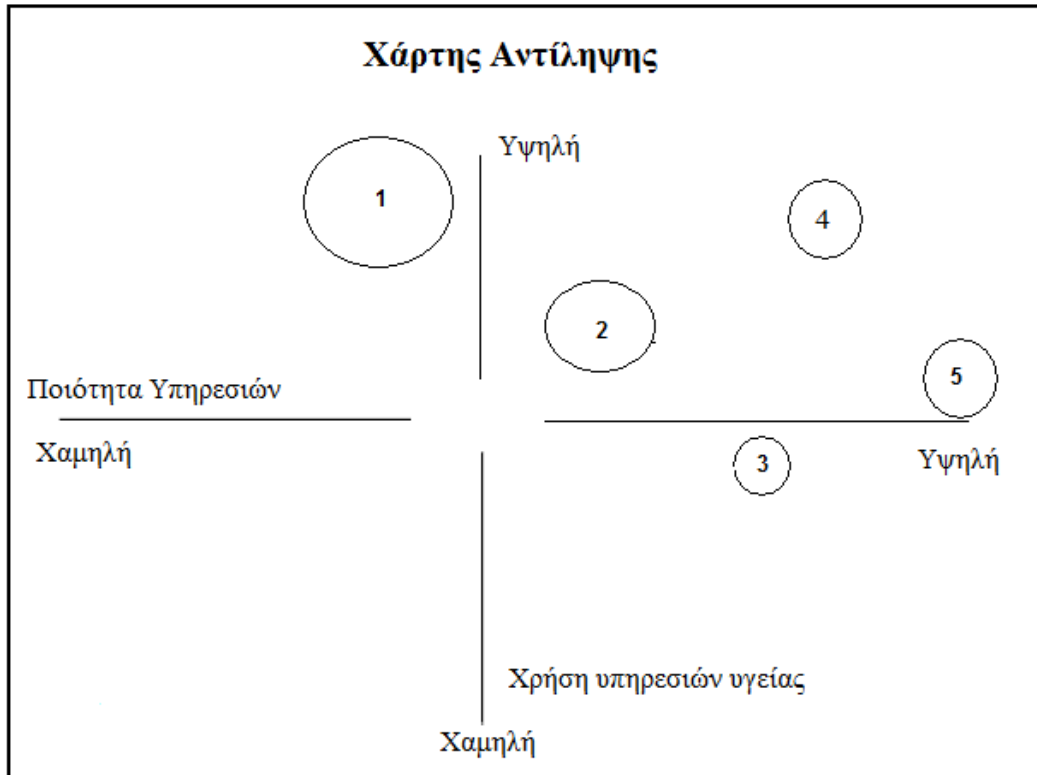
Ο κάθε κύκλος στον χάρτη αντίληψης αντιπροσωπεύει μία κατηγορία ασθενών, ήτοι:

- ο κύκλος 1 αντιπροσωπεύει την κατηγορία «πιστοί» ηλικιωμένοι
- ο κύκλος 2 αντιπροσωπεύει τους επαγγελματίες
- ο κύκλος 3 αντιπροσωπεύει τους νέους
- ο κύκλος 4 αντιπροσωπεύει τους σχολαστικούς
- ο κύκλος 5 αντιπροσωπεύει τους «αριστοκράτες».

Το μέγεθος του κάθε κύκλου υποδεικνύει το μέγεθος της συγκεκριμένης κατηγορίας σε απόλυτο αριθμό ασθενών. Η θέση του κάθε κύκλου πάνω στον χάρτη αντίληψης δείχνει την σημαντικότητα του κάθε άξονα (οριζόντιος και κάθετος) του χάρτη αντίληψης για το συγκεκριμένο τμήμα ασθενών.

Όσον αφορά στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας (οριζόντιος άξονας), όσο πιο αριστερά βρίσκεται ένα τμήμα ασθενών τόσο λιγότερο σημαντική είναι η ποιότητα για το τμήμα αυτό, ενώ όσο δεξιότερα τόσο υψηλότερη σημασία δείχνει το τμήμα ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσον αφορά στον κάθετο άξονα και την χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο χαμηλότερα είναι ένα τμήμα τόσο σπανιότερη και περιστασιακή είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας της ΚΜΗ, ενώ αντίθετα όσο υψηλότερα βρίσκεται ένα τμήμα ασθενών τόσο μεγαλύτερη είναι η χρήση υπηρεσιών υγείας εκφρασμένη σε συχνότητα επισκέψεων και χρονική διάρκεια (μακροχρόνια νοσοκομειακή περίθαλψη).



**Διάγραμμα 3 Χάρτης Αντίληψης (perceptual map)**

Ο χάρτης αντίληψης είναι ένα εύχρηστο εργαλείο με το οποίο ο εκάστοτε ερευνητής μπορεί να διακρίνει διάφορα τμήματα ασθενών/καταναλωτών και να εξάγει αποτελέσματα για τον τρόπο προσέγγισης τους με στόχο την αύξηση της συνολικής τους ικανοποίησης.

### 3. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1. Η σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική έρευνα η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς έχει κριθεί ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μερικοί από τους σημαντικότερους λόγους είναι ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς:

1. τείνουν να συμμορφώνονται με τη συνταγογραφούμενη αγωγή (Ford, Bach, and Fottler 1997; Eisenberg 1997; Williams 1994) και την ιατρική φροντίδα περισσότερο από ότι οι δυσαρεστημένοι (Bell, Krivich, and Boyd 1997).
2. είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν έρευνα για την εξεύρεση της βέλτιστης ιατρικής περίθαλψης και αντί αυτού μένουν με τον ίδιο πάροχο (Ford, Bach, and Fottler 1997; Eisenberg 1997). Όταν ένας ασθενής αλλάζει ιατρούς μπορεί να απαιτείται η επανάληψη κάποιων εξετάσεων, γεγονός το οποίο αυξάνει τα ιατρικά έξοδα και επιπλέον μπορεί να βλάψει και τον ίδιο τον ασθενή.
3. θεωρούνται πλέον βασικό συστατικό της πρωτοβουλίας για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Nelson and Niederberger 1990; Shortell and Kaluzny 2000).

Έχει εδραιωθεί πλέον ως ενιαία άποψη μεταξύ των ερευνητών και επιστημόνων ότι ανεξάρτητα από τον ορισμό για την ικανοποίηση του πελάτη, για να μπορέσει να βελτιωθεί η ποιότητα μιας υπηρεσίας είναι κριτικής σημασίας να λαμβάνονται υπόψη η γνώμη του και τα σχόλια του (Berry & Parasuraman, 1997). Ο MacPherson πρότεινε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί με μεγάλο όφελος ως εργαλείο μέτρησης της επιτυχίας της προσπάθειας για βελτίωση της ποιότητας. Παράλληλα, ο Urden (2002) απέδειξε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση της συνολικής επίδοσης του νοσοκομείου. Στις μέρες μας, τα νοσοκομεία προσπαθούν να βελτιώσουν τις μεθόδους τους για τη μέτρηση και την πρόβλεψη της ικανοποίησης των ασθενών, ώστε να μπορούν να καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των κλινικών μεθόδων τους καθώς και των διαδικασιών που χρησιμοποιούν (Di Paula, Long, & Wiener, 2002).

Απόδειξη της σημασίας της ικανοποίησης του ασθενούς στον τομέα της υγείας αποτελεί και η προσπάθεια στις Η.Π.Α. από τη Medicare να συνδέσει την αποζημίωση που λαμβάνουν τα νοσοκομεία, για τους ασθενείς που νοσηλεύουν, με τα σκορ που λαμβάνει το εκάστοτε νοσοκομείο στην ικανοποίηση των ασθενών του, όπως αυτά καταγράφονται από την έρευνα του Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Επιπλέον, διεθνείς οργανισμοί πιστοποίησης όπως η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) και η National Committee on Quality Assurance (NCQA), έχουν συμπεριλάβει την ικανοποίηση ως δείκτη ποιότητας.

### **3.2. Η Ικανοποίηση του ασθενούς**

Για την καλύτερη κατανόηση όμως των παραγόντων από τους οποίους εξαρτάται η ικανοποίηση του ασθενούς είναι απαραίτητη τόσο η κατανόηση του «πώς» δημιουργείται η συνολική ικανοποίηση όσο και του «ποιός» είναι ο σύγχρονος ασθενής.

#### **3.2.1. Ορισμός της Ικανοποίησης**

Ο Johnston (1995) αναφέρεται στη συνολική ικανοποίηση ως «το αποτέλεσμα της ικανοποίησης από μια σειρά συναλλαγών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μιας υπηρεσίας». Ο ορισμός αυτός κατευθύνει την έννοια της ικανοποίησης στη διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας μακριά από την κλασική άποψη κατά την οποία τα ιατρικά αποτελέσματα είναι ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενούς.

Γενικά, ικανοποίηση είναι το αίσθημα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας ενός ανθρώπου το οποίο δημιουργείται από τη σύγκριση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης επίδοσης (ή αποτελέσματος) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας και των προσδοκιών του (Oliver, 2006).

### 3.2.2. Ο σύγχρονος ασθενής ως καταναλωτής

Από την άλλη, βασική προϋπόθεση για την επιτυχή ικανοποίηση του καταναλωτή μιας υπηρεσίας αποτελεί η πλήρης κατανόηση του. Πρέπει να ανιχνευτούν οι ανάγκες, οι προτεραιότητές και οι προσδοκίες του. Είναι δηλαδή πρωταρχικής σημασίας η πλήρης δημογραφική και ψυχογραφική ανάλυση του ασθενή/ καταναλωτή. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών, τα οποία σχετίζονται άμεσα με τον βαθμό ικανοποίησής τους (Tucker, 2002). Για παράδειγμα, ασθενείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου αξιολογούν με λιγότερο αυστηρά κριτήρια την ιατρική φροντίδα και περίθαλψη που λαμβάνουν, και κατά συνέπεια ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι υψηλότερος (Hui-Ching, 2006).

#### 3.2.2.1. Χαρακτηριστικά του σύγχρονου ασθενή-καταναλωτή

Ο σύγχρονος ασθενής είναι περισσότερο πληροφορημένος και διαθέτει περισσότερες εναλλακτικές επιλογές, με αποτέλεσμα να διαθέτει και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά τις απαιτήσεις του κατά την λήψη ιατρικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα:

1. επιμένει στον έλεγχο
2. θέλει συναισθηματική ανάμιξη (empathy)
3. θέλει θετικά αποτελέσματα
4. θέλει ανακούφιση από τα συμπτώματα
5. θέλει πληροφορίες
6. είναι ενεργός όσον αφορά στην πληροφόρηση σε θέματα υγείας μέσω διαδικτύου
7. έχει καταναλωτική δύναμη (H & HN research,2006).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο σύγχρονος ασθενής είναι ένας καταναλωτής με εμπειρία στη λήψη παρεχόμενων υπηρεσιών. Γνωρίζει τις εναλλακτικές λύσεις σε καθημερινές διαδικασίες παροχής υπηρεσιών και απαιτεί από τις υπηρεσίες υγείας να παρέχουν τις ίδιες διευκολύνσεις με άλλους κλάδους. Για παράδειγμα, κάποιοι κλάδοι επιτρέπουν στον καταναλωτή να εξασφαλίζει και να αγοράζει εισιτήρια (αεροπορικά,

κινηματογράφου κλπ) ή ακόμη και να πληρώνει έναν λογαριασμό μέσω διαδικτύου (H & HN research,2006). Η εμπειρία αυτή σταδιακά αποτελεί συνήθεια στην οποία καλείται το σύστημα υγείας να ανταποκριθεί. Πλέον, ανταγωνιστές ενός παρόχου υπηρεσιών υγείας δεν αποτελούν μόνο τα υπόλοιπα νοσοκομεία αλλά και τα ξενοδοχεία, ακόμη και οι μηχανές αναζήτησης στο διαδίκτυο, όταν αυτές προσφέρουν υπηρεσίες ή/και πληροφορίες σχετικές με την ιατρική και την υγεία (π.χ. Google κ.).

Σύμφωνα με τελευταίες έρευνες τα πέντε στοιχεία που ενδιαφέρουν περισσότερο τους σύγχρονους ασθενείς είναι:

1. οι ιατροί να συμπεριφέρονται στους ασθενείς με ευγένεια και σεβασμό
2. οι ιατροί να εξηγούν τα δεδομένα με έναν τρόπο κατανοητό για τον ασθενή
3. οι ιατροί, οι νοσοκόμες και το υπόλοιπο προσωπικό να βοηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο στην αντιμετώπιση του πόνου
4. το δωμάτιο και το μπάνιο να διατηρούνται καθαρά
5. οι ασθενείς να λαμβάνουν γραπτές ιατρικές πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα και τα ιατρικά προβλήματα που θα απασχολούν την καθημερινή τους ζωή με το πέρας της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο (H & HN research,2006).

### **3.2.2.2. Οι ανάγκες και οι προτεραιότητες των ασθενών**

Ο Moliner (2006) σε έρευνα που εκπόνησε σε δημόσιο νοσοκομείο βρήκε ότι οι βασικοί δείκτες της αντιλαμβανόμενης αξίας ενός δημόσιου νοσοκομείου είναι η συναισθηματική αξία και τα μη οικονομικά κόστη. Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται καταρχάς από τη συναισθηματική αξία των υπηρεσιών υγείας και κατόπιν, με την ίδια βαρύτητα μεταξύ τους, από την ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου, το οικονομικό κόστος και τις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου.

Είναι προφανές ότι η νέα κατεύθυνση και ο προσανατολισμός των ασθενών σε διαστάσεις και μεταβλητές ανεξάρτητες από τα ιατρικά αποτελέσματα οδηγούν στην αποδέσμευση από το παραδοσιακό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς δεν αποτελούν πλέον παθητικούς αποδέκτες της θεραπείας τους και ο ισχυρός ρόλος των ιατρών και των νοσηλευτών απομυθοποιείται. Ο σύγχρονος ασθενής αποτελεί

ενεργό καταναλωτή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με ισχυρή άποψη, γεγονός που τον καθιστά ικανό να κάνει υπεύθυνες επιλογές (Thomas, 2003).

### **3.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς**

Από τη βιβλιογραφική έρευνα διακρίνονται αδρά τρεις παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών:

- 1) Ποιότητα
- 2) Ιατροί
- 3) Νοσηλευτές

#### **3.3.1. Ποιότητα**

##### **3.3.1.1. Η σημασία της ποιότητας**

Η ποιότητα κατά την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα σημαντική αφού έχει αποδειχθεί ότι η χαμηλή ποιότητα των διαδικασιών μπορεί να επισκιάσει υψηλότερα επίπεδα κλινικών αποτελεσμάτων (Collier, 1994).

Για τη μελέτη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχουν συζητηθεί διάφορα πλαίσια αναφοράς. Αρκετά χρήσιμο είναι αυτό το οποίο διαιρεί την ποιότητα στα δύο κύρια συστατικά της στοιχεία – την κλινική ποιότητα και την ποιότητα των διαδικασιών. Η κλινική ποιότητα είναι η τεχνική ποιότητα που προσφέρεται και προέρχεται από τις ιατρικές τεχνικές. Από την άλλη, η διαδικαστική ποιότητα είναι το αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο παρέχονται οι ιατρικές και μη υπηρεσίες. Η κλινική ποιότητα καθορίζεται από τα ιατρικά αποτελέσματα και το «τί» προσφέρεται, ενώ η διαδικαστική ποιότητα το «πώς» αυτές οι υπηρεσίες δημιουργήθηκαν και προσφέρθηκαν. Με βάση αυτή τη διάκριση βρέθηκε ότι η κλινική και η διαδικαστική ποιότητα είναι καλοί ενδιάμεσοι σταθμοί για τον καθορισμό της ικανοποίησης των ασθενών. Πρέπει να σημειωθεί ότι η διαδικαστική ποιότητα είναι τουλάχιστον το ίδιο σημαντική όσο και η



κλινική. Όταν ο Cleary and McNeil (1988) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της ποιότητας και της ικανοποίησης βρήκαν ότι «περισσότερη προσωπική» φροντίδα, καθώς και «καλές επικοινωνιακές ικανότητες, συναισθηματική ανάμιξη και φροντίδα» οδηγούν σε υψηλότερη ικανοποίηση του ασθενούς.

Δεν είναι τυχαίο ότι στα κριτήρια του MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award) για υπηρεσίες υγείας μεγάλη προσοχή δίνεται πλέον και στον τρόπο που παρέχεται η ιατρική περίθαλψη στον ασθενή. Ασχολούνται συστηματικά με το σχεδιασμό της υπηρεσίας, την υποστήριξη των διαδικασιών, τον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους καθώς και τη συμμετοχή του ασθενούς στην επανατροφοδότηση για να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές και βελτιώσεις (MBNQA, 1995, 2000, 2003)

### **3.3.1.2. Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Για να σχεδιασθούν όμως χρήσιμα εργαλεία για τη μέτρηση της ικανοποίησης απαιτείται η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι καταναλωτές της υγείας, οι διαχειριστές και οι πάροχοι ορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Breedlove, 1994; Donabedian, 1980; Howard, 2000).

Ένας απόλυτος ορισμός της ποιότητας είναι δύσκολο να δοθεί διότι οι πάροχοι και οι καταναλωτές την αντιλαμβάνονται διαφορετικά (Turner and Pol, 1995). Οι ιατροί και οι νοσηλευτές ορίζουν την ποιότητα διαφορετικά από ότι οι ασθενείς (Backhouse and Brown, 2000; Donabedian, 1980; Licata, Mowen and Chakraborty, 1995; Oermann and Templin, 2000; Williams, 1998; Stichler and Weiss, 2000). Για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές η ποιότητα αναφέρεται στο πόσο καλά φέρονται στους ασθενείς (Donabedian, 1980). Από την άλλη, οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στις διαπροσωπικές διαστάσεις της φροντίδας τους (Donabedian, 1980; Stichler and Weiss, 2000). Γι' αυτούς ένδειξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί, η εμφάνιση του περιβάλλοντος και των εργαζομένων, η αξιοπιστία, η μεταβλητότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η προσπάθεια για κατανόηση του ασθενούς, η πρόσβαση, η ευγένεια, η επικοινωνία, η αξιοπιστία και η ασφάλεια (Stichler and Weiss, 2000). Επιπλέον, οι κρίσεις των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας βασίζονται και στο βαθμό ανταπόκρισης των παρόχων στις μοναδικές ανάγκες τους. (Bendall-Lyon, Powers and Swan, 2001; Donabedian, 1980; Perucca, 2001).

### 3.3.2. Ιατροί

Η σχέση ιατρού – ασθενή είναι καθοριστικής σημασίας για τη συνολική εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας (Peltier, Schibrowsky and Cochran, 2002; Yucelt, 1994). Σε μία λεπτομερή μελέτη, ο Hill και Garner (1991) παρέθεσαν δεκαεννέα κριτήρια τα οποία οι ασθενείς θεωρούσαν σημαντικά κατά την επιλογή του παρόχου υπηρεσιών υγείας. Ο παράγοντας με την πιο υψηλή βαθμολογία ήταν οι γνώσεις του ιατρού καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αυτός αλληλεπιδρούσε με τον ασθενή. Συγκεκριμένα, η αλληλεπίδραση ιατρού και ασθενή διερευνήθηκε από τον Yucelt (1994), ο οποίος βρήκε ότι οι διαπροσωπικές ικανότητες του ιατρού, όπως και ο χρόνος που ξοδεύει με έναν ασθενή, ενδεχομένως αποτελούν μερικούς από τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση του ασθενούς. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η σχέση ιατρού-ασθενή επηρεάζεται από έναν αριθμό παραγόντων συμπεριλαμβανομένης της αντιλαμβανόμενης ιατρικής κατάρτισης (Nowak and Washburn, 1998; Hill and Garner, 1991), της ικανοποίησης με την φροντίδα που παρέχεται (Baker and Taylor, 1997), του σεβασμού προς τον χρόνο του ασθενή (Nitse and Rushing, 1996) και του επιπέδου ψυχολογικής άνεσης που έχει ο ασθενής με τον ιατρό του (Spake et al., 2003).

#### 3.3.2.1. Η Πίστη στον ιατρό (Loyalty)

Η δημιουργία πιστών πελατών βρίσκεται στην καρδιά κάθε επιχείρησης (Schieffer, 2005). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι πελάτες που δηλώνουν ικανοποιημένοι δεν είναι απαραίτητα πιστοί πελάτες και κατά συνέπεια δεν τεκμαίρεται ότι θα συνεχίσουν να αγοράζουν το προϊόν ή παρεχόμενη υπηρεσία. Η ικανοποίηση προσδιορίζεται από τα λεγόμενα των πελατών, ενώ η πίστη τους αποδεικνύει τη διαχρονική συστηματική επιλογή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Φαίνεται ότι βασικό συστατικό τόσο της πίστης όσο και της μη ικανοποίησης είναι τα αξιωματικώς περιστατικά. Το να εστιάζει λοιπόν κανείς στα παράπονα βοηθάει μόνο στη μετατροπή ενός δυσαρεστημένου πελάτη σε ικανοποιημένο. Αξίζουν να σημειωθούν τα ευρήματα από την έρευνα ικανοποίησης του Press Ganey, στην οποία υπάρχουν 44 ερωτήσεις καναλίζουν κάθε πλευρά της εμπειρίας του ασθενούς. Οι δύο ερωτήσεις με τη χαμηλότερη συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση αφορούν το φαγητό και τη

θερμοκρασία του δωματίου. Αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον αφού τα περισσότερα παράπονα που δέχονται τα νοσοκομεία έχουν σχέση με το φαγητό (Lee, 2003).

Για τη δημιουργία λοιπόν πιστών πελατών κάθε οργανισμός θα πρέπει να:

4. δημιουργεί υπηρεσίες, προϊόντα και εμπειρίες υψηλού επιπέδου για την αγορά στόχο
5. συμπεριλαμβάνει διάφορα τμήματα στο σχεδιασμό και τη διοίκηση του σχεδίου για ικανοποίηση του πελάτη
6. ενσωματώνει τη «φωνή του πελάτη» για να αντιληφθεί τις φανερές και κρυφές ανάγκες και απαιτήσεις τους
7. οργανώσει και να κάνει προσβάσιμη μια βάση δεδομένων για κάθε ξεχωριστό πελάτη
8. είναι εύκολο για τους πελάτες να έρθουν σε επαφή με τον αρμόδιο κάθε φορά υπάλληλο και να εκφράσουν τις ανάγκες τους, τις αντιλήψεις τους και τ.. α παραπονά τους
9. υπάρχουν προγράμματα επιβράβευσης για τους ξεχωριστούς υπαλλήλους (Kottler and Keller, 2009).

### **3.3.3. Νοσηλευτικό Προσωπικό**

Ο ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένος στην Ελλάδα, αποδεικνύεται πρωταγωνιστικός στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς. Έχει βρεθεί ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών συσχετίζεται ισχυρά με την νοσηλευτική φροντίδα (Atkins, Marshall and Javalgi, 1996; Perucca 2001). Για παράδειγμα, οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα της φροντίδας από το κατά πόσο οι νοσηλευτές δείχνουν ζεστασιά και σεβασμό προς αυτούς. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς θεωρούν ότι οι νοσηλευτές προσφέρουν ποιοτική φροντίδα όταν ακούν ενεργητικά και συμπεριλαμβάνουν τους ασθενείς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο βαθμός του σεβασμού που έδειχναν οι νοσηλευτές για τα θέματα που απασχολούσαν τους ασθενείς ήταν ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας για τη ικανοποίηση των ασθενών (Atkins, Marshall and Javalgi, 1996). Οι ασθενείς όμως εκτιμούν και τους ικανούς νοσηλευτές, οι οποίοι είναι γνώστες των τελευταίων ιατρικών εξελίξεων. Το εύρημα όμως που ανατρέπει το στερεότυπο του ιατρού που βρίσκεται στο κέντρο των υπηρεσιών υγείας είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς θεωρούν τα ιατρικά αποτελέσματα

σχεδόν το ίδιο σημαντικά όσο και τη νοσηλευτική φροντίδα (Carmen, 2000). Όλα αυτά επιβεβαιώνονται και έμμεσα από έρευνα που δείχνει ότι όσο πιο άμεση είναι η επαφή του ασθενή με μια συγκεκριμένη θέση εργασίας τόσο μεγαλύτερος ο ρόλος και η επίδραση αυτής στη συνολική ικανοποίηση του. Για το λόγο αυτό είναι προφανές ότι οι νοσηλευτές επηρεάζουν δραματικά τα επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών αφού έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς. Τέλος, έχει βρεθεί ότι όσο υψηλότερο το επίπεδο των υπερωριών και των παραιτήσεων των νοσηλευτών τόσο χαμηλότερο το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών (Blizzard, 2003).

## **4. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΜΗ Α΄ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ-ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Ε.Α.Ν.Π. ΜΕΤΑΞΑ**

### **4.1. Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά**

Το Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά ασχολείται κυρίως με ογκολογικά περιστατικά. Αυτή η εξειδίκευση του δίνει τη δυνατότητα να προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενούς μέσω της συνεργασίας όλων των ογκολογικών ειδικοτήτων. Οι Παθολογικές-Ογκολογικές Κλινικές του νοσοκομείου ασχολούνται με την διάγνωση και αντιμετώπιση όλων των ειδών συμπαγών όγκων και λεμφωμάτων.

### **4.2. Κλινική Μιας Ημέρας**

Αναπόσπαστο κομμάτι κάθε Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής είναι η Κλινική Μιας Ημέρας (ΚΜΗ). Η ΚΜΗ είναι το τμήμα της κλινικής, το οποίο ασχολείται με τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών σχημάτων τα οποία μπορούν να χορηγηθούν σε διάρκεια μικρότερη των οχτώ (8) ωρών, ενώ δεν απαιτείται η προετοιμασία του ασθενούς από την προηγούμενη ημέρα μέσω χορήγησης ενδοφλέβιου σκευάσματος.

### **4.3. Χημειοθεραπευτικά σχήματα**

Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα (ΧΜΘ) διακρίνονται στις εξής κατηγορίες ανάλογα με τη χρονική στιγμή που χορηγούνται:

- νέο-adjunct ΧΜΘ (πριν από κάποιο ογκολογικό χειρουργείο),
- adjunct ΧΜΘ (προληπτικά μετά από κάποιο ογκολογικό χειρουργείο και εφόσον δεν υπάρχουν εμφανή στοιχεία της νόσου) και
- ΧΜΘ (στις περιπτώσεις που υπάρχει εμφανής νόσος).

Η διάκριση αυτή είναι αρκετά σημαντική διότι για τους ασθενείς των δύο πρώτων κατηγοριών υπάρχει ογκολογικό πλάνο με συγκεκριμένο αριθμό ΧΜΘ συνεδριών (συνήθως 8-12), ενώ για την τρίτη κατηγορία ο αριθμός των ΧΜΘ εξαρτάται από την ανταπόκριση της νόσου αλλά και του οργανισμού στη θεραπεία. Ευνόητο είναι ότι οι ασθενείς της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας είναι συνήθως σε καλύτερη φυσική και ψυχολογική κατάσταση καθώς επισκέπτονται τη ΚΜΗ λιγότερες φορές. Η περιοδικότητα με την οποία προσέρχονται οι ασθενείς στην ΚΜΗ είναι συνήθως 1, 2 ή 3 εβδομάδες, ανάλογα με τα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται και μπορεί να φτάσει έως τους 6 μήνες σε κάποιες περιπτώσεις.

#### 4.4. Λειτουργίες της ΚΜΗ

Οι ιατροί της ΚΜΗ έχουν δύο κύριες ασχολίες. Η **πρώτη** είναι η χορήγηση των ΧΜΘ της κάθε ημέρας και η **δεύτερη** είναι η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών από τις ΧΜΗ στους ασθενείς των προηγούμενων ημερών.

Όσον αφορά την πρώτη ενασχόληση, οι ιατροί έχουν από το μεσημέρι της προηγούμενης ημέρας τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών της επόμενης ημέρας. Αφού τους μελετήσουν, σημειώνουν σε μία λίστα τις εργαστηριακές εξετάσεις που απαιτούνται για κάθε ασθενή, χρεώνουν τα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα και την παραδίδουν στην προϊσταμένη του τμήματος. Είναι απαραίτητο να ελέγχονται οι εργαστηριακές εξετάσεις πάντα πριν την έναρξη της ΧΜΘ έτσι ώστε να εξευρεθεί τυχόν αιματολογική ή άλλου είδους τοξικότητα που μπορεί να έχει προκληθεί από την χορήγηση του προηγούμενου σχήματος.

Ταυτόχρονα με τις παραπάνω ασχολίες, υπάρχουν και δευτερεύουσες διαδικασίες οι οποίες είναι απαραίτητο να γίνουν σε παράλληλο χρόνο. Οι ιατροί πρέπει να ελέγχουν τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων των ασθενών και να δώσουν την έγκρισή τους για τη διάλυση των ΧΜΘ από το φαρμακείο του νοσοκομείου. Επίσης, πρέπει να ενημερώνονται για τυχόν παρενέργειες των ασθενών, οι οποίες εμφανίστηκαν στο μεσοδιάστημα των δύο θεραπειών και να αποφασίσουν αν είναι απαραίτητη η μείωση των δόσεων ή η αλλαγή ΧΜΘ. Τέλος, κάθε δύο μήνες περίπου οι ογκολογικοί ασθενείς πρέπει να επανελέγχονται με απεικονιστικές μεθόδους για τον αποκλεισμό μιας πιθανής υποτροπής ή για τον προσδιορισμό των θεραπευτικών αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί. Για τον λόγο αυτό, την ημέρα που θα

προσκομίσουν τις εξετάσεις τους ο ειδικευόμενος ιατρός που βρίσκεται στην ΚΜΗ θα πρέπει να τις μελετήσει, να τις συγκρίνει με τις προηγούμενες και στη συνέχεια να συναποφασίσει μαζί με τον επιμελητή που παρακολουθεί τον εκάστοτε ασθενή για τους περαιτέρω θεραπευτικούς χειρισμούς.

Συχνά, ο ιατρός θα πρέπει να εξετάσει κλινικά κάποιους ασθενείς που παρουσιάζουν ανησυχητικά συμπτώματα καθώς και να δώσει οδηγίες σε ασθενείς, οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα τοξικότητας λόγω της θεραπείας τους. Για τις περιπτώσεις αυτές οι ασθενείς είτε επικοινωνούν τηλεφωνικά με τους ιατρούς είτε προσέρχονται στην ΚΜΗ για εξέταση.

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς πρέπει να λάβουν συγκεκριμένες οδηγίες από τον ιατρό τους. Αυτός καθορίζει με βάση το χημειοθεραπευτικό σχήμα το επόμενο ραντεβού, δίνει οδηγίες για την αντιμετώπιση πιθανής ενδιάμεσης τοξικότητας και συνταγογραφεί φάρμακα τα οποία απαιτούνται. Είναι σημαντικό όλοι οι ασθενείς να έχουν λάβει οδηγίες πριν τις 14:00 διότι την ώρα αυτή κλείνει το φαρμακείο του νοσοκομείου, το οποίο είναι το μόνο που μπορεί να χορηγήσει μερικά πολύ εξειδικευμένα και ακριβά σκευάσματα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση κάποιων πιθανών αιματολογικών τοξικοτήτων.

Τέλος, δύο άλλες λειτουργίες με τις οποίες ασχολείται το προσωπικό της ΚΜΗ είναι οι μεταγγίσεις παραγώγων αίματος και οι παρακεντήσεις. Στις μεταγγίσεις παραγώγων αίματος εξυπηρετούνται ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν αιματολογική τοξικότητα από τη ΧΜΘ (π.χ. χαμηλός αιματοκρίτης) και έχουν την ανάγκη να μεταγγιστούν. Μετά από συνεννόηση με τον ιατρό ο ασθενής ακολουθεί την ίδια διαδικασία εισαγωγής. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής δεν χρειάζεται να έχει ραντεβού. Αρκεί να έχει τηλεφωνήσει στην αιμοδοσία του Νοσοκομείου έτσι ώστε να γνωρίζει εάν υπάρχει διαθέσιμο αίμα ή άλλο παράγωγο αίματος που έχει ζητηθεί από το ιατρό του.

Οι παρακεντήσεις αφορούν ασθενείς οι οποίοι λόγω της νόσου τους εμφανίζουν ασκτική ή πλευριτική συλλογή και χρήζουν ανακουφιστικής παρακέντησης. Για να γίνει παρακέντηση ο ασθενής παίρνει ξανά εισιτήριο για την ΚΜΗ κατόπιν συνεννόησης με τον ιατρό του. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μεταγγίσεις και οι παρακεντήσεις θεωρούνται και διαχειρίζονται ως επείγουσες παρεμβάσεις.

#### **4.4.1. Διαδικασία εισαγωγής και εξυπηρέτησης των ασθενών στην ΚΜΗ**

Οι ώρες προσέλευσης στην ΚΜΗ είναι από τις 7:30 πμ έως τις 12:15, ενώ η κλινική κλείνει εφόσον έχουν εξυπηρετηθεί όλοι οι προσελεύσαντες. Το πρωί της ίδιας μέρας ο ασθενής θα πρέπει να προσέλθει με το βιβλιάριό του και την ειδική κάρτα που πιστοποιεί το ραντεβού και αναγράφει τον αριθμό μητρώου του στο Γραφείο Εισαγωγών. Στη συνέχεια παίρνει εισιτήριο για μία ημέρα το οποίο πηγαίνει στην γραμματεία της κλινικής. Εκεί του χορηγείται ένα νούμερο για τη σειρά του στις αιμοληψίες. Έως ότου ετοιμαστεί η θεραπεία του μπορεί να περιμένει στο σαλόνι της Κ.Μ.Η όπου προσφέρεται καφές και ελαφρύ πρωινό.

Όταν ένας ιατρός δώσει την χρέωση με την ΧΜΘ στις νοσηλεύτριες του τμήματος, αυτές καταγράφουν τα φαρμακευτικά σκευάσματα και τις δόσεις τους σε ένα αρχείο της κλινικής και όταν συλλέξουν αρκετές εντολές για ΧΜΘ τις κατεβάζουν στο φαρμακείο του νοσοκομείου το οποίο βρίσκεται στο πρώτο υπόγειο (-1). Όταν το φαρμακείο διαλύσει αρκετές ΧΜΘ τις στέλνει στην ΚΜΗ με έναν υπάλληλο. Τα χρονικά διαστήματα που απαιτούνται για αυτές τις διαδικασίες είναι κατά προσέγγιση:

- μία ώρα από τη στιγμή της αιμοληψίας έως τη λήψη των εργαστηριακών αποτελεσμάτων.
- μιάμιση με δύο ώρες από τη στιγμή που θα δοθεί η θεραπεία από τον ιατρό έως τη στιγμή που αυτή θα έρθει από το φαρμακείο.

#### **4.4.2. Προβλήματα στις λειτουργίες της ΚΜΗ**

Οι ιατροί της ΚΜΗ αντιμετωπίζουν διαδικαστικά προβλήματα τόσο στις κύριες όσο και στις δευτερεύουσες λειτουργίες. Όπως προαναφέρθηκε είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ασφαλή χορήγηση ΧΜΘ να έχουν προηγηθεί οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες δίνονται στον ιατρό της ΚΜΗ από την προηγούμενη ημέρα. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο φάκελος του ασθενούς δεν έχει ανευρεθεί μέχρι και τις τελευταίες πρωινές ώρες όπου πρέπει να λάβει χώρα η ΧΜΘ. Αυτό οφείλεται τόσο στο «πρωτόγονο» σύστημα αρχειοθέτησης του νοσοκομείου όσο και στην ιδιαιτερότητα των συγκεκριμένων ασθενών να κάνουν χρήση πολλαπλών



τμημάτων του νοσοκομείου (ακτινοθεραπευτικό, χειρουργικό, ιατρείο πόνου κ.α.), με αποτέλεσμα ο ιατρικός φάκελος να μετακινείται συνεχώς από τμήμα σε τμήμα χωρίς ταυτοχρόνως να υπάρχει σύστημα παρακολούθησης του. Τέτοιες καταστάσεις είναι προφανές ότι οδηγούν σε σωρεία προβλημάτων όπως η καθυστέρηση της έναρξης της ΧΜΘ ή και η πλήρης αναβολή της, η αναζήτηση του φακέλου μέσα στο νοσοκομείο από τον κλητήρα, από τον ιατρό ή και από τον ίδιο τον ασθενή. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην καθυστέρηση τόσο του ίδιου του ασθενούς όσο και άλλων διαδικασιών.

Όσον αφορά τις δευτερεύουσες ασχολίες των ιατρών της ΚΜΗ εντοπίζονται προβλήματα συγχρονισμού με τα υπόλοιπα τμήματα και λειτουργίες του νοσοκομείου. Για την αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και την λήψη απόφασης για την περαιτέρω θεραπεία του ασθενούς, ο ιατρός της ΚΜΗ πρέπει να φύγει από την ΚΜΗ και να πάει στον εκάστοτε επιμελητή που παρακολουθεί τον ασθενή. Η διαδικασία αυτή απαιτεί χρόνο διότι οι επιμελητές δεν βρίσκονται στον ίδιο όροφο με την ΚΜΗ ενώ πολλές φορές συμβαίνει να εξετάζουν κάποιον άλλο ασθενή την ώρα που πρέπει να ληφθούν οι προαναφερθείσες αποφάσεις. Για όλο το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ο ιατρός βρίσκεται στον εκάστοτε επιμελητή, η ΚΜΗ μένει χωρίς ιατρό και κατά συνέπεια όλες οι διαδικασίες και λειτουργίες καθυστερούν.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, εύκολα παρατηρεί κανείς τα μεγάλα κενά χρονικά διαστήματα τα οποία είναι αναγκασμένοι να περιμένουν οι ασθενείς καθώς και την ταλαιπωρία στην οποία υποβάλλονται. Έχουν παρατηρηθεί φαινόμενα όπου η ώρα προσέλευσης ενός ασθενούς μπορεί να απέχει έως και επτά (7) ώρες από την ώρα που τελικώς ο ασθενής λαμβάνει τη θεραπεία του.

Η ΚΜΗ του νοσοκομείου συστεγάζει την ΚΜΗ των δύο Παθολογικών-Ογκολογικών κλινικών, της Αιματολογικής και της Ουρολογικής κλινικής. Εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 100 άτομα ενώ το δυναμικό της αποτελείται από 7 νοσηλεύτριες, 2 αιμολήπτριες, 1 διοικητικό υπάλληλο και 25 κλίνες. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τόσο οι ασθενείς όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό. Συχνά, οι ασθενείς λαμβάνουν τη ΧΜΘ σε καρέκλες ενώ παρατηρείται υπερφόρτωση του νοσηλευτικού προσωπικού γεγονός που οδηγεί σε καθυστερήσεις των ΧΜΘ και αυξημένους χρόνους ανταπόκρισης στα αιτήματα των ασθενών.

#### 4.4.3. Επιλογή κλινικής προς μελέτη

Το νοσοκομείο Μεταξά διαθέτει δύο κλινικές, την Α και Β Παθολογική Κλινική, ενώ κάθε κλινική έχει τους δικούς της ασθενείς στην ΚΜΗ. Αυτοί εξυπηρετούνται από το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό, στον ίδιο χώρο αλλά από διαφορετικούς ιατρούς. Η έρευνα περιορίστηκε στους ασθενείς της ΚΜΗ της Α Παθολογικής-Ογκολογικής Κλινικής, διότι τα αντίστοιχα τμήματα των δύο κλινικών διαφέρουν σε πολλά σημεία γεγονός που θα αποτελούσε τροχοπέδη στη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Ο λόγος, για τον οποίο επιλέχθηκε η συγκεκριμένη κλινική (ΚΜΗ Α' Παθολογικής Κλινικής) είναι διπλός. Ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς την επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα να έχουν μία πιο ολοκληρωμένη και αντικειμενική άποψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αφού η γνώμη τους δεν βασίζεται σε περιστασιακά – αρνητικά ή θετικά – γεγονότα. Ο δεύτερος είναι η εμπειρία του ερευνητή στο συγκεκριμένο τμήμα, η οποία συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των διαδικασιών αλλά και των ασθενών. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των ασθενών που εξυπηρετεί καθημερινά η ΚΜΗ της ΑΠ ανέρχεται σε δεκαεπτά (17) άτομα. Ο ελάχιστος αριθμός ατόμων που έχει εξυπηρετηθεί ημερησίως είναι εννέα (9) άτομα, ενώ ο μέγιστος ανέρχεται σε τριάντα επτά (37).

## 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1. Εισαγωγή

Η πρώτη γενιά μελέτες για την ικανοποίηση των ασθενών στόχευαν στην αναγνώριση δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονταν με την ικανοποίηση των ασθενών (Dansky and Brannon 1996). Επειδή όμως αυτοί οι παράμετροι δεν μπορούσαν να επηρεαστούν, η ανώτατη διοίκηση δεν μπορούσε να τις χρησιμοποιήσει για να βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών.

Η επόμενη γενιά μελέτες επικεντρώθηκαν σε μια πολυπαραγοντική προσέγγιση της ικανοποίησης του ασθενούς (Ware, Davies-Avery, and Stewart 1978; Ware, Snyder, and Wright 1976). Αναγνώρισαν σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονταν με τη συνολική ικανοποίηση όπως η προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητα των πόρων, η συνέχεια της φροντίδας, η αποτελεσματικότητα της φροντίδας, το κόστος, η ανθρωπιά, οι πληροφορίες που δίνονταν, ο περιβάλλοντας χώρος. Βασισμένοι σε αυτά τα αποτελέσματα βρήκαν ότι κάποιοι παράγοντες ήταν πιο ισχυροί από κάποιους άλλους. Έτσι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για να αυξήσουν τη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα έπρεπε να επικεντρωθούν στη βελτίωση συγκεκριμένων παραγόντων.

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών κάνουν χρήση γενικευμένων βαθμίδων μέτρησης που χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ, αφού θεωρούνται πιο αξιόπιστες παρόλες τις ενδεχόμενες αποκλίσεις από τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Οι έρευνες όμως που διεξάγονταν στο παρελθόν για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών δεν είχαν σχεδιαστεί για να συσχετίζουν τη συνολική ικανοποίηση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ο Baker υπήρξε ο πρώτος που σχεδίασε αξιόπιστα μοντέλα μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το μοντέλο του αποτελείται από δύο ξεχωριστές κλίμακες μέτρησης. Η πρώτη μετράει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, ενώ η δεύτερη μετράει την ικανοποίηση σε σχέση με άλλους νοσοκομειακούς παράγοντες. Και οι δύο κλίμακες είναι προσεχτικά σχεδιασμένες και χαρακτηρίζονται από συνέπεια και

συντομία. Ωστόσο, παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις που αφορούν κυρίως τους νοσοκομειακούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση. Καταρχάς δεν λαμβάνει καθόλου υπόψη τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη συνολική ικανοποίηση. Σύμφωνα με παλαιότερες έρευνες έχει βρεθεί όμως ότι οι νοσηλευτές και όλο το βοηθητικό προσωπικό μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών δεδομένου ότι αλληλεπιδρούν καθημερινά με τους ασθενείς. Επίσης, ο Baker για να μετρήσει τις δύο προαναφερθείσες συσχετίσεις σχεδίασε δύο ξεχωριστά ερωτηματολόγια με στόχο να διαχωρισθούν τα αποτελέσματα των διαφορετικών παραγόντων. Ωστόσο, η στατιστική επιστήμη κρίνει ως βέλτιστη τακτική την ταυτόχρονη μέτρηση και συσχέτιση όλων των ενδεχόμενων παραγόντων που δύναται να επηρεάσουν τη μετρούμενη μεταβλητή (συνολική ικανοποίηση (Grogan 1995).

Για την κάλυψη των παραπάνω ελλείψεων σε μελλοντικές μελέτες, εκπονήθηκε έρευνα από τους Grogan, Conner, Willits και Norman κατά την οποία σχεδιάστηκε ένα συνολικό ερωτηματολόγιο, το οποίο θα ήταν έγκυρο και αξιόπιστο για τη μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης και με το οποίο θα μπορούσαν να αξιολογηθούν ταυτόχρονα όλοι οι διαφορετικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Η έρευνα αυτή επέκτεινε τις μελέτες του Baker έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα εργαλείο μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης λαμβάνοντας υπόψη όλους τους ενδεχόμενους παράγοντες, ενώ ταυτόχρονα η κλίμακα μέτρησης να έχει βαθμίδες που να μπορούν να αξιολογήσουν με συνέπεια και συνοχή τις διάφορες μεταβλητές.

Στα προκαταρκτικά στάδια της ερευνας τους διερευνήθηκαν οι συνολικοί παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Στόχος ήταν ο περιορισμός του συνόλου των παραγόντων στους πιο κρίσιμους για την συνολική ικανοποίηση. Για την προκαταρκτική αυτή μελέτη μοιράστηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου όπου οι ασθενείς έδιναν την άποψή τους για διάφορους παράγοντες. Το ερωτηματολόγιο εστάλη σε 2.788 ασθενείς και συμπληρώθηκε και εστάλη πίσω από 1.913 ασθενείς (ήτοι το 42,8%). Ο υψηλός αυτός αριθμός συμμετεχόντων προσδίδει μέγιστη αξιοπιστία στο ερωτηματολόγιο καθώς και στα αποτελέσματα που μπορούν να εξαχθούν με τη χρήση του. Οι απόψεις των ασθενών ομαδοποιήθηκαν σε υποπαράγοντες ως ακολούθως:

- Επικοινωνιακές ικανότητες των ιατρών
- Κοινωνικές ικανότητες των ιατρών
- Επάρκεια των ιατρών
- Αποτελεσματική επικοινωνία μέσω τηλεφώνου
- Καλή οδική πρόσβαση στην κλινική
- Ραντεβού
- Εγκαταστάσεις
- Νοσηλεία έκτακτων περιστατικών
- Τελική θεραπεία
- Νοσηλευτές
- Γραμματεία

Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν τους κρίσιμους παράγοντες που έπρεπε να συμπεριληφθούν στο τελικό ερωτηματολόγιο με τη χρήση του οποίου θα μπορούσε να διεξαχθεί μία έγκυρη έρευνα μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών μίας κλινικής. Οι παράγοντες αυτοί ήταν:

- Οι ιατροί
- Οι νοσηλευτές
- Οι γραμματείς
- Οι εγκαταστάσεις

Οι διάφορες διαστάσεις των παραγόντων αυτών ενσωματώθηκαν στο τελικό ερωτηματολόγιο με την μορφή δήλωσης και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν ανά παράγοντα. Για τη βελτιστοποίηση του ερωτηματολογίου αφαιρέθηκαν τυχόν ερωτήσεις που υπερκάλυπτονταν από άλλες. Τέλος, προστέθηκε η βαθμιδωτή κλίμακα Likert (Συμφωνώ – Διαφωνώ) με πέντε βαθμίδες (Συμφωνώ απόλυτα, Συμφωνώ, Αδιάφορο, Διαφωνώ, Διαφωνώ Απόλυτα)

Το αποτέλεσμα της παραπάνω έρευνας αποτελεί το ερωτηματολόγιο των Grogan, Conner, Willits και Norman το οποίο και επιλέχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ήταν τα βασικά κριτήρια επιλογής του εν λόγω ερωτηματολογίου καθώς και το γεγονός ότι οι ερωτήσεις του καλύπτουν με μεγάλη ακρίβεια τις λειτουργίες της ΚΜΗ.

Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο περιέχει τέσσερις υποκατηγορίες παραγόντων επιρροής της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (ιατροί, νοσηλευτές, γραμματείς, εγκαταστάσεις). Βέβαια για τις ανάγκες της δικής μας έρευνας τροποποιήθηκε το μέγεθος του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στη δομή της ΚΜΗ καθώς και η διατύπωση κάποιων ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε αρχικά σε 10 ασθενείς για να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα στο μέγεθος και τη διατύπωση των ερωτήσεων. Το αποτέλεσμα ήταν εικοσιπέντε (25) ερωτήσεις, που μετράνε την ικανοποίηση από τους τέσσερις παράγοντες επιρροής, καθώς και τρεις (3) ερωτήσεις για τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών (βλ. Παράρτημα Α-9.1).

## 5.2. Κριτήρια Αξιολόγησης Ερωτηματολογίου

Η μέθοδος διανομής ερωτηματολογίου αποτελεί μία από τις πιο εύκολες και ταυτόχρονα αξιόπιστες μεθόδους μέτρησης ή εκτίμησης της υπό έρευνας μεταβλητής. Ωστόσο, υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια (Sloman, 2008) που πρέπει να πληρούνται έτσι ώστε η έρευνα να θεωρείται αξιόπιστη και η ακολουθούμενη μεθοδολογία αποτελεσματική.

Το πρώτο κριτήριο αξιολόγησης αποτελεί η **ποιότητα δείγματος**. Στην περίπτωση της ΚΜΗ το δείγμα προς μελέτη αποτελεί δείγμα ευκολίας. Στο δείγμα ευκολίας, οι ασθενείς επιλέγονται εν μέρει ή ολικά κατά την κρίση και διευκόλυνση του ερευνητή. Η προσπάθεια που καταβάλλεται έτσι ώστε το δείγμα να αποτελέσει ακριβής αντιπροσώπευση του συνόλου είναι περιορισμένη. Σε ένα δείγμα ευκολίας τα ερωτηματολόγια συνήθως μοιράζονται σε τυχαίες μέρες και ώρες χωρίς να υπάρχει ένδειξη ότι τα τελικά ερωτηματολόγια που θα συμπεριληφθούν στην αξιολόγηση θα αντιπροσωπεύουν το σύνολο των ασθενών. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι δύσκολο να γενικοποιηθούν τα αποτελέσματα στο σύνολο του υπό εξέταση πληθυσμού. Ωστόσο, ένα δείγμα ευκολίας μπορεί να προσφέρει πολύ χρήσιμες πληροφορίες. Ιδιαίτερα, ένα δείγμα ευκολίας ενδείκνεται στις περιπτώσεις όπως στην ΚΜΗ, όπου τα αποτελέσματα μπορούν να ερμηνευθούν αποτελεσματικά εάν δοθεί η κατάλληλη προσοχή στον αριθμό και στα άτομα που θα συμπεριληφθούν στη μελέτη έτσι ώστε το τελικό αποτέλεσμα να μην αποκλίνει από αυτό ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος.

Το δεύτερο κριτήριο αποτελούν οι **ευκρινείς ερωτήσεις**. Το διανεμηθέν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις ορθά διατυπωμένες και με ευκρίνεια έτσι ώστε να μην μπερδεύουν τον ερωτηθέντα. Επίσης σύμφωνα με τον Sloman πρέπει

να αποφεύγεται η **μεθόδευση ειλικρινών απαντήσεων**. Πολλές φορές οι ερωτηθέντες δεν απαντούν με ειλικρίνεια αλλά δίνουν τις απαντήσεις εκείνες που ο ερευνητής θέλει να ακούσει. Για την αμερόληπτη εκπόνηση της παρούσας έρευνας το ερωτηματολόγιο διανέμονταν από την προϊσταμένη του τμήματος η οποία έχει επιτελικά καθήκοντα στην κλινική, βοηθάει στην ομαλή ροή εργασιών και δεν έχει άμεση νοσηλευτική επαφή με τους ασθενείς. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο διανέμονταν σε τυχαίες μέρες της εβδομάδας και σε ένα χρονικό διάστημα δύο μηνών έτσι ώστε να αποφευχθεί η θετική ή αρνητική επίδραση τυχαίων γεγονότων και περιστατικών στα τελικά αποτελέσματα.

### **5.3. Καθορισμός και ομαδοποίηση παραγόντων επιρροής στην ικανοποίηση του ασθενούς**

Οι παράγοντες που εντοπίστηκαν ότι επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση ήταν οι εξής: ιατροί, νοσηλευτές, κτιριακές εγκαταστάσεις και γραμματειακή υποστήριξη. Οι παραπάνω τέσσερις παράγοντες διερευνήθηκαν μέσα από εικοσιπέντε (25) ερωτήσεις και αποτελούν το σύνολο των ερωτήσεων των ανεξάρτητων υπό έρευνα μεταβλητών. Παράλληλα, η συνολική ικανοποίηση αποτυπώθηκε μέσα από τρεις ερωτήσεις, ενώ η πίστη (loyalty) του ασθενούς στον ιατρό από μία. Τέλος, υπήρχαν δύο ερωτήσεις «ανοιχτού τύπου», οι οποίες βοηθούν στην εποικοδομητική ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε εκατό (100) ασθενείς από σύνολο περίπου εκατόν εβδομήντα (170) που επισκέπτονται την ΚΜΗ. Από τα εκατό αυτά ερωτηματολόγια τα εξήντα (60) επεστράφησαν και αποτελούν το δείγμα ευκολίας της παρούσας έρευνας. Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης των τομέων που η βελτίωσή τους μπορεί να έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. ( βλ. Παράρτημα 8.1 Ερωτηματολόγιο Έρευνας).

### **5.4. Σκοπός Έρευνας**

Η Ελλάδα είναι μία μικρή χώρα με περιορισμένους πόρους. Το Ε.Σ.Υ. αντιμετωπίζει πολυάριθμα προβλήματα και οι λύσεις που προτείνονται δύσκολες, πολύ

περισσότερο στο μέσο μιας από τις μεγαλύτερες παγκόσμιες οικονομικές κρίσεις. Είναι λοιπόν άμεση η ανάγκη για την αναγνώριση εκείνων των παραγόντων οι οποίοι πραγματικά επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών-πολιτών, έτσι ώστε με το μικρότερο δυνατό κόστος να επιτευχθεί το μεγαλύτερο δυνατό όφελος για τους ασθενείς.

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η ανίχνευση των λειτουργιών εκείνων της ΚΜΗ, οι οποίες καθορίζουν στην πραγματικότητα την ικανοποίηση των ασθενών της.

### **5.5. Μεθοδολογία Υλοποίησης Έρευνας**

Ιδεωδώς, για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, με βάση το συγκεκριμένο τύπο ερωτηματολογίου, θα έπρεπε να γίνει χρήση παραμετρικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων (parametric analysis). Ωστόσο, το μέγεθος του δείγματος είναι πολύ μικρό για να χωρισθεί σε επιμέρους κατηγορίες και να μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για υποκατηγορίες ασθενών (clusters). Παρόλο που ο διαχωρισμός του δείγματος σε κατηγορίες θα αποτελούσε τη βέλτιστη μεθοδολογία υλοποίησης της έρευνας, δεν έγινε χρήση αυτής διότι υπάρχει κίνδυνος να χαθεί η δύναμη της έρευνας (power of testing).

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η ανάλυση πολλαπλού μοντέλου παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας ταυτόχρονα όλες τις μεταβλητές/ερωτήσεις που ενδεχομένως συσχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση. Στην παρούσα έρευνα αναλύονται συνολικά τρία μοντέλα παλινδρόμησης. Τα δύο πρώτα εξετάζουν την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες των ιατρών καθώς και την πίστη των ασθενών στον εκάστοτε ιατρό που τους παρακολουθεί. Το τρίτο μοντέλο ερευνά τον τρόπο που επηρεάζεται η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τους τέσσερις υποπαράγοντες (ιατροί, νοσηλευτές, γραμματείς, εγκαταστάσεις). Στα τελικά συμπεράσματα λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα και από τα τρία μοντέλα παλινδρόμησης έτσι ώστε να εκτιμηθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια ο τρόπος και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση.



## 5.6. Υποθέσεις

Από τη βιβλιογραφική έρευνα συμπεραίνεται ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μία πολύ σημαντική παράμετρος όταν θέλουμε να δούμε τις επιδόσεις ενός νοσοκομείου και επιπλέον ότι αυτή εξαρτάται στα δημόσια νοσοκομεία από παράγοντες συναισθηματικής κυρίως φύσεως και όχι οικονομικής. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για μια χώρα σαν την Ελλάδα με περιορισμένους οικονομικούς πόρους γιατί αν αποδειχθεί ότι ισχύει αυτή η υπόθεση, τότε υπάρχει η δυνατότητα άμεσης και σημαντικής βελτίωσης της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς με μικρές αλλαγές χωρίς να δαπανηθούν μεγάλα χρηματικά ποσά.

Προϊόν του παραπάνω συλλογισμού και με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία αποτελούν οι υποθέσεις και υποϋποθέσεις που θα ελέγξει η παρούσα έρευνα.

- **Υπόθεση 1**

Η ικανοποίηση από τον ιατρό επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς.

- **Υποϋπόθεση 1α**

Η ικανοποίηση από τον ιατρό επηρεάζεται από το εάν ο ιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο σε κάθε ασθενή.

- **Υπόθεση 2**

Η ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

- **Υποϋπόθεση 2α**

Η ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζεται από την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει στους ασθενείς.

## 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Δείγμα Έρευνας

Σε σύνολο εκατόν εβδομήντα (170) ασθενών που επισκέπτονται την ΚΜΗ επιλέχθηκαν τυχαία εκατό (100) ασθενείς από τους οποίους οι εξήντα (60) επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια και αποτελούν το δείγμα της έρευνας, ήτοι το 35,3% του συνολικού πληθυσμού. Το παραπάνω ποσοστό επιτρέπει τη εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων όσον αφορά στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΚΜΗ.

### 6.2. Γενικά χαρακτηριστικά δείγματος

Παρακάτω παρουσιάζονται και αναλύονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος καθώς και σημαντικά χαρακτηριστικά που αφορούν την επισκεψιμότητα των ασθενών στην ΚΜΗ. Πιο συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά που επιλέχθηκαν είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το επίπεδο μόρφωσης, ο τόπος μόνιμης διαμονής, το χρονικό διάστημα που επισκέπτονται οι ασθενείς την κλινική καθώς και η χρήση του διαδικτύου ως μέσο ενημέρωσης για θέματα υγείας.

Πίνακας 1 Ηλικιακή κατανομή ασθενών δείγματος

	ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ							
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Σύνολο
Αριθμός ασθενών δείγματος	0	2	10	16	16	16	0	60

Πίνακας 2 Φύλο ασθενών δείγματος

	ΦΥΛΟ		
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Αριθμός ασθενών δείγματος	27	33	60

Πίνακας 3 Εθνικότητα ασθενών δείγματος

	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		
	Έλληνες	Αλλοδαποί	Σύνολο
Αριθμός ασθενών δείγματος	48	12	60

Πίνακας 4 Μορφωτικό επίπεδο ασθενών δείγματος

	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ							
	Καμία σχολική εκπαίδευση	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	Σύνολο
Αριθμός ασθενών δείγματος	5	19	9	16	9	1	1	60

Πίνακας 5 Τόπος διαμονής ασθενών δείγματος

	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
	Αθήνα	Επαρχία	Σύνολο
Αριθμός ασθενών δείγματος	43	17	60

**Πίνακας 6 Χρονικό διάστημα επισκέψεων στην κλινική**

	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ</b>					
	<b>0-6 μήνες</b>	<b>6-12 μήνες</b>	<b>1-3 έτη</b>	<b>4-7 έτη</b>	<b>8+ έτη</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Αριθμός ασθενών δείγματος</b>	19	13	13	11	4	60

**Πίνακας 7 Χρήση του διαδικτύου ως μέσω ενημέρωσης για θέματα υγείας από τους ασθενείς του δείγματος**

	<b>ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Αριθμός ασθενών δείγματος</b>	9	51	60

Από την καταγραφή των παραπάνω χαρακτηριστικών του δείγματος παρατηρείται μία ισοκατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τις γυναίκες να υπερέχουν με συνολικό ποσοστό 55% του δείγματος ενώ αντίστοιχα οι άντρες αντιστοιχούν σε ποσοστό 45%. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του δείγματος παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες όπως άλλωστε είναι αναμενόμενο. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρείται ένα ποσοστό της τάξεως του 27% στην ηλικιακή ομάδα 50-59. Στην πλειονότητά τους οι ασθενείς του δείγματος είναι ελληνικής εθνικότητας με ένα 20% να αντιστοιχεί στους αλλοδαπούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών του δείγματος (περίπου 70%) έχει ολοκληρώσει τουλάχιστον μία βαθμίδα εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, 30% έχουν τελειώσει το δημοτικό, 15% έχουν τελειώσει το γυμνάσιο ενώ 25% έχουν τελειώσει το λύκειο. Μικρότερο είναι το ποσοστό των ασθενών που έχουν ολοκληρώσει ανώτατες και μεταπτυχιακές σπουδές (18%), ενώ παρατηρείται και ένα ποσοστό που ανέρχεται σε 8% που δεν έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση. Επιπλέον, από τους ερωτηθέντες, το 72% διαμένει μόνιμα στην Αθήνα ενώ το υπόλοιπο 28% στην επαρχία. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τους εξήντα ασθενείς το 85% δεν κάνει χρήση του διαδικτύου για να ενημερώνεται για θέματα υγείας, γεγονός το οποίο συνδέεται άμεσα με το μέσο όρο ηλικίας των ασθενών καθώς και το μορφωτικό τους επίπεδο.

Τέλος, το 32% των ασθενών του δείγματος επισκέπτονται την ΚΜΗ από 0-6 μήνες, το 22% από 6-12 μήνες, το 22% τα τελευταία 1-3 έτη, το 18% από 4-7 έτη, ενώ μόνο το 8% επισκέπτονται την κλινική για πάνω από 8 έτη.

### 6.3. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα έρευνας

Η παρούσα έρευνα διήρκησε δύο (2) μήνες όπου συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν εξήντα (60) ερωτηματολόγια, τα οποία και αποτελούν το σύνολο του δείγματος. Τα συγκεντρωτικά ποσοστά της έρευνας δίνουν μία πρώτη εικόνα για τη γνώμη των ασθενών όσον αφορά στους διάφορους παράγοντες που ενσωματώθηκαν στο ερωτηματολόγιο (ιατροί, νοσηλευτές, γραμματείς, εγκαταστάσεις) και η οποία αποκρυσταλλώνεται κατά την ανάλυση παλινδρόμησης. Οι απαντήσεις που δόθηκαν ανά ερώτηση/μεταβλητή καταδεικνύουν τη συνολικά θετικά αντίληψη των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από την εν λόγω κλινική. Παρακάτω, παρουσιάζονται τα στατιστικά δεδομένα των ερωτήσεων που αποτέλεσαν εξαρτημένες μεταβλητές κατά την ανάλυση παλινδρόμησης και τα οποία επαληθεύουν τη θετική αντίληψη των ασθενών. Συγκεκριμένα, η ερώτηση #6 TS Doctors αφορά στην ικανοποίηση από τον ιατρό, η ερώτηση #25 Loyalty Doctors στην πίστη στον ιατρό, ενώ οι ερωτήσεις #26 TS, #27 TS και #24 TS τη συνολική ικανοποίηση. Τέλος, η τελευταία στήλη μας δίνει το μέσο όρο των αποτελεσμάτων των ερωτήσεων της συνολικής ικανοποίησης.

Πίνακας 8 Στατιστικά Δεδομένα Απαντήσεων εξαρτημένων μεταβλητών / ερωτήσεων

Στατιστικά δεδομένα						
	# 6 TS Doctors	# 25 Loyalty Doctors	# 26 TS	# 27 TS	# 24 TS	TS
Μέσος όρος (mean)	4,4364	4,4182	4,3091	4,2364	4,4364	4,3273
Διάμεσος (median)	5	5	5	5	5	5
Κεντρική τιμή (mode)	5	5	5	5	5	5

Χαρακτηριστικά, η διάμεσος και η κεντρική τιμή για όλες τις ερωτήσεις / μεταβλητές είναι 5, η οποία είναι η υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα Likert (1-5). Επιπλέον, ο

μέσος όρος όλων των ερωτήσεων κυμαίνεται από 4,4182 έως 4.4364. Η υψηλή αυτή βαθμολογία δείχνει ότι οι ασθενείς στο σύνολό τους έχουν θετική άποψη για την υπό έρευνα κλινική. Αναλυτικά ποσοστιαία αποτελέσματα για την κάθε ερώτηση παρουσιάζονται στο παράρτημα (βλ. Παράρτημα 9.2 Διαγραμματική απεικόνιση συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων ανά ερώτηση).

#### **6.4. Πολλαπλή συγγραμμικότητα (Multicollinearity)**

Το ενδεχόμενο της πολλαπλής συγγραμμικότητας μπορεί να αλλάξει τα αποτελέσματα της έρευνας και να μην ληφθούν υπόψη σημαντικές κατηγορίες παραγόντων. Επιπλέον, σε ένα μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης όπου δύο ή περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι συσχετισμένες μπορεί να αλλοιωθεί ο βαθμός εξάρτησης των ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη μεταβλητή ή ακόμη και να αντιστραφεί η εξάρτηση από θετική σε αρνητική.

Για όλους τους παραπάνω λόγους κρίθηκε απαραίτητο να υπολογισθεί η συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών της παρούσας έρευνας και να διερευνηθούν φαινόμενα πολλαπλής συγγραμμικότητας. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής κατέσπει εμφανές ότι καμία ερώτηση δεν έχει ποσοστό συσχέτισης μεγαλύτερο του 80% (πάνω από 0,80) με κάποια άλλη ερώτηση. Αυτό το αποτέλεσμα καθιστά τις ερωτήσεις ανεξάρτητες μεταξύ τους μεταβλητές και το μοντέλο παλινδρόμησης που θα βασισθεί πάνω στις είκοσι οχτώ (28) ερωτήσεις αξιόπιστο. Τα συνολικά αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής συγγραμμικότητας μεταξύ των είκοσι πέντε ερωτήσεων για τις ανεξάρτητες μεταβλητές παρουσιάζονται στο παράρτημα (βλ. Παράρτημα 9.3 Αποτελέσματα Πολλαπλής Συγγραμμικότητας).

#### **6.5. Μοντέλο Παλινδρόμησης (Regression Model)**

Στη στατιστική επιστήμη, η ανάλυση παλινδρόμησης αναφέρεται σε τεχνικές μοντελοποίησης, ανάλυσης και συσχέτισης των αριθμητικών δεδομένων μίας εξαρτημένης μεταβλητής σε σχέση με μία ή περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές (γνωστές και ως επεξηγηματικές μεταβλητές ή μεταβλητές πρόβλεψης) (Armitage,

2002). Η εξαρτημένη μεταβλητή απεικονίζεται με τη μορφή εξίσωσης όπου οι παράγοντες της εξίσωσης είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές συν το στατιστικό λάθος (e) που ενέχεται σε κάθε έρευνα και μοντέλο παλινδρόμησης. Η μορφή της εξίσωσης για την παρούσα έρευνα έχει την παρακάτω μορφή:

$$\text{ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ} = \mathbf{a} \cdot (\text{Παράγοντας Ιατρός}) + \mathbf{b} \cdot (\text{Παράγοντας Νοσηλευτικό Προσωπικό}) + \mathbf{c} \cdot (\text{Παράγοντας Γραμματεία}) + \mathbf{d} \cdot (\text{Παράγοντας Εγκαταστάσεις}) + \mathbf{e}$$

Οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών/παραγόντων (a, b, c, και d) υποδεικνύουν τη βαρύτητα του κάθε παράγοντα ανάλογα με το μέγεθος του αριθμού του συντελεστή. Το στατιστικό λάθος (e) αντιμετωπίζεται ως μία τυχαία μεταβλητή και αντιπροσωπεύει ανεξήγητους παράγοντες και διακυμάνσεις στην εξαρτημένη μεταβλητή που κατά την έρευνα δεν ήταν δυνατό να ληφθούν υπόψη.

### 6.5.1. Αξιολόγηση Μοντέλου Παλινδρόμησης

Κατά την ανάλυση παλινδρόμησης αξιολογείται η αποτελεσματικότητα του μοντέλου με βάση τα παρακάτω κριτήρια (Albright, 2005):

- ✓ Η μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων (Adjusted R<sup>2</sup>)
- ✓ Το στατιστικό λάθος (Statistical error)
- ✓ Ο δείκτης σημαντικότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών σε σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή (Significant F)
- ✓ Συντελεστές Παραγόντων Εξίσωσης
- ✓ Μη τυχαίοι σχηματισμοί κατά τη διαγραμματική απεικόνιση των στατιστικών υπολειμμάτων (Residuals)
- ✓ P-Values

## 6.6. Ανάλυση αποτελεσμάτων παλινδρόμησης

### 6.6.1. Ικανοποίηση από τον ιατρό (Μοντέλο Παλινδρόμησης #1)

Αρχικά, στο μοντέλο παλινδρόμησης εισάγονται όλες οι μεταβλητές/ερωτήσεις που έχουν σχέση με τον ιατρό (ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 και 13) έτσι ώστε να ερευνηθεί ποιές από αυτές συσχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πρώτης ανάλυσης.

Πίνακας 9 Αποτελέσματα Πρώτης Ανάλυσης Μοντέλου Παλινδρόμησης #1

Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1						
<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,6214					
R Square	0,3862					
Adjusted R <sup>2</sup>	19,1536%					
Standard Error	0,7496					
Observations	55					
<b>Significance F</b>						
Regression	0,0479					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	1,0910	1,2412	0,8790	38,4541%	-1,4157	3,5977
#1 Doctors	-0,2355	0,3838	-0,6136	54,2862%	-1,0107	0,5396
#2 Doctors	0,2562	0,2854	0,8975	37,4696%	-0,3202	0,8326
#3 Doctors	0,0569	0,3646	0,1562	87,6643%	-0,6794	0,7933
#4 Doctors	0,5045	0,3769	1,3386	18,8062%	-0,2566	1,2657
#5 Doctors	0,3671	0,2904	1,2640	21,3360%	-0,2194	0,9537
#7 Doctors	0,0492	0,1427	0,3448	73,1990%	-0,2391	0,3375
#8 Doctors	0,0740	0,2265	0,3268	74,5474%	-0,3834	0,5314
#9 Doctors	0,4809	0,2055	2,3401	2,4227%	0,0659	0,8958
#10 Doctors	0,1927	0,1427	1,3505	18,4253%	-0,0954	0,4808
#11 Doctors	0,4287	0,2160	1,9845	5,3924%	-0,0076	0,8650



	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
#12 Doctors	-0,2863	0,2213	-1,2935	20,3067%	-0,7332	0,1607
#13 Doctors	-0,2018	0,2505	-0,8055	42,5198%	-0,7078	0,3042
#28 Doctors	0,0061	0,3304	0,0184	98,5380%	-0,6611	0,6733

Κατά την πρώτη ανάλυση παρατηρούμε ότι υπάρχουν μεταβλητές/ερωτήσεις με  $p$ -value πολύ μεγαλύτερο του 5% με κάποιες να ξεπερνούν το 50% και παράλληλα το  $t$ -statistic να είναι πολύ μικρότερο του 2. Για να βελτιστοποιηθεί το μοντέλο παλινδρόμησης πρέπει να φύγουν οι ερωτήσεις με το μεγαλύτερο  $p$ -value και να εφαρμοσθεί το μοντέλο παλινδρόμησης. Για τη βελτιστοποίηση του συγκεκριμένου μοντέλου αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις με  $p$ -value πάνω του 30% (ερωτήσεις 1, 2, 3, 7, 9, 13 και 28). Ακολουθούν τα αποτελέσματα του νέου μοντέλου παλινδρόμησης.

**Πίνακας 10 Αποτελέσματα Δεύτερη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1**

**Δεύτερη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1**

<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,5993					
R Square	0,3592					
Adjusted R <sup>2</sup>	27,9120%					
Standard Error	0,7078					
Observations	55					
	<b>Significance F</b>					
Regression	0,0011					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	1,2536	1,0536	1,1898	23,9974%	-0,8649	3,3721
#4 Doctors	0,5000	0,2375	2,1052	4,0535%	0,0225	0,9775
#5 Doctors	0,3427	0,2284	1,5006	14,0015%	-0,1165	0,8019
#9 Doctors	0,3976	0,1616	2,4604	1,7529%	0,0727	0,7225
#10 Doctors	0,2169	0,1237	1,7534	8,5911%	-0,0318	0,4657
#11 Doctors	0,3128	0,1676	1,8663	6,8115%	-0,0242	0,6499
#12 Doctors	-0,2876	0,1718	-1,6742	10,0589%	-0,6330	0,0578

Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι έχει αυξηθεί ο δείκτης ελαχίστων τετραγώνων (adjusted R<sup>2</sup>) από 19% σε 27% και παράλληλα έχει μειωθεί το στατιστικό λάθος του μοντέλου από 0,745 σε 0,707. Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο αρχίζει και γίνεται πιο αξιόπιστο και λαμβάνονται υπόψη περισσότεροι σχετικοί παράγοντες με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Συνεχίζοντας τη βελτιστοποίηση του μοντέλου παλινδρόμησης με τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων και αφαιρώντας σταδιακά τις ερωτήσεις με υψηλά p-values καταλήγουμε στο ακόλουθο τελικό μοντέλο παλινδρόμησης.

**Πίνακας 11 Αποτελέσματα Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1**

<b>Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #1</b>						
<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,5313					
R Square	0,2823					
Adjusted R <sup>2</sup>	24,0099%					
Standard Error	0,7267					
Observations	55					
	<b>Significance F</b>					
Regression	0,0007					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	1,5162	0,9548	1,5880	11,8464%	-0,4006	3,4330
#4 Doctors	0,6440	0,2328	2,7666	0,7870%	0,1767	1,1113
#9 Doctors	0,3362	0,1414	-2,3773	2,1227%	0,0523	0,6201
#10 Doctors	0,3245	0,1099	2,9515	0,4768%	0,1038	0,5451

Στην τελική ανάλυση παλινδρόμησης καταλήγουμε σε συγκεκριμένες ερωτήσεις / μεταβλητές που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση από τον ιατρό. Η εξίσωση παλινδρόμησης για το συγκεκριμένο μοντέλο είναι ως εξής:

$$\text{Συνολική Ικανοποίηση από τον Ιατρό} = 1,5162 + (0,644 \cdot \text{Ερώτηση 4}) - (0,3362 \cdot \text{Ερώτηση 9}) + (0,3245 \cdot \text{Ερώτηση 10})$$

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η συνολική ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό του επηρεάζεται από:

- Το σύνολο των εξετάσεων που πραγματοποιεί ο ιατρός (Ερώτηση 4) με θετική σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων (βαρύτητα 0,644), δηλαδή όσοι περισσότερες εξετάσεις πραγματοποιεί ο ιατρός τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση του ασθενούς
- Η δεύτερη μεταβλητή υποδεικνύει ότι το ενδιαφέρον του ιατρού σε σχέση με την επίδραση της ασθένειας στην καθημερινότητα του ασθενούς έχει θετική συμβολή στη συνολική ικανοποίηση από τον παράγοντα ιατροί (βαρύτητα 0,3362). Όσοι περισσότερες ερωτήσεις κάνει ο ιατρός υποδεικνύει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την κατάσταση του ασθενούς και επομένως τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση (Ερώτηση 9).
- Η τελευταία μεταβλητή με συντελεστή βαρύτητας 0.3245 δείχνει ότι οι ασθενείς θέλουν να ενημερώνονται πλήρως για την θεραπεία που λαμβάνουν. Η θετική σχέση της μεταβλητής με τη συνολική ικανοποίηση από τον ιατρό σημαίνει ότι όσοι περισσότερες πληροφορίες λαμβάνει ο ασθενής για την θεραπεία του τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση από τον ιατρό (Ερώτηση 10).

#### **6.6.2. Πίστη στον ιατρό (Μοντέλο Παλινδρόμησης #2)**

Το δεύτερο μοντέλο παλινδρόμησης της παρούσας έρευνας εξετάζει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την πίστη του ασθενούς στον ιατρό του. Αποτελεί σύνηθες φαινόμενο ο ασθενής να μην αλλάζει εύκολα τον θεράποντα ιατρό. Με το παρακάτω μοντέλο παλινδρόμησης διερευνούνται οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν και εξηγούν τη συμπεριφορά αυτή.

Πίνακας 12 Αποτελέσματα Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2

Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2

<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,4936					
R Square	0,2437					
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	<b>0,3869%</b>					
<b>Standard Error</b>	<b>0,9349</b>					
Observations	55					
	<b>Significance F</b>					
Regression	<b>0,4548</b>					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	1,1202	1,5481	0,7236	47,3433%	-2,0063	4,2467
#1 Doctors	0,2780	0,4787	0,5807	56,4629%	-0,6888	1,2448
#2 Doctors	0,1204	0,3560	0,3383	73,6880%	-0,5985	0,8394
#3 Doctors	-0,1637	0,4548	-0,3599	72,0788%	-1,0821	0,7547
#4 Doctors	0,4618	0,4701	0,9824	33,1664%	-0,4876	1,4112
#5 Doctors	-0,2990	0,3623	-0,8255	41,3866%	-1,0306	0,4326
#7 Doctors	0,0356	0,1780	0,1997	84,2692%	-0,3240	0,3951
#8 Doctors	-0,1526	0,2825	-0,5403	59,1916%	-0,7231	0,4179
#9 Doctors	0,0005	0,2563	0,0021	99,8339%	-0,5171	0,5181
#10 Doctors	0,0554	0,1779	0,3111	75,7335%	-0,3040	0,4147
#11 Doctors	0,3427	0,2695	1,2718	21,0605%	-0,2015	0,8869
#12 Doctors	-0,2857	0,2760	-1,0350	30,6732%	-0,8431	0,2718
#13 Doctors	-0,0782	0,3125	-0,2502	80,3678%	-0,7093	0,5529
#28 Doctors	0,4084	0,4120	0,9912	32,7397%	-0,4237	1,2406

Στην πρώτη ανάλυση του μοντέλου παλινδρόμησης εισάγονται όλες οι μεταβλητές/ερωτήσεις που ενδεχομένως να επηρεάζουν την πίστη στον ιατρό και αφαιρούνται εκείνες που έχουν τη λιγότερη αξιοπιστία και επομένως επηρεάζουν αρνητικά τη συνολική αξιοπιστία του μοντέλου (Ερωτήσεις 2, 3, 7, 9 και 13).

Πίνακας 13 Αποτελέσματα Δεύτερη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2

Δεύτερη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2

<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,4872					
R Square	0,2374					
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	<b>10,4720%</b>					
<b>Standard Error</b>	<b>0,8863</b>					
Observations	55					
	<b>Significance F</b>					
Regression	<b>0,1037</b>					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	1,1004	1,4290	0,7700	44,5235%	-1,7761	3,9769
#1 Doctors	0,3665	0,3930	0,9328	35,5814%	-0,4245	1,1575
#4 Doctors	0,3669	0,3562	1,0303	30,8273%	-0,3500	1,0839
#5 Doctors	-0,3563	0,3063	-1,1630	25,0830%	-0,9728	0,2603
#8 Doctors	-0,1544	0,2373	-0,6508	51,8444%	-0,6321	0,3232
#10 Doctors	0,0726	0,1611	0,4504	65,4527%	-0,2518	0,3969
#11 Doctors	0,3288	0,2172	1,5138	13,6909%	-0,1084	0,7660
#12 Doctors	-0,3109	0,2388	-1,3018	19,9465%	-0,7916	0,1698
#28 Doctors	0,4112	0,3758	1,0943	27,9540%	-0,3452	1,1676

Η δεύτερη ανάλυση του μοντέλου παλινδρόμησης #2 χαρακτηρίζεται από πολύ μεγαλύτερη ακρίβεια σε σχέση με την πρώτη. Παρατηρείται η μεγάλη αύξηση του προσαρμοσμένου δείκτη ελαχίστων τετραγώνων και μείωση του στατιστικού λάθους. Τα p-values των ανεξάρτητων μεταβλητών έχουν βελτιωθεί και μπορούν να δώσουν μία καλύτερη εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν την πίστη των ασθενών στους ιατρούς. Παρακάτω, παρουσιάζεται η τελική ανάλυση του εν λόγω μοντέλου έπειτα από αφαίρεση των λιγότερο έμπιστων μεταβλητών/ερωτήσεων (Ερωτήσεις 1, 5, 8, 10, 11, 12 και 28).

Πίνακας 14 Αποτελέσματα Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2

Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #2

<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,3406					
R Square	0,1160					
Adjusted R <sup>2</sup>	9,9317%					
Standard Error	0,8890					
Observations	55,0000					
	<b>Significance F</b>					
Regression	0,0109					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	1,3714	1,1615	1,1807	24,2990%	-0,9583	3,7012
#4 Doctors	0,6571	0,2492	2,6371	1,0947%	0,1573	1,1570

Μετά από συνεχείς βελτιώσεις του μοντέλου παλινδρόμησης βρέθηκε ότι μόνο μία από τις μεταβλητές συσχετίζεται ισχυρά με την υπό εξέταση εξαρτημένη μεταβλητή. Η μεταβλητή αυτή αφορά τον αριθμό των εξετάσεων που πραγματοποιεί ο ιατρός. Η ανάλυση έδειξε ότι όσες περισσότερες εξετάσεις πραγματοποιεί ο ιατρός τόσο πιο πιστός είναι ο ασθενής σε αυτόν (συντελεστής βαρύτητας 0,6571). Η εξίσωση παλινδρόμησης για το συγκεκριμένο μοντέλο είναι ως εξής:

$$\text{Πίστη στον Ιατρό} = 1,3714 + (0,6571 \cdot \text{Ερώτηση 4})$$

### 6.6.3. Συνολική ικανοποίηση (Μοντέλο Παλινδρόμησης #3)

Έχοντας εντοπίσει τις μεταβλητές εκείνες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τον παράγοντα ιατροί καθώς και τους λόγους που εξηγούν την πίστη στους ιατρούς, συνεχίζουμε αναλύοντας την επίδραση όλων των υποπαραγόντων στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

Πίνακας 15 Αποτελέσματα Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #3

#### Πρώτη Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #3

<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,8994					
R Square	0,8088					
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	<b>75,4218%</b>					
<b>Standard Error</b>	<b>0,3505</b>					
Observations	55,0000					
	<b>Significance F</b>					
Regression	<b>0,0000</b>					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	0,2907	0,4581	0,6346	52,9153%	-0,6338	1,2151
#6 TS Doctors	0,1199	0,0726	1,6527	10,5856%	-0,0265	0,2664
#25 Loyalty Doctors	0,1846	0,0573	3,2200	0,2475%	0,0689	0,3003
#25 Secretary	0,0059	0,0732	0,0810	93,5819%	-0,1418	0,1537
#15 Secretary	0,2780	0,0820	3,3902	0,1530%	0,1125	0,4434
#16 Secretary	0,0078	0,0575	0,1351	89,3186%	-0,1082	0,1237
#21 Secretary	0,0666	0,0609	1,0921	28,1005%	-0,0564	0,1895
#17 Nurses	0,2902	0,0994	2,9183	0,5633%	0,0895	0,4909
#18 Nurses	-0,1092	0,1308	-0,8353	40,8291%	-0,3732	0,1547
#19 Nurses	0,0653	0,0845	0,7727	44,4033%	-0,1052	0,2357
#20 Nurses	0,0286	0,0852	0,3362	73,8408%	-0,1432	0,2005
#22 Facilities	-0,0147	0,0518	-0,2839	77,7909%	-0,1193	0,0899
#23 Facilities	0,0718	0,0528	1,3602	18,1035%	-0,0347	0,1783

Στην ανάλυση αυτή έχουν ενταχθεί ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι δύο εξαρτημένες μεταβλητές των προηγούμενων δύο αναλύσεων πολλαπλής παλινδρόμησης (Ερωτήσεις 6 και 25). Η ανάλυση αυτή σε σχέση με τις δύο προηγούμενες χαρακτηρίζεται από αισθητά μεγαλύτερη ακρίβεια. Ο προσαρμοσμένος δείκτης ελαχίστων τετραγώνων φτάνει το 75%, το στατιστικό λάθος προσεγγίζει το μηδέν και ο συντελεστής F είναι μηδέν. Τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύουν ότι το χρησιμοποιούμενο μοντέλο δύναται να εξάγει ακριβή αποτελέσματα για την εξάρτηση της υπό εξέταση μεταβλητής με τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων πρέπει να ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία αφαίρεσης των μεταβλητών εκείνων με τα μεγαλύτερα p-values. Ακολουθεί η τελική ανάλυση του συνολικού μοντέλου παλινδρόμησης καθώς και τα ευρήματα της έρευνας.

**Πίνακας 16 Αποτελέσματα Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #3**

**Τελική Ανάλυση Μοντέλου Παλινδρόμησης #3**

<b>Regression Statistics</b>						
Multiple R	0,8811					
R Square	0,7764					
<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	<b>76,3217%</b>					
<b>Standard Error</b>	<b>0,3441</b>					
Observations	55,0000					
	<b>Significance F</b>					
Regression	<b>0,0000</b>					
	<b>Coefficients</b>	<b>Standard Error</b>	<b>t Stat</b>	<b>P-value</b>	<b>Lower 95%</b>	<b>Upper 95%</b>
Intercept	0,7939	0,2809	2,8268	0,6699%	0,2301	1,3578
#25 Loyalty Doctors	0,2227	0,0526	4,2322	0,0096%	0,1170	0,3283
#15 Secretary	0,2579	0,0680	3,7946	0,0394%	0,1214	0,3943
#17 Nurses	0,3711	0,0700	5,2997	0,0003%	0,2305	0,5117

Στην τελική ανάλυση θα υποδειχθούν οι μεταβλητές εκείνες που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Η εξίσωση παλινδρόμησης για το συγκεκριμένο μοντέλο είναι ως εξής:



$$\text{Συνολική Ικανοποίηση} = 0,7939 + (0,2227 * \text{Ερώτηση 25}) + (0,2579 * \text{Ερώτηση 15}) + (0,3711 * \text{Ερώτηση 17})$$

Από το παραπάνω μοντέλο έχουν εντοπισθεί οι τρεις μεταβλητές/ερωτήσεις με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

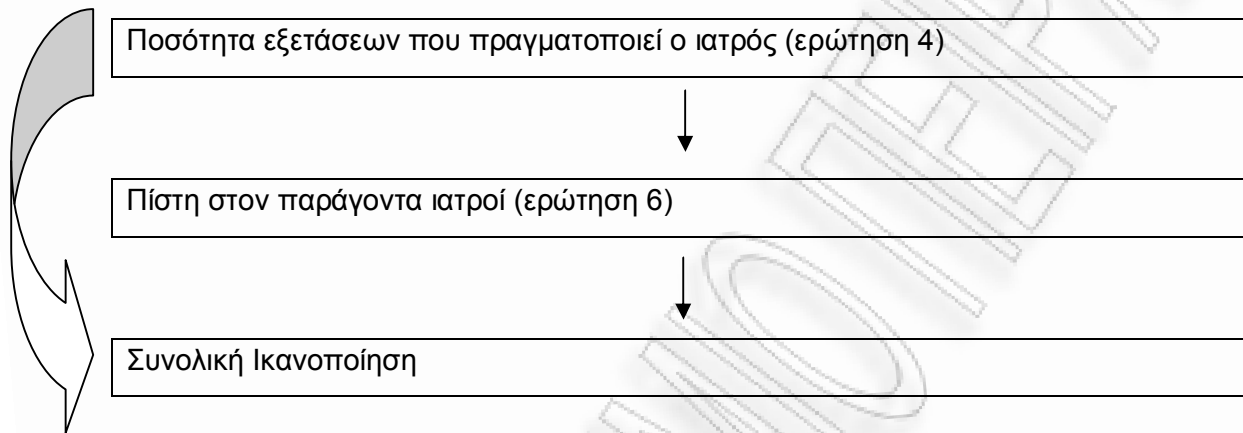
- P-value < 5%
- Στατιστικό λάθος μεταβλητής κοντά στο μηδέν
- t-stat > 2
- Σημαντικός συντελεστής βαρύτητας (coefficient)

Οι μεταβλητές αυτές θεωρούνται αξιόπιστες και είναι στενά συσχετισμένες με την εξαρτημένη μεταβλητή (συνολική ικανοποίηση). Πρόκειται για τις ερωτήσεις 25 (με συντελεστή βαρύτητας 0,2227), 15 (με συντελεστή βαρύτητας 0,2579) και 17 (με συντελεστή βαρύτητας 0,3711). Η ερώτηση 25 μετράει την πίστη των ασθενών στους ιατρούς τους και συσχετίζεται σημαντικά με την συνολική ικανοποίηση που λαμβάνει ο ασθενής από την κλινική. Η ερώτηση 15 αφορά τον υποπαράγοντα γραμματεία και αναφέρεται στον τρόπο που εξηγούν οι γραμματείς τα δεδομένα και τις πληροφορίες στους ασθενείς. Τέλος, η ερώτηση 17 αφορά στους νοσηλευτές και αναφέρεται επίσης στον τρόπο που οι νοσηλευτές εξηγούν τις πληροφορίες στους ασθενείς.

Η βαρύτητα για τις ερωτήσεις που αναφέρονται στους νοσηλευτές και στη γραμματεία είναι πολύ κοντά (0,2579 και 0,3711 αντίστοιχα). Ταυτόχρονα, η ομοιότητα των ερωτήσεων υποδηλώνει ότι αυτό που ενδιαφέρει τους ασθενείς δεν είναι οι γραμματείς και νοσηλευτές αυτοί καθαυτοί αλλά ο τρόπος που λαμβάνουν τις πληροφορίες από το προσωπικό της κλινικής ανεξάρτητα από την ειδικότητα και την εργασία τους. Τέλος, η επαφή με τον ιατρό διαδραματίζει ένα κρίσιμο ρόλο για τη μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της πίστης των ασθενών στους ιατρούς και της συνολικής ικανοποίησης (θετικός συντελεστής βαρύτητας, 0,2227). Όσο πιο πιστός είναι ο ασθενής στον ιατρό του τόσο μεγαλύτερη η συνολική ικανοποίηση.

Αξίζει να τονισθεί ότι από τα συμπεράσματα των μοντέλων παλινδρόμησης #2 και #3 δεν μπορεί να διαπιστωθεί αιτιατή σχέση (causation) μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και της ποσότητας των εξετάσεων που πραγματοποιεί ο ιατρός. Το μοντέλο παλινδρόμησης #2 δείχνει τη ότι η πίστη στον παράγοντα ιατροί (ερώτηση 6)

ως εξαρτημένη μεταβλητή είναι άμεσα συσχετισμένη από το σύνολο των εξετάσεων που πραγματοποιεί ο ιατρός για την εξαγωγή συμπερασμάτων για την υγεία του ασθενούς. Επιπλέον, το μοντέλο παλινδρόμησης #3 δείχνει ότι η συνολική ικανοποίηση συσχετίζεται στενά με την πίστη στον παράγοντα ιατροί. Συνεπώς, με τα δύο αυτά μοντέλα παλινδρόμησης έχει διαπιστωθεί η συσχέτιση (correlation) μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και της ποσότητας των εξετάσεων που πραγματοποιεί ο ιατρός και όχι η αιτιατή τους σχέση.



Το παραπάνω συμπέρασμα υποδεικνύει τη συσχέτιση των υπό εξέταση παραγόντων. Ωστόσο, δεν τεκμαίρεται ότι με την αύξηση της ποσότητας των εξετάσεων θα αυξηθεί υποχρεωτικά και η συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τη βάση της παρούσας έρευνας αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο χαρακτηρίζονταν τόσο από αξιοπιστία και εγκυρότητα όσο και από την ομοιότητα των λειτουργιών που εξέταζε με αυτές της ΚΜΗ. Για την περίπτωση της κλινικής που μελετήθηκε επιλέχθηκαν είκοσι οχτώ ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων δίνονταν σε κλίμακα Likert 1-5 (Συμφωνώ – Διαφωνώ). Επιπλέον, υπήρχαν και δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου όπου οι ασθενείς κατέγραψαν γενικά σχόλια για την υπό έρευνα κλινική. Σκοπός των ερωτήσεων αυτών ήταν να δώσουν οι ασθενείς περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της κλινικής. Οι πληροφορίες αυτές βοηθάνε στην καλύτερη κατανόηση των στατιστικών αποτελεσμάτων και δίνουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ικανοποίησης των ασθενών.

Ένα από τα πιο δυνατά σημεία του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας είναι η δυνατότητα που δίνει στους ασθενείς να απαντούν θετικά ή αρνητικά για συγκεκριμένους τομείς και παράγοντες της κλινικής σε αντίθεση με παλαιότερα ερωτηματολόγια όπου οι ερωτήσεις ήταν όλες γενικού περιεχομένου. Σύμφωνα με τον Baker (1991) οι ασθενείς τείνουν να απαντούν μόνο θετικά σε ερωτήσεις γενικού περιεχομένου ενώ εξειδικεύουν τις απόψεις τους όταν ερωτώνται για συγκεκριμένους παράγοντες που τους επηρεάζουν κατά την φιλοξενία τους σε μία κλινική. Με την μέθοδο αυτή οι ασθενείς ενδέχεται να απαντήσουν πιο αντικειμενικά για τους παράγοντες που τους επηρεάζουν αρνητικά, με αποτέλεσμα να μπορούν να ανιχνευθούν πιο εύκολα οι τομείς που πρέπει να βελτιωθούν για να αυξηθεί η συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

Οι σωστές αναλογίες των αναλυθέντων δημογραφικών χαρακτηριστικών εδραιώνουν το επίπεδο αξιοπιστίας της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, το ποσοστό ανταπόκρισης (35,3%) στην παρούσα έρευνα είναι αρκετό έτσι ώστε να εξαχθούν ορθά και έγκυρα συμπεράσματα. Παράλληλα, η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι ισορροπημένη ενώ οι ερωτηθέντες προέρχονται από διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.

Οι μεγάλοι συντελεστές βαρύτητας (coefficients) κάθε ερώτησης/μεταβλητής υποδεικνύουν ότι οι ερωτήσεις ήταν σχετικές με την υπό εξέταση μεταβλητή. Υπήρχε δε μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δεδομένων των παραγόντων και της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι παράγοντες που λήφθηκαν υπόψη στην έρευνα αποτέλεσαν έγκυρους δείκτες μέτρησης της υπό εξέταση μεταβλητής. Ενώ η προσωπική διανομή του ερωτηματολογίου από τα κατάλληλα άτομα συνέβαλε θετικά στην αξιοπιστία και εγκυρότητα του τελικού μοντέλου παλινδρόμησης.

Από το πρώτο μοντέλο παλινδρόμησης βρέθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τον παράγοντα ιατρό. Τρεις είναι οι βασικές μεταβλητές (Ερώτηση 4, 9 και 10) και από αυτές η 4 βρέθηκε υψηλά συσχετισμένη. Ο συντελεστής βαρύτητας της συγκεκριμένης μεταβλητής ανήλθε σε 0.6440 όταν οι αμέσως επόμενες μεταβλητές (Ερώτηση 9 και 10) είχαν συντελεστές 0,3362 και 0,3245 αντίστοιχα.

Η ερώτηση 4 καταδεικνύει την εξάρτηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τον ιατρό του από την ποσότητα των εξετάσεων που πραγματοποιούνται. Φαίνεται ότι οι ασθενείς όσες περισσότερες εξετάσεις πραγματοποιεί ο ιατρός τόσο πιο ικανοποιημένοι είναι. Αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να σχετίζεται άμεσα με το είδος της νόσου από το οποίο πάσχουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς. Όταν κάποιος πάσχει από καρκίνο ανεξάρτητα με το αν έχει υποβληθεί σε κάποια θεραπευτική διαδικασία ή όχι, και με το αν υπάρχουν ενδείξεις της νόσου ή όχι, ζει πάντα με τον κίνδυνο μιας τοπικής υποτροπής ή μιας απομακρυσμένης μετάστασης. Σε κάθε κλινικό σύμπτωμα λοιπόν είναι φυσικό η αγωνία του ασθενούς να αυξάνει και ο μόνος τρόπος για να απομακρυνθεί αυτή είναι να υποβληθεί στο αντίστοιχο διαγνωστικό τεστ που θα δείξει εάν υπάρχει πρόοδος της νόσου ή όχι.

Η δεύτερη μεταβλητή (Ερώτηση 9) με συντελεστή συσχέτισης 0,3362 δείχνει τη θετική συσχέτιση μεταξύ του ενδιαφέροντος του ιατρού για την επίδραση της ασθένειας στην καθημερινότητα του ασθενούς και της ικανοποίησης από τον παράγοντα ιατρό. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται τις ερωτήσεις του ιατρού σε σχέση με την καθημερινότητα του ως ενδιαφέρον και αυτό είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται στενά με την αίσθηση φροντίδας που λαμβάνει.

Τέλος, η τρίτη μεταβλητή (Ερώτηση 10) αναφέρεται στη σχέση μεταξύ του επιπέδου ενημέρωσης των ασθενών για την θεραπεία τους και της ικανοποίησης από τον ιατρό. Η θετική σχέση με συντελεστή βαρύτητας 0,3245 δείχνει ότι οι ασθενείς θέλουν να ενημερώνονται για την θεραπεία που λαμβάνουν. Όσες περισσότερες πληροφορίες δίνει ο ιατρός σε σχέση με την θεραπεία τόσο πιο ικανοποιημένοι είναι με τον ιατρό τους κάτι που ταιριάζει απόλυτα με το προφίλ του σύγχρονου ενδυναμωμένου ασθενή-καταναλωτή.

Στο δεύτερο μοντέλο παλινδρόμησης μελετήθηκαν οι μεταβλητές που σχετίζονται με τον ιατρό και επηρεάζουν τη πίστη του ασθενούς στον εκάστοτε ιατρό. Βρέθηκε λοιπόν ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στο σύνολο των εξετάσεων που θα υποβληθεί ο ασθενής και την πίστη στον ιατρό του. Η ανάλυση έδειξε ότι όσες περισσότερες εξετάσεις πραγματοποιεί ο ιατρός τόσο πιο πιστός είναι ο ασθενής σε αυτόν (συντελεστής βαρύτητας 0,6571). Το γεγονός αυτό μπορεί να δείχνει ότι ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια όταν ο ιατρός του καταβάλει τη μέγιστη δυνατή προσπάθεια από πλευράς εξετάσεων, έτσι ώστε να εντοπίσει την πραγματική αιτία των κλινικών συμπτωμάτων που εμφανίζει αλλά και για να παρακολουθεί αποτελεσματικά τη πρόοδο της νόσου του. Πιθανώς η ποσότητα των εξετάσεων προσδίδει ένα επίπεδο αξιοπιστίας στις αποφάσεις που παίρνει ο εκάστοτε ιατρός με αποτέλεσμα ο ασθενής να τον εμπιστεύεται περισσότερο.

Στο τελικό μοντέλο παλινδρόμησης ερευνήθηκαν οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Μέσα από τις έρευνες του Baker έχει προβλεφθεί το γεγονός ότι θα εξευρεθούν διαφορετικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση όπως και έγινε και στη δική μας έρευνα. Σύμφωνα λοιπόν με το τελικό μοντέλο υπάρχουν τρεις σημαντικοί παράγοντες, ήτοι οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι γραμματείς. Όπως αναλύθηκε εκτενώς κατά την ανάλυση παλινδρόμησης, οι εξαρτημένες μεταβλητές αφορούν την ερώτηση 25, η οποία μετράει την πίστη των ασθενών στους ιατρούς (με συντελεστή βαρύτητας 0,2227), την ερώτηση με αριθμό 15, η οποία αναφέρεται στον τρόπο που εξηγούν οι γραμματείς τα δεδομένα και τις πληροφορίες προς τους ασθενείς (με συντελεστή βαρύτητας 0,2579) και τέλος η ερώτηση 17, η οποία αναφέρεται στον τρόπο που οι νοσηλευτές εξηγούν τις πληροφορίες στους ασθενείς (με συντελεστή βαρύτητας 0,3711).

Τα αποτελέσματα της έρευνας επαληθεύουν την πρώτη υπόθεση μας, σύμφωνα με την οποία η συνολική ικανοποίηση επηρεάζεται από την ικανοποίηση του ασθενούς από τον ιατρό. Η μεταβλητή που βρέθηκε υψηλά συσχετισμένη με τη συνολική ικανοποίηση είναι η πίστη στον ιατρό. Η υποϋπόθεση 1α σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση από τον ιατρό επηρεάζεται από το εάν αυτός αφιερώνει αρκετό χρόνο σε κάθε ασθενή δεν επαληθεύεται. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι από τα παραπάνω ευρήματα δεν αποδεικνύεται ότι η ποσότητα των εξετάσεων επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση. Εν κατακλείδι μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ποσότητας των εξετάσεων που πραγματοποιεί ο ιατρός και της πίστης σε αυτόν καθώς και συσχέτιση μεταξύ της πίστης στον ιατρό και τη συνολική ικανοποίηση.

Σύμφωνα με τη δεύτερη υπόθεση η ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Η υπόθεση αυτή επαληθεύεται από το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης όπου διαφαίνεται η υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ερώτησης 17 που αφορά τους νοσηλευτές και της συνολικής ικανοποίησης. Ωστόσο, δεν επαληθεύεται η υποϋπόθεση 2α σύμφωνα με την οποία η ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές είναι αυτή που ενδιαφέρει τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι ο παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση είναι εάν ο νοσηλευτής νοιάζεται να εξηγήσει προσεκτικά στους ασθενείς τις απαραίτητες πληροφορίες.

Τέλος, βρέθηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα γραμματεία (Ερώτηση 15) και της συνολικής ικανοποίησης και πιο συγκεκριμένα του τρόπου που εξηγεί η γραμματεία τις πληροφορίες. Όσο πιο κατανοητές είναι αυτές τόσο αυξάνεται η συνολική ικανοποίηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ερωτήσεις που βρέθηκαν να επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση τόσο από τον παράγοντα νοσηλευτές όσο και από τη γραμματεία αναφέρονται στο ίδιο θέμα. Αυτό ίσως καταδεικνύει ότι η συνολική ικανοποίηση δεν προσωποποιείται στους νοσηλευτές ή τους γραμματείς αλλά επικεντρώνεται στην καθαρή επεξήγηση των πληροφοριών που αυτοί δίνουν.

## 7.1. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας και θέματα προς περαιτέρω διερεύνηση

Η μελέτη αυτή παρείχε ενδιαφέροντα αποτελέσματα για τους ασθενείς των δημόσιων νοσοκομείων, αλλά είχε και πολλούς περιορισμούς που αξίζει να αναφερθούν. Επειδή η μελέτη έγινε μέσα στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας ενός μεταπτυχιακού προγράμματος ο χρόνος ήταν περιορισμένος και το μέγεθος του δείγματος είναι μικρότερο από αυτό που θα χρειαζόνταν για να γενικευτούν τα ευρήματα σε όλο το Ε.Σ.Υ.. Επίσης, τα δείγματα προέρχονταν μόνο από μία κλινική και μάλιστα από ένα ιδιαίτερα εξειδικευμένο τμήμα, οι ασθενείς του οποίου χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες.

Δύναται να εκπονηθούν περαιτέρω μελέτες με τις οποίες θα τεκμηριωθούν τα αποτελέσματα αυτά με μεγαλύτερο δείγμα. Οι έρευνες αυτές μπορούν να εστιάσουν στην εύρεση των τρόπων βελτίωσης των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, θα μπορούσε να γίνει μια συστηματική συγκριτική μελέτη μεταξύ των τμημάτων σε διαφορετικά νοσοκομεία. Στο εξωτερικό θεωρείται πλέον αναφαίρετο δικαίωμα του ασθενή/καταναλωτή να γνωρίζει τη βαθμολογία του νοσοκομείου και του τμήματος στο οποίο απευθύνεται τόσο για τα ιατρικά αποτελέσματα όσο και για τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από αυτό.

Παρόλους όμως τους περιορισμούς τα αποτελέσματα γενικά συμφωνούν με τη βιβλιογραφία στο ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται πιο ισχυρά με άυλα στοιχεία γεγονός πολύ σημαντικό για χώρες με περιορισμένους οικονομικούς πόρους όπως η Ελλάδα, γιατί καταδεικνύει την ευκαιρία να επηρεασθεί η συνολική ικανοποίηση των ασθενών του Ε.Σ.Υ. με μικρό οικονομικό κόστος. Ιδιαίτερα, έχει βρεθεί ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών των ελληνικών νοσοκομείων κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Επομένως, η δυσαρέσκεια που καταγράφεται από το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται να οφείλεται σε προβλήματα δομής, και όχι στις υπηρεσίες αυτές (Λαμπίρης, Νιάκας, 2005).

## 8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albright, S.C., (2005), Spreadsheet Modeling and Applications, Essentials of Practical Management Science. Thomson South Western, NY.

Al-mailam, F., F., (2005), The Effect of Nursing Care on Overall Patient Satisfaction and Its Predictive Value on Return-to-provider Behavior: A Survey Study. *Quality Management in Health Care*, Vol. 14 (2): p. 116-120.

Anderson, W., L., et al, (2006), Workforce Issues and Consumer Satisfaction in Medicaid Personal Assistance Services. *Health Care Financing Review*, Vol. 28, (1).

Armitage, P., Berry, G., Mathews, JNS., (2002), *Statistical Methods in Medical Research*. Blackwell Science, (4)

Atkins, P., M., Marshall, B., S., Javalgi, R., G., (1996), Happy employees lead to loyal patients. *Journal of Health Care Marketing*, 16: p. 14-23.

Backhouse, S., Brown, Y., (2000). Using a patient satisfaction survey to close the theory-practice gap. *Nursing Standard*, 14 (38): p. 32-38.

Baker, R., (1990), Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract*, 40: p. 487-490.

Baker, R., (1991), The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. *Fam Pract*, 8: p. 171-177.

Baker, T., L., Steven. A., T., (1997), Patient satisfaction and service quality in the formation of customers' future purchase intentions in competitive health service setting. *Health Marketing Quarterly*, 15(1): p. 1-15.

Bendall-Lyon, D., Powers, T., L., Swan, J., E., (2001), Time does not heal all wounds. *Marketing Health Services*, 21 (3): p. 10-14.

Bennett, P., D., (1995), *Dictionary of Marketing Definitions: A Glossary of Marketing Terms*. NTC Publishing Group, (2): p. 166.

Berry, L., & Parasuraman, A. (1997), Listening to the customer—The concept of a service-quality information system. *Sloan Management Review*, 38(3): p. 65-76.

Berry, L., L., et al, (2007), Building a strong services brand: Lessons from Mayo Clinic. *Business Horizons*, 50: p. 199-209.

Blizzard, R., (2003), How Does Nurse Staffing Affect Patient Attitudes?. *Gallup Poll Tuesday Briefing*: p. 1.

Breedlove, T., H., (1994), Measuring the impact of quality improvement efforts. *Healthcare Financial Management*, 48 (9): p. 32.

Carmen, J., M., (2000), Patient perceptions of service quality: Combining the dimensions. *Journal of Management in Medicine*, 14(5-6): p. 339-356.



Cleary, P., D., McNeil, B., J., (1988), Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25: p. 25–36.

Clement, J., P., (2006), Are Consumers Reshaping Hospitals? Complementary and Alternative Medicine in U.S. Hospitals. *Health Care Management Review*, Vol. 31(2): p. 109-118.

Collier, D., A., Goldstein, S., M., Wilson, D., D., (2002), Building a model of organization performance grounded in the Baldrige Award Criteria. *Quality Progress*, 35(10): p. 97–104.

Conn, J. et al, (2005), Getting satisfaction. *Modern Healthcare* 35 (50): p. 6-7.

Cook, N., (2004), Take It to the Next Level. *Marketing Health Services*, Vol. 24 (3): p. 48-48.

David, M., J., (2007), Health Care Quality Reporting: Changes and Challenges. *Health Care Financing Review*, Vol. 28, (3)

Darr, K., (2002), Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview. *Hospital Topics*, Vol. 80 (3): p. 4.

Department of Health and the Welsh Office, (1989), General practice in the National Health Service: a new contract. London: HMSO.

Di Paula, A., Long, R., Wiener, D. E. (2002). Are your patients satisfied? *MHS*: p. 29–32.

Donabedian, A., (1980), The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press.

Donabedian, A., (1982), Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI: Heath Administration Press, Vol. 2.

Eisenberg, B., (1997), Customer Service in Healthcare: A New Era. *Hospital and Health Sendees Administration*, 42 (1): p. 17-31.

European Healthcare Management Association, (2000), The impact of market forces on health systems. European Healthcare Management Association, Dublin.

Fitzpatrick, R., (1991), Surveys of patient satisfaction: important general considerations. *British Medical Journal*, 302: p. 887-889.

Fitzpatrick R. (1990), Measures of patient satisfaction.: Hopkins A, Costain D (eds). *Measuring the outcome of medical care*. London: Royal College of Physicians of London.

Ford, R., C., Bach, S., A., M., D., Fottler, (1997), Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations. *Health Care Management Review*, 22 (2): p. 74-89.

Ford, R. C. et al, (2006), Aligning Internal Organizational Factors With a Service Excellence Mission: An Exploratory Investigation in Health Care. *Health Care Management Review* Volume 31(4): p. 259-269.

Grogan, S., et al, (1995), Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *British Journal of General practice*, (45): p. 525 – 529.

Hall J, Dorman, M., (1988), What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*, 27: p. 935-939.

Hill, C., Jeanne, S., J., Garner, (1991), Factors influencing physician choice. *Hospital and Health Services Administration*, 36(4): p. 491–503.

Hollfender J. (2002), A new era from Marketing Health Services. *Marketing Health Services*, 22 (2): p. 48.

Hospitals & Health Networks, (2006), Patient Satisfaction and the New Consumer. *Hospitals & Health Networks* 80 (12): p. 57-61.

Howard, J. E. (2000), Customer service: The key to remaining competitive in managed care. *Managed Care Quarterly* 8 (2): p. 22-30.

Hudspeth, R., (2007), Twelve Strategies to Enhance Nursing Practice in a Community Hospital, *Nurse Leader*: p. 35-39.

Hulka B, Zyzanski S, Cassel J, Thompson S. (1970), Scale for measurement of attitudes towards physicians and primary health care. *Med Care*, 8: p. 429-433.

Jiang, J. H. et al, (2006), Sustaining and Improving Hospital Performance: The Effects of Organizational and Market Factors *Health Care Management Review*, Vol. 31(3): p. 188-196.

Johnson, G., L. Ramaprasad, A., (2000), Patient-Physician Relationships in the Information Age. *Marketing Health Services*, Vol. 20 (1): p. 20-27.

Johnston, R. (1995). The zone of tolerance: Exploring the relationship between service transactions and satisfaction with the overall service. *International Journal of Service Industry Management*, 6(2): p. 46–61.

Judge K, Soloman M. (1993), Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *J Soc Policy*, 22: p. 299-327.

Kaplan, R., S., and Norton D., P., (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action as a tool for monitoring stakeholder satisfaction*. Harvard Business School Press, Boston.

Kong, S., (2008), Marketing in the NHS: The story so far. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, Vol. 1 (2): p. 191-201.

Kotler, P. and Keller, K., (2008), *Marketing Management*. Prentice Hall, (13): p. 253-256, 358.

Kyun Jick, L. et al, (2005), A Practical Method of Predicting Client Revisit Intention in a Hospital Setting. *Health Care Management Review*, Volume 30(2): p. 157-167.

Kyung Hoon, K., et al, (2008), Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research* 61: p. 75–82

Labiris, G., & Niakas, D., (2005), Health Policy: Patient satisfaction surveys as a marketing tool for Greek NHS hospitals. *Journal of Medical Marketing*, Vol. 5 (4): p. 324-330.

Lee, F. et al, (2003), Stop Measuring Patient Satisfaction. *Marketing Health Services* 23 (2): p. 32-37.

Lee, W.I. et al, (2008), The exploration of consumers' behaviour in choosing hospital by the application of neural network. *Expert Systems with Applications*, 34: p. 806–816

Lega, F., (2006), Developing a marketing function in public healthcare systems: A framework for action. *Health Policy*, 78, p. 340–352.

Licata, J. W., J., C., Mowen, G., Chakraborty., (1995), Diagnosing perceived quality in the medical service channel. *Journal of Health Care Marketing*, 15 (4): p. 42.

Liu, S. et al, (2007), Building customer capital through knowledge management processes in the health care context. *Health Care Management Review* Vol. 32 (2): p. 92-101

MacStravic, S. et al, (2002), Healthcare Marketing Turns 25. *Marketing Health Services*, 22 (4), p. 44.

Mangelsdorff, A., (1979), Patient satisfaction questionnaire. *Med Care*, 17: p. 86-90.

Marley, A., K., et al, (2004), The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences*, Vol. 35 (3): p. 349-369.

Marino, P., B., (2003), We Are the Voice of the Customer. *Marketing Health Services*, Vol. 23 (2), p. 52-52.

Marteau, T., (1990), Attitudes to doctors and medicine: the preliminary development of a new scale. *Psychol Health*, 4: p. 351-356.

Mckeever, J., (2004), Mapping the Patient Experience. *Marketing Health Services*, Vol. 24 (4): p. 14-19.

McPherson, M., (2000), Development of a survey to measure parent satisfaction in a pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*, 28(8): p. 3009-3013.

Moliner, M., A., et al, (2006), Hospital Perceived Value. *Health Care Management Review*, Vol. 31(4): p. 328-336.

Moser, C., Kalton, G., (1982), *Survey methods in social investigation*. London: Heinemann.

Motulsky, H., (2002), Multicollinearity in multiple regression. GraphPad Software, available from: <http://www.graphpad.com/articles/Multicollinearity.htm> [accessed on 02 April 2009]

Naidu, G., M., et al, (1999), Does Relationship Marketing Pay? An Empirical Investigation of Relationship, Marketing Practices in Hospitals. *Journal of Business Research* 46: p. 207–218.

Nelson, G., W., Niederberger, I., (1990), Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvement. *Hospital and Health Services Administration*, 35 (3): p. 409-27.

Nitse, Philip, S., Van Rushing. (1996), Patient satisfaction: The new area of focus for the physician's office. *Health Marketing Quarterly*, 14(2): p. 73–85.

Nowak, Linda, I., Judith, H., Washburn, (1998), Patient sources of information and decision factors in selecting cosmetic surgeons. *Health Marketing Quarterly*, 15(4): p. 45–54.

Oermann, M., H., T., Templin., (2000), Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (2): p. 167.

Office of Population Censuses and Surveys, (1992), *General household survey*. London: HMSO.

Ohio State University, (1965), A statement of Marketing Philosophy. *Journal of Marketing*: p. 43.

Oliver, L., R., Customer Satisfaction Research. In *Handbook of Marketing Research*, ed. Rajiv Grover and Marco Vriens, Thousand Oaks, CA, Sage Publications: p. 569-87.

Otani, K., (2006), Enrollees' Global Rating Process of Health Care with the National CAHPS(R) Benchmarking Database. *Health Care Management Review*, Vol. 31(3): p. 205-212

Otani, K., et al, (2009), Patient Satisfaction: Focusing on "Excellent". *Journal of Healthcare Management*, Vol. 54 (2): p. 93-103.

Peltier, James, W., John A. Schibrowsky, and Christopher R. Cochran. (2002). By now it's accepted. *Marketing Health Services*, 22(2): p. 29–33.

Pereira, M., F., (1998), *A-Z of Medical Statistics*. Arnold Publications.

Perucca, R. (2001). Consumers with options. *Nursing Management* 32 (9): p. 20-24.

Raju, P., S., et al, (2002), The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical examination. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 9: p. 335–348.

Reichheld, F., (1996), *The Loyalty Effect*. Harvard Business School Press.

Ricketts, T., (1996), General satisfaction and satisfaction with nursing communication on an adult psychiatric ward. *J Adv Nurs*, 24(3): p. 479-487.

Roghamm, K., Hengst, A., Zastowny, T., (1979), Satisfaction with medical care. *Med Care*, 18: p. 461-477.

Schieffer, R., (2005), *Ten Key Consumer Insights*. Mason, OH, Thomson

Schweitzer, S., et al, (2007), The Key to Improving the Patient Experience. *Health Management Technology*, 28 (8) 40: p. 39.

Shortell, S., M., Kaluzny, A., D.,. (2000). *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Albany, NY: Delmar, (4).

Sloman, J., (2008), *Economics and the Business Environment*. Prentice Hall, (2): p. 75.

Spake, D., F., Bishop, S., J., Jr., (2009), The Impact of Perceived Closeness on the Differing Roles of Satisfaction, Trust, Commitment, and Comfort on Intention to Remain with a Physician. *Health Marketing Quarterly*, Vol. 26 (1): p. 1-15.

Spake, D., F., Sharon, E., B., Beverly, K., B., Crutchfield, T., N., (2003), Consumer comfort in service relationships: Measurement and importance. *Journal of Service Research*, 5(4): p. 316-32.

Spinelli, R., et al, (2007), Pay for Performance: Improving Quality Care. *The Health Care Manager*, Vol. 26(2), p. 128-137.

Stichler, J., F., M., E., Weiss, (2000), Through the eye of the beholder: Multiple perspectives on quality in women's health care. *Quality Management in Health Care*, 8 (4): p. 1-12.

Sturm, A. C., Jr., (2007), 5 steps to patient acquisition and retention, *Healthcare financial management*, 61 (5), p. 116-18.

Tamer Cavusgil, S., (1986), Marketing's Promise for Hospitals, *Business Horizon*, 71.

Thomas, R., K., (2002), How far have we come? *Marketing Health Services*, 22 (2): p. 48.

Thomas, R., K., et al, (2003), Treating Patients like Customers. *Marketing Health Services* 23 (2): p. 38-43.

Thompson, A., (1986), The soft approach to quality of hospital care. *Int J Qual Reliability Measurement*, 3: p. 24.

Tucker, J., L., (2002), The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*, 16 (1): p. 48-66

Turner, P., D., Pol, L., G.. (1995), Beyond patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing* 15 (3): p. 45.

Trustee, (2009), Nurses Influence Hospital Revenue. *Trustee*, Vol. 62 (1): p. 4-5.

Urden, L., D., (2002), Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Manage*, 6 (3): p. 25-31.

Yang, M., C., et al, (2006), Using Path Analysis to Examine Causal Relationships Among Balanced Scorecard Performance Indicators for General Hospitals: The Case of a Public Hospital System in Taiwan, *Health Care Management Review*, Vol. 31(4): p. 280-288.

Yucelt, Ugur, (1994), An investigation of causes of patient satisfaction – dissatisfaction with physician services. *Health Marketing Quarterly*, 12 (2): p. 11–28.

Ware, J., Snyder, M., Wright, W., Davies, A., (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation Program Plann*, 6: p. 247-263.

Weng, H., C., (2006), Consumer Empowerment Behavior and Hospital Choice. *Health Care Management Review*, Vol. 31(3): p. 197-204.

Williams, B., (1994), Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science and Medicine*, 38 (4): p. 509-16.

Williams, S., A., (1998), Quality and care: Patients' perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12 (6): p. 18-25.

Wolf, Z., Miller, P., A., Devine, M., (2003), Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Med Surg Nurs*, 12 (6): p. 391-393.

## 9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### 9.1. Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Η Κλινική Μιας Ημέρας εκπονεί μία ερευνητική εργασία που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών, στην οποία μπορείτε να συμμετέχετε. Θα σας πάρει περίπου 10-15 λεπτά.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών της ΚΜΗ και με τη συμμετοχή σας ελπίζουμε να κατανοήσουμε καλύτερα τα θέματα που σας απασχολούν ώστε να τα χρησιμοποιήσουμε για τη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας και περίθαλψης.

Οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές (Δεν πρέπει να βάλετε το ονομά σας στο ερωτηματολόγιο). Παρακαλούμε να παραδώσετε το ερωτηματολόγιο σφραγισμένο μέσα στον φάκελο που σας δόθηκε και να το αφήσετε μέσα στο κουτί που βρίσκεται στην αίθουσα αναμονής.

Η έρευνα θα σας πάρει περίπου 10-15 λεπτά. Ελπίζουμε να αφιερώσετε το χρόνο που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Εάν έχετε ερωτήσεις ή προβληματισμούς σχετικά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου επικοινωνήστε με τον ιατρό της Α'Π.

Η συμμετοχή σας αποτελεί πολύτιμη βοήθεια για τη βελτίωση της λειτουργίας της ΚΜΗ.

Με τιμή,

Κλινική Μιας Ημέρας της Α'Π

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΚΜΗ Α΄Π ΕΑΝΠ ΜΕΤΑΞΑ

**1. Ο ιατρός πάντα μου δίνει την ευκαιρία να συζητήσω μαζί του κάθε μου πρόβλημα**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**2. Ακόμα και όταν ο ιατρός μου είναι πολύ απασχολημένος με εξετάζει ολοκληρωμένα**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**3. Ο ιατρός πάντα ενδιαφέρεται για μένα**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**4. Ο ιατρός πραγματοποιεί όλες εξετάσεις χρειάζονται για να εντοπίσει το πρόβλημα**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα



**5. Ο ιατρός εξηγεί ξεκάθαρα τι δεν πάει καλά πριν δώσει μια θεραπεία**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**6. Δεν είμαι ικανοποιημένος με τον ιατρό μου**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**7. Ο ιατρός επεξηγεί πλήρως πως η ασθένεια μου θα επηρεάσει το μέλλον της υγείας μου**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**8. Δεν νιώθω άγχος όταν είμαι με τον ιατρό μου**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**9. Ο ιατρός πάντα με ρωτάει πως η ασθένεια επηρεάζει την καθημερινότητά μου**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ Απόλυτα

**10. Ο ιατρός δεν με ενημερώνει πλήρως για τη θεραπεία που λαμβάνω**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**11. Ο ιατρός μερικές φορές αποτυχαίνει να εκτιμήσει πόσο άρρωστος νιώθω**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**12. Ο ιατρός είναι πάντα διαθέσιμος να μου δώσει συμβουλές από το τηλέφωνο**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**13. Νιώθω άνετα να μιλάω στον ιατρό μου από το τηλέφωνο**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**14. Η γραμματέας δεν καταγράφει επακριβώς τις απαραίτητες πληροφορίες για τους ασθενείς**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**15. Η γραμματέας μου εξηγεί τα πράγματα ξεκάθαρα**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**16. Είμαι ικανοποιημένος με την εξυπηρέτηση στις ώρες μη λειτουργίας**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**17. Η νοσηλεύτρια νοιάζεται να εξηγήσει τα πράγματα προσεκτικά**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**18. Η νοσηλεύτρια ακούει πάντα προσεκτικά όταν μιλάω για τα προβλήματά μου**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**19. Η νοσηλεύτρια με κάνει να νιώθω ότι χαραμίζω το χρόνο της**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**20. Η νοσηλεύτρια είναι πάντα πολύ ενθαρρυντική**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**21. Είναι εύκολο να κλείσω ραντεβού όποτε τα χρειάζομαι στη Κλινική Μιας Ημέρας (ΚΜΗ)**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**22. Οι θέσεις στην αίθουσα αναμονής είναι άβολες**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**23. Δεν υπάρχουν αρκετές θέσεις στην αίθουσα αναμονής**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**24. Οι ασθενείς λαμβάνουν τη καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση από το προσωπικό που εργάζεται εδώ**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**25. Σκέφτομαι να αλλάξω ιατρό**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**26. Νιώθω απόλυτα ικανοποιημένος με τον τρόπο που μου συμπεριφέρονται κατά τη θεραπεία μου στη ΚΜΗ**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**27. Είμαι ευχαριστημένος με την περίθαλψη που λαμβάνω**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**28. Έχω απόλυτη πίστη και εμπιστοσύνη στους ιατρούς μου**

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Αδιάφορο
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

**29. Τι σας προσφέρουμε διαφορετικό από τα άλλα νοσοκομεία και μας προτιμάτε;**

.....

.....

.....

.....

**30. Τι πιστεύετε ότι θα μπορούσαμε να βελτιώσουμε;**

.....  
.....  
.....  
.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΗΛΙΚΙΑ**

20-29      30-39      40-49      50-59      60-69      70-79      80-89

**ΦΥΛΟ**

ΑΡΡΕΝ                      ΘΗΛΥ

**ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

ΔΗΜΟΤΙΚΟ   ΓΥΜΝΑΣΙΟ   ΛΥΚΕΙΟ   ΤΕΙ   ΑΕΙ   ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ   ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

**ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ**

ΑΘΗΝΑ                      ΕΠΑΡΧΙΑ

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΕΡΧΕΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΣ?**

0-6 μήνες      6-12 μήνες      1-3 χρόνια      4-7 χρόνια      8-παραπάνω χρόνια

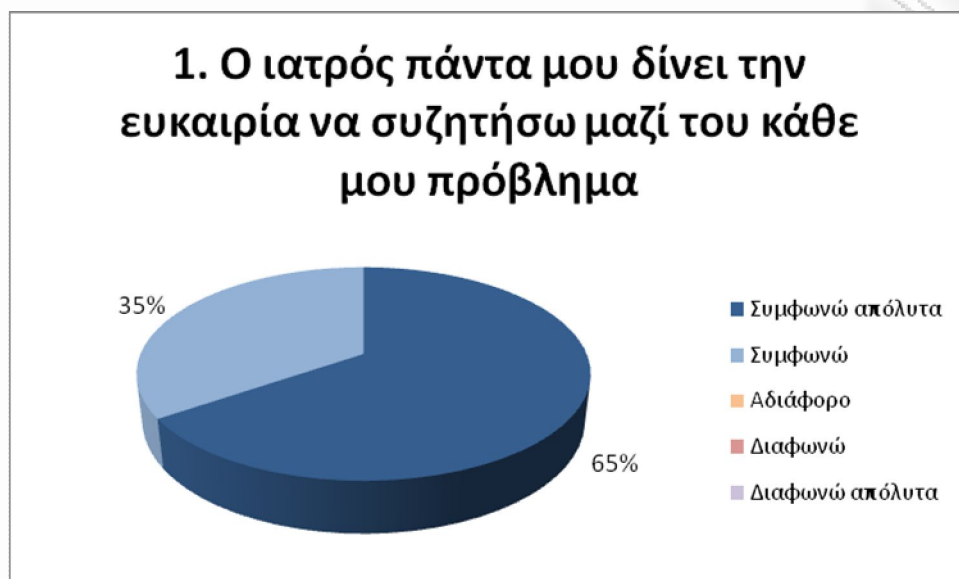
**ΕΙΣΤΕ ΕΛΛΗΝΑΣ?**

ΝΑΙ                      ΟΧΙ

**ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΙΝΤΕΡΝΕΤ ΓΙΑ ΝΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΣΑΣΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ?**

ΝΑΙ                      ΟΧΙ

## 9.2. Διαγραμματική απεικόνιση συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων ανά ερώτηση

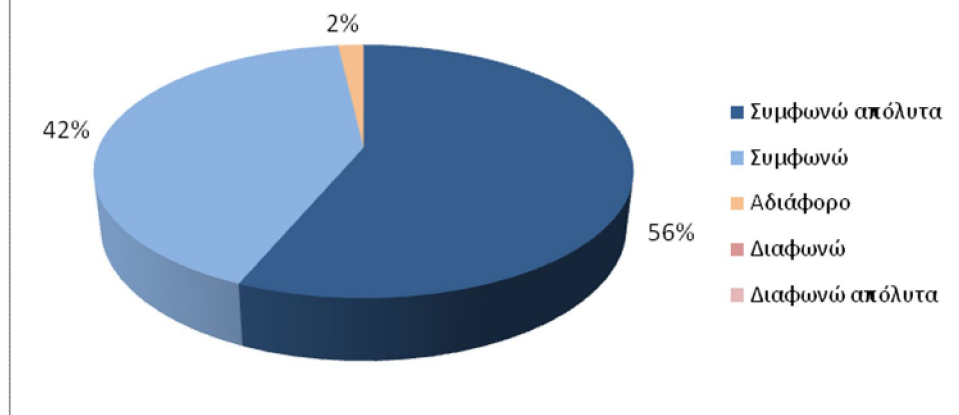


Διάγραμμα 4 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 1



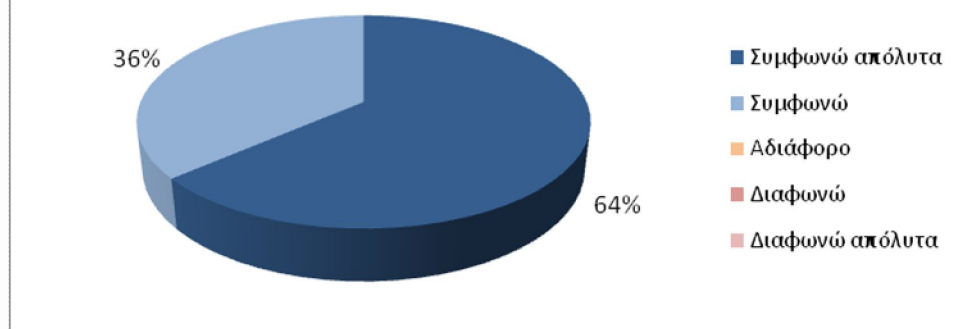
Διάγραμμα 5 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 2

### 3. Ο ιατρός πάντα ενδιαφέρεται για μένα



Διάγραμμα 6 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 3

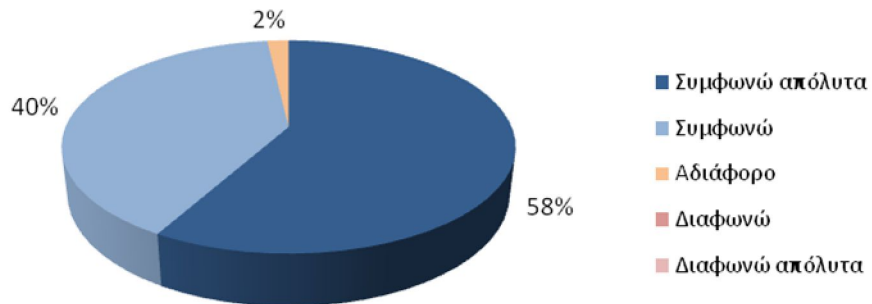
### 4. Ο ιατρός πραγματοποιεί όσες εξετάσεις χρειάζονται για να εντοπίσει το πρόβλημα



Διάγραμμα 7 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 4

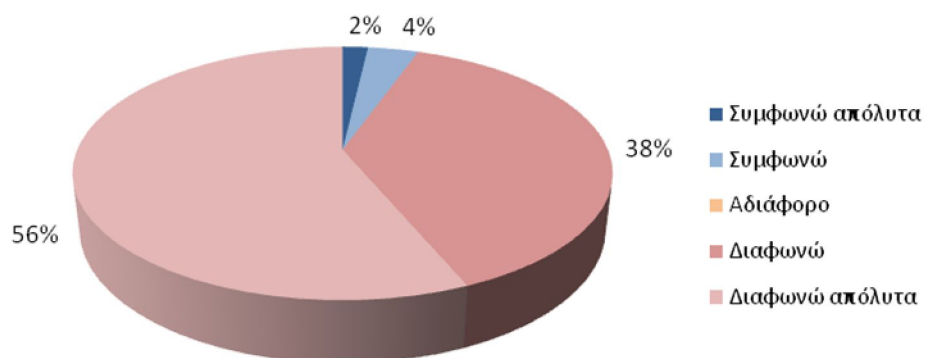


### 5. Ο ιατρός εξηγεί ξεκάθαρα τι δεν πάει καλά πριν δώσει μια θεραπεία



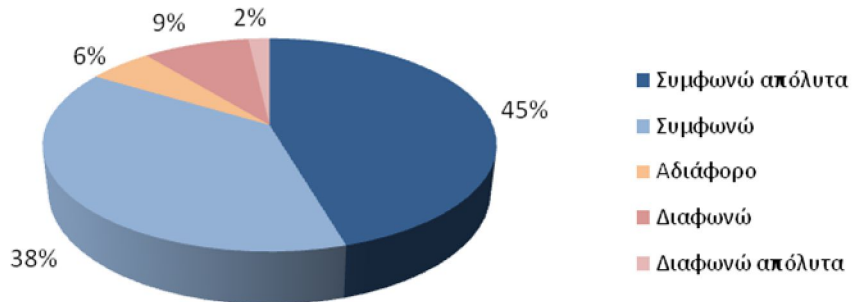
Διάγραμμα 8 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 5

### 6. Δεν είμαι ικανοποιημένος με τον ιατρό μου



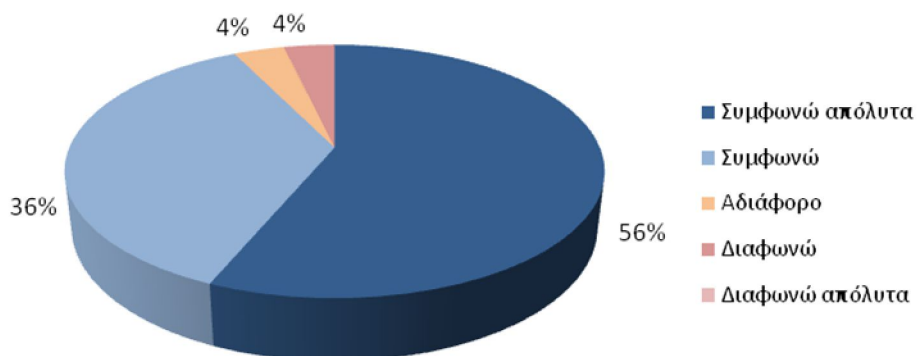
Διάγραμμα 9 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 6

### 7. Ο ιατρός επεξηγεί πλήρως πως η ασθένεια μου θα επηρεάσει το μέλλον της υγείας μου



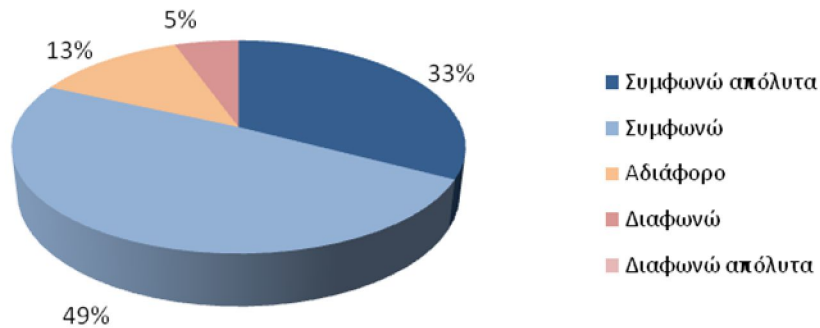
Διάγραμμα 10 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 7

### 8. Δεν νιώθω άγχος όταν είμαι με τον ιατρό μου



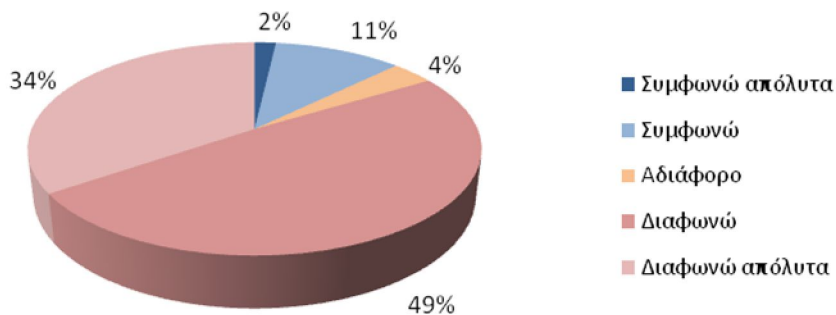
Διάγραμμα 11 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 8

**9. Ο ιατρός πάντα με ρωτάει πως η ασθένεια επηρεάζει την καθημερινότητά μου**



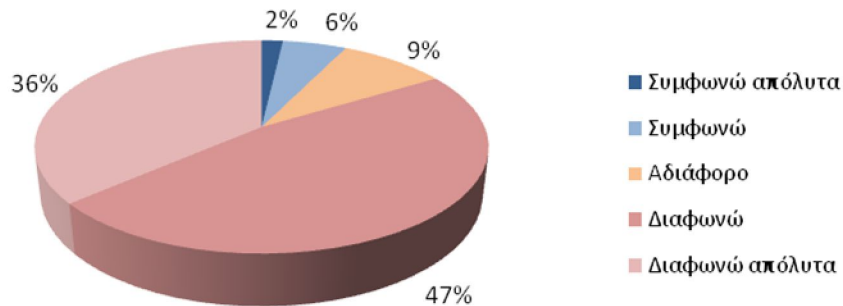
Διάγραμμα 12 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 9

**10. Ο ιατρός δεν με ενημερώνει πλήρως για τη θεραπεία που λαμβάνω**



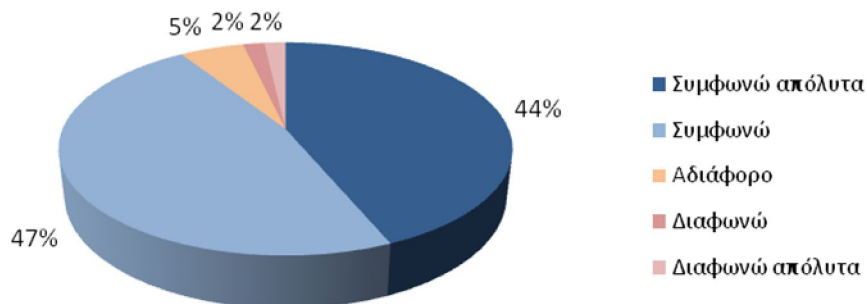
Διάγραμμα 13 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 10

### 11. Ο ιατρός μερικές φορές αποτυχαίνει να εκτιμήσει πόσο άρρωστος νιώθω



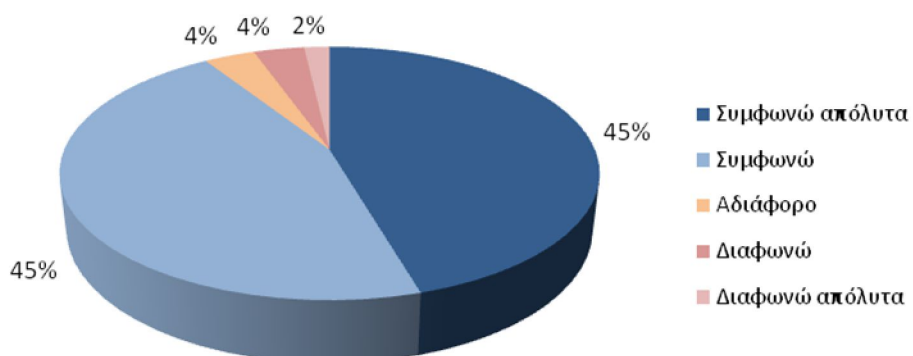
Διάγραμμα 14 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 11

### 12. Ο ιατρός είναι πάντα διαθέσιμος να μου δώσει συμβουλές από το τηλέφωνο



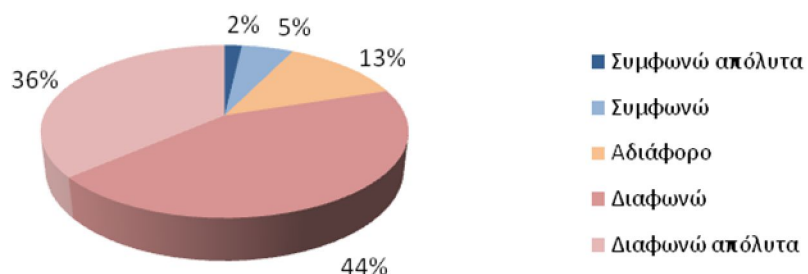
Διάγραμμα 15 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 12

### 13. Νιώθω άνετα να μιλάω στον ιατρό μου από το τηλέφωνο



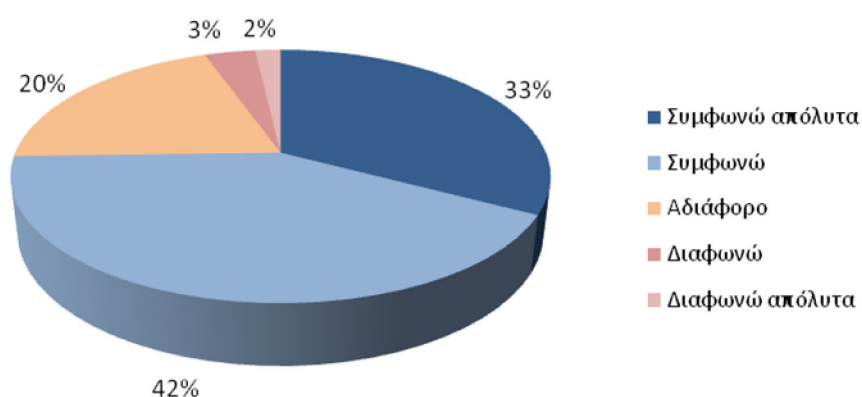
Διάγραμμα 16 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 13

### 14. Η γραμματέας δεν καταγράφει επακριβώς τις απαραίτητες πληροφορίες για τους ασθενείς



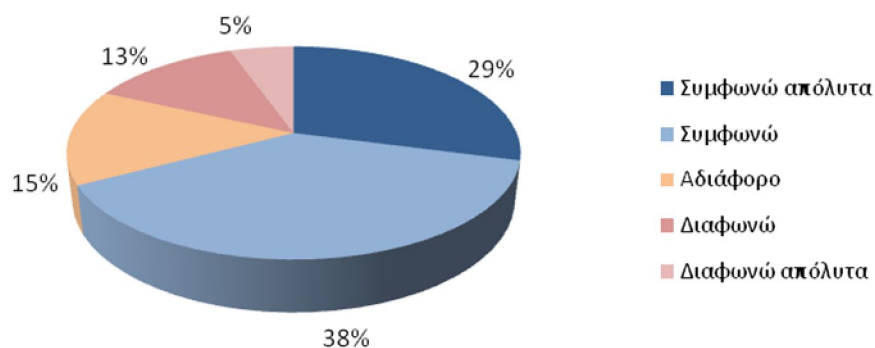
Διάγραμμα 17 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 14

### 15. Η γραμματέας μου εξηγεί τα πράγματα ξεκάθαρα



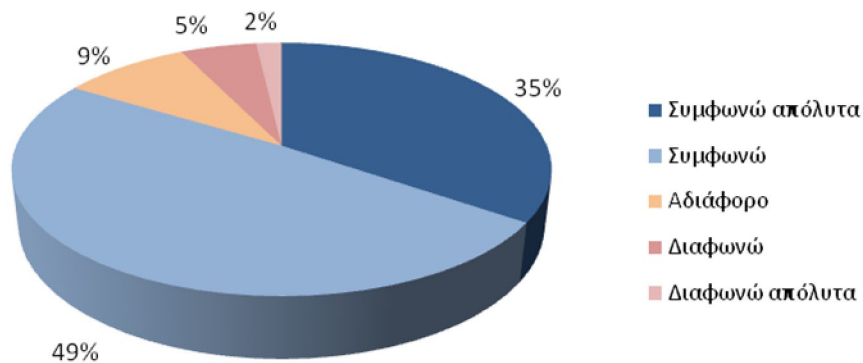
Διάγραμμα 18 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 15

### 16. Είμαι ικανοποιημένος με την εξυπηρέτηση στις ώρες μη λειτουργίας



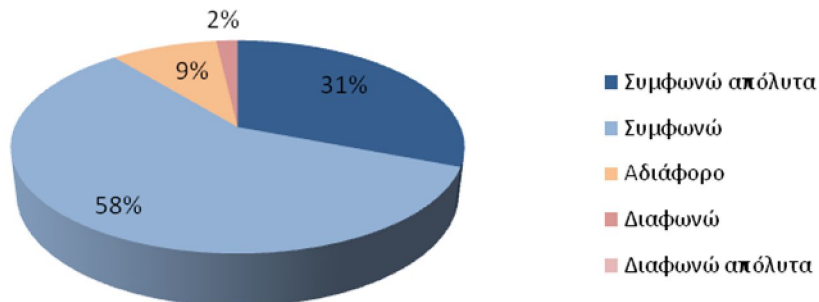
Διάγραμμα 19 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 16

### 17. Η νοσηλεύτρια νοιάζεται να εξηγήσει τα πράγματα προσεκτικά



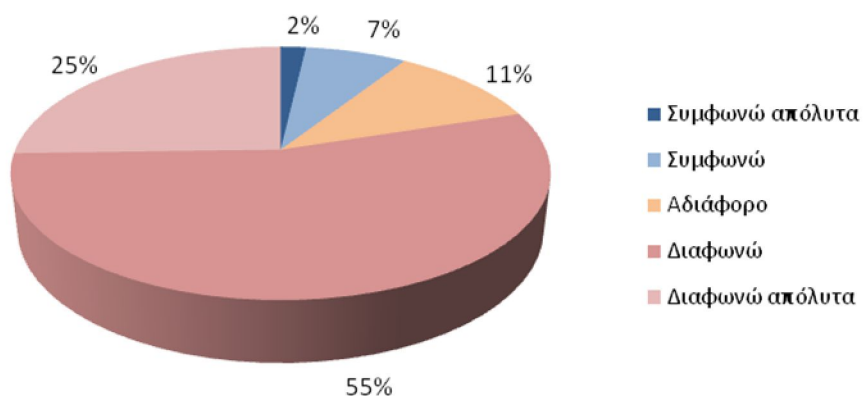
Διάγραμμα 20 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 17

### 18. Η νοσηλεύτρια ακούει πάντα προσεκτικά όταν μιλάω για τα προβλημάτά μου



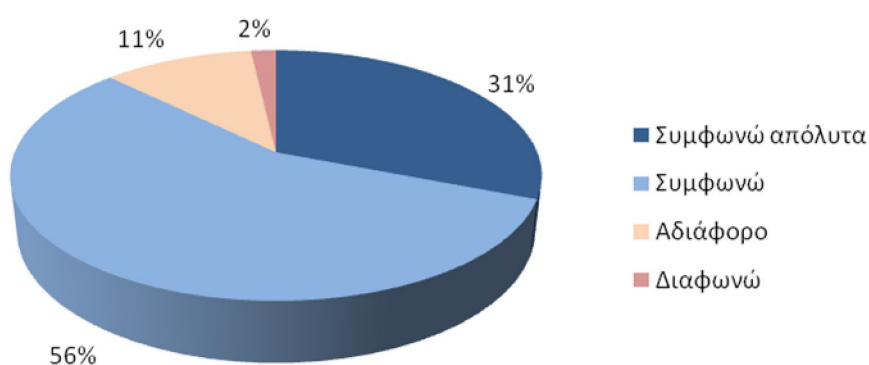
Διάγραμμα 21 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 18

### 19. Η νοσηλεύτρια με κάνει να νιώθω ότι χαλαρίζω το χρόνο της



Διάγραμμα 22 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 19

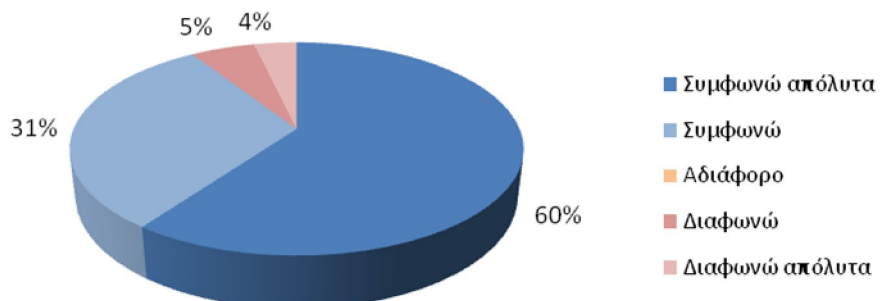
### 20. Η νοσηλεύτρια είναι πάντα πολύ ενθαρρυντική



Διάγραμμα 23 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 20

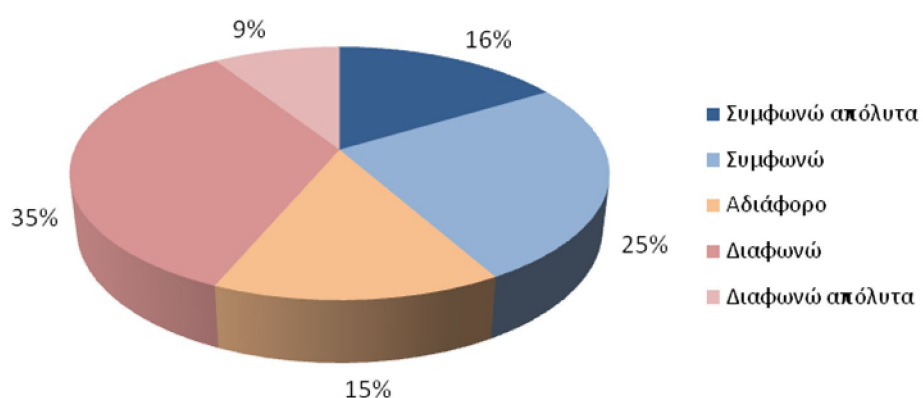


## 21. Είναι εύκολο να κλείσω ραντεβού όποτε τα χρειαζομαι στη Κλινική Μιας Ημέρας (ΚΜΗ)



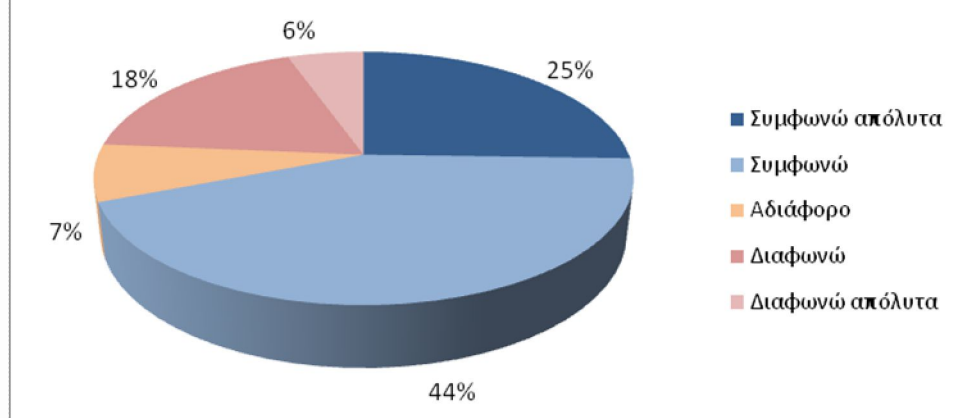
Διάγραμμα 24 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 21

## 22. Οι θέσεις στην αίθουσα αναμονής είναι άβολες



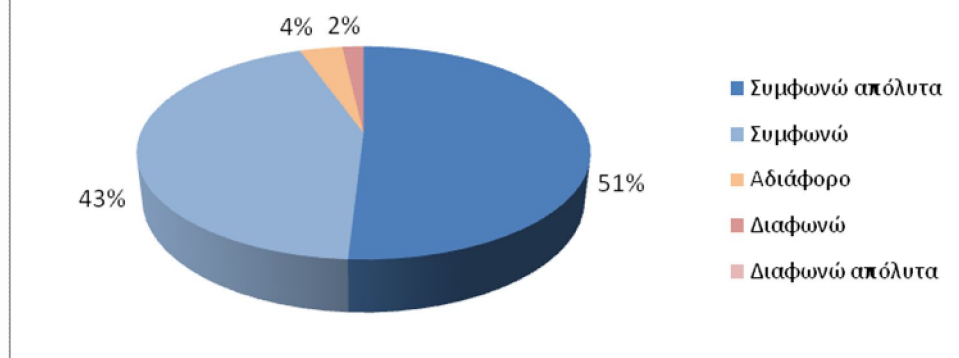
Διάγραμμα 25 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 22

### 23. Δεν υπάρχουν αρκετές θέσεις στην αίθουσα αναμονής



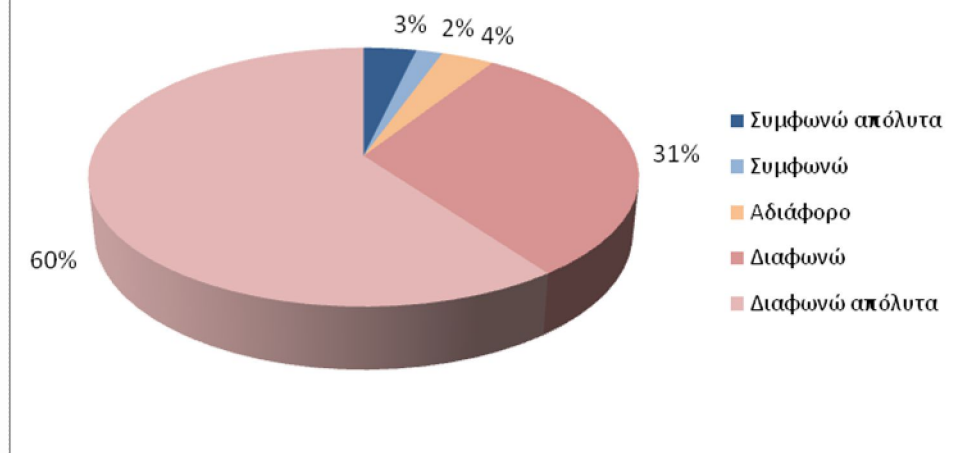
Διάγραμμα 26 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 23

### 24. Οι ασθενείς λαμβάνουν τη καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση από το προσωπικό που εργάζεται εδώ



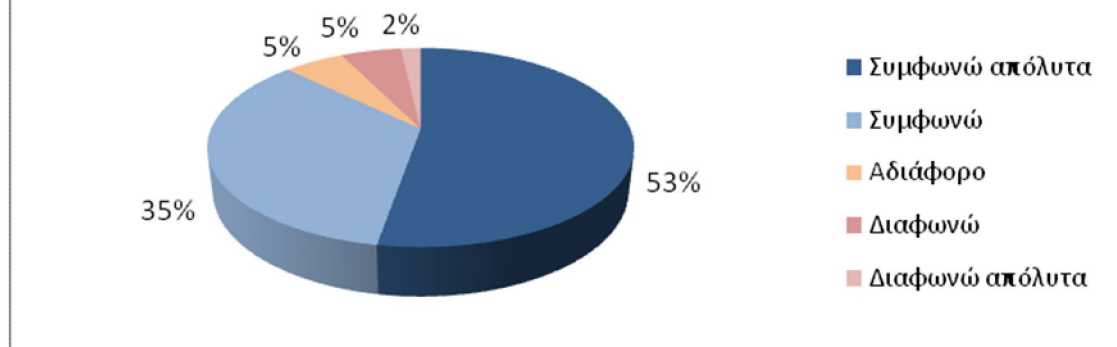
Διάγραμμα 27 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 24

## 25. Σκέφτομαι να αλλάξω ιατρό



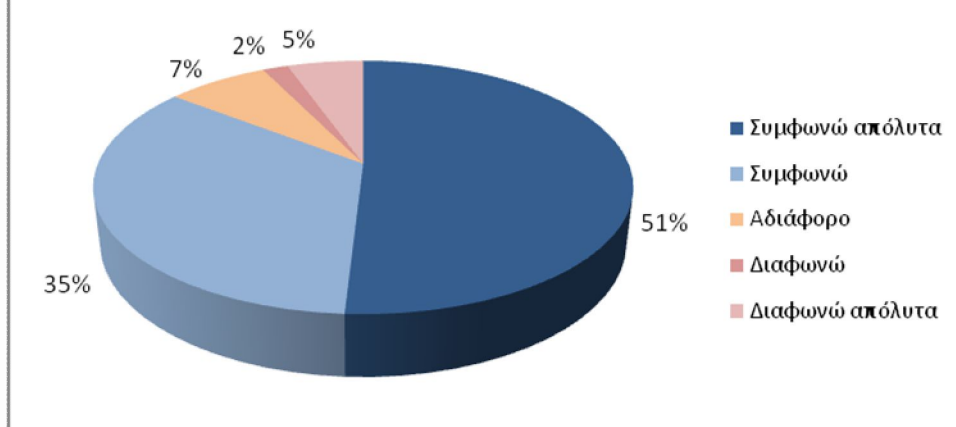
Διάγραμμα 28 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 25

## 26. Νιώθω απόλυτα ικανοποιημένος με τον τρόπο που μου συμπεριφέρονται κατά τη θεραπεία μου στη ΚΜΗ



Διάγραμμα 29 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 26

## 27. Είμαι ευχαριστημένος με την περίθαλψη που λαμβάνω



Διάγραμμα 30 Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ερώτησης 27

### 9.3. Αποτελέσματα Πολλαπλής Συγγραμμικότητας

Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών / ερωτήσεων

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	1,00																											
2	0,62	1,00																										
3	0,46	0,63	1,00																									
4	0,64	0,45	0,63	1,00																								
5	0,48	0,44	0,58	0,45	1,00																							
6	0,20	0,13	0,16	0,35	0,31	1,00																						
7	0,35	0,38	0,31	0,39	0,37	0,07	1,00																					
8	0,45	0,42	0,30	0,47	0,23	0,09	0,52	1,00																				
9	0,36	0,53	0,56	0,46	0,47	0,00	0,60	0,54	1,00																			
10	0,18	0,25	0,24	0,33	0,48	0,38	0,23	0,28	0,40	1,00																		
11	0,38	0,29	0,25	0,42	0,40	0,28	0,50	0,61	0,60	0,56	1,00																	
12	0,41	0,48	0,39	0,32	0,43	0,03	0,51	0,61	0,57	0,42	0,68	1,00																
13	0,43	0,46	0,45	0,44	0,44	0,08	0,61	0,72	0,65	0,40	0,74	0,76	1,00															
14	0,43	0,44	0,47	0,51	0,43	0,31	0,38	0,46	0,49	0,41	0,59	0,58	0,62	1,00														
15	0,33	0,57	0,45	0,25	0,30	0,02	0,44	0,43	0,49	0,24	0,48	0,60	0,54	0,49	1,00													
16	0,22	0,24	0,09	0,21	0,19	0,14	0,41	0,31	0,45	0,35	0,66	0,38	0,58	0,45	0,51	1,00												

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
17	0,37	0,41	0,39	0,37	0,43	0,31	0,41	0,30	0,41	0,32	0,57	0,52	0,59	0,60	0,66	0,63	1,00											
18	0,26	0,28	0,34	0,26	0,33	0,22	0,39	0,28	0,37	0,24	0,45	0,41	0,42	0,48	0,66	0,51	0,73	1,00										
19	0,21	0,21	0,33	0,29	0,44	0,30	0,45	0,28	0,38	0,47	0,54	0,37	0,54	0,59	0,55	0,61	0,68	0,65	1,00									
20	0,40	0,38	0,46	0,46	0,30	0,20	0,44	0,51	0,63	0,34	0,53	0,31	0,42	0,24	0,47	0,35	0,39	0,50	0,31	1,00								
21	0,35	0,30	0,16	0,29	0,25	0,06	0,39	0,53	0,29	0,32	0,72	0,66	0,62	0,52	0,40	0,48	0,51	0,36	0,43	0,23	1,00							
22	0,18	0,17	0,10	0,03	-0,01	-0,20	0,18	0,09	0,11	-0,19	0,12	0,21	0,29	0,13	0,36	0,21	0,24	0,40	0,20	0,16	0,19	1,00						
23	0,18	0,09	-0,01	-0,10	-0,02	-0,32	0,13	0,11	0,02	-0,04	0,07	0,18	0,21	0,03	0,18	0,16	0,09	0,20	0,15	0,06	0,03	0,60	1,00					
24	0,31	0,21	0,26	0,22	0,23	0,22	0,25	0,23	0,27	0,28	0,50	0,35	0,43	0,34	0,52	0,42	0,61	0,49	0,47	0,41	0,33	0,23	0,27	1,00				
25	0,33	0,19	0,13	0,34	0,11	0,19	0,18	0,17	0,19	0,18	0,31	0,11	0,17	0,36	0,26	0,27	0,30	0,14	0,27	0,18	0,26	0,13	0,07	0,24	1,00			
26	0,45	0,30	0,28	0,37	0,35	0,20	0,28	0,06	0,27	0,28	0,33	0,24	0,32	0,41	0,53	0,41	0,60	0,44	0,43	0,29	0,22	0,21	0,08	0,52	0,46	1,00		
27	0,38	0,35	0,19	0,39	0,28	0,28	0,45	0,50	0,34	0,41	0,64	0,59	0,54	0,64	0,67	0,56	0,67	0,52	0,63	0,33	0,63	0,22	0,11	0,43	0,50	0,41	1,00	
28	0,63	0,58	0,49	0,45	0,51	0,14	0,50	0,51	0,55	0,31	0,59	0,64	0,61	0,47	0,62	0,42	0,62	0,45	0,47	0,42	0,58	0,19	0,08	0,40	0,30	0,30	0,66	1,00

Για επεξήγηση βλ. [10. Παράρτημα Β – Θεωρία Στατιστικής](#).

## 10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

### Πολλαπλή συγγραμμικότητα

Η πολλαπλή συγγραμμικότητα (multicollinearity) είναι ένα στατιστικό φαινόμενο στο οποίο δύο ή περισσότερες μεταβλητές ανάλυσης (ερωτήσεις) σε ένα μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης είναι σε μεγάλο βαθμό αντίστοιχες (Motulsky, 2002). Στην στατιστική επιστήμη μεγάλος βαθμός συσχέτισης θεωρείται ένα ποσοστό υψηλότερο του 80%. Σε αυτή την περίπτωση οι συντελεστές βαρύτητας της κάθε μεταβλητής/ερώτησης μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικοί και να αλλοιώνουν τα αποτελέσματα της έρευνας. Το φαινόμενο της πολλαπλής συγγραμμικότητας δεν μειώνει απαραίτητα την αξιοπιστία όλου του μοντέλου παλινδρόμησης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των υψηλά συσχετισμένων ανεξάρτητων μεταβλητών μπορεί να έχουν μεγάλη απόκλιση από την πραγματικότητα.

### Η μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων (Adjusted R<sup>2</sup>)

Με το πρώτο κριτήριο αξιολογείται το ποσοστό των παραγόντων που έχουν ληφθεί υπόψη κατά την ανάλυση παλινδρόμησης. Όσο μεγαλύτερο το ποσοστό τόσο καλύτερο το μοντέλο παλινδρόμησης δεδομένου ότι είναι λίγοι οι παράγοντες που δεν έχουν συμπεριληφθεί στην ανάλυση και επομένως το μοντέλο είναι αξιόπιστο στις προβλέψεις και αναλύσεις του.

### Το στατιστικό λάθος (statistical error)

Είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις όπου ο προσαρμοσμένος δείκτης ελαχίστων τετραγώνων αντιστοιχεί στο 100% των παραγόντων που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή. Με τον υπολογισμό του στατιστικού λάθους μετράται το σφάλμα που

μπορεί να ενέχει το μοντέλο παλινδρόμησης. Όσο το στατιστικό λάθος προσεγγίζει το μηδέν τόσο καλύτερο είναι το μοντέλο.

### **Ο δείκτης σημαντικότητας των ανεξάρτητων μεταβλητών σε σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή (Significant F)**

Παρόλο, που μπορεί να έχουν συμπεριληφθεί στην ανάλυση το μεγαλύτερο ποσοστό των παραγόντων επιρροής, υπάρχει το ενδεχόμενο μην έχουν συμπεριληφθεί οι σωστοί παράγοντες και επομένως να μην θεωρούνται στατιστικά σημαντικοί. Εάν οι παράγοντες που έχουν ληφθεί υπόψη είναι στατιστικά σημαντικοί τότε ο δείκτης σημαντικότητας F είναι μικρότερος του 0,5. Σε αντίθετη περίπτωση το μοντέλο παλινδρόμησης δεν είναι αξιόπιστο αφού δεν περιέχει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή (Συνολική Ικανοποίηση).

### **Συντελεστές Παραγόντων Εξίσωσης**

Οι συντελεστές των τεσσάρων παραγόντων που λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάλυση παλινδρόμησης πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικοί, δηλαδή να μην προσεγγίζουν το μηδέν. Με τον τρόπο αυτό αποδεικνύεται η συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της εξαρτημένης μεταβλητής. Εφόσον, ο συντελεστής κάποιας μεταβλητής είναι κοντά στο μηδέν τότε η μεταβλητή αυτή πρέπει να αφαιρεθεί και να υπολογισθεί εκ νέου το μοντέλο παλινδρόμησης. Οι δείκτες που υποδεικνύουν εάν ένας συντελεστής είναι σημαντικός είναι το στατιστικό λάθος του κάθε δείκτη, ο οποίος πρέπει να είναι κοντά στο μηδέν, και το t-statistic το οποίο υπολογίζεται εάν διαιρέσουμε το συντελεστή βαρύτητας της μεταβλητής με το στατιστικό λάθος. Εάν το t-statistic είναι μεγαλύτερο ή ίσο με δύο (2) τότε η συγκεκριμένη μεταβλητή κρίνεται σημαντική.

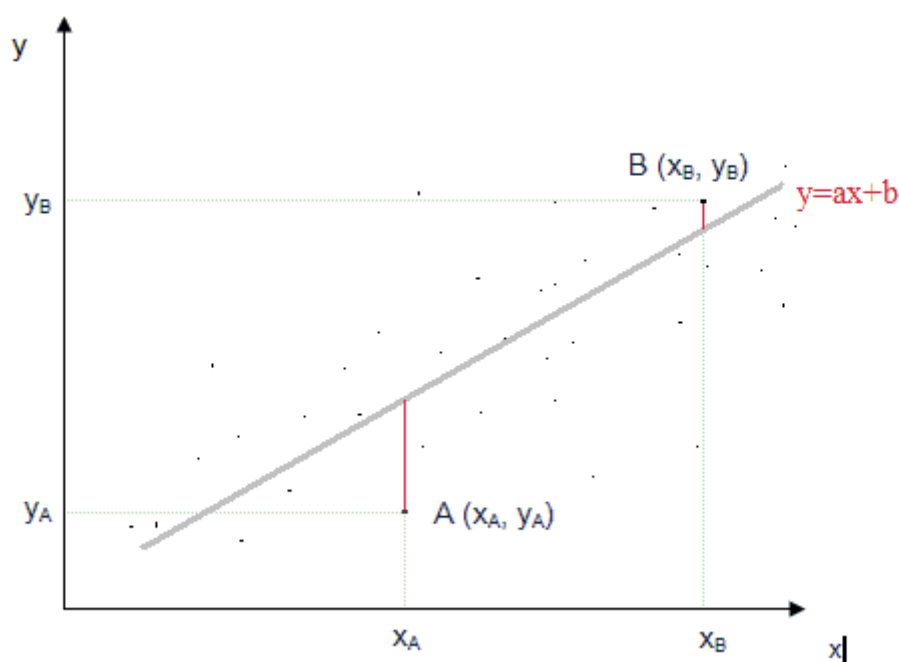


## Μη τυχαίοι σχηματισμοί κατά τη διαγραμματική απεικόνιση των στατιστικών υπολειμμάτων (residuals)

Όπως αναλύθηκε στο κεφάλαιο [6.5 Μοντέλο Παλινδρόμησης](#) η εξίσωση πολλαπλής παλινδρόμησης δίνεται από τον τύπο:

$$\text{ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ} = \mathbf{a} \cdot (\text{Παράγοντας Ιατρός}) + \mathbf{b} \cdot (\text{Παράγοντας Νοσηλευτικό Προσωπικό}) + \mathbf{c} \cdot (\text{Παράγοντας Γραμματεία}) + \mathbf{d} \cdot (\text{Παράγοντας Εγκαταστάσεις})$$

Η γραμμική απεικόνιση της παραπάνω εξίσωσης δίνεται από τον τύπο  $y=ax+b$  όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα όπου στην περίπτωση της ΚΜΗ το  $y$  (εξαρτημένη μεταβλητή) αποτελεί η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, ενώ το  $x$  εκφράζει το κατά προσέγγιση σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών (Παράγοντας Ιατρός, Παράγοντας Νοσηλεύτριας, Παράγοντας Γραμματεία, Παράγοντας Εγκαταστάσης).



**Διάγραμμα 31** Ερμηνεία υπολειμμάτων κατά την ανάλυση παλινδρόμησης

Είναι εμφανές ότι η γραμμική απεικόνιση δείχνει την συνολική τάση του δείγματος και αποτελεί μία αντιπροσωπευτική εκτίμηση των πραγματικών τιμών. Κάποιες πραγματικές τιμές συμπίπτουν με τα σημεία της γραμμικής απεικόνισης της πολλαπλής παλινδρόμησης ( $y=ax+b$ ). Ωστόσο, υπάρχουν πολλά σημεία που δεν συμπίπτουν όπως τα σημεία **A** ( $x_A, y_B$ ) και **B** ( $x_B, y_B$ ). Η διαφορά των πραγματικών

αυτών τιμών με την κοντινότερη τιμή της εξίσωσης ονομάζονται υπολείμματα (residuals). Στο διάγραμμα οι κόκκινες αποστάσεις αντιπροσωπεύουν τις διαφορές αυτές.

Τα υπολείμματα αυτά εάν απεικονιστούν διαγραμματικά σε ένα σύστημα αξόνων x-y δεν πρέπει να έχουν συγκεκριμένη τάση (ανοδική ή καθοδική), ενώ οι τιμές τους πρέπει να διχοτομούνται από τον άξονα x έτσι ώστε εάν προστεθούν αλγεβρικά να έχουν αποτέλεσμα μηδέν. Αυτό θα σημαίνει ότι η γραμμική απεικόνιση της πολλαπλής παλινδρόμησης ( $y=ax+b$ ) διχοτομεί τις πραγματικές τιμές, με τις μισές να είναι πάνω από την  $y=ax+b$  ενώ οι άλλες μισές κάτω από την  $y=ax+b$ . Η διχοτόμηση αυτή καταδεικνύει ότι η γραμμική εξίσωση είναι αντιπροσωπευτική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για προβλέψεις και εκτιμήσεις.

### **P-Values**

Κατά την αξιολόγηση των στατιστικών υποθέσεων μίας έρευνας η p-value ή probability value κάθε μεταβλητής είναι η πιθανότητα η ανεξάρτητη μεταβλητή να πάρει μία τιμή έξω από το εκτιμώμενο όριο. Εάν η πιθανότητα p-value είναι μεγάλη τότε το αποτέλεσμα της εκτίμησης ή πρόβλεψης του μοντέλου παλινδρόμησης δεν είναι αξιόπιστο. Για την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή της έρευνας αντιστοιχεί ένα p-value, το οποίο υποδεικνύει εάν η μεταβλητή αυτή είναι σημαντική για την έρευνα. Πρακτικά, οι μεταβλητές που έχουν μεγάλα p-values δεν χαρακτηρίζονται από αξιοπιστία και ακρίβεια και πρέπει να αφαιρούνται από την ανάλυση έτσι ώστε να μεγαλώνει η συνολική αξιοπιστία και ακρίβεια του μοντέλου παλινδρόμησης. Εφόσον το p-value μιας μεταβλητής είναι μεγάλο, αυτό σημαίνει ότι ο παράγοντας στην εξίσωση παλινδρόμησης της μεταβλητής μπορεί να πάρει την τιμή μηδέν (0) ήτοι δεν επηρεάζει καθόλου την υπό εξέταση μεταβλητή (συνολική ικανοποίηση).

Στη στατιστική επιστήμη έχει χαρακτηριστεί ως ορόσημο (milestone) για το p-value η τιμή 5%. Εάν είναι μεγαλύτερο του 5% τότε η εν λόγω μεταβλητή δεν θεωρείται σημαντική. Άρα το επίπεδο βεβαιότητας που δέχεται η στατιστική επιστήμη είναι 95%, ήτοι ο αναλυτής είναι 95% βέβαιος για την πρόβλεψη ή εκτίμηση της κάθε μεταβλητής.