

Ελληνικό Περιοδικό  
Διοίκηση  
Αθλητισμού & Αναψυχής

Hellenic Journal  
of Sport & Recreation  
Management

2015  
Volume 12 (1), 35- 50



Ελληνικό Περιοδικό Διοίκηση Αθλητισμού & Αναψυχής  
τόμος 12 (1), 35-50  
Δημοσιεύτηκε: Ιούλιος, 2015

Hellenic Journal of Sport & Recreation Management  
Volume 12 (1), 35-50  
Released: July, 2015



Ελληνική Εταιρία  
Διοίκησης Αθλητισμού

Hellenic Association  
for  
Sport Management

<http://www.elleda.gr>  
ISSN 1791-6933



**Αξιολόγησης της Ποιότητας των Υπηρεσιών  
σε Κέντρα Αποκατάστασης Υγείας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας**

Κουθούρης, Χ., & Εξάρχου, Β.

Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Περίληψη**

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η καταγραφή και η αξιολόγηση των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα των κέντρων αποκατάστασης υγείας της περιοχής της Θεσσαλίας. Τα κέντρα αποκατάστασης υγείας αποτελούν κομμάτι της αγοράς του πρώτου και δεύτερου βαθμού ιατρικής περίθαλψης και αποτελούν χώρο απασχόλησης πολλών φοιτητών και αποφοίτων Πανεπιστημιακών και Τεχνολογικών ιδρυμάτων της χώρας μας. Στη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο αξιολόγησης των Brady και Cronin (2001) το οποίο προσαρμόστηκε στο αντικείμενο των ιατρικών υπηρεσιών κέντρων υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστήριξαν: α) δε σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις αντιλήψεις ασθενών των δύο φύλων και των τριών ηλικιακών ομάδων ( $p > .05$ ) για το επίπεδο της ποιότητας. Επίσης δε σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον παράγοντα 'ικανοποίηση' των ασθενών από την παροχή των θεραπευτικών υπηρεσιών και στον παράγοντα 'προφορική επικοινωνία', β) αντίθετα η υποομάδα «παντρεμένοι» ασθενείς σημείωσαν υψηλότερες τιμές αναφορικά της ποιότητας από την υποομάδα «ανύπαντροι» ασθενείς ( $p < .01$ ), γ) αναφορικά της χρονικής διάρκειας της θεραπείας, ασθενείς με μεγαλύτερη παραμονή στα κέντρα αποκατάστασης σημείωσαν υψηλότερες τιμές στον παράγοντα 'ικανοποίηση' ( $p < .05$ ), δ) ασθενείς που χειρουργήθηκαν δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι συνολικά από τον εξοπλισμό, το προσωπικό και τη διοίκηση ( $p < .05$ ), ε) τέλος αναφορικά του τύπου του ιατρικού κέντρου θεραπείας, τα αποτελέσματα της έρευνας υποστήριξαν ότι τα ιδιωτικά κέντρα υπερτερούν σε ποιότητα ( $p < .001$ ) σε σχέση με τα δημόσια κέντρα θεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας συζητούνται με στόχο την υποβολή προτάσεων για τη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν τα ιατρικά κέντρα Θεσσαλίας προς τους ασθενείς τους. Επιπλέον η ανάλυση της αντίληψης των ασθενών από τους διοικούντες των κέντρων υγείας, θα κατευθύνει σε χάραξη στρατηγικής και εύρεσης αποτελεσματικότερων λύσεων προσέλκυσης νέων ασθενών αλλά και ικανοποίησης των ήδη υπάρχοντων, καθώς ο ανταγωνισμός στα κέντρα υγείας ιδιαίτερα στη Θεσσαλία αυξάνεται διαρκώς. *Λέξεις κλειδιά:* ποιότητα παροχής υπηρεσιών, ικανοποίηση πελατών, προφορική επικοινωνία.

Ηλεκτρονική διεύθυνση επικοινωνίας: [kouthouris@pe.uth.gr](mailto:kouthouris@pe.uth.gr)

## Evaluating Service Quality in Health and Rehabilitation Centers in Thessaly

Kouthouris, C., & Exarchou, V.

Department of Physical Education & Sport Sciences, University of Thessaly

### Abstract

The purpose of the present study was to identify and evaluate the factors that determine the level of service quality in the field of health rehabilitation centers in Thessaly. Health rehabilitation centers are part of the market of the primary and secondary level of medical care and they are an employment area for many students and universities and technological institutions. To evaluate the quality of services, was used the Brady and Cronin (2001) model, after adaptation in the content of centers providing medical services. According to the survey results: a) there was no statistically significant difference in service quality perceptions according to demographic issues between subgroups, b) the subgroup 'married' patients scored higher than the subgroup "unmarried» patients ( $p \leq 0,01$ ), c) patients with a longer duration treatment were associated with higher scores in satisfaction ( $p < 0,05$ ), d) patients that were operated felt less satisfied from the equipment, the personnel and generally from the administration ( $p < 0,05$ ), e) yet regarding the type of medical center, the results of the investigation had argued that private centers were superior in service quality ( $p < .001$ ) compared with public treatment centers. Results are discussed with a view to presenting proposals to improve the level of service quality provided by Thessaly medical centers to their patients. Further analysis of the perception of patients by the management of the health centers, may be promote new strategies in order to attract new patients as the competition in health centers especially in Thessaly increasing gradually.

*Keywords:* service quality, customer satisfaction, word of mouth communication

e - mail: [kouthouris@pe.uth.gr](mailto:kouthouris@pe.uth.gr)

---

### Εισαγωγή

Ελληνική Πραγματικότητα και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Κατά καιρούς έχουν αναφερθεί ποικίλες απόψεις για την έλλειψη προγραμματών διασφάλισης της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος τόσο από ακαδημαϊκούς ερευνητές όσο από ειδικούς εμπειρογνώμονες αλλά και από τους απλούς πολίτες. Οι κυριότερες επισημάνσεις ατόμων που έχουν ασχοληθεί με το θέμα συνοψίζονται στα παρακάτω: α) μειωμένη εμπιστοσύνη και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας και β) έλλειψη υποδομής σε εξοπλισμό, γ) μη επαρκές σε αριθμό και επίπεδο εκπαίδευσης νοσηλευτικό προσωπικό, δ) μη ορθή καταγραφή και συστηματική αξιολόγηση των δεδομένων και των φακέλων νοσηλείας. Στην Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας (Abel-Smith, 1994), αναφέρεται ότι «δεν υφίσταται στην ουσία κανένα σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών». Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με το στόχο 31 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Το Νομοθετικό Πλαίσιο για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες έχουν δημιουργηθεί εθνικά προγράμματα δράσης για τη διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Αγγλία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία και Δανία) ενώ άλλες χώρες έχουν συμπεριλάβει σχετικές διατάξεις στη νομοθεσία τους (Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία και Ιταλία). Στην Ελλάδα μια συστηματική και οργανωμένη κρατική προσπάθεια στον τομέα αυτό επιχειρείται για πρώτη φορά με τη ψήφιση του Νόμου 2519/97, ΦΕΚ 165/Α/1997 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το*

*φάρμακο και άλλες διατάξεις*». Ο νόμος αφορούσε στην κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών (άρθρο1) και τη σύσταση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (άρθρο 9) σκοπός του οποίου ήταν: η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, η στατιστική και η οικονομική ανάλυση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα εργαστήρια, τις κλινικές, τα ιατρεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την επίβλεψη, πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων. Προβλεπόταν τα πορίσματα εξέτασης να υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας για τις κατά νόμο ενέργειες. Ακόμη η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας και η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελα ή κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Συμπερασματικά, με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες και η χώρα μας, κατοχύρωσε νομοθετικά την έννοια της ποιότητας στο χώρο της Υγείας.

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων και μειώνουν την πιθανότητα των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, με δεδομένη την τρέχουσα γνώση (Grohar & Murray, 1997). Σύμφωνα με τον Onretveit (1990) η ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι «η ολοκληρωμένη επίτευξη των αναγκών αυτών που χρειάζονται περισσότερο τις υπηρεσίες, στο χαμηλότερο κόστος για τον οργανισμό εντός ορίων και οδηγιών που δίνονται από υψηλότερες αρχές και αγοραστές». Αυτός ο ορισμός περικλείει τρεις διαστάσεις της ποιότητας:

α) ποιότητα κατά τον πελάτη: Αφορά αυτό που θέλουν οι πελάτες/ ασθενείς και οι υπεύθυνοι φροντίδας από τις υπηρεσίες (άτομα και πληθυσμοί). Μία υπηρεσία υγείας που θα έδινε στους πελάτες μόνο αυτό που ήθελαν θα μπορούσε να έχει μια κακή επαγγελματική ποιότητα,

β) επαγγελματική ποιότητα: Αναφέρεται στο κατά πόσο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες, όπως αυτές καθορίζονται από τους επαγγελματίες προμηθευτές. Έχει επίσης να κάνει με το εάν πραγματοποιούνται σωστά τεχνικές και διαδικασίες που θεωρούνται απαραίτητες για την επίτευξη των αναγκών των πελατών. Μία υπηρεσία υγείας θα μπορούσε να πετύχει και στα παραπάνω δύο, αλλά ίσως να μην ήταν αποτελεσματική, να είχε υψηλό κόστος και να μην ανταποκρινόταν στην ασφάλεια των ασθενών ή και σε άλλους κανονισμούς,

γ) διοικητική ποιότητα: Αφορά στην περισσότερο αποτελεσματική και παραγωγική χρήση των πόρων, εντός των ορίων και των οδηγιών που έχουν τεθεί από τους αγοραστές και τις υψηλότερες αρχές.

Ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος και εξαρτάται από αυτόν που τον επεξηγεί (Koch, 1992). Συγκεκριμένα για τον τομέα της υγείας αφορά κατά περίπτωση:

Για τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας: ποιότητα είναι ο βαθμός που μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του ασθενή (Donabedian, 1980). Οι απαιτήσεις βέβαια αυτές καθορίζονται από τις ανάγκες που έχει ο ασθενής αλλά και από τις προσδοκίες του και πολλές φορές από τον ίδιο τον ιατρό.

Για τον προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας: η ποιότητα καθορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφώνεται με τις προδιαγραφές απόδοσης που έχει επιλέξει η Διοίκηση (Δερβιτσιώτης 1993).

Με λίγα λόγια από την ικανότητα της να επιτυγχάνει τους στόχους που έχει θέσει. Το ερώτημα λοιπόν που τίθεται είναι εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ της έννοιας της ποιότητας στην Βιομηχανία και στον Τομέα της Υγείας. Η απάντηση είναι αυτονόητη, καθώς ο Τομέας της Υγείας εμφανίζει κάποιες ιδιαιτερότητες που συνίστανται στα εξής:

Α) Οι υπηρεσίες Υγείας είναι άυλα αγαθά: Δηλαδή δεν πρόκειται για υλικά αγαθά που παράγονται τμηματικά ύστερα από επεξεργασία, σχεδιασμό και άμεση εποπτεία σε κάθε φάση παραγωγής. Αυτή η άυλη μορφή των υπηρεσιών είναι που δεν μας επιτρέπει εύκολα να εντοπίσουμε τις ελαττωματικές φάσεις και να προβούμε σε βελτιώσεις.

Β) Άμεση παραγωγή: Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της παραγωγής της υπηρεσίας και της διάθεσής της είναι μηδενικός, σε αντίθεση με την περίπτωση παραγωγής των υλικών αγαθών. Οι υπηρεσίες «καταναλώνονται» καθώς δημιουργούνται και δεν μπορούν να αποθηκευτούν. Έτσι, χρειάζεται να αναπτυχθούν άλλοι μηχανισμοί που να μπορούν να διορθώνουν τα λάθη, την στιγμή που αυτά δημιουργούνται.

Γ) Οι Οργανισμοί Υγείας είναι χώροι εντάσεως εργασίας: δηλαδή στηρίζονται στον ανθρώπινο παράγοντα, σε αντίθεση με τις άλλες επιχειρήσεις που είναι χώροι εντάσεως κεφαλαίου, όπου η παραγωγή εξαρτάται κυρίως από τα διαθέσιμα τεχνολογικά μέσα.

Δ) Είναι δύσκολο να προβλέψουμε τις ανάγκες των ασθενών: αφού δεν είναι τυποποιημένες και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και φυσικό περιβάλλον. Επομένως, ο Τομέας της Υγείας, χρειάζεται πριν απ' όλα πολύ καλή οργάνωση, μελέτη του πληθυσμού και συνεχή ανατροφοδότηση με τους καταναλωτές του, που είναι οι υγιείς πολίτες και οι ασθενείς.

Ε) Οι Οργανισμοί παραγωγής και διάθεσης υπηρεσιών υγείας διεκπεραιώνουν μεγάλο όγκο συναλλαγών: και επομένως η πιθανότητα λάθους είναι αυξημένη. Εξάλλου ένα λάθος στον Τομέα της Υγείας έχει συνήθως μεγαλύτερο αντίκτυπο από ένα λάθος παραγωγής ενός προϊόντος, που απλά δεν θα ξαναχρησιμοποιήσει ο καταναλωτής.

ΣΤ) Ο καταναλωτής υλικών προϊόντων έχει δικαίωμα επιλογής: μεταξύ ανταγωνιστικών προϊόντων και όταν δεν ικανοποιείται από την ποιότητά του, το δείχνει έμπρακτα με το να πάψει να το αγοράζει. Από την άλλη μεριά, πληρώνει ο ίδιος άμεσα το κόστος με την αγορά του προϊόντος. Απεναντίας, στον Τομέα της Υγείας, την ζήτηση την διαμορφώνει ο ίδιος ο γιατρός, ενώ ο ασθενής έχει μικρή, ή καμιά πληροφόρηση σχετικά με την υπηρεσία που του προσφέρεται. Εξάλλου, εξαιτίας της ασφάλισης, ο ασθενής δεν πληρώνει άμεσα το κόστος, το οποίο αγνοεί πολλές φορές. Ως εκ τούτου, το κόστος δεν αποτελεί το πρωτεύον κριτήριο αγοράς μιας υπηρεσίας.

Ζ) Η παραγωγή και διάθεση των καταναλωτικών προϊόντων υφίστανται τους νόμους της αγοράς: δηλαδή τον ανταγωνισμό και την διεκδίκηση κάποιου μεγαλύτερου μεριδίου αγοράς. Αντίθετα, ο Τομέας της Υγείας, τουλάχιστον για τα ευρωπαϊκά δεδομένα δεν στηρίζεται στον ανταγωνισμό, αλλά στον μονοπωλιακό χαρακτήρα του.

Η) Τα προϊόντα υπόκεινται στην διαδικασία του μάρκετινγκ: που στόχο έχει τον επηρεασμό του καταναλωτή.

Οι παραπάνω είναι ιδιαιτερότητες του Τομέα της Υγείας και διαφοροποιούν τον ορισμό της ποιότητας. Σύμφωνα λοιπόν με την βιβλιογραφία, η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας είναι:

Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που απορρέουν από την διαδικασία περίθαλψης.

Η μεγιστοποίηση του επιδιωκόμενου αποτελέσματος για τον κάθε ασθενή, που απορρέει από την ευαισθητοποίηση και την εστίαση του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας, στις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του, κατά τρόπο αποτελεσματικό και αποδοτικό.

Ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.

Ολοένα και περισσότερο γίνεται αποδεκτό ότι η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η σύνδεσή της με την ικανοποίηση του ασθενή είναι το κλειδί για την επιβίωση οποιουδήποτε Οργανισμού. Ο ανταγωνισμός \_σήμερα αλλά και πάντα\_ επιβάλλει την ολική ποιότητα ως τον αντικειμενικό στόχο ενός οργανισμού, αφού όλα τα άλλα ακολουθούν ως συνέπειες. Για να εδραιωθεί η κουλτούρα της ολικής ποιότητας είναι απαραίτητες οι εξής προϋποθέσεις:

Δέσμευση της Διοίκησης για συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Είναι καθήκον της Διοίκησης να δημιουργήσει τις σωστές συνθήκες και το κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρηση της ποιότητας. Η δέσμευση αποδεικνύεται μέσα από τις πράξεις από πολύ νωρίς. Αυτό απαιτεί, μεταξύ άλλων, και μια δέσμευση όσον αφορά τη μόρφωση, την εκπαίδευση και επανεκπαίδευση του προσωπικού σε τεχνικές βελτίωσης της ποιότητας ξεκινώντας από τα ανώτατα στελέχη.

Επιστημονική γνώση: όταν χρησιμοποιούνται τα απαραίτητα επιστημονικά εργαλεία μπορεί να επισημανθεί άμεσα η αιτία μιας δυσλειτουργίας, προλαμβάνοντας έτσι ένα μεγαλύτερο πρόβλημα, ενώ διευκολύνεται ο καταμερισμός των ευθυνών και προάγεται η επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων.

Ανάμιξη του ανθρώπινου παράγοντα: Όλο το προσωπικό έχει να αναλάβει κάποιο ρόλο, επειδή πάντοτε η αλυσίδα της ποιότητας οικοδομείται από πολλές διεργασίες που σχετίζονται μεταξύ τους και είναι εξίσου σημαντικές. Τα πραγματικά κίνητρα που λειτουργούν μακροπρόθεσμα είναι το να αισθάνεται κανείς υπερήφανος για τη δουλειά του και να έχει συμμετοχή στην επίτευξη της τελειότητας.

Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και ικανοποίηση των ασθενών: στοιχεία από τη διεθνή και ελληνική εμπειρία. Σειρά ερευνητών έχει προτείνει κατά καιρούς θεωρητικά μοντέλα αξιολόγησης της παρεχόμενης ποιότητας με πλέον διαδεδομένο το μοντέλο των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988). Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις συνθήκες νοσηλείας δεν είναι το μόνο μέλημα καθώς η έκβαση της θεραπείας των ασθενών και ο τεχνικός εξοπλισμός αναδεικνύονται μακροπρόθεσμα σε κρίσιμες παραμέτρους για τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο χώρο της υγείας. Όσα χρήματα και εάν δαπανηθούν, εάν αυτά δεν καταμεριστούν σωστά ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και την αποστολή του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, οι ελλείψεις θα συνεχίσουν αν υπάρχουν, όπως και η δυσαρέσκεια των ασθενών.

Σε άλλη μελέτη έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς των δημοσίων νοσοκομείων εστιάζουν περισσότερο στα ιατρικά -νοσηλευτικά ζητήματα και λιγότερο στην επικουρική υποστήριξη (διαμονή), ενώ εστιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ικανοποίησή τους στις υπηρεσίες σε σχέση με τους θεράποντες ιατρούς. Στον ιδιωτικό τομέα σε γενικές γραμμές ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών για τους ιατρούς τους δε διαφέρει, ενώ οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη σημασία στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό και εκφράζουν παράπονα για τη συναισθηματική κατανόηση από μέρος του προσωπικού, δοθέντος και του κόστους νοσηλείας στον ιδιωτικό τομέα. Σε συγκεκριμένους τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ή χειρουργικές επεμβάσεις, όπου απαιτούνται πολλές φιάλες αίμα οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι (Sloan, Dansey, Zamorano, Barger, Hamm, Diaz, & Baynes, 2000).

Συνεπώς για την αξιολόγηση της ποιότητας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες κάθε κλινικής και οι παθήσεις των ασθενών. Για παράδειγμα, οι ασθενείς στις ορθοπεδικές κλινικές θεωρούνται ασθενείς με ιδιαίτερες ανάγκες, αφού συνήθως είτε πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, είτε αναρρώνουν μετά την επέμβαση. Οι υπόλοιποι ασθενείς που αντιμετωπίζονται συντηρητικά, καλούνται να ανταπεξέλθουν κυρίως σε κινητικά προβλήματα. Αυτό πρακτικά σημαίνει σωστή προετοιμασία των ασθενών, αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, εκπαίδευσή των ασθενών πάνω σε ζητήματα φυσιοθεραπείας μετά την επέμβαση κ.α. Έχει βρεθεί ότι η έγκαιρη εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης και κινητοποίησης των ασθενών, ήδη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, περιορίζει την ανάγκη για μακρόχρονη μετεγχειρητική αγωγή και ελαχιστοποιεί τις επιπλοκές. Η κατάλληλη φροντίδα των ασθενών απαιτεί ανάλογο κτιριακό περιβάλλον, επάρκεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και σε αριθμό, αλλά και την κατάλληλη εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων στη φροντίδα του ασθενούς (Hagsten, 2004).

Θεωρητικά μοντέλα έχουν επιχειρήσει με επιτυχία την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας με πλέον διαδεδομένο το μοντέλο των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές μετά από σειρά εκτεταμένων μελετών κατέληξαν στη δημιουργία του ερευνητικού εργαλείου SERVQUAL, αποδίδοντας την ποιότητα μέσα από μια δέσμη πέντε παραγόντων και 22 θεμάτων. Η κλίμακα SERVQUAL μετρά τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των πελατών σε κάθε μία από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών και κατασκευάστηκε με βάση το «Μοντέλο των Κενών», που παρουσίασαν οι ίδιοι ερευνητές στα αρχικά στάδια της έρευνας τους (Parasuraman, Zeitham & Berry, 1988). Η κλίμακα είναι κατάλληλη για χρήση και για τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα (Babakus & Mangold, 1992). Άλλες κλίμακες όπως το SERVPERF αξιολογούν την αλληλεπίδραση, το φυσικό περιβάλλον και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από τη συμμετοχή (Cronin & Taylor, 1992). Επισημαίνεται ότι σε κάθε μελέτη θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες του δείγματος. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως και το εάν πρόκειται για ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα υγείας. Επίσης να μελετώνται πρότυπα διαπίστευσης των νοσοκομείων και να επιχειρείται η εφαρμογή τους με βάση τις ιδιαιτερότητες της κάθε νοσηλευτικής μονάδας για την επίτευξη του μέγιστου οφέλους για όλους τους εμπλεκόμενους. Το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι ασθενείς μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους. Φυσικά, από την άλλη οπτική πλευρά, η άκαμπτη εφαρμογή προτύπων ποιότητας δεν οδηγεί πάντα στη βελτίωση της θεραπείας των ασθενών. Συγκεκριμένα, σε έρευνα στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι η αυστηρή εφαρμογή πρωτοκόλλων στα πλαίσια της διαπίστευσης δεν οδήγησε στη βελτίωση της θεραπείας των ασθενών, ενώ μερικές 'προβλεπόμενες από πρωτόκολλα' πρακτικές ενδέχεται να οδήγησαν και στην επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών.

Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά, τέτοιου είδους πρακτικές περιορίζουν την ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και προβάλλουν γραφειοκρατικά και άλλα εμπόδια, τόσο στην εξυπηρέτησή τους, όσο και στην εν γένει λειτουργία του συστήματος υγείας. Διά τους ανωτέρω λόγους και ενώ συστήνεται από όλους τους φορείς η προώθηση τυποποιημένων προγραμμάτων 'ποιότητας', επισημαίνεται ότι η εφαρμογή τους πρέπει να γίνεται με προσοχή (Angelorouli, Kangis, & Babis, 1998).

Σε παλαιότερη έρευνα στην Αγγλία υποστηρίχθηκε ότι οι ασθενείς είχαν αυξημένες προσδοκίες από τον ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά την επικουρική υποστήριξη (διαμονή). Στις περισσότερες ωστόσο παραμέτρους και μετά τη νοσηλεία τους ο δημόσιος τομέας ήταν που τελικά ανταποκρινόταν «με το παραπάνω» στις έστω και περιορισμένες αρχικά προσδοκίες τους, σε σχέση πάντα με τον ιδιωτικό τομέα (Camilleri & Callaghan, 1998). Σε έρευνα στην Τουρκία το 2006 υποστηρίχθηκε ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, ενώ η σχέση με το ιατρικό προσωπικό και το μικρότερο κόστος νοσηλείας ήταν οι κυριότεροι παράμετροι κατά την αξιολόγηση της ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία (Kuguoglu, & Eti Aslan, 2006). Και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις η έρευνα στηρίχθηκε και έγινε χρήση της κλίμακας του SERVQUAL. Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις συνθήκες νοσηλείας δεν είναι το μόνο μέλημα καθώς και η έκβαση της θεραπείας των ασθενών και ο τεχνικός εξοπλισμός που έλαβε μέρος στη θεραπεία αναδεικνύονται μακροπρόθεσμα σε κρίσιμες παραμέτρους για την αξιολόγηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Όσα χρήματα και αν δαπανηθούν, εάν αυτά δεν καταμεριστούν σωστά, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και την κύρια αποστολή του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, οι ελλείψεις θα συνεχίσουν να υπάρχουν, όπως και η κριτική των ασθενών.

Η κλίμακα SERVQUAL αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Προσφέρει στους ερευνητές τη δυνατότητα να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης πολιτικής στον τομέα της ποιότητας και κατευθύνει την διεύθυνση των φορέων στην ανάληψη των πρωτοβουλιών που απαιτούνται για τη βελτίωσή της. Υπογραμμίζει τους τομείς που παρουσιάζουν ελλείψεις, καθώς και τις υπηρεσίες εκείνες οι οποίες εμφανίζουν το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης εκ μέρους του πελάτη-χρήστη έναντι των υπηρεσιών υγείας. Μέσω της χρήσης του SERVQUAL μπορούν να αναδειχθούν τα νοσοκομεία εκείνα που εφαρμόζουν επιτυχημένα μοντέλα, ενώ στη συνέχεια πρέπει τα μοντέλα αυτά να μελετηθούν και να επιχειρηθεί η γενικευμένη εφαρμογή τους και από άλλους φορείς της υγείας. Από την άλλη μεριά, ο εντοπισμός ελλειμμάτων σε κάποια κλίμακα του SERVQUAL θα οδηγήσει στην αναζήτηση των βαθύτερων αιτιών και θα επιτρέψει ουσιαστικές αλλαγές στη λειτουργία της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, ως υποθέσουμε ότι οι ασθενείς θεωρούν απρόθυμο το προσωπικό κάποιας κλινικής. Αυτό μπορεί να κρύβει βαθύτερα αίτια, όπως την αδυναμία του νοσοκομείου να προσλάβει επαγγελματίες υψηλής στάθμης, αναδεικνύει τα κενά στην εκπαίδευση. Αποστολή του SERVQUAL είναι να αναγνωρίσει τους πάσχοντες τομείς με μια αγορά πχ της υγείας, να παράσχει τη δυνατότητα για την ανάδειξη των υποκειμένων δυσλειτουργιών του συστήματος και να αποτελέσει την απαρχή για τη βελτίωσή τους.

Σημειώνεται ότι η «ποιότητα υπηρεσιών», ως αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών των πελατών σε σχέση με τις αντιλήψεις τους για την απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών, θεωρείται πλέον ως ένας από τους σημαντικότερους λόγους που διαμορφώνουν την πρόθεση συμπεριφοράς των πελατών για επανάληψη της υπηρεσίας και τη διατήρηση της αφοσίωσης τους έναντι στον οργανισμό (Bloemer, Ko de Ruyter & Wetzels, 1999; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1994; Zeithaml, & Bitner, 2000).

Έρευνες ποιότητας υπηρεσιών που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα

Οι έρευνες στα ελληνικά νοσοκομεία δείχνουν υστέρηση των υλικοτεχνικών υποδομών, αλλά και γενικότερα των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας. Στην έρευνα των Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής και Υφαντόπουλος (2008), που αξιολόγησαν την ικανοποίηση των χρηστών παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας βρέθηκε ότι στον τομέα των νοσηλευτικών υπηρεσιών οι συνοδοί παρουσιάστηκαν αρκετά ικανοποιημένοι, αλλά η αξιολόγηση των εν λόγω υπηρεσιών από τους ασθενείς ήταν χαμηλότερη από τις αντίστοιχες του

ιατρικού προσωπικού. Στην έρευνα των Πολύζος, Μπαρτσιώκα, Πιερράκου, Ασημακόπουλου και Υφαντόπουλου (2005) αξιολογήθηκε η ποιότητα υπηρεσιών σε δύο νοσοκομεία ένα δημόσιο και ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο δημόσιο νοσοκομείο η «ιατρική φροντίδα» (συχνότητα ενημέρωσης, ενημέρωση για τη φαρμακευτική αγωγή, ευγένεια, κατανόηση) αξιολογήθηκε χαμηλότερα από την αντίστοιχη του εξειδικευμένου νοσοκομείου. Επίσης αναφορικά της «νοσηλευτικής φροντίδας» (περιποίηση, ευγένεια, κατανόηση και εξυπηρέτηση) και πάλι οι ασθενείς του εξειδικευμένου νοσοκομείου σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες από εκείνες του δημόσιου νοσοκομείου.

### Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας υπήρξε ο καθορισμός των βασικών παραγόντων διαμόρφωσης αντίληψης των ασθενών για το επίπεδο της ποιότητας που λαμβάνουν από κέντρα περίθαλψης στην Περιφέρεια Θεσσαλίας. Επίσης διερευνήθηκαν ποιοι είναι οι παράγοντες που διαφοροποιούν την αντίληψη αυτή για την ποιότητα της θεραπείας, μεταξύ υποομάδων των ασθενών που αφορούν σε δημογραφικά χαρακτηριστικά κλπ. Είναι σημαντικό ότι στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε ως κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας η κλίμακα των Brady και Cronin (2001), διότι είναι μια συνέχεια του SERVQUAL η οποία περιλαμβάνει επιπλέον και την καταγραφή των αποτελεσμάτων της θεραπείας κατά τη γνώμη των ασθενών.

Μεταβλητές της έρευνας

α) Ομάδα έξι ανεξάρτητων μεταβλητών:

1. διαφορετικού φύλου,
2. διαφορετικής ηλικιακής ομάδας,
3. διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης,
4. διαφορετικής μορφής θεραπείας που δέχθηκαν (παροχή περίθαλψης ή εγχείρηση)
5. διαφορετικού φορέα διοίκησης του ιατρικού κέντρου (δημόσιο ή ιδιωτικό)
6. διαφορετικής διάρκειας νοσηλείας (>2 μέρες, 3 <7 ημέρες, <7 μέρες)

β) Ομάδα έξι εξαρτημένων μεταβλητών / παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα:

- 1α το ιατρικό προσωπικό των κέντρων νοσηλείας
- 1β τις εγκαταστάσεις των ιατρικών κέντρων
- 1γ τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς από τη θεραπεία
- 1δ το επίπεδο συνολικά της ποιότητας των υπηρεσιών που δέχθηκαν
- 1ε το βαθμό ικανοποίησής τους από τη νοσηλεία
- 1στ το επίπεδο προφορικής επικοινωνίας των ασθενών προς τρίτους (WOM)

Υποθέσεις της έρευνας.

1<sup>η</sup> υπόθεση: Θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών διαφορετικού φύλου και των έξι παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα.

2<sup>η</sup> υπόθεση: Θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών διαφορετικής ηλικιακής ομάδας και των έξι παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα.

3<sup>η</sup> υπόθεση: Θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης και των έξι παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα.

4<sup>η</sup> υπόθεση: Θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών διαφορετικής μορφής θεραπείας που δέχθηκαν και των έξι παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα.

5<sup>η</sup> υπόθεση: Θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών διαφορετικού φορέα διοίκησης του ιατρικού κέντρου που δέχθηκαν και των έξι παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα.

6<sup>η</sup> υπόθεση: Θα υπάρξουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών διαφορετικής διάρκειας νοσηλείας και των έξι παραγόντων που εκφράζουν την ποιότητα

**Μεθοδολογία***Δείγμα της μελέτης*

Το τελικό δείγμα ανέρχεται σε 100 άτομα ασθενείς που ανήκαν στην 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και συγκεκριμένα στο νομό Λάρισας, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της πόλης. Πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία ή νοσηλεύτηκαν σε κλινικές του νοσοκομείου κατά το χρονικό διάστημα Μάιος-Ιούνιος 2014. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος αναφέρονται στον πίνακα 1. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (53%). Οι έγγαμοι αποτελούσαν το 73% και η πλειονότητα ήταν έως 60 ετών και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Υπάλληλοι (ιδιωτικοί-δημόσιοι) ήταν το 61%.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	N	%
<b>Φύλο</b>		
Άντρας	47	47,0
Γυναίκα	53	53,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Ηλικία</b>		
20-39	23	23,0
40-60	42	42,0
61-95	35	35,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος	73	73,0
Άγαμος	27	27,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Επίπεδο σπουδών</b>		
2βάθμια εκπαίδευση	58	58,0
Μεταπτυχιακές σπουδές	9	9,0
ΑΕΙ-ΤΕΙ	32	32,0
ΔΕ-ΔΑ	1	1,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Επάγγελμα</b>		
Ιδιωτικός υπάλληλος	28	28,0
Δημόσιος υπάλληλος	33	33,0
Επιχειρηματίας	7	7,0
Συνταξιούχος	13	13,0
Άνεργος	19	19,0
Σύνολο	100	100,0

Κριτήρια επιλογής του δείγματος,

Οι ασθενείς για να συμμετέχουν στη μελέτη θα έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια:

1. Να έχουν νοσηλευτεί σε κλινική του νοσοκομείου
2. Να έχουν πάρει εξιτήριο σε διάστημα λιγότερο από ένα (1) μήνα μέχρι τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου
3. Να μην έχουν νόσημα που να δυσχεραίνει την κατανόηση των ερωτήσεων ή γενικά τη γραπτή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου



4. Να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα
5. Να μιλούν και να γράφουν ελληνικά

#### Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε τηλεφωνική ενημέρωση όλων των προϊστάμενων και των υπεύθυνων τμημάτων των κλινικών του νοσοκομείου και ζητήθηκε άδεια από τους διευθυντές τους. Άδεια δόθηκε για τις εξής κλινικές: χειρουργική αγγειοχειρουργική, θωρακοχειρουργική, νευροχειρουργική, ρευματολογική, πνευμονολογική. Κατόπιν ακολούθησε παράδοση των ερωτηματολογίων από την ίδια την ερευνήτρια στους ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία της ερευνήτριας και επεστράφησαν άμεσα.

#### Όργανα αξιολόγησης μεταβλητών της έρευνας

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αφορούσε σε πέντε ενότητες (μέρη), οι οποίες αναλύονται λεπτομερώς στη συνέχεια:

Α. Το πρώτο μέρος περιέλαβε 6 ερωτήσεις που αφορούσαν στην καταγραφή δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία κλπ) και εργασιακά/ εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά (πίνακας 1)

Β. Το δεύτερο μέρος περιέλαβε την καταγραφή σε στοιχεία παραμέτρων νοσηλείας των ασθενών και αφορά στο ιατρικό περιστατικό (τύπος και διάρκεια θεραπείας, κέντρο/κλινική νοσηλείας). Συνολικά επρόκειτο για μέτριας και μικρής βαρύτητας περιστατικά, με το 50% περίπου των ασθενών να έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Στο 43,5 των περιπτώσεων η διάρκεια νοσηλείας ξεπερνούσε τις 7 ημέρες.

**Πίνακας 2.** Παράμετροι νοσηλείας

Παράμετροι νοσηλείας	N	%
<b>Βαρύτητα περιστατικού</b>		
Μικρής βαρύτητας	27	27,0
Μέτριας βαρύτητας	44	44,0
Μεγάλης βαρύτητας	29	29,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Τύπος θεραπείας</b>		
Απλή νοσηλεία	49	49,0
Χειρουργική επέμβαση	49	49,0
ΔΞ-ΔΑ	1	1,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Διάρκεια θεραπείας</b>		
0-3 ημέρες	32	32,0
3-7 ημέρες	25	25,0
>7 ημέρες	43	43,0
Σύνολο	100	100,0
<b>Τύπος ιατρικού κέντρου</b>		
Δημόσιο νοσοκομείο	74	75,5
Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	24,5
ΔΞ-ΔΑ	2	
Σύνολο	100	100,0

Γ. Το τρίτο μέρος αφορούσε στην αξιολόγηση του επιπέδου της Ποιότητας Υπηρεσιών, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο των Brady και Cronin (2001) στην τροποποιημένη του ελληνική έκδοση

από τους Alexandris, Kouthouris και Meligdis, (2004) και περιέλαβε είκοσι επτά θέματα που αφορούσαν στις επόμενες πέντε διαστάσεις της κλίμακας:

1. *Προσωπικό*: περιλαμβάνει στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του προσωπικού και με τον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρά με τους πελάτες. Βασικά στοιχεία που ανήκουν σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι γνώσεις, η κατάρτιση, οι ικανότητες και η συμπεριφορά του προσωπικού.

2. *Αξιοπιστία*: Είναι ο βαθμός στον οποίο τηρούνται οι υποσχέσεις από τη διοίκηση. Βασικά στοιχεία που ανήκουν σε αυτόν τον παράγοντα είναι η τήρηση των υποσχέσεων που γίνονται μέσω της επικοινωνίας, η αξιοπιστία σε οικονομικά ζητήματα και η τήρηση των προβλεπόμενων ωραρίων.

3. *Χειροπιαστό στοιχείο*: Εδώ ανήκουν στοιχεία τα οποία σχετίζονται με το υλικό περιβάλλον του οργανισμού όπως οι εγκαταστάσεις, τα όργανα γυμναστικής, ο σχεδιασμός των αιθουσών, τα αποδυτήρια και η εμφάνιση του προσωπικού.

4. *Ανταπόκριση*: Είναι ο βαθμός στον οποίο το προσωπικό και η διοίκηση είναι πρόθυμοι να λύσουν άμεσα τα προβλήματα των πελατών.

5. *Προσδοκώμενα οφέλη*: Αφορά το τελικό προϊόν που αποκομίζει ο πελάτης μετά από τη συμμετοχή του σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα και περιλαμβάνει τη μέτρηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις προσδοκίες πελατών.

Όλες οι απαντήσεις δόθηκαν σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, από (1) “διαφωνώ απόλυτα” έως (7) “συμφωνώ απόλυτα”.

Δ. Για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών συμπεριελήφθησαν και τρεις επί πλέον ερωτήσεις αναφορικά:

- του συνολικού επιπέδου της ποιότητας που δέχθηκε ο πελάτης (1 θέμα)
- του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης από την περίθαλψη (1 θέμα)

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των επισκεπτών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Satisfaction Alexandris και συν (2006), η οποία είναι μια σημαντικά διαφορετική 4βάθμια κλίμακα που μετράει την συνολική ικανοποίηση.

- *Ανεπίσημη προφορική επικοινωνία (Word of Mouth)*

Η αξιολόγηση της «ανεπίσημης προφορικής επικοινωνίας» αναφέρεται στα θετικά ή αρνητικά σχόλια που γίνονται προς άλλα πρόσωπα από τους πελάτες, μέσω γραπτών κειμένων ή προφορικής συζήτησης, αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει μια επιχείρηση και συνήθως σχετίζονται με την θετική ή αρνητική εμπειρία από την κατανάλωση. Κατά μέσο όρο υπολογίζεται ότι ένας δυσαρεστημένος πελάτης θα εκφράσει αυτήν τη δυσαρέσκεια σε άλλους εννέα ανθρώπους, ενώ ικανοποιημένοι πελάτες θα μεταφέρουν την θετική εμπειρία τους σε άλλα πέντε άτομα. Όπως παρουσιάζεται η ανεπίσημη προφορική επικοινωνία μπορεί να διατηρεί τους πελάτες μιας επιχείρησης, να τους αυξάνει ή ακόμη και να τους μειώνει (Ζαφειρούδη, 2003).

#### *Ηθική και δεοντολογία*

Η μελέτη εκπονήθηκε κατόπιν θετικής γνωμοδότησης από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 5<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας (αρ. πρωτ. 26166/06.06.2014). Προστατεύτηκαν τα δικαιώματα των συμμετεχόντων, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας καθώς και ότι είχαν την δυνατότητα να αποσύρουν τη συμμετοχή τους οποτεδήποτε το επιθυμούσαν. Η συμπλήρωση και η επιστροφή των ερωτηματολογίων είχε θέση συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα.

#### *Περιορισμός στην έρευνα.*

Το όλο επιχείρημα προφανώς απαιτεί μεγάλο δείγμα ασθενών και επίσης εκπροσώπηση από όλα τα ιατρικά και κέντρα υγείας της συγκεκριμένης Περιφέρειας της Ελλάδος, ώστε τα αποτελέσματα να θεωρηθούν έγκυρα και αξιόπιστα. Συνεπώς η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να θεωρηθεί ως πιλοτική, δοκιμάζοντας όμως ένα έγκυρο όργανο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και διασφαλίζοντας μια διαδικασία συλλογής δεδομένων το δυνατόν αξιόπιστη.

## Αποτελέσματα

Δεδομένα περιγραφικής ανάλυσης των παραγόντων αξιολόγησης έδειξαν ότι η ικανοποίηση από το προσωπικό και τη διοίκηση συγκέντρωσε υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η έκβαση και η υλικοτεχνική υποδομή μικρότερη. Τελευταία στην κατάταξη έρχεται η πρόθεση σύστασης του ιδρύματος σε τρίτους.

**Πίνακας 3.** Περιγραφική στατιστική των παραγόντων αξιολόγησης

Παράγοντες Αξιολόγησης	N	Ελαχ	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
Προσωπικό	100	2,89	7,00	5,32	0,81
Εξοπλισμός	100	1,57	7,00	4,86	1,11
Έκβαση	100	2,60	7,00	4,85	0,93
Διοίκηση	100	2,75	6,81	5,01	0,79
Πρόθεση πληρ.επικ.	100	1,00	5,00	3,72	0,88

\*Μέση Τιμή, \*\* Τοπική Απόκλιση

*Διαφορές λόγω δημογραφικών χαρακτηριστικών*

### 1<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα αναφορικά του διαφορετικού φύλου υποστήριξαν ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις εξεταζόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας σε σχέση με το φύλο ( $p=n.s$ )

### 2<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα αναφορικά του διαφορετικού φύλου υποστήριξαν ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλες τις εξεταζόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες ( $p=n.s$ )

### 3<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική οικογενειακή κατάσταση έδειξαν ότι σε όλες τις εξεταζόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας η υποομάδα «έγγαμοι» σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία, με στατιστικά σημαντική διαφορά από την αντίστοιχη υποομάδα «άγαμοι» ( $p<0,01$ ).

**Πίνακας 4.** Παράγοντες αντίληψης του δείγματος για τις υπηρεσίες που δέχθηκε σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

		N	ΜΤ*	ΤΑ**	t	p
Αντίληψη για το προσωπικό	Έγγαμος	73	5,42	0,75	2,767	0,007
	Άγαμος	27	4,96	0,88		
Αντίληψη για τον εξοπλισμό	Έγγαμος	73	5,05	1,13	2,894	0,005
	Άγαμος	27	4,35	0,91		
Αντίληψη για τα οφέλη	Έγγαμος	73	5,00	0,96	2,541	0,013
	Άγαμος	27	4,47	0,78		
Αντίληψη για την διοίκηση	Έγγαμος	73	5,17	0,77	3,353	0,001
	Άγαμος	27	4,60	0,70		
Ικανοποίηση από περιθαλψη	Έγγαμος	73	3,89	0,86	2,945	0,004
	Άγαμος	27	3,33	0,78		
Πρόθεση προφ επικοινωνίας	Παντρεμένος	73	3,88	0,84	3,060	0,003
	Ανύπαντρος	27	3,30	0,87		

\*Μέση Τιμή, \*\* Τοπική Απόκλιση

### 4<sup>η</sup> Υπόθεση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test αναφορικά με τον τύπο θεραπείας υποστήριξαν ότι οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι από τον εξοπλισμό, το προσωπικό και τη διοίκηση ( $p<0,05$ )

**Πίνακας 5.** Τύπος θεραπείας και διαστάσεις ικανοποίησης

		N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Αντίληψη για το προσωπικό	Απλή νοσηλεία	49	5,49	0,85	2,069	0,041
	Χειρουργική επέμβαση	49	5,16	0,76		
Αντίληψη για τον εξοπλισμό	Απλή νοσηλεία	49	5,11	1,07	2,126	0,036
	Χειρουργική επέμβαση	49	4,64	1,13		
Αντίληψη για τα οφέλη	Απλή νοσηλεία	49	4,93	1,01	0,865	0,389
	Χειρουργική επέμβαση	49	4,77	0,85		
Αντίληψη για την διοίκηση	Απλή νοσηλεία	49	5,18	0,87	2,039	0,044
	Χειρουργική επέμβαση	49	4,86	0,69		
Ικανοποίηση από περίθαλψη	Απλή νοσηλεία	49	3,88	0,95	1,621	0,108
	Χειρουργική επέμβαση	49	3,59	0,79		
Πρόθεση προφορικής επικοινωνίας	Απλή νοσηλεία	49	3,82	1,00	1,174	0,243
	Χειρουργική επέμβαση	49	3,61	0,77		

\*Μέση Τιμή,\*\* Τυπική Απόκλιση

**5<sup>η</sup> Υπόθεση**

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test ανάμεσα αναφορικά του φορέα θεραπείας (ιδιωτικό ή δημόσιο θεραπευτήριο) υποστήριξαν ότι ο *εξοπλισμός* και η *διάθεση σύστασης* του κέντρου σε άλλους ξεχώρισαν σε σχέση με τον τύπο του ιατρικού κέντρου, με τα ιδιωτικά κέντρα να υπερτερούν ( $p < 0,001$  και  $p < 0,05$  *αντίστοιχα*).

**Πίνακας 6.** Αντίληψεις πελατών διαφορετικού τύπου ιατρικού κέντρου

		N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Αντίληψη για το προσωπικό	Δημόσιο νοσοκομείο	74	5,26	0,83	-0,818	0,415
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	5,41	0,69		
Αντίληψη για τον εξοπλισμό	Δημόσιο νοσοκομείο	74	4,63	1,08	-4,050	0,001
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	5,61	0,88		
Αντίληψη για τα οφέλη	Δημόσιο νοσοκομείο	74	4,88	0,93	0,390	0,679
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	4,79	0,99		
Αντίληψη για την διοίκηση	Δημόσιο νοσοκομείο	74	4,92	0,83	-1,895	0,061
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	5,27	0,64		
Ικανοποίηση από την περίθαλψη	Δημόσιο νοσοκομείο	74	3,72	0,87	-0,582	0,562
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	3,83	0,82		
Πρόθεση προφορικής επικοινωνίας	Δημόσιο νοσοκομείο	74	3,64	0,86	-2,056	0,043
	Ιδιωτικό νοσοκομείο	24	4,06	0,85		

\*Μέση Τιμή,\*\* Τυπική Απόκλιση

**6<sup>η</sup> Υπόθεση**

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t-test ανάμεσα αναφορικά με τη διάρκεια θεραπείας έδειξαν ότι θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας συνδυάστηκε με υψηλότερη ικανοποίηση ( $p < 0,05$ ).

**Πίνακας 7.** Διάρκεια θεραπείας και παράγοντες αξιολόγησης

Παράγοντες Αξιολόγησης	Μέρες περίθαλψης	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Αντίληψη για το προσωπικό	0-3 ημέρες	32	5,13	0,82	2,916	0,59
	3-7 ημέρες	25	5,18	0,76		
	>7 ημέρες	43	5,54	0,80		
Αντίληψη για τον εξοπλισμό	0-3 ημέρες	32	4,44	1,12	3,628	0,03
	3-7 ημέρες	25	5,01	1,06		
	>7 ημέρες	43	5,09	1,08		
Αντίληψη για τα οφέλη	0-3 ημέρες	32	4,64	1,04	1,269	0,286
	3-7 ημέρες	25	4,90	0,67		
	>7 ημέρες	43	4,99	0,99		
Αντίληψη για την διοίκηση	0-3 ημέρες	32	4,74	0,80	3,352	0,039
	3-7 ημέρες	25	5,03	0,61		
	>7 ημέρες	43	5,21	0,84		
Ικανοποίηση από την περίθαλψη	0-3 ημέρες	32	3,59	0,91	1,633	0,201
	3-7 ημέρες	25	4,00	0,76		
	>7 ημέρες	43	3,70	0,89		

Πρόθεση προφορικής επικοινωνίας	0-3 ημέρες	32	3,55	0,87	1,030	0,361
	3-7 ημέρες	25	3,88	0,72		
	>7 ημέρες	43	3,76	0,98		

\*Μέση Τιμή, \*\* Τοπική Απόκλιση, \*\*\*Post hoc,

### Συζήτηση - Συμπεράσματα

Μέχρι της παρούσης έρευνας, σε άλλες μελέτες αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα (Πολύζος και συν., 2005; Νικολάου, 2011; Σωτηροπούλου, Καλογιάννη, Βασταρδής, Παπαγιαννάκη, Καδδά, & Μαρβάκη, 2014). Προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής και λιγότερο επάρκειας φροντίδας φαίνεται πως απασχολούν τους Έλληνες ασθενείς.

Στην παρούσα μελέτη, είναι χαρακτηριστικό ότι τόσο στα ιδιωτικά, όσο και στα δημόσια νοσοκομεία οι αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα κυμάνθηκε σε ίδιο επίπεδο, που ενδεχομένως φανερώνει μια γενική επιφυλακτικότητα έναντι της φροντίδας που παρέχουν τα ιδρύματα. Σίγουρα, οι διαδικασίες εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή κατάσταση των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η προσφορά άνετης διαμονής και πρωτίτως η αποκατάσταση της υγείας είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

Συνολικά τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών κυμάνθηκε από μέτρια προς υψηλά επίπεδα και πως η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο σημαντικότερος ανεξάρτητος καθαριστής της ικανοποίησης, καθώς αφορούσε σε όλες τις διαστάσεις ικανοποίησης. Από τους υπόλοιπους παράγοντες, σημαντικές συσχετίσεις αναδείχθηκαν για το είδος θεραπείας και τον τύπο του ιατρικού κέντρου που νοσηλεύονταν ο ασθενής και τη διάρκεια νοσηλείας. Συνοπτικά, ένας ασθενής που χειρουργείται, παραμένει για λίγες ημέρες σε δημόσιο νοσοκομείο και είναι ανύπαντρος έχει λιγότερες πιθανότητες να δηλώσει ικανοποιημένος από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Επίσης οι ασθενείς δήλωναν λιγότερο ικανοποιημένοι από την υλικοτεχνική υποδομή και την έκβαση, συγκριτικά με την ικανοποίηση από το προσωπικό και τη διοίκηση του νοσηλευτικού ιδρύματος. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας, με την εξαίρεση του φύλου και της ηλικιακής ομάδας, παραμέτρους στις οποίες δεν παρατηρήθηκαν ουσιώδεις διαφορές.

Αναφορικά της 1<sup>ης</sup> Υπόθεσης. Η υπόθεση αυτή δεν επαληθεύθηκε, καθώς σε καμία εκ των εξαρτημένων μεταβλητών της παρούσας έρευνας δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ απόμων διαφορετικού φύλου. Παρόλα αυτά άλλες μελέτες διαπιστώνουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (Quintana, Gonzalez, Bilbao, Aizpuru, Escobar, & Esteban, 2006; Σωτηροπούλου και συν., 2014). Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα που έχει αποδοθεί στο γεγονός ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας και ίσως είναι εξοικειωμένες με αυτές (Σωτηροπούλου και συν. 2014). Ωστόσο, στη μελέτη της Νικολάου, οι γυναίκες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες από την ιατρική φροντίδα και ενημέρωση (Νικολάου, 2011). Σημειώνεται ωστόσο η μεγάλη δυσαναλογία ανδρών και γυναικών, υπέρ των τελευταίων στη συγκεκριμένη μελέτη λόγω καθολικής συμμετοχής των γυναικολογικών τμημάτων του νοσοκομείου που διεξήχθη η έρευνα.

Αναφορικά της 2<sup>ης</sup> Υπόθεσης. Εάν και στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικία, φαίνεται ότι τα ηλικιωμένα άτομα ( άνω των 65 ετών) είθισται εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας. Το εύρημα αυτό αποδίδεται συνήθως στο ότι τρέφουν πιθανότατα χαμηλότερες προσδοκίες από τους νεότερους ή στο ότι αποφεύγουν να αμφισβητήσουν την αυθεντία των επιστημόνων υγείας από φόβο μήπως διαταράξουν τις σχέσεις μαζί τους. Τα σύνθετα πολλές φορές προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι δημιουργούν αυξημένη εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας (Quintana et al., 2006; Νικολάου, 2011).

Αναφορικά με την 3<sup>η</sup> υπόθεση στον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι

δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι, εύρημα που συναντάται και σε άλλες μελέτες. Ωστόσο, επειδή η πλειονότητα των ασθενών ήταν έγγαμοι, δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Υπάρχει πάντως η άποψη ότι οι έγγαμοι διαθέτουν ένα περισσότερο υποστηρικτικό περιβάλλον και περισσότερη φροντίδα από τους οικείους τους, οι οποίοι πιο εύκολα μπορεί να είναι διαθέσιμοι, σε σχέση με κάποιον που μένει μόνος του ή δεν έχει συγγενείς (King & Reis, 2012; Σωτηροπούλου και συν., 2014).

Αναφορικά της 4ης Υπόθεσης, η υπόθεση επιβεβαιώθηκε και οι παράγοντες αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών επηρεάστηκαν ανάλογα με τον τύπο θεραπείας. Οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι όχι μόνο από τον εξοπλισμό, αλλά και από το προσωπικό. Οι χειρουργικές επεμβάσεις δημιουργούν ανάγκες αυξημένες φροντίδας, αλλά και υποδομών (καθαριότητας, υπηρεσιών τουαλέτας, μετακίνησης του ασθενούς, με αποτέλεσμα οι ανεπάρκειες στην υλικοτεχνική υποδομή να τονίζονται και οι ασθενείς να λαμβάνουν υπηρεσίες κατώτερες των προσδοκιών τους, με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκειά τους. Άλλωστε, ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Σωτηροπούλου και συν., 2014).

Αναφορικά της 5ης Υπόθεσης. Διαπιστώθηκε σαφής προτίμηση στον ιδιωτικό τομέα στον τομέα της υλικοτεχνικής υποδομής, γεγονός που πιθανόν αντανακλά ότι τα προβλήματα των Ελλήνων ασθενών δε σχετίζονται τόσο με την επιστημονική επάρκεια, όσο με τους υλικούς πόρους και τις «ευκολίες» νοσηλείας. Πράγματι, ο ιδιωτικός τομέας υπερτερεί συνήθως σε ξενοδοχειακό εξοπλισμό, ενώ στο χρόνο φροντίδας που αφιερώνεται στον ασθενή και στην επικοινωνία ιατρού –ασθενούς, ενδεχομένως ο δημόσιος τομέας να εμφανίζει πλεονέκτημα. Στα δημόσια νοσοκομεία, οι ασθενείς αξιολογούν πολύ θετικά την προθυμία, την ευγένεια και την εν γένει ανταπόκριση πρωτίστως του νοσηλευτικού και δευτερευόντως του ιατρικού προσωπικού. Οι διαφορές είναι έκδηλες όταν πρόκειται για αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ στην περίπτωση των ανεπτυγμένων χωρών φαίνεται ότι το ιδιοκτησιακό καθεστώς του νοσοκομείου δεν είναι από μόνος του καθοριστικός παράγοντας και ότι ικανοποίηση η μη των ασθενών αποδίδεται συνήθως σε χαρακτηριστικά των ασθενών και σε στοιχεία που σχετίζονται με το είδος των υπηρεσιών που παρέχει το κάθε νοσοκομείο, παρά στον αν είναι ιδιωτικό ή δημόσιο (Virginie, Bernarda, Rachel, Will, Pauline, 2010).

Αναφορικά της 6ης υπόθεσης. Ο μακρότερος χρόνος νοσηλείας συνδυάστηκε με καλύτερα επίπεδα ικανοποίησης. Πιθανόν αυτό να φαντάζει αντιφατικό με τα προηγούμενα ευρήματα, καθώς ίσως θα ανέμενε κανείς οι ασθενείς να εξουθενώνονται από τις κακές συνθήκες νοσηλείας. Ωστόσο, η ποιότητα της φροντίδας και το ενδιαφέρον των λειτουργών της υγείας, η οποία και αναδεικνύεται σε μακροχρόνια παραμονή είναι εν τέλει πολύ σημαντική, όπως φαίνεται και από το αποτέλεσμα της βελτίωσης της ικανοποίησης σε συνδυασμό με μακρότερο χρόνο παραμονής, γεγονός που διαπιστώνεται και σε άλλη ελληνική μελέτη (Scotto, De Ceglie, Guerra, Misciagna, & Pellicchia, 2009; Νικολάου, 2011).

### **Συμπεράσματα**

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη ανέδειξε στατιστικά σημαντικά ευρήματα όσον αφορά τη θετική σχέση ικανοποίησης των ασθενών από το προσωπικό, ενώ αντίθετα οι ασθενείς δεν ήταν ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη υλικοτεχνική υποδομή, ιδιαίτερα στα δημόσια νοσοκομεία. Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών αναλογικά με την αύξηση του χρόνου νοσηλείας μας οδηγεί με σοβαρές ενδείξεις στο να αναδείξουμε το ρόλο του προσωπικού (νοσηλευτικό και ιατρικό) ως τον σοβαρότερο «πυλώνα» στο σχηματισμό θετικής άποψης για την συνολική παρεχόμενη υπηρεσία. Αυτό σημαίνει από τη μια πλευρά ότι θα πρέπει τα κέντρα αποκατάστασης υγείας από τη μια να εστιάσουν στη βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής τους ώστε να υπάρξει και δεύτερος πόλος θετικής άποψης, από την άλλη να διατηρούν και να βελτιώνουν τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού ανταποδίδοντας το ρόλο «πυλώνα» του προσωπικού στην ικανοποίηση των ασθενών. Με άξονα το ρόλο του προσωπικού περαιτέρω μελέτες θα μπορούσαν να εστιάσουν στη σχέση της παροχής κινήτρων από πλευράς διοικήσεως των κέντρων αποκατάστασης, στο προσωπικό και της αύξησης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

## Βιβλιογραφία

- Abel-Smith, B. (1994). Introduction to health: policy, planning and financing. Logman, Harlow. *Healthy Policy*, 42, 89-100
- Angelopoulou, P., Kangis, P., & Babis, G. (1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(1), 14 - 20
- Alexandris, K., Kouthouris, C. & Meligdis, A. (2006). Increasing customers' loyalty in a skiing resort: The contribution of place attachment and service quality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 18, 414-425.
- Babakus, E., & Mangold, W. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res.*, 26(6): 767-786.
- Bloemer, J., de Ruyter, K. & Wetzels, M. (1999). Linking perceived service quality and service loyalty: a multi-dimensional perspective. *European Journal of Marketing*, 33, 1082-106.
- Brady, M. K., Cronin, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65, 34-49
- Camilleri, D., O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *Journal of Health Care Quality Assurance Leadership Health Serv.*, 11, 127-33.
- Cronin, J.J. & Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Δερβιτσιώτης, Κ., (1993). Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Αθήνα.
- Donabedian, A. (1980). Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev.*, 37, 653-98.
- Grohar-Murray, M., Di Croce, H. (1997). Leadership and Management in Nursing, *Appleton & Lange*, 96
- Hagsten, B., Svensson, O., Gardulf, A. (2004). Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop Scand*, 75, 77-83.
- King, KB. Reis, HT. (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychol*, 31, 5-62.
- Koch, T J., (1992). A review of nursing quality assurance. *Advance Nurse*. 17,785-94.
- Kuguoglu, S., Eti Aslan F. (2006). Are patients in Western Turkey contented with healthcare services? A quality assessment study. *Journal of nursing care quality*, 21, 366-71
- N.2519/1997 165Α Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.
- Νικολάου, Ε. (2011). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης Ηράκλειο
- Ovretveit, J. (1990). What is quality in health services? *Health Services Management*, 86, 131-133.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 25, 73-82
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 13-40.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 22(3), 284-295.
- Quintana, JM., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.
- Scotto F, De Ceglie A, Guerra V, Misciagna G, Pellicchia A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114, 86-97.
- Sloan, AE., Dansey, R., Zamorano, L., Barger, G., Hamm, C., Diaz, F., Baynes R. (2000). Adoptive immunotherapy in patients with recurrent malignant glioma: preliminary results of using autologous whole-tumor vaccine plus granulocyte-macrophage colony-stimulating factor and adoptive transfer of anti-CD3-activated lymphocytes. *Wood GNeurosurg Focus*, 15,9.

- Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ό., Μαρβάκη, Χ. (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 13, 160-176
- Virginie, P., Bernarda, Z., Rachel, R., Will, B., Pauline, A. (2010). Does hospital ownership affect patient experience? An investigation into public-private sector differences in England. *Journal of Health Economics*, 32(3), 633–646.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategy for health for all by the year 2000. WHO, Geneva, 1981
- Ζαφειρούδη, Α. (2003). *Πρόβλεψη της «προφορικής επικοινωνίας» πελατών ξενοδοχείων μονάδων δια μέσου της αντίληψης αυτών για την ποιότητα των υπηρεσιών*. Διπλωματική εργασία στο Διατμηματικό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Παν/μιων ΑΠΘ, Θεσσαλίας και Δημοκρίτειου Θράκης.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (2000). *Services marketing: integrating customer focus across the firm*. N.Y: McGraw-Hill.
- Zeithaml, V.A., Berry, L. & Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 60, 31–46.

---

**Υπεύθυνος έκδοσης:** Ελληνική Εταιρία Διοίκησης Αθλητισμού, **Υπεύθυνος Συντακτικής Επιτροπής:** Αλεξανδρής Κωνσταντίνος. **Συντάκτες:** Αυθίνος Ιωάννης, Γαργαλιάνος Δημήτρης, Κριεμάδης Αθανάσιος, Κώστας Γεώργιος, Τζέτζης Γεώργιος, Κουθούρης Χαρίλαος, Κουστέλιος Αθανάσιος, Γουλιμάρης Δημήτριος, Θεοδωράκης Νικόλαος, Τσίτσου Ροδούλα, Τσίτσικαρη Ευθυμία, Παπαδημητρίου Δημήτρα, Γλονιά Ελένη, Νάτοης Παντελής, Κιάφας Ζαχαρίας, Δράκου Αμαλία, Μπάρλας Αχιλλέας. **Τεχνική επεξεργασία και μορφοποίηση κειμένου:** Δρ Ζαφειρούδη Αγλαΐα

---