

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

«Αξιολόγηση της ικανοποίησης  
των ασθενών Χειρουργικής Ογκολογίας»

*Αστυρακάκη Μαριάννα*

*Αρ. Φοιτ. Ταυτότητας: 11500300*

Επιβλέπων Καθηγητής  
Μανωλιτζάς Παναγιώτης

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος  
Καϊτελίδου Δάφνη

Ιανουάριος, 2018

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*«Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών Χειρουργικής  
Ογκολογίας»*

Αστυρακάκη Μαριάννα

Επιβλέπων Καθηγητής  
Μανωλιτζάς Παναγιώτης

Ιανουάριος, 2018.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>	<b>Σελίδες</b>
Ευχαριστίες	5
Ελληνική περίληψη	6-7
Αγγλική περίληψη	8-9

<b>Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή</b>	<b>Σελίδες</b>
1.1 Εισαγωγή	10-11
1.2 Σκοποί και στόχοι	11-12
1.3 Ορισμός της ικανοποίησης	12-13
1.4 Η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών	13-15
1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	15-19
1.6 Διαστάσεις της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας	19-23
1.7 Συσχέτιση της ικανοποίησης με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	23-26
1.8 Μεθοδολογικά προβλήματα στις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών	25-28

<b>Κεφάλαιο Δεύτερο - Μεθοδολογία</b>	<b>Σελίδες</b>
2.1 Πληροφορίες για την Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πα.Γ.Ν.Η. – Δείγμα ασθενών	29-33
2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων (MUSA)	33-35
2.2.1 Βαρύτητα Κριτηρίων	35-38
2.2.2 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης	38-39

<b>2.2.3 Μέσοι Δείκτες Απαιτητικότητας</b>	39
<b>2.2.4 Διαγράμματα Δράσης</b>	39-42
<b>2.2.5 Διαγράμματα Βελτίωσης</b>	42-44

<b>Κεφάλαιο Τρίτο - Αποτελέσματα</b>	<b>Σελίδες</b>
<b>3.1 Στατιστική ανάλυση των κριτηρίων ικανοποίησης</b>	45-61
<b>3.2 Πολύ-κριτηριακή ανάλυση (MUSA)</b>	
<b>3.2.1 Ομάδα Πελατών και Συνολική ικανοποίηση</b>	62
<b>3.2.2 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης</b>	63
<b>3.2.3 Βάρη Κριτηρίων (Weights)</b>	64
<b>3.2.4 Διάγραμμα Δράσης (Action Maps)</b>	65-66
<b>3.2.5 Διάγραμμα Βελτίωσης (Improvements Maps)</b>	67-68

<b>Κεφάλαιο Τέταρτο - Συζήτηση –Συμπεράσματα - Εισηγήσεις</b>	<b>Σελίδες</b>
<b>4.1 Συζήτηση- Συμπεράσματα - Εισηγήσεις</b>	69-70
<b>4.2 Βιβλιογραφία</b>	71-77
<b>4.3 Παραρτήματα</b>	
<b>4.3.1 Εργαλείο μέτρησης</b>	78-80

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ, από καρδιάς, τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν και τη σημαντική βοήθειά τους καθώς και την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράστασή της.

Ευχαριστώ το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και συγκεκριμένα τη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κα Ντζιλέπη Π., την Τομεάρχη του Α' Νοσηλευτικού Τομέα κα Πρινάρη Α., καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή του Πα.Γ.Ν.Η. για την ανεκτίμητη βοήθειά τους.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Μανωλιτζά Παναγιώτη για τις σημαντικές συμβουλές του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά είναι η διοίκηση ποιότητας η οποία επικεντρώνεται στο χρήστη υπηρεσιών υγείας, μια και κρίνεται αναποτελεσματικός ο Οργανισμός που δε δίνει βάση στην ικανοποίηση του πελάτη του. Οι έρευνες ικανοποίησης του ασθενή βοηθούν όχι μόνο στο να εντοπίσουμε τα προβλήματα του Οργανισμού μας, αλλά και στο να συγκρίνουμε πρακτικές και να γίνουμε περισσότερο ανταγωνιστικοί (Λανάρα Π., 2005). Η αξιολόγηση των κριτηρίων της ικανοποίησης των ασθενών της παρούσας έρευνας θα μας δώσει μια σαφή ενημέρωση και την επακριβή εικόνα του βαθμού ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των παραγόντων και η διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στην Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο Κρήτης, με τη χρήση ειδικά διατυπωμένου ερωτηματολογίου.

**Μεθοδολογία:** Προκειμένου να αξιολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες αναπτύχθηκε η παρακάτω μεθοδολογία:

- Εύρεση Κριτηρίων μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τη σύνταξη του ερωτηματολογίου,
- Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου και δοκιμαστική εφαρμογή του στο Νοσοκομειακό Οργανισμό
- Τελική Έκδοση ερωτηματολογίου, συλλογή δεδομένων και ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του spss. Μέσω της ανάλυσης των δεδομένων αποτυπώνεται στατιστικά η παρούσα κατάσταση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Ανάλυση δεδομένων με τη χρήση της Πολυκριτηριας μεθόδου MUSA. Η μέθοδος MUSA είναι μία πολυκριτηριακή προσέγγιση για την ανάλυση της ικανοποίησης.

**Αποτελέσματα:** Η πολυκριτηριακή ανάλυση ανέδειξε ότι το θερμομέτρο ικανοποίησης είναι υψηλό. Πιο αναλυτικά στη κλίμακα 0-100 λαμβάνει την τιμή 94.84. Τα αποτελέσματα της MUSA έδειξαν ότι το σημαντικότερο κριτήριο για τους ασθενείς της Χειρουργικής Ογκολογίας είναι η αναμονή που έχουν για τη χειρουργική επέμβαση, ενώ το λιγότερο σημαντικό για αυτούς είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες. Ακολούθησε ανάλυση των

Διαγραμμάτων Δράσης με σημαντικότερες διαστάσεις να είναι το ενδιαφέρον του Ιατρικού και του Νοσηλευτικού προσωπικού και Διαγραμμάτων Βελτίωσης με πρώτη προτεραιότητα τις ακόλουθες διαστάσεις: ενημέρωση για τις επιπλοκές, πρόσβαση στις υπηρεσίες, συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο, χώρος αναμονής, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και αναμονή του χειρουργείου.

**Συμπεράσματα:** Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών είναι σε πολύ υψηλά επίπεδα και οι μετρήσεις έδειξαν εξίσου υψηλή βαθμολογία για όλα τα κριτήρια ικανοποίησης που εξετάστηκαν, σε σχέση με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Ο ασθενής που εισάγεται στην Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας φαίνεται να ενδιαφέρεται περισσότερο για την αναμονή του χειρουργείου (12,07%) σε σχέση με τα υπόλοιπα κριτήρια, ενώ το λιγότερο σημαντικό είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (5,82%). Από την κοίλη μορφή της καμπύλης της συνάρτησης αξιών διαπιστώνουμε ότι έχουμε «μη-απαιτητικούς πελάτες». Οι διαστάσεις ικανοποίησης: αναμονή για χειρουργείο, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι για το γεγονός ότι οι πελάτες έχουν προτιμήσει την υπηρεσία που μελετάμε. Τέλος, η 1<sup>η</sup> προτεραιότητα στα Διαγράμματα Βελτίωσης δείχνει δράσεις άμεσης βελτίωσης που θα πρέπει να προχωρήσει η Διοίκηση και είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές και οι πελάτες δεν απαιτούν.

**Λέξεις-κλειδιά:** Χειρουργική Ογκολογία, ικανοποίηση ασθενών, Πολυκριτήρια ανάλυση, μέθοδος MUSA.

## Summary

**Background;** In Total Quality Management, one of the most important features is Quality Management, which focuses on the user of health services, since the Agency is not effective and does not rely on customer satisfaction. Patient satisfaction surveys help not only to identify the problems of our organization but also to compare practices and become more competitive (Lanara P., 2005). The evaluation of patient satisfaction criteria in this research will give us a clear overview and accurate picture of the degree of satisfaction with the offered health services for the patients on Surgical Oncology at the University Hospital of Heraklion.

**Aim;** The purpose of this research is to evaluate the factors and to investigate the criteria that affect patient satisfaction in the Clinic of Surgical Oncology of the University Hospital in Heraklion, Crete, using a specially formulated questionnaire.

**Methods;** In order to evaluate the services offered, the following methodology was developed:

- Finding Criteria through a bibliographic review for writing the questionnaire,
- Developing a Questionnaire and testing it at the Hospital Organization
- Final questionnaire issue, data collection and Data Analysis using spss. Through the analysis of the data, the present situation of the offered health services is statistically recorded.
- Data analysis using the MUSA multicriteria method. The MUSA method is a multi-criteria approach for satisfaction analysis.

**Results;** Multi-criteria analysis showed that the satisfaction thermometer is high. More specifically, in the range 0-100, the value is 94.84. The results in MUSA showed that the most important criterion for patients of Surgical Oncology is waiting to have a surgery, while less important for them is access to services. Followed by analysis of the Action Charts with larger dimensions are interest Medical and Nursing staff and Charts Improvement with first priority the following dimensions; information about complications, access to services, participation in treatment plan, waiting area, medical devices and equipment and anticipation of surgery.



**Conclusions;** The total patient satisfaction is at very high levels and the measurements showed equally high scores for all satisfaction criteria that examined and compared to the results which presented in the international literature. The patient enrolled in the Surgical Oncology Clinic appears to be more interested in waiting for surgery (12.07%) than the other criteria, while the least important is access to health services (5.82%). From the concise form of the curve of the value function we find that we have "non-demanding clients". Satisfaction dimensions: waiting for surgery, medical equipment, and therapeutic effect are the most important reasons why customers have preferred the service we are studying. Finally, the 1st priority in the Improvement Charts shows immediate improvement actions that Management should advance and are extremely effective and do not require customers.

**Keywords;** Surgical Oncology, patient satisfaction, multicriteria analysis, MUSA method.

# **Κεφάλαιο Πρώτο**

## **Εισαγωγή**

## 1.1 Εισαγωγή

Για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας οι ερευνητές σε παγκόσμιο επίπεδο αναπτύσσουν μοντέλα και μεθοδολογίες προκειμένου να βοηθηθούν στην λήψη αποφάσεων. Χαρακτηριστική προσέγγιση προκειμένου να αξιολογηθούν οι υφιστάμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και να εντοπισθούν οι αδυναμίες αποτελεί η εκπόνηση ερευνών ικανοποίησης. Οι έρευνες ικανοποίησης του ασθενή βοηθούν όχι μόνο στο να εντοπίσουμε τα προβλήματα του Οργανισμού μας, αλλά και στο να συγκρίνουμε πρακτικές και να γίνουμε περισσότερο ανταγωνιστικοί (Λανάρα Π., 2005). Η αξιολόγηση των κριτηρίων της ικανοποίησης των ασθενών της παρούσας έρευνας θα μας δώσει μια σαφή ενημέρωση και την επακριβή εικόνα του βαθμού ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης.

## 1.2 Σκοποί και στόχοι

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση των παραγόντων και η διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στην Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Ηράκλειο Κρήτης, με τη χρήση ειδικά διατυπωμένου ερωτηματολογίου. Μέσα από την αξιολόγηση των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών Χειρουργικής Ογκολογίας, σκοπός είναι η βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα η έρευνα αποσκοπεί:

- Στη μέτρηση και αξιολόγηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την ικανοποίηση
- Στη σύγκριση των κριτηρίων ικανοποίησης
- Στη σημαντικότητα κάθε κριτηρίου για τους ασθενείς
- Στην υπόδειξη των δυνατών και αδύναμων σημείων της Χειρουργικής Ογκολογίας και στην κατεύθυνση βελτιώσεων
- Στην υπόδειξη των διαστάσεων ικανοποίησης που χρήζουν βελτίωσης.

Στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης έρευνας διερευνούμε ποια κριτήρια είναι τα σημαντικότερα προκειμένου οι ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι. Επιπρόσθετα θα αναλυθεί με ποια σειρά τα κριτήρια πρέπει να βελτιωθούν προκειμένου να υπάρξει βελτίωση των υφιστάμενων υπηρεσιών υγείας.

### 1.3 Ορισμός της ικανοποίησης

Η εμπειρία των ασθενών και η ικανοποίησή τους αποτελεί πρώτη προτεραιότητα για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Υπερνικά φλέγοντα θέματα, όπως είναι αυτό της μείωσης του κόστους στις υπηρεσίες υγείας, την κλινική ποιότητα και άλλα σημαντικά θέματα (HealthLeaders Media Industry Survey 2013, Subashnie Devkaran, Μερκούρης 1996).

Ο Καθηγητής Μπαμπινιώτης, Γλωσσολόγος, Φιλολόγος και Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών δίνει τον ακόλουθο ορισμό για την λέξη ικανοποίηση: *«1. η ευχαρίστηση που πηγάζει από το αίσθημα τής επιτυχίας, τής πραγματοποίησης επιθυμίας, τής πλήρωσης (β) η επαρκής κάλυψη 3. επανόρθωση ζημίας ή βλάβης»*, ενώ για το ρήμα ικανοποιώ δίνει την εξής ετυμολογία: *«ικανοποιώ < ικανός + ποιώ (-έω), απόδ. τού λατινικού *satisfacere*»*.

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει συμφωνία των συγγραφέων για έναν ορισμό της ικανοποίησης. Στο μοντέλο του Donabedian η ικανοποίηση ορίζεται ως ένα μοντέλο μέτρησης από τους ασθενείς, ενώ οι δομές και οι διαδικασίες της παρεχόμενης φροντίδας μπορούν να μετρηθούν με εμπειρίες του ασθενή. Οι Jenkinson C et al. (2002) και Ahmed et al. (2011) επεσήμαναν την ικανοποίηση των ασθενών ως τις προσδοκίες των ασθενών απέναντι στη φροντίδα ή τους τομείς της περίθαλψης, ενώ οι Mohan et al. (2011) αναφέρουν την ικανοποίηση των ασθενών ως συναισθήματα, αισθήματα και αντιλήψεις των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στον αντίποδα αυτού, άλλοι συγγραφείς ορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα βαθμό μεταξύ των προσδοκιών μιας ιδανικής φροντίδας υγείας και των αντιλήψεών τους από την πραγματική φροντίδα που τους παρέχεται (Rashid Al-Abri , Amina Al-Balushi, 2014).

Στο χώρο της νοσηλευτικής ο πιο αποδεκτός ορισμός φαίνεται, σύμφωνα με τον Μερκούρη (1996) και στηριζόμενος στην Risser (1975) να είναι ο εξής: *«η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής του για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται».*

#### **1.4 Η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει δυο παραμέτρους: τα αποτελέσματα που προκύπτουν στον ασθενή από τις υπηρεσίες αυτές και την ικανοποίηση του ασθενή (API Healthcare Corporation, 2015).

Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών μας δίνει τη δυνατότητα να βελτιώσουμε τις πρακτικές μας ως λειτουργοί υγείας και οι υπηρεσίες φροντίδας να είναι ποιοτικές. Εξάλλου, πρωτεύον στόχος μας είναι να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες των ασθενών μας με υψηλής ποιότητας φροντίδα και να εισακουστούν οι προσδοκίες και οι επιθυμίες του, στόχοι που μπορούν να επιτευχθούν μέσω της έρευνας για την ικανοποίηση των ασθενών (Andre Chow et al, 2009, Paul D Cleary, 1999). Ένας ικανοποιημένος ασθενής είναι πολύ πιο πιθανό να συμμορφωθεί με το θεραπευτικό πλάνο και να υπάρξει συνέχεια της φαρμακευτικής του θεραπείας κι εκτός νοσοκομείου και όλο αυτό τελικά να οδηγήσει και σε λιγότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σε εθνικό επίπεδο αυτό μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη αντίληψη των πολιτών για το Σύστημα Υγείας και στην αύξηση εμπιστοσύνης προς τις υπηρεσίες υγείας. Βασικό είναι και το όφελος από τη μείωση του κόστους που προκύπτει, μια και ένας ικανοποιημένος ασθενής από τις υπηρεσίες υγείας δεν θα ζητήσει μια «δεύτερη γνώμη» από κάποιο άλλο πάροχο υγείας, ούτε θα καταγγείλει το νοσοκομείο για τις υπηρεσίες που του έχουν παρήχθησαν (Andre Chow et al, 2009).

Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει τη σημασία της ικανοποίησης των ασθενών στη θεραπεία, όπως επισήμαναν οι Burton & Wright το 1980 σε έρευνα ολικής αποκατάστασης ισχίου, ο MacGregor το 1981 με έρευνά του που συσχέτισε

την ικανοποίηση με μη προσδοκώμενα αποτελέσματα, οι Rogers et al το 1982 που απέδειξαν πώς ψυχολογικοί παράγοντες από την ικανοποίηση μπορούν να επιδράσουν στην αποκατάσταση ολικής αρθροπλαστικής και με κοινά αποτελέσματα οι Liang & Cullen το 1984 που συνοψίζουν στην έρευνά τους τα οφέλη των ασθενών από ολική αρθροπλαστική με ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών (Ross, Caroline K et al, 1987).

Η ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικός δείκτης για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, για να βελτιωθεί χρειάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτόν το δείκτη. Χωρίς την έρευνα της ικανοποίησης ασθενών δεν μπορούν να αποσαφηνιστούν αυτοί οι παράγοντες από την πλευρά των ασθενών (Peter Johansson et al, 2002). Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήξαν και Έλληνες ερευνητές το 1999 (Merkouris et al, 1999) τονίζοντας την ανάγκη για αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών, μια και είναι συνυφασμένη η έννοια της ποιότητας με την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και γιατί προσδίδεται αξία στην εργασία των νοσηλευτών με τέτοιες έρευνες.

Και ο Αμερικανικός Σύλλογος Διαπίστευσης υπηρεσιών φροντίδας AAHC συμπληρώνει τη σημασία της ικανοποίησης των ασθενών. Χαρακτηριστικά, αναφέρει: « *οι ικανοποιημένοι ασθενείς θα μοιραστούν την εμπειρία τους με άλλους πέντε κατά μέσο όρο και οι δυσαρεστημένοι ασθενείς θα εκφράσουν τα παράπονά τους σε άλλους εννέα (ή παραπάνω)*». Τονίζει την επίπτωση του κόστους από τη δυσαρέσκεια ενός ασθενή και τη σημασία αυτής της δυσαρέσκειας στις πρακτικές και τις επενδύσεις ενός νοσοκομείου. Παρόμοια συμπεράσματα εκθέτει και ο National Health Foundation (2011), όπου αναφέρει ότι με τις έρευνες ικανοποίησης ασθενών επιτυγχάνονται τα εξής:

- Σύγκριση των αποτελεσμάτων και των επιδόσεων κάθε Οργανισμού υγείας
- Δίδονται τα κίνητρα έτσι ώστε να βελτιωθεί η εμπειρία του ασθενή από τη διαμονή του σε ένα χώρο υγείας
- Ισχυροποιείται η συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενή και των αποτελεσμάτων από τη φροντίδα που λαμβάνει.

Βεβαίως, στη βιβλιογραφία συναντάμε και την αντίθετη άποψη για την ικανοποίηση των ασθενών. Οι Liz Gill και Lesley White το 2009 σε ένα άρθρο τους προτείνουν να χρησιμοποιηθούν έννοιες και μοντέλα του μάρκετινγκ, όπως η θεωρία των καταναλωτών. Θεωρούν ότι τέτοια μοντέλα και θεωρίες είναι ανώτερες από τα υπάρχοντα μοντέλα ικανοποίησης στον υγειονομικό τομέα.

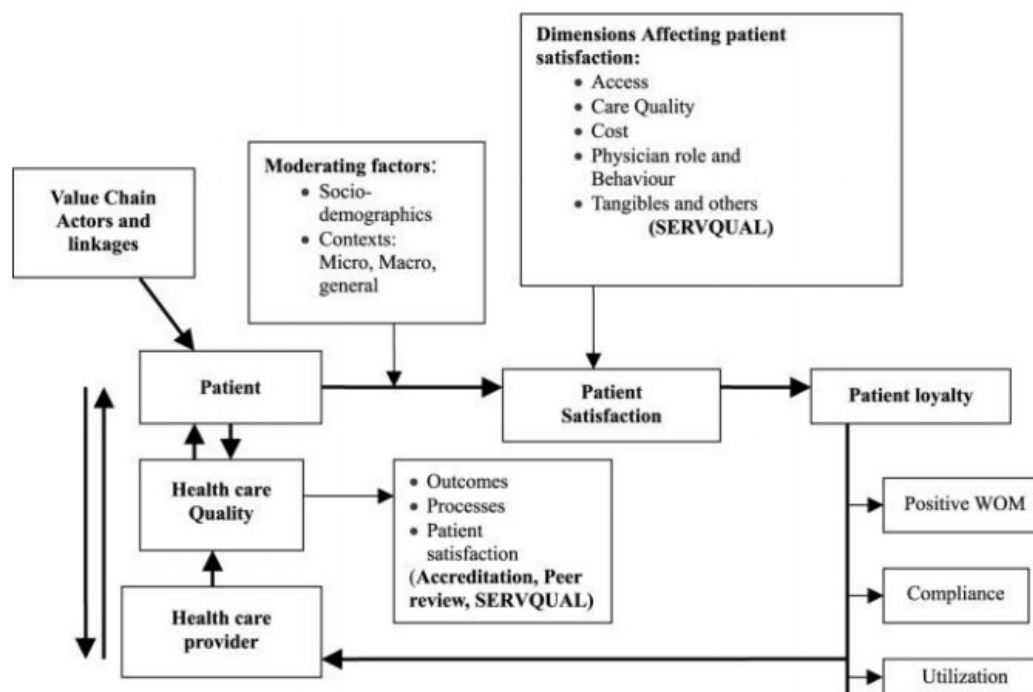
Τέλος, μια και το δείγμα μας αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς θα κάνουμε μνεία σε ένα άρθρο των U. R. Kleeberg et al (2005) σε σχέση με την ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών. Οι συγγραφείς του άρθρου συσχετίζουν τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να εισπράξει ένας ικανοποιημένος ογκολογικός ασθενής. Ο χρόνος επιβίωσης και άλλα ιατρικά κριτήρια δεν μπορούν να προδιαγράψουν επακριβώς την πορεία που θα έχει ένας ογκολογικός ασθενής μέσω των θεραπευτικών προσεγγίσεων που ακολουθεί, αντιθέτως, η ποιότητα που μπορεί να έχει δύναται να καθυστερήσει ή να βελτιώσει την εξέλιξη της νόσου μέσω ψυχοκοινωνικών δεδομένων. Μπορούμε συμπερασματικά να κατανοήσουμε την αξία των ερευνών ικανοποίησης και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στην ομάδα των ογκολογικών ασθενών.

### **1.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών**

Στη βιβλιογραφία συναντάμε πολλά άρθρα που είναι γραμμένα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ο M. Rahmqvist το 2001 σε μια έρευνά τους για τη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών έβγαλε τα ακόλουθα ευρήματα: η ηλικία είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας στον PSI (Patient satisfaction index score) και ακολουθεί η σχέση της ηλικίας με το άγχος που έχει ο ασθενής κατά την εισαγωγή του. Επιπροσθέτως, το φύλο ως παράγοντας δεν είχε σημαντική στατιστική διαφορά, με μια μικρή διαφορά μεταξύ των δυο φύλων, όπου οι άντρες είναι λίγο πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες. Εμφανή διαφορά βρήκε ο ίδιος ερευνητής όταν συσχετιζόταν οι δυο προηγούμενοι παράγοντες με την ιατρική ειδικότητα, συμπεραίνοντας με αυτό τον τρόπο ότι είναι σημαντικό για να μην έχουμε

μεροληψία στην έρευνα, να συμπεριλαμβάνονται τα στοιχεία του φύλου, της ηλικίας, της κατάστασης της υγείας και του πόνου του ασθενή.

Πίνακας 1: Ολοκληρωμένο Μοντέλο κατανόησης των Υπηρεσιών Υγείας.



Πηγή: Aditi Naidu, "Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality", *IJHCQA* 22,4, 2008, p.378.

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση του ασθενούς στις Υπηρεσίες Υγείας, μέσα από μια συστηματική ανασκόπηση 24 ερευνών του Naidu το 2008. Συγκεκριμένα, δείχνει με ποιο τρόπο οι ασθενείς και οι λειτουργοί υγείας, όχι μόνο δημιουργούν, αλλά και επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Οι αντιλήψεις περί ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προηγούνται της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια πολυδιάστατη έννοια, σύμφωνα με τον συγγραφέα, με πολλές μεταβλητές και με μια αλυσίδα καταστάσεων: η ποιότητα επηρεάζει την ικανοποίηση, ακολούθως επηρεάζει τη θετική στάση των ασθενών, τόσο όμως η ποιότητα, όσο και η ικανοποίηση είναι δύσκολο να μετρηθούν, καθώς κρίνεται απαραίτητη, όπως διαφαίνεται και στον Πίνακα 1, μια πολύ-επιστημονική προσέγγιση και η κρίση εμπειρογνομόνων. Καθοριστικά στοιχεία για τις διαστάσεις της ικανοποίησης του ασθενή είναι: η



πρόσβαση, η φροντίδα, οι εκροές από τις υπηρεσίες υγείας, η επικοινωνία και οι πόροι (Naidu,2008).

Οι JE Ware et al το 1977 μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέληξαν στα εξής ενδιαφέροντα αποτελέσματα: η ηλικία σχετίζεται με την ικανοποίηση, άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά όχι από την πρόσβαση σε αυτές, άνθρωποι με χαμηλότερο εισόδημα, με μεγαλύτερο αριθμό μελών της οικογένειάς τους και λιγότερη εκπαίδευση τείνουν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι, οι γυναίκες φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τους άντρες και άτομα που απασχολούνται σε υψηλότερες θέσεις είναι πιο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας.

Σε μια ομαδοποίηση των χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή προχώρησε ο John E.Ware Jr. και η ομάδα του το 1983 η οποία περιλάμβανε τα εξής:

- Διαπροσωπικές σχέσεις, δηλαδή το πώς συμπεριφέρονται οι λειτουργοί υγείας προς τους ασθενείς (π.χ. σεβασμός, ευγένεια κ.ά.)
- Τεχνικές δεξιότητες (υψηλά πρότυπα προσωπικού, λάθη, κινδύνους κ.ά.)
- Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, δηλαδή χρόνος που απαιτείται για να κλειστεί ένα ραντεβού, χρόνος αναμονής κ.ά.
- Οικονομικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα η καθολική ασφαλιστική κάλυψη, οι ρυθμίσεις για πληρωμή νοσοκομειακών δαπανών, κ.ά.
- Αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (π.χ. βελτίωση της υγείας)
- Συνέχεια στις υπηρεσίες υγείας (π.χ. εξυπηρέτηση από τον ίδιο ιατρό)
- Διαθεσιμότητα (π.χ. επάρκεια νοσοκομειακών πόρων και νοσοκομειακών ιδρυμάτων κ.ά.).

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και το 1998 οι Brédart A. et al σε μια έρευνα που αφορούσε μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών με καρκίνο. Λεπτομερέστερα, αναφέρουν και πάλι τις τεχνικές δεξιότητες του προσωπικού, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την πρόσβαση στις

υπηρεσίες υγείας, τη διαθεσιμότητα και την επάρκεια πόρων, τη συνέπεια και την ομοιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, το χρόνο αναμονής και προσθέτουν επιπλέον τις επικοινωνιακές δεξιότητες, το περιβάλλον νοσηλείας και το συντονισμό και τη διαχείριση του συστήματος υγείας.

Οι Emmanuel Kabengele Mpinga και Philippe Chastonay το 2011 σε άρθρο τους σε σχέση με τους δείκτες ικανοποίησης αναφέρουν και πάλι την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας συμπεριλαμβάνοντας την επαρκή πληροφόρηση του κοινού και την οικονομική δυνατότητα των πολιτών για υπηρεσίες υγείας, τη διαθεσιμότητα, εννοώντας την επάρκεια υπηρεσιών και προγραμμάτων για υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα της φροντίδας υγείας, η οποία συμπεριλαμβάνει τόσο επιστημονικές, όσο και ιατρικές δεξιότητες.

Το 2006 σε μια έρευνα οι José M Quintana et al κάνοντας ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταλήγουν σε ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών που περιλαμβάνει έξι κατηγορίες: σε σχέση με την ιατρική πληροφόρηση και την ιατρική φροντίδα, σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα, σε σχέση με την άνεση του ασθενή, με το επισκεπτήριο, την ιδιωτικότητα και την καθαριότητα, χρησιμοποιώντας όλα τα παραπάνω ως δείκτες που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενή σε νοσοκομειακό χώρο. Παρόμοια αποτελέσματα εξάγονται και από άλλους ερευνητές, όπως John Sitzia & Neil Wood (1997) και Susan Abramowitz et al (1987).

Οι Phyllis Butowa et al το 1998 σε μια έρευνα που κάνανε για τη διανομή ενημερωτικού φυλλαδίου σε ογκολογικούς ασθενείς διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση του ογκολογικού ασθενούς σχετίζεται με την πληροφόρησή του σε γλώσσα κατανοητή και χρονικά πριν την έναρξη της θεραπείας.

Ένας άλλος παράγοντας που αναφέρεται στη βιβλιογραφία σε σχέση με την ικανοποίηση είναι η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις ψυχοκοινωνικού περιεχομένου και η άνετη ατμόσφαιρα προσέφερε μεγαλύτερη ικανοποίηση στους ασθενείς (Klea D. Bertakis et al, 1991). Σε άλλη όμως έρευνα αναφέρεται ότι τα θετικά αποτελέσματα που μπορούν να προκύψουν από την καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή, μπορούν να επισκιαστούν από τη

μεγάλη αναμονή του ασθενή για τη συνάντησή του με τον ιατρό (Valerie Shilling et al, 2003).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών. Ο Szycza R. σε ένα άρθρο του που αφορά ασθενείς χειρουργικών κλινών αναφέρει ότι οι συνθήκες στέγασης των ασθενών μέσα στο θάλαμό τους σχετίζονται με την ικανοποίηση, καθώς επίσης και η ενσυναίσθηση, οι γνώσεις και η επικοινωνία του προσωπικού με τους ασθενείς (Szycza R. et al, 2012). Σε σχέση με τους χειρουργημένους ασθενείς και την ικανοποίησή τους, αξίζει να αναφέρουμε μια έρευνα του Roth, Randy S που πραγματοποιήθηκε το 2007. Αυτή η έρευνα αφορούσε τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις ασθενείς με μαστεκτομή και πλαστική αποκατάσταση του μαστού και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η συναισθηματική δυσφορία και η ανησυχία του ασθενή επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίησή του, σε σχέση με το αισθητικό αποτέλεσμα και όλα τα επακόλουθα μιας τέτοιας επέμβασης. Ο λόγος που γίνεται αναφορά σε αυτή την έρευνα δεν είναι μόνο ότι αφορά χειρουργικούς ασθενείς, αλλά γιατί ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών που φιλοξενούνται στην Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, όπου αντλούμε και το δείγμα μας, είναι περιστατικά με Ca μαστού.

Από όλες τις παραπάνω έρευνες κατανοούμε ότι η ικανοποίηση των ασθενών απαιτεί μια πολύ-παραγοντική προσέγγιση και μια τέτοια προσέγγιση θα προσπαθήσουμε να επιτύχουμε με την παρούσα έρευνα.

## **1.6 Διαστάσεις της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας**

Σε αυτό το κεφάλαιο μέσα από μια ιστορική αναδρομή θα μελετήσουμε τις διαστάσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών.

Στο βιβλίο του Καθηγητή Ραφτόπουλου (2009) για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας βρίσκουμε την πρώτη αναφορά στις διαστάσεις της ικανοποίησης το 1965 από τους Abdellah και Levine το 1965, όπου είναι: *«η αποτελεσματικότητα της φροντίδας, οι επαγγελματικές δεξιότητες, η*

*ανταπόκριση του προσωπικού και το αποτέλεσμα της φροντίδας για τον ασθενή».*

Ο Donabedian μεταγενέστερα το 1980 στο άρθρο του περί αξιολόγησης και παρακολούθησης της ποιότητας μίλησε για κριτήρια και πρότυπα για τις αποφάσεις στην περίθαλψη. Σε σχέση με της διαστάσεις της ικανοποίησης ανέφερε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας χρήζει την ανάλυση της *δομής*, έτσι ώστε να υπάρχει ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών, όπως είναι το ιατρικονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό και τα νοσοκομεία, της *διαδικασίας* που στην ουσία αλληλεπιδρά με τη δομή και τέλος του *αποτελέσματος*, δηλαδή ποιο το αποτέλεσμα του ασθενή μετά από μια ιατρική παρέμβαση.

Οι Parasuraman et al το 1985 σε ένα άρθρο τους αναφέρουν ότι με την εφαρμογή του SERVQUAL (SERVice QUALity) μπορούν να μετρηθούν οι εξής διαστάσεις:

- Εξοπλισμός, εγκαταστάσεις και εμφάνιση του προσωπικού
- Αξιοπιστία
- Ανταπόκριση
- Ενσυναίσθηση (με εξατομίκευση του κάθε ασθενή)
- Ασφάλεια (συγκρατάγεται η ευγένεια του προσωπικού, οι τεχνικές ικανότητες και η αξιοπιστία).

Οι Hall και Dornan το 1988 σε μια μετανάλυση 221 άρθρων που πραγματοποίησαν κατέληξαν σε έντεκα (11) διαστάσεις της ικανοποίησης, θεωρώντας πιο σημαντικές την ανθρώπινη προσέγγιση του προσωπικού στον ασθενή και τις τεχνικές δεξιότητες του προσωπικού που σχετίζονται με την ποιότητα. Έτσι, έχουμε τις εξής διαστάσεις:

- Η συνολική ικανοποίηση του ασθενή που έχει να κάνει και με παγκόσμια στοιχεία στις υπηρεσίες της υγείας
- Η ικανοποίηση σε σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όπως η απόσταση και ο χρόνος που χρειάζεται ένας ασθενής για να φθάσει σε ένα νοσοκομείο ή ο χρόνος που χρειάζεται να περιμένει για μια ιατρική επίσκεψη

- Η ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με το κόστος των υπηρεσιών
- Η ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με τη συνολική ποιότητα που του παρέχεται, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου που καταναλώνει ένας ασθενής στις υπηρεσίες υγείας.
- Ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με την ανθρώπινη προσέγγιση του λειτουργού υγείας, όπως η φιλικότητα που εισπράττει, ο σεβασμός, η ευγένεια με λεκτικό ή μη-λεκτικό τρόπο.
- Ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με τις τεχνικές δεξιότητες του προσωπικού
- Ικανοποίηση σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνει ένας ασθενής σε σχέση με τις εξετάσεις που θα πρέπει να συμμετάσχει, τη θεραπεία που θα λάβει και τη διάγνωση.
- Ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με τη γραφειοκρατία, όπως για παράδειγμα εάν διατίθεται χώρος αναμονής και κατά πόσο ικανοποιημένος είναι από αυτόν το χώρο.
- Ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με την κτιριακή υποδομή, τις εγκαταστάσεις, το χώρο στάθμευσης ή τον εξοπλισμό που διαθέτει το εκάστοτε νοσοκομείο.
- Ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με τη συνέχεια της φροντίδας και
- Ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με το αποτέλεσμα της φροντίδας που δέχτηκε.

Το 1989 σε άλλη έρευνα οι Garland και Westbrook αναφέρουν τις εξής τέσσερις διαστάσεις:

- Η πολιτική των υπηρεσιών υγείας
- Οι προμηθευτές
- Το κοινωνικό περιβάλλον και
- Το κοντινό περιβάλλον (διαπροσωπικές διαστάσεις).

Κι άλλοι όμως ερευνητές ασχολήθηκαν με τις διαστάσεις της ικανοποίησης, όπως το 1992 ο Carr-Hill, ο οποίος συσχέτισε την ικανοποίηση με τις παρακάτω διαστάσεις:

- Ιατρική φροντίδα και ιατρική πληροφόρηση

- Διατροφή και προσωπικές ανέσεις (εγκαταστάσεις)
- Περιβάλλον (θάλαμος)
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ποσότητα τροφής και
- Κρατήσεις ιατρικών επισκέψεων.

Πίνακας 2: Διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών σύμφωνα με τους Carr-Hill και Hall & Dornan.

<i>Διαστάσεις</i>	
1.Πρόσβαση	1.Πρόσβαση
2.Πληροφόρηση	2.Ενημερότητα
3.Αξία χρημάτων	3.Κόστος
4.Ασφάλεια	4.Γενική ποιότητα
5.Ισότητα	5.Ανθρωπιά
6.Ετοιμότητα	6.Γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα
7.Επιλογή	7.Γραφειοκρατικές διαδικασίες
	8.Φυσικές παροχές
	9.Συνοχή
	10.Αποτελέσματα
	11.Χειρισμός μη ιατρικών προβλημάτων

Πηγή: Νταμπάκη Χ., «Η ικανοποίηση των πελατών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας », Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, μεταπτυχιακή διατριβή, 2009, σελ.17.

Σε πιο πρόσφατη βιβλιογραφία οι Joel M. Kupfer και Edward U. Bond (2012) αναφέρουν σε άρθρο τους τις παρακάτω διαστάσεις με επίκεντρο τον ασθενή:

- Ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών
- Ολοκληρωμένη και συντονισμένη φροντίδα υγείας
- Άνεση του ασθενή
- Συναισθηματική στήριξη του ασθενή
- Εξατομικευμένη φροντίδα η οποία συμπεριλαμβάνει την από κοινού απόφαση ασθενούς και λειτουργού υγείας.

Τέλος, σε μια συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2013 από τους Cathal Doyle et al κάνουν αναφορά σε δυο διαστάσεις της ικανοποίησης με στενή σύνδεση. Η μια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα του ασθενή, αυτή που αναμένει και αυτή που αντικειμενικά υφίσταται, ενώ σημαντικό ρόλο έχει

και η ασφάλεια του ασθενή. Η σωστή λήψη φαρμακοθεραπείας, η πρόληψη νόσων, η διαθεσιμότητα οικονομικών πόρων για το σύστημα υγείας, η ποιοτική φροντίδα του προσωπικού και οι ανεπιθύμητες ενέργειες διαδραματίζουν, σύμφωνα με τους ερευνητές αυτούς, σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών.

Με βάση όλες τις παραπάνω διαστάσεις που παρουσιάσαμε παραπάνω και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, όπου περιγράψαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, επιλέξαμε τις ερωτήσεις της έρευνάς μας οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω.

### **1.7 Συσχέτιση της ικανοποίησης με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.**

Πολλές έρευνες και μελέτες στη βιβλιογραφία επιβεβαιώνουν ότι τα μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών σχετίζονται με την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Tsai TC et al, 2015, Sacks GD et al, 2015, M. Καλογεροπούλου,2011). Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε αυτή την υπόθεση, αλλά θα συζητήσουμε και για έρευνες που διαφωνούν με τον παραπάνω συλλογισμό.

Όσον αφορά στους χειρουργικούς ασθενείς, συσχέτιση μεταξύ ποιότητας και των βαθμολογιών από τις έρευνες ικανοποίησης έδειξε μια έρευνα των Sacks GD et al το 2015, προτείνοντας τη μη περικοπή δαπανών που αφορούν την ποιότητα, μια και τέτοια μέτρα θα έχουν κόστος στην ικανοποίηση των ασθενών. Άλλοι συγγραφείς προτείνουν ότι η βελτίωση στο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να υιοθετηθεί ως στρατηγική που δεν απαιτεί ιδιαίτερο κόστος και οδηγεί στη βελτίωση της ασφάλειας, της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών (Linda H Aiken et al, 2012). Σε άλλη έρευνα που πραγματοποίησαν οι Tsai TC et al το ίδιο έτος (2015) για ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής βρέθηκε ότι τα νοσοκομεία που είχαν μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών πρόσφεραν με πιο αποτελεσματικούς τρόπους τις υγειονομικές υπηρεσίες και συνδεόταν με μεγαλύτερα ποσοστά ποιοτικών υπηρεσιών στις χειρουργικές επεμβάσεις. Συγκεκριμένα, στα νοσοκομεία

όπου οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης οι μέρες παραμονής των ασθενών ήταν λιγότερες (7,1 ημέρες αντί 7,7 ημερών με  $P < 0,001$ ), είχαν υψηλότερη αποδοτικότητα (96,5 αντί 95,5 με  $P < 0,001$ ), χαμηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής ασθενών (12,3% αντί 13,6% με  $P < 0,001$ ) και τέλος μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας (3,1% αντί 3,6%).

Ο Vuori H το 1987 έβγαλε ως συμπέρασμα στο άρθρο του ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι αναπόσπαστο μέρος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς λόγω ψυχολογικών ή σωματικών προβλημάτων, θα πρέπει να συμμετέχουν σε έρευνες ικανοποίησης, μια και είναι σε θέση να κατανοήσουν την ποιότητα στην περίθαλψή τους. Τον συλλογισμό αυτό αποτύπωσαν οι Bolton και Drew το 1991 σε μια εξίσωση, η οποία δείχνει ότι η ικανοποίηση είναι μια ξεχωριστή δομή που επηρεάζει τις προηγούμενες αντιλήψεις για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και συνάμα διαμορφώνει την τρέχουσα αντίληψη για αυτή την ποιότητα. Η εξίσωση αυτή έχει ως εξής (Taylor Steven et al, 1994):

Εξίσωση 5:  $Service\ quality\ sub\ t = attitude\ sub\ t = g(CS/D\ sub\ t-1\ attitude\ sub\ t-1)$

Όπου:

Service quality attitude sub t : η ποιότητα της υπηρεσίας με την τρέχουσα αντίληψη

(attitude sub t-1): η αντίληψη του καταναλωτή για την ποιότητα ενός παρόχου υπηρεσιών από μια προηγούμενη περίοδο

(CS/D sub t ) : επίπεδο ικανοποίησης (ή δυσαρέσκειας) του χρήστη υπηρεσιών υγείας από το σημερινό επίπεδο των επιδόσεων των υπηρεσιών.

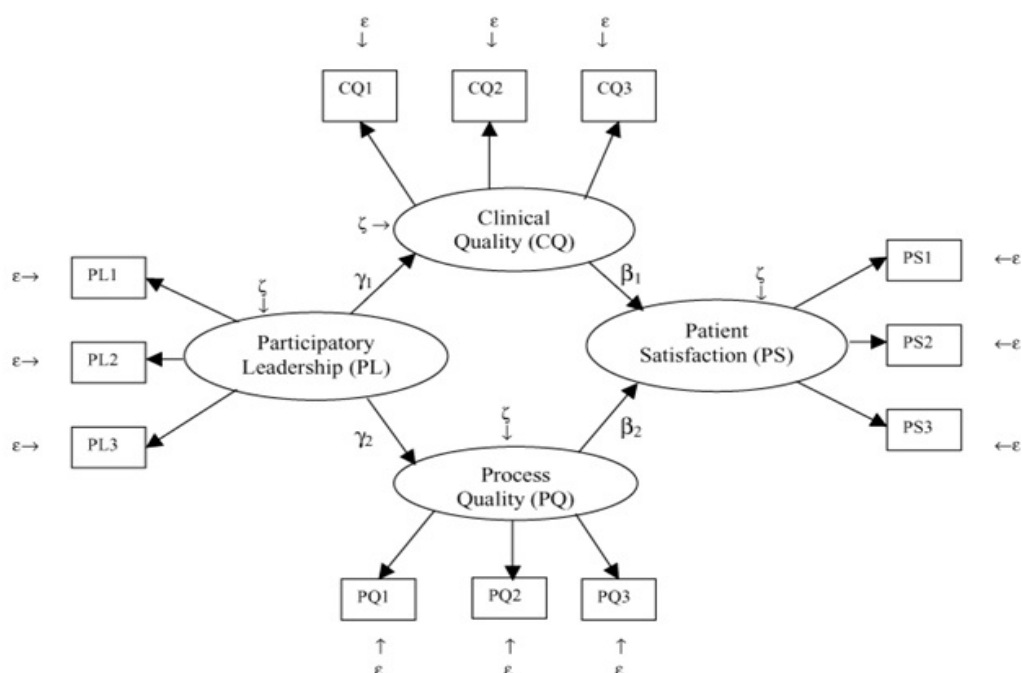
Και σε ελληνικό άρθρο (Μπαμπάτσικου Π., Φωτούλα, Γερογιάννη Κ. Γεωργία, 2012) κρίνεται απαραίτητο για τη δημιουργία ενός επιτυχημένου μοντέλου σε ένα νοσηλευτικό τμήμα να υπάρχει στοχοθέτηση σε δύο πυλώνες: την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών.

Σε ένα αιτιώδες μοντέλο 202 νοσοκομείων με μεθόδους δομικών εξισώσεων των παραγόντων που καθορίζουν την ικανοποίηση παρουσιάζουμε στον



Πίνακα 3 από μια έρευνα των Kathryn A. Marley et al που πραγματοποιήθηκε το 2014. Στον Πίνακα 3 μπορούμε να δούμε ότι η κλινική ποιότητα και η ποιότητα στις διαδικασίες των υπηρεσιών υγείας θεωρούνται ενδιάμεσα αποτελέσματα των νοσοκομείων και των λειτουργών υγείας, που τελικά οδηγούν στο συγκεκριμένο επίπεδο κάθε φορά της ικανοποίησης των ασθενών. Από αυτό τον Πίνακα μπορούμε να δούμε καθαρά τη σχέση ποιότητας και ικανοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το μοντέλο παρουσιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί για την ηγεσία και την ποιότητα των νοσοκομείων με σκοπό τη βελτίωση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 3: Αιτιώδες μοντέλο των παραγόντων που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών.



(Πηγή: Kathryn A. Marley et al, "The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals", Wiley Online Library, Volume 35, Issue 3, August 2004, Pages 349–369).

Στον αντίποδα αυτών των ερευνών, οι Heather Farley et al σε μια εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποίησαν το 2014 στην έρευνά τους: " Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care: An Information

Paper”, παρουσίασαν έναν αριθμό μελετών που δείχνουν πως δεν υπάρχει σχέση μεταξύ ικανοποίησης των ασθενών και κλινικής ποιότητας, όπως:

- Οι Chang et al (2006) σε μια έρευνα ηλικιωμένων ασθενών δε βρίσκουν σχέση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης των παραπάνω ασθενών.
- Οι Lyu et al (2013) σε έρευνα χειρουργικών ασθενών αναφέρουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης ασθενών και των ποιοτικών χειρουργικών διαδικασιών που ακολουθούσε το νοσοκομείο.
- Οι Hutchison et al (2003) διερευνώντας περισσότερο τη συσχέτιση αυτή βρήκαν να υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της ποιοτικής φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών.

Συμπερασματικά, οι συγγραφείς του άρθρου καταλήγουν πως παρά την πολυάριθμη βιβλιογραφία που υπάρχει για το εν λόγω θέμα, τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά και υποστηρίζονται εξίσου και οι δυο απόψεις και ότι η προσφερόμενη ποιότητα και η κλινική εμπειρία του ασθενούς είναι αλληλοεξαρτώμενες, αλλά διαφορετικές και απαιτούν ξεχωριστά μέτρα παρακολούθησης, ξεχωριστές πρωτοβουλίες και κίνητρα.

Οι Fenton et al (2012) σε μια ανατρεπτική μελέτη σε πάνω από 50.000 ηλικιωμένους ασθενείς έδειξαν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είχαν 12% μεγαλύτερη πιθανότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο, 9% περισσότερα έξοδα συνολικά για ιατροφαρμακευτικές δαπάνες και για περίθαλψη και μεγαλύτερη θνησιμότητα.

Σε άλλη μια μεγάλη έρευνα το 2015 μεταξύ 171 νοσοκομείων οι Gregory D. Kennedy et al βρήκαν ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση εκτός των ποιοτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στις χειρουργικές επεμβάσεις και αυτοί είναι το μέγεθος του νοσοκομείου, ο αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων που γίνονται στο κάθε νοσοκομείο και η θνησιμότητα που έχει στις χειρουργικές επεμβάσεις.

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται ορατό ότι οι απόψεις των ερευνητών δίστανται και χρειάζονται περισσότερες έρευνες με αξιόπιστα εργαλεία για τη συσχέτιση της ποιότητας με την ικανοποίηση των ασθενών.

## **1.8 Μεθοδολογικά προβλήματα στις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών.**

Στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να συναντήσει ένας ερευνητής ποικίλα μεθοδολογικά προβλήματα. Καταρχήν οι ασθενείς συνήθως δεν έχουν γνώσεις επιστημονικές ή γνώσεις του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για τη φροντίδα τους (Youssef Habbal). Η ελλιπής συμμετοχή ασθενών σε έρευνες ικανοποίησης μπορεί να οφείλεται σε γλωσσικούς περιορισμούς, σωματικούς ή και ψυχολογικούς (Angèle Gayet-Ageron et al, 2011).

Ο Ραφτόπουλος (2009) αναφέρει χαρακτηριστικά στο βιβλίο του «Τα θέλω και τα μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας»:

*«Οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών, μοιάζουν με νότες, που εάν τις συνθέσουμε όλες, το αποτέλεσμα θα είναι μια «ομόφωνη παραφωνία» που παίζει μια ορχήστρα χωρίς κοινό».*

Επίσης, ένα ποσοστό ασθενών μπορεί να έχει βαριά κλινική εικόνα ή προβλήματα κατανόησης, οπότε και καθίσταται ανέφικτη η συμμετοχή τους στην έρευνα και για αυτούς τους λόγους οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών είναι χρονοβόρες, απαιτούν πολλή εργασία και πόρους για τη διεξαγωγή τους, ενώ τα αποτελέσματά τους θα πρέπει να κρίνονται με πάσα επιφύλαξη (Parker SC, Kroboth FJ., 1991).

Ο John W. Bachman (2016) σε ένα ενδιαφέρον άρθρο του αναφέρει ότι τα αποτελέσματα σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών μπορούν να επηρεαστούν ανάλογα με το πώς και το πότε δίδεται μια ερώτηση. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, προβλήματα μπορούν να προκύψουν σε μια τέτοια έρευνα από τη σύγκριση ερευνών με διαφορετικό αριθμό ερωτηθέντων, όπως επίσης και από τον αριθμό συμμετεχόντων στην έρευνα (ακρίβεια έρευνας), για αυτό και συνιστά ιδιαίτερη προσοχή στον αριθμό του δείγματος και στη μέθοδο της έρευνας, έτσι ώστε να γίνουν ακριβείς συγκρίσεις.

Τα προβλήματα που απορρέουν από μια έρευνα ικανοποίησης τονίζει και ο C. Johnson (2014) και συγκεκριμένα αναφέρεται στις διαφορετικές προσδοκίες που μπορεί να έχει ένας ασθενής με έναν ιατρό, πράγμα που οδηγήσει στη

δυσaréσκεια του πρώτου. Μπορεί για παράδειγμα ένας ασθενής που πάσχει από μια ίωση, όπως αναφέρει ο συγγραφέας του άρθρου, να επιθυμεί μια συνταγογράφηση για αντιβίωση ή ένας χρήστης ναρκωτικών ουσιών να έχει ανάγκη από μια συνταγή ναρκωτικών ουσιών. Και στις δυο περιπτώσεις ο γιατρός κάνοντας ορθά τη δουλειά του θα δυσανεστήσει και τις δυο παραπάνω κατηγορίες ασθενών, συνεπώς η ικανοποίηση του ασθενή θα έχει μικρό βαθμό. Δεν είναι τυχαίο - σύμφωνα με τον ίδιο αρθρογράφο – ότι οι καλύτεροι ιατροί μπορεί να έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία περί ικανοποίησης των ασθενών και αναφέρει πρόσφατη έρευνα που έχει αποδείξει σθεναρά ότι οι ασθενείς που δίνουν υψηλότερους βαθμούς στην ικανοποίηση είναι αυτοί οι ασθενείς δεν είναι δέκτες της ποιοτικότερης φροντίδας υγείας και μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Καταλήγει λοιπόν ο συγγραφέας αυτού του άρθρου ότι συνιστά καλύτερα εργαλεία μέτρησης των ασθενών για να αποφευχθούν στατιστικά λάθη.

Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και το άρθρο της C. Stryker, η οποία αναφέρει πως σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών μπορούν να υπάρξουν αρκετά προβλήματα εξαιτίας της δομής της έρευνας η οποία στερείται της ανταλλαγής πληροφοριών ή/και απόψεων, εξαιτίας του ότι τέτοιες έρευνες δεν απαντάνε σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, δεν γίνεται ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων και ενώ μαζεύονται πληροφορίες με σκοπό για παράδειγμα την επίτευξη μείωσης του κόστους, τέτοιες έρευνες δεν το επιτυγχάνουν τελικά.

Τέλος, δυο ερευνητές του Hastings Center, του Ινστιτούτου Ερευνών Βιοηθικής των Η.Π.Α., εφιστούν την προσοχή μας για τις έρευνες ικανοποίησης, μια και αυτές που χρησιμοποιεί το Medicare για να αξιολογηθούν οι υγειονομικές υπηρεσίες είναι εσφαλμένες και τα άριστα αποτελέσματα εξαρτώνται περισσότερο από τις αντιλήψεις των ασθενών, παρά τις καλές ιατρικές πρακτικές που προσφέρονται (Alexandra Junewicz, Stuart J. Youngner, 2015).

# **Κεφάλαιο Δεύτερο**

## **Μεθοδολογία**

## 2.1 Πληροφορίες για την Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας του Πα.Γ.Ν.Η. – Δείγμα ασθενών.

Η Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου είναι η μοναδική Κλινική στην Ελλάδα που φέρει επίσημα τον τίτλο εξειδίκευσης στα ογκολογικά περιστατικά που υπόκεινται σε επέμβαση.

Η Κλινική καλύπτει δραστηριότητες στους τομείς Νοσηλείας, Εκπαίδευσης (με ετήσια εκπαιδευτικά προγράμματα για τους φοιτητές ιατρικής και μετεκπαιδευτικά προγράμματα, συμμετοχή σε ευρωπαϊκές μελέτες και παγκόσμια συνέδρια, ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων) και με Ειδικές Μονάδες. Διευθυντής της Κλινικής Χειρουργικής Ογκολογίας είναι ο κ. Ζώρας Οδυσσέας, Καθηγητής Χειρουργικής Ογκολογίας και Πρύτανης του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Οι Μονάδες που λειτουργούν στην Κλινική είναι:

- Μονάδα Μαστού: λειτουργεί τακτικό εξωτερικό ιατρείο (όπως για όλες τις Μονάδες της Κλινικής), συνεργάζεται με το Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα με σκοπό την πρόληψη και τη διάγνωση παθήσεων του μαστού. Στην Κλινική προσφέρεται ολοκληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση για φλεγμονές, καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού. Συγκεκριμένα, γίνονται βιοψίες εκτομής και λεμφαδένα φρουρού, επεμβάσεις διατήρησης του μαστού, μαστεκτομή, λεμφαδενικός καθαρισμός, ογκοπλαστικής και πλαστικής αποκατάστασης. Όπως φαίνεται από τα στατιστικά της Κλινικής στον Πίνακα 4 οι περισσότερες επεμβάσεις αφορούν παθήσεις μαστού, κατά κανόνα κακοήθειες.

Πίνακας 4: Στατιστικά στοιχεία Κλινικής Χειρουργικής Ογκολογίας για το έτος 2013 (Πηγή: Στατιστικά στοιχεία Κλινικής).

ΜΑΣΤΟΣ	160
ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ-ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ-ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ	15
ΚΗΛΕΣ	75

ΔΕΡΜΑ-ΜΑΛΑΚΑ ΜΟΡΙΑ	94
ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ	5
ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	14
ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΙΩΤΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	8

Σημείωση: Το Τμήμα Νοσογόνου Παχυσαρκίας δεν λειτουργεί πλέον στην Κλινική.

- Μονάδα Περιοχικών Παθήσεων: προσφέρονται οι παρακάτω τεχνικές:
  - Συνεχής Ενδοπεριτοναϊκή έκπλυση σε συνδυασμό με υπερθερμία
  - Ενδαρτηριακή έκπλυση με αποκλεισμό ροής, υποξαιμία και αιμοκάθαρση
  - Ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία ήπατος μέσω καθετήρος της ηπατικής αρτηρίας
  - Χημειοεμβολισμός ήπατος
  - Ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία άκρων με αγγειακή απομόνωση και υπερθερμία
  - Ενδοπεριτοναϊκή έγχυση χημειοθεραπείας υψηλού όγκου.
- Μονάδα Μελανώματος και Σαρκώματος: σκοπός της Μονάδας είναι η βελτίωση της αντιμετώπισης των περιστατικών, η λεπτομερής καταγραφή, η περαιτέρω έρευνα. Συνεργάζεται για τα βέλτιστα αποτελέσματα με την Δερματολογική Κλινική, το Παθολογοανατομικό, το Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης και Πυρηνικής Ιατρικής, την Πλαστική Χειρουργική, την Κλινική Παθολογικής Ογκολογίας και την Μονάδα Περιοχικής Θεραπείας Νεοπλασιών.
- Μονάδα Εγκαυμάτων και Πλαστικής Χειρουργικής: ασχολείται με τη θεραπεία εγκαυμάτων, αλλά και τραυμάτων και λοιμώξεων του δέρματος, με την αντιμετώπιση κακοηθειών του δέρματος, την πλαστική αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή, τη θεραπεία συγγενών ανωμαλιών με δυσμορφία, την αποκατάσταση σε κάθε δυσμορφία και όποια άλλη σύνθετη περίπτωση μπορεί να προκύψει στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

- Μονάδα Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων: αντιμετωπίζονται χειρουργικά οι παθήσεις των ενδοκρινών αδένων, όπως αυτές των ενδοκρινικών όγκων, κ.ά.
- Μονάδα Παχέος Εντέρου-Ορθού: αντιμετωπίζονται καρκίνοι παχέος εντέρου και ορθού, καλοήθεις παθήσεις παχέος εντέρου και ορθοπρωκτικού δακτυλίου, φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και διαταραχές του πυελικού εδάφους.

Το δείγμα της έρευνάς μας περιλάμβανε 150 ασθενείς που έκαναν εισαγωγή στην Κλινική Χειρουργικής Ογκολογίας από τον Σεπτέμβριο του 2017 έως και τον Δεκέμβριο του 2017. Κατατέθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείο Ηρακλείου Πρωτόκολλο της εργασίας, όπου και εγκρίθηκε. Οι ασθενείς έλαβαν πληροφορημένη συναίνεση και συμπλήρωσαν τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου και έπειτα κατά Linkert τις 15 ερωτήσεις που αφορούσαν τα κριτήρια ικανοποίησης των ασθενών. Τέλος, υπήρχε μια ερώτηση που μετρούσε τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε μια πενταβάθμια ποιοτική κλίμακα:

Πολύ ικανοποιημένος /η	Ικανοποιημένος /η	Ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος /η	Μάλλον Δυσανεστημένος /η	Δυσανεστημένος /η
---------------------------	-------------------	---	-----------------------------	-------------------

Τα δημογραφικά στοιχεία εξέταζαν το φύλο, την ηλικία, εκπαίδευση και εισόδημα.

Η Ικανοποίηση από τα κριτήρια εξέταζε τα παρακάτω:

- Αναμονή χειρουργείου
- Πρόσβαση στις υπηρεσίες
- Χώρο αναμονής
- Καθαριότητα δωματίου
- Ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό
- Συμπεριφορά Ιατρικού προσωπικού



- Συμπεριφορά Νοσηλευτικού προσωπικού
- Παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας
- Συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο
- Παροχή Ιατρικών υπηρεσιών
- Ενημέρωση για τη φαρμακευτική θεραπεία
- Ενημέρωση για τους κινδύνους/επιπλοκές
- Από τη θεραπεία
- Από το ενδιαφέρον του Ιατρικού προσωπικού
- Από το ενδιαφέρον του Νοσηλευτικού προσωπικού
- ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.

## **2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων (MUSA- MULTICriteria Satisfaction Analysis).**

Η μέθοδος MUSA, σύμφωνα με τον Σίσκο (1998) και Γρηγορούδη σε συνεργασία με τον Σίσκο (2002), είναι μια πολυκριτηριακή προσέγγιση απόκλισης που παρέχει ποσοτικές μετρήσεις της ικανοποίησης του πελάτη, λαμβάνοντας υπόψη την ποιοτική μορφή της άποψης των πελατών. Στόχος αυτής της μεθόδου είναι το άθροισμα των απόψεων του καθένα μεμονωμένα σε μια συνάρτηση συλλογικής αξίας, με βάση την υπόθεση ότι η παγκόσμια ικανοποίηση του πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο “n” κριτηρίων ή μεταβλητών που αντιπροσωπεύουν τις χαρακτηριστικές διαστάσεις της ικανοποίησης.

Ο βασικός σκοπός της πολυκριτηριακής μεθόδου MUSA είναι η σύνθεση των προτιμήσεων ενός συνόλου πελατών σε μια ποσοτική μαθηματική συνάρτηση αξιών. Πιο συγκεκριμένα, η μέθοδος υποθέτει ότι η συνολική ικανοποίηση ενός μεμονωμένου πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα χαρακτηριστικά του προσφερόμενου προϊόντος ή

υπηρεσίας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης ενός συνόλου πελατών μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα πρόβλημα στο επιστημονικό πεδίο της πολυκριτήριας Ανάλυσης, υποθέτοντας ότι η συνολική ικανοποίηση ενός πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο κριτηρίων:  $X=(X_1, X_2, \dots, X_n)$ . Τα κριτήρια αυτά ονομάζονται διστάσεις ικανοποίησης και αιτιολογούν την έννοια της αναλυτικής-συνθετικής προσέγγισης της μεθοδολογίας.

Τα απαιτούμενα δεδομένα της μεθόδου συλλέγονται από ένα εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο, σύμφωνα με το οποίο ζητείται από κάθε πελάτη να αξιολογήσει τις υπηρεσίες που του προσφέρονται, δηλαδή να εκφράσει τόσο τη συνολική όσο και την επιμέρους ικανοποίηση για κάθε ένα από τα κριτήρια-χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας αυτής. Οι προτιμήσεις αυτές των πελατών εκφράζονται σύμφωνα με μια μονότονη προκαθορισμένη ποιοτική κλίμακα. Σύμφωνα με τη μεθοδολογία που παρουσιάζεται, το μοντέλο MUSA προσπαθεί να εκτιμήσει τη συνολική και τις επιμέρους συναρτήσεις ικανοποίησης και αντίστοιχα, δεδομένων των προτιμήσεων και που έχει εκφράσει το σύνολο των πελατών.

Η εξίσωση της κανονικής παλινδρόμησης έχει τον ακόλουθο τύπο:

$$Y^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i^* \quad \text{με} \quad \sum_{i=1}^n b_i = 1$$

όπου οι λειτουργίες τιμών  $Y^*$  και  $X_i^*$  ομαλοποιούνται στο διάστημα  $[0, 100]$  και  $b_i$  είναι το βάρος του κριτηρίου  $i$ .

Συγκεκριμένα:

$Y$ : η συνολική ικανοποίηση των πελατών

$n$ : ο αριθμός των κριτηρίων

$X_i$ : η ικανοποίηση των πελατών σύμφωνα με το  $i$  κριτήριο ( $i = 1, 2, \dots, n$ )

$Y^*$ : η λειτουργική τιμή του  $Y$

$X_i^*$ : η λειτουργική τιμή του  $X_i$

Η μέθοδος MUSA ακολουθεί τις γενικές αρχές της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης υπό περιορισμούς, χρησιμοποιώντας τεχνικές γραμμικού προγραμματισμού για την επίλυσή της, με βασική εξίσωση ποιοτικής παλινδρόμησης την παρακάτω:

$$\tilde{Y}^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i^* - \sigma^+ + \sigma^-$$

όπου οι συναρτήσεις  $Y^*$  και  $X_i^*$  εκφράζουν τις προτιμήσεις ενός συνόλου καταναλωτών και τα  $\sigma^+$  και  $\sigma^-$  είναι αντίστοιχα το σφάλμα υπερεκτίμησης και υποεκτίμησης για κάθε πελάτη χωριστά.

Στην πολυκριτηριακή ανάλυση έχουμε τέσσερις τύπους κριτηρίων με συγκεκριμένες ιδιότητες:

1. Μετρήσιμο κριτήριο: Το κριτήριο αυτό επιτρέπει να συγκρίνουμε τα διαστήματα της κλίμακας αξιολόγησης. Μπορεί να διακρίνεται στους ακόλουθους υποτύπους (Vincke, 1992): αληθινό κριτήριο (χωρίς κατώτατο όριο), ημικριτήριο (με όριο αδιαφορίας) και ψευδοκριτήριο (με όριο αδιαφορίας και προτίμηση στα κατώτατα όρια).
2. Τακτικό κριτήριο: Το κριτήριο αυτό ορίζει μόνο μια σειρά για το σειρά A. Έτσι, η αξιολόγηση της κλίμακας είναι διακριτή (ποιοτικό κριτήριο).
3. Κριτήριο πιθανοτήτων: Καλύπτει την περίπτωση αβεβαιότητας στις επιδόσεις των δράσεων με βάση τις κατανομές πιθανοτήτων.
4. Ασαφές κριτήριο: Οι αποδόσεις των δράσεων είναι διαστήματα του κριτηρίου της κλίμακα αξιολόγησης.

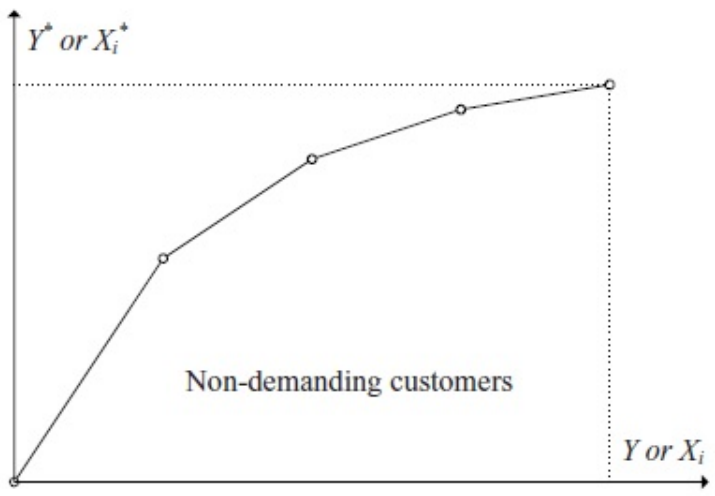
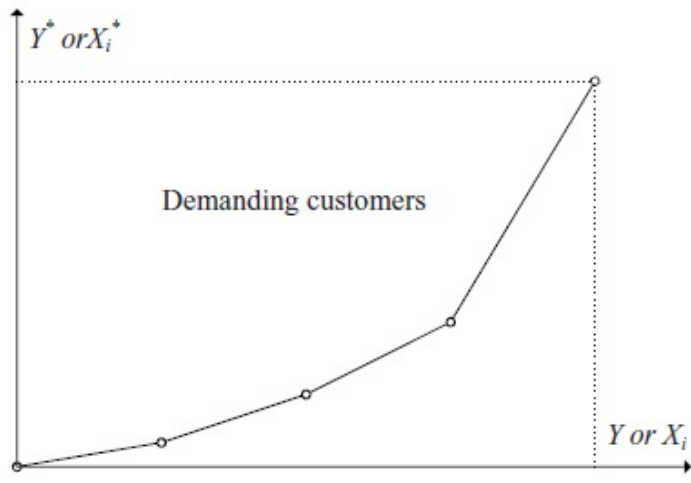
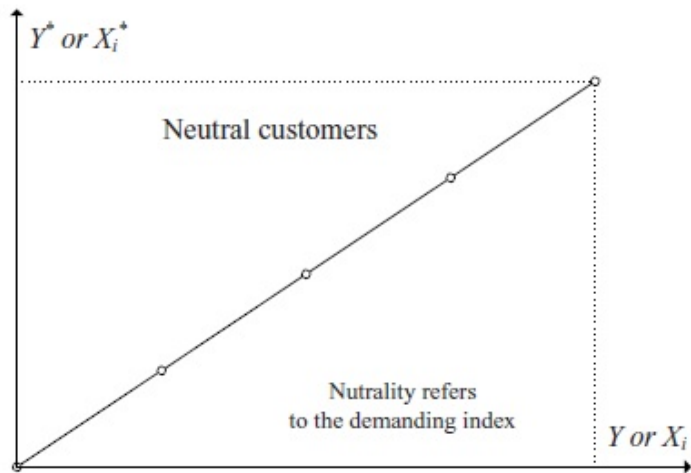
### 2.2.1 ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA είναι οι εκτιμώμενες συναρτήσεις ικανοποίησης, μια και εκφράζουν την πραγματική αξία που προσδίδει το σύνολο των πελατών σε ένα καθορισμένο ποιοτικό επίπεδο ικανοποίησης. Η μορφή των συναρτήσεων αυτών μάς βοηθάει να

προσδιορίσουμε τον βαθμό απαιτητικότητας των πελατών και συνεπώς έχουμε τις ακόλουθες ομάδες πελατών:

- Ουδέτεροι πελάτες, όπου η συνάρτηση ικανοποίησης έχει γραμμική μορφή, γεγονός που σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες όσο περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν ότι είναι, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των προσδοκιών τους που εκπληρώνεται.
- Απαιτητικοί πελάτες, όπου η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κυρτή μορφή, με δεδομένο ότι η ομάδα αυτή των πελατών δεν είναι ικανοποιημένη, παρά μόνο αν τους προσφέρεται το βέλτιστο επίπεδο υπηρεσιών.
- Μη-απαιτητικοί πελάτες, όπου σε αυτή την περίπτωση η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, πράγμα που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες είναι ικανοποιημένοι αν και μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται. Παρακάτω

απεικονίζονται τα διαγράμματα των ομάδων πελατών.



Διάγραμμα 1: Τιμές συναρτήσεων με διαφορετικές απαιτήσεις πελατών

(Πηγή: Evangelos Grigoroudis, Yannis Siskos, "Customer Satisfaction Evaluation, Methods for Measuring and Implementing Service Quality", Springer Science+Business Media, LLC 2010, p.118).

Η ικανοποίηση των πελατών από τις συνολικές και μερικές τιμές των  $Y^*$  και  $X^*i$ , αντίστοιχα, αναφέρονται ως πρόσθετες και οριακές τιμές ή συναρτήσεις χρησιμότητας αντίστοιχα και οι ιδιότητες τους καθορίζονται στο πλαίσιο της πολυκριτηριακής ανάλυσης. Συγκεκριμένα, η συνάρτηση συλλογικής τιμής των  $Y^*$  του συστήματος προτιμήσεων υποδεικνύει τις συνέπειες των κριτηρίων ικανοποίησης.

Επιπλέον, η μέθοδος MUSA υποθέτει ότι οι  $Y^*$  και  $X^*i$  παίρνουν τιμές μονοτονικές, μη φθίνουσες και διακριτές (κατά τμήματα γραμμικές).

Η βαρύτητα των κριτηρίων ικανοποίησης αντιπροσωπεύει τη σχετική σημασία των διαστάσεων ικανοποίησης, με δεδομένο ότι  $b_1 + b_2 + \dots + b_n = 1$ . Έτσι, η απόφαση του αν η διάσταση ικανοποίησης θεωρείται "σημαντική" από τους πελάτες, είναι με βάση τον αριθμό των κριτηρίων αξιολόγησης. Οι ιδιότητες της βαρύτητας καθορίζονται στο πλαίσιο της πολυκριτηριακής ανάλυσης και πρέπει να σημειωθεί ότι τα κριτήρια βαρύτητας εκτιμούν στην ουσία το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των κριτηρίων.

## 2.2.2 ΜΕΣΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης εκφράζουν την κατάσταση της ικανοποίησης ενός συνόλου πελατών και δίνουν την δυνατότητα υλοποίησης ενός συστήματος αξιολόγησης και επίδοσης της επιχείρησης (benchmarking).

Ο ορισμός των μέσων δεικτών ικανοποίησης κρίνεται αναγκαίος γιατί:

- Παρουσιάζει με απλό και κατανοητό τρόπο την κατάσταση της ικανοποίησης ενός συνόλου μελετών.
- Συνδυάζει τα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA με περιγραφική στατιστική ανάλυση της έρευνας ικανοποίησης.

- Δίνει την δυνατότητα υλοποίησης ενός συστήματος αξιολόγησης της επιχείρησης.

### **2.2.3 ΜΕΣΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Οι μέσοι δείκτες απαιτητικότητας δείχνουν το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται για τη βελτίωση ενός χαρακτηριστικού, δεδομένου ότι όσο πιο απαιτητικοί είναι οι πελάτες, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης για να εκπληρωθούν οι προσδοκίες τους. Με τον τρόπο αυτό:

- Ορίζεται μια ποσοτική μεταβλητή για την έννοια της απαιτητικότητας.
- Εκμεταλλεύεται πλήρως το σύνολο των πληροφοριών που δίνουν οι συναρτήσεις ικανοποίησης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένοι δείκτες εκφράζουν τη μέση απόκλιση των συναρτήσεων ικανοποίησης από μια “κανονική” ή “ουδέτερη” (γραμμική) συνάρτηση αξιών, γεγονός που σημαίνει ότι οι δείκτες απαιτητικότητας μπορεί να έχουν διαφορετικές τιμές σε διαφορετικά επίπεδα της ποιοτικής κλίμακας ικανοποίησης.

Επίσης οι δείκτες απαιτητικότητας, εκτός από τον καθορισμό των προτιμήσεων και του τρόπου συμπεριφοράς των πελατών, μπορούν να υποδείξουν και το μέγεθος της προσπάθειας που πρέπει να καταβληθεί από την πλευρά της επιχείρησης για τη βελτίωση της συγκεκριμένη διάστασης ικανοποίησης.

### **2.2.4 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΡΑΣΗΣ**

Κάνοντας ένα συνδυασμό των μέσων δεικτών ικανοποίησης με τα βάρη κριτηρίων μπορούμε να υπολογίσουμε μια σειρά διαγραμμάτων δράσης. Αυτά τα διαγράμματα θα μας δείξουν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία ικανοποίησης των πελατών και επιπροσθέτως, θα μας κατευθύνουν για το ποιες προσπάθειες βελτίωσης μπορούν να επιτευχθούν. Αναφέρονται και ως

διαγράμματα αποφάσεων, στρατηγικών, αντιλήψεων και επιδόσεων και ομοιάζουν με την ανάλυση SWOT (Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats).

Το διάγραμμα δράσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια ανάλογα με την απόδοση και τη σημαντικότητα των κριτηρίων. Οι περιοχές που χωρίζεται το τεταρτημόριο είναι:

- Περιοχή ισχύουσας κατάστασης-status quo (χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα). Σε αυτή την περίπτωση δεν απαιτείται καμία ενέργεια, δεδομένου ότι αυτές οι διαστάσεις ικανοποίησης δεν θεωρούνται σημαντικές από τους πελάτες.
- Περιοχή ισχύος (υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα). Αυτό το τεταρτημόριο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πλεονέκτημα για τον ανταγωνισμό. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτές οι διαστάσεις ικανοποίησης είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι για το γεγονός ότι οι πελάτες έχουν αγοράσει το συγκεκριμένο προϊόν ή την υπηρεσία που μελετάμε.
- Περιοχή μεταφοράς πόρων (υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα). Η συγκεκριμένη διάσταση της ικανοποίησης αφορά τους πόρους ενός οργανισμού και το που αυτοί οι πόροι μπορούν να διατεθούν με τον ορθότερο τρόπο (ευκαιρία δράσης).
- Περιοχή δράσης (χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα). Εδώ περιλαμβάνονται τα κριτήρια που χρειάζονται προσοχή. Οι προσπάθειες βελτίωσης θα πρέπει να επικεντρωθούν σε αυτά, προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών συνολικά.

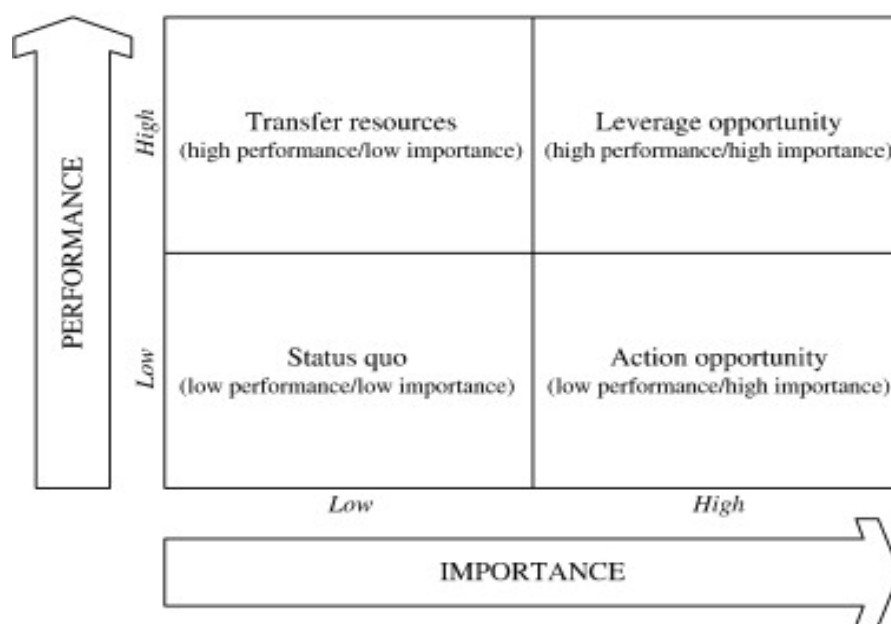
Με βάση τις προτεραιότητες μιας επιχείρησης, η περιοχή δράσης είναι η πρώτη προτεραιότητα της επιχείρησης, διότι στο συγκεκριμένο τεταρτημόριο βρίσκονται σημαντικά κριτήρια για τα οποία οι πελάτες δεν εμφανίζονται ικανοποιημένοι. Η δεύτερη κατά σειρά προτεραιότητα της επιχείρησης θα πρέπει να επικεντρωθεί στα κριτήρια που βρίσκονται στην περιοχή ισχύος με ιδιαίτερη έμφαση να δίνεται στα κριτήρια που βρίσκονται κοντά στο κάθετο άξονα, γιατί σε αυτά υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Η τρίτη προτεραιότητα



της επιχείρησης είναι η περιοχή της ισχύουσας κατάστασης, αν και οι συγκεκριμένες διαστάσεις ικανοποίησης δεν είναι ιδιαίτερα κρίσιμες αυτή τη συγκεκριμένη στιγμή, υπάρχει όμως το ενδεχόμενο να γίνουν σημαντικές στο μέλλον. Η περιοχή μεταφοράς πόρων αποτελεί την τελευταία προτεραιότητα της επιχείρησης, δεδομένου ότι περιλαμβάνει χαρακτηριστικά τα οποία δεν είναι σημαντικά για τους πελάτες και παράλληλα η απόδοση της επιχείρησης είναι υψηλή. Σχηματικά, μπορούμε να το δούμε στον παρακάτω Πίνακα 5.

Πίνακας 5 : Διάγραμμα Δράσης

(Πηγή: G. Arabatzis, E. Grigoroudis, “ Visitors' satisfaction, perceptions and gap analysis: The case of Dadia–Lefkimi–Souflion National Park”, ELSEVIER, Forest Policy and Economics, Volume 12, Issue 3, March 2010, Pages 163-172).



Έχουμε τα πρωταρχικά διαγράμματα δράσης και τα διαγράμματα σχετικής δράσης.

- Τα πρωταρχικά διαγράμματα δράσης χρησιμοποιούν τη βαρύτητα και τους μέσους δείκτες ικανοποίησης με υπολογισμούς της μεθόδου MUSA. Ο άξονας με τη σημασία (Importance όπως φαίνεται στον παραπάνω Πίνακα) αναφέρεται στα κριτήρια βαρύτητας  $b_i$ , τα οποία

παίρνουν τιμές στην περιοχή  $[0, 1]$ . Το κριτήριο θεωρείται σημαντικό εάν  $b_i > 1/n$ , λαμβάνοντας υπόψη ότι τα βάρη βασίζονται στον αριθμό κριτηρίων. Ο άξονας απόδοσης (Performance στον παραπάνω Πίνακα) αναφέρεται στον μέσο όρο των δεικτών ικανοποίησης  $S_i$ , οι οποίοι επίσης κυμαίνονται στο διάστημα  $[0, 1]$ . Το επίπεδο που σταματάει καθορίζει εάν ένα συγκεκριμένο κριτήριο έχει υψηλή ή χαμηλή απόδοση και αυτό έχει οριστεί να είναι ίσο με 0,5 (50%), αν και αυτή η υπόθεση μπορεί να επανεξεταστεί ανάλογα την περίπτωση.

- Τα διαγράμματα σχετικής δράσης χρησιμοποιούν τις σχετικές μεταβλητές  $b_i$  και  $S_i$ , προκειμένου να ξεπεράσουμε το πρόβλημα της αξιολόγησης του επιπέδου που σταματάει για τους άξονες Importance και Performance. Υπολογίζει το επίπεδο εκ νέου ως το κεντρικό σημείο όλων των σημείων στο διάγραμμα. Αυτός ο τύπος διαγράμματος είναι πολύ χρήσιμος, εάν τα σημεία είναι συγκεντρωμένα σε μια μικρή περιοχή λόγω της χαμηλής μεταβλητότητας που εμφανίζεται για τους μέσους δείκτες ικανοποίησης.

### 2.2.5 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

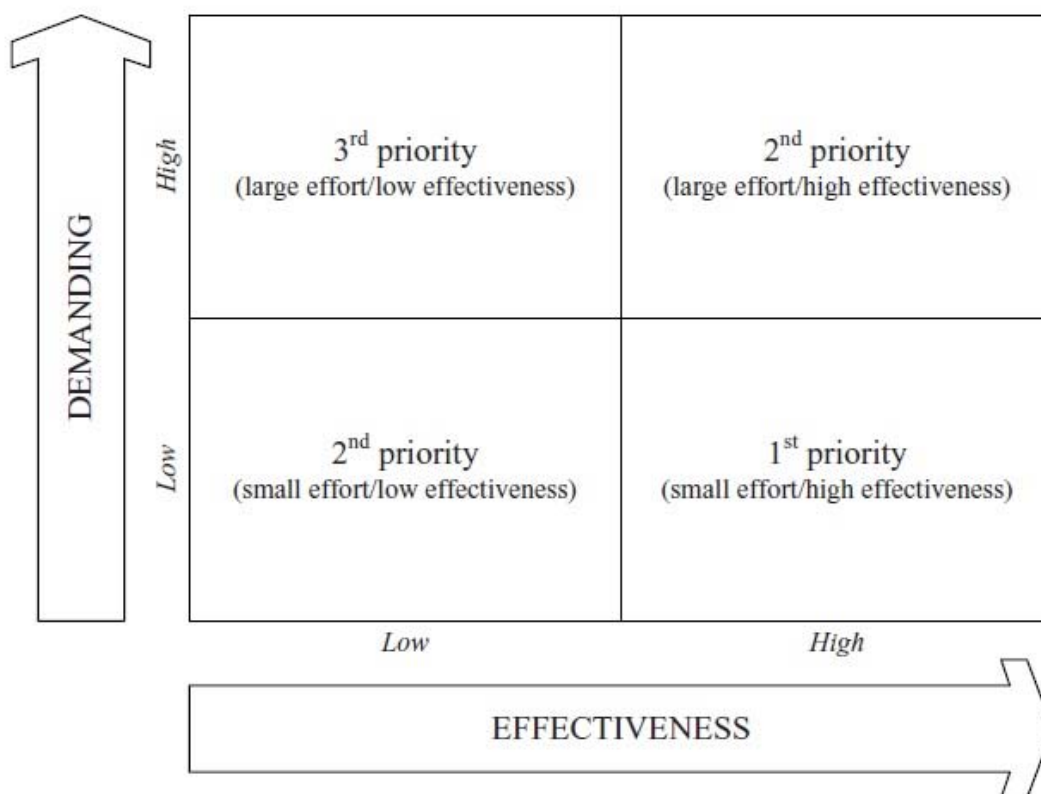
Τα διαγράμματα δράσης είναι σε θέση να υποδείξουν ποιές διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν, όμως δεν έχουν τη δυνατότητα να προσδιορίσουν το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, ούτε και το μέγεθος της προσπάθειας που απαιτείται για να επιτευχθεί η αναμενόμενη βελτίωση. Για το λόγο αυτό, συνδυάζοντας τη μέση βελτίωση και τους απαιτητικούς δείκτες, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε μια σειρά διαγραμμάτων βελτίωσης.

Όπως μπορούμε να δούμε και στο παρακάτω Πίνακα, κάθε περιοχή μπορεί να χωριστεί σε τεταρτημόρια σε σχέση με την απαιτητικότητα (υψηλή/χαμηλή) και την αποτελεσματικότητα (υψηλή/χαμηλή) και να ταξινομηθεί με την εξής σειρά προτεραιότητας:

- 1<sup>η</sup> προτεραιότητα: αυτή η περιοχή δείχνει δράσεις άμεσης βελτίωσης, μια και οι διαστάσεις αυτές είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές και οι πελάτες δεν απαιτούν.

- 2<sup>η</sup> προτεραιότητα: περιλαμβάνονται οι διαστάσεις ικανοποίησης που είτε παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλο βαθμό απαιτητικότητας, είτε παρουσιάζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα.
- 3<sup>η</sup> προτεραιότητα: σε αυτή την περίπτωση τα χαρακτηριστικά εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα και χρειάζονται ουσιαστικότερη προσπάθεια.

Πίνακας 6 : Διάγραμμα Βελτίωσης (Πηγή: E.Grigoroudis, Y.Siskos, “*Preference disaggregation for measuring and analysing customer satisfaction: The MUSA method*”, ELSEVIER, *European Journal of Operational Research*, Volume 143, Issue 1, 16 November 2002, Pages 148-170).



Παρομοίως και στα Διαγράμματα Βελτίωσης, όπως και στα Διαγράμματα Δράσης, υπάρχουν οι εξής κατηγορίες:

- Διαγράμματα αρχικής βελτίωσης: χρησιμοποιούν τη μέση τιμή βελτίωσης και αποτελεσματικότητας με υπολογισμούς της μεθόδου MUSA.
- Διαγράμματα σχετικής βελτίωσης: επαναυπολογίζουν το σημείο διακοπής του άξονα ως το κεντρικό σημείο όλων των σημείων του διαγράμματος. Αυτά τα διαγράμματα χρησιμοποιούν την ομαλοποιημένη μεταβλητή του  $li'$ , όπου:

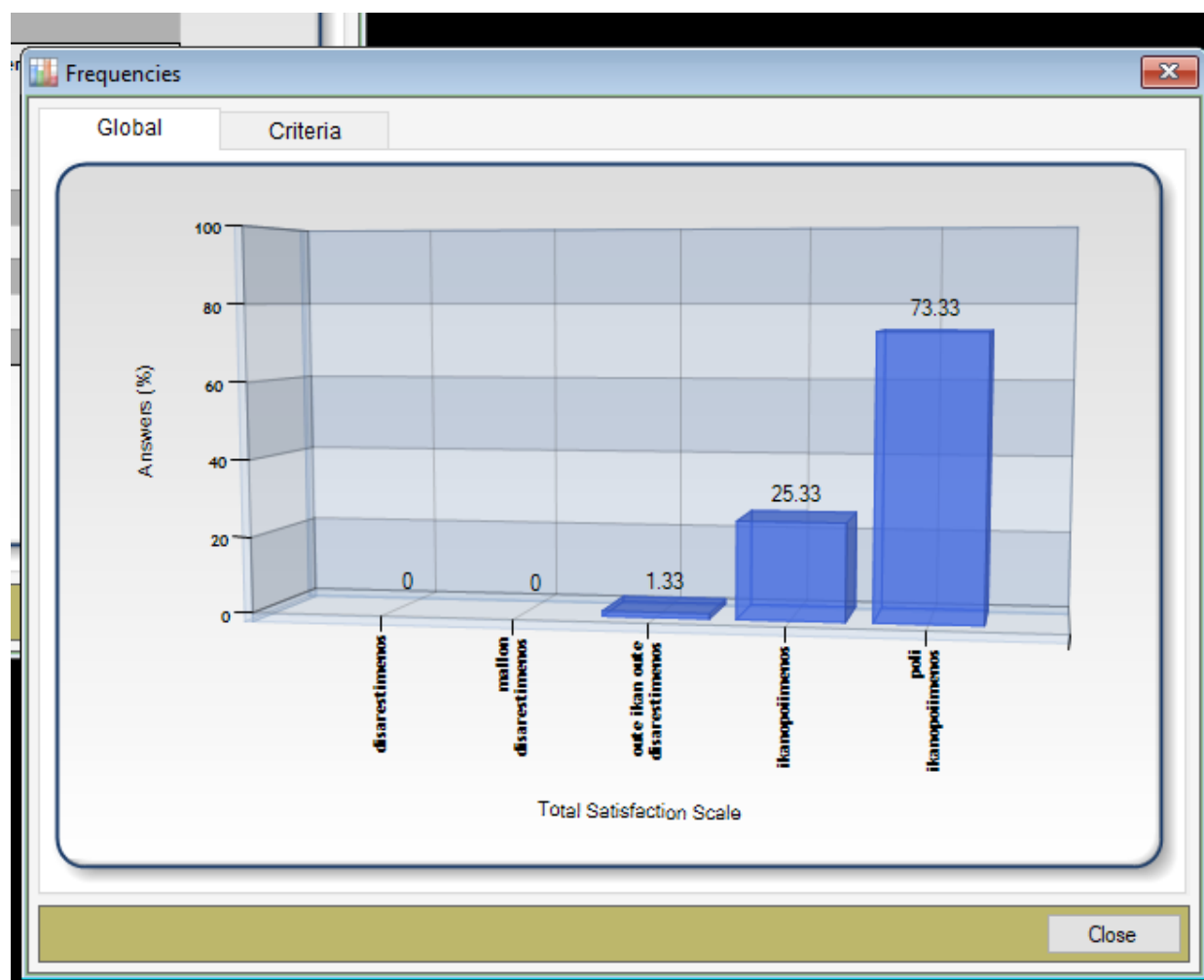
$\bar{l}$  είναι η μέση τιμή των μέσων δεικτών βελτίωσης.

## **Κεφάλαιο Τρίτο**

### **Αποτελέσματα**

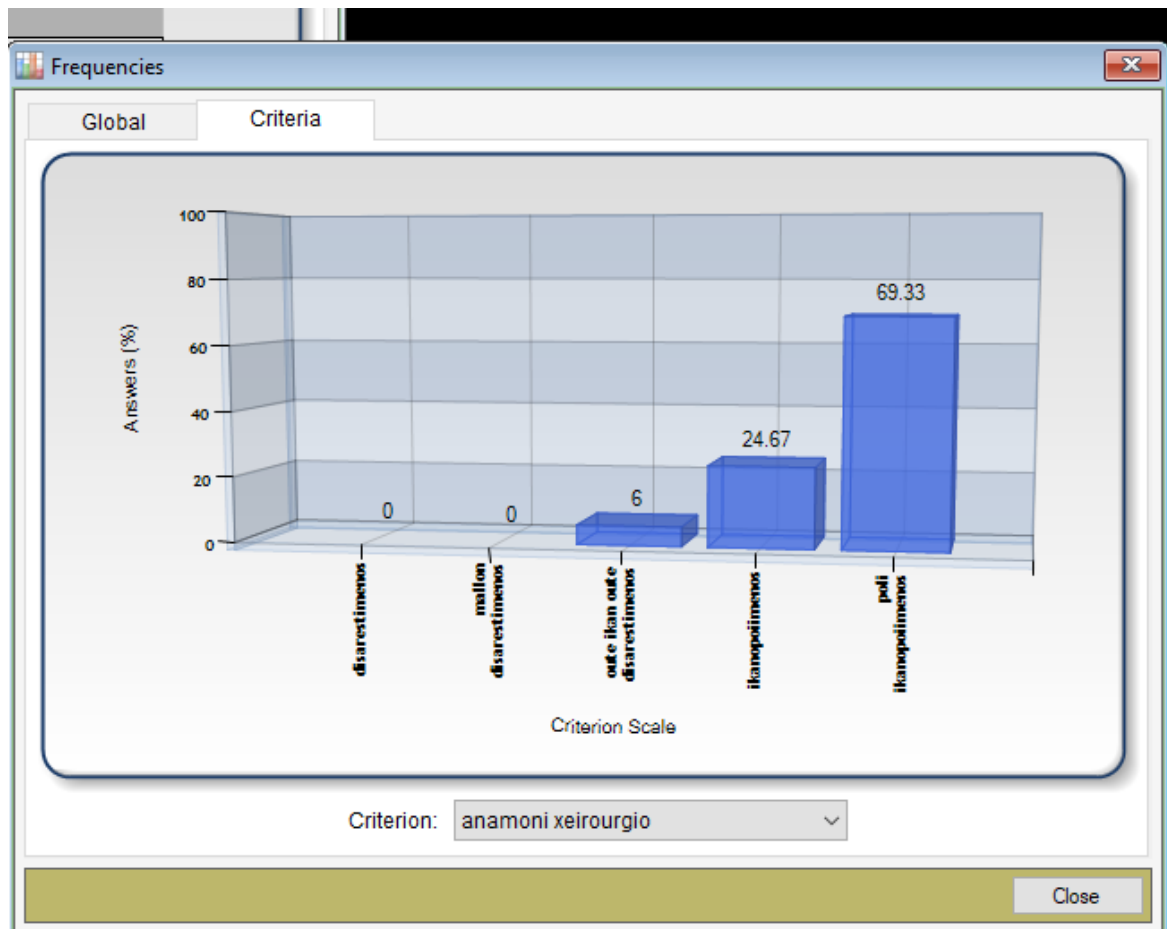
### 3.1 Στατιστική ανάλυση των κριτηρίων ικανοποίησης.

Διάγραμμα 2: Συνολική ικανοποίηση ασθενών.



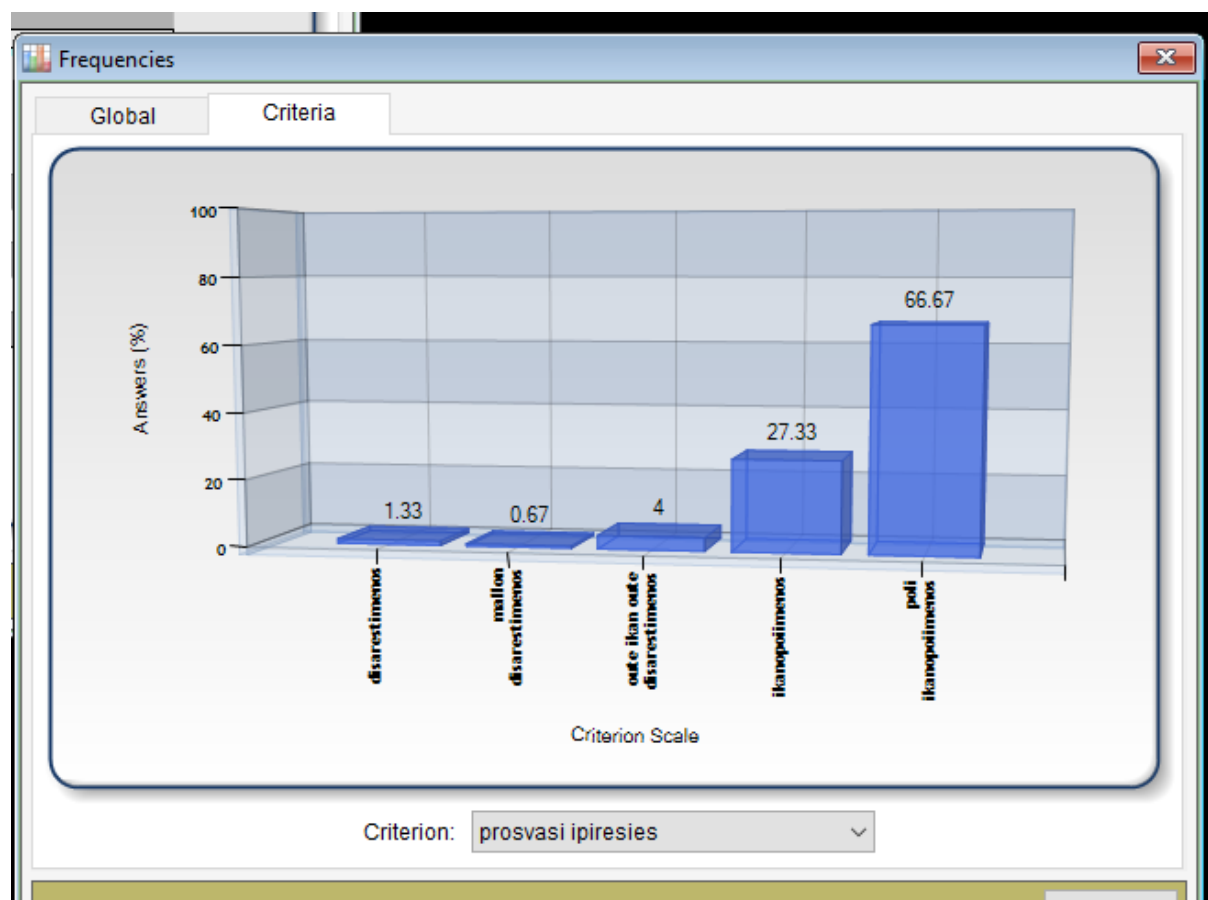
Στο Διάγραμμα 2 μπορούμε να δούμε τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών της Χειρουργικής Ογκολογίας. Το 73,33% των ασθενών (110 ασθενείς) δείχνει πολύ ικανοποιημένο από τη συνολική φροντίδα, το 25,33% (38 ασθενείς) ικανοποιημένο, ενώ ένα ποσοστό 1,33% (2 ασθενείς) δεν είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο. Η συνολική ικανοποίηση φτάνει το 98,66% των ασθενών (148 στους 150 ασθενείς).

Διάγραμμα 3: Ικανοποίηση από την αναμονή για χειρουργείο.



Στο Διάγραμμα 3 εξετάσαμε την ικανοποίηση των ασθενών της Χειρουργικής Ογκολογίας από την αναμονή που είχαν για να χειρουργηθούν. Έτσι, βλέπουμε ότι το 69,33% (104 ασθενείς) ήταν πολύ ικανοποιημένοι, το 24,67% (37 ασθενείς) ικανοποιημένοι και ένα 6% (9 ασθενείς) δεν ήταν ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι. Συνολικά, το 94% (141 ασθενείς στους 150) εκφράζει ικανοποίηση από την αναμονή που είχαν για το χειρουργείο.

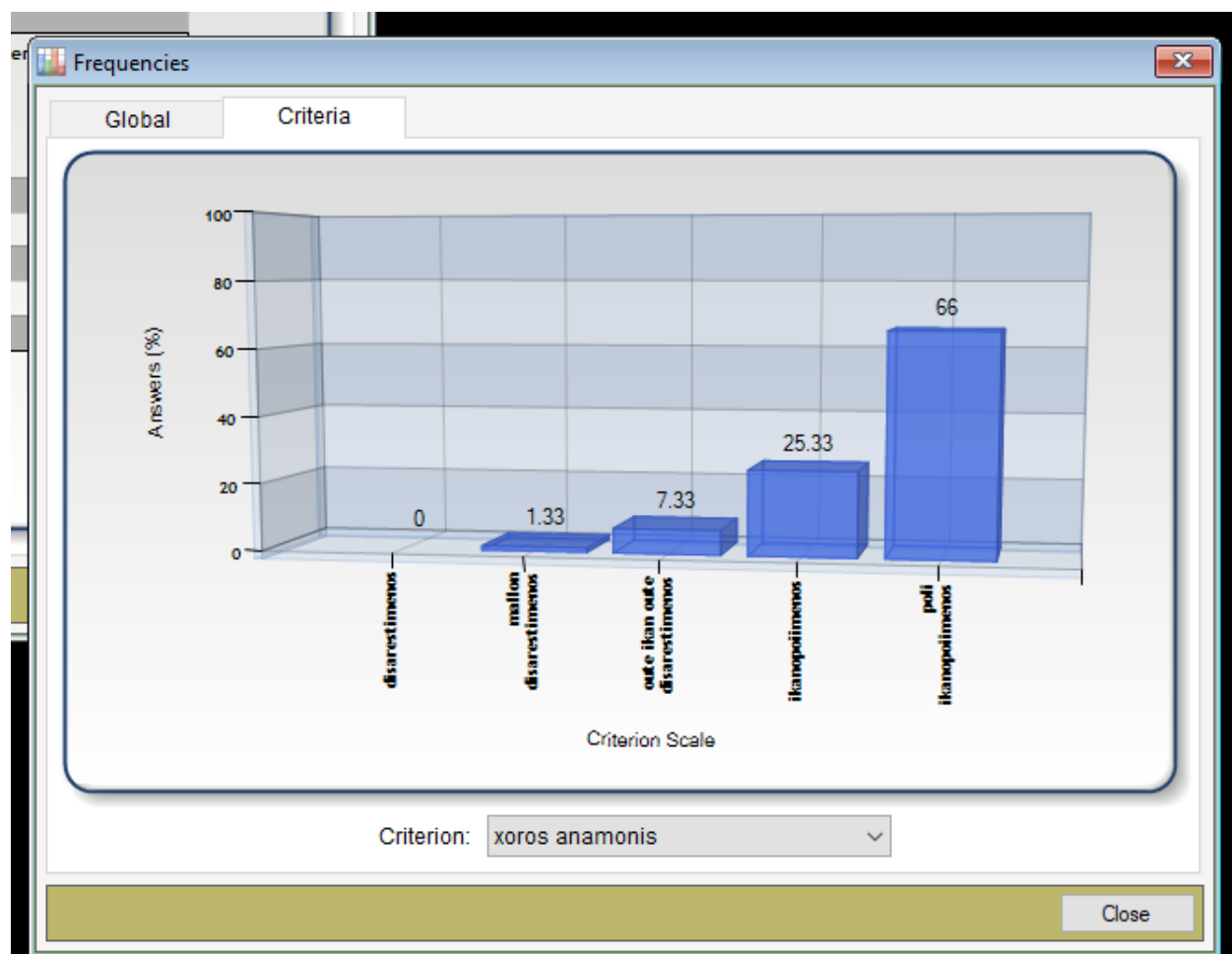
Διάγραμμα 4: Ικανοποίηση από την πρόσβαση στις υπηρεσίες.



Στο Διάγραμμα 4 μπορούμε να δούμε την ικανοποίηση των ασθενών από την πρόσβαση που έχουν στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να προβούν σε χειρουργική επέμβαση στην Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας. Το 66,67% (100 ασθενείς) δηλώνει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο από την πρόσβαση στις υπηρεσίες, το 27,33% (41 ασθενείς) δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο, το 4% (6 ασθενείς) δε δηλώνει ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο και τέλος είναι χαμηλά τα ποσοστά στη δυσαρέσκεια των ασθενών, με ένα ποσοστό 1,33% (2 ασθενείς) να δηλώνει δυσαρεστημένο, ενώ το 0,67% (1 ασθενής) δηλώνει μάλλον δυσαρεστημένο. Φαίνεται δηλαδή, ότι το 94% των ασθενών (141 ασθενείς στους 150) είναι ικανοποιημένοι από την πρόσβαση που έχουν.

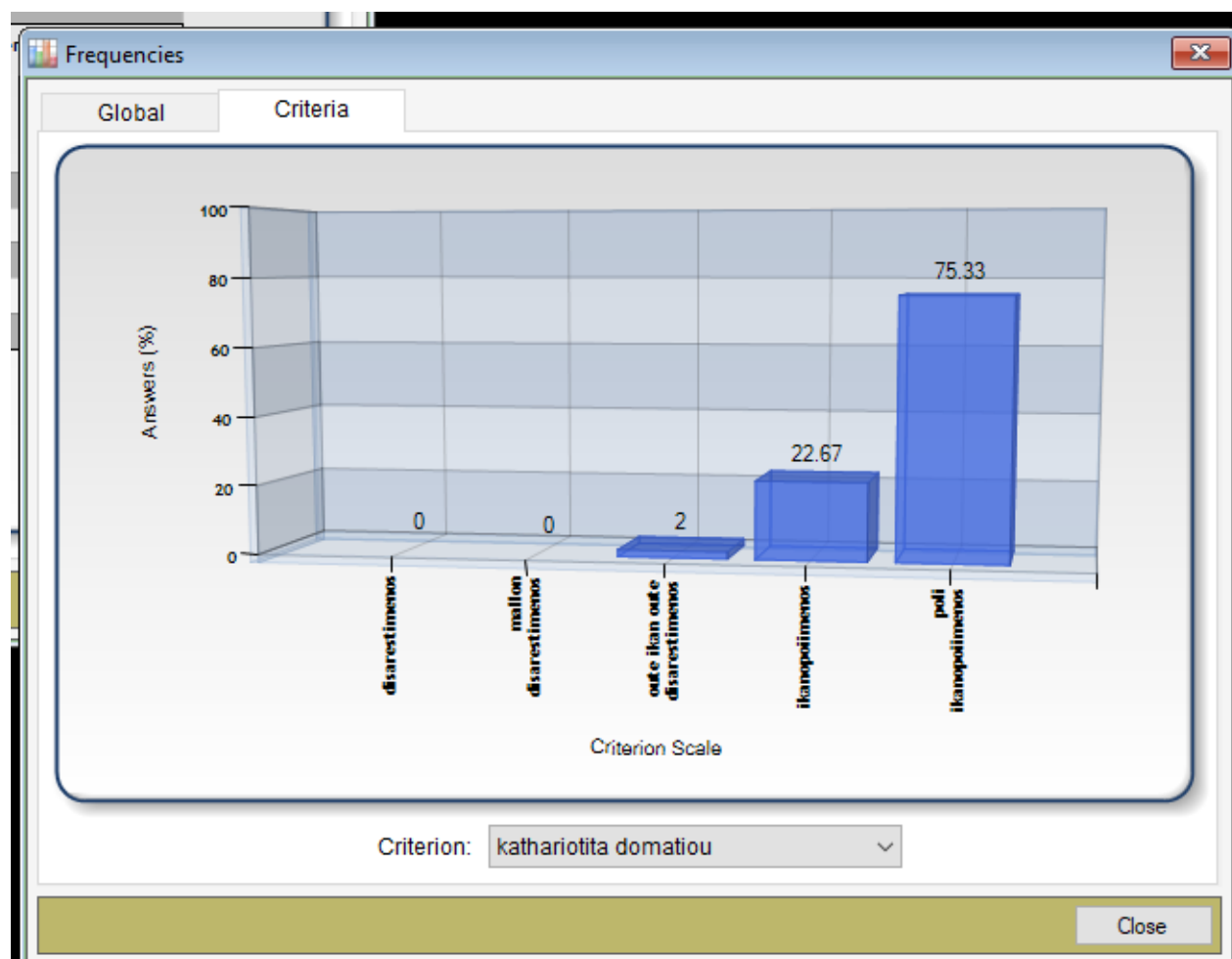


Διάγραμμα 5: Ικανοποίηση από το χώρο αναμονής.



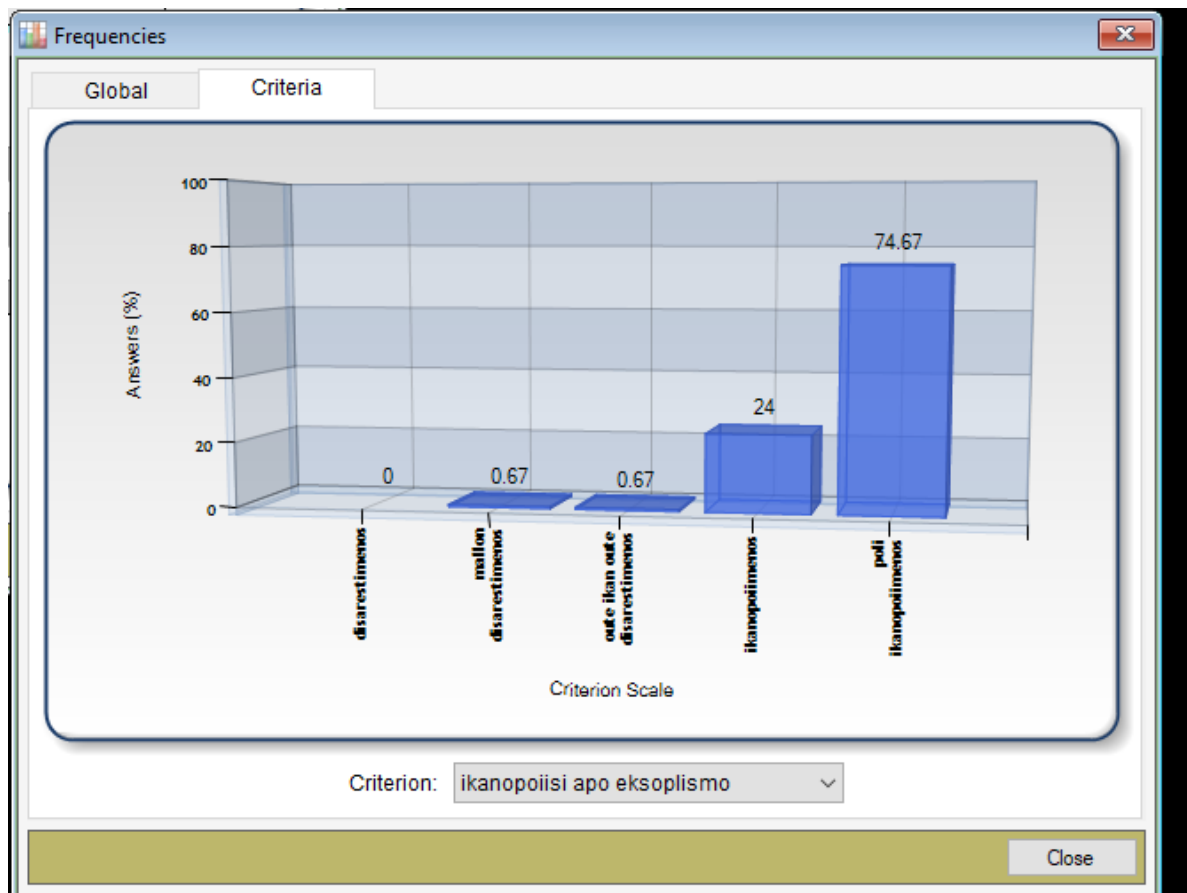
Στο Διάγραμμα 5 φαίνεται η ικανοποίηση των ασθενών της έρευνάς μας από το χώρο αναμονής για την εισαγωγή τους στην Κλινική. Το 66% (99 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένοι, το 25,33% (38 ασθενείς) ικανοποιημένοι, το 7,33% (11 ασθενείς) δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι και το 1,33% (2 ασθενείς) είναι μάλλον δυσαρεστημένοι. Το 91,33% είναι ικανοποιημένοι από την αναμονή του χώρου (137 ασθενείς στους 150), καταλαμβάνοντας το μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης από όλα τα κριτήρια.

Διάγραμμα 6: Ικανοποίηση από την καθαριότητα του δωματίου.



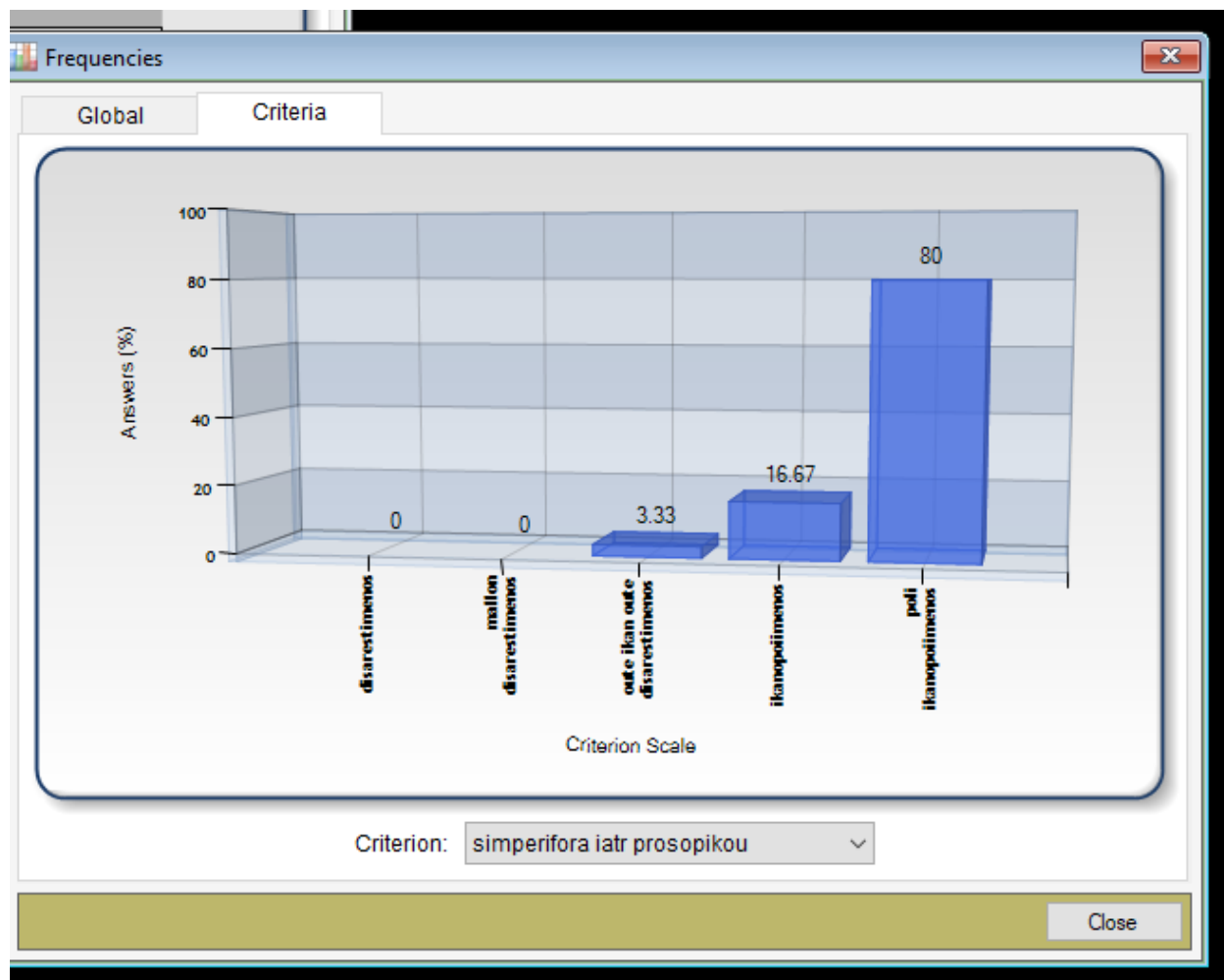
Στην Ερώτηση που διατυπώσαμε για την ικανοποίηση των ασθενών από την καθαριότητα του δωματίου που είχαν εισαχθεί κατά την παραμονή τους στο Νοσοκομείο, φαίνεται από το Διάγραμμα 6 ότι το 75,33% (113 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένο, το 22,67% (34 ασθενείς) ικανοποιημένο, ενώ ένα ποσοστό 2% (3 ασθενείς) δεν είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο. Συνεπώς, το 98% (147 ασθενείς στους 150) εκφράζει ικανοποίηση από την καθαριότητα του δωματίου τους.

Διάγραμμα 7: Ικανοποίηση από τον εξοπλισμό.



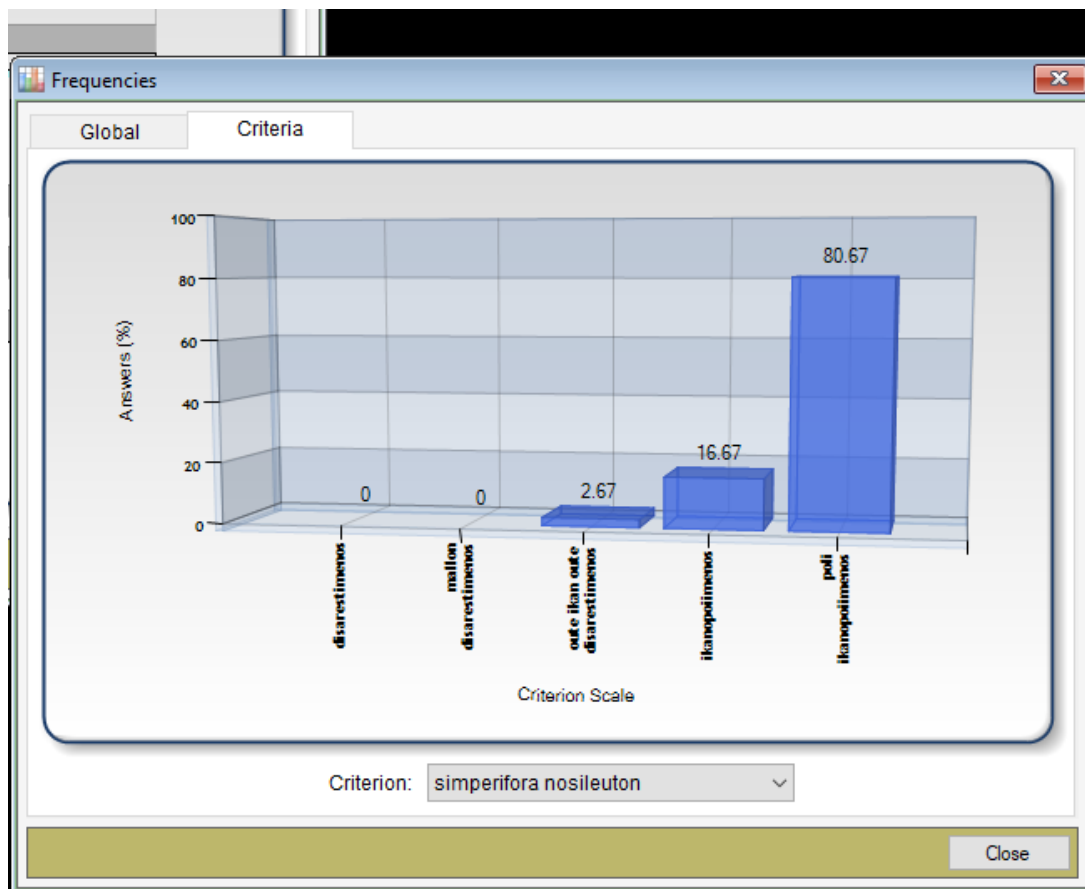
Εξίσου υψηλά είναι και τα ποσοστά από την ικανοποίηση που έχουν οι ασθενείς από τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό που χρησιμοποιήθηκε κατά την παραμονή τους στο Νοσοκομείο. Το 74,67% (112 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένο, το 24% (36 ασθενείς) ικανοποιημένο, ενώ το 0,67% (1 ασθενής) είναι μάλλον δυσαρεστημένο και ένα άλλο ποσοστό 0,67% (1 ασθενής) ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο, με τη συνολική ικανοποίηση να φτάνει το 98,67% (148 ασθενείς στους 150).

Διάγραμμα 8: Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του Ιατρικού Προσωπικού.



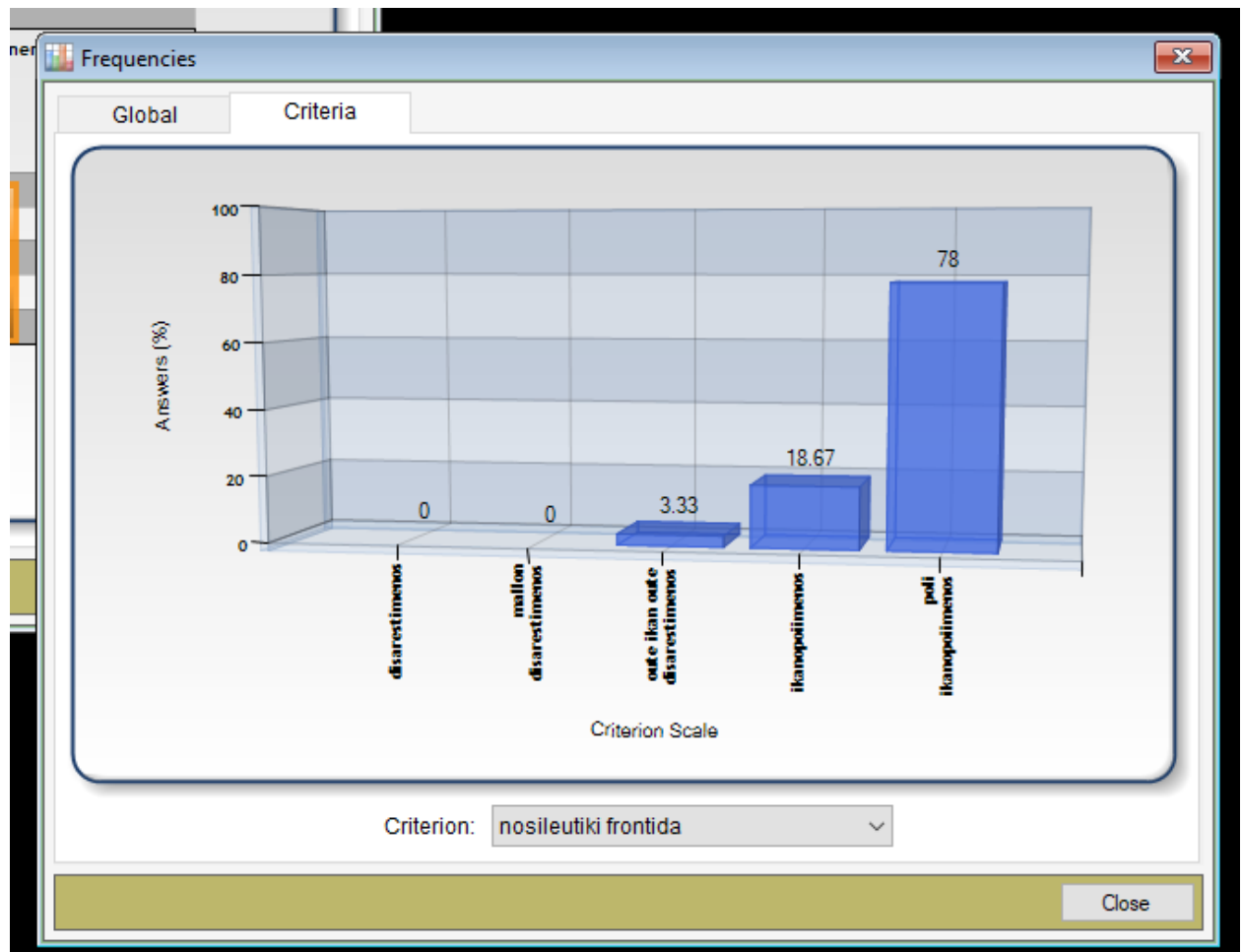
Στο Διάγραμμα 8 μπορούμε να δούμε την ικανοποίηση των ασθενών από τη συμπεριφορά που είχαν οι Ιατροί της Κλινικής απέναντί τους. Βλέπουμε λοιπόν, ότι το 80% (120 ασθενείς) εκφράζει μεγάλη ικανοποίηση, το 16,67% (25 ασθενείς) ικανοποίηση, ενώ το 3,33% (5 ασθενείς) δεν εκφράζει ούτε ικανοποίηση, ούτε δυσαρέσκεια. Η συνολική ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού είναι 96,67% (145 ασθενείς στους 150).

Διάγραμμα 9: Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού.



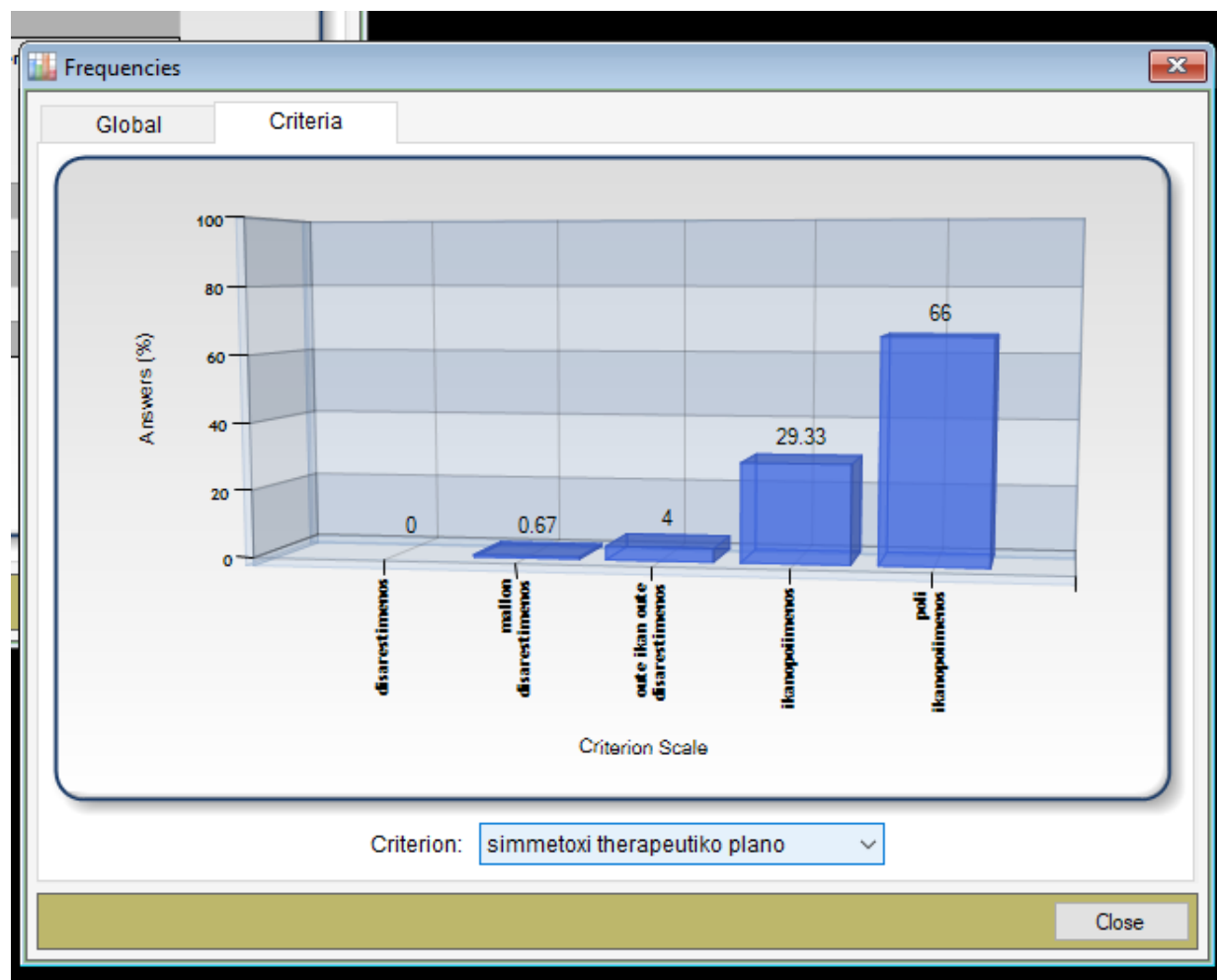
Στο Διάγραμμα 9 βλέπουμε την αντίστοιχη ικανοποίηση των ασθενών από το Νοσηλευτικό προσωπικό της Κλινικής, όπου φαίνεται ότι κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών και συγκεκριμένα: το 80,67% (121 ασθενείς) δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, το 16,67% (25 ασθενείς) ικανοποιημένο, ενώ το 2,67% (4 ασθενείς) δεν είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο. Συνεπώς, το 97,34% των ασθενών (146 στους 150 ασθενείς) εκφράζει ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Διάγραμμα 10: Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική φροντίδα.



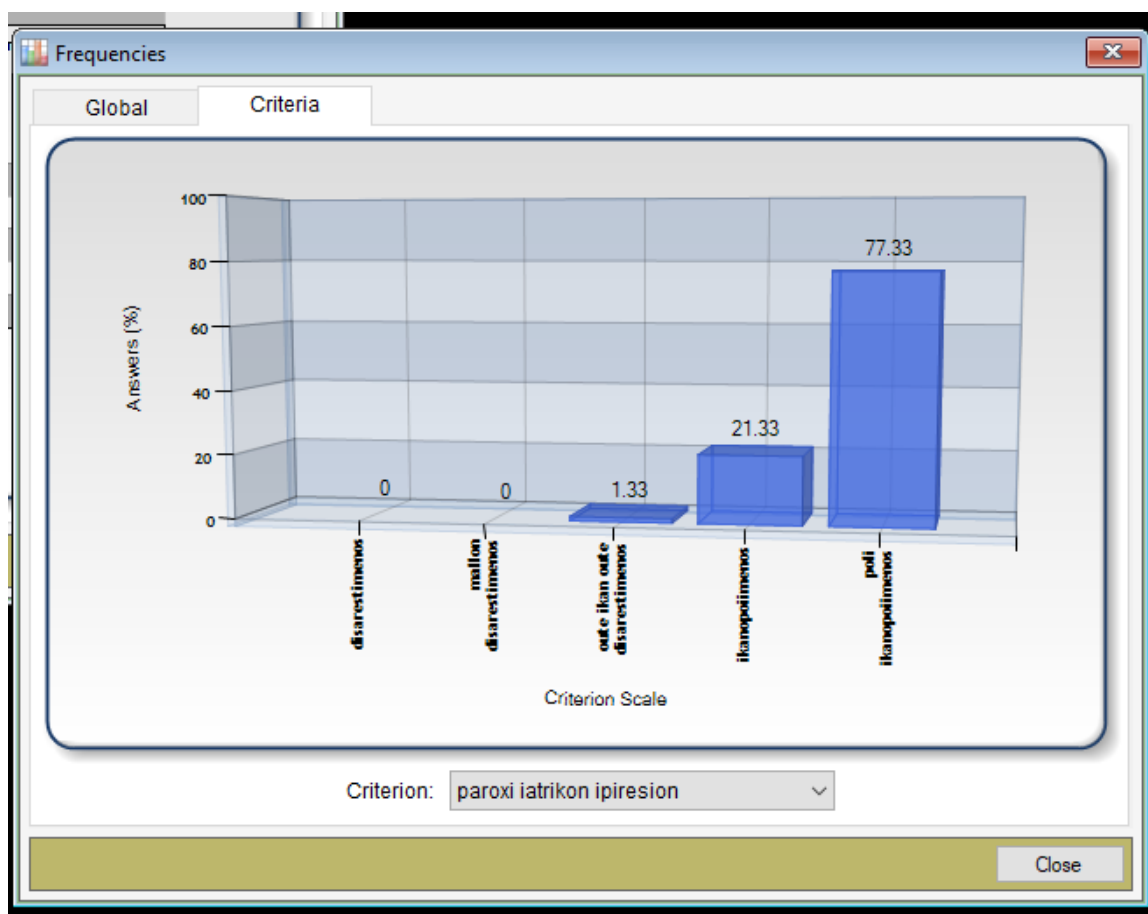
Στο Διάγραμμα 10, φαίνεται η ικανοποίηση των ασθενών από τη Νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν κατά τη νοσηλεία τους. Το 78% των ασθενών (117 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένο, το 18,67% (28 ασθενείς) είναι ικανοποιημένο και ένα 3,33% (5 ασθενείς) δεν είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο. Η συνολική ικανοποίηση φτάνει το 96,67%(145 ασθενείς στους 150).

Διάγραμμα 11: Ικανοποίηση από τη συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο.



Στο Διάγραμμα 11 διακρίνουμε την ικανοποίηση των ασθενών από τη συμμετοχή τους στο θεραπευτικό πλάνο. Τα αποτελέσματα κι εδώ είναι υψηλά, αλλά όχι τόσο όσο στην ικανοποίηση από άλλα κριτήρια. Συγκεκριμένα, το 66% (99 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένο, το 29,33% (44 ασθενείς) ικανοποιημένο, το 4% (6 ασθενείς) ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο και το 0,67% (1 ασθενής) μάλλον δυσαρεστημένο. Το 95,33% δηλαδή (143 ασθενείς στους 150), εκφράζει ικανοποίηση από τη συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο, μια πτώση δηλαδή κατά 3,33% (5 ασθενείς) από τη συνολική ικανοποίηση, ενώ παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι η διαφορά των συνολικά πολύ ικανοποιημένων ασθενών φτάνει το 7,33% (11 ασθενείς) σε σχέση με αυτούς που είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους στο θεραπευτικό πλάνο.

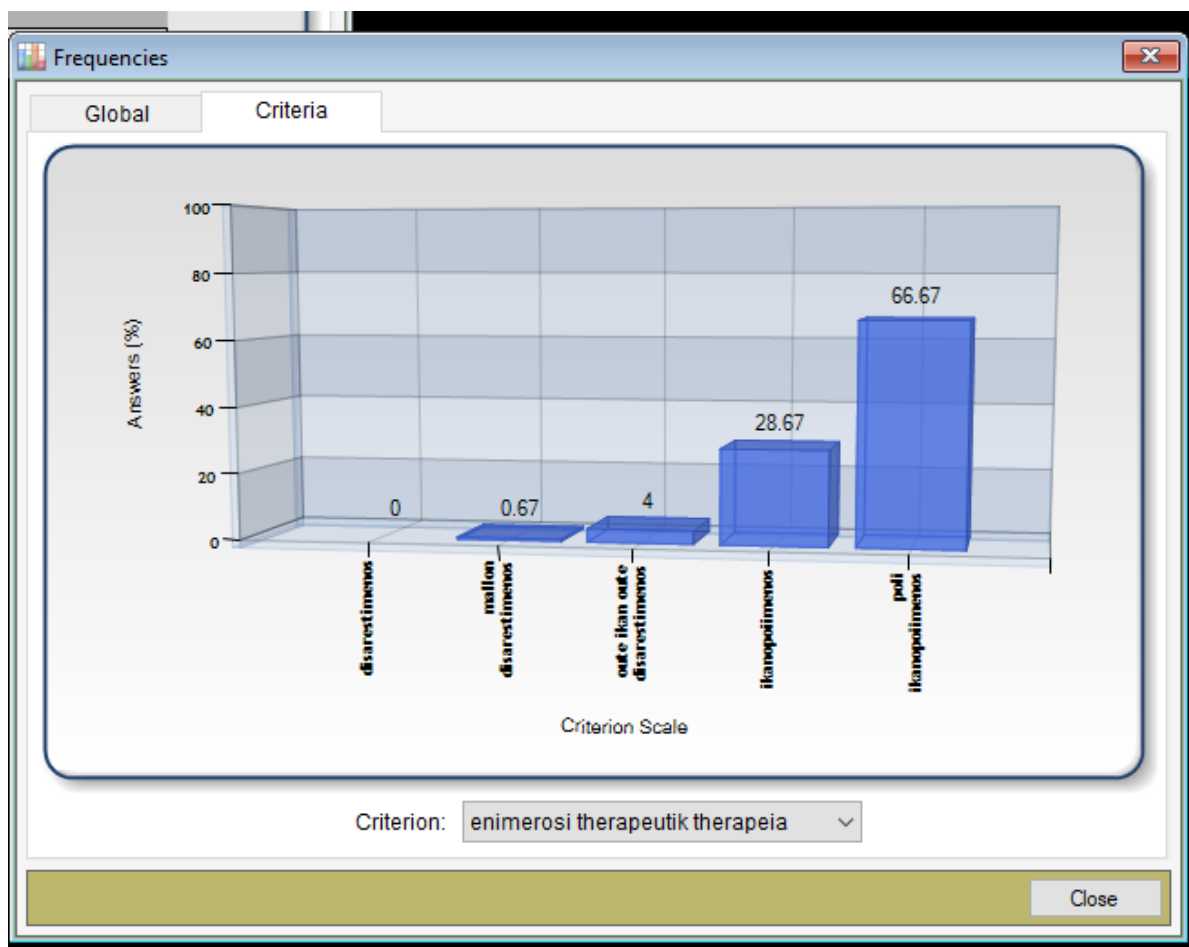
Διάγραμμα 12: Ικανοποίηση από την παροχή Ιατρικών υπηρεσιών.



Στο Διάγραμμα 12 παρατηρούμε ότι αυξάνεται και πάλι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών, με το 77,33% (116 ασθενείς) να εκφράζει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο, το 21,33% (32 ασθενείς) ικανοποιημένο και ένα μόλις 1,33% ποσοστό (2 ασθενείς) να μην είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο. Το ποσοστό των ασθενών που εκφράζει ικανοποίηση είναι 98,66% (148 ασθενείς στους 150).

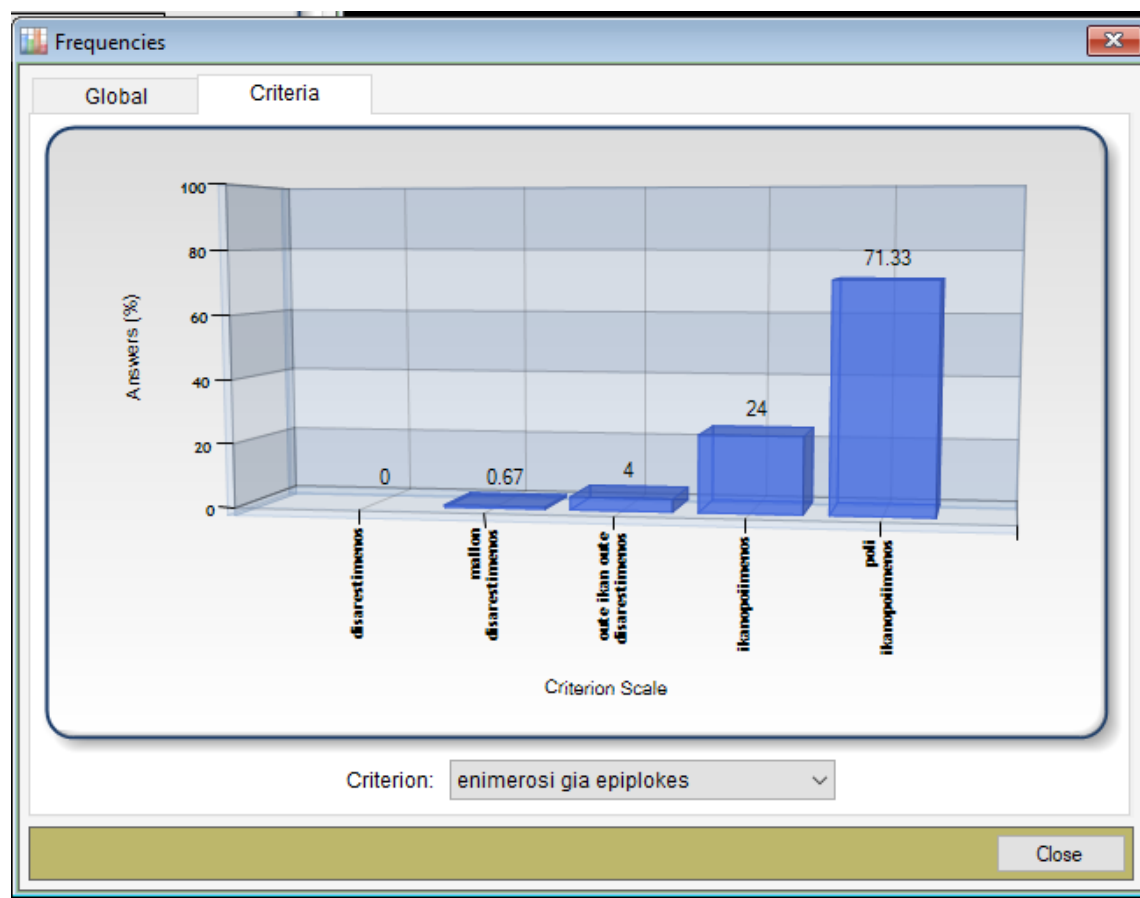


Διάγραμμα 13: Ικανοποίηση από την ενημέρωση της θεραπείας.



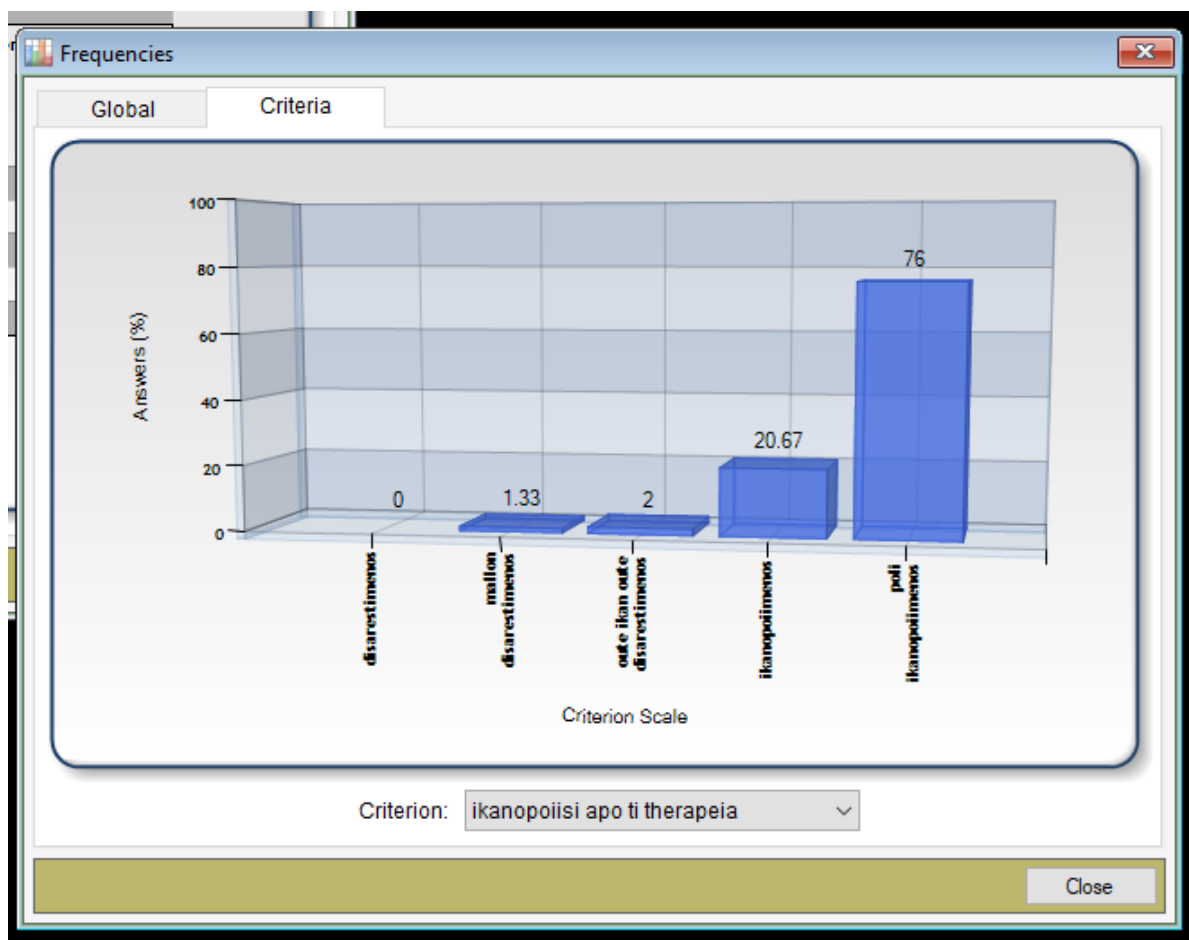
Και σε αυτή την ερώτηση εκφράζεται μια μικρή πτώση του ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών. Στο Διάγραμμα 13 λοιπόν, που αφορά την ενημέρωση που είχαν οι ασθενείς για τη θεραπεία που λαμβάνουν, βλέπουμε ότι το 66,67% (100 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένοι, το 28,67% (43 ασθενείς) είναι ικανοποιημένοι, το 4% (6 άτομα) των ασθενών δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι και το 0,67% (1 ασθενής) είναι μάλλον δυσαρεστημένος. Δηλαδή το 95,34% (143 ασθενείς στους 150) δηλώνει ικανοποίηση από την ενημέρωση για τη θεραπεία τους.

Διάγραμμα 14: Ικανοποίηση από την ενημέρωση για τις επιπλοκές.



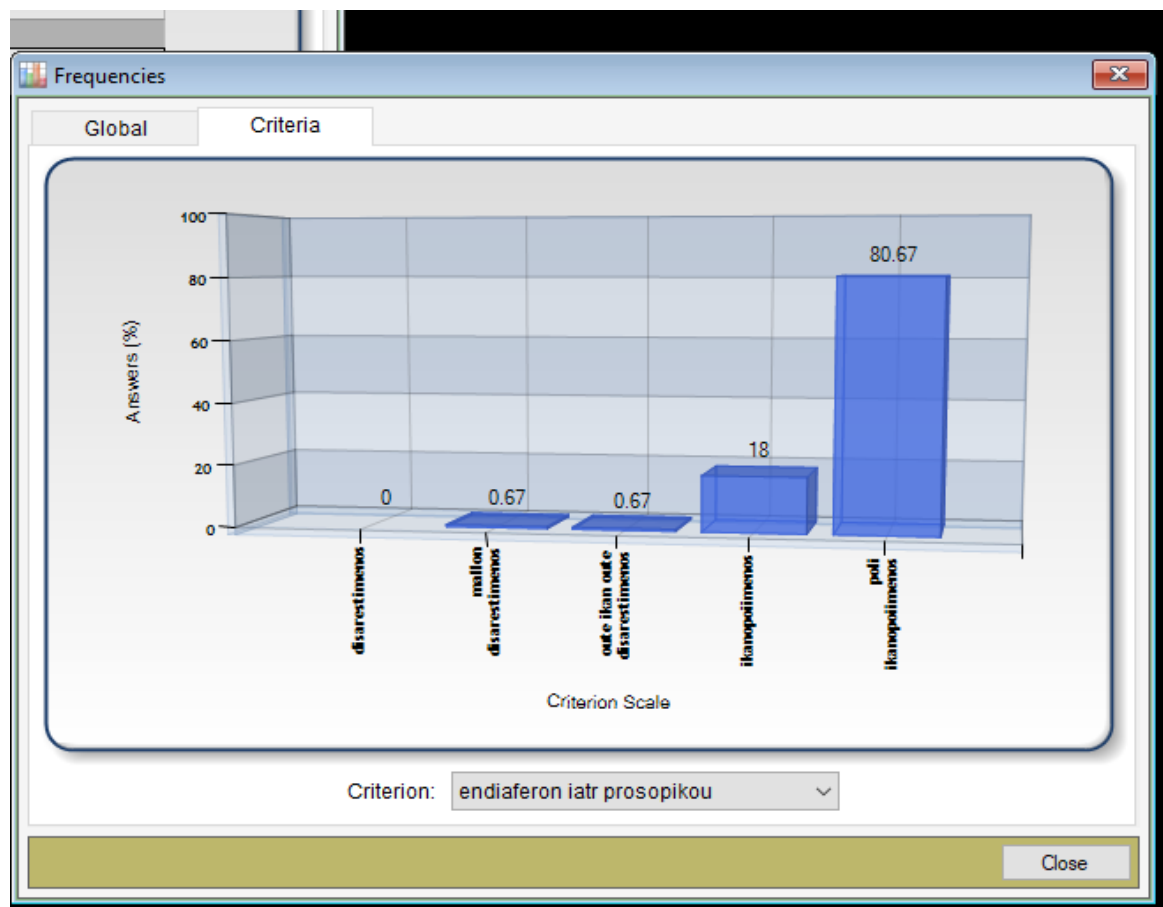
Στο Διάγραμμα 14 έχουμε και πάλι μια μικρή πτωτική διαφορά σε σχέση με τη συνολική ικανοποίηση. Μπορούμε να διακρίνουμε σε αυτό το Διάγραμμα τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την ενημέρωσή τους για τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά τη χειρουργική επέμβαση ή τη νοσηλεία τους. Συγκεκριμένα: το 71,33 (107 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένο από την ενημέρωση των επιπλοκών, 24% (36 ασθενείς) είναι ικανοποιημένο, το 4% (6 ασθενείς) δεν είναι ούτε ικανοποιημένο, ούτε δυσαρεστημένο και το 0,67% (1 ασθενής) είναι μάλλον δυσαρεστημένο. Συνολικά, το 95,33% των ασθενών (143 ασθενείς στους 150) δηλώνουν ικανοποίηση από την ενημέρωση που έλαβαν για τις πιθανές επιπλοκές.

Διάγραμμα 15: Ικανοποίηση από τη θεραπεία.



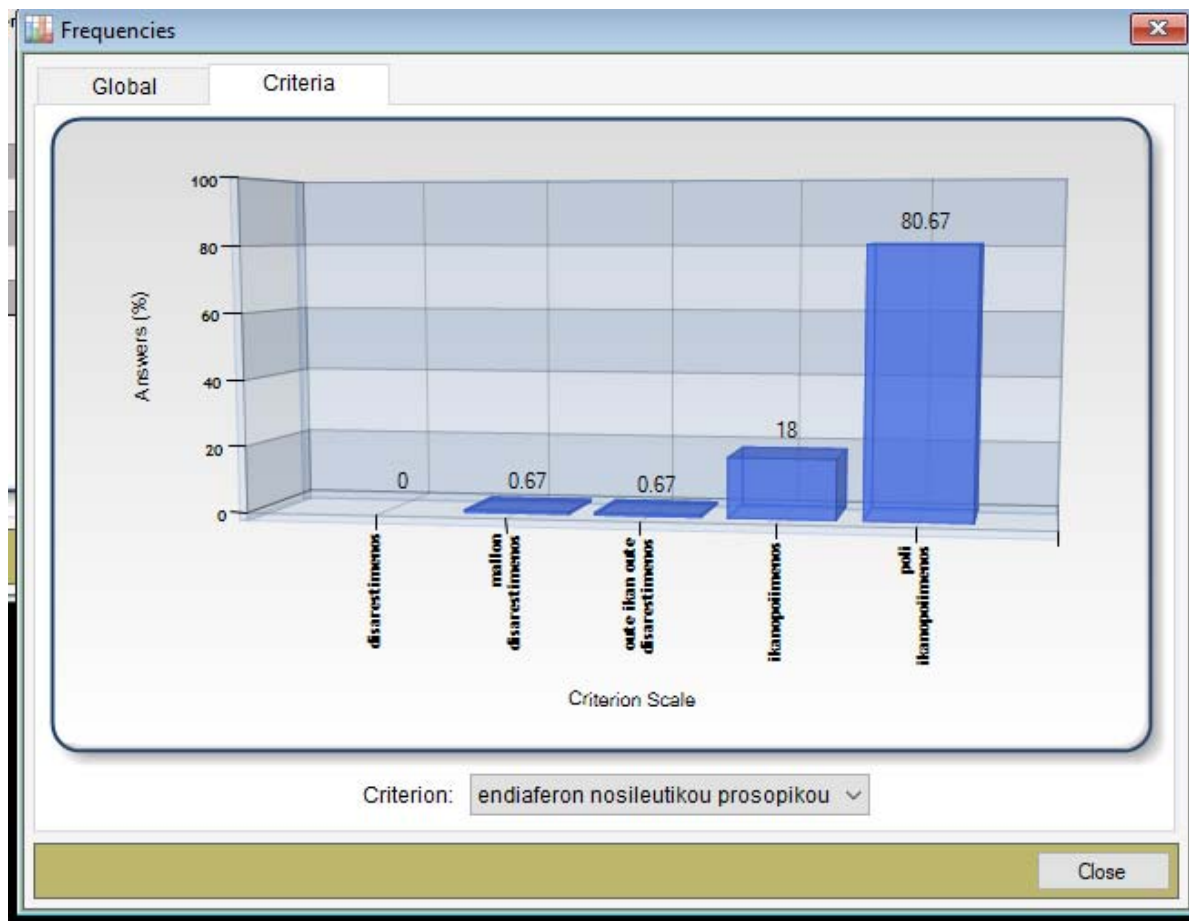
Στο Διάγραμμα 15 μπορούμε να διακρίνουμε ένα μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Έτσι, το 76% των ασθενών (114 ασθενείς) δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι, το 20,67% (31 ασθενείς) δηλώνουν ικανοποιημένοι, με το σύνολο ικανοποίησης να φτάνει το 96,67% (145 ασθενείς στους 150), 2% του δείγματος δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι (3 ασθενείς) και 1,33% είναι μάλλον δυσαρεστημένοι (2 ασθενείς).

Διάγραμμα 16: Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον του Ιατρικού προσωπικού.



Υψηλά είναι τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 16, από το ενδιαφέρον που έχουν εισπράξει από το Ιατρικό προσωπικό της Κλινικής. Διακρίνουμε λοιπόν, ότι το 80,67% (120 ασθενείς) είναι πολύ ικανοποιημένοι, το 18% (27 ασθενείς) είναι ικανοποιημένοι, 0,67% (1 ασθενής) δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι και 0,67% είναι μάλλον δυσαρεστημένοι (1 ασθενής). Η συνολική ικανοποίηση είναι 98,67%, δηλαδή οι 148 ασθενείς στους 150.

Διάγραμμα 17: Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον του Νοσηλευτικού προσωπικού.

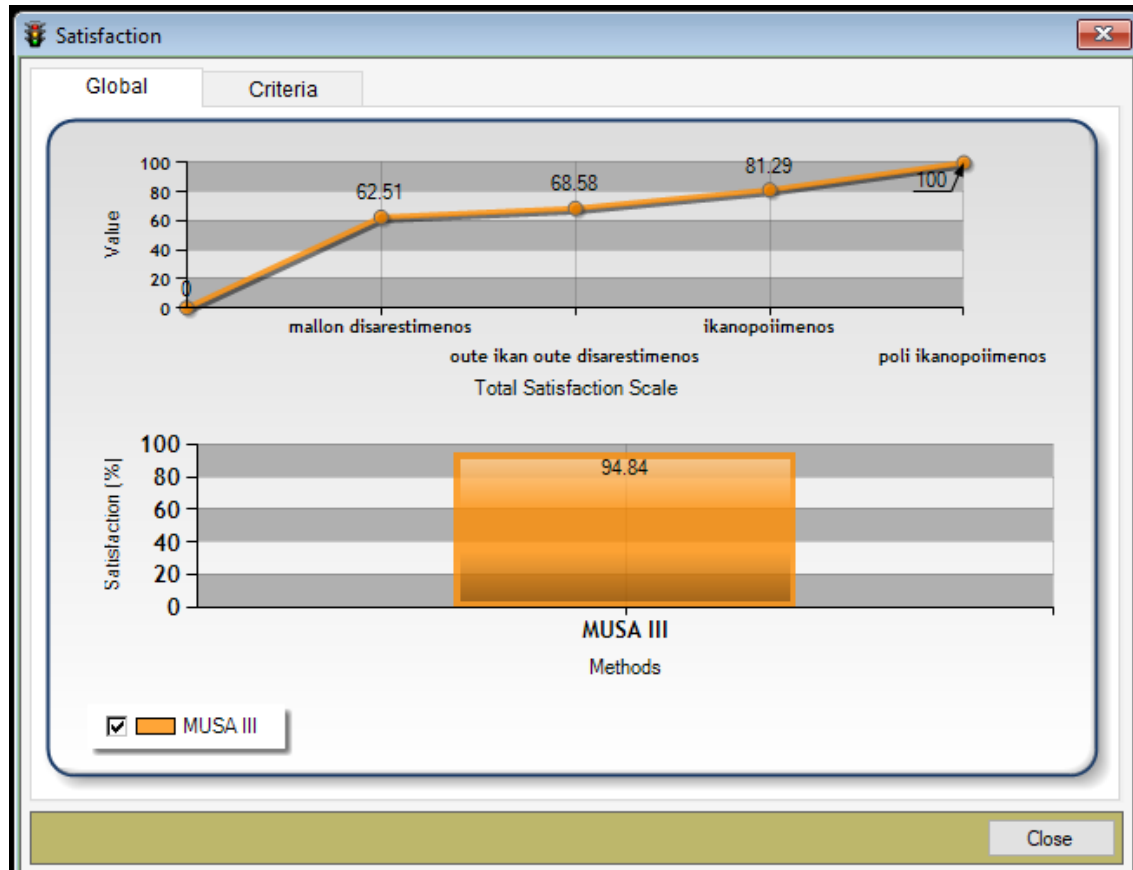


Ακριβώς στα ίδια επίπεδα ικανοποίησης κυμαίνεται και η ικανοποίηση των ασθενών από το Νοσηλευτικό προσωπικό της Κλινικής. Όπως είδαμε και στο Διάγραμμα 15 για την ικανοποίηση των ασθενών από το Ιατρικό προσωπικό, η εικόνα στο Διάγραμμα 17 δε διαφοροποιείται καθόλου. Οι ασθενείς εκφράζουν ακριβώς τα ίδια ποσοστά, συνεπώς έχουμε το 80,67% (120 ασθενείς) να δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, το 18% (27 ασθενείς) να δηλώνει ικανοποιημένο, το 0,67% (1 ασθενής) φαίνεται να μην είναι ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος και τέλος, το 0,67% (1 ασθενής) δείχνει μάλλον δυσαρεστημένος από το ενδιαφέρον του προσωπικού. Συνολικά, και πάλι το 98,67%, δηλαδή οι 148 από τους 150 ασθενείς του δείγματος, φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι από το συγκεκριμένο κριτήριο.

## 3.2 Πολύ-κριτηριακή ανάλυση (MUSA)

### 3.2.1 Ομάδα Πελατών και Συνολική ικανοποίηση

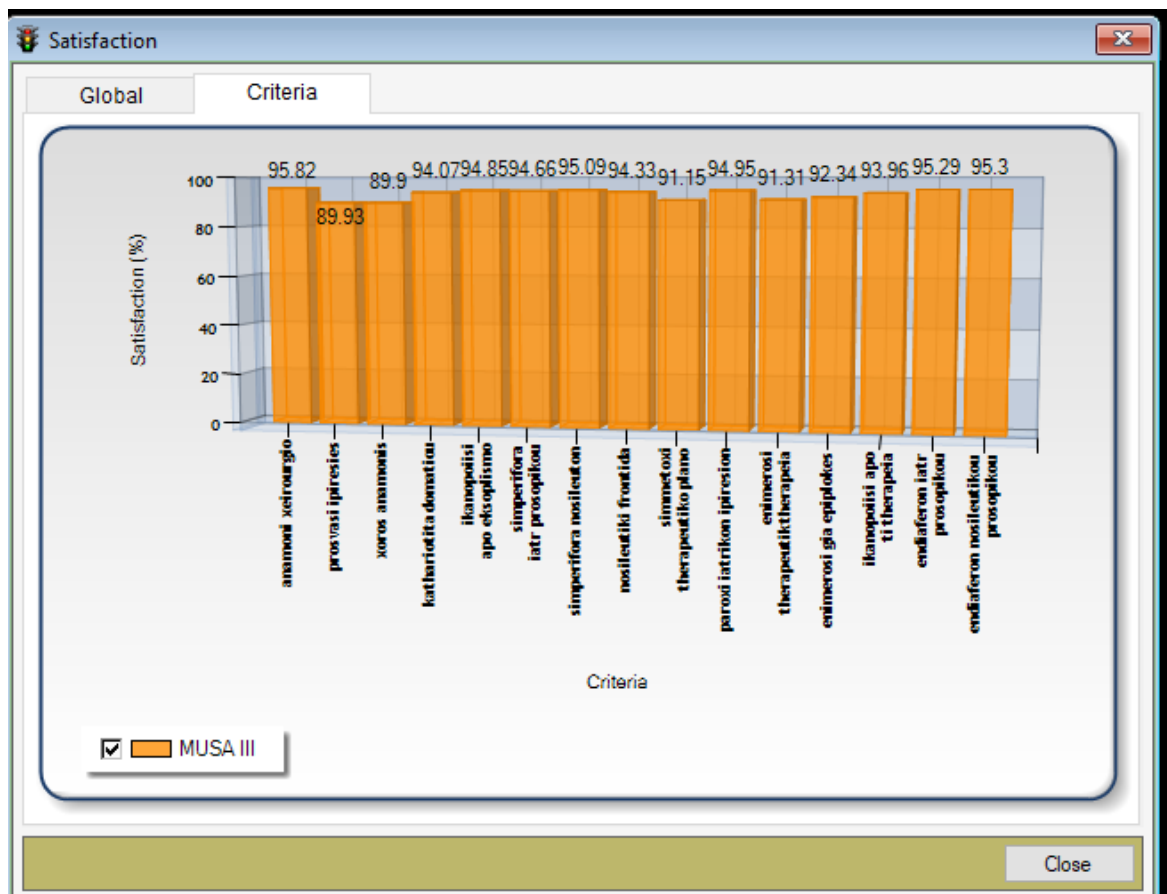
Διάγραμμα 18: Διάγραμμα Ομάδας Πελατών και Συνολική ικανοποίηση.



Το Διάγραμμα 18 μας βοηθάει να προσδιορίσουμε τον βαθμό απαιτητικότητας των πελατών. Στο Διάγραμμά μας η συνάρτηση ικανοποίησης έχει κοίλη μορφή, πράγμα που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι πελάτες είναι ικανοποιημένοι αν και μόνο ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται. Το σκορ ικανοποίησης είναι πολύ υψηλό. Σε μία κλίμακα 0-100 το σκορ είναι 94,84.

### 3.2.2 Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης

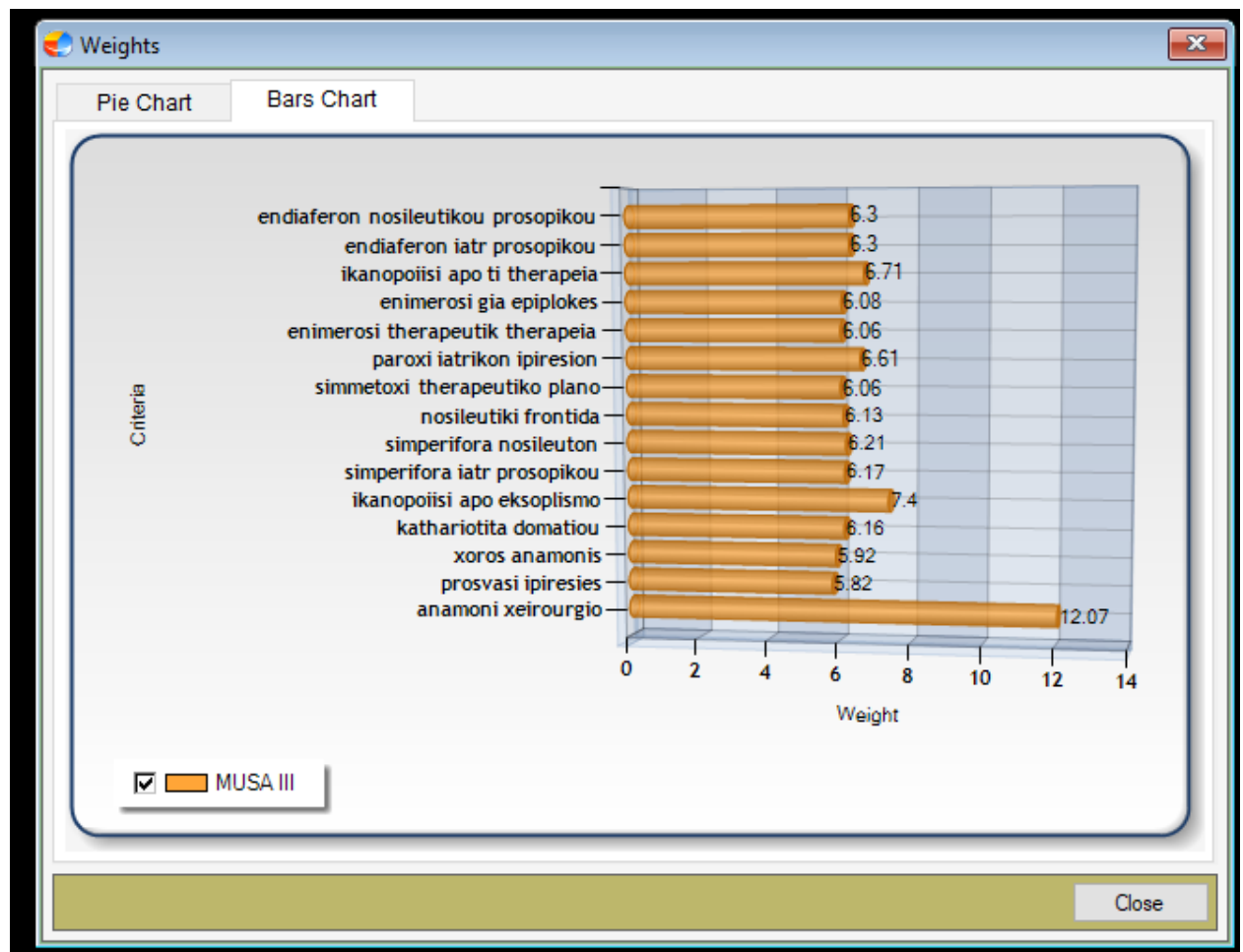
Διάγραμμα 19: Μέσοι Δείκτες Ικανοποίησης.



Αναλύοντας του μέσους δείκτες ικανοποίησης παρατηρούμε ότι στο κριτήριο αναμονή για χειρουργείο παρουσιάζεται ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης. Από την άλλη πλευρά είναι ξεκάθαρο ότι για το σύνολο των κριτηρίων η ικανοποίηση κυμαίνεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα.

### 3.2.3 Βάρη Κριτηρίων (Weights)

Διάγραμμα 20: Βάρη Κριτηρίων (Weights).

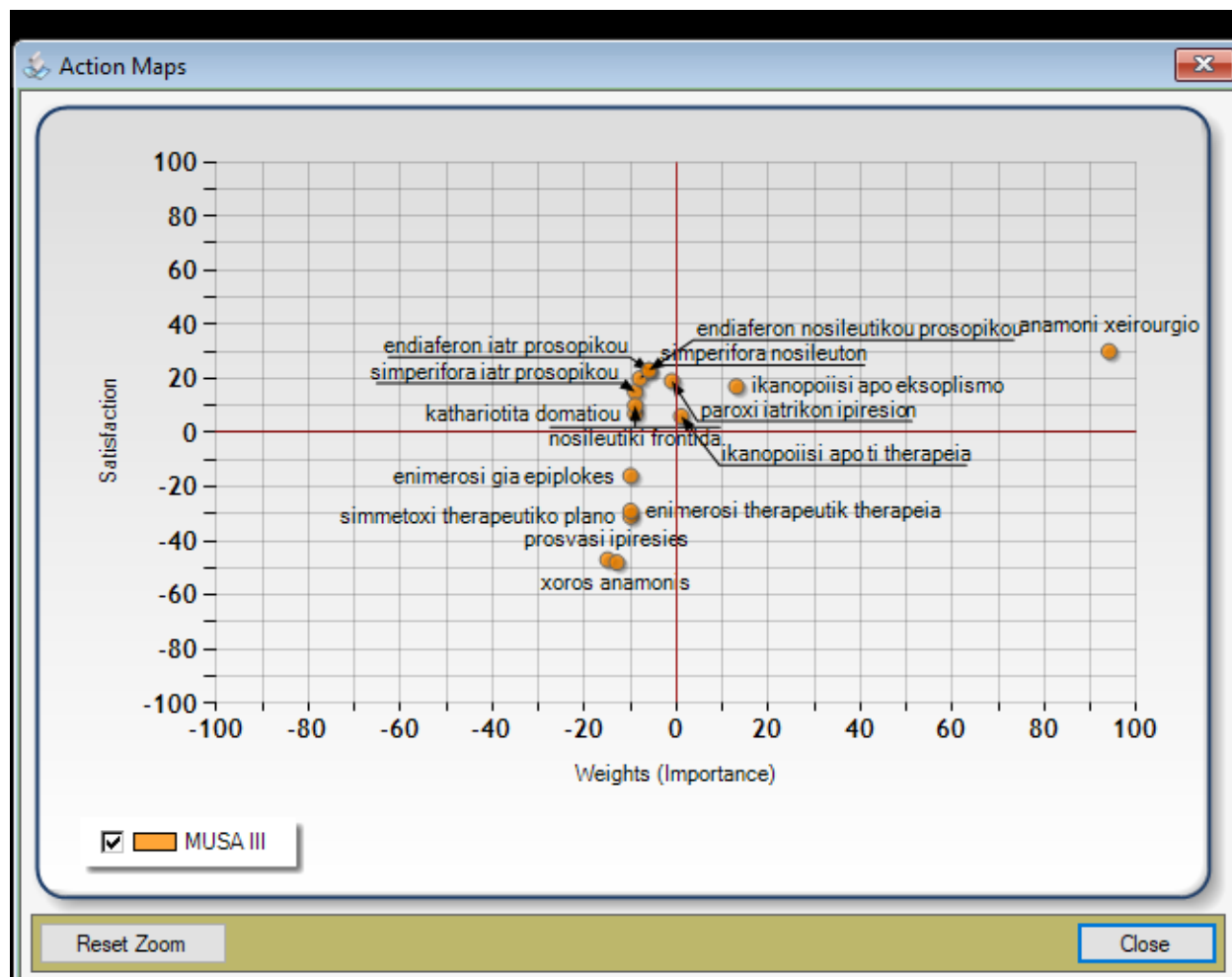


Τα αποτελέσματα της MUSA έδειξαν ότι το σημαντικότερο κριτήριο για τους ασθενείς της Χειρουργικής Ογκολογίας είναι η αναμονή που έχουν για τη χειρουργική επέμβαση. Το λιγότερο σημαντικό για αυτούς είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες, ενώ όλα τα άλλα κριτήρια της έρευνας κυμαίνονται σε παρόμοια επίπεδα.



### 3.2.4 Διάγραμμα Δράσης (Action Maps)

Διάγραμμα 21: Διάγραμμα Δράσης (Action Maps)



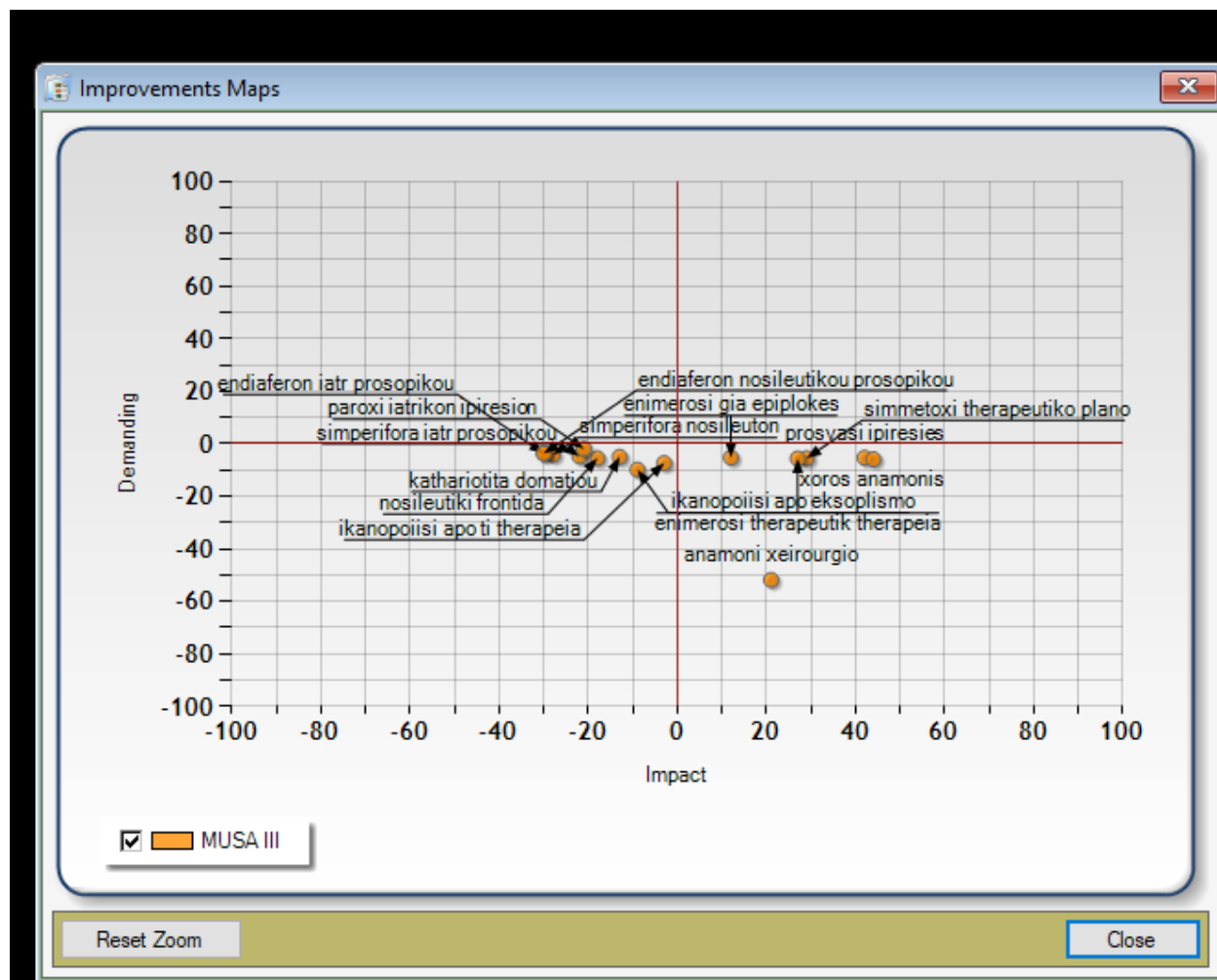
Όπως έχουμε αναφέρει και στο Κεφάλαιο 2 για τα Διαγράμματα Δράσης, θα μας υποδείξουν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία ικανοποίησης των πελατών και επιπλέον, θα μας κατευθύνουν για το ποιες προσπάθειες βελτίωσης μπορούν να επιτευχθούν. Από το Διάγραμμα 21, μπορούμε λοιπόν να διακρίνουμε τα τέσσερα τεταρτημόρια, όπου ισχύουν τα παρακάτω:

- Στο 1<sup>ο</sup> τεταρτημόριο (Περιοχή Μεταφοράς Πόρων - υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα) οι διαστάσεις ικανοποίησης (ενδιαφέρον και συμπεριφορά του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού, καθαριότητα του δωματίου, παροχή Ιατρικών υπηρεσιών) αφορούν τους πόρους του Νοσοκομείου και το που αυτοί οι πόροι μπορούν να διατεθούν με τον ορθότερο τρόπο, με σημαντικότερες διαστάσεις να είναι το ενδιαφέρον του Ιατρικού και του Νοσηλευτικού προσωπικού.

- Στο 2<sup>ο</sup> τεταρτημόριο (Περιοχή ισχύος - υψηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα) οι διαστάσεις ικανοποίησης που αφορούν την αναμονή για χειρουργείο, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι για το γεγονός ότι οι πελάτες έχουν προτιμήσει την υπηρεσία που μελετάμε.
- Στο 3<sup>ο</sup> τεταρτημόριο (Περιοχή Ισχύουσας κατάστασης - χαμηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα) δεν απαιτείται καμία ενέργεια, δεδομένου ότι αυτές οι διαστάσεις ικανοποίησης (ενημέρωση για επιπλοκές, ενημέρωση για θεραπεία, συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο, πρόσβαση στις υπηρεσίες και χώρος αναμονής) δεν θεωρούνται σημαντικές από τους πελάτες.
- Στο 4<sup>ο</sup> τεταρτημόριο (Περιοχή Δράσης - χαμηλή απόδοση και υψηλή σημαντικότητα) φαίνεται ότι δεν υπάρχουν κριτήρια για να γίνουν προσπάθειες βελτίωσης και να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών συνολικά.

### 3.2.5 Διάγραμμα Βελτίωσης (Improvements Maps)

Διάγραμμα 22: Διάγραμμα Βελτίωσης (Improvements Maps).



Τα Διαγράμματα Δράσης είναι σε θέση να υποδείξουν ποιές διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν. Στο Διάγραμμα 22 μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερα τεταρτημόρια σε σχέση με την απαιτητικότητα (υψηλή/χαμηλή) και την αποτελεσματικότητα (υψηλή/χαμηλή) που δείχνουν τα εξής:

- 1<sup>η</sup> προτεραιότητα: αυτή η περιοχή δείχνει δράσεις άμεσης βελτίωσης, μια και οι διαστάσεις αυτές (ενημέρωση για τις επιπλοκές, πρόσβαση στις υπηρεσίες, συμμετοχή στο θεραπευτικό πλάνο, χώρος αναμονής, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και αναμονή του χειρουργείου) είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές και οι πελάτες δεν απαιτούν.
- 2<sup>η</sup> προτεραιότητα: οι διαστάσεις ικανοποίησης εδώ παρουσιάζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα και αυτές οι

διαστάσεις είναι: το ενδιαφέρον και η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η παροχή ιατρικών υπηρεσιών και η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, η καθαριότητα του δωματίου, η ενημέρωση για τη θεραπεία και η ικανοποίηση από αυτήν.

## **Κεφάλαιο Τέταρτο**

### **Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις**

#### 4.1 Συζήτηση- Συμπεράσματα – Εισηγήσεις

Αυτό που συμπεραίνουμε από τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών είναι ότι κυμαίνεται σε πολύ υψηλά επίπεδα και οι μετρήσεις έδειξαν εξίσου υψηλή βαθμολογία για όλα τα κριτήρια ικανοποίησης που εξετάστηκαν, σε σχέση με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η μέθοδος MUSA της πολυκριτηριακής ανάλυσης που χρησιμοποιήσαμε αποτελεί μια αξιόπιστη προσέγγιση για την αποδοτικότητα της Κλινικής που ερευνήσαμε. Χρειαζόμαστε όμως περισσότερες έρευνες ικανοποίησης, έτσι ώστε να είναι εφικτή η διεξαγωγή συμπερασμάτων για την εσωτερική αξιολόγηση της Κλινικής μέσω της τεχνικής του benchmarking, δηλαδή της μέτρησης απόδοσης και τη διεξαγωγή ενεργειών βελτίωσης.

Ανακεφαλαιώνοντας, είδαμε ότι ο ασθενής που εισάγεται στην Κλινική της Χειρουργικής Ογκολογίας φαίνεται να ενδιαφέρεται περισσότερο για την αναμονή του χειρουργείου (12,07%) σε σχέση με τα υπόλοιπα κριτήρια, ενώ το λιγότερο σημαντικό είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (5,82%). Από την κοίλη μορφή της καμπύλης της συνάρτησης αξιών διαπιστώνουμε ότι έχουμε «μη-απαιτητικούς πελάτες». Οι διαστάσεις ικανοποίησης: αναμονή για χειρουργείο, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι για το γεγονός ότι οι πελάτες έχουν προτιμήσει την υπηρεσία που μελετάμε. Τέλος, η 1η προτεραιότητα στα Διαγράμματα Βελτίωσης δείχνει δράσεις άμεσης βελτίωσης που θα πρέπει να προχωρήσει η Διοίκηση και είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές και οι πελάτες δεν απαιτούν.

Είναι αναγκαίο να γίνει επέκταση της έρευνας και στα υπόλοιπα Τμήματα του Οργανισμού, ώστε να εκτιμηθούν συνολικά τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία του.

Επίσης, κρίνεται σημαντική η σύγκριση του Οργανισμού με άλλα Νοσοκομεία, ώστε να εκτιμηθούν οι επιδόσεις του Οργανισμού.

Τέλος, έμφαση πρέπει να δοθεί όχι μόνο στην ικανοποίηση, αλλά και στη «διατήρηση» των πελατών (Finkelman D., Goland T., 1990), μια και η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι η μοναδική συνθήκη για την επιλογή ενός Οργανισμού.

## 4.2 Βιβλιογραφία

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Καλογεροπούλου Μ., «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων», ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2011, 28(5):667-673.

Λάμπρος Φώτιος, “Benchmarking”, πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Τμήμα Μηχανικών Πληροφορικής, Άρτα, 2014.

Μερκούρης Αναστάσιος, «Ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ, 1996.

Μπαμπάτσικου Π., Φωτούλα, Γερογιάννη Κ. Γεωργία, «Νοσηλευτικό Τμήμα: Κριτήρια δημιουργίας ενός επιτυχημένου Μοντέλου», Το Βήμα του Ασκληπιού, 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012.

Μπαμπινιώτης Γεώργιος, «ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ», ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ, Μάρτιος 2012, σελ.772.

Νταμπάκη Χ., «Η ικανοποίηση των πελατών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας », Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, μεταπτυχιακή διατριβή, 2009, σελ.17.

Ραφτόπουλος Β., «Τα θέλω και τα μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας», ΤΕΠΑΚ, Λευκωσία, 2009.

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Abramowitz Susan et al, “Analyzing Patient Satisfaction: A Multianalytic Approach”, QRB - Quality Review Bulletin, Volume 13, Issue 4, April 1987, Pages 122-130.

Accreditation Association for Ambulatory Health Care, "The Importance of Aiken Linda H et al, "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States", BMJ 2012; 344.

API Healthcare Corporation, "The Rising Importance of Patient Satisfaction in a Value-Based Environment", 2015.

Bachman John W., "The Problem With Patient Satisfaction Scores", Fam Pract Manag. 2016 Jan-Feb;23(1):23-27.

Bertakis Klea D. et al, "The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction", Journal of Family Practice, Feb. 1991, p. 175+. Academic OneFile, Accessed 6 Oct. 2017.

Brédart A. et al, "A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients", Supportive Care in Cancer, October 1998, Volume 6, Issue 6, pp 518–523.

Butowa P. et al, "Information booklets about cancer:: factors influencing patient satisfaction and utilization", Patient Education and Counseling Volume 33, Issue 2, 1 February 1998, Pages 129-141, ELSEVIER, 1998.

Carr-Hill R., "The measurement of patient satisfaction", J Public Health Med 14:236–249, 1992.

Chow Andre et al, "Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery", Surgery, Volume 146, Issue 3, September 2009, p. 435-443.



Cleary Paul D, "The increasing importance of patient surveys; Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement", *BMJ*. 1999 Sep 18; 319(7212): 720–721.

Devkaran Subashnie, "PATIENT EXPERIENCE IS NOT PATIENT SATISFACTION - Understanding the fundamental differences", *Quality and Patient Safety*, Institute Cleveland, Clinic Abu Dhabi.

Donabedian A., "Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessments", vol 1. *Health Administration Press*, 1980, Ann Arbor.

Doyle Cathal et al, "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness", *BMJ Open*, 2013;3:e001570.

Fenton J.J. et al, "The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality", *Arch Intern Med*, 172 (2012), pp. 405-411.

Finkelmann D., Golland T., "Case of the Complaining Customer", *Harvard Business Review*, 1990.

Garland B, Westbrook R., "An exploration of client satisfaction in a nonprofit context", *J Acad Mar, Sci* 17(4):297–303, 1989.

Gayet-Ageron Angèle et al, "Barriers to Participation in a Patient Satisfaction Survey: Who Are We Missing?", *Plos One*, October 26, 2011.

Gill Liz, Lesley White, "A critical review of patient satisfaction", *Leadership in Health Services*, Vol. 22 Issue: 1, pp.8-19.

Grigsby J. Eugene, "PATIENT SATISFACTION: WHY IT MATTERS?", National Health Foundation, September 29, 2011.

Habbal Youssef, "Determining Patient's Satisfaction with Medical Care", American University of Science and Technology, Beirut, Lebanon.

Hall A. Judith, Dornan C. Michael, "WHAT PATIENTS LIKE ABOUT THEIR MEDICAL CARE AND HOW OFTEN THEY ARE ASKED: A META-ANALYSIS OF THE SATISFACTION LITERATURE", *Sot. Sci. Med.* Vol. 27, No. 9. pp. 935-939, 1988.

Johansson Peter et al, "Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study", Wiley Online Library, 23 November 2002.

Johnson C., "Why patient satisfaction surveys are riddled with problems", KevinMD, JUNE 23, 2014.

Junewicz Alexandra, Stuart J. Youngner, "Patient-Satisfaction Surveys on a Scale of 0 to 10: Improving Health Care, or Leading It Astray?", Hastings Center, 2015.

Kabengele Mpinga Emmanuel , Philippe Chastonay, "Satisfaction of patients: A right to health indicator?", *Health Policy*, May 2011 Volume 100, Issues 2-3, Pages 144–150.

Kathryn A. Marley et al, "The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals", Wiley Online Library, Volume 35, Issue 3, August 2004, Pages 349–369.

Kennedy Gregory D. et al, "Is There a Relationship Between Patient Satisfaction and Favorable Outcomes?", *Ann Surg.* 2014 Oct; 260(4): 592–600.

Kleeberg U. R. et al, "Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC\* study", *Supportive Care in Cancer* May 2005, Volume 13, Issue 5, pp 303–310.

Kupfer Joel M. , Edward U. Bond, "Patient Satisfaction and Patient-Centered Care; Necessary but Not Equal", *JAMA.* 2012;308(2):139-140.

Merkouris et al, "Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services", *Wiley Online Library*, January 1999.

Naidu A., "Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality", *IJHCQA* 22,4, 2008.

Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L., "A conceptual model of service quality and its implications for future research", *J Mark*, 1985, 49:41–50.

Parker SC, Kroboth FJ., "Practical problems of conducting patient-satisfaction surveys", *J Gen Intern Med.*, 1991, Sep-Oct; 6(5):430-5.

Patient Satisfaction", *Quality Improvement Insights*, 2015.

Quintana José M et al, "Predictors of patient satisfaction with hospital health care", *BMC Health Services Research*, 2006, 6:102.

Rahmqvist M., "Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units", *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 13, Issue 5, 1 October 2001, Pages 385–390.

Randy S Roth et al, "Psychological Factors Predict Patient Satisfaction with Postmastectomy Breast Reconstruction", *Plastic & Reconstructive Surgery*: June 2007 - Volume 119 - Issue 7 - pp 2008-2015.

Rashid Al-Abri , Amina Al-Balushi, "Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement", *Oman Med J*. 2014 Jan; 29(1): 3–7.

Ross, Caroline K et al, "The Role of Expectations in Patient Satisfaction with Medical Care", *Journal of Health Care Marketing*; Boone 7.4 (Dec 1987): 16.

Sacks GD et al, "Relationship Between Hospital Performance on a Patient Satisfaction Survey and Surgical Quality", *JAMA Surg*. 2015 Sep;150(9):858-64.

Shilling Valerie et al, "Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: Can communication skills training for clinicians improve satisfaction?", *Psycho-Oncology*, 8 May 2003.

Sitzia John & Neil Wood, "Patient satisfaction: A review of issues and concepts", *Social Science & Medicine*, Volume 45, Issue 12, December 1997, Pages 1829-1843.

Stryker C., "Four Common Problems Found in Patient Satisfaction Surveys", *Physicians Practice*, August 13, 2014.

Szyca R. et al, "Analysis of factors influencing patient satisfaction with hospital treatment at the surgical department", *Pol Przegl Chir*. 2012 Mar;84(3):136-43.

Taylor Steven et al, "Modeling patient satisfaction and service quality", *Journal of Health Care Marketing*; Boone Vol. 14, Iss. 1, (Spring 1994): 34.

Tsai TC et al, "Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals", Ann Surg. 2015 Jan;261(1):2-8.

Vuori H., "Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care?", QRB. Quality Review Bulletin [01 Mar 1987, 13(3):106-108].

Ware JE et al, "The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature", The Rand Corporation, December 1977.

Ware John E., JR. et al, "DEFINING AND MEASURING PATIENT SATISFACTION WITH MEDICAL CARE", Evaluation and Program Planning, Vol. 6, pp. 247-263, 1983.

### 4.3 Παραρτήματα

#### 4.3.1 Εργαλείο μέτρησης

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ**  
**ΑΣΘΕΝΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ**

➤ **Φύλο:**

Άνδρας  Γυναίκα

➤ **Ηλικία:**

18-25  26-35  36-45  46-55  56-65  >66

➤ **Εκπαίδευση:**

ΛΥΚΕΙΟ

ΙΔ. ΣΧΟΛΗ/ΙΕΚ

ΑΕΙ/ΑΤΕΙ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

➤ **ΕΙΣΟΔΗΜΑ:** <700€  700€-1400€  1401€-2000€

2001€-3000€  3001€ και άνω

➤ Για ποιο λόγο χειρουργείστε στην Κλινική;

.....

**Παρακαλώ πολύ επιλέξτε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει**

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από:	Δυσανεστημένος	Μάλλον Δυσανεστημένος	Ούτε Ικανοποιημένος/ Ούτε Δυσανεστημένος	Αρκετά Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος
1. Την αναμονή για τη χειρουργική επέμβαση	1	2	3	4	5

2. Την πρόσβαση στις υπηρεσίες	1	2	3	4	5
3. Το χώρο αναμονής	1	2	3	4	5
4. Την καθαριότητα του δωματίου	1	2	3	4	5
5. Τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό	1	2	3	4	5
6. Τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	1	2	3	4	5
7. Τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	1	2	3	4	5
8. Την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας	1	2	3	4	5
9. Τη συμμετοχή σας στο θεραπευτικό πλάνο	1	2	3	4	5
10. Την παροχή ιατρικών υπηρεσιών	1	2	3	4	5
11. Την ενημέρωση για τη φαρμακευτική σας θεραπεία	1	2	3	4	5
12. Την ενημέρωση για τις επιπλοκές /κινδύνους της επέμβασης	1	2	3	4	5

<b>13. Τη θεραπεία που λαμβάνετε</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Το ενδιαφέρον του ιατρικού προσωπικού</b>	1	2	3	4	5
<b>15. Το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Πόσο είστε ικανοποιημένος συνολικά;</b>	1	2	3	4	5