



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ**

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΜΑΛΙΑ ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ**

**Δρ. ΘΩΜΑΣ ΦΩΤΙΑΔΗΣ**

**ΑΘΗΝΑ  
ΙΟΥΝΙΟΣ 2013**



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ**

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΜΑΛΙΑ ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ**

**Δρ. ΘΩΜΑΣ ΦΩΤΙΑΔΗΣ**

**ΑΘΗΝΑ  
ΙΟΥΝΙΟΣ 2013**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	iv
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	vi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	vii
SUMMARY .....	viii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	ix
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....</b>	<b>1</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
1.1 Εισαγωγή .....	1
2.1 Δομή της Εργασίας .....	2
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....</b>	<b>4</b>
ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ. ΟΡΙΣΜΟΙ – ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ .....	4
2.1 Μάρκετινγκ Υπηρεσιών – Ορισμοί .....	4
2.2 Μείγμα Μάρκετινγκ Υπηρεσιών .....	7
2.3 Βασικά Χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών .....	10
2.4 Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας. Σκοποί – Ρόλος – Χρησιμότητα .....	13
2.5 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Δημιουργία Εμπειρία με το μοντέλο Servuction ....	14
2.6 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Μοντέλο Servqual .....	16
2.7 Εφαρμογή Στρατηγικών Μάρκετινγκ στα Δημόσια Νοσοκομεία .....	18
2.8 Παράγοντες που Δυσχεραίνουν την Εφαρμογή του Μάρκετινγκ στα Δημόσια Νοσοκομεία .....	21

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	<b>24</b>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	24
3.1 Ορισμός και Διάσταση της Ικανοποίησης .....	24
3.2 Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση .....	26
3.3 Η Σημασία της Μέτρησης της Ικανοποίησης .....	28
3.4 Η Ικανοποίηση ως Δείκτης Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας .....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b> .....	<b>31</b>
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	31
4.1 Σκοπός της Μελέτης – Ερευνητικά Ερωτήματα .....	31
4.2 Ερευνητικό Εργαλείο .....	32
4.3 Πιλοτική Εφαρμογή – Δειγματοληψία και Τρόπος Διεξαγωγής της Έρευνας .....	33
4.4 Δομή Ερωτηματολογίου .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b> .....	<b>38</b>
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	38
5.1 Παρουσίαση Δημογραφικών Στοιχείων .....	38
5.2 Παραγοντική Ανάλυση .....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b> .....	<b>54</b>
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	54
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ</b> .....	<b>58</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	<b>65</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος .....	38
Πίνακας 2. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος .....	39
Πίνακας 3. Κατανομή ανά ασφαλιστικό φορέα .....	39
Πίνακας 4. Μορφωτικό Επίπεδο Ασθενών Δείγματος .....	40
Πίνακας 5. Επίπεδο Υγείας Ασθενών .....	40
Πίνακας 6. Πίνακας επεξήγησης της διακύμανσης του μοντέλου .....	46
Πίνακας 7. Τα loadings ( $>0,5$ ) για τους τέσσερις παράγοντες που επιλέχθηκαν μετά τη varimax rotation .....	48-49
Πίνακας 8. Συνολική βαθμολογία του νοσοκομείου .....	49
Πίνακας 9. Συσχέτιση 'ιατρικής συνιστώσας' με τη βαθμολογία του νοσοκομείου .....	50
Πίνακας 10. Εφαρμογή backward stepwise regression (βαθμολογία Νοσοκομείου) .....	51
Πίνακας 11. Παράμετροι Παλινδρόμησης (Model Summary) .....	52
Πίνακας 12. Συσχέτιση πρόθεσης ασθενών να συστήσουν το νοσοκομείο με παράγοντες 1 &2 .....	52
Πίνακας 13. Εφαρμογή backward stepwise regression (σύσταση νοσοκομείου) .....	53

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Ηλικιακή κατανομή δείγματος .....	38
Διάγραμμα 2. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (ευγένεια) .....	41
Διάγραμμα 3. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (προσοχή) .....	41
Διάγραμμα 4. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (πληροφόρηση) .....	41
Διάγραμμα 5. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (παροχή βοήθειας) .....	42
Διάγραμμα 6. Ικανοποίηση ασθενών από ιατρικό προσωπικό (ευγένεια) .....	42
Διάγραμμα 7. Ικανοποίηση ασθενών από ιατρικό προσωπικό (προσοχή) .....	42
Διάγραμμα 8. Ικανοποίηση ασθενών από ιατρικό προσωπικό (πληροφόρηση) .....	43
Διάγραμμα 9. Βαθμολογία νοσοκομείου ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο .....	43
Διάγραμμα 10. Ικανοποίηση ασθενών από το περιβάλλον του νοσοκομείου .....	44
Διάγραμμα 11. Συνολική βαθμολογία νοσοκομείου .....	45

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Το ‘τρίγωνο’ του μάρκετινγκ υπηρεσιών .....	6
Σχήμα 2. Το διευρυμένο μείγμα μάρκετινγκ .....	8

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται στη χώρα μας έντονο ενδιαφέρον σχετικά με τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα, ολοένα και περισσότερα νοσηλευτικά ιδρύματα να στρέφουν το ενδιαφέρον τους στον τομέα αυτό. Σύμφωνα άλλωστε με τους ειδικούς στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός δείκτης (Μερκούρης, 2003). Αναγνωρίζοντάς τη λοιπόν, ως βασικό στοιχείο της φιλοσοφίας του μάρκετινγκ, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών υπηρεσιών υγείας του Θριασίου νοσοκομείου και να προσδιορίσει τους παράγοντες, που επηρεάζουν την αξιολόγησή τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου – Φεβρουαρίου 2013 και το μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν 77 τελικά ασθενείς, ηλικίας 20 έως 77ετών, που θέλησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπληρώνοντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο (με βάση το ερωτηματολόγιο CAHPS), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί κι από άλλα νοσοκομεία της χώρας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ασθενείς παρουσίασαν αρκετά υψηλό βαθμό ικανοποίησης, τόσο από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, όσο και από το νοσοκομείο στο σύνολό του και δήλωσαν πρόθυμοι να το συστήσουν σε τρίτους. Οι παράγοντες που φάνηκε (με την ανάλυση κυρίων συνιστωσών) να επηρεάζουν περισσότερο την αξιολόγησή τους, ήταν ‘οι γιατροί’, ‘οι νοσηλευτές’, ‘η ύπαρξη ησυχίας κατά τη διάρκεια της νύχτας’ και η ‘παροχή γραπτών οδηγιών’ κατά τη διαδικασία εξόδου. Εστιάζοντας στη βελτίωση των παραγόντων αυτών, που θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί για τους ασθενείς, θα μπορούσε μελλοντικά η διοίκηση του νοσοκομείου να προσφέρει πιο αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα υγείας.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι η παρούσα έρευνα παρουσιάζει και περιορισμούς. Το μέγεθος του δείγματος περιορίζει τη γενίκευση αποτελεσμάτων και ο τρόπος επιλογής του, (δειγματοληψία ευκολίας), ενδέχεται να θεωρηθεί μεροληπτικός (συστηματικό σφάλμα). Ωστόσο, αποτελεί μια αφετηρία για μελλοντική ερευνητική δραστηριότητα, με επανάληψη της έρευνας και σύγκριση αποτελεσμάτων.



## SUMMARY

In the past few years there is a great interest in the measurement of patient satisfaction with health care services in our country. This is the reason why an increasing number of hospitals are turning their interest in this field. As the experts in the improvement of quality of health services declare, patient satisfaction is a very important indicator (Mercouris, 2003). Recognizing the satisfaction as a key element of the philosophy of marketing, the present study attempts to examine patient satisfaction at Thriassio hospital as well as to determine the factors influencing their evaluation.

The research was conducted in the time period from January to February 2013. The sample consisted of 77 patients aged 20 to 77 years old, participating willingly in the research. The data were collected using a structured questionnaire of CHAPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) protocol, in order to be simple and understandable to the health service users.

The conclusion from data analysis was that the degree of satisfaction was high, regarding both medical and nursing care, as well as the hospital as a whole. Principal Component Analysis revealed four factors that mostly affect patients' evaluation., namely 'medical care', 'nursing care', 'quiet at night' and 'written medical instructions'. The hospital administration could provide health care services that are more effective and of better quality, in the future, focusing on improving these factors, which are considered particularly important for patients.

The present research has its limitations. The sample size limits the generalization of the results and the method of sample selection (convenience samples) may be considered biased. However, it is a starting point for future research (repetition of research and comparing results).

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Θωμά Φωτιάδη, για την παροχή συμβουλών και κατευθύνσεων κατά την διάρκεια της εργασίας, καθώς και για την υπομονή του.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την ιατρό Μαρία Κομπότη, για την καθοριστική της βοήθεια στη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά τη Διοίκηση του Θριασίου Νοσοκομείου και της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, που επέτρεψαν την πραγματοποίηση της έρευνας, τους συναδέλφους για την πολύτιμη βοήθειά τους και τους ασθενείς που διέθεσαν με προθυμία το χρόνο τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μάρκετινγκ των υπηρεσιών αποτελούσε μέχρι πρόσφατα μια έννοια χωρίς ιδιαίτερο ενδιαφέρον, μια και δινόταν περισσότερο βάρος στις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών και στην αναζήτηση τρόπων αποτελεσματικότερου συντονισμού, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητάς τους. Επιπλέον, επικρατούσε η τάση να δίνεται μεγαλύτερη αξία στο αντικείμενο της υπηρεσίας και μικρότερη στον πελάτη που λάμβανε την υπηρεσία. (Γούναρης, 2012). Σε αυτό τον τομέα του μάρκετινγκ δεν δίνεται έμφαση τόσο στην προώθηση και τη διαφήμιση, αλλά κυρίως στην οργάνωση, τον προγραμματισμό, την έρευνα και την ικανοποίηση των πολιτών που αποτελούν τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (Brown, 2002).

Όσον αφορά στο χώρο της υγείας, οι ιδιωτικές επιχειρήσεις έχουν στραφεί στο μάρκετινγκ και έχουν εντάξει τις αρχές και τις μεθόδους τους στα πλαίσια της επιχειρηματικής τους δραστηριότητας. Τα δημόσια νοσοκομεία πρόσφατα (υγειονομική μεταρρύθμιση ν.2889/2001) άρχισαν να εφαρμόζουν στρατηγικές μάρκετινγκ προσπαθώντας να ανταποκριθούν στην κοινωνική εξέλιξη και πραγματικότητα (Σαράφης, 2011). Δεν είναι άλλωστε λίγοι αυτοί που θεωρούν το μάρκετινγκ πολυτέλεια για ένα δημόσιο νοσοκομείο ή ασυμβίβαστο με την ιατρική προσφορά.

Το μάρκετινγκ των υπηρεσιών υγείας δεν εξετάζει μόνο τις τέσσερις μεταβλητές (four p's) του μείγματος μάρκετινγκ (προϊόν, διανομή, τιμή και προώθηση), αλλά επιπλέον τους ανθρώπους, την υποδομή και τις διαδικασίες. Έναν καλό δείκτη της εφαρμογής της φιλοσοφίας του μάρκετινγκ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο θα μπορούσε να αποτελέσει ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών, δηλαδή των ασθενών.

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή και κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, όπως προκύπτει από την εικόνα των χρηστών μετά τη χρήση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, από την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες που έλαβαν, καθώς και από τη διάθεσή τους να συστήσουν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε τρίτους.

Καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός σχεδίου μάρκετινγκ κρίνεται η διερεύνηση των αναγκών και απαιτήσεων των χρηστών των υπηρεσιών, έτσι ώστε

μέσα από την ποσοτικοποίηση των ποιοτικών μεταβλητών και κριτηρίων τα οποία θα κληθούν να αξιολογήσουν, να εξαχθούν τα συμπεράσματα εκείνα που θα βοηθήσουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εκτίμηση άλλωστε της γνώμης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, με την μέτρηση της ικανοποίησής τους από αυτές, αποτελεί σύμφωνα με τους Turnbull και Hembree (1999), αντικείμενο επιστημονικής έρευνας με μεγάλο ενδιαφέρον.

## 1.2 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το πρώτο μέρος ξεκινά με το δεύτερο κεφάλαιο, όπου επιχειρείται η θεωρητική προσέγγιση της έννοιας του μάρκετινγκ υπηρεσιών μέσα από τους ορισμούς, που έχουν προσπαθήσει να το ερμηνεύσουν. Στη συνέχεια, αναλύονται η χρησιμότητα, οι σκοποί και ο ρόλος του στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τα μοντέλα Servuction και Servqual και η σημασία τους. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι στρατηγικές μάρκετινγκ που εφαρμόζουν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας και εξετάζονται οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την εφαρμογή του μάρκετινγκ στο δημόσιο τομέα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ορισμό και τις διαστάσεις της ικανοποίησης, καθώς και στους παράγοντες που είναι δυνατό να επηρεάσουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει, όχι μόνο στη συλλογή πληροφοριών, αλλά κυρίως στην ενδυνάμωση του ρόλου τους, μια και έμμεσα συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Επίσης, αναγνωρίζεται ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από το τέταρτο κεφάλαιο ξεκινά το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Σε αυτό αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά την υλοποίηση της έρευνας. Αναλύονται ο σκοπός της μελέτης και τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία καλείται να απαντήσει. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η δομή του ερωτηματολογίου και οι λόγοι που οδήγησαν στην επιλογή του. Επίσης, παρουσιάζεται ο τρόπος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε, η πιλοτική εφαρμογή της έρευνας και η πορεία διεξαγωγής της.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Αρχικά, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και ακολουθεί η στατιστική ανάλυση της έρευνας.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στα αποτελέσματα και συμπεράσματα της έρευνας, καθώς και σε προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

Στις βιβλιογραφικές τέλος αναφορές, υπάρχουν όλες οι διαθέσιμες πηγές, τα έγγραφα και οι ιστοσελίδες που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ στο παράρτημα δίνονται πληροφορίες που είναι απαραίτητες για μια πιο ολοκληρωμένη παρουσίαση της εργασίας.

# ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ. ΟΡΙΣΜΟΙ – ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

## 2.1 ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ – ΟΡΙΣΜΟΙ

Η έννοια του μάρκετινγκ έχει υποστεί αρκετές μεταβολές στο πέρασμα του χρόνου, όπως άλλωστε μαρτυρούν οι διαφορετικοί ορισμοί που έχουν προσπαθήσει να το ερμηνεύσουν. Το Βρετανικό Ινστιτούτο Μάρκετινγκ (όπως αναφέρεται στους Κώστα και Αλεξία Τζωρτζάκη, 2002) θεωρεί ότι είναι η ‘διαδικασία της διοίκησης, με τη οποία εντοπίζονται, προβλέπονται και ικανοποιούνται οι ανάγκες του καταναλωτή, με κάποιο κέρδος για την επιχείρηση’. Σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Εταιρείας Μάρκετινγκ (American Marketing Association) του 2008, το μάρκετινγκ αναφέρεται στη δραστηριότητα, το σύνολο των θεσμών και των διαδικασιών για τη δημιουργία, επικοινωνία, παροχή και ανταλλαγή προσφορών (προϊόντων, υπηρεσιών, λύσεων), που έχουν αξία για τους καταναλωτές, τους πελάτες, τους συνεργάτες, καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Κατά τον Malcolm McDonald (2009) ‘Το μάρκετινγκ είναι μια διαδικασία συνδυασμού των δυνατοτήτων μιας εταιρείας με τις επιθυμίες των πελατών’.

Για την καλύτερη κατανόηση της ιδιαιτερότητας του μάρκετινγκ υπηρεσιών σε σχέση με αυτό των αγαθών, είναι σημαντικό να υπάρχει μια σαφής διάκριση μεταξύ της έννοιας ‘αγαθό’ και της έννοιας ‘υπηρεσία’. Η διάκριση αυτή είναι αρκετά δύσκολη, μια και δεν είναι πάντα άμεσα εμφανές, αν ένα προϊόν αποτελείται περισσότερο από στοιχεία αγαθού ή από στοιχεία υπηρεσίας (Γούναρης, 2012). Ενώ ως αγαθό μπορεί να χαρακτηριστεί οτιδήποτε μπορεί να προσφερθεί για να ικανοποιήσει μια ανάγκη ή επιθυμία, ως υπηρεσία νοείται σύμφωνα με τον Kotler (2001), οποιαδήποτε πράξη ή δραστηριότητα που ένα μέρος μπορεί να προσφέρει σε κάποιο άλλο μέρος και η οποία είναι ουσιαστικά μη χειροπιαστή και δεν καταλήγει σε καμιά μορφή ιδιοκτησίας. Η παραγωγή της μπορεί να συνδέεται ή μπορεί να μη συνδέεται με ένα φυσικό προϊόν.

Στο άρθρο του με τίτλο Services Marketing Is Different (περιοδικό Business Magazine) ο Berry (1980), προκειμένου να αποσαφηνίσει τις παραπάνω έννοιες, υιοθετεί τους ακόλουθους ορισμούς:

**Υπηρεσία:** Πράξεις / Ενέργειες, Επιδόσεις, Αποτέλεσμα

**Αγαθό:** Αντικείμενα, Εργαλεία, Πράγματα

**Προϊόν:** Μόνον Υπηρεσίες, Μόνον Αγαθά ή Συνδυασμός

Σύμφωνα με τους ορισμούς του Berry, η υπηρεσία είναι αποτέλεσμα των συγκεκριμένων πράξεων / ενεργειών στις οποίες προβαίνει ο πάροχός της, των επιδόσεων που ο πάροχος έχει, προβαίνοντας στις συγκεκριμένες πράξεις / ενέργειες, καθώς και των αποτελεσμάτων που οι πράξεις αυτές, σε συνδυασμό με την ικανότητα του παρόχου να επιτυγχάνει συγκεκριμένες επιδόσεις, έχουν για τον παραλήπτη / αγοραστή της υπηρεσίας. Κατά τον Γούναρη (2012), υπηρεσία συνιστά κάθε πράξη ή απόδοση, την οποία μπορεί να προσφέρει μια πλευρά σε μια άλλη, είναι άυλη και δεν καταλήγει σε εξασφάλιση ιδιοκτησίας πάνω σε κάτι.

Αγαθά αντίθετα, θεωρούνται συγκεκριμένα αντικείμενα, εργαλεία ή πράγματα που ο παραγωγός παράγει, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής μιας συγκεκριμένης παραγωγικής διαδικασίας, που είναι τελείως ανεξάρτητη από τον πελάτη / αγοραστή του αγαθού, μια και δεν έχει καμία συμμετοχή στην παραγωγική αυτή διαδικασία.

Ως προϊόντα τέλος ορίζονται, είτε οι υπηρεσίες που προσφέρει ένας πάροχος υπηρεσιών, είτε τα αγαθά που παράγει ένας παραγωγός, είτε ο συνδυασμός υπηρεσιών και αγαθών, σε μια συνολική - ενοποιημένη προσφορά προς τον καταναλωτή/αγοραστή του προϊόντος (Γούναρης, 2012).

Η έννοια της υπηρεσίας προσδιορίζεται επίσης σύμφωνα με τον Edvardsson (1998) από το τρίπτυχο:

- των προϋποθέσεων, των απαιτούμενων δηλαδή πόρων που καθιστούν εφικτή την παροχή της υπηρεσίας,
- της διαδικασίας που παράγει την υπηρεσία (στην οποία συμμετέχουν και οι πελάτες) και
- του αποτελέσματος της διαδικασίας.

Στην παραγωγή και παράδοση των υπηρεσιών λαμβάνουν μέρος η επιχείρηση, οι εργαζόμενοι και οι πελάτες, που αποκαλούνται “τρίγωνο των υπηρεσιών” (Kotler, 1994). Ταυτόχρονα, εισάγονται τρεις τύποι μάρκετινγκ που θα πρέπει να εφαρμόζει μια επιχείρηση προκειμένου να είναι επιτυχημένη, το εσωτερικό, το εξωτερικό και το διαδραστικό μάρκετινγκ. Οι Zeithalm & Bitner (1996), όπως φαίνεται στο σχήμα 1, θεωρούν ότι το

εξωτερικό μάρκετινγκ “θέτει την υπόσχεση”, το εσωτερικό “κάνει την υπόσχεση πραγματικότητα” και το διαδραστικό “παραδίδει την υπόσχεση”.



**Source:** Zeithaml and Bitner (1996, p. 23)

*Σχήμα 1. Το “τρίγωνο” του μάρκετινγκ υπηρεσιών*

Η επιχείρηση δηλαδή, δημιουργεί υποσχέσεις στους πελάτες της σχετικά με την εκπλήρωση των προσδοκιών (expectations) τους και είναι υπεύθυνη για την εξασφάλιση της υλοποίησής τους. Έτσι, ο πελάτης αξιολογεί ό,τι προσφέρεται σε αυτόν βάσει των προσδοκιών που του έχουν δημιουργηθεί με το εξωτερικό μάρκετινγκ και της αντίληψής (perceptions) του από τις υπηρεσίες που εισέπραξε. Η δυαδική αυτή αλληλεπίδραση συγκεκριμένου χρόνου μεταξύ προμηθευτή και καταναλωτή για τη συμπαραγωγή μιας υπηρεσίας, ονομάζεται σύμφωνα με τον ορισμό των Surprenant και Solomon (1987) “στιγμή της αλήθειας” (moment of truth). Κάθε “στιγμή αλήθειας” που εντυπώνεται στο μυαλό ενός χρήστη υπηρεσιών είτε θετικά, είτε αρνητικά καλείται “κρίσιμο συμβάν” (critical incident).

Ο βαθμός τέλος εκπλήρωσης των προσδοκιών του χρήστη καθορίζει και την αξιολόγηση του επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας από τη δική του πλευρά.



## 2.2 ΜΕΙΓΜΑ ΜΚΤ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Οι μεταβλητές που συνθέτουν το μείγμα μάρκετινγκ των αγαθών, τα τέσσερα 4Ps, είναι σύμφωνα με τον McCarthy (1996), το προϊόν (product), η διανομή (place), η τιμή (price) και η προώθηση (promotion). Οι τέσσερις αυτές μεταβλητές παρουσιάζουν μεγάλη συσχέτιση μεταξύ τους και αλληλεξάρτηση και ο συνδυασμός τους είναι δυνατό να δημιουργήσει ένα βέλτιστο μείγμα των τεσσάρων αυτών παραγόντων, για το κάθε τμήμα της αγοράς, την κάθε χρονική στιγμή (Παντουβάκης, 2000).

Το κλασσικό αυτό μείγμα μάρκετινγκ είναι δυνατό να προκαλέσει πολλά προβλήματα, εάν εφαρμοστεί αυτούσιο στις υπηρεσίες. Σύμφωνα με το Σκανδιναβό ακαδημαϊκό Grönroos (1994), η ‘επιστημονική διοικητική’ που πρεσβεύει τη μείωση του κόστους με κάθε τίμημα και τη δημιουργία οικονομιών κλίμακας για την επίτευξη κερδοφορίας, είναι δυνατό να παγιδεύσει τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών σε ένα καταστροφικό κύκλο μείωσης της ποιότητας, διάρρηξης των εσωτερικών ανθρώπινων σχέσεων, αδιαφορίας προς τον πελάτη με συνέπεια, τη μείωση της αρχικά σκοπούμενης κερδοφορίας. Οι υπηρεσίες διαθέτουν κάποια μοναδικά χαρακτηριστικά, την αύλότητα, την αδιαιρετότητα, τη φθαρτότητα και την μεταβλητότητα.

Προκειμένου να ξεπεραστούν οι δυσκολίες της εφαρμογής του κλασσικού μείγματος μάρκετινγκ στις υπηρεσίες, οι Αμερικανοί Booms και Bitner αρχικά (1982) και οι Christopher, Payne και Balantyne μια δεκαετία αργότερα, συμπεριέλαβαν στο μείγμα μάρκετινγκ τρεις επιπλέον διαστάσεις, τους ανθρώπους (people), τις διαδικασίες (processes) και τη φυσική μαρτυρία (physical evidence), αυξάνοντας τα 4Ps σε 7Ps, δημιουργώντας το διευρυμένο μείγμα μάρκετινγκ (σχήμα 2).



Πηγή: The 7 Ps of services marketing, Business Fundas, 2010

Σχήμα 2. Το διευρυμένο μείγμα μάρκετινγκ

Στόχος της επέκτασης αυτής είναι, να μπορέσει η κάθε επιχείρηση μέσα από τις επιπλέον αυτές διαστάσεις, να κατανέμει σε περισσότερα κομμάτια τις υπηρεσίες που παρέχει, ώστε να είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμες.

Οι “άνθρωποι” διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στις υπηρεσίες, μια και η παραγωγή και κατανάλωση της υπηρεσίας γίνονται ταυτόχρονα και ο ανθρώπινος παράγοντας δεν μπορεί να περιοριστεί ή να διαχωριστεί από το τελικό προϊόν. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην παραγωγή της υπηρεσίας αποτελούν φορείς μηνυμάτων για την ίδια την υπηρεσία. Η συμπεριφορά, η εμφάνιση και γενικότερα η στάση τους επηρεάζουν άμεσα την αντίληψη του πελάτη για το επίπεδο και την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Οι “διαδικασίες” αναφέρονται στις δραστηριότητες, τις λειτουργίες και τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στην παραγωγή των υπηρεσιών και εκλαμβάνονται από τον

πελάτη ως στοιχείο ποιότητας (ταχύτητα και πληρότητα εξυπηρέτησης) και συγκριτικού πλεονεκτήματος της υπηρεσίας (Λυμπερόπουλος, Παντουβάκης, 2000).

Η “φυσική μαρτυρία” τέλος, ο χώρος δηλαδή, τα υλικά στοιχεία της προσφοράς υπηρεσιών, καθώς και οι μαρτυρίες τρίτων, είναι δυνατό να συντελέσουν θετικά ή αρνητικά στην αντίληψη του πελάτη για την επιχείρηση.

Η προσαρμογή της ορολογίας των πολιτικών μάρκετινγκ στο μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει, σύμφωνα με τον McCarthy (1984):

- την υπηρεσία (προϊόν), που είναι η περίθαλψη και η θεραπεία, υπηρεσία ιδιαίτερα ευαίσθητη και σημαντική με αυστηρές προδιαγραφές και απαιτήσεις
- την τιμή, στην περίπτωση του νοσοκομείου το νοσήλιο
- τη διανομή των υπηρεσιών, που αναφέρεται στο δίκτυο των σημείων πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα σημεία αυτά μπορεί να είναι τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα ιατρεία ακόμα και τα ασθενοφόρα (Τομάρας, 2006)
- την προώθηση, που περιλαμβάνει διάφορα μέσα προβολής και επικοινωνίας
- τους ανθρώπους, που μπορεί να εκπληρώνουν έναν παραγωγικό ή λειτουργικό ρόλο, αλλά το κρίσιμο είναι ότι έρχονται σε επαφή (άμεση ή έμμεση) με τους πελάτες και η συμπεριφορά τους επηρεάζει σημαντικά, το πως αυτοί αντιλαμβάνονται την ποιότητα της υπηρεσίας
- την υποδομή (φυσική μαρτυρία), που χαρακτηρίζει όλα εκείνα τα στοιχεία που μπορούν να παρουσιάσουν την υπηρεσία και να πείσουν για τη καλή της ποιότητα, όπως άρτιες κτηριακές εγκαταστάσεις, σύγχρονα μηχανήματα, εμφάνιση προσωπικού, καθαριότητα χώρου
- τις διαδικασίες, την ανάπτυξη δηλαδή κανονισμών στο πλαίσιο οργανωτικών βελτιώσεων, εκτός αυτών που ορίζονται από τους νόμους, και είναι απαραίτητοι για τη ρύθμιση πολύπλοκων θεμάτων και ιδιαιτεροτήτων της λειτουργίας των νοσοκομείων (Πιερράκος, 2008).

Όπως είναι εμφανές από τα παραπάνω, ο παραδοσιακός διαχωρισμός της επιχείρησης στις λειτουργίες παραγωγής, μάρκετινγκ, χρηματοοικονομικών υπηρεσιών και προσωπικού, που είναι συνηθισμένος στις επιχειρήσεις μεταποίησης, είναι ακατάλληλος για τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών. Αυτές απαιτούν διαφορετικές οργανωτικές δομές,

προσαρμοσμένες τις απαιτήσεις και τις ιδιομορφίες τους (Πετρώφ, Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκη Α., 2002).

## **2.3 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Τα αγαθά, όπως προαναφέρθηκε, είναι απτά και συγκεκριμένα, μπορούν να αποθηκευτούν και να μεταφερθούν. Η παραγωγή και η διανομή τους χωρίζονται από την κατανάλωση και οι καταναλωτές δεν συμμετέχουν στην διαδικασία παραγωγής τους. Αντίθετα οι υπηρεσίες είναι άυλες και ετερογενείς, δεν μεταφέρονται και δεν αποθηκεύονται. Η παραγωγή, η διανομή και η κατανάλωσή τους είναι ταυτόχρονες. Οι καταναλωτές συμμετέχουν στην διαδικασία παραγωγής και η κύρια αξία τους παράγεται από την αλληλεπίδραση πωλητή και καταναλωτή (Grönroos, 2000).

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές, ότι οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από αϋλότητα, αδιαιρετότητα, αναλωσιμότητα και ανομοιογένεια (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1985) γεγονός που δημιουργεί πληθώρα προβλημάτων, τόσο τους παρόχους των υπηρεσιών, όσο και στους αποδέκτες – καταναλωτές.

Η αϋλότητα, η έλλειψη δηλαδή φυσικών χαρακτηριστικών στις υπηρεσίες, δεν επιτρέπει τη χρήση των αισθήσεών μας, ώστε να τις αντιληφθούμε πριν τις αποκτήσουμε (Λυμπερόπουλος, Παντουβάκης, 2000). Για το λόγο αυτό, η επιλογή μας στηρίζεται σε γνώμες και κρίσεις άλλων, που είναι χρήστες της υπηρεσίας, ή σε δική μας προηγούμενη εμπειρία, που δε μπορεί όμως να εγγυηθεί με βεβαιότητα το αποτέλεσμα. Ρόλος άλλωστε του μάρκετινγκ υπηρεσιών είναι να μειώσει όσο το δυνατό την αβεβαιότητα και να διασφαλίσει το ότι ο πελάτης θα λάβει αυτό που ζητάει.

Η άυλη φύση των υπηρεσιών, που αποτελεί και την κυριότερη διαφορά της από τα αγαθά (Berry, 1980), δημιουργεί επιπλέον προβλήματα όπως:

*Δυσκολία επίδειξης ή προβολής του προϊόντος. Προβλήματα επικοινωνίας.* Δεν υπάρχει η δυνατότητα κατανόησης από όλους και με τον ίδιο τρόπο των χαρακτηριστικών του αγαθού, καθώς και των πλεονεκτημάτων που απορρέουν από τη χρήση του, από τη στιγμή που δεν είναι ορατό και απτό. Οι επιχειρήσεις που προσφέρουν υπηρεσίες δεν είναι εύκολο να ενημερώσουν τους καταναλωτές για τις παροχές τους και συνεπώς, δεν είναι εύκολο να πειστούν και να αγοράσουν μια υπηρεσία.

*Αδυναμία αποθήκευσης των υπηρεσιών.* Οι υπηρεσίες καταναλώνονται τη στιγμή που παράγονται, ως εκ τούτου δεν είναι δυνατό να αποθηκευτούν. Πιθανές διακυμάνσεις στη ζήτηση, δεν είναι δυνατό να ικανοποιηθούν και να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία αποθεμάτων, όπως στα φυσικά αγαθά. Παρουσιάζονται δηλαδή συχνά, προβλήματα συγχρονισμού ζήτησης και προσφοράς.

*Δυσκολία τιμολόγησης.* Το μεγαλύτερο ποσοστό στις υπηρεσίες καταλαμβάνει το εργατικό κόστος, πράγμα που δεν είναι πάντα εύκολο να αξιολογηθεί και να κοστολογηθεί.

*Αδυναμία νομικής προστασίας.* Η εργασία είναι αρκετά εύκολο να γίνει αντικείμενο μίμησης και αντιγραφής, επειδή δεν κατοχυρώνεται νομικά.

Όπως προαναφέρθηκε, οι υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από την ταυτόχρονη παραγωγή, διανομή και κατανάλωσή τους. Το χαρακτηριστικό αυτό της αδιαιρετότητας των υπηρεσιών αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημά τους, μια και υπάρχει ταυτόχρονη εμπλοκή παραγωγού και καταναλωτή, καθώς και αλληλεπίδραση τρίτων. Υπάρχει δηλαδή, αδυναμία διαχωρισμού της παραγωγής της υπηρεσίας από τον τόπο κατανάλωσής της, της παραγωγής της από τη συμμετοχή του πελάτη και της εμπλοκής τρίτων από το τελικό αποτέλεσμα της παραγωγής (Γούναρης, 2012). Πολλές φορές μάλιστα, η παρουσία του πελάτη δεν είναι απλά αναγκαία, αλλά και απαραίτητη (για παράδειγμα σε μια χειρουργική επέμβαση). Είναι επίσης δυνατό, ο ίδιος ο καταναλωτής να ξεκινήσει και στη συνέχεια να αναστείλει τη διαδικασία (αποφασίζει αρχικά να πάει στο θέατρο και τελικά πηγαίνει σινεμά).

- Προβλήματα που προκύπτουν από την αδιαιρετότητα των υπηρεσιών μπορεί να οφείλονται:

*Στην εμπλοκή του πελάτη στην παραγωγική διαδικασία.* Ο πελάτης αποτελεί βασικό συστατικό για την επιτυχή ή μη έκβαση της παρεχόμενης υπηρεσίας, μια και δεν είναι μόνο δέκτης της, αλλά και παραγωγός της. Μπορεί επίσης να επηρεάσει ή να μεταβάλλει το είδος και την ποσότητα της υπηρεσίας, τη διάρκειά της, το χρόνο έναρξης και λήξης, ακόμα και το αποτέλεσμα (Λυμπερόπουλος, Παντουβάκης, 2000), αφού αλληλεπιδρά με τους παραγωγικούς πόρους της επιχείρησης. Για παράδειγμα, ο γιατρός συμβουλεύει τον ασθενή να υιοθετήσει πιο υγιεινό τρόπο διατροφής και άσκηση, για την μείωση της χοληστερίνης του. Η θετική ή αρνητική έκβαση της θεραπείας εξαρτάται στο μεγαλύτερο βαθμό, από τη συμμόρφωση ή μη του ασθενούς με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

*Στην επιρροή του τόπου παραγωγής και του τρόπου παράδοσης της υπηρεσίας.* Ο τόπος παραγωγής επηρεάζει έντονα τον πελάτη, από τη στιγμή που συμμετέχει στη διαδικασία (π.χ.

ευχάριστο και καθαρό περιβάλλον). Ο τρόπος παραγωγής και παράδοσης είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικός. Η καλή διάθεση για παράδειγμα, ο επαγγελματισμός και η προσεγμένη εμφάνιση του προσωπικού, προδιαθέτουν ευχάριστα τον πελάτη και τον βοηθούν να αισθάνεται οικεία και άνετα, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη του.

*Στην επιρροή άλλων πελατών στη διαδικασία.* Πολλές φορές στο χώρο παρευρίσκονται και άλλοι πελάτες, που είναι δυνατό να επηρεάσουν αρνητικά ή να δημιουργήσουν προβλήματα στους άλλους, με τυχόν ιδιοτροπίες ή λόγω κάποιας προηγούμενης κακής εμπειρίας.

*Στη αδυναμία μαζικής παραγωγής.* Από τη στιγμή που ο προμηθευτής πρέπει να είναι παρόν κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας και μπορεί να παράγει συγκεκριμένη ποσότητα υπηρεσιών, είναι δυνατό να υπάρξουν προβλήματα στην εξυπηρέτηση σε περιόδους αυξημένης ζήτησης.

*Στη αδυναμία εξυπηρέτησης γεωγραφικά διάσπαρτων αγορών.* Επειδή απαιτείται φυσική παρουσία τόσο του παραγωγού, όσο και του πελάτη της υπηρεσίας, θα πρέπει η επιχείρηση να κάνει σημαντική επένδυση σε χώρους και σημεία πώλησης (Γούναρης, 2012).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των υπηρεσιών αποτελεί και η αναλωσιμότητα, η αδυναμία δηλαδή αποθήκευσης, μια και δεν είναι δυνατό να είναι σταθερή η ζήτηση. Σε αντίθεση με τα αγαθά, που υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσης και πώλησης σε μεταγενέστερη στιγμή, οι υπηρεσίες πρέπει να καταναλωθούν τη στιγμή της παραγωγής τους. Ο συγχρονισμός προσφοράς και ζήτησης στις υπηρεσίες είναι ιδιαίτερα δυσχερές με αποτέλεσμα, είτε η ζήτηση να είναι μεγαλύτερη από την προσφορά, όπως για παράδειγμα η ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας κατά την καλοκαιρινή περίοδο σε νησιωτικές περιοχές, που παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού, είτε γιατί η ζήτηση είναι μικρότερη από τη διαθέσιμη προσφορά, με αποτέλεσμα την υποαξιοποίηση των υλικοτεχνικών πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού (Λυμπερόπουλος, Παντουβάκης, 2000).

Η ανομοιογένεια τέλος που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες οφείλεται στην αδυναμία συστηματοποίησης του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών (Γούναρης, 2012), αφού εξαρτώνται από αυτόν που τις παράγει στο συγκεκριμένο τόπο και χρόνο και δεν παρέχεται με τον ίδιο τρόπο στον επόμενο ή ακόμα και στον ίδιο πελάτη. Οφείλεται επίσης στην έλλειψη προληπτικού ελέγχου και προτύπων παραγωγής, καθώς και στην αδυναμία εξασφάλισης διαρκώς των ίδιων συνθηκών παραγωγής, αφού το περιβάλλον αποτελεί αστάθμητη μεταβλητή.

## 2.4 ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΣΚΟΠΟΙ - ΡΟΛΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η εφαρμογή και η επιτυχία των μεθόδων και των τεχνικών του μάρκετινγκ στους παραδοσιακούς αρχικά κλάδους της οικονομίας, οδήγησε σταδιακά την εφαρμογή του και στο χώρο των υπηρεσιών υγείας.

Το 1987 ο Philip Kotler και η Roberta Clarke (Σαράφης, 2011), στο σύγγραμμά τους 'Marketing for Health Organizations', αναφέρουν ότι το μάρκετινγκ υγείας είναι η διαδικασία ανάλυσης, σχεδιασμού, υλοποίησης και ελέγχου προσεκτικά σχεδιασμένων προγραμμάτων, μέσα στα πλαίσια των αξιών που ορίζονται από τις στοχευμένες αγορές και μέσα από τα οποία ο οργανισμός (κερδοσκοπικός ή μη) θα επιδιώξει να επιτύχει τους στόχους του. Η επίτευξη των στόχων αυτών βασίζεται αποκλειστικά στην ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών του στοχευμένου κοινού, με τη χρήση αποτελεσματικής τιμολογιακής πολιτικής, επικοινωνίας και παροχής υπηρεσιών υγείας, με τελικό σκοπό να πληροφορηθεί, να παρακινηθεί και να κάνει χρήση των υπηρεσιών, που ο οργανισμός προσφέρει.

Σύμφωνα με τους Arnold et al (Τούντας, 2008), το μάρκετινγκ των υπηρεσιών υγείας ορίζεται, ως μια προσπάθεια να δοθεί έμφαση στον άρρωστο με τη χρήση μεθόδων μάρκετινγκ, προκειμένου να αυξηθεί η ικανοποίηση του ασθενούς και να επιτευχθούν οι στόχοι του νοσοκομείου. Πολλές φορές όμως, οι απαιτήσεις του νοσοκομείου είναι δυνατό να έρθουν σε αντιπαράθεση με τις ανάγκες των ασθενών. Από τη μια μεριά οι κλινικές, επιδιώκουν την προσέλκυση πελατών και την αύξηση των εσόδων τους, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τον αντικειμενικό σκοπό του νοσοκομείου, που είναι η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας. Η προσέλκυση λοιπόν ασθενών και η επιδίωξη αύξησης εσόδων - κερδών, στα πλαίσια του 'παραδοσιακού' μάρκετινγκ, θα υποτιμούσε το απαιτητικό περιβάλλον υγείας και θα υποβάθμιζε τους αντικειμενικούς σκοπούς του νοσοκομείου (Wolper, 2001).

Το μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας για να καλύψει, τόσο τις αντικειμενικές απαιτήσεις ενός οργανισμού υγείας και να ικανοποιήσει παράλληλα τις ανάγκες των ασθενών, προσανατολίζεται κυρίως στην μείωση και διαχείριση του κόστους, καθώς και τη προβολή του οργανισμού μέσω συγκεκριμένων μεθόδων /στρατηγικών. Για το λόγο αυτό, οι τρέχοντες και μελλοντικοί στόχοι των περισσότερων προμηθευτών υπηρεσιών υγείας

προσανατολίζονται στην παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών με ελεγχόμενο κόστος (Kendrick et al, 1990).

Παρά τις διαφορετικές απόψεις σχετικά με τη χρησιμότητα του μάρκετινγκ στο χώρο της υγείας, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το ρόλο του ως ‘φωνή του πελάτη’ (Marino, 2003).

Τα θεωρητικά μοντέλα που ακολουθούν, αναφέρονται στην δημιουργία εμπειρίας και στον τρόπο που αυτή διαμορφώνεται, μέσα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις προσδοκίες κάθε ασθενή – χρήστη, προσδιορίζοντας το βαθμό ικανοποίησης και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ενσωματώνει τις έννοιες αυτές, αφού η ικανοποίηση αποτελεί απόρροια τόσο των προσδοκιών, όσο και της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον.

## **2.5 ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ SERVUCTION**

Όπως προαναφέρθηκε, η άυλη φύση των υπηρεσιών έχει ως αποτέλεσμα ο πελάτης της επιχείρησης να περιγράφει την παραγωγή της υπηρεσίας, ως ένα σύνολο εμπειριών, που αποκόμισε από την επαφή του με αυτή και τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν. Το μοντέλο αυτό που περιγράφει τη διαδικασία και τις συνθήκες παραγωγής μιας υπηρεσίας ονομάζεται μοντέλο SERVUCTION (Γούναρης, 2012) (μια σύνθεση των λέξεων service και production).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, κάθε επιχείρηση παροχής υπηρεσιών, όπως το νοσοκομείο, περιλαμβάνει δύο μέρη, ένα ορατό και ένα μη ορατό τους πελάτες. Το ορατό μέρος είναι αυτό με το οποίο ο ασθενής έρχεται σε άμεση επαφή, ο χώρος (υποδομή) και το προσωπικό επαφής. Το προσωπικό αυτό αποτελείται από το ιατρονοσηλευτικό, καθώς και το διοικητικό, στο οποίο ο ασθενής απευθύνεται για διαδικαστικά θέματα (γραφείο κίνησης, λογιστήριο ασθενών, γραμματείες εξωτερικών ιατρείων). Το προσωπικό επαφής αξιολογείται βάσει της επιστημονικής του κατάρτισης, αλλά και της διάθεσής του να τους εξυπηρετήσει με προθυμία. Το ορατό μέρος της επιχείρησης περιλαμβάνει επίσης τον εξοπλισμό εκείνο, που το προσωπικό επαφής χρησιμοποιεί προκειμένου να εξυπηρετήσει τους ασθενείς, όπως



μηχανήματα, κτηριακές υποδομές, τεχνολογικό εξοπλισμό, ξενοδοχειακή υποστήριξη. Όλα αυτά στο σύνολό τους συνθέτουν μια εικόνα σχετικά με την παρεχόμενη στον ασθενή φροντίδα.

Το μη ορατό μέρος του νοσοκομείου, το οποίο είναι εξίσου σημαντικό με το ορατό, περιλαμβάνει όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες, με τις οποίες ο ασθενής δεν έρχεται σε άμεση επαφή, δρουν όμως υποστηρικτικά στο ορατό τμήμα της επιχείρησης. Επομένως, το αποτέλεσμα που ο ασθενής εισπράττει συνολικά από το νοσοκομείο, είναι απόρροια της προσφοράς, τόσο του ορατού, όσο και του μη ορατού τμήματος.

Εκτός όμως από την αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού επαφής, σημαντική είναι και η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ίδιους τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, μια και αποτελούν μέρος της παραγωγικής διαδικασίας. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίος ο συντονισμός μεταξύ των ασθενών κατά τη διάρκεια της εξυπηρέτησής τους, προκειμένου να δημιουργούνται οι ικανοποιητικότερες κατά το δυνατό συνθήκες.

Σύμφωνα με το μοντέλο SERVUCTION, ο ασθενής είναι πάντα παρόν κατά τη δημιουργία της υπηρεσίας και η ανάμειξή του είναι τις περισσότερες φορές μεγάλης έντασης, μια και η παροχή υπηρεσιών υγείας αφορά άμεσα τον ίδιο. Το προσωπικό επαφής έχει διπλό συνήθως ρόλο. Από τη μια αποτελεί για τους ασθενείς την εικόνα της επιχείρησης και ταυτόχρονα συλλέγει και μεταφέρει πληροφορίες από τους πελάτες προς την επιχείρηση. Το προσωπικό επαφής είναι μέρος του προϊόντος της επιχείρησης και για το λόγο αυτό, αποτελεί μια διάσταση διαφοροποίησης από τους ανταγωνιστές και μπορεί να προσδώσει στην επιχείρηση ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Επιπλέον, κάθε στοιχείο έμψυχο ή υλικό με το οποίο έρχεται ο ασθενής σε επαφή, συντελεί στη δημιουργία θετικών ή αρνητικών εμπειριών. Μέσω αυτών των εμπειριών, που ο ασθενής αποκομίζει από τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου, είναι σε θέση να διαμορφώσει τη γνώμη που θα του επιτρέψει ή όχι να ξαναεπισκεφθεί το ίδιο νοσοκομείο, την επόμενη φορά που θα παραστεί ανάγκη. Όπως ο Oliver (1994) πρεσβεύει, η ικανοποίηση γίνεται αντιληπτή ως μια μετα-αγοραστική αξιολόγηση που εκπληρώνει ανάγκες, επιθυμίες ή στόχους με ευχάριστο τρόπο.

Μέσα από τον προσδιορισμό του μοντέλου Servuction η επιχείρηση είναι δυνατό να διαμορφώσει τη στρατηγική της, έτσι ώστε να μπορέσει μέσα από τις δικές της δομικές αλλαγές, να μεταβάλλει τη συμπεριφορά των πελατών και να αλλάξει την ωφέλεια που παρέχεται σε αυτούς.

## 2.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΟ SERVQUAL

Το μοντέλο SERVQUAL (μια σύνθεση των λέξεων service και quality), μοντέλο μέτρησης των αποκλίσεων (quality gap analysis model) των Berry, Parasuraman και Zeithaml (1985), στηρίζεται στην αναγνώριση των διαφορετικών απόψεων των εμπλεκόμενων στη συμπαραγωγή των υπηρεσιών και στα αποτελέσματα που έχουν οι απόψεις αυτές στην ποιότητα των υπηρεσιών (Λυμπερόπουλος, Παντουβάκης, 2000). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, είναι δυνατό να περιγραφεί και να εξηγηθεί η ποιότητα με τη χρήση ενός συστήματος αποκλίσεων, που εκφράζουν τις διαφορές ανάμεσα στους εμπλεκόμενους στην παραγωγή, την κατανάλωση και τη διαμονή της υπηρεσίας. Ο Berry και οι συνεργάτες του Parasuraman και Zeithalm (1985), βασιζόμενοι στην έννοια της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των υπηρεσιών, πρότειναν συγκεκριμένους προσδιοριστικούς παράγοντες (δέκα αρχικά το 1985, που συνόψισαν σε πέντε στη συνέχεια το 1988) για την αξιολόγησή τους. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Αξιοπιστία (reliability): η επιχείρηση τηρεί τις υποσχέσεις της προς τον πελάτη και παρέχει την υπηρεσία με ακρίβεια (όπως συμφωνήθηκε με τον πελάτη, χωρίς λάθη από την πρώτη φορά) και συνέπεια (στο χρόνο που έχει συμφωνηθεί).
- Διασφάλιση (assurance): η συμπεριφορά των εργαζομένων δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης του πελάτη στην επιχείρηση. Οι εργαζόμενοι είναι πάντοτε ευγενικοί και έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των πελατών.
- Υλικά περιουσιακά στοιχεία (tangibles): οι εγκαταστάσεις, το σύνολο της υλικοτεχνικής υποδομής και του εξοπλισμού, καθώς επίσης ό,τι αφορά στην εμφάνιση των εργαζομένων.
- Εξατομίκευση (empathy): η επιχείρηση κατανοεί τα προβλήματα του πελάτη και παρέχει την υπηρεσία με σκοπό το μέγιστο δυνατό όφελός του. Αντιμετωπίζει με εξατομικευμένη προσοχή κάθε πελάτη και λειτουργεί σε ωράριο που τον εξυπηρετεί.
- Ανταπόκριση (responsiveness): οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να εξυπηρετήσουν τους πελάτες και να ανταποκριθούν άμεσα στα αιτήματά τους. Τους ενημερώνουν χωρίς καθυστέρηση για το χρόνο εξυπηρέτησης και την πιθανή ύπαρξη λάθους ή προβλήματος, που αφορά την υπηρεσία.

Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από τον Christian Grönroos (1998), ως το καλύτερο μοντέλο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών και είναι σύμφωνα με τους Davies, Baron, Gear και Read (1999), το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο. Εφαρμόζεται σε μεγάλο εύρος υπηρεσιών και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση του επιπέδου προσφερόμενης ποιότητας διαφορετικών επιχειρήσεων, αλλά και της ίδιας επιχείρησης σε διαφορετικές χρονικές περιόδους.

Στη περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, ο ασθενής με γνώμονα τις προηγούμενες εμπειρίες του από το νοσοκομείο ή από την επικοινωνία με άλλους ασθενείς, αλλά και μέσα από την εικόνα που παρουσιάζει το ίδιο το νοσοκομείο, δημιουργεί συγκεκριμένες προσδοκίες, σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών, που είναι σε θέση να του παρασχεθούν.

Πολλές φορές όμως, οι αντιλήψεις του προμηθευτή για τις προσδοκίες του πελάτη έρχονται σε αντίθεση με τις προδιαγραφές της υπηρεσίας. Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η υπηρεσία, αν και αναγνωρίζει τις ανάγκες των πελατών, δεν είναι σε θέση να τις εκφράσει με τις ανάλογες προδιαγραφές. Για παράδειγμα, η ταχύτητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης των εξετάσεων είναι παράγοντας που προσδιορίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και μειώνει την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο, άρα και το κόστος. Η γραφειοκρατεία όμως μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια, που αναστέλλουν τους ρυθμούς των υπηρεσιών.

Για το λόγο αυτό, η διοίκηση θα πρέπει να είναι προσανατολισμένη στην ποιότητα, να εφαρμόζει συγκεκριμένα πρότυπα λειτουργίας και να επαναπροσδιορίζει τους στόχους και τα συστήματα ελέγχου που διαθέτει, έτσι ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πελατών της.

Είναι επίσης δυνατό, οι παρεχόμενες υπηρεσίες να είναι εντελώς εκτός των προτύπων που έχουν καθοριστεί. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω αδυναμίας των εργαζομένων να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών, εξαιτίας του ότι δεν έχουν σαφή εικόνα των προδιαγραφών που έχουν τεθεί από τη διοίκηση, ή επειδή η επιχείρηση δεν είναι σε θέση να εκσυγχρονίσει τις υπηρεσίες της.

Υπάρχει ακόμα η πιθανότητα, η πραγματική παροχή της υπηρεσίας να διαφέρει κατά πολύ από αυτή που κοινωνείται από τους αντιπροσώπους της. Μπορεί δηλαδή, να υπάρχει η εντύπωση ότι οι ασθενείς θα νοσηλευτούν σε ένα πολυτελές περιβάλλον, με εξειδικευμένη φροντίδα και στην πραγματικότητα η ποιότητα των υπηρεσιών να είναι κατά πολύ κατώτερη. Για το λόγο αυτό, δεν θα πρέπει να δημιουργούνται εσφαλμένες εντυπώσεις και να

διογκώνονται οι προσδοκίες των ασθενών χωρίς αντίκρισμα, ούτε να κλονίζεται η εμπιστοσύνη τους.

Δεν πρέπει τέλος να παραλείπεται το γεγονός, ότι οι πελάτες έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, πιστεύω, συμπεριφορές και συσσωρευμένες εμπειρίες κι ο καθένας τους αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες με διαφορετικό τρόπο (Μαλιάρης, 2001).

## **2.7 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Το μάρκετινγκ ήταν ανέκαθεν συνυφασμένο με τη δραστηριότητα των εμπορικών επιχειρήσεων και την κερδοφορία. Εξαιτίας αυτού, πολλοί αμφισβητούν τη χρησιμότητά του ως ένα εργαλείο που μπορεί να προάγει τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων.

Το μάρκετινγκ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο αποβλέπει στο σχεδιασμό, την τιμολόγηση, την προώθηση και διανομή των προγραμμάτων και των προϊόντων με γνώμονα τις ανάγκες, τις προσδοκίες των ομάδων στόχων και του οργανισμού και έχει ως αναπόσπαστο μέρος του τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού προγράμματος επικοινωνίας, έτσι ώστε να γνωστοποιούνται οι στόχοι του οργανισμού, αλλά και το αμοιβαίο όφελος από τη δραστηριοποίησή του (Kotler, Ferrell & Lamb, 1987). Έρχεται επίσης σε αντίθεση με την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη, ότι σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με τη μεγιστοποίηση του αριθμού των εισαγωγών. Ουσιαστικά συνδέεται με την καλύτερη κατεύθυνση των υπηρεσιών, είτε όσον αφορά την πλευρά των ασθενών – πελατών, είτε όσον αφορά την πλευρά των προμηθευτών (Αγγελοπούλου, 2003).

Γεγονός αποτελεί, ότι τα δημόσια νοσοκομεία στη χώρα μας δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο τμήμα σχεδιασμού μάρκετινγκ, όπως οι ιδιωτικές κλινικές, επειδή συνήθως θεωρείται περιττή από τις διοικήσεις τους κάθε ανάλογη ενέργεια εκσυγχρονισμού. Τα περισσότερα όμως δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν ιδιαίτερα ενημερωμένες ιστοσελίδες, που ενώ αποτελούν εργαλείο μάρκετινγκ, οι αρμόδιοι δεν έχουν αντιληφθεί πλήρως τη χρησιμότητά τους (Σαράφης, 2011).

Στις ιστοσελίδες υπάρχουν γενικές πληροφορίες, όπως ιστορικά στοιχεία για το νοσοκομείο, οργανόγραμμα, διάρθρωση της διοικητικής, ιατρικής, νοσηλευτικής και τεχνικής

υπηρεσίας, τρόποι επικοινωνίας και πρόσβασης, εφημερίες νοσοκομείων, ώρες επισκεπτηρίου, διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες υγείας. Μπορεί επίσης να υπάρχουν και πιο εξειδικευμένες πληροφορίες, όπως διακηρύξεις διαγωνισμών, που απευθύνονται σε προμηθευτές, προκηρύξεις νέων θέσεων εργασίας, ενημέρωση για ημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια, που μπορεί να απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας ή στο κοινό, καθώς και πληροφορίες βιβλιοθήκης. Πολλά νοσοκομεία αναρτούν ενημερωτικά επιστημονικά άρθρα για θέματα γενικού ενδιαφέροντος (αιμοδοσία, δωρεά οργάνων, αλλεργίες, έλεγχο σακχάρου και πίεσης). Επίσης τα περισσότερα φιλοξενούν φωτογραφίες με σκοπό να προβάλλουν την υλικοτεχνική τους υποδομή, την καθαριότητα και την ξενοδοχειακή τους επάρκεια. Η επίσημη ιστοσελίδα κάθε νοσοκομείου αποτελεί σημαντικό εργαλείο μάρκετινγκ και προώθησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, όποιας δυναμικότητας κι αν είναι, εμφανίζουν μια ιστοσελίδα που παρέχει βασικές τουλάχιστον πληροφορίες.

Πιο συγκεκριμένα το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης για παράδειγμα, παρουσιάζει στατιστικές μελέτες που γίνονται σε αυτό, αναφορικά με τα ποσοστά των ειδικοτήτων των εργαζομένων του νοσοκομείου, τη μέση διάρκεια νοσηλείας και θνητότητας, παρουσιάζοντας την αποτελεσματικότητα του οργανισμού και στοχεύοντας στην ενίσχυση της θετικής του εικόνας. Επίσης πρωτοπορεί, εισάγοντας την έννοια του ιατρικού τουρισμού. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, συμμετέχει στο πρόγραμμα Medical Tourism in Greece (του NHS Family Choice), αποσκοπώντας στην ευρύτερη ενημέρωση των Άγγλων πολιτών για την δυνατότητα νοσηλείας τους. Παρέχει πακέτα προσφορών σε προνομιακές τιμές (με δωρεάν μεταφορά από και προς το αυτό) σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του δήμου, ενισχύοντας την οικονομική δραστηριότητα της πόλης της Θεσσαλονίκης ([www.ahepahosp.gr/iatrikoustourismos.asp](http://www.ahepahosp.gr/iatrikoustourismos.asp)). Επιπλέον, διαθέτει σύστημα on line επικοινωνίας με το κοινό.

Το Αττικό Νοσοκομείο ομοίως, εκτός από τις γενικές πληροφορίες που διαθέτει η ιστοσελίδα του, παρέχει έναν πλήρη ενημερωτικό οδηγό για το κοινό σχετικά με την πρόσβαση, τις διαδικασίες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις, το κλείσιμο ραντεβού και την εύρεση πιστοποιητικών και αντιγράφων ιατρικού φακέλου. Επίσης, διαθέτει on line φόρμα συμπλήρωσης για την ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο υπήρξε αντικείμενο μεγάλης προβολής από τα Μαζικά Μέσα Ενημέρωσης, τόσο με ανακοινώσεις στα δελτία ειδήσεων, όσο και με διαφημίσεις. Έχει την ιδιαιτερότητα να αποτελείται από αμιγώς Πανεπιστημιακές Κλινικές και να στελεχώνεται επιπλέον με γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ.

Όπως αναφέρει ο Διοικητής του νοσοκομείου στο μήνυμά του, που φιλοξενείται στην ιστοσελίδα του, ο διττός αυτός ρόλος του νοσοκομείου αποτελεί στρατηγική επιλογή, αλλά και συγκριτικό πλεονέκτημα στο χώρο της Υγείας, γιατί συνδυάζει την πλέον εξειδικευμένη γνώση με τη βέλτιστη κλινική πρακτική, που είναι άλλωστε και το ζητούμενο στο σύγχρονο παγκόσμιο περιβάλλον των μεγάλων προκλήσεων και απαιτήσεων (<http://www.attikonhospital.gr/main.php?id=2>).

Υπάρχουν επίσης νοσοκομεία τα οποία στην ιστοσελίδα τους φιλοξενούν στατιστικά στοιχεία της λειτουργίας των υπηρεσιών τους, όπως αριθμό χειρουργείων, κίνηση εργαστηρίων και εξωτερικών ιατρείων. Επιπλέον, παρουσιάζουν για λόγους διαφάνειας και ενημέρωσης και οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών (έσοδα, έξοδα, προϋπολογισμό, απολογισμό). Τέτοια νοσοκομεία είναι το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, τα νοσοκομεία Ιωαννίνων, Καβάλας, Έδεσσας και Γιαννιτσών, Δράμας, Αίγινας, Καλαμάτας, Τριπόλεως και αρκετά άλλα. Μπορεί ακόμα να διαθέτουν πληροφορίες για το προσωπικό και το έργο του, όπως βιογραφικά σημειώματα, επιστημονικό και εκπαιδευτικό έργο των κλινικών (Αγ. Σάββας).

Αρκετά είναι επίσης τα νοσοκομεία τα οποία, εκτός από το κοινό στοχεύουν και στο ίδιο τους το προσωπικό, εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα εσωτερικού μάρκετινγκ με τη χρήση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Στον τομέα αυτό πρωτοστατεί το Νοσοκομείο Ευαγγελισμός με τη διοργάνωση εκπαιδευτικών μαθημάτων και σεμιναρίων καθόλη τη διάρκεια του έτους και την έκδοση του επιστημονικού περιοδικού *Νοσοκομειακά Χρονικά*. Η διοίκηση του νοσοκομείου δίνει μεγάλη σημασία στη διαρκή εκπαίδευση και επιμόρφωση αφού, όπως εκτιμά, συντελεί αφενός στην αναβάθμιση του επιπέδου εξυπηρέτησης των πελατών και αφετέρου στην ποιοτική εξέλιξη του ίδιου του προσωπικού (<http://www.evangelismos-hosp.gr>).

Εκτός του Ευαγγελισμού, ανάλογες δράσεις επιστημονικής κατάρτισης και ενημέρωσης παρουσιάζει και το Λαϊκό Νοσοκομείο, με ιδιαίτερα πλούσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Αποτελεί κι αυτό ένα συνδυασμό Πανεπιστημιακών κλινικών και κλινικών του Ε.Σ.Υ., που όμως επισημαίνει στην ιστοσελίδα του, το καθιστά μοναδικό. Τονίζει επίσης την ύπαρξη υψηλού επιπέδου προσωπικού και ιατρικής εκπαίδευσης, καθώς και τη διαρκή προσπάθεια για βελτίωση υποδομών και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, με κύριο στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Επιπλέον, προβάλλει το έργο των κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων του νοσοκομείου, τα οποία παρέχοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες, λειτουργούν ως κέντρα αναφοράς διαφόρων νοσημάτων. Φιλοδοξία τέλος του νοσοκομείου,

σύμφωνα με την ιστοσελίδα του, αποτελεί η παροχή κορυφαίας νοσηλευτικής φροντίδας ([www.laiko.gr](http://www.laiko.gr)).

Πολλά είναι τα δημόσια νοσοκομεία που προβάλλουν μέσω του διαδικτύου την οργάνωση επιστημονικών ημερίδων και συνεδρίων (Θριάσιο, Παπαγεωργίου, Αγ. Όλγα, Αγ. Παύλος, Γενικό Κρατικό), με σκοπό τόσο την συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού τους, για την παροχή καλύτερης υγειονομικής φροντίδας, όσο και την ανάδειξη του επιστημονικού και κοινωνικού τους έργου. Εκτός από το προσωπικό όμως, παρόμοιες δράσεις πραγματοποιούνται με στόχο την ενημέρωση του κοινού μέσα από ομιλίες, αλλά και έντυπο υλικό που διανέμεται στο χώρο του νοσοκομείου.

Σύμφωνα τέλος με την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, η ικανοποίηση και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών θεραπείας και φροντίδας πρέπει να αποτελεί την βασική επιδίωξη του συστήματος υγείας στη χώρα μας. Για το λόγο αυτό, παροτρύνει το κοινό να εκφράσει ελεύθερα και ανώνυμα την άποψή του σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στις συναλλαγές του με τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ([www.ygeianet.gov.gr/survey.aspx](http://www.ygeianet.gov.gr/survey.aspx)). Κάτω από το ίδιο πρίσμα αρκετά νοσοκομεία διαθέτουν στην ιστοσελίδα τους κτίο παραπόνων (Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Θριάσιο), χώρο για παρατηρήσεις ή επισημάνσεις (Νοσοκομείο Ναυπλίου), ζητώντας από τους επισκέπτες την γνώμη τους, προκειμένου να επισημάνουν τις αδυναμίες τους και να προβούν σε διορθωτικές ενέργειες. Επίσης, τα περισσότερα νοσοκομεία διαθέτουν σε κεντρικά σημεία κτία παραπόνων, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς και τους επισκέπτες να εκφράσουν την πιθανή δυσαρέσκεια και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

## **2.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Ο χώρος της υγείας παρουσιάζει μεγάλη αστάθεια και πολυπλοκότητα και χαρακτηρίζεται από έντονο ανταγωνισμό, κυρίως στον ιδιωτικό, αλλά και στο δημόσιο τομέα. Με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983 (ν.1397/83), ξεκίνησε μια προσπάθεια περιορισμού του ιδιωτικού τομέα (απαγόρευση ίδρυσης νέων ή επέκτασης υπαρχουσών κλινικών) με ταυτόχρονη αναβάθμιση του δημόσιου, που περιελάμβανε σχεδιασμό νέων οργανωτικών δομών κατά τα ευρωπαϊκά πρότυπα, παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης υψηλού επιπέδου, ανέγερση νέων νοσοκομείων και ίδρυση

δημοσίων ταμείων ασφάλισης. Λόγω των αυξημένων χρηματοοικονομικών και διοικητικών προβλημάτων, οι μεταρρυθμίσεις στη δημόσια υγεία δεν έφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Επιπλέον, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δεν φαίνεται να έχει ξεκαθαρίσει πλήρως τον τρόπο που το μάρκετινγκ ταιριάζει στο επιχειρηματικό του μοντέλο και την κουλτούρα του (Sue Kong, 2008). Η υγειονομική μεταρρύθμιση του 2001 (ν. 2889/01) δίνει έμφαση στην εισαγωγή στοιχείων της αγοράς και στοχεύει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την εισαγωγή του επιστημονικού μανάτζμεντ στη διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ (Σαράφης, 2011). Τέλος με το Νόμο 3230 του 2004 (ΦΕΚ 44/Α/11-2-2004), θεσπίζεται η 'Διοίκηση μέσω Στόχων' στις υπηρεσίες του Δημοσίου και εισάγονται δείκτες απόδοσης και αποτελεσματικότητα. Με τον τρόπο αυτό, κλινικές (ή νοσοκομεία) ίδιας δυναμικότητας υπόκεινται σε συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους και υφίστανται κυρώσεις (μείωση προϋπολογισμού, κλείσιμο κλινικών), όταν παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση ή όταν δεν υλοποιούν τους στόχους τους.

Εκτός από το μεταβαλλόμενο περιβάλλον και τις οικονομικές εξελίξεις, άλλος παράγοντας που δυσχεραίνει την εφαρμογή μάρκετινγκ σε ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι η διοικητική του δομή. Η ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνες για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ασθενών και αποτελούν τους κύριους φορείς δημιουργίας εξόδων, ενώ η χρηματοδότηση, η οικονομική διαχείριση και οι υπόλοιπες διοικητικές υποχρεώσεις, είναι αρμοδιότητα των διοικητικών και οικονομικών υπηρεσιών. Η υιοθέτηση και εφαρμογή ενός προγράμματος μάρκετινγκ απαιτεί τη συνεργασία των ομάδων αυτών, γεγονός που δεν είναι πάντα ιδιαίτερα εύκολο. Επιπλέον, από πολλούς η λειτουργία του μάρκετινγκ θεωρείται υπερεκτιμημένη, πολυέξοδη και αντίθετη με την ιατρική πράξη και δεοντολογία (Αποστολίδης, 1988). Οι δαπάνες που είναι δυνατό να διατεθούν άλλωστε, προέρχονται από τον διαρκώς μειούμενο κρατικό προϋπολογισμό και για το λόγο αυτό θα πρέπει να διαχειρίζονται με τρόπο, ώστε να μεγιστοποιούνται τα οφέλη τους και να ελαχιστοποιείται η κακοδιαχείριση των περιορισμένων δημοσίων πόρων και υπηρεσιών (Lega, 2006).

Οι τεχνολογικές τέλος εξελίξεις και το αυξανόμενο κόστος υλικών και μηχανημάτων, επηρεάζουν αρνητικά την εφαρμογή του μάρκετινγκ, επειδή οι διοικήσεις στην προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν στους προκαθορισμένους στόχους, παρουσιάζουν μειωμένη ευελιξία και αδυναμία πρόβλεψης της εξέλιξης των μεταβλητών του περιβάλλοντος.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει το μάρκετινγκ να θεωρείται ένα εφαρμόσιμο εργαλείο για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στο



δημόσιο τομέα. Σε χώρες που έχουν υιοθετήσει τη χρήση του μάρκετινγκ στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, που καθορίζει τον τρόπο χρήσης του. Στην Αγγλία για παράδειγμα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) από το 2000 έχει δημιουργήσει ένα σχέδιο για τις επενδύσεις και τη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας (a plan for investment, a plan for reform) ( <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>), το οποίο περιγράφει το όραμα του σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας γύρω από τις ανάγκες του ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει ένα νέο σύστημα που επικεντρώνεται στην κατανόηση των αναγκών των ασθενών, στην αναγνώριση και ικανοποίηση των απαιτήσεών τους, συνδυάζοντας την παροχή των διαθέσιμων πόρων με τις δραστηριότητες κάθε νοσοκομείου.

# ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

## 3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο Kotler (2000) αναλύει την έννοια της ικανοποίησης του πελάτη, ως τα συναισθήματα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας ενός ατόμου, που προκύπτουν από την υποκειμενική σύγκριση της απόδοσης (ή του αποτελέσματος) ενός προϊόντος σε σχέση με τις προσδοκίες του. Το αν ο αγοραστής είναι ικανοποιημένος ή όχι μετά από την αγορά, εξαρτάται από την απόδοση του προϊόντος σε σχέση με τις προσδοκίες του αγοραστή. Επίσης, οι Giese και Cote (2000), προτείνουν ένα πλαίσιο ανάπτυξης εξειδικευμένων ορισμών ικανοποίησης του καταναλωτή, ανάλογα με την περίπτωση, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση αποτελεί μια συνολική συγκινησιακή αντίδραση ποικίλης έντασης. Ο ακριβής τύπος της συγκινησιακής αντίδρασης και το επίπεδο έντασης που βιώνει ο καταναλωτής πρέπει να ορίζονται επακριβώς από τον ερευνητή, ανάλογα με την περίπτωση που τον ενδιαφέρει να αναλύσει (Σιώμκος, 2002).

Στον τομέα της υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών, σύμφωνα τη Risser, αποτυπώνεται ως ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν για τη νοσηλευτική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά τους προσφέρεται (Μερκούρης, 1996). Κατά τον Smith, η ικανοποίηση των ασθενών, είναι η αντίληψή τους σχετικά με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και την εμπειρία που έχουν αποκομίσει από τις υπηρεσίες υγείας (Μερκούρης, 1996). Όσο λοιπόν καλύτερη και αποτελεσματικότερη είναι η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.

Οι βασικές θεωρίες που έχουν διατυπωθεί προκειμένου να προσδιορίσουν εννοιολογικά την ικανοποίηση των ασθενών (Gill & White, 2009) είναι:

### - **Η θεωρία της ασυμφωνίας (Discrepancy Theory)**

Σύμφωνα με τους Fox και Storms (1981), ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ορίζεται ως το κενό μεταξύ των προσδοκιών και του ποσοστού κάλυψης των αναγκών τους, έτσι όπως διαμορφώνεται μέσα από τις αξίες και τις εμπειρίες τους. Αν η απόδοση είναι κατώτερη των προσδοκιών, ο πελάτης είναι δυσαρεστημένος. Αν η απόδοση συμπίπτει με τις προσδοκίες, ο

πελάτης είναι ικανοποιημένος. Αν τέλος η απόδοση υπερβαίνει τις προσδοκίες, ο πελάτης είναι πολύ ικανοποιημένος ή και ενθουσιασμένος.

- ***Η θεωρία των προσδοκιών (Expectancy Theory)***

Σύμφωνα με τη θεωρία της Linder – Pelz (1982), κατά την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προσδοκίες τους, η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) μιας παραμέτρου της επαφής με τις υπηρεσίες υγείας, τα δικαιώματα των ασθενών (οι πεποιθήσεις που έχουν για συγκεκριμένο αποτέλεσμα σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους), τα συμβάντα (η αντίληψη του ασθενή για το τι συνέβη) και τέλος οι συγκρίσεις των υπηρεσιών με προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών.

- ***Η θεωρία των πολλαπλών μοντέλων (Multiple Model Theory)***

Οι Fitzpatrick και Hopkins (1983) προτείνουν την ύπαρξη τριών διαφορετικών μοντέλων ικανοποίησης, καθένα από τα οποία καθορίζεται από μια συγκεκριμένη παράμετρο. Πρώτο μοντέλο αποτελεί η ‘ανάγκη για το οικείο’, με καθοριστική παράμετρο τις κοινωνικά διαμορφωμένες προσδοκίες, η εκπλήρωση των οποίων διαμορφώνει και το βαθμό ικανοποίησης. Το δεύτερο μοντέλο αναφέρεται στους ‘στόχους αναζήτησης βοήθειας’, με καθοριστική παράμετρο όχι τις προσδοκίες, αλλά την επίλυση του προβλήματος υγείας. Το τρίτο μοντέλο εξετάζει τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς, με καθοριστική παράμετρο την κάλυψη των αναγκών αυτών μέσα από την επαφή με το προσωπικό του νοσοκομείου.

- ***Η θεωρία της ποιότητας της φροντίδας υγείας (Healthcare Quality Theory)***

Σύμφωνα με τον Donabedian (1997), η άποψη που διαμορφώνουν οι ασθενείς σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας τους απορρέει από συγκεκριμένα στοιχεία, που σχετίζονται άμεσα με τις επιθυμίες, τις αξίες και τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών σε όλους τους τομείς, με έμφαση στις διαπροσωπικές επαφές μεταξύ ασθενών και ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού.

Όπως είναι εμφανές η ψυχική, ψυχολογική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών είναι δυνατό να επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζοντας ταυτόχρονα, τόσο τον συναισθηματικό, όσο και τον ψυχολογικό κόσμο τους για μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1995).

### 3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Οι ασθενείς από τη στιγμή της εισαγωγής τους στο χώρο του νοσοκομείου έρχονται σε επαφή με διάφορα ερεθίσματα, όπως το περιβάλλον, την υλικοτεχνική υποδομή, το χώρο υποδοχής και αναμονής, τις διαδικασίες οργάνωσης και διαχείρισης, καθώς και τη συμπεριφορά του προσωπικού. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συντελούν στη διαμόρφωση μιας προσωπικής άποψης για τις υπηρεσίες υγείας, στην οποία καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ατόμου, όπως το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η κουλτούρα, οι αξίες, καθώς και η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, επηρεάζοντας αρνητικά ή θετικά την τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society, 2003).

Σύμφωνα με την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare (2003), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών είναι:

- **Οι προσδοκίες των χρηστών** έχουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη. Κατά τον Williams (1994), δεν είναι τόσο σημαντική η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα είναι κατά ένα μεγάλο μέρος ανεξάρτητη από τη φροντίδα που πραγματικά έλαβε.

- **Η ηλικία.** Σε όλες σχεδόν τις έρευνες τα ηλικιωμένα άτομα εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία (Crow et al., 2002). Δίνουν συνήθως επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Papanikolaou & Ntani, 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες ή παρουσιάζουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνια νοσήματα.

- **Το φύλο** δεν έχει διευκρινιστεί εάν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση, αν και ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα το ιατρό, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).

- **Η ασθένεια.** Η βαρύτητα της νόσου φαίνεται να δημιουργεί μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση και να επηρεάζει αρνητικά το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Δεν αποδεικνύεται όμως, αν η δυσαρέσκεια αυτή οφείλεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες, (Hall & Milburn, 1998)

- **Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση**, το μορφωτικό επίπεδο και η εκπαίδευση φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν συνήθως υψηλότερες προσδοκίες (Dowd et al, 2009), ενώ το είδος της απασχόλησης δε φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crow et al, 2002; Quintana et al, 2006).

- **Η προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης** συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Crow et al, 2002).

- **Η σχέση του ασθενή με τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές)**. Τόσο η επικοινωνία, όσο και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται, αποτελούν κρίσιμα στοιχεία της ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al, 2009, Ng et al, 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό, η προσέγγιση, το ενδιαφέρον, η ξεκάθαρη και κατανοητή ενημέρωση, αυξάνουν το επίπεδο ικανοποίησης. (Scotto et al, 2009). Ομοίως η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών, αλλά και των συνοδών τους (Woodward, 2009).

- **Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού**, όπως η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, η ευκολία κλεισίματος ραντεβού, η διαδικασία της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, η παροχή των πρώτων φροντίδων (χρόνος διαδικασίας εισαγωγής, συντονισμός/οργάνωση προσωπικού, εξασφάλιση κρεβατιού, διευθέτηση θεμάτων ασφάλισης), η φροντίδα στον θάλαμο (παροχή φαρμάκων, προετοιμασία ασθενούς για εξετάσεις/επεμβάσεις, συμπεριφορά προσωπικού στον ασθενή και τους συνοδούς), η ζωή στον θάλαμο (ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, κτιριακές υποδομές, καθαριότητα, άνετη διαμονή, φωτισμός, επίπλωση, θέρμανση, διατροφή), η διαδικασία αναχώρησης (οδηγίες, συνταγογραφία), η διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων και η συμπλήρωση εγγράφων (Ware et al 1983, Τσελέπη 2000), είναι παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

Καθίσταται λοιπόν σαφές, ότι η ικανοποίηση των χρηστών – ασθενών αποτελεί συνισταμένη πολλών παραγόντων και είναι δυνατό να σχετίζεται με τις υποδομές του οργανισμού, με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ίδιου του ασθενούς, καθώς και την προσωπικότητά του. Ωστόσο, καθοριστικός δείκτης ικανοποίησης, τόσο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όσο και για τα μακροχρόνια αποτελέσματα του υγειονομικού συστήματος φαίνεται για να είναι η διαπροσωπική σχέση και επικοινωνία του ασθενή με τον θεράποντα ιατρό (Williams et al 1998, Little et al 2001).

### 3.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Κάθε ασθενής, ανάλογα με τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν, διαμορφώνει τις προσωπικές του αντιλήψεις και πεποιθήσεις από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αν και ο τρόπος αξιολόγησης είναι υποκειμενικός, προσφέρει πληροφορίες στη διοίκηση του νοσοκομείου, επειδή συχνά οι ασθενείς εντοπίζουν κρίσιμα προβλήματα, που μπορεί να μην έχουν γίνει αντιληπτά από τη νοσοκομειακή μονάδα, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα λύσεις, με τελικό στόχο την αύξηση της ποιότητας της φροντίδας (Παπανικολάου, 2003).

Επίσης, η καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης συμβάλλει στην κατανόηση και τον καθορισμό των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών των ασθενών. Η ικανοποίησή τους έχει ως συνέπεια τη δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης μεταξύ προσωπικού και ασθενών, με αποτέλεσμα τη συνεργασία και τη συμμόρφωσή τους στις θεραπευτικές οδηγίες, τη μείωση του χρόνου νοσηλείας και του κόστους κατ' επέκταση. Ακόμα βοηθά στην προβολή του νοσοκομείου από τους ήδη ικανοποιημένους χρήστες των υπηρεσιών, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό το συνολικό βαθμό αποτελεσματικότητάς του και διαφοροποιώντας το από τα άλλα νοσοκομεία. (Μιχαηλίδου, 2003). Ταυτόχρονα ενδυναμώνεται ο ρόλος των χρηστών, προωθώντας τη συμμετοχή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με αυτούς.

Παράλληλα, η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης διασφαλίζει την ποιότητα του νοσοκομείου, βελτιώνει το περιβάλλον του οργανισμού μέσω της συνεργατικότητας και του ηθικού των εργαζομένων, αναγνωρίζοντας τις προσπάθειές τους και ταυτόχρονα αυξάνει την αποτελεσματικότητά τους, μια και λειτουργεί ως μέσο αξιολόγησης της εργασίας τους (Λαζάρου 2001, Λαζάρου 2004). Σύμφωνα άλλωστε με το Μερκούρη (1996), η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας αποτελεί όχι απλά μέτρο, αλλά σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.

Υπάρχουν βέβαια και αντίθετες απόψεις που υποστηρίζουν, ότι οι ασθενείς δε διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις για να εκτιμήσουν το επιστημονικό έργο που συντελείται ή δεν είναι σε θέση να είναι ειλικρινείς στις δηλώσεις τους, λόγω της εξάρτησής τους από τους επαγγελματίες υγείας (Λαζάρου, 2001).

### 3.4 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι έννοιες ποιότητα και ικανοποίηση δεν ταυτίζονται, αφού η πρώτη αφορά στην αντίληψη που σχηματίζει ο χρήστης της υπηρεσίας σε βάθος χρόνου, ενώ η δεύτερη αναφέρεται σε συγκεκριμένες στιγμές εξυπηρέτησης (Λυμπερόπουλος & Παντουβάκης, 2000). Οι Cleary και Mc Neil το 1988, εξετάζοντας τη σχέση ποιότητας και ικανοποίησης, διαπίστωσαν ότι η προσωπική φροντίδα, οι καλές επικοινωνιακές ικανότητες και η συναισθηματική ανάμειξη, οδηγούν σε υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης στον τομέα της υγείας έχει αποδειχθεί, ότι η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, μπορεί να επισκιάσει υψηλότερα επίπεδα κλινικών αποτελεσμάτων (Collier, 1994). Για τον Donabedian (1997), ποιότητα θεωρείται η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης. Σύμφωνα με το Institute of Medicine Committee των Η.Π.Α., ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία, τόσο στα άτομα, όσο και σε ολόκληρους πληθυσμούς και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επιστημονική γνώση (Nelson, 1996).

Ποιοτική χαρακτηρίζεται μια υπηρεσία, όταν είναι σε θέση να ανταποκριθεί ή και να ξεπεράσει της προσδοκίες των ασθενών. Η διαμόρφωση κρίσεων για την υψηλή ή τη χαμηλή ποιότητα εξαρτάται από το πως οι χρήστες αντιλαμβάνονται την πραγματική επίδοση των υπηρεσιών βάσει των προσδοκιών τους (Παπανικολάου 1997). Στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας η ποιότητα προσδιορίζεται, σύμφωνα με τους Αλεξιάδη και Σιγάλα (1999), από τους ακόλουθους παράγοντες:

- την αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών υγείας
- τη μειωμένη γραφειοκρατία (κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες)
- τη δημόσια αναγνώριση (φήμη της μονάδας ή των γιατρών)
- την ύπαρξη και αξιοποίηση σύγχρονης τεχνολογίας και μεθόδων
- τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού, ιδίως τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς
- την ξενοδοχειακή υποδομή (μέγεθος θαλάμων, φωτισμός, αερισμός, καθαριότητα, είδος και κατάσταση εξοπλισμού, ύπαρξη χώρων αναμονής και πάρκινγκ, διατροφή, εμφάνιση προσωπικού
- το γενικότερο πολιτισμένο και προσεγμένο περιβάλλον.

Αξίζει επίσης να επισημανθεί η διαφορετική αντίληψη που έχουν για την ποιότητα οι πάροχοι και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ποιότητα θεωρείται κυρίως το πόσο καλά συμπεριφέρονται στους ασθενείς, ενώ για τους δεύτερους η μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις της φροντίδας τους (Donebedian, 1980). Οι κρίσεις των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζονται από το περιβάλλον και τους εργαζόμενους, την αξιοπιστία, την ευγένεια, την ασφάλεια, την πρόσβαση και την προσπάθεια κατανόησης των προβλημάτων τους (Stichler & Weiss, 2000).

Τέλος, ενώ στη βιομηχανία η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος, με σκοπό την ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων και ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία, όσο και στο αποτέλεσμα, στην υγεία η έννοια του μηδενικού ελαττώματος ταυτίζεται, με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που επιθυμούν κι έχουν ανάγκη. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων και ελαττωμάτων στην υγεία σημαίνει πρακτικά βελτίωση ή εξάλειψη της κακής πρακτικής και ενθάρρυνση της καλής. Το εγχείρημα αυτό είναι δυσκολότερο, σύμφωνα με τον Τούντα (2003), από την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων, όπως συμβαίνει στη βιομηχανία.



# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## 4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας του Θριασίου Νοσοκομείου Ελευσίνας. Η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών θα αναδείξει τους παράγοντες εκείνους, που θεωρούνται σημαντικοί και επηρεάζουν την αξιολόγησή τους.

Μέσα από την έρευνα αυτή, γίνεται προσπάθεια να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα, σχετικά με την αξιολόγηση του νοσοκομείου από τους ασθενείς:

- αισθάνονται ικανοποιημένοι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όσον αφορά στη συμπεριφορά, στη διαθεσιμότητα και στην παροχή βοήθειας και πληροφόρησης,
- υπάρχει επαρκής και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών,
- είναι ικανοποιητικό το περιβάλλον του νοσοκομείου (καθαριότητα, ησυχία),
- πως βαθμολογούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες και το νοσοκομείο στο σύνολό του,
- έχουν οι ασθενείς την πρόθεση να συστήσουν το νοσοκομείο σε τρίτους,
- παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση υγείας, το μορφωτικό επίπεδο, επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης.

Σύμφωνα με σχετική έρευνα (Moliner, 2006), βασικούς δείκτες της αντιλαμβανόμενης αξίας ενός δημοσίου νοσοκομείου, αποτελούν η συναισθηματική αξία και τα μη οικονομικά κόστη. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τα δημόσια νοσοκομεία, όπως το Θριάσιο, όπου οι οικονομικοί πόροι είναι δεδομένοι και περιορισμένοι, γιατί θα ήταν δυνατό με μικρές αλλαγές, να υπάρξει σημαντική και άμεση βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, χωρίς απαραίτητα μεγάλες οικονομικές δαπάνες.

## 4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Τα τελευταία χρόνια δημοσιεύονται όλο και περισσότερες μελέτες που προσπαθούν να εξάγουν έγκυρα μεθοδολογικά αποτελέσματα για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Μερικά από τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών με δημοσιευμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες παγκοσμίως είναι εκείνα των CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), HEDIS (Healthcare Effectiveness Data and Information Set) και ECHO (Extended Care Health Option). Στις ΗΠΑ, ο συνδυασμός των πρωτοκόλλων CAHPS και HEDIS αποτελεί πρακτικά τη μόνη αξιολογική μέθοδο για την αποτίμηση των υπηρεσιών παροχής περίθαλψης περιπατητικών ασθενών των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων (Zaslavsky & Epstein, 2005).

Στη μελέτη αυτή επιλέχθηκε η χρήση ενός ερωτηματολογίου ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών, ασθενών δηλαδή που έχουν ήδη νοσηλευθεί στο χώρο του νοσοκομείου και δεν έχουν επισκεφθεί απλά τα τακτικά ή επείγοντα εξωτερικά ιατρεία. Ένα ερωτηματολόγιο για να είναι αποτελεσματικό πρέπει να διαθέτει κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες και να χαρακτηρίζεται από εστίαση, συντομία και συνάφεια (Press Ganey, 2002). Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, «Αξιολόγηση των Παρόχων Υγείας και του Συστήματος από τον Καταναλωτή»), το οποίο είναι εγκυροποιημένο (validated), βασίζεται στα θεωρητικά μοντέλα που προαναφέρθηκαν κι έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες στις Η.Π.Α. ([www.hcahpsonline.org](http://www.hcahpsonline.org)). Επίσης εμφανίζει υψηλά αποτελέσματα ικανοποίησης και ικανοποιητικό δείκτη εσωτερικής συνάφειας (Cronbach's alpha <0.69), που αποτελεί ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη αξιοπιστίας (Goldstein et al, 2005).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει χρησιμοποιηθεί για την διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, όπως ο Αγ. Παύλος Θεσσαλονίκης, το Βοστανείο Νοσοκομείο Μυτιλήνης, το νοσοκομείο Χατζηκώστα, καθώς και από την 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. Είναι απλό, κατανοητό και δεν κουράζει τους ασθενείς με πληθώρα ερωτήσεων. Επιπλέον, έχει το μεθοδολογικό πλεονέκτημα ότι αποτελεί έτοιμο μοντέλο στατιστικής επεξεργασίας. Τόσο η ξενόγλωσση μορφή του, όσο και η ελληνική εκδοχή της (με τις ανάλογες προσαρμογές για τη χώρα μας) περιλαμβάνονται στο Παράρτημα της εργασίας. Για λόγους εγκυρότητας του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου,

έχει πραγματοποιηθεί και η αντίστροφη μετάφρασή του (από την ελληνική στην αγγλική γλώσσα).

### **4.3 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ - ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Αρχικά είχε προγραμματιστεί τα ερωτηματολόγια να διανεμηθούν στους ασθενείς από το νοσηλευτικό προσωπικό, το απόγευμα πριν από την ημέρα εξόδου τους και να δοθούν στον υπεύθυνο του τμήματος μετά τη συμπλήρωσή τους. Η επιλογή του συγκεκριμένου χρόνου κρίθηκε αναγκαία, μια και οι ασθενείς θα είχαν πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την εμπειρία τους από το χώρο του νοσοκομείου, θα βρίσκονταν σε καλή σχετικά ψυχολογική κατάσταση, λόγω της επικείμενης εξόδου τους και θα ήταν απαλλαγμένοι από τυχόν φόβο να εκφράσουν ελεύθερα τη γνώμη τους (σφάλμα απόκρισης). Επιπλέον, οι απογευματινές ώρες χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ηρεμία, είναι απαλλαγμένες από τον πρωινό φόρτο εργασίας και συνήθως υπάρχει κάποιος συνοδός, σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συμπληρώσει μόνος το ερωτηματολόγιο.

Έπειτα από την έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από το Διοικητικό Συμβούλιο του Θριασίου Νοσοκομείου και της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, στην οποία το νοσοκομείο ανήκει, διανεμήθηκαν πιλοτικά στους ασθενείς δεκαπέντε ερωτηματολόγια. Μετά τη συλλογή τους διαπιστώθηκε ότι από τα δεκαπέντε συνολικά ερωτηματολόγια, επιστράφηκαν μόλις τα επτά και τα τέσσερα από αυτά, ήταν ατελώς συμπληρωμένα. Κρίθηκε λοιπόν απαραίτητη η παρουσία μου και η παροχή διευκρινήσεων στους ασθενείς πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς και η ενημέρωσή τους για τη σκοπιμότητα και χρησιμότητα της συμμετοχής τους. Έπειτα από τη διαβεβαίωσή τους για την ανωνυμία της έρευνας, την προστασία των προσωπικών δεδομένων και την έκφραση των ευχαριστιών μου για τη συμμετοχή τους, ακολουθούσε η διανομή των ερωτηματολογίων. Μετά τη συμπλήρωσή τους παραδίδονταν στον υπεύθυνο του τμήματος. Με τον τρόπο αυτό το ποσοστό συμμετοχής ανήλθε στο 77%. Από τα 100 ερωτηματολόγια που δόθηκαν συνολικά επιστράφηκαν τα 77 συμπληρωμένα πλήρως.

Η μέθοδος της τηλεφωνικής έρευνας δεν επιλέχθηκε για τη συλλογή στοιχείων, γιατί ενώ αποτελεί μια μη χρονοβόρα διαδικασία, οι ασθενείς μπορεί να μην έδειχναν το απαιτούμενο ενδιαφέρον, ή να υπήρχαν προβλήματα επικοινωνίας και κατανόησης από

άτομα σε μεγαλύτερη ηλικία. Επίσης αυτού του είδους οι έρευνες παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό αποφυγής της συνέντευξης, ενώ πολλές φορές τα άτομα λείπουν από το σπίτι τους τις συνήθεις ώρες διεξαγωγής (9πμ-7μμ). Ομοίως και η ταχυδρομική έρευνα δεν επιλέχθηκε, γιατί άτομα ηλικιωμένα ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δυσκολεύονται να συμμετάσχουν. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι παρουσιάζει χαμηλό δείκτη ανταπόκρισης (περίπου 20%), γεγονός που αυξάνει κατά πολύ τον χρόνο ολοκλήρωσής της, με παράλληλη αδυναμία του γενικού συντονισμού της (Νιάκας, 2003).

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύθηκαν στο Θριάσιο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου – Φεβρουαρίου 2013. Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς των δύο Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, καθώς και της Ψυχιατρικής και Νευροχειρουργικής κλινικής, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους. Τα ερωτηματολόγια δοθήκαν προς συμπλήρωση μόνο σε ασθενείς που είχαν προγραμματιστεί να πάρουν εξιτήριο την επόμενη μέρα, προκειμένου να εξαλειφθεί ο κίνδυνος ψευδούς δήλωσης μεγαλύτερης ικανοποίησης από το νοσοκομείο. Πολλές φορές άλλωστε, ο φόβος για την πορεία της ασθένειας οδηγεί τους ασθενείς να εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (σφάλμα απόκρισης), γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει στρεβλώσεις στην αμεροληψία των αποτελεσμάτων (Νιάκας, 2000).

Κριτήρια για την επιλογή του δείγματος, εκτός της λήψης εξιτηρίου, αποτέλεσαν:

- η επιθυμία για συμμετοχή στην έρευνα
- η ηλικία (ασθενείς άνω των 18 ετών) και
- η δυνατότητα επικοινωνίας, τόσο όσον αφορά στη γλωσσική επικοινωνία (δυνατότητα συνεννόησης στην ελληνική γλώσσα), αλλά και η γενικότερη κατάσταση της υγείας των ασθενών (επίπεδο συνείδησης και επικοινωνίας), (σφάλμα μη απόκρισης, λόγω άρνησης ή αποτυχίας επικοινωνίας).

Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε (δειγματοληψίας ευκολίας), αν και δεν διασφαλίζει την αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού, αποτελεί αρκετά συνηθισμένη πρακτική. Κυριότερη πηγή μεροληψίας (συστηματικού σφάλματος) θεωρείται ο τρόπος επιλογής των συμμετεχόντων, καθώς το δείγμα αποτελείται από όσα μέλη του πληθυσμού είναι εύκολο να εντοπιστούν και έχουν θετική στάση προς την έρευνα (Κουρεμένος, 2001). Επειδή η δειγματοληψία δεν βασίζεται στην τυχαία επιλογή, υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με αυτά του πληθυσμού, να μην είναι δηλαδή αντιπροσωπευτικό. Το σφάλμα, στην περίπτωση αυτή δεν είναι εύκολο να εκτιμηθεί και

εξαρτάται από το βαθμό αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος, σε σχέση με τον πληθυσμό. Για το λόγο αυτό, υπάρχει περιορισμός στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. (Σταλίκας, 2005).

Οι ίδιοι οι ασθενείς, ή οι συνοδοί εκ μέρους των ασθενών, κλήθηκαν να εκφράσουν την ικανοποίησή τους, τόσο από την ποιότητα των υπηρεσιών, όσο και από την εξυπηρέτηση του προσωπικού ιατρικού και νοσηλευτικού. Προκειμένου να ενθαρρυνθούν οι ασθενείς να εκφράσουν ελεύθερα και ειλικρινά τις απόψεις τους, διευκρινίσθηκε το γεγονός ότι η έρευνα διενεργείται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, καθώς και η σημασία της συμμετοχής στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τονίστηκε επίσης, ότι ο μέγιστος χρόνος που θα απαιτούνταν θα ήταν 10 περίπου λεπτά και ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική.

#### 4.4 ΔΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Οι νοσηλευόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο 33 ερωτήσεων.

Αρχικά υπήρχαν τρεις διχοτομικές ερωτήσεις, σχετικές με:

- το φύλο (άνδρας – γυναίκα)
- την ύπαρξη ή μη ασφαλιστικού φορέα και
- τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (από τον ίδιο ή άλλο πρόσωπο)

Υπήρχαν επίσης τρεις ερωτήσεις ανοικτού τύπου, όπου συμπληρώθηκε η κλινική, η ηλικία, το ασφαλιστικό ταμείο.

Οι ερωτήσεις (1-9) ζητούσαν από τους ασθενείς να αξιολογήσουν τη νοσηλεία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, χωρίς να λάβουν υπόψη τους εμπειρίες από άλλους φορείς υγείας.

Οι ερωτήσεις ήταν σχετικές με:

*α. Τη φροντίδα που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό (ερωτήσεις 1-4)*

- αντιμετώπιση με ευγένεια και σεβασμό
- επίδειξη προσοχής και ενεργητικής ακρόασης
- παροχή εξηγήσεων με κατανοητό τρόπο
- παροχή έγκαιρης βοήθειας σε κλήση

*β. Τη φροντίδα που παρείχε το ιατρικό προσωπικό (ερωτήσεις 5-7)*

- αντιμετώπιση με ευγένεια και σεβασμό
- επίδειξη προσοχής και ενεργητικής ακρόασης

- παροχή εξηγήσεων με κατανοητό τρόπο

*γ. Το περιβάλλον του νοσοκομείου (ερωτήσεις 8-9)*

- καθαριότητα δωματίου και λουτρού

- ήσυχο περιβάλλον κατά τη διάρκεια της νύχτας

Για τις απαντήσεις των ερωτήσεων 1-9 χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert, η οποία ξεκινά από το 'ποτέ' με την μικρότερη βαθμολογία και καταλήγει στο 'πάντα', όπου η πιο θετική στάση συνεπάγεται και μεγαλύτερη βαθμολογία. Η κλίμακα Likert χρησιμοποιείται συχνά, επειδή γίνεται εύκολα κατανοητή από τους ερωτώμενους και εξασφαλίζει αμεροληψία, αφού επιτρέπει την ύπαρξη αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων (Αλετράς, 2005). Ασφαλώς δεν υπάρχει βεβαιότητα, ότι η επιλογή της ίδιας απάντησης σε ένα ερώτημα σημαίνει τελικά και τον ίδιο βαθμό αποδοχής από την πλευρά των ασθενών. Για το λόγο αυτό δεχόμαστε, ότι οι αποστάσεις μεταξύ των μεταβλητών διαστήματος 'ποτέ', 'μερικές φορές', 'συνήθως' και 'πάντα' είναι ίσες.

Οι ερωτήσεις 10-17 ήταν σχετικές με τη γενικότερη εμπειρία των ασθενών από το νοσοκομείο και τις συνθήκες νοσηλείας τους. Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις:

10 (κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο χρειαστήκατε βοήθεια για να πάτε στο λουτρό ή για την προσωπική σας υγιεινή),

12 (κατά την παραμονή σας χρειαστήκατε αναλγητικό φάρμακο) και

15 (κατά την παραμονή σας πήρατε νέα φάρμακα), επιδέχονταν απάντηση 'ναι', 'όχι' ή 'δεν απαντώ'. Οι περιπτώσεις που η απάντηση ήταν 'όχι', δεν λήφθηκαν υπόψη, λόγω της ουδετερότητάς τους.

Οι ερωτήσεις 11, 13-14 και 15-17 (κλίμακα Likert) αφορούσαν:

- τη συχνότητα της νοσηλευτικής συνδρομής για λουτρό και ατομική υγιεινή

- το επίπεδο αναχαίτισης του πόνου

- την παροχή ενημέρωσης σχετικά με τις ενδείξεις νέων φαρμάκων και

- την παροχή ενημέρωσης για τυχόν παρενέργειες από τη λήψη τους

Οι ερωτήσεις 18-20 αφορούσαν την πορεία του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και ήταν σχετικές με:

- την επιστροφή στο σπίτι ή σε άλλη υγειονομική μονάδα

- την παροχή ενημέρωσης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τυχόν βοήθεια κατοίκων

- την παροχή γραπτών πληροφοριών για τυχόν συμπτώματα και προβλήματα που πρέπει να προσεχθούν μετά την έξοδο.

Στις επόμενες ερωτήσεις οι ασθενείς καλούνταν να βαθμολογήσουν το νοσοκομείο (ερ. 21) σε κλίμακα από 0 (χειρότερο) έως 10 (καλύτερο) και να δηλώσουν, εάν θα σύστηναν το νοσοκομείο σε τρίτους (κλίμακα Likert) (ερ.22).

Τέλος οι ερωτήσεις 23-27 αφορούσαν τον ίδιο τον ασθενή και ήταν σχετικές με το επίπεδο υγείας του συνολικά, το επίπεδο σπουδών, την υπηκοότητα / ιθαγένεια, το χρόνο διαμονής στη χώρα και τη γλώσσα επικοινωνίας (στο σπίτι).

# ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

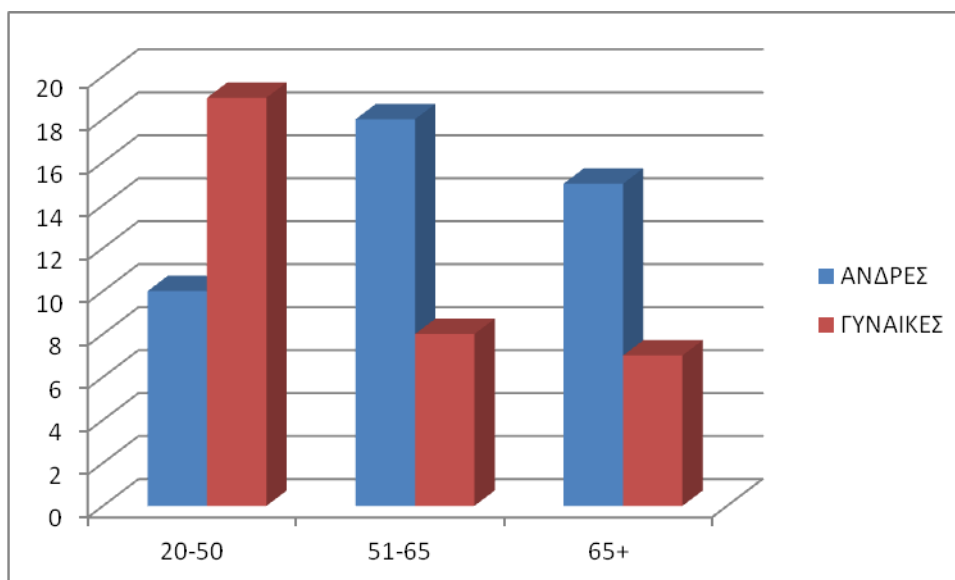
## 5.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 77 άτομα, εκ των οποίων οι περισσότεροι ήταν άνδρες (Πίνακας 1).

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	43	55,84%
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	34	44,16%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	77	100%

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Όσον αφορά στην ηλικιακή κατανομή του δείγματος (Διάγραμμα 1), το μεγαλύτερο ποσοστό (62,34%) ήταν άτομα ηλικίας άνω των 51 ετών.



Διάγραμμα 1. Ηλικιακή κατανομή δείγματος

Επίσης αξίζει να σημειωθεί, ότι οι γυναίκες έως την ηλικία των 50 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα από αυτή των ανδρών, ενώ στις ηλικίες 51 και άνω οι άνδρες έχουν διπλάσια συχνότητα, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.



ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<b>20-50</b>	10	13,0%	19	24,8%
<b>51-65</b>	18	23,3%	8	10,4%
<b>66 +</b>	15	19,5%	7	9,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>43</b>	<b>55,8%</b>	<b>34</b>	<b>44,2%</b>

*Πίνακας 2. Ποσοστιαία κατανομή δείγματος*

Ο πίνακας 3 μας δείχνει την κατάταξη των ασθενών ανάλογα με τον ασφαλιστικό τους φορέα. Η τελευταία κατηγορία (άλλο ταμείο), περιλαμβάνει τα ταμεία ΤΣΑΥ, ΤΥΔΚΥ και ΟΑΕΕ, που είχαν μικρή συμμετοχή.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
<b>ΟΠΑΔ</b>	22	28,57%	68,83%
<b>ΙΚΑ</b>	31	40,26%	81,82%
<b>ΟΓΑ</b>	10	12,99%	90,91%
<b>ΤΕΒΕ</b>	7	9,09%	93,51%
<b>ΑΠΟΡΙΑΣ</b>	2	2,60%	100%
<b>ΑΛΛΟ</b>	5	6,49%	

*Πίνακας 3. Κατανομή ανά ασφαλιστικό φορέα*

Όπως φαίνεται τα τέσσερα πρώτα ταμεία, ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ φτάνουν σε ποσοστό το 93,51%. Το ποσοστό των ασθενών που καλύπτονται από το ταμείο απορίας είναι 2,6%, ενώ στο συγκεκριμένο δείγμα δεν φαίνεται να υπάρχουν ιδιώτες ασθενείς.

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών του δείγματος δίνεται στο πίνακα 4. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 37,66% διαθέτει τριτοβάθμια εκπαίδευση.

	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>
<b>ΔΗΜΟΤΙΚΟ</b>	6	7,79%	22,08%
<b>ΓΥΜΝΑΣΙΟ</b>	11	14,29%	62,34%
<b>ΛΥΚΕΙΟ</b>	31	40,26%	100%
<b>ΑΕΙ / ΤΕΙ</b>	29	37,66%	

*Πίνακας 4. Μορφωτικό Επίπεδο Ασθενών Δείγματος*

Το επίπεδο υγείας των ασθενών, σύμφωνα με τις προσωπικές τους εκτιμήσεις θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σχετικά καλό μια και όπως φαίνεται στον πίνακα 5, το 70% των ασθενών θεωρεί την κατάσταση της υγείας του ‘πολύ καλή’ έως και ‘εξαιρετική’.

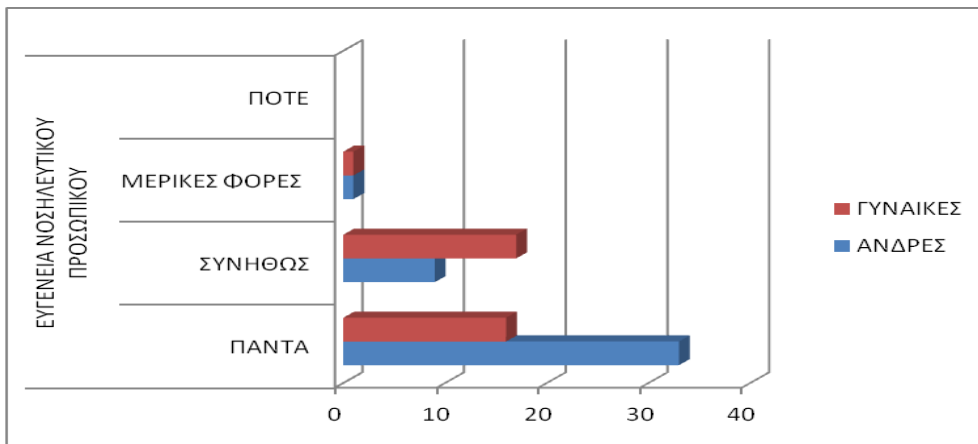
	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>	<b>ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>
<b>ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ</b>	5	6,58%	28,95%
<b>ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ</b>	17	22,37%	69,74%
<b>ΚΑΛΗ</b>	31	40,79%	96,05 %
<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ</b>	20	26,31%	100%
<b>ΦΤΩΧΗ</b>	3	3,95%	

*Πίνακας 5. Επίπεδο Υγείας Ασθενών*

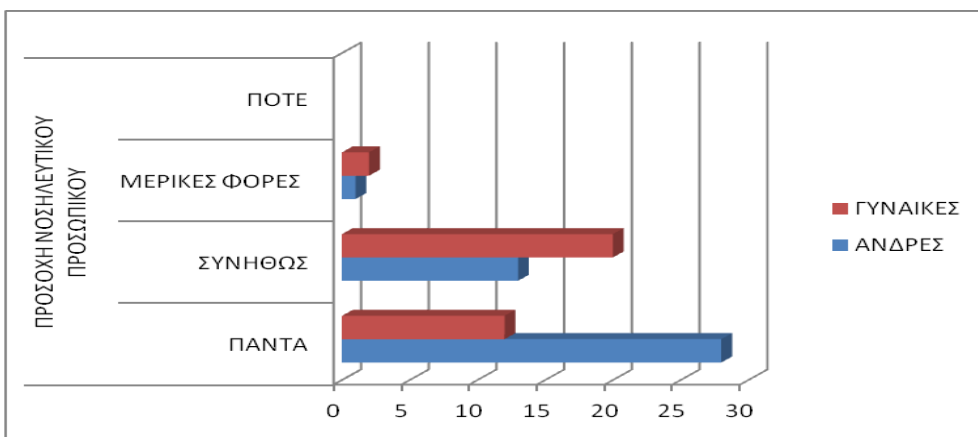
Η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν είχαν ελληνική υπηκοότητα (89%), το 10,1% ήταν αλλοδαποί, ενώ ένας ασθενής δεν θέλησε να απαντήσει. Από το σύνολο των 6 αλλοδαπών ασθενών, οι 3 ήταν αλβανικής καταγωγής, ο ένας ρωσικής, ενώ οι υπόλοιποι 2 δεν θέλησαν να απαντήσουν. Επίσης οι 4 από τους 6 αλλοδαπούς δήλωσαν μόνιμοι κάτοικοι.

Τέλος το 67,50% των ανδρών και γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα συμπλήρωσαν μόνοι το ερωτηματολόγιό τους. Το ποσοστό των ανδρών που χρειάστηκαν τη συνδρομή τρίτου υπολογίζεται σε 22,10%, ενώ των γυναικών σε 10,40%.

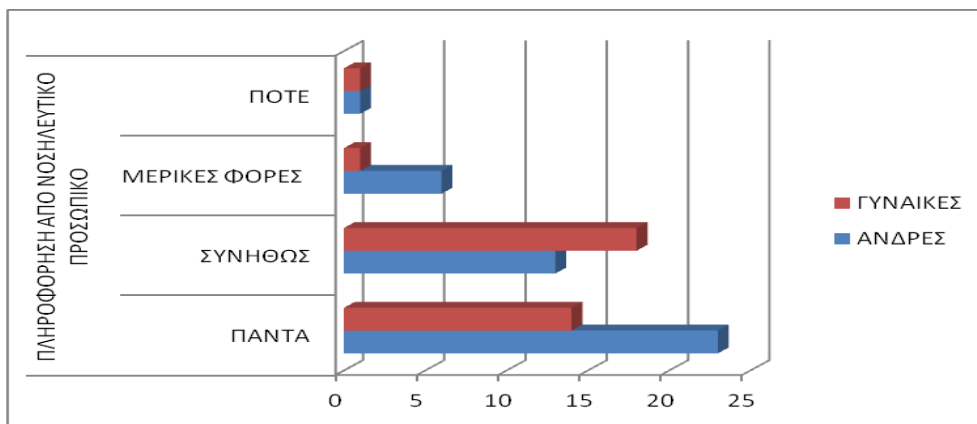
Αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου, όπως φαίνεται στα διαγράμματα 2 έως 5 που ακολουθούν, οι άνδρες παρουσιάζονται σαφώς πιο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες από τη συμπεριφορά του προσωπικού σε θέματα ευγένειας, προσοχής, ενημέρωσης και παροχής βοήθειας.



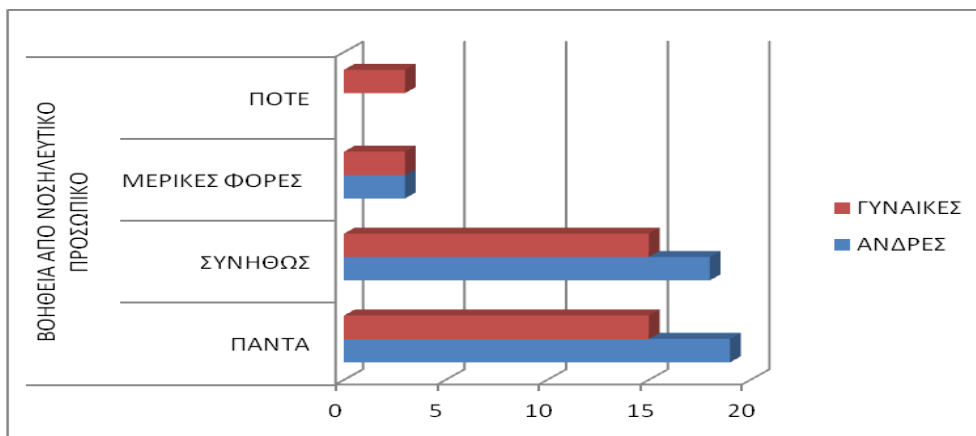
Διάγραμμα 2. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (ευγένεια)



Διάγραμμα 3. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (προσοχή)

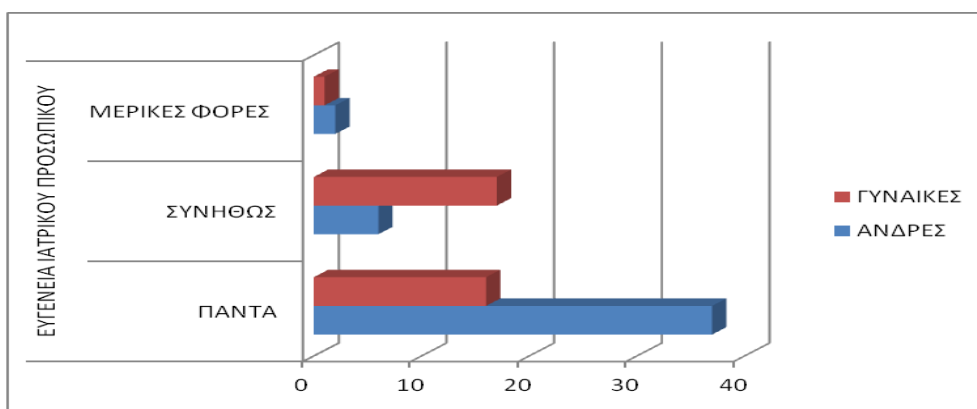


Διάγραμμα 4. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (πληροφόρηση)

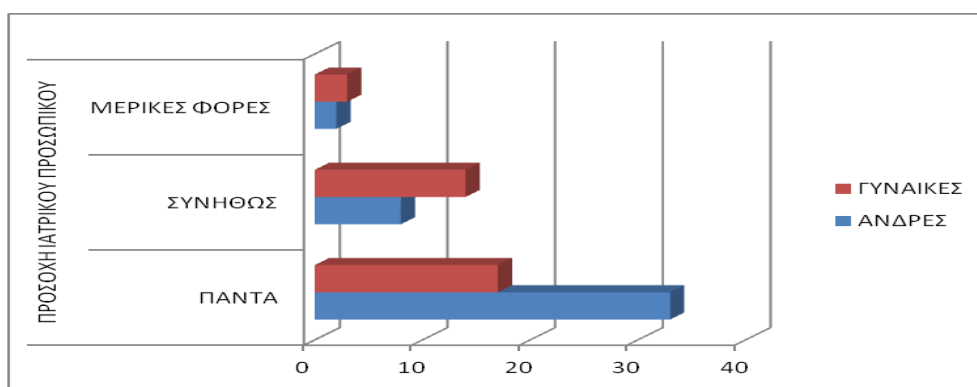


Διάγραμμα 5. Ικανοποίηση ασθενών από νοσηλευτικό προσωπικό (παροχή βοήθειας)

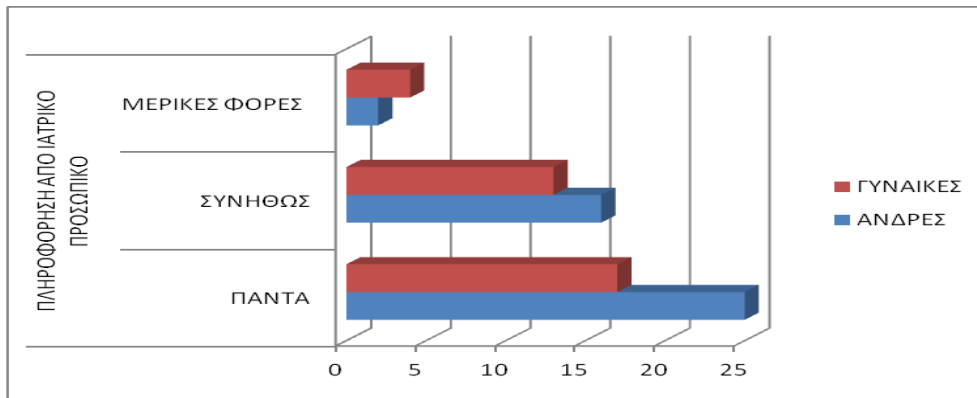
Επίσης, οι άνδρες ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά και προσέγγιση του ιατρικού προσωπικού, όπως φαίνεται στα διαγράμματα 6 έως 8, ενώ οι γυναίκες είναι πιο αυστηρές στη βαθμολογία τους.



Διάγραμμα 6. Ικανοποίηση ασθενών από ιατρικό προσωπικό (ευγένεια)

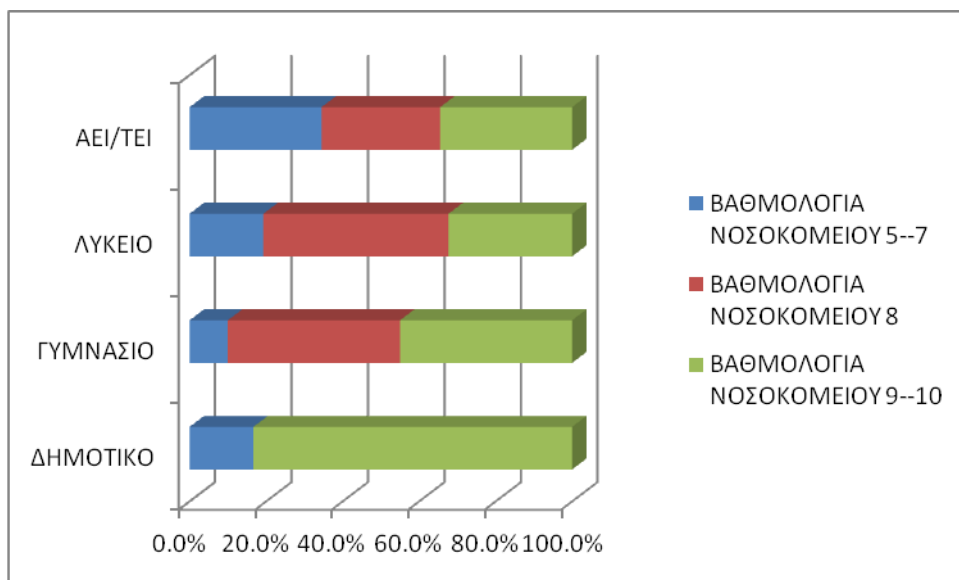


Διάγραμμα 7. Ικανοποίηση ασθενών από ιατρικό προσωπικό (προσοχή)



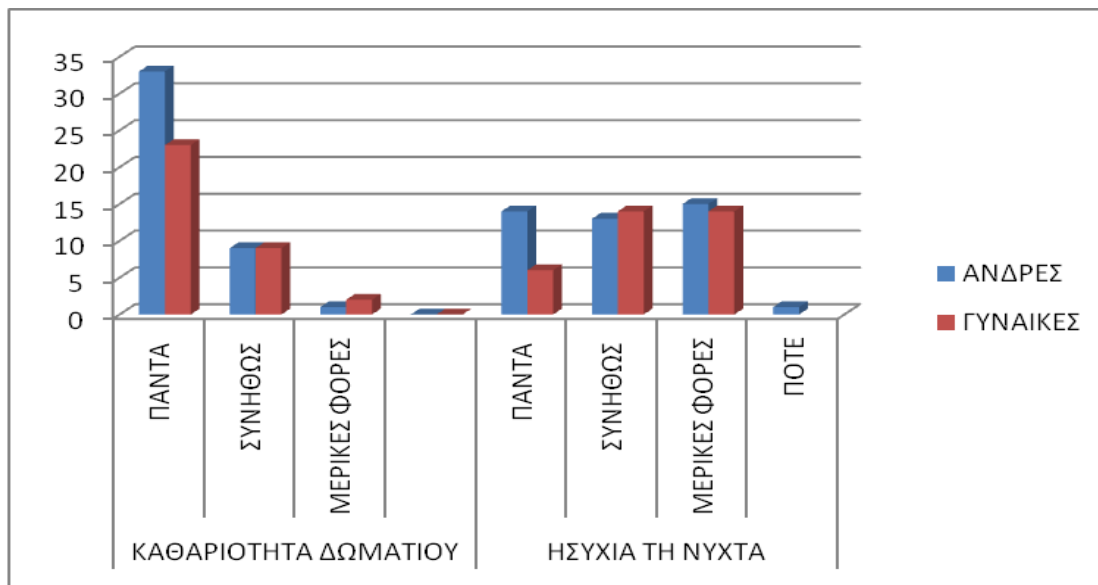
Διάγραμμα 8. Ικανοποίηση ασθενών από ιατρικό προσωπικό (πληροφόρηση)

Συγκρίνοντας την ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στις διάφορες ηλικιακές ομάδες (διάγραμμα 1), ενώ στις ηλικίες 20-65 ο βαθμός ικανοποίησης είναι σχεδόν ο ίδιος, στις ηλικίες άνω των 66 οι ασθενείς φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό (89,6%) και λιγότερο από το νοσηλευτικό προσωπικό (87%). Στην συνολική βαθμολογία του νοσοκομείου όμως τα δεδομένα ανατρέπονται, μια και οι ηλικίες έως 50 ετών βαθμολογούν το νοσοκομείο με 8,6 κατά μέσο όρο, οι ασθενείς 51-65 με 8 και οι άνω των 66 με 8,13. Η συνολική βαθμολογία του νοσοκομείου παρουσιάζει επίσης διαφορές ανάλογα και με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών αφού, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 9, οι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι και βαθμολογούν υψηλότερα.



Διάγραμμα 9. Βαθμολογία νοσοκομείου ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον του νοσοκομείου στο θέμα της καθαριότητας των δωματίων, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ασθενείς φαίνονται ιδιαίτερα ευχαριστημένοι, μια και με ποσοστό 72,72% συνηγορούν ότι ήταν πάντα καθαρά. Αντίθετα, δεν δηλώνουν την ίδια ικανοποίηση σχετικά με την ύπαρξη ησυχίας τη νύχτα, μια και το μεγαλύτερο ποσοστό (37,66%) δηλώνει ότι υπάρχει ησυχία ‘μερικές φορές’ ή ‘συνήθως’ (35,06%) (διάγραμμα 10).

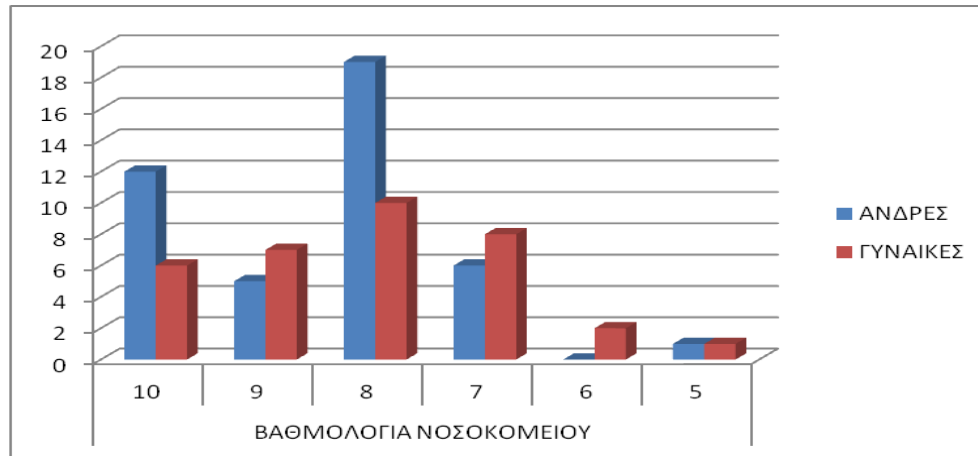


Διάγραμμα 10. Ικανοποίηση ασθενών από το περιβάλλον του νοσοκομείου

Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ όλοι οι ασθενείς δηλώνουν ότι τους χορηγήθηκε κάποιο νέο φάρμακο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, μόνο το 14,3% δηλώνει ότι ‘πάντα’ ενημερωνόταν για τις ενδείξεις και το 20,8% για τις τυχόν παρενέργειες. Επίσης, όλοι οι ασθενείς δηλώνουν ότι χρειάστηκαν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο κάποιο αναλγητικό για την ανακούφιση από τον πόνο. Το 53,2% των ασθενών δηλώνουν ότι ο πόνος ελεγχόταν ‘πάντα’ καλά, ενώ το 37,7% ‘συνήθως’.

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο το μεγαλύτερο ποσοστό (88,3%) των ασθενών δήλωσε ότι θα επιστρέψει στο σπίτι του, το 10,4% ότι θα φιλοξενηθεί στο σπίτι κάποιου άλλου και μόνο ένας ασθενής ότι θα εισαχθεί σε άλλη υγειονομική μονάδα. Από τους ασθενείς που θα έφευγαν για κάποιο σπίτι, μόνο το 49,3% ενημερώθηκε για πιθανή βοήθεια που θα χρειαζόταν στο σπίτι. Επίσης, στο 62,3% των ασθενών δώθηκαν γραπτές οδηγίες σχετικά με τα συμπτώματα ή τα προβλήματα υγείας που θα έπρεπε να προσέξουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Σχετικά με τη συνολική βαθμολογία του νοσοκομείου (διάγραμμα 11), οι άνδρες φαίνεται να δίνουν υψηλότερη βαθμολογία, μια και με 8 έως 10 βαθμολογεί το νοσοκομείο το 45% περίπου των ανδρών και μόλις το 30% των γυναικών.



Διάγραμμα 11. Συνολική βαθμολογία νοσοκομείου

Τέλος, τόσο οι άνδρες (81,39%), όσο και οι γυναίκες (82,35%), ανεξάρτητα από τη βαθμολογία που έχουν δώσει στις επιμέρους ερωτήσεις, δηλώνουν σε ποσοστό περίπου 82% ότι σίγουρα θα σύστηναν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε συγγενείς και φίλους.

## 5.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19. Η μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν η στατιστική ανάλυση κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis).

Η τεχνική αυτή ανάλυσης έχει ως σκοπό τη δημιουργία μεταβλητών, που είναι συνδυασμοί των αρχικών μεταβλητών, έτσι ώστε να είναι ασυσχέτιστες μεταξύ τους (κύριες συνιστώσες). Η μετατροπή αυτή γίνεται ώστε, η πρώτη κύρια συνιστώσα να εμφανίζει τη μεγαλύτερη διακύμανση, να αντιστοιχεί δηλαδή στη μέγιστη ποικιλία δεδομένων, και κάθε επόμενη να εμφανίζει συνεχώς χαμηλότερη διακύμανση και ταυτόχρονα να μην εμφανίζει συσχέτιση με τις προηγούμενες.

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν, προκειμένου να εξαχθούν οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της άποψης και στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών,

ήταν οι ερωτήσεις 1-9, 11, 13-14 και 16 έως 20. Επίσης δεν ελήφθησαν υπόψη οι απαντήσεις της κατηγορίας ‘δεν απαντώ’ λόγω της ουδετερότητάς τους.

Χρησιμοποιώντας τα πρωτογενή δεδομένα της μήτρας συσχετίσεων (correlation matrix), πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των κυρίων συνιστωσών. Η ανάλυση αυτή ενσωμάτωσε το 70% (69,642%) περίπου της συνολικής μεταβλητότητας σε τέσσερις κύριες συνιστώσες, που είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Στον πίνακα 6 που ακολουθεί, δίνονται οι ιδιοτιμές και το ποσοστό της μεταβλητότητας, που εξηγεί η κάθε κύρια συνιστώσα, καθώς και η συνολική μεταβλητότητα των αρχικών δεδομένων που ενσωματώνουν οι νέες συνιστώσες.

### Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	<b>5.428</b>	33.924	33.924	5.428	33.924	33.924	3.930	24.564	24.564
2	<b>2.676</b>	16.724	50.648	2.676	16.724	50.648	2.925	18.281	42.846
3	<b>1.743</b>	10.894	61.542	1.743	10.894	61.542	2.858	17.860	60.706
4	<b>1.296</b>	8.100	<b>69.642</b>	1.296	8.100	69.642	1.430	8.936	69.642

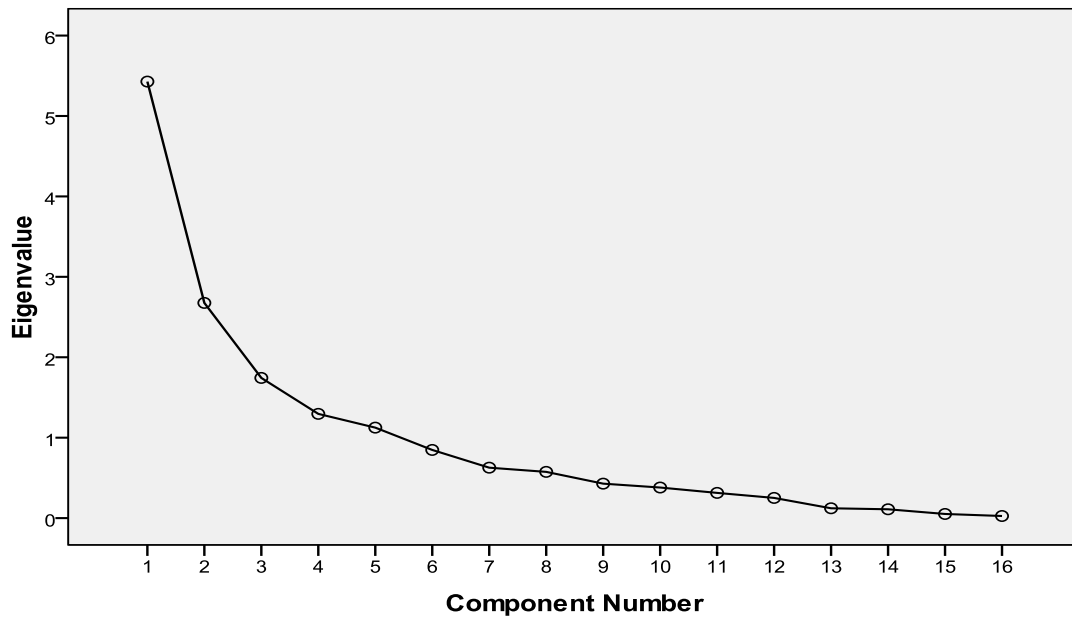
Extraction Method: Principal Component Analysis.

#### *Πίνακας 6. Πίνακας επεξήγησης της διακύμανσης του μοντέλου*

Για την εύρεση του αριθμού των παραγόντων που θα εξαχθούν χρησιμοποιήθηκε επικουρικά και το scree plot των ιδιοτιμών, που απεικονίζει γραφικά τις μεταβλητές. Σύμφωνα με το γράφημα 1 που ακολουθεί, θα πρέπει να επιλεγούν οι τέσσερις ή πέντε πρώτοι παράγοντες, πριν το γράφημα αρχίζει να αλλάζει κλίση.



### Scree Plot



*Γράφημα 1. Γραφική απεικόνιση των μεταβλητών*

Επιπλέον, προκειμένου να φανεί η υποκειμενική δομή των παραγόντων και να είναι εύκολη στην ερμηνεία τους, επιλέχθηκε η ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (varimax rotation). Με τη χρήση του ορθογώνιου πίνακα περιστροφής Varimax, αναδείχθηκαν οι νέοι συντελεστές των παραγόντων (loadings). Τα βάρη, ή φορτίσεις (loadings), όπως προέκυψαν μετά την περιστροφή δίνονται από τον πίνακα 7, που ακολουθεί.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
1. Πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;	,879			
2. Πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας άκουσαν με προσοχή;	,710			
3. Πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο κατανοητό;			,598	
4. Πόσο συχνά λάβατε έγκαιρα βοήθεια, αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια;			,812	
5. Πόσο συχνά οι γιατροί σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;				
6. Πόσο συχνά οι γιατροί σας άκουσαν με προσοχή;		,662		
7. Πόσο συχνά οι γιατροί σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο κατανοητό;		,680		
8. Πόσο συχνά καθαριζόταν το δωμάτιο και το λουτρό;	,664			
9. Πόσο συχνά υπήρχε ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιό σας;			,665	
11. Πόσο συχνά οι νοσηλευτές σας βοήθησαν να πάτε στο λουτρό;	,754			
12. Χρειαστήκατε αναλγητικό φάρμακο;	,798			
13. Πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;			,746	
14. Πόσο συχνά το προσωπικό έκανε ό,τι μπορούσε για να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;		,658		
16. Πριν σας χορηγηθεί νέο φάρμακο, πόσο συχνά σας ενημέρωναν για το λόγο που αυτό χορηγείται;		,729		
17. Πριν σας χορηγηθεί νέο φάρμακο, πόσο συχνά σας περιέγραφαν τυχόν παρενέργειες από τη χρήση του;				

19. Το προσωπικό σας ενημέρωσε για τυχόν βοήθεια που μπορεί να χρειαστείτε μετά την έξοδό σας;				
20. Σας δόθηκαν γραπτές οδηγίες για το ποια συμπτώματα ή προβλήματα πρέπει να προσέξετε μετά την έξοδό σας;				,853

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

*Πίνακας 7 Τα loadings (>0,5) για τους τέσσερις παράγοντες που επιλέχθηκαν μετά τη varimax rotation*

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, θα μπορούσαν τα στοιχεία να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις παράγοντες που είναι:

**Παράγοντας 1:** Νοσηλευτές-καθαριότητα θαλάμου-κουμπί βοήθειας

**Παράγοντας 2:** Ιατροί-ενημέρωση για νέα φάρμακα

**Παράγοντας 3:** Ησυχία τη νύχτα-αντιμετώπιση πόνου από το προσωπικό

**Παράγοντας 4:** Γραπτές οδηγίες κατά την έξοδο από το νοσοκομείο

Όσον αφορά στη βαθμολογία που αποδίδουν οι ασθενείς στη συνολική εικόνα του νοσοκομείου (σε κλίμακα από 0 έως 10), τα αποτελέσματα φαίνονται στο επόμενο πίνακα.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
5	2	2,4
6	2	2,4
7	14	16,5
8	29	34,1
9	12	14,1
10	18	21,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>77</b>	<b>90,6</b>

*Πίνακας 8. Συνολική βαθμολογία του νοσοκομείου*

Ταξινομώντας το δείγμα κατά αύξουσα σειρά βαθμολογίας, προκύπτουν τρεις βαθμολογικές ομάδες (τριτημόρια):

Βαθμολογία 5-7 (n=18)

Βαθμολογία 8 (n=29)

Βαθμολογία 9-10 (n=30)

Όπως βλέπουμε λοιπόν, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αξιολογούν το νοσοκομείο με συνολική βαθμολογία από 8 και άνω, γεγονός που σημαίνει ότι η εμπειρία τους στο σύνολό της ήταν ιδιαίτερα θετική.

Με γραμμική παλινδρόμηση της βαθμολογίας (1 έως 3), με ανεξάρτητες μεταβλητές τις τέσσερις συνιστώσες, φαίνεται ότι η 'ιατρική' συνιστώσα σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία του νοσοκομείου.

Model	B	Std. Error	Sig
(Constant)	2,276	,117	,000
REGR factor score 1 for analysis 2	,061	,119	,610
REGR factor score 2 for analysis 2	,571	,119	<b>,000</b>
REGR factor score 3 for analysis 2	,038	,119	,750
REGR factor score 4 for analysis 2	-,194	,119	,115

a. Dependent Variable: Hospitalgrading

*Πίνακας 9. Συσχέτιση 'ιατρικής συνιστώσας' με τη βαθμολογία του νοσοκομείου*

Εάν τώρα εφαρμόσουμε στις ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου backward stepwise regression (βηματική παλινδρόμηση προς τα πίσω), με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία του νοσοκομείου σε κλίμακα τριών βαθμών (σύμφωνα με την ταξινόμηση σε τριτημόρια), προκύπτει ο πίνακας 10, που ακολουθεί.

Model	B	Std. Error	Sig
6 (Constant)	3,165	,662	,000
REGR factor score 2 for analysis 2	,735	,093	,000
REGR factor score 4 for analysis 2	-,237	,083	,009
SEX	-,934	,222	,000
AGE	-,027	,008	,003
Q23healthstatus	,459	,108	,000
Q25greek	,723	,326	,038

a. Dependent Variable: Hospitalgrading

Πίνακας 10. Εφαρμογή backward stepwise regression (βαθμολογία Νοσοκομείου)

Όπως φαίνεται, οι μεταβλητές που συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία είναι οι συνιστώσες 2 και 4 (γιατροί και γραπτές οδηγίες, αντίστοιχα). Η συνιστώσα 4 έχει αρνητικό συντελεστή B, γιατί το ΟΧΙ έχει μεγαλύτερη τιμή από το ΝΑΙ στο ερωτηματολόγιο. Θετική είναι η συσχέτιση της ικανοποίησης με τη χορήγηση γραπτών οδηγιών.

Επίσης, η βαθμολογία φαίνεται να συσχετίζεται ανεξάρτητα:

- με το φύλο. Οι γυναίκες βαθμολογούν σχεδόν ένα επίπεδο πιο κάτω από τους άνδρες (0.934)
- με την ηλικία. Η αύξηση της ηλικίας κατά μία δεκαετία μειώνει τη βαθμολογία κατά 0,27 βαθμούς
- με την κατάσταση υγείας. Οι ερωτώμενοι με χειρότερη κατάσταση υγείας δίνουν μεγαλύτερες βαθμολογίες και
- με την εθνικότητα. Οι αλλοδαποί ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη βαθμολογία.

Καμία άλλη μεταβλητή δεν συσχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία.

Προκειμένου να ελέγξουμε την καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα, χρησιμοποιούμε τον πίνακα παραμέτρων παλινδρόμησης model summary. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 11, ο συντελεστής συσχέτισης R των ανεξάρτητων μεταβλητών με την εξαρτημένη παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά και ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup> μας δείχνει ότι το μοντέλο επεξηγεί το 81% περίπου της συνολικής διακύμανσης, ποσοστό αρκετά ικανοποιητικό.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
6	.899 <sup>f</sup>	<b>.809</b>	.754	.423

f. Predictors: (Constant), Q25greek, AGE, REGR factor score 4 for analysis 2, REGR factor score 2 for analysis 2, SEX, Q23healthstatus

Πίνακας 11. Παράμετροι Παλινδρόμησης (Model Summary)

Στην επόμενη ερώτηση, σχετικά με το αν θα είχαν οι ασθενείς την πρόθεση να συστήσουν το νοσοκομείο σε φίλους και συγγενείς, οι απαντήσεις είναι μάλλον θετικές μια και το 82% των ασθενών φαίνεται πως έχει την πρόθεση να το κάνει. Επίσης, όπως φαίνεται στον πίνακα 12, οριακό ρόλο στην απόφαση αυτή παίζουν οι συνιστώσες 1 και 2 (αν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο οι συσχετίσεις θα ήταν σημαντικές).

Model	B	Std. Error	Sig
(Constant)	3,828	,065	,000
REGR factor score 1 for analysis 2	,138	,066	<b>,047</b>
REGR factor score 2 for analysis 2	,133	,066	<b>,054</b>
REGR factor score 3 for analysis 2	,056	,066	,406
REGR factor score 4 for analysis 2	-,061	,066	,363

a. Dependent Variable: Q22hosprecom

Πίνακας 12. Συσχέτιση πρόθεσης ασθενών να συστήσουν το νοσοκομείο με παράγοντες 1 & 2

Με τη χρήση backward stepwise regression (βηματική παλινδρόμηση προς τα πίσω), και στην περίπτωση αυτή βλέπουμε στον πίνακα 13, ότι για το αν κάποιος θα σύστηνε το νοσοκομείο σε φίλους και γνωστούς (εξαρτημένη μεταβλητή), παίζει ρόλο η συνιστώσα 2 (γιατροί) και οριακά η συνιστώσα 1 (νοσηλεύτες).

	<b>Model</b>	<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>Sig</b>
10	(Constant)	3,859	,058	,000
	REGR factor score 1 for analysis 2	,116	,058	<b>,058</b>
	REGR factor score 2 for analysis 2	,160	,059	<b>,011</b>

a. Dependent Variable: Q22hosprecom

*Πίνακας 13. Εφαρμογή backward stepwise regression (σύσταση νοσοκομείου)*

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από την ανάλυση του προηγούμενου κεφαλαίου, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ιδιαίτερα μεγάλη, αφού το 87% των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο από το νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα σεβασμού, επικοινωνίας και πληροφόρησης. Το ποσοστό αυτό για το ιατρικό προσωπικό ήταν λίγο μεγαλύτερο, κυμάνθηκε στο 89,6%. Στη βιβλιογραφία επίσης, έχουν καταγραφεί υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό (Zandbelt et all 2004, Fan et all 2005, Αλετράς 2007). Ο πρωταγωνιστικός ρόλος του ιατρού στις υπηρεσίες υγείας θα μπορούσε να είναι μια πιθανή εξήγηση για τα υψηλά αυτά ποσοστά (Probst, 1997). Αρκετές φορές, η σχέση εξάρτησης που δημιουργείται μεταξύ ασθενούς και ιατρού, είναι δυνατό να οδηγεί στην απροθυμία του ασθενούς να εκφράσει δυσμενή σχόλια (Ross & Mirowsky, 1984) για την ιατρική φροντίδα και επικοινωνία.

Επίσης, οι άνδρες ασθενείς δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες, τόσο από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, όσο και από τη συνολικότερη εμπειρία τους από το νοσοκομείο. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με παρόμοιες έρευνες (Khayat et all 1994, Quintana et all 2004). Πολλές είναι επίσης οι μελέτες, στις οποίες οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης (Gaumer, 2006) ή να μην υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και φύλου (Hensen 2008, Τίτση 2010).

Η πλειοψηφία των ερευνών ικανοποίησης ασθενών (Crow et all 2002, Ραφτόπουλος 2002, Τούντας 2003, Gaumer 2006) συγκλίνουν στο ότι η ηλικία αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης. Από την παρούσα έρευνα κάτι τέτοιο δεν προκύπτει. Αντίθετα φαίνεται ότι, όταν η ηλικία αυξάνεται κατά μία δεκαετία, η βαθμολογία μειώνεται κατά 0,27.

Αναφορικά με το ρόλο που διαδραματίζει η εθνικότητα των ασθενών στην αξιολόγηση, αν και οι αλλοδαποί ασθενείς είναι λίγοι και είναι δύσκολο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, φαίνεται ότι δίνουν μεγαλύτερη βαθμολογία από το ντόπιο πληθυσμό. Στη διεθνή βιβλιογραφία αντίθετα, οι μετανάστες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι (Gaumer 2006, Lasser et all 2006), με κυριότερη αιτία δυσαρέσκειας τα προβλήματα επικοινωνίας (Liu et all, 2007).

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών στη συνέχεια, μάλλον επηρεάζει αρνητικά την αξιολόγησή τους, αφού οι ασθενείς με υψηλότερη μόρφωση δείχνουν να είναι πιο απαιτητικοί, να έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες και να κρίνουν αυστηρότερα, όπως φαίνεται και σε άλλες έρευνες (Hall et all 1990, Τίτση 2010). Επίσης σύμφωνα με τους Anderson και



Zimmerman (1993), η μόρφωση είναι η μόνη μεταβλητή από τους δημογραφικούς παράγοντες που σχετίζεται με την ικανοποίηση, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται όμως από άλλες έρευνες.

Όσον αφορά στην επίδραση του επίπεδου υγείας των ασθενών (που στο μεγαλύτερο ποσοστό κυμαίνεται από 'πολύ καλή' έως 'εξαιρετική', σύμφωνα με τις δικές τους εκτιμήσεις) στην αξιολόγησή της συνολικής εικόνας του νοσοκομείου, έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες μια και οι ασθενείς με χειρότερη κατάσταση υγείας δίνουν υψηλότερη βαθμολογία. Αντίθετα έρευνες όπως του Ραφτόπουλου (2009) και των Haward et all (2007) δείχνουν, ότι τα υγιή άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης, σε σχέση με ασθενείς με κακή κατάσταση υγείας.

Οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο, τόσο στη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου, όσο και στην πρόθεση των ασθενών να δώσουν θετικές συστάσεις σε τρίτους, είναι κυρίως ο ιατρικός παράγοντας, η επικοινωνία και διαπροσωπική σχέση με το γιατρό. Η παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους, κυρίως όμως οι γραπτές οδηγίες κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για την αξιολόγηση των ασθενών. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται επίσης η καθαριότητα των χώρων, από την οποία η πλειονότητα των ασθενών είναι ικανοποιημένη, κυρίως όμως η ύπαρξη ησυχίας κατά τη διάρκεια της νύχτας, η οποία δε φαίνεται να είναι επαρκής για ένα μεγάλο μέρος των ασθενών. Αξίζει τέλος να σημειωθεί, ότι ανεξάρτητα από τη βαθμολογία και τους επιμέρους παράγοντες που διαμορφώνουν τη γνώμη των ασθενών για το νοσοκομείο, ένα μεγάλο ποσοστό (82%), έχει την πρόθεση να συστήσει το νοσοκομείο σε τρίτους.

Όπως είναι εμφανές, η συνολική ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής θα μπορούσαν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες στη διοίκηση του νοσοκομείου, τόσο για την εκτίμηση, όσο και για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καταδεικνύοντας τους τομείς με τα σημαντικότερα προβλήματα.

Παρεμβάσεις όπως η υιοθέτηση μέτρων για τον περιορισμό του θορύβου κατά τις βραδινές κυρίως ώρες, η αναλυτικότερη και πληρέστερη ενημέρωση των ασθενών και των συνοδών, η παροχή γραπτών οδηγιών κατά τη διαδικασία εξόδου, καθώς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού, με σκοπό την άμεση και καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, αποτελούν εύκολες και ανέξοδες ενέργειες που μπορούν να βελτιώσουν την εικόνα του νοσοκομείου και να αυξήσουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Επίσης, θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση τόσο από το νοσηλευτικό, όσο και από το ιατρικό προσωπικό, στην ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση και την παροχή

πληροφοριών προς τους ασθενείς, ενισχύοντας το ρόλο και τη συμμετοχή τους στη θεραπευτική προσέγγιση.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι μία δυναμική και εξελισσόμενη διαδικασία, που απαιτεί τη συμμετοχή μεγάλου αριθμού νοσηλευομένων από τα ίδια (διαχρονικά) ή διαφορετικά νοσοκομεία, από κάποιο θεσμοθετημένο φορέα (Λαζάρου, 2004). Με τον τρόπο αυτό, οικοδομούνται σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και αυξάνεται το κύρος και η αξιοπιστία της υπηρεσίας (Λαζάρου, 2001). Δεδομένου ότι οι ανάγκες των ασθενών συνεχώς μεταβάλλονται και οι απαιτήσεις τους αυξάνονται, θα πρέπει οι παρεχόμενες υπηρεσίες να προσαρμόζονται ανάλογα, τοποθετώντας στο επίκεντρο την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή – χρήστη. Προτεραιότητα λοιπόν για ένα δημόσιο νοσοκομείο, όπως το Θριάσιο, που προσπαθεί να ανταπεξέλθει στις δύσκολες οικονομικές συγκυρίες, θα πρέπει να αποτελέσει η υιοθέτηση κατάλληλων διοικητικών μεθόδων για την αποτίμηση, διασφάλιση και προαγωγή της ποιότητας των υπηρεσιών του (Wiggers, 1990), μέσα από τακτική μελέτη και παρακολούθηση, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ένα σταθερό επίπεδο ποιότητας. Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει η λειτουργία ενός γραφείου Ποιότητας, με σκοπό το σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων, που θα συντελούν στη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στη ικανοποίηση, τόσο των ασθενών, όσο και των εργαζομένων.

Πρέπει ακόμα να επισημανθεί, ότι η παρούσα έρευνα παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς. Το δείγμα που συλλέχθηκε είναι σχετικά μικρό, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, μολονότι δεν υπάρχει ομοφωνία για τον ελάχιστο αριθμό περιπτώσεων που απαιτούνται για την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης. Επίσης η ποσοτική ανάλυση βασίζεται στην υπόθεση ότι οι αποστάσεις μεταξύ των μεταβλητών διαστήματος (‘ποτέ’, ‘μερικές φορές’, ‘συνήθως’, ‘πάντα’) είναι ίσες. Ο τρόπος δειγματοληψίας (ευκολίας), δεν εξασφαλίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος (μεροληψία δειγματοληψίας), γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι ασθενείς, μεγαλύτερης κυρίως ηλικίας, αντιμετωπίζουν με καχυποψία τέτοιου είδους έρευνες και συμμετέχουν με δυσκολία, είτε επειδή φοβούνται τυχόν δυσαρέσκεια του προσωπικού, είτε επειδή πιστεύουν ότι τίποτε δεν πρόκειται να αλλάξει. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να υπάρξουν σφάλματα απόκρισης, εξαιτίας σκόπιμου λάθους (ψεύτικη απόκριση) ή παρερμηνείας του περιεχομένου της ερώτησης ή ακόμα σφάλματα μη απόκρισης, εξαιτίας αποτυχίας της επικοινωνίας ή άρνησης συμμετοχής στην έρευνα.

Σκόπιμο θα ήταν επίσης να τονιστεί, ότι η έρευνα αυτή θα μπορούσε να επαναληφθεί μελλοντικά, έτσι ώστε να διαπιστωθεί, εάν οι αλλαγές που έγιναν από την πλευρά του νοσοκομείου για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών είχαν αποτέλεσμα ή εάν η παρούσα θετική του εικόνα εξακολουθεί να υφίσταται. Επιπλέον, θα μπορούσε να επεκταθεί σε ασθενείς που έχουν νοσηλευθεί στο παρελθόν στο Θριάσιο νοσοκομείο και είναι δυνατό να εκφράσουν μια πιο αντικειμενική άποψη, όντας αποστασιοποιημένοι από το περιβάλλον του νοσοκομείου. Θα ήταν επίσης δυνατό, να γίνει διερεύνηση και συγκριτική αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας με άλλα δημόσια νοσοκομεία ή μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία, μπορεί να μην εξασφαλίζεται απόλυτα ένα αξιόπιστο εργαλείο, που αποτυπώνει πλήρως το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επειδή η μέθοδος της έρευνας με ερωτηματολόγιο, διέπεται από περιορισμούς και εφαρμόζεται υπό προϋποθέσεις (Γούλα, 2008). Παρόλα αυτά, η έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί βασικό και αναφαίρετο δικαίωμά τους, που βασίζεται όχι μόνο στην αρχή της δημοκρατίας, αλλά και στο Ιπποκρατικό ιδεώδες (Brink, 1986). Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η διερεύνηση και αποτύπωση των προτιμήσεων των ασθενών - χρηστών και η προσαρμογή των παρεχόμενων υπηρεσιών σε αυτές, μια κατάσταση με αμφίδρομο όφελος και για τα δύο μέρη που συμμετέχουν στην ανταλλαγή (Σαράφης, 2011).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

**Αγγελοπούλου Ε.**, (2003), Σύγχρονες πρακτικές εφαρμογές Marketing σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

**Αλετράς Β., Παπαδόπουλος Ε., Σταματίου Ι. και Νιάκας Δ.**, (2005), Έλεγχοι Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων, Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Mediforce, Αθήνα.

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

**Γούλα Α.**, (2008), Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

**Γούναρης Σ.**, (2012), Μάρκετινγκ Υπηρεσιών, Εκδ. Rosili, 2η εκδ., Αθήνα.

**Kotler P.**, (2000), Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ. Ανάλυση, Σχεδιασμός, Υλοποίηση, Έλεγχος, Τόμος Α, Εκδ. Interbooks.

**Kotler P.**, (2001), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ. Εκδ. Γκιούρδας, Αθήνα.

**Kotler P. και Keller L.**, (2006), Marketing Μάνατζμεντ, Εκδ. Κλειδάριθμος 12η Αμερικάνικη Έκδοση, Αθήνα.

**Κουρεμένος Α.**, (2001), Marketing II, Τόμος Γ, Έρευνα Αγοράς, Εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα.

**Λαζάρου Π.**, (2004), 'Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών σε Νοσοκομείο – Εργαλείο Διασφάλισης και Διαχείρισης Ποιότητας ή "φωνή βοώντος εν τη ερήμω;" Επιθεώρηση Υγείας, 88, σελ. 30-31.

**Λαζάρου Π.**, (2001), 'Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών – Απλή σφυγμομέτρηση ή Εργαλείο αποτίμησης και διασφάλισης ποιότητας;' Επιθεώρηση Υγείας, 68, σελ. 24.

**Λυμπερόπουλος Κ., και Α. Παντουβάκης**, (2000), Μάρκετινγκ II, τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα.

**Μαλλιάρης Π.**, (2001), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ, Εκδ. Σταμούλη, 3<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα.

**Μερκούρης Α.**, (1996), Διδακτορική διατριβή: Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αθήνα.

<http://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/6204>

- Νιάκας Δ.**, (2003), Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Επιλεγμένα κείμενα εργασιών 4ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management υπηρεσιών υγείας, Εκδ. Mediforce, σελ. 99 – 137.
- Νιάκας Δ, Γναρδέλλης Χ.**, (2000), ‘Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας’, Ιατρική, 77, σελ.464-70.
- Παπανικολάου Β.**, (2003), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα.
- Παπανικολάου Β. και Ι. Σιγάλας**, (1995), ‘Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας’, Επιθεώρηση Υγείας, 56, σελ. 248-256.
- Πετρόφ Γ., Τζωρτζάκης Κ. και Τζωρτζάκη Α.**, (2002), Marketing Μάνατζμεντ. Η ελληνική προσέγγιση, αρχές, στρατηγικές, εφαρμογές, Εκδ. Rosili, 2<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα.
- Πιερράκος Γ.**, (2008), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τοπική Κοινωνία, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Ραφτόπουλος Β.**, (2002), Διδακτορική Διατριβή, Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Σιώμκος Γ.**, (2002), Συμπεριφορά Καταναλωτή και Στρατηγική Μάρκετινγκ, Εκδ. Σταμούλη, 2<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα.
- Σταλίκας Α.**, (2005), Μέθοδοι έρευνας στην ψυχολογία, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Τζωρτζάκης, Κ. και Α. Τζωρτζάκη**, (2002), Αρχές Μάρκετινγκ. Η ελληνική Προσέγγιση, Εκδ. Rosili, Αθήνα.
- Τομάρας Π.**, (2006), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ και την Έρευνα Αγοράς, Εκδ. του ιδίου, 3<sup>η</sup> εκδ., Αθήνα.
- Τούντας Γ.**, (2003), ‘Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες Υγείας’, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας, 20, σελ. 532-546.
- Τούντας Γ.**, (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Εκδ. Οδυσσέας/Νέα Γενιά.
- Τσελέπη Χ.**, (2000), Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα.

**Anderson L. and M. Zimmerman**, (1993), 'Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management', *Patient Education and Counselling*, 20, pp. 27-36.

**Berry L. L.**, (1980), 'Service Marketing is different', *Business Magazine*, May-June, pp. 24-29.

**Booms B. and M. Bitner**, (1982), 'Marketing Strategies and organization structures for the service firms', *Marketing of Services*, American Marketing Association, pp. 47-51.

**Brink, J.P.**, (1986), Additional: 'The patient's perspective', *Western Journal of Nursing Research*, 8, pp. 133-134.

**Brown S.**, (2002), 'Vote, vote, vote for Philip Kotler', *European Journal of Marketing*, 36, pp.313–324.

**Christopher M., Payne A. and Ballantyne D.**, (1991), 'Relationship Marketing', Butterworth-Heinemann, Oxford.

**Cleary P. D., and B. J. Mc Neil**, (1988), 'Patient satisfaction as an indicator of quality care', *Injury*, 25, pp. 25-36.

**Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L. and Thomas H.**, (2002), 'The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature', *Health Technology Assessment*, 6, p.32.

**Davies B., Baron S., Gear T. and Read M.**, (1999), 'Measuring and managing service Quality', *Marketing Intelligence & Planning*, 17, pp. 33-40.

**Donabedian A.**, (1980), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and the Approaches to its Assessment*, Health Administration Press, Michigan.

**Donabedian A.**, (1997), 'The quality of care: How can it be assessed?' *Arch Pathol Lab Med Journal*, 11, pp.1145–1150.

**Edvardsson B.**, (1998), 'Research and Concepts: Service Quality Improvement', *Managing service quality*, pp. 142-149.

**Fitzpatrick R. and A. Hopkins**, (1983), 'Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration', *Social Health Illness*, 5, pp.297-311.

**Fox G. and M. Storms**, (1981), 'A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care', *Social Science and Medicine*, 15, pp.557-64.

**Fan V.S., Burman M., McDonell M.B. and Fihn S.C.**, (2005), 'Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care', *Journal Gen. Inter. Med.*, 20, pp. 226-233.

**Gaumer G.**, (2006), 'Factors associated with patient satisfaction with chiropractic care: a survey and review of the literature', *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 29, pp. 455-402.

**Giil L. and L. White**, (2009), 'A critical review of patient satisfaction', *Leadership in Health Services*, 22, pp. 8-19.

**Goldstein E., Farquhar M., Crofton C., Darby C. and Garfinkel S.**, (2005), 'Measuring Hospital Care from the patients' perspective: An overview of the CAHPS hospital survey development process', *Health Services Research*, 40, 1977-1995.

**Grönroos C.**, (1994), 'From marketing mix to relationship marketing – towards a paradigm shift in marketing', *Management Decision*, 32, pp. 4-20.

**Grönroos C.**, (1998), 'Marketing services. The case of a missing product', *The Journal of Business and Industrial Marketing*, 13, pp. 322-338.

**Grönroos C.**, (2000), *Service management and marketing: A Customer Relationship Management Approach*, John Wiley & Sons, 2<sup>nd</sup> ed., New York.

**Hall J.A. and M.C., Dornan** (1990), 'Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care', *Social Science and Medicine*, 6, pp. 811-818.

**Hall J.A. and M.A. Milburn**, (1998), 'Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models', *Health Psychology*, 17, pp. 70-75.

**Howard M., Goertzem J., Hutchison B., Kaczorowski J. and Morris K.**, (2007), 'Patient satisfaction with care for urgent health problems: A survey of family practice patients', *Annals of Family Medicine*, 5, pp. 419-424.

**Irish Society for Quality & Safety in Healthcare**, (2003), *Measurement of patient satisfaction – Guidelines*. Health Strategy Implementation project, Irish Society for Quality in Healthcare, Dublin.

**Kendrick G.**, (1990), 'An empirical investigation of hospital missions', *Health care management Review*, 15, pp. 73-77.

**Khayat K. and B. Salter**, (1994), 'Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices', *Br J Gen Pract.*, 44, pp. 215–219.

**Kong S.**, (2008), 'Marketing in the NHS: The story so far', *Journal of Management and Marketing in Healthcare*, 1, pp. 191-201.

**Kotler P.**, (1994), *Marketing Management, Analysis, Planning, Implementation and control*, Prentice Hall, 8<sup>th</sup> ed, Hempstead.

**Kotler P., Ferrell O., and Lamb C.W.**, (1987), *Strategic marketing for nonprofit organizations: Cases and readings*, Englewood Cliffs, 3<sup>rd</sup> ed., New Jersey.

- Lega F.**, (2006), 'Developing a marketing function in public healthcare systems: A framework for action', *Health Policy*, 78, pp. 340-352.
- Linder-Pelz, S.**, (1982), 'Toward a theory of patient satisfaction', *Social Science and Medicine*, 16, pp.577-582.
- Little P. Everitt H. and Williamson I.**, (2001), 'Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations', *BMJ*, 323, pp. 908-911.
- Liu S. and C. Yuh-Yun Lin**, (2007), 'Building customer capital through knowledge management processes in the health care context', *Health Care Management Review*, 32, pp. 92-101.
- Marino P.**, (2003), 'We are the voice of the customers', *Marketing Health Services*, 23, p.52.
- McDonald M.**, (1995), *Marketing plans: How to prepare them, How to use them*, Butterworth Heinemann, 3<sup>rd</sup> ed., Oxford.
- McCarthy E. and W. Perreault**, (1984), *Basic Marketing*, 8<sup>th</sup> ed, Homewood.
- Moliner M.A.**, (2006), 'Hospital Perceived Value', *Health Care Management Review*, 31, pp. 328-336.
- Nelson A.R.**, (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling, London.
- Ng C.W., Lim G.H., McMaster F., Molina J., Seow E. and Heng B.H.**, (2009), 'Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey', *Emergency Medicine Journal*, 26, pp. 586-589.
- Oliver L. R.**, (1994), 'An empirical test of the consequences of behaviour and outcome based sales control systems', *Journal of Marketing*, 58, pp. 53-67.
- Papanikolaou V. and S. Ntani**, (2008), 'Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, pp. 548-561.
- Pappa E. and D. Niakas**, (2006), 'Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area', *BMC Health Services Research*, 6, p.146.
- Parasuraman A., Zeithaml V. and Berry L.**, (1985), 'A conceptual model of service quality and its implications for future research', *Journal of Marketing*, 49, pp. 41-50.
- Press Ganey**, (2002), *Inpatient Psychometrics*, Press Ganey Associates, <http://www.hospitalmedicine.org>
- Probst A.**, (1997), 'User and physician satisfaction with an out user care visit', *Journal of Family Practice*, 45, pp. 418-425.



**Quintana J.M., Gonzalez N., Bilbao A., Aizpuru F., Escobar A., Esteban C., San-Sebastian J.A., De-la-Sierra E. and Thomson A.,** (2006), ‘Predictors of patient satisfaction with hospital care’, *BMC Health Services Research*, 6, pp. 102-111.

**Ross C.E., and J. Mirowsky,** (1984), ‘Socially desirable response and acquiescence in a cross cultural survey of mental health’, *Journal of Health Behaviour*, 25, pp. 189-197.

**Scotto F., De Ceglie A., Guerra V., Misciagna G. and Pellecchia A.,** (2009), ‘Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services’, *Clinical Governance International Journal*, 114, pp. 86-97.

**Stichler JF, Weiss ME.,** (2000), ‘Through the Eye of the Beholder: Multiple Perspectives on Quality in Women’s Health Care’, *Journal of Nursing Care Quality*, 15, pp. 59-74.

**Surprenant C. and M. Solomon,** (1987), ‘Predictability and Personalisation in the Service Encounter’, *Journal of Marketing*, 51, pp. 73-80.

**Turnbull J. E. and W.E. Hembree,** (1999), ‘Consumer information, patient satisfaction surveys and Public reports’, *American Journal of Quality*, 11, pp. 1829–1843.

**Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R. and Davies A.R.,** (1983), ‘Defining medical care and measuring patient satisfaction’, *Evaluation and Program Planning*, 6, pp. 247-263.

**Wiggers J., Donovan K., Redman S., and Sanson – Fisher R.,** (1990), ‘Cancer Patient Satisfaction with Care’, *Cancer*, 66, pp. 610 - 616.

**Williams B.,** (1994), ‘Patient satisfaction: a valid concept?’, *Social Science Med*, 38, pp. 509-516.

**Williams S, Weinman J, Dale J.,** (1998), ‘Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review’. *Fam Pract* , 15, pp.480-482.

**Woodward J.L.,** (2009) ‘Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit’, *Clinical Nurse Specialist*, 23, pp. 200-206.

**Zandbelt L.C., Smets E.M. and Oort F.J.,** (2004), ‘Satisfaction with the outpatient encounter: a comparison of patients’ and physicians views’, *Journal Gen Intern Med*, 19, pp. 1088-1095.

**Zaslavsky A.M. and A.M. Epstein,** (2005), ‘How patients’ sociodemographic characteristics affect comparisons of competing health plans in California on HEDIS quality measures’, *Int J Qual Health Care*,7, pp. 67–74.

**Zeithalm V. and M. Bitner,** (1996), *Services Marketing*, The McGraw- Hill Companies INC, New York.

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

[www.ahepahosp.gr/iatrikostourismos.asp](http://www.ahepahosp.gr/iatrikostourismos.asp)

<http://www.attikonhospital.gr/main.php?id=2>

<http://business-fundas.com/2010/the-7-ps-of-services-marketing/>

[www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4002960](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960)

[www.et.gr](http://www.et.gr)

<http://www.evangelismos-hosp.gr>

[www.hcahponline.org](http://www.hcahponline.org)

[www.laiko.gr](http://www.laiko.gr)

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk>

[www.ygeianet.gov.gr/survey.aspx](http://www.ygeianet.gov.gr/survey.aspx)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Α. ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Αγαπητέ κύριε / Αγαπητή κυρία,

Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για την ανάγνωση της παρούσας επιστολής και του επισυναπτόμενου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου. Εκπονείται στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου διατριβής στη Διοίκηση Επιχειρήσεων του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου η οποία αφορά το Μάρκετινγκ στο χώρο της υγείας και το ρόλο που διαδραματίζει η ικανοποίηση των ασθενών στην ανάπτυξή του.

Στόχος του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών και ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Θεωρώντας ότι τόσο οι απόψεις, όσο και οι απαιτήσεις των ασθενών κρίνονται σημαντικές για την αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή και το χρόνο σας. Η τήρηση της ανωνυμίας και ο εμπιστευτικός χαρακτήρας των απαντήσεων θα πρέπει να θεωρηθούν δεδομένα.

Με εκτίμηση,

Αμαλία Στογιαννίδη

## B. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- ◆ Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο μόνο εάν νοσηλευθήκατε στο νοσοκομείο.
- ◆ Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Το Νοσοκομείο μας έχει λάβει όλα τα απαιτούμενα μέτρα για την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων.
- ◆ Απαντήστε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας το κατάλληλο τετράγωνο αριστερά από την απάντησή σας.
- ◆ Μερικές φορές θα σας ζητηθεί να προσπεράσετε ορισμένες ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο. Όταν αυτό συμβαίνει, θα δείτε ένα βέλος με μία σημείωση, που σας λέει ποια είναι η επόμενη προς απάντηση ερώτηση, όπως σημειώνεται παρακάτω:

ΝΑΙ

ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 1

Κλινική στην οποία νοσηλευτήκατε: 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Φύλο: Άντρας  Γυναίκα  Ηλικία: \_\_\_\_\_

Είστε Ασφαλισμένος ; 1  ΝΑΙ ,

( Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας .....)

2  ΟΧΙ

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:  Ο ίδιος ο ασθενής  Συγγενής ή συνοδός

Ημερομηνία συμπλήρωσης: \_\_\_\_\_

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μη συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας την εμπειρία σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ**

**ΑΠΟ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΤΕΣ**

1. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σάς φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Δεν απαντώ

2. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σάς άκουσαν με προσοχή;

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ**

**ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ**

5. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Δεν απαντώ

6. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σάς άκουσαν με προσοχή;

- 1  Ποτέ  
2  Μερικές Φορές  
3  Συνήθως  
4  Πάντα  
5  Δεν απαντώ

**3. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;**

- 1  Ποτέ  
2  Μερικές Φορές  
3  Συνήθως  
4  Πάντα  
5  Δεν απαντώ

**4. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, και αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια, πόσο συχνά λάβατε την βοήθεια έγκαιρα;**

- 1  Ποτέ  
2  Μερικές Φορές  
3  Συνήθως  
4  Πάντα  
5  Δεν υπάρχει κουμπί βοήθειας  
6  Δεν απαντώ

- 1  Ποτέ  
2  Μερικές φορές  
3  Συνήθως  
4  Πάντα  
5  Δεν απαντώ

**7. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;**

- 1  Ποτέ  
2  Μερικές φορές  
3  Συνήθως  
4  Πάντα  
5  Δεν απαντώ

#### **ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**8. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά καθαρίζονταν το δωμάτιο και το λουτρό;**

- 1  Ποτέ  
2  Μερικές φορές  
3  Συνήθως  
4  Πάντα  
5  Δεν απαντώ

9. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά υπήρχε ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιό σας;

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Δεν απαντώ

#### ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ

##### ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

10. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειασθήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/ τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια ;

- 1  ΝΑΙ
- 2  ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση No 12
- 3  Δεν απαντώ

11. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σάς βοήθησαν οι νοσηλεύτριες/

14. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Δεν απαντώ

15. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο σάς χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;

- 1  ΝΑΙ
- 2  ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση No 18
- 3  Δεν απαντώ

16. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σάς ενημέρωσε για τον λόγο που αυτό χορηγείται;

- 1  Ποτέ

**τες για να πάτε στο λουτρό ή για να  
χρησιμοποιήσετε την πάπια;**

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 10
- 6  Δεν απαντώ

**12. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,  
χρειαστήκατε αναλγητικό (παισιόπινο)  
φάρμακο;**

- 1  ΝΑΙ
- 2  ΟΧΙ → εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ  
πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 15
- 3  Δεν απαντώ

**13. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο,  
πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;**

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Δεν απαντώ

- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους  
απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6  Δεν απαντώ

**17. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο  
φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του  
νοσοκομείου σας περιέγραψε τυχόν  
παρενέργειες που αυτό μπορούσε να έχει;**

- 1  Ποτέ
- 2  Μερικές φορές
- 3  Συνήθως
- 4  Πάντα
- 5  Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους  
απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6  Δεν απαντώ

#### **ΟΤΑΝ ΦΥΓΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**18. Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε  
κατευθείαν στο σπίτι σας ή στο σπίτι κάποιου  
άλλου ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;**

- 1  Στο δικό μου σπίτι



**19. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες/τες ή το άλλο προσωπικό συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;**

- 1  ΝΑΙ  
2  ΟΧΙ  
3  Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18  
4  Δεν απαντώ

**20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σάς δόθηκαν γραπτές πληροφορίες σχετικά με το ποια συμπτώματα ή προβλήματα υγείας θα πρέπει να προσέξετε μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;**

- 1  ΝΑΙ  
2  ΟΧΙ  
3  Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18  
4  Δεν απαντώ

#### **ΓΙΑ ΕΣΑΣ**

**23. Γενικά, πώς θα αξιολογούσατε συνολικά την Υγεία σας;**

- 1  Εξάριετη

- 2  Στο σπίτι κάποιου άλλου  
3  Σε άλλη υγειονομική μονάδα,  
Εάν θα πάτε σε άλλη υγειονομική Μονάδα πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 21

#### **ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μην συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας εμπειρίες σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.**

**21. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο Νοσοκομείο και το 10 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε αυτό το νοσοκομείο για την παραμονή σας;**

- 0  0 το χειρότερο νοσοκομείο  
1  1  
2  2  
3  3  
4  4  
5  5  
6  6  
7  7  
8  8  
9  9

- 2  Πολύ Καλή
- 3  Καλή
- 4  Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα
- 5  Φτωχή
- 6  Δεν απαντώ

**24. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;**

- 1  Απόφοιτος Δημοτικού
- 2  Απόφοιτος Γυμνασίου
- 3  Απόφοιτος Λυκείου
- 4  Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
- 5  Δεν απαντώ

**25. Ποια είναι η ιθαγένεια/υπηκοότητά σας;**

(αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή  
το διαβατήριό σας)

- 1  Ελληνική
- 2  Άλλο από Ελληνική  
(παρακαλώ σημειώστε .....)
- 3  Δεν απαντώ

- 10  10 το καλύτερο νοσοκομείο

- 11  Δεν απαντώ

**22. Θα συστήνατε αυτό το νοσοκομείο  
 στους φίλους ή στους συγγενείς σας;**

- 1  Σίγουρα όχι
- 2  Πιθανά όχι
- 3  Πιθανά ναι
- 4  Σίγουρα ναι
- 5  Δεν απαντώ

**26. Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;**

- 1  Μόνιμος κάτοικος
- 2  Άλλο  
(παρακαλώ σημειώστε το  
χρονικό διάστημα διαμονής  
.....)
- 3  Δεν απαντώ

**27. Ποια γλώσσα μιλάτε κυρίως  
 στο σπίτι σας;**

- 1  Ελληνικά
- 2  Κάποια άλλη γλώσσα  
(παρακαλώ σημειώστε.....)
- 3  Δεν απαντώ

*Σας ευχαριστούμε θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και  
σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση.*

**Г.**

## **Hospital CAHPS®**

### **SURVEY INSTRUCTIONS**

- ◆ You should only fill out this survey if you were the patient during the hospital stay named in the cover letter. Do not fill out this survey if you were not the patient.
- ◆ Answer all the questions by checking the box to the left of your answer.
- ◆ You are sometimes told to skip over some questions in this survey. When this happens you will see an arrow with a note that tells you what question to answer next, like this:
  - Yes
  - No → ***If No, Go to Question 1 on Page 1***

***All information that would let someone identify you or your family will be kept private.***

***You may notice a number on the cover of this survey. This number is ONLY used to let us know if you returned your survey so we don't have to send you reminders.***

Please answer the questions in this survey about your stay at the hospital named on the cover. Do not include any other hospital stay in your answers.

## YOUR CARE FROM NURSES

---

**1. During this hospital stay, how often did nurses treat you with courtesy and respect?**

- 1 Never
- 2 Sometimes
- 3 Usually
- 4 Always

**2. During this hospital stay, how often did nurses listen carefully to you?**

- 1 Never
- 2 Sometimes
- 3 Usually
- 4 Always

**3. During this hospital stay, how often did nurses explain things in a way you could understand?**

- 1 Never
- 2 Sometimes
- 3 Usually
- 4 Always

**4. During this hospital stay, after you pressed the call button, how often did you get help as soon as you wanted it?**

- 1 Never
- 2 Sometimes
- 3 Usually
- 4 Always
- 9 I never pressed the call button

## YOUR CARE FROM DOCTORS

---

5. During this hospital stay, how often did doctors treat you with courtesy and respect?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

6. During this hospital stay, how often did doctors listen carefully to you?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

7. During this hospital stay, how often did doctors explain things in a way you could understand?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

## THE HOSPITAL ENVIRONMENT

---

8. During this hospital stay, how often were your room and bathroom kept clean?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

9. During this hospital stay, how often was the area around your room quiet at night?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

---

## YOUR EXPERIENCES IN THIS HOSPITAL

---

10. During this hospital stay, did you need help from nurses or other hospital staff in getting to the bathroom or in using a bedpan?

1 Yes

2 No → If No, Go to

**Question 12**

11. How often did you get help in getting to the bathroom or in using a bedpan as soon as you wanted?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

12. During this hospital stay, did you need medicine for pain?

1 Yes

2 No → If No, Go to Question 15  
on page 3

13. During this hospital stay, how often was your pain well controlled?

1 Never

2 Sometimes

3 Usually

4 Always

14. During this hospital stay, how often did the hospital staff do everything they could to help you with your pain?

- Never
- Sometimes
- Usually
- Always

15. During this hospital stay, were you given any medicine that you had not taken before?

- Yes
- No → If No, Go to Question 18

16. Before giving you any new medicine, how often did hospital staff tell you what the medicine was for?

- Never
- Sometimes
- Usually
- Always

17. Before giving you any new medicine, how often did hospital staff describe possible side effects in a way you could understand?

- Never
- Sometimes
- Usually
- Always

### WHEN YOU LEFT THE HOSPITAL

---

18. After you left the hospital, did you go directly to your own home, to someone else's home, or to another health facility?

- Own home
- Someone else's home
- Another health

facility → If Another, Go to Question 21

19. During this hospital stay, did doctors, nurses or other hospital staff talk with you about whether you would have the help you needed when you left the hospital?

<sup>1</sup>  Yes

<sup>2</sup>  No

20. During this hospital stay, did you get information in writing about what symptoms or health problems to look out for after you left the hospital?

<sup>1</sup>  Yes

<sup>2</sup>  No

### OVERALL RATING OF HOSPITAL

---

Please answer the following questions about your stay at the hospital named on the cover. Do not include any other hospital stays in your answer.

21. Using any number from 0 to 10, where 0 is the worst hospital possible and 10 is the best hospital possible, what number would you use to rate this hospital during your stay?

<sup>0</sup>  0 Worst hospital possible

<sup>1</sup>  1

<sup>2</sup>  2

<sup>3</sup>  3

<sup>4</sup>  4

<sup>5</sup>  5

<sup>6</sup>  6

<sup>7</sup>  7

<sup>8</sup>  8

<sup>9</sup>  9

<sup>10</sup>  10 Best hospital possible

22. Would you recommend this hospital to your friends and family?

<sup>1</sup>  Definitely no

<sup>2</sup>  Probably no



<sup>3</sup>  Probably yes

<sup>4</sup>  Definitely yes

## ABOUT YOU

---

There are only a few remaining items left.

**23. In general, how would you rate your overall health?**

<sup>1</sup>  Excellent

<sup>2</sup>  Very good

<sup>3</sup>  Good

<sup>4</sup>  Fair

<sup>5</sup>  Poor

**24. What is the highest grade or level of school that you have completed?**

<sup>1</sup>  8th grade or less

<sup>2</sup>  Some high school, but did not graduate

<sup>3</sup>  High school graduate or GED

<sup>4</sup>  Some college or 2-year degree

<sup>5</sup>  4-year college graduate

<sup>6</sup>  More than 4-year college degree

**25. Are you of Spanish, Hispanic or**

**Latino origin or descent?**

<sup>1</sup>  No, not Spanish/Hispanic/Latino

<sup>2</sup>  Yes, Puerto Rican

<sup>3</sup>  Yes, Mexican, Mexican American, Chicano

<sup>4</sup>  Yes, Cuban

<sup>5</sup>  Yes, other Spanish/Hispanic/Latino

**26. What is your race? Please choose one or more.**

<sup>1</sup>  White

<sup>2</sup>  Black or African American

<sup>3</sup>  Asian

<sup>4</sup>  Native Hawaiian or other Pacific Islander

<sup>5</sup>  American Indian or Alaska Native

**27. What language do you mainly speak at home?**

<sup>1</sup>  English

<sup>2</sup>  Spanish

<sup>8</sup>  Some other language (please print): \_\_\_\_\_