

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΒΑ FULL TIME



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Atmospherics και εξυπηρέτηση πελατών σε χώρους υγείας.

Επιβλέπων Καθηγητής: Μάρκος Τσόγκας

Κατερίνα Γ. Τσαούτου Μ.Δ.Ε. 1644

Πειραιάς, 2020

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι ασθενείς αξιολογούν την εμπειρία τους σε ένα ιατρείο με βάση τις εξής παραμέτρους: προσωπικό, εξοπλισμός και περιβάλλον (atmospherics).

Παράρτημα Β: Βεβαίωση Εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

(περιλαμβάνεται ως ξεχωριστή (δεύτερη) σελίδα στο σώμα της διπλωματικής εργασίας)

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, στη Διοίκηση Επιχειρήσεων : MBA» με τίτλο «*Atmospherics and Employee Retention in Greece*» *Όξείας...* έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή/ τριας *Τσαούτου*

Όνοματεπώνυμο *Αικατερίνη Τσαούτου*

Ημερομηνία *25/09/2020*

Περιεχόμενα

«Atmospherics και Εξυπηρέτηση Πελατών σε Χώρους Υγείας».....	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	13
1.1 Η Εξέλιξη της Ποιότητας.....	13
1.2 Θεωρητικοί της Ποιότητας	17
1.3 Ο Κλάδος της Υγείας.....	20
1.3.1 Ιδιαιτερότητες του Κλάδου Υγείας.....	21
1.4 Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας.....	22
1.4.1 Εισαγωγικές Αναφορές	22
1.4.2 Ο Έλεγχος της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	23
1.4.3 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	24
1.5 Η Υγεία στην Ελλάδα Σήμερα	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ.....	32
2.1 Εισαγωγή.....	32
2.2 Ορισμός της Ικανοποίησης των Καταναλωτών	33
2.3 Θεωρίες και Μοντέλα Ικανοποίησης των Καταναλωτών.....	34
2.4 Μελέτες Ικανοποίησης.....	36
2.5 Διαχείριση Πελατών (CRM)	38
2.6 Αφοσίωση / Πιστότητα	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ.....	40
3.1 Η Διαχείριση των Παράπονων ως Εργαλείο Ικανοποίησης	40
3.2 Αντιμετώπιση Αστοχιών	45
3.3 Τρόποι Βελτίωσης Διαχείρισης των Παράπονων	47
3.4 Παράπονα και Αποκατάσταση Σχέσης με το Πελάτη	49
3.5 Το Παράπονο του Πελάτη	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ATMOSPHERICS ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	60
5.1 Μέθοδος της έρευνας.....	60
5.2 Μεθοδολογικό εργαλείο.....	60
5.3 Δείγμα της έρευνας.....	61

5.3 Διαδικασία της έρευνας	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	67
6.1 Περιγραφική στατιστική	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	81
7.1 Συμπεράσματα.....	81
7.2 Περιορισμοί και προτάσεις περαιτέρω έρευνας.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	91

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων	62
Γράφημα 2. Ηλικία ερωτηθέντων	63
Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων	64
Γράφημα 4. Μηναίο οικογενειακό εισόδημα ερωτηθέντων.....	65
Γράφημα 5. Τόπος διαμονής ερωτηθέντων	65
Γράφημα 6. Ποσοστό ερωτηθέντων που επισκέφθηκε το ιατρείο για πρώτη φορά...	67
Γράφημα 7. Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει τον ιατρό που επισκέφθηκε ως βασικό...	68
Γράφημα 8. Ποσοστό ερωτηθέντων που προτίθεται να επισκεφθεί εκ νέου το ιατρείο..	74
Γράφημα 9. Ποσοστό ερωτηθέντων που προτίθεται να συστήσει σε άλλους το ιατρείο	75

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Λόγος επίσκεψης ερωτηθέντων στο ιατρείο.....	69
Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για την τοποθεσία του ιατρείου.....	70
Πίνακας 3. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου.....	71
Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για το προσωπικό και τις υπηρεσίες του ιατρείου.....	72
Πίνακας 5. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για διάφορους παράγοντες του ιατρείου.....	73
Πίνακας 6. Σημαντικότητα παραγόντων για τη διαμόρφωση εμπειρίας των ασθενών	74
Πίνακας 7. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων	76
Πίνακας 8. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και φύλου	77
Πίνακας 9. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και ηλικίας.....	78
Πίνακας 10. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και εκπαιδευτικό επίπεδο	79
Πίνακας 11. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και εισοδηματικό επίπεδο	80

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος, έχεις τη χαρά να κοιτάς λίγο πίσω και να θυμάσαι όλους εκείνους τους ανθρώπους που σε βοήθησαν ώστε να φτάσεις μέχρι εκεί.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μάρκο Τσόγκα, για την άμεση, ουσιαστική, άρτια και θετική καθοδήγησή του, την οποία μου παρείχε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα ακαδημαϊκά μέλη / καθηγητές του τμήματος MBA του Πανεπιστημίου Πειραιά για όλα όσα μας δίδαξαν, καθώς επίσης και τους συμφοιτητές μου για τη συνεργασία που είχαμε και όσα μοιραστήκαμε στη διάρκεια του χρόνου αυτού.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κυρία Κωστομοίρη και τον κύριο Ράπτη, υπεύθυνους των δύο ιατρείων από τα οποία έγινε η συλλογή του δείγματος με τη μορφή ερωτηματολογίων.

Ένα επίσης μεγάλο ευχαριστώ στον πολύ καλό μου φίλο Ιάσωνα, για την πολύτιμη βοήθειά του στην εύρεση πηγών και εργαλείων ανάλυσης για την ολοκλήρωση της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις απόψεις ασθενών σχετικά με το περιβάλλον εντός του οποίου τους παρασχέθηκαν υπηρεσίες υγείας, το οποίο εντάσσεται στον γενικό όρο *atmospherics*. Το περιβάλλον αυτό εξετάζεται στη βάση τεσσάρων διαστάσεων: α) τοποθεσία, β) προσωπικό και υπηρεσίες, γ) φυσικό περιβάλλον, δ) λοιποί παράγοντες και τέλος ε) εξετάζεται κατά πόσο τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών επηρεάζουν τις απόψεις τους. Η έρευνα διεξήχθη με την ποσοτική μέθοδο με τη μορφή ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα 107 ασθενών συνολικά, που επισκέφθηκαν ένα οδοντιατρείο και ένα γυναικολογικό ιατρείο στο κέντρο της Αθήνας. Μέσα από την έρευνα καταρχάς διαπιστώθηκε πως οι ερωτηθέντες είναι συνολικά, σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό, ικανοποιημένοι από την τοποθεσία, το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου, το προσωπικό και τις υπηρεσίες, και λοιπούς παράγοντες. Επίσης, στην πλειοψηφία τους δήλωσαν πως σκοπεύουν να επισκεφθούν ξανά το συγκεκριμένο ιατρείο, αλλά και να συστήσουν το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους. Τέλος, διαπιστώθηκε πως τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών του δείγματος επηρεάζουν ορισμένες από τις απόψεις τους.

Λέξεις-κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, *atmospherics*, Αθήνα

ABSTRACT

The purpose of this research is to examine the views of patients on the environment in which health services are provided, which are part of the general term atmospherics. This environment is examined on the basis of four dimensions: a) location, b) staff and services, c) natural environment, d) other factors, and (e) consideration of whether patient's demographic characteristics affect their views. The survey was conducted using the quantitative method with a questionnaire in a sample of 107 patients in total who visited a dentistry and gynecological medicine centre at the center of Athens. The results indicated that overall the respondents were quite satisfied with the location, the physical environment, the staff and services and other factors. Most of them also stated that they intend to visit this particular clinic again, but also to recommend this practice to others. Finally, it was found that the demographics of the patients affect some of their views.

Keywords: patient satisfaction, atmospherics, Athens

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συγκεκριμένα για τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης έχει προχωρήσει σε αλλαγές στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτές οι αλλαγές ανταποκρίνονται σε υψηλότερες προσδοκίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τις συνεχείς τεχνολογικές εξελίξεις, τη μεγαλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγεία μέσω του διαδικτύου και των ψηφιακών μέσων, καθώς και τη νέα ολιστική προσέγγιση για την υγεία και την ευημερία. (Francis, 2010). Σε αυτήν την ανταγωνιστική αγορά υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικό οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης να κατανοήσουν τι εμπειρία των ασθενών και των οικογενειών στις εγκαταστάσεις των μονάδων υγείας, πώς αυτοί αντιλαμβάνονται την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τι επιδρά στις αντιλήψεις αυτές, ούτως ώστε να βελτιωθούν και να μπορέσουν να ικανοποιήσουν, ή ακόμα και να υπερβούν, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000, η υγειονομική περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή αποτέλεσε κινητήριο μοχλό για τον σχεδιασμό του *servicecare in healthcare*, δηλαδή την έμφαση στο περιβάλλον εντός του οποίου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης, έχει αναγνωρίσει τη σημασία του ευρύτερου φυσικού περιβάλλοντος εντός του οποίου παρέχονται οι υγειονομικές υπηρεσίες, για τη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών και της ικανοποίησής τους (Fottleretal., 2000).

Ωστόσο, η διεθνής βιβλιογραφία δεν έχει δώσει την απαιτούμενη προσοχή στο φυσικό περιβάλλον των μονάδων υγείας και πώς αυτό επηρεάζει τις απόψεις των ασθενών. Εκτός από το φυσικό περιβάλλον, όμως, υπάρχει και η διάσταση του προσωπικού, αλλά και των υπηρεσιών και του τρόπου με τον οποίο αυτές παρέχονται (Kumaraswamy, 2012). Όλα τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των απόψεων των ασθενών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα παραπάνω οδηγούν στην προσδοκία ότι θα πρέπει να ληφθούν σημαντικά ζητήματα κατά το σχεδιασμό των περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης ώστε να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις ποιότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των ασθενών και υποστηρίζοντας την αίσθηση ελέγχου, αυτονομίας και ανεξαρτησίας των ασθενών

(Browalletal., 2013). Μία μελέτη, επομένως, που να διερευνά αυτή τη σχέση κρίνεται απαραίτητη στην Ελλάδα, δεδομένου ότι ο τομέας της υγείας τα τελευταία χρόνια έχει υποστεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις, που επηρεάζουν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται και επομένως το πώς οι ασθενείς αντιλαμβάνονται αυτές τις υπηρεσίες σε όρους ποιότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία στόχο έχει να διερευνήσει τις απόψεις ασθενών σχετικά με το περιβάλλον εντός του οποίου τους παρασχέθηκαν υπηρεσίες υγείας, που εντάσσεται στον γενικό όρο *atmospherics*. Το περιβάλλον αυτό εξετάζεται στη βάση τεσσάρων διαστάσεων: α) τοποθεσία, β) προσωπικό και υπηρεσίες, γ) φυσικό περιβάλλον, δ) λοιποί παράγοντες, ε) δημογραφικά στοιχεία. Στη βάση αυτή, επομένως, τίθενται τα εξής ερωτήματα:

1. Πώς η τοποθεσία επηρεάζει την εμπειρία των ασθενών από τη μονάδα υγείας που επισκέφθηκαν;
2. Πώς το προσωπικό και οι υπηρεσίες επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών από τη μονάδα υγείας που επισκέφθηκαν;
3. Πώς το φυσικό περιβάλλον επηρεάζει την εμπειρία των ασθενών από τη μονάδα υγείας που επισκέφθηκαν;
4. Πώς οι λοιποί παράγοντες επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών από τη μονάδα υγείας που επισκέφθηκαν;
5. Πώς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν την εμπειρία τους στη βάση των τεσσάρων προαναφερθέντων διαστάσεων;

Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται μονάδες υγείας με αρνητικά και ανήσυχα, ως επί το πλείστον, συναισθήματα και το άγνωστο περιβάλλον επιδεινώνει αυτά τα συναισθήματα. Για να δημιουργηθούν *atmospherics* που μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών για άνεση, ευκολία, ασφάλεια, προστασία της ιδιωτικής ζωής και υποστήριξη, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατανοήσουν τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που επηρεάζουν την ικανοποίηση και συμπεριφορά των ασθενών.

Τα αποτελέσματα από τη μελέτη αυτή μπορούν να φανούν χρήσιμα στους παρόχους υπηρεσιών υγείας ως προς το πώς διαμορφώνονται οι εμπειρίες και το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, ούτως ώστε να προβούν στις αντίστοιχες βελτιώσεις.

Παράλληλα, μέσα από το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο του μάρκετινγκ και της επικοινωνίας από μέρους των μονάδων υγείας, στη βάση της καλύτερης τμηματοποίησης της αγοράς και της πιο αποτελεσματικής στόχευσης σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η Εξέλιξη της Ποιότητας

Η λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας μεταξύ των κλινικών ιατρών και των διαχειριστών απαιτούν μια συνειδητοποίηση της συνεχώς μεταβαλλόμενης στο τοπίο υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιοτική φροντίδα των υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Αυτή είναι μια σημαντική στιγμή για τις οργανώσεις να εξετάσουν τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας τους. Ο κλάδος αντιμετωπίζει αυξημένη εστίαση στον συντονισμό των προσπαθειών περίθαλψης μέσω κινήτρων που συνδέονται με τη δημιουργία του «ιατρού στο σπίτι» που βασίζονται σε ασθενείς (PCMHs), με ώθηση για τη δημιουργία υπεύθυνων οργανισμών φροντίδας (ACO) και επιπτώσεις του ACA (AffordableCare Act). Ενώ πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης διαθέτουν τμήματα ή ομάδες βελτίωσης της ποιότητας, είναι σημαντικό όλα τα μέλη των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης να συμμετέχουν σε προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας.

Παρόλο που υπάρχει κάποια συζήτηση σχετικά με ποια εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ορισμένες καταστάσεις, υπάρχουν όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας έχουν επιπτώσεις θετικές στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολό της (Homer CJ, 2005). Για παράδειγμα, οι Caneletal. (Canel C, 2010) διεξήγαγε μια μελέτη σχετικά με τις μεθοδολογίες βελτίωσης της ποιότητας και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση των διαδικασιών συγκέντρωσης ιατρικών αρχείων για πολλά νοσοκομεία. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή εργαλείων και μεθοδολογιών βελτίωσης της ποιότητας, συνέβαλε στη βελτίωση της διαδικασίας συναρμολόγησης των ιατρικών αρχείων, γεγονός που με τη σειρά του οδήγησε σε μείωση του χρόνου που χρειάστηκε για την καταχώριση ενός αρχείου ασθενούς.

Ένα άλλο παράδειγμα περιλαμβάνει μια μελέτη που διεξήχθη από το Hosford. (Hosford SB, 2008) Ο Hosford εξέτασε εάν οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας στα νοσοκομεία οδήγησαν σε μείωση των ιατρικών σφαλμάτων. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας που

πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές εγκαταστάσεις νοσοκομείων οδήγησαν πράγματι σε μείωση των ιατρικών σφαλμάτων (Hosford SB,2008).

Περαιτέρω, μια μελέτη που διεξήχθη το 2008 έδειξε ότι οι ασθενείς με αναπνευστικό πρόβλημα σε ένα κοινοτικό νοσοκομείο στην Santa Cruz, Καλιφόρνια, εμφάνισαν βελτιωμένα αποτελέσματα αφού οι διαχειριστές εφάρμοσαν το πρότυπο Plan-Do-Study-Act-Model για την αξιολόγηση κρίσιμων καταστάσεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας (Joshi MS, 2008). Μια άλλη μελέτη που διενεργήθηκε το 2009, έδειξε ότι μία σειρά προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας που εφαρμόστηκαν σε μια τριετία σε ένα πρόγραμμα παιδικής παραμονής, οδήγησαν στη βελτίωση της διαχείρισης των παιδιών με παχυσαρκία, στην καλύτερη συμμόρφωση με τους εθνικούς στόχους ασφάλειας των ασθενών και στη βελτίωση της ροής των ασθενών (Akins RB, 2009). Μια άλλη πρόσφατη μελέτη που περιλάμβανε ανάλυση στατιστικών διεργασιών σε μια αυστραλιανή μονάδα εντατικής θεραπείας, έδειξε ότι ο επανασχεδιασμός της διαδικασίας εκφόρτισης οδήγησε σε μείωση του μέσου χρόνου καθυστέρησης εκφόρτισης του ασθενούς (Chaboyer W, 2011). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χρήση εργαλείων βελτίωσης της ποιότητας, όπως ο έλεγχος των στατιστικών διαδικασιών και η εφαρμογή των ομάδων, οδήγησε σε μια πιο έγκαιρη και αποτελεσματική διαδικασία απαλλαγής.

Συνολικά, σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, ο Brandao de Souza (Brandao de Souza L.2009) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μεθοδολογίες Lean ήταν επιτυχείς στον ιδιωτικό κλάδο της ιατρικής περίθαλψης των Ηνωμένων Πολιτειών και ότι οι Lean μεθοδολογίες επεκτείνονται διεθνώς σε άλλες χώρες για τη βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Brandao de Souza L.2009). Τα τελευταία χρόνια, η εφαρμογή της τεχνολογίας της πληροφορικής και της προσέγγισης της περίθαλψης, με επίκεντρο τον ασθενή, έχει αποδειχθεί χρήσιμη για τους διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης και τους διαχειριστές που προσπαθούν να βελτιώσουν τη διαδικασία εντός της οργάνωσής τους.

Η τεχνολογία πληροφοριών για την υγεία, ιδιαίτερα στα μητρώα ασθενών, θεωρείται από πολλούς ότι είναι συρραπτικά του μοντέλου PCMH (<http://www.hrsa.gov/healthit/toolbox/Childrenstoolb>).

Αν και δεν είναι καινούργιο, το μοντέλο PCMH έχει κερδίσει τη δημοτικότητα από το 2007.

(<http://www.hrsa.gov/healthit/toolbox/Childrenstoolbox/BuildingMedicalHome/whyimportant.html>). Οι «Κοινές Αρχές του PCMH» διατυπώθηκαν από τέσσερις ιατρικές επαγγελματικές οργανώσεις (π.χ. Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών, Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, Αμερικανικό Κολέγιο Ιατρών, Αμερικανική Οστεοπαθητική Ένωση) που εκπροσώπησε τις ειδικότητες πρωτοβάθμιας φροντίδας το 2007. [20] Αυτές οι αρχές περιλαμβάνουν: (1) την ανάθεση προσωπικού γιατρού, (2) τον προσανατολισμό ολόκληρου προσώπου, (3) τον συντονισμό και την ολοκλήρωση της περίθαλψης, (4) τη χρήση της τεχνολογίας της πληροφορίας και των εισροών ασθενών για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας, (5) βελτιωμένη πρόσβαση στην περίθαλψη και (6) ένα χρονοδιάγραμμα πληρωμών που αναγνωρίζει κατάλληλα την προστιθέμενη αξία που παρέχεται σε ασθενείς που είναι μέλη PCMH (AAFP, 2007). Οι PCMH προορίζονται επίσης για τη στήριξη της επικοινωνίας και του συντονισμού της περίθαλψης, μεταξύ πρωτοβάθμιας περίθαλψης γιατρών και ειδικών (AAFP, 2007). Πρόσφατα, η εθνική NCQA χαρακτήρισε αυτές τις αρχές, εντοπίζοντας έξι «στοιχεία μεταναστεύσεως» για την επίτευξη αναγνώρισης NCQA σε οποιοδήποτε επίπεδο (Kirschner N, 2010). Αυτά περιλαμβάνουν την «πρόσβαση κατά τη διάρκεια των ωρών γραφείου, τη χρήση δεδομένων για τη διαχείριση του πληθυσμού, τη διαχείριση φροντίδας, τη στήριξη των διαδικασιών αυτοεξυπηρέτησης, την παρακολούθηση των παραπομπών και την παρακολούθηση και την εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας» (NCQA, 2011).

Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι το μοντέλο που βασίζεται στον ασθενή, έχει επίδραση στην ποιότητα της περίθαλψης και στα αποτελέσματα των ασθενών. Το 2010, ο Jaenetal. (Jaen CR, 2010) έδειξε ότι το μοντέλο που βασίζεται στον ασθενή, που υιοθετήθηκαν από τα PCMH μπορούν να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα. Τα αποτελέσματα της εικοσιπενταμήνου μελέτης τους, έδειξαν ότι η υλοποίηση των συνιστωσών PCMH επέδειξε μικρές βελτιώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης. Η συστηματική ανασκόπηση των 61 μελετών για το 2012 έδειξε κατά κύριο λόγο, ότι τα PCMH συνδέονται με ένα ευρύ φάσμα θετικών αποτελεσμάτων (Alexander JA, 2012). Περαιτέρω, μια συστηματική ανασκόπηση που έγινε από τους Chaudhryetal. (Chaudhry B. 2006) σχετικά με την τεχνολογία των πληροφοριών και την επίδρασή της στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκαν τρία σημαντικά οφέλη. Αυτά τα οφέλη περιλαμβάνουν αυξημένη της τήρησης της βασισμένης στη κατευθυντήρια γραμμή περίθαλψης, ενισχυμένη

παρακολούθηση και μειωμένα σφάλματα της φαρμακευτικής αγωγής (Chaudhry B. 2006). Μια άλλη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που εκπονήθηκε για τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα στον τομέα της Υγείας έδειξε μια συνολική θετική επίδραση της επέμβασης στην τεχνολογία της τεχνολογίας της πληροφορίας στα αποτελέσματα της διαδικασίας. Οι ερευνητές εξέτασαν 97 άρθρα που αξιολόγησαν την επίδραση των εφαρμογών πληροφορικής στον τομέα της υγείας τα οποία διευκολύνουν την περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή, αφορούν στα αποτελέσματα της διαδικασίας της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ερευνητές ολοκληρώνουν τη μελέτη τους υποδεικνύοντας ότι «ουσιαστικά υπάρχει επιβεβαίωση ότι οι εφαρμογές τεχνολογίας της πληροφορίας στον τομέα της υγείας, με εξαρτήματα που σχετίζονται με την περίθαλψη ασθενών, έχουν θετική επίδραση στα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης». (FinneyRutten LJ, 2014).

Είναι σαφές από αυτές τις εκτεταμένες αναθεωρήσεις ότι το μέλλον της βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έγκειται στην ικανότητα της βιομηχανίας να χρησιμοποιεί την τεχνολογία της πληροφορίας ως εργαλείο για την προσπάθεια βελτίωσης. Ο David W. Bates (Bates DW, 2002) δήλωσε καλύτερα ότι, «οι ομάδες δεν θα έχουν μόνο τις πληροφορίες που έχουν τώρα, αλλά και λεπτομερή δεδομένα χρόνου, πληροφορίες για το πόσο συχνά οι διαδικασίες αποτυγχάνουν ή καθυστερούν και πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα των διαδικασιών. «Οι ιδέες του Bates δεν θεωρούνται ότι δεν είναι συχνές μεταξύ εκείνων του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η χρήση της τεχνολογίας των πληροφοριών θα βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς, τα στελέχη και τα μέλη του προσωπικού να λαμβάνουν καλύτερα ενημερωμένες αποφάσεις και αλλαγές στη διαδικασία ή διατήρηση των αποτελεσματικών διαδικασιών στον τομέα της φροντίδας.

Η τεχνολογία επέτρεψε να εξελιχθεί η βελτίωση της ποιότητας και να επικεντρωθεί σε μια προσέγγιση υποστήριξης των κλινικών αποφάσεων για την περίθαλψη των ασθενών. Τα μητρώα ασθενών είναι εργαλεία που συλλαμβάνουν και παρακολουθούν σημαντικές πληροφορίες για τους ασθενείς και βοηθούν την ομάδα παρόχων να παρακολουθούν την κατάσταση υγείας ενός ασθενούς προληπτικά. Τα μητρώα ασθενών μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο βελτίωσης της ποιότητας στην περίθαλψη των ασθενών. Τα εργαλεία μητρώου περιλαμβάνουν λίστες ασθενών, αυτοματοποιημένες ειδοποιήσεις και εργαλεία υποστήριξης αποφάσεων, όλα από τα οποία εξυπηρετούν την παροχή φροντίδας και τον συντονισμό. Τα μητρώα τείνουν

επίσης να έχουν ενσωματωμένο σύστημα υπενθύμισης. Το σύστημα υπενθύμισης ειδοποιεί τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όταν ένας ασθενής οφείλει να κλείσει ραντεβού (American Medical Association, 2005). Αυτές οι υπενθυμίσεις είναι καίριες για τους ασθενείς που χρειάζονται περισσότερη προσοχή και απαριθμούν επίσης μοναδικά ή πρόσθετα βήματα που διαφέρουν από τη μέση συνάντηση του ασθενούς (American Medical Association, 2005). Άλλα εργαλεία μητρώου περιλαμβάνουν τυποποιημένες αναφορές σε επίπεδο πληθυσμού, αναφορές συγκριτικής αξιολόγησης και πίνακες ελέγχου πληθυσμού, οι οποίες αποδίδονται στην επίτευξη διαφορετικών μετρήσεων του πληθυσμού (Overhage M.2012). Εν ολίγοις, τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στα μητρώα των ασθενών έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους φροντιστές να παρέχουν βελτιωμένη φροντίδα στους ασθενείς.

1.2 Θεωρητικοί της Ποιότητας

Ένα μεγάλο ρεύμα των δραστηριοτήτων QI στην υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από τη φιλοσοφία της συνολικής διαχείρισης της ποιότητας και από το έργο των Edwards Deming και Walter Shewhart (Deming WE, 2000). Η σύγχρονη εποχή του QI στην υγειονομική περίθαλψη ξεκίνησε με προσπάθειες για την τόνωση της χρήσης των κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής από τους παρόχους, με σκοπό να βοηθήσουν τους παρόχους να ανταποκριθούν στους στόχους απόδοσης, συγκρίθηκαν με τα δεδομένα από τα μέτρα απόδοσης (Luce JM,1994,Nigam A, 2012). Η εποχή αυτή ξεκίνησε αφού κατέστη σαφές ότι η παραγωγή κατευθυντήριων οδηγιών για την κλινική πρακτική και τη διαδοχική διάδοσή τους δεν οδηγούσε σε αλλαγές. Παρόλο που υπάρχουν μερικά συναρπαστικά παραδείγματα επιτυχημένων προσπαθειών QI επικεντρωμένων σε συγκεκριμένα κλινικά προβλήματα σε επίπεδο κλινικού μικροσυστήματος, (Institute of Medicine, 2012, McKethan A,2009) η τρέχουσα έμφαση στο QI αφορά ευρύτερες συστημικές προσπάθειες που αποσκοπούν στην αλλαγή του περιβάλλοντος στο οποίο ασκούν οι πάροχοι υπηρεσιών. Αυτή η έμφαση περιλαμβάνει έννοιες όπως η αναδιοργάνωση των συστημάτων, ο μετασχηματισμός του συστήματος παράδοσης, η LEAN και η αλλαγή των συστημάτων (Pronovost PJ, 2012, Chassin MR,2011). Θεωρούμε ότι το QI αποτελείται γενικά από τις συστηματικές δραστηριότητες που βασίζονται σε δεδομένα που επικεντρώνονται στην αλλαγή της παραγωγικής λειτουργίας της υγειονομικής περίθαλψης με στόχο τη

βελτίωση των αποτελεσμάτων και της αποτελεσματικότητας. Αν και η πληρότητα του QI μπορεί να εκδηλωθεί σε επαναληπτικούς κύκλους μέτρησης και βελτίωσης, συμφωνούμε με τον Berwick (Berwick DM , 2012, Berwick DM, 1996) ότι οι στόχοι είναι πιο σημαντικοί από την καθαρότητα του όρου. Η εμπειρική εμφάνιση αποδεικτικών στοιχείων και κατανόησης δημιουργεί ευκαιρίες για επαναστατική θεώρηση και δοκιμή εννοιολογικών μοντέλων και θεωριών. Το άλλο σημείο του 1996, που πρέπει να διευρύνουμε τις ιδέες μας για το τι συνιστά καλή επιστήμη, είναι τόσο σημερινό όσο και τότε.

Το 2003, οι Galvin και McGlynn (Galvin RS, 2003) εξέτασαν 3 μοντέλα κοινωνικής επιστήμης, τη Θεωρία Αλλαγής, το Σημείο Σημείωσης και τη Θεωρία Διάχυσης, για να διερευνήσουν γιατί ο QI δεν είχε οδηγήσει σε ένα ουσιαστικά βελτιωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Συνιστούσαν μια στρατηγική που χρησιμοποίησε τη μέτρηση της απόδοσης για να οδηγήσει στην αλλαγή. Δέκα χρόνια αργότερα, οι παρατηρητές εξακολουθούν να διερωτώνται γιατί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό, (Deming WE 2000) και επιχειρεί να αναπτύξει πλαίσια που θα βοηθήσουν στην καθοδήγηση βελτίωσης.

Δεν είμαστε οι πρώτοι που υποδεικνύουν τη σπουδαιότητα της επιστήμης και της θεωρίας στο QI (Hulscher ME, 2012, Scott A, 2011). Το περιοδικό Implementation Science, το οποίο δημοσιεύει μεγάλο μέρος της έρευνας στο QI, τώρα συνιστά, οι υποβάλλοντες με χειρόγραφο, να διατυπώνουν τη θεωρία της αλλαγής (Eccles MP, 2012). Ο Duncan Neuhauser, διακεκριμένος ειδικός στην ιατρική και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, συνόψισε πρόσφατα πώς η ανάπτυξη της θεωρίας ταιριάζει με την επιστημολογία της γνώσης και την επιστημονική μέθοδο, καθώς και τη σημασία της θεωρίας στο QI (Best M, 2011). Μας υπενθυμίζει ότι «η επιστημονική μέθοδος συνίσταται στην ανάπτυξη της θεωρίας, (υποθέσεις), δοκιμασία υποθέσεων, θεωρητική αναθεώρηση ... » (σελ. 466) και σημειώνει ότι: «Η θεωρία είναι απαραίτητη επειδή μας επιτρέπει να γενικεύουμε σε άλλους τόπους, χρόνους και περιστάσεις ... Θεωρία είναι ο τρόπος που μαθαίνουμε ο ένας από τον άλλον ... » (σελ. 466). Αυτή η προσέγγιση είναι ένας σαφής απόγονος του αρχέγονου οράματος του Μερτόν για τη θεωρία της μεσαιάς τάξης (Merton RK, 1949).

Μεταξύ των χαρακτηριστικών της καλής θεωρίας του QI που προτείνει ο Neuhauser και οι συνάδελφοί του, είναι η εξειδίκευση των μεταβλητών και των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, η χρήση μετρήσεων έκβασης που σχετίζονται με την ποιότητα, την αριθμητική μέτρηση μεταβλητών και τη δοκιμή υποθέσεων. Παρόλο που μπορεί να υπάρξει διαφωνία σχετικά με τα καθοριστικά χαρακτηριστικά της καλής θεωρίας εν γένει, ακόμη και εκείνα που προτείνονται από τον Neuhauser δεν απαντώνται σχεδόν ποτέ στο έργο του QI, ούτε λιγότερο στις ερευνητικές δημοσιεύσεις του QI στην επιστημονική βιβλιογραφία (Sanchez JA, 2012, Scott A, 2011, Shekelle PG 2011, Øvretveit J, 2011). Έτσι, Το QI είναι ένα «μαύρο κουτί» που παρέχει λίγη καθοδήγηση σε εκείνους που επιθυμούν να ακολουθήσουν μια πιο ενημερωμένη προσέγγιση για τη βελτίωση της φροντίδας και αμφισβητώντας την αξία της ως επιστήμη. Η κατανόηση ουσιαστικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ καθορισμένων πτυχών αλληλεπίδρασης και αναγνωρίσιμων χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος, μπορεί να είναι κρίσιμη για την υποστήριξη της έξυπνης γενίκευσης από ένα έργο QI στο επόμενο, για έναν άλλο λόγο για την ενσωμάτωση της θεωρίας σε αυτό το έργο.

Η επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθεί και να δοκιμαστεί η θεωρία στο QI μπορεί να ακούγεται αποθαρρυντική για όσους δεν έχουν εκπαιδευτεί στις κοινωνικές και συμπεριφορικές επιστήμες, όπου η θεωρητική ανάπτυξη και η δοκιμασία των υποθέσεων είναι εγκόσμια. Η λέξη δεν πρέπει να εκφοβίσει: η θεωρία μπορεί να είναι ένα καλά καθορισμένο εννοιολογικό πρότυπο που προβλέπει και εξηγεί ποια είναι η παρέμβαση, τι χρειάζεται να συμπληρώνει, τι υποτίθεται ότι θα συμβεί ως αποτέλεσμα (το αποτέλεσμα), πώς και γιατί τα αποτελέσματα συνέβησαν κατά μέσον όρο και, βέλτιστα, τους λόγους για τις παραλλαγές μεταξύ των ιστοτόπων σε μια στρατηγική πολλαπλών θέσεων. Οι επιστήμονες αξιολόγησης θα μπορούσαν να χαρακτηρίσουν μια τέτοια θεωρία ως ένα λογικό μοντέλο με μια θεωρία της αλλαγής. Πολλές θεωρίες είναι διαθέσιμες για να χρησιμοποιηθούν ως σημεία εκκίνησης στο QI, ή μπορούν να συνδυαστούν με συμπληρωματικούς τρόπους.

1.3 Ο Κλάδος της Υγείας

Η έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής του 2001 σχετικά με τη διαφοροποίηση της ποιότητας της περίθαλψης (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A,2001) ώθησε το ενδιαφέρον των φορέων και των ασθενών για τη βελτίωση της ποιότητας (McGlynn EA, 2003). Σήμερα, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ αναγγέλλεται δημοσίως και συνδέεται με την αποζημίωση, παρέχοντας μια ώθηση για βελτίωση. Ορισμένες οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, ωστόσο, εξακολουθούν να δυσκολεύονται να διασχίσουν το ποιοτικό χάσμα (Suter LG,2014). Τα δυνητικά αίτια της μη επίτευξης ποιοτικών στόχων είναι μυριάδες. Για παράδειγμα, η διαθεσιμότητα των πόρων, η θέση και η σύνθεση των ασθενών μπορεί να επηρεάσει την απόδοση (Wakeam E 2014, Joynt KE, 2002)). Ωστόσο, αυτοί οι παράγοντες εξηγούν μόνο εν μέρει την ποικιλία στην ποιότητα (Jha AK,2011).

Οι μελέτες των οργανώσεων με τις καλύτερες επιδόσεις υποδεικνύουν ότι μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης μιας θετικής «οργανωτικής νοοτροπίας» (δηλαδή των κανόνων, των αξιών και των βασικών παραδοχών μιας οργάνωσης) που αγκαλιάζουν την αλλαγή (Damschroder LJ,2009,Weiner BJ,2009). Αυτή η ευελιξία μπορεί να επιταχύνει την υιοθέτηση πρωτοβουλιών για την ασφάλεια των ασθενών βελτιώνοντας τη φροντίδα (Krein SL,2010). Επιπρόσθετα, οι οργανισμοί υψηλής απόδοσης έχουν συχνά ισχυρά προγράμματα ασφάλειας ασθενών, (Zingg W,2015,Taylor N2015) που οδηγούνται από αφοσιωμένα άτομα που υποστηρίζουν και σέβονται τους εργαζόμενους (Taylor N, 2015). Ενώ πολλά είναι γνωστά για την επιτυχία σε οργανισμούς υψηλής απόδοσης, λίγα είναι γνωστά για το γιατί τα χαμηλά οργανώσεις που αγωνίζονται. Η αντιμετώπιση αυτού του κενού μπορεί να βοηθήσει τους οργανισμούς που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη να εντοπίσουν και να ξεπεράσουν τα εμπόδια.

1.3.1 Ιδιαιτερότητες του Κλάδου Υγείας

Η επιτυχής λειτουργία του συστήματος υγείας εξαρτάται από τα ενδιαφερόμενα μέρη του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης:

- ειδικοί της υγειονομικής περίθαλψης,
- οι ασθενείς, οι συγγενείς τους και οι φίλοι,
- οι φόροι και τα κοινωνικά ιδρύματα,
- ασφαλιστικές εταιρείες,
- φαρμακευτικές εταιρείες,
- άλλοι επενδυτές (εργοδότες),
- κυβερνητικά, υγειονομικά και οικονομικά υπουργεία.

Παρόλο που όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη συνδέονται με το κοινό συμφέρον για την επίτευξη της ποιότητας και αποτελεσματικότητας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι λόγοι και τα κίνητρά τους ουσιαστικά είναι διαφορετικά. Οι βασικοί στόχοι της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης και στα θεσμικά όργανα είναι η διαχείριση του κόστους και η αποδοτικότητα του κόστους. Το κύριο μέλημα των παρόχων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι το αποτέλεσμα και η ποιότητα μιας συγκεκριμένης θεραπείας ή υγειονομικής περίθαλψης.

Υπηρεσίες. Τις περισσότερες φορές, ένας καταναλωτής δεν δίνει προσοχή ούτε σε ελλείψεις που προκύπτουν κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ούτε στις δαπάνες για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, το κόστος η διαχείριση και οι περιοχές απόδοσης κόστους είναι πιο πρόσφατες, αφού οι επενδυτές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξασφαλίσουν την πιο αποτελεσματική κατανομή πόρων που παρέχουν υγεία - το κύριο προϊόν του συστήματος υγείας.

Ο βασικός στόχος της υγειονομικής περίθαλψης είναι η βελτίωση της υγείας.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι αποτελεσματικές εάν συμβάλλουν στη βελτίωση της στο σημερινό επίπεδο υγείας των ατόμων, που παρατείνει την τυποποιημένη ζωή την προσδοκία και την βελτίωση της ποιότητας ζωής (McKee et al., 2004; Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2009).

1.4 Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

1.4.1 Εισαγωγικές Αναφορές

Ο καθένας επιδιώκει την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη. Ο καθορισμός της «ποιότητας» φαίνεται απλός, αλλά η εύρεση εργαλείων για τη μέτρηση της υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολη, κάτι που αναγνωρίζεται από τον Donabedian (DonabedianA , 1966) πριν σχεδόν μισό αιώνα. Ενώ συσχετίζουμε συχνά την ποιότητα με την τιμή, οι Αμερικανοί έχουν το πιο ακριβό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο, αλλά έχουν απογοητευτικά αποτελέσματα ασθενών (WoolfSH, 2013). Ως μέσο βελτίωσης των αποτελεσμάτων και του κόστους ελέγχου, οι πληρωτές στις Ηνωμένες Πολιτείες, στο Ηνωμένο Βασίλειο και αλλού χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο μετρήσεις για να υπολογίζουν τους παρόχους και τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και για τη διάρθρωση των πληρωμών.

Οι πληρωτές ζητούν δεδομένα προκειμένου να πληρώσουν τους παρόχους βάσει της «απόδοσης», αλλά τέτοια μέτρα ποιότητας και βαθμολογίες προκαλούν σύγχυση στους ασθενείς, τους εργοδότες και τους παρόχους (Lindenauer PK, 2014, American Association of Medical Colleges, 2014). Παρά τα πρόσφατα μειονεκτήματα των μέτρων εφαρμογής για τις υπεύθυνες οργανώσεις περίθαλψης (ACOs), τα Κέντρα Medicare και Medicaid Services (CMS), τα οποία διαχειρίζονται εθνικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ, κινούνται προς τη σύνδεση του 30% των επιστροφών Medicare με την «ποιότητα ή αξία» των υπηρεσιών των παρόχων μέχρι τα τέλη του 2016 και 50% μέχρι το τέλος του 2018 μέσω εναλλακτικών μοντέλων πληρωμών (Burwell SM, 2015). Πιο πρόσφατα, το CMS ανακοίνωσε το στόχο της δέσμευσης του 85% των παραδοσιακών πληρωμών αμοιβής για υπηρεσία με ποιότητα ή αξία μέχρι το 2016 και 90% μέχρι το 2018 (Better, Smarter, Healthier, 2015). Νωρίτερα φέτος, η Συμβουλευτική Επιτροπή Πληρωμών της Medicare προειδοποίησε ότι «οι δραστηριότητες μέτρησης σε επίπεδο παρόχου επιταχύνουν χωρίς να λαμβάνουν υπόψη το κόστος ή τα οφέλη ενός συνεχώς αυξανόμενου αριθμού μέτρων» (Medicare Payment Advisory Commission., 2014).

Τα αποδεικτικά στοιχεία που συνδέουν πολλά μέτρα ποιότητας με βελτιωμένα αποτελέσματα για την υγεία είναι μέτρια και οι μετρήσεις μπορούν να επιλεγούν επειδή είναι εύκολο να μετρηθούν παρά επειδή βασίζονται σε στοιχεία (Glasziou PP,2012). Το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) προειδοποίησε να μην χρησιμοποιηθούν εύκολα αποδεκτά υποκατάστατα σημεία ως δείκτες ποιότητας, διότι η επίτευξή τους δεν μπορεί να αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα για την υγεία (Micheel C, 2010). Όταν υπάρχουν ενδείξεις, η σχέση μεταξύ κινδύνου και βιοδεικτών είναι συνήθως συνεχής - ωστόσο τα μέτρα συχνά χρησιμοποιούν διακεκριμένες αποκοπές. Με την πληρωμή που διακυβεύεται, οι κλινικοί ιατροί και οι οργανισμοί μπορεί να μπουν στον πειρασμό να παίξουν το σύστημα αφιερώνοντας δυσανάλογη προσπάθεια στους ασθενείς μόνο στην «λανθασμένη» πλευρά μιας γραμμής αντί να εστιάζουν σε εκείνους που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο (Eddy DM,2012,Baker DW,2011).

1.4.2 Ο Έλεγχος της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η διασφάλιση της ποιότητας και ο έλεγχος ποιότητας είναι πολύ κρίσιμα ζητήματα στη διαχείριση νοσοκομείων. Τα τελευταία χρόνια, αυτό το πρόβλημα έχει αναγνωριστεί και έχουν γίνει πολλές έρευνες αφιερωμένες στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την ποιότητα στο νοσοκομείο. Ο στόχος είναι γενικά η αύξηση της απόδοσης και της παραγωγικότητας σε όλους τους τομείς της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των έκτακτων και τακτικών κλινικών επεμβάσεων.

Οι εταιρείες Shaw (Shaw C, 1993) και Onreweit (Ovretveit J, 2000) έχουν εφαρμόσει τη Διασφάλιση Ποιότητας και της Ολικής Διαχείρισης Ποιότητας για τη βελτίωση των υπό εξέταση συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Αρκετοί ερευνητές, όπως ο Birnbaum (Birnbaum D, 1994), ο Benneyan και ο Kaminsky (Benneyan JC,1995), ο Buchanan και ο Wilson (Buchanan D,1996) και οι FranCoiset al. (François P,2003), παρουσίασαν και απέδειξαν αποτελεσματικές μεθόδους για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη. Διάφοροι επαγγελματίες και διευθυντές, όπως ο Onreweit και ο Gustafsson (Ovretveit J,2002) και ο Catsambas (Catsambas T 2002), πιστεύουν ότι πρέπει να ληφθούν μέτρα σχετικά με την ποιότητα. αλλά δεν είναι σίγουροι για το πώς να προχωρήσουν, ειδικά μέσα στους περιορισμούς των πόρων. Η βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας μπορεί να επιτευχθεί μέσω

διαφορετικών προσεγγίσεων και στρατηγικών. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να αναλυθεί σε σχέση με τις δικές του επιχειρησιακές πολιτικές και διαδικασίες προκειμένου να προσδιοριστούν οι καταλληλότερες και οικονομικά αποδοτικότερες στρατηγικές. Ο Grimshaw (Grimshaw J, 2003) έδειξε ότι οι συνεχείς προσεγγίσεις της βελτίωσης της ποιότητας θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικές. Ένα από τα κύρια προβλήματα είναι ότι οι περισσότερες από τις έρευνες που διεξάγονται σε αυτόν τον τομέα δεν είναι καλά σχεδιασμένες και δεν περιλαμβάνουν επιστημονικές διαδικασίες με στατιστικά αποδεδειγμένα αποτελέσματα. Ορισμένες έρευνες, όπως το Dodwad (Dodwad SS, 2013), βασίζονται στην καλή εμπειρία, αλλά ελάχιστα βασίζονται σε επιστημονικές διαδικασίες.

Ορισμένα άλλα εργαλεία διαχείρισης, όπως φαίνεται από τον Robinson (Robinson S, 2004), έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της γενικής υγειονομικής περίθαλψης, τις λειτουργίες και την ποιότητα εν γένει. Οι Onrevelt και Staines (Onrevelt J, 2007) έχουν παρουσιάσει μια μελέτη, στην οποία δείχνουν πώς η ποιότητα και η βελτίωση επιτυγχάνεται μέσω μιας ανεξάρτητης μελέτης περίπτωσης του προγράμματος ποιότητας Jönköping.

1.4.3 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Δεν υπάρχουν τυποποιημένες, αναπαραγόμενες και συγκρίσιμες μετρήσεις για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (PAHO/OPS, 2008). Η κακή ποιότητα αποδίδεται συχνά στην έλλειψη πόρων (Beaglehole, R. 2008) Ωστόσο, παρατηρήθηκαν μεγάλες διαφορές στις διαδικασίες φροντίδας μεταξύ των χωρών (Peabody, JW 2016). Τα διαθέσιμα δεδομένα εξετάζουν ως επί το πλείστον πτυχές της υποδομής της υγειονομικής περίθαλψης, τη διαθεσιμότητα των ανθρωπίνων πόρων, τον εξοπλισμό και προμήθειες, τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την κάλυψη και τα αποτελέσματα (UNICEF, 2015). Οι προοπτικές ποιότητας των χρηστών και των ασθενών είναι επίσης όλο και περισσότερο διαθέσιμες. Ωστόσο, από τις τρεις κατηγορίες που περιγράφονται από το Donabedian (δομή, διαδικασία και έκβαση) (Donabedian A, 1988) εξακολουθεί να υπάρχει κενό για την απόδοση των διαδικασιών περίθαλψης. Η επαρκής υγειονομική περίθαλψη αφορά τόσο τη διαδικασία όσο και την έκβαση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η σχέση μεταξύ διαδικασιών και αποτελεσμάτων δεν είναι καλά κατανοητή (Kahn, KL, 1990).

Επιπλέον, τα δεδομένα αποτελεσμάτων δεν είναι χρήσιμα για να κατανοήσουμε ποιες διαδικασίες χρειάζονται βελτίωση (BerwickDM, 1987).

Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, οι μετρήσεις ποιότητας χρησιμοποιούνται ευρέως και έχουν καταστεί ουσιαστικές (SpertusJA, 2005). Τα δεδομένα χρησιμοποιούνται τακτικά για την παρακολούθηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, την αξιολόγηση των προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας, την εφαρμογή προγραμμάτων πληρωμής για απόδοση και την υποβολή εκθέσεων (ChanKS 2010). Δυστυχώς, αυτές οι μετρήσεις συχνά βασίζονται σε εξελιγμένα συστήματα πληροφόρησης για την υγεία και σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας (EHR), τα οποία απέχουν πολύ από την πραγματικότητα σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Ακόμη και όταν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, η ποικιλομορφία των πρακτικών τήρησης αρχείων και η περιορισμένη τυποποίηση δημιουργούν προκλήσεις για την επίτευξη συγκρίσιμων δεικτών (ChanKS, 2010).

Τα ιατρικά αρχεία χρησιμοποιούνται παραδοσιακά για ελέγχους ποιότητας και πρωτοβουλίες βελτίωσης. Αυτό δεν προκαλεί έκπληξη. Τα ιατρικά αρχεία είναι βασικά εργαλεία για την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς και την τεκμηρίωση της προόδου και της φροντίδας τους. Δεδομένου ότι η φροντίδα παρέχεται από μια ομάδα επαγγελματιών με την πάροδο του χρόνου, τα ιατρικά αρχεία επιτρέπουν τη συνέχεια της περίθαλψης κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και των ασθενών. Τα ιατρικά αρχεία συνιστούν επίσης νομικά έγγραφα που χρησιμεύουν ως απόδειξη της περίθαλψης που παρέχεται. Επιπλέον, τα ιατρικά αρχεία έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για τη βελτίωση της ποιότητας. Οι έλεγχοι ιατρικών αρχείων, συχνά σε συνδυασμό με την ανατροφοδότηση από τους παρόχους, μπορούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωση με τις κλινικές οδηγίες (ThomasEJ, 2002).

Έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της ποιότητας από τα ιατρικά αρχεία, τα οποία μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο κατηγορίες: σιωπηρή αναθεώρηση, η οποία συνεπάγεται την κρίση των εμπειρογνομόνων και την ρητή αναθεώρηση, η οποία συνεπάγεται τη χρήση προκαθορισμένων κριτηρίων (Kerr EA, 2007). Κάθε μία από αυτές τις προσεγγίσεις έχει τελειοποιηθεί για να βελτιώσει την αξιοπιστία μεταξύ των κριτών, τη συγκρισιμότητα και την ακρίβεια. Οι αναθεωρημένες

αναθεωρήσεις περιλαμβάνουν δομημένες μεθόδους για την καθοδήγηση κριτών σε κάθε ρεκόρ. Αντίθετα, οι ρητές αναθεωρήσεις εξελίχθηκαν από τους καταλόγους ελέγχου διαδικασιών (Ministerio de Salud Pública, 2008) στην αφαίρεση συγκεκριμένων δεδομένων και τη χρήση εξελιγμένων μεθόδων, όπως η χρήση όρων αναζήτησης και προγραμμάτων επεξεργασίας φυσικής γλώσσας, για EHR. Οι ρητές μέθοδοι επικρίνονται κυρίως για την υπερβολική απλοποίηση, ενώ οι έμμεσες μέθοδοι παραβιάζονται λόγω της χαμηλής αξιοπιστίας μεταξύ των κριτών (Thomas EJ, 2002). Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεθόδων έχει μελετηθεί, καταλήγοντας σε μέτρια προς υψηλή σύγκλιση.

Η χρήση ρητών μεθόδων ευνοεί τη δημιουργία «δεικτών ποιότητας» που περιέχουν πρότυπα για την αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής (Heuschmann PU, 2006). Αυτοί οι δείκτες αναπτύσσονται χρησιμοποιώντας κλινικές οδηγίες και πάνελ εμπειρογνομόνων για την επιλογή των πιο κλινικά σημαντικών μέτρων. Οι δείκτες ποιότητας δεν έχουν σκοπό να καταστούν κλινικοί προσανατολισμοί, αλλά να καταγράψουν βασικά στοιχεία των διαδικασιών περίθαλψης (Heuschmann PU, 2006). Η υπό όρους λογική και αλγόριθμοι επιτρέπουν την εμφάνιση δεικτών με αυξημένη πολυπλοκότητα (Kahn KL 1990). Χρησιμοποιώντας αυτή τη λογική, είναι δυνατόν να καθοριστούν ορισμένα κριτήρια που ισχύουν για όλους τους ασθενείς, και άλλα που μπορούν να περιοριστούν σε ασθενείς με συγκεκριμένες καταστάσεις (Kahn KL, 1990). Αυτοί οι αλγόριθμοι έχουν χρησιμοποιηθεί συνήθως για τον προσδιορισμό του κόστους περίθαλψης σε ομάδες που σχετίζονται με τη διάγνωση (DRGs). Οι ασθενείς ομαδοποιούνται σε κατηγορίες διαγνωστικών και στη συνέχεια αξιολογούνται για να προσδιοριστεί εάν επιπλοκές, συνυπολογισμοί ή άλλα χαρακτηριστικά ασθενών επηρεάζουν τη χρήση των νοσοκομειακών πόρων (3M Health Information Systems 2003). Αν και η λογική και οι αλγόριθμοι υπό όρους αυξάνουν την πολυπλοκότητα της συλλογής δεδομένων, το λογισμικό αφαίρεσης δεδομένων με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή διευκολύνει τα πρότυπα παράκαμψης, τους ελέγχους ποιότητας των δεδομένων και τους υπολογισμούς κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αφαίρεσης (McGlynn EA, 2003). Ομοίως, τα πακέτα λογισμικού στατιστικής ανάλυσης επιτρέπουν την επεξεργασία δεδομένων και την αυτοματοποίηση για την κατασκευή δείκτη.

1.5 Η Υγεία στην Ελλάδα Σήμερα

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και ισχυρού εθελοντικού συστήματος ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Το NHS παρέχει γενική κάλυψη στον πληθυσμό και, επιπλέον, ολόκληρος ο πληθυσμός καλύπτεται από ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και το 15% του πληθυσμού διατηρεί συμπληρωματική εθελοντική κάλυψη ασφάλισης υγείας, η οποία, μαζί με την εξωφρενική πληρωμή, χρηματοδοτεί αρκετά μεγάλο ιδιωτικό αγορά υγειονομικής περίθαλψης.

Ιστορικά, όπως σε πολλές άλλες χώρες, η κοινωνική ασφάλιση διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των ελληνικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) που ιδρύθηκε το 1937 και το Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) που ιδρύθηκε το 1961 συνέβαλε σημαντικά στην ανάπτυξη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Ωστόσο, παρά τις πρώτες προσπάθειες της κυβέρνησης και άλλων κομμάτων, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα παρέμεινε ένα από τα λιγότερο αναπτυγμένα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, με πολλά κενά στην παροχή, οργάνωση και χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα χαρακτηριζόταν από έλλειψη υποδομής ή επαρκούς χρηματοδότησης, με μεγάλες ανισότητες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Στο πλαίσιο αυτό, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που εισήχθησαν το 1981 ήταν πολύ αναγκαίες. Την εποχή εκείνη δημιουργήθηκε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), με στόχο την παροχή δωρεάν, δίκαιης και ολοκληρωμένης κάλυψης υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η δεκαετία του 1980 ήταν αφιερωμένη κυρίως στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων και σημείωσε σημαντικές βελτιώσεις στην πρωτεύουσα, την ανθρώπινη και την τεχνολογική υποδομή του τομέα της δημόσιας υγείας.

Κατά την περίοδο μεταξύ των αρχών της δεκαετίας του 1990 και του σήμερα, συνεχίστηκαν οι επενδύσεις στον δημόσιο τομέα, με μεγαλύτερη έμφαση στη

διαχειριστική και οργανωτική μεταρρύθμιση για την αύξηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος. Σημαντική εξέλιξη κατά την περίοδο αυτή ήταν η εξέλιξη του τομέα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης, η οποία σήμερα αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ήμισυ των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Σήμερα, λοιπόν, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι μικτό, όπου το NHS, τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία και ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχουν σημαντικά στη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Οργάνωση

Το NHS περιλαμβάνει περίπου 130 γενικά και εξειδικευμένα νοσοκομεία, συνολικού ύψους περίπου 40.000 κλινών που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και παρέχουν περίθαλψη έκτακτης ανάγκης, εξωτερικά και νοσοκομειακά. Υπάρχουν επίσης περίπου 13 στρατιωτικά νοσοκομεία και δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία που διαχειρίζονται και χρηματοδοτούνται από τα Υπουργεία Άμυνας και Εκπαίδευσης αντίστοιχα, με συνολική χωρητικότητα περίπου 4.000 κλινών. Το σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει επίσης περίπου 200 Κέντρα Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και 1.500 αγροτικές ιατρικές υπηρεσίες που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές περιοχές δωρεάν και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Αυτό το σύστημα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης διαχειρίζεται επτά περιφερειακές υγειονομικές αρχές, οι οποίες διευθύνονται από εκτελεστικά στελέχη που αναφέρονται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο τελευταίος είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη της πολιτικής για την υγεία και για τον συντονισμό της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Το Υπουργείο εποπτεύει επίσης φορείς όπως ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, η Εθνική Υπηρεσία έκτακτης ανάγκης, το Εθνικό Κέντρο Μεταδοτικών Ασθενειών και διάφοροι άλλοι ειδικευμένοι φορείς.

Ο ρόλος των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης

Περίπου 30 ασφαλιστικά ταμεία αγοράζουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τον καλυπτόμενο πληθυσμό τους από το NHS, αλλά και από ιδιώτες παρόχους. Τα περισσότερα ταμεία είναι ανεξάρτητες οντότητες που καλύπτουν διάφορες επαγγελματικές ομάδες υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Καθένα παρέχει διαφορετικά οφέλη και κάλυψη.

Το ΙΚΑ καλύπτει το 50% του πληθυσμού, ο ΟΓΑ καλύπτει το 20% του πληθυσμού, το Ταμείο Εμπορικών, Κατασκευαστών και Σχετικών Κατοχών (ΟΑΕΕ) καλύπτει το 13% του πληθυσμού και το Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων (ΟΠΑΔ) καλύπτει το 12% πληθυσμός. Εκτός από τις υπηρεσίες αγορών, τα ταμεία παρέχουν επίσης υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω των ιδίων κέντρων.

Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας, ο οποίος αποτελείται από ιατρούς, πρακτικές, διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια και νοσοκομεία, έχει σημειώσει σημαντική ανάπτυξη κατά την τελευταία δεκαετία και ενάμιση χρόνο και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα κινείται προς μεγαλύτερη ιδιωτικοποίηση. Η τάση αυτή επηρεάζεται από την οικονομική ανάπτυξη, τη δυσαρέσκεια του κοινού όσον αφορά την πρόσβαση και την ποιότητα της δημόσιας περίθαλψης και την υπερπροσφορά ιατρών και άλλων ιδιωτικών υπηρεσιών που ενισχύουν τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη μέσω φαινομένων ζήτησης που προκαλείται από προμηθευτές.

Χρηματοδότηση και δαπάνες

Το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται μέσω ενός μικτού συστήματος στο οποίο οι μισθοί του προσωπικού καλύπτονται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ οι υπόλοιπες δαπάνες υποτίθεται ότι καλύπτονται από τα τέλη υπηρεσιών στα ασφαλιστικά ταμεία και τους ασθενείς. Οι χρεώσεις υπολογίζονται με βάση ένα περίπλοκο σύστημα αποζημίωσης, το οποίο σε ορισμένες περιπτώσεις καλύπτει μόνο τη διάρκεια της νοσηλείας, σε άλλες για τα αναλώσιμα και φάρμακα που διανέμονται και σε άλλα με προκαθορισμένο τέλος για την παρέμβαση που έχει αναληφθεί. Με άλλα λόγια, πολλές διαφορετικές μέθοδοι επιστροφής συνυπάρχουν ανάλογα με την περίπτωση. Το προσωπικό που απασχολείται αποκλειστικά στον δημόσιο τομέα δεν επιτρέπεται να ασκεί παράλληλη ιδιωτική δραστηριότητα. Δεδομένου ότι τα τέλη επιστροφής για τις παραδιδόμενες υπηρεσίες δεν έχουν ενημερωθεί για κάποιο χρονικό διάστημα, τα νοσοκομεία και άλλες δημόσιες υπηρεσίες τρέχουν τεράστια ελλείμματα που καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό κάθε λίγα χρόνια.

Ο προϋπολογισμός για την υγειονομική περίθαλψη ορίζεται ετησίως από το Υπουργείο Οικονομικών. Οι φόροι αντιπροσωπεύουν το 70% της χρηματοδότησης του NHS και το υπόλοιπο προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και τις πληρωμές εκτός τσέπης. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης των δημόσιων ταμείων ασθενείας χρηματοδοτούνται απευθείας από αυτούς και οι ιατροί μπορούν επίσης να ακολουθήσουν ιδιωτική πρακτική. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται με τέλη στα ταμεία ασθενείας, τις ιδιωτικές ασφάλειες και τους ίδιους τους ασθενείς. Για παράδειγμα, το OPAD έχει συμβάσεις με 20.000 γιατρούς και εργαστήρια για την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των δικαιούχων.

Ανθρώπινο, Πρωτεύον και Τεχνολογικοί Πόροι

Υπάρχουν περισσότεροι γιατροί ανά κάτοικο στην Ελλάδα από ό, τι σε οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ. Τις τελευταίες δεκαετίες, ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο αυξήθηκε ραγδαία, φθάνοντας σε 4,9 ιατρούς ανά 1000 άτομα. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων ιατρών σε σύγκριση με άλλες χώρες και ότι μόνο το 5% των γιατρών είναι γενικοί ή οικογενειακοί ιατροί.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μόνο 3.8 νοσοκόμες ανά 1.000 κατοίκους, πολύ χαμηλότερες από το μέσο όρο των 8.6 στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Σε αυτό το πλαίσιο, η χώρα έχει τη χαμηλότερη αναλογία νοσοκόμων σε ιατρούς μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Όπως και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ανά κάτοικο στην Ελλάδα έχει μειωθεί με την πάροδο του χρόνου. Η μείωση αυτή συνέπεσε με τη μείωση της μέσης διάρκειας διαμονής στα νοσοκομεία και την αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων που διενεργήθηκαν την ίδια μέρα (ή την περιπατητική) βάση. Η μέση διάρκεια διαμονής είναι έξι ημέρες και το ποσοστό κατοχής των νοσοκομείων ανέρχεται στο 79%. Εν κατακλείδι, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει σήμερα την ίδια υποδομή με εκείνη άλλων χωρών του ΟΟΣΑ, αλλά χαρακτηρίζεται από υπερπροσφορά ιατρών και έλλειψη νοσηλευτών, γεγονός που προκαλεί στρεβλώσεις λειτουργίας και υπηρεσιών και φαινόμενα ζήτησης από τον προμηθευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ

2.1 Εισαγωγή

Οι τρόποι αλληλεπίδρασης των καταναλωτών με προϊόντα και υπηρεσίες μπορούν να ταξινομηθούν σε διαδικασίες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη συμπεριφορά επιλογής τους. Ως τομέας έρευνας, η συμπεριφορά των καταναλωτών έχει σχεδιαστεί για να μελετήσει τη συμπεριφορά κατανάλωσης των καταναλωτών (δηλαδή συμπεριφορά μετά την επιλογή) πέραν των ρόλων τους ως αγοραστών. Ωστόσο, μετά από οκτώ χρόνια έντονης ερευνητικής δραστηριότητας, σημαντικά ζητήματα στη συμπεριφορά των καταναλωτών, μετά την επιλογή, μόλις τώρα αρχίζουν να ασκούν σημαντικό αντίκτυπο στην έρευνα των καταναλωτών. Πολλά βασικά ζητήματα παραμένουν ανεπίλυτα στην περιοχή.

Το παρόν έγγραφο επικεντρώνεται στην περιγραφή σημαντικών μελλοντικών κατευθύνσεων έρευνας, οι οποίες απαιτούνται για την ικανοποίηση του καταναλωτή και τη συμπεριφορά μετά την επιλογή. Οι προτεινόμενες κατευθύνσεις βασίζονται σε μια ανασκόπηση της ιστορικής εξέλιξης της έρευνας ικανοποίησης και της υπάρχουσας αντίληψης στην περιοχή. Οι υπάρχουσες θεωρητικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της δομής ικανοποίησης και τα μοντέλα διεργασιών μετά την επιλογή συζητούνται. Θα περιγραφεί επίσης, συνοπτικά, η έρευνα για την ικανοποίηση και τη συμπεριφορά μετά την επιλογή σε άλλους κλάδους, συμπεριλαμβανομένης της βιομηχανικής ψυχολογίας, της οικονομίας, της κοινωνιολογίας και της δημόσιας υγείας.

2.2 Ορισμός της Ικανοποίησης των Καταναλωτών

Αν και δεν αναφέρεται ρητά, εδώ και δεκαετίες, η έννοια της ικανοποίησης έχει υπονοηθεί από τις περισσότερες εργασίες που στοχεύουν στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κατά καιρούς, η ικανοποίηση χαρακτηριζόταν ως προϋπόθεση της ανθρώπινης ζωής, όπως είναι οι ανάγκες, οι επιθυμίες κ.λπ., ενώ άλλες φορές θεωρούνταν ως στόχος - από τώρα και στο εξής σε μια μελλοντική κατάσταση - ανθρώπινες ανάγκες όπως η ευτυχία, η χαρά, η εκπλήρωση της ζωής, κλπ. Το βέλτιστο κατά Pareto, η ευημερία των ανθρώπων, ήταν μερικά από τα πιο αξιοσημείωτα παραδείγματα.

Η έννοια της ικανοποίησης έγινε πιο προφανής και συγκεκριμένη μετά τη γέννηση της σύγχρονης κοινωνικής επιστήμης. Ειδικότερα, οι οικονομολόγοι με τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται ο λογικός άνθρωπος, πρότειναν ότι ένα άτομο στοχεύει να μεγιστοποιήσει την ικανοποίησή του στις αποφάσεις κατανάλωσής του, μέσα στις μακροοικονομικές αλληλεπιδράσεις των χαρακτηριστικών προσφοράς και ζήτησης.

Η ικανοποίηση είναι επίσης σημαντική για την ανάπτυξη της σύγχρονης σκέψης μάρκετινγκ. Χρησιμοποιήθηκε ως στόχος του έμπορου για την κάλυψη των αναγκών και επιθυμιών των καταναλωτών (Duddy και Revzan 1947). Σε όλα τα βασικά κείμενα μάρκετινγκ, η ικανοποίηση των καταναλωτών καθορίστηκε πάντοτε ως το μέσο μέσω του οποίου οι έμποροι μπορούν να επιτύχουν τους οργανωτικούς τους στόχους (Kotler 1972).

Η γέννηση της καταναλωτικής συμπεριφοράς ως ανεξάρτητου πεδίου σπουδών τη δεκαετία του '50 και η ίδρυσή της κατά τη δεκαετία του '60 σηματοδοτεί μια άλλη εποχή για την έννοια της ικανοποίησης. Στα κλασικά μοντέλα καταναλωτικής συμπεριφοράς, (π.χ. Λευκωσία 1966, Howard και Sheth 1969 και Hansen 1972) αναγνωρίστηκε η σημασία της ικανοποίησης μέσα στις διαδικασίες κατανάλωσης που ακολουθούν την αγορά των καταναλωτών. Ορισμένες κλασικές μελέτες ικανοποίησης (π.χ. Cardozo 1965, Anderson 1973) ξεκίνησαν την ίδια περίοδο.

Αλλά η αναζωογόνηση του ενδιαφέροντος για ικανοποίηση ήρθε περίπου δέκα χρόνια αργότερα το 1976 όταν η Day (1977) και οι συνεργάτες του ξεκίνησαν μια σύγχρονη παράδοση ερευνητικών προσπαθειών για να κατανοήσουν την ικανοποίηση και τις σχετικές δομές μετά την επιλογή. Από τότε, πολλοί ερευνητές έχουν προσελκύσει να ερευνήσουν και να κατανοήσουν την κατασκευή ικανοποίησης.

Μετά από οκτώ χρόνια συνεχούς εξερεύνησης και εννοιολογικής σκέψης, η ουσία της σύγχρονης έννοιας της ικανοποίησης των καταναλωτών φαίνεται να παίρνει μορφή, αν και πολλά σημαντικά εννοιολογικά και μετρητικά ζητήματα παρέμεναν ανεπίλυτα. Η ικανοποίηση ορίζεται ως η διαδικασία απόκρισης ενός καταναλωτή, μετά από μια συγκεκριμένη εμπειρία κατανάλωσης, η οποία εξελίσσεται μέσω μιας απόκλισης, μεταξύ κάποιας μορφής προτύπου επιδόσεων πριν από την εμπειρία και της πραγματικής απόδοσης του προϊόντος, όπως αντιλαμβάνεται ο καταναλωτής. (Ημέρα 1984). Αλλά εμφανίζονται ορισμένες τροποποιήσεις στον ορισμό αυτό. Πρώτον, τα εμπειρικά ευρήματα από τους Churchill και Surprenant (1983), Wilton and Tse (1983), Tse (1984) υποδηλώνουν ότι εκτός από την αναπλήρωση των προσδοκιών, η αντιληπτή απόδοση του προϊόντος είναι ένα σημαντικό κατασκευάσμα στην κατανόηση των διαδικασιών ικανοποίησης. Όλες αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν ότι η αντίληψη των επιδόσεων του προϊόντος ασκεί μεγαλύτερη επιρροή στο επίπεδο ικανοποίησης του καταναλωτή, στη συνέχεια, στη βαθμολογία αποτροπής.

2.3 Θεωρίες και Μοντέλα Ικανοποίησης των Καταναλωτών

Μια ποικιλία θεωρητικών προσανατολισμών για να εξηγηθεί η εμφάνιση και οι αλλαγές στο επίπεδο ικανοποίησης των καταναλωτών (δηλαδή, βαθμολογία του καταναλωτή σε κλίμακα ικανοποίησης σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα) έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία. Αυτές οι προσεγγίσεις προσαρμόστηκαν κυρίως από τις θεωρίες κοινωνικής ψυχολογίας. Περιλαμβάνουν τη θεωρία δυσαναλογίας (εξομοίωση και αντίθετη επίδραση από Oliver 1977, Andreson 1973), θεωρία επιπέδου σύγκρισης (LaTour and Peat 1979), θεωρία δύο παραγόντων (Swans and Combs 1976, Maddox 1981), γνωστική θεωρία επεξεργασίας (Oliver 1980) (Woodruff, Cadotte και Jenkins 1983) και θεωρία συγγένειας (Sirgy 1984). Το σχήμα 1 συνοψίζει τις διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις και μελέτες που υποστηρίζουν αυτές τις θεωρητικές

προσεγγίσεις στον προσδιορισμό του επιπέδου ικανοποίησης των καταναλωτών. Πολλές από αυτές τις θεωρίες και μοντέλα έχουν συγκριθεί πρόσφατα. Σε μια πρωτοποριακή προσπάθεια, οι Tse και Wilton (1985) διαπίστωσαν ότι το επίπεδο ικανοποίησης των καταναλωτών καθορίζεται καλύτερα από τις αντιληπτές επιδόσεις του καταναλωτή, την αντιληπτή αμφισβήτηση και το επίπεδο προσδοκιών πριν από την εμπειρία.

Αυτές οι προσεγγίσεις έχουν εμπλουτίσει τη βιβλιογραφία ικανοποίησης με την απομόνωση των προηγούμενων μεταβλητών, οι οποίες επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης του καταναλωτή. Εντούτοις, καθώς η ικανοποίηση των καταναλωτών προσέλκυσε την ανανεωμένη προσοχή των ερευνητών συμπεριφοράς καταναλωτών στα μέσα της δεκαετίας του '70, μια ποικιλία συγγραφέων (Ημέρα 1977, Tse 1984, Λευκωσία και Wilton, 1984) ζήτησαν την κατανόηση της δομής ικανοποίησης η οποία εστιάζει, όχι μόνο προγενέστερα προς το επίπεδο ικανοποίησης, αλλά με το σύνολο ψυχολογικών και εμφανών δραστηριοτήτων οι οποίες ακολουθούν μια συγκεκριμένη εμπειρία χρήσης και οδηγούν στην απόφαση επαναγοράς, δηλαδή ως μια συνεχής διαδικασία αλληλεπιδράσεων στο χρόνο. Σε αυτό το πλαίσιο, το σύνολο των εμφανών δραστηριοτήτων μετά από μια συγκεκριμένη εμπειρία κατανάλωσης (π.χ. καταγγελίες, επαναλαμβανόμενα πρότυπα αγοράς, μετατοπίσεις θέσεων κ.λπ.) έχει διερευνηθεί σημαντικά εκτενέστερα από το λιγότερο άμεσα παρατηρούμενο σύνολο ψυχολογικών δραστηριοτήτων και διαδικασιών που θα μπορούσαν να τους διαμεσολαβήσουν. Μόνο πρόσφατα οι ερευνητές άρχισαν να διερευνούν την ποικιλία των συναισθημάτων μετά την επιλογή (π.χ. θετικό ή αρνητικό άγχος), διαδικασίες διαμεσολάβησης (π.χ. απόδοση) και έμμεσες συμπεριφορές αντιμετώπισης (π.χ., αντιστάσεις χρόνου και χρήματος) (βλ., για παράδειγμα, Richins 1979, Hunt 1979, Wilton and Tse 1983).

Τα μοντέλα διεργασιών μετά την επιλογή παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση των διαδικασιών ικανοποίησης των καταναλωτών. Παρ' όλα αυτά, πολλά από αυτά τα μοντέλα στερούνται συνεκτικής θεωρητικής βάσης για την ενσωμάτωση των υποκείμενων στα διάφορα στάδια της διαδικασίας μετά την επιλογή. Ως αποτέλεσμα, είναι δύσκολο να καταλάβουμε γιατί πρέπει να εμφανιστεί ή να τερματιστεί ένα συγκεκριμένο στάδιο. Για να αντισταθμιστεί αυτό, η Tse (1984) ανέπτυξε ένα μοντέλο τριών σταδίων εμφάνισης και μείωσης. Σύμφωνα με αυτό το

μοντέλο, ένας καταναλωτής θα αντιμετωπίσει ψυχολογικό στρες όταν βρει ότι η προσδοκία του για την προϋπάρχουσα εμπειρία δεν επιβεβαιώνεται. Ανάλογα με το επίπεδο της αναδύμενης πίεσης, ο καταναλωτής έχει κίνητρο να συμμετάσχει σε διαδικασίες κατανομής για να προσδιορίσει τους αιτιώδεις παράγοντες για την απογοητευτική εμπειρία. Με γνώμονα το αναπόφευκτο άγχος το οποίο κατευθύνεται από το αποτέλεσμα της διαδικασίας κατανομής, ο καταναλωτής εμπλέκεται, κατά τη διαδικασία, με εσωτερικές (π.χ. αλλάζει την στάση του και / ή την πρόθεση αγοράς) καθώς και εξωτερικές δυνάμεις (π.χ. πολιτισμός, κουλτούρα, ομάδες αναφοράς κ.α.)

2.4 Μελέτες Ικανοποίησης

Το κατασκεύασμα ικανοποίησης έχει χρησιμοποιηθεί, από καιρό, για να κατανοήσει την ανθρώπινη φύση σε άλλα περιβάλλοντα ζωής. Ως αποτέλεσμα, η έρευνα ικανοποίησης σε άλλους κλάδους, συμπεριλαμβανομένης της βιομηχανικής ψυχολογίας, της οικονομίας, της κοινωνιολογίας και της δημόσιας υγείας, έχει μια μακρά και πιθανώς πλούσια παράδοση για τους ερευνητές των καταναλωτών. Σε αυτή την ενότητα που ακολουθεί, εξετάζουμε σύντομα μερικές από αυτές τις παραδόσεις.

Οι βιομηχανικοί ψυχολόγοι έχουν χτίσει μια πλούσια παράδοση στο έργο τους για την ικανοποίηση βάση των θέσεων εργασίας και των εργαζομένων. Μέχρι το 1977, έχουν δημοσιευθεί σχεδόν 2.600 εργασίες σε αυτόν τον τομέα (βλ. Locke 1977). Πιο πρόσφατα, οι βιομηχανικοί ψυχολόγοι έχουν επίσης διερευνήσει τις διαδικασίες που ακολουθούν το αίσθημα ικανοποίησης και δυσαρέσκειας. Αυτές οι μελέτες έχουν διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο η ικανοποίηση από την εργασία, επηρεάζει την ανθεκτική συμπεριφορά των εργαζομένων, όπως ο κύκλος εργασιών, οι απουσίες, η αλλαγή στην παραγωγικότητα κ.λπ.

Οι οικονομικοί παράγοντες (π.χ. Handy and Pfaff 1975, Pfaff 1977) έχουν εφαρμόσει βαθμολογίες ικανοποίησης των καταναλωτών σε ένα περιβάλλον μακροοικονομικών συναλλαγών, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα του συνολικού συστήματος της αγοράς σε διάφορες κατηγορίες προϊόντων. Επιπλέον, ορισμένοι οικονομολόγοι έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούν την ικανοποίηση ως εναλλακτικό παράδειγμα για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά του καταναλωτή πέρα από την ιδέα του ορθολογικού ανθρώπου. Αυτό το παράδειγμα αναγνωρίζει ότι, ο καταναλωτής δεν προσπαθεί να

μεγιστοποιήσει την ικανοποίησή του σε κάθε απόφαση αγοράς. Αντ' αυτού, ένα μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς κατανάλωσης είναι προσανατολισμένο προς την ικανοποίηση μιας σειράς αποδεκτών προ-καταναλωτικών προτύπων - δηλαδή ικανοποιώντας παρά μεγιστοποιώντας την ικανοποίηση.

Οι κοινωνιολόγοι, ειδικά εκείνοι που ενδιαφέρονται για τους ηλικιωμένους και τους συνταξιούχους, έχουν διερευνήσει τις υποκείμενες αιτίες της ικανοποίησης από τη ζωή και τη σχέση τους με διαφορετικά συστατικά της ζωής, όπως υγεία, οικονομική κατάσταση, κοινωνική κατάσταση κλπ. (Π.χ., Medley 1976). Σχεδόν κάθε θέμα στην Εφημερίδα της Γεροντολογίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών περιέχει τουλάχιστον ένα έγγραφο σχετικά με την κατασκευή ικανοποίησης.

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι επίσης ένας βασικός τομέας έρευνας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ένα πρόσφατο έγγραφο ανασκόπησης (Rascoe και Attkison 1981) έχει αναφέρει περισσότερες από τριακόσιες εργασίες σε αυτόν τον τομέα. Μια πρόσφατη μελέτη κατέδειξε ότι η ικανοποίηση ενός ασθενούς έναντι της κλινικής υγείας επηρέασε έντονα την συμπεριφορά του επισκέπτη στην κλινική.

Δύο σημαντικές παρατηρήσεις μπορούν να παρατηρηθούν στην παραπάνω σύντομη συζήτηση. Πρώτον, η διαδικασία ικανοποίησης είναι σημαντική σε διάφορα πλαίσια. Αυτά τα πλαίσια μπορεί να παρουσιάζουν διαρθρωτικές διαφορές από τα συνήθη καταναλωτικά πλαίσια. Εντούτοις, οι πληροφορίες σχετικά με την κατασκευή μετρήσεων και το σχεδιασμό της έρευνας μπορούν να εξαχθούν για μελλοντική εξέλιξη της έρευνας ικανοποίησης των καταναλωτών. Δεύτερον, οι τρόποι με τους οποίους γίνεται αντιληπτή η διαδικασία ικανοποίησης σε αυτές τις μειονότητες θα είναι χρήσιμοι για την ανάπτυξη θεωριών και μοντέλων που θα εξηγούν τη διαδικασία ικανοποίησης των καταναλωτών.

2.5 Διαχείριση Πελατών (CRM)

Οι εταιρείες συνειδητοποίησαν τη σημασία της καλής διαχείρισης σε σχέσεις με τους πελάτες τους. Η Διαχείριση Σχέσεων Πελατών (CRM) επιτρέπει στις εταιρείες να διαχειρίζονται τις στρατηγικές μάρκετινγκ και να παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες σε πελάτες με διαφορετικές αξίες.

Οι πελάτες με υψηλότερες τιμές μπορεί να αξίζουν καλύτερη εξυπηρέτηση, ενώ λιγότερη εξυπηρέτηση πρέπει να παραδίδεται σε πελάτες με χαμηλότερη αξία για την εταιρεία. Η διαχείριση σχέσεων με πελάτες (CRM) είναι ένας όρος που προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Varadarajan (1986). Σύμφωνα με τον Varadarajan, το CRM είναι ένα μοντέλο κοινής συναλλαγής, το οποίο είναι μια ευθυγράμμιση του προϊόντος και της δωρεάς μέσω της εταιρικής σχέσης μεταξύ εταιρείας και μη κερδοσκοπικού οργανισμού και τελικά κερδίζει συμφέροντα και για τα δύο μέρη. »Οι Varadarajan και Menon (1988) Το CRM βοηθάει τις εταιρίες να επιτύχουν πολλά από τα σημαντικά οφέλη τους, όπως τη στήριξη τους για βελτίωση των επιδόσεων, την ενίσχυση της εταιρικής εικόνας και της εικόνας του εμπορικού σήματος και την επέκταση της στοχευόμενης αγοράς.

Σύμφωνα με τους Peppers, Rogers και Dorf (1999), το CRM είναι η διαχείριση των σχέσεων μεταξύ εταιρειών και μεμονωμένων πελατών με τη βοήθεια βάσεων δεδομένων (πελάτη) και τεχνολογιών διαδραστικής και μαζικής προσαρμογής.

Το Swift (2001) ορίζει το CRM ως μια «επιχειρηματική προσέγγιση για την κατανόηση και τον επηρεασμό της συμπεριφοράς των πελατών μέσω σημαντικών επικοινωνιών προκειμένου να βελτιωθεί η απόκτηση πελατών, η διατήρηση των πελατών, η εμπιστοσύνη των πελατών και η κερδοφορία των πελατών». Σύμφωνα με τον Kincaid (2003) είναι η στρατηγική χρήση των πληροφοριών, των διαδικασιών, της τεχνολογίας και των ανθρώπων, για τη διαχείριση της σχέσης του πελάτη με την εταιρεία σε ολόκληρο τον κύκλο ζωής του πελάτη. » Ο Ko, Lee και Woo (2004) ορίζουν το CRM ως ενσωμάτωση της στρατηγικής διαχείρισης πελατών το οποίο τους επιτρέπει να διαχειρίζονται αποδοτικά τους πελάτες με την παροχή εξατομικευμένων προϊόντων και υπηρεσιών και τη μεγιστοποίηση της αξίας ζωής των πελατών.

Όπως τονίζουν οι Kincaid (2003) και άλλοι συγγραφείς στις μελέτες τους, η προσέγγιση CRM αρχικά άρχισε να γίνεται στην ατζέντα της εταιρείας, αφού είχαν ανακαλύψει ότι όλοι οι πελάτες δεν είχαν την ίδια αξία και την ίδια κερδοφορία. Στη

συνέχεια, οι εταιρείες συνειδητοποίησαν ότι θα ήταν πιο αποτελεσματικό να παρέχουν ξεχωριστές υπηρεσίες και να αναπτύσσουν συγκεκριμένες στρατηγικές για πελάτες που έχουν διαφορετική σημασία για την εταιρεία, αντί η αντιμετώπιση να είναι εξίσου για όλους.

2.6 Αφοσίωση / Πιστότητα

Ο βασικός στόχος της Διαχείρισης των Σχέσεων των Πελατών είναι να επιτύχει ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στη διαχείριση πελατών και ως αποτέλεσμα να αυξήσει τα επίπεδα κέρδους των πελατών.

Το μάρκετινγκ αφοσίωσης είναι μια προσέγγιση στο μάρκετινγκ, βασισμένη στη στρατηγική διαχείριση, στην οποία μια επιχείρηση επικεντρώνεται στην ανάπτυξη και διατήρηση των υφιστάμενων πελατών μέσω κινήτρων. Η μάρκα, το μάρκετινγκ προϊόντων και το μάρκετινγκ αφοσίωσης, αποτελούν μέρος της προτίμησης του πελάτη - η υποκειμενική εκτίμηση από τον πελάτη για το αν θα αγοράσει ένα εμπορικό σήμα ή όχι, με βάση τον ολοκληρωμένο συνδυασμό της αξίας που θα λάβει από κάθε ένα από αυτούς τους κλάδους μάρκετινγκ (Evans, 2007). Είναι πολύ σημαντικό να διατηρήσουμε τους πελάτες ικανοποιημένους για τις εταιρείες, ιδιαίτερα στον τομέα εστίασης της μελέτης αυτής - την κινητή τηλεπικοινωνία, καθώς ο ανταγωνισμός στον τομέα αυτό είναι πολύ αυξημένος και οι πελάτες τείνουν να κινούνται εύκολα από την μία στην άλλη, όταν υπάρχει καλύτερη εξυπηρέτηση ή τιμή στον ανταγωνιστή. Η προσπάθεια και τα χρήματα πρέπει να αντιστραφούν (Lam, Shankar, Erramilli, & Murthy, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

3.1 Η Διαχείριση των Παράπονων ως Εργαλείο Ικανοποίησης

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι πελάτες γίνονται σχεδόν αναπόφευκτα δυσαρεστημένοι λόγω διαφόρων προβλημάτων ή δυσκολιών που δεν βρίσκονται πάντοτε υπό τον άμεσο έλεγχο της εταιρείας. Η ενθάρρυνση των πελατών να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους, είναι το πρώτο βήμα που προτείνεται στους διαχειριστές, στην προσπάθειά τους να μάθουν συστηματικά τις αρνητικές εμπειρίες των πελατών, να αποκαταστήσουν την ικανοποίησή τους και να ενισχύσουν τις επιχειρηματικές σχέσεις τους (Fornell, 1992). Οι καταγγελίες πρέπει να θεωρούνται δείκτης της οργανωτικής αξιολόγησης της απόδοσης, σηματοδοτώντας κάποια προβλήματα ή αποτυχίες σε εσωτερικές διαδικασίες που χρειάζονται γρήγορη ανάκαμψη, προκειμένου να αποφευχθεί η μετοικεσία κερδοφόρων πελατών. Επιπλέον, οι οργανώσεις πρέπει να μάθουν ότι οι συνέπειες της απώλειας των πελατών είναι τόσο μείωση του κέρδους όσο και αρνητική διαφήμιση από στόμα σε στόμα.

Τα αποτελέσματα επικεντρώνονται στην παραπονετική συμπεριφορά των πελατών και, στη συνέχεια, στην ανάπτυξη και εφαρμογή της στρατηγικής ανάκτησης υπηρεσιών. Ως μελλοντική προοπτική, τα συστήματα διαχείρισης των καταγγελιών παρέχουν σημαντικά πλεονεκτήματα για τις εταιρείες του για την εξεύρεση λύσεων για τη βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών, με βάση μια ενεργή διαδικασία μάθησης επικεντρωμένη στη συμπεριφορά των πελατών σε περίπτωση δυσαρέσκειας. Η διαχείριση των καταγγελιών είναι η διαδικασία της οργάνωσης των πληροφοριών με στόχο τον εντοπισμό και τη διόρθωση διαφόρων αιτιών δυσαρέσκειας των πελατών (Fornell&Westbrook, 1984). Καθορίζει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι εταιρείες για να λύσουν και να μάθουν από τα προηγούμενα λάθη, προκειμένου να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη των πελατών στην οργανωτική αξιοπιστία (Hartetal., 1990). Επομένως, οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις καταγγελίες των πελατών έχουν μεγάλη σημασία για τη διαδικασία διαχείρισης της ποιότητας, καθώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διορθώσουν και να μάθουν για τις αδυναμίες στην ποιότητα των προϊόντων και το σύστημα παράδοσης.

Οι πελάτες είναι δυσαρεστημένοι όταν οι παραστάσεις προϊόντων ή υπηρεσιών δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους. Η κατανόηση των δυνητικών πηγών δυσαρέσκειας και των αντιδράσεων των πελατών σε αρνητικές καταστάσεις είναι υποχρεωτικές απαιτήσεις στο σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών ανάκτησης υπηρεσιών. Οι απαντήσεις των πελατών σε διάφορα λάθη ή δυσάρεστα περιστατικά δεν είναι μοναδικά (Voineaetal., 2011). Έτσι, μερικά άτομα θα ξεκινήσουν μια δημόσια ενέργεια, η οποία μπορεί να αποτελείται από: την αποστολή καταγγελίας στον οργανισμό, την καταγγελία σε τρίτο πρόσωπο, όπως σε μια ένωση καταναλωτών, ή ακόμη και την προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος μέσω νομικής ενέργειας. Σε άλλες περιπτώσεις, οι πελάτες θα προβούν σε ιδιωτική ενέργεια και θα στείλουν αρνητικά μηνύματα σε άλλους δυνητικούς πελάτες ή θα τερματίσουν την επιχειρηματική σχέση, ακολουθούμενη πιθανότατα από τη μεταναστευτική συμπεριφορά. Υπάρχουν επίσης παθητικοί πελάτες που δεν θα προβούν σε καμία ενέργεια, σε ένα χαμηλό επίπεδο ενδιαφέροντος για την συγκεκριμένη εμπειρία ή στο ίδιο το προϊόν. Αυτό μπορεί να είναι η περίπτωση ταχείας μετακίνησης καταναλωτικών αγαθών με ελάχιστο κόστος και κινδύνους για το άτομο (Lovelock&Wirtz, 2004).

Η μετοικεσία των πελατών επηρεάζει συνήθως τόσο την τρέχουσα όσο και τη μελλοντική κερδοφορία μέσω δυσμενούς ομιλίας. Τα κανάλια ηλεκτρονικής επικοινωνίας επιτρέπουν σε πελάτες που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας να μιλούν για την αρνητική τους κατανάλωση σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων (Stauss, 1997). Έρευνες, έδειξαν ότι η δυσαρέσκεια εμφανίστηκε μόνο σε ένα μικρό ποσοστό πελατών που είχαν αρνητικές εμπειρίες κατανάλωσης και υπέβαλαν τις καταγγελίες τους στους οργανισμούς. Μερικά παραδείγματα δίδονται από τα ακόλουθα γεγονότα: για κάθε καταγγέλλοντα που έλαβε μια εταιρεία, υπάρχουν δεκαεννέα άλλοι δυσαρεστημένοι πελάτες που δεν κατέβαλαν προσπάθεια να διαμαρτυρηθούν (Bateson & Hoffman, 1999). Από το συνολικό αριθμό των πελατών που αισθάνονταν δυσαρεστημένοι με ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία, μόνον μεταξύ πέντε και δέκα τοις εκατό υπέβαλαν αξιώσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις το ποσοστό είναι ακόμα χαμηλότερο (Tax & Brown, 1998).

Οι πελάτες που κάνουν παράπονα παρέχουν στον οργανισμό την ευκαιρία να λύσουν ορισμένες λειτουργικές δυσλειτουργίες, να μάθουν από αρνητικές καταστάσεις και, κατά συνέπεια, να αποκαταστήσουν την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη τους.

Ωστόσο, όταν έρχονται να ισχυριστούν, οι πελάτες έχουν συγκεκριμένες προσδοκίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η εταιρεία θα πρέπει να διαχειριστεί την καταγγελία και με ποια αποζημίωση θα πρέπει να είναι επαρκής για την κάλυψη των ψυχολογικών, οικονομικών και χρονοβόρων δαπανών τους. Επομένως, η ικανοποίηση του πελάτη από τη διαδικασία διαχείρισης καταγγελιών επηρεάζεται από την έννοια της δικαιοσύνης, επισημαίνοντας τις αντιδράσεις των πελατών στα πλαίσια των συγκρούσεων (Gilliland, 1993).

Στη βιβλιογραφία σχέσεων μάρκετινγκ, η δικαιοσύνη αναλύεται ως μια τρισδιάστατη έννοια, συμπεριλαμβανομένης της διανεμητικής, της διαδικαστικής και της διαδραστικής δικαιοσύνης (Taxetal., 1998). Η διανεμητική δικαιοσύνη αφορά την αποζημίωση που λαμβάνει ο πελάτης ως αποτέλεσμα των ζημιών ή των δυσκολιών που προκαλεί ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο πελάτης αναλύει το τι είναι πρόθυμο να δώσει ο οργανισμός για να αντισταθμίσει την αντιληπτή αρνητική εμπειρία και τις συναφείς δαπάνες. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος, η αποζημίωση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως: επισκευές προϊόντων, ανταλλαγές προϊόντων ή αντικαταστάσεις, δωρεάν υπηρεσίες, επιστροφές, εκπτώσεις ή μόνο ευγενική συγνώμη (Kellyetal., 1993).

Η διαδικαστική δικαιοσύνη αναφέρεται στις αξιολογήσεις των πελατών σχετικά με τις επιχειρηματικές διαδικασίες και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία λήψης και επίλυσης καταγγελιών. Από αυτή την άποψη, οι διαδικασίες καταγγελίας πρέπει να είναι ευέλικτες, εύκολα προσβάσιμες και διαχειριζόμενες και πρέπει να ολοκληρώνονται με βολικό και έγκαιρο τρόπο (Taxetal., 1998). Οι πελάτες έχουν αρνητική αντίληψη στην κατάσταση όταν πρέπει να συμπληρώσουν δύσκολα έντυπα παραπόνων, να στείλουν επιστολές ή να παράσχουν γραφειοκρατικές ενδείξεις σχετικά με το προϊόν που αγοράστηκε. Η χρήση τέτοιων διαδικασιών δεν στέλνει θετικά μηνύματα στους πελάτες σχετικά με τις προθέσεις διαχείρισης για την επίλυση των δυσκολιών που προέκυψαν. Η διαδικτυακή δικαιοσύνη λαμβάνει υπόψιν τις εκτιμήσεις των πελατών σχετικά με τη συμπεριφορά των εργαζομένων που ασχολούνται με δραστηριότητες διαχείρισης καταγγελιών. Έτσι, οι πελάτες αναμένουν να λάβουν εύλογες εξηγήσεις για την αιτία της δυσαρέσκειας (Voinea, 2011). Ταυτόχρονα, θέλουν να δουν ότι είναι πραγματικές οι προσπάθειες για την επίλυση των προβλημάτων και την εξάλειψη των δυσκολιών. Από την άποψη αυτή, οι εργαζόμενοι πρέπει να επιδεικνύουν ευγένεια, ειλικρίνεια, ενσυναίσθηση και ηθική συμπεριφορά

κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επικοινωνίας με δυσαρεστημένους πελάτες, με στόχο την αποκατάσταση της αξιοπιστίας του οργανισμού και την αποφυγή βλάβης της εικόνας (Constantinescu, 2011).

Και οι τρεις διαστάσεις της δικαιοσύνης είναι σημαντικές για τους πελάτες, αλλά η συγκεκριμένη αξία τους, μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το συγκεκριμένο προφίλ από την άποψη των προσδοκιών, της εμπειρίας, της εμπλοκής και της εμπειρογνομοσύνης. Ο χειρισμός των καταγγελιών περιλαμβάνει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι εταιρείες για την επίλυση και την εκμάθηση από αποτυχίες προϊόντων και υπηρεσιών, προκειμένου να ενισχυθεί η αξιοπιστία της οργάνωσης στα μάτια του πελάτη (Hartetal., 1990).

Συνεπώς, η ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής διαδικασίας διαχείρισης των καταγγελιών πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες των πελατών και τις διαστάσεις της δικαιοσύνης προκειμένου να επιτευχθούν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των πελατών και να αποφευχθεί η μετάβαση στη συμπεριφορά. Οι στρατηγικές ανάκτησης υπηρεσιών πρέπει να καλύπτουν τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς στόχους διαχείρισης των καταγγελιών (Jeschkeetal., 2000). Οι εσωτερικοί στόχοι επικεντρώνονται στους εργαζομένους οι οποίοι αλληλοεπιδρούν άμεσα με τους πελάτες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και επηρεάζουν την επακόλουθη ικανοποίησή τους. Ο κατάλογος των εσωτερικών στόχων θα πρέπει να περιλαμβάνει: την ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με τις διαδικασίες διαχείρισης καταγγελιών, εξασφαλίζοντας ότι οι πολιτικές και οι κανόνες για τη διεκπεραίωση των καταγγελιών γίνονται δεκτοί από τους υπαλλήλους, την κατάρτιση και την παρακίνηση των εργαζομένων να διαχειρίζονται συγκρούσεις και να δημιουργούν θετικές εμπειρίες στις αλληλεπιδράσεις των πελατών, αναπτύσσοντας μια εσωτερική προσέγγιση μάρκετινγκ. Οι εξωτερικοί στόχοι επικεντρώνονται στους πελάτες και πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής: αποκατάσταση της ικανοποίησης του πελάτη, διασφάλιση του χαρτοφυλακίου πελατών και ευθυγράμμιση των επιχειρήσεων, επέκταση των πωλήσεων μέσω δραστηριοτήτων διασταυρούμενης πώλησης, τη συλλογή και η χρήση των πληροφοριών και παραπόνων των πελατών για τη βελτίωση των προϊόντων, των υπηρεσιών και των εσωτερικών διαδικασιών, αποφεύγοντας τις αρνητικές αντιλήψεις και τις δυσμενείς επιπτώσεις στην εταιρική εικόνα. Η επίτευξη των εξωτερικών στόχων εξαρτάται από την οργανωτική δέσμευση για την επίτευξη εσωτερικών στόχων.

Μια αποτελεσματική στρατηγική ανάκαμψης περιλαμβάνει τη διεξαγωγή προγραμματισμένων δραστηριοτήτων, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν σε τρία σημαντικά βήματα: να διεγείρουν και να λαμβάνουν καταγγελίες, να επιλύουν καταγγελίες και να στέλνουν ανατροφοδότηση στον πελάτη (Bateson & Hoffman, 1999).

Η ενεργός ενθάρρυνση των πελατών να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους αποτελεί απαραίτητο καθήκον των οργανισμών, εάν λάβουμε υπόψη την απροθυμία των πελατών να κάνουν καταγγελίες (Maxham III & Netemeyer, 2002). Ως εκ τούτου, ένας καλός τρόπος για την τόνωση των καταγγελιών είναι να προσδιορίσετε ποιοι είναι οι λόγοι των πελατών για το ότι δεν στέλνετε ανατροφοδότηση στον οργανισμό και στη συνέχεια μπορείτε να αναζητήσετε λύσεις για να μειώσετε ή να εξαλείψετε αυτά τα εμπόδια. Σύμφωνα με τους Lovelock και Wirtz (2004), οι φραγμοί που αντιλαμβάνονται οι πελάτες για να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους σχετίζονται με: την αναστάτωση του πελάτη με τις καταγγελίες, την κατανάλωση χρόνου και ενέργειας, η έλλειψη εμπιστοσύνης των πελατών στις ενέργειες που εκτελούν οι οργανώσεις για την επίλυση των προβλημάτων ή την αντιμετώπιση των αιτιών της δυσαρέσκειας, ο φόβος των πελατών να αντιμετωπίζονται με αγενείς τρόπους, να χλευάζονται ή να νιώθουν αμηχανία στις συζητήσεις με τους υπαλλήλους. Ένα άλλο εμπόδιο που μπορεί να συμβεί είναι η αβεβαιότητα των πελατών σχετικά με τη δική τους ικανότητα, την αξιολόγηση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τεχνικά προϊόντα, περίπλοκες ή εξειδικευμένες υπηρεσίες σε τομείς όπως η ιατρική, η αρχιτεκτονική, το δίκαιο κλπ.

Προβλέπονται διάφορες στρατηγικές σε εταιρείες προκειμένου να μειωθούν τα προαναφερθέντα εμπόδια επικοινωνίας. Η πρώτη συνίσταται στη διευκόλυνση της ανατροφοδότησης μέσω δωρεάν αριθμών τηλεφώνου, ταχυδρομικών και ηλεκτρονικών διευθύνσεων γραμμένων σε όλη την αλληλογραφία πελατών, επιχειρηματικών εγγράφων και υλικού επικοινωνίας. Το δεύτερο συνιστά, εξασφαλίζοντας στους πελάτες τη σημασία των μηνυμάτων καταγγελίας τους και των οργανωτικών ενεργειών που θα εκτελεστούν για την επίλυση των προβλημάτων (Michel, 2001). Έτσι, ο πελάτης θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τις διαδικασίες ανάκτησης υπηρεσιών και τις βελτιώσεις του προϊόντος, χρησιμοποιώντας τηλεφωνικές επαφές, επαφές ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή e-mail. Η τρίτη στρατηγική είναι να μετατρέψουμε τα σχόλια των πελατών σε μια θετική εμπειρία, στέλνοντας

μηνύματα ευχαριστιών σε πελάτες που παραπονέθηκαν και εκπαιδεύοντας τους υπαλλήλους να είναι ευγενικοί στους πελάτες (Lovelock & Wirtz, 2004).

Οι οργανισμοί έχουν αναπτύξει διάφορες διαδικασίες για την παραλαβή παραπόνων πελατών. Τα πιο συνηθισμένα περιλαμβάνουν: τη χρήση δωρεάν τηλεφωνικών γραμμών, φυσικών προσώπων που βρίσκονται στον τόπο κατανάλωσης, συνδέσμων σε οργανωτικές ιστοσελίδες και πληροφοριών που προέρχονται από ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες μάρκετινγκ (Bateson & Hoffman, 1999).

3.2 Αντιμετώπιση Αστοχιών

Το μοντέλο μας συμπεριλαμβάνει τόσο αποτυχίες σέρβις όσο και υπηρεσίες, προσπάθειες της οργάνωσης να ανακάμψει από τέτοιες αποτυχίες. Μια αποτυχία υπηρεσίας ορίζεται ως απόδοση της υπηρεσίας που πέφτει κάτω από τις προσδοκίες ενός πελάτη (Hoffman and Bateson 1997). Σε αυτή την έρευνα, αυτές οι αποτυχίες εμφανίζονται στην βασική υπηρεσία, η οποία είναι το βασικό όφελος που έλαβε ο πελάτης και ο κύριος λόγος για την συνάντηση υπηρεσίας (Levitt 1983). Παραδείγματα βασικής υπηρεσίας περιλαμβάνουν το δωμάτιο που παρέχεται από το ξενοδοχείο και το γεύμα που σερβίρετε σε ένα εστιατόριο.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών εκτελούνται και οι υπάλληλοί τους λειτουργούν για να διορθώνουν, να τροποποιούν και να αποκαθιστούν την απώλεια που βιώνουν οι πελάτες από τις ελλείψεις στην απόδοση των υπηρεσιών. Παραδείγματα προσπαθειών ανάκαμψης περιλαμβάνουν επιστροφές, εκπτώσεις τιμών, αναβαθμισμένες υπηρεσίες, δωρεάν προϊόντα ή υπηρεσίες, συγνώμη και αναγνώριση του προβλήματος (Kelley, Hoffman και Davis 1993).

Η ικανοποίηση, από την απόδοση των υπηρεσιών μετά την ανάκαμψη, ορίζεται ως: η συναισθηματική, ψυχική ανταπόκριση του πελάτη βασισμένη σε υποκειμενικές εκτιμήσεις της συνολικής επίδοσης, μετά από οργανωτικές προσπάθειες ανάκαμψης (Bitner και Hubbert 1994, Oliver 1980). Επειδή μια ανάκτηση μπορεί να θεωρηθεί ως άλλη απόδοση υπηρεσίας (Oliver 1997), εφαρμόσαμε ένα παράδειγμα παραδοχής επιβεβαίωσης για να ικανοποιήσουμε το μοντέλο ικανοποίησης ως συνάρτηση των προσδοκιών ανάκτησης υπηρεσιών των πελατών και της ποιότητας των επιδόσεων αποκατάστασης. Για την απλοποίηση του μοντέλου, συμπεριλαμβάνουμε την αποσυμφωνία ανάκτησης ως μεταβλητή ελέγχου, αλλά δεν παρέχουν ρητή υπόθεση

για αυτό το καλά τεκμηριωμένο αποτέλεσμα (Smithetal., 1999) για μια παρόμοια προσέγγιση.

Ποιότητα της απόδοσης αποκατάστασης. Η ποιότητα της απόδοσης ανάκτησης είναι ο βαθμός αποκατάστασης που προσφέρει ο πάροχος υπηρεσιών μετά την αποτυχία. Ανεξάρτητα από τις προσδοκίες, οι πελάτες πρέπει να είναι πιο ικανοποιημένοι, καθώς η ποιότητα της απόδοσης ανάκτησης βελτιώνεται. Οι Bitner, Booms και Tetreault (1990) υποστήριξαν ότι η κακή ανάκαμψη μετά από αποτυχία υπηρεσίας παρέχει περαιτέρω στοιχεία για την ανικανότητα ή την έλλειψη προσπάθειας του οργανισμού. Τέτοιες εντυπώσεις συχνά οδηγούν σε αλλαγές συμπεριφοράς ή πρόθεσης να βλάψουν την οργάνωση (Keaveney 1995). Bitneretαϊ (1990) διαπίστωσε ότι η ανεπαρκής ανάκαμψη από την αποτυχία της υπηρεσίας είχε εμπλακεί σε σχεδόν στο ήμισυ των συμμετεχόντων με περιγραφές μη ικανοποιητικών εμπειριών εξυπηρέτησης, ενώ οι συναντήσεις που περιλάμβαναν κάποια απτή αποζημίωση για την απώλεια του πελάτη θυμούνται ότι ικανοποιούν σε μεγάλο βαθμό, παρά την αρχική ανεπάρκεια στην παροχή υπηρεσιών. Συνεπώς, υποθέτουμε μια θετική σχέση μεταξύ της απόδοσης ανάκτησης και την ικανοποίηση των πελατών από την υπηρεσία μετά την ανάκτηση. Οι προσδοκίες ανάκτησης υπηρεσιών των πελατών. Αναμένουμε επίσης μια άμεση, αρνητική επίδραση στις προσδοκίες ανάκτησης υπηρεσιών από την εξυπηρέτηση των πελατών για την ικανοποίηση των επιδόσεων των υπηρεσιών. Συνεπής με το πρόσημο περί αναπλήρωσης, οι υψηλότερες προσδοκίες ανάκτησης υπηρεσιών από πελάτες είναι ότι η χαμηλότερη ικανοποίηση από τον οργανισμό πρέπει να είναι δεδομένου επιπέδου ποιότητας ανάκτησης (Oliver 1980, Tse και Wilton 1988). Υπάρχει σημαντική εμπειρική υποστήριξη και για τις δύο αυτές σχέσεις (Churchill and Surprenant 1982, TseandWilton 1988), αν και όχι στον τομέα της ανάκτησης υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, υποθέτουμε τα εξής: Υπόθεση 13: Η ποιότητα της απόδοσης ανάκτησης συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση των πελατών από την απόδοση των υπηρεσιών μετά την ανάκαμψη. Υπόθεση 14: Οι προσδοκίες ανάκτησης υπηρεσιών των πελατών σχετίζονται αρνητικά με την ικανοποίηση των πελατών από την απόδοση των υπηρεσιών μετά την ανάκτηση. Προσδοκίες ανάκτησης υπηρεσιών πελατών x Ποιότητα απόδοσης. Παρόλο που κάποια προηγούμενη έρευνα έχει διαπιστώσει ότι τα αποτελέσματα αλληλεπίδρασης μεταξύ προσδοκιών, απόδοσης,(Oliver and DeSarbo 1988), άλλοι ισχυρίστηκαν για περαιτέρω διερεύνηση τέτοιων επιπτώσεων (Yi, 1990). Συνεπώς, διερευνάμε την αλληλεπίδραση μεταξύ των προσδοκιών ανάκτησης

υπηρεσιών των πελατών και της ποιότητας των επιδόσεων αποκατάστασης για τον προσδιορισμό της ικανοποίησης των πελατών με την απόδοση της υπηρεσίας μετά την ανάκτηση.

3.3 Τρόποι Βελτίωσης Διαχείρισης των Παράπων

Η διαχείριση των παραπώνων είναι η διαδικασία διάδοσης πληροφοριών με στόχο τον εντοπισμό και τη διόρθωση διαφόρων αιτιών ικανοποίησης του πελάτη (Fornell&Westbrook, 1984). Καθορίζει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι εταιρείες για να λύσουν και να μάθουν από τα προηγούμενα λάθη, προκειμένου να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη των πελατών στην οργανωτική αξιοπιστία (Hartetal., 1990). Επομένως, οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις καταγγελίες των πελατών έχουν μεγάλη σημασία για τη διαδικασία διαχείρισης της ποιότητας, καθώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διορθώσουν και να μάθουν για τις αδυναμίες στην ποιότητα των προϊόντων και το σύστημα παράδοσης.

Οι πελάτες είναι δυσαρεστημένοι όταν οι αποδόσεις των προϊόντων ή των υπηρεσιών δεν είναι μέχρι τις εκτιμήσεις τους. Η κατανόηση των δυνητικών πηγών δυσαρέσκειας και των αντιδράσεων των πελατών σε αρνητικές καταστάσεις είναι υποχρεωτικές απαιτήσεις στο σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών ανάκτησης υπηρεσιών. Οι απαντήσεις των πελατών σε διάφορα λάθη ή δυσάρεστα περιστατικά δεν είναι μοναδικά (Voineaetal., 2011). Έτσι, μερικά άτομα θα ξεκινήσουν μια δημόσια ενέργεια, η οποία μπορεί να συνίσταται: στην αποστολή καταγγελίας στην οργάνωση, στην καταγγελία σε τρίτο, όπως σε μια ένωση καταναλωτών, ή ακόμη και στην προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος μέσω νομικής ενέργειας. Σε άλλες περιπτώσεις, οι πελάτες θα προβούν σε ιδιωτική ενέργεια και θα στείλουν αρνητικά μηνύματα σε άλλους δυνητικούς πελάτες ή θα τερματίσουν την επιχειρηματική σχέση, ακολουθούμενη πιθανότατα από τη μεταναστευτική συμπεριφορά. Υπάρχουν επίσης παθητικοί πελάτες που δεν θα προβούν σε καμία ενέργεια, σε ένα χαμηλό επίπεδο ενδιαφέροντος για την συγκεκριμένη εμπειρία ή στο ίδιο το προϊόν. Αυτό μπορεί να είναι η περίπτωση ταχείας μετακίνησης καταναλωτικών αγαθών με ελάχιστο κόστος και κινδύνους για το άτομο (Lovelock&Wirtz, 2004).

Η μετακίνηση των πελατών επηρεάζει συνήθως τόσο την τρέχουσα όσο και τη μελλοντική κερδοφορία μέσω δυσμενούς ομιλίας. Τα κανάλια ηλεκτρονικής επικοινωνίας επιτρέπουν σε πελάτες που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας να μιλούν για την αρνητική κατανάλωσή τους με μεγάλο αριθμό ανθρώπων (Stauss, 1997). Έρευνα για την δυσαρέσκεια του πελάτη έδειξε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό πελατών που είχαν αρνητικές εμπειρίες κατανάλωσης έχουν υποβάλει τις καταγγελίες τους στους οργανισμούς. Μερικά παραδείγματα δίδονται από τα ακόλουθα γεγονότα: για κάθε καταγγέλλοντα που έλαβε μια εταιρεία, υπάρχουν δεκαεννέα άλλοι δυσαρεστημένοι πελάτες που δεν κατέβαλαν προσπάθεια να διαμαρτυρηθούν (Bateson&Hoffman, 1999). Από το συνολικό αριθμό των πελατών που αισθάνονταν δυσαρεστημένοι με ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία, μόνον μεταξύ πέντε και δέκα τοις εκατό υπέβαλαν αξιώσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις το ποσοστό είναι ακόμα χαμηλότερο (Tax& Brown, 1998).

Οι πελάτες που κάνουν παράπονα παρέχουν στον οργανισμό την ευκαιρία να λύσουν ορισμένες λειτουργικές δυσλειτουργίες, να μάθουν από αρνητικές καταστάσεις και, κατά συνέπεια, να αποκαταστήσουν την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη τους.

Ωστόσο, όταν έρχονται να ισχυριστούν, οι πελάτες έχουν συγκεκριμένες προσδοκίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η εταιρεία θα πρέπει να διαχειριστεί την καταγγελία και με ποια αποζημίωση θα πρέπει να είναι επαρκής για την κάλυψη των ψυχολογικών, οικονομικών και χρονοβόρων δαπανών τους. Επομένως, η ικανοποίηση του πελάτη από τη διαδικασία διαχείρισης καταγγελιών επηρεάζεται από την έννοια της δικαιοσύνης, επισημαίνοντας τις αντιδράσεις των πελατών στα πλαίσια των συγκρούσεων (Gilliland, 1993). Στη βιβλιογραφία σχέσεων μάρκετινγκ, η δικαιοσύνη αναλύεται ως μια τρισδιάστατη έννοια, συμπεριλαμβανομένης της διανεμητικής, της διαδικαστικής και της διαδραστικής δικαιοσύνης (Taxetal., 1998).

Η διανοητική δικαιοσύνη αφορά την αποζημίωση που λαμβάνει ο πελάτης ως αποτέλεσμα των ζημιών ή στις δυσκολίες που προκαλούνται από ένα συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο πελάτης αναλύει τι είναι πρόθυμος να δώσει ο οργανισμός για να αντισταθμίσει την αντιληπτή αρνητική εμπειρία και τα σχετικά κόστη. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος, η αποζημίωση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως: επισκευές προϊόντων, ανταλλαγές προϊόντων ή αντικαταστάσεις, δωρεάν υπηρεσίες, επιστροφές, εκπτώσεις ή μόνο ευγενική συγγνώμη (Kellyetal., 1993).

Η διαδικαστική δικαιοσύνη αναφέρεται στις αξιολογήσεις των πελατών σχετικά με τις επιχειρηματικές διαδικασίες και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία λήψης και επίλυσης καταγγελιών. Από αυτή την άποψη, οι διαδικασίες καταγγελίας πρέπει να είναι ευέλικτες, εύκολα προσβάσιμες και διαχειριζόμενες και πρέπει να ολοκληρώνονται με βολικό και έγκαιρο τρόπο (Taxetal., 1998). Οι πελάτες έχουν αντιληπτική αντίληψη σε περίπτωση που πρέπει να συμπληρώσουν δύσκολα έντυπα καταγγελίας, να στείλουν επιστολές ή να παράσχουν γραφειοκρατικές αποδείξεις σχετικά με το προϊόν που αγοράζουν. Η χρήση τέτοιων διαδικασιών δεν στέλνει θετικά μηνύματα στους πελάτες σχετικά με τις προθέσεις διαχείρισης για την επίλυση των δυσκολιών που προέκυψαν. Η διαδικτυακή δικαιοσύνη λαμβάνει υπόψη τις εκτιμήσεις των πελατών σχετικά με τη συμπεριφορά των εργαζομένων που ασχολούνται με δραστηριότητες διαχείρισης καταγγελιών. Έτσι, οι πελάτες αναμένουν να λάβουν εύλογες εξηγήσεις για την αιτία της δυσαρέσκειας (Voinea, 2011).

3.4 Παράπονα και Αποκατάσταση Σχέσης με το Πελάτη

Ο χειρισμός των καταγγελιών περιλαμβάνει τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι εταιρείες για την επίλυση και την εκμάθηση από αποτυχιές προϊόντων και υπηρεσιών, προκειμένου να ενισχυθεί η αξιοπιστία της οργάνωσης στα μάτια του πελάτη (Hartetal., 1990).

Συνεπώς, η ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής διαδικασίας διαχείρισης των καταγγελιών πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες των πελατών και τις διαστάσεις της δικαιοσύνης προκειμένου να επιτευχθούν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των πελατών και να αποφευχθεί η μετάβαση.

Οι στρατηγικές ανάκτησης υπηρεσιών πρέπει να καλύπτουν τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς στόχους διαχείρισης των καταγγελιών (Jeschkeetal., 2000).

Οι εσωτερικοί στόχοι επικεντρώνονται στους εργαζομένους που αλληλεπιδρούν άμεσα με τους πελάτες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και επηρεάζουν την επακόλουθη ικανοποίησή τους. Ο κατάλογος των εσωτερικών στόχων πρέπει να περιλαμβάνει: την ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με τις διαδικασίες διαχείρισης καταγγελιών, εξασφαλίζοντας ότι οι πολιτικές και οι κανόνες για τη διεκπεραίωση των καταγγελιών γίνονται δεκτοί από τους υπαλλήλους, την κατάρτιση και την παρακίνηση των εργαζομένων να διαχειρίζονται συγκρούσεις και να δημιουργούν θετικές εμπειρίες στις

αλληλεπιδράσεις των πελατών, αναπτύσσοντας μια εσωτερική προσέγγιση μάρκετινγκ. Οι εξωτερικοί στόχοι επικεντρώνονται στους πελάτες και πρέπει να περιλαμβάνουν τα εξής: αποκατάσταση της ικανοποίησης του πελάτη, διασφάλιση του χαρτοφυλακίου πελατών και ευθυγράμμιση των επιχειρήσεων, την επέκταση των πωλήσεων μέσω δραστηριοτήτων διασταυρούμενης πώλησης, τη δημιουργία θετικής από στόμα σε στόμα, τη συλλογή και τη χρήση πληροφοριών παραπόνων πελατών βελτιώνουν τα προϊόντα, τις υπηρεσίες και τις εσωτερικές διαδικασίες, αποφεύγοντας τις αρνητικές αντιλήψεις και τις δυσμενείς επιπτώσεις στην εταιρική εικόνα. Η επίτευξη των εξωτερικών στόχων εξαρτάται από την οργανωτική δέσμευση για την επίτευξη των εσωτερικών στόχων.

Μια αποτελεσματική στρατηγική ανάκαμψης περιλαμβάνει τη διεξαγωγή προγραμματισμένων δραστηριοτήτων, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν σε τρία σημαντικά βήματα: να διεγείρουν και να λαμβάνουν καταγγελίες, να επιλύουν καταγγελίες και να στέλνουν ανατροφοδότηση στον πελάτη (Bateson&Hoffman, 1999).

Η ενεργός ενθάρρυνση των πελατών να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους αποτελεί απαραίτητο καθήκον των οργανισμών, εάν λάβουμε υπόψη την απροθυμία των πελατών να κάνουν καταγγελίες (Maxham III & Netemeyer, 2002). Επομένως, ένας καλός τρόπος για την τόνωση των καταγγελιών είναι να προσδιορίσετε ποιοι λόγοι πελατών δεν στέλνουν ανατροφοδότηση στον οργανισμό και στη συνέχεια μπορούν να αναζητηθούν λύσεις για τη μείωση ή την άρση αυτών των εμποδίων.

Σύμφωνα με τους Lovelock και Wirtz (2004), τα εμπόδια που αντιλαμβάνονται οι πελάτες για να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους σχετίζονται με: την αναστάτωση του πελάτη από τις καταγγελίες, την κατανάλωση χρόνου και ενέργειας για παράπονα, την έλλειψη εμπιστοσύνης των πελατών στις ενέργειες των οργανώσεων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ή για να αντιμετωπίσει τις αιτίες της δυσαρέσκειας, ο φόβος του πελάτη να αντιμετωπιστεί με αγενή τρόπο, να πειράξει ή να αισθανθεί αμηχανία στις συζητήσεις με τους υπαλλήλους. Ένα άλλο εμπόδιο που μπορεί να συμβεί είναι η αβεβαιότητα των πελατών σχετικά με τη δική τους ικανότητα να αξιολογούν την ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τεχνικά προϊόντα, περίπλοκες ή εξειδικευμένες υπηρεσίες σε τομείς όπως η ιατρική, η αρχιτεκτονική, το δίκαιο κλπ.

Προβλέπονται διάφορες στρατηγικές σε εταιρείες προκειμένου να μειωθούν τα προαναφερθέντα εμπόδια επικοινωνίας. Η πρώτη συνίσταται στη διευκόλυνση της ανατροφοδότησης μέσω δωρεάν αριθμών τηλεφώνου, ταχυδρομικών και ηλεκτρονικών διευθύνσεων γραμμένων σε όλη την αλληλογραφία πελατών, επιχειρηματικών εγγράφων και υλικού επικοινωνίας. Το δεύτερο συνιστά εξασφαλίζοντας στους πελάτες τη σημασία των μηνυμάτων καταγγελίας τους και των οργανωτικών ενεργειών που θα εκτελεστούν για την επίλυση των προβλημάτων (Michel, 2001). Έτσι, ο πελάτης θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τις διαδικασίες ανάκτησης υπηρεσιών και τις βελτιώσεις του προϊόντος, χρησιμοποιώντας τηλεφωνικές επαφές, επαφές ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή e-mail. Η τρίτη στρατηγική είναι να μετατρέψουμε τα σχόλια των πελατών σε μια θετική εμπειρία στέλνοντας μηνύματα ευχαριστιών σε πελάτες που παραπονέθηκαν και εκπαιδεύοντας τους υπαλλήλους να είναι ευγενικοί στους πελάτες (Lovelock & Wirtz, 2004).

Οι οργανισμοί έχουν αναπτύξει διάφορες διαδικασίες για την παραλαβή παραπόνων πελατών. Τα πιο συνηθισμένα περιλαμβάνουν τη χρήση δωρεάν τηλεφωνικών γραμμών, φυσικών μορφών που βρίσκονται στον τόπο κατανάλωσης, συνδέσμων σε οργανωτικές ιστοσελίδες και πληροφοριών που προέρχονται από ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες μάρκετινγκ (Bateson & Hoffman, 1999).

3.5 Το Παράπονο του Πελάτη

Οι εργαζόμενοι που αλληλεπιδρούν άμεσα με τους δυσαρεστημένους πελάτες εκπαιδεύονται να ακολουθούν ένα σύνολο κανόνων επικοινωνίας ή κανόνων συμπεριφοράς για να αποφευχθούν πιθανές συγκρούσεις. Αυτά περιλαμβάνουν την παραδοχή λαθών χωρίς τη λήψη αμυντικής στάσης, την αποστολή ενός μηνύματος ενσυναίσθησης στον πελάτη και την εκτίμηση του χρόνου που απαιτείται για την ανάκτηση.

Μόλις η εταιρεία λάβει την απαίτηση των πελατών, η διαδικασία επίλυσης των καταγγελιών ξεκινά. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει τον καθορισμό διαδικασιών για να αποσαφηνιστεί ποιες ενέργειες θα εκτελεστούν από υπαλλήλους σε αρνητικές καταστάσεις ή εμπειρίες κακών πελατών (Kellyetal., 1993). Η ανάπτυξη διαδικασιών γίνεται με την πρόβλεψη βασικών τομέων ή κρίσιμων περιστατικών στην

επιχειρηματική σχέση. Αυτά περιλαμβάνουν καταστάσεις και ώρες που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης σφαλμάτων.

Επομένως, ο προσδιορισμός των προβλημάτων υψηλής συχνότητας και των αιτιών τους επιτρέπει στον οργανισμό να καθιερώσει πρότυπα ή προκαθορισμένες λύσεις για τη δραστηριότητα των εργαζομένων. Τα πρότυπα διευκρινίζουν τα θέματα σχετικά με την χρονική περίοδο για την επίλυση των καταγγελιών, τον τρόπο με τον οποίο οι υπάλληλοι πρέπει να επικοινωνούν με τον πελάτη κατά την εκκαθάριση της απαίτησης, τον τύπο και το ποσό της αποζημίωσης που θα παρασχεθεί στους επηρεαζόμενους πελάτες. Ταυτόχρονα, πρέπει να σημειωθεί ότι απαιτείται κάποια διαδικαστική ευελιξία σε καταστάσεις όπου προκύπτουν νέα προβλήματα. Η λύση μπορεί να συνίσταται στην ενδυνάμωση των υπαλλήλων της πρώτης γραμμής να αναπτύξουν τις δικές τους απαντήσεις για την ανάκτηση υπηρεσιών (Mosora, 2012).

Η αποστολή σχολίων στους πελάτες είναι το στάδιο που επικεντρώνεται στη διαδικασία επικοινωνίας, η οποία λαμβάνει χώρα μεταξύ του εργαζομένου και του πελάτη μετά την εκκαθάριση της απαίτησης. Ο εργαζόμενος έρχεται σε επαφή με τον πελάτη για να τον ενημερώσει σχετικά με τις δραστηριότητες χειρισμού παραπόνων, τις αιτίες που προκάλεσαν το πρόβλημα και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν από τη διοίκηση προκειμένου να αποφευχθεί ένα παρόμοιο αρνητικό περιστατικό στο μέλλον (Jeschkeetal., 2000). Το μήνυμα αποστέλλεται στον πελάτη που μπορεί να είναι τυποποιημένος (για προβλήματα ρουτίνας) ή προσαρμοσμένος (για ειδικές καταγγελίες) ως προς το μέγεθος του προβλήματος ή την αξία του πελάτη.

Ένας σημαντικός στόχος αυτού του τελευταίου σταδίου είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των πελατών σχετικά με την ποιότητα της διαδικασίας διαχείρισης των καταγγελιών. Ζητείται η ανατροφοδότηση πελατών για να προσδιοριστεί το επίπεδο ικανοποίησης από την αποζημίωση που ελήφθη, την ταχύτητα επίλυσης προβλημάτων και άλλα θέματα χειρισμού παραπόνων (Filip, 2011). Τα πρακτικά αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι η άμεση αντίδραση της οργάνωσης και η έγκαιρη επίλυση των αρνητικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει στη συνέχεια της σχέσης για περίπου το 95% των πελατών που έχουν υποβάλει καταγγελία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ATMOSPHERICS ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Bitner (1992) δημιούργησε τον όρο "servicescape", ή αλλιώς atmospherics, προκειμένου να αναπτύξει ένα εννοιολογικό πλαίσιο και να μελετήσει τις επιπτώσεις του φυσικού περιβάλλοντος των υγειονομικών οργανισμών στα συναισθήματα, την ικανοποίηση και την εμπειρία των ασθενών. Ο Bitner (1992) πρότεινε περιβαλλοντικές διαστάσεις όπως οι συνθήκες περιβάλλοντος, ο χώρος, οι πινακίδες, διάφορα σύμβολα και αντικείμενα στο πλαίσιο σχέσεων περιβάλλοντος / χρήστη. Αυτό το πλαίσιο σχέσεων περιβάλλοντος / χρήστη περιγράφει το πώς οι πελάτες ενός οργανισμού αντιλαμβάνονται διάφορους φυσικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, ανταποκρινόμενοι σε αυτούς τους παράγοντες σε επίπεδο γνωστικό και συναισθηματικό, με αποτέλεσμα να μεταβάλλονται οι συμπεριφορές και οι στάσεις τους απέναντι στον οργανισμό.

Πιο αναλυτικά, ο Bitner (1992) ορίζει την ατμόσφαιρα σε τρεις διαστάσεις: «περιβαλλοντικές συνθήκες», «χωρική τάξη και λειτουργικότητα» και «σύμβολα, σημάδια και τεχνουργήματα». Οι περιβαλλοντικές συνθήκες είναι στοιχεία όπως ο φωτισμός, το χρώμα και το άρωμα. Η χωρική τάξη και η λειτουργικότητα υποδηλώνουν την κατάλληλη διάταξη επίπλων και υλικών. Τα σημάδια, τα σύμβολα και τα τεχνουργήματα είναι τα στοιχεία μέσω των οποίων οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με ένα δεδομένο περιβάλλον. Στη βάση αυτή άλλωστε, αρκετές δεκαετίες πιο πριν ο Kotler (1973) είχε ήδη αναφερθεί στην έννοια των atmospherics ως φυσικά χαρακτηριστικά και ελέγξιμοι φυσικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις καταναλωτικές συμπεριφορές. Σύμφωνα με τον Kotler (1973), τα κύρια αισθητήρια κανάλια για την ατμόσφαιρα είναι η όραση, ο ήχος, το άρωμα και η αφή.

Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η έννοια της ατμόσφαιρας κατηγοριοποιείται σε άλλες διαστάσεις. Επί παραδείγματι, οι Heide και Grønhaug (2009) κατατάσσουν τα στοιχεία που σχετίζονται με την ατμόσφαιρα σε τέσσερις ομάδες: διακριτικότητα, φιλοξενία, χαλάρωση και ευγένεια. Οι Turley και Milliman (2000) κατηγοριοποιούν τα στοιχεία που σχετίζονται με την ατμόσφαιρα σε πέντε ομάδες: εξωτερικές μεταβλητές (π.χ. εσωτερική σήμανση, μέγεθος και χρώμα κτιρίου, κήπος και περιβάλλον χώρος, διαθεσιμότητα πάρκινγκ), γενικές εσωτερικές μεταβλητές (π.χ. φωτισμός μουσική,

δάπεδο, καθαριότητα, θερμοκρασία, ταπετσαρίες και χρώμα τοίχων), μεταβλητές σχεδίασης (π.χ. σκάλες, συνωστισμός, έπιπλα, χώροι αναμονής), μεταβλητές σημείου αγοράς και διακόσμησης (π.χ. διακόσμηση τοίχου, πίνακες) και ανθρώπινες μεταβλητές (π.χ. χαρακτηριστικά προσωπικού, φόρμες εργασίας ανθρώπινου δυναμικού, ιδιωτικότητα).

Οι marketers υπηρεσιών, όπως οι Zeithaml, Parasuraman και Berry αναφέρθηκαν ήδη από το 1985 στη σημασία των απτών παραγόντων όπως οι φυσικές εγκαταστάσεις και η εμφάνιση του προσωπικού για την ενίσχυση της εικόνας ενός οργανισμού. Ιατρικό προσωπικό, όπως οι Porter και Watson επίσης τονίζουν από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 ότι τα νοσοκομεία επίσης αξιοποιούν στοιχεία όπως το χρώμα, τα φυτά, την επίπλωση, την υφή του τοίχου, για να δημιουργήσουν πιο οικεία φυσικά περιβάλλοντα. Αυτό οφείλεται στο ότι ένα καλά σχεδιασμένο περιβάλλον, καλά atmospherics επομένως, συμβάλλουν στη μείωση του άγχους όλων των ηλικιακών ομάδων, βιώνουν και συντομεύουν το στάδιο αποκατάστασης της ασθένειας (Fugate, 1992). Η ατμόσφαιρα ορίζεται ως: ο συναισθηματικά προσανατολισμένος σχεδιασμός του χώρου, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τους ασθενείς και το επίπεδο της ικανοποίησής τους. Αυτό οφείλεται στο ότι τα atmospherics μπορούν να θεωρηθούν ως συνθήματα και μηνύματα με τα οποία οι οργανισμοί επικοινωνούν με τους ασθενείς, καθώς αντανακλούν την προσωπικότητά τους (Bitner, 1992; Skandranietal., 2011).

Οι Edvardssonetal. (2008) αναφέρουν πως, η προσέγγιση που επικεντρώνεται στον άνθρωπο θεωρείται συνώνυμη με την καλύτερη ποιότητα φροντίδας που βασίζεται σε ολιστικές ανθρώπινες αξίες. Η φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπο είναι μια πολυδιάστατη έννοια με έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία ασθένειας του ατόμου. Όταν ενσωματώνονται στην καθημερινή φροντίδα ως ρουτίνα, η φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπο έχει αποδειχθεί ότι έχει αντίκτυπο στην αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενούς και φροντιστή, στα αποτελέσματα υγείας και στην ικανοποίηση του ασθενούς με την παρεχόμενη φροντίδα (Ekmanetal., 2011). Στη βάση αυτής της αρχής οι Bakkeretal. (2012) πρότειναν ότι οι περιβαλλοντικές πτυχές της ποιότητας ζωής των ασθενών περιλαμβάνουν μια ισχυρή εστίαση στον σχεδιασμό των μονάδων υγείας, όπως είναι η ακουστική, ή τα παράθυρα με θέα, ή ακόμα και η φύση (π.χ. περιβάλλον χώρος). Επιπλέον, τα συμβολικά αντικείμενα που βρίσκονται στο περιβάλλον και συνολικά ο σχεδιασμός προσαρμοσμένος στις ανάγκες του ασθενούς έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την αίσθηση του εαυτού και της ευημερίας των ασθενών, με

αποτέλεσμα να μειώνεται η εξάπλωση λοιμώξεων, αλλά και το στρες των ασθενών (Edvardsson et al., 2008).

Από την οπτική γωνία του ασθενούς, η ατμόσφαιρα περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από το σχεδιασμό και την κατασκευή του φυσικού περιβάλλοντος. Αυτή η έννοια υπονοεί και περιλαμβάνει τις γνωστικές, συναισθηματικές και φυσιολογικές επιρροές στους ασθενείς. Παράγοντες που έχουν βρεθεί στο πλαίσιο των atmospherics ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση και την εμπειρία των ασθενών είναι οι εξής: η τοποθεσία, ο εξοπλισμός, η εγκατάσταση, η οργάνωση, η καθαριότητα, η άνεση των καθισμάτων, τα περιοδικά που μπορεί να διαβάσει ο ασθενής κατά την αναμονή του, η μουσική, η καθαριότητα, η εξεύρεση καθίσματος στον χώρο αναμονής, η θερμοκρασία δωματίου, η μεταφορά (προσβασιμότητα), ο σχεδιασμός εδάφους και του τοπίου, καθώς και ο χωροταξικός σχεδιασμός (Tsai et al., 2007). Εκτός των παραπάνω, έχει βρεθεί από διάφορες έρευνες που επικαλούνται οι Tsai et al. (2007) ότι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και συνακόλουθα η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη βελτίωση των εξής: του χρόνου αναμονής, της ευγένειας του προσωπικού, της ύπαρξης διαπροσωπικών δεξιοτήτων από μέρους του προσωπικού, του επαγγελματικού, του συντονισμού της περίθαλψης, της εκπαίδευσης και παροχής πληροφοριών, της συναισθηματικής υποστήριξης.

Οι La Vela et al. (2015) διερεύνησαν τις απόψεις ασθενών σε τέσσερα νοσοκομειακά κέντρα καινοτομίας, χρησιμοποιώντας μία τροποποιημένη μορφή του ερωτηματολογίου Perceived Hospital Environment Quality Indicators. Οι ασθενείς προσδιόρισαν την καθαριότητα, τη σηματοδότηση (πινακίδες), τα σημεία πληροφόρησης, τα κατάλληλα καθίσματα, την έλλειψη συνωστισμού και το απόρρητο για συνομιλίες, ως σημαντικά στοιχεία της μονάδας υγείας. Βάσει αυτών, οι ερευνητές αναφέρουν πως, οι τροποποιήσεις του νοσοκομειακού σχεδιασμού, με ιδιαίτερη προσοχή στο φυσικό περιβάλλον, μπορούν να βελτιώσουν τις αντιλήψεις των ασθενών για το περιβάλλον της νοσοκομειακής μονάδας.

Τα αποτελέσματα από την έρευνα του Lee (2011) κατέδειξαν ότι υπήρχε πρόβλημα προσβασιμότητας στη μονάδα υγείας, ενώ και η διάταξη του χώρου αναμονής φάνηκε να δημιουργεί ένα ενοχλητικό και άβολο περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, αρνητικά κρίθηκε η διάταξη των καθισμάτων, η επικοινωνία με το προσωπικό εξαιτίας της διάταξης του σχεδιασμού της περιοχής αναμονής, αλλά και η σηματοδότηση εντός του χώρου του νοσοκομείου, που δε διευκόλυνε τον προσανατολισμό τους. Επιπρόσθετα,

οι αναλύσεις παραγόντων έδειξαν ότι υπάρχουν δύο συνιστώσες χαρακτηριστικών υπηρεσιών. Ο πρώτος είναι ο παράγοντας περιβάλλοντος ο οποίος περιλαμβάνει την ακουστική, τον φωτισμό, την ποιότητα του αέρα, τη θερμοκρασία, τα έπιπλα και την οπτική ελκυστικότητα. Ο δεύτερος είναι ο παράγοντας εξυπηρετικότητας ο οποίος περιλαμβάνει τρόπο οριοθέτησης, βολικό σχεδιασμό, ιδιωτικό απόρρητο, επικοινωνία με το προσωπικό και καθαριότητα. Αυτό το αποτέλεσμα υποδεικνύει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα στοιχεία εξυπηρετικότητας ως χαρακτηριστικά που εξυπηρετούν και διευκολύνουν τις δραστηριότητές τους. Τα περισσότερα στοιχεία atmospherics έδειξαν σχέσεις με την ικανοποίηση από τη διευκόλυνση και την αντιληπτή ποιότητα φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι, όταν οι αντιλήψεις των ασθενών με τις φυσικές συνθήκες και τη λειτουργικότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλότερες, αισθάνονται πιο ικανοποιημένοι, αντιλαμβάνονται περισσότερο την ποιότητα της περίθαλψης και είναι πιο πρόθυμοι να επιστρέψουν και να συστήσουν την υγειονομική μονάδα.

Στην έρευνα των Browalletal. (2013) εξετάστηκε η άποψη ογκολογικών ασθενών και βρέθηκε ότι, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ιδιαίτερα η δυνατότητα ιδιωτικότητας, ήταν σημαντικότεροι από τους παράγοντες του φυσικού περιβάλλοντος. Το προσωπικό που πήρε το χρόνο να μιλήσει και να δείξει ενδιαφέρον για τους ασθενείς, χωρίς να φοβάται να εμπλακεί προσωπικά και επαγγελματικά, ερμηνεύτηκε ως ένα σημάδι ενός συναισθηματικού περιβάλλοντος και υποστήριξε ένα αίσθημα ενδυνάμωσης και συνεργασίας. Η ζωτική ισορροπία ανάμεσα στην ιδιωτικότητα και την κοινότητα τονίστηκε από τους συμμετέχοντες, όπου η ευκαιρία να είναι κάποιος μόνος του, ήταν κρίσιμη. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν ήταν η καλά ανεπτυγμένη ομαδική εργασία, η οποία έδωσε αίσθημα ασφάλειας, καθώς και ο μελλοντικός σχεδιασμός που μεταφέρθηκε στους ασθενείς, στη βάση της αντίληψής τους. Αυτή η παρατήρηση ευθυγραμμίζεται πλήρως με τις ρουτίνες που προτείνονται για τη διευκόλυνση και τη διασφάλιση προσωπικής περίθαλψης, με συζητήσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενών για τη σύναψη εταιρικής σχέσης, καθώς και με κοινή λήψη αποφάσεων και τεκμηρίωση αρχείων ασθενών για τη στήριξη της συνέχειας και της διαφάνειας από μέρος του παρόχου. Η δυνατότητα συμμετοχής και ευθύνης για την ίδια φροντίδα θεωρήθηκε σημαντική από τους συμμετέχοντες, μαζί με την ευκαιρία να επιλέξουν αν προτιμούσαν την κοινωνικοποίηση με άλλους ή την ιδιωτικότητα. Η δυνατότητα χρήσης ιδιωτικού χώρου είναι ένα σημαντικό μέσο των ασθενών να

ξεφύγουν από αγχωτικές στιγμές, με την η απομόνωση να έχει θετική επίδραση στην υγεία και την ευημερία των ασθενών (Browalletal., 2013). Λιγότερο σημαντικό, όμως, για τους συμμετέχοντες ήταν εάν το περιβάλλον ήταν πολυτελές. Άλλες φυσικές πτυχές του περιβάλλοντος υγείας που επισημάνθηκαν στη μελέτη αυτή ως σημαντικές για τους ασθενείς ήταν η τροφή, η οσμή, οι οπτικές και ηχητικές εντυπώσεις, οι οποίες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία του ασθενούς. Η αλλαγή στην ευαισθησία της γεύσης και της οσμής μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία έχει βρεθεί και στην έρευνα των Bernhardsonetal. (2009), με θετικό αντίκτυπο στην ευημερία του ασθενούς.

Στην έρευνά του ο Kumaraswamy (2012) σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία στην Ινδία βρέθηκε πως, οι σημαντικότεροι παράγοντες ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τις απόψεις των 2.000 ασθενών, είναι η συμπεριφορά των ιατρών, το υποστηρικτικό προσωπικό, η ατμόσφαιρα (atmospherics) και η επιχειρησιακή απόδοση. Επίσης, βρέθηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών και η φύση του ασθενούς, αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με την αντίληψη της συνολικής απόδοσης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Η μελέτη βρήκε επίσης πως οι ιδιωτικές μονάδες υγείας βαθμολογούνται καλύτερα από τις δημόσιες, κυρίως στους παράγοντες της συμπεριφοράς των ιατρών και της λειτουργικής απόδοσης.

Η έρευνα των Narangetal (2015) που διεξήχθη σε διάφορα κράτη (Κίνα, Ινδία, Νιγηρία και Φινλανδία) βρήκε συσχέτιση μεταξύ των atmospherics και του αντιλαμβανόμενου αποτελέσματος για την υγεία. Παράγοντες των atmospherics που βρέθηκαν να είναι περισσότερο σημαντικοί είναι: συμπόνια, υποστήριξη, σεβασμός προς τους ασθενείς, ποιότητα και επάρκεια φαρμάκων, ευγένεια, προθυμία και άμεση ανταπόκριση του προσωπικού για βοήθεια, προσβασιμότητα, αλλά και το φυσικό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι, τόσο η ποιότητα της υπηρεσίας όσο και η ατμόσφαιρα έχουν μια στατιστικά σημαντική σχέση με τα αντιληπτά αποτελέσματα των ασθενών.

Εκτός των παραπάνω, υπάρχει και μία ομάδα ερευνών που ασχολούνται με την έννοια των virtual atmospherics. Τα νοσοκομεία και άλλοι ιατρικοί πάροχοι προτίθενται να ενισχύσουν επιθυμητά προσωπικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά όπως, η ασφάλεια, η χαλάρωση και η άνεση στο φυσικό σχεδιασμό και τη διακόσμηση των εγκαταστάσεών τους. Στην πραγματικότητα, η αισθητική των νοσοκομείων συμβάλλει

στην υγεία και την ευεξία (Caspari, Eriksson, & Naden, 2006). Για χρόνια, η νοσοκομειακή αισθητική έχει σχεδιαστεί με χρώματα, τέχνη, φωτισμό, θορύβους και προσωπικούς χώρους με σκοπό να μειώσουν την πίεση και να παρέχουν τη μεγαλύτερη δυνατή άνεση στον ασθενή (Biley, 1996, Casparietal., 2006, Fornara, Banaiuto & Bonnes, 2006). Ο σχεδιασμός του φυσικού περιβάλλοντος στο νοσοκομείο θα πρέπει "να αυξήσει τη χαλάρωση και να παρεκκλίνει από άλλες πτυχές του περιβάλλοντος" (Biley, 1996, σελ. 112). Η αισθητική επηρεάζει την σωματική και ψυχολογική ευημερία του ασθενούς (Casparietal., 2006). Ωστόσο, οι αισθητικές αποφάσεις πρέπει να διαχειρίζονται σωστά.

Τα ακατάλληλα χρώματα, ο ανεπαρκής φωτισμός και η κακή επιλογή των υλικών και των δομικών υλικών (τοίχοι, δάπεδα κ.λπ.) μπορεί να οδηγήσουν σε σύγχυση και δυσφορία (Dalkeetal., 2006). Δίνεται προσοχή στη δημιουργία των σωστών συναισθημάτων, στα σωστά ποσά. Γενικά, τα νοσοκομεία επιχειρούν να αντιμετωπίσουν την υπερδιέγερση και την πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων στο σχεδιασμό και τη διακόσμηση των φυσικών τους εγκαταστάσεων.

Δεδομένης της έκρηξης της χρήσης του διαδικτύου, πρέπει να ληφθεί υπόψη και το εικονικό περιβάλλον των νοσοκομείων. Αυξανόμενα οι ασθενείς χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για τη συγκέντρωση ιατρικών πληροφοριών (Broom, 2005). Σύμφωνα με τους Ball και Lillis (2001), οι καταναλωτές εκτιμούν πόρους υγείας του διαδικτύου λόγω της ευκολίας που παρέχεται από την πρόσβαση στις πληροφορίες μέσω του διαδικτύου, την ικανότητα ελέγχου των δικών τους αποφάσεων για την υγεία και τις πρόσθετες επιλογές που προσφέρονται. Καθώς οι καταναλωτές έχουν συνηθίσει να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο ως πόρο πληροφόρησης για την υγεία, είναι πιο πιθανό να αλληλεπιδράσουν με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιώντας το εικονικό περιβάλλον του διαδικτύου για σκοπούς εκπαίδευσης των καταναλωτών, επικοινωνίας γιατρών και απόκτησης διοικητικής αποτελεσματικότητας (Ball&Lillis, 2001). Από την οργανωτική σκοπιά των νοσοκομείων, οι Randeree και Rao (2004) επισημαίνουν ότι μπορούν να επιτευχθούν σημαντικά οφέλη κόστους, μέσω της επικοινωνίας και της εκπαίδευσης των καταναλωτών, μέσω μιας αποτελεσματικής ιστοσελίδας. Παρόλο που πολλοί καταναλωτές στρέφονται προς το διαδίκτυο και διάφορες ιστοσελίδες πληροφόρησης για την υγειονομική περίθαλψη και οι οργανισμοί είναι σε θέση να εξοικονομήσουν χρήματα μέσω της χρήσης μιας αποτελεσματικής ιστοσελίδας, οι περισσότερες ιστοσελίδες νοσοκομείων έχουν αποδειχθεί ανεπαρκείς

(Randeree & Rao, 2004). Ακριβώς όπως το φυσικό νοσοκομειακό περιβάλλον έχει σχεδιαστεί για να δημιουργεί άνεση και ικανοποίηση, το ίδιο ισχύει και για το εικονικό περιβάλλον. Ο σχεδιασμός της ιστοσελίδας δεν είναι μια προσπάθεια "ενός μεγέθους που ταιριάζει σε όλους" και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα ιδιαίτερα μοναδικό υποσύνολο στον εικονικό κόσμο του εικονικού κόσμου.

Η έγκαιρη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ιστοτόπου των επιχειρήσεων, επικεντρώθηκε κυρίως στα ζητήματα χρηστικότητας και προσπάθειας, όπως η σύνδεση των ανθρώπων με τις απαιτούμενες πληροφορίες, με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο (Choi, Kim, & Lee, 2003), αλλά μία πιο πρόσφατη έρευνα προχώρησε για να εξετάσει το αποτέλεσμα διαφόρων Web site design characteristics σε συναισθηματικές καταστάσεις, συναισθηματικές αντιδράσεις, και ικανοποίηση των χρηστών (Parboteeah, Valacich, & Wells, 2007). Μεγάλο μέρος της έρευνας σχετικά με αυτά τα χαρακτηριστικά σχεδιασμού του χώρου, έχει συγκρίνει τις "ατμοσφαιρικές" τοποθεσίες Web με τα παραδοσιακά καταστήματά τους (Kotler, 1973, Donovan & Rossiter, 1982, Davis, Eroglu, & Machleit, 2001). Πολλές από τις ίδιες αρχές σχεδιασμού ισχύουν και στα δύο πλαίσια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Μέθοδος της έρευνας

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος και πιο συγκεκριμένα η δημοσκοπική και συσχετιστική μέθοδος (Creswell, 2015). Η ποσοτική μέθοδος επιλέχθηκε διότι μπορεί να διερευνήσει τις απόψεις, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές ενός μεγάλου αριθμού ερωτηθέντων, ομαδοποιώντας τα αποτελέσματα και αναγνωρίζοντας τάσεις, έπειτα από στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Η δημοσκοπική μέθοδος επιλέχθηκε διότι, αποτελεί μία μέθοδο έρευνας όπου ένα ερωτηματολόγιο μοιράζεται σε ένα μεγάλο δείγμα ερωτηθέντων, ούτως ώστε να είναι δυνατή η ανεύρεση τάσεων στις απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η συσχετιστική μέθοδος επιλέχθηκε διότι, μπορεί να διερευνήσει το πώς μία μεταβλητή επιδρά σε μία άλλη (Creswell, 2015). Επομένως, μέσω της δημοσκοπικής μεθόδου, απώτερος στόχος είναι να δοθεί απάντηση στα τέσσερα πρώτα ερευνητικά ερωτήματα, ενώ της συσχετιστικής μεθόδου στόχος είναι να δοθεί απάντηση στο πέμπτο ερευνητικό ερώτημα.

5.2 Μεθοδολογικό εργαλείο

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα είναι το δομημένο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι το πλέον διαδεδομένο εργαλείο συλλογής δεδομένων στο πλαίσιο της συλλογής δεδομένων, καθώς χαρακτηρίζεται από τα εξής πλεονεκτήματα: α) μπορεί να διανεμηθεί σε ένα μεγάλο δείγμα ερωτηθέντων ταυτόχρονα, β) μπορεί να συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες, χωρίς να είναι απαραίτητη η παρουσία της ερευνήτριας, γ) είναι σχεδόν μηδενικού κόστους εργαλείο ως προς τη σχεδίαση, διανομή και συλλογή του (Creswell, 2015). Το δομημένο ερωτηματολόγιο σημαίνει ότι υπάρχουν συγκεκριμένες ερωτήσεις σε συγκεκριμένη σειρά, τις οποίες απαντούν όλοι οι ερωτηθέντες. Αυτό δίνει τη δυνατότητα να κωδικοποιηθούν οι απαντήσεις και να συγκριθούν οι απόψεις των ερωτηθέντων.

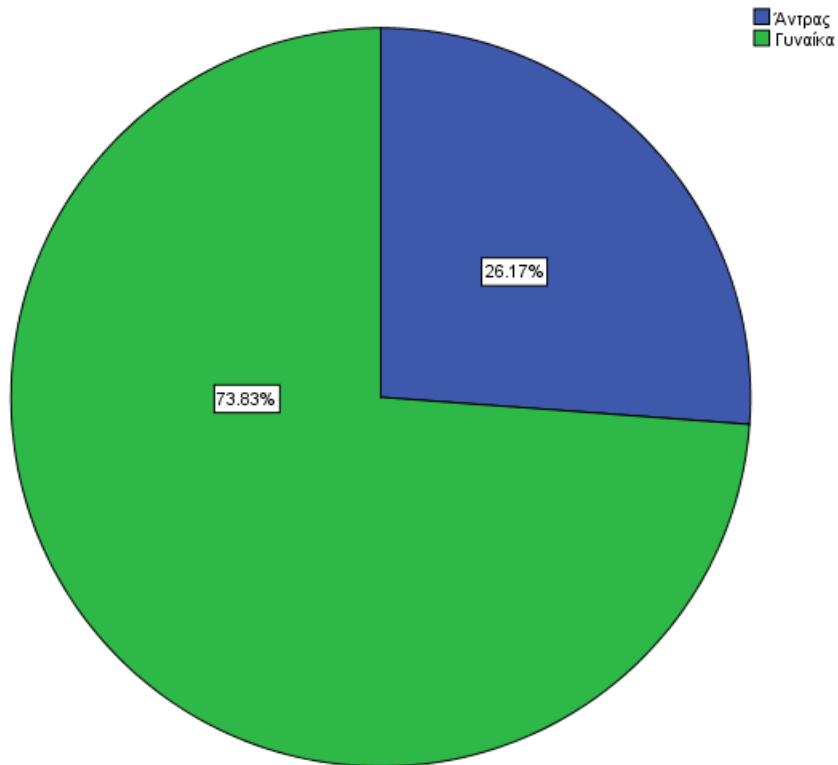
Το ερωτηματολόγιο αυτής της έρευνας (Παράρτημα Ι) αποτελείται συνολικά από 15 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1-10 διερευνούν τις απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το

ιατρείο το οποίο επισκέφθηκαν. Οι ερωτήσεις 11-15 διερευνούν το προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια στη βάση των εξής ερευνών: Tsai et al. (2007), Kvist et al. (2014), Senarath και Gunawardena (2011), Narang et al. (2015) και EPF (2016).

5.3 Δείγμα της έρευνας

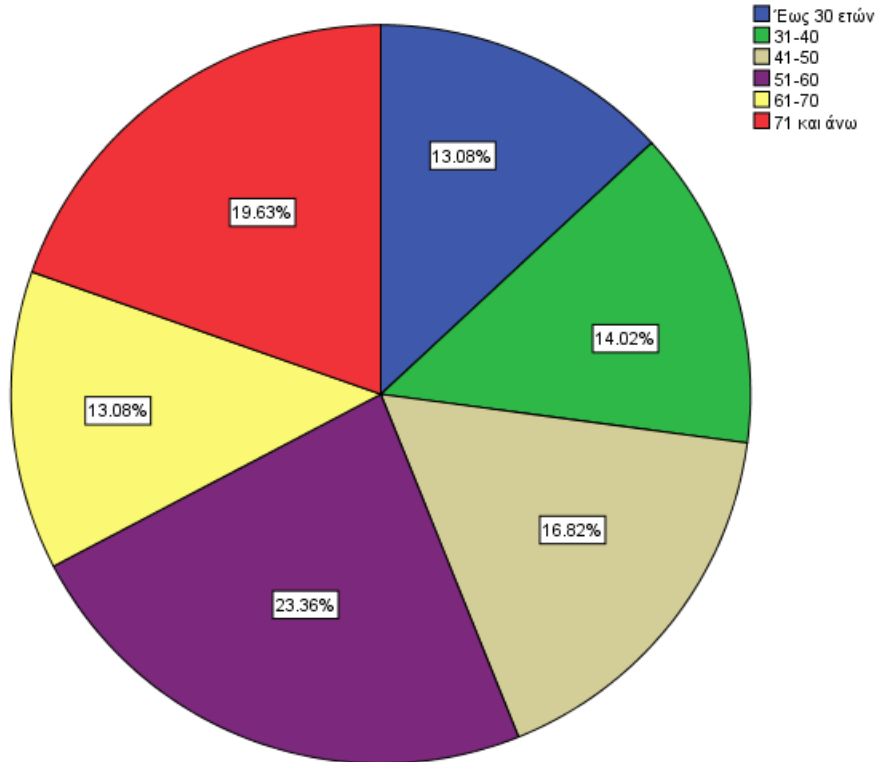
Συνολικά στην έρευνα έλαβαν μέρος 107 άτομα. Επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας, καθώς η έρευνα έλαβε χώρα σε δύο συγκεκριμένα ιατρεία, ένα οδοντιατρείο και ένα γυναικολογικό ιατρείο, στο κέντρο της Αθήνας. Η δειγματοληψία ευκολίας είναι μία μη τυχαιοποιημένη μέθοδος εύρεσης δείγματος, που επιλέχθηκε εξαιτίας του ότι η ερευνήτρια είχε εύκολη πρόσβαση σε αυτό (Etikan et al., 2016). Αμέσως παρακάτω απεικονίζεται το δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων στην έρευνα. Οι γυναίκες συνιστούν την πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 73,8%, έναντι 26,2% των αντρών. Το υψηλό ποσοστό των γυναικών στο δείγμα οφείλεται στο ότι η έρευνα διεξήχθη και σε ένα γυναικολογικό ιατρείο, όπου οι ασθενείς είναι μόνο γυναίκες.

Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων



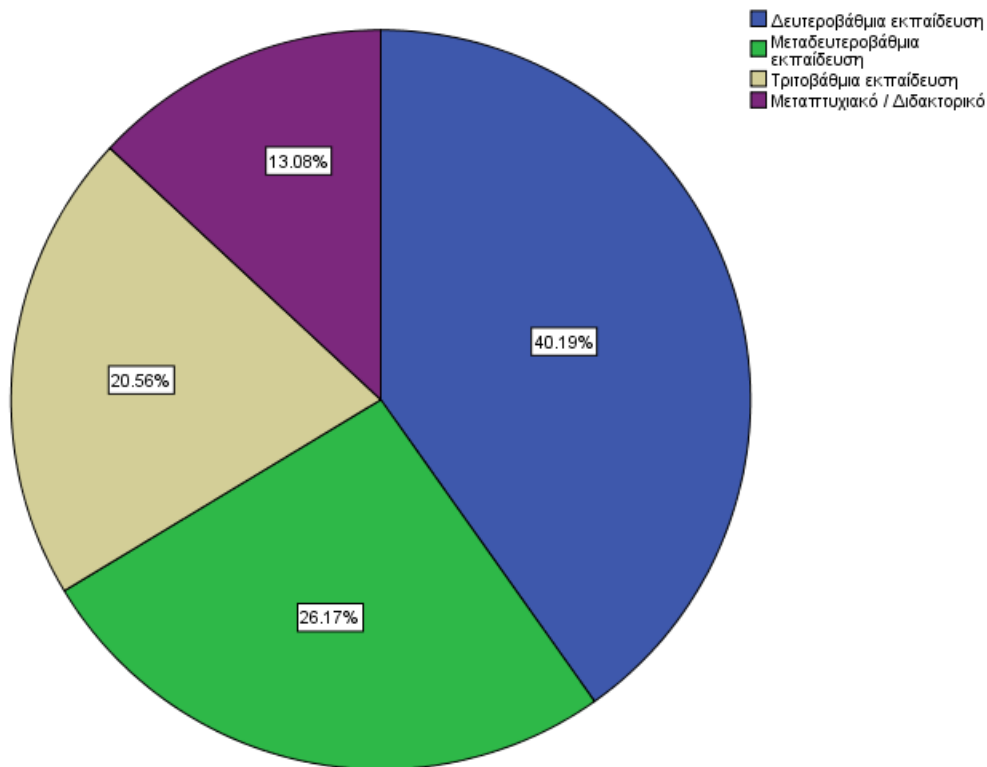
Από το πιο κάτω γράφημα παρατηρείται πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι ηλικίας 51-60 ετών (23,4%). Μικρότερο είναι το ποσοστό όσων είναι έως 30 ετών (13,1%), αλλά και 61-70 ετών (13,1%).

Γράφημα 2. Ηλικία ερωτηθέντων



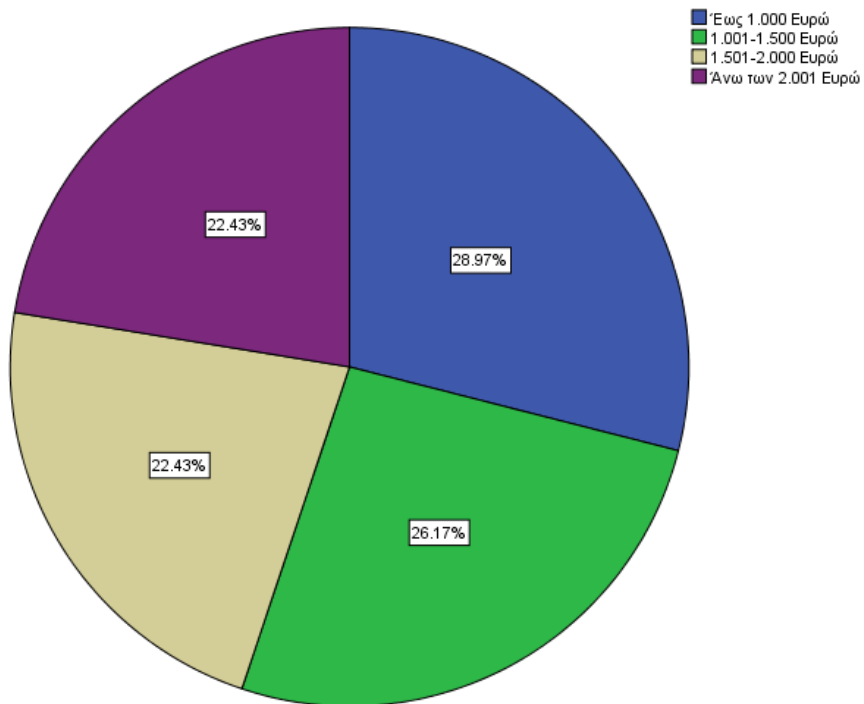
Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, το οποίο απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα σε ποσοστό 40,2% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 26,2%, είναι απόφοιτοι μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ακόμα μικρότερο ποσοστό είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (20,6%), ενώ ένα ακόμα πιο μικρό ποσοστό, της τάξης του 13,1%, είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού / διδακτορικού.

Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων



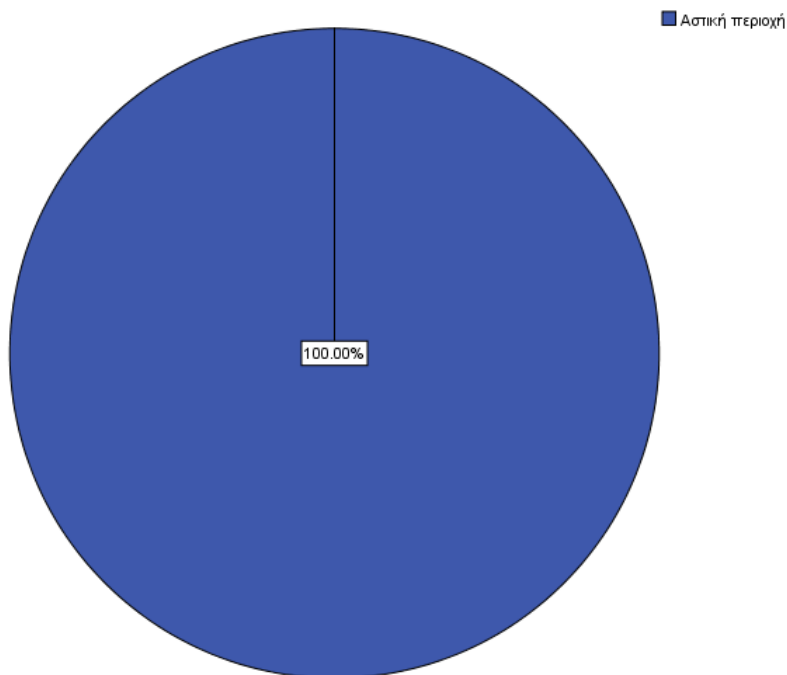
Όσον αφορά στο εισοδηματικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, από τον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται πως οι περισσότεροι σε ποσοστό 29% έχουν μηναίο εισόδημα έως 1.000 Ευρώ. Ακολουθούν όσοι έχουν εισόδημα 1.001-1.500 Ευρώ σε ποσοστό 26,2%, και έπειτα όσοι έχουν μηναίο εισόδημα 1.501-2.000 Ευρώ σε ποσοστό 22,4%, ενώ ίδιο είναι το ποσοστό που δήλωσε ότι έχει μηναίο εισόδημα άνω των 2.001 Ευρώ.

Γράφημα 4. Μηναίο οικογενειακό εισόδημα ερωτηθέντων



Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι κάτοικοι αστικής περιοχής.

Γράφημα 5. Τόπος διαμονής ερωτηθέντων



5.3 Διαδικασία της έρευνας

Η ερευνήτρια επικοινωνήσε αρχικά πρόσωπο με πρόσωπο με τους υπεύθυνους ιατρούς προκειμένου να τους ενημερώσει για τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής των δεδομένων, την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων στην έρευνα, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και το ότι η έρευνα δεν θα προξενήσει κάποιου είδους βλάβη στα υποκείμενα της έρευνας. Τα ζητήματα αυτά εντάσσονται στο πλαίσιο της ηθικής της έρευνας και εστιάζουν στην ενήμερη συγκατάθεση (Creswell, 2015). Εν συνεχεία, η ερευνήτρια κατά την επίσκεψή της στα δύο ιατρεία και εφόσον έλαβε την ενήμερη συγκατάθεση των ιατρών, άφησε τα ερωτηματολόγια, προκειμένου να συμπληρωθούν από τους ασθενείς.

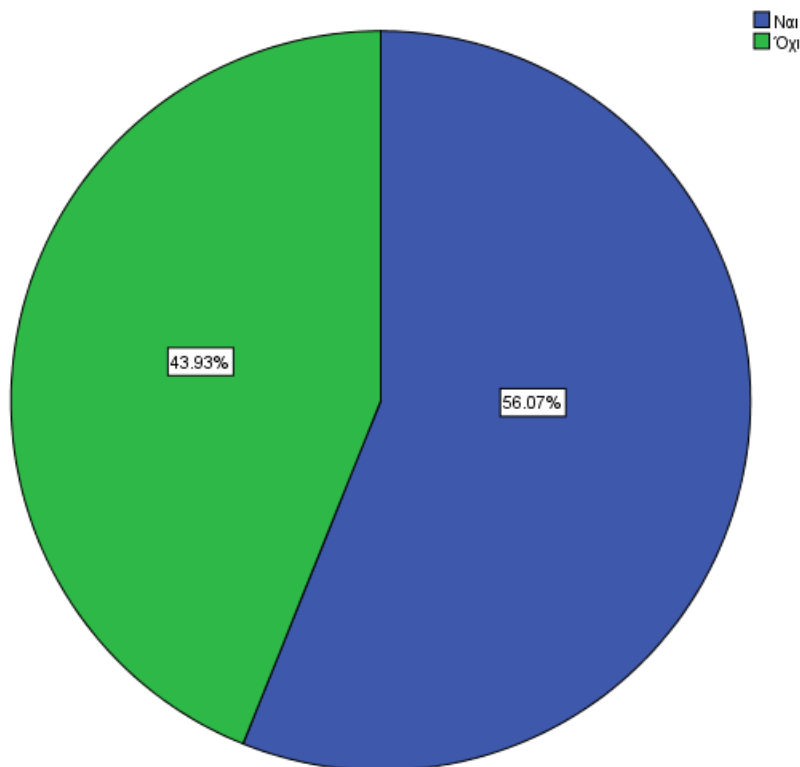
Τα δεδομένα εν συνεχεία εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 21 και κωδικοποιήθηκαν και επεξεργάστηκαν μέσω της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να παρουσιαστεί το δείγμα της έρευνας και οι απόψεις των ερωτηθέντων, μέσω πινάκων και γραφημάτων, χρησιμοποιώντας κατανομή ποσοστών-συχνοτήτων και μέσω των όρων-τυπικών αποκλίσεων. Η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των απόψεων των ερωτηθέντων και των δημογραφικών τους στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Περιγραφική στατιστική

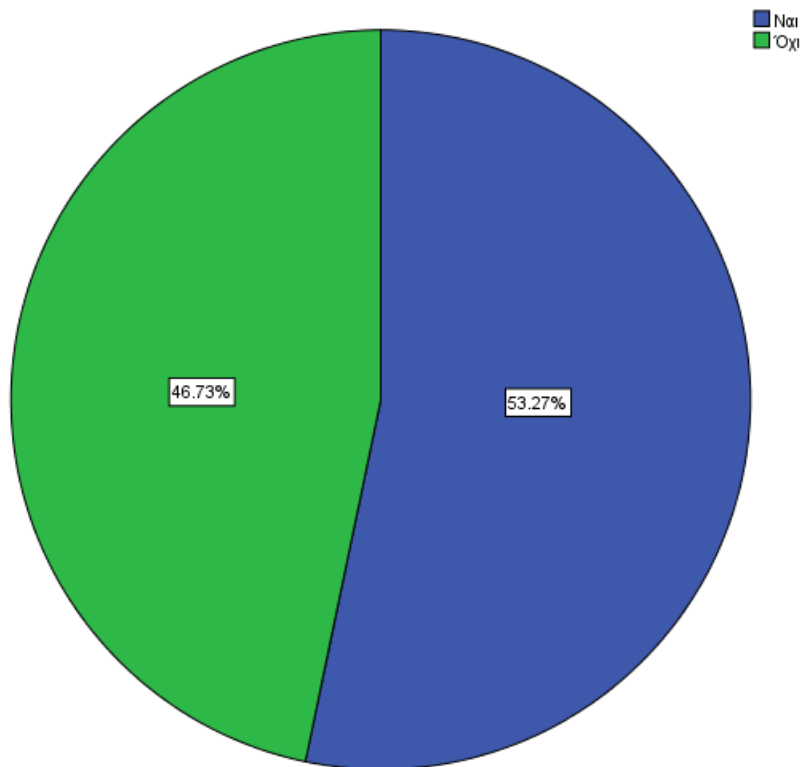
Από το παρακάτω γράφημα παρατηρείται πως το 56,1% δήλωσε ότι η συγκεκριμένη επίσκεψη είναι η πρώτη τους επίσκεψη στον συγκεκριμένο ιατρό.

Γράφημα 6. Ποσοστό ερωτηθέντων που επισκέφθηκε το ιατρείο για πρώτη φορά



Το 53,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε πως ο συγκεκριμένος ιατρός που επισκέφθηκαν είναι ο βασικός τους ιατρός.

Γράφημα 7. Ποσοστό ερωτηθέντων που έχει τον ιατρό που επισκέφθηκε ως βασικό



Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται οι λόγοι για τους οποίους οι ερωτηθέντες επισκέφθηκαν το ιατρείο. Ο κυριότερος λόγος επίσκεψης τόσο στο οδοντιατρείο, όσο και στο γυναικολογικό ιατρείο είναι η έκτακτη επίσκεψη λόγω προβλήματος / επιπλοκής (53,3%), αλλά και ο τακτικός έλεγχος (52,3%). Στο οδοντιατρείο ο κυριότερος λόγος επίσκεψης είναι η απονεύρωση / εξαγωγή (31,8%) και ο καθαρισμός (30,8%), ενώ στο γυναικολογικό ιατρείο είναι η επίσκεψη για προεγχειρητική ενημέρωση (2%).

Πίνακας 1. Λόγος επίσκεψης ερωτηθέντων στο ιατρείο

	Ναι	Όχι
Ενημέρωση	45,8%	54,2%
Αξιολόγηση (π.χ. εξετάσεων)	49,5%	50,5%
Τακτικός έλεγχος	52,3%	47,7%
Έκτακτη επίσκεψη λόγω προβλήματος / επιπλοκής	53,3%	46,7%
Σφράγισμα*	23,4%	27,1%
Καθαρισμός*	30,8%	19,6%
Απονεύρωση / εξαγωγή*	31,8%	18,7%
Αισθητική αποκατάσταση*	25,2%	25,2%
Προσθετικές εργασίες*	25,2%	25,2%
Επίσκεψη λόγω εγκυμοσύνης**	24,3%	25,2%
Επίσκεψη για προεγχειρητική ενημέρωση**	28,0%	21,5%

*Αφορά ασθενείς στο οδοντιατρείο

**Αφορά ασθενείς στο γυναικολογικό ιατρείο

Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων όσον αφορά στην ικανοποίησή τους και στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων από πτυχές που αφορούν την τοποθεσία του ιατρείου. Συνολικά, οι ερωτηθέντες είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την τοποθεσία του ιατρείου.

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για την τοποθεσία του ιατρείου

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Ευκολία πρόσβασης με μέσα μαζικής μεταφοράς	107	4.51	1.136
Ευκολία πρόσβασης με ιδιωτικό αυτοκίνητο	107	4.52	1.152
Ευκολία στάθμευσης	107	4.53	1.135
Ευκολία πρόσβασης από ΑμΕΑ	107	4.47	1.076

*1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ

Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων όσον αφορά στην ικανοποίησή τους και στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων από πτυχές που αφορούν το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου. Συνολικά οι ερωτηθέντες είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου. Υψηλότερος μέσος όρος ικανοποίησης σημειώθηκε για τη θερμοκρασία (M=4,64, TA=1,136), τον εξαερισμό (M=4,64, TA=1,057) και την καθαριότητα εξωτερικών χώρων (M=4,64, TA=1,135). Αντίθετα, χαμηλότερος μέσος όρος σημειώνεται για τον σχεδιασμό του κτιρίου (M=4,16, TA=1,083).

Πίνακας 3. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Φωτισμός	107	4.54	1.084
Σχεδιασμός κτιρίου	107	4.16	1.083
Έπιπλα	107	4.44	1.126
Άνεση καθισμάτων	107	4.47	1.110
Επάρκεια καθισμάτων	107	4.50	1.085
Χρώμα	107	4.58	1.082
Σχεδιασμός εσωτερικών χώρων (διαρρύθμιση)	107	4.55	1.167
Επίπεδο θορύβου	107	4.41	1.149
Θερμοκρασία	107	4.64	1.136
Εξαερισμός	107	4.64	1.057
Καθαριότητα εσωτερικών χώρων	107	4.56	1.048
Καθαριότητα εξωτερικών χώρων	107	4.64	1.135

*1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ

Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων όσον αφορά στην ικανοποίησή τους και στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων από πτυχές που αφορούν το προσωπικό και τις υπηρεσίες του ιατρείου. Συνολικά οι ερωτηθέντες είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από τις συγκεκριμένες πτυχές του ιατρείου. Υψηλότερος μέσος όρος σημειώνεται για την ευγένεια (M=4,77, TA=1,051) και τις πληροφορίες σχετικά με το ιατρείο (M=4,71, TA=1,157), ενώ αντίθετα χαμηλότερος μέσος όρος σημειώνεται για τη σαφήνεια των οδηγιών για τη θεραπεία (M=4,32, TA=1,078).

Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για το προσωπικό και τις υπηρεσίες του ιατρείου

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Συμπόνια και υποστήριξη των ασθενών	107	4.51	1.160
Σεβασμός στον ασθενή	107	4.50	1.136
Δυνατότητα ιδιωτικής συνομιλίας με τον ιατρό / νοσηλεύτη	107	4.36	1.224
Προθυμία παροχής βοήθειας, ακόμα και όταν οι εργαζόμενοι είναι πολύ απασχολημένοι	107	4.64	1.168
Επαρκείς προσοχή στους συνοδούς των ασθενών	107	4.56	1.074
Επαγγελματικότητα	107	4.55	1.135
Ευγένεια	107	4.77	1.051
Ενσυναίσθηση	107	4.41	1.098
Φιλικότητα	107	4.49	1.136
Δεξιότητες επικοινωνίας	107	4.50	1.160
Συνεργασία μεταξύ του προσωπικού	107	4.51	1.076
Πληροφορίες σχετικά με τον χώρο της μονάδας υγείας	107	4.71	1.157
Ισότιμη μεταχείριση ατόμων που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες	107	4.39	1.114
Συμπερίληψη των ατομικών αναγκών και προτιμήσεων των ασθενών	107	4.59	1.124
Συμμετοχή ασθενών στη λήψη αποφάσεων	107	4.66	1.081
Σαφείς οδηγίες για τη θεραπεία	107	4.32	1.078
Επαρκείς οδηγίες για τη θεραπεία	107	4.51	1.031
Σαφείς και επαρκείς οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή	107	4.64	1.168
Σαφείς και επαρκείς οδηγίες για την ανάρρωση/αποκατάσταση	107	4.48	1.102
Ανακούφιση πόνου	107	4.42	1.000

*1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ

Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων όσον αφορά στην ικανοποίησή τους και στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων από πτυχές που αφορούν διάφορους παράγοντες του ιατρείου. Συνολικά οι ερωτηθέντες είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι

από τις συγκεκριμένες πτυχές του ιατρείου. Υψηλότερος μέσος όρος σημειώθηκε για τη διαθεσιμότητα τελευταίων επιστημονικά αποδεδειγμένων θεραπειών (M=4,71, TA=1,064), ενώ χαμηλότερος για τις γρήγορες διαδικασίες διαγνωστικών εξετάσεων (M=4,47, TA=1,160).

Πίνακας 5. Περιγραφικά μέτρα απόψεων ερωτηθέντων για διάφορους παράγοντες του ιατρείου

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Επαρκής ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός	107	4.52	1.085
Γρήγορες διαδικασίες διαγνωστικών εξετάσεων	107	4.47	1.160
Διαθεσιμότητα τελευταίων επιστημονικά αποδεδειγμένων θεραπειών	107	4.71	1.064
Προσιτό κόστος θεραπείας	107	4.43	1.100
Χρήση σύγχρονης και κατάλληλης τεχνολογίας	107	4.68	1.078
Αίσθηση ασφάλειας των ασθενών	107	4.55	1.143
Σαφείς ενημέρωση για τους κανονισμούς της μονάδας υγείας	107	4.51	1.177
Καθαριότητα	107	4.63	1.112

*1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ

Στον πιο κάτω πίνακα απεικονίζονται τα περιγραφικά μέτρα των απόψεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο σημαντικοί είναι οι παράγοντες που εξετάζονται για τη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών από μία μονάδα υγείας. η τοποθεσία επιλέχθηκε από το 35,5% των ερωτηθέντων, το ποσοστό και οι υπηρεσίες από το 31,8%, το φυσικό περιβάλλον από το 29,9%, ενώ οι λοιποί παράγοντες από το 27,1%.

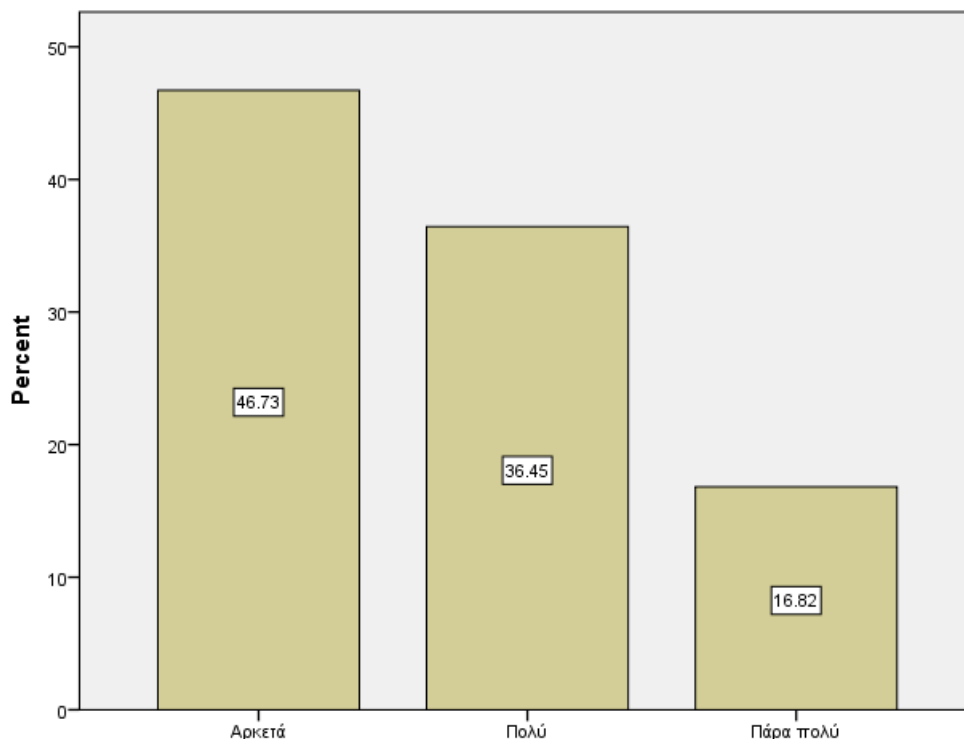
Πίνακας 6. Σημαντικότητα παραγόντων για τη διαμόρφωση εμπειρίας των ασθενών

	N	Ποσοστό
Τοποθεσία	107	35,5%
Προσωπικό και υπηρεσίες	107	31,8%
Φυσικό περιβάλλον	107	29,9%
Λοιποί παράγοντες	107	27,1%

*1 (πιο σημαντικό) - 4 (λιγότερο σημαντικό)

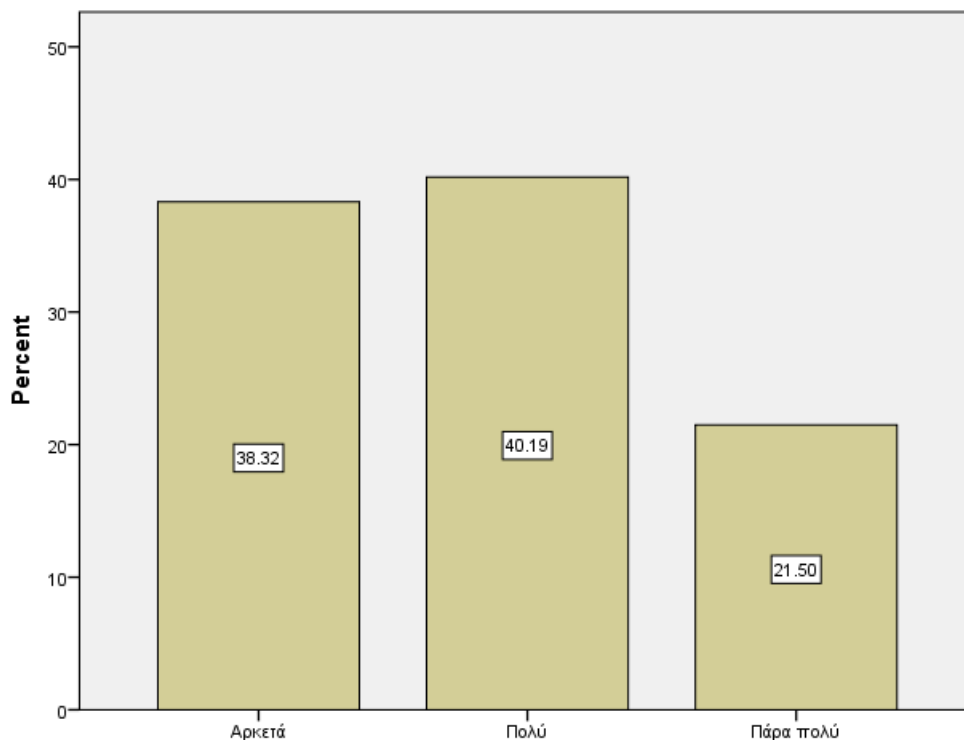
Από το πιο κάτω γράφημα παρατηρείται πως το 46,7% των ερωτηθέντων προτίθεται σε αρκετά μεγάλο βαθμό να επισκεφθεί ξανά το συγκεκριμένο ιατρείο, ενώ το 53,2% δήλωσε πως προτίθεται να επισκεφθεί εκ νέου το ιατρείο σε πολύ και πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

Γράφημα 8. Ποσοστό ερωτηθέντων που προτίθεται να επισκεφθεί εκ νέου το ιατρείο



Τέλος, από το παρακάτω γράφημα παρατηρείται πως το 40,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα σκοπεύει να συστήσει το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους, ενώ συνολικά το 61,5% διατίθεται να το συστήσει σε πολύ και πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

Γράφημα 9. Ποσοστό ερωτηθέντων που προτίθεται να συστήσει σε άλλους το ιατρείο



6.2 Επαγωγική στατιστική

Σε αυτήν την ενότητα του παρόντος κεφαλαίου εξετάζεται κατά πόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στην έρευνα, επηρεάζουν την εμπειρία τους στη βάση των τεσσάρων προαναφερθέντων διαστάσεων, ήτοι η τοποθεσία, το προσωπικό και οι υπηρεσίες, το φυσικό περιβάλλον και οι λοιποί παράγοντες. Προκειμένου να προσδιοριστούν οι στατιστικοί έλεγχοι που θα χρησιμοποιηθούν, αρχικά εξετάστηκε η κανονικότητα των δεδομένων. Ο έλεγχος διεξήχθη με το τεστ Kolmogorov-Smirnov. Από τον έλεγχο προέκυψε πως τα δεδομένα δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p < 0.05$) και για τον λόγο αυτόν θα χρησιμοποιηθούν μη παραμετρικά τεστ. Πιο συγκεκριμένα, για τον έλεγχο στη βάση του φύλου χρησιμοποιείται το τεστ Mann-Whitney, που είναι το αντίστοιχο μη παραμετρικό του independent samples t-test, καθώς η μεταβλητή έχει δύο επίπεδα, ενώ για τον έλεγχο για τα λοιπά δημογραφικά στοιχεία χρησιμοποιείται το τεστ Kruskal-Wallis, που είναι το αντίστοιχο μη παραμετρικό του one-way Anova, καθώς οι μεταβλητές έχουν περισσότερα από δύο επίπεδα.

Πίνακας 7. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
EP41	.189	107	.000
EP42	.199	107	.000
EP43	.176	107	.000
EP44	.201	107	.000
EP51	.196	107	.000
EP52	.222	107	.000
EP53	.213	107	.000
EP54	.226	107	.000
EP55	.184	107	.000
EP56	.221	107	.000
EP57	.201	107	.000
EP58	.182	107	.000
EP59	.194	107	.000
EP510	.187	107	.000
EP511	.195	107	.000
EP512	.192	107	.000
EP61	.176	107	.000
EP62	.176	107	.000
EP63	.241	107	.000
EP64	.208	107	.000
EP65	.182	107	.000
EP66	.201	107	.000
EP67	.207	107	.000
EP68	.181	107	.000
EP69	.189	107	.000
EP610	.174	107	.000
EP611	.188	107	.000
EP612	.232	107	.000
EP613	.184	107	.000
EP614	.186	107	.000
EP615	.182	107	.000
EP616	.205	107	.000
EP617	.223	107	.000
EP618	.204	107	.000
EP619	.187	107	.000
EP620	.261	107	.000

EP71	.190	107	.000
EP72	.187	107	.000
EP73	.186	107	.000
EP74	.175	107	.000
EP75	.186	107	.000
EP76	.178	107	.000
EP77	.196	107	.000
EP78	.192	107	.000

Αρχικά εξετάζεται κατά πόσο οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα διαφοροποιούνται στη βάση του φύλου. Οι απόψεις τους για την τοποθεσία και το φυσικό περιβάλλον δεν επηρεάζονται από το φύλο τους. Αναφορικά με το προσωπικό και τις υπηρεσίες, οι άντρες σημειώνουν υψηλότερο μέσο όρο, και συνεπώς υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, από τις εξής πτυχές: Συμπόνια και υποστήριξη των ασθενών, συνεργασία μεταξύ του προσωπικού και τις επαρκείς οδηγίες για τη θεραπεία. Επίσης, υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης των αντρών διαπιστώνεται όσον αφορά στην αίσθηση ασφάλειας, που αναφέρεται στους λοιπούς παράγοντες.

Πίνακας 8. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και φύλου

	Φύλο	N	Mean Rank	p-value
Συμπόνια και υποστήριξη των ασθενών	Άντρας	28	63.95	0,041
	Γυναίκα	79	50.47	
	Total	107		
Συνεργασία μεταξύ του προσωπικού	Άντρας	28	63.70	0,047
	Γυναίκα	79	50.56	
	Total	107		
Επαρκείς οδηγίες για τη θεραπεία	Άντρας	28	67.20	0,006
	Γυναίκα	79	49.32	
	Total	107		
Αίσθηση ασφάλειας των ασθενών	Άντρας	28	64.88	0,026
	Γυναίκα	79	50.15	
	Total	107		

Στη συνέχεια εξετάζεται κατά πόσο οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα διαφοροποιούνται στη βάση της ηλικίας. Αναφορικά με την τοποθεσία, άτομα ηλικίας 61-70 ετών δηλώνουν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την ευκολία

στάθμευσης. Αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον, άτομα ηλικίας 61-70 ετών δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη θερμοκρασία. Αναφορικά με το προσωπικό και τις υπηρεσίες, η επαρκής προσοχή στους συνοδούς των ασθενών είναι ο παράγοντας εκείνος που διαφοροποιείται βάσει ηλικίας, με όσους είναι 31-40 ετών να δηλώνουν υψηλότερο μέσο όρο. Η Διαθεσιμότητα τελευταίων επιστημονικά αποδεδειγμένων θεραπειών είναι από τους λοιπούς παράγοντες που επηρεάζονται από την ηλικία, με όσους είναι 31-40 ετών να δηλώνουν χαμηλότερο μέσο όρο.

Πίνακας 9. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και ηλικίας

	Ηλικία	N	Mean Rank	p-value
Ευκολία στάθμευσης	Έως 30 ετών	14	77.75	0,004
	31-40	15	43.47	
	41-50	18	58.97	
	51-60	25	56.84	
	61-70	14	34.21	
	71 και άνω	21	51.24	
	Total	107		
Θερμοκρασία	Έως 30 ετών	14	41.07	0,012
	31-40	15	61.83	
	41-50	18	40.06	
	51-60	25	48.80	
	61-70	14	67.14	
	71 και άνω	21	66.40	
	Total	107		
Επαρκής προσοχή στους συνοδούς των ασθενών	Έως 30 ετών	14	50.75	0,031
	31-40	15	67.87	
	41-50	18	45.69	
	51-60	25	66.32	
	61-70	14	46.00	
	71 και άνω	21	44.05	
	Total	107		
Διαθεσιμότητα τελευταίων επιστημονικά αποδεδειγμένων θεραπειών	Έως 30 ετών	14	68.39	0,008
	31-40	15	35.63	
	41-50	18	69.81	

51-60	25	47.36
61-70	14	56.61
71 και άνω	21	50.14
Total	107	

Στη συνέχεια εξετάζεται κατά πόσο οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα διαφοροποιούνται στη βάση του εκπαιδευτικού επιπέδου. Διαπιστώνεται πως ο συγκεκριμένος παράγοντας επηρεάζει μία πτυχή της τοποθεσίας και μία πτυχή του φυσικού περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης όσον αφορά την ευκολία πρόσβασης από ΑμΕΑ, ενώ άτομα με μεταπτυχιακό / διδακτορικό έχουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την καθαριότητα εξωτερικών χώρων.

Πίνακας 10. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και εκπαιδευτικό επίπεδο

	Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	Mean Rank	p-value
Ευκολία πρόσβασης από ΑμΕΑ	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	43	61.15	0,042
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	28	48.82	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	22	57.55	
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	14	36.82	
	Total	107		
Καθαριότητα εξωτερικών χώρων	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	43	49.23	0,027
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	28	56.54	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	22	46.91	
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	14	74.71	
	Total	107		

Τέλος, εξετάζεται κατά πόσο οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα διαφοροποιούνται στη βάση του εισοδηματικού επιπέδου. Άτομα με μέσο μηνιαίο

οικογενειακό εισόδημα, δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την ευκολία πρόσβασης με μέσα μαζικής μεταφοράς. Άτομα με χαμηλό μηναίο οικογενειακό εισόδημα δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη δυνατότητα ιδιωτικής συνομιλίας με τον ιατρό / νοσηλευτή, ενώ άτομα με 1.501-2.000 Ευρώ μηναίο οικογενειακό εισόδημα δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την επαρκή προσοχή στους συνοδούς των ασθενών.

Πίνακας 11. Συσχέτιση απόψεων ερωτηθέντων και εισοδηματικό επίπεδο

	Εισοδηματικό επίπεδο	N	Mean Rank	p-value
Ευκολία πρόσβασης με μέσα μαζικής μεταφοράς	Έως 1.000 Ευρώ	31	60.89	0,025
	1.001-1.500 Ευρώ	28	46.25	
	1.501-2.000 Ευρώ	24	43.63	
	Άνω των 2.001 Ευρώ	24	64.52	
	Total	107		
Δυνατότητα ιδιωτικής συνομιλίας με τον ιατρό / νοσηλευτή	Έως 1.000 Ευρώ	31	64.52	0,002
	1.001-1.500 Ευρώ	28	38.38	
	1.501-2.000 Ευρώ	24	64.21	
	Άνω των 2.001 Ευρώ	24	48.44	
	Total	107		
Επαρκής προσοχή στους συνοδούς των ασθενών	Έως 1.000 Ευρώ	31	57.06	0,012
	1.001-1.500 Ευρώ	28	38.46	
	1.501-2.000 Ευρώ	24	64.15	
	Άνω των 2.001 Ευρώ	24	58.02	
	Total	107		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συμπεράσματα

Μέσα από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε καταρχάς πως οι ερωτηθέντες είναι συνολικά σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την τοποθεσία, το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου, το προσωπικό και τις υπηρεσίες, και λοιπούς παράγοντες. Για τον λόγο αυτό άλλωστε, οι συμμετέχοντες της έρευνα στην πλειοψηφία τους δήλωσαν πως σκοπεύουν να επισκεφθούν ξανά το συγκεκριμένο ιατρείο, αλλά και να συστήσουν το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους. Το γεγονός ότι υψηλά επίπεδα ικανοποίησης οδηγούν σε πιστότητα των ασθενών και στην πρόθεση σύστασης της μονάδας υγείας σε άλλους έχει βρεθεί και στην έρευνα του Lee (2011).

Αναφορικά με την τοποθεσία, διαπιστώθηκε πως οι ερωτηθέντες είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι από την ευκολία στάθμευσης, ενώ σε μικρότερο βαθμό από την ευκολία πρόσβασης από ΑμΕΑ. Αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον, οι ερωτηθέντες είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι από τη θερμοκρασία, τον εξαερισμό και την καθαριότητα εξωτερικών χώρων και λιγότερο από τον σχεδιασμό του κτιρίου. Αναφορικά με το προσωπικό και τις υπηρεσίες, οι ερωτηθέντες είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι από την ευγένεια και τις πληροφορίες σχετικά με το ιατρείο και λιγότερο από τη σαφήνεια των οδηγιών για τη θεραπεία. Τέλος, αναφορικά με τους λοιπούς παράγοντες, οι ερωτηθέντες είναι σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι από τη διαθεσιμότητα τελευταίων επιστημονικά αποδεδειγμένων θεραπειών και λιγότερο από τις γρήγορες διαδικασίες διαγνωστικών εξετάσεων. Με φθίνουσα σειρά, οι παράγοντες που συμβάλουν στη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών είναι η τοποθεσία, το προσωπικό και οι υπηρεσίες, το φυσικό περιβάλλον και τέλος οι λοιποί παράγοντες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Πιο συγκεκριμένα, το φυσικό περιβάλλον των μονάδων υγείας έχει βρεθεί ότι αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και διαμορφώνει την εμπειρία τους (Fottleretal., 2000). Επίσης η τοποθεσία αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών, και ιδίως η

προσβασιμότητα (Lee, 2011; Narangetal., 2015). Επίσης, περισσότερες έρευνες έχουν τονίσει τη σημασία του προσωπικού και του τρόπου με τον οποίον παρέχονται οι διάφορες υπηρεσίες (Tsaietal., 2007; Edvardssonetal., 2008; Lee, 2011; Ekmanetal., 2011; Bakkeretal., 2012; Kumaraswamy, 2012; Narangetal., 2015). Επιπρόσθετα, διάφοροι άλλοι παράγοντες, όπως είναι η ιδιωτικότητα, η ασφάλεια των ασθενών, η ταχύτητα διεκπεραίωσης εξετάσεων, έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και διαμορφώνουν μία θετική ή αρνητική εμπειρία από την επίσκεψή τους σε μία μονάδα υγείας (Browalletal., 2013; Narangetal., 2015).

Τέλος, διαπιστώθηκε πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν ορισμένες από τις απόψεις τους, αλλά όχι όλες και όχι τις περισσότερες εξ' αυτών. Αυτό ενδεχομένως να σημαίνει πως η εμπειρία των συγκεκριμένων ασθενών δεν καθορίζεται σε τόσο μεγάλο βαθμό από το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό και εισοδηματικό τους επίπεδο. Ωστόσο, δεν μπορεί να παραβλεφθεί η επίδραση των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών στην ικανοποίηση και τη διαμόρφωση της εμπειρίας τους, όπως έχει βρεθεί και στην έρευνα των Tsai et al. (2007) και του Kumaraswamy (2012).

Συνολικά, μέσα από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκαν τα εξής:

- α) Οι ασθενείς του δείγματος είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την τοποθεσία του ιατρείου
- β) Οι ασθενείς του δείγματος είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το φυσικό περιβάλλον του ιατρείου,
- γ) Οι ασθενείς του δείγματος είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το προσωπικό και τις υπηρεσίες του ιατρείου
- δ) Οι ασθενείς του δείγματος είναι σε αρκετά προς πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από τους λοιπούς παράγοντες
- ε) Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών του δείγματος επηρεάζουν ορισμένες από τις απόψεις τους

Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν τη σημαντικότητα διερεύνησης των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και μπορούν να συμβάλουν στη διαμόρφωση της εμπειρίας τους. Καθώς οι απαιτήσεις των

καταναλωτών συνεχώς μεταβάλλονται, αλλά και με δεδομένη την ολοένα και αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα ιατρεία και συνολικά τις μονάδες υγείας, ανεξαρτήτως μεγέθους, να διερευνούν κατά πόσο οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από διάφορες πτυχές της λειτουργίας τους. Αυτό θα επιτρέψει στις μονάδες υγείας να προσδιορίζουν τους τομείς εκείνους που χρίζουν βελτίωσης και με τον τρόπο αυτό να προβαίνουν σε βελτιώσεις, με αποτέλεσμα να αναβαθμίζεται η παρεχόμενη ποιότητα και το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Απώτερος στόχος είναι η επίτευξη πιστότητας από μέρους των ασθενών, η διαφήμιση κυρίως μέσω της από στόμα σε στόμα επικοινωνίας, και εν τέλει η βιωσιμότητα της μονάδας υγείας.

7.2 Περιορισμοί και προτάσεις περαιτέρω έρευνας

Ο πρώτος περιορισμός αυτής της έρευνας αφορά στο ότι το δείγμα προέρχεται μόνο από δύο ιατρεία στο κέντρο της Αθήνας και ως εκ τούτου δεν μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευθούν. Κατά συνέπεια, χρειάζεται περισσότερη έρευνα σε ένα μεγαλύτερο δείγμα ιατρείων και κυρίως ασθενών ακόμα και από αυτά τα δύο ιατρεία, ούτως ώστε να μπορούν να εξαχθούν αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα.

Τέλος, ένας δεύτερος περιορισμός αυτής της έρευνας αφορά στον μεθοδολογικό της σχεδιασμό και πιο συγκεκριμένα στους περιορισμούς που απορρέουν από τη χρήση της ποσοτικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η ποσοτική έρευνα μπορεί να ποσοτικοποιήσει τις απόψεις των ερωτηθέντων, να παρουσιάσει τις τάσεις των απόψεών τους ομαδοποιημένα, να συγκρίνει τις απόψεις των συμμετεχόντων στη βάση συγκεκριμένων μεταβλητών (π.χ. δημογραφικά χαρακτηριστικά), αλλά δεν μπορεί να συλλάβει το νόημα που αποδίδουν οι ερωτηθέντες στο φαινόμενο που εξετάζεται. Κατά συνέπεια, μία μελλοντική έρευνα που θα κάνει χρήση της μικτής μεθόδου είναι απαραίτητη. Η χρήση τόσο της ποσοτικής, όσο και της ποιοτικής έρευνας μπορεί να οδηγήσει, επίσης, σε περισσότερο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα στη βάση της τριγωνοποίησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bakker D, Strickland J, MacDonald C, Butler L, Fitch M, Olson K, et al. The context of oncology nursing practice—An integrative review. *Cancer Nursing*. 2012; 36:73–88.

Bernhardson BM, Tishelman C, Rutqvist LE. Taste and smell changes in patients receiving cancer chemotherapy: Distress, impact on daily life, and self-care strategies. *Cancer Nursing*. 2009; 32:45-54.

Bitner M. Servicescape: The impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*. 2009; 56(2): 57- 71.

Brandao de Souza L. Trends and Approaches in Lean Healthcare. *Leadersh. Heal Serv*. 2009; 22(2): 121-139. <http://dx.doi.org/10.1108/17511870910953788>

BrowallM, Koinberg I, Falk H, WijkH.. Patients’ experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-Being*. 2013; 8, doi: 10.3402/qhw.v8i0.20870.

Homer CJ, Forbes P, Horvitz L, et al. Impact of a Quality Improvement Program on Care and Outcomes for Children With Asthma. *PediatrAdolesc Med*. 2005; 159(5): 464-469. PMID: 15867121. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.159.5.464>

Canel C, Mahar S, Rosen D, et al. Quality Control Methods at a Hospital. *Int J Health Care QualAssur*. 2010; 23(1): 59-71. PMID: 21387864. <http://dx.doi.org/10.1108/09526861011010686>

Edvardsson D, Sandman P. O, Rasmussen B. Swedish language person-centred climate questionnaire—patient version: Construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing Studies*. 2008;-63:302–309.

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Bergbom I. Person-centred care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;10: 248-251.

Fottler M, Ford R, Roberts V, Ford E. Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*. 2000; 45(2): 91-106.

Francis S. Plan for uncertainty: Design for change. In M. Kaioglou& P. Tzortzouplos (Eds.), *Improving healthcare through built environment infrastructure* (pp. 4-52). Oxford: Blackwell, 2010.

Fugate DL. Atmospherics, the Marketing Concept, and a Marketing Tool for Hospitals, *Journal of Hospital Marketing*. 1992; 6(1): 37-51.

Heide M, Grønhaug K. Key factors in guests’ perception of hotel atmosphere. *Cornell Hospitality Quarterly*. 2009; 50: 29–43.

- Hosford SB. Hospital Progress in Reducing Error: The Impact of External Interventions. *Hosp Top*. 2008; 86(1): 9-19. PMID: 18362089. <http://dx.doi.org/10.3200/HTPS.86.1.9-20>
- Joshi MS, Ransom ER, Nash DB, et al. *The healthcare quality book: Vision, strategy, and tools*. 2nd ed. 2008.
- Akins RB, Handal GA. Utilizing quality improvement methods to improve patient care outcomes in a pediatric residency program. *Journal of Graduate Medical Education*. 2009 Dec; 1(2): 299-303. PMID: 21975995. <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-09-00043.1>
- Chaboyer W, Lin F, Foster M, et al. Redesigning the ICU nursing discharge process: A quality improvement study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Wiley-Blackwell. 2011 Dec 12; 9(1): 40-8.
- What is a medical home? Why is it important? [Internet]. [cited 2015 Nov 12]. Available from: <http://www.hrsa.gov/healthit/toolbox/Childrenstoolbox/BuildingMedicalHome/whyimportant.html>
- AAFP: joint principles of the patient-centered medical home [Internet]. American Academy of Family Physicians. c2007 [2014]. Available from: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf
- Kirschner N, Barr MS. Specialists/Subspecialists and The Patient-Centered Medical Home. *Chest*. 2010; 137(1): 200-204. PMID: 19505988. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.09-0060>
- NCQA: patient centered medical home [Internet]. National Committee for Quality Assurance. 2011. Available from: http://www.ncqa.org/portals/0/programs/recognition/2011PCMHbrochure_web.pdf
- Jaen CR, Ferrer RL, Miller WL, et al. Patient outcomes at 26 months in the patient-centered medical home national demonstration project. *The Annals of Family Medicine*. *Annals of Family Medicine*. 2010 May 1; 8(Suppl_1): S57-67.
- Alexander JA, Bae D. Does the patient-centred medical home work? A critical synthesis of research on patient-centred medical homes and patient-related outcomes. *Health Services Management Research*. SAGE Publications. 2012 May 1; 25(2): 51-9. PMID: 22673694. <http://dx.doi.org/10.1258/hsmr.2012.012001>
- Chaudhry B. Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians. 2006 May 16; 144(10): 742.
- Finney Rutten LJ, Agunwamba AA, Greene SM, et al. Enabling patient-centered communication and care through health information technology. *Journal of Communication in Healthcare*. Maney Publishing. 2014 Dec; 7(4): 255-61.

Bates DW. The Quality Case For Information Technology in Healthcare. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2002; 2: 7. PMID: 12396233. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-2-7>

American Medical Association. Optimizing Outcomes and Pay for Performance: Can Patient Registries Help? 2005. Available from: http://www.ama-assn.org/resources/doc/psa/x-ama/pt_registries_102005.pdf

Overhage M. Registries: Clinical Perspective. *AMIA Annual Symposium Proceedings* [Internet]. 2012. Available from: <http://bit.ly/1yW7O7c>

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966/07/01 ed. 1966;44: Suppl:166–206. [PubMed]

Woolf SH, Aron LY. The US health disadvantage relative to other high-income countries: findings from a National Research Council/Institute of Medicine report. *Jama*. 2013/01/12 ed. 2013;309: 771–772. doi: 10.1001/jama.2013.91 [PubMed]

Lindenauer PK, Lagu T, Ross JS, Pekow PS, Shatz A, Hannon N, et al. Attitudes of hospital leaders toward publicly reported measures of health care quality. *JAMA Intern Med*. American Medical Association; 2014;174: 1904–11. [PMC free article] [PubMed]

American Association of Medical Colleges. Guiding Principles for Public Reporting of Provider Performance. 2014 [cited 2 Apr 2015]. <http://perma.cc/27BL-G6TY>

Burwell SM. Setting Value-Based Payment Goals—HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. *N Engl J Med*. 2015;372: 897–9. doi: 10.1056/NEJMp1500445 [PubMed]

Better, Smarter, Healthier: In historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value. U.S. Department of Health and Human Services; 2015 [cited 2 Apr 2015]. <http://www.hhs.gov/news/press/2015pres/01/20150126a.html>

Medicare Payment Advisory Commission. CMS List of Measures under Consideration for December 1, 2014. 2015. <http://perma.cc/FY9C-RJPU>

Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C, Doust J, Harris M, Knight R, et al. When financial incentives do more good than harm: a checklist. *Bmj*. 2012/08/16 ed. 2012;345: e5047–e5047. doi: 10.1136/bmj.e5047 [PubMed]

Micheel C, Ball J, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Qualification of Biomarkers and Surrogate Endpoints in Chronic Disease. Evaluation of biomarkers and surrogate endpoints in chronic disease. Washington, D.C.: National Academies Press; 2010.

Eddy DM, Adler J, Morris M. The “global outcomes score”: a quality measure, based on health outcomes, that compares current care to a target level of care. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31: 2441–50. [PubMed]

- Baker DW, Qaseem A. Evidence-based performance measures: Preventing unintended consequences of quality measurement. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155: 638–640.
- Shaw C (1993) Quality Assurance in the United Kingdom. *QualAssur Health Care* 5: 107-118.
- Ovretveit J (2000) Total Quality Management in Europe. *Int J Health Care QualAssur* 13: 74-79.
- Birnbaum D (1994) Measuring Healthcare Quality. *Quality Progress* 27: 108-112.
- Benneyan JC, Kaminsky FC (1995) Another View on How to Measure Healthcare Quality. *Quality Progress* 28: 120-124.
- Buchanan D, Wilson B (1996) Re-engineering Operating Theatres:the Perspectives Assessed. *J Manag Med* 10: 57-74.
- François P, Peyrin JC, Touboul M, Labarere J, Reverdy T, et al.(2003) Evaluating Implementation of Quality Management Systems in a Teaching Hospitals, Clinical Departments. *Int J Health Care QualAssur* 15: 47-55.
- Ovretveit J, Gustafsson D (2002) Evaluation of Quality Improvement Programs. *QualSaf Health Care* 11: 270-276.
- Catsambas T (2002) The Evaluation of Quality Assurance:Developing and Testing Practical Methods for Managers. *Int J Qual Health Care* 14: 75-81.
- Grimshaw J (2003) Systematic Reviews of the Effectiveness of Quality Improvement Strategies and Programs. *QualSaf Health Care* 12: 298-303.
- Dodwad SS (2013) Quality Management in Healthcare. *Indian J Public Health* 57: 138-143.
- Robinson S (2004) *Simulation–The Practice of Model Development and Use*, 1st ed. John Wiley and Sons Ltd. Chichester.
- Ovretveit J, Staines A (2007) Sustained Improvement? Findings from an Independent Case Study of the Jonkoping Quality Program. *QualManag Health Care* 16: 68–83.
- Bateson, J.E.G., & Hoffman, K.D. (1999). *Managing services marketing. Text and readings* (4th ed.). Orlando: The Dryden Press.
- Constantinescu, M. (2011). The relationship between quality of life and marketing ethics. *Romanian Journal of Marketing*, 3, 37-44.
- Filip, A. (2011). Loyalty programs. Role, structure and potential benefits. *International Journal of Economic Practices and Theories*, 1(2), 88-93.
- Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56, 6-21.

- Fornell, C., & Westbrook, R.A. (1984). The vicious circle of consumer complaints. *Journal of Marketing*, 48, 68-78.
- Gilliland, S.W. (1993). The perceived fairness of selection systems: An organizational justice perspective. *Academy of Management Review*, 18(4), 694-734.
- Hart, C.W.L., Heskett, J.L., & Sasser, W.E. (1990). The profitable art of service recovery. *Harvard Business Review*, 68, 148-156.
- Jeschke, K, Schulze, H.S., & Bauersachs, J. (2000). Internal marketing and its consequences for complaint handling effectiveness. In T. Henning-Thurau, & U. Hansen (Eds.), *Relationship marketing: Gaining competitive advantage through customer satisfaction and customer retention* (pp. 193-216). Berlin: Springer-Verlag.
- Kelley, S.W., Hoffman, K.D., & Davis, M.A. (1993). A typology of retail failures and recoveries. *Journal of Retailing*, 69(4), 429-452.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2004). *Services marketing. People, technology, strategy* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Maxham III, J.G., & Netemeyer, R.G. (2002). A longitudinal study of complaining customers' evaluations of multiple service failures and recovery efforts. *Journal of Marketing*, 66(4), 57-71.
- Michel, S. (2001). Analyzing service failure and recoveries: a process approach. *International Journal of Service Industry Management*, 12(1), 20-33.
- Mosora, L.C. (2012). The local development initiatives in the rural development context. *Theoretical and Applied Economics*, 19 (571), 75-84.
- Stauss, B. (1997). Global word of mouth: Service bashing on the Internet is a thorny issue. *Marketing Management*, 6(3), 28-30.
- Tax, S.S., Brown, S.W., & Chandrashekar, M. (1998). Customer evaluations of service complaint experiences: Implications for relationship marketing. *Journal of Marketing*, 62(2), 60-76.
- Tax, S.S., & Brown, S.W. (1998). Recovering and learning from service failure. *Sloan Management Review*, 40(1), 75-88.
- Voinea, L. (2011). Mutations in the New Consumer buying behavior. *Quality - Access to success Journal*, 12(123), 47-51.

- Voinea, L., Pamfilie, R., & Onete, B. (2011). Foodstuff consumption culture among new generation of consumers from Romania. Case study: Students of the Bucharest Academy of Economic Studies. *Studia Commercialia Bratislavensia Journal*, 4(15), 438-450.
- Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56, 6-21.
- Fornell, C., & Westbrook, R.A. (1984). The vicious circle of consumer complaints. *Journal of Marketing*, 48, 68-78.
- Gilliland, S.W. (1993). The perceived fairness of selection systems: An organizational justice perspective. *Academy of Management Review*, 18(4), 694-734.
- Hart, C.W.L., Heskett, J.L., & Sasser, W.E. (1990). The profitable art of service recovery. *Harvard Business Review*, 68, 148-156.
- Jeschke, K, Schulze, H.S., & Bauersachs, J. (2000). Internal marketing and its consequences for complaint handling effectiveness. In T. Henning-Thurau, & U. Hansen (Eds.), *Relationship marketing: Gaining competitive advantage through customer satisfaction and customer retention* (pp. 193-216). Berlin: Springer-Verlag.
- Kelley, S.W., Hoffman, K.D., & Davis, M.A. (1993). A typology of retail failures and recoveries. *Journal of Retailing*, 69(4), 429-452.
- Lovelock, C., & Wirtz, J. (2004). *Services marketing. People, technology, strategy* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Maxham III, J.G., & Netemeyer, R.G. (2002). A longitudinal study of complaining customers' evaluations of multiple service failures and recovery efforts. *Journal of Marketing*, 66(4), 57-71.
- Michel, S. (2001). Analyzing service failure and recoveries: a process approach. *International Journal of Service Industry Management*, 12(1), 20-33.
- Mosora, L.C. (2012). The local development initiatives in the rural development context. *Theoretical and Applied Economics*, 19 (571), 75-84.
- Stauss, B. (1997). Global word of mouth: Service bashing on the Internet is a thorny issue. *Marketing Management*, 6(3), 28-30.
- Tax, S.S., Brown, S.W., & Chandrashekar, M. (1998). Customer evaluations of service complaint experiences: Implications for relationship marketing. *Journal of Marketing*, 62(2), 60-76.

Tax, S.S., & Brown, S.W. (1998). Recovering and learning from service failure. *Sloan Management Review*, 40(1), 75-88.

Voinea, L. (2011). Mutations in the New Consumer buying behavior. *Quality - Access to success Journal*, 12(123), 47-51.

Voinea, L., Pamfilie, R., & Onete, B. (2011). Foodstuff consumption culture among new generation of consumers from Romania. Case study:

Students of the Bucharest Academy of Economic Studies.
Studia Commercialia Bratislavensia Journal, 4(15), 438-450.

Kotler P. Atmospheric as a marketing tool. *Journal of Retailing*. 1973; 49(4): 48-64.

Kumaraswamy S. Service Quality in Health Care Centres: An Empirical Study. *International Journal of Business and Social Science*. 2012; 3(16): 141-150.

LaVela SL, Etingen B, Hill JN, Miskevics S. Patient Perceptions of the Environment of Care in Which Their Healthcare is Delivered. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 2016; 9(3): 31-46.

Lee S. Evaluating serviceability of healthcare servicescapes: Service design perspective. *International Journal of Design*. 2011; 5(2): 61-71.

Skandrani H, Mouelhi NBD, Malek F. Effect of store atmospheric on employees' reactions. *International Journal of Retail and Distribution Management*, 2011; 39(1): 51-67.

Tsai, CY, Wang, MC, Liao, W.T., Lu, JH, Sun, P., Lin, B.Y., Breen, GM. Hospital outpatient perceptions of the physical environment of waiting areas: the role of patient characteristics on atmospheric in one academic medical center. *BMC Health Service Research*, 2007; doi: 10.1186/1472-6963-7-198.

Turley LW, Milliman RE. Atmospheric effects on shopping behavior: A review of the experimental evidence. *Journal of Business Research*. 2000; 49: 193-211.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ενότητα Ι. Απόψεις ασθενών για τον χώρο των μονάδων υγείας

1. Είναι η πρώτη σας επίσκεψη στο συγκεκριμένο ιατρείο;

Ναι	
Όχι	

2. Ο συγκεκριμένος ιατρός είναι ο βασικός σας ιατρός;

Ναι	
Όχι	

3. Ποιος είναι ο λόγος της επίσκεψής σας στο ιατρείο (σημειώστε όλα όσα ισχύουν);

Ενημέρωση	
Αξιολόγηση (π.χ. εξετάσεων)	
Τακτικός έλεγχος	
Έκτακτη επίσκεψη λόγω προβλήματος / επιπλοκής	
Σφράγισμα*	
Καθαρισμός*	
Απονέυρωση / εξαγωγή*	
Αισθητική αποκατάσταση*	
Προσθετικές εργασίες*	
Επίσκεψη λόγω εγκυμοσύνης**	
Επίσκεψη για προεγχειρητική ενημέρωση**	
Άλλο	

*Αφορά ασθενείς στο οδοντιατρείο

**Αφορά ασθενείς στο γυναικολογικό ιατρείο

4. Παρακαλώ σημειώστε τον βαθμό στον οποίον τα παρακάτω στοιχεία που αναφέρονται στην τοποθεσία της μονάδας υγείας που επισκεφθήκατε σας ικανοποιούν και σας δημιουργούν θετικά συναισθήματα, χρησιμοποιώντας την εξής κλίμακα: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ.

	1	2	3	4	5	6
Ευκολία πρόσβασης με μέσα μαζικής μεταφοράς						
Ευκολία πρόσβασης με ιδιωτικό αυτοκίνητο						
Ευκολία στάθμευσης						
Ευκολία πρόσβασης από ΑμΕΑ						

5. Παρακαλώ σημειώστε τον βαθμό στον οποίον τα παρακάτω στοιχεία που αναφέρονται στο φυσικό περιβάλλον της μονάδας υγείας που επισκεφθήκατε σας ικανοποιούν και σας δημιουργούν θετικά συναισθήματα, χρησιμοποιώντας την εξής κλίμακα: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ.

	1	2	3	4	5	6
Φωτισμός						
Σχεδιασμός κτιρίου						
Έπιπλα						
Άνεση καθισμάτων						
Επάρκεια καθισμάτων						
Χρώμα						
Σχεδιασμός εσωτερικών χώρων (διαρρύθμιση)						
Επίπεδο θορύβου						
Θερμοκρασία						
Εξαερισμός						
Καθαριότητα εσωτερικών χώρων						
Καθαριότητα εξωτερικών χώρων						

6. Παρακαλώ σημειώστε τον βαθμό στον οποίον τα παρακάτω στοιχεία που αναφέρονται στο προσωπικό και τις υπηρεσίες της μονάδας υγείας που επισκεφθήκατε σας ικανοποιούν και σας δημιουργούν θετικά συναισθήματα, χρησιμοποιώντας την εξής κλίμακα: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ.

	1	2	3	4	5	6
Συμπόνια και υποστήριξη των ασθενών						
Σεβασμός στον ασθενή						
Δυνατότητα ιδιωτικής συνομιλίας με τον ιατρό / νοσηλεύτη						
Προθυμία παροχής βοήθειας, ακόμα και όταν οι εργαζόμενοι είναι πολύ απασχολημένοι						
Επαρκής προσοχή στους συνοδούς των ασθενών						
Επαγγελματικότητα						
Ευγένεια						
Ενσυναίσθηση						
Φιλικότητα						
Δεξιότητες επικοινωνίας						
Συνεργασία μεταξύ του προσωπικού						
Πληροφορίες σχετικά με τον χώρο της μονάδας υγείας						
Ισότιμη μεταχείριση ατόμων που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες						
Συμπερίληψη των ατομικών αναγκών και προτιμήσεων των ασθενών						
Συμμετοχή ασθενών στη λήψη αποφάσεων						
Σαφείς οδηγίες για τη θεραπεία						
Επαρκείς οδηγίες για τη θεραπεία						
Σαφείς και επαρκείς οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή						
Σαφείς και επαρκείς οδηγίες για την ανάρρωση/αποκατάσταση						
Ανακούφιση πόνου						

7. Παρακαλώ σημειώστε τον βαθμό στον οποίον τα παρακάτω στοιχεία που αναφέρονται σε διάφορους παράγοντες της μονάδας υγείας που επισκεφθήκατε σας ικανοποιούν και σας δημιουργούν θετικά συναισθήματα, χρησιμοποιώντας την εξής κλίμακα: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=αρκετά, 5=πολύ, 6=πάρα πολύ.

	1	2	3	4	5	6
Επαρκής ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός						
Γρήγορες διαδικασίες διαγνωστικών εξετάσεων						
Διαθεσιμότητα τελευταίων επιστημονικά αποδεδειγμένων θεραπειών						
Προσιτό κόστος θεραπείας						
Χρήση σύγχρονης και κατάλληλης τεχνολογίας						
Αίσθηση ασφάλειας των ασθενών						
Σαφείς ενημέρωση για τους κανονισμούς της μονάδας υγείας						
Καθαριότητα						

8. Σε μία κλίμακα από το 1 (πιο σημαντικό) έως το 4 (λιγότερο σημαντικό) πόσο επηρεάζουν οι εξής παράγοντες την εμπειρία σας από μία μονάδα υγείας;

Τοποθεσία	
Προσωπικό και υπηρεσίες	
Φυσικό περιβάλλον	
Λοιποί παράγοντες	

9. Σκοπεύετε να επισκεφθείτε ξανά το συγκεκριμένο ιατρείο;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

10. Σκοπεύετε να συστήσετε το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

Ενότητα II. Δημογραφικά στοιχεία

11. Φύλο

Αντρας	
Γυναίκα	

12. Ηλικία

Έως 30 ετών	
31-40	
41-50	
51-60	
61-70	
71 και άνω	

13. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	
Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	

14. Μηναίο οικογενειακό εισόδημα

Έως 1.000 Ευρώ	
1.001-1.500 Ευρώ	
1.501-2.000 Ευρώ	
Άνω των 2.001 Ευρώ	

15. Τόπος διαμονής

Αστική περιοχή	
Ημιαστική περιοχή	
Αγροτική περιοχή	

