

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA ZADOVOLJSTVA PACIENTOV S
FIZIOTERAPEVTSKIMI STORITVAMI V UKC MARIBOR**

Ljubljana, november 2014

KSENIJA KMETIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Ksenija Kmetič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Analiza zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem izr. prof. dr. Tomažem Kolarjem.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisal;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 21.11.2014

Podpis avtorja: _____

KAZALO

UVOD	1
1 STORITVE V ZDRAVSTVU	5
1.1 Definicija pojma storitev	5
1.2 Lastnosti storitev	6
1.3 Specifičnost zdravstvenih storitev	9
1.4 Zdravstvena oskrba	10
2 KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV	11
2.1 Opredelitev kakovosti storitev	11
2.2 Vrste kakovosti storitev	12
2.3 Kakovost zdravstvenih storitev	14
2.4 Merjenje kakovosti storitev	18
2.5 Modeli kakovosti storitev	19
2.5.1 Model kakovosti 4Q	19
2.5.2 Model pričakovane in zaznane kakovosti storitev	20
2.5.3 Model razkorakov (model vzeli)	20
2.5.4 Model SERVQUAL	21
2.5.5 Model SERVPERF	22
3 ZADOVOLJSTVO PACIENTOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI	23
3.1 Opredelitev pojma in pomen zadovoljstva pacientov	23
3.2 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov	24
3.3 Področja zadovoljstva	27
3.4 Metode raziskovanja zadovoljstva pacientov v zdravstvu	28
3.5 Ovire pri merjenju zadovoljstva	32
3.6 Zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami	32
3.7 Pozitivni učinki merjenja zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami	34
3.8 Pregled literature o merjenju zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami	34
4 ANALIZA ZADOVOLJSTVA PACIENTOV S FIZIOTERAPEVTSKIMI STORITVAMI V UKC MARIBOR	37
4.1 Predstavitev UKC Maribor in Inštituta za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor	37
4.2 Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor	39
4.3 Raziskava o zadovoljstvu pacientov na inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor	39
4.4 Analiza obstoječega stanja na področju raziskav v UKC Maribor	40
4.5 Namen in cilji raziskave	40
4.6 Metodologija raziskave	41
4.6.1 Raziskovalne hipoteze	41
4.6.2 Izbor metode raziskovanja	42
4.6.3 Vprašalnik in zbiranje podatkov	42
4.6.4 Opis vzorca in izvajanje raziskave	43

4.7	Analiza in interpretacija rezultatov	44
4.7.1	Splošna predstavitev in analiza vzorca na podlagi demografskih značilnosti	44
4.7.2	Analiza dogajanja pred začetkom fizioterapije	45
4.7.3	Analiza posameznih sestavin vprašalnika	48
4.7.4	Analiza zanesljivosti in veljavnosti konstruktov	52
4.7.4.1	Analiza konstrukta »Dostopnost/urejenost oddelka«	53
4.7.4.2	Analiza konstrukta »Organiziranost oddelka«	53
4.7.4.3	Analiza konstrukta »Odnos fizioterapevta do pacienta«	54
4.7.4.4	Analiza konstrukta »Kakovost storitev«	55
4.7.4.5	Analiza konstrukta »Splošni vtis«	56
4.7.4.6	Analiza konstrukta »Zadovoljstvo«	56
4.8	Preverjanje hipotez	57
4.9	Ugotovitve in predlogi za izboljšanje	61
	SKLEP	65
	LITERATURA IN VIRI	67
	PRILOGE	

KAZALO SLIK

Slika 1:	Deset sestavin kakovosti zdravstvenih storitev	16
Slika 2:	Model tridimzionalne kakovosti zdravstvene dejavnosti	17
Slika 3:	Sestavljen kognitivno-afektivni model zadovoljstva	25
Slika 4:	Vrste raziskav	28
Slika 5:	Faze raziskovalnega procesa	29
Slika 6:	Frekvenčna porazdelitev glede izbire UKC MB za obisk fizioterapije	45
Slika 7:	Frekvenčna porazdelitev glede težav zaradi prihoda na fizioterapijo	46
Slika 8:	Frekvenčna porazdelitev čakalne dobe na prvi pregled pri zdravniku	46
Slika 9:	Frekvenčna porazdelitev čakalne dobe na začetek terapije	47
Slika 10:	Povprečne ocene (od najvišje do najnižje vrednosti)	48
Slika 11:	Frekvenčna porazdelitev »Ocena zadovoljstva glede na pričakovanja s posameznimi sestavinami kakovosti«	52

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Razlika med anketnim vprašalnikom in intervjujem	31
Tabela 2:	Karakteristike vključenih študij pri pregledu literature	34
Tabela 3:	Analiza konstrukta »Dostopnost/ urejenost oddelka«	48
Tabela 4:	Analiza konstrukta »Organiziranost oddelka«	49
Tabela 5:	Analiza konstrukta »Odnos fizioterapevta do pacienta«	50
Tabela 6:	Analiza konstrukta »Kakovost storitev«	50

Tabela 7: Analiza konstrukta »Splošni vtis«	51
Tabela 8: Zanesljivost, komunalitete, faktorске uteži in KMO za konstrukt »Dostopnost/urejenost oddelka«.....	53
Tabela 9: Zanesljivost, komunalitete, faktorске uteži in KMO za konstrukt »Organiziranost oddelka«.....	54
Tabela 10: Zanesljivost, komunalitete, faktorске uteži in KMO za konstrukt »Odnos fizioterapevta do pacienta«	55
Tabela 11: Zanesljivost, komunalitete, faktorске uteži in KMO za konstrukt »Kakovost storitev«	55
Tabela 12: Zanesljivost, komunalitete, faktorске uteži in KMO za konstrukt «Splošni vtis«.....	56
Tabela 13: Zanesljivost, komunalitete, faktorске uteži in KMO za konstrukt »Zadovoljstvo«	57
Tabela 14: Analiza splošnega zadovoljstva.....	57
Tabela 15: Analiza zadovoljstva pacientov z odnosom fizioterapevta do pacienta pri izvajanju fizioterapevtskih storitev	58
Tabela 16: Analiza vpliva spola na splošno zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami	58
Tabela 17: Analiza vpliva starosti na zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami	58
Tabela 18: Analiza vpliva izobrazbe na zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami	59
Tabela 19: Analiza zadovoljstva z dostopnostjo/urejenostjo oddelka.....	60
Tabela 20: Analiza splošnega vtisa pacientov o IFRM v UKC Mb	60
Tabela 21: Analiza splošnega vtisa o IFRM za posamezno trditev v 5. konstrukt.....	60
Tabela 22: Ocena korelacije in koeficienta β	61
Tabela 23: Pregled hipotez in njihova potrditev	62

UVOD

V sodobni družbi se beseda kakovost sliši zelo pogosto, še posebej med tistimi, ki si prizadevajo za izboljševanje kakovosti družbenih dejavnosti. Med te dejavnosti sodijo tudi tista, ki s svojim delovanjem močno vplivajo na kakovost življenja prebivalstva, in to zdravstvena dejavnost, zaradi njenega temeljnega poslanstva pri varovanju in krepitvi zdravja ter zdravljenju pacientov, zagotovo je. Prav zaradi tega postaja vprašanje kakovosti v zdravstveni dejavnosti vse bolj aktualno.

O kakovosti se govori v krogih zdravstvene politike, med vodilnimi v zdravstvenih ustanovah, plačniki zdravstvenih storitev, zaposlenimi v zdravstvu in tudi med uporabniki oziroma potencialnimi uporabniki. Kakovost v zdravstvu je zagotavljanje primerne zdravstvene oskrbe in je vpletena v vsakdanje delo. Zaposleni oziroma izvajalci zdravstvenih storitev si želijo izboljšati kakovost dela, hkrati pa pričakujejo primerno nagrado. Politiki želijo ohraniti visoko stopnjo kakovosti sistema zdravstvenega varstva ob hkratnem obvladovanju oziroma zniževanju stroškov, vodilni želijo izboljšati svoje poslovanje. Tudi pacienti pričakujejo stalno dostopnost zdravstvenih storitev ob čim manjši lastni udeležbi, hkrati pa, da bodo aktivno vključeni v proces zdravljenja. Od zaposlenih pričakujejo prijaznost, toplino in razumevanje (Kersnik, 2001). V izboljševanje kakovosti se mora vključiti vse udeležence zdravstvene oskrbe, tudi potencialne.

Cilj izboljševanja kakovosti v zdravstvu ni samo doseganje standardov kakovosti in tudi ne samo krepitev zadovoljstva uporabnikov ali zviševanja produktivnosti ter učinkovitosti. Zadovoljstvo pacientov je lahko eden izmed kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe.

Zadovoljstvo pacientov je sistematično zbrano in izmerjeno mnenje bolnikov o njihovi izkušnji z zdravstveno oskrbo, postopkom, izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva (Kersnik, 2001, 2003). Zadovoljstvo je odraz uporabnika na oskrbo, ki jo je prejel in je rezultat celotnega zaznavanja kakovosti storitev.

Zadovoljstvo uporabnikov je glavno merilo kakovosti in odločujoče vpliva na poslovno uspešnost organizacije. Pričakovanja pacientov imajo pomembno vlogo pri vrednotenju storitev. Mnogih pričakovanj, ki vplivajo na pacienta, ni mogoče kontrolirati. Kadar so storitve prekoračile bolnikova pričakovanja, je raven zadovoljstva visoka. Da bi torej dosegli čim višjo raven zadovoljstva, mora oskrba presegati pričakovanja bolnika. Če pa pričakovanja niso izpolnjena, je rezultat tega nezadovoljstvo.

Veliko študij in raziskav je bilo osredotočenih na kakovost stroke, manj pa na merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe oziroma fizioterapevtskih storitev in na merjenje zadovoljstva pacientov. Nov razvojni trend je celovito zagotavljanje kakovosti in merjenje zadovoljstva zaradi spremenjenih potreb in pričakovanj pacientov.

Namen magistrskega dela je s pomočjo domače in tuje znanstvene ter strokovne literature, hkrati z lastnimi izkušnjami, predstaviti fizioterapevtske zdravstvene storitve, njihovo kakovost in zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami. Po pregledu domače strokovne literature ni bilo zasledenega vprašalnika, ki bi ocenjeval zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v slovenskem prostoru.

Namen magistrskega dela je izdelati anketo ali vprašalnik, ki bi temeljila na mednarodno pripravljenih in preverjenih vprašalnikih za merjenje zadovoljstva pacientov, izvesti analizo zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami ter na podlagi pridobljenih rezultatov predlagati ustrezne ukrepe oziroma predloge za izboljšavo pacientovega zadovoljstva. Ta anketa ali vprašalnik mora biti prilagojena slovenskemu prostoru, ker je potrebno upoštevati razlike med državami, tako v zdravstvenem sistemu kot v socialno-demografskih karakteristikah.

Predstavljen je tako Univerzitetni klinični center Maribor (v nadaljevanju UKC Maribor) kot tudi Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (v nadaljevanju IFRM), kjer je bila anketa tudi izvedena. Glede na to, da so pacienti vedno bolj izobraženi in zahtevni, samo sprejemljiva kakovost storitev ni več zadostna. Teoretična spoznanja bodo podkrepjena z izvedbo kvantitativne empirične raziskave pacientovega zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami na IFRM v UKC Maribor.

Na koncu empiričnega dela predstavljam analizo dobljenih rezultatov raziskave. Na podlagi rezultatov bomo skušali ugotoviti, kje obstajajo možnosti za izboljšavo kakovosti fizioterapevtskih storitev in podati predloge za izboljšavo le-teh in s tem povečati zadovoljstvo pacientov.

Cilj magistrskega dela izhaja iz že zgoraj napisanega namena magistrskega dela. Temeljni cilj je na podlagi anketnega vprašalnika ugotoviti zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami in kakovost teh storitev na IFRM.

Da bo dosežen temeljni cilj, si je potrebno zastaviti tudi pomožne cilje, in sicer:

- preučiti dosedanje prispevke in raziskave o zadovoljstvu s fizioterapevtskimi storitvami, kakovosti zdravstvenih storitev, jih analizirati in povzeti ključne opredelitve,
- analizirati zadovoljstvo s storitvami in kakovost zdravstvenih storitev na podlagi rešenih anketnih vprašalnikov,
- preučiti razmerje med stopnjo pacientovega zadovoljstva s fizioterapevtskih storitvami glede na demografske spremenljivke kot so spol, starost,
- preučiti razmerje med pacientovim zadovoljstvom in organizacijskimi spremenljivkami, kot so čakalna doba na pregled in terapijo, število terapij, trajanje posamezne obravnave,

- na podlagi dobljenih rezultatov podati smernice in predloge za izboljšanje trenutnega stanja zadovoljstva uporabnikov in kakovosti storitev.

V magistrski nalogi želim preveriti, dokazati ali ovreči naslednje raziskovalne hipoteze:

- **Hipoteza 1.** Pacienti so v splošnem nadpovprečno zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor.
- **Hipoteza 2.** Na stopnjo zadovoljstva pacientov vpliva:
 - **2a:** odnos fizioterapevta do pacienta pri izvajanju fizioterapevtskih storitev,
 - **2b:** značilnosti pacienta, kot so spol, starost, izobrazba.
- **Hipoteza 3.** Pacienti so nadpovprečno zadovoljni z dostopnostjo in urejenostjo IFRM – v posameznih raziskavah so opisovali, da je stopnja zadovoljstva nižja zaradi slabšega dostopa.
- **Hipoteza 4.** Pacienti so z oddelkom zadovoljni in IFRM priporočajo drugim ter se vračajo na oddelek, če fizioterapevtske storitve ponovno potrebujejo.
- **Hipoteza 5.** Kakovost storitev ima pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacientov – čim bolj kakovostnih storitev bodo pacienti deležni, bolj bodo zadovoljni z rezultati oziroma izidom rehabilitacije.

Metode dela. Magistrsko delo temelji tako na teoretičnem kot analitičnem oziroma raziskovalnem delu. V prvem delu sem bolj osredotočena na pregled teoretičnih dognanj iz tuje in domače strokovne ter znanstvene literature. Teoretski del zajema pregled raziskav, člankov, revij, ki obravnavajo problematiko obravnavane teme magistrskega dela. Uporabljena so tudi dognanja iz magistrskih del, ki obravnavajo podobno tematiko. Poseben poudarek je bil namenjen teoretičnim izsledkom o kakovosti zdravstvenih storitev, ki so preverjena z empirično raziskavo v UKC Maribor na IFRM. Članke o razvoju, veljavnosti in zanesljivosti vprašalnikov ter analizi zadovoljstva smo iskali v različnih podatkovnih bazah, dostopnih na spletnih straneh (Medline, PubMed, Cobiss, Google), in sicer s ključnimi besedami »*Patient satisfaction, Physical therapy, Questionnaire, Reliability, Validity*«.

Za proučevanje literature je bila uporabljena metode iskanja, zbiranja, analize in primerjanja pridobljenih podatkov.

V drugem delu naloge je predstavljena proučevana organizacija, torej UKC Maribor oziroma IFRM in analiza zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi storitvami. Za raziskavo je bila uporabljena metoda merjenja zadovoljstva s pomočjo anketnega vprašalnika. Z zbiranjem podatkov s pomočjo izvedbe anketiranja sem želela pridobiti rezultate, ki so posledica opazovanja in so potrebni za nadaljnjo proučevanje. Anketiranje pacientov je ena najpogosteje uporabljenih metod za pridobivanje podatkov o zadovoljstvu. Anketni vprašalnik, ki je uporabljen, je sestavljen na podlagi mednarodno uveljavljenih vprašalnikov za ocenjevanje zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi

storitvami in je prirejen za slovensko območje.

Za ciljno skupino oziroma vzorec raziskovanja sem uporabila skupino, ki je bila starejša od 18 let, imela predpisanih najmanj 10 fizioterapevtskih obravnav, je koristila fizioterapevtske storitve na IFRM, razumela anketni vprašalnik in je želela sodelovati v raziskavi. V postopku analize pridobljenih podatkov sem za statistično obdelavo podatkov uporabila program standardiziranega paketa SPSS.

Struktura magistrskega dela. Magistrsko delo je sestavljeno iz petih glavnih poglavij, ki vsebujejo tudi podpoglavja. V uvodnem delu je predstavljena problematika, namen in cilji magistrskega dela ter hipoteze. Predstavljene so tudi metode dela.

V prvem poglavju je predstavljena definicija pojma storitev s poudarkom na lastnostih in specifičnosti zdravstvenih storitev.

V drugem poglavju sem se osredotočila na kakovost zdravstvenih storitev. V tem poglavju je prikazano, kaj je kakovost, kako pomembna je v procesu zdravstvene oskrbe in katere različne metode merjenja kakovosti se uporabljajo.

V tretjem poglavju je predstavljeno zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev, predstavitev in razlaga samega pojma zadovoljstva in vpliv dejavnikov zadovoljstva na uporabnika. Za pridobitev podatkov o zadovoljstvu uporabljamo različne metode merjenja oziroma raziskovanja, kar bom posebej predstavila. Na poti do pridobitve teh podatkov se lahko srečamo s številnimi ovirami.

Teoretični podlagi bo v četrtem poglavju sledila predstavitev preučevane organizacije oziroma inštituta, torej UKC Maribor oziroma IFRM. Predstavljena bo vizija in poslanstvo organizacije.

V petem poglavju je predstavljen raziskovalni del magistrske naloge. Predstavila bom empirični del raziskave o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtskimi storitvami. Opredelila bom namen in cilje raziskave, postavila raziskovalne hipoteze ter podrobneje opisala metodologijo zbiranja podatkov. Sledil bo opis vzorca za statistično obdelavo, omejitve raziskave in natančna predstavitev poteka raziskave. Predstavljen bo tudi anketni vprašalnik. Temu bo sledila natančna analiza pridobljenih rezultatov in podane bodo ugotovitve raziskave.

Osrednji del magistrske naloge bom zaključila s predlogi vodstvu IFRM za izboljšanje kakovosti fizioterapevtskih storitev, povečanju zadovoljstva uporabnikov le-teh in boljši učinkovitosti.

Magistrsko delo zaključujem s sklepnimi mislimi iz teoretičnih in empiričnih dognanj.

Sklepnim mislim bo sledilo pravilno citiranje uporabljene literature in virov, ki je pomemben del pri izdelavi magistrske naloge. Uporabljena literatura bo navedena po abecednem vrstnem redu.

Ključne besede: bolnikovo zadovoljstvo, vprašalnik, kakovostne fizioterapevtske storitve, zanesljivost, veljavnost.

1 STORITVE V ZDRAVSTVU

1.1 Definicija pojma storitev

Storitve so prodrle že v vsak vidik našega življenja. Najdemo jih skoraj že povsod, saj je več ali manj skoraj vsaka dejavnost storitvena. Storitve smo deležni povsod, bodisi pri obisku zdravnika, frizerskega salona, predavanja na fakulteti ali pri popravilu avtomobila. Kot pravi Snoj (1998, str. 2), postaja človeška družba vse bolj »storitvena družba«. Celotni javni sektor, ki vključuje bolnišnice, sodišča, policijo, vojsko, gasilce, zavode za zaposlovanje, šole in podobno, sodi med storitvene dejavnosti. Del storitvenih dejavnosti je tudi zasebni neprofitni sektor z univerzami, cerkvami, dobrodelnimi ustanovami, muzeji.

V literaturi s področja storitev obstajajo precejšnja razhajanja glede opredelitve pojma storitev. Pri definiranju storitev ni mogoča enotna, splošno veljavna in uporabna definicija, ki bi vsebovala vse vsebinske možnosti koncepta storitev. Sam proces, v katerem se storitev izvaja in posreduje potrošniku je tisti, ki narekuje vse njihove značilnosti. Beseda storitev ima veliko pomenov. Področje storitev se razteza od storitev, ki so namenjene ljudem, do storitev, ki so opredmetene v izdelku. Bistvo storitve v ožjem pomenu besede je proces, dogajanje, aktivnost, obnašanje, dejanje. Storitve so namreč procesi, ki se udejanjajo v menjavi.

Ameriško združenje za marketing (v nadaljevanju AMA) je leta 1960 sprejelo naslednjo definicijo storitev: »Storitve so aktivnosti, koristi ali zadovoljstva, ki so naprodaj, ali so ponujene v sklopu prodaje blaga« (AMA Committee on Definition 1960 v Snoj, 1998).

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika ima izraz storitev dve definiciji. Prva je ta, da je storitev naročeno delo, ki se opravi za nekoga, navadno za plačilo. Ker naročnik storitev plača, je med njima tržno razmerje. Druga definicija pravi, da je storitev dosežek ali delo (Pogačnik, 2008, str. 1317).

Zeithamlova in Bitnerjeva (1996, str. 2–3) najprej podata najbolj preprosto definicijo za izraz storitev, ki pravi, da so storitve dejanja, postopki in predstave. Na drugi strani podata še širšo definicijo, kjer storitve označita kot vse ekonomske aktivnosti, katerih zunanji odziv ni fizični produkt ali tvorba. Navadno je porabljena istočasno, kot je proizvedena in zagotavlja uporabniku neoprijemljivo vrednost v različnih oblikah (prijetnost, zabava,

pravočasnost, udobje in zdravje).

Kotler (2004, str. 444) definira storitev kot dejanje ali delovanje, ki ga ena stran ponudi drugi, je po svoji naravi neotipljiv in ne pomeni lastništva. Izvedba je lahko povezana s fizičnimi izdelki.

Grönroos (2000, str. 46) opredeli storitve kot proces, ki se sestoji iz vrste bolj ali manj neotipljivih aktivnosti, ki potekajo med ponudnikom in uporabnikom storitve in omogočijo rešitev uporabnikovih problemov.

Za opredeljevanje ni bistvena otipljivost objektov menjave, temveč uporabna vrednost (skupek vrednosti) za odjemalce oziroma uporabnike. Le-ti pogosto drugače kot ponudniki opredeljujejo, zaznavajo in vrednotijo sestavine objektov menjave. Neposredno si konkurirajo tiste storitve, ki so namenjene zadovoljevanju istih potreb (Zrimšek, 2006, str. 29).

Posledica uspešno opravljene storitve je izboljššan snovni izdelek oziroma fizično stanje ali počutje samega odjemalca storitve.

1.2 Lastnosti storitev

Značilnosti storitev Snoj (1998, str. 36) deli na generične, ki so lastne vsem storitvam ter na izvedene, ki jih nimajo vse storitve. Generične značilnosti so:

- procesnost pomeni, da storitve nastajajo v procesu izvajanja po posameznih fazah, ki si sledijo v določenem zaporedju,
- nesnovnost (neotipljivost),
- (ne)obstočnost.

Izvedene značilnosti storitev so:

- nezmožnost transporta (prenosa) storitev – storitev se lahko opravi samo na določenem mestu in je ni možno prenesti na drugo mesto kot izdelek,
- neločljivost od izvajalca – izvajalec mora biti prisoten,
- sočasnost izvajanja in uporabe,
- neposrednost odnosa med izvajalci in uporabniki,
- variabilnost in druge.

Snoj (1998, str. 36) za razliko od večine avtorjev, ki menijo, da je osnovna značilnost storitev nesnovnost, ugotavlja, da je temeljna značilnost procesnost. Po njem je procesnost osnovni vzrok za vse ostale značilnosti.

Procesi so skupine logično povezanih nalog, potekajo samostojno, imajo merljive vloške in »*outpute*«, prispevajo novo vrednost in se ponavljajoče dogajajo.

Storitve imajo nekatere značilnosti po katerih se ločijo od izdelkov. Osnovne značilnosti storitev so medsebojno odvisne. Kotler (2004, str. 446), Bateson & Hoffman (1997, str. 24) Damjan & Možina (1999) ter Potočnik (2004, str. 30) navajajo štiri ključne značilnosti storitev, ki v veliki meri vplivajo na oblikovanje trženjskih programov. Te značilnosti so neotipljivost, neločljivost, spremenljivost in minljivost.

- **Neotipljivost**

Storitve so navedene kot neotipljive, ker jih za razliko od fizičnih izdelkov ne moremo videti, okusiti, slišati ali vonjati, preden jih kupimo. Storitev se ne moremo dotakniti enako kot blaga. Neotipljivost je po Batesonu (v Snoj 1998, str. 37) pojem, ki je nekaj, česar ni možno enostavno opredeliti, formulirati, razumeti oziroma razumsko uokviriti.

Storitve so »fizično« in »umsko« neotipljive (Snoj 1998, str. 37). Ni jih mogoče zaznati pred izvedbo storitev, včasih tudi ne med opravljeno storitvijo ali po njej. Vse storitve niso enako neotipljive. Storitve je neotipljiva, čeprav lahko ima otipljive elemente. Rezultat storitev je lahko otipljiv in ga lahko opazujemo ali merimo – to je lahko npr. sprememba vedenja porabnika zaradi opravljene storitve (Dickens, 1994, str. 18).

Večina avtorjev razlaga koncept nesnovnosti zgolj z neotipljivostjo storitev. Vzrok za to je, da imamo ljudje težnjo, da snovnost vežemo predvsem na čutilo tipa. Kajti tisto, kar je možno otipati, je možno tudi videti, okusiti in podobno. Storitve so v snovnem stanju pravzaprav nesnovne, nefizične, kar pomeni, da jih ne moremo zaznati z nobenim osnovnim čutilom. Pri izvedbi se storitve osnavljajo na način, da jih je možno zaznati vsaj z enim čutilom. To je možno preko različnih medijev (posrednikov), ki omogočajo pretvorbo nesnovnosti v snovnost (Snoj, 1992, str. 115–116).

Storitve zaradi neotipljivosti vrednotimo drugače kot izdelke. Osebni stik s storitvenim osebjem, občutki porabnika in vzdušje so neoprijemljive sestavine storitev (Potočnik, 2004, str. 32). Porabniki navadno iščejo znake ali dokazila o kakovosti storitev, do katerih pridejo na osnovi prostora, ljudi, opreme, komunikacijskega gradiva, simbolov in cene. Osebno mnenje in priporočila znancev, prijateljev ter sorodnikov so prav tako podlaga za ovrednotenje storitev. Porabniki skušajo zmanjšati tveganje z iskanjem dodatnih informacij, ocenjevanjem alternativ, prilagoditvijo tveganja in znižanjem ravni pričakovanja. Osebnosti uporabljajo kot vir informacij predvsem takrat, ko tveganje in negotovost nista dovolj znižana v uradnih virih informacij (Bateson & Hoffman, 1999, str. 72–73).

- **Neločljivost**

Storitve se praviloma naredijo in porabijo istočasno. Neločljivost se nanaša na fizično prisotnost izvajalca storitve pri izvedbi storitve, vključenost porabnika v proces izvedbe storitve in vključenost drugih porabnikov v proces izvajanja storitve ter na neločljivost proizvodnje in porabe, saj so storitve najprej prodane ter nato proizvedene in porabljene hkrati (Bateson & Hoffman, 1999, str. 24–28). Za proizvodnjo številnih storitev mora biti kupec fizično prisoten. Pri nekaterih prisotnost ni obvezna (npr. čiščenje) ali pa je dovolj prisotnost ob zagonu in zaustavitvi storitve. Ne glede na naravo in širino stikov, neločljivost proizvodnje in potrošnje ostaja (Mudie & Pirrie, 2006, str. 4). Pri pojavu neločljivosti izvajanja in uporabe storitve se predvsem pri delovno intenzivnih storitvah pojavi problem variabilnosti kakovosti in nizke produktivnosti. Variabilnost je značilna predvsem za človeško intenzivne in visoko kontaktne storitve. Zagotavljanje kakovosti storitve v naprej je zelo težko, saj sta zanjo soodgovorna tako ponudnik kot uporabnik storitve. Nekatera podjetja skušajo zagotavljati kakovostne storitve z izobraževanjem in usposabljanjem zaposlenih. Izvajalec storitev mora biti zelo pazljiv v tem kontaktu s stranko/porabnikom/kupcem storitve, ker od zadovoljstva slednjega bo odvisno, če se še bo vrnil z željo, da se posel ponovi. Zato je pravilna izbira oseb, ki ima kontakt s stranko, potrebna za zagotovitev kakovosti storitve (Mudie & Pirrie, 2006, str. 4).

V primeru storitvenih podjetij, katerih storitve so bolj neoprijemljive (banke, letalske družbe), je lahko povečanje dobička pogojeno s povečanim zadovoljstvom uporabnikov in relativno nizko produktivnostjo. Pri storitvah, kjer gre za izvedbo po meri uporabnika, pa naj bi bil poudarek na zadovoljstvu uporabnikov in ne na produktivnosti. V to skupino spadajo tudi storitve v zdravstvu. Zaradi tega je po mnenju Kotlerja (1996, str. 467–68) izjemno pomembno, da morajo podjetja, ki se ukvarjajo s storitvenimi dejavnostmi, planirano vlagati v kadre, natančno opisati storitev in spremljati zadovoljstvo uporabnikov s pomočjo sistema predlogov in pritožb, anket, ki pomagajo odkriti in popraviti slabo storitev.

Spremenljivost (heterogenost) je razpoznavna lastnost storitev, ki odraža spremembe doslednosti iz ene storitve v drugo. Spremenljivost skoraj po definiciji pove, da je nemogoče konstantno zagotavljati najvišji nivo kakovosti. Heterogenost pove, da dve storitvi ne moreta biti enaki in da vsaka izvedba ne more biti identična. Pri heterogenosti je pomembno zaznavanje uporabnika. Da se uporabniku zdi storitev odlična, ne glede na to, kdo jo izvaja in kdo je uporabnik, ki jo ocenjuje, je potreben natančen opis ponujene storitve, ki želi zadovoljiti želje uporabnikov. Proizvodi se proizvajajo, storitve pa nastajajo v določenem procesu, katerega osnovni sestavni del je človek – izvajalec, zaradi česar ni zagotovljena enaka raven kakovosti storitev. Na storitev vplivajo proizvajalci in uporabniki (Mihalič, 2003, str. 47–48).

Enake storitve se lahko razlikujejo od podjetja do podjetja in tudi med osebjem znotraj

podjetja, prav tako se lahko spreminjajo tudi na podlagi dnevne osnove (Bateson & Hoffman, 1997, str. 33–34). Spremenljivost storitev ustvarja eno od večjih težav pri upravljanju storitev, to pa je, kako ohraniti enakomerno zaznano kakovost izvedene storitve (Grönroos, 2000, str. 49). Če želi podjetje zmanjšati spremenljivost, mora ugotoviti vzroke za to, ki so lahko posledica neprimernih lastnosti zaposlenega. Razlog je lahko tudi slabo usposabljanje in nadzor, pomanjkanje komunikacije in informacij ter splošno pomanjkanje redne podpore (Mudie & Pirrie, 2006, str. 5).

- **Minljivost**

Že pri neločljivosti je bilo omenjeno, da storitev praviloma ne moremo skladiščiti za kasnejšo prodajo in porabo, kar kaže na minljivost storitev. Minljivost storitev ni problem, če je povpraševanje po storitvah stalno. V tem primeru je lahko zagotovljeno dovolj delovne moči. Kadar povpraševanje niha, imajo lahko storitvena podjetja velik problem. Vodstvo v storitveni dejavnosti se sooča z nihanji med povpraševanjem ali zmogljivosti. Ta nihanja lahko vplivajo na izvedbo storitev (Kasper, van Helsdingen, & Gabbot, 2006, str. 60). V primeru, da se povpraševanje po določeni storitvi poveča, je ne moremo kar vzeti iz zaloge in jo ponuditi na trgu. Povpraševanja po storitvah ni mogoče natančno napovedati, zato je potrebno ponudbo in povpraševanje usklajevati. Večje povpraševanje od maksimalne ponudbe običajno povzroči nezadovoljstvo uporabnikov. Pri večjem povpraševanju od optimalne ponudbe je kakovost storitve ponavadi nižja od običajne. Pričakovanja porabnikov niso izpolnjena, kar se kaže v nezadovoljstvu porabnikov. Nasprotno, če pa je povpraševanje manjše od optimalne ponudbe, prihaja do neizkoriščenosti delovne sile ali kapacitet (Hoffman & Bateson, 1997, str. 37–38).

Če povzamemo, lahko ugotovimo, da so najpogosteje omenjene značilnosti storitev:

- procesnost,
- neopredmetenost,
- neobstoynost,
- neločljivost,
- sodelovanje uporabnikov pri izvajanju storitev in
- spremenljivost.

1.3 Specifičnost zdravstvenih storitev

Zdravstvene storitve so najbolj vidni del vsakega zdravstvenega sistema, tako uporabnikom kot širši javnosti. Srečujemo jih v promociji zdravja, preventivi, zdravljenju in rehabilitaciji, tako v zdravstvenih ustanovah kot izven njih oziroma na domu. Lastnosti zdravstvenih storitev so v osnovi enake lastnostim ostalih storitev. Tudi zanje veljajo osnovne lastnosti storitev in sicer, da so neotipljive (bolnik, ki se odloči za operacijo, ne

more videti kakšen bo končen rezultat), spremenljive (dva bolnika sta lahko zdravljeni z enakimi storitvami, pa je pri enem zdravljenje učinkovito, pri drugem pa ne), neločljive (bolnik mora biti prisoten pri operaciji, saj predstavlja fizični objekt na katerem se storitev izvaja) in minljive (kirurg ne more operirati na zalogo). Določene splošne značilnosti storitev so močnejše poudarjene pri zdravstvenih storitvah. Potrebe po zdravstvenih storitvah spadajo med nepredvidljive in nezaželene (Zrimšek, 2006, str. 29). Storitve v zdravstvu ne koristimo kar vse povprek, ampak samo takrat, ko so nujno potrebne.

Zdravstvene storitve sodijo med tiste storitve, ki so usmerjene na ljudi in zahtevajo visoko stopnjo interakcije med ponudnikom in uporabnikom. Zagotavljanje in kakovost storitev se nanaša na vloženi denar, motivirane zaposlene, sodobno opremo in zdravila. Izboljšanje dostopnosti, obsega in kakovosti storitev je odvisno tudi od načina organiziranosti in vodenja posamezne organizacije. Dosedanje raziskave so razkrile, da ima interakcija s ponudnikom storitev v zdravstvu velik vpliv na zaznavanje kakovosti in s tem na odločitveni proces uporabnika za določeno vrsto zdravljenja (Winsted, 2000a, str. 402). Med najbolj zaželenimi vedenjskimi značilnostmi, ki jih uporabniki iščejo pri medicinskem osebju so skrbnost, odkritost, razumevanje in sposobnost komuniciranja. Vse to lahko združimo v dejavnik prijaznost, ki ga uporabniki na lestvici uvrščajo višje kot samo strokovnost (Winsted 2000b, str. 401).

Storitve v zdravstvu so visoko kontaktne storitve. Pri izvajanju le-teh je zelo pomemben človeški dejavnik, ker imajo izvajalci neposredni stik z uporabniki, kar zahteva pravočasnost in kakovost storitve. Pomembno je število, pojavnost in naloge kontaktnega osebja. Nujno je potrebno opredeliti, kaj kdo dela, kje, s kom, na kakšen način in zakaj. Slabi odnosi med kontaktnim osebjem ima lahko velik vpliv na njihovo vedenje, vzdušje in reakcijo uporabnikov v zvezi s storitvami. Med uporabnikom in ponudnikom storitev v zdravstvu gre za visoko osebno vpletenost uporabnika, ker mora biti le-ta dejansko prisoten ves čas izvajanja storitve, kar pa je vezano na čas. Pri tem moramo dati velik pomen času, ki ga uporabniku namenimo, saj je to ena izmed postavk, po kateri se ocenjuje kakovost storitve.

V zdravstvu se namesto izraza storitev bolj uporablja izraz oskrba. Izraz oskrba se nanaša na konkretna dejanja v zvezi z odkrivanjem, diagnostiko, zdravljenjem, spremljanjem in rehabilitacijo uporabnikov – bolnikov (Kersnik, 2010, str. 16).

1.4 Zdravstvena oskrba

Zdravstvena oskrba je skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere stopata uporabnik (bolnik) in izvajalec (zdravnik in drugi zaposleni v zdravstvu) z namenom, da bi zdravstvene težave bolnika pripeljale k najboljšemu možnemu izidu (Kersnik, 2010, str. 16). Kersnik (2010) pravi, da jo opredeljujejo posamezne dejavnosti, povezane s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in spremljanjem zdravstvenih

težav posameznikov ali skupin bolnikov z namenom doseči čim večjo korist zanje in za družbo. Največjemu delu teh odnosov pravimo zdravljenje, še navaja Kersnik, in nadaljuje, da so vsi posamezni deli zdravstvene oskrbe pomembni za oceno kakovosti. Poleg zdravljenja je v oskrbo vključenih še veliko drugih dejavnosti, ki jih lahko ločimo na dejavnosti, ki so povezane z zdravljenjem in uslužnostne dejavnosti brez katerih se zdravstvena oskrba ne bi mogla vršiti.

Lastnosti kakovostne oskrbe, ki jih navaja Kersnik (2010, str. 34) so:

- visoka strokovnost (temelječa na znanstvenih dokazih, uporaba priporočil), učinkovita izraba razpoložljivih virov,
- dostopnost, dosegljivost, privoščljivost, pravičnost,
- najmanjše možno tveganje za bolnika,
- izpolnjevanje potreb bolnikov in družbe.

2 KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

2.1 Opredelitev kakovosti storitev

V preteklosti organizacije niso namenjale veliko pozornosti kakovosti in s tem zadovoljstvu uporabnikov s storitvami. Danes se konceptu kakovosti namenja ogromno pozornosti, predvsem zaradi vpliva, ki ga ima le-ta na stroške, finančne rezultate, hkrati pa so uporabniki veliko bolj izobraženi in zahtevni, za kakovostne storitve so pripravljene tudi plačati. Poleg tega so na tem področju v zadnjem času narejene tudi številne raziskave.

Kakovost je pojem, ki ga težko opredelimo. V literaturi najdemo veliko definicij, ki opredeljujejo in poskušajo opredeliti pojem kakovosti. Lahko bi rekli, da je definicij toliko, kolikor avtorjev se s tem pojmom ukvarja. Prav tako je težko opredeliti pojem kakovosti storitev. Različne opredelitve so posledica različnih storitev. Mrak (2002) pravi, da lahko kakovost ocenjujemo s stališča uporabnika, izvajalca ali s strani tistih, ki financirajo organizacije.

Kaplan in Norton (2000) pravita, da če je bila kakovost sredi osemdesetih let prejšnjega stoletja konkurenčna prednost, je danes kakovost konkurenčna nujnost.

Kakovost je po DIN 55350/ISO 8402, po načelih Evropske organizacije za nadzor kakovosti (*European Organization for Quality Control*, v nadaljevanju EOQC) in po načelih Ameriške skupnosti za nadzor kakovosti (*American Society for Quality Control*, v nadaljevanju ASQC), definirana kot: »skupek značilnosti in značilnih vrednosti nekega izdelka ali storitve, glede na njegovo primernost in izpolnjevanje točno določenih in predpostavljenih potreb« (Šostar, 2000, str. 7).

Parasuraman kakovost storitev opredeli kot razliko oziroma vrzel med porabnikovimi pričakovanji (kakšno storitev bi želel dobiti) in njegovim zaznavanjem dobljene storitve. Če so pričakovanja višja od zaznane koristi, je kakovost nižja od zadovoljive, kar se odraža kot nezadovoljstvo s kakovostjo dostavljene storitve (Danaher & Mattsson v Šuklar, 2010, str. 7).

Grönross (v Čepulič, 2003, str. 20) pravi, da je kakovost storitve razlika med pričakovano in zaznano storitvijo. Meni tudi, da je kakovost storitve rezultat procesa ocenjevanja, v katerem stranke primerjajo svoje zaznavanje storitve in rezultat storitve s svojimi pričakovanji o tej storitvi.

Kakovost v zdravstvenem varstvu ima prav tako veliko pomenov. Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva imamo različne poglede na to, kaj je kakovost, je zapisal Kersnik (2010, str. 31) in nadaljuje, da se pogled razlikuje, če smo v vlogi izvajalca (neposrednega izvajalca ali poslovodnika), ali če smo v vlogi uporabnika (bolnika, plačnika ali zdravstvenega politika).

Na področju zdravstva je že bilo veliko poskusov, da bi opredelili pojem kakovosti. Primerno razlago za kakovost zdravstvene oskrbe prinaša Webstrov slovar, ki pravi, da je kakovost zmožnost (kapaciteta, funkcija) predmeta proizvesti določene učinke oziroma doseči cilj (Kersnik, 2010, str. 31). Široko uporabljenemu izrazu kvaliteta se poskušamo izogibati, ker nekako opisuje samo dobre lastnosti. Kakovost lahko zavzema različne vrednosti, ki se lahko raztezajo od najslabših do najboljših.

Pri ocenjevanju kakovosti je znano, da je veliko težje ocenjevati kakovost storitve kot kakovost izdelka, pravi Potočnik (2004, str. 92) saj:

- kakovost izdelka lahko ocenimo po tehnični značilnosti (obstoj barve, trdost, uporabnost, pakiranju),
- kakovost storitev je odvisna od pričakovanj porabnika v primerjavi z zaznavanjem dejanske izvedbe storitev,
- kakovost storitve porabnik ocenjuje tudi glede na postopke izvedbe storitve.

Na kratko bi lahko rekli, da je kakovost storitve tisto, kar uporabnik zazna. Z izvedbo storitve morajo biti zadovoljene določene potrebe uporabnika in če do tega pride, govorimo o kakovosti storitve.

2.2 Vrste kakovosti storitev

Kot je že bilo omenjeno, različni avtorji različno pojmujejo kakovost, to pa vodi tudi v različne vrste kakovosti.

Najpogostejša konceptualna delitev kakovosti storitev je glede na absolutnost oziroma relativnost njene merljivosti. Po tem kriteriju ločimo (Snoj, 1998, str. 160):

- objektivno (racionalno, mehanistično) kakovost in
- subjektivno (zaznano, humanistično) kakovost.

Pri opredeljevanju storitev moramo upoštevati celotno kakovost. Celotno kakovost sestavljata objektivna (racionalna) kakovost, ki jo je možno laboratorijsko ali kako drugače izmeriti glede na standard in subjektivna (zaznana) kakovost, ki je ni mogoče natančno izmeriti ter je določena s subjektivnimi, psihološkimi zaznavami uporabnikov in izvajalcev storitev (Potočnik, 2004, str. 92). Kakovost, ki je skladna s pričakovanji, opredeli uporabnik, ko je bila storitev že izvedena in je subjektivna.

Poleg delitve na subjektivno in objektivno kakovost, poznamo tudi delitev glede na to, ali je storitev lažje ali težje ovrednotiti, in sicer ločimo:

- iskano kakovost – lastnosti, ki jih lahko uporabnik oceni pred uporabo storitve (barva, oblika, cena, vonj, prostor, oprema)
- izkustveno kakovost – kakovost, ki jo uporabnik občuti med in po uporabi storitve (prijaznost osebja, vtis o zdravstveni storitvi) in
- kakovost zaupanja – kakovost, ki jo uporabnik težko oceni tudi po uporabi (Potočnik, 2004, str. 96). Le-ta prevladuje pri profesionalnih storitvah, ki jih izvajajo strokovnjaki.

Pri storitvah lahko rečemo, da prevladuje v glavnem izkustvena kakovost in kakovost zaupanja. Potočnik (2004, str. 96) opozarja, da je potrebno razlikovati med standardno kakovostjo in kakovostjo, ki je skladna s pričakovanji. Bateston in Hoffman (v Mrak, 2002, str. 172) navajata, da kakovost storitev uporabniki ocenjujejo na podlagi naslednjih kriterijev:

- tehnična kakovost (angl. *outcome quality*), zajema dejanski rezultat storitve,
- funkcionalna kakovost (angl. *process quality*), to je način, kako je storitev ponujena in izvedena,
- podoba oziroma ugled organizacije (angl. *image*), torej zaznavanje organizacije kot celote, upoštevana je tako tehnična kot funkcionalna kakovost.

Tehnična kakovost je posledica odnosa med izvajalcem in porabnikom pri soočenju s storitvijo. To je ocena vsebine storitve, nanaša pa se na rezultat izvedbe storitve – kaj je porabnik prejel z izvedbo storitve. Označuje, kaj uporabniku ostane, ko sta proces izvajanja storitve in interakcija med porabnikom in izvajalcem končani. Porabniki tehnično kakovost običajno ocenijo dokaj objektivno. Funkcionalna kakovost obsega psihološko interakcijo med porabnikom in izvajalcem. Zaznavanje je zelo subjektivno.

Marolt in Gomišček (2005) ugotavljata, da je ugled organizacije odvisen od nivoja kakovosti storitev ter stalnosti doseganja zadanega nivoja. Ugled, ki predstavlja zaupanje v organizacijo in njeno storitev, je velikega pomena tudi v zdravstveni dejavnosti. Kakovost lahko delimo tudi glede na čas vrednotenja kakovosti le-teh. Na tej osnovi loči Lehtinen (v Snoj, 1998, str. 161):

- procesno kakovost, ki jo odjemalci ocenjujejo med izvajanjem storitev in
- končno kakovost, ki jo odjemalci ocenjujejo po izvajanju storitev.

Ta delitev sovpada z Grönross-ovo delitvijo na tehnično in funkcionalno kakovost. Ovretveit (v Šuklar, 2010, str. 9) loči tri vrste kakovosti javnih storitev glede na to, kdo kakovost ocenjuje in s kakšnimi kriteriji. Ta delitev zagotavlja vključenost vseh zainteresiranih strani. Sem spadajo:

- kakovost, ki jo opredeljujejo uporabniki (povedo, kaj želijo od storitve),
- kakovost, ki jo opredeljujejo strokovnjaki (ali je storitev izvedena v skladu s standardi) in
- kakovost, ki jo opredeljuje poslovodstvo v javnih organizacijah (najbolj učinkovita in produktivna poraba virov).

Za kakovost lahko rečemo, da ima svojo vrednost, ceno in stroške, ki jih je treba čim bolje spoznati in zagotoviti, da bodo čim nižji ob doseženem namenu njihovega nastanka. V podjetjih se danes na veliko uporablja evidentiranje in presojanje kakovosti, kar omogoča hitro zmanjševanje poslovnih stroškov, še zlasti pa stroškov napak.

2.3 Kakovost zdravstvenih storitev

Kakovost v zdravstvu pridobiva na svojem pomenu zaradi naraščajočih stroškov zdravljenja, omejenih virov in potrebe po enotnih standardih v praksi. Kakovost v zdravstvu se je v preteklosti merila predvsem iz tehničnega stališča (stopnja ozdravitve, stopnja umrljivosti, čas čakanja) in zaznavanja ponudnikov (zdravnikov, medicinskih sester) teh storitev. Včasih potrebe in želje porabnikov niso bile pomembne. Danes je znano, da vrednotenje kakovosti zgolj iz medicinskega vidika ne zadostuje. Uporabniki teh storitev so postali bolj izobraženi in zahtevni, ocenjujejo kakovost in menjajo ponudnike, če so z kakovostjo nezadovoljni. Prav tako tudi pričakujejo, da jih bodo vključili v proces obravnave ter bodo upoštevane njihove želje, potrebe in pričakovanja. Ritonja (1997) pravi, da je primarni cilj zagotavljanja kakovosti čim boljša zadovoljitev potreb uporabnika, sistematično neprestano izboljšanje kakovosti storitev in kakovosti procesov ob istočasnem zniževanju stroškov nekakovosti.

Da je zanimanje za kakovost v zdravstvu tako naraslo, obstaja več vzrokov, in sicer (Kersnik, 2010, str. 40):

- številne raziskave so pokazale velike razlike pri izvajanju oskrbe pacientov,
- javnost zahteva razvidnost in javnost dela zdravstvene službe,
- znanje in tehnične lastnosti presegajo finančne možnosti sistemov zdravstvenega varstva, kar sili v obvladovanje stroškov,
- izvajalci želijo pokazati svojo strokovno usposobljenost in se primerjati z drugimi,
- plačnik zdravstvenih storitev in vodilni v zdravstvenih ustanovah želijo zagotoviti čim boljše kakovost za razpoložljiva sredstva.

Kakovost je pod vplivom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) postala ena izmed prednostnih nalog v nacionalni strategiji zdravstvenega varstva. Ne le zagotavljanje, temveč tudi nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je v državah Evropske unije (EU) zahtevano kot prednostna aktivnost. Tudi v Sloveniji si prizadevajo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. Ta so:

- **Uspešnost** – ali posegi zdravstvenega osebja izboljšajo zdravstveno stanje pacienta,
- **Varnost** – ali odločitve zdravniške službe škodijo pacientu,
- **Pravočasnost** – koliko časa mora pacient čakati,
- **Učinkovitost** – ali lahko zdravstveno osebje opravlja svoje delo ceneje z enakim rezultatom,
- **Enakopravnost** – ali prihaja do diskriminacije zaradi spola, starosti, socialnega statusa in
- **Osredotočenost na pacienta** – ali se pacienta zdravi enako kot bi se zdravilo lastne starše ali otroke (Robida, Yazbeck, Kociper, Mate, & Marušič, 2006, str. 4).

Osredotočenost zdravstvenega sistema na pacienta najpogosteje merimo z anketami, ki jih je pripravilo ministrstvo za zdravje v obliki nacionalne ankete o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici (Kiauta, Poldrugovac, Rems, Robida, & Simčič, 2010).

Po poročanju Robide (v Zupančič, 2008, str. 20) kakovost zdravstvenih storitev sestoji iz desetih prvin, ki jih prikazuje slika 1.

Slika 1: Deset sestavin kakovosti zdravstvenih storitev



Svetovna zdravstvena organizacija (v Bohinc, 1999, str. 159) je opredelila kakovost po naslednjih kriterijih:

- visoka stopnja profesionalne odličnosti,
- učinkovita izraba virov,
- minimalno tveganje,
- zadovoljstvo bolnikov,
- končni vpliv na zdravje posameznika, skupine in skupnosti.

Definiranje pojma kakovost je za področje zdravstvene dejavnosti dokaj težavna naloga zaradi vrste značilnosti, po katerih se ta dejavnost razlikuje od drugih družbenih dejavnosti.

Bistvene razlike so (Ritonja, 1998):

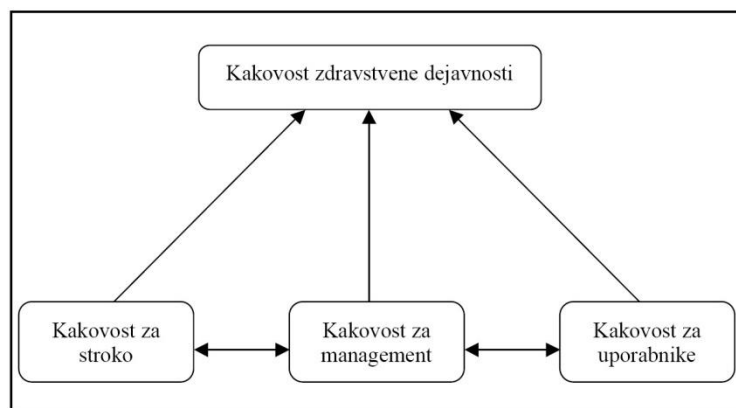
- neomejeno povpraševanje po zdravstvenih storitvah in omejeni viri zanje,
- občutljivi uporabniki zdravstvenih storitev z omejenim vplivom na kakovost;
- prisotnost visoko profesionalne komponente;
- izjemno velik vpliv na kakovost življenja;

- zadovoljiti mora kompleks potreb in pričakovanj bolnikov, zahteve plačnikov, strokovna merila, moralne norme.

Švedski raziskovalec kakovosti zdravstvene dejavnosti Ovretveit (1992) opredeljuje kakovost zdravstvene dejavnosti kot popolno zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, pri najnižjih stroških za organizacijo, znotraj danih meja in smernic višjih oblastnih organov in plačnikov. Ta definicija poudarja tri temeljne dimenzije kakovosti:

1. **kakovost za uporabnike (*Client Quality*):** je vse tisto, kar uporabniki in njihovi skrbniki želijo, tako posameznik kot skupnost. Zdravstvena dejavnost, ki bi dala uporabnikom samo tisto kar želijo, bi lahko imela nizko profesionalno kakovost,
2. **kakovost za stroko (*Professional Quality*):** Ta dimenzija kakovosti je dosežena, če zdravstvena storitev zadovolji potrebe, kot jih opredelijo profesionalni izvajalci in priporočila, in če je izvedena s tehnikami in postopki, ki so verjetno potrebni za zadovoljitev potreb uporabnikov,
3. **kakovost za management (*Management Quality*)** je najbolj učinkovita in produktivna poraba virov v okviru meja in smernic, ki jih določijo višji oblastni organi in uporabniki.

Slika 2: Model tridemzionalne kakovosti zdravstvene dejavnosti



Zadovoljstvo uporabnikov je po mnenju številnih avtorjev najpomembnejši kazalec kakovosti dejavnosti (vidik kakovosti za uporabnike). Toda zadovoljstvo uporabnikov (pacientov) je le eden izmed kazalcev kakovosti. Tu je še vidik kakovosti za stroko (profesionalno osebje) in vidik kakovosti za management.

Kakovost zdravstvenih storitev je rezultat dela vseh v sistemu zdravstvenega varstva, zaposlenih, timov in oddelkov ter je zanjo odgovoren vsak, najmanj za tisti del procesa v katerega je vključen. Vsak partner v sistemu naj bi upošteval tri ključna načela: doseči čim večjo zadovoljstvo zavarovancev, stalno izboljševati svoje procese in doseči čim boljše sodelovanje zaposlenih pri realizaciji ciljev kakovosti, ki si jih je postavil (Marolt &

Gomišček, 2005). Bistvo vodenja kakovosti je sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranosti procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja, povečani dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti.

Za izboljšanje kakovosti so odgovorni vsi vodilni v sistemu zdravstvenega varstva, prav tako pa neposredno tudi vsi izvajalci oziroma medicinsko osebje, ki so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Vsi udeleženci zdravstvenega varstva morajo tesno in trajno sodelovati, saj zagotavljanje kakovostne oskrbe temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj, spodbujanju timskega dela ter povezovanju zdravstvenih delavcev z bolniki in njihovimi težavami.

2.4 Merjenje kakovosti storitev

Za poslovanje tako v storitvenih kot proizvodnih podjetjih se mora kakovost nenehno spremljati, vsako podjetje pa mora imeti že v naprej izbran način merjenja. Merjenje kakovosti storitev je pomembno, ker daje povratne informacije o značilnosti zaznavanja kakovosti uporabnikov storitev, prav tako so tudi potrebne za uspešno vodenje, spremljanje rezultatov in učinkovito razporejanje virov.

Vrednotenje storitev in s tem ocenjevanje kakovosti je zapleten proces, ker je storitev težje ovrednotiti kot izdelek zaradi specifičnih značilnosti. Če storitev oceni uporabnik, je to čisto nekaj drugega kot, če ocenjuje izvajalec ali plačnik storitev. Uporabnik zazna kakovost subjektivno, glede na to kakšne so njegove potrebe in pričakovanja. Zato mora izvajalec storitev upoštevati uporabnikov vidik, saj lahko le tako izboljša kakovost storitev. Prav zaradi pomanjkanja objektivnih meril je kakovost največkrat opredeljena subjektivno. Uporabniki storitev za merjenje uporabljajo različne kriterije in ocenjevanje. Za podjetje ni pomembno samo to, da se kakovost storitve izmeri, ampak tudi podatek, na podlagi katerih kriterijev so uporabniki ocenili kakovost storitve. Uporabniki imajo občutek, da niso kvalificirani za ocenjevanje storitev, zato ocenjujejo tisto, za kar menijo, da so usposobljeni. Zdravstveno storitev ponavadi ocenijo na podlagi prijaznosti osebja, čistosti in urejenosti čakalnic in ambulant, manjkrat pa na podlagi strokovnosti izvedene storitve (Snoj, 1998, str. 168).

Toth (2006, str. 43) pravi, da ljudje oziroma uporabniki zdravstvenih storitev praviloma ocenjujejo kakovost zdravstvenega varstva povsem drugače kot država. Njim je v ospredju možnost uveljavljanja potreb in včasih še bolj zahtev po zdravstvenih storitvah in raven pravic. Njihova pričakovanja se nanašajo tudi na odnos zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev do njih, na čim boljšo in uspešno obravnavo. Družbeno kakovost lahko oceni samo primarni uporabnik – pacient, saj jo je težko oceniti zdravstveno oskrbo, če je ne izkusiš na lastni koži.

Kakovostne ravni storitve ne moremo določiti s količinskimi merili. Kakovost storitev lahko merimo kot tolerančno območje med zeleno in dejansko prejeta storitvijo, kot jo zazna porabnik. Porabnik ocenjuje kakovost kot razliko med pričakovano in dejansko storitvijo. Organizacije merijo kakovost storitev tudi tako, da oblikujejo standarde njihovega delovanja in nato primerjajo dejansko delovanje s standardi (Snoj, 1998, str. 168).

Po namenu imamo dve vrsti ocenjevanja kakovosti storitve. Prva vrsta (operativna) ima namen izboljševati kakovost storitve znotraj posameznega dela organizacije. Druga vrsta ocenjevanja ima namen oceniti kakovost celotne organizacije, ki nudi storitev. Marolt in Gomišček (2005, str. 148) pravita, da za operativni del ocenjevanja kakovosti velja osnovno pravilo in sicer, da so glavni ocenjevalci ljudje, ki so uporabniki storitev, ki se jih ocenjuje. Kot primer zbiranja sistematičnih povratnih informacij nam lahko služi vprašalnik. Izboljševanje kakovosti lahko ocenjujejo v merilih povečanega zadovoljstva, zmanjšanja števila pritožb in zmanjšanje stroškov zaradi nekakovosti.

2.5 Modeli kakovosti storitev

V literaturi je opisanih veliko različnih modelov za merjenje kakovosti storitev. Kateri model bo organizacija uporabila, se mora sama odločiti glede na storitveno dejavnost, s katero se ukvarja. Za ocenjevanje kakovosti storitev celotne organizacije so najbolj poznani naslednji modeli (Marolt & Gomišček, 2005):

- **model kakovosti 4Q,**
- **model pričakovane in zaznane kakovosti storitev,**
- **model razkorakov** je imenovan tudi model vrzeli,
- **model SERVQUAL** je model, ki je najbolj prirejen za merjenje kakovosti storitev,
- **model SERVPERF,**
- **model CAF.**

2.5.1 Model kakovosti 4Q

Model kakovosti 4Q je dobil ime po štirih glavnih merilih. To so (Marolt & Gomišček, 2005, str. 149):

- kakovost načrtovanja storitve – načrtovanje mora biti usmerjeno v zadovoljstvo uporabnika,
- kakovost realizacije storitve – ta raven je zadovoljena takrat, ko se izvedba storitve v največji meri približa specifikacijam, določenim pri načrtovanju storitve,
- kakovost realizacije ob zahtevanem času in v predvidenem roku ter
- kakovost medsebojnih odnosov med izvajalci in kupci storitev.

2.5.2 Model pričakovane in zaznane kakovosti storitev

Že samo ime modela pove, da uporabnik ocenjuje kakovost storitve tako, da pričakovano storitev primerja z zaznano storitvijo. Na pričakovanja uporabnika v veliki meri vplivajo aktivnosti na področju tržnega komuniciranja, lastne izkušnje in izkušnje drugih s storitveno organizacijo, predstavo o zaznani kakovosti si uporabnik ustvari sam po soočenju s storitvijo. Kakovost ocenjujejo na podlagi naslednjih kriterijev:

- tehnična kakovost (kakovost produkta– dejanski rezultat storitve,
- funkcionalna kakovost – način, kako je storitev ponujena in izvedena,
- sloves (image) storitvene organizacije kot celote.

Funkcionalno dimenzijo kakovosti uporabnik večinoma oceni bolj subjektivno, tehnično dimenzijo kakovosti pa oceni bolj objektivno.

2.5.3 Model razkorakov (model vrzeli)

Parasuraman, Zeithaml in Berry (1985, str. 42–46) so razvili modeli vrzeli, kjer je kakovost storitve opredeljena kot razlika med pričakovanji uporabnika in njegovim zaznavanjem storitve. Model razkorakov oziroma model vrzeli opredeljuje kakovost storitve kot niz petih razkorakov, ki nastopajo v zvezi s kakovostjo storitev in morajo na njih biti podjetja oziroma organizacije še posebej pozorna. Če želi organizacija izboljšati kakovost storitve, mora odkriti razloge za vsako od petih vrzeli ter razviti strategije za njihovo zmanjšanje (v Gabrovec, 2011, str. 20). Raven kakovosti storitve je opredeljena kot peta vrzel, to je vrzel med zaznano in pričakovano storitvijo, katere velikost je odvisna od velikosti prvih štirih vrzeli. Da bi organizacija zmanjšala to vrzel, mora zmanjšati ostale vrzeli, ki nastajajo znotraj storitvene organizacije.

Različni avtorji opisujejo pet vrzeli, Potočnik (2004, str. 102–104) jim dodaja še dve.

Vrzel 1 je splošna vrzel med storitvenim podjetjem in porabnikom. Vrzel nastane med pričakovanji porabnikov in zaznavanjem teh pričakovanj pri poslovodstvu organizacije. Poslovodstvo organizacije običajno ne ve, kaj porabnik sploh pričakuje od storitve, jih ne razume ali ne ve na podlagi česa si porabniki ustvarjajo svoja pričakovanja. Ta vrzel nastane zaradi pomanjkanja trženjskih raziskav, neprimerne komunikacije ali prevelikega števila vodstvenih ravni v organizaciji.

Strategije poslovodstva za zmanjšanje vrzeli naj vključujejo boljše poznavanje porabnikov ter njihovih pričakovanj z različnimi analizami, dosledno analizo pritožb, izboljšanje komunikacije med kontaktnim osebjem in poslovodstvom ter zmanjševanje števila ravni med vodstvom in porabniki.

Vrzel 2 je vrzel med zaznavanjem pričakovanj pri vodstvu in natančno opredelitvijo standardov kakovosti storitev. Vodstvo lahko sicer zazna porabnikove želje in pričakovanja, ne zna pa postaviti standardov kakovosti in določiti konkretnih ciljev. Poslovodstvo lahko to vrzel zmanjša s standardizacijo storitev in določitvijo jasnih ciljev.

Vrzel 3 je vrzel med standardi (specifikacijo) kakovosti storitev in samim izvajanjem storitev. Nastane lahko zaradi preobremenjenosti kontaktnega osebja, ki morda tudi ni dovolj izobraženo za izvajanje le-teh, pomanjkanja timskega dela, prezapletenih ali nasprotujočih standardov ali pa osebje ni pripravljeno izpolniti standardov. Vrzel je možno zmanjšati s pravilno izbiro osebja in stalnim usposabljanjem osebja.

Vrzel 4 obstaja med dejanskim izvajanjem storitve in zunanjim komuniciranjem. Ta vrzel nastane, ko organizacije porabnikom preko reklamnih sporočil obljubijo preveč in teh obljub ne izpolnijo. Vrzel je možno zmanjšati tako, da porabnikom ne obljublamo preveč oziroma ponudimo samo tisto, kar bo dejansko dobil in kar lahko podjetje izpolni.

Vrzel 5 se kaže med zaznanim in pričakovano storitvijo. Ta vrzel se kaže v dojemanju kakovosti storitve kot rezultatu primerjave med pričakovano in dejansko kakovostjo izvedene storitve. Ta vrzel se zmanjša s tem, da se zmanjšajo ostale vrzeli. Velikost pete vrzeli je odvisna od velikosti in usmerjenosti prvih štirih vrzeli znotraj podjetja oziroma organizacije in vrzeli, ki nastajata med obljubami in izpolnitvijo obljub.

Vrzeli 6 in 7 nastajata med tem, kako uporabnik razume obljube in njegovim zaznavanjem izvedbe v primerjavi s temi obljubami.

Cilj vsake storitvene organizacije je zmanjšanje pete vrzeli. Če želi pridobiti konkurenčno prednost, mora organizacija izpolniti pričakovanja porabnikov, ponuditi mora storitve višje kakovosti, kar pa pomeni večje stroške. Višja kakovost storitev pa še ne zagotavlja, da se bo porabnik ponovno odločil za storitev v posamezni organizaciji.

Model vrzeli ponuja splošno razumevanje in rešitve, kar je tudi prednost tega modela. Model je v pomoč pri odkrivanju razlogov za probleme s kakovostjo storitev, ne odkriva pa specifičnih napak pri kakovosti storitev, ki se pojavijo v specifičnih storitvenih organizacijah. Vsaka organizacija mora odkriti svoj model določanja in ohranjanja kakovosti storitev.

2.5.4 Model SERVQUAL

Model vrzeli je bil osnova za oblikovanje modela oziroma lestvice SERVQUAL. Parasuraman, Zeithaml in Berry so leta 1985 razvili lestvico merjenja kakovosti storitev in jo poimenovali SERVQUAL lestvica. Model Servqual (skrajšano od angleško *Service Quality*) je po mnenju Marolta in Gomiščka (2005, str. 150) najbolj prirejen za merjenje

kakovosti storitev.

Ta lestvica meri vrzeli med pričakovano in zaznano storitvijo, temelji na primerjavi pričakovanj in zaznavanj porabnikov in je v bistvu način merjenja petega razkoraka oziroma vrzeli. Model je sestavljen iz dveh delov. V vsakem delu anketiranec odgovori na 22 trditve, ki so oblikovane v Likertovi lestvici in jih anketiranec vrednoti z ocenami od 1 (sploh se ne strinjam) do 7 (zelo se strinjam) za merjenje zaznavanj, za merjenje pričakovanj obsega trditve pa od »sploh ni pomembno« do »zelo je pomembno«. V prvem delu anketiranec odgovarja, kakšno storitev naj bi ponudila storitvena organizacija, drugi del pa zahteva odgovor, kakšno storitev v resnici organizacija ponuja. Tako oblikovane trditve tvorijo različno število dimenzij kakovosti.

Sprva je model SERVQUAL vseboval deset kriterijev in sicer: zanesljivost, odzivnost, vljudnost, zaupanje, varnost, razumevanje, dostopnost, komunikativnost, urejenost in fizične dokaze storitve. Parasuraman, Zeithaml in Berry (1988, str. 23) so model poenostavili in obsega le pet kriterijev, saj se posamezni med seboj prekrivajo. Ti kriteriji so:

- zanesljivost (angl. *reliability*): sposobnost opraviti obljubljeni storitev zanesljivo in natančno, uporabnik dobi tisto kar so mu obljubili;
- odzivnost (angl. *responsiveness*): pripravljenost pomagati porabnikom in storitev hitro posredovati;
- občutek zaupanja (angl. *assurance*): znanje in vljudnost zaposlenih in sposobnost
- zbuditi zaupanje in varnost; usmerjenost pozornosti k porabniku (angl. *empathy*): skrb in usmeritev pozornosti k posameznemu porabniku;
- otipljivost (angl. *tangibles*): videz fizičnega okolja, opreme, zaposlenih, komunikacijskega gradiva.

Ob vsem tem je potrebno omeniti tudi to, da merjenje kakovosti ni brezplačno in mora predstavljati neko vrednost. Če se organizacija odloči za merjenje kakovosti, mora biti to izvedeno strokovno in natančno, organizacija pa mora biti pripravljena sprejeti spremembe, ki jih lahko narekujejo dobljeni rezultati (Wisniewski, 2001, str. 381).

2.5.5 Model SERVPERF

Različni pristopi k merjenju pričakovane kakovosti storitve so sprožili različni vprašanja, kdaj meriti pričakovanja uporabnikov in kateri pristop je najbolj natančen. Jain in Gupta (2004, str. 25) opisujeta, da sta SERVQUAL in SERVPERF najpogosteje uporabljeni merski lestvici za raziskavo kakovosti storitev. Zaradi številnih kritik modela SERVQUAL sta avtorja Cronin in Taylor leta 1992 predstavila model SERVPERF, ki je meril le dejansko zaznano kakovost s strani uporabnika, ne pa tudi njegovih pričakovanj. Model SERVPERF vsebuje le en sklop 22 vprašanj, ki se nanašajo na zaznano vrednost storitve.

SERVPERF meri le izkušnje uporabnikov z določeno storitvijo (ne pa razlike med pričakovanji in izvedbo). Raziskava je pokazala, da s SERVPERF-om dosežemo bolj zanesljive in točne rezultate in da je SERVPERF primernejši model za merjenje kakovosti v storitvenih podjetjih. Vsaka trditev v lestvici je ovrednotena z Likertovo lestvico s stopnjami od » zelo se strinjam« do »sploh se ne strinjam«. Model ocenjuje pet temeljnih dimenzij kakovosti, tako kot SERVQUAL, in sicer, otipljivost, zanesljivost, odzivnost, zaupanje in empatija.

Rezultati raziskave kažejo, da se lahko s pomočjo SERVPERF izboljša celoten način merjenja kakovosti storitev, saj ta pozitivno vpliva na porabnikovo zadovoljstvo. Študija je pokazala tudi, da se za ponoven nakup uporabnik v veliki meri odloči zaradi zadovoljstva kot zaradi kakovosti storitve (Škabar, 2013). Storitvena organizacija mora biti torej v prvem planu usmerjena k povečanju zadovoljstva uporabnikov.

3 ZADOVOLJSTVO PACIENTOV Z ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI

3.1 Opredelitev pojma in pomen zadovoljstva pacientov

Izvor besede zadovoljstvo (angl. *satisfaction*) izhaja iz latinske »*satis*«, ki pomeni »dovolj« in »*facere*«, ki pomeni »narediti ali izdelati«. Zadovoljstvo lahko pomeni neko izpolnitev, zadoščenje. Razlika je med zadovoljstvom z izdelkom in zadovoljstvom s storitvijo. Velikokrat se pojma kakovosti in zadovoljstva enačita med sabo, med njima pa obstaja določena razlika. Zadovoljstvo pomeni subjektivno razlago prejete izkušnje, ki kaže koliko so bile želje in potrebe uporabnikov uresničene.

Zadovoljstvo je pomemben izid oskrbe, ki je v zadnjih desetletjih vse bolj pridobivalo na veljavi. Merjenje zadovoljstva je eno izmed meril kakovosti v določeni zdravstveni organizaciji iz vidika, ki se nanaša na subjektivno oziroma zaznano kakovost. Naraščajoča stopnja zadovoljstva pomeni boljšo pripravljenost pacientov na sodelovanje v postopkih zdravljenja ter povečuje občutek izvajalcev storitev, da so delo dobro opravili. Razlikovati je potrebno med kakovostjo storitve in pacientovim zadovoljstvom s storitvijo. Kakovost storitve zazna pacient racionalno, njegovo zadovoljstvo pa je emocionalno. Preučevanje zadovoljstva pacienta vključuje različna področja (psihologija, sociologija, trženje).

Zadovoljstvo pacientov je glavno merilo kakovosti in odločujoče vpliva na poslovno uspešnost organizacije. Pričakovanja pacientov imajo pomembno vlogo pri vrednotenju storitev. Mnogih pričakovanj, ki vplivajo na pacienta, ni mogoče kontrolirati. Kadar so storitve prekoračile pacientova pričakovanja, je raven zadovoljstva visoka. Za organizacijo je pomembno, da zna prisluhniti željam in potrebam uporabnikov oziroma v primeru zdravstvenih storitev, pacientom. Zadovoljstvo s storitvijo lahko opredelimo tudi kot

pacientovo dojetje lastne izkušnje s posameznimi postopki, izvajalci, ustanovo v celoti ali njenim delom in s celotnim sistemom zdravstvenega varstva (Gazvoda v Goričan, 2009, str. 34).

Danes pacient aktivno sodeluje pri odločitvah o izbiri ponudnikov zdravstvenih storitev, pri čemer si lahko pomaga z oceno storitev, če so te na voljo (Horvat, 2007, str. 7). Celotna zdravstvena dejavnost se odvija zaradi pacientov, zato je njihovo mnenje še kako pomembno. Kovačičeva (2008, str. 38) pravi, da je preučevanje izkušenj pacientov in njihovega vrednotenja teh izkušenj, eden od načinov vključevanja pacientov v proces zdravljenja in sprejemanja odločitev. Klinični izidi zdravljenja so relativno dobro poznani, manj je znanega o tistem delu zdravstvene oskrbe, ki jo pacient ocenjuje sam. Kersnik (2003) pravi, da sem zagotovo spada tudi merjenje zadovoljstva pacientov, ki sodi med družbene izide zdravstvene oskrbe, pomembno vpliva tudi na ostale izide zdravljenja in seveda tudi stroške zdravstvenega sistema. Zadovoljstvo pacientov je rezultat organizacijskega vedenja, ki se kaže s stalnimi izboljšavami v organizaciji. Analize zadovoljstva pacientov vplivajo v prihodnosti na primerno vedenje tako pacientov kot izvajalcev zdravstvenih storitev (v Skela Savič, 2002, str. 1449).

Pacientovo zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami pridobiva vse večji pomen. Mnenje pacienta se namreč uporablja pri načrtovanju in ocenjevanju teh storitev. Posledično je narasla potreba po instrumentih, ki bi ocenjevali pacientovo zadovoljstvo. Ta instrument bi naj bil veljaven, zanesljiv in sprejemljiv za merjenje zadovoljstva v slovenskem zdravstvu. Sistematično zbiranje mnenj posameznikov z uporabo strukturiranih vprašalnikov imenujemo zadovoljstvo bolnikov. Potočnik (2004, str. 134) pravi, da so glavne metode in postopki pri pridobivanju podatkov o zadovoljstvu anketiranje, skupinski intervju, analiza pritožb in pohval, pregled zaporedja dogodkov in ugotavljanje kritičnih dogodkov. Zadovoljstvo pacientov se lahko ugotavlja v določeni zdravstveni ustanovi in le-ta ugotavlja zadovoljstvo svojih pacientov. Prav tako se lahko zadovoljstvo meri na nacionalni ravni, kjer gre za primerjavo zdravstvenih ustanov z isto dejavnostjo ali pa na mednarodni ravni, kjer gre za primerjavo na meddržavni ravni in njihovim zdravstvenim sistemom.

3.2 Dejavniki, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov

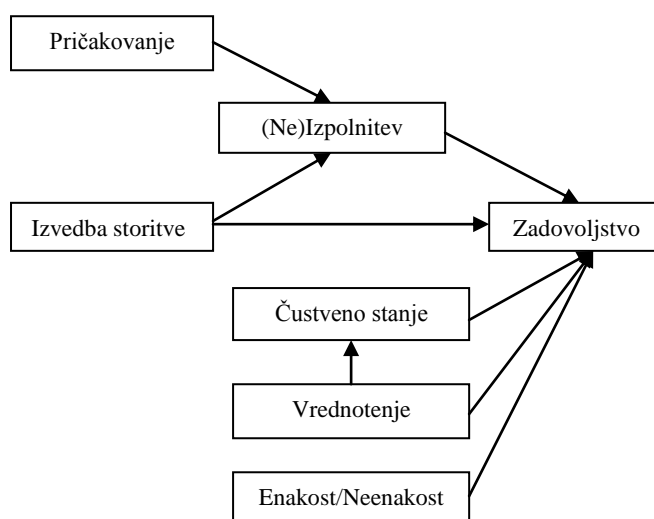
Zadovoljstvo pacientov je večdimenzionalna pacientova ocena. Posamezni deli ocenjujejo delo neposredno, komuniciranje in odnos do pacienta, prijaznost osebja. Pomemben vpliv na zadovoljstvo ima tudi čas, ki ga posvetijo pacientu, pa naj bo to zdravnik ali pa njegovi sodelavci. Kersnik (2001) pravi, da k stopnji zadovoljstva s storitvijo prispevajo tudi demografske lastnosti pacienta (starost, spol, izobrazba) neposredno in s tem, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, kakšna so njegova pričakovanja. Horvat (2007, str. 11) opisuje, da je v veliki meri za razvoj teorije na področju pacientovega zadovoljstva zaslužen Ware, ki je ločil objektivna poročila v zvezi z zadovoljstvom (npr. čakalna doba)

in subjektivnimi ocenami, ki skušajo zajeti osebno vrednotenje oskrbe. Na te ocene naj bi vplivale tri ocene: osebne preference pacienta, njegova pričakovanja in dejansko prejeta oskrba. Sitzia in Wood (v Horvat, 2007, str. 13) sta spremenljivke, ki so se nanašale na pacienta, imenovala determinante zadovoljstva. Razdelila sta jih na pričakovanja, lastnosti pacienta in psihosocialne determinante.

V zgodnjih raziskavah so na zadovoljstvo gledali kot na razliko med pričakovanji in izidi oskrbe/rehabilitacije/zdravljenja. Pacienti nimajo pričakovanj samo glede tega, kaj se bo dogajalo tekom zdravljenja, ampak tudi pričakovanja glede tega, kako se bo vse skupaj dogajalo (Hills & Kitchen, 2007a). Pričakovanja imajo bistveno vlogo pri razumevanju pacientovega zadovoljstva in so lahko objektivna ali subjektivna. Stopnja zadovoljstva je lahko relativna glede na pacientova pričakovanja. Pomembno je, da ugotovimo, kakšna so pacientova pričakovanja že na začetku obiskovanja fizioterapije. Pričakovanja so lahko zelo kompleksna. Pacienti imajo lahko pričakovanja ne samo glede tega, kaj se bo zgodilo, ampak tudi glede tega, kako se bo zgodilo, kako bo potekalo. Pacienti, ki so zadovoljni z oskrbo (izboljšanje stanja, dobra rehabilitacija, strokovnost fizioterapevta) so bolj realni pri ocenjevanju. Pacientova pričakovanja se lahko spreminjajo. Na vseh nivojih zdravstvene oskrbe velikokrat poročajo, da je večina pacientov izjemno zadovoljna skoraj z vsem ali pa imajo nizka pričakovanja. Nastajajo razlike med pričakovanji pri tistih pacientih, ki se niso še nikoli srečali s fizioterapevtskimi storitvami in med tistimi, ki so storitve že koristili. Razlika je tudi med tistimi, ki imajo akutne težave in tistimi s kroničnimi.

Zadovoljstvo je tako kognitiven kot emocionalen pojem. Čustveno stanje pacienta vpliva na zadovoljstvo. Če je pacient slabe volje ali pod stresom, je manj verjetno, da bo zadovoljen.

Slika 3: Sestavljen kognitivno-afektivni model zadovoljstva



Vir: R. Hills & S. Kitchen, Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction, 2007a, str. 249.

Splošno prepričanje je, da na pacientovo zadovoljstvo vplivajo tudi lastnosti pacienta (spol, izobrazba, starost, socialni status). Hall in Dornan (1990) sta pokazala, da so te spremenljivke šibak napovednik zadovoljstva. V številnih raziskavah se je najbolj izkazala starost, ki kaže, da so starejši ljudje bolj zadovoljni kot mlajši. Tudi izobrazba kaže vidno vlogo pri zadovoljstvu. Pacienti velikokrat menijo, da niso dovolj izobraženi, da bi lahko ocenjevali kakovost in znanje iz področja medicine, zato jih je potrebno pritegniti. Razumeti morajo, da z izražanjem svojega mnenja pomagajo k izboljšanju kakovosti oskrbe. Pacientovo mnenje glede zadovoljstva nam služi za odkrivanje težav pri oskrbi, napak, ki povzročajo škodljivosti in kot kazalec kakovosti (Kersnik, 2003). Manj izobraženi so se običajno izkazali za bolj zadovoljni. Spol v večini študij ni bil povezan s stopnjo pacientovega zadovoljstva. Med psihosocialne determinante sta Sitzia in Wood (v Horvat, 2007, str. 14) uvrstila pristranosti, ki se pojavljajo ob merjenju pacientovega zadovoljstva. Pacienti se namreč bojijo neprimerne oskrbe v prihodnosti v primeru morebitnih pritožb. Meni tudi, da je četrtnina pacientov nezadovoljna s storitvami in tega ne izrazijo.

3.2.1 Komunikacija kot dejavnik, ki vpliva na zadovoljstvo pacientov

Komunicirati pomeni izmenjevati, posredovati misli, informacije, sporazumevati se. Komunikacija je sredstvo, ki omogoča izmenjavo informacij. Opredelitve pojma komuniciranje so v literaturi različne, pa vendar so si podobne. Vse poudarjajo, da gre pri komuniciranju za proces sporazumevanja. Običajno mislimo, da komuniciramo z osebo kadar pišemo ali govorimo z njo. Ampak tudi, če z osebo ne govorimo, z njo lahko komuniciramo. Sporočila, ki si jih izmenjujemo, so lahko besedne narave, lahko so nebesedni simboli, obrazne geste, izrazi mimike. Komunikacija je veliko več kot le izmenjava besed (v Goričan, 2009, str. 36).

Komunikacija je v zdravstvu izrednega pomena in je sestavni del poklicnega delovanja v zdravstvenem varstvu, saj je pomembna tako pri vzpostavitvi stika s sodelavci, pacienti kot tudi z njihovimi svojci. V zdravstvu gre za večplastno komunikacijo, ki po mnenju strokovnjakov vpliva na izid zdravljenja. Potrebno je spoštovati osebnost pacienta, upoštevati njegove pravice. Dobra komunikacija med zdravnikom ali fizioterapevtom in pacientom je steber celotne terapije. Če znamo pacienta poslušati, biti pozorni, se odzivati, nam bo marsikaj zaupal, razkril in dobili bomo povratno informacijo, kakšna so njegova pričakovanja. In takšni pacienti so običajno tudi bolj zadovoljni. V literaturi smo zasledili, da so pacienti velikokrat nezadovoljni zaradi slabe komunikacije z zdravstvenim delavcem in ne njegovo strokovnostjo (Židanik, 2000, str. 26). Pacienti si želijo, da se jim nameni več časa, boljše informacije, nasvete in navodila. Bolj so zadovoljni, če ima osebje primerno komunikacijo z njimi in spoštljiv odnos. Danes so le-ti še bolj zahtevni, ker si zelo veliko lahko preberejo in najdejo na različnih internetnih portalih, forumih, revijah, člankih.

3.3 Področja zadovoljstva

Najpomembnejša in najtežja naloga pri sprejemanju odločitev je, katere spremenljivke uporabiti za merjenje zadovoljstva. Če merjenje ne vključuje vseh pomembnih spremenljivk, se lahko zgodi, da bodo pomembne informacije zgrešene. Če pa je spremenljivk preveč, se lahko zgodi, da rezultati ne bodo ustrezni ali pa bodo zavajali. Prav lahko se zgodi, da bo bolnik nezadovoljen npr. z dostopom ali bo neurejeno parkiranje, pa bodo rezultati odraz tega nezadovoljstva, ker se mu je fizioterapevt premalo posvetil. Prav tako bi se moralo ločeno ocenjevati delo zdravnika ob pregledu v ambulanti in kasneje delo fizioterapevta. To dvoje se namreč ne more ocenjevati skupaj. Nekatere raziskave trdijo, da je zadovoljstvo bolnikov multidimensionalni koncept.

Ware, Snyder in Wright (1983) imenujejo spremenljivke, ki vplivajo na oceno storitve in imajo povezavo z zdravstveno oskrbo, komponente zadovoljstva in je predlagal 8 komponent zadovoljstva:

1. **Medosebni odnos:** značilnosti osebne interakcije z bolniki, ki vpliva na uspešnost verbalne in neverbalne komunikacije (npr. prijaznost fizioterapevtov in ostalega osebja na oddelku, zanimanje, spoštovanje pacienta in njegove zasebnosti, vljudnost, razumevanje, pozorno poslušanje ipd.).
2. **Strokovnost/kompetenca:** strokovno znanje ponudnika zdravstvenih storitev in upoštevanje standardov pri terapiji (natančnost, previdnost, svetovanje, pojasnjevanje postopkov, napake ipd.).
3. **Dostopnost:** dejavniki, udeleženi pri dostopu do zdravstvene oskrbe (dostopnost, delovni čas, razpoložljivost preko telefona, čakalna doba na pregled, čakalni čas v čakalnici ipd.).
4. **Finance:** dejavniki pri plačevanju zdravstvenih storitev (plačilo zdravstvene zavarovalnice, pokritost storitve preko zdravstvene zavarovalnice).
5. **Učinkovitost terapije/izidi:** rezultati ponujenih storitev (izboljšanje zdravstvenega stanja).
6. **Stalnost oskrbe:** ohranjanje kakovosti ponujenih storitev in nadaljevanje z oskrbo po zaključeni hospitalizaciji.
7. **Okolje:** značilnosti okolja v katerem poteka zdravstvena oskrba (čistoča, prijetnost okolja, možnost pogovora v zasebnosti).
8. **Razpoložljivost:** zadovoljiva količina razpoložljive zdravstvene strukture in ponudnikov zdravstvenih storitev.

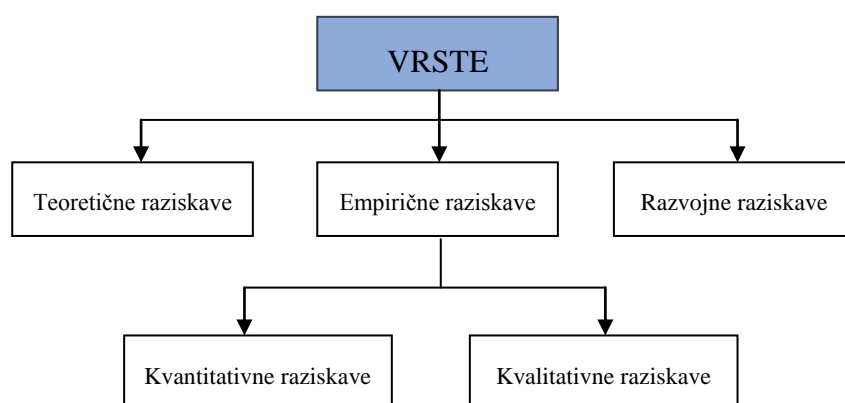
Komponente, ki so se največ pojavljale, so bile dostopnost, strokovnost, medosebni odnos, informiranje pacienta. Prav tako ne smemo pozabiti na administrativno – tehnični del.

3.4 Metode raziskovanja zadovoljstva pacientov v zdravstvu

Goričanova (2009, str. 57) povzema po Tratnikovi, da je metodologija ali pristop k raziskavi skupek strategij, metod in tehnik, za katere smo se odločili v procesu raziskovanja teme ali problema. Sam proces raziskovanja lahko definiramo kot sistematično ustvarjanje, pridobivanje, poglobljanje in razširjanje znanja iz teorije v prakso. Pri raziskovanju uporabljamo znanstvene metode, njihovi izsledki so novosti. Znanstveno raziskovalno delo je organizirano iskanje in predelava znanstvenih informacij, ki jih je mogoče pridobiti z izkušnjami, opazovanjem, poskusom, s sklepanjem idr. (Rodica, 2012, str. 3).

Raziskava je eno izmed glavnih orodij, ki sprejme vprašanja iz prakse in na njih poišče odgovore. Ločimo teoretične (temeljne, bazične), uporabne (aplikativne, empirične ali praktične) in razvojne (inovacijske) raziskave (Pokorny, Ribarič Lasnik, Šalej, & Šterbenk, 2007, str. 5). Temeljne raziskave so usmerjene k iskanju novih spoznanj. Njihove rezultate povsem javno objavljajo v knjigah, člankih, prispevkih na konferencah idr. (Rodica, 2012, str. 10). Uporabne raziskave so namenjene za reševanje konkretnih problemov, temeljijo na temeljnih raziskavah ter iščejo možnosti in rešitve za uporabo novih spoznanj v praksi (Pokorny et al., 2007). Namen uporabne (aplikativne) raziskave je rešitev posebnih problemov, ki se v zdravstvu navadno nanašajo na delo osebja s pacienti. Ena od pogostih oblik je evalvacija procesa in rezultatov določenega poteka dejanj – npr. izboljšave oziroma uvajanje novih procesov. Rezultate aplikativne raziskave je mogoče predstaviti v strokovnih revijah.

Slika 4: Vrste raziskav



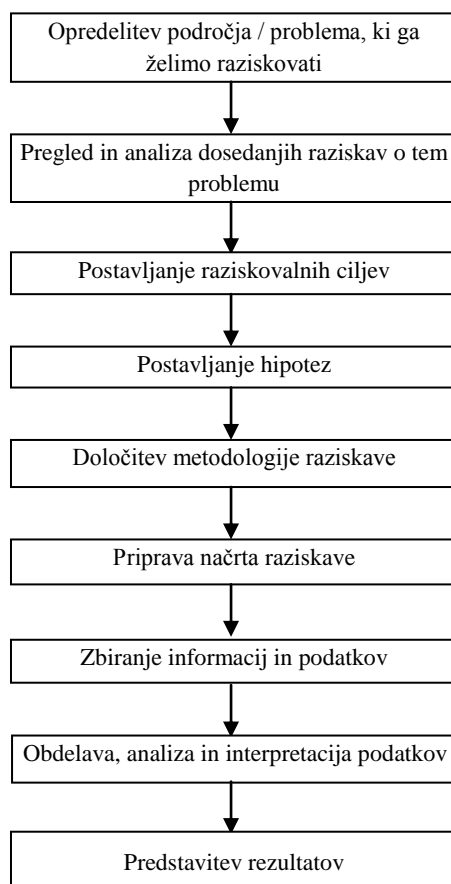
Vir: B. Rodica, *Raziskovalno delo v zdravstveni negi*, 2012, str. 10.

Eden najpomembnejših dejavnikov pri merjenju zadovoljstva pacientov je načrtovanje procesa merjenja oziroma raziskave. Potrebno je jasno definirati cilje in namen raziskave ter jih povezati s primerno metodo raziskovanja. Pri načrtovanju merjenja zadovoljstva je

potrebno upoštevati, kaj je glavni razlog, da smo se odločili za raziskavo, opredeliti, kdo bo sodeloval v raziskavi, zagotovljeno mora biti varstvo osebnih podatkov ter izbrana mora biti primerna metoda, glede na obseg in zasnovano raziskave. Razen vsega tega moramo gledati še na stroške raziskave. Za raziskavo je potrebno sestaviti učinkovit načrt. Raziskovalni proces potrebuje skrbno načrtovanje, ki mora potekati v smiselnih, zaporednih fazah.

Faze raziskovalnega procesa (Pokorny et al., 2007, str. 5) so:

Slika 5: Faze raziskovalnega procesa



Bastičeva (2006, str. 4) pravi, da je opredelitev raziskovalnega problema ena najpomembnejših faz raziskovalnega procesa. Za merjenje zadovoljstva pacientov se lahko uporabljajo različne metode raziskovanja. Zadovoljstvo pacientov lahko opazujemo neposredno ali posredno. Neposredno ga lahko ocenimo z vprašalniki, pogovorom, kasneje pa tudi z vprašalniki po pošti, z intervjujem po telefonu ali v fokusni skupini. Zadovoljstvo pacientov lahko ocenimo tudi posredno, in sicer s številom pisnim pritožb oziroma pohval, knjigo vtisov. Najlažja in stroškovno najbolj ugodna kvalitativna tehnika je opazovanje in zaznavanje s strani vodstva. Prednost te tehnike je, da v raziskovanje neposredno ne vpletajo uporabnikov storitev v zdravstvu in je možna takojšnja izboljšava zadovoljstva pacientov oziroma izvedbe storitev. Potencialna slabost je, da vodilni nimajo dovolj

izkušeni in sposobnosti za natančno interpretacijo in analizo rezultatov opazovanja.

Fokusna skupina lahko združi pretekle uporabnike/paciente, ki predstavijo in analizirajo svoje občutke, pristope in zaznavo o storitvah na fizioterapiji, ki so jih prejeli v preteklosti. Je v glavnem groba metoda za pridobivanje podatkov in običajno šteje skupina od 6 do 10 članov. Slabost fokusne skupine je, da je ta oblika zelo draga, zahtevajo veliko časa vseh prisotnih in ne omogočajo anonimnosti ocenjevalcev. Mora biti homogena, kar pomeni, da mora biti sestavljena iz članov s podobnimi značilnostmi, npr. demografskimi (spol, starost).

- **Anketiranje**

Pokorny s sodelavci (2012) pravi, da je anketa posebna metoda zbiranja podatkov, s pomočjo katere lahko pridemo do podatkov o stališčih in mnenjih vprašancev. Je najpogosteje uporabljena metoda. Anketa v znanstvenem raziskovanju ni samo postavljanje vprašanj in iskanje odgovorov nanje, ampak je postavljanje točno določenih vprašanj določeni skupini in številu ljudi na točno določen način. Anketiranje moramo razumeti kot samo eno fazo v raziskovalnem procesu. Anketni vprašalnik sestavimo šele takrat, ko imamo opredeljen raziskovalni problem, cilj raziskovanja in hipoteze. Z anketo lahko hitro pridemo do podatkov, ki so nam drugače nedostopni (mnenja, stališča), dobimo podatke o preteklosti, sedanjosti in prihodnosti (načrti) in je zelo ekonomična oblika zbiranja podatkov. Je pa vseeno dražja oblika kot knjiga vtisov, pritožb ali pohval, ki jo uporabi zelo malo pacientov. Vprašalniki, ki se uporabljajo, so lahko različnih vrst in oblik. Vsebujejo lahko različna anketna vprašanja, ki so lahko odprtega ali zaprtega tipa. Odprta so tista, na katera anketiranec odgovori s svojimi besedami, zaprta pa so tista, kjer anketirancu ponudimo več odgovorov in enega sam izbere. Obe obliki vprašanj imata prednosti in slabosti.

Prednosti **odprtih vprašanj** so, da jih je lahko sestaviti, ne usmerjajo anketiranca na določen odgovor, odgovore lahko uporabimo za sestavljanje zaprtih vprašanj, večja informativnost, možnost bolj individualnih in podrobnih odgovorov. Slabosti pa so, da so zahtevnejša za anketiranca in obdelavo (Pokorny et al., 2012, str. 10).

Prednosti **zaprtih vprašanj** so, da ne zahtevajo večje pismenosti anketirancev, so primerna za večino anketirancev, postavimo lahko večje število vprašanj, obdelava odgovorov je lažja (Pokorny et al., 2012, str. 10).

Ko določamo vrstni red postavljenih vprašanj, ponavadi začnemo z lažjimi vprašanji, da anketiranca ne odvrnemo od nadaljevanja izpolnjevanja ankete. Anketo lahko izpolnjeno vrnejo v pisni obliki, lahko preko elektronske pošte, klasične pošte ali interneta, lahko pa uporabimo tudi telefonske oblike anketiranja.

Tabela 1: Razlika med anketnim vprašalnikom in intervjujem

Kriterij	Anketa	Intervju
Čas	Krajša	daljša
Število oseb	veliko število oseb	manj oseb (ena do tri)
Analiza	hitrejša - statistična analiza	daljša analiza in težja utemeljitev analize
Komunikacija	manj komunikacije (brez neverbalne komunikacije)	vsebuje vse komunikacijske elemente (verbalno, neverbalno)
Oblika vprašanj, vrste vprašanj	kratka (odprta, zaprta)	daljša (odprta - lažji pogovor)
Podatki o osebi	večinoma anonimno	ni anonimen

Vir: B. Rodica, Raziskovalno delo v zdravstveni negi, 2012, str. 32.

Kakovost vprašalnika se ocenjuje z ugotavljanjem njegovih psihometričnih lastnosti, med katere sodita zanesljivost in veljavnost vprašalnika.

Horvat (2007, str. 17) opisuje zanesljivost kot mero za ponovljivost in ima opraviti s kvaliteto merjenja. Test je tem bolj zanesljiv, če nam v zaporednih merjenjih istih in v času nespremenjenih veličin v enakih okoliščinah daje čim bolj podobne rezultate. Zanesljivost ocenjujemo z **test/retest ponovljivostjo oziroma zanesljivostjo**. Koeficient zanesljivosti dobimo z računanjem korelacije (Pearsonov r). **Notranja skladnost** je opredeljena s Cronbachovim koeficientom α , ki ga izračunamo iz števila postavk ter povprečne korelacije med seboj. Vrednosti Cronbachovega koeficienta α segajo od 0 do 1. Višja kot je njegova vrednost, manjši je odstotek variance, ki nastaja zaradi napak merjenja, npr. koeficient 0,7 pomeni, je 70 % variance v podatkih posledica dejanskih razlik v nivoju zadovoljstva, 30 % nastane zaradi napak merjenja (v Horvat, 2007, str. 17). Če je α večji od 0,8, pomeni, da gre za visoko zanesljivost vprašalnika, če je α med 0,6 in 0,8, gre za srednjo zanesljivost. Koeficient je občutljiv na število indikatorjev in korelacijo med njimi. Večje ko je število indikatorjev v posameznem konstrukt in/ali višja ko je korelacija med indikatorji, večja je vrednost Cronbachove alphe (v Milfelner, 2008, str. 190). Zato je lahko koeficient α umetno dvignjen z vključevanjem več odvečnih kazalcev.

Merjenje mora biti več kot zanesljivo, mora biti tudi veljavno. Veljavnost vprašalnika opredelimo kot skladnost med rezultatom instrumenta in tisto kvaliteto, za katero verjamemo, da jo instrument meri. Instrument je veljaven takrat, ko res meri količino, ki jo želimo izmeriti. Veljavnost merskega instrumenta je v raziskovanju ključnega pomena. Poznamo več vrst veljavnosti, in sicer, konstruktna, vsebinska in kriterijska veljavnost. Poleg tega lahko omenimo še notranjo in zunanjo veljavnost.

3.5 Ovire pri merjenju zadovoljstva

Pri merjenju zadovoljstva pacientov so prisotne nekatere ovire ali metodološki problemi, ki jih je potrebno upoštevati že pred začetkom raziskave. Merjenje zadovoljstva ne more biti objektivno, saj gre za subjektivno oceno posameznika. Velikokrat so pacienti v takem stanju, da ne morejo objektivno izražati svojih mnenj. Tudi merljivi vidiki zdravstvenih storitev, npr. čakalni čas, niso popolnoma objektivni. Pomembno je upoštevati, da bolj zadovoljni pacienti raje sodelujejo v takih raziskavah. Prav tako je lahko ovira tudi različna kulturološko zaznavanje vrednot v posameznih deželah. Problem je lahko tudi v sami metodologiji raziskave. Če uporabimo predolge ankete, se pacienti raje izognejo taki raziskavi. Na izražanje zadovoljstva lahko vpliva vrsta zunanjih dejavnikov. Eden izmed teh je ugled ustanove.

3.6 Zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami

Diplomiran fizioterapevt je zdravstveni delavec, ki v vseh fazah zdravstvenega varstva, s pomočjo vzgojnih in fizioterapevtskih metod, vzdržuje, vzpostavlja ali izboljšuje psihofizične sposobnosti ter zmogljivosti zdravih, motenih v razvoju ali bolnih ljudi. Njegovo delo je osredotočeno predvsem na posameznika in/ali na skupine ljudi, katerih zdravje je ogroženo ali že prizadeto oziroma pri katerih je že motena funkcija organskih sistemov. Fizioterapevt je torej samostojni strokovni zdravstveni delavec, ki v mreži zdravstvene dejavnosti po predpisu fizioterapevtskih storitev zdravnika, na trgu dela pa po lastni strokovni presoji in doktrini, samostojno izvaja fizioterapevtske storitve (Zdravstvena fakulteta Ljubljana, 2012).

Pri ocenjevanju zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskih storitvami je potrebno vključiti še posebne karakteristike, ki jih fizioterapija ima, in sicer (Zdravstvena fakulteta Ljubljana, 2012):

- medsebojno sodelovanje med pacientom in fizioterapevtom običajno poteka dalj časa kot rutinska vizita ali pregled pri zdravniku,
- delo vsebuje veliko fizičnih kontaktov,
- terapija običajno zahteva aktivno sodelovanje pacienta,
- fizioterapija lahko povzroči bolečino in pacient lahko zazna fizioterapijo kot fizično nevarnost.

Spremljanje zadovoljstva pacienta se vedno bolj spremlja tudi zaradi njihovega zaznavanja kvalitete zdravstvene oskrbe. Obstajajo različni vprašalniki za merjenje zadovoljstva (s hospitalizacijo, z obiskom pri zdravniku, s sprejemom na nujni medicinski pomoči, ...).

Do leta 2002, ko sta Monnin in Perneger predstavila vprašalnik, ki je bil narejen specifično

za fizioterapijo, ni bilo primernega vprašalnika, ki bi bil namenjen vrednotenju dela v fizioterapiji in merjenju zadovoljstva bolnikov s fizioterapevtskimi storitvami. Do takrat so bili objavljeni trije vprašalniki. Prvi vprašalnik, ki sta ga razvila Roush in Sonstroem (1999, str. 170), je vseboval 34 točk in se je nanašal pretežno na težave s stroški in dostopnostjo, manj pa je bilo poudarka na samo zdravljenje. Goldstein, Elliot in Guccione (2000, str. 853) so razvili drug instrument, ki je bil krajši in je vseboval 26 točk. Ta instrument je imel visok koeficient zanesljivosti (Cronbach Alpha 0,99). Z njim so nameravali meriti poglede na bolnikovo zadovoljstvo. Tretji je bil specifičen. Oermann, Swank in Sockrider (2000) so razvili instrument za merjenje zadovoljstva s fizioterapijo pri bolnikih s cistično fibrozo. Ocenjeval je učinkovitost, koristnost, udobnost.

Na merjenje zadovoljstva pa vplivajo tudi lastnosti pacienta, njihovo zdravstveno stanje, dostopnost do storitev, organizacija dela, lastnosti fizioterapevta, obseg in način dela, zadovoljstvo zaposlenih s svojim delom. Različne študije so pokazale, da so pacienti bolj zadovoljni v tisti ustanovi, ki je znana po prijaznih in nasmejanih zaposlenih, po visoki strokovnosti in hitri obravnavi brez daljših čakalnih dob. Pacienti se v take ustanove tudi raje vrnejo, če je potrebno.

Beattie, Pinto, Nelson in Nelson (2002) so mnenja, da je razlika med pacientovim zadovoljstvom z izidom zdravljenja in zadovoljstvom z samo oskrbo. Prvo se nanaša na končni izid zdravljenja ali rehabilitacije, medtem ko drugo ocenjuje storitve, ki jih je bil deležen pacient tekom zdravljenja. Pomembno je, da v oceno zadovoljstva vključimo vse, od dostopnosti do storitev do birokracije, medosebni pristop zaposlenih do pacienta in obratno. V študiji, ki so jo naredili Potter, Gordon in Hamer (2003), so ugotavljali zaznavanje pacientovih potreb med fizioterapevti in pričakovanja pacientov od fizioterapevtov. Pojavile so se tri skupne teme in sicer, fizične in vedenjske potrebe ter komunikacija. Pod vedenjske potrebe so fizioterapevti navedli, da pričakujejo pacientovo sodelovanje v postopku zdravljenja, prav tako pa so pacienti navedli, da pričakujejo fizioterapevtova navodila za dobro sodelovanje. Pod komunikacijo so navedli različne informacije glede poteka zdravljenja in rehabilitacije, seznanjanje s postopki fizioterapije, možnostmi zdravljenja drugje. Pod fizične potrebe so navajali zmanjšanje bolečin, varnost med postopki fizioterapije, zagotavljanje čistih aparatov. Hush, Cameron in Mackey (2011) ugotavljajo visoko zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v predelu Severne Evrope, Severne Amerike, Anglije in Irske. Ključne determinante zadovoljstva so bili medosebni odnosi s fizioterapevti (učinkovita komunikacija, empatija) in postopki fizioterapije (kontinuiranost). Zadovoljstvo pacientov je odvisno tudi od njihovega zaznavanja postopkov ter od interakcije med pacientom in fizioterapevtom. Tread (2000) pravi, da dobra interakcija med pacientom in fizioterapevtom vodi k boljšim izidom zdravljenja in dolgotrajnejšim učinkom individualne obravnave. Beattie, Dowda, Turner, Michener in Nelson (2005a) so ugotovili, da so bolj zadovoljni tisti pacienti, ki opravijo vse postopke fizioterapije pri istem fizioterapevtu kot tisti, ki se jim fizioterapevti med postopki menjujejo in so obravnavani s strani različnih fizioterapevtov.

3.7 Pozitivni učinki merjenja zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami

Zadovoljstvo pacientov oziroma zbiranje podatkov o le-tem ima lahko različne vplive na fizioterapevta in na delovanje oziroma vodenje celotnega oddelka. Informacija, ki se pridobi na tak način, se lahko uporabi za vrednotenje fizioterapevtskih storitev, ob tem pa lahko prikaže karakter strukture dela, procesov in izidov zdravljenja. Prav tako ti pridobljeni podatki pomagajo ponudniku storitev razviti strategijo za prihodnost, olajšajo obdržati sedanje bolnike ali pa pridobiti potencialne (nove).

3.8 Pregled literature o merjenju zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami

Po pregledu literature lahko vidimo, da so bile narejene številne študije, ki ocenjujejo pacientovo zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami na različnih področjih. Ko smo iskali študije, ki so bile narejene na področju zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami, smo videli, da je tega v svetu nekaj narejenega. Pri iskanju objavljenih člankov na to tematiko v slovenskem prostoru smo ugotovili, da teh člankov ni in da je to področje zelo slabo oziroma sploh ni raziskano.

Hush, Cameron in Mackey (2011) so naredili sistematični pregled literature iz področja pacientovega zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami na področju mišično-skeletnih obravnav. Ključne besede, ki so jih izbrali so bile »*patient satisfaction*« (consumer satisfaction, client satisfaction, satisfaction survey) in »*outpatient physical therapy care*« (physiotherapy, physical therapy). Našli so 3790 citiranih ključnih besed, ampak samo 15 raziskav je imelo vse vključitvene kriterije, ki so jih zanimali. Ti kriteriji so bili, da so raziskave klinično preizkušene, kvalitativne, sestavljene iz vprašalnika, da je bil glavni njihov namen ugotavljati pacientovo zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami in da so bile vključene osebe starejše od 18 let. Prvi članek je bil na to temo objavljen 1969. leta.

Tabela 2: Karakteristike vključenih študij pri pregledu literature

Študija	Vrsta	Klinično okolje	Država	Velikost vzorca	Delež moških (%)	Povprečna starost
Beattie et al., 2005	Raziskava	privatno	ZDA	1.502	42	55
Butler in Johnson, 2008	Longitudinalno	ambulantno	ZDA	1.831	ni podatka	ni podatka
Casserley - Feeney, Phelan, Duffy, Roush, Cairns, in Hurley. 2008	Raziskava	privatno	Irska	131	53	38

se nadaljuje

nadaljevanje

Študija	Vrsta	Klinično okolje	Država	Velikost vzorca	Delež moških (%)	Povprečna starost
Cooper et al., 2008	Intervju pacientov	Javno zdravstvo	Škotska	25	20	ni podatka
Hills in Kitchen, 2007	Raziskava	Javno zdravstvo	Anglija	279	35	ni podatka
Hills in Kitchen, 2008	Intervju pacientov	Javno zdravstvo	Anglija	41	30	ni podatka
Law et al., 2006	Raziskava	Športna medicina	Kanada	83	53	25
Layzell, 2001	Raziskava	ambulantno	Anglija	120	42	ni podatka
McKinnon, 2001	Raziskava	ambulantno in zasebno	Kanada	433	35	ni podatka
MacDonald et al., 2002	Raziskava	ambulantno in zasebno	Kanada	422	41	46
May, 2001	Intervju pacientov	Javno zdravstvo	Anglija	34	41	54
Seferlis et al., 1998	Klinična	Ambulantno	Švedska	180	53	39
Seibert et al., 1999	Raziskava	Ambulantno in zasebno	ZDA	19.302	38	56
Stephens in Gross, 2007	Raziskava	Ambulantno	Kanada	7.200	70	35
Torstensen et al., 1998	Klinična	Zasebno	Norveška	208	49	42

Vir: J. M. Hush, K. Cameron, & M. Mackey, *Patient satisfaction with musculoskeletal Physical Therapy Care: A systematic review, 2011, str. 28.*

Prav tako je bilo ugotovljeno, da je v zadnjih letih kar nekaj raziskav oziroma člankov iz področja zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami narejenih na področju Afrike (Gana, Nigerija, Kenija) in Bližnjega Vzhoda (Savdska Arabija, Kuvajt, Malezija). Mahdzir in Ismail (2012) sta v Maleziji v raziskavo vključila 311 pacientov v učni bolnišnici na oddelku za fizioterapijo. Pri anketiranju sta uporabila Servqual vprašalnik in ugotovila, da so bila pričakovanja izpolnjena 62,4 % pacientom. Odebiyi, Aiyėjusunle, Ojo & Tella (2009) so naredili primerjavo o zadovoljstvu s fizioterapevtskimi storitvami v različnih bolnišnicah v Gani. Vzorec je vključeval 639 pacientov, ki so izpolnili modificiran *Patient Satisfaction Questionnaire for Physiotherapy (PSQ-MP)*. Medsebojno so primerjali štiri privatne in tri državne/javne bolnišnice. Ugotavljajo, da so pacienti, ki so bili obravnavani v privatnih bolnišnicah, nekoliko bolj zadovoljni s prejetimi fizioterapevtskimi storitvami kot v javnih ter da je le malo narejenih raziskav, ki med seboj primerjajo različne vrste bolnišnic. Poudarjajo, da ni bilo narejenih veliko raziskav, ki bi medsebojno primerjale privatne in državne bolnišnice. Devreux, Jacquerye, Kittel, Elsayed in Al-Awa (2012) so ugotavljali pacientovo zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami v 10-ih različnih bolnišnicah v Savdski Arabiji. Primerjali so privatne, državne in učne bolnišnice in pri tem uporabili Monnin in Pernegerjev vprašalnik, ki je vseboval 5- stopenjsko Likertovo

lestvico. 725 pacientov je v celoti rešilo vprašalnik. Ugotavljali so, da so pacienti najbolj zadovoljni v učnih (88,5 %) in najmanj v privatnih (75,7 %) bolnišnicah. Zanimivo je bilo, da so v raziskavo vključili tudi 222 fizioterapevtov (FT), ker so iskali korelacijo med zadovoljstvom zaposlenih in zadovoljstvom pacientov. Vprašalniki so vsebovali tri skupine vprašanj in sicer socio-demografske, povezava med nagrajevanjem in samim delom ter še specifična vprašanja, ki so se nanašala na delo (urnik, povprečno število pacientov). Od vseh vprašalnikov je bilo 74,9 % vrnjenih (166 fizioterapevtov) in ugotavljali so, da zadovoljstvo zaposlenih ni nujno v korelaciji z zadovoljstvom pacientov. Olatunji, Ogunlana, Bello in Omobaanu (2008) so naredili raziskavo pacientovega zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami v Federal Medical Center v Nigeriji na vzorcu 51 pacientov in ugotavljajo, da so bili najbolj zadovoljni z zagotavljanjem zasebnosti med obravnavo, odnosov in strokovnostjo fizioterapevtov. Sadeq (2002) je 5 mesecev delal pilotsko študijo med odraslimi pacienti v splošni bolnišnici v Kuvajtu. Vključenih je bilo 144 ljudi. Ugotavljali so, da je med temi pacienti visoka stopnja zadovoljstva. Hush et al. (2011) so delali oceno zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami pri 274 –ih pacientih v Avstraliji in naredili primerjavo z ostalimi državami severne Amerike in Evrope, Velike Britanije in Irske. Ugotavljajo, da je stopnja zadovoljstva v Avstraliji zelo visoka, in sicer 4,55 na merski lestvici od 1 do 5. Kamau (2005) je naredil raziskavo zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami v Keniji. Vključen je bil 201 pacient, ki je imel težave z bolečinami v križu in tudi tu opisujejo na splošno zelo visoko zadovoljstvo.

V glavnem članki opisujejo zelo visoko stopnjo zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami. Stopnja zadovoljstva je po navadi višja pri pacientih z akutnimi težavami kot pri tistih, ki imajo kronične težave. To je posledica tega, ker se pričakovanja pacientov med skupinama razlikujejo. Pacienti z akutnimi težavami so na splošno bolj optimistični kar se tiče rezultatov zdravljenja oziroma rehabilitacije. Tisti pacienti, ki se srečujejo že dalj časa s težavami, pa so posledično manj zadovoljni. Raziskovalci opisujejo, da je pomembna determinanta tudi starost pacienta, kar pomeni, da so starejši bolj zadovoljni, ker imajo tudi manj oziroma nižja pričakovanja kot mlajši. V člankih se pojavijo razlike tudi med spoloma. Ženske v glavnem opisujejo višjo stopnjo zadovoljstva kot moški.

Najpogostejša determinanta zadovoljstva pri vseh študijah je opisovala fizioterapevtove lastnosti (spretnost, znanje, profesionalnost, prijaznost, učinkovita komunikacija). Pacientom veliko pomeni, če mu fizioterapevt obrazloži, kaj se bo delalo z njim, kakšna je prognoza, kakšna bo njegova vloga oziroma sodelovanje pri sami fizioterapiji, empatija, predvsem pa, da ima pacient občutek, da mu je fizioterapevt znal prisluhniti o njegovih težavah. Časovni normativi so v fizioterapiji oziroma na splošno v zdravstvu, nerazumljivo nizki. To povzroča nezadovoljstvo med pacienti, učinkovitost fizioterapevtovega dela je manjša. V ustanovah, kjer je možna individualna obravnava, torej vsa fizioterapija pri enem terapevtu, je možno nameniti več časa posameznemu pacientu.

Posebno poglavje oziroma razlog za nezadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami so

čakalne dobe tako za pregled pri zdravniku kot potem na samo obravnavo. Po dostopnih podatkih na spletu lahko vidimo, da imajo različne ustanove v Sloveniji, različno dolge čakalne dobe. Za akutne primere je čakalna doba od 7 do 21 dni, za kronične pa tudi do enega leta. V preučevani ustanovi je že nekaj časa uveden sistem naročanja na prvi in kontrolni pregled, ki je označen z datumom in uro pregleda. Ta sistem ni vzpostavljen računalniško, zato se velikokrat zgodi, da pacient čaka na pregled v ordinaciji dalj časa in to ne odtehta zdravnikove strokovnosti, niti prizadevnosti, da bi preostalo zdravstveno in administrativno osebje popravilo slab vtis, ki ga naredi predolgo čakanje pred ordinacijo. Sistem naročanja na samo fizioterapevtsko obravnavo je tak, da ne dopušča več kot nekaj minutnega čakanja na posamezno obravnavo. Če pacient opravlja vse fizioterapevtske postopke pri enem fizioterapevtu, tega čakanja sploh ni. Žal pa je velik problem in velikokrat tudi odraz nezadovoljstva, dolga čakalna doba na posamezne individualne obravnave (tudi do 6 tednov).

V nekaterih študijah so ugotavljali, da je zadovoljstvo pacientov povezano tudi z zadevami, ki niso neposredno odvisne od same fizioterapije (dostopnost, parkirišča, opremo), prav tako tudi administrativni del obravnave, organizacija terapij. Kljub temu pacientu še stalno pomeni več kvalitetna interakcija s fizioterapevtom kot kvalitetno parkirišče.

4 ANALIZA ZADOVOLJSTVA PACIENTOV S FIZIOTERAPEVTSKIMI STORITVAMI V UKC MARIBOR

4.1 Predstavitev UKC Maribor in Inštituta za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor

Univerzitetni klinični center Maribor je javni zdravstveni zavod in je nepridobitna organizacija. Nepridobitne organizacije so skupni pojem za javno upravo, za družbene dejavnosti in za prostovoljne organizacije, ki poslujejo brez dobička ali pa z njim, vendar cilj njihovega delovanja ni dobiček. Je osrednja zdravstvena institucija v severovzhodni Sloveniji, v kateri se izvaja celovito bolnišnično in ambulantno specialistično zdravljenje bolnikov, tako na sekundarni kot na terciarni ravni za območje Maribora, Pesnice, Ruš, Ormoža, Lenarta, Ptuja in Slovenske Bistrice. Z nekaterimi subspecialnimi dejavnostmi pokriva tudi širše območje severovzhodne Slovenije in Koroške. Ustanovitelj UKC Maribor je Republika Slovenija, ustanoviteljske pravice in obveznosti izvaja Vlada Republike Slovenije. Ustanovljena je bila 1799. leta kot mestna bolnišnica. Kasneje se je preimenovala v Splošno bolnišnico Maribor, še kasneje se je s kliničnimi oddelki preimenovala v Univerzitetni klinični center Maribor. Posebna pozornost se posveča strokovnemu razvoju, znanstveno-raziskovalnemu, publicističnemu in pedagoškemu delu. UKC Maribor je učna bolnišnica za študente obeh medicinskih fakultet in za Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, pa tudi za dijake srednje zdravstvene šole Maribor. Ob koncu leta 2012 je bilo v UKC Maribor zaposlenih 2797 delavcev. UKC Maribor ima

nekaj več kot 1300 postelj.

Organi, ki sestavljajo UKC Maribor so:

- Svet zavoda, ki šteje 11 članov (ustanovitelj 6 članov, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) 1 član, 1 član mestne občine Maribor in 3 člani iz UKC Maribor).
- Strokovni svet zavoda, ki ga sestavljajo strokovni direktor zavoda, vodje posameznih klinik in 3 člani iz ostalih strokovnih področij.
- Direktor zavoda in
- Strokovna direktorica zavoda.

Delovno področje zavoda pojasnjujejo zakonske podlage za izvajanje dejavnosti zavodov, zakonske podlage za pripravo letnega poročila in interni akti UKC Maribor (statut, različni pravilniki). V organizacijski shemi je UKC razdeljen na zdravstveni (medicinski) in nezdravstveni del. Medicinski del sestavljajo klinike (klinika za kirurgijo, klinika za internistiko, klinika za pediatrijo in klinika za ginekologijo in perinatologijo), drugi samostojni oddelki in skupne medicinske službe. Nezdravstveni del pa predstavljajo upravno-tehnične službe (kadrovska, finance, nabava, javna naročila, analitika in služba za oskrbo in vzdrževanje). Dejavnosti skupnega pomena sta Center za kakovost in organizacijo ter Center za odnose z javnostmi, marketing in informatiko. Podrobnejša organizacija je določena s Pravilnikom o organizaciji v UKC Maribor (UKC Maribor, 2012a). V letu 2012 je zavod pridobil certifikat ISO 9001 in ima zastavljeno vizijo in dolgoročne cilje za naprej. Med dolgoročne cilje štejejo spodbujanje strokovnega razvoja, izvajati pedagoško dejavnost, izvajati znanstveno-raziskovalno dejavnost, krepiti povezave in sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi zavodi po Sloveniji in tudi v tujini, vzpostavljati partnerski odnos z pacientom, izvajati dogovorjen delovni program, zagotoviti kompetenčnost zaposlenih, uravnotežiti finančno-ekonomsko poslovanje ter zagotoviti prostorsko ureditev, opremljenost in skrbeti za okolje (UKC Maribor, 2012a).

V UKC Maribor deluje tudi Center za kakovost in organizacijo, ki je v zadnjih letih naredil nekaj raziskav mnenj tako med pacienti kot med zaposlenimi, nekaj jih je bilo narejenih na nacionalnem nivoju. Tako je bil v letu 2007 izveden projekt primerjalnega raziskovanja v slovenskih bolnišnicah. Ugotavljala se je organizacijska klima in zadovoljstvo zaposlenih. Leta 2008 je bila izvedena nacionalna anketa o izkušnjah odraslih v UKC Maribor. Leta 2010 so naredili raziskavo z anketo o mnenju ambulantno obravnavanih pacientov, leta 2012 pa anketo o izkušnjah pacientov v akutni bolnišnični obravnavi. V vseh teh raziskavah ni nikjer vključene raziskave mnenja pacientov o zadovoljstvu s fizioterapevtskimi storitvami na IFRM. Rezultati raziskav so pokazali, da so pacienti v glavnem zelo zadovoljni s strokovnostjo in delom v UKC Maribor, nekoliko manj pa z organizacijo dela.

4.2 Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor

Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (IFRM) predstavlja samostojno, strokovno in organizacijsko enoto v okviru skupnih služb v UKC Maribor. IFRM je organizacijsko razdeljen na ambulantno dejavnost in funkcionalno diagnostiko, kamor prihajajo pacienti dnevno v obravnavo ter na hospitalno enoto, kjer se izvaja zgodnja rehabilitacija pri hospitaliziranih pacientih. V letu 2012 je bilo na IFRM zaposlenih 67 ljudi, od tega 6 zdravnikov specialistov, dve specializantki, 41 fizioterapevtov, 4 delovne terapevtke, 2 diplomirani medicinski sestri in profesor športne vzgoje. Ostali zaposleni predstavljajo še administrativni kader in bolničarke. Na IFRM je zaposlen v glavnem ženski kolektiv, kar se odraža tudi pri številu odsotnosti zaradi nosečnosti, nege in varstva otrok ter bolezni. Kljub kadrovskemu primanjkljaju, se dosegajo dobri rezultati dela in imajo tudi velike načrte za prihodnost (povzeto iz Strokovnega poročila za 2012). Poleg splošno veljavnih zakonskih določil, ki veljajo v UKC Maribor, strokovno delo na IFRM poteka v skladu s pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev. Vsako leto so točke, s katerimi vrednotimo posamezne storitve, presežene za nekaj odstotkov. Vsako leto se povečuje število operativnih posegov, degenerativnih in malignih bolezni, ki potrebujejo dolgotrajno rehabilitacijo. Potrebe po ambulantnih storitvah so iz leta v leto večje, ker se ležalna doba po operativnih posegih skrajšuje. Zahteve in pričakovanja pacientov so vedno večje. Načrti za prihodnost temeljijo predvsem na kvalitetni in strokovni obravnavi pacientov, zadovoljstvu pacientov in zaposlenih ter dobrih medosebnih odnosih.

Zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami na IFRM še ni bilo merjeno v obliki vprašalnika, intervjuja, fokusne skupine ali kakšne druge oblike raziskovanja. Edino, kar je na IFRM, je knjiga vtisov, pritožb in pohval. Ker nas zanima kakovostno in strokovno delo, hkrati pa si želimo zadovoljnih pacientov, smo se odločili, da na IFRM naredimo raziskavo o zadovoljstvu pacientov s fizioterapevtskimi storitvami.

4.3 Raziskava o zadovoljstvu pacientov na inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v UKC Maribor

Zadovoljstvo je pomemben dejavnik v storitveni dejavnosti, tako tudi v zdravstvenih ustanovah oziroma pri zdravstvenih storitvah. Pacient ima pravico do kakovostne zdravstvene oskrbe in je hkrati aktivni udeleženec ter osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov. Mnenje pacientov je zelo pomembno, saj se celotna zdravstvena dejavnost odvija zaradi njih. Pacienti se imajo tako možnost odločiti med različnimi ustanovami, kje bodo storitve koristili. Mnenje pacientov o kakovosti oskrbe je nepogrešljivo v vsakem sistemu kakovosti in je zelo dragoceno pri načrtovanju kakovostnega dela v naprej (Kersnik, 2003).

Fizioterapevtske storitve so pomemben del na poti do popolne ozdravitve oziroma do povrnitve v stanje pred poškodbo ali boleznijo. Raziskave zadovoljstva pacientov s

fizioterapevtskimi storitvami služijo oceni storitev (kot kazalnik kakovosti), prikažejo lahko izid oskrbe in kažejo na področja, kjer so potrebne spremembe. Z merjenjem si želimo pridobiti podatke o trenutnem stanju in za ukrepanje v bodoče. Po pregledu literature je bilo ugotovljeno, da je na področju merjenja zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami v svetu narejenih kar nekaj raziskav predvsem z različnimi vprašalniki, v slovenskem prostoru pa nismo zasledili nobene. Raziskavo o zadovoljstvu s fizioterapevtskimi storitvami sem izvedla v UKC Maribor na Inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (IFRM), kjer sem kot diplomirana fizioterapevtka tudi sama zaposlena. Odločili smo se, da uporabimo metodo anketiranja z anketnimi vprašalniki. To je sicer nekoliko dražja oblika raziskovanja, ampak pri tem zagotavljamo anonimnost sodelujočih in s tem varovanje osebnih podatkov.

V nadaljevanju magistrske naloge predstavljam izhodišča, ki so privedla do raziskave na IFRM, opisujem postopek oziroma posamezne faze raziskovalnega procesa z natančno opredelitvijo namena in ciljev raziskave. Postavljene so bile določene raziskovalne hipoteze, ki jih s pomočjo raziskave skušamo potrditi ali ovreči.

4.4 Analiza obstoječega stanja na področju raziskav v UKC Maribor

V UKC Maribor se vsako leto izvede kakšna raziskava mnenja med zaposlenimi ali med pacienti. Le-ta se izvaja v okviru UKC Maribor ali kot del nacionalne raziskave. V letu 2012 se je izvedla nacionalna raziskava mnenja odraslih o izkušnjah v akutni bolnišnici. V poročilu o rezultatih ankete piše, da je povprečna ocena zadovoljstva pacientov v UKC Mb dokaj visoka, in sicer 4,6. V tem poročilu so navedeni tudi predlogi za izboljšave za tista področja, ki so bila ocenjena z povprečno oceno nižjo od 4,5. Pred tem je bila leta 2010 narejena raziskava mnenja pacientov o ambulantnih storitvah, ki je tudi pokazala visoko povprečno oceno zadovoljstva, in sicer 4,6. Raziskava o zadovoljstvu zaposlenih in organizacijski klimi v podjetju se je izvajala v letu 2006 in 2007 (UKC Maribor, 2007). Ocena zadovoljstva zaposlenih je bila v letu 2007 še nižja kot v letu 2006. Skupna ocena povprečij je bila 2,94 (UKC Maribor, 2012b).

Kot diplomirana fizioterapevtka sem opazila, da se naš profil poklica oziroma naše storitve v teh anketah sploh ne pojavljajo. Pri delu in pogovoru s pacienti ugotavljam, da so v glavnem zelo zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami na IFRM v UKC Maribor, ampak tega še nihče ni raziskal. Takšne raziskave še ni bilo narejene na področju Slovenije. Prav tako tudi nisem zasledila nobenega vprašalnika, ki bi bil prilagojen za merjenje zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami v slovenskem prostoru.

4.5 Namen in cilji raziskave

Namen magistrskega dela je bil izdelati anketo ali vprašalnik, ki bi temeljila na mednarodno pripravljenih in preverjenih vprašalnikih za merjenje zadovoljstva pacientov,

izvesti analizo zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami ter na podlagi pridobljenih rezultatov predlagati ustrezne ukrepe oziroma predloge za izboljšavo pacientovega zadovoljstva.

Cilji empiričnega dela raziskave izhajajo že iz namena in so naslednji:

- analizirati zadovoljstvo s storitvami in kakovost zdravstvenih storitev na podlagi rešenih anketnih vprašalnikov,
- preučiti razmerje med stopnjo pacientovega zadovoljstva s fizioterapevtskih storitvami glede na demografske spremenljivke kot so spol, starost, stopnja izobrazbe,
- preučiti razmerje med pacientovim zadovoljstvom in organizacijskimi spremenljivkami, kot so čakalna doba na pregled in terapijo, število terapij, trajanje posamezne obravnave,
- na podlagi dobljenih rezultatov podati smernice in predloge za izboljšanje trenutnega stanja zadovoljstva uporabnikov in kakovosti storitev.

4.6 Metodologija raziskave

Rodica (2012, str. 24) pravi, da je metodologija ali pristop k raziskavi skupek strategij, metod in tehnik, za katere se odločimo v procesu raziskovanja in reševanja problemov. Metoda je razširjen pojem, s katero natančno opredelimo kako, po kakšnem zaporedju, se bomo lotili raziskave. Tehnika je ožji pojem in predstavlja fazo v raziskovalnem procesu, v katerem zberemo podatke. Tehnika je anketa/anketiranje, ocenjevanje, opazovanje. Instrument je najožji pojem in pomeni pripomoček za zbiranje podatkov. Če je tehnika anketiranje, je instrument anketni vprašalnik.

4.6.1 Raziskovalne hipoteze

Hipoteza je teoretična predpostavka (nekateri ji pravijo trditev), iz katere so jasno razvidni odnosi med dejavniki, poimenovanimi spremenljivke. Ponavadi vsebuje odvisno in neodvisno spremenljivko, lahko pa tudi več odvisnih spremenljivk (v Goričan, 2009, str. 58). Na podlagi teoretičnih spoznanj o merjenju zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi storitvami ter na podlagi ugotovitev različnih avtorjev, da na zadovoljstvo pacientov vplivajo različni dejavniki, smo postavili naslednje hipoteze:

- **Hipoteza 1.** Pacienti so v splošnem zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor – v raziskavah, ki so bile narejene na področju zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami, opisujejo izredno visoko stopnjo zadovoljstva pacientov in menim, da je tako tudi na IFRM.
- **Hipoteza 2.** Na stopnjo zadovoljstva pacientov vpliva:
 - **2a:** odnos fizioterapevta do pacienta pri izvajanju fizioterapevtskih storitev,

- **2b:** značilnosti pacienta, kot so spol, starost, izobrazba.
- **Hipoteza 3.** Pacienti so nadpovprečno zadovoljni z dostopnostjo in urejenostjo IFRM – v posameznih raziskavah so opisovali, da je stopnja zadovoljstva nižja zaradi slabšega dostopa.
- **Hipoteza 4.** Pacienti so z oddelkom zadovoljni in IFRM priporočajo drugim ter se vračajo na oddelk, če fizioterapevtske storitve ponovno potrebujejo.
- **Hipoteza 5.** Kakovost storitev ima pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacientov – čim bolj kakovostnih storitev bodo pacienti deležni, tem bolj bodo zadovoljni z rezultati oziroma izidom rehabilitacije.

4.6.2 Izbor metode raziskovanja

V primeru raziskave zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami sem se odločila za kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer metodo anketiranja, torej zbiranje podatkov z anketnim vprašalnikom, ki je prilagojen temu, da ga lahko pacient sam izpolni. Pri kvantitativnih raziskavah gre za številčne oziroma numerične podatke (npr. starost v letih, strinjanje z neko trditvijo po lestvici od 1 do 5, kjer višja ocena pomeni višje zadovoljstvo, nižja pa nezadovoljstvo). Tudi če ne gre za numerične podatke (npr. spol), so ti podatki šifrirani s številko in vneseni v razpredelnico. Tako pripravljene podatke je možno s pomočjo statističnih metod kvantitativno (količinsko) obdelati.

4.6.3 Vprašalnik in zbiranje podatkov

Za metodo zbiranja podatkov smo izbrali anketiranje z vnaprej pripravljenim vprašalnikom, ki smo ga sestavili za potrebe raziskave. Pri tem smo si pomagali s trditvami iz različnih že obstoječih vprašalnikov (Patient Satisfaction Questionnaire, 2014; Medonca & Guerra 2007; Hills & Kitchen, 2007b). Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov vprašanj in je predstavljen v Prilogi 1. Pri njegovem sestavljanju smo se oprli na metodo SERVPERF, ki sta jo razvila Cronin in Taylor (1992). Ta metoda meri le zaznano kakovost storitev, ne pa porabnikova pričakovanja. Hkrati smo upoštevali splošna navodila za sestavo vprašalnikov (čim krajša, jasna in razumljiva vprašanja, ki ne smejo vsebovati nerazumljivih strokovnih izrazov, izogibati se je potrebno zavajajočim in nejasnim vprašanjem). Pacienti so prejeli vprašalnike po opravljenih fizioterapevtskih storitvah in ga isti dan tudi vrnil. Vsi so bili v anketiranje vključeni popolnoma prostovoljno. Ker so bili v anketo vključeni pacienti in se je raziskava opravljala v zdravstveni ustanovi, smo morali pridobiti tudi soglasje komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Soglasje je predstavljeno kot Priloga 2. Prav tako smo pridobili še soglasje UKC Maribor za izvedbo raziskave v kliničnem okolju in objavo rezultatov v magistrskem delu. To soglasje je predstavljeno kot Priloga 3. Prvi trije deli vprašalnika obsegajo proučevano tematiko, zadnji sklop obsega demografska vprašanja. V prvem sklopu so v glavnem vprašanja, ki se nanašajo na čas pred začetkom fizioterapije in je sestavljen iz petih vprašanj s podanimi odgovori. Ta vprašanja merijo čakalno dobo na pregled pri zdravniku in nato na začetek

fizioterapije, kako so izbrali ustanovo, kjer so obiskovali fizioterapijo, zakaj so hodili na terapijo in če so fizioterapijo na IFRM že obiskovali. Vse to nas je zanimalo zaradi postavljenih hipotez. Na vsako izmed teh vprašanj so morali odgovoriti samo z enim odgovorom. V drugem sklopu so vprašanja oziroma trditve v glavnem zaprtega tipa z vnaprej pripravljenimi odgovori. Vsaka trditev je ocenjena po petstopenjski Likertovi lestvici, pri kateri ocena 1 pomeni, da se s trditvijo pacient sploh ne strinja in ocena 5, pri kateri se s trditvijo popolnoma strinja. Samo pri eni trditvi je bilo možno označiti »Brez odgovora« in sicer pri trditvi glede varnosti pri bazenu. Tisti, ki niso imeli predpisanega bazena, so tukaj označili brez odgovora. V drugem sklopu trditve so pacienti ocenjevali posamezne kriterije, ki ocenjujejo kakovost oziroma zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami. To so dostopnost / urejenost in organiziranost oddelka, odnos fizioterapevta do pacienta pri izvajanju storitev, kvaliteto fizioterapevtskih storitev ter splošni vtis. V tretjem sklopu ocenjujejo zadovoljstvo v skladu s pričakovanji, ki so jih imeli pred začetkom fizioterapije. Tudi v tem delu smo uporabili petstopenjsko Likertovo ocenjevalno lestvico, pri kateri ocena 1 pomeni, da sploh niso bili zadovoljni, ker pričakovanja niso bila dosežena, ocena 5 pomeni, da so bili zelo zadovoljni in so bila pričakovanja presežena. V četrtem sklopu so opisani demografski podatki, kot so spol, starost, izobrazba in ekonomska aktivnost.

Kot je bilo že omenjeno, so bila vprašanja v glavnem zaprtega tipa z vnaprej predstavljenimi odgovori. Ker pa se zadovoljstvo lahko odraža tudi v obliki pohval, pritožb, predlogov ali mnenj za izboljšanje kakovosti storitev, so na koncu vprašalnika imeli možnost odprtega odgovora, kjer so lahko zapisali svoje mnenje.

Vprašalnik je bil narejen za potrebe raziskave, ker v slovenski literaturi nisem zasledila vprašalnika, ki bi ocenjeval zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami in bi ga lahko uporabila. V tuji literaturi sem zasledila vprašalnike, ki jih nismo mogli prevesti v celoti, ker so ocenjevali različna področja, ki pri nas niso prišla v poštev (finance – plačevanje storitev, različni modeli zavarovanja). Najbolj sem si pomagala z vprašalnikom, ki so ga razvili Goldstein et al. (2000). V vprašalnik sem vključila področja zadovoljstva in sem na podlagi tega oblikovala konstrukte (dostopnost/urejenost, organiziranost oddelka, odnos fizioterapevta do pacienta, strokovnost/kakovost storitev, splošni vtis). V vsak konstrukt sem dodala trditve, ki so najbolj ocenjevale temeljne dimenzije.

Vprašalnik sem pred raziskavo razdelila in testirala med desetimi pacienti in desetimi fizioterapevti. Na podlagi tega sem sestavila vprašanja tako, da so bila popolnoma razumljiva ter da ni bilo težav pri reševanju.

4.6.4 Opis vzorca in izvajanje raziskave

V raziskavo so bile vključene popolnoma naključno izbrane polnoletne osebe, ki so v času raziskave bile v fizioterapevtski obravnavi na IFRM v UKC Maribor. Raziskava je

potekala od 10.12.2013 do 20.01.2014. Vse fizioterapevte sem seznanila z namenom in potekom raziskave, jim predstavila vprašalnik in jim podala natančna navodila, kako naj paciente nagovorijo in motivirajo za sodelovanje pri raziskavi. Posebej sem poudarila anonimnost. V raziskavi je sodelovalo 155 anketirancev in prav toliko je bilo tudi izpolnjenih anket. Vsi pacienti, ki smo jih prosili za sodelovanje, so se prijazno odzvali in rešili anketo. Vsem pacientom je bilo povedano, da se bodo podatki, pridobljeni iz ankete, uporabili izključno za izdelavo magistrskega dela. Po pregledu odgovorov in sestavi baze podatkov je bilo ugotovljeno, da so lahko vse ankete vključene v raziskavo rezultatov. Odzivnost je bila torej 100 %. Nato sem naredila bazo podatkov, ki sem jo pripravila v SPSS in v Excelu. Za analizo pridobljenih podatkov iz anket sem uporabila statistični računalniški program SPSS 20 (angl. *Statistic Package for the Social Sciences*). Za interpretacijo rezultatov in preverjanje hipotez sem uporabila različne metode. Uporabljena je bila:

- opisna (deskriptivna) metoda, s katero analiziramo osnovne statistične parametre (frekvence, povprečne ocene, varianco, standardni odklon) in je namenjena za vpogled v dejanske ocene pacientov pri posameznih konstruktih,
- za analizo zanesljivosti smo uporabili metodo notranje skladnosti (Cronbach α koeficient). Vrednost koeficienta je odvisna od števila spremenljivk, zato moramo pri interpretaciji to upoštevati,
- one sample t-test (preizkušanje hipotez o povprečju),
- veljavnost vprašalnika oziroma posameznih konstrukтов,
- multivariatna analiza (faktorska analiza),
- regresijska analiza (preverjanje povezanosti med dvema spremenljivkama).

4.7 Analiza in interpretacija rezultatov

4.7.1 Splošna predstavitev in analiza vzorca na podlagi demografskih značilnosti

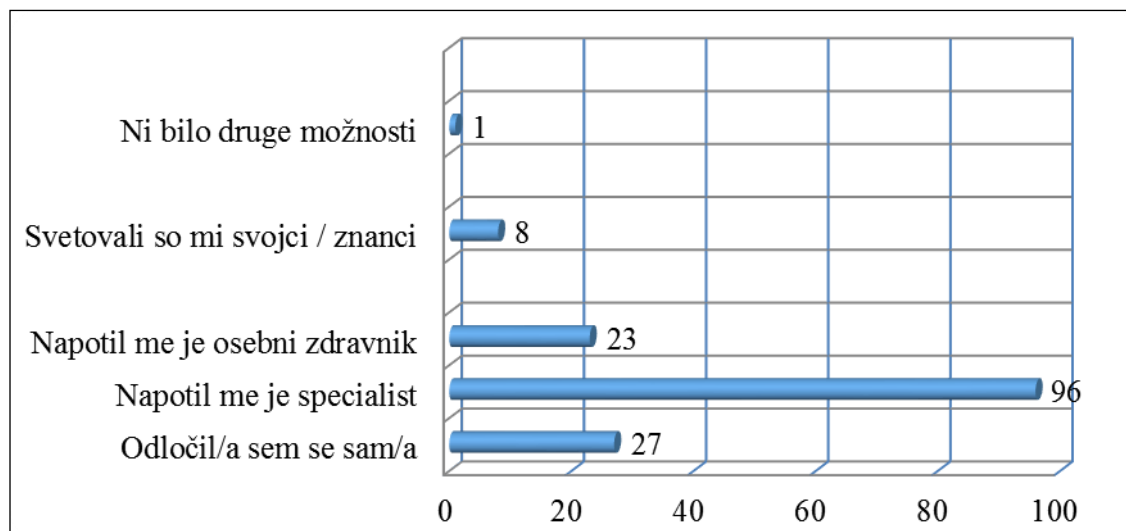
Najprej sem izvedla deskriptivno analizo za sociodemografske podatke, kjer sem ugotavljala spol, starost, izobrazbo in ekonomsko aktivnost anketirancev. Vzorec šteje 155 naključno anketiranih pacientov, ki je glede na spol dokaj uravnoteženo razporejen, saj je od tega 78 žensk (50,3 %) in 77 moških (49,7 %) (Priloga 4, Slika 1) Anketirance smo razdelili po posameznih starostnih skupinah in sicer jih je bilo največ, 52 oziroma 33,5 % v starostni skupini od 30-40 let. Najmanjšo starostno skupino so predstavljali anketiranci od 71-80 let in sicer jih je bilo v tej skupini samo 9 (5,8 %) (Priloga 4, Slika 2) V starostni skupini anketirancev, ki je najštevilčnejša, to je od 30–40 prevladujejo moški (34 oziroma 44,2 %), žensk je 18 oziroma 23,1 %. Prav tako je tudi v najmlajši skupini (18–29) moških več kot žensk. V ostalih starostnih skupinah je žensk več kot moških. V starostni skupini med 41–50 so si anketiranci glede na spol najbližje, in sicer je 58,5 % žensk in 41,5 % moških (Priloga 4, Slika 2) Pri analizi izobrazbene strukture anketirancev smo ugotovili, da

jih je imelo 84 oziroma 54,2 % najmanj poklicno ali srednjo izobrazbo, 50 oziroma 32,3 % jih je imelo višjo ali visoko izobrazbo, magisterij ali doktorat jih je imelo skupaj 10 oziroma 6,5 %, samo osnovnošolsko izobrazbo je imelo 9 oziroma 5,8% anketirancev. Torej lahko rečemo, da je bilo največ anketirancev s srednješolsko izobrazbo (Priloga 4, Slika 3). Glede na status ekonomske aktivnosti je bilo največ zaposlenih in sicer 95 oziroma 61,3 %. V skupini upokoјencev jih je bilo 28 oziroma 18,1 %. Skupino samozaposlenih je predstavljalo 16 oziroma 10,3% anketirancev, 9 oziroma 5,8 % je bilo dijakov ali študentov, 5 (3,2 %) je bilo nezaposlenih, samo 2 (1,3 %) pa na to vprašanje nista podala odgovora (Priloga 4, Slika 4).

4.7.2 Analiza dogajanja pred začetkom fizioterapije

Prvi sklop vprašanj se nanaša na dogajanje pred začetkom fizioterapije. V prvem vprašanju smo vpraševali anketirance, **kako so izbrali ustanovo (UKC Maribor), kjer so obiskovali fizioterapijo**. V tabeli vidimo zaporedje odgovorov in ugotavljamo, da jih je kar 96 (61,9 %) napotil specialist. 27 (17,4 %) se jih je odločilo samih, 23 (14,8 %) pa jih je napotil osebni zdravnik.

Slika 6: Frekvenčna porazdelitev glede izbire UKC MB za obisk fizioterapije

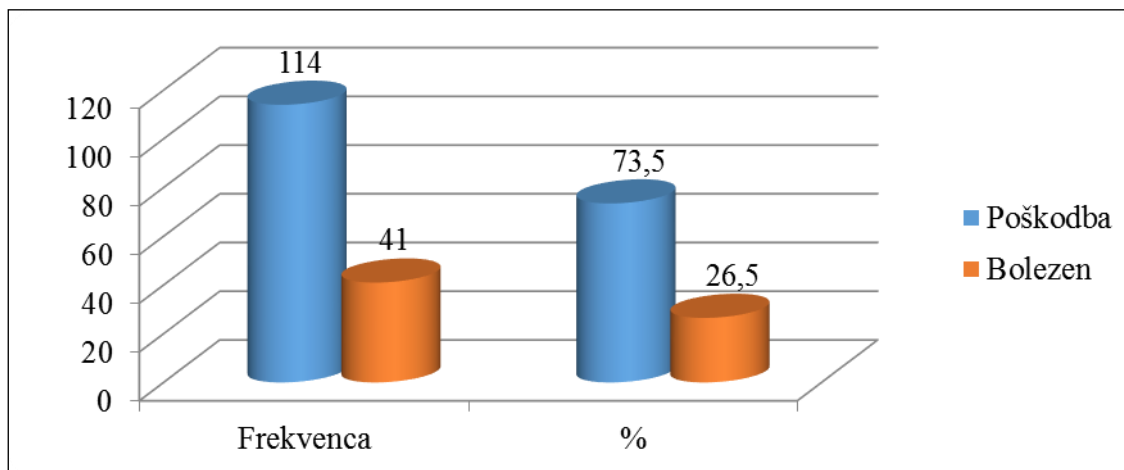


V drugem vprašanju smo anketirance vpraševali, **ali ste na fizioterapiji v UKC Maribor prvič (UKC MB)**. 68 oziroma 43,9 % jih je fizioterapevtske storitve v UKC MB koristilo prvič, 87 (56,1 %) je storitve na IFRM že koristilo (Priloga 4, Slika 5).

Tretje vprašanje, **zaradi kakšnih težav ste prišli na fizioterapijo**, smo oblikovali tako, da je bilo možno odgovoriti na eno izmed najpogostejših vzrokov, torej poškodba ali bolezen. Možen odgovor je bil tudi drugo, kjer je bilo možno odgovor dopisati, vendar tega ni dopisal nihče. 114 oziroma 73,5 % jih je na fizioterapijo prišlo zaradi poškodbe, preostalih 41 oziroma 26,5 % zaradi bolezni (Slika 6). Ugotovili smo, da je največ moških (55) starih

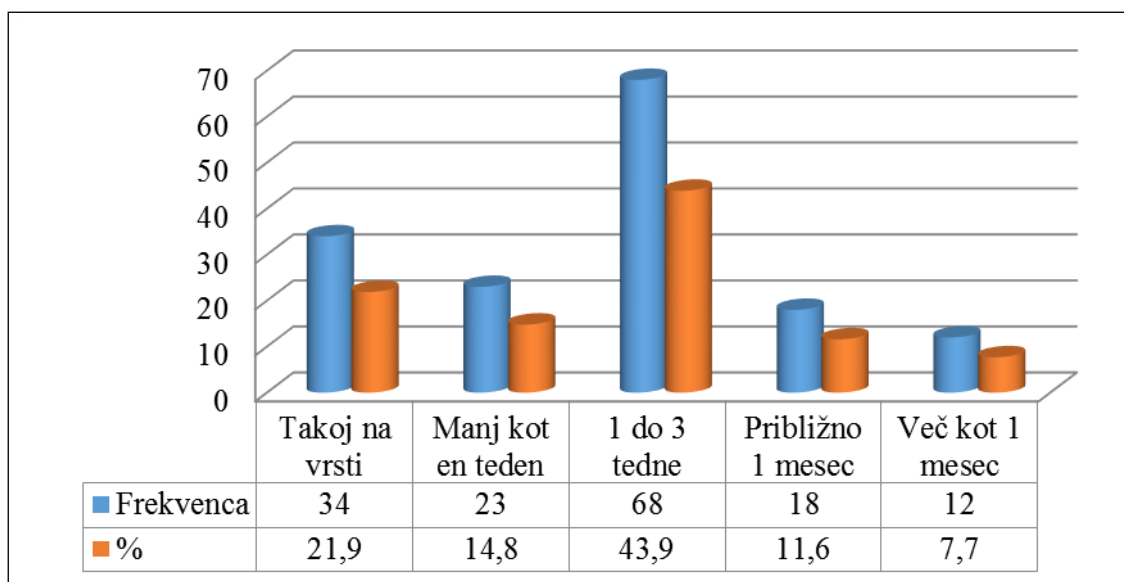
do 50 let prišlo na fizioterapijo zaradi poškodbe (Priloga 4, Tabela 1). Iz tega lahko sklepamo, da je to del populacije, ki je precej športno aktiven in je možnost poškodb večji.

Slika 7: Frekvenčna porazdelitev glede težav zaradi prihoda na fizioterapijo



Na vprašanje, **koliko časa ste čakali, da ste prišli na prvi pregled pri zdravniku**, je bilo na voljo več odgovorov. Najpogosteje (68 oziroma 43,9 %) so pacienti čakali od 1 do 3 tedne na prvi pregled. 34 oziroma 21,9 % jih je odgovorilo, da so bili na vrsti takoj, 12 oziroma 7,7 % jih je čakalo več kot 1 mesec (Slika 7).

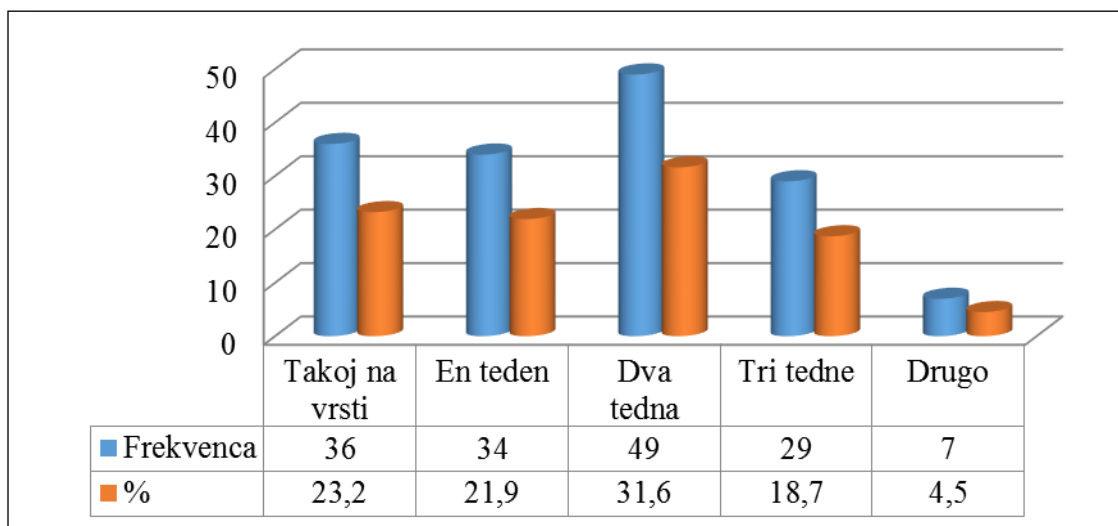
Slika 8: Frekvenčna porazdelitev čakalne dobe na prvi pregled pri zdravniku



Po pregledu pri zdravniku se pacienti naročijo na fizioterapijo, kjer je tudi čakalna doba. Sledilo je vprašanje, **kako dolgo ste čakali na začetek prve terapije** in jih je največ, 49 oziroma 31,6 % odgovorilo, da so čakali dva tedna, 7 (4,5 %) jih je odgovorilo drugo, kjer so lahko vpisali, kako dolgo so čakali. Od teh jih je 5 odgovorilo, da so čakali en mesec,

preostala 2 pa več kot en mesec. Pri pregledu literature nisem našla posebej takšnega vprašanja, da bi lahko primerjala. Našla sem samo rezultate ankete klinike za fizioterapijo Hertford, ki je imela tudi to vprašanje (Hertford Physiotherapy - Patient Satisfaction Survey, 2014). Pri njih je začelo 69 % anketirancev s prvo terapijo v manj kot petih dneh.

Slika 9: Frekvenčna porazdelitev čakalne dobe na začetek terapije



- **Analiza dogajanja v času obiskovanja postopkov fizioterapije**

Iz slike 10 je razvidno, da so pacienti na IFRM v UKC Mb v povprečju zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami oziroma se strinjajo s trditvami. Povprečne vrednosti skoraj vseh storitev so večje kot 4. Nižjo oceno od 4 ima edino trditev, ki se nanaša na koriščenje samoplačniških fizioterapevtskih storitev, če bi bile na voljo na IFRM.

Slika 10: Povprečne ocene (od najvišje do najnižje vrednosti)



4.7.3 Analiza posameznih sestavin vprašalnika

V nadaljevanju so v posameznih tabelah predstavljeni rezultati oziroma deskriptivne značilnosti za vsak konstrukt posebej.

Tabela 3: Analiza konstrukta »Dostopnost/ urejenost oddelka«

	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
1. Dostopnost / urejenost oddelka	Udobje in čistost je bila primerna.	4,68	,611
	Temperatura zraka je bila primerna.	4,46	,750
	Na razpolago je dovolj aparatur.	4,45	,722

nadaljevanje

	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
	Pri bazenu je ustrezno poskrbljeno za varnost.	4,36	,633
	Lokacija oddelka je jasno označena.	4,35	,888
	Dostopnost je enostavna.	4,33	,854
	Invalidom je omogočen dostop brez ovir.	4,15	,972

Opomba: Merjeno po Likertovi lestvici od 1- sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam.

Trditve prvega sklopa se nanašajo na dostopnost/ urejenost oddelka. V tej tabeli vidimo, da se ocene pacientov medsebojno bistveno ne razlikujejo. Povprečna ocena je pri vseh trditvah višja kot 4. Najvišjo povprečno vrednost je imela trditev glede udobja in primerne čistosti na oddelku. Pri tem se je z njo popolnoma strinjalo 115 (74,2 %) pacientov, samo 1 (0,6 %) pacient je odgovoril, da se z njo sploh ne strinja. Najnižjo povprečno vrednost je imela trditev glede dostopnosti invalidom, prav tako so bila tukaj tudi mnenja najbolj razpršena, kar nam kaže visok standardni odklon. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 70 (45,2 %) pacientov, 50 (32,3 %) se jih je z njo strinjalo, prav tako so 4 (2,6 %) izrazili popolno nestrinjanje in tudi 4 (2,6 %) nestrinjanje s to trditvijo. Skupna povprečna vrednost celotnega konstrukta je 4,39. Iz teh rezultatov bi lahko zaključili, da so pacienti nadpovprečno zadovoljni z dostopnostjo oziroma urejenostjo oddelka.

Tabela 4: Analiza konstrukta »Organiziranost oddelka«

	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
2. Organiziranost oddelka	Brez težav sem se naročil/a za termine obiskov.	4,51	,817
	Terapije so bile dobro razporejene.	4,50	,784
	Obravnava nikoli odpovedana.	4,79	,709
	Na obravnavo sem prišel ob uri.	4,76	,428
	Fizioterapevti se trudijo, da ne čakam po nepotrebem.	4,86	,350

Opomba: Merjeno po Likertovi lestvici od 1- sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam.

V drugem konstruktu smo z različnimi trditvami ocenjevali organiziranost oddelka. Če pogledamo povprečne ocene tega konstrukta, lahko opazimo zelo visoke povprečne ocene, ki se gibajo nad 4,5. Najvišjo povprečno oceno 4,85 je dobila trditev, ki pravi, da se fizioterapevti trudijo, da se ne čaka po nepotrebem. Tukaj imamo tudi zelo nizek standardni odklon. Kar 85,8 % vseh anketiranih se je popolnoma strinjalo s to trditvijo, preostalih 14,2 % se je s trditvijo strinjalo. Nizek standardni odklon kaže na zelo enotna

mnenja glede te trditve. Najnižjo povprečno oceno (4,5) v tem konstrukt, ki je še stalno zelo visoka, je dobila trditev glede dobre razporejenosti terapij. Skupna povprečna vrednost celotnega konstrukta znaša zelo visokih 4,69.

Tabela 5: Analiza konstrukta »Odnos fizioterapevta do pacienta«

	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
3. Odnos fizioterapevta do pacienta	Prijazen in spoštljiv fizioterapevt.	4,92	,268
	Urejenost fizioterapevta.	4,92	,305
	Varnost med storitvami.	4,90	,851
	Zaupno ravnanje s podatki.	4,79	,477
	Natančnost fizioterapevta.	4,77	,437
	Razumevanje težav.	4,74	,571
	Spoštovana moja zasebnost.	4,66	,741
	Dovolj časa za pacienta.	4,35	,301

Opomba: Merjeno po Likertovi lestvici od 1- sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam.

V tej tabeli lahko vidimo, da so povprečne ocene zelo visoke, ki so blizu zgornji meji ocene, torej 5. Najvišjo povprečno oceno so namenili urejenosti, prijaznosti in spoštljivosti fizioterapevta. Pri teh trditvah opazimo tudi relativno nizko vrednost standardnega odklona. To pomeni, da so bili odgovori pacientov dokaj enotni, med ocenami 4 in 5. Kar 143 oziroma 92,3 % vseh anketiranih se je popolnoma strinjali s trditvijo tako glede urejenosti kot s trditvijo glede prijaznosti ter spoštljivosti osebja.

Tabela 6: Analiza konstrukta »Kakovost storitev«

	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
4. Kakovost storitev	Strokovnost fizioterapevta.	4,76	,471
	Ustrezna razlaga postopkov fizioterapije.	4,70	,574
	Navodila so v pomoč.	4,74	,471

Opomba: Merjeno po Likertovi lestvici od 1- sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam.

Ko pogledamo to sliko, vidimo, da so pacienti zelo visoko ocenili kakovost fizioterapevtskih storitev. Pri vseh treh trditvah je povprečje višje od 4,70. Tudi standardni odklon je nizek, kar pomeni dokaj enotna mnenja. S trditvijo, da imajo fizioterapevti dovolj strokovnega znanja, se je popolnoma strinjalo 121 (78,1%) anketirancev. 117 (75,5%) anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da so bili deležni ustrezne razlage glede posameznih postopkov pred prvo obravnavo.

Tabela 7: Analiza konstrukta »Splošni vtis«

	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
5. Splošni vtis	Priporočal bom IFRM.	4,66	,575
	Na IFRM se bom še vrnil.	4,75	,554
	Izkoristil bi samoplačniške storitve.	3,68	1,156
	Na splošno sem zadovoljen/a s fizioterapevtskimi storitvami v UKC MB.	4,35	,555

Opomba: Merjeno po Likertovi lestvici od 1- sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam.

V tej tabeli s pozitivno vrednostjo izstopa trditve »Na IFRM se bom še vrnil.« s povprečno oceno 4,75 in nizkim standardni odklonom. Z nizkim povprečjem (3,68) in standardnim odklonom čez 1 (1,156) v negativno stran izstopa trditve glede samoplačniških storitev. To je bilo za pričakovati, saj je splošna situacija takšna, da bi si te storitve težko privoščili. Pri tem konstrukt so anketiranci ocenjevali zadovoljstvo na splošno ob zaključku fizioterapije. 152 (98,1 %) pacientov je na to vprašanje odgovorilo z ocenami med 3 in 5. Manjkajoči odstotek (1,9 %) predstavljajo 3, ki na to vprašanje niso odgovorili. Ko pogledamo frekvenco, vidimo, da je 87 (56,1 %) anketirancev, ocenilo zadovoljstvo z oceno 4, kar pomeni, da so bili z fizioterapevtskimi storitvami zadovoljni, 59 (38,1 %) jih je podalo oceno 5, kar pomeni, da so bili s storitvami zelo zadovoljni.

Tabela 8: Analiza konstrukta »Ocena zadovoljstva glede na pričakovanja s posameznimi sestavinami kakovosti«

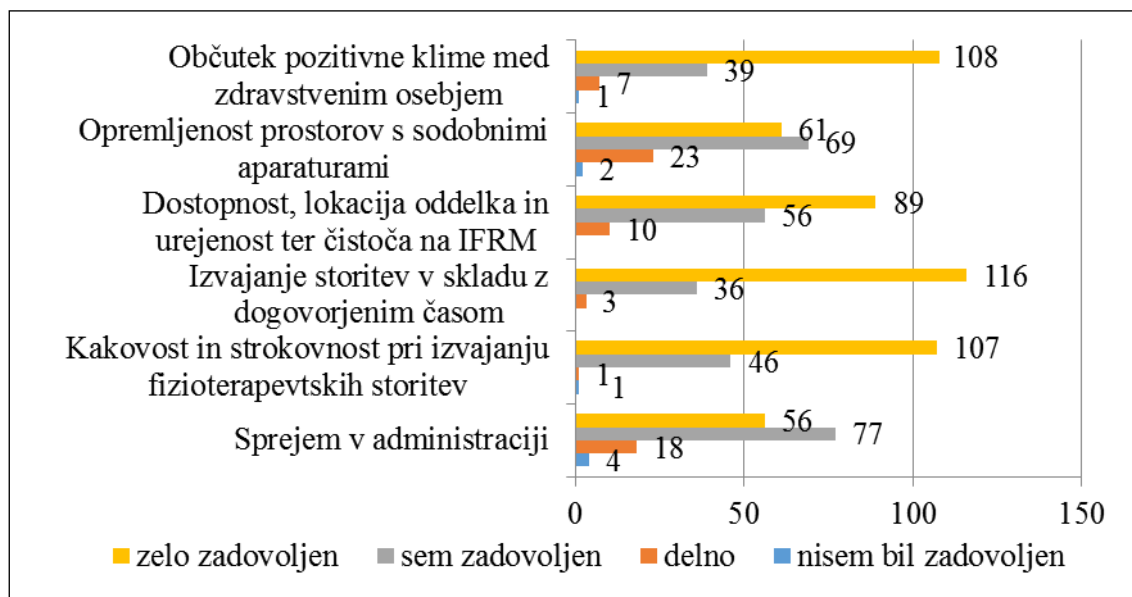
	Trditve	Povprečje	Stand. odklon
Zadovoljstvo	Izvajanje storitev v skladu z dogovorjenim časom	4,73	,739
	Kakovost in strokovnost pri izvajanju fizioterapevtskih storitev	4,67	,524
	Občutek pozitivne klime med osebjem	4,64	,488
	Dostopnost, lokacija oddelka in urejenost ter čistoča.	4,51	,618
	Opremljenost prostorov.	4,22	,741
	Sprejem v administraciji	4,19	,602

Opomba: Merjeno po Likertovi lestvici od 1- sploh nisem zadovoljen/a, ker pričakovanja sploh niso bila dosežena do 5 – pričakovanja so bila presežena in zelo sem zadovoljen.

Pri teh trditvah, ki ocenjujejo zadovoljstvo glede na pričakovanja, v pozitivni vrednosti izstopa trditve »Izvajanje storitev v skladu z dogovorjenim časom« (4,73). Kar 116 (74,8 %) anketirancev (Slika 11) je na to trditve odgovorilo, da so zelo zadovoljni. Tukaj je

zazan tudi najnižji standardni odklon, kar pomeni, da so bila mnenja o zadovoljstvu pri tej trditvi dokaj enotna. Skupaj je kar 98% pacientov to trditev ocenilo z oceno 4 in višje. Najnižji stopnji zadovoljstva so podali v zvezi s trditvama o sprejemu v administraciji (4,19) in opremljenosti prostorov (4,22). S sprejemom v administraciji je bilo zelo zadovoljnih 56 (36,1 %) anketirancev, 77 (49,7 %) jih je bilo zadovoljnih. Z opremljenostjo prostorov je bilo zadovoljnih 69 (44,5 %), zelo zadovoljnih pa je bilo 61 (39,4 %).

Slika 11: Frekvenčna porazdelitev »Ocena zadovoljstva glede na pričakovanja s posameznimi sestavinami kakovosti«



4.7.4 Analiza zanesljivosti in veljavnosti konstruktov

V praksi raziskav obstajajo številni testi za ugotavljanje zanesljivosti in veljavnosti konstruktov oziroma merskih lestvic. Vedno si v raziskavah želimo točnih ocen, so pa prisotne tudi slučajne napake. Zanesljivost merimo z različnimi metodami. V našem primeru smo uporabili metodo notranje konsistentnosti, ki zagotavlja enotno oceno zanesljivosti z enkratnim testiranjem. Notranja konsistentnost se nanaša na stopnjo medsebojne korelacije spremenljivk nekega konstrukta (v Šifrer, 2013, str.7). Najpogostejši koeficient za ocenjevanje je Cronbachov alfa koeficient (α) in zavzame vrednost od 0 do 1. Splošno uveljavljeno pravilo je, da če je $\alpha \geq 0,8$, govorimo o visoki zanesljivosti. Vrednost Cronbach α med 0,6 in 0,8 govori za srednjo zanesljivost. Beattie, Turner, Dowda, Michener in Nelson. (2005a) opisujejo Cronbach α 0,83 za vprašalnik MedRisk – Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care. Goldstein, Elliott in Guccione (2000) opisujejo Cronbach α celo 0,99. Faktorska analiza je ena izmed metod redukcije in je namenjena iskanju skupnih faktorjev, za katere pravimo, da so v ozadju in so tako imenovani latentni oziroma skriti dejavniki. Z njo analiziramo povezave med spremenljivkami in večjemu številu priredimo manjše število spremenljivk,

ki pojasnijo medsebojno povezanost(v Goričan, 2009, str. 66) Preden začnemo s faktorsko analizo moramo ugotoviti primernost vzorca za analizo, ki ga opisuje Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo o primernosti vzorca. Koeficient KMO mora biti višji od 0,6. Minimalno raven za faktorske uteži smo vzeli vrednost 0,4, zato smo v nadaljevanju izločili tista vprašanja, ki niso dosegala teh ravni.

4.7.4.1 Analiza konstrukta »Dostopnost/urejenost oddelka«

Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo primernosti vzorca (KMO = 0,838) kaže, da so podatki primerni za faktorsko analizo. Pri faktorski analizi je pomembna določitev novih faktorjev. Lastna vrednost faktorjev pove, koliko variance vseh podatkov razloži en faktor. Lastna vrednost novega faktorja mora biti večja od 1. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima v prvem konstrukt en faktor lastno vrednost večjo od 1 in da skupaj pojasnjuje 61,099 % variance (Priloga 5, Tabela 1).

Tabela 8: Zanesljivost, komunalitete, faktorske uteži in KMO za konstrukt »Dostopnost/urejenost oddelka«

1. konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
Dostopnost / urejenost oddelka	Dostopnost je enostavna.	0,888	0,834	0,913	0,838
	Invalidom je omogočen dostop brez ovir.		0,708	0,841	
	Udobje in čistost je bila primerna.		0,696	0,834	
	Lokacija oddelka je jasno označena.		0,612	0,782	
	Varnost pri bazenu.		0,51	0,714	
	Temperatura zraka je bila primerna.		0,496	0,704	
	Na razpolago je dovolj aparatur.		0,421	0,649	

Iz tabele 8 je razvidno, da so vse komunalitete višje od 0,4. Faktorske uteži so višje od 0,6. To pomeni, da iz konstrukta, ki ocenjuje dostopnost/urejenost oddelka, nismo izločili nobenega vprašanja. Merilo zanesljivosti Cronbach α je 0,888, kar pomeni, da lahko govorimo o visoki zanesljivosti.

4.7.4.2 Analiza konstrukta »Organiziranost oddelka«

V konstrukt, ki ocenjuje organiziranost oddelka, je bilo zastavljenih 5 trditev. Iz Tabele 10 je razvidno, da so bile uporabljene le tri trditve za analizo.

Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo primernosti vzorca (KMO = 0,614) kaže, da so podatki primerni za faktorsko analizo. Lastna vrednost novega faktorja mora biti večja od 1. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima v drugem konstrukt en faktor lastno vrednost večjo od 1 in da skupaj pojasnjuje 66,174 % variance (Priloga 5, Tabela 2).

Tabela 9: Zanesljivost, komunalitete, faktorske uteži in KMO za konstrukt »Organiziranost oddelka«

2. Konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
Organiziranost oddelka	Terapije so bile dobro razporejene.	0,723	0,788	0,888	0,614
	Brez težav sem se naročil/a za termine obiskov.		0,729	0,854	
	Fizioterapevti se trudijo, da ne čakam po nepotrebem.		0,468	0,684	

Iz tabele 9 je razvidno, da so vključene samo tiste trditve, ki so imele komunalitete višje od 0,4 ter faktorske uteži višje od 0,6. To pomeni, da sta iz konstrukta, ki ocenjuje organiziranost oddelka, izključeni dve trditvi, ker nista dosegali vključitvenih pogojev. Ena trditev pravi, da je bila obravnava večkrat odpovedana iz strani fizioterapevta in druga, da je bila obravnava ob določeni uri. Merilo zanesljivosti Cronbach α je 0,723, kar pomeni, da lahko govorimo o visoki zanesljivosti.

4.7.4.3 Analiza konstrukta »Odnos fizioterapevta do pacienta«

V tem konstrukt je bilo zastavljenih osem trditev. Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo primernosti vzorca (KMO = 0,863) kaže, da so podatki primerni za faktorsko analizo. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima v tretjem konstrukt en faktor lastno vrednost 4,452 in da skupaj pojasnjuje 55,656 % variance. Kot je razvidno iz tabele 11, so vse trditve imele zadoščene vključitvene pogoje glede komunalitet in faktorskih uteži (Priloga 5, Tabela 3).

Tabela 10: Zanesljivost, komunalitete, factorske uteži in KMO za konstrukt »Odnos fizioterapevta do pacienta«

3. konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
3. Odnos fizioterapevta do pacienta	Razumevanje težav.	,847	,714	,845	,863
	Natančnost fizioterapevta.		,605	,778	
	Varnost med storitvami.		,598	,774	
	Zaupno ravnanje s podatki.		,579	,761	
	Prijazen in spoštljiv fizioterapevt.		,573	,757	
	Dovolj časa za pacienta.		,560	,748	
	Urejenost fizioterapevta.		,448	,669	
	Spoštovana moja zasebnost.		,376	,613	

Merilo zanesljivosti Cronbach α je 0,847, kar pomeni, da lahko govorimo o visoki zanesljivosti.

4.7.4.4 Analiza konstrukta »Kakovost storitev«

V četrtem konstrukt, ki je ocenjeval kvaliteto storitev, so bile zastavljene tri trditve. V nadaljevanju lahko vidimo, da sta za analizo bili upoštevani dve trditvi. Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo primernosti vzorca (KMO = 0,513) kaže, da so podatki primerni za factorsko analizo. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima v četrtem konstrukt en faktor lastno vrednost večjo kot 1, in sicer 1,523 ter da skupaj pojasnjuje 76,153 % variance. Iz analize je bila izključena trditev, ki se je nanašala na ustna/pisna navodila, ki so jih dobili pacienti od fizioterapevtov (Priloga 5, Tabela 4).

Tabela 11: Zanesljivost, komunalitete, factorske uteži in KMO za konstrukt »Kakovost storitev«

4. Konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
Kakovost storitev	Strokovnost fizioterapevta.	0,678	0,762	,873	0,513

se nadaljuje

nadaljevanje

4. Konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
	Ustrezna razlaga postopkov fizioterapije.		0,762	,873	

V tabeli 11 lahko vidimo, da je koeficient zanesljivosti Cronbach α 0,678.

4.7.4.5 Analiza konstrukta »Splošni vtis«

V petem konstrukt smo ocenjevali tri trditve. Vse tri so bile primerne za faktorsko analizo. Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo primernosti vzorca (0,590) kaže, da so podatki primerni za faktorsko analizo. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima v petem konstrukt en faktor lastno vrednost večjo kot 1, in sicer 1,874 ter da skupaj pojasnjuje 62,47 % variance (Priloga 5, Tabela 5).

Tabela 12: Zanesljivost, komunalitete, faktorske uteži in KMO za konstrukt »Splošni vtis«

5. Konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
Splošni vtis	Priporočal bom IFRM.	0,595	0,770	0,877	0,590
	Na IFRM se bom še vrnil.		0,635	0,797	
	Izkoristil bi samoplačniške storitve.		0,469	0,685	

V tabeli 12 ugotavljamo razmeroma nizko vrednost Cronbach α (0,595) v primerjavi z drugimi konstrukti, saj je vrednost pod 0,6.

4.7.4.6 Analiza konstrukta »Zadovoljstvo«

V šestem konstrukt je bilo vključenih šest trditev. Kot lahko vidimo, je bila ena trditev izključena. Kaiser-Mayer-Olkinovo (KMO) merilo primernosti vzorca (KMO = 0,808) kaže, da so podatki primerni za faktorsko analizo. Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da ima v šestem konstrukt en faktor lastno vrednost večjo kot 1, in sicer 3,169 ter da skupaj pojasnjuje 63,374 % variance. Iz analize je bila izključena trditev, ki se je nanašala na opremljenost prostorov s sodobnimi aparaturami (Priloga 5, Tabela 6).

Tabela 13: Zanesljivost, komunalitete, factorske uteži in KMO za konstrukt »Zadovoljstvo«

6. Konstrukt	Trditve	Cronbach α	Komunalitete	Faktorske uteži	KMO
Zadovoljstvo	Kakovost in strokovnost pri storitvah.	0,842	0,74	0,860	0,808
	Dostopnost, lokacija oddelka in urejenost ter čistoča.		0,670	0,818	
	Izvajanje terapij ob dogovorjenem času.		0,641	0,8	
	Občutek pozitivne klime med osebjem		0,640	0,8	
	Sprejem v administraciji		0,478	0,692	

V tabeli 13 vidimo, da je Cronbach α 0,842.

4.8 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1. Pacienti so v splošnem nadpovprečno zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor.

Hipotezo 1 sem preverjala s trditvijo »Na splošno sem zadovoljen/a s fizioterapevtskimi storitvami v UKC MB«.

Tabela 14: Analiza splošnega zadovoljstva

»Na splošno sem zadovoljen/a z IFRM v UKC MB.«	Število	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
	152	4,35	0,555	0,045

Tabela 14 prikazuje povprečno vrednost trditve »Na splošno sem zadovoljen/a s fizioterapevtskimi storitvami v UKC MB« (4,35), ki je med vsemi povprečnimi vrednostmi med nižjimi, ampak je kljub temu zelo visoka. S pomočjo t-testa sem ugotovila, da so pacienti na splošno nadpovprečno zadovoljni z IFRM ($p=0,000$). Trditev je imela povprečno oceno zadovoljstva višja kot 4 in je statistično značilna. (Priloga 6, Tabela 1).

Hipoteza 2. Na stopnjo zadovoljstva pacientov vpliva:

- **2a:** odnos fizioterapevta do pacienta pri izvajanju fizioterapevtskih storitev,

- **2b:** značilnosti pacienta, kot so spol, starost, izobrazba.

Hipotezo 2 sem preverjala z analizo 152 vprašalnikov, ker 3 pacienti niso odgovorili na vprašanje o splošnem zadovoljstvu. S pomočjo korelacijske analize sem preverjala, če katera od zgoraj naštetih značilnosti vpliva na zadovoljstvo pacientov.

Tabela 15: Analiza zadovoljstva pacientov z odnosom fizioterapevta do pacienta pri izvajanju fizioterapevtskih storitev

Korelacija		Zadovoljstvo	»Odnos fizioterapevta do pacienta«
Zadovoljstvo	Pearsonova korelacija	1	0,490
	Sig. (2-tailed)		,000
»Odnos fizioterapevta do pacienta«	Pearsonova korelacija	0,490	1
	Sig. (2-tailed)	,000	

S korelacijsko analizo sem potrdila, da na stopnjo zadovoljstva statistično pomembno vpliva odnos fizioterapevta do pacienta ($p = 0,000$).

Hipotezo 2b sem preverjala s pomočjo trditve »Na splošno sem z oddelkom zadovoljen/a« Iz tabele 16 je razvidno, da so tako moški kot ženske izrazili zelo visoko stopnjo zadovoljstva z oddelkom na splošno, kar prikazujeta povprečni oceni, ki sta nad 4.

Tabela 16: Analiza vpliva spola na splošno zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami

Trditev	Spol	Število	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
"Na splošno sem z oddelkom zadovoljen/a."	ženski	76	4,39	,568	,065
	moški	76	4,30	,542	,062

Iz tabele je razvidno, da se splošno zadovoljstvo z oddelkom na vzorcu ne razlikuje glede na spol, kar sem z uporabo t-testa tudi potrdila in ugotovila, da statistično značilnih razlik v splošnem zadovoljstvu glede na spol ni. ($p = 0,308$) (Priloga 6, Tabela 2)

Tabela 17: Analiza vpliva starosti na zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami

Zadovoljstvo /starost	Število	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
18-29	17	4,24	0,437	0,106
30-40	50	4,32	0,551	0,078

se nadaljuje

Zadovoljstvo /starost	Število	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
41-50	40	4,30	0,608	0,096
51-60	24	4,54	0,509	0,104
61-70	12	4,42	0,669	0,193
71-80	9	4,33	0,500	0,167
Skupaj	152	4,35	0,555	0,045

Iz tabele je razvidno, da so starejši od 50 let nekoliko bolj zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami kot mlajši. V glavnem so bili vsi zadovoljni in zelo zadovoljni, samo 5 pacientov mlajših od 50 let je bilo delno zadovoljnih. Ugotavljamo, da statistično pomembnih razlik med zadovoljstvom in starostjo ni ($p = 0,521$), (Priloga 6, Tabela 3).

Tabela 18: Analiza vpliva izobrazbe na zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami

Zadovoljstvo / izobrazba	Število	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
OŠ	9	4,22	0,833	0,278
Poklicna ali srednja	83	4,46	0,525	0,058
Višja ali visoka	49	4,20	0,539	0,077
Magisterij	5	4,20	0,447	0,200
Doktorat	4	4,50	0,577	0,289
Brez odgovora	1	4,00		
Skupaj	151	4,35	0,556	0,045

Iz tabele opazimo, da je povprečna ocena zadovoljstva nižje izobraženih nekoliko višja (4,34) kot pri tistih z višjo izobrazbo (4,30). Vzrok temu bi lahko bil, da imajo tisti z višjo izobrazbo višja pričakovanja glede standardov storitev. Skupna povprečna ocena zadovoljstva glede na izobrazbo je zelo visoka, in sicer 4,35. Ta razlika tudi na populaciji ni statistično pomembna ($p = 0,154$), (Priloga 6, Tabela 4).

Hipoteza 3. Pacienti so nadpovprečno zadovoljni z dostopnostjo in urejenostjo IFRM – v posameznih raziskavah so opisovali, da je stopnja zadovoljstva nižja zaradi slabšega dostopa.

Hipotezo 3 sem preverjala s 1. konstruktom anketnega vprašalnika, kjer so bile trditve, ki so ocenjevale dostopnost/urejenost oddelka.

Tabela 19: Analiza zadovoljstva z dostopnostjo/urejenostjo oddelka

DOSTOPNOST / UREJENOST ODDDELKA	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
	4,39	,776	,0666

Tabela 19 prikazuje povprečno vrednost celotnega konstrukta (4,39), ki je med vsemi povprečnimi vrednostmi ostalih konstruktov med najnižjimi. V tabeli 3 na strani 46 vidimo, da so pacienti najnižjo povprečno oceno namenili trditvi »Invalidom je omogočen enostaven dostop brez ovir.« Prostor oddelka so v kletnih prostorih, na razpolago je eno manjše dvigalo, zaradi gradbenih del, ki potekajo znotraj in zunaj stavbe, je onemogočen dostop z vozilom neposredno do oddelka. Glede na to, da so pacienti velikokrat tudi gibalno ovirani, verjamem, da se s to trditvijo niso mogli najbolj strinjati. Najvišjo povprečno oceno so pacienti namenili trditvi »Udobje in čistost v prostoru, kjer sem imel(a) terapijo, je bila primerna« (4,68).

S pomočjo t-testa sem ugotovila, da so pacienti nadpovprečno zadovoljni z dostopnostjo/urejenostjo oddelka ($p=0,000$) (Priloga 6, Tabela 5). Na vseh trditvah je povprečna ocena zadovoljstva višja kot 4 in je statistično značilna.

Hipoteza 4. Pacienti so z oddelkom zadovoljni in IFRM priporočajo drugim ter se vračajo na oddelek, če fizioterapevtske storitve ponovno potrebujejo.

Tabela 20: Analiza splošnega vtisa pacientov o IFRM v UKC MB

»Splošni vtis«	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
	4,59	,2152	,391

Iz tabele 20 je razvidno, da je povprečna ocena 5. konstrukta, ki je ocenjeval splošni vtis o oddelku, nadpovprečno visoka, saj je bila 4,59.

Tabela 21: Analiza splošnega vtisa o IFRM za posamezno trditev v 5. konstrukt

	Povprečje	Standardni odklon	Standardna napaka
Priporočal(a) bom oddelek za fizioterapijo v UKC Maribor tudi svojim sorodnikom/znancem.	4,66	,0462	,575
Če bom potreboval(a) še kdaj fizioterapevtske storitve, se bom vrnil(a) v to ustanovo.	4,75	,0445	,554
Na splošno sem zadovoljen/a s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Mb.	4,35	0,555	0,045

Tabela 21 prikaže povprečne vrednosti po posameznih trditvah. Roush, Scott in Drake (2007) so zapisali, da so te tri trditve najpogosteje uporabljene v raziskavah o pacientovem zadovoljstvu s fizioterapevtskimi storitvami. S pomočjo *t-testa* je bilo ugotovljeno, da je povprečna ocena vsaj 4, statistično značilna ($p < 0,05$) (Priloga 6, Tabela 6). Hipotezo 4 tako potrdim.

Hipoteza 5. Kakovost storitev ima pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacientov – čim bolj kakovostnih storitev bodo pacienti deležni, bolj bodo zadovoljni z rezultati oziroma izidom rehabilitacije.

To hipotezo sem preverjala z enostavno linearno regresijo. Pri enostavni linearni regresiji preučujemo linearni vpliv ene neodvisne spremenljivke (kakovost) na odvisno (zadovoljstvo). Korelacijski koeficient lahko zavzame vrednosti od -1 do +1. Kvadrat korelacijskega koeficienta pokaže, kolikšen del celotne variance odvisne spremenljivke je pojasnjen z linearno zvezo med odvisno in neodvisno spremenljivko.

Tabela 22: Ocena korelacije in koeficienta β

Model	R	R ²	Popravljen R ²	Stand. napaka ocene
Kakovost	,714	,509	,506	,39004
Odvisna spremenljivka: Zadovoljstvo				
Model		Standardizirani koeficient	t	Sig.
		Beta		
1	konstanta		136,934	,000
	Kakovost	,714	12,481	,000

Na podlagi korelacijskega koeficienta R iz tabele 22 ugotavljam, da je povezanost med spremenljivkama kakovost in zadovoljstvo pozitivna in močna. Determinacijski koeficient (R²) pokaže, da je delež pojasnjene variance 50,9 %. Vrednost β je statistično značilna in zato lahko hipotezo 5 potrdim.

4.9 Ugotovitve in predlogi za izboljšanje

Glavne ugotovitve raziskave (Tabela 24). Raziskovalni del magistrske naloge je potekal na Inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (IFRM) v UKC Maribor. V anketi je sodelovalo 155 pacientov, ki so v vprašalniku ocenjevali zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami v UKC MB. Pacienti so v splošnem zelo zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami, ki jih opravljamo na IFRM v UKC MB. Anketiranci izražajo nadpovprečno zadovoljstvo v vseh posameznih konstrukcijskih, saj je v vsakem povprečna ocena zadovoljstva višja kot 4. Ugotavljali smo, ali na stopnjo zadovoljstva vpliva odnos

fizioterapevta do pacienta in ali na stopnjo zadovoljstva vplivajo demografske značilnosti, kot so spol, starost in izobrazba. Ugotovili smo, da je v 3. konstrukt, ki ocenjuje odnos fizioterapevta do pacienta, najvišja povprečna ocena zadovoljstva in sicer 4,76. Najvišjo povprečno oceno (4,92) sta v tem konstrukt dobili trditvi, ki ocenujeta urejenost, prijaznost in spoštljivost fizioterapevtov. Tudi pri analizi hipoteze smo ugotovili, da odnos fizioterapevta pomembno vpliva na zadovoljstvo pacientov. Pri analizi sociodemografskih lastnosti (spol, starost, izobrazba) pa nismo ugotovili statistično pomembnih razlik glede na zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami. Pacienti so zelo zadovoljni tudi z dostopnostjo in urejenostjo na IFRM. Svoje splošno zadovoljstvo kažejo tudi z zelo visokimi ocenami pri trditvah, da bodo oddelek priporočali drugim in da se bodo vračali na IFRM, če bodo fizioterapevtske storitve še potrebovali. Prav tako smo ugotovili, da ima kakovost storitev pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacientov s storitvami.

Tabela 23: Pregled hipotez in njihova potrditev

Hipoteza	Potrditev
Hipoteza 1. Pacienti so v splošnem nadpovprečno zadovoljni s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor.	DA
Hipoteza 2. Na stopnjo zadovoljstva pacientov vpliva:	
2a: odnos fizioterapevta do pacienta pri izvajanju fizioterapevtskih storitev,	DA
2b: značilnosti pacienta, kot so spol, starost, izobrazba.	NE
Hipoteza 3. Pacienti so nadpovprečno zadovoljni z dostopnostjo in urejenostjo IFRM.	DA
Hipoteza 4. Pacienti so z oddelkom zadovoljni in IFRM priporočajo drugim ter se vračajo na oddelek, če fizioterapevtske storitve ponovno potrebujejo.	DA
Hipoteza 5. Kakovost storitev ima pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacientov.	DA

- **Podrobnejša analiza ugotovitev raziskave**

V raziskavi je sodelovalo 155 anketirancev, ki so glede na spol skoraj enakomerno porazdeljeni (78 žensk in 77 moških). Največjo starostno skupino so predstavljali pacienti stari med 30-40 let, najmanj jih je bilo v starostni skupini med 71-80 let. Dokončano srednjo šolo ali manj je imelo 60,4 % vseh pacientov, preostali so imeli dokončano višjo izobrazbo ali več. Glede na ekonomsko aktivnost jih je bilo 111 (71,6 %) delovno aktivnih, bodisi zaposlenih ali samozaposlenih, sledili so upokojenci z 18,1 %. Fizioterapevtske obravnave v UKC MB so bili anketiranci v glavnem deležni zaradi stanja po poškodbi (73,5 %). Ugotovili smo, da je največ moških v starosti do 50 let obiskovalo fizioterapijo zaradi poškodbe. Na prvi pregled pri zdravniku jih je največ čakalo od 1 do 3 tedne in sicer 68 (43,9 %). 30 anketiranih je na prvi pregled čakalo približno 1 mesec ali več. Tudi čakalna doba na začetek terapije je bila za 55% anketiranih dva tedna ali več.

V drugem delu smo analizirali dogajanja v času obiskovanja postopkov fizioterapije:

- Anketirani so najbolj zadovoljni z odnosom fizioterapevta do pacienta. Prijaznost, spoštljivost in urejenost fizioterapevta ter varnost med storitvami pacientom pomenijo največ. Nekoliko nižje zadovoljstvo so pokazali ob trditvi, ki opisuje, da ima fizioterapevt dovolj časa za pacienta. Glede na to, da so v ambulantnem delu IFRM časovni normativi za posamezne obravnave in da se le-te izvajajo v različnih prostorih ter da so pacienti vezani na določene termine, se dejansko ne moreš posvetiti pacientu več, kot je predpisano. Nekoliko lažje je pri obravnavi pacienta v kabinetu. Zelo zadovoljni so bili tudi z izvajanjem storitev v skladu z dogovorjenim časom, da ni bilo nepotrebne čakanja.
- Zelo visoko zadovoljstvo so izkazali tudi pri ocenjevanju kakovosti in strokovnosti pri izvajanju storitev. Strokovne in kakovostne storitve so pomembne za zadovoljstvo pacientov in uspešnost končnega izida rehabilitacije. Tega se fizioterapevti zavedajo in se stalno izpopolnjujejo in izobražujejo ter tako vzdržujejo in nadgrajujejo svoje znanje.
- Presenetljivo visoko povprečno oceno so namenili trditvi o primernosti temperature v prostorih (4,46), ker je bila raziskava narejena v zimskih mesecih. Prostori, kjer se izvajajo fizioterapevtske storitve, v glavnem niso klimatizirani. Pogoji dela in udobja se za paciente kot fizioterapevte v toplejših mesecih zelo poslabšajo, saj temperature v prostorih zaradi visokih zunanjih temperatur presegajo slovenske standarde glede temperature zraka v delovnih prostorih, ki ne sme presegati 28 stopinj.
- Občutek pozitivne klime med osebjem je bilo tudi zelo visoko ocenjen na lestvici zadovoljstva. Tudi v literaturi, ki smo jo pregledali, je kar nekaj študij opisovalo oceno klime oziroma komunikacije med osebjem. Na splošno so bili pacienti s tem zelo zadovoljni.
- Nekoliko nižje zadovoljstvo je bilo prikazano s sprejemom v administraciji, kjer je bila povprečna ocena 4,2. V sprejemno pisarno pride dnevno zelo veliko pacientov. Tja se pridejo naročiti na prvi pregled, nato še na sprejem za pregled pri zdravniku in kontrolo po končani fizioterapevtski obravnavi. Velikokrat je lahko razlog za nezadovoljstvo ravno termin, ki ga dobijo za prvi pregled ali morda kakšno doplačilo zaradi neurejenega zdravstvenega zavarovanja ali čakanje v sami čakalnici.
- Kljub temu, da se na IFRM v UKC MB trudijo, da bi oddelek opremili s sodobnimi aparaturami, so z opremljenostjo pacienti nekoliko manj zadovoljni. Razumljivo je, da je trenutno situacija takšna, da nekih večjih investicij v novejšo opremo ni možna ali pa je vsaj okrnjena. Želje in pričakovanja so tudi večja tako iz strani pacientov kot zaposlenih.

V tretjem delu analize vprašalnika smo analizirali zanesljivost in veljavnost posameznih konstruktov. Kot je bilo že omenjeno, je Cronbach α koeficient, ki ocenjuje zanesljivost, in je njegova vrednost od 0 do 1. Če gre za vrednost med $0,6 \leq 0,8$, gre za srednje visoko zanesljivost. V naši raziskavi je vidno, da so vrednosti Cronbach α v tem območju pri

konstrukti, ki merijo kvaliteto storitev (0,678) in organiziranost oddelka (0,723). Višjo vrednost od 0,8 in s tem visoko stopnjo zanesljivosti pokažejo konstrukti, ki ocenjujejo dostopnost/urejenost(0,888) in odnos fizioterapevta do pacienta (0,847). Nizka vrednost, pod 0,6, je v konstruktu, ki meri splošni vtis (0,595). Nizka vrednost tega konstrukta je lahko zaradi nizkega števila trditev ali njihove slabe povezanosti.

Na koncu vprašalnika je bila dana možnost, da so pacienti dopisali svoje predloge, pobude, mnenje, pritožbe in pohvale. Naj samo navedem nekaj najpogostejših:

- Pohvala in zahvala vsem.
- Kakovost in strokovnost je bila odlična.
- Pozitiven odnos do dela.
- Prijaznost, točnost fizioterapevtov.
- Obvezna klimatizacija prostorov.
- Izboljšati dostopnost za invalide.
- Premalo garderobnih prostorov in zasebnosti pri preoblačenju.
- Nabava sodobnejših aparatov.

Na podlagi teoretičnih znanj in rezultatov empirične raziskave lahko podam nekaj predlogov za izboljšanje ugotovljenega stanja:

- Na IFRM bi bilo potrebno čimprej uvesti ISO standarde, ki so že v fazi pridobivanja. Le tako so lahko rezultati in kakovost dela merljivi in primerljivi z drugimi dobrimi praksami, lahko pa bi tudi sproti ocenjevali kazalnike zadovoljstva. V primeru, da standardi kakovosti niso doseženi, bi lahko takoj sprožili ukrepe za odpravo vzrokov za nastanek. Vodstvo in vsi zaposleni bi morali biti s tem seznanjeni.
- Tako v naši raziskavi kot v preučeni literaturi smo videli, da na stopnjo zadovoljstva pacienta v veliki meri vpliva odnos osebja do pacientov. Kljub nadpovprečni oceni letega, se mora to nadgrajevati z dodatnim izobraževanjem v smislu komunikacije in medosebnih odnosov, da se bo stanje še izboljšalo. To bi naredili z organiziranjem delavnic, ki bi zaposlene ozaveščale o pomenu komunikacije fizioterapevt-pacient, o pomenu zadovoljstva pacientov. Dobro bi bilo izobraziti zaposlene tudi v smislu prepoznavanja slabosti zadovoljstva in čimprejšnjega ukrepanja, da bi se stopnja zadovoljstva ponovno dvignila. Prav tako bi zaposleni morali biti poučeni, kako ravnati v primeru, da pride do nesporazumov ali konfliktne situacije. Več znanja s področja mediacije med pacienti in zaposlenimi. Predvsem pa ne smemo pozabiti, da moramo vključevati tudi pacienta samega.
- Po oceni anketiranih je delo opravljeno strokovno in so storitve kakovostne. Fizioterapevte motivirati k stalnemu poklicnemu razvoju s pridobivanjem novih znanj iz področja fizioterapije z obiskovanjem tečajev, seminarjev in delavnic.
- Izboljšava informacijske tehnologije – sistem naročanja na začetek fizioterapevtske

obravnave je delno že uveden, ni pa urejenega računalniškega naročanja na prvi in kontrolni pregled pri zdravniku. Sistem naročanja na posamezne terapije bi morali urediti tako, da bi bilo na tem mestu lahko zaposleno administrativno osebje in ne fizioterapevt, kot je to sedaj, le-ta bi se osredotočil na delo s pacientom. Ta sistem bi se moral čimprej vzpostaviti, da bi bila preglednost večja, boljša, hkrati pa bi morali uvesti možnost naročanja preko interneta oziroma elektronske pošte. S tem bi se zmanjšalo nezadovoljstvo s čakanjem v administraciji. Prav tako bi bilo potrebno obstoječo dokumentacijo (fizioterapevtsko poročilo, izkaznica o predpisani fizioterapiji) posodobiti v digitalno obliko. S tem bi bila boljša zaščita in varnost podatkov o pacientu, prav tako bi se izognili ustnemu in pisnemu prenašanju ter izgubi pomembnih podatkov o poteku in izidu fizioterapevtske obravnave. Beleženje, vrednotenje, spremljanje in analiziranje podatkov bi bilo izboljšano.

- Večji poudarek na urejenosti in prenovi prostorov – Zaposleni se trudijo, da so prostori urejeni in da se pacientu zagotovi zasebnost. Kljub temu bi bilo potrebno postopno prenoviti nekatere prostore, kjer se odvijajo obravnave in je več pacientov naenkrat v prostoru (telovadnica, elektroterapija), da se jim zagotovi več zasebnosti pri izvajanju obravnave.
- Razmišljati bi bilo potrebno tudi o zaposlenih – število zaposlenih glede na obseg dela in število pacientov je premalo. Potrebno bi bilo ponovno oceniti obremenitve zaposlenih in postaviti novo sistemizacijo oziroma organizacijo oddelka. Prav tako bi bilo potrebno izvesti raziskavo o zadovoljstvu med zaposlenimi.
- Za izvedbo raziskave je bil narejen nov merski inštrument za merjenje zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami. Inštrument bi lahko uporabili za raziskavo zadovoljstva vsaj enkrat letno in o rezultatih obveščali vodstvo in zaposlene na IFRM. Sproti bi lahko ugotavljali pomanjkljivosti in vprašalnik tudi posodabljali. Glede na razširjeno možnost uporabe računalniške in mobilne tehnologije, bi bilo dobro uvesti tudi možnost izpolnjevanja spletne ankete. S tem bi še lažje in hitreje spoznavali želje, pričakovanja, oceno dela in tudi morebitne slabosti glede zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami. Na podlagi pridobljenih informacij bi lahko vodstvo in ostali zaposleni na IFRM še lažje postavljalo strategije razvoja oddelka, izboljšalo organiziranost oddelka, izdelalo smernice za kakovostne storitve.

SKLEP

Zadovoljstvo pacientov je eden od pokazateljev kakovosti storitev in je pomemben dejavnik za izvajalce zdravstvenih storitev. Storitve v zdravstvu so specifične, ker so težko merljive. Kljub temu, da je bila stopnja zadovoljstva na IFRM zelo visoka, se moramo zavedati, da je potrebno kakovost ohranjati oziroma še povečevati. Proces ocenjevanja zadovoljstva bi moral postati stalen. S pomočjo pregleda domače literature smo ugotovili, da je področje analize zadovoljstva s fizioterapevtskimi storitvami zelo slabo pokrito. Sploh na slovenskem področju nisem našla nobene raziskave iz tega področja, ki bi bila objavljena. V tuji literaturi je tega več in imajo tudi različne anketne vprašalnike. Očitno se

v tujini bolj zavedajo pomembnosti povratnih informacij, ki jih dobijo od uporabnikov fizioterapevtskih storitev. Vprašalniki se razlikujejo po tem, ali je bila anketa izvedena v javni zdravstveni ustanovi (bolnišnice) ali zasebni (samoplačniške storitve). Ker je v tujini tudi sistem financiranja zdravstvenih storitev drugačen kot pri nas, nismo mogli prevesti in uporabiti nobenega vprašalnika. Razvili smo nov merski inštrument za oceno posameznih sestavin kakovosti storitev in zadovoljstva, ki ima zelo dobro mero zanesljivosti in veljavnosti. Ugotovitve in rezultate, ki smo jih dobili, ne moremo posploševati na celotno populacijo, saj je vzorec premajhen. Pomembno bi bilo, da bi se podobne študije, ki bi ocenjevale zadovoljstvo s fizioterapevtskimi storitvami izvajale tudi v drugih zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, torej ne samo v UKC ali bolnišnicah, tudi v zdravstvenih domovih, pri fizioterapevtskih koncesionarjih, na inštitutu za rehabilitacijo Republike Slovenije in drugih ustanovah, kjer se ukvarjajo s fizioterapevtskimi storitvami. Povsod bi bilo potrebno uporabiti enoten, standardiziran in veljaven vprašalnik, saj bi šele tako lahko naredili primerjavo med posameznimi inštitucijami. Poleg vprašalnika je potreben tudi dovolj velik vzorec, da bi lahko prišli do rezultatov, ki bi pokazali dejansko stanje. Rezultati bi morali biti predstavljeni na spletnih straneh inštitucij kot informacije javnega značaja, tako da bi se pacienti lahko tudi na podlagi le-teh odločili, kje bodo obiskovali fizioterapijo naslednjič, če jo bodo še potrebovali.

Zavedati se moramo, da če je kakovost storitev danes dobra, ni nujno, da bo dobra tudi jutri. Kakovost je odvisna tudi od same ustanove in sistema zdravstva v državi. Javnost zahteva vedno več, boljše in še kvalitetnejše storitve. Izboljševanje kakovosti nas uči, da je s sistematičnim delom, vključitvijo tako zaposlenih, pacientov in vseh ostalih, možno še izboljšati izide našega dela in s tem še povečati zadovoljstvo uporabnikov storitev.

LITERATURA IN VIRI

1. Bastič, M. (2006). *Metode raziskovanja*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
2. Bateson, J. E. G., & Hoffman, K. D. (1999). *Essentials of Services Marketing*. Fort Worth: The Dryden Press.
3. Beattie, P. F, Pinto, M. B, Nelson, M. K, & Nelson, R. (2002). Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy:Instrument Validation. *Physical therapy*, 82(7), 557–565.
4. Beattie, P., Turner, C., Dowda, M., Michener, L., & Nelson, R. (2005a). The MedRisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care: A psychometric analysis. *Journal of Orthopaedics & Sports Physical Therapy*, 35(1), 29–31.
5. Bohinc, M. (1999). Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*, 33, 159–163.
6. Casserley-Feeney, S. N., Phelan, M., Duffy, F., Roush, S, Cairns, M. C., & Hurley, D. A. (2008). Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. Najdeno 15. marca 2012 na spletnem naslovu <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/9/50>
7. Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68.
8. Čepulič, U. (2003). *Kakovost storitev in zadovoljstvo porabnikov na področju kulture* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
9. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
10. Damjan, J., & Možina, S. (1999). *Obnašanje potrošnikov*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
11. Danaher, P. J., & Mattsson, J. (1994). Customer Satisfaction during the Service Delivery Process. *European Journal of Marketing*, 28(5), 5–14.
12. Dema, H. (2009). *Analiza poslovnega okolja v zdravstvu* (diplomsko delo). Koper: Fakulteta za management.
13. Devreux, I., Jacquerye, A., Kittel, F., Elsayed, E., & Al-Awa, B. (2012). Benchmarking of patient satisfaction with physical rehabilitation services in various hospitals of Jeddah. *Life Science Journal*, 9(3), 73–78.
14. Dickens, P. (1994). *Quality and Excellence in Human Services*. New York: John Willey.
15. Gabrovec, B. (2011). *Zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev v centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Celje* (magistrsko delo). Celje: Fakulteta za logistiko.
16. Goldstein, M. S., Elliott, S. D., & Guccione, A. A. (2000). The Development of an Instrument to Measure Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy*, 80(9), 853–863.

17. Goričan, A. (2009). *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera* (magistrsko delo). Koper: Fakulteta za management.
18. Grönroos, C. (2000). *Service management and marketing: a customer relationship management approach*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
19. Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: meta-analysis. *Soc Sci Med*, 30(7), 811–818.
20. *Hertford Physiotherapy - Patient Satisfaction Survey*. Najdeno 30. junija 2014 na spletnem naslovu <http://www.hertford-physio.co.uk/Patient-Satisfaction-Survey-7764.asp?page=7764>
21. Hills, R., & Kitchen, S. (2007a). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(5), 243–254.
22. Hills, R., & Kitchen, S. (2007b). Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(5), 255–271.
23. Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. G. (1997). *Essentials of Services Marketing*. Fort Worth: The Dryden Press.
24. Horvat, N. (2007). *Razvoj vprašalnika za vrednotenje bolnikovega zadovoljstva z lekarniškimi storitvami* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za farmacijo.
25. Hush, J. M., Cameron, K., & Mackey, M. (2011). Patient Satisfaction with Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 91(1), 25–36.
26. Hush, J.M, Yung, V., Mackey, M., Wand, B., Adams, R., Nelson, R., & Beattie, P. (2011). Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 20(4), 201–208.
27. Jain, K. S., & Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. *Vikalpa*, 29(2), 25–37.
28. Kamau, W. P. (2005). Patient satisfaction with physiotherapy services with low back pain at selected hospitals in Kenya. Najdeno 28. februarja 2012 na spletnem naslovu <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/disertace/fyzioterap172masters.pdf>
29. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). *Uravnotežen sistem kazalnikov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
30. Kasper, H., van Helsdingen, P., & Gabbot, M. (2006). *Services marketing management: a strategic perspective*. New York: John Wiley.
31. Kersnik, J. (2001). *Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine* (doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
32. Kersnik, J. (2003). *Bolnik v slovenskem zdravstvu – Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
33. Kersnik, J. (2010). *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

34. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., & Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
35. Kotler, P. (1996). *Marketing Management (Trženjsko upravljanje)*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
36. Kotler, P. (2004). *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba.
37. Kovačič, P. (2008). *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
38. Mahdzir, M. N., & Ismail, A. (2012). Patient satisfaction with services in physiotherapy clinics: a cross sectional study at teaching hospitals in Klang Valley. Najdeno 18. maja 2013 na <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/S2/A15>
39. Marolt, J., & Gomišček, B. (2005). *Management kakovosti*. Kranj: Moderna organizacija.
40. Medonca, KMPP., & Guerra R. O. (2007). Development and validation of an instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy. *Rev. bras. fisioter.* 11(5), 369–376.
41. Mihalič, T. (2003). *Uvod v trženje v turizmu* (3. izd.). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
42. Milfelner, B. (2008). *Model vpliva trženjskih virov na tržno in finančno uspešnost organizacije* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
43. Monnin, D., & Perneger, T. V. (2002). Scale to Measure Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy*, 82(7), 682–691.
44. Mrak, B. (2002). Kakovostno delovanje nepridobitnih – nevladnih organizacij kot osnovni pogoj za obstanek in njihov nadaljnji razvoj: primer Taborniške organizacije v Sloveniji. Management, kakovost, razvoj. *Zbornik 2. strokovnega posveta Visoke šole za management v Kopru z mednarodno udeležbo* (str. 169–176). Koper: Visoka šola za management.
45. Mudie, P., & Pirrie, A. (2006). *Services Marketing Management* (3rd ed.). Oxford: Elsevier Ltd.
46. Odebiyi, D. O., Aiyejusunle, C. B., Ojo, T. S., & Tella, B. A. (2009). Comparison of Patients' Satisfaction with Physiotherapy Care in Private and Public Hospitals. *Journal of the Nigeria society of physiotherapy*, 17, 23–29.
47. Oermann, C. M., Swank, P. R., Sockrider, M. M. (2000). Validation of an instrument measuring patient satisfaction with chest physiotherapy techniques in cystic fibrosis. *Chest*, 118, 92–97.
48. Olatunji, T. O., Ogunlana, M. O., Bello, M. A., & Omobaanu, S. O. (2008). Assessment of patients satisfaction with physiotherapy care. *Journal of the Nigeria society of physiotherapy*, 16(1), 11–15.
49. Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
50. Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.

51. Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40
52. *Patient Satisfaction Questionnaire*. Najdeno 20. februarja 2011 na spletnem naslovu <http://sitkaphysicaltherapy.com/questionnaire.shtml>
53. Pogačnik, A. (2008). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: DZS.
54. Pokorny, B., Ribarič Lasnik, C., Šalej, M., & Šterbenk, E. (2007). *Osnove znanstveno raziskovalnega dela* (6. dop. Izd.). Velenje: Inštitut za ekološke raziskave ERICO.
55. Potočnik, V. (2004). *Trženje storitev s primeri iz prakse* (2. izd.). Ljubljana: Gospodarski vestnik.
56. Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). Identifying physiotherapist and patient expectations in private practice physiotherapy. *Physiotherapy Canada*, 55(4), 195–202.
57. Ritonja, S. A. (1997). Management in kakovost: Kako obvladati kakovost zdravstvene dejavnosti. *Organizacija*, 30(1), 42–48.
58. Ritonja, S. A. (1998). Osnovni principi TQ in TQM. Izboljševanje kakovosti v zdravstvu. *ISIS*, 2.
59. Robida, A., Yazbeck, A. M., Kociper, B., Mate, T., & Marušič, D. (2006). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
60. Rodica, B. (2012). *Raziskovalno delo v zdravstveni negi*. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
61. Roush, S. E., Scott, C., & Drake, M. (2007). The Reliability and Validity of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey: A Replication Study. *HPA Journal*, 7(2), 1–10.
62. Roush, S. E., Sonstroem, R. J. (1999). Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Physical Therapy*, 79(2), 159–170.
63. Sadeq, M. M., & Adib, S. M. (2002). Satisfaction with physiotherapy among patients at a general hospital in Kuwait. *Saudi Med J*, 23(8), 981–985.
64. Skela Savić, B. (2002). Zadovoljstvo bolnikov – kazalec kakovosti v zdravstvu. V Vukovič, G. ur., *Management in Evropska Unija* (str. 1449–1455). Kranj: Moderna organizacija.
65. Snoj, B. (1992). *Storitve v menjalnih procesih in model primerjalne analize njihove kakovosti na primeru zdravilišč Republike Slovenije* (doktorska disertacija). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
66. Snoj, B. (1998). *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
67. Šifrer, J. (2013). *Metode merjenja zanesljivosti in veljavnosti konstrukta »Mnenje državljanov o spoštovanju zakonov«* (magistrsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
68. Škabar, P. (2013). *Analiza dejavnikov odločanja porabnikov pri izbiri šole vožnje* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
69. Šostar, A. (2000). *Management kakovosti*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
70. Šuklar, S. (2010). *Vpliv motivacije na kakovost storitev v zdravstvu* (diplomsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.

71. Toth, M. (2006). Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva. *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 22(2), 40–47.
72. Tread, F. V. (2000). Physiotherapists approaches to low back pain education. *Physiotherapy*, 86(8), 430–432.
73. UKC Maribor. (2007). Poročilo organizacijski klimi in zadovoljstvu zaposlenih 2007. Najdeno 1. julija 2013 na spletnem naslovu http://www.ukc-mb.si/uploads/media/SiOK_2007_01.pdf
74. UKC Maribor. (2012a). Letno poročilo za leto 2012. Najdeno 27. junija 2013 na spletnem naslovu http://www.ukc-mb.si/uploads/media/letno_porocilo_2012-2.pdf
75. UKC Maribor. (2012b). Raziskava mnenja. Najdeno 12. maja 2014 na spletnem naslovu <http://www.ukc-mb.si/bolnitsnica/informacije-javnega-znacaja/raziskava-mnenja>
76. Ware, J. E., Snyder, M. K., & Wright, W. R. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*, 6(3–4), 247–263.
77. Winsted, F. K. (2000a). Patient satisfaction with medical encounters – a cross-cultural perspective. *International Journal of Service Industry Management*, 11(5), 399–421.
78. Winsted, F. K. (2000b). Service behaviors that lead to satisfied customers. *European Journal of Marketing*, 34(3/4), 399–417.
79. Wisniewski, M. (2001). Using SERQUAL to assess customer satisfaction with public sector services. *Managig Service Quality*, 11(6), 380–388.
80. Zdravstvena fakulteta Ljubljana. (2012). Lik fizioterapevta. Najdeno 23. aprila 2012 na spletnem naslovu http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/Fizioterapija/03_Lik_FT.pdf
81. Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (1996). *Services Marketing*. New York: McGraw- Hill.
82. Zelenika, R. (1998). *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Rijeka: Ekonomski fakultet.
83. Zrimšek, S. (2006). *Ugotavljanje kriterijev za segmentiranje uporabnikov storitev v zdravstvu* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
84. Zupančič, V. (2008). *Dvig kakovosti zdravstvenih storitev* (diplomsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
85. Židanik, M. (2000). Odnos med bolnikom in njegovim terapevtom. *Viceversa*, 30, 26–34.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Vprašalnik	1
Priloga 2: Soglasje komisije Republike Slovenije za medicinsko etik.....	6
Priloga 3: Soglasje UKC Maribor za izvedbo raziskave	7
Priloga 4: Analiza demografskih značilnosti vzorca	8
Priloga 5: Faktorska analiza posameznih konstruktov	11
Priloga 6: Testna statistika.....	13

Priloga 1: Vprašalnik

VPRAŠALNIK O ZADOVOLJSTVU S FIZIOTERAPEVTSKIMI STORITVAMI V UKC MARIBOR

Spoštovani!

Vljudno vabljeni k sodelovanju v raziskavi magistrskega dela na podiplomskem študiju na Ekonomski fakulteti v Ljubljani, ki bo ovrednotila zadovoljstvo pacientov s fizioterapevtskimi storitvami na Inštitutu za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (IFRM) v UKC Maribor. S tem vprašalnikom želim ugotoviti, kakšni so vaši vtisi o IFRM, kje so po vašem mnenju prednosti in tudi slabosti IFRM. Zavedamo se pomena zadovoljstva pacientov in si vsi zaposleni želimo še izboljšati kakovost storitev.

Vljudno prosimo, da vsako vprašanje in trditev preberete, ocenite ter odgovorite prav na vsako vprašanje, ker **je pomemben vsak odgovor, tudi vaš.**

Anketa je anonimna in zaupani podatki se bodo uporabili samo za izvedbo raziskave. Z njo imate priložnost izraziti svoje resnično mnenje in tako prispevati k možnostim za izboljšave.

Na vprašanja v prvem sklopu odgovarjate tako, da **samo en pravilen odgovor** s križcem označite v kvadratu.

1. Kako ste izbrali ustanovo (UKC Maribor), kjer ste obiskovali fizioterapijo?

- Odločila/a sem se sam/a
- Napotil me je specialist (kirurg, ortoped, nevrolog, ...)
- Napotil me je osebni zdravnik
- Svetovali so mi svojci / znanci
- Ni bilo druge možnosti

2. Ali ste na fizioterapiji v UKC Maribor prvič?

- Da
- Ne

Če ste odgovorili z ne, vas prosim, če navedete, kolikokrat ste že bili v fizioterapevtski obravnavi _____

3. Zaradi kakšnih težav ste prišli na fizioterapijo?

- Poškodba
- Bolezen (možganska kap, revma, bolečina v križu ali vratu, ...)

Drugo (napišite): _____

4. Na prvi pregled pri zdravniku so vas naročili. Koliko časa ste čakali, da ste prišli na prvi pregled?

- Bil/a sem takoj na vrsti
- Manj kot en teden
- En do tri tedne
- Približno en mesec
- Več kot en mesec
- Ne vem natančno

5. Kako dolgo ste čakali na začetek prve terapije?

- Bil/a sem takoj na vrsti
- Čakal/a sem en teden
- Čakal /a sem dva tedna
- Čakal/a sem tri tedne
- Drugo / koliko (napišite) _____

V nadaljevanju vam posredujem nekaj trditev in prosim, da nanje odgovorite tako, da v kar največji meri izrazite svoje stališče ali mnenje do posamezne trditve. Vprašalnik je sestavljen iz več sklopov trditev, nanj odgovorite tako, da obkrožite eno izmed številčk v razponu od 1 do 5. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo SPLOH NE STRINJATE in ocena 5, da se s trditvijo POPOLNOMA STRINJATE.

DOSTOPNOST / UREJENOST ODDELKA	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
Na razpolago je bilo dovolj aparatov za izvajanje fizioterapevtskih postopkov.	1	2	3	4	5
Lokacija oddelka za fizioterapijo je jasno označena s smerokazi, z obvestilnimi tablamami in s podobnim.	1	2	3	4	5
Dostopnost do oddelka je enostavna.	1	2	3	4	5
Invalidom je omogočen enostaven dostop brez ovir.	1	2	3	4	5
Udobje in čistost v prostoru, kjer sem imel(a) terapijo, je bila primerna.	1	2	3	4	5
Temperatura zraka, kjer se izvaja terapija, je bila primerna.	1	2	3	4	5

Pri vstopu in izstopu iz bazena je ustrezno poskrbljeno za varnost.	1	2	3	4	5	Ne poznam
ORGANIZIRANOST ODDELKA	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam	
Brez težav sem se naročil/a za termine obiskov na fizioterapiji.	1	2	3	4	5	
Vse predpisane terapije so bile dobro razporejene.	1	2	3	4	5	
Obravnava ni bila nikoli odpovedana s strani fizioterapevta.	1	2	3	4	5	
Na obravnavo v posamezen prostor sem prišel/a ob dogovorjeni uri.	1	2	3	4	5	
Fizioterapevti se trudijo, da ne čakam po nepotrebnem.	1	2	3	4	5	

ODNOS FIZIOTERAPEVTA DO PACIENTA PRI IZVAJANJU FIZIOTERAPEVTSKIH STORITEV	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
Fizioterapevt/ka je bila/a do mene prijazen/a in spoštljiv/a.	1	2	3	4	5
Med fizioterapevtskimi storitvami sem se počutil/a varno.	1	2	3	4	5
Fizioterapevt/ka ima dovolj časa za pacienta.	1	2	3	4	5
Fizioterapevt/ka mi pri svojem delu daje občutek natančnosti.	1	2	3	4	5
Fizioterapevt/ka zaupno ravna z mojimi zdravstvenimi podatki.	1	2	3	4	5
Fizioterapevt(ka) je razumel(a) moje težave zaradi bolezn ali poškodbe.	1	2	3	4	5
Med postopki fizioterapije je bila spoštovana moja zasebnost.	1	2	3	4	5
Fizioterapevt(ka) je bil(a) urejen(a).	1	2	3	4	5

KAKOVOST FIZIOTERAPEVTSKIH STORITEV	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
Fizioterapevti imajo dovolj strokovnega znanja, da lahko izvajajo kakovostne storitve.	1	2	3	4	5
Pred prvo obravnavo mi je fizioterapevt(ka) ustrezno razložil(a) postopek delovanja posamezne terapije.	1	2	3	4	5
Navodila (pisna/ustna), ki mi jih je posredoval/a fizioterapevt/ka so mi bila v veliko pomoč pri izvajanju vaj in drugih dnevnih aktivnosti v domačem okolju.	1	2	3	4	5

SPLOŠNI VTIS	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
Priporočal(a) bom oddelek za fizioterapijo v UKC Maribor tudi svojim sorodnikom/znancem.	1	2	3	4	5
Če bom potreboval(a) še kdaj fizioterapevtske storitve, se bom vrnil(a) v to ustanovo.	1	2	3	4	5
Če bi bila možnost samoplačniške fizioterapevtske storitve na oddelku v UKC Maribor, bi si kakšno plačal/a sam/a.	1	2	3	4	5
Na splošno sem z IFRM v UKC Mb zadovoljen/a .	1	2	3	4	5

Ob prihodu na fizioterapijo ste imeli določena pričakovanja. Sedaj vašo obravnavo zaključujete z določenimi vtisi oziroma zaznavami stanja na oddelku. Prosim vas, da mi zaupate za vsako od sestavin kakovosti v spodnji tabeli, v kolikšni meri so bila vaša pričakovanja izpolnjena oziroma ste bili zadovoljni s storitvami. Ocenjevanje poteka na lestvici od 1 do 5, kjer posamezne ocene pomenijo:

- 1 - sploh nisem bil/a zadovoljna, ker pričakovanja sploh niso bila dosežena
- 2 - nisem bil/a zadovoljna
- 3 - nekaj srednjega (delno zadovoljen/a)
- 4 - pričakovanja so bila dosežena in sem zadovoljen/a
- 5 - pričakovanja so bila presežena in sem zelo zadovoljen/a

	Sploh nisem zadovoljen	Nisem zadovoljen	Nekaj srednjega	Sem zadovoljen/a	Zelo zadovoljen/a
Sprejem v administraciji	1	2	3	4	5
Kakovost in strokovnost pri izvajanju fizioterapevtskih storitev	1	2	3	4	5
Izvajanje storitev v skladu z dogovorjenim časom	1	2	3	4	5
Dostopnost, lokacija oddelka in urejenost ter čistoča na IFRM	1	2	3	4	5
Opremljenost prostorov s sodobnimi aparaturami	1	2	3	4	5
Občutek pozitivne klime med zdravstvenim osebjem	1	2	3	4	5

Spol

Ženski Moški

Starost

18 do 29	30 do 40	41 do 50	51 do 60	61 do 70	71 do 80	Več kot 80

Kakšna je vaša izobrazba?

Nedokončana osnovna šola	Osnovna šola	Poklicna ali srednja šola	Višja ali visoka šola	Magisterij	Doktorat	Brez odgovora

Kakšna je vaša ekonomska aktivnost?

Dijak / študent	Zaposlen	Samozaposlen	Nezaposlen	Upokojenec	Brez odgovora

Prosim, da napišete svoje predloge, pobude, mnenje, pritožbe in pohvale

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem!

Ksenija Kmetič

Priloga 2: Soglasje komisije Republike Slovenije za medicinsko etik

Slika 1: Soglasje komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Ksenija Kmetič, dipl. fiziot.
Ul. Dušana Mravljaka 29
2000 Maribor

Štev.: 78/10/13
Datum: 15. 11. 2013

Spoštovana gospa Kmetič,

Komisiji za medicinsko etiko (KME) ste 23. 10. 2013 poslali v oceno predlog raziskave z naslovom:

“Analiza zadovoljstva pacientov s fizioterapevtskimi storitvami v UKC Maribor.”
Raziskovalna naloga v okviru magistrskega študija *Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu* na Ekonomski fakulteti UL, mentor izr. prof. dr. Tomaž Kolar, EF UL.

KME je na seji 29. oktobra 2013 ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva, in Vam s tem izdaja svoje soglasje.

Lep pozdrav,

prof. dr. Jože Trontelj
predsednik Komisije RS za medicinsko etiko

Naslov:
Prof. dr. Jože Trontelj, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, telefon 01/ 522 1525.
Tone Žakelj, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, telefon 01/ 522 1509.
Telefaks 01/ 522 1533, naslova za elektronsko pošto: joze.trontelj@kclj.si, tone.zakelj@kclj.si
Spletni naslov: <http://www.kme-nmec.si/>

Priloga 3: Soglasje UKC Maribor za izvedbo raziskave

Slika 2: Soglasje UKC Maribor za izvedbo raziskave

SOGLASJE ZAVODA K IZVEDBI RAZISKAVE V KLINIČNEM OKOLJU

Zdravstveni/socialni /drugi zavod: UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): PRIM. DOC. DR. GREGOR PIVEC, DR. MED.

tel.: _____, e-naslov: _____

Študentu/ki: KSENIJI KMETIČ (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah šole in izven
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave

V primeru, da izvedbe raziskave ne dovoljujete, prosimo navedite razloge za vašo odločitev:

Navedite morebitne omejitve pri raziskovanju z vaše strani, predloge idr.:

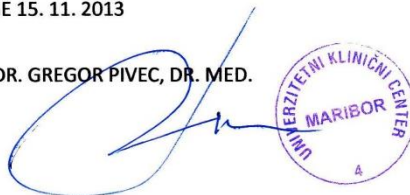
Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite skiep organa v zavodu, ki je dal
soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):
V PRILOGI

Soglasje k izvedbi raziskave je podal organ zavoda (navedite organ, številko sklepa in datum):

KOMISIJA ZA MEDICINSKO ETIKO ŠT.: 78/10/13 Z DNE 15. 11. 2013

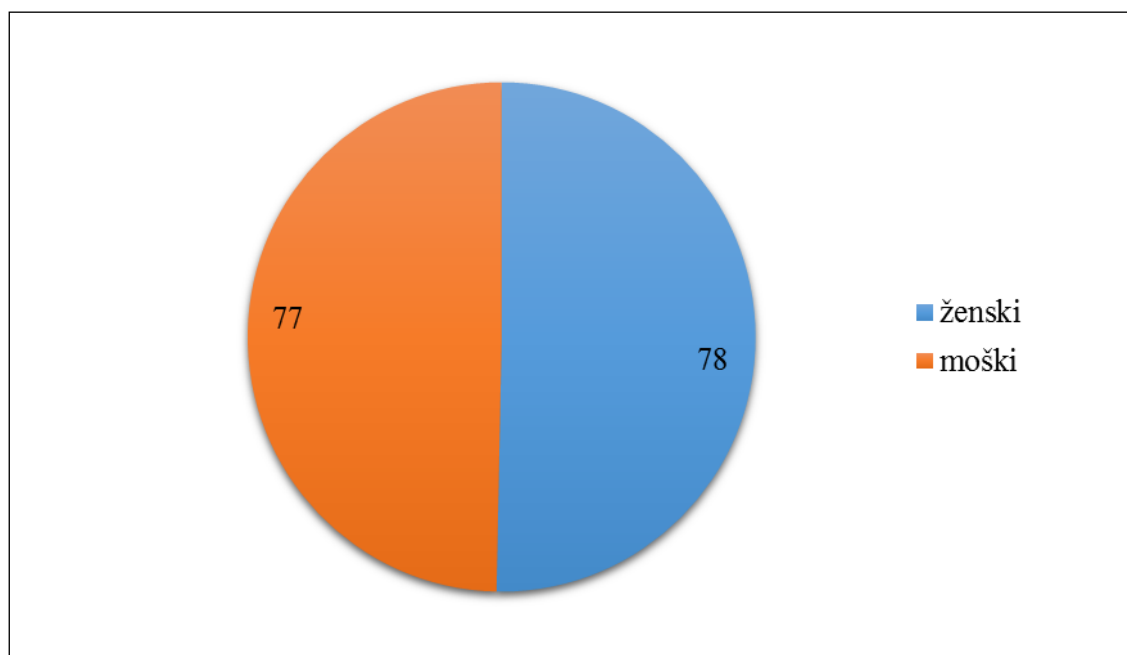
Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: PRIM. DOC. DR. GREGOR PIVEC, DR. MED.

Kraj in datum: MARIBOR, 10. 1. 2014

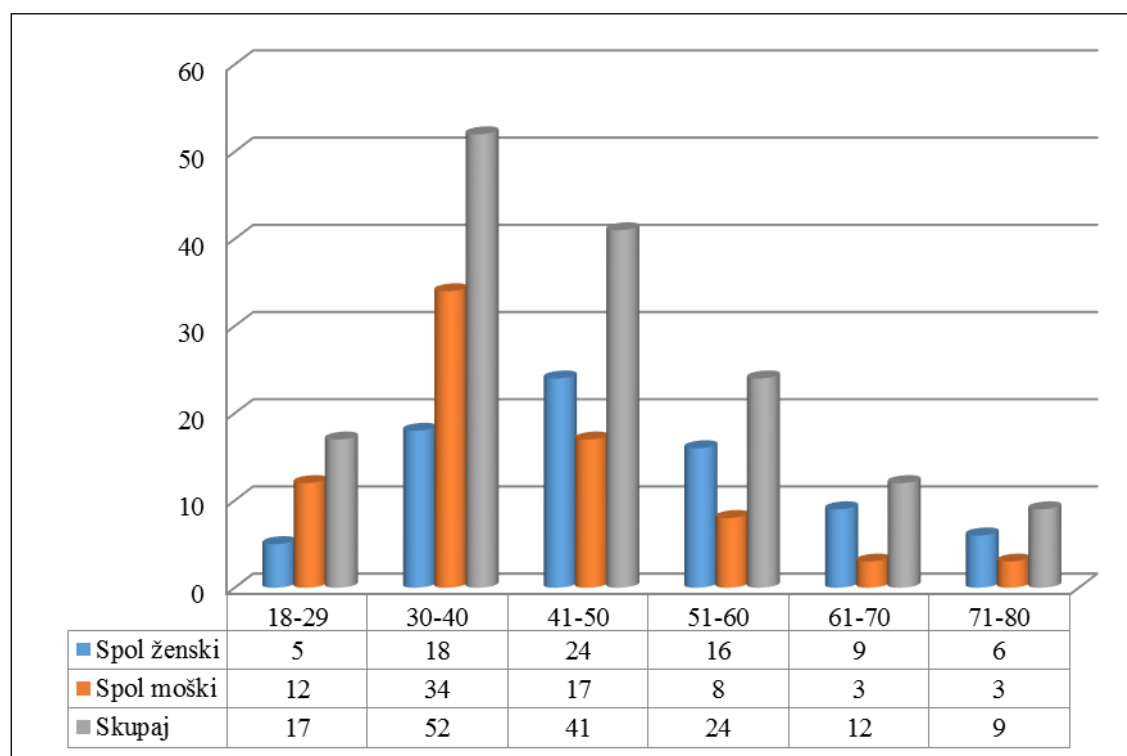


Priloga 4: Analiza demografskih značilnosti vzorca

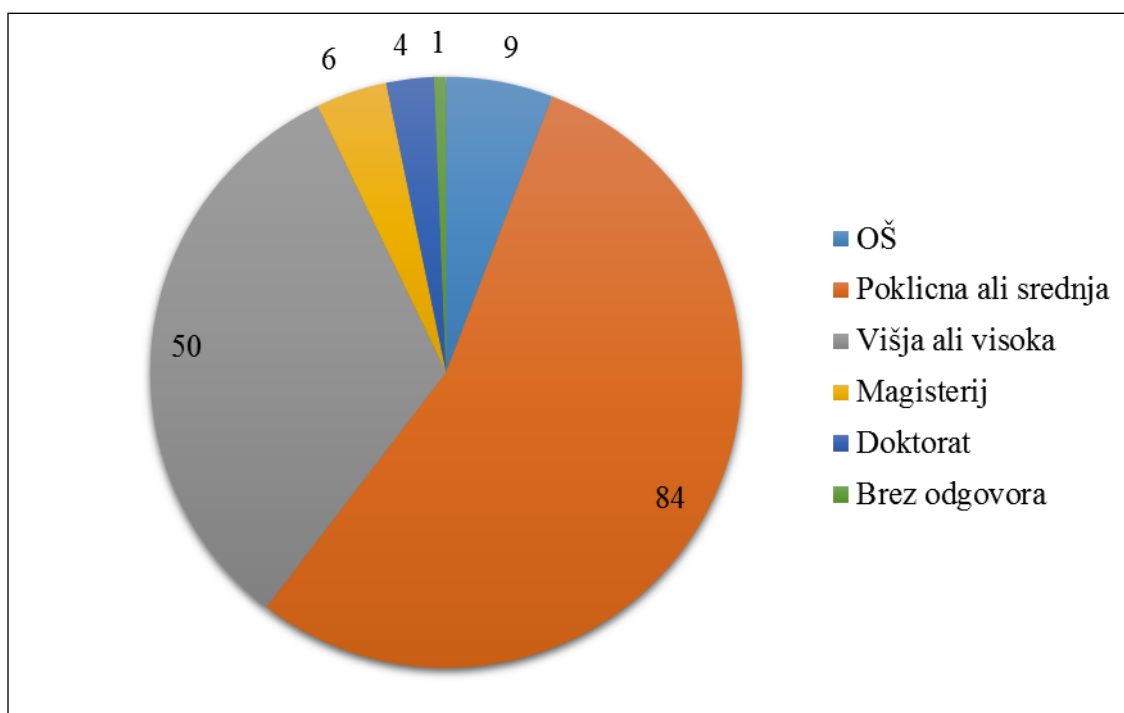
Slika 3: Sociodemografski podatki glede na spol



Slika 4: Sociodemografski podatki glede na starost/spol



Slika 5: Sociodemografski podatki glede na izobrazbo



Slika 6: Sociodemografski podatki glede na ekonomsko aktivnost

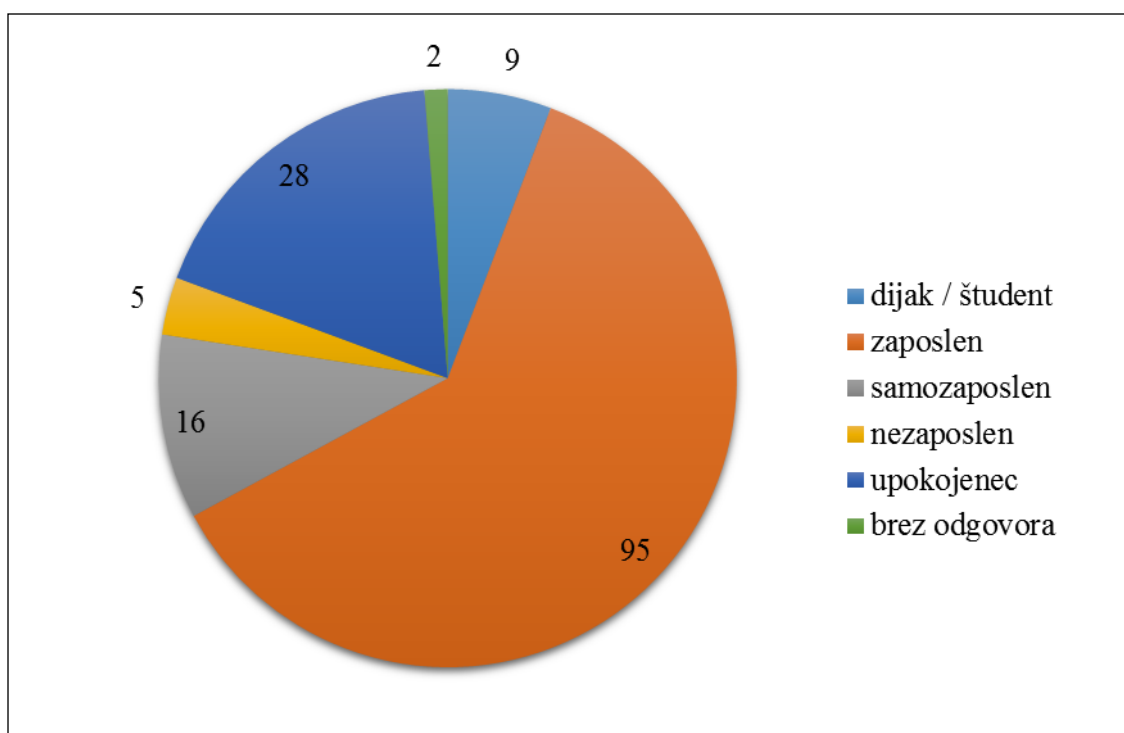
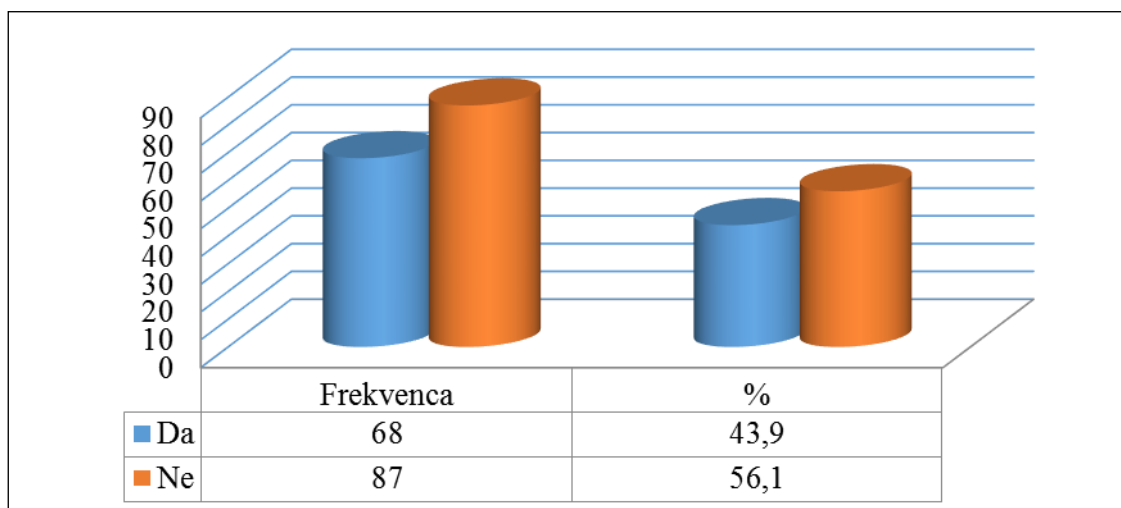


Tabela 1: Povezava med spolom, starostjo in vzrokom za obisk fizioterapije

Zaradi kakšnih težav ste prišli na fizioterapijo? * Spol * Starost				
Starost		Spol		Total
		ženski	moški	
18-29	Poškodba	5	11	16
	Bolezen	0	1	1
	Skupaj	5	12	17
30-40	Poškodba	14	33	47
	Bolezen	4	1	5
	Skupaj	18	34	52
41-50	Poškodba	10	11	21
	Bolezen	14	6	20
	Skupaj	24	17	41
51-60	Poškodba	12	7	19
	Bolezen	4	1	5
	Skupaj	16	8	24
61-70	Poškodba	5	2	7
	Bolezen	4	1	5
	Skupaj	9	3	12
71-80	Poškodba	3	1	4
	Bolezen	3	2	5
	Skupaj	6	3	9
Skupaj	Poškodba	49	65	114
	Bolezen	29	12	41
	Skupaj	78	77	155

Slika 7: Porazdelitev pacientov glede vprašanja, ali so prvič na fizioterapiji v UKC Maribor



Priloga 5: Faktorska analiza posameznih konstruktov

Tabela 2: Lastne vrednosti in deleži pojasnjene variance spremenljivk konstrukta »Dostopnost/urejenost oddelka«

Faktor	Lastna vrednost			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	4,277	61,099	61,099	4,277	61,099	61,099
2	,887	12,668	73,767			
3	,725	10,351	84,118			
4	,438	6,257	90,376			
5	,315	4,502	94,877			
6	,257	3,669	98,547			
7	,102	1,453	100,000			

Tabela 3: Lastne vrednosti in deleži pojasnjene variance spremenljivk konstrukta »Organiziranost oddelka«

Faktor	Lastna vrednost			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	1,985	66,174	66,174	1,985	66,174	66,174
2	,703	23,449	89,623			
3	,311	10,377	100,000			

Tabela 4: Lastne vrednosti in deleži pojasnjene variance spremenljivk konstrukta »Odnos fizioterapevta do pacienta«

Faktor	Lastna vrednost			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	4,452	55,656	55,656	4,452	55,656	55,656
2	,933	11,664	67,320			
3	,722	9,029	76,349			
4	,567	7,089	83,438			
5	,436	5,452	88,890			
6	,361	4,511	93,401			
7	,329	4,111	97,511			
8	,199	2,489	100,000			

*Tabela 5: Lastne vrednosti in deleži pojasnjene variance spremenljivk konstrukta
»Kvaliteta storitev«*

Faktor	Lastna vrednost			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	1,523	76,153	76,153	1,523	76,153	76,153
2	,477	23,847	100,000			

Tabela 6: Lastne vrednosti in deleži pojasnjene variance spremenljivk konstrukta »Splošni vtis«

Faktor	Lastna vrednost			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	1,874	62,470	62,470	1,874	62,470	62,470
2	,746	24,874	87,343			
3	,380	12,657	100,000			

*Tabela 7: Lastne vrednosti in deleži pojasnjene variance spremenljivk konstrukta
»Zadovoljstvo«*

Faktor	Lastna vrednost			Rotirana vsota kvadratov		
	Skupaj	% Variance	Kumulativni %	Skupaj	% Variance	Kumulativni %
1	3,169	63,374	63,374	3,169	63,374	63,374
2	,662	13,235	76,609			
3	,503	10,050	86,659			
4	,418	8,368	95,027			
5	,249	4,973	100,000			

Priloga 6: Testna statistika

Tabela 8: T-test za potrditev hipoteze 1.

Testna vrednost = 4				
Zadovoljstvo	t	df	Sig.(2-stranski)	Povprečna razlika
	7,745	151	,000	,34868

Tabela 9: Neodvisni t-test zadovoljstva pacientov glede na spol

		Levene's Test za enakost varianc		t-test za enakost povprečij				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Zadovoljstvo	Enakost varianc	1,696	,195	1,023	150	,308	,09211	,09003
	Neenakost varianc			1,023	149,685	,308	,09211	,09003

Tabela 10: ANOVA test za zadovoljstvo pacientov glede na starostne skupine

Zadovoljstvo / Starost					
	Vsote kvadratov	df	Kvadrati	F	Sig.
Med skupinami	1,306	5	,261	,843	,521
Znotraj skupin	45,214	146	,310		
Skupaj	46,520	151			

Tabela 11: ANOVA test za zadovoljstvo pacientov glede na izobrazbo

Zadovoljstvo / Izobrazba					
	Vsote kvadratov	df	Kvadrati	F	Sig.
Med skupinami	2,480	5	,496	1,638	,154
Znotraj skupin	43,917	145	,303		
Skupaj	46,397	150			

Tabela 12: T-test za konstrukt »Dostopnost/urejenost«

Testna vrednost = 4				
Dostopnost/urejenost	t	df	Sig.(2-stranski)	Povprečna razlika
	8,466	154	0,000	0,40538

Tabela 13: T-test za konstrukt »Splošni vtis«

Testna vrednost = 4				
Splošni vtis	t	df	Sig. (2-stranski)	Povprečna razlika
	16,246	151	,000	,59211