

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας: η Περίπτωση του  
Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»**

**Κουρλή Ελευθερία**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας: η Περίπτωση του  
Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»**

**Κουρλή Ελευθερία, Α.Μ.: ΟΔΥ/1729**

Επιβλέπων: Πολλάλης Ιωάννης / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**Marketing of Health Care Services: The Case of the Program  
“Home Aid”**

**Kourli Eleftheria**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019



*Στην οικογένειά μου, πιο πολύ σε σένα Χάρη*





## Ευχαριστίες

Πριν να αρχίσει αυτή η εργασία αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους που με βοήθησαν με διαφορετικούς τρόπους ο καθένας.

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Πανεπιστημίου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν, μα πάνω απ' όλους, τον επιβλέποντα καθηγητή μου Πολλάλη Ιωάννη που μ' εμπιστεύθηκε για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Κατόπιν, ευχαριστώ πολύ την οικογένειά μου που με στήριξε, όχι μόνο κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας μου, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον φίλο μου Κυμιωνή Γιώργο που με τις συμβουλές και τις γνώσεις του υπήρξε δίπλα μου όλο το διάστημα συγγραφής της εργασίας, καθώς και την φίλη μου Κυμιωνή Γεωργία για την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε απλόχερα.



# Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας: Η Περίπτωση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

**Σημαντικοί όροι:** Μάρκετινγκ, Υπηρεσίες Υγείας, πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Κοινωνική Φροντίδα

## Περίληψη

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναλάβει τη θέση του ταχύτερα αναπτυσσόμενου τμήματος της βιομηχανίας υπηρεσιών παγκοσμίως (Eckrich, Schlesinger, 2011, Yeoh, *et. al.*, 2013). Αυτό έχει αυξήσει το επίπεδο ανταγωνισμού μεταξύ των φορέων του κλάδου, όπως τα εργαλεία μάρκετινγκ τα οποία θεωρούνται ως ένας σημαντικός πόρος για την επιχείρηση. Ωστόσο, ορισμένοι μελετητές εξακολουθούν να υποστηρίζουν ότι τα εργαλεία μάρκετινγκ είναι περιττά για τον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Ο βασικός σκοπός της εργασίας είναι η συλλογή, επεξεργασία και μελέτη δεδομένων σχετικά με την ανάλυση και συζήτηση των παραγόντων που παίζουν καθοριστικό ρόλο στο μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Η συγκεκριμένη έρευνα, διεκπεραιώνεται από την χρήση των βιβλιογραφικών δεδομένων για την εφαρμογή του μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση ερωτηματολογίων προς 50 άτομα που εργάζονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν μέσω ερωτηματολογίων που συμμετείχαν οι 50 εργαζόμενοι του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», γνωστοποιώντας τη γνώμη τους για την μελέτη των παραγόντων που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή του μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας στο «Βοήθεια στο Σπίτι». Στη παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα, διότι θίγει ένα ζήτημα αρκετά ευαίσθητο για την κοινωνία. Επιπρόσθετα, μεγάλο μέρος της εργασίας αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της, το οποίο στηρίζεται σε επιστημονικά συγγράμματα, επίσημα περιοδικά και ιστοσελίδες από το διαδίκτυο, που σχετίζονται με περιπτώσεις μελέτης παρόμοιου θέματος και αναλύουν δεδομένα και παράγοντες, που στην

συγκεκριμένη έρευνα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση του ασθενούς κατά την επίσκεψή ή τη νοσηλεία του σε κάποιο νοσοκομείο. Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων, γίνεται με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS No.22, ακολούθως γίνεται η περιγραφική ανάλυση αυτών και τέλος απαντώνται μέσω κατάλληλα στατιστικών μελετών, όλες οι ερευνητικές ερωτήσεις και υποθέσεις της εν λόγω εργασίας με τη χρήση των στατιστικών εργαλείων Χ2.

**Βασικά Συμπεράσματα :** Οι περισσότεροι εργαζόμενοι υποστήριξαν ότι η διοίκηση του προγράμματος τους ενημερώνει για τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς, καθώς επίσης τους θέτει ξεκάθαρα τον σκοπό ύπαρξής του. Αυτό φαίνεται, από πλευράς διοίκησης, μέσω της στήριξης της στην ομαδικότητα και την καλή συνεργασία. Ωστόσο οι εργαζόμενοι στο «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι δυσαρεστημένοι γιατί δεν τους παρέχεται περαιτέρω επιμόρφωση ή ευκαιρίες εξειδίκευσης και ανέλιξης. Όσον αφορά το εσωτερικό μάρκετινγκ θεωρούν πως θα βοηθούσε η ύπαρξή του λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, κρίνουν ύψιστης σημασίας το ενδεχόμενο ένταξης περισσότερων ειδικοτήτων παρεχόμενων υπηρεσιών στο πρόγραμμα, καθώς οι ωφελούμενοι είναι πολλοί και πρέπει να εξυπηρετούνται ικανοποιητικά.

# **Marketing in Health Care Services: The Case of the Program “Home Aid”**

**Keywords :** Marketing, Health Care Services, “Home Aid”, Social Care

## **Abstract**

Over the last four decades, healthcare services have taken the place of the fastest growing segment of the service industry worldwide (Eckrich, Schlesinger, 2011; Yeoh, et al., 2013). This fact has increased the level of competition among industry players, such as marketing tools which are considered to be important resources for the business. However, some scholars advocate that marketing tools are unnecessary for the healthcare industry.

The main purpose of the essay is to collect, process and study data in order to analyze and discuss the factors that play a key role in health service marketing, and in particular the "Home Aid" program. This research is carried out by the use of bibliographic data for the implementation of marketing in health services and the use of questionnaires to 50 people who work in this program.

The survey was conducted through questionnaires that involved 50 employees of the “Home Aid” Program, sharing their opinion on the factors that play a key role in the implementation of health services marketing at their job. In addition, a large part of the essay is the research, which is based on scientific papers, official journals and web sites that deal with case studies of similar subjects and analyze data and factors that please patients.

The statistical analysis of the questionnaires is done by using the SPSS No.22 statistical program. Then, there is a descriptive analysis of the questions and hypotheses of the questionnaires and finally answered by appropriate statistical studies, using X<sup>2</sup> statistical tools.

In conclusion, most of employees argued that program’s management informs them of the importance of social support, as well as they set out the purpose of its existence

clearly. It seems that the program's management supports team work and cooperation. However, employees of the program are dissatisfied because they are not provided with further opportunities for training and development. As far as internal marketing, they think that its existence would help because of dealing with health services. Last but not least, they contemplate adding more services into the program because a lot of people are helped.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες .....	ix
Περίληψη.....	xi
Abstract .....	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xvii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	xix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	xxi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
ΤΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	1
1.1 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά του Μάρκετινγκ.....	1
1.2 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας.....	2
1.3 Η ποιότητα ως παράγοντας που επηρεάζει την εφαρμογή των μεθόδων Μάρκετινγκ στις Υπηρεσίες Υγείας.....	5
1.4 Τρόπος Εφαρμογής των Στρατηγικών του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας στις Μέρες μας .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	13
Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» .....	13
2.1 Οριοθέτηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» .....	13
2.1.1 Ιστορικό Προγράμματος .....	14
2.1.2 Γενικός σκοπός του Προγράμματος .....	16
2.1.3 Αρχές του Προγράμματος .....	16
2.1.4 Προσωπικό του Προγράμματος .....	17
2.2 Ο Χαρακτήρας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και η Σύνδεσή του με την Κοινωνική Νοσηλευτική .....	17
2.3 Παράγοντες που Επηρέασαν την Δημιουργία και Διαμόρφωση του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι - Δημογραφική Γήρανση και Άτυπη Φροντίδα της Οικογένειας.....	18
2.3.1 Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες .....	19
2.3.2 Κοινωνική Φροντίδα Ηλικιωμένων .....	21
2.4 Αρχές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στις μέρες μας .....	23
2.4.1 Κοινωνικές Υπηρεσίες του Προγράμματος.....	23
2.4.2 Δομή του Προγράμματος .....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	27

<b>ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Τα οφέλη της χρήσης των Κοινωνικών Μέσων ως Τεχνική του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας για την Προώθηση στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» - Επαγγελματική Δικτύωση .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.1 Επαγγελματική Εκπαίδευση.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.2 Προώθηση του Οργανισμού .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1.3 Φροντίδα ασθενούς σε Διαδικτυακή Βάση .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Η Έννοια και τα Χαρακτηριστικά της Εξωτερικής Επικοινωνίας ως Μέθοδος Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Κοινωνικά Μέσα Ενημέρωσης και Βιομηχανία Υγειονομικής Περίθαλψης 30</b>	
<b>3.4 Οι Λύσεις Ηλεκτρονικής Υγείας ως Εργαλείο Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» .....</b>	<b>32</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....</b>	<b>37</b>
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Σκοπός της έρευνας .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Ερευνητικές Υποθέσεις .....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Δείγμα της έρευνας .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4 Τρόπος Συλλογής Δεδομένων .....</b>	<b>38</b>
<b>4.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων.....</b>	<b>38</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....</b>	<b>39</b>
<b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕΣΩ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ .....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας .....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Συσχετίσεις Ερωτήσεων με chi-square και Απαντήσεις Ερευνητικών Υποθέσεων.....</b>	<b>89</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....</b>	<b>93</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>93</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>97</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>105</b>



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 5.1: Φύλο.....	39
Πίνακας 5.2: Ηλικία .....	40
Πίνακας 5.3: Μόρφωση.....	41
Πίνακας 5.4: Επαγγελματική ιδιότητα .....	42
Πίνακας 5.5: Έτη προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα .....	43
Πίνακας 5.6: Μορφή απασχόλησης.....	44
Πίνακας 5.7: Επαγγελματικές αποδοχές.....	45
Πίνακας 5.8: Μορφή απασχόλησης.....	46
Πίνακας 5.9: Όραμα από το πρόγραμμα .....	47
Πίνακας 5.10: Κοινό όραμα .....	48
Πίνακας 5.11: Κοινό όραμα και απόδοση .....	49
Πίνακας 5.12: Ενημέρωση ως προς τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς.....	50
Πίνακας 5.13: Πληροφορίες από τη διοίκηση σχετικά με το σκοπό του προγράμματος.....	51
Πίνακας 5.14: Ενθάρρυνση αλληλοεπίδρασης μεταξύ των εργαζομένων από τη διοίκηση.....	52
Πίνακας 5.15: Υποστήριξη ομαδικής εργασίας από τη διοίκηση .....	53
Πίνακας 5.16: Κατάλληλη κατάρτιση για το πρόγραμμα .....	54
Πίνακας 5.17: Επιμορφωτικά προγράμματα για τους εργαζόμενους.....	55
Πίνακας 5.18:Εξειδίκευση των εργαζομένων από τη διοίκηση .....	56
Πίνακας 5.19:Σχέση παροχής επιμορφωτικών σεμιναρίων και υψηλού κόστους .....	57
Πίνακας 5.20:Κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων .....	58
Πίνακας 5.21: Σχέση αξιολόγησης και επιβράβευσης στη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων .....	59
Πίνακας 5.22: Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και απόδοσης των εργαζομένων του προγράμματος.....	60
Πίνακας 5.23:Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος.....	61
Πίνακας 5.24: Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και προώθησης του προγράμματος.....	62
Πίνακας 5.25: Ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας .....	63
Πίνακας 5.26: Ικανοποίηση από το μισθό .....	64
Πίνακας 5.27: Σύγκριση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων με αποδοχές.....	65
Πίνακας 5.28:Γνώμη εργαζομένων για τις αποδοχές τους συγκριτικά με τη θέση τους στο πρόγραμμα .....	66
Πίνακας 5.29:Αποψη για περισσότερες αποδοχές .....	67
Πίνακας 5.30: Γνώμη εργαζομένων για τις υπηρεσίες που παρέχουν .....	68
Πίνακας 5.31:Φόρτος εργασίας του προγράμματος.....	69
Πίνακας 5.32:Σχέση απόδοσης στην εργασία και φόρτου εργασίας.....	70
Πίνακας 5.33:Σχέση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων και προσωπικής δημιουργικότητας .....	71
Πίνακας 5.34:Αποψη των εργαζομένων για τη δουλειά τους .....	72
Πίνακας 5.35:Ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων .....	73

Πίνακας 5.36: Ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα.....	74
Πίνακας 5.37: Σχέση ανωτέρων και εργαζομένων στο πρόγραμμα.....	75
Πίνακας 5.38: Ελευθερία κινήσεων των εργαζομένων .....	76
Πίνακας 5.39: Ευκαιρίες εξέλιξης.....	77
Πίνακας 5.40: Ικανοποίηση από επιμόρφωση εντός του προγράμματος.....	78
Πίνακας 5.41: Δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης στο πρόγραμμα .....	79
Πίνακας 5.42: Κλίμα εργασιακού περιβάλλοντος.....	80
Πίνακας 5.43: Ομαδικότητα και συνεργασία μεταξύ συναδέλφων .....	81
Πίνακας 5.44: Ύπαρξη συγκρουσιακού περιβάλλοντος .....	82
Πίνακας 5.45: Ικανοποίηση ωφελούμενων από το πρόγραμμα .....	83
Πίνακας 5.46: Αναγνώριση σημαντικότητας παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ωφελούμενους .....	84
Πίνακας 5.47: Κοινωνική αναγνώριση της δουλειάς των εργαζομένων.....	85
Πίνακας 5.48: Επάρκεια παρεχόμενων υπηρεσιών .....	86
Πίνακας 5.49: Γνώμη εργαζομένων για την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος.....	87
Πίνακας 5.50: Αποψη των εργαζομένων για την ποσότητα των ειδικοτήτων των παρεχόμενων υπηρεσιών .....	88
Πίνακας 5.51: συσχέτιση ετών προϋπηρεσίας και υποστήριξη ομαδικότητας από τη διοίκηση.....	89
Πίνακας 5.52: Chi-square tests.....	89
Πίνακας 5.53: Συσχέτιση φύλου και γνώμη ωφελούμενων του προγράμματος .....	90
Πίνακας 5.54: Chi-square tests.....	90
Πίνακας 5.55: Συσχέτιση ηλικίας και επάρκεια αποδοχών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες .....	91
Πίνακας 5.56: Chi-square tests.....	91

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 5.1:Φύλο .....	39
Διάγραμμα 5.2:Ηλικία .....	40
Διάγραμμα 5.3: Μόρφωση .....	41
Διάγραμμα 5.4: Επαγγελματική ιδιότητα .....	42
Διάγραμμα 5.5: Έτη προϋπηρεσίας .....	43
Διάγραμμα 5.6: Μορφή απασχόλησης .....	44
Διάγραμμα 5.7: Επαγγελματικές αποδοχές .....	45
Διάγραμμα 5.8: Θέση .....	46
Διάγραμμα 5.9:Όραμα από το πρόγραμμα .....	47
Διάγραμμα 5.10: Κοινό όραμα .....	48
Διάγραμμα 5.11: Κοινό όραμα και απόδοση.....	49
Διάγραμμα 5.12: Ενημέρωση ως προς τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς .....	50
Διάγραμμα 5.13: Πληροφορίες από τη διοίκηση σχετικά με το σκοπό του προγράμματος .....	51
Διάγραμμα 5.14:Ενθάρρυνση αλληλοεπίδρασης μεταξύ των εργαζομένων από τη διοίκηση.....	52
Διάγραμμα 5.15:Υποστήριξη ομαδικής εργασίας από τη διοίκηση.....	53
Διάγραμμα 5.16: Κατάλληλη κατάρτιση για το πρόγραμμα .....	54
Διάγραμμα 5.17:Επιμορφωτικά προγράμματα για τους εργαζόμενους .....	55
Διάγραμμα 5.18:Εξειδίκευση των εργαζομένων από τη διοίκηση.....	56
Διάγραμμα 5.19:Σχέση παροχής επιμορφωτικών σεμιναρίων και υψηλού κόστους .....	57
Διάγραμμα 5.20:Κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων στο πρόγραμμα.....	58
Διάγραμμα 5.21:σχέση αξιολόγησης και επιβράβευσης στη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων .....	59
Διάγραμμα 5.22: Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και απόδοσης των εργαζομένων του προγράμματος.....	60
Διάγραμμα 5.23:Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος.....	61
Διάγραμμα 5.24:Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και προώθησης του προγράμματος ...	62
Διάγραμμα 5.25:Υπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας.....	63
Διάγραμμα 5.26:Ικανοποίηση από το μισθό .....	64
Διάγραμμα 5.27:Σύγκριση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων με αποδοχές ..	65
Διάγραμμα 5.28:Γνώμη εργαζομένων για τις αποδοχές τους συγκριτικά με τη θέση τους στο πρόγραμμα .....	66
Διάγραμμα 5.29:Άποψη για περισσότερες αποδοχές .....	67
Διάγραμμα 5.30:Γνώμη εργαζομένων για τις υπηρεσίες που παρέχουν .....	68
Διάγραμμα 5.31:Φόρτος εργασίας του προγράμματος .....	69
Διάγραμμα 5.32:Σχέση απόδοσης στην εργασία και φόρτου εργασίας .....	70
Διάγραμμα 5.33:Σχέση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων και προσωπικής δημιουργικότητας .....	71
Διάγραμμα 5.34:Άποψη των εργαζομένων για τη δουλειά τους.....	72

Διάγραμμα 5.35:Ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων .....	73
Διάγραμμα 5.36:Υπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα .....	74
Διάγραμμα 5.37:Σχέση ανωτέρων και εργαζομένων στο πρόγραμμα .....	75
Διάγραμμα 5.38:Ελευθερία κινήσεων των εργαζομένων.....	76
Διάγραμμα 5.39:Ευκαιρίες εξέλιξης.....	77
Διάγραμμα 5.40:Ικανοποίηση από επιμόρφωση εντός του προγράμματος .....	78
Διάγραμμα 5.41:Δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης στο πρόγραμμα.....	79
Διάγραμμα 5.42:Κλίμα εργασιακού περιβάλλοντος .....	80
Διάγραμμα 5.43:Ομαδικότητα και συνεργασία μεταξύ συναδέλφων .....	81
Διάγραμμα 5.44:Υπαρξη συγκρουσιακού περιβάλλοντος.....	82
Διάγραμμα 5.45:Ικανοποίηση ωφελούμενων από το πρόγραμμα.....	83
Διάγραμμα 5.46:Αναγνώριση σημαντικότητας παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ωφελούμενους .....	84
Διάγραμμα 5.47:Κοινωνική αναγνώριση της δουλειάς των εργαζομένων .....	85
Διάγραμμα 5.48:Επάρκεια παρεχόμενων υπηρεσιών.....	86
Διάγραμμα 5.49:Γνώμη εργαζομένων για την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος .....	87
Διάγραμμα 5.50:Αποψη των εργαζομένων για την ποσότητα των ειδικοτήτων των παρεχόμενων υπηρεσιών .....	88

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την αρχή της δημιουργίας τους, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης θεωρήθηκαν ως φορείς μιας βασικής κοινωνικής υπηρεσίας την οποία θα έχουν πάντοτε πρόσβαση οι πελάτες (ασθενείς). Η υγειονομική περίθαλψη είναι μια βασική ανάγκη: ο καθένας που είναι άρρωστος θα αναζητήσει σίγουρα ένα μέρος όπου μπορεί να λάβει θεραπεία. Ωστόσο, μετά την εξέλιξη του θέματος του μάρκετινγκ που αντιμετώπισε τη δεκαετία του '70, το μάρκετινγκ υγείας άρχισε να εξετάζει. Το 1969, οι Kotler και Levy υποστήριζαν ότι η ιδέα μάρκετινγκ δεν θα μπορούσε να περιοριστεί μόνο στις κερδοσκοπικές οργανώσεις (Polizoidis, 2008).

Έτσι, οι οργανώσεις που φαινόταν να εξυπηρετούν κυρίως κοινωνικά αίτια, άρχισαν να υιοθετούν διαδικασίες μάρκετινγκ στις δραστηριότητές τους. Μελέτες δείχνουν ότι «πριν από τη δεκαετία του '70, τα νοσοκομεία δεν είχαν τμήμα μάρκετινγκ» ούτε απασχολούσαν κανένα άτομο με προσανατολισμό μάρκετινγκ (Cellucci *et. al.*, 2014). Θεώρησαν ότι ο πρωταρχικός στόχος τους ήταν να παρέχουν προληπτική ή / και θεραπευτική περίθαλψη, πράγμα που σημαίνει ότι μόνο εκείνοι που την χρειάζονταν θα περπατούσαν στις εγκαταστάσεις τους.

Ομοίως, οι ερευνητές πήραν πολύ χρόνο πριν εξετάσουν τον τομέα της εμπορίας υγειονομικής περίθαλψης. Το πρώτο περιοδικό που δημοσιεύει άρθρα σχετικά με το μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης εμφανίστηκε μόνο το 1980 (Cellucci *et. al.*, 2014). Ακόμα και τότε, σε αυτό το πρώιμο στάδιο, ο εκδότης εστίαζε να παρέχει μια οδό για τους δασκάλους και τους γιατρούς να αλληλοεπιδρούν και να ενθαρρύνουν τις συζητήσεις σχετικά με πιθανά θέματα μάρκετινγκ στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Στα τελευταία δέκα - δεκαπέντε χρόνια, ωστόσο, ο αριθμός των εκδόσεων έχει αυξηθεί σημαντικά (Stremersch, 2008). Σύμφωνα με τον Stremersch (2008), εξετάζονται διάφορες πτυχές του αντικειμένου, οι οποίες κυμαίνονται από τη φαρμακοβιομηχανία μέχρι τη νοσοκομειακή διοίκηση και τη συμπεριφορά των ασθενών και των ιατρικών πελατών.

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναλάβει τη θέση να είναι το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα της βιομηχανίας υπηρεσιών παγκοσμίως (Eckrich, Schlesinger, 2011, Yeoh, *et. al.*, 2013). Αυτό έχει αυξήσει το επίπεδο ανταγωνισμού μεταξύ των φορέων του κλάδου, όπως τα εργαλεία μάρκετινγκ θεωρούνται τώρα ως ένας σημαντικός πόρος για την επιχείρηση. Ωστόσο, ορισμένοι μελετητές εξακολουθούν να υποστηρίζουν ότι τα εργαλεία μάρκετινγκ είναι

περιττά για τον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Ο Luan (2010) διατύπωσε με προσοχή τα σημεία των κριτικών, τα οποία επικεντρώνονται κυρίως στην προσθήκη στο νομοσχέδιο ασθενών μετά από διαβούλευση.

Σύμφωνα με τον Grover (2016), η παγκοσμιοποίηση και η τεχνολογική πρόοδος, έφεραν μια μεταβολή του παραδείγματος στο μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης, διότι οι ασθενείς είναι πιο ενημερωμένοι και συγκεκριμένοι για τις ανάγκες τους στην υγεία, οδηγώντας σε ένα διασυνοριακό ανταγωνισμό μεταξύ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει μεγάλη έμφαση στο διεθνές μάρκετινγκ των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σήμερα, επειδή πολλοί άνθρωποι τώρα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις ιατρικές ανάγκες τους σε μια ξένη χώρα. Το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντος βασίζεται στη μετατόπιση της δυναμικής του διεθνούς εμπορίου στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, γνωστού και ως ιατρικό τουρισμό.

Τα νοσοκομεία και άλλοι οργανισμοί υγείας ασχολούνται τώρα ενεργά με δραστηριότητες μάρκετινγκ για να προσελκύσουν και να διατηρήσουν περισσότερους πελάτες, να οικοδομήσουν την εικόνα τους, ν' αλλάξουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους και να επωφεληθούν σε ανταγωνιστικό επίπεδο (Yeoh, *et. al.*, 2015). Όσον αφορά τη ζήτηση, ορισμένοι ερευνητές έχουν διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι καταναλωτές λαμβάνουν τις αποφάσεις τους για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε διεθνή κλίμακα, όπως και τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τους (Balogun, 2015) και τη συμπεριφορά τους μετά την αγορά (Han & Hyun, 2015)

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΤΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά του Μάρκετινγκ

Το μάρκετινγκ είναι μία μέθοδος διαχείρισης, μέσω της οποίας τα αγαθά και οι υπηρεσίες μετακινούνται μέσω της διαφήμισης και της προώθησης από την παραγωγή στον πελάτη. Περιλαμβάνει το συντονισμό των τεσσάρων στοιχείων που ονομάζονται 4 P της εμπορίας αγαθών και υπηρεσιών, ως εξής (Τζωρτζάκης, Τζωρτζάκη, 2002):

- (1) Ταυτοποίηση, επιλογή και ανάπτυξη ενός προϊόντος,
- (2) Καθορισμός της τιμής του,
- (3) Επιλογή ενός καναλιού διανομής για να φθάσει στον τόπο του πελάτη, και
- (4) Ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικής προώθησης.

Για παράδειγμα, τα νέα προϊόντα της Apple, αναπτύσσονται έτσι ώστε να περιλαμβάνουν βελτιωμένες εφαρμογές και συστήματα, καθορίζονται σε διαφορετικές τιμές ανάλογα με το ποιες δυνατότητες επιθυμεί ο πελάτης και πωλούνται σε μέρη όπου πωλούνται άλλα προϊόντα της Apple. Ωστόσο, όλες οι αποφάσεις της διαδικασίας μάρκετινγκ, πρέπει να λαμβάνονται με βάση τον αντίκτυπό τους στον πελάτη. Ο καταναλωτής ουσιαστικά γίνεται ο οδηγός της λειτουργίας και προώθησης αγαθών των επιχειρήσεων (Τζωρτζάκης, Τζωρτζάκη, 2002).

Σύμφωνα με την έννοια του μάρκετινγκ, ο ορισμός και η κατανόηση των αναγκών και επιθυμιών του καταναλωτή είναι πολύ ζωτικής σημασίας. Ως εκ τούτου, απαιτείται ένα τακτικό και συστηματικό πρόγραμμα έρευνας για την εμπορία, προκειμένου να ενημερωθεί για την αγορά. Επιπλέον, η καινοτομία και η δημιουργικότητα είναι απαραίτητες για να ταιριάζουν με τα προϊόντα των απαιτήσεων των πελατών.

Ωστόσο μια επιχείρηση, για να εφαρμόσει αποτελεσματικά τις μεθόδους του μάρκετινγκ, θα πρέπει να έχει ενημερωμένες και επαρκείς γνώσεις για να απαντήσει στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Σε ποια επιχείρηση είμαστε πραγματικά;
- Ποιοι είναι οι πελάτες μας;
- Τι θέλουν οι πελάτες από εμάς;

- Πώς πρέπει να διανέμουμε τα προϊόντα μας;
- Πώς μπορούμε να επικοινωνούμε πιο αποτελεσματικά με τους πελάτες μας;

Η ιδέα του μάρκετινγκ απαιτεί μια προσέγγιση προσανατολισμένη στο στόχο του μάρκετινγκ. Ο πρωτεύων σκοπός της επιχείρησης, πρέπει να είναι η απόκτηση κερδών που θα επιτευχθεί εφόσον οι πελάτες ικανοποιηθούν. Βάσει αυτού του στόχου, οι στόχοι και οι πολιτικές του μάρκετινγκ και άλλων υπηρεσιών θα πρέπει να καθοριστούν με ακρίβεια. Ο σχεδιασμός μάρκετινγκ συμβάλλει στην έγχυση της φιλοσοφίας του προσανατολισμού προς τους καταναλωτές στα συνολικά επιχειρηματικά συστήματα και χρησιμεύει ως οδηγός στις προσπάθειες του οργανισμού (Τζωρτζάκης, Τζωρτζάκη, 2002).

Βέβαια, μόλις διατυπωθούν οι οργανωτικοί και τομεακοί στόχοι, καθίσταται απαραίτητη η εναρμόνιση των οργανωτικών στόχων με τους στόχους των ατόμων που εργάζονται στον οργανισμό. Οι δραστηριότητες και η λειτουργία των διαφόρων οργανωτικών μονάδων θα πρέπει να συντονίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνονται προκαθορισμένοι στόχοι. Το τμήμα μάρκετινγκ πρέπει να αναπτύσσει το μάρκετινγκ που είναι το καταλληλότερο για την πραγμάτωση των οικείων στόχων μέσω της ικανοποίησης των πελατών (Τζωρτζάκης, Τζωρτζάκη, 2002). Τέλος, αναφέρεται ο στόχος της ικανοποίησης των πελατών, ο οποίος πρέπει να είναι η αύξηση των κερδών μακροπρόθεσμα μέσω της ικανοποίησης των πελατών που θέλουν.

## **1.2 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας**

Η εστίαση σε μια στρατηγική μάρκετινγκ, είναι σημαντική για κάθε εταιρεία που ειδικεύεται στην παροχή συγκεκριμένων προϊόντων ή υπηρεσιών, διότι το μάρκετινγκ αποτελεί τη βασική διαδικασία, όχι μόνο για την προώθηση διαφορετικών προϊόντων και υπηρεσιών αλλά και για την αποτελεσματική απόδοση και τον ανταγωνισμό της εταιρείας στο εσωτερικό της βιομηχανίας που λειτουργεί (Amazu *et. al.*, 2014). Παρά το γεγονός ότι οι κύριες αρχές του μάρκετινγκ, είναι κατάλληλες να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικούς τομείς, είναι αδύνατο να δηλωθεί ότι το μάρκετινγκ σε σχέση με την παραγωγή αγαθών σε ένα κλάδο της βιομηχανίας, δεν έχει διαφορές όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Stremersch, 2008).

Η άποψη ότι οι διαδικασίες μάρκετινγκ ξενοδοχείων ή τροφίμων είναι οι ίδιες όσον αφορά τις διαδικασίες που είναι χαρακτηριστικές για το μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης είναι μάλλον αφελής, διότι υπάρχουν πολλές σημαντικές διαφορές



χαρακτηριστικές για τις στρατηγικές μάρκετινγκ που χρησιμοποιούνται σε διάφορες άλλες βιομηχανίες. Οι διαφορές που μπορούν να προσδιοριστούν σε σχέση με την εμπορία της παραγωγής τροφίμων και την εμπορία της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζονται από τις προκλήσεις της βιομηχανίας υγείας (Amazu *et.al.*, 2014). Οι στρατηγικές μάρκετινγκ που λειτουργούν σε διαφορετικές βιομηχανίες, εξαρτώνται όχι αποκλειστικά από τα χαρακτηριστικά εκείνης της βιομηχανίας, αλλά και από τις συγκεκριμένες απαιτήσεις των πελατών ή του κοινού-στόχου της εταιρείας (Berkowitz, 2010).

Γι' αυτό το λόγο καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη όλα τα σχετικά χαρακτηριστικά για να δηλωθούν οι διαφορές στις διαδικασίες μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας. Παρόλα αυτά, το μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης, είναι παρόμοιο με το μάρκετινγκ άλλων προϊόντων ή υπηρεσιών σε σχέση με την αξιοποίηση των βασικών αρχών μάρκετινγκ. Έτσι, οι επιχειρήσεις υγείας στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, αναπτύσσουν επίσης τα σχέδιά τους βασιζόμενοι στη συσχέτιση τέτοιων παραμέτρων όπως το προϊόν, η τιμή, η προώθηση και ο τόπος (Berkowitz, 2010). Επιπλέον, η διαδικασία επεξεργασίας ενός σχεδίου μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, εξαρτάται από τη δυναμική εξέλιξη του κλάδου χωρίς αναφορές στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.

Οι στρατηγικές μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, ως στρατηγικές που χρησιμοποιούνται σε οποιαδήποτε άλλη βιομηχανία, μπορούν να συζητηθούν ως προσανατολισμένες στον αποτελεσματικό ανταγωνισμό εντός της βιομηχανίας, στην επιτυχή χρήση διαφόρων διαφημίσεων, στην προσέλκυση πελατών και στη καλύτερευση της αναγνώρισης και της φήμης του εμπορικού σήματος. Επιπλέον, πολλές οργανώσεις στον κλάδο της υγείας, μπορούν να περιγραφούν ως προσανατολισμένες στην αγορά, λόγω της επικέντρωσης τους στην αποτελεσματική προώθηση και την αύξηση των πωλήσεων στο τομέα της υγείας (Stremersch, 2008).

Ωστόσο, το μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης, χαρακτηρίζεται επίσης από πολλές διαφορές, ενώ συγκρίνει τις προσεγγίσεις, τις τεχνικές και τα βασικά σημεία με τις αρχές που είναι σημαντικές για την ανάπτυξη των στρατηγικών μάρκετινγκ στις άλλες βιομηχανίες. Καταρχάς, η αγορά-στόχος είναι σημαντική για τον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, χωρίς να γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένες ομάδες καταναλωτών.

Δεύτερον, ενώ γίνεται αναφορά στους πελάτες της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης, είναι σημαντικό να δοθεί προσοχή στις αλλαγές στους πληθυσμούς και στη δημογραφία τους, καθώς και στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις και τα ενδιαφέροντα των ανθρώπων στα προϊόντα και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι προκλήσεις για

την υγεία που είναι χαρακτηριστικές για διάφορες ομάδες πληθυσμού, είναι ποικίλες και οι έμποροι που εργάζονται στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ανταποκρίνονται σε διαφορετικές κατηγορίες του πληθυσμού και στις ανάγκες τους χωριστά (Berkowitz, 2010).

Οι προκλήσεις της βιομηχανίας στο τομέα της υγείας, επηρεάζουν τις ιδιαιτερότητες των χρησιμοποιούμενων στρατηγικών μάρκετινγκ, επομένως, τυχόν αλλαγές στις κυβερνητικές πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι οι αναθεωρήσεις των πολιτικών συνταγογράφησης φαρμάκων ή οι νέες ασφαλιστικές νομοθεσίες, μπορούν να επηρεάσουν τις αλλαγές στο περιβάλλον μάρκετινγκ. Έτσι, αν και το μάρκετινγκ παροχής υπηρεσιών υγείας βασίζεται στις γενικές αρχές μάρκετινγκ, υπάρχουν πολλές διαφορές στις προσεγγίσεις που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους εμπόρους.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης, ενσωματώνει πολυκαναλικές και στοχευμένες τακτικές οι οποίες έχουν σχεδιαστεί για να βρουν και να αποκτήσουν τους σωστούς ασθενείς ως πελάτες, να συμμετάσχουν μαζί τους μέσω της στρατηγικής προσέγγισης και να τους βοηθήσουν να σχηματίσουν διαχρονικές σχέσεις σε όλο τη πορεία περίθαλψης του ασθενούς. Η επιτυχία του μάρκετινγκ της υγειονομικής περίθαλψης, μετριέται μέσω συγκεκριμένων μετρήσεων που είναι ευθυγραμμισμένες με βασικούς δείκτες απόδοσης (KPIs) ή / και την απόδοση της επένδυσης (ROI) στο μάρκετινγκ (Grover, 2016).

Το μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια προσέγγιση για την προαγωγή της δημόσιας υγείας που εφαρμόζει παραδοσιακές αρχές και θεωρίες μάρκετινγκ, παράλληλα με τις στρατηγικές που βασίζονται στην επιστήμη για την προστασία και την προώθηση της υγείας διαφόρων πληθυσμών (Grover, 2016). Περιλαμβάνει τη δημιουργία, την επικοινωνία και την παροχή μηνυμάτων για το κοινό σχετικά με την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την προστασία της υγείας. Το μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, αποτελεί έναν από τους τρόπους με τους οποίους οι ιατρικές πρόοδοι και οι υπηρεσίες προστασίας της υγείας, όπως η ασφάλιση, είναι ευρέως γνωστές (Grover, 2016).

Ωστόσο η στρατηγική μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, θα ακολουθήσει τα παραδοσιακά "4Ps" του μάρκετινγκ, και συγκεκριμένα:

- Το "προϊόν" εν προκειμένω η χειρουργική διαδικασία ή η όποια υπηρεσία υγείας.
- Ο "τόπος" που αναφέρεται στην πρόσβαση σε αυτή τη διαδικασία.
- Η "προώθηση" αναφέρεται στη δημιουργία συνειδητοποίησης και συνεπώς στη ζήτηση.

- "Τιμή" αναφέρεται στο κόστος της διαδικασίας π.χ. χρήματα, χρόνος, φήμη κλπ.

Το μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, είναι ένας όρος που σπάνια χρησιμοποιείται στη δημόσια υγεία και σε συναφείς κλάδους. Το "κοινωνικό μάρκετινγκ" ή η "ολοκληρωμένη επικοινωνία μάρκετινγκ" χρησιμοποιούνται πιο συχνά στη δημόσια υγεία και σε άλλους κλάδους για να αναφερθούν σε πλαίσια σχεδιασμού που βασίζονται στο μάρκετινγκ για την επικοινωνία της δημόσιας υγείας (Altuntas *et. al.*, 2013).

Το μάρκετινγκ υγείας ή το ιατρικό μάρκετινγκ είναι ένας ειδικός κλάδος μάρκετινγκ. Το μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, «γεννήθηκε» από την ανάγκη των ιδιωτικών επαγγελματιών υγείας να προσελκύσουν νέους ασθενείς, τα χαρακτηριστικά της αγοράς υγείας το καθιστούν ένα μοναδικό είδος μάρκετινγκ. Το μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας είναι συνήθως μια υπηρεσία προς καταναλωτές (B2C). Οι γιατροί που χρησιμοποιούν αυτό το είδος μάρκετινγκ προσφέρουν συνήθως υπηρεσίες σχετικές με την ομορφιά, όπως είναι η αισθητική, η πλαστική χειρουργική, η οδοντιατρική ή η δερματολογία (Altuntas *et. al.*, 2013).

Ωστόσο, σε πολλές χώρες απαγορεύεται οι ιατροί και άλλοι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας να πληρώνουν για τη διαφήμιση των ιατρικών διαδικασιών, ειδικά στην αισθητική και την πλαστική χειρουργική. Η εμφάνιση εικόνων "πριν και μετά" ή η αναφορά σε κάποιον τύπο σώματος, μπορεί να θεωρηθεί επιβλαβής για την κοινωνία. Η λύση για έναν επαγγελματία υγείας ή ένα πρακτορείο μάρκετινγκ στο τομέα της υγείας, είναι το μάρκετινγκ μέσω Instagram, δεδομένου ότι σήμερα παραμένει ανεξέλεγκτο, καθώς είναι ένα από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα κοινωνικά μέσα, κι έτσι δίνει στους γιατρούς την ευκαιρία να αποκτήσουν νέους ασθενείς (Stremersch, 2008).

### **1.3 Η ποιότητα ως παράγοντας που επηρεάζει την εφαρμογή των μεθόδων Μάρκετινγκ στις Υπηρεσίες Υγείας**

Το μάρκετινγκ θεωρείται ένας τρόπος επικοινωνίας μεταξύ της αξίας του προϊόντος ή μιας υπηρεσίας της εκάστοτε εταιρίας και τους καταναλωτές (Zineldin, 2006). Το μάρκετινγκ μπορεί κάποιες φορές να ερμηνευτεί ως η τέχνη της πώλησης προϊόντων, αλλά η πώληση είναι μόνο ένα μικρό στοιχείο του μάρκετινγκ. Καθώς ο όρος «Μάρκετινγκ» συνάδει με τον όρο «Διαφήμιση», είναι ουσιαστικά η συνολική στρατηγική και η λειτουργία της προώθησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας στον πελάτη (Webster, 1994). Η Αμερικανική Ένωση Μάρκετινγκ ορίζει το μάρκετινγκ ως «τη δραστηριότητα, το σύνολο θεσμών και διαδικασίες για τη δημιουργία, την

επικοινωνία, την παράδοση και την ανταλλαγή προσφορών που έχουν αξία για τους πελάτες, τους εταίρους και την κοινωνία γενικότερα (Tabibi *et. al.*, 2001).

Από κοινωνικής απόψεως, το μάρκετινγκ είναι ο σύνδεσμος μεταξύ των υλικών απαιτήσεων μιας κοινωνίας και των οικονομικών προτύπων ανταπόκρισης στις απαιτήσεις των πελατών. Το μάρκετινγκ ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες μέσα από διαδικασίες ανταλλαγής και οικοδόμησης μακροχρόνιων σχέσεων. Είναι η διαδικασία της επικοινωνίας αξίας και η διαχείριση των σχέσεων με τους πελάτες με τρόπους που ωφελούν τον οργανισμό και τους μετόχους του. Το μάρκετινγκ είναι η επιστήμη της επιλογής αγορών στόχων μέσω της ανάλυσης της αγοράς και της κατάταξης της αγοράς, καθώς και της κατανόησης της αγοραστικής συμπεριφοράς των καταναλωτών και της παροχής υψηλής αξίας στους πελάτες.

Τα καθοριστικά χαρακτηριστικά ωστόσο μιας υπηρεσίας στο τομέα του μάρκετινγκ, είναι τα εξής:

✓ **Αδυναμίες:** Οι υπηρεσίες είναι άυλες και δεν έχουν φυσική ύπαρξη. Ως εκ τούτου, η υπηρεσία δεν μπορεί να αγγιχτεί, να κρατηθεί, να δοκιμαστεί. Αυτό είναι το πιο καθοριστικό χαρακτηριστικό μιας υπηρεσίας και αυτό που την διαφοροποιεί κυρίως από ένα προϊόν. Επίσης, αποτελεί μια μοναδική πρόκληση για όσους ασχολούνται με την εμπορία μιας υπηρεσίας, καθώς πρέπει να προσδώσουν απτά χαρακτηριστικά σε μια κατά τα άλλα άυλη προσφορά.

✓ **Ετερογένεια / Μεταβλητότητα:** Δεδομένης της φύσης των υπηρεσιών, κάθε προσφορά υπηρεσιών είναι μοναδική και δεν μπορεί να επαναληφθεί ακριβώς από τον ίδιο πάροχο υπηρεσιών. Ενώ τα προϊόντα μπορούν να παραχθούν μαζικά και να είναι ομογενή, το ίδιο δεν ισχύει για τις υπηρεσίες. Για παράδειγμα, όλα τα burgers μιας συγκεκριμένης γεύσης στο McDonalds είναι σχεδόν πανομοιότυπα. Το ίδιο όμως δεν ισχύει για τις υπηρεσίες που παρέχονται από τον ίδιο υπάλληλο διαδοχικά σε δύο πελάτες.

✓ **Διαβιβάσιμη:** Οι υπηρεσίες δεν μπορούν να αποθηκευτούν, να επιστραφούν ή να μεταπωληθούν μόλις χρησιμοποιηθούν. Μόλις παραδοθεί σε έναν πελάτη, η υπηρεσία καταναλώνεται πλήρως και δεν μπορεί να παραδοθεί σε άλλο πελάτη. Για παράδειγμα, ένας πελάτης που δεν είναι ικανοποιημένος με τις υπηρεσίες ενός κουρέα, δεν μπορεί να επιστρέψει την υπηρεσία του κουρέματος που του είχε παρασχεθεί. Το πολύ μπορεί να αποφασίσει να μην επισκεφθεί τον συγκεκριμένο κουρέα στο μέλλον.

✓ *Ανεξαρτησία / ταυτότητα παραγωγής και κατανάλωσης:* Αυτό αναφέρεται στο γεγονός ότι οι υπηρεσίες παράγονται και καταναλώνονται εντός του ίδιου χρονικού πλαισίου. Επιπλέον, είναι πολύ δύσκολο να διαχωρίσει κανείς μια υπηρεσία από τον πάροχο υπηρεσιών. Για παράδειγμα, ο κουρέας είναι αναγκαστικά μέρος των υπηρεσιών ενός κουρέματος που παραδίδει στον πελάτη του.

Ωστόσο οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι μια ταχέως αναπτυσσόμενη επιχείρηση και δραστηριοποίηση σε όλο τον κόσμο. Μια μακρά και υγιής ζωή είναι μία από τις τρεις βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης. Τα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητα στοιχεία οποιασδήποτε χώρας μέσω της οποίας λειτουργεί ο τομέας υγείας (Tabibi *et. al.*, 2001).

Βέβαια η σκέψη της ποιότητας αφορά σίγουρα τα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να παρέχουν αξιόπιστη υπηρεσία, αλλά η ποιότητα τους είναι σίγουρα αμφισβητήσιμη. Η ποιότητα της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία, έχει σαφώς επιδεινωθεί. Ο τύπος της απαίτησης της υγειονομικής περίθαλψης έχει αλλάξει λόγω της αύξησης των ασθενειών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Αυτή η πτυχή ισχύει για όλα σχεδόν τα πλαίσια της νοσοκομειακής διοίκησης, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι διάφορες πράξεις προμήθειας και παράλειψης αγαθών και υπηρεσιών αυξήθηκαν με αλματώδη βήματα το τελευταίο μισό αιώνα. Η αμέλεια και οι ανήθικες πρακτικές στην περίθαλψη των ασθενών, η διοικητική κακοδιαχείριση, η έλλειψη ακεραιότητας και λογοδοσίας, η αύξηση των ανθυγιεινών συνθηκών εντός και γύρω από τα νοσοκομεία, είναι μερικά από τα μείζονα προβλήματα που αντιμετωπίζει η διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Zineldin, 2006).

Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει έντονο ανταγωνισμό από τοπικές εταιρικές επιχειρήσεις και ξένους παράγοντες στην αγορά υπηρεσιών υγείας και ιατροτεχνολογικών προϊόντων, καθώς οι οικογένειες ανώτερης τάξης σε μια χώρα, προτιμούν να αναζητούν ιατρικές υπηρεσίες εκτός της χώρας. Στην πραγματικότητα, η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας στο εξωτερικό είναι περιορισμένη κυρίως στην ανώτερη τάξη λόγω της προσιτής τιμής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Webster, 1994).

Προκειμένου να βελτιωθεί η τοπική υποστήριξη, οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατανοήσουν ότι οι επιτυχίες τους εξαρτώνται από την ποιότητα

και την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία δημιουργείται με συνδυασμό της ανταπόκρισης στις απόψεις και τις ανάγκες του ασθενούς καθώς και τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τη γενική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς (Zineldin, 2006).

Ωστόσο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ανταγωνίζονται ως προς το ποιος θα παρέχει καλύτερες υπηρεσίες. Σήμερα, λόγω της διαθεσιμότητας πληροφοριών στο κοινό και της ύπαρξης ενός πιο μορφωμένου πληθυσμού, η ανάγκη μετρήσεως είναι απόλυτη ανάγκη για την κάλυψη των αυξανόμενων προσδοκιών των πελατών με καλύτερη πληροφόρηση (Tabibi *et. al.*, 2001). Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας, πρέπει να βελτιώσουν την ποιότητά τους και να τυποποιήσουν τις διαδικασίες τους με τους διεθνείς ομολόγους τους.

Η νέα πρωτοβουλία των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας είναι μια ευπρόσδεκτη εξέλιξη, δεδομένου ότι θα σηματοδοτήσει μια απομάκρυνση από τη διαρκή μη δεσμευτική στάση της κυβέρνησης σε έναν ιδιωτικό τομέα προσανατολισμένο προς τα αποτελέσματα, εάν οι εταιρικές αυτές σχέσεις είναι σωστά διευκρινισμένες, που διαχειρίζεται και εποπτεύεται από τις ενδιαφερόμενες ρυθμιστικές κυβερνητικές υπηρεσίες.

Ο Webster (1994) στο τομέα αυτό λοιπόν, πρότεινε μια νέα ιδέα μάρκετινγκ. Ο Webster θεώρησε ότι η παλαιά ιδέα μάρκετινγκ περιελάμβανε τον προσανατολισμό του πελάτη, την καινοτομία και το κέρδος ως ανταμοιβή για τη δημιουργία ενός ικανοποιημένου πελάτη. Η παλιά έννοια μάρκετινγκ ήταν μια φιλοσοφία διαχείρισης. Η παραπάνω βιβλιογραφία έχει επανεξετάσει την εφαρμογή της ιδέας μάρκετινγκ, διότι οι κορυφαίοι διευθυντές καθιερώνουν οργανωτικές αξίες και πεποιθήσεις (Yadollah, 2012). Έτσι, η οργανωτική ανάπτυξη ή η πολιτιστική αλλαγή προς την έννοια της εμπορίας απαιτεί υποστήριξη από την ανώτατη διοίκηση.

Με βάση λοιπόν την προηγούμενη συζήτησή σχετικά με την έννοια του μάρκετινγκ και της προσφοράς ποιότητας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, είναι προφανές ότι το μάρκετινγκ έχει γίνει αποδεκτό ως σημαντικό εργαλείο διαχείρισης στις πολιτικές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα είναι οι βασικοί όροι στο μάρκετινγκ. Το μάρκετινγκ των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι μια περίπλοκη διαδικασία που απαιτεί το συντονισμό και τη λειτουργία τόσο του κέρδους όσο και του συστήματος διανομής υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Kotler τέλος δηλώνει πως το μάρκετινγκ υγείας είναι η διαδικασία κατανόησης των αναγκών και των επιθυμιών μιας αγοράς-στόχου. Σκοπός του είναι να παρέχει ένα σημείο

αναφοράς από το οποίο να ενσωματώνει την ανάλυση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή ή την οργάνωση και τον έλεγχο του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Tabibi *et. al.*, 2001).

#### **1.4 Τρόπος Εφαρμογής των Στρατηγικών του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας στις Μέρes μας**

Το μάρκετινγκ είναι ο πυρήνας οποιουδήποτε οργανισμού για την ανάπτυξή του, συμπεριλαμβανομένου του κλάδου της υγείας. Λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας, τα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι το 70% των χρηστών στο διαδίκτυο, αναζητούν πληροφορίες σχετικά με την υγεία μέσω διαδικτύου (Poronic *et. al.*, 2013). Αυτό αποδεικνύει ότι η παρουσία στο διαδίκτυο είναι απαραίτητη για όλους τους εμπόρους που επιδιώκουν να αναπτύξουν την επιχειρηματική τους δραστηριότητα στον τομέα της υγείας. Για το σκοπό αυτό, αναφέρονται ως ακολούθως οι σημαντικές στρατηγικές μάρκετινγκ της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης που πρέπει να χρησιμοποιήσει μια επιχείρηση υγειονομικής περίθαλψης, με σκοπό την προώθηση των υπηρεσιών της, ως εξής (Poronic *et. al.*, 2013).

##### Στρατηγική Email Marketing

Όλοι στο χώρο μάρκετινγκ γνωρίζουν το μάρκετινγκ ηλεκτρονικού ταχυδρομείου όπου είναι ένα από τα ισχυρά και αποτελεσματικά κανάλια μάρκετινγκ που οι περισσότερες επιχειρήσεις βασίζονται όταν πρόκειται για την επίτευξη των στοχευμένων προοπτικών και την προσέλκυση περισσότερων πελατών. Το μάρκετινγκ ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαφορετικούς στόχους που βασίζονται σε διάφορες ανάγκες, ειδικά όταν η βιομηχανία-στόχος του διαφημιζόμενου είναι η υγειονομική περίθαλψη. Η άφιξη του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, είναι απαραίτητη και ορθή πρακτική για να συνεχίσουν οι επαγγελματίες του τομέα υγείας να ασχολούνται με το εμπορικό σήμα.

##### Στρατηγική ορισμού στόχων καμπάνιας

Η καμπάνια ηλεκτρονικού ταχυδρομείου χωρίς στόχο, δεν μπορεί να μετρηθεί και μπορεί επίσης να βλάψει το εμπορικό σήμα της επιχείρησης στο χώρο της υγείας. Γι' αυτό το λόγο, οι έμποροι της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να κατανοήσουν την προτεραιότητα του καθορισμού στόχων για την εκστρατεία ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, αναλύοντας την απαίτηση της λειτουργίας επιχείρησης πριν ξεκινήσουν την όποια καμπάνια.

### Στρατηγική στοχευμένου κοινού για την επιχείρηση

Από τους ασθενείς έως τους ιατρικούς κατασκευαστές, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης έχει πολλούς διαφορετικούς στόχους σε σύγκριση με άλλες βιομηχανίες που λειτουργούν. Ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους ενός ιατρικού προϊόντος, υπηρεσίας και προδιαγραφών πεδίου, κάθε επιχείρηση θα έχει το δικό της κοινό-στόχο. Έτσι, πριν ξεκινήσει μια καμπάνια ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, οι έμποροι θα πρέπει να προσδιορίσουν και να περιορίσουν σε ποιον πρέπει να φθάσουν στην υπηρεσία. Οι περισσότερες από τις επιχειρήσεις υγειονομικής περίθαλψης καθορίζουν το κοινό τους με βάση τη δημογραφία, τη γεωγραφία και τις συμπεριφορές.

### Επιλογή στον τύπο email για την εφαρμογή της στρατηγικής μάρκετινγκ

Υπάρχουν διάφορες εκστρατείες ηλεκτρονικού ταχυδρομείου όπως το ενημερωτικό δελτίο ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, διαφημιστικά μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, πρόσκληση συμβάντων και μηνύματα ηλεκτρονικής αλληλογραφίας που μπορούν να στείλουν οι έμποροι στο κοινό τους βάσει των επιχειρηματικών απαιτήσεων και στόχων.

### Δομή της καμπάνιας του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Η δομή της καμπάνιας είναι ένα από τα πιο σημαντικά μέρη του μάρκετινγκ ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η διάρθρωση μιας καμπάνιας ηλεκτρονικού ταχυδρομείου περιλαμβάνει ένα σαφές κουμπί πρόσκλησης για δράση, εικόνες, ελκυστικό σχεδιασμό προτύπου, ελκυστική γραμμή θέματος και σχετικό περιεχόμενο θα πάρει προοπτικές στον ιστοχώρο της επιχείρησης για περισσότερες λεπτομέρειες. Η τεκμηρίωση μιας στρατηγικής μάρκετινγκ περιεχομένου είναι μια από τις βέλτιστες πρακτικές που βοηθούν την επιχείρηση να ορίσει μια γραμμή βάσης για την επιτυχία. Επίσης, σας επιτρέπει να το μοιραστείτε με τον νοσοκομειακό οργανισμό και να εξηγήσετε τους στόχους του προγράμματος σας.

### Στρατηγική Μάρκετινγκ Κοινωνικών Μέσων

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης προσφέρουν πολλές ευκαιρίες για την υγειονομική περίθαλψη χάρη στη μαζική εμπλοκή του χρήστη και επίσης επιτρέπει στις επιχειρήσεις να χτίσουν τις συνδέσεις τους και να αναπτύξουν μια επιχειρηματική σχέση με βασικές προοπτικές. Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι το 70% έως το 75% των Αμερικανών καταναλωτών κοιτάζουν το διαδίκτυο για συμβουλές υγείας πριν επισκεφτούν το νοσοκομείο. Επίσης, μέσω των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης, οι ασθενείς και οι κατασκευαστές μπορούν να αναπτύξουν μια πρώτη εντύπωση του νοσοκομείου ή του γιατρού πριν από τη συνάντηση.



## Μάρκετινγκ Κινητής Τηλεφωνίας

Στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης, το μάρκετινγκ κινητής τηλεφωνίας έχει δείξει τα αποδεδειγμένα αποτελέσματα μέσω SMS, κλήσεων και διάφορων εφαρμογών που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη Έτσι, πριν ξεκινήσει το μάρκετινγκ κινητής τηλεφωνίας, ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει πρώτα να αποκτήσει τα στοιχεία επικοινωνίας (τηλεφωνικός αριθμός) με την άδεια του ασθενούς. Μόλις οι έμποροι λάβουν δεδομένα, μπορούν να συνδέσουν ασθενείς με προσωπικά μηνύματα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για προσωπικά ραντεβού, υπενθυμίσεις ραντεβού και άλλες ανάγκες προσωπικής επικοινωνίας. Το μάρκετινγκ μέσω κινητού τηλεφώνου επιτρέπει στους εμπόρους να στοχεύουν την ομάδα κοινού, χρησιμοποιώντας εκρήξεις κειμένου για την ενημέρωση των συμβουλών για την υγεία, το άνοιγμα των ραντεβού και άλλα.

Επίσης, το κινητό μάρκετινγκ έχει τη δυνατότητα να κατακτήσει το B2B (Business to Business) στην υγειονομική περίθαλψη μέσω κοινωνικών μέσων, μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μηνυμάτων κλπ. Ως έμπορος κάποιος, πρέπει να καταλάβει ότι το 80% των χρηστών χρησιμοποιεί το κινητό τους για πρόσβαση στα κοινωνικά μέσα και τα μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Αυτό επιτρέπει στην βιομηχανία να μοιράζεται τα βίντεο και τα στοιχεία των προϊόντων της υγειονομικής περίθαλψης που βοηθούν στην εύρεση βασικών προοπτικών και την υποχρεώνουν να ασχοληθούν με την επιχείρηση.

Καταλήγοντας οι στρατηγικές μάρκετινγκ είναι πολύ σημαντικές ώστε κάθε βιομηχανία να διεξάγει επιτυχημένες επιχειρηματικές εκστρατείες. Το μάρκετινγκ στο διαδίκτυο θα είναι μία από τις καλύτερες πλατφόρμες για την αύξηση των επιχειρηματικών πελατών της B2B (Business to Business) λόγω της μετρήσιμης και ακριβούς στόχευσής της. Επίσης, οι επιχειρήσεις μπορούν να αυξήσουν τη σχετική πελατειακή βάση με λιγότερες επενδύσεις.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

#### 2.1 Οριοθέτηση του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»



Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" θεωρείται μία από τις ουσιαστικότερες υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα, η οποία λειτούργησε για πρώτη φορά τον Μάρτιο του 1998 σε δύο μικρές περιοχές του Δήμου Αθηναίων, δηλαδή στο Γκύζη και τα Σεπόλια. Δεδομένης της σημαντικότητάς του, αλλά και της ευρύτερης αποδοχής που έλαβε από τον κόσμο, καθιερώθηκε ως πρόγραμμα, το οποίο συνεχίζει μέχρι και σήμερα να παρέχει σημαντικές υπηρεσίες υγείας σε όλη την Ελλάδα.

Όσον αφορά το δήμο Αθηναίων, κατόπιν μεγάλης απήχησης, αλλά και της σπουδαιότητάς του, ο οικείος δήμος προχώρησε στην έναρξη λειτουργίας άλλων 7 ιδίων δομών στα υπόλοιπα διαμερίσματα του. Σήμερα, το πρόγραμμα δραστηριοποιείται από 9 Ομάδες Δράσης και εστιάζει σε ηλικιωμένους πολίτες που δεν δύνανται να εξυπηρετηθούν αυτόνομα και σε ανθρώπους με κινητικές δυσκολίες ή άλλου είδους αναπηρίες, θέτοντας ως βασική τους προτεραιότητα την εξυπηρέτηση εκείνων που δεν έχουν κάποιο άτομο από το ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον να τους φροντίζει, ούτε και την οικονομική δυνατότητα να αποκτήσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Απώτερος σκοπός του προγράμματος θεωρείται η όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων και εκείνων που αντιμετωπίζουν σοβαρές κινητικές δυσκολίες ή ποικίλες άλλες αναπηρίες. Οι επιμέρους στόχοι του είναι η προσπάθεια να ζουν οι ωφελούμενοι αξιοπρεπώς, να υποστηρίζεται διαρκώς το οικογενειακό τους περιβάλλον και να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα ικανά και εξειδικευμένα άτομα. Από

την άλλη μεριά, οι υπηρεσίες του έχουν κυρίως συμβουλευτικό και ψυχολογικό χαρακτήρα, νοσηλευτική περίθαλψη και στήριξη σε οικογενειακό πλαίσιο.

Ακόμα, οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν τις εν λόγω δομές είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές και οι οικογενειακοί βοηθοί. Επόπτες του προγράμματος είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι έχουν την αρμοδιότητα ν' αξιολογούν τα εκάστοτε περιστατικά και να επικοινωνεί με αντίστοιχες δομές υγείας, στις οποίες μπορεί να παραπέμπει όσους πολίτες δεν εντάσσονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Επιπρόσθετα, αρμοδιότητα των νοσηλευτών είναι οι κατ' οίκον επισκέψεις με σκοπό την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων των ασθενών, τη σωστή τήρηση της φαρμακευτικής τους περίθαλψης και τη συνοδεία τους σε μονάδες υγείας για τις προκαθορισμένες εξετάσεις τους.

Τέλος, η οικογενειακή βοηθός είναι υπεύθυνη για την πραγματοποίηση των εξωτερικών του σπιτιού υποχρεώσεων, την προμήθεια με είδη πρώτης ανάγκης και την καθαριότητα του χώρου. Η σημαντικότερη, όμως, προσφορά τους για τα άτομα αυτά είναι η συντροφιά που τους παρέχουν, επιβεβαιώνοντας γι' ακόμη μια φορά την κοινωνική συνεισφορά του προγράμματος. ([www.cityofathens.gr](http://www.cityofathens.gr))

### **2.1.1 Ιστορικό Προγράμματος**

Η πρώτη αναφορά για την παροχή υπηρεσιών στο σπίτι για ηλικιωμένους εμφανίζεται σχεδόν 40 χρόνια πριν (το Σεπτέμβριο του 1973) με το Νομοθετικό Διάταγμα 162 (Φ.Ε.Κ. 227/24-9-1973) «Περί μέτρων προστασίας υπερήλικων και χρονίως πασχόντων ατόμων» στο άρθρο 2 όπου ανέφερε: «...δύναται να εκδηλούται ως ιδρυματική περίθαλψις ή ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχομένη υπό μορφήν ηθικής συμπαραστάσεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβιώσεως και περιθάλψεως αυτών».

Ειδικότερα, από το 1990 το ελληνικό κράτος άρχισε να λαμβάνει περισσότερα μέτρα για την στήριξη και φροντίδα ατόμων που στερούνταν την οικογενειακή θαλπωρή. Ένα από αυτά ήταν και η πιλοτική εφαρμογή του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" με στόχο να στηριχτούν κατάλληλα άτομα τρίτης ηλικίας που ζούσαν μόνοι τους, είτε γιατί δεν ήταν μέλη κάποιου οικογενειακού περιβάλλοντος, είτε γιατί έμεναν μακριά από αυτό ή ήταν αποκομμένοι. Παράλληλα, κύριο μέλημά του ήταν να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να κάνει τη ζωή τους περισσότερο ποιοτική και εκείνους όσο το δυνατόν περισσότερο αυτόνομους και ανεξάρτητους (Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, 2002).

Όπως αναφέρει, μάλιστα, και η Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (2002), το 1997 ο δήμος Περιστερίου υλοποίησε το όραμα του προγράμματος, συμπληρώνοντας προηγούμενες παρεμβάσεις που είχαν πραγματοποιηθεί από το 1980 σε αντίστοιχες υπηρεσίες και νοσοκομεία, τα οποία παρείχαν νοσηλεία στο πλαίσιο του σπιτιού ως συνέχεια της νοσηλευτικής τους φροντίδας.

Παράλληλα, η πρώτη συστηματική και μεθοδική προσπάθεια προώθησης του προγράμματος ξεκίνησε όταν οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναλαμβάνουν να υλοποιήσουν τις προαναφερθέντες δράσεις. Συγκεκριμένα, κύριες αρμοδιότητες οργάνωσης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανέλαβαν τα ΚΑΠΗ, ενώ το ΥΠΕΣΔΑ ήταν υπεύθυνο για την χρηματοδότηση του. Ακόμα, στις αρχές του 21ου αιώνα, χάριν στο Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης ιδρύθηκαν ειδικές «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» που έδωσαν θέση σε 183 προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι». Τα οικεία προγράμματα χρηματοδότησε και επόπτευε και πάλι το Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, ενώ την υλοποίησή τους ανέλαβαν τα ΚΑΠΗ και οι Δημοτικές Επιχειρήσεις (ΑΝΚΑ,2006).

Επιπρόσθετα, όπως υποστηρίζει η Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (2002), αλλά και το ΚΕΔΚΕ (2002) μέχρι και το 2002 οι Έλληνες πολίτες είχαν στη διάθεσή τους 284 μονάδες του προγράμματος σε 253 Δήμους και εξυπηρετούσαν περίπου 9000 ηλικιωμένους ανθρώπους. Στη διάρκεια του Γ' Κ.Π.Σ. για την ίδρυση και εφαρμογή του προγράμματος και στους υπόλοιπους Ο.Τ.Α. χρηματοδοτηθήκαν τα Π.Ε.Π. (Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα). Η εφαρμογή στην περίπτωση αυτή μπορούσε να γίνει από:

Α) Επιχειρήσεις που εντάσσονταν στους οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, σύμφωνα και με το άρθρο 277 του Δημοτικού και Κοινωνικού Κώδικα, που αποσκοπούσαν στην τοπική ανάπτυξη, την πρόνοια και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Β) Επιχειρήσεις που εντάσσονταν σε διαφορετικούς δήμους και ένωναν τις δυνάμεις τους για να προωθήσουν την κοινωνική ανάπτυξη και την πρόνοια, κάτω από την αιγίδα των Ο.Τ.Α.

Γ) Τους ίδιους τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίοι όμως, δεν διαθέτουν τις προαναφερθέντες επιχειρήσεις και δύνανται να φέρουν εις πέρας το πρόγραμμα μέσω δημοτικών επιχειρήσεων γειτονικών δήμων.

Σήμερα, στα πλαίσια του ΕΣΠΑ, το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι εξυπηρετεί περισσότερους από 70.000 πολίτες, ανθρώπους τρίτης ηλικίας και άτομα με αναπηρία,

με αρκετά μεγάλη επιτυχία. (ΚΕΔΕ, 2012). Οι φορείς της παροχής των υπηρεσιών αποτελούνται από:

α) Δήμους και Νομικά τους πρόσωπα

β) Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και

γ) κάθε είδους φυσικό ή νομικό πρόσωπο δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που αναπτύσσει νομίμως δραστηριότητες με σκοπό την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια ή συναφείς προς τις ανωτέρω δραστηριότητες.

### **2.1.2 Γενικός σκοπός του Προγράμματος**

Βασικός σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς και ανθρώπους με σημαντικές αναπηρίες στο δικό τους χώρο, η ψυχολογική και κοινωνική στήριξή τους, η διατήρηση μιας αξιοπρεπούς, ασφαλούς και υγιούς διαβίωσης, ούτως ώστε να μην χρειάζεται να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό ίδρυμα, αλλά να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους στον οικείο γι' αυτούς χώρο. (ΚΕΔΚΕ 2002)

### **2.1.3 Αρχές του Προγράμματος**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στηρίζεται και λειτουργεί έχοντας ως οδηγό τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις βασικές αρχές που αναφέρονται στους άμεσα ενδιαφερόμενους και έχουν γνωστοποιηθεί από γενικές διακηρύξεις. Για το λόγο αυτό μεγάλη σημασία έχει δοθεί στο να διατηρήσουν τα βασικά τους δικαιώματα και συγκεκριμένα να μπορούν:

- ✓ να ορίζουν οι ίδιοι την ποιότητα ζωής τους
- ✓ να ζουν σε αξιοπρεπέστατες συνθήκες στο σπίτι τους ή σε πλαίσια που εκείνοι επιθυμούν
- ✓ να μην χάνουν την ανεξαρτησία και την αυτάρκειά τους, την κοινωνική τους συμμετοχή και την δυνατότητα να επικοινωνούν με το κοινωνικό τους περιβάλλον
- ✓ να έχουν ίσες ευκαιρίες και ίσα δικαιώματα, εξασφαλισμένα από τους θεσμούς, ώστε να μη γίνονται αποδέκτες αποκλεισμών, περιορισμού και προκαταλήψεων
- ✓ να λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα μέσα από τις υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να είναι υγιείς και να ζουν με ασφάλεια
- ✓ να διαλέγουν αυτόνομα και να διεκδικούν τα μέσα με τα οποία θα βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (ΚΕΔΚΕ, 2002)

#### **2.1.4 Προσωπικό του Προγράμματος**

Κάθε μονάδα του προγράμματος απαρτίζεται από τους εξής επαγγελματίες:

- Έναν κοινωνικό λειτουργό που συντονίζει και οργανώνει το πρόγραμμα
- Ένα ή δυο νοσηλευτές
- Έναν έως τρεις οικογενειακούς βοηθούς (φροντιστές), οι οποίοι οφείλουν να

ασκούν κοινωνική εργασία στο πρόγραμμα και να συμβάλουν στη συνοχή των οικογενειών τους και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, με επιμέρους επιδιώξεις, καθήκοντα όπως αναφέρονται αναλυτικότερα παρακάτω.

#### **2.2 Ο Χαρακτήρας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και η Σύνδεσή του με την Κοινωνική Νοσηλευτική**

Αδιαμφισβήτητα, η κοινωνική νοσηλευτική παίζει καθοριστικό ρόλο στις υπηρεσίες υγείας, και ειδικότερα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στις οποίες οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν πολλές και υπεύθυνες αρμοδιότητες. Αυτό γιατί όπως υποστηρίζουν οι De Britto και Guirardello (2011), ο νοσηλευτής ως μέλος μιας ομάδας που ασχολείται με την παροχή και εξασφάλιση της υγείας είναι υπεύθυνος, τόσο για την προαγωγή της, όσο και για την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάστασή της υγείας σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό, τοπικό και κοινωνικό.

Για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα, όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, προβλέπεται η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενης από κοινωνικό λειτουργό (πτυχιούχο ΑΕΙ/ ΤΕΙ), νοσηλευτή (πτυχιούχο ΑΕΙ/ΤΕΙ ή βοηθό νοσηλευτή) και βοηθητικό προσωπικό (οικογενειακό βοηθό). Οι υπηρεσίες, οι οποίες διατίθεται από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στους πολίτες, αφορούν την συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη, τη νοσηλευτική φροντίδα, τις ιατρικές υπηρεσίες, τη φροντίδα του νοικοκυριού, την συντροφικότητα, πιθανές μικροαγορές που είναι απαραίτητες, την αποπληρωμή των μηνιαίων λογαριασμών, τη βοήθεια στην ατομική υγιεινή, τη συνοδεία στο νοσοκομείο, τη συνταγογράφηση φαρμάκων στους οικογενειακούς γιατρούς ή/και ποικίλες άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες. Οι εν λόγω παροχές υλοποιούνται με συχνές και προγραμματισμένες επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των ασθενών με συχνότητα (καθημερινή,

εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη) ανάλογη με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες τους (Polizoidis, 2008).

Πολλοί είναι εκείνοι στο χώρο της υγείας που πιστεύουν πως ο ασθενής θα πρέπει να επιχειρηματολογεί για τις απόψεις του σχετικά με την κατάσταση του και να παρέχει στο νοσηλευτή πολύτιμη πληροφόρηση, στην οποία μπορεί να βασιστεί οποιαδήποτε περαιτέρω επικοινωνία. Επιδέξια χρήση των ανοικτών ερωτήσεων και ενδυναμωμένη στρατηγική σε συνδυασμό με την ενεργητική ακρόαση και παρατήρηση, θα εξασφαλίσουν ότι ο νοσηλευτής είναι ικανός να προβεί σε ακριβή αξιολόγηση των ψυχολογικών και σωματικών αναγκών του ασθενή. Μια προσεκτική εικόνα μπορεί να βασιστεί τότε στην ικανότητα κατανόησης του ασθενή και του συγγενή, τι θέλουν να ξέρουν, τι πιστεύουν και πως αυτοί μπορούν να βοηθηθούν στο να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα τους (De Britto *et. al.*, 2011).

### **2.3 Παράγοντες που Επηρέασαν την Δημιουργία και Διαμόρφωση του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι - Δημογραφική Γήρανση και Άτυπη Φροντίδα της Οικογένειας**

Ορισμένες μελέτες προσπάθησαν να ταξινομήσουν τις χώρες σύμφωνα με τα καθεστάτα ευημερίας τους. Αυτές οι προσεγγίσεις έλαβαν από καιρό σε καιρό διάφορες κριτικές από τους φεμινιστές μελετητές και άλλους. Ωστόσο, οι συζητήσεις σχετικά με τα καθεστάτα κοινωνικής πρόνοιας δεν επικεντρώθηκαν ρητά στις στρατηγικές περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό, οι Bettio και Platenga (2004) υποστηρίζουν ότι μια διαφορετική τυπολογία ανακύπτει εάν η εστίαση μετατοπιστεί από τα πρότυπα πρόνοιας στα καθεστάτα περίθαλψης. Προτείνουν μια ταξινόμηση που ομαδοποιεί τις χώρες σε τέσσερις ομάδες. Η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία ανήκουν στην πρώτη ομάδα, στην οποία η διαχείριση της φροντίδας μεταβιβάζεται στην οικογένεια.

Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η φροντίδα των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία στη χώρα μας έχει χαρακτηριστεί ως "οικογενειακή υπόθεση" (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2009). Η δημόσια παροχή εξακολουθεί να παραμένει περιορισμένη και οι αναγκαίες ευθύνες φροντίδας εξαρτώνται από την οικογένεια. Το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας όλης της οικογένειας στην Ελλάδα έχουν οι γυναίκες, καθώς προσφέρουν άτυπα τα περισσότερα όσον αφορά την φροντίδα. Σύμφωνα με μια μελέτη για τα άτομα που φροντίζουν τους ευπαθείς ηλικιωμένους στην Ελλάδα, οι γυναίκες καταλαμβάνουν το ποσοστό 80,9% (Triantafillou *et. al.*, 2006).



Η φροντίδα των ηλικιωμένων έγκειται στα αβέβαια όρια της κοινωνικής φροντίδας. Τα όρια μεταξύ υγείας και κοινωνικής μέριμνας είναι δύσκολο να καθοριστούν. Ως απάντηση, μια διαδεδομένη τάση προς την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών προοδεύει σταδιακά. Τα όρια μεταξύ της παροχής κοινωνικής μέριμνας στους ηλικιωμένους και στα άτομα με αναπηρίες είναι επίσης ασαφή. Η φροντίδα των ηλικιωμένων παρέχεται από ένα τετράδα θεσμών - την οικογένεια, το κράτος, τον τρίτο τομέα και την αγορά - που διασυνδέουν και διαμορφώνουν τη μικτή οικονομία φροντίδας.

Σε αυτό το πλαίσιο, η παροχή φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα βρίσκεται στην άκρη μιας μεταβατικής εποχής. Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των ποσοστών απασχόλησης των γυναικών άσκησαν πίεση στο δημιουργούμενο μοντέλο παροχής υπηρεσιών. Η παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα - η κυρίαρχη τάση στον πολιτικό λόγο - προϋποθέτει την ενδυνάμωση των τοπικών αρχών ως παροχών υπηρεσιών και την αναβάθμιση του τρίτου τομέα ώστε να γίνει ενεργός παράγοντας στην παροχή υπηρεσιών. Ο δημόσιος τομέας αντί να είναι ο μόνος σημαντικός πάροχος θα πρέπει να θεωρείται ως ρυθμιστής του συνολικού συστήματος.

Ωστόσο, οι τοπικές αρχές έχουν αναπτύξει υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας κατά τρόπο κατακερματισμένο, ενώ ο ρόλος του τρίτου τομέα υπηρεσιών στην παροχή κοινωνικής μέριμνας έχει χαρακτηριστεί ως υπολειπόμενος. Παράλληλα, ωστόσο, τα διαθέσιμα κονδύλια της ΕΕ φαίνονται να επιτρέπουν την ανάπτυξη του ανεξάρτητου τομέα. Όσον αφορά τις υπηρεσίες της αγοράς, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν την ανάπτυξη μιας αγοράς φροντίδας, αλλά ταυτόχρονα η εργασία που παρέχεται από γυναίκες μετανάστες φροντιστές έχει οδηγήσει στη δημιουργία μιας αγοράς ανεπίσημης φροντίδας. Συνολικά, φαίνεται ότι οι αναδυόμενες τάσεις θα μπορούσαν να μεταβάλουν το πεδίο των συνιστωσών των συνιστωσών κοινωνικής πρόνοιας, να αναμορφώσουν τα όρια και να μετατρέψουν το χαρακτήρα παροχής υπηρεσιών σε υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους.

### **2.3.1 Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες**

Μια ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας περιγράφει τις διαφορές στον ορισμό των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Οι διάφοροι ορισμοί δεν είναι ιδεολογικά ουδέτεροι, αλλά αντικατοπτρίζουν διαφορετικές αντιλήψεις για το ρόλο που οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να έχουν σε μια δεδομένη κοινωνία. Η συζήτηση γίνεται κυρίως για την καθολικότητα ή την επιλεκτικότητα των υπηρεσιών.

Ένα άλλο συχνά εμφανιζόμενο ζήτημα κάνει αναφορά στο βαθμό στον οποίο οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες είναι διακριτές ή μέρος των σχετικών υπηρεσιών που παρέχονται στο πλαίσιο υπηρεσιών υγείας, απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας. Και πάλι υπάρχουν αντιφατικές απόψεις ως προς τον ορισμό που πρέπει να υιοθετηθεί.

Η λέξη κλειδί για την κατανόηση του όρου δεν είναι άλλη από τη λέξη "προσωπική". Αυτό δεν συνεπάγεται απλώς συνάντηση μεταξύ χρηστών και φορέων. Χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια επικοινωνία μεταξύ τους. Ο οργανισμός κάνει προσπάθεια να κατανοήσει και να δώσει μια ερμηνεία για τις ανάγκες του χρήστη και είναι διατεθειμένος να χρησιμοποιήσει την προσωπική του κρίση για την παροχή υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό, ο όρος αναφέρεται στην παροχή εξατομικευμένης περίθαλψης όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, που σχετίζεται με τις ειδικές ανάγκες και τις περιστάσεις του χρήστη, η οποία βασίζεται σε στενή σχέση μεταξύ των χρηστών και των υπηρεσιών κοινωνικών υπηρεσιών. Αυτός ο ορισμός, ωστόσο, δεν διακρίνει αναγκαστικά τις προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες από τις «κοινωνικές υπηρεσίες» γενικά.

Έχει υποστηριχθεί (Αμίτσης, 2001) ότι οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν τον «σκληρό πυρήνα» των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, δεδομένου ότι συνήθως αντιμετωπίζουν ορισμένες σύνθετες ανάγκες που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν απλώς με την παροχή παροχών σε χρήμα ή παροχών σε είδος. Στην ελληνική λογοτεχνία έχουν περιγραφεί προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες με τον όρο «κοινωνική βοήθεια υπό την περιορισμένη έννοια» ή «κοινωνικές υπηρεσίες υπό στενή έννοια» (Αμίτσης, 2001).

Αναφέρθηκαν στην παροχή στήριξης στους πιο μειονεκτούντες ή ευάλωτους που βρίσκονταν επίσης σε οικονομικές δυσκολίες, αντανακλώντας την περιθωριοποίηση της κοινωνικής βοήθειας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Συχνά άλλοι όροι, όπως οι "κοινωνικές υπηρεσίες" ή "υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας", έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά ως έχοντες περίπου την ίδια σημασία με τις προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες παρέχουν κοινωνική μέριμνα και προστασία κυρίως σε οικογένειες και παιδιά, νέους (σε προβλήματα), ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και σε άλλες ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού που κινδυνεύουν από τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η παροχή υποστήριξης, ωστόσο, αντιπροσωπεύει μόνο ένα μέρος των δραστηριοτήτων τους. Οι ευθύνες τους, όπως επισημαίνει και ο Baldock (2003), συχνά φαίνονται να είναι "μια σειρά από ανόμοιες κοινωνικές δραστηριότητες διάσωσης που απομένουν από τα άλλα μέρη του

συστήματος κοινωνικής πρόνοιας". Αυτό επιβεβαιώνει τη δυσκολία στην καταγραφή και ταξινόμησή τους.

Η Munday (2003), σε μια προσπάθεια αναθεώρησης των ευρωπαϊκών προσωπικών υπηρεσιών για μια έκθεση που συντάχθηκε για το Συμβούλιο της Ευρώπης, συνόψισε τις ευθύνες τους στις ακόλουθες δραστηριότητες: παροχή φροντίδας και υποστήριξης, προστασία, ρύθμιση, ανάπτυξη κοινότητας και οργάνωση περίθαλψης, κοινωνική ενσωμάτωση. Στη βρετανική βιβλιογραφία τέλος, οι «προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες» συνήθως αναφέρονται στο έργο των υπηρεσιών κοινωνικών υπηρεσιών των τοπικών αρχών και στο έργο του ανεξάρτητου τομέα (εθελοντικών και ιδιωτικών) οργανισμών. Στο πλαίσιο αυτό, συνδέονται στενά με την παροχή κοινωνικής φροντίδας σε συγκεκριμένες ομάδες χρηστών. Αυτό αντικατοπτρίζεται τόσο σε παλαιότερα όσο και σε πιο πρόσφατα εγχειρίδια κοινωνικής πολιτικής.

### **2.3.2 Κοινωνική Φροντίδα Ηλικιωμένων**

Συγκρίνοντας την βιβλιογραφία της Ευρώπης σχετικά με την κοινωνική φροντίδα παρατηρούμε να αναφέρεται κυρίως στις προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες και σε όλες εκείνες τις δραστηριότητες και την υποστήριξη που δίνουν η οικογένεια, οι φίλοι, γείτονες ή και εθελοντές (Munday 2003, Munday, 1996α).

Συχνά, όπως επισημαίνει ο Twigg (2003), η κοινωνική φροντίδα είναι αντίθετη με την ιατρική περίθαλψη, εννοώντας πως οι υπηρεσίες που ανήκουν σε αυτή δεν ανήκουν σε εκείνες της ιατρικής. Η κοινωνική φροντίδα απαρτίζεται κυρίως από κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και από οικογενειακούς βοηθούς και κοινωνικούς φροντιστές. Ωστόσο, είναι δύσκολο να διαχωριστεί η κοινωνική φροντίδα από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών καθώς χωρίζονται από μια λεπτή γραμμή. Για παράδειγμα, οι ευπαθείς ηλικιωμένοι ή τα άτομα με αναπηρίες έχουν ενταχθεί σε ανάγκες ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας.

Προκειμένου να μετατοπιστούν τα όρια μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, προέκυψε μια νέα τάση στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών: η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Όπως υποστηρίζεται σε μια έκθεση που προετοίμασε το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (2007), η ενσωμάτωση πρέπει να νοείται ως ένας γενικός όρος που καλύπτει διάφορες προσεγγίσεις ή μεθόδους που επιδιώκουν να επιτύχουν μεγαλύτερο συντονισμό και αποτελεσματικότητα μεταξύ των υπηρεσιών για να επιτύχουν, κυρίως, καλύτερα αποτελέσματα για τους χρήστες υπηρεσιών. Τα πλεονεκτήματα κόστους είναι επίσης

δυνατά. Υπό αυτή την έννοια, άλλες πρακτικές που στοχεύουν στο πρόβλημα του διαχωρισμού των υπηρεσιών είναι λιγότερο πλήρεις από την ολοκλήρωση, αλλά μπορούν να θεωρηθούν ως σημαντικά εργαλεία για την ολοκλήρωση των υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια, η κοινωνική φροντίδα σχετίζεται με την παροχή ειδικής μέριμνας στο πλαίσιο της κοινότητας μέσω της ενεργού συμμετοχής των τοπικών αρχών ως προς την παροχή σημαντικών υπηρεσιών και την ενίσχυση των τοπικών κοινωνικών δικτύων. Παράλληλα, αυτό συνεπάγεται και τον περιορισμό της φροντίδας των θεσμών. (Polizoidis, 2008).

Ο όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας, ο βαθμός δέσμευσης και οι ευθύνες των τοπικών αρχών, καθώς και ο ρόλος των άτυπων κοινωνικών δικτύων ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με την υπό εξέταση χώρα. Στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα ο ρόλος της αρχικής και δευτεροβάθμιας αρχής διακυβέρνησης στην παροχή κοινωνικής μέριμνας ήταν περιορισμένος και δεν κατέστη δυνατή η πραγματική ενοποίηση διαφόρων υπηρεσιών, διότι οι υπηρεσίες μακροχρόνιας περίθαλψης παρέχονταν σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα μέσω της περίθαλψης σε ιδρύματα. Έτσι ο ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας ήταν και εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά σημαντικός

Στο πλαίσιο του ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας, ο όρος κοινωνική μέριμνα εισήχθη με το Ν. 2646/1998 για την «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας». Η κοινωνική μέριμνα ορίζεται ως η «προστασία που παρέχεται σε άτομα ή ομάδες ανθρώπων μέσω προγραμμάτων πρόληψης ή αποκατάστασης και έχει ως στόχο τη δημιουργία ίσων ευκαιριών για αυτά τα άτομα ώστε να μπορούν να συμμετέχουν σε οικονομικό και κοινωνικό αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο. Θεμελιώδη προϋπόθεση για την επίτευξη των προαναφερθέντων αποτελεί η υποστήριξη της οικογένειας.

Ο ορισμός αυτός έχει δύο χαρακτηριστικά και τουλάχιστον μία αμφισβήτηση. Πρώτον, αναφέρεται στη συμμετοχή. Η συμμετοχή θεωρείται ευρέως ως κεντρική διάσταση της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού (Burchardt *et. al.*, 2002). Η ρητορική κοινωνικού αποκλεισμού υποστηρίζει γενικά τη δήλωση ότι μπορεί κάποιος να αποκλειστεί κοινωνικά, ακόμη και αν δεν στερείται υλικών (Hills, 2002). Υπό αυτή την έννοια, τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας θα έπρεπε να έχουν επικεντρωθεί όχι μόνο σε εκείνους που θεωρούνται φτωχοί (επειδή δεν διαθέτουν επαρκές εισόδημα), αλλά σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

Δεύτερον, αναφέρεται στο βιοτικό επίπεδο. Ωστόσο, η εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης, αντανακλά την επιλεκτικότητα μέσω δοκιμών μέσων και

στόχευσης σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Με αυτή την έννοια, τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας αφορούν μόνο εκείνους που δεν διαθέτουν επαρκές εισόδημα - όχι ολόκληρο τον πληθυσμό. Στην πράξη, το ελληνικό σύστημα κοινωνικής πρόνοιας χαρακτηρίζεται από το δεύτερο χαρακτηριστικό, δηλαδή το βιοτικό επίπεδο. Εκτός αυτού, δεν έχουν γίνει σχεδόν καθόλου βήματα προς την κατεύθυνση της δημιουργίας ενός εθνικού ενιαίου συστήματος που θα συνδυάζει την πρόληψη με την άμεση επέμβαση (Petmesidou, 2006). Συνεπώς η δημιουργία και συνέχιση προγραμμάτων σαν το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, από μέρους των Ελληνικών Αρχών, κρίνεται ιδιαίτερος αναγκαία.

## **2.4 Αρχές του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στις μέρες μας**

Στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ζουν μόνοι στο σπίτι τους ή με τα παιδιά τους. Αν έχουν ειδικές ανάγκες και προβλήματα υγείας, λαμβάνουν φροντίδα κυρίως από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, καθώς η οικογένεια συνεχίζει να έχει καθοριστική σημασία για την φροντίδα τους. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα φροντίδας, είναι κατά παράδοση λίγοι ([www.cityofathens.gr](http://www.cityofathens.gr)).

Ένας από τους κύριους λόγους για αυτό, είναι η ανεπάρκεια και η χαμηλή ποιότητα της θεσμοθετημένης φροντίδας αλλά και η περιφρόνηση πολλών ανθρώπων σε αυτό το είδος φροντίδας. Το Εθνικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε το 2002 και εξυπηρετεί ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες στα σπίτια τους με επισκέψεις 2-3 φορές την εβδομάδα. Το πρόγραμμα έχει συνολικά περίπου 3.600 υπαλλήλους στις δομές του σε όλη την Ελλάδα και μέχρι πριν από λίγα χρόνια εξυπηρετούσε περίπου 110000 δικαιούχους. Κάθε δομή αποτελείται από έναν νοσηλευτή, έναν βοηθό στο σπίτι και έναν κοινωνικό λειτουργό, ενώ σε πολλές από τις δομές υπάρχουν επίσης γιατροί και ψυχολόγοι. Τα τελευταία χρόνια η λειτουργία του είχε σχεδόν σταματήσει, εξαιτίας των οικονομικών προβλημάτων που υπέστη η χώρα.

### **2.4.1 Κοινωνικές Υπηρεσίες του Προγράμματος**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προσφέρει κοινωνικές υπηρεσίες, κυρίως πρωτοβάθμια φροντίδα σε άτομα τρίτης ηλικίας και άτομα με αναπηρία. Συγκεκριμένα παρέχει:

- Συμβουλευτική και ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη στους δικαιούχους και την οικογένεια.

- Παροχή καθημερινών υπηρεσιών, μέτρα κοινωνικής προστασίας και στήριξη.
- Νοσηλευτική φροντίδα, ασφάλεια και παρακολούθηση ζωτικών λειτουργιών.
- Εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος για βοήθεια στη φροντίδα των συγγενών τους
- Διευκόλυνση της επικοινωνίας και (ενδεχομένως) συνοδείας του ατόμου στα νοσοκομεία και τις υπηρεσίες.
- Οικιακές υπηρεσίες.
- Τέλος, προσφέρονται ανθρώπινες υπηρεσίες όπως συντροφικότητα και συνομιλία.

Οι υπηρεσίες αυτές δεν αποσκοπούν σε καμία περίπτωση στην αντικατάσταση της οικογενειακής φροντίδας (όταν είναι διαθέσιμη), αλλά μόνο στην παροχή βοήθειας και συμπλήρωσης υπηρεσιών υγείας. Με επίκεντρο την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων ίσης και αμερόληπτης μεταχείρισης των ατόμων με αναπηρία, το σχέδιο αυτό αντιμετώπισε τα κενά στις διατάξεις περί υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ του τομέα της υγείας και άλλων διαθέσιμων εναλλακτικών λύσεων για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία με μακροχρόνια φροντίδα ανάγκες των. Με χρηματοδοτική στήριξη από τον Ελληνικό Οργανισμό Τοπικής Ανάπτυξης και Διοίκησης, το έργο αυτό υλοποιήθηκε στο πλαίσιο ενός νέου πλαισίου πολιτικής το οποίο περιελάμβανε συμβάσεις για φορείς παροχής υπηρεσιών ΜΚΟ.

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" υποστήριξε άτομα με μακροχρόνιες ανάγκες φροντίδας, με επίκεντρο τα μερικώς ανεξάρτητα άτομα με αναπηρίες και τους ηλικιωμένους, πέραν εκείνων με κινητικές δυσκολίες και ειδικά προβλήματα. Ο αριθμός των δικαιούχων που επιτεύχθηκαν μέσω του τρέχοντος έργου περιελάμβανε 34 στην Αθήνα, 27 στον Πειραιά, 22 στο Μαρούσι, 14 στην Κύμη Εύβοια, 25 στη Θεσσαλονίκη, 122 στην Αλεξανδρούπολη, 157 στην Κομοτηνή και 10 στην Ξάνθη, συνολικά 411 άτομα ([www.cityofathens.gr](http://www.cityofathens.gr))

#### **2.4.2 Δομή του Προγράμματος**

Κάθε μονάδα υποστήριξης διοικείται από μια μικρή ομάδα επαγγελματιών, η οποία απαρτίζεται από έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν νοσηλευτή και έναν οικογενειακό βοηθό. Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το πρόγραμμα έχουν συμβουλευτικό και ψυχολογικό χαρακτήρα στήριξης, καθώς επίσης παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα και οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά με στόχο τη μείωση περιττών επισκέψεων σε

νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την αντικατάσταση ή συμπλήρωση άτυπης οικογενειακής στήριξης.

Η υποστήριξη που τους δόθηκε από την Ελληνική Κυβέρνηση, επέτρεψε να συνεχίσουν να ζουν στο σπίτι με αποδεκτή ποιότητα ζωής, προστατεύοντας έτσι μια σημαντική πτυχή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Προτεραιότητα δόθηκε σε εκείνους που ζουν μόνοι τους, σε εκείνους που δεν έχουν πλήρη οικογενειακή υποστήριξη και σε εκείνους που δεν έχουν τη δυνατότητα οικονομικά να είναι δέκτες παρόμοιων υπηρεσιών ([www.cityofathens.gr](http://www.cityofathens.gr)).





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

#### 3.1 Τα οφέλη της χρήσης των Κοινωνικών Μέσων ως Τεχνική του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας για την Προώθηση στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» - Επαγγελματική Δικτύωση

Οι πιο δημοφιλείς δικτυακοί τόποι κοινωνικών μέσων για τους γιατρούς, είναι εκείνοι στους οποίους μπορούν να συμμετέχουν σε διαδικτυακές κοινότητες, να ακούν εμπειρογνώμονες και να έχουν επικοινωνία με συναδέλφους σχετικά με θέματα ασθενών (Awa, Eze, 2013). Η χρήση των κοινωνικών μέσων από τους φαρμακοποιούς επίσης, επικεντρώνεται συχνά στην επικοινωνία με τους συναδέλφους. Οι πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης που χρησιμοποιούνται για την επαγγελματική δικτύωση είναι συχνά αποκλειστικά προσβάσιμες και καλύπτουν ειδικά τους ανθρώπους που ανήκουν σε αυτά τα επαγγέλματα. Εκτός από τα κλινικά θέματα, οι συζητήσεις σε αυτές τις ιστοσελίδες καλύπτουν ποικίλα ζητήματα σχετικά με την ηθική, την πολιτική, την βιοστατιστική και την πρακτική διαχείριση που αντιμετωπίζουν στο εργασιακό τους περιβάλλον οι επαγγελματίες υγείας.

##### 3.1.1 Επαγγελματική Εκπαίδευση

Οι δυνατότητες επικοινωνίας που παρέχονται από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, χρησιμοποιούνται επίσης για τη βελτίωση της κλινικής εκπαίδευσης των ιατρών και νοσηλευτών. Ο υψηλός βαθμός χρήσης των κοινωνικών μέσων από 18 έως 29 ετών έχει παρακινήσει την προσαρμογή των κλινικών προγραμμάτων σπουδών ώστε να αντανακλούν τις μεταβαλλόμενες συνήθειες και τον πολιτισμό των εισερχόμενων φοιτητών (Astuti, Nagase, 2014).

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη χρήση εργαλείων κοινωνικών μέσων ενημέρωσης για την ενίσχυση της κατανόησης της επικοινωνίας, του επαγγελματισμού και της ηθικής των κλινικών φοιτητών. Τα πανεπιστήμια χρησιμοποιούν επίσης κοινωνικά μέσα για την πρόσληψη φοιτητών, την αύξηση της πρόσβασης σε ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες και τη δημιουργία διαδραστικών αιθουσών διδασκαλίας, καθώς και άλλες μοναδικές εμπειρίες μάθησης (Astuti, Nagase, 2014).

Οι ηλεκτρονικές πλατφόρμες κοινωνικών μέσων έχουν επίσης επηρεάσει την εκπαιδευτική εμπειρία των νοσηλευτών. Μία έρευνα αναφέρει ότι το 53% των νοσηλευτικών σχολών χρησιμοποιούν αυτά τα εργαλεία. Για παράδειγμα, το Twitter χρησιμοποιήθηκε για να ενισχύσει τις δεξιότητες κλινικής λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών σε κρίσιμες αποφάσεις (Astuti, Nagase, 2014). Οι χώροι κοινής χρήσης μέσων όπως το YouTube μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν στην τάξη για να τονωθεί η συζήτηση, να επεξηγηθεί ένα σημείο ή να ενισχυθεί μια έννοια (Astuti, Nagase, 2014).

### **3.1.2 Προώθηση του Οργανισμού**

Οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των συστημάτων υγείας, των επαγγελματικών εταιρειών, των φαρμακευτικών εταιρειών, των ομάδων υπεράσπισης ασθενών και των εταιρειών παροχής υπηρεσιών φαρμακείου, χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για πολλούς σκοπούς (Awa, Eze, 2013). Οι χρήσεις περιλαμβάνουν την επικοινωνία με την κοινότητα και τους ασθενείς σε ένα πρόγραμμα όπως το Βοήθεια στο Σπίτι. Εκτιμάται ότι το 70% των αμερικανικών οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν τα κοινωνικά μέσα, με το Facebook, το Twitter και το YouTube να είναι τα πιο δημοφιλή. Τα Blogs χρησιμοποιούνται επίσης από πολλά ιατρικά κέντρα και νοσοκομεία καθώς και οργανισμούς υπηρεσιών υγείας σε ηλικιωμένους.

Το ποσοστό των κοινωνικών μέσων που υιοθετούν οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται επίσης. Τα κοινωνικά μέσα επιτρέπουν επίσης στα φαρμακεία να επικοινωνούν ταυτόχρονα με μεγάλες ομάδες πελατών, να διεξάγουν έρευνες και να επιτρέπουν στους ασθενείς να αισθάνονται ότι αποτελούν μέρος μιας κοινότητας φαρμακείων. Πολλά φαρμακεία στηρίζονται σε αυτά και δουλεύουν μέσω κοινωνικών δικτύων προσεγγίζοντας τους πελάτες τους σχετικά με προϊόντα, υπηρεσίες, εκπτώσεις, νέα γεγονότα και πληροφορίες για την υγεία.

### **3.1.3 Φροντίδα ασθενούς σε Διαδικτυακή Βάση**

Πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι γιατροί έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται για την αλληλεπίδραση με ασθενείς σε online βάση (Awa, Eze, 2013). Μερικοί γιατροί χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, συμπεριλαμβανομένων των Twitter και Facebook, για να ενισχύσουν την επικοινωνία με τους ασθενείς. Περίπου το 60% των γιατρών βρέθηκε να ευνοεί την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς μέσω των κοινωνικών

μέσων ενημέρωσης με σκοπό την παροχή εκπαίδευσης και παρακολούθησης της υγείας των ασθενών και για την ενθάρρυνση των αλλαγών συμπεριφοράς και της συμμόρφωσης με τα ναρκωτικά, με την ελπίδα ότι αυτές οι προσπάθειες θα οδηγήσουν σε «καλύτερη εκπαίδευση, αυξημένη συμμόρφωση και καλύτερα αποτελέσματα (Awa, Eze, 2013).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η ηλεκτρονική επικοινωνία με τους ασθενείς σε ένα Πρόγραμμα όπως το Βοήθεια στο Σπίτι, μπορεί να βελτιώσει την περίθαλψη και τα αποτελέσματα της υγείας τους. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι η συμπληρωματική ηλεκτρονική επικοινωνία δίνει έμφαση στις συμβουλές των ιατρών και βελτιώνει την προσήλωσή τους σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Μπορεί επίσης να βελτιώσει την ικανοποίηση του ασθενούς, αυξάνοντας το χρόνο που δαπανάται μέσω της επικοινωνίας με τους θεράποντες ιατρούς και απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις.

### **3.2 Η Έννοια και τα Χαρακτηριστικά της Εξωτερικής Επικοινωνίας ως Μέθοδος Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας**

Η ενότητα αυτή επικεντρώνεται στην εξωτερική επικοινωνία ως μέθοδος μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας για την προώθηση του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι. Η εξωτερική επικοινωνία είναι η επικοινωνία της οργάνωσης που απευθύνεται σε εξωτερικούς φορείς, η οποία είναι απαραίτητη για την οργάνωση. Ένα παράδειγμα εξωτερικής επικοινωνίας είναι οι δημόσιες σχέσεις (PR) ή η διαχείριση σχέσεων. Συχνά, οι δημόσιες σχέσεις σχετίζονται με τη διαχείριση σχέσεων (Ihlen, 2005). Ομοίως, ο Hutton (1999) όρισε τις δημόσιες σχέσεις ως «διαχειριζόμενες στρατηγικές σχέσεις». Σε γενικές γραμμές, αυτό μπορεί να γίνει με τη βοήθεια διαπροσωπικών επικοινωνιών, ιστοσελίδων, δημοσιεύσεων, εμπορικών συναλλαγών, προγράμματα εταιρικής ταυτότητας και τα εταιρικά διαφημιστικά προγράμματα.

Θεωρείται ότι τα κοινωνικά μέσα είναι επίσης καλές πλατφόρμες για τη διαχείριση των οργανωτικών σχέσεων. Τα επιθυμητά αποτελέσματα της διαχείρισης σχέσεων είναι αμοιβαία ωφέλιμες σχέσεις. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι αυτές οι σχέσεις είναι απαραίτητες για έναν οργανισμό, αφού είναι απαραίτητες για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων (Berthon *et. al.*, 2012). Έτσι, η διαχείριση σχέσεων είναι ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς επειδή δημιουργεί και διατηρεί ευεργετικές σχέσεις. Επιπλέον, ο Ihlen (2005) υποστηρίζει ότι αυτές οι σχέσεις μπορούν να ονομαστούν ως το κοινωνικό κεφάλαιο της οργάνωσης.

Επιπλέον, οι Fombrun και Van Riel (2004) ισχυρίζονται ότι οι πληροφορίες που λαμβάνουν οι ενδιαφερόμενοι από τρίτους σχετικά με το πώς μια οργάνωση υγείας θα

σχηματίζει τη φήμη αυτού του οργανισμού ( Friemel, 2014). Θεωρείται ότι τα κοινωνικά μέσα δίνουν την ευκαιρία να δώσουν μια γρήγορη αντίδραση εάν είναι απαραίτητο όποτε η οργάνωση καλύπτεται από τα μέσα ενημέρωσης, ειδικά εάν η κάλυψη είναι αρνητική. Οι Roberts & Dowling (2002) υποστηρίζουν ότι οι οργανώσεις με ευνοϊκή φήμη έχουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Ως εκ τούτου, η καλή εξωτερική επικοινωνία είναι απαραίτητη για έναν οργανισμό.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για την επικοινωνία και τη διαχείριση των σχέσεων, όπως πρόσωπο με πρόσωπο, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, τηλέφωνο, φυλλάδια, τηλεδιάσκεψη και τα τελευταία εργαλεία επικοινωνίας. Τα κοινωνικά μέσα επιτρέπουν την κοινωνική αλληλεπίδραση και ως εκ τούτου δημιουργούν σχέσεις. Ο Seraj (2012) υποστηρίζει ότι τα κοινωνικά μέσα ενημέρωσης είναι μια εναλλακτική λύση για την πραγματική ζωή, επειδή δίνουν τη δυνατότητα για επικοινωνία, κοινωνικοποίηση και χαλάρωση. Επιπλέον, οι πλατφόρμες των κοινωνικών μέσων έχουν τη δυνατότητα να διαχέουν γρήγορα και να ανταλλάσσουν πληροφορίες (Lovejoy, Saxton, 2012).

### **3.3 Κοινωνικά Μέσα Ενημέρωσης και Βιομηχανία Υγειονομικής Περίθαλψης**

Σύμφωνα με το «Health 2.0-The Update» του UMC St Radboud (2011), ο αριθμός των ανθρώπων στην Ευρώπη ολοένα και μεγαλώνει. Κατά συνέπεια, η ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», αυξάνεται επίσης. Αυτές οι εξελίξεις δημιουργούν μεγάλες προκλήσεις για τον κλάδο της υγείας. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης θα αυξηθεί, ενώ η κυβέρνηση περιορίζει τη βιομηχανία αυτή.

Αυτή η κατάσταση πρέπει να βελτιωθεί, διότι είναι εύλογα αποτελέσματα. μειωμένη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ή καθίσταται μη προσβάσιμη για ορισμένους ανθρώπους. Τα κοινωνικά μέσα ενημέρωσης ενδέχεται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, τα κοινωνικά μέσα καθίστανται σημαντικό μέρος του μάρκετινγκ στον κλάδο της υγείας (Gerstner, Sonntag, 2013).

Θεωρείται ότι 8 στους 10 ανθρώπους, που χρησιμοποιούν ενεργά το Διαδίκτυο, είναι επίσης χρήστες κοινωνικών μέσων. Επιπλέον, φαίνεται πως οι άνθρωποι έχουν την τάση να ψάχνουν πληροφορίες στο διαδίκτυο σχετικά με την ιατρική όλο και περισσότερο. Ακόμη, η συμπεριφορά του ασθενούς αλλάζει. Δεν χρειάζεται πλέον να πάνε στο πλησιέστερο ίδρυμα υγείας. Ο ασθενής είναι καλά ενημερωμένος για όλες τις προσφορές των οργανισμών στον τομέα της υγείας, εν μέρει λόγω των αναθεωρήσεων στα κοινωνικά

μέσα (Gerstner, Sonntag, 2013). Εξάλλου, υποστηρίζεται ότι οι άνθρωποι «βασίζονται επίσης στο Διαδίκτυο για βοήθεια με τις αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης» (Sarasohn-Kahn, 2008).

Επιπλέον, τα κοινωνικά μέσα είναι πλατφόρμες όπου οι ασθενείς μπορούν να συνδεθούν με άλλους ασθενείς και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Κατά συνέπεια, τα κοινωνικά μέσα μετασχηματίζονται σε συστήματα υποστήριξης και παροχής πληροφοριών και τελικά μπορεί να βελτιώσουν την υγεία των ασθενών. Σύμφωνα με το «Health 2.0 The Update» του UMC St Radboud (2011), οι σχέσεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας βελτιώνονται, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ των ίδιων των επαγγελματιών του τομέα υγείας (Korhonen *et. al.*, 2012). Τα κοινωνικά μέσα είναι σημαντικά εργαλεία σε αυτή τη διαδικασία, επειδή επιτρέπουν την αλληλεπίδραση. Η μελέτη αποκαλύπτει ότι οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης γίνονται ενθουσιώδεις για τα κοινωνικά μέσα και όλο και περισσότεροι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης ασχολούνται ενεργά με τα κοινωνικά μέσα.

Σήμερα, υποστηρίζεται ότι οι χώρες προσπαθούν όλο και περισσότερο να αναπτύξουν συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή. Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί μέρος μιας στροφής που επικεντρώνεται όλο και περισσότερο στα τελευταία χρόνια, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ενσωμάτωσης των αναγκών και των προοπτικών των ασθενών στην παροχή φροντίδας (Rozenblum, Bates, 2013). Αυτό επιτυγχάνεται με την τόνωση των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στην ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας (Kamphuis *et. al.*, 2012, Crawford *et. al.*, 2002).

Πράγματι, σύμφωνα με τους Helderman *et. al.* (2005), η ολλανδική κυβέρνηση διαπίστωσε ότι η συμμετοχή των ασθενών στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα, είναι πολύ σημαντική. Είναι προφανές ότι τα κοινωνικά μέσα δικτύωσης ενδέχεται να είναι επαρκείς πλατφόρμες για να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, τα κοινωνικά μέσα είναι κατάλληλες πλατφόρμες επικοινωνίας για την προώθηση της δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, η χρήση πλατφόρμων κοινωνικών μέσων για εκστρατείες όπως για το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», θα αυξήσει την εμβέλεια αυτών των εκστρατειών, λόγω της δημοτικότητας των κοινωνικών μέσων μεταξύ των ανθρώπων (Chou *et.al.*, 2009). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την ενημέρωση περισσότερων ατόμων για σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την υγεία, μέσω της χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για εκστρατείες δημόσιας υγείας. Επιπλέον, τα

μηνύματα δημόσιας υγείας διαδίδονται ταχύτερα μέσω των κοινωνικών μέσων και βελτιώνεται η λειτουργική παιδεία για την υγεία.

Εκτός από τη συμμετοχή των ασθενών, τα κοινωνικά μέσα προσφέρουν πολλές ευκαιρίες στον κλάδο της υγείας. Ωστόσο, σήμερα, πολλές από αυτές τις πληροφορίες μπορούν να βρεθούν μέσω ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης. Για παράδειγμα, οι γιατροί μπορούν να μεταφορτώσουν βίντεο σχετικά με ορισμένα ιατρικά θέματα στο YouTube ή επαγγελματίες του κλάδου της υγείας να χρησιμοποιούν ιστολόγια για την ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών και εκπαίδευσης (Subramoniam & Sadi, 2010). Επιπλέον, η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να αυξηθεί όταν οι οργανώσεις αυτού του κλάδου χρησιμοποιούν ενεργά τα κοινωνικά μέσα για να επιταχύνουν την επικοινωνία και να παρέχουν πληροφορίες στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Van de Belt *et. al.*, 2012).

Εν ολίγοις, η κοινωνία της υγειονομικής περίθαλψης όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», μπορεί να επωφεληθεί από τα κοινωνικά μέσα, επειδή επιτρέπει την αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Συνεπώς, τα κοινωνικά μέσα καθίστανται συστήματα υποστήριξης και παροχής πληροφοριών και τελικά μπορεί να βελτιώσουν την υγεία των ασθενών.

Πολλές οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι ασαφείς σχετικά με τον τρόπο ενσωμάτωσης των κοινωνικών μέσων μαζικής ενημέρωσης στις εκστρατείες μάρκετινγκ τους και φοβούνται τους κανονισμούς HIPAA που επηρεάζουν την ιδιωτικότητα των ασθενών. Ευτυχώς, αυτά τα εμπόδια είναι εύκολο να ξεπεραστούν με την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών επικεντρωμένων στην προστασία της ιδιωτικής ζωής των ασθενών. Το γεγονός είναι ότι τα κοινωνικά μέσα δεν είναι πλέον μια επιλογή για τους εμπόρους υγειονομικής περίθαλψης - προκειμένου να συμμετάσχουν με ασθενείς σε πλατφόρμες που χρησιμοποιούν, η κοινωνική πρέπει να αποτελεί μέρος της γενικής στρατηγικής ψηφιακού μάρκετινγκ.

### **3.4 Οι Λύσεις Ηλεκτρονικής Υγείας ως Εργαλείο Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες σε έναν αυξανόμενο, χρονίως πληθυσμό με διάφορες νόσους σε περιβάλλον μειωμένης χρηματοδότησης και λιγότερους νοσηλευτές και κλινικό προσωπικό (Karunanithi, 2007). Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε περισσότερη μεταχείριση από το θεσμικό περιβάλλον και μέσα στην κοινότητα (Karunanithi, 2007). Η τεχνολογία ηλεκτρονικής υγείας, είναι μια

από τις πρωτοβουλίες που έχουν εφαρμόσει οι επαρχίες και οι περιοχές για τη βελτίωση της παραγωγικότητας, τη μείωση των γενικών εξόδων και την παροχή υπηρεσιών προστιθέμενης αξίας σε αυτές τις κοινότητες (CIHI, 2015).

Τι είναι όμως η ηλεκτρονική υγεία και πως εξηγείται στις μέρες μας αλλά κυρίως πως μπορεί να βοηθήσει στη προώθηση κοινωνικών οργανισμών όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»; Στο πλαίσιο αυτό σημειώνεται πως τον Ιανουάριο του 2005, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ενέκρινε ψήφισμα για την ηλεκτρονική υγεία (e Health), όπου η «ηλεκτρονική υγεία» ορίστηκε ως «οικονομική και ασφαλή χρήση τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών για την υποστήριξη των τομέων υγείας, τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, την επιτήρηση της υγείας, την υγειονομική βιβλιογραφία και την εκπαίδευση για την υγεία (ΠΟΥ, 2005, παράγραφος 2). Τυπικά, οι τεχνολογίες ηλεκτρονικής υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις ευρείς τομείς:

- 1) διαχείριση δεδομένων
- 2) διαγνωστική υποστήριξη
- 3) παράδοση φροντίδας σε απόσταση (Black *et. al.*, 2010).

Η εφαρμογή πρωτοβουλιών ηλεκτρονικής υγείας διεθνώς, επικεντρώνεται στο ηλεκτρονικό αρχείο υγείας το οποίο επιτρέπει την ανταλλαγή πληροφοριών για τους ασθενείς μεταξύ των παροχών υγειονομικής περίθαλψης εντός και εκτός του νοσοκομείου, στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και στις εγκαταστάσεις φροντίδας κατ 'οίκον. Για παράδειγμα, το 2011, η канаδική κυβέρνηση δημιούργησε το Canada Health Infoway και από τότε χορήγησε 2,1 δισεκατομμύρια δολάρια για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός ηλεκτρονικού συστήματος ιατρικών αρχείων και συστημάτων τηλεϊατρικής και δημόσιας υγείας (Canada Health Infoway, 2015).

Η ηλεκτρονική υγεία λοιπόν επιτρέπει στα νοσοκομεία και σε οργανισμούς όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, να διαχειρίζονται τη διαχείριση ασθενών, τα εργαστηριακά πληροφοριακά συστήματα, τις ενδο-νοσοκομειακές επικοινωνίες και να παρέχουν προγράμματα τηλεϊατρικής. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία (EMR) μειώνουν τον αριθμό των διπλών εξετάσεων και των ανεπιθύμητων ενεργειών, βελτιώνουν τα αποτελέσματα της υγείας και την ασφάλεια των ασθενών μέσω της προληπτικής φροντίδας και της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών (Friemel, 2014).

Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το eHealth επιτρέπει στους επαγγελματίες να διαχειρίζονται ιατρικά αρχεία ασθενών και ιατρών και επιτρέπει στους φαρμακοποιούς να συνταγογραφούν φάρμακα ηλεκτρονικά. Στην κοινότητα (δηλαδή στις κατοικίες ασθενών) οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι σε θέση να παρακολουθούν εξ αποστάσεως τα συστήματα χορήγησης φαρμάκων και τα συστήματα παρακολούθησης ασθενών και να εκτελούν τηλεπισκόπιση.

Η ηλεκτρονική υγεία πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη πρόσβαση, μεγαλύτερη ποιότητα φροντίδας και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Health Canada, 2010). Ορισμένες άλλες πρωτοβουλίες για την ηλεκτρονική υγεία έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα, όπως το λογισμικό κοινής χρήσης πολυμέσων (wiki, podcasts, κοινή χρήση βίντεο κ.λπ.) και τα εργαλεία τηλεδιάσκεψης (δηλαδή το Skype) που επέτρεψαν στους ασθενείς να επικοινωνούν αμφίδρομα με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι πρωτοβουλίες απαιτούν ελάχιστη τεχνική κατανόηση και επικεντρώνονται κυρίως στους τομείς της διαχείρισης χρόνιων νόσων και της απομακρυσμένης πρόσβασης (Stellefson *et. al.*, 2013).

Η ηλεκτρονική υγεία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στον τομέα της δημόσιας υγείας στην προώθηση της υιοθέτησης της προστασίας της υγείας και της προώθησης της αλλαγής της συμπεριφοράς. Ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας του Καναδά (PHAC) (2014), ανέφερε ότι με τη χρήση μεθόδων βασισμένων στο διαδίκτυο, με βάση το κινητό και υπολογιστή, οι κλινικοί ιατροί μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν ποικίλα θέματα υγείας, όπως διατροφή, παχυσαρκία, την προώθηση της υγείας και της ανοσοποίησης, τη μείωση του καπνίσματος και της χρήσης ουσιών, μεταξύ άλλων ζητημάτων τρόπου ζωής.

Οι οργανισμοί δημόσιας υγείας έχουν επίσης βρει επιτυχία χρησιμοποιώντας πρωτοβουλίες ηλεκτρονικής υγείας στην εκπαίδευση και την επιτήρηση της υγείας μέσω της χρήσης δικτύων κοινωνικής δικτύωσης (PHAC, 2014). Η ίδια η φύση των κοινωνικών μέσων ενημέρωσης ως μέσου ικανής αμφίδρομης επικοινωνίας επιτρέπει στους οργανισμούς δημόσιας υγείας να μεταδίδουν πληροφορίες σχετικές με την υγεία και μέσω της χρήσης διαδραστικών συσκευών, μπορεί να εξασφαλίσει ότι τα μηνύματα πλησιάζουν τον επιδιωκόμενο στόχο. Η παρακολούθηση, η συλλογή και η ανάλυση των κοινωνικών μέσων από τους οργανισμούς υγείας για τον εντοπισμό πιθανών κρίσεων στην υγεία, καθώς αναπτύσσονται στην κοινότητα, μπορεί να λειτουργήσει ως σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης για εστίες (δηλαδή, γρίπη, ελονοσία κ.λπ.).



Παρά τα πολλά αναφερθέντα και υποτιθέμενα οφέλη της ηλεκτρονικής υγείας, υπάρχουν επίσης μερικές σημαντικές προκλήσεις για την αποτελεσματική εφαρμογή του συστήματος. Καθώς η ποσότητα των προσωπικών πληροφοριών γίνεται πιο διαθέσιμη, υπάρχει εγγενής κίνδυνος κακής χρήσης, παραβίασης της ιδιωτικής ζωής και πιθανότητα απώλειας εμπιστευτικότητας. Πρέπει να υπάρχουν συστήματα ασφαλείας και ρυθμιστικές διαδικασίες και έλεγχοι, προκειμένου να αποφευχθεί κάθε παραβίαση των προσωπικών πληροφοριών για την υγεία. Πρέπει επίσης να υπάρξει ένα σύνολο κοινών πρωτοκόλλων επικοινωνίας που θεσπίζονται για την σωστή αναζήτηση και διανομή δεδομένων (Neokleous *et. al.*, 2014).

Η νομοθεσία και η αδειοδότηση πρέπει να αναθεωρηθούν με στόχο να δοθεί η δυνατότητα στους κλινικούς ιατρούς να παρέχουν φροντίδα σε διάφορες δικαιοδοσίες και να αποκτούν σαφή εξουσιοδότηση και συγκατάθεση από τα ενδιαφερόμενα μέρη, προστατεύοντας παράλληλα την ιδιωτική ζωή ( Friemel, 2014).

Πρέπει επίσης να υπάρξουν προγράμματα προσβασιμότητας και εκπαίδευσης όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν παραμένουν όσοι δεν έχουν τους πόρους, τις δεξιότητες ή τη διάθεση να συμμετάσχουν στις πρωτοβουλίες eHealth (Neokleous, *et. al.*, 2014). Η χρήση τεχνολογιών ηλεκτρονικής υγείας απαιτεί ένα επίπεδο γραμματισμού που πολλοί, τόσο στο πλαίσιο του συστήματος υγείας όσο και στο ευρύ κοινό, ενδέχεται να μην διαθέτουν. Εάν οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν ένα εργαλείο ηλεκτρονικής υγείας στους ασθενείς χωρίς να διασφαλίσουν ότι ο ασθενής καταλαβαίνει πώς να κάνει χρήση της τεχνολογίας τότε η αποτελεσματικότητα της τεχνολογίας μειώνεται αναγκαστικά ( Friemel, 2014).

Καθώς οι περισσότερες τεχνολογίες ηλεκτρονικής υγείας δημιουργούνται από τρίτους, ιδιώτες, προγραμματιστές, οι κυβερνήσεις συχνά καλούνται να δεσμεύσουν ποσά υγειονομικής περίθαλψης σε αναδυόμενες και μη αποδεδειγμένες τεχνολογίες, με ελάχιστη βεβαιότητα ότι η πρωτοβουλία θα είναι επιτυχής. Επίσης, οι τεχνολογίες συχνά στερούνται ενός αξιολογικού πλαισίου το οποίο θα τους επιτρέψει να αξιολογήσουν εάν πέτυχε ή απέτυχε μια συγκεκριμένη τεχνολογία (Lewis *et. al.*, 2012).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1 Σκοπός της έρευνας

Η συλλογή, επεξεργασία και μελέτη δεδομένων σχετικά με την ανάλυση και συζήτηση των παραγόντων που παίζουν καθοριστικό ρόλο στο μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Η συγκεκριμένη έρευνα, διεκπεραιώνεται από την χρήση των βιβλιογραφικών δεδομένων για την εφαρμογή του μάρκετινγκ στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση ερωτηματολογίων προς 50 άτομα που εργάζονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

#### 4.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας, αναφέρονται σχετικά στα εξής στοιχεία:

- Τα έτη προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα επηρεάζουν τις απόψεις των εργαζόμενων για το αν η διοίκηση υποστηρίζει την ομαδική εργασία.
- Το φύλο επηρεάζει τις απόψεις των εργαζόμενων για το αν οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.
- Η ηλικία επηρεάζει τις απόψεις των εργαζόμενων για το αν οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα.

#### 4.3 Δείγμα της έρευνας

Στο δείγμα της έρευνας, αναφορικά με την ηλικία το 64% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 36% άνδρες. Το 56% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας από 35-44 χρονών, το 40% από 45-54 ετών και το υπόλοιπο 4% από 25-34 χρονών. Σχετικά με την μόρφωσή τους, το 66% των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημιακής/Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, το 32% απόφοιτοι ΙΕΚ, ενώ μόλις 2% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου. Ακόμη, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν κοινωνικοί λειτουργοί καταλαμβάνοντας το 50% του συνόλου, το 46% νοσηλευτές και το υπόλοιπο 4% είχαν άλλη επαγγελματική ιδιότητα.

Επίσης το 58% των ερωτηθέντων είχαν πάνω από 11 χρόνια προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα, το 18% από 7-10 χρόνια, το 14% από 0-2 χρόνια και το υπόλοιπο 10% από

3-6 χρόνια. Σχετικά με τις συμβάσεις απασχόλησης που είχαν, το 54% των ερωτηθέντων είναι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης, το 42% είχαν σύμβαση ορισμένου χρόνου και το υπόλοιπο 4% ήταν έκτακτο προσωπικό ενώ από την άλλη μεριά το 46% των ερωτηθέντων εργάζονταν ως νοσηλευτές, άλλο ένα ίδιο ποσοστό εργάζονταν ως κοινωνιολόγοι και το υπόλοιπο 8% ως κοινωνικοί λειτουργοί.

#### **4.4 Τρόπος Συλλογής Δεδομένων**

Στη παρούσα εργασία, επιλέγεται η ποσοτική έρευνα γιατί μελετάται ένα ευαίσθητο ζήτημα για την κοινωνία.

Οι δημοσιεύσεις που έχουν γίνει για το συγκεκριμένο θέμα είναι επί το πλείστον από το εξωτερικό, καθώς δεν έχουν γίνει αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα που να επιτρέπουν να στηριχτεί η θεωρητική ανασκόπηση και ανάλυση της περίπτωσης που εξετάζεται.

Από την άλλη μεριά, η δευτερογενής έρευνα βασίζεται σε επιστημονικά συγγράμματα που αναλύουν την περίπτωση της μελέτης και ανάλυσης των παραγόντων που παίζουν καθοριστικό ρόλο στο μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», καθώς επίσης και από επίσημες εφημερίδες και περιοδικά και από οποιαδήποτε βιβλιοθήκη ήταν εφικτή η πρόσβαση. Τέλος, σημειώνεται πως τα εν λόγω κείμενα και πηγές που χρησιμοποιούνται στο κείμενο, επιλέχθηκαν βάση των σημαντικών πληροφοριών που προσφέρουν.

Η περίοδος κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η ανωτέρω έρευνα, αναφέρεται τον μήνα Ιούνιο έως και τον Αύγουστο του 2019. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως οι έρευνες αναφέρονται στην τελευταία δεκαπενταετία, δηλαδή από το έτος 2000 έως και σήμερα, με σκοπό να είναι πιο επιστημονικές αλλά κυρίως όσο το δυνατόν πιο πρόσφατα και ανανεωμένα τα αποτελέσματα τα οποία προσφέρουν.

#### **4.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων**

Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων, γίνεται με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS No.22 στο οποίο καταχωρούνται όλες οι ερωτήσεις και απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, ακολούθως γίνεται η περιγραφική ανάλυση αυτών και τέλος απαντώνται μέσω κατάλληλα στατιστικών μελετών, όλες οι ερευνητικές ερωτήσεις και υποθέσεις της εν λόγω εργασίας με τη χρήση των στατιστικών εργαλείων X2.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕΣΩ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

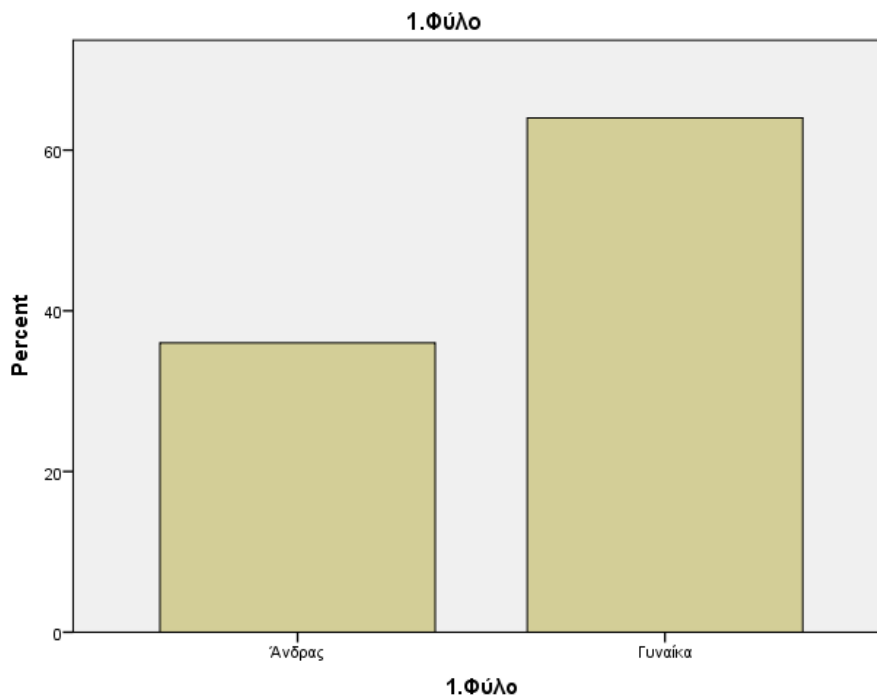
#### 5.1 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας

##### Ερώτηση 1

Το 64% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 36% ήταν άνδρες.

Πίνακας 5.1: Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	18	36,0	36,0	36,0
Γυναίκα	32	64,0	64,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



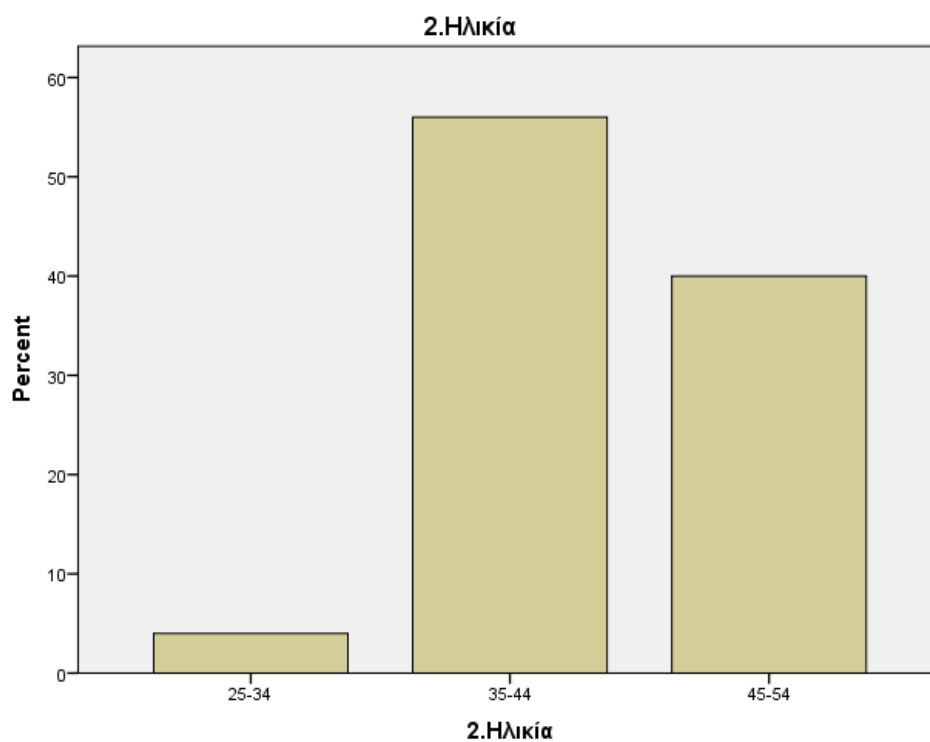
Διάγραμμα 5.1: Φύλο

## **Ερώτηση 2**

Το 56% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας από 35-44 χρονών, το 40% από 45-54 ετών και το υπόλοιπο 4% από 25-34 χρονών.

**Πίνακας 5.2: Ηλικία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25-34	2	4,0	4,0	4,0
35-44	28	56,0	56,0	60,0
45-54	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



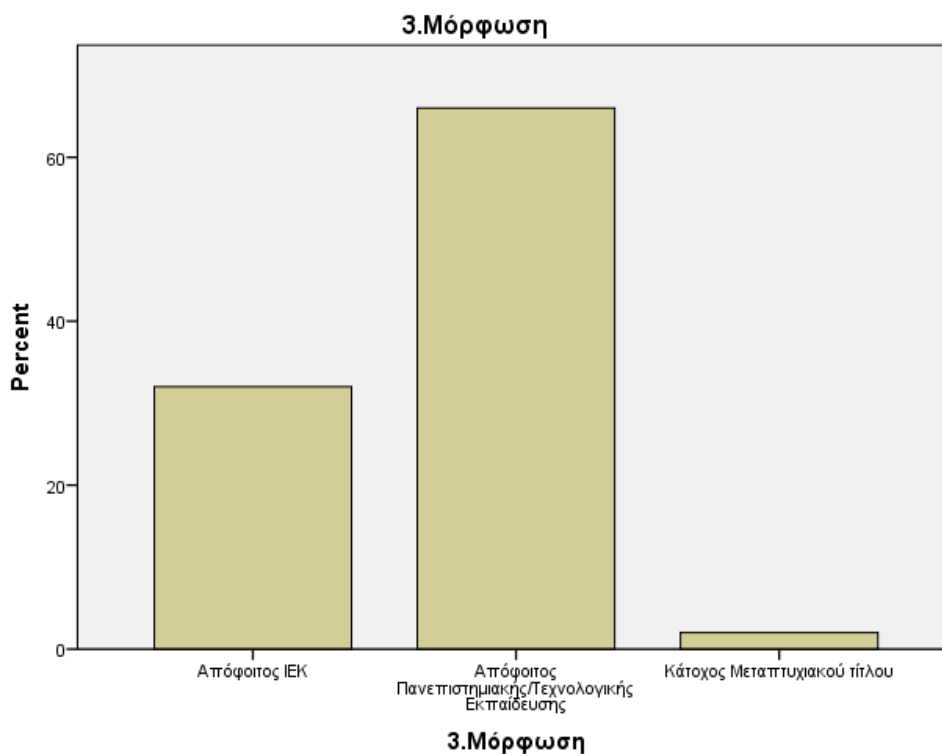
**Διάγραμμα 5.2: Ηλικία**

### **Ερώτηση 3**

Το 66% των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημιακής/Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, το 32% απόφοιτοι ΙΕΚ και το υπόλοιπο μόλις 2% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου.

**Πίνακας 5.3: Μόρφωση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Απόφοιτος ΙΕΚ	16	32,0	32,0	32,0
Απόφοιτος Πανεπιστημιακής/Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	33	66,0	66,0	98,0
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



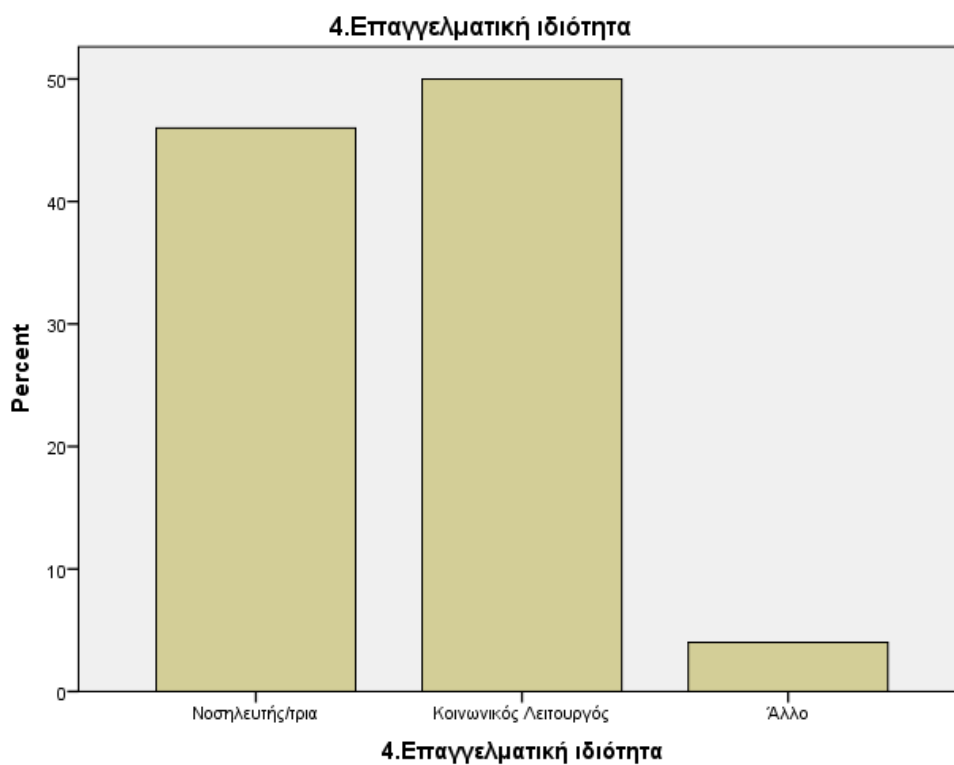
**Διάγραμμα 5.3: Μόρφωση**

#### **Ερώτηση 4**

Το 50% των ερωτηθέντων ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, το 46% νοσηλευτές και το υπόλοιπο 4% είχαν άλλη επαγγελματική ιδιότητα.

**Πίνακας 5.4: Επαγγελματική ιδιότητα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Νοσηλευτής/τρια	23	46,0	46,0	46,0
Κοινωνικός Λειτουργός	25	50,0	50,0	96,0
Άλλο	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.4: Επαγγελματική ιδιότητα**



### Ερώτηση 5

Το 58% των ερωτηθέντων είχαν πάνω από 11 χρόνια προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα, το 18% από 7-10 χρόνια, το 14% από 0-2 χρόνια και το υπόλοιπο 10% από 3-6 χρόνια.

**Πίνακας 5.5: Έτη προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-2	7	14,0	14,0	14,0
3-6	5	10,0	10,0	24,0
7-10	9	18,0	18,0	42,0
11+	29	58,0	58,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



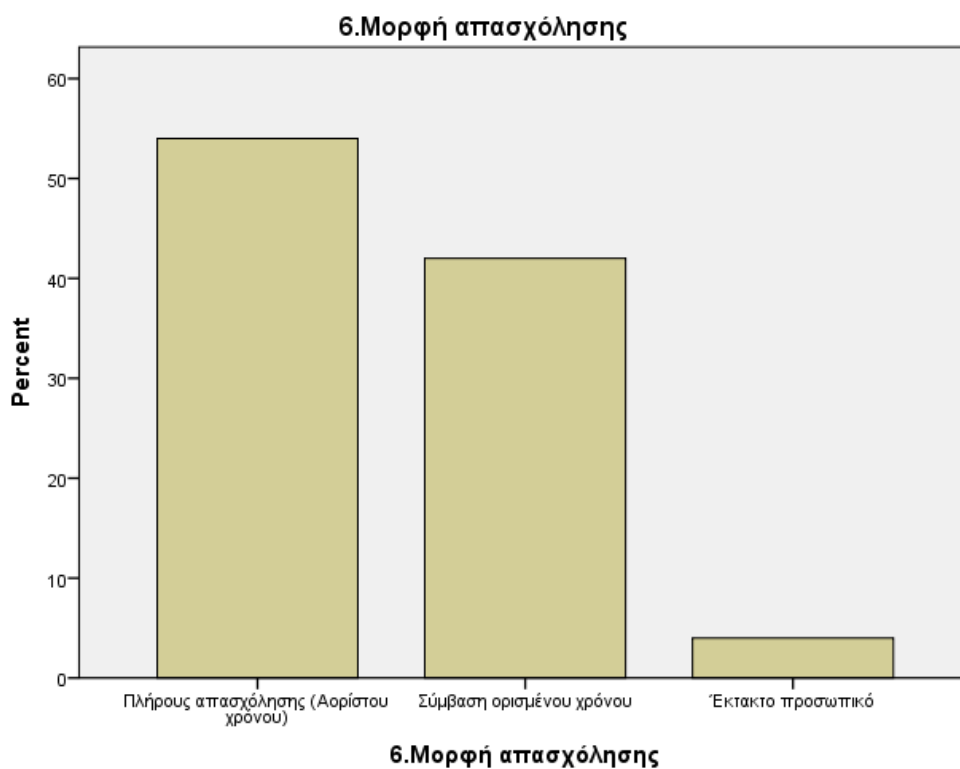
**Διάγραμμα 5.5: Έτη προϋπηρεσίας**

### **Ερώτηση 6**

Το 54% των ερωτηθέντων εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης, το 42% είχαν σύμβαση ορισμένου χρόνου και το υπόλοιπο 4% ήταν έκτακτο προσωπικό.

**Πίνακας 5.6: Μορφή απασχόλησης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πλήρους απασχόλησης (Αορίστου χρόνου)	27	54,0	54,0	54,0
Σύμβαση ορισμένου χρόνου	21	42,0	42,0	96,0
Έκτακτο προσωπικό	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



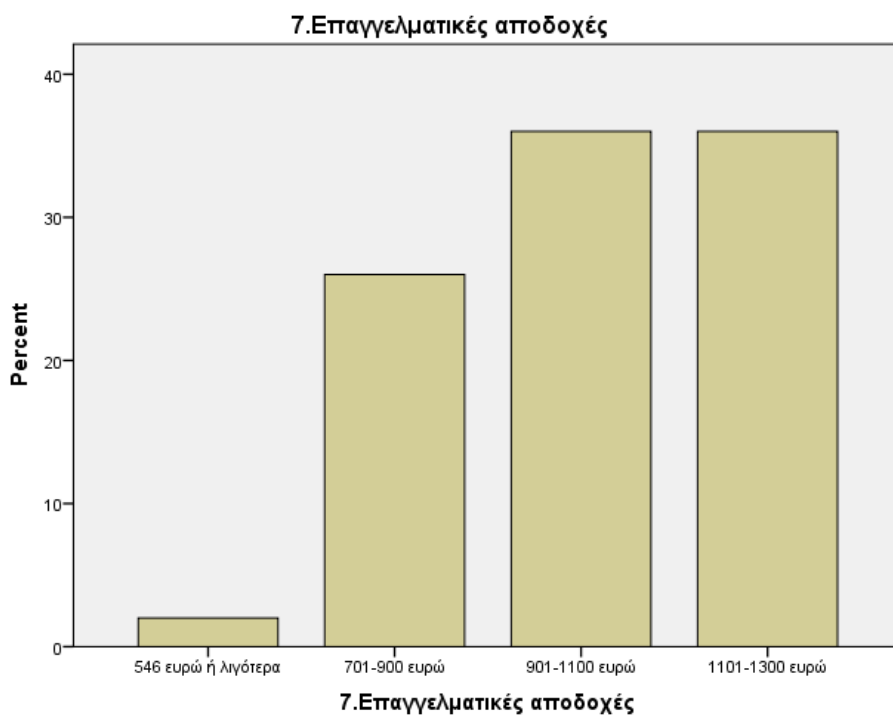
**Διάγραμμα 5.6: Μορφή απασχόλησης**

### Ερώτηση 7

Το 36% των ερωτηθέντων είχαν επαγγελματικές αποδοχές από 901-1100 ευρώ και άλλο ένα ίδιο ποσοστό είχαν από 1101-1300 ευρώ, το 26% από 701-900 ευρώ και το υπόλοιπο 2% από 546 ευρώ ή και λιγότερα.

**Πίνακας 5.7: Επαγγελματικές αποδοχές**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 546 ευρώ ή λιγότερα	1	2,0	2,0	2,0
701-900 ευρώ	13	26,0	26,0	28,0
901-1100 ευρώ	18	36,0	36,0	64,0
1101-1300 ευρώ	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



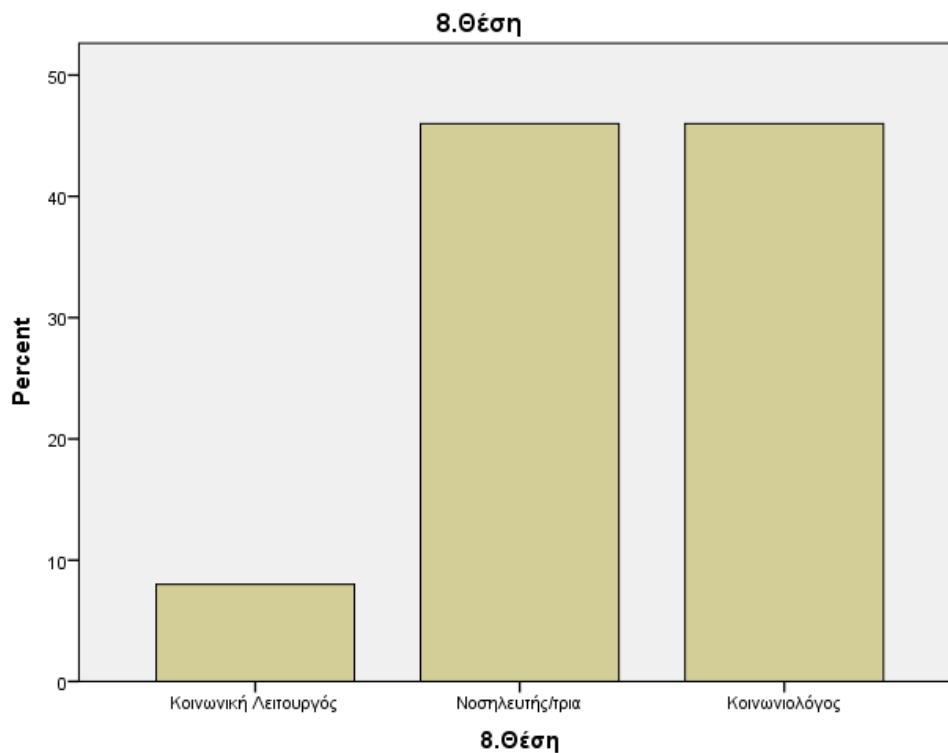
**Διάγραμμα 5.7: Επαγγελματικές αποδοχές**

### **Ερώτηση 8**

Το 46% των ερωτηθέντων εργάζονταν ως νοσηλεύτες, άλλο ένα ίδιο ποσοστό εργάζονταν ως κοινωνιολόγοι και το υπόλοιπο 8% ως κοινωνικοί λειτουργοί.

**Πίνακας 5.8: Μορφή απασχόλησης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κοινωνική Λειτουργός	4	8,0	8,0	8,0
	Νοσηλεύτης/τρια	23	46,0	46,0	54,0
	Κοινωνιολόγος	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.8: Θέση**

Ερωτήσεις σχετικά με το εσωτερικό μάρκετινγκ του Προγράμματος και την ικανοποίηση των εργαζομένων από αυτό

**Ερώτηση 9**

Το 42% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα παρέχει στους εργαζόμενους του ένα όραμα σε μέτριο βαθμό, το 40% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 10% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.9: Όραμα από το πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	2,0	2,0	2,0
Λίγο	3	6,0	6,0	8,0
Μέτρια	21	42,0	42,0	50,0
Πολύ	20	40,0	40,0	90,0
Πάρα πολύ	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



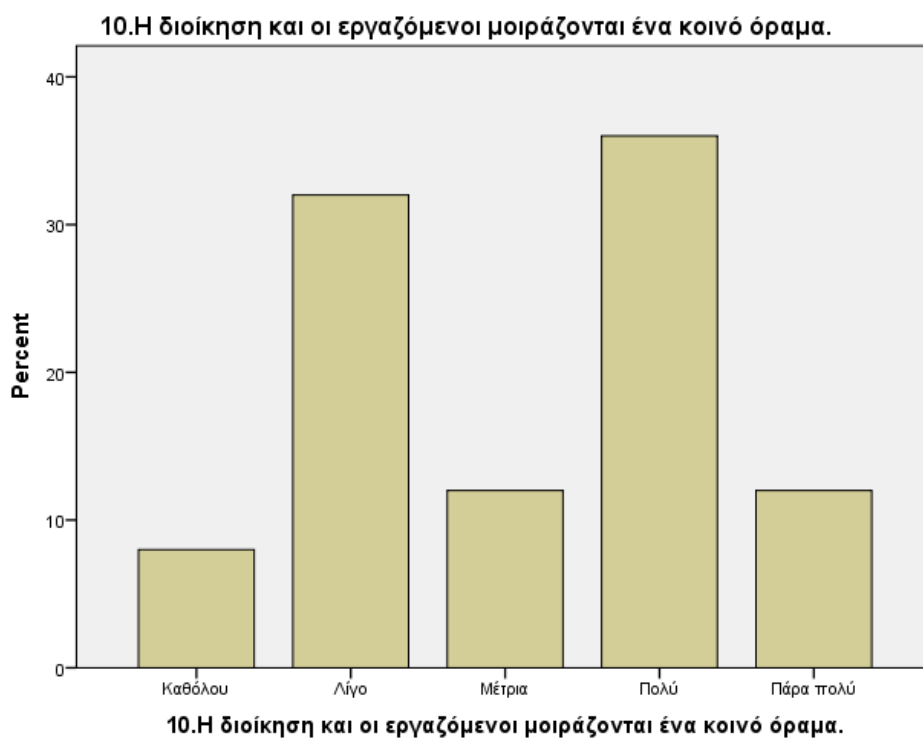
**Διάγραμμα 5.9:Όραμα από το πρόγραμμα**

### **Ερώτηση 10**

Το 36% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση και οι εργαζόμενοι μοιράζονται ένα κοινό όραμα σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 32% σε λίγο βαθμό, το 12% σε μέτριο βαθμό και άλλο ένα 12% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.10: Κοινό όραμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	4	8,0	8,0	8,0
Λίγο	16	32,0	32,0	40,0
Μέτρια	6	12,0	12,0	52,0
Πολύ	18	36,0	36,0	88,0
Πάρα πολύ	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.10: Κοινό όραμα**

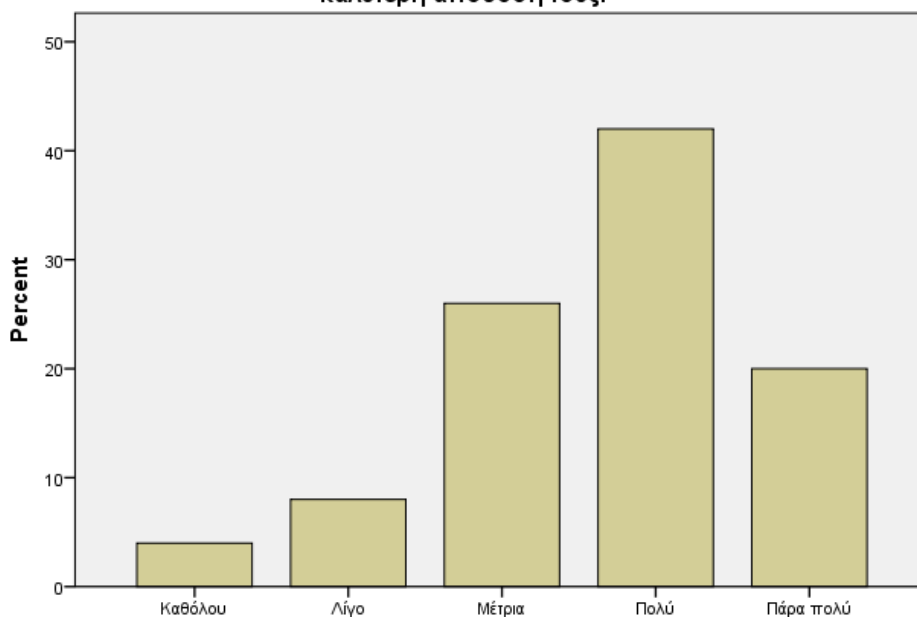
### **Ερώτηση 11**

Το 42% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η ύπαρξη κοινού οράματος μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων βοηθά στην καλύτερη απόδοση τους σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 26% σε μέτριο βαθμό και το 20% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.11: Κοινό όραμα και απόδοση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	2	4,0	4,0	4,0
Λίγο	4	8,0	8,0	12,0
Μέτρια	13	26,0	26,0	38,0
Πολύ	21	42,0	42,0	80,0
Πάρα πολύ	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**11.Η ύπαρξη κοινού οράματος μεταξύ διοίκησης & εργαζομένων βοηθά στην καλύτερη απόδοση τους.**



**11.Η ύπαρξη κοινού οράματος μεταξύ διοίκησης & εργαζομένων βοηθά στην καλύτερη απόδοση τους.**

**Διάγραμμα 5.11: Κοινό όραμα και απόδοση**

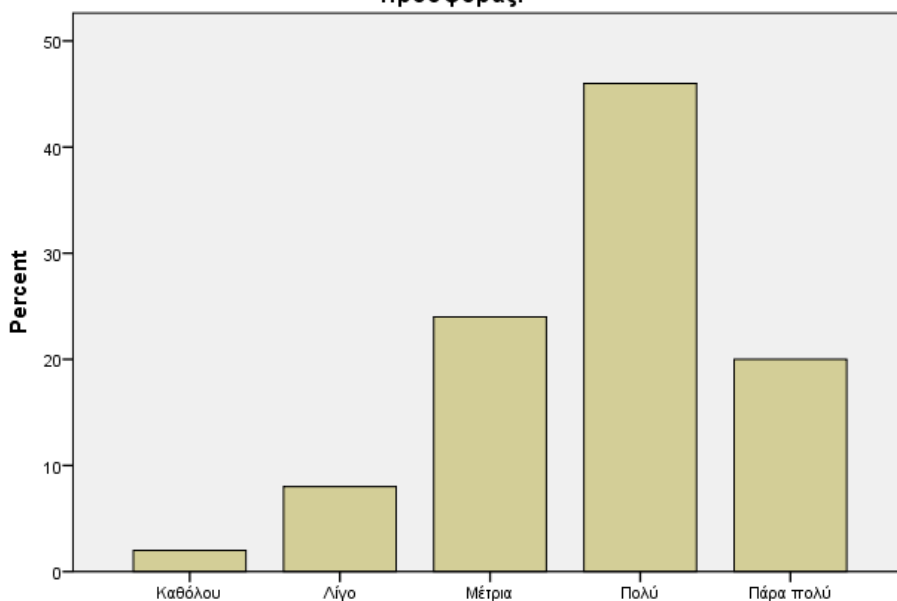
### **Ερώτηση 12**

Το 46% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα ενημερώνει τους εργαζομένους για τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 24% σε μέτριο βαθμό και το 20% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.12: Ενημέρωση ως προς τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	1	2,0	2,0	2,0
Λίγο	4	8,0	8,0	10,0
Μέτρια	12	24,0	24,0	34,0
Πολύ	23	46,0	46,0	80,0
Πάρα πολύ	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**12.Το πρόγραμμα ενημερώνει τους εργαζομένους για τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς.**



**12.Το πρόγραμμα ενημερώνει τους εργαζομένους για τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς.**

**Διάγραμμα 5.12: Ενημέρωση ως προς τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς**



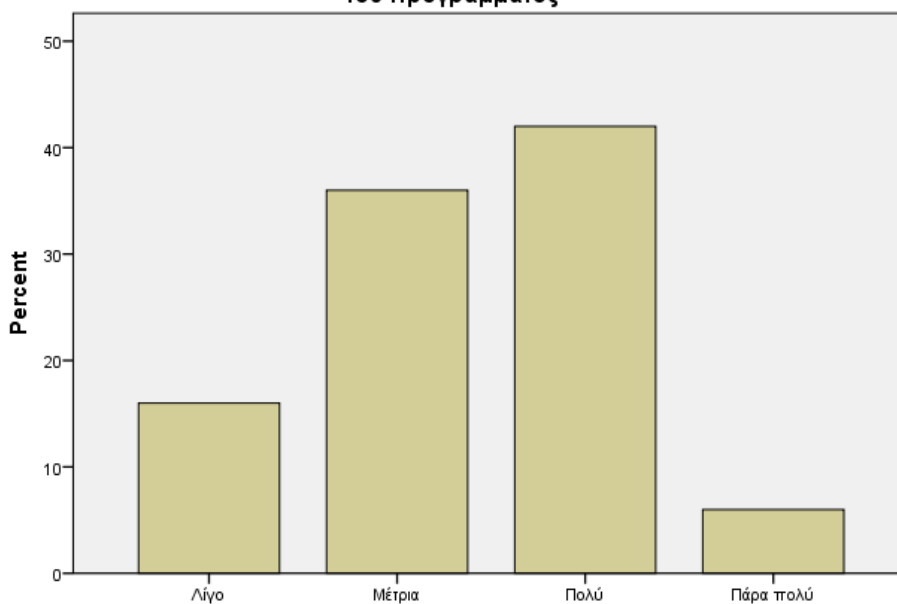
### **Ερώτηση 13**

Το 42% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό του προγράμματος σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 36% σε μέτριο βαθμό και το 16% σε λίγο βαθμό.

**Πίνακας 5.13: Πληροφορίες από τη διοίκηση σχετικά με το σκοπό του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	8	16,0	16,0	16,0
Μέτρια	18	36,0	36,0	52,0
Πολύ	21	42,0	42,0	94,0
Πάρα πολύ	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**13.Η διοίκηση παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό του προγράμματος**



**13.Η διοίκηση παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό του προγράμματος**

**Διάγραμμα 5.13: Πληροφορίες από τη διοίκηση σχετικά με το σκοπό του προγράμματος**

#### **Ερώτηση 14**

Το 46% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση ενθαρρύνει την αλληλοεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 36% σε μέτριο βαθμό και το 16% σε λίγο βαθμό.

**Πίνακας 5.14: Ενθάρρυνση αλληλοεπίδρασης μεταξύ των εργαζομένων από τη διοίκηση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	8	16,0	16,0	16,0
Μέτρια	18	36,0	36,0	52,0
Πολύ	23	46,0	46,0	98,0
Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



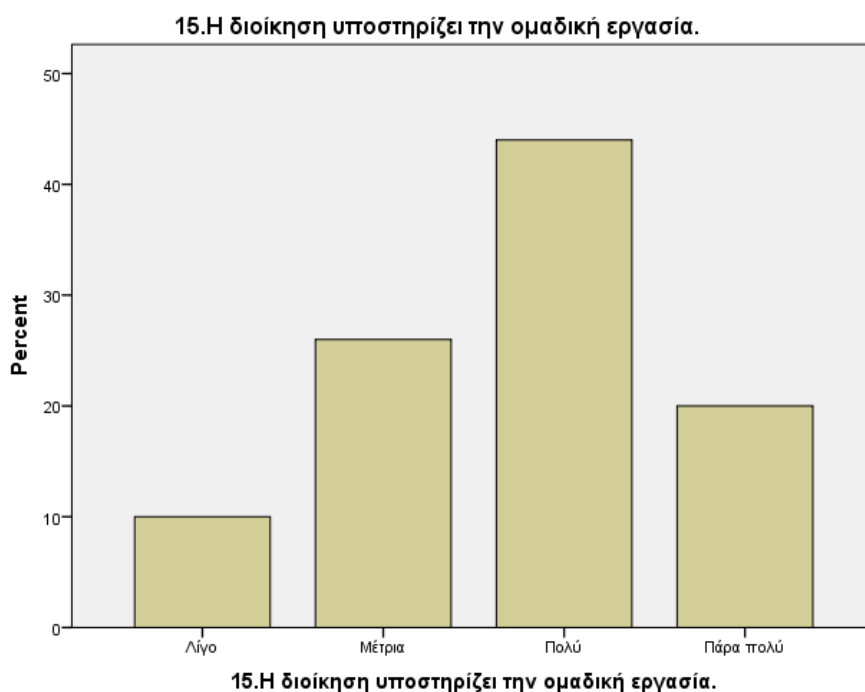
**Διάγραμμα 5.14: Ενθάρρυνση αλληλοεπίδρασης μεταξύ των εργαζομένων από τη διοίκηση**

### **Ερώτηση 15**

Το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση υποστηρίζει την ομαδική εργασία σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 26% σε μέτριο βαθμό και το 20% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.15: Υποστήριξη ομαδικής εργασίας από τη διοίκηση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	5	10,0	10,0	10,0
Μέτρια	13	26,0	26,0	36,0
Πολύ	22	44,0	44,0	80,0
Πάρα πολύ	10	20,0	20,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



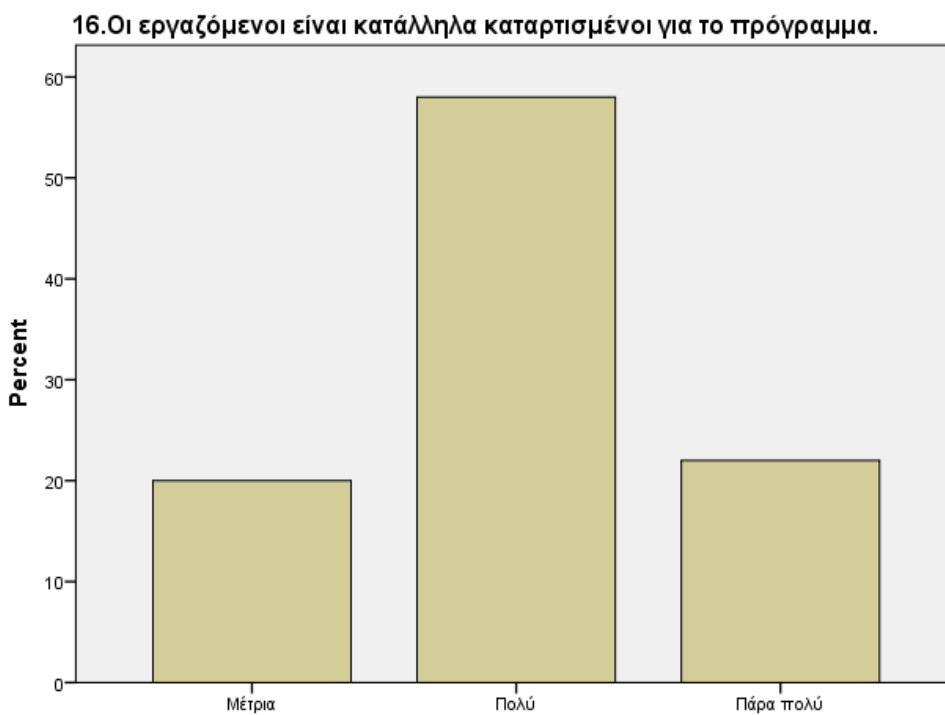
**Διάγραμμα 5.15: Υποστήριξη ομαδικής εργασίας από τη διοίκηση**

### **Ερώτηση 16**

Το 58% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως εργαζόμενοι είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για το πρόγραμμα σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 22% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 20% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.16: Κατάλληλη κατάρτιση για το πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	10	20,0	20,0	20,0
Πολύ	29	58,0	58,0	78,0
Πάρα πολύ	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**16.Οι εργαζόμενοι είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για το πρόγραμμα.**

**Διάγραμμα 5.16: Κατάλληλη κατάρτιση για το πρόγραμμα**

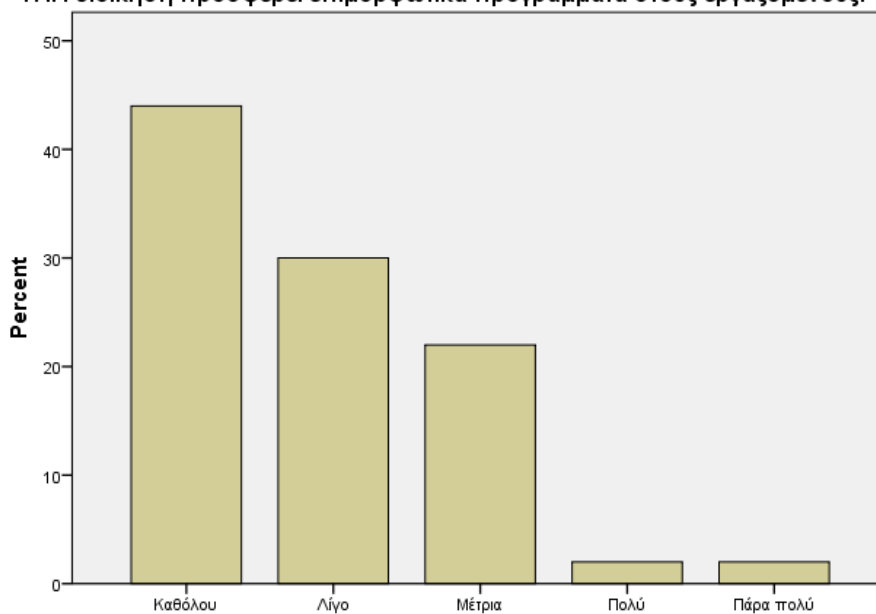
### **Ερώτηση 17**

Το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση δεν προσφέρει καθόλου επιμορφωτικά προγράμματα στους εργαζόμενους, το 30% προσφέρει λίγα επιμορφωτικά προγράμματα και το 22% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.17: Επιμορφωτικά προγράμματα για τους εργαζόμενους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	22	44,0	44,0	44,0
Λίγο	15	30,0	30,0	74,0
Μέτρια	11	22,0	22,0	96,0
Πολύ	1	2,0	2,0	98,0
Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**17.Η διοίκηση προσφέρει επιμορφωτικά προγράμματα στους εργαζόμενους.**



**17.Η διοίκηση προσφέρει επιμορφωτικά προγράμματα στους εργαζόμενους.**

**Διάγραμμα 5.17:Επιμορφωτικά προγράμματα για τους εργαζόμενους**

### **Ερώτηση 18**

Το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση δεν επενδύει καθόλου στην εξειδίκευση των εργαζομένων, το 36% προσφέρει στην εξειδίκευση των εργαζομένων σε λίγο βαθμό και το 14% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.18:Εξειδίκευση των εργαζομένων από τη διοίκηση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	22	44,0	44,0	44,0
Λίγο	18	36,0	36,0	80,0
Μέτρια	7	14,0	14,0	94,0
Πολύ	2	4,0	4,0	98,0
Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



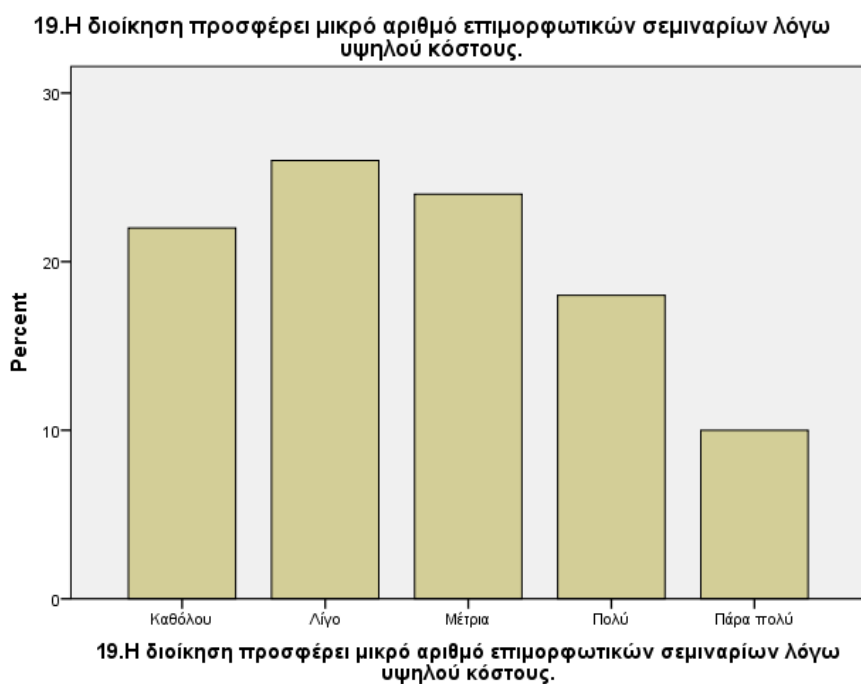
**Διάγραμμα 5.18:Εξειδίκευση των εργαζομένων από τη διοίκηση**

### **Ερώτηση 19**

Το 26% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση προσφέρει επιμορφωτικά σεμινάρια σε λίγο βαθμό λόγω υψηλού κόστους, το 24% σε μέτριο βαθμό και το 22% δεν προσφέρει καθόλου επιμορφωτικά σεμινάρια.

**Πίνακας 5.19:Σχέση παροχής επιμορφωτικών σεμιναρίων και υψηλού κόστους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	11	22,0	22,0	22,0
Λίγο	13	26,0	26,0	48,0
Μέτρια	12	24,0	24,0	72,0
Πολύ	9	18,0	18,0	90,0
Πάρα πολύ	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



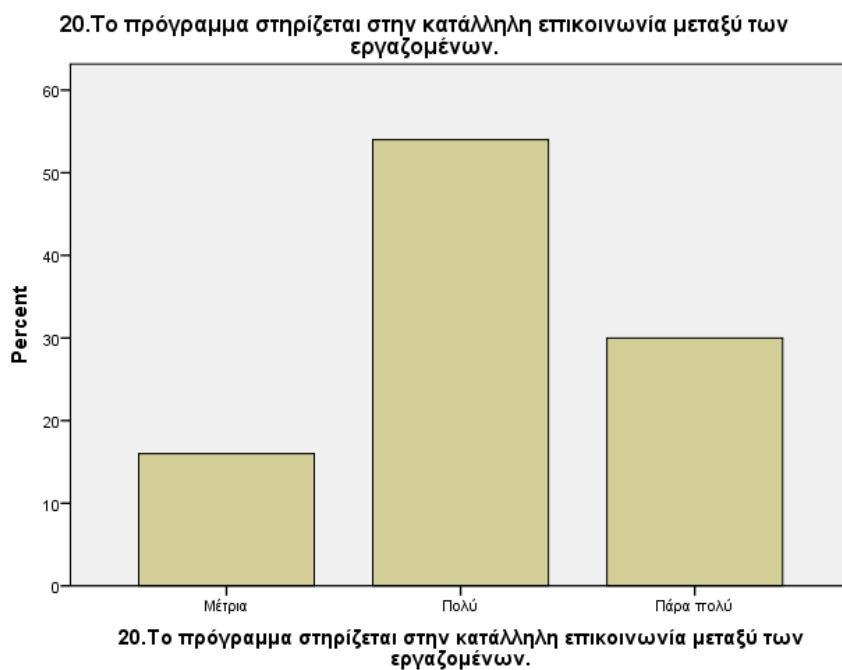
**Διάγραμμα 5.19:Σχέση παροχής επιμορφωτικών σεμιναρίων και υψηλού κόστους**

## **Ερώτηση 20**

Το 54% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα στηρίζεται στην κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 30% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 16% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.20: Κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	8	16,0	16,0	16,0
Πολύ	27	54,0	54,0	70,0
Πάρα πολύ	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.20: Κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων στο πρόγραμμα**



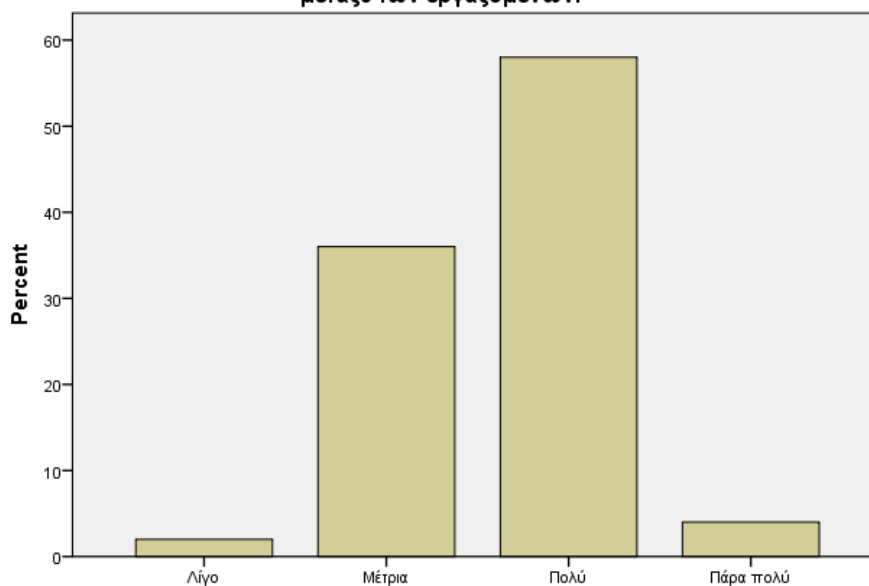
### **Ερώτηση 21**

Το 58% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως τα συστήματα αξιολόγησης & επιβράβευσης βοηθούν στην καλή συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 36% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.21: Σχέση αξιολόγησης και επιβράβευσης στη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	1	2,0	2,0	2,0
Μέτρια	18	36,0	36,0	38,0
Πολύ	29	58,0	58,0	96,0
Πάρα πολύ	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**21.Τα συστήματα αξιολόγησης & επιβράβευσης βοηθούν στην καλή συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων.**



**21.Τα συστήματα αξιολόγησης & επιβράβευσης βοηθούν στην καλή συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων.**

**Διάγραμμα 5.21:σχέση αξιολόγησης και επιβράβευσης στη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων**

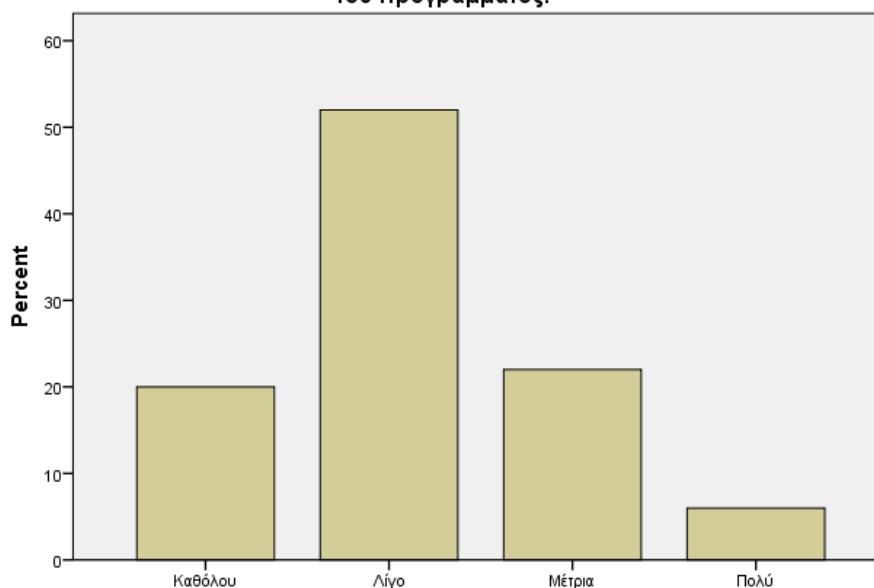
## **Ερώτηση 22**

Το 52% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ επιδρά στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων του προγράμματος σε λίγο βαθμό, το 22% σε μέτριο βαθμό και το 20% δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ δεν επιδρά καθόλου στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων του προγράμματος.

**Πίνακας 5.22: Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και απόδοσης των εργαζομένων του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	10	20,0	20,0	20,0
Λίγο	26	52,0	52,0	72,0
Μέτρια	11	22,0	22,0	94,0
Πολύ	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**22.Το εσωτερικό μάρκετινγκ επιδρά στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων του προγράμματος.**



**22.Το εσωτερικό μάρκετινγκ επιδρά στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων του προγράμματος.**

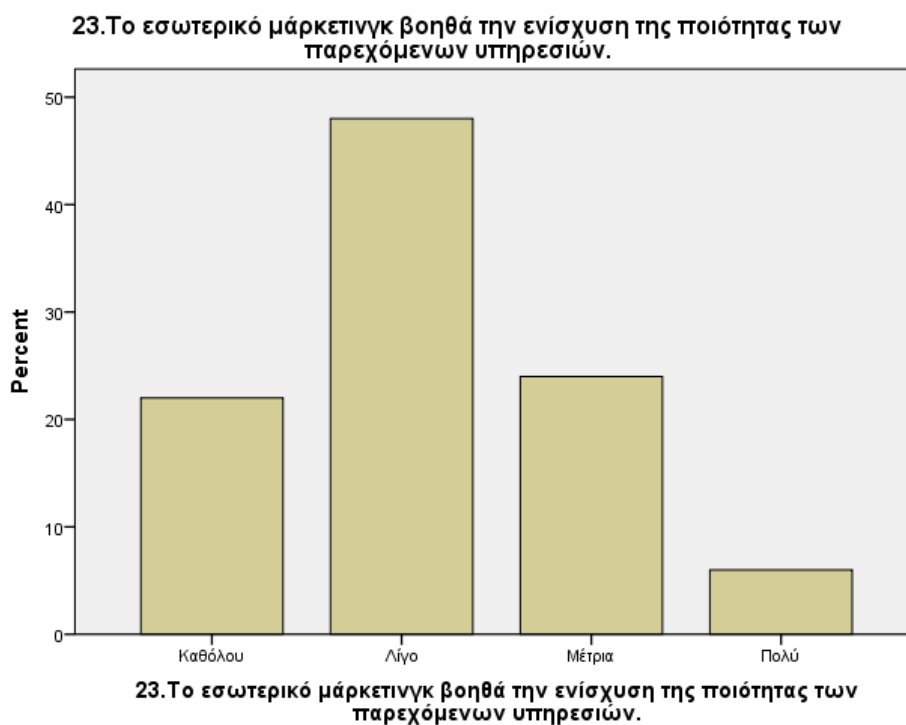
**Διάγραμμα 5.22: Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και απόδοσης των εργαζομένων του προγράμματος**

### **Ερώτηση 23**

Το 48% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ βοηθά την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε λίγο βαθμό, το 24% σε μέτριο βαθμό και το 22% δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ δεν βοηθά καθόλου στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Πίνακας 5.23:Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	11	22,0	22,0	22,0
Λίγο	24	48,0	48,0	70,0
Μέτρια	12	24,0	24,0	94,0
Πολύ	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.23:Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος**

### **Ερώτηση 24**

Το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ συμβάλλει στην μεγαλύτερη προώθηση του προγράμματος σε λίγο βαθμό, το 24% σε μέτριο βαθμό και το 22% δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ δεν συμβάλλει καθόλου στην μεγαλύτερη προώθηση του προγράμματος.

**Πίνακας 5.24: Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και προώθησης του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	11	22,0	22,0	22,0
Λίγο	22	44,0	44,0	66,0
Μέτρια	12	24,0	24,0	90,0
Πολύ	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.24:Σχέση εσωτερικού μάρκετινγκ και προώθησης του προγράμματος**

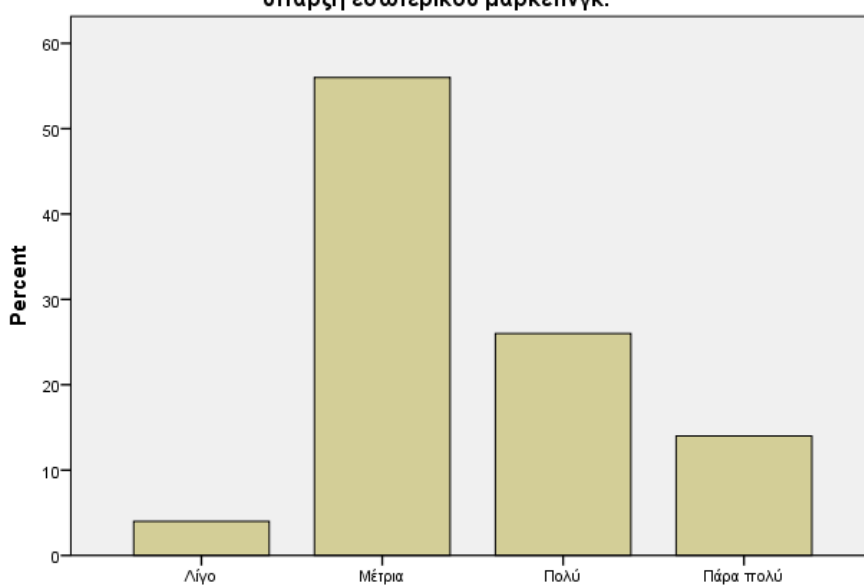
### **Ερώτηση 25**

Το 56% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας, έχει ανάγκη την ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ σε μέτριο βαθμό, το 26% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 14% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.25: Ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	2	4,0	4,0	4,0
Μέτρια	28	56,0	56,0	60,0
Πολύ	13	26,0	26,0	86,0
Πάρα πολύ	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

25. Το πρόγραμμα λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας, έχει ανάγκη την ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ.



25. Το πρόγραμμα λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας, έχει ανάγκη την ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ.

**Διάγραμμα 5.25: Ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας**

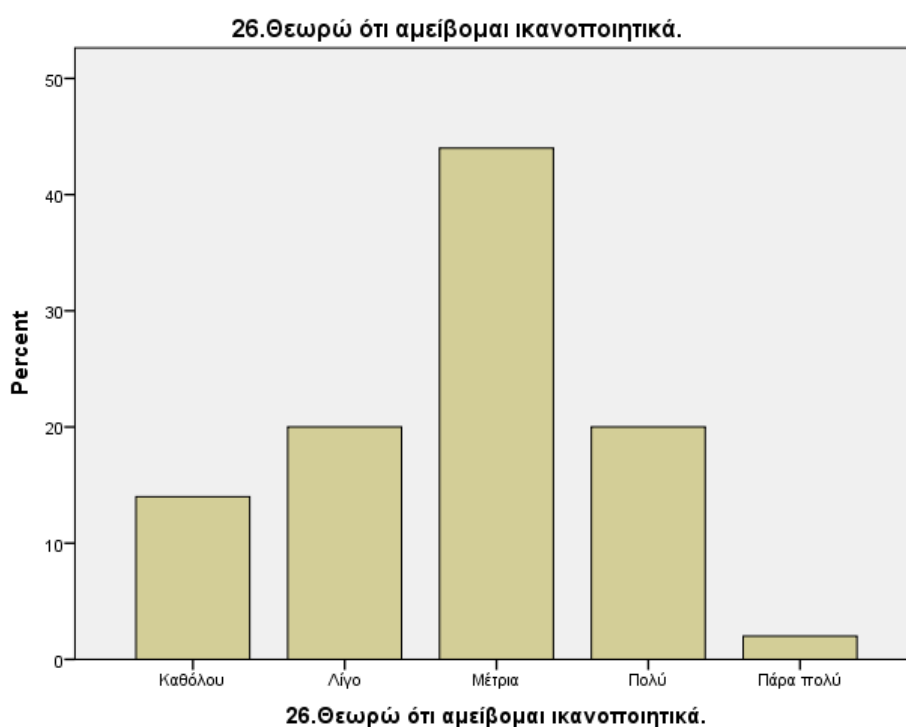
Ερωτήσεις σχετικά με τον βαθμό Ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με τις υπηρεσίες & τον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος

**Ερώτηση 26**

Το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως αμείβονται ικανοποιητικά σε μέτριο βαθμό, το 20% σε λίγο βαθμό, άλλο ένα 20% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 14% δήλωσαν πως δεν αμείβονται καθόλου ικανοποιητικά.

**Πίνακας 5.26: Ικανοποίηση από το μισθό**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	7	14,0	14,0	14,0
Λίγο	10	20,0	20,0	34,0
Μέτρια	22	44,0	44,0	78,0
Πολύ	10	20,0	20,0	98,0
Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



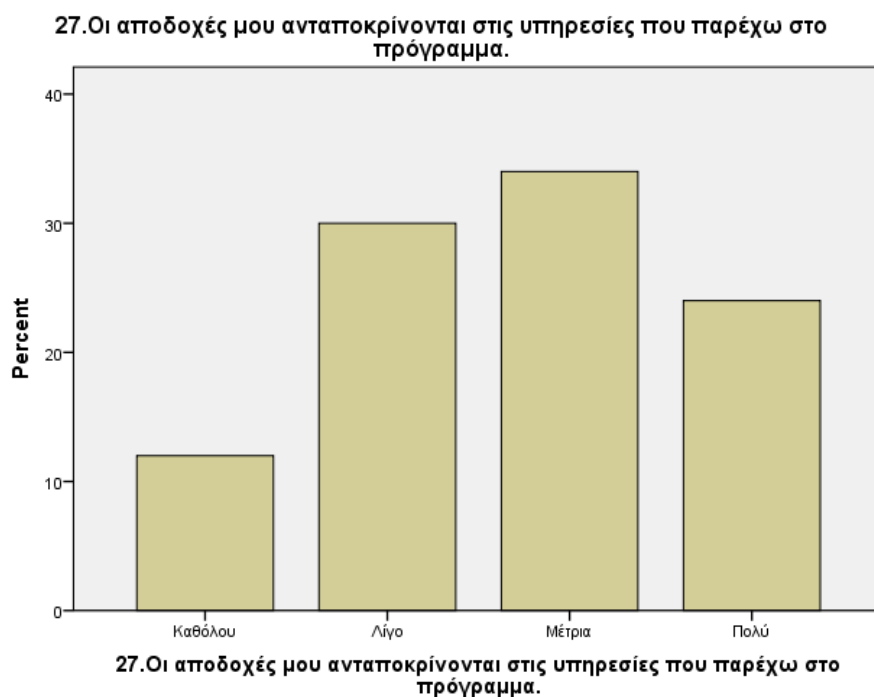
**Διάγραμμα 5.26:Ικανοποίηση από το μισθό**

### **Ερώτηση 27**

Το 34% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα σε μέτριο βαθμό, το 30% σε λίγο βαθμό και το 24% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.27: Σύγκριση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων με αποδοχές**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	6	12,0	12,0	12,0
Λίγο	15	30,0	30,0	42,0
Μέτρια	17	34,0	34,0	76,0
Πολύ	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



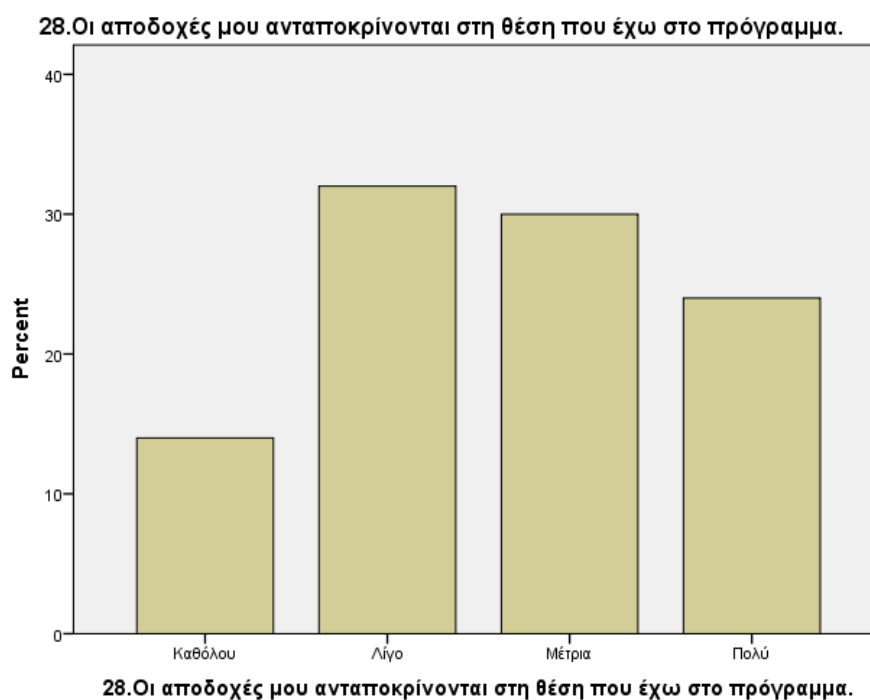
**Διάγραμμα 5.27: Σύγκριση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων με αποδοχές**

### **Ερώτηση 28**

Το 32% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στη θέση που έχουν στο πρόγραμμα σε λίγο βαθμό, το 30% σε μέτριο βαθμό, το 24% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το υπόλοιπο 14% δήλωσαν πως οι αποδοχές τους δεν ανταποκρίνονται καθόλου στη θέση που έχουν στο πρόγραμμα.

**Πίνακας 5.28:Γνώμη εργαζομένων για τις αποδοχές τους συγκριτικά με τη θέση τους στο πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	7	14,0	14,0	14,0
Λίγο	16	32,0	32,0	46,0
Μέτρια	15	30,0	30,0	76,0
Πολύ	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.28:Γνώμη εργαζομένων για τις αποδοχές τους συγκριτικά με τη θέση τους στο πρόγραμμα**

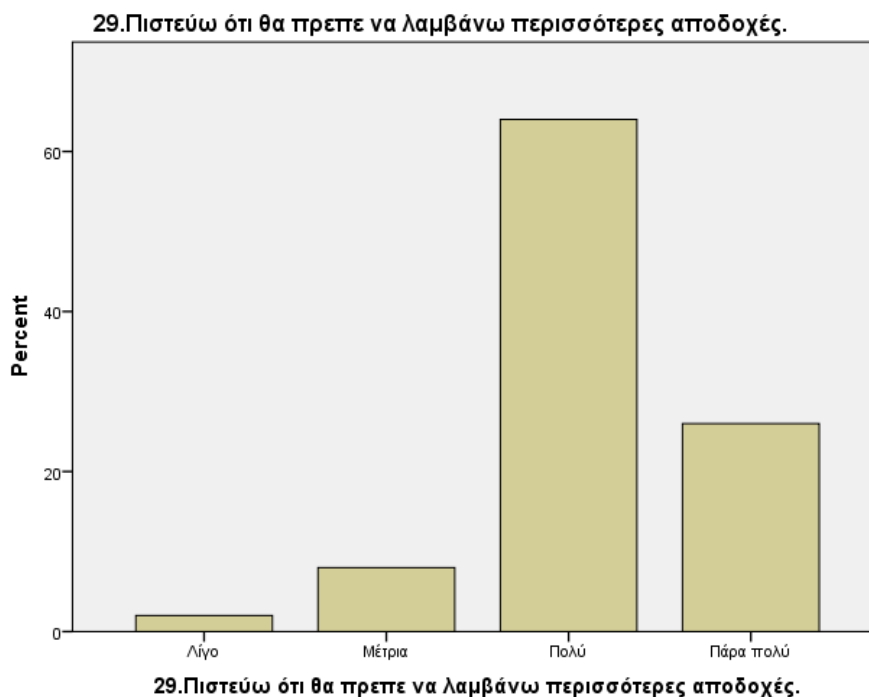


### **Ερώτηση 29**

Το 64% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι θα πρέπει να λαμβάνουν περισσότερες αποδοχές σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 26% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.29: Άποψη για περισσότερες αποδοχές**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	1	2,0	2,0	2,0
Μέτρια	4	8,0	8,0	10,0
Πολύ	32	64,0	64,0	74,0
Πάρα πολύ	13	26,0	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.29: Άποψη για περισσότερες αποδοχές**

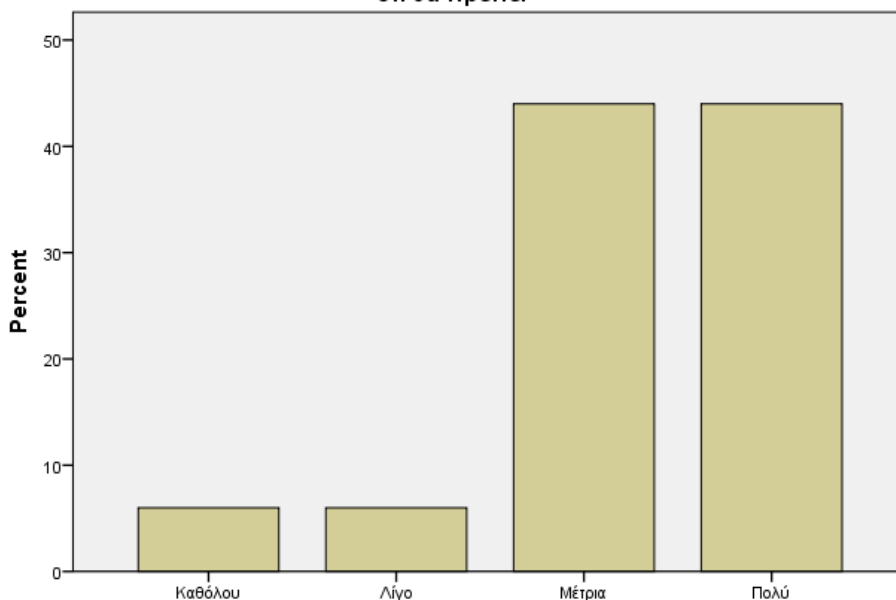
### **Ερώτηση 30**

Το 44% των ερωτηθέντων κρίνουν ότι οι υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα είναι περισσότερες από ότι θα έπρεπε σε μέτριο βαθμό και το 44% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.30: Γνώμη εργαζομένων για τις υπηρεσίες που παρέχουν**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	3	6,0	6,0	6,0
Λίγο	3	6,0	6,0	12,0
Μέτρια	22	44,0	44,0	56,0
Πολύ	22	44,0	44,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**30.Κρίνω ότι οι υπηρεσίες που παρέχω στο πρόγραμμα είναι περισσότερες από ότι θα πρεπτε.**



**30.Κρίνω ότι οι υπηρεσίες που παρέχω στο πρόγραμμα είναι περισσότερες από ότι θα πρεπτε.**

**Διάγραμμα 5.30:Γνώμη εργαζομένων για τις υπηρεσίες που παρέχουν**

### **Ερώτηση 31**

Το 60% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα περιλαμβάνει μεγάλο φόρτο εργασίας σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 36% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.31: Φόρτος εργασίας του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	18	36,0	36,0	36,0
Πολύ	30	60,0	60,0	96,0
Πάρα πολύ	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



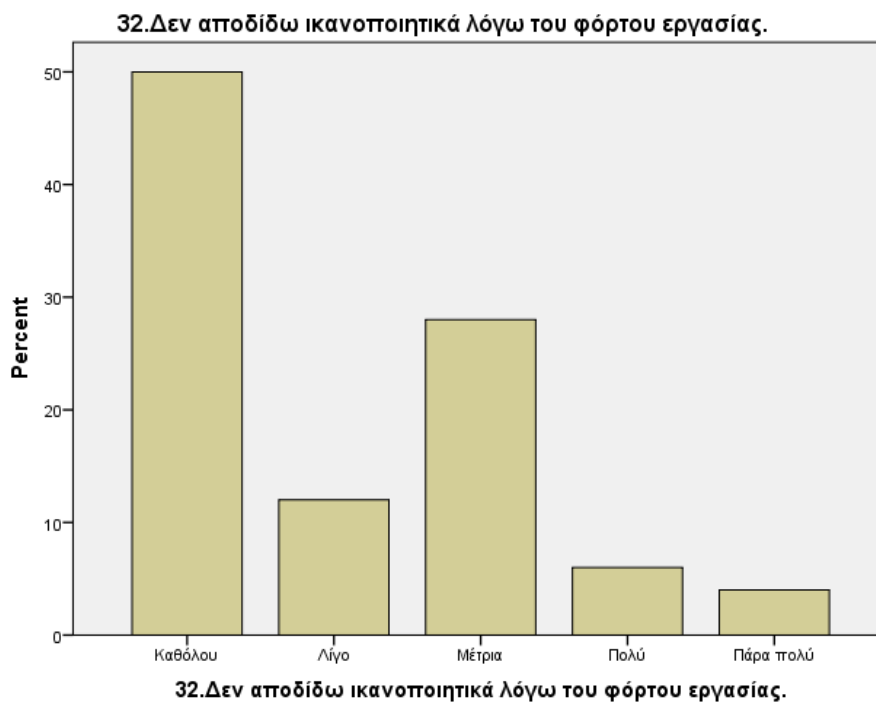
**Διάγραμμα 5.31: Φόρτος εργασίας του προγράμματος**

### **Ερώτηση 32**

Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν τους επηρεάζει ο φόρτος εργασίας και αποδίδουν ικανοποιητικά, το 28% δήλωσαν πως αποδίδουν ικανοποιητικά σε μέτριο βαθμό λόγω του φόρτου εργασίας και το 12% συμφώνησαν στην ερώτηση σε λίγο βαθμό.

**Πίνακας 5.32:Σχέση απόδοσης στην εργασία και φόρτου εργασίας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	25	50,0	50,0	50,0
Λίγο	6	12,0	12,0	62,0
Μέτρια	14	28,0	28,0	90,0
Πολύ	3	6,0	6,0	96,0
Πάρα πολύ	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



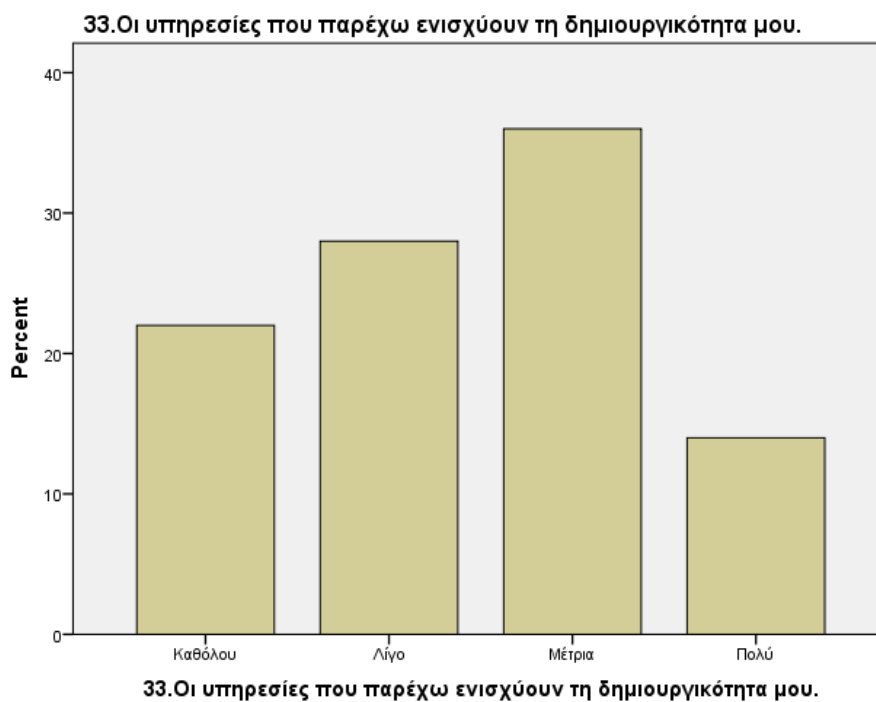
**Διάγραμμα 5.32:Σχέση απόδοσης στην εργασία και φόρτου εργασίας**

### **Ερώτηση 33**

Το 36% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι υπηρεσίες που παρέχουν ενισχύουν τη δημιουργικότητα τους σε μέτριο βαθμό, το 28% σε λίγο βαθμό, το 22% δήλωσαν πως οι υπηρεσίες που παρέχουν δεν ενισχύουν καθόλου τη δημιουργικότητα τους και το 14% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.33:Σχέση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων και προσωπικής δημιουργικότητας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	11	22,0	22,0	22,0
Λίγο	14	28,0	28,0	50,0
Μέτρια	18	36,0	36,0	86,0
Πολύ	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



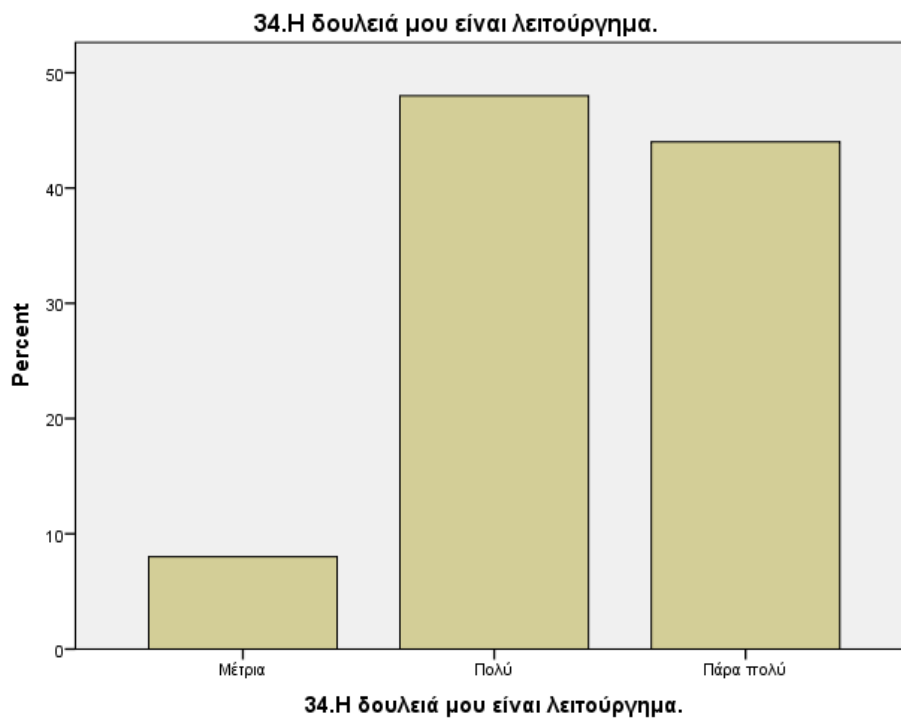
**Διάγραμμα 5.33:Σχέση παρεχόμενων υπηρεσιών των εργαζομένων και προσωπικής δημιουργικότητας**

### **Ερώτηση 34**

Το 48% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η δουλειά τους είναι λειτούργημα σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 44% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.34: Αποψη των εργαζομένων για τη δουλειά τους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	4	8,0	8,0	8,0
Πολύ	24	48,0	48,0	56,0
Πάρα πολύ	22	44,0	44,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.34: Αποψη των εργαζομένων για τη δουλειά τους**

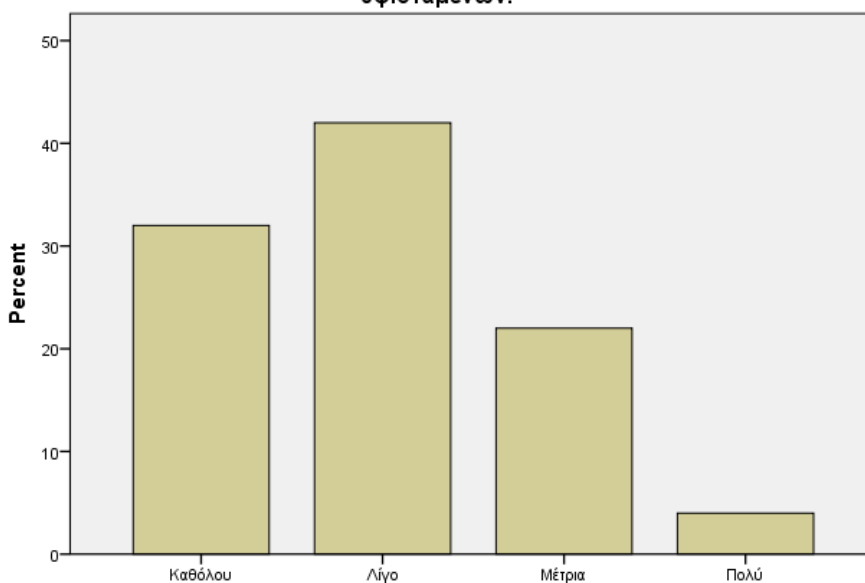
### **Ερώτηση 35**

Το 42% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως στο πρόγραμμα υπάρχει έντονα ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων σε λίγο βαθμό, το 32% δήλωσαν πως στο πρόγραμμα δεν υπάρχει καθόλου έντονα ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων, και το 22% δήλωσαν πως στο πρόγραμμα υπάρχει έντονα ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.35:Ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	16	32,0	32,0	32,0
Λίγο	21	42,0	42,0	74,0
Μέτρια	11	22,0	22,0	96,0
Πολύ	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**35.Στο πρόγραμμα υπάρχει έντονα ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων.**



**35.Στο πρόγραμμα υπάρχει έντονα ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων.**

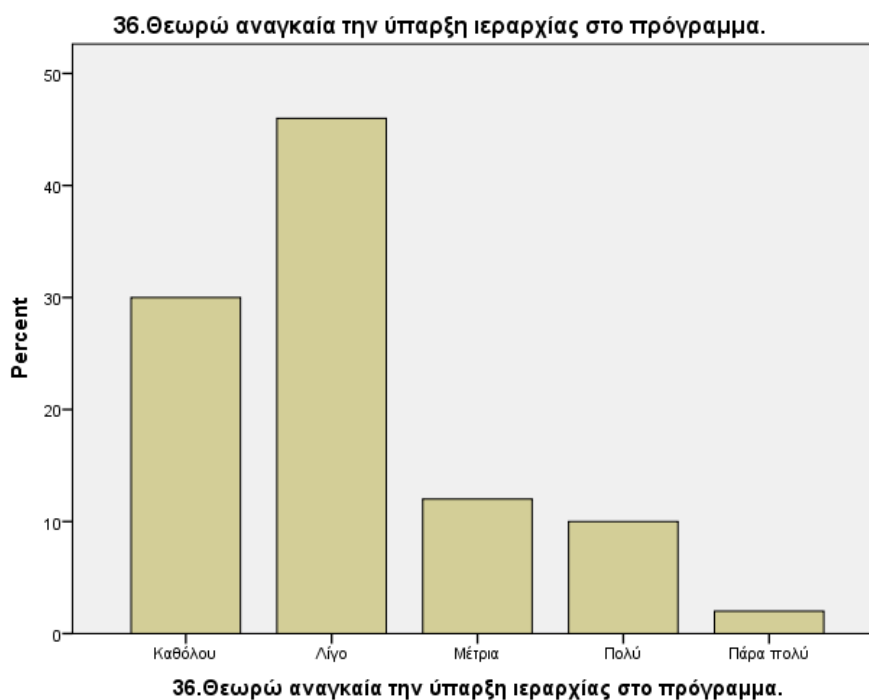
**Διάγραμμα 5.35:Ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων**

### **Ερώτηση 36**

Το 46% των ερωτηθέντων θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα σε λίγο βαθμό, το 30% δεν θεωρούν καθόλου αναγκαία την ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα, το 12% θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα σε μέτριο βαθμό και το 10% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.36: Ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	15	30,0	30,0	30,0
Λίγο	23	46,0	46,0	76,0
Μέτρια	6	12,0	12,0	88,0
Πολύ	5	10,0	10,0	98,0
Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.36: Ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα**



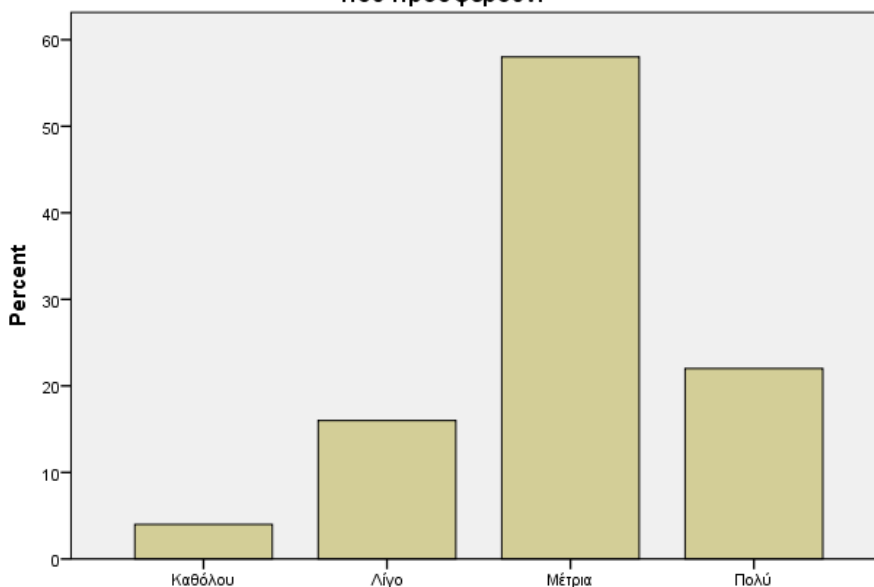
### **Ερώτηση 37**

Το 58% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι εργαζόμενοι πρέπει να λογοδοτούν στους ανωτέρους τους για τις υπηρεσίες που προσφέρουν σε μέτριο βαθμό, το 22% σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ το 16% σε λίγο βαθμό.

**Πίνακας 5.37:Σχέση ανωτέρων και εργαζομένων στο πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	2	4,0	4,0	4,0
Λίγο	8	16,0	16,0	20,0
Μέτρια	29	58,0	58,0	78,0
Πολύ	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**37.Οι εργαζόμενοι πρέπει να λογοδοτούν στους ανωτέρους τους για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.**



**37.Οι εργαζόμενοι πρέπει να λογοδοτούν στους ανωτέρους τους για τις υπηρεσίες που προσφέρουν.**

**Διάγραμμα 5.37:Σχέση ανωτέρων και εργαζομένων στο πρόγραμμα**

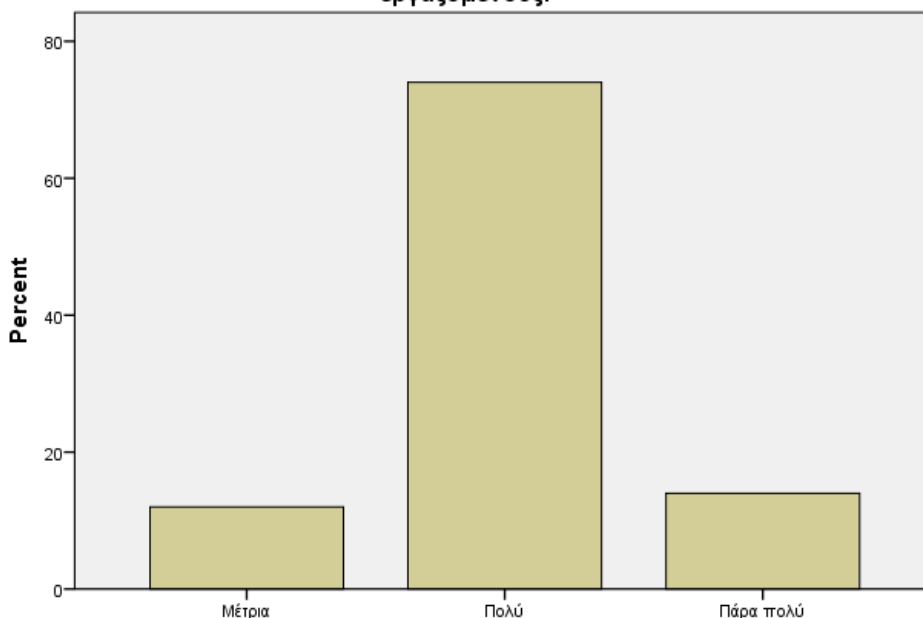
### **Ερώτηση 38**

Το 74% των ερωτηθέντων θεωρούν το πρόγραμμα παρέχει ελευθερία κινήσεων και πρωτοβουλιών στους εργαζόμενους σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 14% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ενώ το 12% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.38: Ελευθερία κινήσεων των εργαζομένων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	6	12,0	12,0	12,0
Πολύ	37	74,0	74,0	86,0
Πάρα πολύ	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**38.Το πρόγραμμα παρέχει ελευθερία κινήσεων και πρωτοβουλιών στους εργαζόμενους.**



**38.Το πρόγραμμα παρέχει ελευθερία κινήσεων και πρωτοβουλιών στους εργαζόμενους.**

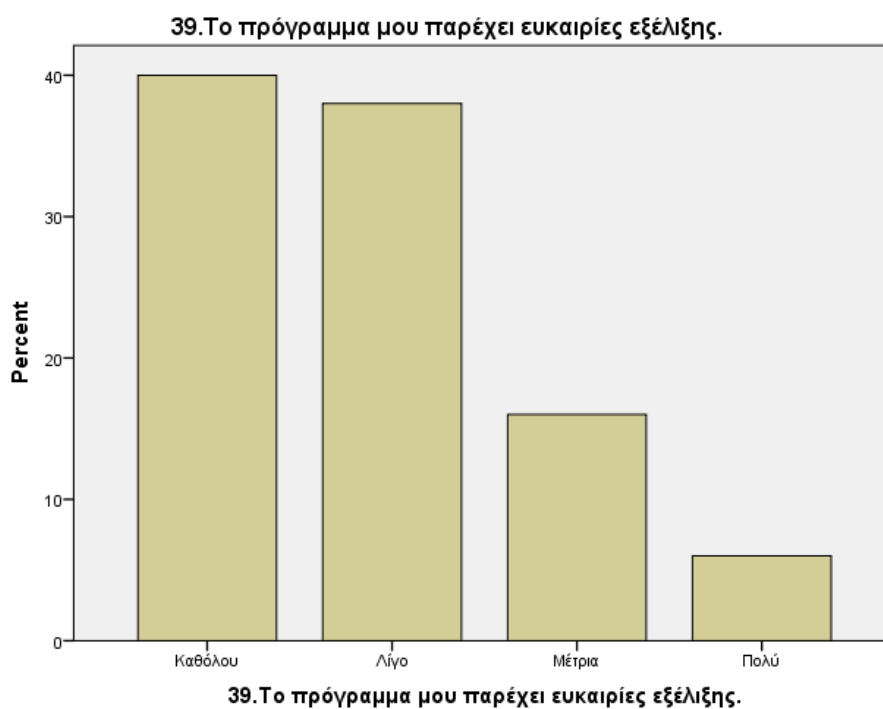
**Διάγραμμα 5.38:Ελευθερία κινήσεων των εργαζομένων**

### **Ερώτηση 39**

Το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα δεν τους παρέχει ευκαιρίες εξέλιξης, το 38% δήλωσαν πως το πρόγραμμα τους παρέχει ευκαιρίες εξέλιξης σε λίγο βαθμό και το 16% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.39: Ευκαιρίες εξέλιξης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	20	40,0	40,0	40,0
Λίγο	19	38,0	38,0	78,0
Μέτρια	8	16,0	16,0	94,0
Πολύ	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



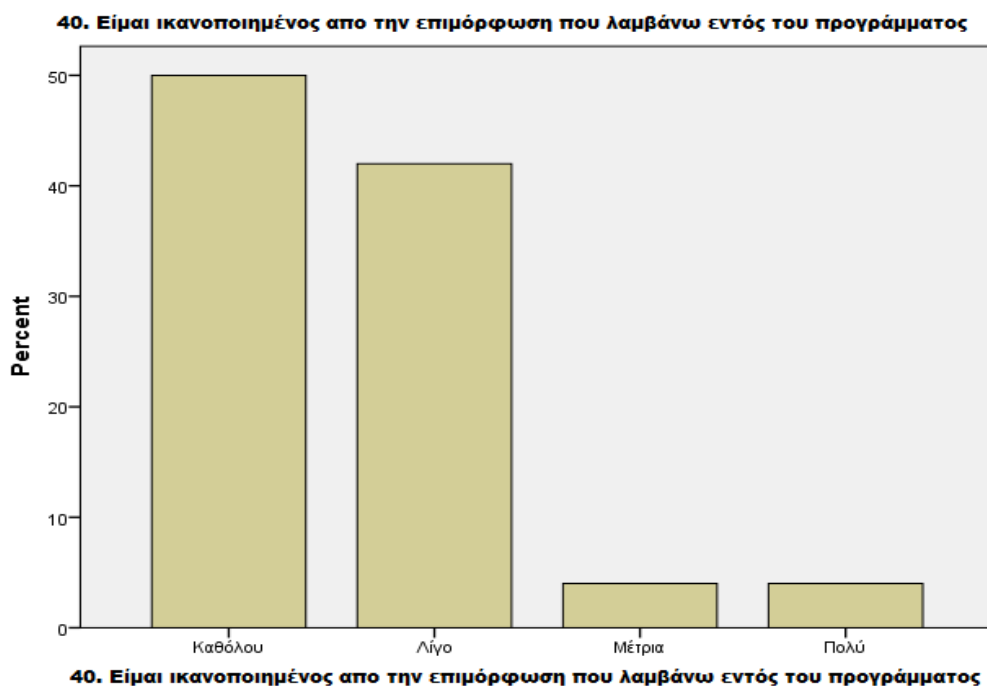
**Διάγραμμα 5.39: Ευκαιρίες εξέλιξης**

#### **Ερώτηση 40**

Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την επιμόρφωση που λαμβάνουν εντός του προγράμματος και το 42% δήλωσαν πως είναι λίγο ικανοποιημένοι από αυτή.

**Πίνακας 5.40: Ικανοποίηση από επιμόρφωση εντός του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	25	50,0	50,0	50,0
Λίγο	21	42,0	42,0	92,0
Μέτρια	2	4,0	4,0	96,0
Πολύ	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.40: Ικανοποίηση από επιμόρφωση εντός του προγράμματος**

#### **Ερώτηση 41**

Το 56% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα δεν τους παρέχει καθόλου τη δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης, το 34% δήλωσαν πως το πρόγραμμα τους παρέχει τη δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης σε λίγο βαθμό και το 10% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.41: Δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης στο πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	28	56,0	56,0	56,0
Λίγο	17	34,0	34,0	90,0
Μέτρια	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.41: Δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης στο πρόγραμμα**

### **Ερώτηση 42**

Το 62% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι από το κλίμα του εργασιακού περιβάλλοντος σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ 16% δήλωσε πως είναι ικανοποιημένοι σε πολύ μεγάλο βαθμό και άλλο ένα 16% σε μέτριο βαθμό.

**Πίνακας 5.42: Κλίμα εργασιακού περιβάλλοντος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	3	6,0	6,0	6,0
Μέτρια	8	16,0	16,0	22,0
Πολύ	8	16,0	16,0	38,0
Πάρα πολύ	31	62,0	62,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



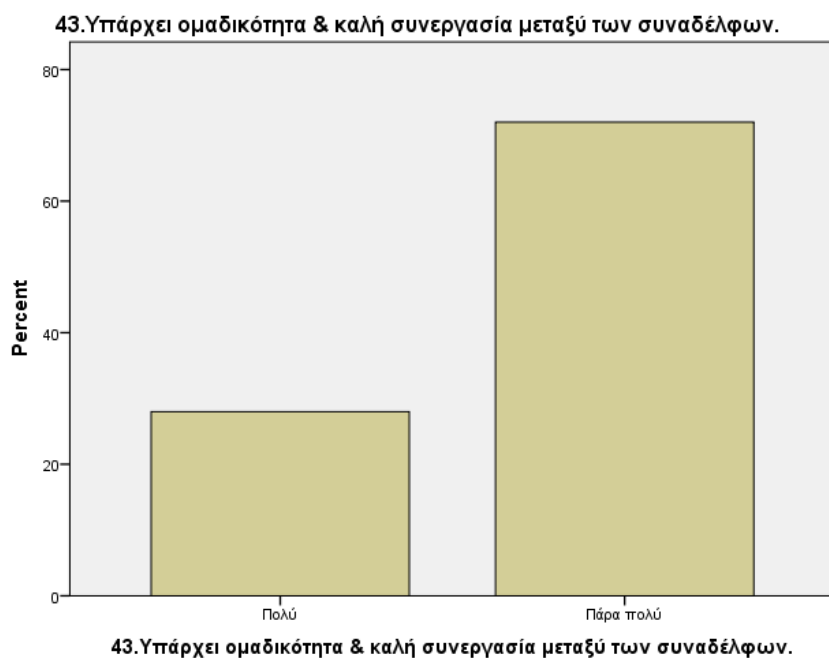
**Διάγραμμα 5.42: Κλίμα εργασιακού περιβάλλοντος**

### **Ερώτηση 43**

Το 72% των ερωτηθέντων θεωρούν πως υπάρχει ομαδικότητα & καλή συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 28% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.43: Ομαδικότητα και συνεργασία μεταξύ συναδέλφων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	14	28,0	28,0	28,0
Πάρα πολύ	36	72,0	72,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



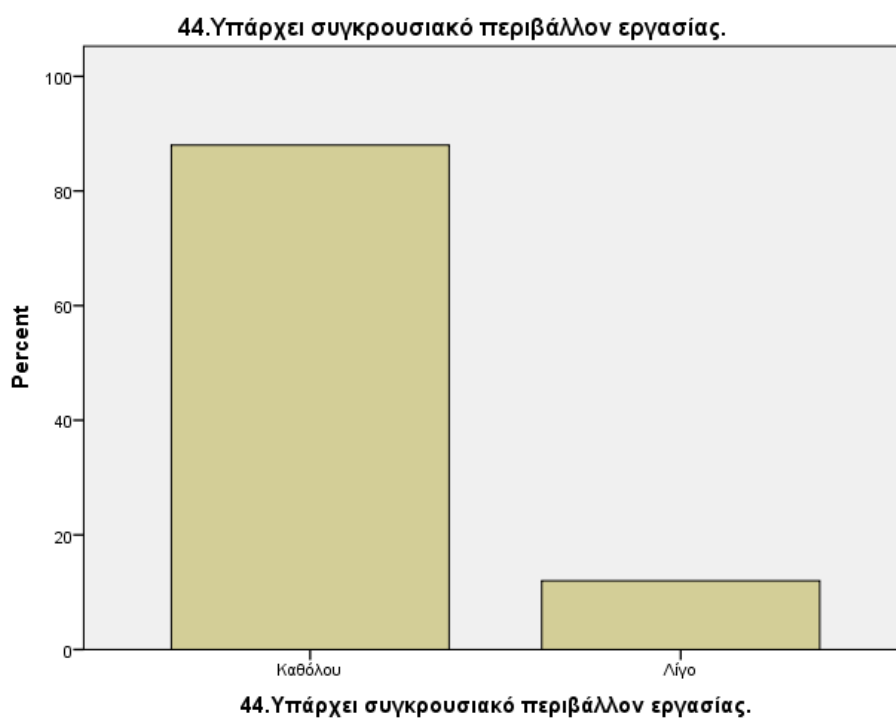
**Διάγραμμα 5.43:Ομαδικότητα και συνεργασία μεταξύ συναδέλφων**

#### **Ερώτηση 44**

Το 88% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν υπάρχει συγκρουσιακό περιβάλλον εργασίας και το 12% πως υπάρχει σε λίγο βαθμό.

**Πίνακας 5.44: Ύπαρξη συγκρουσιακού περιβάλλοντος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	44	88,0	88,0	88,0
Λίγο	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.44: Ύπαρξη συγκρουσιακού περιβάλλοντος**



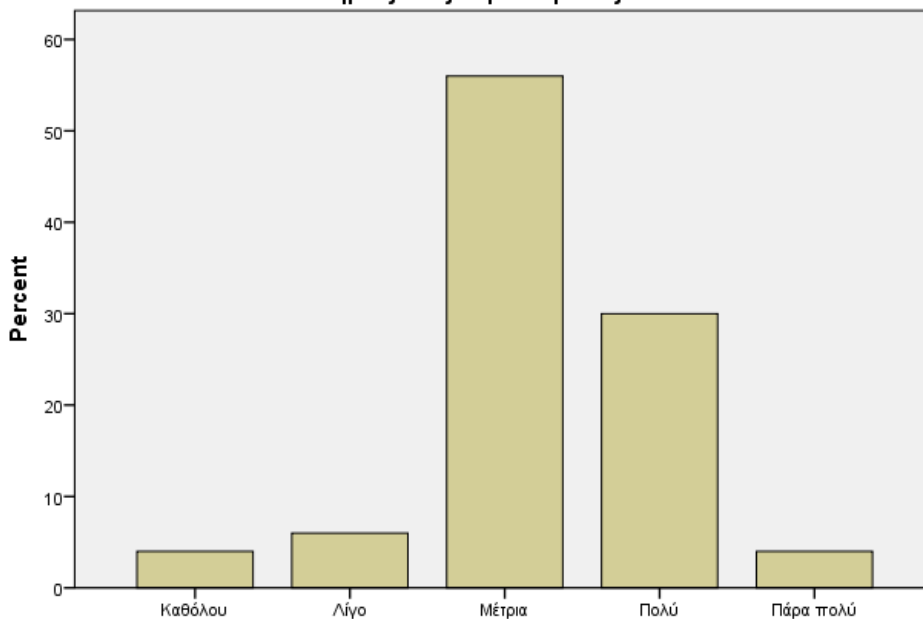
### **Ερώτηση 45**

Το 56% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ικανοποιούν μέτρια τους ωφελούμενους και το 30% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.45: Ικανοποίηση ωφελούμενων από το πρόγραμμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	2	4,0	4,0	4,0
Λίγο	3	6,0	6,0	10,0
Μέτρια	28	56,0	56,0	66,0
Πολύ	15	30,0	30,0	96,0
Πάρα πολύ	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**45.Θεωρώ ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ικανοποιούν πλήρως τους ωφελούμενους.**



**45.Θεωρώ ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ικανοποιούν πλήρως τους ωφελούμενους.**

**Διάγραμμα 5.45: Ικανοποίηση ωφελούμενων από το πρόγραμμα**

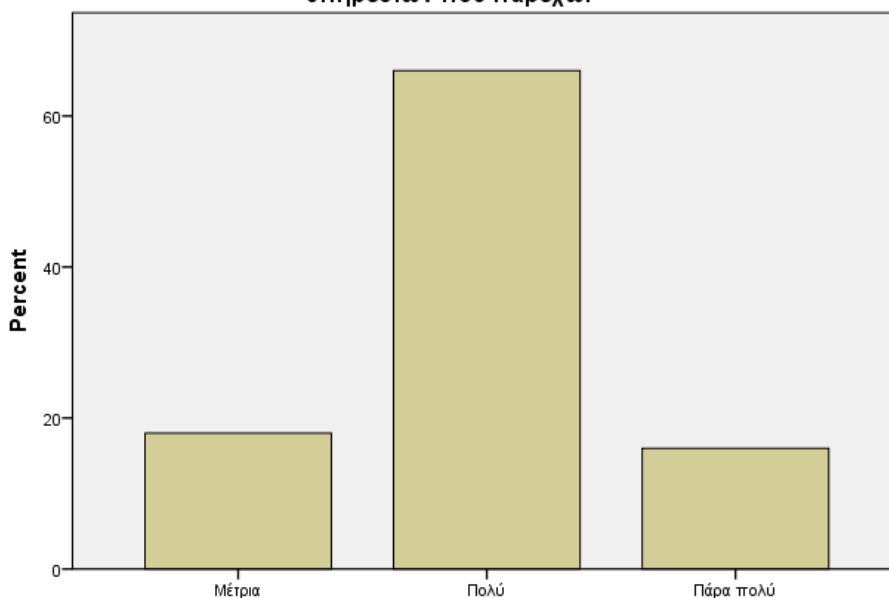
#### **Ερώτηση 46**

Το 66% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό, το 18% σε μέτριο βαθμό και το 16% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.46: Αναγνώριση σημαντικότητας παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ωφελούμενους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	9	18,0	18,0	18,0
Πολύ	33	66,0	66,0	84,0
Πάρα πολύ	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**46.Οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχω.**



**46.Οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχω.**

**Διάγραμμα 5.46: Αναγνώριση σημαντικότητας παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ωφελούμενους**

### **Ερώτηση 47**

Το 72% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι θεωρούν πως η δουλειά τους αναγνωρίζεται από την κοινωνία σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 24% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.47: Κοινωνική αναγνώριση της δουλειάς των εργαζομένων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	2	4,0	4,0	4,0
Πολύ	36	72,0	72,0	76,0
Πάρα πολύ	12	24,0	24,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 5.47: Κοινωνική αναγνώριση της δουλειάς των εργαζομένων**

### **Ερώτηση 48**

Το 70% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι υπηρεσίες που παρέχουν επαρκούν τους ωφελούμενους σε μέτριο βαθμό και το 22% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.48: Επάρκεια παρεχόμενων υπηρεσιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγο	3	6,0	6,0	6,0
Μέτρια	35	70,0	70,0	76,0
Πολύ	11	22,0	22,0	98,0
Πάρα πολύ	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	



**48.Θεωρώ ότι οι υπηρεσίες που παρέχω επαρκούν τους ωφελούμενους.**

**Διάγραμμα 5.48:Επάρκεια παρεχόμενων υπηρεσιών**

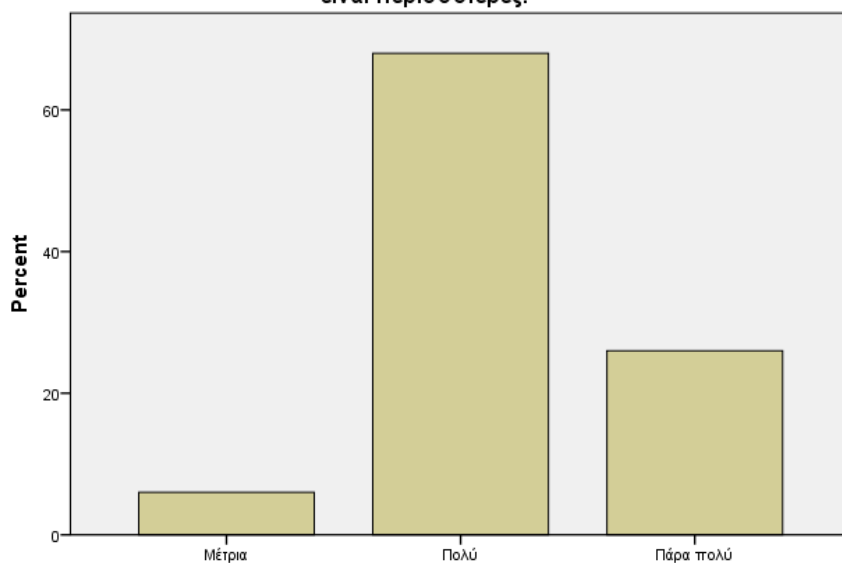
### **Ερώτηση 49**

Το 68% των ερωτηθέντων θεωρούν πως οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους εργαζόμενους έπρεπε να είναι περισσότερες σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 26% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.49: Γνώμη εργαζομένων για την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια	3	6,0	6,0	6,0
Πολύ	34	68,0	68,0	74,0
Πάρα πολύ	13	26,0	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

49.Θεωρώ ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους εργαζόμενους έπρεπε να είναι περισσότερες.



49.Θεωρώ ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους εργαζόμενους έπρεπε να είναι περισσότερες.

**Διάγραμμα 5.49: Γνώμη εργαζομένων για την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος**

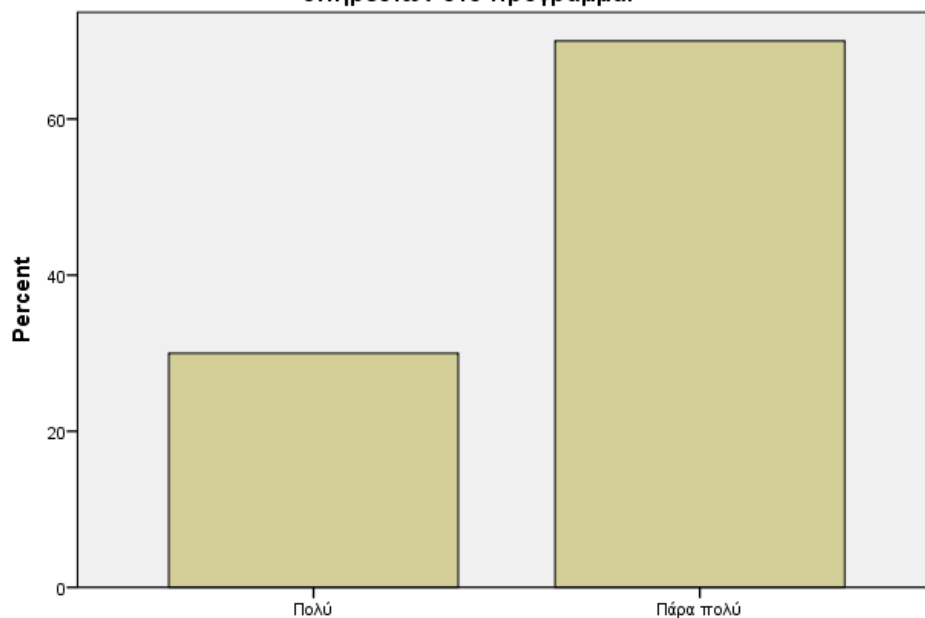
### **Ερώτηση 50**

Το 70% των ερωτηθέντων θεωρούν πως θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερες ειδικότητες παρεχόμενων υπηρεσιών στο πρόγραμμα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 30% σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.50: Άποψη των εργαζομένων για την ποσότητα των ειδικοτήτων των παρεχόμενων υπηρεσιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	15	30,0	30,0	30,0
Πάρα πολύ	35	70,0	70,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**50.Κρίνω ότι θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερες ειδικότητες παρεχομένων υπηρεσιών στο πρόγραμμα.**



**50.Κρίνω ότι θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερες ειδικότητες παρεχομένων υπηρεσιών στο πρόγραμμα.**

**Διάγραμμα 5.50: Άποψη των εργαζομένων για την ποσότητα των ειδικοτήτων των παρεχόμενων υπηρεσιών**

## 5.2 Συσχετίσεις Ερωτήσεων με chi-square και Απαντήσεις Ερευνητικών Υποθέσεων

- ❖ Συσχέτιση ετών προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα με την στήριξη της ομαδικής εργασίας από την διοίκηση (Ερωτήσεις 5 και 15)

Μεταξύ των δυο μεταβλητών υπάρχει στατιστική σημαντικότητα καθώς η τιμή Pearson στο chi-square test είναι  $\text{sig.} = ,027 < \text{της τιμής Pearson } 0,05$ . Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 11 ετών, δήλωσαν πως η διοίκηση υποστηρίζει μέτρια την ομαδική εργασία ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι με μικρότερη προϋπηρεσία δήλωσαν πως η διοίκηση υποστηρίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ομαδική εργασία.

**Πίνακας 5.51: συσχέτιση ετών προϋπηρεσίας και υποστήριξη ομαδικότητας από τη διοίκηση**

**Crosstab**

Count

		15. Η διοίκηση υποστηρίζει την ομαδική εργασία.				Total
		Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	
5. Έτη προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα	0-2	0	1	6	0	7
	3-6	0	0	2	3	5
	7-10	0	1	6	2	9
	11+	5	11	8	5	29
Total		5	13	22	10	50

**Πίνακας 5.52: Chi-square tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,791 <sup>a</sup>	9	,027
Likelihood Ratio	21,524	9	,011
Linear-by-Linear Association	4,274	1	,039
N of Valid Cases	50		

a. 13 cells (81,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

- ❖ Συσχέτιση φύλου με την άποψη των εργαζομένων στο πρόγραμμα σχετικά με τη γνώμη των ωφελούμενων για τη σημαντικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ( Ερωτήσεις 1 και 46)

Μεταξύ των δυο μεταβλητών υπάρχει στατιστική σημαντικότητα καθώς η τιμή Pearson στο chi-square test είναι  $\text{sig.} = ,00 < \text{της τιμής Pearson } 0,05$ . Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι άνδρες εργαζόμενοι στο πρόγραμμα πιστεύουν πως οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν σε μέτριο βαθμό ενώ οι περισσότερες γυναίκες εργαζόμενοι πιστεύουν πως οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.53:Συσχέτιση φύλου και γνώμη ωφελούμενων του προγράμματος**

**Crosstab**

Count

	46.Οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχω.			Total
	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	
1.Φύλο Άνδρας	9	6	3	18
Γυναίκα	0	27	5	32
Total	9	33	8	50

**Πίνακας 5.54:Chi-square tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,555 <sup>a</sup>	2	,000
Likelihood Ratio	23,464	2	,000
Linear-by-Linear Association	7,968	1	,005
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.



- ❖ Συσχέτιση ηλικίας με την άποψη των εργαζομένων για την επάρκεια των αποδοχών τους σε σχέση με τις υπηρεσίες που παρέχουν (Ερωτήσεις 2 και 27)

Μεταξύ των δυο μεταβλητών υπάρχει στατιστική σημαντικότητα καθώς η τιμή Pearson στο chi-square test είναι  $\text{sig.} = ,028 < \text{της τιμής Pearson } 0,05$ . Αναλυτικότερα, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα ηλικίας από 35-44 ετών πιστεύουν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα σε λίγο βαθμό ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 45-54 ετών πιστεύουν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα σε πολύ μεγάλο βαθμό.

**Πίνακας 5.55: Συσχέτιση ηλικίας και επάρκεια αποδοχών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες**

**Crosstab**

Count

		27. Οι αποδοχές μου ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχω στο πρόγραμμα.				Total
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	
2. Ηλικία	25-34	0	1	1	0	2
	35-44	6	11	8	3	28
	45-54	0	3	8	9	20
Total		6	15	17	12	50

**Πίνακας 5.56: Chi-square tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,105 <sup>a</sup>	6	,028
Likelihood Ratio	16,818	6	,010
Linear-by-Linear Association	10,440	1	,001
N of Valid Cases	50		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 42% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα παρέχει στους εργαζόμενους του ένα όραμα σε μέτριο βαθμό, το 40% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 10% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ όσον αφορά εάν αυτό το όραμα είναι κοινό μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης το 36% συμφώνησε πλήρως και το 32% δήλωσε πως αυτό ισχύει λίγο. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, δηλαδή το 42%, πιστεύει πως η ύπαρξη κοινού οράματος έχει και καλύτερα αποτελέσματα στην απόδοση των εργαζομένων στο πρόγραμμα.

Επίσης, το 46% των ερωτηθέντων είναι πολύ ευχαριστημένο με την ενημέρωση που έχουν από την διοίκηση για τη σημασία της προσφοράς στην κοινωνία που έχει η εργασία τους και το 24% είναι μέτρια ικανοποιημένο. Αντίστοιχα, το 42% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό του προγράμματος σε πολύ μεγάλο βαθμό ενώ το 36% σε μέτριο βαθμό. Ακόμη, το 46% των ερωτηθέντων θεωρεί πως η διοίκηση ενθαρρύνει την αλληλοεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Επιπλέον, το 58% των ερωτηθέντων δηλώνουν πως είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για το πρόγραμμα σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 22% σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Το αποτέλεσμα όσον αφορά τα επιμορφωτικά προγράμματα εκ μέρους της διοίκησης είναι αρνητικό, καθώς το 44% των ερωτηθέντων δηλώνουν πως η διοίκηση δεν προσφέρει καθόλου επιμορφωτικά προγράμματα στους εργαζόμενους και το 30% πιστεύει πως τους παρέχονται λίγα επιμορφωτικά προγράμματα. Σε αντίστοιχη ερώτηση για το αν επενδύει η διοίκηση στην εξειδίκευσή τους το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η διοίκηση δεν επενδύει καθόλου σε αυτό το κομμάτι ενώ το 36% πως επενδύει λίγο.

Το 22% των ερωτηθέντων πιστεύει πως ο λόγος που η διοίκηση δεν προσφέρει επιμορφωτικά σεμινάρια είναι το υψηλό τους κόστος. Το 54% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα στηρίζεται στην κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων σε πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ μόνο 16% θεωρούν ότι στηρίζεται σε αυτό μέτρια.

Ακόμη, το 52% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ επιδρά στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων του προγράμματος σε λίγο βαθμό και το 20% δήλωσε πως δεν επιδρά καθόλου στην επίδοσή τους. Επίσης, το 48% των ερωτηθέντων

δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ βοηθά την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε λίγο βαθμό και το 22% δήλωσαν πως το εσωτερικό μάρκετινγκ δεν βοηθά καθόλου στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το 44% των ερωτηθέντων πιστεύει πως το εσωτερικό μάρκετινγκ συμβάλλει στην μεγαλύτερη προώθηση του προγράμματος σε λίγο βαθμό, ενώ όσον αφορά την ανάγκη ύπαρξης εσωτερικού μάρκετινγκ λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας, το 56% είπε πως χρειάζεται σε μέτριο βαθμό σε αντίθεση με το 14% που πιστεύει ότι χρειάζεται εσωτερικό μάρκετινγκ σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Να σημειωθεί εδώ, πως αυτές τους οι απαντήσεις στηρίζονται στο γεγονός μη ύπαρξης καθοδήγησης για εσωτερικό μάρκετινγκ από τη διοίκηση, καθώς το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» προσπαθεί να «κρατηθεί στα πόδια του» χωρίς ιδιαίτερη στήριξη.

Από την άλλη μεριά, σχετικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων στο πρόγραμμα, το 44% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως αμείβονται ικανοποιητικά σε μέτριο βαθμό, το 20% σε λίγο βαθμό, άλλο ένα 20% σε πολύ μεγάλο βαθμό και το 14% δήλωσαν πως δεν αμείβονται καθόλου ικανοποιητικά. Το 34% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα σε μέτριο βαθμό, το 30% σε λίγο βαθμό και το 24% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ενώ σχετικά με το αν ανταποκρίνεται ο μισθός τους με τη θέση που έχουν, το 32% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως ανταποκρίνεται σε λίγο βαθμό, το 30% σε μέτριο βαθμό, το 24% σε πολύ μεγάλο βαθμό και ένα 14% δήλωσε πως οι αποδοχές τους δεν ανταποκρίνονται καθόλου στη θέση που έχουν στο πρόγραμμα. Επιπλέον το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως δεν επηρεάζει καθόλου στην απόδοσή τους ο φόρτος εργασίας, το 28% δήλωσαν πως τους επηρεάζει μέτρια και το 12% σε λίγο βαθμό.

Αναφορικά με την ιεραρχική δομή μέσα στο πρόγραμμα το 32% δήλωσε πως δεν υπάρχει καθόλου έντονη ιεραρχική δομή ενώ 42% των ερωτηθέντων θεωρούν πως υπάρχει αλλά σε λίγο βαθμό. Φαίνεται επίσης, πως η πλειοψηφία του δείγματος δηλαδή το 46% θεωρεί την ύπαρξη ιεραρχίας λίγο αναγκαία και το 30% δεν την θεωρούν καθόλου αναγκαία. Ακόμη, το 58% θεωρεί πως οι εργαζόμενοι πρέπει να λογοδοτούν στους ανωτέρω τους σε μέτριο βαθμό.

Παρατηρείται πως υπάρχει ελευθερία κινήσεων και πρωτοβουλιών από τους εργαζόμενους σε πολύ μεγάλο βαθμό καθώς αυτή η απάντηση επικράτησε με ποσοστό 74%, έναντι του μόλις 12% που πιστεύει πως αυτό γίνεται σε μέτριο βαθμό. Ωστόσο, το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως το πρόγραμμα δεν τους παρέχει ευκαιρίες εξέλιξης κι επίσης το 50% θεωρεί πως δεν λαμβάνει καθόλου επιμόρφωση εντός του

προγράμματος ενώ το 42% πως λαμβάνει αλλά σε λίγο βαθμό. Η πλειοψηφία του 56% των ερωτηθέντων δήλωσε πως το πρόγραμμα δεν παρέχει καθόλου τη δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης.

Επιπρόσθετα, το 62% δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο από το κλίμα στο εργασιακό περιβάλλον, όπως επίσης και το 72% συμφωνεί ότι υπάρχει καλή συνεργασία και ομαδικότητα μεταξύ των συναδέλφων σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό φαίνεται και από το ποσοστό του 88% που λέει πως δεν υπάρχει καθόλου συγκρουσιακό κλίμα.

Το 56% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ικανοποιούν μέτρια τους ωφελούμενους και το 30% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Όσον αφορά την άποψη των ωφελούμενων, το 66% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό αλλά το 70% πιστεύει πως θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερες ειδικότητες παρεχόμενων υπηρεσιών στο πρόγραμμα σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό και το 30% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό δείχνει και την επίγνωση των προβλημάτων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και από τους ίδιους τους εργαζόμενους.

Από τις ερευνητικές υποθέσεις, αναλυτικότερα, προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 11 ετών, δήλωσαν πως η διοίκηση υποστηρίζει μέτρια την ομαδική εργασία ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι με μικρότερη προϋπηρεσία δήλωσαν πως η διοίκηση υποστηρίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ομαδική εργασία.

Επίσης, οι περισσότεροι άνδρες εργαζόμενοι στο πρόγραμμα πιστεύουν πως οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν σε μέτριο βαθμό ενώ οι περισσότερες γυναίκες εργαζόμενοι πιστεύουν πως οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν σε πολύ μεγάλο βαθμό. Τέλος, οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα ηλικίας από 35-44 ετών πιστεύουν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα σε λίγο βαθμό ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι από 45-54 ετών πιστεύουν πως οι αποδοχές τους ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα σε πολύ μεγάλο βαθμό.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**  
**ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»**

Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει συνταχθεί στα πλαίσια διπλωματικής έρευνας που διεξάγεται για την απόκτηση Μεταπτυχιακού τίτλου του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Αποτελεί ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων και αποσκοπεί να ερευνήσει το εσωτερικό μάρκετινγκ του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων και την επίδραση αυτής της ικανοποίησης στις προσφερόμενες από το πρόγραμμα υπηρεσίες.

Το οικείο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, αλλά και δημογραφικά ερωτήματα. Τα δημογραφικά ερωτήματα βοηθούν στη περιγραφή του δείγματος και στην εξέταση της αντιπροσωπευτικότητάς του, ενώ οι υπόλοιπες ερωτήσεις αποτελούν πηγή πληροφοριών για τα ερευνητικά ερωτήματα. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις είναι προκαθορισμένες και αντιπροσωπεύουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις πιθανές περιπτώσεις.

Η έρευνα είναι ανώνυμη και οι ερωτηθέντες έχουν ενημερωθεί για τον σκοπό της. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε με ειλικρίνεια ούτως ώστε τα αποτελέσματά της να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Κουρλή Ελευθερία

Συμπληρώνετε με ✓ την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει:

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55+

3. Μόρφωση

- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΙΕΚ
- Απόφοιτος Πανεπιστημιακής/ Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου
- Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου

4. Επαγγελματική ιδιότητα

- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/τρια
- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Ψυχίατρος
- Άλλο \_\_\_\_\_



5. Έτη προϋπηρεσίας στο πρόγραμμα

- 0-2
- 3-6
- 7-10
- 11+

6. Μορφή απασχόλησης

- Πλήρους απασχόλησης (Αορίστου χρόνου)
- Σύμβαση ορισμένου χρόνου
- Έκτακτο προσωπικό
- Ωρομίσθιος

7. Επαγγελματικές αποδοχές

- 546 € ή λιγότερα
- 547- 700€
- 701- 900€
- 901- 1100€
- 1101-1300€
- 1300 ή περισσότερα

*Συμπληρώστε γραπτώς την θέση που έχετε στο πρόγραμμα:*

8. Θέση \_\_\_\_\_

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρονται στο μάρκετινγκ του προγράμματος εσωτερικά και εξετάζουν το βαθμό ικανοποίησής σας από αυτό. Επιλέξτε κυκλώνοντας μία από τις προσφερόμενες επιλογές ανάλογα με το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε, όπου 1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Πολύ, 5= Πάρα πολύ.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
9. Το πρόγραμμα παρέχει στους εργαζομένους του ένα όραμα.	1	2	3	4	5
10. Η διοίκηση και οι εργαζόμενοι μοιράζονται ένα κοινό όραμα.	1	2	3	4	5
11. Η ύπαρξη κοινού οράματος μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων βοηθάει στην καλύτερη απόδοσή τους.	1	2	3	4	5
12. Το πρόγραμμα ενημερώνει τους εργαζόμενους για τη σημασία της κοινωνικής προσφοράς.	1	2	3	4	5
13. Η διοίκηση παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό του προγράμματος στους εργαζόμενους.	1	2	3	4	5
14. Η διοίκηση ενθαρρύνει την αλληλοεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων.	1	2	3	4	5
15. Η διοίκηση υποστηρίζει την ομαδική εργασία.	1	2	3	4	5
16. Οι εργαζόμενοι είναι κατάλληλα καταρτισμένοι για το πρόγραμμα.	1	2	3	4	5
17. Η διοίκηση προσφέρει επιμορφωτικά προγράμματα στους εργαζόμενους.	1	2	3	4	5
18. Η διοίκηση επενδύει στην εξειδίκευση των εργαζομένων.	1	2	3	4	5
19. Η διοίκηση προσφέρει μικρό αριθμό επιμορφωτικών σεμιναρίων λόγω υψηλού κόστους.	1	2	3	4	5

20. Το πρόγραμμα στηρίζεται στην κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων.	1	2	3	4	5
21. Τα συστήματα αξιολόγησης και επιβράβευσης βοηθούν στην καλή συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων.	1	2	3	4	5
22. Το εσωτερικό μάρκετινγκ επιδρά στην καλύτερη απόδοση των εργαζομένων του προγράμματος.	1	2	3	4	5
23. Το εσωτερικό μάρκετινγκ βοηθά την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	1	2	3	4	5
24. Το εσωτερικό μάρκετινγκ συμβάλλει στην μεγαλύτερη προώθηση του προγράμματος.	1	2	3	4	5
25. Το πρόγραμμα, λόγω ενασχόλησης με τις υπηρεσίες υγείας, έχει ανάγκη την ύπαρξη εσωτερικού μάρκετινγκ.	1	2	3	4	5

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στην ικανοποίηση των εργαζομένων σχετικά με τις υπηρεσίες και τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος. Επιλέξτε κυκλώνοντας μία από τις προσφερόμενες επιλογές ανάλογα με το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε, όπου 1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Πολύ, 5= Πάρα πολύ.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
26. Θεωρώ ότι αμείβομαι ικανοποιητικά.	1	2	3	4	5
27. Οι αποδοχές μου ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που παρέχω στο πρόγραμμα.	1	2	3	4	5
28. Οι αποδοχές μου ανταποκρίνονται στη θέση που έχω στο πρόγραμμα.	1	2	3	4	5
29. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να λαμβάνω περισσότερες αποδοχές.	1	2	3	4	5

30. Κρίνω ότι οι υπηρεσίες που παρέχω στο πρόγραμμα είναι περισσότερες από ότι θα έπρεπε.	1	2	3	4	5
31. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει μεγάλο φόρτο εργασίας.	1	2	3	4	5
32. Δεν αποδίδω ικανοποιητικά λόγω του φόρτου εργασίας.	1	2	3	4	5
33. Οι υπηρεσίες που παρέχω ενισχύουν τη δημιουργικότητά μου.	1	2	3	4	5
34. Η δουλειά μου είναι λειτούργημα.	1	2	3	4	5
35. Στο πρόγραμμα υπάρχει έντονα ιεραρχική δομή μεταξύ ανωτέρων και υφισταμένων.	1	2	3	4	5
36. Θεωρώ αναγκαία την ύπαρξη ιεραρχίας στο πρόγραμμα.	1	2	3	4	5
37. Οι εργαζόμενοι πρέπει να λογοδοτούν στους ανωτέρους τους για τις υπηρεσίες που προσέχουν.	1	2	3	4	5
38. Το πρόγραμμα παρέχει ελευθερία κινήσεων και πρωτοβουλιών στους εργαζόμενους.	1	2	3	4	5
39. Το πρόγραμμα μου παρέχει ευκαιρίες εξέλιξης.	1	2	3	4	5
40. Είμαι ικανοποιημένος από την επιμόρφωση που λαμβάνω εντός του προγράμματος.	1	2	3	4	5
41. Το πρόγραμμα μου παρέχει τη δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης.	1	2	3	4	5
42. Είμαι ικανοποιημένος από το κλίμα του εργασιακού περιβάλλοντος.	1	2	3	4	5
43. Υπάρχει ομαδικότητα και καλή συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων.	1	2	3	4	5
44. Υπάρχει συγκρουσιακό περιβάλλον εργασίας.	1	2	3	4	5

45. Θεωρώ ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ικανοποιούν πλήρως τους ωφελούμενους.	1	2	3	4	5
46. Οι ωφελούμενοι του προγράμματος αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα των υπηρεσιών που παρέχω.	1	2	3	4	5
47. Πιστεύω ότι η δουλειά μου αναγνωρίζεται από την κοινωνία.	1	2	3	4	5
48. Πιστεύω ότι οι υπηρεσίες που παρέχω επαρκούν τους ωφελούμενους.	1	2	3	4	5
49. Θεωρώ ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους εργαζόμενους έπρεπε να είναι περισσότερες.	1	2	3	4	5
50. Κρίνω ότι θα έπρεπε να ενταχθούν περισσότερες ειδικότητες παρεχόμενων υπηρεσιών στο πρόγραμμα.	1	2	3	4	5



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική**

- Αμίτσης, Γαβριήλ Ν. Η θεσμική κατοχύρωση των ελάχιστων ορίων διαβίωσης στην ελληνική και διεθνή έννομη τάξη : Συμβολή στη δογματική θεμελίωση των συστημάτων ελαχίστου εισοδήματος / Γαβριήλ Ν. Αμίτσης. - Αθήνα : Σάκκουλας Αντ. Ν., 2001.
- Kotler, P., (2000). Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ. Ανάλυση, Σχεδιασμός, Υλοποίηση, Έλεγχος. Τόμος Α' Εκδόσεις Interbooks
- Kotler, P., (2001). Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ. Εκδόσεις Β. Γκιούρδας
- Kotler, P. Armstrong, G. Sounders, J. Wong, V., (2001). Αρχές Μάρκετινγκ Εκδόσεις Κλειδάριθμος
- Νομοθετικό Διάταγμα, ΦΕΚ 227/Α/24-9-1973 : Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων
- Τζωρτζάκης, Κ., Τζωρτζάκη, Α., (2002). Αρχές Μάρκετινγκ. Η ελληνική Προσέγγιση. Εκδόσεις Rosili

### **Ξενόγλωσση**

- Altuntas, G., Semercioz, F. and Eregez, H. (2013). Linking strategic and market orientations to organisational performance: the role of innovation in private healthcare organisations. *Social and Behavioral Sciences*, 99: 413 – 419.
- Amazu, A. R., Simon, H. and Anis, M. K. (2014). An Evaluation of the Marketing Strategies used in the Medical Profession: A Case Study of Six Hospitals in Lagos, Nigeria. *Journal of Research and Development*, 2(1): 9 – 45.
- Astuti, H. J. and Nagase, K. (2014). Patient Loyalty to Healthcare Organisations: Relationship Marketing and Satisfaction. *International Journal of Management and Marketing Research*, 7(2): 39 – 56.

- Awa, H. O. and Eze, S. C. (2013). The Marketing Challenges of Healthcare Entrepreneurship: An Empirical Investigation in Nigeria. *British Journal of Marketing Studies*, 1(2): 1 – 16.
- Baldock John, (2003). *Social Policy*, Published by Oxford University Press
- Balogun, B. A. (2015). *Medical Tourism to India: Investigating Factors that Influence Consumer Behaviour of Middle-class Nigerians*. (Unpublished MSc thesis), University of Salford, England.
- Berkowitz, E. (2010). *Essentials of health care marketing*. USA: Jones & Bartlett Publishers
- Berthon Pierre R., Pitt Leyland, Plangger Kirk, Shapiro Daniel, (2012). Marketing Meets Web 2.0, Social Media, and Creative Consumers: Implications For International Marketing Strategy, Article in *Business Horizons* 55(5):261-271
- Bettion Francesca, Janneke Platenga, (2004). Published online, Comparing Care Regimes in Europe , Pages 85-113
- Black RE., Cousens S., Johnson HL., Lawn JE., Rudan I., Bassani DG., Jha P., Campbell H., Walker C.F, Cibulskis R., Eisele T., Liu L., Mathers C., Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF, (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis, *Lancet* (London, England)
- Burchardt, T., Le Grand, J. and Piachaud, D. (2002) ‘Degrees of exclusion: developing a dynamic multidimensional measure’, in J. Hills, J. Le Grand and D. Piachaud (eds) *Understanding social exclusion*, Oxford: Oxford University Press, pp 30-43
- Chou Roger, Gilbert J. Fanciullo, Perry G. Fine, Christine Miaskowski , Steven D. Passik, (2009). Opioids for Chronic Noncancer Pain: Prediction and Identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: A Review of the Evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline, *The Journal of Pain*,



Vol 10, No 2 (February), 2009: pp 131-146, Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

CIHI Annual Report, (2014-2015). Canadian Institute for Health Information

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34: 1 – 13

Crawford MJ., , Rutter D., Manley C., Weaver T., Bhui K., Fulop N., Tyrer P., (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care, *BMJ*

De Brito A. , Guirardello Ede B. , (2011). Nursing workload in an inpatient unit, *Revista Latino- Americana de Enfermagem*

Eckrich, D. W. and Schlesinger, W. (2011). An application of the marketing concept in health-care services planning: a case report. *Journal of Management and Marketing Research*.

Ezejiofor, G., Okafor, J., and Okoro, E. (2013). Globalization of Healthcare Services, Issues, Practices, and Challenges to the Nigerian Society. *International Journal of Research in the Academic Disciplines in Higher Education*, 1(1), 4 – 12.

Fombrun , C . J .and van Riel , C . B . M .( 2004 ) *Fame and Fortune: How Successful Companies Build Winning Reputation*, Pearson Education, New Jersey

Friemel Thomas N., (2014). The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors

Gerstner M. , Sonntag S. , 'Social media' in medical practices and clinics: Position and importance of social media, Article in *Der Pneumologe* 10(4):271-274 · July 2013

Grover, R. (2016). Healthcare marketing: a paradigm shift. *Current Medicine Research and Practice*, 6(3): 138 – 139

- Han, H. and Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46: 20 – 29
- Helderman J.K., Schut F.T., Van der Grinten T.E., Van de Ven W.P., (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands, *Journal of Health Politics, Policy and Law*
- Hills, J. (2002), ‘‘Does a focus on ‘social inclusion’ change the policy response?’’, in Hills, J., LeGrand, J. and Piachaud, D. (Eds), *Understanding Social Exclusion*, Oxford University Press, Oxford (Chapter 13).
- Hutton James G., (1999). The definition, dimensions, and domain of public relations, *Public Relations Review* Volume 25, Issue 2, Summer 1999, Pages 199-214
- Ihlen, Ø (2005). The power of social capital: Adapting Bourdieu to the study of public relations. *Public Relations Review* 31, 492–496
- Kamphuis J. , Meerlo P., Koolhaas J.M., Lancel M. , (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence, *Sleep Medicine*
- Karunanithi Mohan, (2007). Monitoring technology for the elderly patient, *Expert Review of Medical Devices* 4(2):267-77
- Korhonen A., Hakulinen-Viitanen T, Jylhä V, Holopainen A, (2012). Meta-synthesis and evidence-based health care--a method for systematic review, *Scand J Caring Sci*.
- Kotler, P. and Levy, S. J. (1969). Broadening the Concept of Marketing. *Journal of Marketing*, 33(1): 10 – 15.
- Leigh W. Celluci, Carla Wiggins, Tracy J. Farnsworth, (2014), *Health Administration Press*, a division of the Foundation of the American College of Healthcare Executives
- Lewis D., Hodge N., Gamage D., Whittaker M., (2012). Understanding the role of technology in health information systems, *Pacific Health Dialog*, 18(1):144-54

- Lovejoy Kristen, Saxton Gregory D., Information, Community, and Action: How Nonprofit Organizations Use Social Media, *Journal of Computer-Mediated Communication*, Volume 17, Issue 3, 1 April 2012, Pages 337–353, <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2012.01576.x>
- Munday, B. (1996a). Introduction definitions and comparisons in Europe, *Social Care in Europe*, Hemel Hempstead. Prentice Hall Europe
- Munday, B. (2007). *Integrated Social Services in Europe*, Report prepared for the Council of Europe, Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Munday,R., (2003). (eds) *Comparative Legal Studies: Traditions and Transitions*, Cambridge University Press
- Neokleous K., Schiza E., Pattichis C., Schizas C. ,(2014). A Patient Centered Electronic Health System: An Example for Cyprus, Published in *International Conference on Informatics, Management and Technology in Health Care*
- Petmesidou, M. (2006). Social Care Services: ‘Catching Up’ Amidst High Fragmentation and Poor Initiatives for Change, in Petmesidou, M. and Mossialos, E. (eds.), *Social Policy Developments in Greece*, Aldershot: Ashgate, 319-357.
- PHAC. (2010). *Report on the state of public health in Canada, Growing older- Adding life to years*
- PHAC, (2014). *Report on the state of public health in Canada, Public Health in the future*
- Polizoidis, P. (2008). *Social Care in Greece: The Role of Non-Governmental Organisations*. Komotini: Paratiritis. [In Greek].
- Popovic, K., Smith, C. and Hellebusch, S. J. (2013). Attitudes on the use of social media in healthcare communications. *Journal of Communication in Healthcare*, 6(1): 22 – 28.
- Roberts Peter W., Dowling Grahame R., *Corporate Reputation and Sustained Superior Performance*, Published online 19 September 2002 in *Wiley InterScience* ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).

- Rozenblum R. , Bates DW. , (2013). Patient-centred healthcare, social media and the internet: the perfect storm?, *BMJ Qual Saf.*
- Sarasohn- Kahn Jane, (2008), *The Wisdom of Patients: Health Care Meets Online Social Media*, Published by California Health Public Foundation
- Seraj Mina, (2012). We Create, We Connect, We Respect, Therefore We Are: Intellectual, Social, and Cultural Value in Online Communities, *Journal of Interactive Marketing* Volume 26, Issue 4, November 2012, Pages 209-222
- Subramoniam S., Sadi A.H.M.S. ,(2010). *Information Technology Professional*, Nov/Dec, 46-51
- Stellefson M, Chaney B, Barry AE, Chavarria E, Tennant B, Walsh-Childers K, Sriram P, Zagora J., (2013). Web 2.0 Chronic Disease Self-Management for Older Adults: A Systematic Review *J Med Internet Res* 2013;15(2):e35
- Stremersch, S. (2008). Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*, 25: 229 – 233.
- Tabibi SJ, Ebadifard F, Tourani S (2001). *Total Quality Management in Health Care System*, 1st ed., Jahan Rayaneh Publications, Tehran, p.3.
- Triantafillou J, Mestheneos E, Prouskas C, Goltsi V, Kontouka S, Loukissis A (2006) “The National Survey Report for Greece. EUROFAMCARE – Services for Supporting Family Carers of Dependent Older People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage”[http://www.uke.unihamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure\\_el.pdf](http://www.uke.unihamburg.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el.pdf)
- Twigg, C. A. (2003). Improving quality and reducing cost. *Designs for effective learning*. Change: The Magazine of Higher Learning
- Van de Belt TH., Berben SA., Samsom M., Engelen LJ., Schoonhoven L., (2012). Use of social media by Western European hospitals: longitudinal study, *Journal of Medical internet research*

Webster FE, Jr (1994). Defining the new marketing concept. *Marketing Management*, 2: 23-31.

Yadollah Karimi, Sharifan Latifah Syed Abdul Kadir, (2012). *American Journal of Industrial and Business Management*, Vol. 2 No.4

Yeoh, E, Othman, K. and Ahmad, H. (2013). Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, 34: 196 – 201.

Zineldin M (2006). ‘The quality of healthcare and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics’, *Int. J. Health C. Qual. Assurance*, 19 (1): 60-92.

#### Διαδικτυακές Πηγές

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

[www.ec.europa.eu/](http://www.ec.europa.eu/)

[www.infoway-inforoute.ca/](http://www.infoway-inforoute.ca/)

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

[www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)

[www.who.int](http://www.who.int).