
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Κορμέντζα Ειρήνη - Βασιλική

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

Πειραιάς, 2022

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Κορμέντζα Ειρήνη - Βασιλική, Α.Μ.: ΟΔΥ/1923

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, 2022

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**STUDY OF THE IMPACT OF THE HOSPITAL
ENVIRONMENT ON THE BEHAVIOR OF PATIENTS
DURING THE PROVISION OF MEDICAL AND NURSING
SERVICES**

Kormentza Irene - Vassiliki

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, 2022

Στους αγαπημένους μου γονείς.

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη συγγραφή της μεταπτυχιακής μου διατριβής, αρχικά θα ήθελα να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου, τον Καθηγητή Ιωάννη Πολλάλη για τις πολύτιμες συμβουλές που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας, δίνοντάς μου ουσιαστικές παρατηρήσεις και παρέχοντάς μου συνεχή υποστήριξη και έμπνευση.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Δρ. Βασίλη Κουτσιουρή, για την επιστημονική καθοδήγηση σε όλη τη διάρκεια της παρούσας έρευνας και τη συνεχή προσήλωσή του στη ποιότητα του παραγόμενου έργου.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να επισημάνω τον ουσιαστικό ρόλο της Επιστημονικής Επιτροπής και των Καθηγητών Διευθυντών Κλινικών του Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια με την θετική γνωμοδότηση που μου παρείχαν στην έρευνα αναφορικά με τους ασθενείς των οι οποίοι νοσηλεύονταν στις κλινικές τους: Καθηγητή Π. Παπαγγελόπουλο (Α` Παν/κή Ορθοπαιδική Κλινική), Καθηγητή Δ. Αγγουρά (Καρδιοχειρουργική Κλινική), Καθηγητή Ν. Αρκαδόπουλο (Δ` Παν/κή Χειρουργική Κλινική), Καθηγητή Ε. Πικουλή (Γ` Παν/κή Χειρουργική Κλινική), Καθηγητή Γ. Γερουλάκο (Αγγειοχειρουργική Κλινική), Καθηγήτρια Π. Ματσώτα (Β` Παν/κή Αναισθησιολογική), Καθηγητή Π. Τόμο (Θωρακοχειρουργική Κλινική), Καθηγητή Σ. Βασιλείου (Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική) και Καθηγητή Θ. Νικολόπουλο (Β` ΩΡΛ Κλινική).

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι οποίοι, παρόλη την ιδιαίτερη κατάσταση της υγείας τους, μου χάρισαν με ενθουσιασμό και ευγένεια τον πολύτιμο χρόνο τους για να συμμετάσχουν και να αποτελέσουν πολύτιμο κομμάτι στην παρούσα διπλωματική μου διατριβή.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον πατέρα μου Νίκο και τη μητέρα μου Ελένη καθώς και στα αδέρφια μου και στους φίλους/ες μου, για την αμέριστη συμπαράσταση και την ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχαν τα χρόνια των σπουδών μου.

Σας ευχαριστώ θερμά όλους.

Μελέτη της Επίδρασης του Νοσοκομειακού Περιβάλλοντος στη Συμπεριφορά των Ασθενών κατά την Παροχή Ιατρονοσηλευτικών Υπηρεσιών

Σημαντικοί Όροι: Περιβάλλον νοσοκομείου, Ατμόσφαιρα νοσοκομείου, Servicescape, Healthscape, Παροχή υπηρεσιών υγείας, Ικανοποίηση ασθενών

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διεπιστημονική προσέγγιση για τη διερεύνηση της επίδρασης των στοιχείων που συνθέτουν την ατμόσφαιρα ενός νοσοκομείου (servicescape) κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς. Για την πραγματοποίηση της έρευνας οργανώθηκε δειγματοληπτική έρευνα στην οποία συμμετείχαν 114 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο Π.Γ.Ν. Αττικών. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων 128 ερωτήσεων βασιζόμενα στη διεθνή βιβλιογραφία (Physical elements, Social elements, 5P Personality test), τον Αύγουστο του 2021. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο S-O-R (Stimulus – Organism – Response) των Mehrabian and Russel (1974), ώστε να προσδιοριστούν τα ερεθίσματα που διεγείρουν τους ασθενείς, καθώς και την επίδραση που έχουν στην ικανοποίηση αλλά και στην συμπεριφορική τους κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε η Two Step Cluster Analysis για την μελέτη ύπαρξης ομάδων ασθενών, η Multiple Discriminant Analysis για τον προσδιορισμό σημαντικά στατιστικών διαφορών ανάμεσα στις ομάδες που δημιουργήθηκαν, T-Tests για τον προσδιορισμό των στοιχείων της προσωπικότητας των ασθενών καθώς και άλλων δημογραφικών και ιδιαίτερων στοιχείων που χαρακτηρίζουν τις ομάδες και η Multiple Regression Analysis για τον προσδιορισμό της επίδρασης των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον ενός νοσοκομείου στη συμπεριφορική πρόθεση των ασθενών για την επανεπιλογή του παρόχου υπηρεσιών υγείας.

Η ανάλυση των δεδομένων παρουσιάζει τη δημιουργία δύο ομάδων ασθενών/καταναλωτών υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Η 1η ομάδα χαρακτηρίζεται από εξωστρεφείς ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από τα

συναισθήματα άλλων ασθενών καθώς και από την κοινωνική πυκνότητα εντός του νοσοκομείου, ενώ η 2η ομάδα χαρακτηρίζεται από συγκαταβατικούς και οργανωτικούς ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από το προσωπικό και το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Αξιοποιώντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αποδεικνύεται ότι τα στοιχεία που συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του νοσοκομείου επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή τους σε αυτό και τη συμπεριφορική τους πρόθεση ως προς την επανεπιλογή του παρόχου υγείας τους. Με την ανάπτυξη έξυπνων εργαλείων ομαδοποίησης των ασθενών, αξιοποιώντας γνώσεις από τον χώρο του μάρκετινγκ, της κοινωνικής ψυχολογίας και της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, δίνεται η δυνατότητα στους παρόχους υγείας να δημιουργούν περιβάλλοντα παροχής ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών που θα καλύπτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών με σκοπό την ίδια αντιληπτή ποιότητα υπηρεσίας και βαθμό ικανοποίησης από όλους.

Study of the Impact of the Hospital Environment on the Behavior of Patients during the Provision of Medical and Nursing Services

Keywords: Hospital environment, Hospital atmosphere, Servicescape, Healthscape, Health services, Patient satisfaction

Abstract

The purpose of this study is the multidisciplinary approach to investigate the impact of the elements that make up the atmosphere of a hospital (servicescape) during the provision of health services to patients. For the realization of the research, a sample survey was organized in which 114 patients who were hospitalized at the University Hospital of Attica participated. The data were collected using three questionnaires of 128 questions based on the international literature (Physical elements, Social elements, 5P Personality test), in August 2021. The model S-O-R (Stimulus – Organism – Response) of Mehrabian and Russel (1974) was used to identify the stimuli that stimulate patients, as well as the effect they have on their satisfaction and behavioral status. Two Step Cluster Analysis was used to study the existence of patient groups, Multiple Discriminant Analysis to determine significant statistical differences between the groups created, T-Tests to determine the personality elements of patients as well as other demographic and particular elements that characterize the groups and Multiple Regression Analysis to determine the effect of the factors that make up the environment of a hospital on the patients' behavioral intention to re-elect the healthcare provider.

The analysis of the data presents the creation of two groups of patients/consumers of healthcare services. The 1st group is characterized by extroverted patients who are significantly influenced by the feelings of other patients as well as by the social density within the hospital, while the 2nd group is characterized by condescending and organizational patients who are significantly affected by the staff and the natural environment of the hospital.

Utilizing the results of the present study, it is proved that the elements that make up the physical and social environment of the hospital significantly affect the satisfaction of patients during their stay in it and their behavioral intention to re-elect their health provider. With the development of smart tools for the grouping of patients, utilizing knowledge from the field of marketing, social psychology and health service management, health providers are given the opportunity to create environments for the provision of medical and nursing services that will cover the specific characteristics of patients in order to achieve the same perceived quality of service and degree of satisfaction from all.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	xi
Abstract.....	xii
Κατάλογος Πινάκων.....	xix
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	xxi
Κατάλογος Εικόνων.....	xxiii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Σκοπός και Στόχοι Έρευνας	4
1.3 Δομή της Έρευνας	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	7
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	7
2.1 Εισαγωγή στις Υπηρεσίες.....	7
2.1.1 Η έννοια της υπηρεσίας.....	7
2.1.2 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών	8
2.1.3 Κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών.....	11
2.2 Ποιότητα υπηρεσιών και διαστάσεις	17
2.2.1 Η έννοια της ποιότητας.....	17
2.2.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών	18
2.2.3 Η αντιληπτή ποιότητα υπηρεσιών.....	20
2.3 Υπηρεσίες Υγείας	20
2.3.1 Επίπεδα Περίθαλψης.....	21
2.3.2 Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας	21
2.3.3 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας	23
2.4 Ικανοποίηση ασθενών	26
2.5 Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.....	28
2.6 Marketing Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Υγείας.....	30
2.6.1 Η επίδραση του servicescape στην παροχή και κατανάλωση υπηρεσιών.....	30
2.6.2 Χαρακτηριστικά του servicescape	32
2.6.3 Η σημασία του περιβάλλοντος στις μονάδες υγείας - Healthscape	33
2.6.4 Η έννοια του Neuromarketing και οι τεχνικές εφαρμογές του	35

2.6.4.1	Η επίδραση των χρωμάτων και της μουσικής.....	41
2.7	Η συμβολή του Healthscape στην παροχή υπηρεσιών υγείας	43
2.7.1	Περιβάλλον και ξενοδοχειακές υπηρεσίες.....	44
2.7.2	Η επίδραση της μουσικής	45
2.7.3	Η επίδραση των δομικών στοιχείων και της διακόσμησης του χώρου.....	47
2.7.3.1	Χώρος εισόδου.....	50
2.7.3.2	Χώροι αναμονής	51
2.7.3.3	Χώροι υποδοχής-διαλογής	51
2.7.3.4	Χώροι σοβαρών περιστατικών	52
2.7.3.5	Χώροι εξέτασης και θεραπείας	52
2.7.3.6	Παιδιατρική περιοχή.....	53
2.7.3.7	Χώροι προσωπικού και διοίκησης.....	53
2.7.3.8	Σήμανση	53
2.7.3.9	Εσωτερικό περιβάλλον	54
2.8	Στόχος μελέτης και ερευνητικές υποθέσεις	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	61
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....		61
3.1	Μοντέλο S-O-R.....	62
3.2	Ανάλυση Φυσικού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος	63
3.3	Ερευνητικό Μοντέλο.....	64
3.4	Περιγραφή Έρευνας.....	64
3.5	Cluster Analysis	66
3.6	Διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας και συλλογή δεδομένων.....	67
3.7	Φάσεις διεξαγωγής της έρευνας	68
3.8	Σχεδιασμός εργαλείου έρευνας.....	70
3.9	Συλλογή και επεξεργασία δεδομένων	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	75
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....		75
4.1	Αποτελέσματα ελέγχου ερευνητικών υποθέσεων	75
4.1.1	Ερευνητική Υπόθεση H1	75
4.1.2	Ερευνητική Υπόθεση H2	77
4.1.3	Ερευνητική υπόθεση H3	80
4.1.4	Ερευνητική υπόθεση H4	81
4.1.5	Ερευνητική υπόθεση H5	82
4.1.6	Ερευνητική υπόθεση H6	83

4.1.7	Ερευνητική υπόθεση Η7	88
4.1.8	Ερευνητική Υπόθεση Η8	90
4.1.9	Ερευνητική υπόθεση Η9	92
4.2	Συζήτηση αποτελεσμάτων	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5		97
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....		97
5.1	Συμπεράσματα.....	97
5.2	Προτάσεις.....	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....		101
Α. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		101
	Παρουσίαση Π.Γ.Ν. Αττικών	101
Β. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		111
	Έντυπο ενημέρωσης	111
Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....		113
	Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	113
Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		117
	Παρουσίαση Στατιστικών Αποτελεσμάτων	117
Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		121
	Αποτελέσματα Ελέγχου Ερευνητικών Υποθέσεων	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		187

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1 Παρουσίαση βιβλιογραφίας σχετική με τη σημασία του περιβάλλοντος στις μονάδες υγείας	34
Πίνακας 3.1 Μεταβλητές και κλίμακες μέτρησης της έρευνας.....	71

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1 Κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών	12
Διάγραμμα 2.2 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει του αποδέκτη και τον βαθμό αυλότητας - intangibility	13
Διάγραμμα 2.3 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει της σχέσης της επιχείρησης με τον πελάτη και τη διαδικασία παροχής της υπηρεσίας	14
Διάγραμμα 2.4 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει της τυποποίησης της υπηρεσίας και της αρμοδιότητας του προσωπικού να καθορίζει τη φύση της υπηρεσίας	15
Διάγραμμα 2.5 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει της διαθεσιμότητας σημείων εξυπηρέτησης και τη διαδικασία εξυπηρέτησης	16
Διάγραμμα 2.6 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει των μεταπτώσεων της ζήτησης και των συνεπειών της για την επιχείρηση.....	17
Διάγραμμα 2.7 Παράγοντες διαμόρφωσης ποιότητας υπηρεσιών	19
Διάγραμμα 2.8 Εργαλεία Neuromarketing	36
Διάγραμμα 3.1 Ερευνητική Μεθοδολογία.....	61
Διάγραμμα 3.2 Μοντέλο S-O-R	62
Διάγραμμα 3.3 Οι παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον ενός νοσοκομείου....	63
Διάγραμμα 3.4 Το ερευνητικό μοντέλο	64
Διάγραμμα 3.5 Περιγραφή Έρευνας.....	65
Διάγραμμα 3.6 Τα βήματα της ποσοτικής έρευνας	68

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 2.1 Empathy Mapping	37
Εικόνα 2.2 Facial Coding	37
Εικόνα 2.3 Eye Tracking	38
Εικόνα 2.4 GSR Method.....	38
Εικόνα 2.5 EEG Method.....	39
Εικόνα 2.6 fGRI Method	39
Εικόνα 2.7 MEG Method.....	40
Εικόνα 2.8 PET Method	40
Εικόνα 2.9 TMS Method	41
Εικόνα A.1 Νοσοκομείο Π.Γ.Ν. «Αττικόν»	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Στον τομέα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η διαδικασία της εισαγωγής ενός ασθενή σε ένα νοσοκομείο, της παραμονής αλλά και κυρίως της νοσηλείας του στο νοσοκομείο είναι μια πηγή άγχους. Αυτό οφείλεται στο ότι το άτομο απομακρύνεται από το οικείο περιβάλλον του, νιώθει ανασφάλεια αναφορικά με την πορεία της υγείας του, βιώνει συναισθήματα φόβου, άγνοιας και πόνου (σωματικού και ψυχολογικού) που πηγάζουν από την διαδικασία των ιατρικών εξετάσεων και παρεμβάσεων, αλλά και από την άμεση αλλαγή της καθημερινότητας του και την υποχρεωτική παραμονή του σε έναν περιορισμένο, άγνωστο χώρο.

Η *ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης* αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα για τη δημιουργία ενός ειδικού περιβάλλοντος θεραπείας και αποκατάστασης το οποίο συμβάλλει ενεργά στην πλήρη ανάρρωση του ασθενή. Το περιβάλλον του χώρου μιας μονάδας υγείας, όπου ο ασθενής αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ως εσωτερικός ή ακόμα και ως εξωτερικός ασθενής, οφείλει να συμβάλλει στην τελική ίαση δεδομένου ότι κατέχει ουσιώδη θεραπευτικό ρόλο. Σε αντίθετη περίπτωση, το άμεσο περιβάλλον δρα επιβαρυντικά ως προς την υγεία του ασθενή. Κατ' επέκταση, οι σωματικές αλλά και οι ψυχολογικές παράμετροι του κάθε ασθενή τόσο κατά την διάρκεια της νοσηλείας, όσο και κατά τη διάρκεια της επίσκεψης (όταν πρόκειται σε εξωτερικό ασθενή), είναι άμεσα συνδεδεμένες με το άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου αλλά και με τις αρχιτεκτονικές ιδιαιτερότητες του χώρου.

Από τις αρχές του Μοντέρνου Κινήματος στην αρχιτεκτονική, ο σχεδιασμός των νοσοκομείων έχει εξελιχθεί και προσαρμοστεί σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες και απαιτήσεις. Στις μέρες μας, ο σχεδιασμός τέτοιων χώρων θεωρείται ένα από τα πιο πολύπλοκα προβλήματα δεδομένου ότι πρόκειται για εξίσωση με πολλές μεταβλητές. Ο τομέας της αρχιτεκτονικής για την υγεία στην παρούσα φάση βρίσκεται σε ένα κομβικό σημείο. Η αρχιτεκτονική των χώρων υγείας επηρεάστηκε άμεσα από την οικονομική ύφεση που ξεκίνησε το 2008. Τα νοσοκομεία είναι μεταξύ εκείνων των εγκαταστάσεων που, λόγω του υψηλού κόστους συντήρησης, περιορίζουν τις υπηρεσίες τους, προχωρούν σε περικοπές δαπανών ή ελαττώνουν το προσωπικό δυναμικό τους. Παράλληλα, το ζήτημα της κλιματικής αλλαγής είναι άμεσα συνδεδεμένο με τα νοσοκομειακά κτίρια

από την πλευρά τόσο της ενεργειακής κατανάλωσης, όσο και την επιβάρυνσης του φυσικού περιβάλλοντος από τις εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα. Το μέλλον των χώρων υγείας, σύμφωνα με τις σύγχρονες προτεραιότητες και ανάγκες, στηρίζεται στην αναβάθμιση, στη βελτίωση, στον επανασχεδιασμό, στην ενεργειακή αυτονομία και εκμετάλλευση των υποδομών που υπάρχουν. Επιπρόσθετα, η εξέλιξη της τεχνολογίας (ρομποτική, νανοτεχνολογία κτλ.) σε σχέση με την ιατρική και την εφαρμογή της, είναι ένα ζήτημα που θα επηρεάσει την οργάνωση και την εμφάνιση των χώρων υγείας (αυτόματες αλλαγές στην υφή των τοίχων για τον περιορισμό μολύνσεων, κ.α.).

Βασικά στοιχεία του αρχιτεκτονικού σχεδιασμού, όπως η χρήση των υλικών στο εσωτερικό αλλά και στο εξωτερικό του κτιρίου, οι όψεις και το σύνολο των κτιριακών όγκων, η σχέση του κτιρίου με τον περιβάλλοντα χώρο και με την φύση, ο φωτισμός (φυσικός ή τεχνητός), ο προσανατολισμός, η κλίμακα κ.ά. μπορούν να δημιουργήσουν τις κατάλληλες συνθήκες για την λιγότερο τραυματική, κατά το δυνατόν, εμπειρία της νοσηλείας ενός ασθενή. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Langgaard et al, (1981), “τα φυσικά στοιχεία, όπως ο περιβαλλοντικός σχεδιασμός, η διακόσμηση και η σήμανση, στέλνουν μηνύματα που διαμορφώνουν την εικόνα της επιχείρησης (του παρόχου υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης) και επηρεάζουν τις προσδοκίες του καταναλωτή (υπηρεσιών υγείας)”. Οι παραπάνω σχεδιαστικές παράμετροι επηρεάζουν άμεσα, τόσο κατά την πρώτη επαφή του ασθενή με το χώρο, όσο και κατά την διαδικασία της ανάρρωσης του κατά την παραμονή του. Είναι επομένως απαραίτητο να λαμβάνονται σημαντικά υπόψη στο σχεδιασμό αυτά τα στοιχεία του χώρου, προκειμένου το ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον να μετατραπεί όχι μόνο σε ένα φιλικό προς το χρήστη χώρο, αλλά και σε ένα περιβάλλον το οποίο θα προωθήσει τη θεραπεία και τη διαδικασία της ανάρρωσης του.

Ήδη από τις αρχές του 21ου αιώνα και μέχρι και σήμερα, συντελείται μία σειρά μεγάλων αλλαγών στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Lee, 2011). “Οι υψηλές προσδοκίες των ασθενών όσον αφορά την εξυπηρέτησή τους, η πρόοδος στην τεχνολογία, η καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία μέσω των ψηφιακών μέσων (διαδίκτυο) και μια ολιστική προσέγγιση διαφόρων θεμάτων που αφορούν την ευημερία, ήταν λίγες από αυτές τις ουσιαστικές αλλαγές που οδήγησαν σε έναν ολικό μετασχηματισμό” (Francis, 2010). Πιο συγκεκριμένα, το παράδειγμα (paradigm) που έχει προκύψει κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, έχει ως επίκεντρο τον ασθενή ενώ ταυτόχρονα επιδιώκεται μια καλύτερη προσέγγιση στο σχεδιασμό της ατμόσφαιρας του περιβάλλοντος των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης.

“Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι τεχνικές διαστάσεις μιας παροχής υπηρεσίας υγείας είναι πολύ πιο δύσκολο να ελεγχθούν σε σύγκριση με τα απτά στοιχεία της” (Hutton and Richardson, 1995a). Αυτές οι ατμοσφαιρικές ενδείξεις, για παράδειγμα, η όραση, η μυρωδιά, η γεύση, ο ήχος και η αφή είναι συνυφασμένα με την έννοια του *servicescape* όπως αναπτύχθηκε από την Bitner¹ (1992) και θεωρούνται κρίσιμες διαστάσεις της συνολικής εμπειρίας εξυπηρέτησης.

“Έρευνες δείχνουν ότι το φυσικό περιβάλλον των παρόχων υπηρεσιών υγείας μπορεί να ενθαρρύνει ή να αποθαρρύνει ορισμένες συμπεριφορές και συναισθήματα των ασθενών” (Carpman and Grant, 1993) και “να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην διαδικασία αποκατάστασης του ασθενή” (Fottler et al, 2000). Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετική από άλλες καταστάσεις και συνθήκες εξυπηρέτησης που βρίσκονται συνήθως σε τράπεζες, τις τηλεπικοινωνίες ή σε διάφορες εταιρείες. Ο λόγος είναι ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται να προσδιορίσουν, να μετρήσουν και να αξιολογήσουν την τεχνική φύση μιας υπηρεσίας υγείας που χρησιμοποιούν.

Ως αποτέλεσμα, “τα απτά στοιχεία (φυσικό περιβάλλον, ατμόσφαιρα, διάταξη, εγκαταστάσεις, υποδομές κ.ά.) που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών” (Bowers and Swan, 1992). Επίσης, “επηρεάζουν τη φύση της σχέσης μεταξύ των εργαζομένων, δηλαδή των ιατρών, των νοσηλευτών, του διοικητικού προσωπικού και των ασθενών” (Crosby et al, 1990). Ακόμη περισσότερο, “η κρίση των ασθενών σχετικά με την τεχνική ικανότητα ενός γιατρού ακολουθεί τις ενδείξεις που λαμβάνονται από την ατμόσφαιρα που παρέχεται σε μια υπηρεσία υγείας” (Bowers and Swan, 1992). Όλες αυτές οι μελέτες τεκμηριώνουν τη σημασία της διερεύνησης της έννοιας του *servicescape* στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, λαμβάνοντας υπόψη την επίδρασή του στις γνωστικές αλλά και συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών.

Ίσως λόγω αυτής της συνειδητοποίησης, οι Hutton και Richardson (1995a) εισήγαγαν την έννοια του *healthscape*, προκειμένου να συλλάβει και να κατανοήσει τις απτές

¹ Το *servicescape* ορίζεται ως το κατασκευασμένο περιβάλλον που περικλείει μια υπηρεσία (Bitner, 1992). Εντούτοις, επειδή η ύπαρξη των ανθρώπων σε ένα περιβάλλον μπορούν να το διαμορφώσουν και να το επηρεάσουν με την παρουσία τους, στον παραπάνω ορισμό μπορούν να ενταχθούν και άλλες παράμετροι, όπως οι κοινωνικοί, οι πολιτιστικοί, οι πολιτικοί και οι φυσικοί παράγοντες που συνθέτουν τελικά το περιβάλλον παροχής μιας υπηρεσίας.

διαστάσεις μιας υπηρεσίας υγείας. Δηλαδή, η διερεύνηση του τρόπου επίδρασης της αντίληψης, της στάσης, της ικανοποίησης αλλά και ορισμένων συμπεριφορικών προθέσεων των ασθενών.

Παρόλα αυτά “δεν έχει δοθεί η κατάλληλη προσοχή στην εξέταση του ρόλου του healthscape στη δημιουργία της βέλτιστης ικανοποίησης των ασθενών η οποία χρησιμεύει ως δείκτης ποιότητας στο χώρο της υγείας” (Cleary and McNeil, 1988). Επιπρόσθετα, “η ικανοποίηση των ασθενών καθορίζει και τη μελλοντική συμπεριφορά τους που σχετίζεται με την υγεία, συμπεριφορά η οποία έχει σοβαρές συνέπειες και κατ’ επέκταση στην οικονομία μίας χώρας” (Boudreaux & O’Hea, 2004).

1.2 Σκοπός και Στόχοι Έρευνας

Η μελέτη επιδιώκει να αναλύσει τους παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας σε μια υγειονομική δομή. Στόχος της έρευνας, μεταξύ άλλων, είναι η αναζήτηση ομάδων (clusters) ασθενών-καταναλωτών ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον. Πραγματοποιείται μια διερεύνηση πιθανών διαφορών ανάμεσα σε διαφορετικούς τύπους ασθενών-καταναλωτών αναφορικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ενός ασθενή (προσωπικότητα, προηγούμενη εμπειρία, φύλο, ηλικία και εκπαίδευση) αλλά και τη συνολική αντίληψη των ασθενών απέναντι στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν. Επιπρόσθετα, μελετάται η προβλεπτική δύναμη καθενός από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες των υπηρεσιών υγείας στη συνολική αντίληψη των ασθενών απέναντι στο συγκεκριμένο περιβάλλον, για κάθε έναν τύπο ασθενών που προκύπτει αλλά και η αντίστοιχη προβλεπτική δύναμη της ικανοποίησης στην συμπεριφορική πρόθεση των ασθενών.

Αναλυτικότερα, τα ερωτήματα που θα διερευνηθούν στην παρούσα μελέτη είναι:

- Ο καθορισμός των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας σε μια ιατρονοσηλευτική δομή.
- Η δημιουργία ομάδων ασθενών-καταναλωτών σύμφωνα με την αξιολόγηση τους στα στοιχεία που συνθέτουν το συγκεκριμένο περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.
- Ο προσδιορισμός περιβαλλοντικών παραγόντων που διαφοροποιούν τις διαφορετικές ομάδες ασθενών-καταναλωτών που προκύπτουν.
- Η διερεύνηση των διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες ασθενών-καταναλωτών αναφορικά στην προσωπικότητα και στην εμπειρία αλλά

και στα δημογραφικά και στα χαρακτηριστικά πρόθεσης συμπεριφοράς ενός ασθενή απέναντι στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει.

- Ο υπολογισμός της προβλεπτικής δύναμης των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας στη συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο συγκεκριμένο περιβάλλον.
- Ο υπολογισμός της προβλεπτικής δύναμης της συνολικής αντίληψης των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στην ικανοποίηση τους κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.
- Ο υπολογισμός της προβλεπτικής δύναμης της ικανοποίησης των ασθενών-καταναλωτών από τη χρήση υπηρεσιών υγείας στην πρόθεση συμπεριφοράς ως προς την επανεπιλογή των υπηρεσιών αυτών.

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη του ρόλου που διαδραματίζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες σε μια δομή υπηρεσιών υγείας όσον αφορά την αντίληψη των διαφορετικών τύπων ασθενών, την ικανοποίησή τους αλλά και τον τρόπο που επηρεάζεται η πρόθεσή τους ως προς την επανεπιλογή του παρόχου υπηρεσιών υγείας. Απώτερος δε, σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω διατύπωσης συγκεκριμένων προτάσεων για μελλοντική έρευνα και εφαρμογή.

1.3 Δομή της Έρευνας

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή αποτελείται από 5 κεφάλαια, τα οποία εξυπηρετούν τα εξής:

- Στο Πρώτο Κεφάλαιο επιδιώκεται η εισαγωγή του αναγνώστη στο αντικείμενο της παρούσας έρευνας. Αναφέρονται οι σκοποί της έρευνας και περιγράφεται η δομή της εργασίας.
- Στο Δεύτερο Κεφάλαιο πραγματοποιείται μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τα γνωστικά αντικείμενα που μελετά η παρούσα έρευνα. Παρουσιάζονται αναλυτικά οι έννοιες των υπηρεσιών υγείας, της ποιότητας, της ικανοποίησης αλλά και η συμβολή του marketing και η επίδρασή του μέσω του servicescape, στις μονάδες υγείας. Επιπλέον, γίνεται μια προσπάθεια ανάδειξης της διαμόρφωσης του healthscape στην παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω διαθέσιμων δεδομένων. Τέλος, περιγράφεται η έρευνα πεδίου της παρούσας

εργασίας για την ανάδειξη του ρόλου των φυσικών παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον ενός παρόχου υπηρεσιών υγείας.

- Στο Τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας και αναπτύσσεται το θεωρητικό ερευνητικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων.
- Το Τέταρτο Κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της έρευνας, περιγράφοντας αναλυτικά τον τρόπο ελέγχου κάθε ερευνητικής υπόθεσης μέσω κατάλληλων στατιστικών εργαλείων. Επιπλέον, αναλύονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των επιμέρους παραγόντων που συμβάλλουν στο μοντέλο που αναπτύχθηκε συνοδευόμενα από επιπλέον αναλύσεις. Το Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με εξαγωγή συμπερασμάτων και συζήτηση που αφορούν την πρόθεση συμπεριφοράς των ασθενών-καταναλωτών στη λήψη υπηρεσιών υγείας.
- Τέλος, στο Πέμπτο Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις, σε συνδυασμό με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, παρουσιάζονται προτάσεις προς τις διοικήσεις μονάδων υγείας αλλά και προτάσεις μελλοντικής επιστημονικής έρευνας με βάση την ερευνητική προσέγγιση της παρούσας διατριβής και την εμπειρία της ερευνήτριας στο συγκεκριμένο χώρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Εισαγωγή στις Υπηρεσίες

2.1.1 Η έννοια της υπηρεσίας

“Είναι γεγονός ότι ο τομέας της παροχής υπηρεσιών αναπτύσσεται ραγδαία κατά τις τελευταίες δεκαετίες” (Kottler, 2003). Ο Stanton (1981, αναφορά στον Cowell, 1990, σ. 22-23) ορίζει τις υπηρεσίες ως «αυτές τις ξεχωριστά αναγνωρίσιμες, θεμελιωδώς άυλες δραστηριότητες που προσφέρουν ικανοποίηση του θέλω και οι οποίες δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένες με την πώληση ενός προϊόντος ή μιας άλλης υπηρεσίας».

Επιπρόσθετα, ο Stanton (1981) αναφέρει ότι «για την παραγωγή μιας υπηρεσίας δεν απαιτείται οπωσδήποτε η χρήση υλικών αγαθών. Ωστόσο, όταν μια τέτοια χρήση απαιτείται, δεν υπάρχει μεταφορά τίτλου (μόνιμη ιδιοκτησία) σε αυτά τα υλικά αγαθά». Επίσης, σύμφωνα με τον Berry (1980), “η υπηρεσία αποτελεί το αποτέλεσμα των συγκεκριμένων πράξεων/ενεργειών στις οποίες προβαίνει ο πάροχος της, των επιδόσεων που ο πάροχος έχει προβαίνοντας στις συγκεκριμένες πράξεις/ενέργειες καθώς και των αποτελεσμάτων που οι πράξεις αυτές, σε συνδυασμό με την ικανότητα του παρόχου να επιτυγχάνει συγκεκριμένες επιδόσεις, έχουν για τον παραλήπτη/αγοραστή της υπηρεσίας”.

Η υπηρεσία αποτελεί την εμπειρία που αποκομίζει ένας καταναλωτής/αγοραστής ως αποτέλεσμα:

- Των συγκεκριμένων ενεργειών στις οποίες προβαίνει εκείνος που παρέχει την υπηρεσία,
- της ικανότητάς του να επιτυγχάνει και να διατηρεί συγκεκριμένα πρότυπα (standards) κατά την πραγματοποίηση των ενεργειών αυτών και,
- του βαθμού στον οποίο ικανοποιούνται οι προσδοκίες του καταναλωτή αναφορικά με την εμπειρία που ήλπιζε ότι θα αποκομίσει προτού αποφασίσει να εμπλακεί σε μια σχέση συναλλαγής (αποδοχή του κόστους αποκόμισης της υπηρεσίας έχοντας ως προσδοκία το όφελος της απολαβής της υπηρεσίας) με τον πάροχο της υπηρεσίας (Γούναρης Σ. , 2003).

2.1.2 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών

Σύμφωνα με τον Lovelock (1983) τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών διακρίνονται ως εξής:

Το χαρακτηριστικό της άυλης φύσης

Ένα βασικό χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί τα αγαθά από τις υπηρεσίες είναι η άυλη φύση που χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες αποτελούν στην ουσία συγκεκριμένες επιδόσεις σε μια προσπάθεια, στερούνται δε την υλική υπόσταση που έχει κάποιο αγαθό. Το χαρακτηριστικό της άυλης φύσης είναι βασικά το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών, καθώς εξαιτίας αυτού προκύπτουν για τις υπηρεσίες μια σειρά από προβλήματα, καθώς και κάποια από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που συνδέονται με την άυλη φύση της υπηρεσίας σχετίζονται με τη **δυσκολία επικοινωνίας** με την αγορά-στόχο, ειδικά όσον αφορά στα οφέλη που μπορούν να περιμένουν οι αγοραστές της συγκεκριμένης υπηρεσίας συγκριτικά με εκείνο που προσφέρουν οι ανταγωνιστές της επιχείρησης. Οι αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών στην επικοινωνία τους με τις αγορές που τις ενδιαφέρουν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν μέσω της προσωπικής επικοινωνίας και μέσα από τα χειροπιαστά στοιχεία που πλαισιώνουν μια υπηρεσία. Ως χειροπιαστό εννοούμε κάθε υλικό στοιχείο που η επιχείρηση χρησιμοποιεί παρέχοντας την υπηρεσία.

Ένα άλλο, επίσης, σημαντικό πρόβλημα το οποίο συνδέεται άμεσα με την άυλη φύση της υπηρεσίας, είναι αυτό της **αδυναμίας αποθήκευσης** των υπηρεσιών. Επειδή οι υπηρεσίες είναι άυλες, η επιχείρηση παροχής υπηρεσιών δεν είναι σε θέση να δημιουργήσει και να αποθηκεύσει υπηρεσίες. Το γεγονός αυτό φέρνει τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών μπροστά στο δίλημμα του αυξημένου κόστους και της χαμηλής αποτελεσματικότητας της παραγωγικής δυναμικότητας κατά τις ώρες μη-αιχμής, αλλά με καλύτερη δυνατότητα εξυπηρέτησης των πελατών τους, ή το αντίθετο. Οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την αδυναμία αποθήκευσης με το να μετακυλήσουν χρονικά την εκδήλωση της ζήτησης, ώστε να ομαλοποιήσουν την εκδήλωσή της βάσει της παραγωγικής τους δυναμικότητας και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Για αρκετές επιχειρήσεις, η ψηφιακή τεχνολογία και το διαδίκτυο μπορεί να δώσει λύσεις στο πρόβλημα της αδυναμίας αποθήκευσης της υπηρεσίας, καθιστώντας δυνατή τη λειτουργία της επιχείρησης σε συνεχή, 24ωρη, βάση.

Ένα άλλο σημείο προβληματισμού που οφείλεται στην άυλη φύση των υπηρεσιών είναι η *δυσκολία τιμολόγησης* που συναντούν οι επιχειρήσεις οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, το πρόβλημα έγκειται στη σχεδόν παντελή αδυναμία των επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών να προσδιορίσουν το κόστος ανά περίπτωση εξυπηρέτησης. Η αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος πραγματοποιείται με την προσπάθεια δημιουργίας συναρτήσεων προσδιορισμού του κόστους λειτουργίας και παροχής των υπηρεσιών των επιχειρήσεων. Αυτό απαιτεί την παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα των εργασιών συλλογής και καταγραφής των δεδομένων της επιχείρησης ώστε να προσεγγιστεί το κόστος της παροχής της διατιθέμενης υπηρεσίας της.

Το χαρακτηριστικό της αδιαιρετότητας

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι αυτό της αδιαιρετότητας. Λέγοντας αδιαιρετότητα, εννοούμε την αδυναμία διαχωρισμού:

- της παραγωγής μιας υπηρεσίας από τον τόπο κατανάλωσής της
- της παραγωγής της υπηρεσίας από τη συμμετοχή του καταναλωτή στην παραγωγή και
- των εμπειριών των υπολοίπων καταναλωτών που παρευρίσκονται στη διαδικασία της παραγωγής από το τελικό αποτέλεσμα της παραγωγής.

Εξετάζοντας τις συνέπειες της αδιαιρετότητας, η σύνδεση της παραγωγής με τον τόπο κατανάλωσης μιας υπηρεσίας πρακτικά σημαίνει ότι οι υπηρεσίες παράγονται και καταναλώνονται ταυτόχρονα. Επίσης, είναι αναγκαία η φυσική παρουσία του εργαζομένου, ο οποίος παρέχει την υπηρεσία κατά τη στιγμή που ο πελάτης καταναλώνει την υπηρεσία. Αυτό το γεγονός έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ πελάτη και εργαζομένου οι οποίες, με τη σειρά τους, επηρεάζουν καθοριστικά το αποτέλεσμα της διαδικασίας παροχής της υπηρεσίας και, τελικά, το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη.

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που η αδιαιρετότητα δημιουργεί για τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών είναι ότι **το ποιοτικό αποτέλεσμα της παρεχόμενης υπηρεσίας εξαρτάται από την επιχείρηση και τους εργαζομένους της** που προσφέρουν την υπηρεσία, από τον πελάτη ο οποίος συναλλάσσεται με την επιχείρηση, αλλά και από τους υπόλοιπους πελάτες οι οποίοι παρευρίσκονται στον ίδιο χώρο τη στιγμή της συναλλαγής. Για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος οι επιχειρήσεις

παροχής υπηρεσιών καταφεύγουν σε τεχνικές τμηματοποίησης της αγοράς δημιουργώντας διαφορετικό μείγμα μάρκετινγκ για κάθε ένα ξεχωριστό τμήμα της αγοράς.

Το δεύτερο σοβαρό πρόβλημα που προκύπτει για μια επιχείρηση λόγω της αδιαιρετότητας των υπηρεσιών είναι **η εξυπηρέτηση μιας γεωγραφικά διάσπαρτης αγοράς**. Δύο είναι οι βασικές ενέργειες αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος. Η πρώτη ενέργεια είναι προς την κατεύθυνση της ενσωμάτωσης τεχνολογίας στην παροχή της υπηρεσίας, προκειμένου να μειώσει την ανάγκη για προσωπική επαφή. Η άλλη εναλλακτική πρόταση είναι η δημιουργία υποκαταστημάτων-κέντρων παροχής τελικών υπηρεσιών.

Το χαρακτηριστικό της ετερογένειας

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό των υπηρεσιών είναι η ετερογένεια. Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό σημαίνει ότι μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών αδυνατεί να συστηματοποιήσει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, η επιχείρηση αδυνατεί να συστηματοποιήσει το προσφερόμενο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

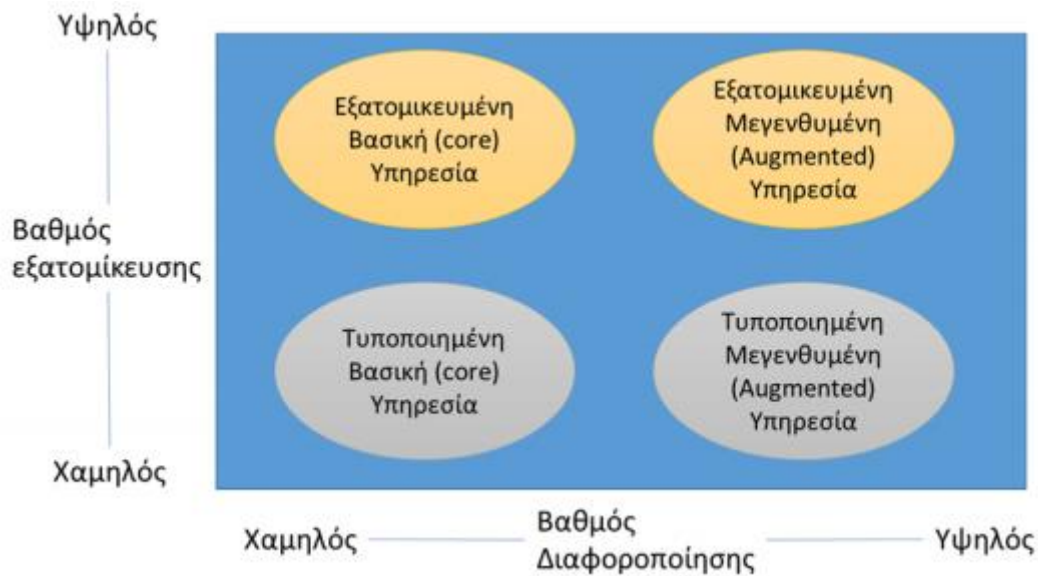
Καθώς οι εργαζόμενοι με ρόλο επαφής έρχονται σε άμεση επικοινωνία με τον πελάτη προκειμένου να τον εξυπηρετήσουν, το αποτέλεσμα της όλης προσπάθειας της επιχείρησης παροχής υπηρεσιών εξαρτάται από την επιτυχημένη ή όχι συμπεριφορά του εργαζομένου κατά τη στιγμή της εξυπηρέτησης του πελάτη και από τη μεταξύ τους επαφή. Καθώς οι εργαζόμενοι είναι άνθρωποι, είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατο να επιτευχθεί η ίδια απολύτως συμπεριφορά, τόσο μεταξύ των εργαζομένων στην ίδια επιχείρηση όσο και από ένα εργαζόμενο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές στη διάρκεια μιας ημέρας, αφού κόπωση ή άλλες προσωπικές αιτίες μπορεί να οδηγήσουν σε διαφοροποίηση της συμπεριφοράς του απέναντι στον πελάτη. Κατά συνέπεια, καθώς η παροχή μιας υπηρεσίας επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τον ανθρώπινο παράγοντα, είτε αυτός αφορά τους εργαζομένους είτε αφορά και τους ίδιους τους πελάτες, είναι πραγματικά ιδιαίτερα δύσκολο να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της ετερογένειας.

Μια ενέργεια αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος είναι η συνεχή και συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού επαφής, να ελέγξει όσο καλύτερα μπορεί, τουλάχιστον τις πλευρές του ανθρώπινου παράγοντα που υπεισέρχονται στη διαδικασία παροχής μιας υπηρεσίας και τις οποίες έχει υπό την εποπτεία της. Μια παρεμφερής ενέργεια είναι να αποσύρει τον εργαζόμενο από την επαφή με τον πελάτη και να τον

υποκαταστήσει με μηχανήματα και νέες τεχνολογίες. Αυτό το γεγονός όμως θα έχει ως συνέπεια την μεταβολή της εμπειρίας του πελάτη, ο οποίος θα πρέπει πλέον να συναλλάσσεται με ένα μηχάνημα αντί με έναν άνθρωπο. Δεύτερον, ενδέχεται κάποιοι πελάτες να μην είναι διατεθειμένοι ή να μην έχουν τις απαραίτητες ικανότητες και γνώσεις για να χρησιμοποιήσουν το αντίστοιχο μηχάνημα. Τέλος, η τρίτη εναλλακτική πρόταση είναι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της ετερογένειας ως ευκαιρία. Η επιχείρηση θα μπορούσε να κατευθυνθεί προς τη λύση της προσφοράς υπηρεσιών που θα είναι περισσότερο προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες μικρότερων τμημάτων της αγοράς, ενδεχομένως και μεμονωμένων πελατών της (customized services). Βεβαίως, η εφαρμογή της συγκεκριμένης λύσης προϋποθέτει ότι υπάρχει ένας ικανός αριθμός πελατών, ώστε να διαμορφωθεί μια κρίσιμη μάζα αγοραστών οι οποίοι θα είναι διατεθειμένοι να καταβάλουν την υψηλότερη τιμή, που συνήθως συνοδεύει ενέργειες προσαρμογής (customization).

2.1.3 Κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών

Μια πρώτη προσέγγιση στην προσπάθεια αναθεώρησης του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την έννοια της ταξινόμησης των υπηρεσιών παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.1. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, δύο παράμετροι, ο βαθμός εξατομίκευσης και ο βαθμός διαφοροποίησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κατατάξουμε μια υπηρεσία σε μία από τις τέσσερις βασικές κατηγορίες (Εξατομικευμένη βασική υπηρεσία, Εξατομικευμένη μεγεθυμένη υπηρεσία, Τυποποιημένη βασική υπηρεσία και Τυποποιημένη μεγεθυμένη υπηρεσία). Λέγοντας Βαθμός Εξατομίκευσης εννοούμε κατά πόσο, ο αγοραστής της υπηρεσίας, επιθυμεί μια υπηρεσία προσαρμοσμένη στις δικές του ιδιαίτερες ανάγκες και προτιμήσεις ή αν προτιμά μια “μαζική” υπηρεσία με χαμηλό βαθμό προσαρμογής. Λέγοντας Βαθμός Διαφοροποίησης εννοούμε το κατά πόσο η επιχείρηση που παρέχει την υπηρεσία διαφοροποιείται από τις ανταγωνιστικές της επιχειρήσεις ενσωματώνοντας στην υπηρεσία που προσφέρει επιπλέον συμπληρωματικές υπηρεσίες, οι οποίες, μαζί με τη βασική, συνθέτουν, συγκριτικά με τον ανταγωνισμό, ένα διαφοροποιημένο πακέτο.



Πηγή: Kasper H., Helsdingen P., and Vries W.Jr., 1999, Services Marketing Management: An International Perspective, p.45

Διάγραμμα 2.1 Κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών

Ο Lovelock (1983), προτείνει 5 εναλλακτικούς τρόπους κατηγοριοποίησης των υπηρεσιών:

- i. Κατηγοριοποίηση βάσει αντικειμένου υπηρεσίας και βαθμού αϋλότητας
- ii. Κατηγοριοποίηση βάσει της σχέσης της επιχείρησης με τον πελάτη της
- iii. Κατηγοριοποίηση βάσει της τυποποίησης και της προσαρμογής της υπηρεσίας
- iv. Κατηγοριοποίηση βάσει της διαθεσιμότητας σημείων εξυπηρέτησης και της διαδικασίας εξυπηρέτησης
- v. Κατηγοριοποίηση βάσει των μεταπτώσεων της ζήτησης

i. Κατηγοριοποίηση βάσει αντικειμένου υπηρεσίας και βαθμού αϋλότητας

Σύμφωνα με αυτή την κατηγοριοποίηση, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.2, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις βασικές περιπτώσεις υπηρεσιών: *Χειροπιαστές ενέργειες που προορίζονται για τον άνθρωπο* (όπως είναι οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία, την εστίαση, κλπ), *χειροπιαστές ενέργειες οι οποίες απευθύνονται σε άψυχα αντικείμενα* (όπως είναι ο καθαρισμός κτιρίων, οι μεταφορές προϊόντων, κλπ), *υπηρεσίες που προορίζονται για τον νου των ανθρώπων και επίσης έχουν λιγότερες ή καθόλου χειροπιαστές ενέργειες* (όπως είναι η εκπαίδευση, οι τηλεπικοινωνίες, κλπ) και τέλος,

υπηρεσίες που προορίζονται για άψυχα στοιχεία χωρίς χειροπιαστές ενέργειες (όπως είναι για παράδειγμα η ασφάλιση, οι νομικές υπηρεσίες ή οι τραπεζικές υπηρεσίες).

		Σε Ποιον Απευθύνεται η Υπηρεσία	
		Ανθρώπους	Αντικείμενα
Ποια Είναι η Φύση της Υπηρεσίας	Χειροπιαστές Ενέργειες	<p>Υπηρεσίες που Κατευθύνονται στο Σώμα των Ανθρώπων</p> <p><i>Υγεία</i> <i>Μεταφορές</i> <i>Εστίαση</i> <i>Γυμναστήρια</i></p>	<p>Υπηρεσίες που Κατευθύνονται σε Προϊόντα ή Χειροπιαστά Αντικείμενα</p> <p><i>Συντήρηση Μηχανημάτων</i> <i>Μεταφορές Προϊόντων</i> <i>Καθαρισμός Κτιρίων</i> <i>Τοποθέτηση Κλιματιστικών Μονάδων</i></p>
	Μη - Χειροπιαστές Ενέργειες	<p>Υπηρεσίες που Κατευθύνονται στο Μυαλό των Ανθρώπων</p> <p><i>Εκπαίδευση</i> <i>Πληροφορική</i> <i>Τηλεπικοινωνίες</i> <i>Θέατρα</i></p>	<p>Υπηρεσίες που Κατευθύνονται σε Μη - Χειροπιαστά Στοιχεία</p> <p><i>Τραπεζικές Υπηρεσίες</i> <i>Ασφάλιση</i> <i>Ελεγκτικές Υπηρεσίες</i> <i>Νομικές Υπηρεσίες</i></p>

Πηγή: Lovelock, 1983, "Classifying Services to Gain Strategic Insights", Journal of Marketing

Διάγραμμα 2.2 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει του αποδέκτη και τον βαθμό αυλότητας - intangibility

ii. Κατηγοριοποίηση βάσει της σχέσης της επιχείρησης με τον πελάτη της

Μια άλλη επίσης ιδιαίτερα σημαντική δυνατότητα κατηγοριοποίησης των υπηρεσιών, όπως παρουσιάζεται, στο Διάγραμμα 2.3, είναι εκείνη που προκύπτει με βάση τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της επιχείρησης και του πελάτη της. Οι υπηρεσίες μιας επιχείρησης παροχής υπηρεσιών μπορεί να προσφέρονται σε πελάτες που έχουν την ιδιότητα του "μέλους"/"συνδρομητή" ή σε πελάτες που δεν έχουν καμία επίσημη σχέση με την επιχείρηση. Αντίστοιχα, η παροχή της υπηρεσίας μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας διαρκούς/συνεχόμενης διαδικασίας (όπως είναι οι τραπεζικές υπηρεσίες ή οι ασφαλιστικές υπηρεσίες) ή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μεμονωμένων αλλά επαναλαμβανόμενων περιπτώσεων παροχής της υπηρεσίας (πχ. οδική βοήθεια, υπηρεσίες που παρέχονται από ένα γυμναστήριο ή εστιατόριο).

		Σχέση Πελάτη με Παροχέα της Υπηρεσίας	
		Πελάτης «Μέλος»	Άτυπη Σχέση
Φύση της Διαδικασίας Παροχής της Υπηρεσίας	Συνεχής	<i>Ασφάλιση Αστική Τηλεπικοινωνία Τραπεζικές Υπηρεσίες Ιδιωτική Εκπαίδευση Καλωδιακή Τηλεόραση</i>	<i>Δημόσια Εκπαίδευση Δημόσια Υγεία Αστυνόμευση Τηλεόραση</i>
	Μεμονωμένη και Επαναλαμβανόμενη	<i>Γυμναστήριο Video Club Οδική Βοήθεια</i>	<i>Ενοικίαση Αυτοκινήτου Ταχυδρομείο - Courier Κινηματογράφος Εστιατόριο</i>

Πηγή: Lovelock, 1983, "Classifying Services to Gain Strategic Insights", Journal of Marketing

Διάγραμμα 2.3 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει της σχέσης της επιχείρησης με τον πελάτη και τη διαδικασία παροχής της υπηρεσίας

iii. Κατηγοριοποίηση βάσει της τυποποίησης και της προσαρμογής της υπηρεσίας

Μία τρίτη εναλλακτική κατεύθυνση για την προσπάθεια κατηγοριοποίησης των υπηρεσιών είναι βάσει του βαθμού τυποποίησης των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας και της έκτασης της δικαιοδοσίας του προσωπικού επαφής να καθορίζει τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας. Οι δυνατότητες κατηγοριοποίησης εμφανίζονται στο Διάγραμμα 2.4. Επειδή στις υπηρεσίες, σε αντίθεση με τα προϊόντα, ο πελάτης είναι μέρος της διαδικασίας παραγωγής της υπηρεσίας, υπάρχουν μεγάλα περιθώρια προσαρμογής των υπηρεσιών στις ανάγκες μεμονωμένων πελατών. Η τυποποίηση της υπηρεσίας στις ανάγκες και στα δεδομένα συγκεκριμένων πελατών εξαρτάται τουλάχιστον από δύο διαστάσεις, για τις οποίες θα πρέπει η επιχείρηση να πάρει συγκεκριμένες αποφάσεις: Η μία διάσταση σχετίζεται με τον βαθμό προσαρμογής ή όχι της διαδικασίας παροχής της υπηρεσίας στους πελάτες της επιχείρησης. Η δεύτερη αφορά στο βαθμό στον οποίο η επιχείρηση θα επιτρέπει στους εργαζομένους της, και ειδικά στο προσωπικό επαφής, να λειτουργούν κατά την κρίση τους και να προσαρμόζουν ή όχι τις υπηρεσίες που προσφέρει η επιχείρηση.

		Τυποποίηση των Χαρακτηριστικών της Υπηρεσίας	
		Προσαρμοσμένη	Τυποποιημένη
Δικαιούσα του Προσωπικού Επαφής στον Καθορισμό της Φύσης & των Χαρακτηριστικών της Υπηρεσίας	Μεγάλη	<p>Νομικές Υπηρεσίες Ιατρικές Υπηρεσίες Αρχιτεκτονικές Υπηρεσίες Φροντιστηριακή Εκπαίδευση Συμβουλευτικές Υπηρεσίες Ανέ- ρεσης Προσωπικού</p>	<p>Προληπτικές Ιατρικές Εξετάσεις Εκπαίδευση</p>
	Μικρή	<p>Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες Εστιατόρια Τηλεπικοινωνίες</p>	<p>Μέσα Μαζικής Μεταφοράς Εστιατόρια Ταχείας Εστίασης Κινηματογράφος</p>

Πηγή: Lovelock, 1983, "Classifying Services to Gain Strategic Insights", Journal of Marketing

Διάγραμμα 2.4 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει της τυποποίησης της υπηρεσίας και της αρμοδιότητας του προσωπικού να καθορίζει τη φύση της υπηρεσίας

iv. Κατηγοριοποίηση βάσει της διαθεσιμότητας σημείων εξυπηρέτησης και της διαδικασίας εξυπηρέτησης

Μία τέταρτη δυνατότητα κατηγοριοποίησης των υπηρεσιών που προσφέρουν οι επιχειρήσεις βασίζεται στη διαθεσιμότητα των σημείων εξυπηρέτησης και στη διαδικασία που πρέπει να εφαρμοστεί προκειμένου η υπηρεσία να προσφερθεί τελικά στον πελάτη. Οι εναλλακτικοί τρόποι ταξινόμησης των υπηρεσιών με βάση τα κριτήρια αυτά απεικονίζονται στο Διάγραμμα 2.5. Εύκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του τρόπου διανομής της υπηρεσίας για την επιχείρηση παροχής υπηρεσιών καθώς και η σημαντικότητα των διαφόρων θεμάτων που αναφέρονται για την επιχείρηση, ανάλογα με τη μέθοδο διανομής που επιβάλλεται από την ίδια την φύση της υπηρεσίας. Ανάμεσα στα σημαντικότερα θέματα που θα πρέπει να επιλυθούν και τα οποία συνδέονται με τη διανομή της υπηρεσίας είναι τα ακόλουθα: ο αριθμός των σημείων εξυπηρέτησης τα οποία θα πρέπει να διαμορφώσει και να συντηρήσει η επιχείρηση παροχής υπηρεσιών, ο σχεδιασμός των διαδικασιών εξυπηρέτησης, ώστε να αποφεύγονται οι συνθήκες "μποτιλιαρίσματος" και η καθυστέρηση της παροχής της υπηρεσίας, η διάθεση και η

οργάνωση των αναγκαίων υποστηρικτικών μέσων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πελατών της επιχείρησης.

		Διαθεσιμότητα Σημείων Εξυπηρέτησης	
		Μεμονωμένο	Πολλαπλά
Διαδικασία Εξυπηρέτησης	Ο Πελάτης Πηγαίνει στον Παροχέα	Θέατρο Κουρείο Καθαριστήριο Ρούχων	Τράπεζες Επιδιόρθωση Αυτοκινήτου
	Ο Παροχέας Πηγαίνει στον Πελάτη	Taxi Ιδιωτικός Ιατρός Υδραυλικός	Ιδιωτικά Ταχυδρομεία (Courier) Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
	Παροχέας και Πελάτης Συναλλάσσονται από Απόσταση	Πιστωτική Κάρτα Τοπική Ραδιοφωνία	Εθνικό Ραδιοφωνικό Δίκτυο Εταιρεία Τηλεπικοινωνιών

Πηγή: Lovelock, 1983, "Classifying Services to Gain Strategic Insights", Journal of Marketing

Διάγραμμα 2.5 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει της διαθεσιμότητας σημείων εξυπηρέτησης και τη διαδικασία εξυπηρέτησης

v. Κατηγοριοποίηση βάσει των μεταπτώσεων της ζήτησης

Όλες οι επιχειρήσεις που παράγουν προϊόντα έχουν τη δυνατότητα να παράγουν και να αποθηκεύουν τα προϊόντα τους. Αυτό τους επιτρέπει να αναπτύσσουν οικονομίες κλίμακος μέσα από τη βέλτιστη αξιοποίηση της παραγωγικής δυναμικότητας τους και των εργοστασίων τους. Δυστυχώς, για τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών κάτι τέτοιο δεν βρίσκει εφαρμογή. Κατά συνέπεια, στην περίπτωση των υπηρεσιών, μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος αφορά στο βαθμό στον οποίο οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών έχουν τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε μεταβολές της ζήτησης με την υφιστάμενη "παραγωγική" τους δυνατότητα. Σε αρκετές περιπτώσεις υπηρεσιών είναι πράγματι ιδιαίτερα δύσκολο να υπάρξει ισορροπία μεταξύ της ζήτησης και της παραγωγικής δυναμικότητας της επιχείρησης. Σε άλλες πάλι το πρόβλημα δεν είναι τόσο έντονο. Στο Διάγραμμα 2.6 παρουσιάζεται μια προτεινόμενη μέθοδος ταξινόμησης των υπηρεσιών με βάση το πως η ζήτηση για τις υπηρεσίες της επιχείρησης μεταβάλλεται και ποιες είναι οι συνέπειες για την επιχείρηση από τις μεταβολές αυτές.

		Μεταπτώσεις της Ζήτησης στη Διάρκεια του Χρόνου	
		Μεγάλες	Μικρές
Περιορισμοί που Τίθονται στην Εξυπηρέτηση της Ζήτησης από τη Συνήθη Δυναμικότητα της Επιχείρησης	Μικροί	Παροχή Ηλεκτρικού Ρεύματος Τηλεπικοινωνίες Υδρουση Αστρονομία	Τράπεζες Ασφάλειες Καθαριστήρια Κέντρα Υγιεινής & Αδυνατίσματος
	Μεγάλοι	Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες Εστιατόρια Θέατρα Αερομεταφορές Φοροτεχνικές υπηρεσίες	Τράπεζες Ασφάλειες Καθαριστήρια Κέντρα Υγιεινής & Αδυνατίσματος

* Στην περίπτωση επιχειρήσεων με ανεπαρκή δυναμικότητα και υποδομή

Πηγή: Lovelock, 1983, "Classifying Services to Gain Strategic Insights", Journal of Marketing

Διάγραμμα 2.6 Κατηγοριοποίηση της υπηρεσίας βάσει των μεταπτώσεων της ζήτησης και των συνεπειών της για την επιχείρηση

2.2 Ποιότητα υπηρεσιών και διαστάσεις

2.2.1 Η έννοια της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας της υγείας εκφύεται από την αρχαιότητα και συγκεκριμένα από τα χρόνια του Ιπποκράτη, όπου αναφέρει σε κείμενά του ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Παρότι πλήθος ορισμών έχουν δημιουργηθεί για να προσδιορίσουν την έννοια της ποιότητας στην υγεία, εντούτοις έως σήμερα αποτελεί πολύπλοκη έννοια που δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί.

Η ποιότητα είναι μια πολύπλοκη διαδικασία όπου μπορεί να προσδιορίζεται και να αξιολογείται με βάση διαφορετικά κριτήρια ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών. Ο Drucker ορίζει ότι ποιότητα είναι η αντίληψη του πελάτη ότι η υπηρεσία που λαμβάνει ικανοποιεί τις ανάγκες του με βάση τα πρότυπά του και την τιμή την οποία πληρώνει (Drucker, 1985). Η ποιότητα των υπηρεσιών έχει οριστεί ως ο βαθμός σύμπτωσης των προσδοκιών αυτού που λαμβάνει την υπηρεσία-πελάτη (πριν τη λάβει) και την αντίληψη

που σχηματίζει γι' αυτήν (αφού τη λάβει) (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990). Επομένως, η ποιότητα αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας τα οποία καθορίζουν τη δυνατότητά της να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες για τις οποίες προσφέρεται. Αν επομένως η αντίληψη του πελάτη από την «κατανάλωση» μιας υπηρεσίας είναι μεγαλύτερη από την προσδοκία του, τότε ο παρέχων την υπηρεσία ικανοποιεί τον πελάτη και η επιχείρηση επιτυγχάνει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Rosen, Karwan & Scribner, 2003). Η ποιότητα υπηρεσιών μπορεί άλλοτε να αξιολογείται στη βάση αυτής της σύγκρισης μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών του πελάτη και άλλοτε να βασίζεται μόνο στις αντιλήψεις των πελατών, οι οποίες είναι πολυεπίπεδες και πολυδιάστατες (Carman, 1990; Dabholkar, Thorpe & Rentz, 1996; Brady & Cronin, 2001).

2.2.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών

Στη βιβλιογραφία έχουν αναγνωριστεί κρίσιμες διαστάσεις ή χαρακτηριστικά ποιότητας. Σύμφωνα με τους Edvardsson, Thomasson & Øvretveit, (1994) αυτά είναι:

- Η ποιότητα σχεδιασμού
- Η ποιότητα συμπαραγωγής-αλληλεπίδρασης με τον πελάτη
- Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη.
- Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία.

Κατά τους Parasuraman, Zeithaml & Berry, (1988), Grönroos, (1988) και Zeithaml, Parasuraman & Berry, (1990) ως κρίσιμες διαστάσεις ή κριτήρια ποιότητας πρέπει να θεωρηθούν:

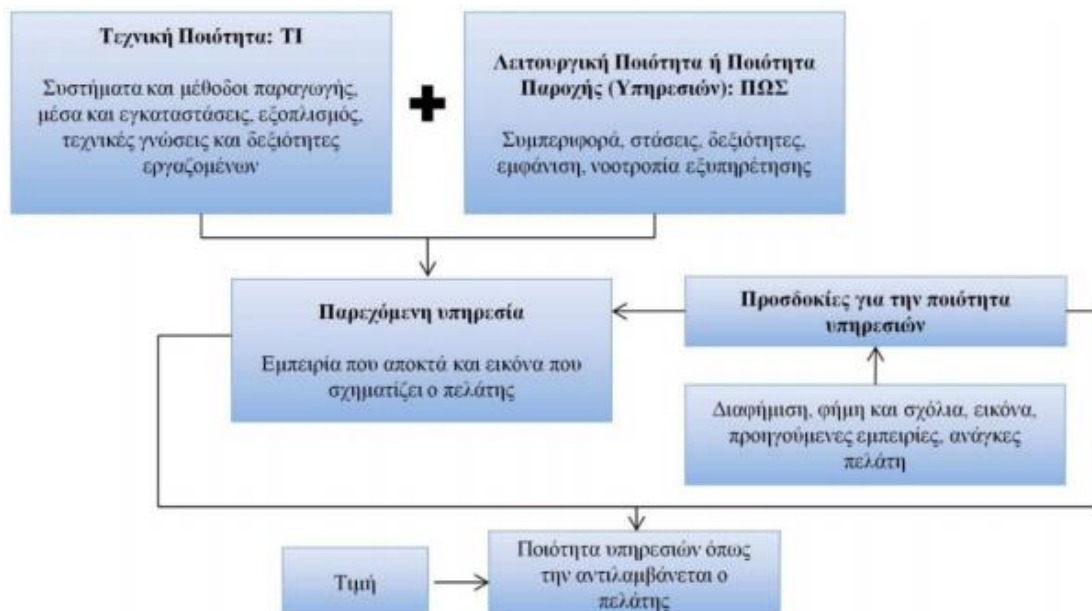
- Τα απτά (χαρακτηριστικά), δηλαδή τα στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία
- Η συνέπεια - αξιοπιστία
- Η άμεση εξυπηρέτηση (ανταπόκριση)
- Οι γνώσεις και ικανότητες (επαγγελματισμός)
- Η ευγένεια του προσωπικού
- Η σιγουριά και η ασφάλεια
- Η εμπιστοσύνη
- Η εύκολη πρόσβαση
- Η επικοινωνία με τον χρήστη

- Η ενσυναίσθηση
- Η αποκατάσταση/διόρθωση σε περίπτωση λάθους.

Ο βαθμός στον οποίο θα ικανοποιηθούν οι προσδοκίες και κατ' επέκταση οι ανάγκες του πελάτη, σε συνάρτηση και με την τιμή την οποία πληρώνει, θα καθορίσει και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έτσι όπως αυτός το αντιλαμβάνεται (Grönroos, 1990; Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990; Edvardsson, Thomasson & Øvretveit, 1994).

Τα παραπάνω κριτήρια, αποτελούν διαστάσεις του υποδείγματος **SERVQUAL** (εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών) και μπορούν να ομαδοποιηθούν εναλλακτικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες (Grönroos, 1984):

- Κριτήρια σχετικά με την παραγωγή της υπηρεσίας (τεχνική ποιότητα– technical quality) και
- Κριτήρια σχετικά με την παροχή της υπηρεσίας (λειτουργική ποιότητα ή ποιότητα παροχής–functional quality). Το σύνολο αυτών των χαρακτηριστικών-κριτηρίων και η έκταση στην οποία υπάρχουν δημιουργούν στον πελάτη μια εμπειρία και εικόνα, την οποία συγκρίνει με τις προσδοκίες που του είχαν δημιουργηθεί (από τη διαφήμιση, τις φήμες και τα σχόλια αλλά και τις ανάγκες του) πριν τη λήψη της υπηρεσίας (Διάγραμμα 2.7)



Διάγραμμα 2.7 Παράγοντες διαμόρφωσης ποιότητας υπηρεσιών

Πηγή: Χυτήρης & Άννινος, 2015

Σε κάθε περίπτωση, η διοίκηση θα πρέπει να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται ότι τα χαρακτηριστικά της ποιότητας υπάρχουν και παρέχονται στις υπηρεσίες τις οποίες αγοράζει ο χρήστης. Αυτό απαιτεί όλα τα υποσυστήματα της επιχείρησης (άνθρωποι, εξοπλισμός, πρώτες ύλες, διαδικασίες) να συντονιστούν και να λειτουργήσουν άψογα, ώστε να εξασφαλιστεί η παραγωγή και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

2.2.3 Η αντιληπτή ποιότητα υπηρεσιών

Η αντιληπτή ποιότητα έχει οριστεί ως η υποκειμενική αξιολόγηση του καταναλωτή σχετικά με τη συνολική αποδοτικότητα ενός προϊόντος σε σχέση με ανταγωνιστικές προσφορές (Zeithaml et al, 2013). Ομοίως, οι αντιλήψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών έχουν γενικά οριστεί ως η κρίση ή η εντύπωση του καταναλωτή για τη συνολική αποδοτικότητα μιας οικονομικής οντότητας (Bitner and Hubbert, 1994). Διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την αξιολόγηση της ποιότητας ενός καταναλωτή, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής εμπειρίας των προϊόντων, των ειδικών αναγκών και της κατανάλωσης αυτών (Yoo et al, 2000).

Η υψηλή αντιληπτή ποιότητα μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη σε ένα προϊόν ή μια υπηρεσία έναντι ανταγωνιστικών προϊόντων ή υπηρεσιών (Dodds et al, 1991; Netemeyer et al, 2004). Επιπλέον, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, εμφανίζεται μια θετική σχέση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών, της ικανοποίησης των πελατών και των προθέσεων συμπεριφοράς, όπως η επανεξέταση της πρόθεσης και της πρόθεσης σύστασης του προϊόντος ή της υπηρεσίας σε συγγενείς και φίλους (Vassiliadis et al, 2014).

2.3 Υπηρεσίες Υγείας

Στις υπηρεσίες υγείας, η ίδια η φύση της διατήρησης μιας υγιούς κατάστασης ενσωματώνει αμετάκλητα την έννοια της ποιότητας, της άμεσης εξυπηρέτησης, της εστίασης στη λεπτομέρεια και της σχολαστικότητας. Μέσω της εξέλιξης της τεχνολογίας και της πληροφορικής, οι ανάγκες των πελατών σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας τους έχουν πολλαπλασιαστεί και οι προσδοκίες τους έχουν γίνει περισσότερο απαιτητικές. Υπάρχει συνεπώς μία έντονη ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγελματισμού και αναβάθμιση του ρόλου της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών

ώστε να είναι περισσότερο αποδοτικό το σύστημα υγείας. Οι επιδιωκόμενοι στόχοι στον τομέα της υγείας είναι η δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες και στα προϊόντα υγείας.

2.3.1 Επίπεδα Περίθαλψης

Στα περισσότερα συστήματα υγείας, παρά τις διαφορές μεταξύ τους, διακρίνεται η ακόλουθη διάκριση στα επίπεδα περίθαλψης.

Η **Πρωτοβάθμια περίθαλψη** περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών και οι οποίες παρέχονται είτε στα ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), είτε αφορούν την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) καθώς επίσης και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής στα πλαίσια εφαρμογών σχετικών προγραμμάτων.

Η **Δευτεροβάθμια περίθαλψη** προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη των απαιτήσεων της νοσηλείας καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Η **Τριτοβάθμια περίθαλψη** προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και εξοπλισμό καθώς και τη συνεργασία και την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία αφού σε αυτά είναι δυνατή η συγκέντρωση όλων των σχετικών ειδικοτήτων, δηλαδή υψηλών εξειδικευμένων γνώσεων, ικανοτήτων και εξοπλισμού και για το λόγο αυτό εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα.

2.3.2 Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας

Η *ζήτηση* των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από τη φύση των προβλημάτων υγείας, τη σχετική έλλειψη ελευθερίας της επιλογής, την επίδραση των διαφόρων χρηματοδοτήσεων στις τιμές των υπηρεσιών και προϊόντων, καθώς επίσης και την ασφάλιση της υγείας. Η επιλογή δε των προϊόντων ή και των υπηρεσιών που παράγονται δεν καθορίζονται μέσα από το πλαίσιο της θεωρίας της παραγωγής.

Η *παραγωγικότητα* και η *αποδοτικότητα* δεν μεγιστοποιούνται, αλλά υπάρχει η τάση για παραγωγή σε επίπεδα, αφού αυτό που επιδιώκεται στον τομέα της υγείας είναι η

δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες και προϊόντα υγείας. Η *ισοτιμία στην πρόσβαση* αποτελεί από μόνη της ένα πολύ σημαντικό, αν όχι και το σημαντικότερο χαρακτηριστικό που εντοπίζεται στον τομέα της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι κανένας πολίτης δεν μπορεί να επηρεαστεί από την πρόσθετη χρήση/κατανάλωση κάποιου προϊόντος ή υπηρεσίας υγείας και ότι, οι οποιεσδήποτε ανισότητες, πιθανόν να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες διακρίσεις.

Ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι, ενώ το «οικονομικό κύκλωμα», με την ευρεία έννοια, περιλαμβάνει τους παραγωγούς και τους καταναλωτές, η αγορά της υγείας παρουσιάζει μια τρισδιάστατη εικόνα, όπου οι οικονομικές σχέσεις αναπτύσσονται μεταξύ των ασθενών (καταναλωτών), των παραγωγών (Ιατρών, Νοσηλευτικού Προσωπικού ή Μονάδων Υγείας) και των ασφαλιστικών φορέων ή το ίδιο το κράτος (μέσα από τις παροχές που προϋπολογίζει για σκοπούς υγείας). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την αρχή της αποδοτικότητας, οι εισροές στην αγορά της υγείας είναι οι διαθέσιμοι παραγωγικοί συντελεστές (ανθρώπινοι, υλικοί και οικονομικοί) και μετριούνται σε φυσικά συνήθως μεγέθη. Δηλαδή, αριθμό ιατρών, ώρες απασχόλησης προσωπικού, αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά.

Σε ότι αφορά τους οικονομικούς πόρους, αυτοί εκφράζονται μέσα από την έννοια της χρηματοδότησης και των δαπανών. Η μεν χρηματοδότηση καθορίζεται μέσα από τις οικονομικές δυνατότητες του κοινωνικού κράτους και τις πραγματικές ανάγκες του γενικού πληθυσμού και οι δαπάνες κατανέμονται ανά επίπεδο φροντίδας. Ακόμα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι εισροές (διαθέσιμοι παραγωγικοί πόροι) και οι εκροές (παρεχόμενες υπηρεσίες) βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και συχνά μεταβάλλουν το σύστημα υγείας σε ό,τι αφορά την οργάνωση και τη δομή του, βελτιώνοντας όμως ταυτόχρονα τα αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει συμμετρική πληροφόρηση για τον προμηθευτή και τον καταναλωτή και δε γίνεται ελεύθερη επιλογή, στη βάση της πληροφόρησης. Ταυτόχρονα, η ζήτηση δεν προέρχεται από τον καταναλωτή, είναι απρόβλεπτη και εξαρτάται από την ίδια τη λειτουργία του συστήματος υγείας, ενώ, οι τιμές δεν εκφράζουν την έλλειψη ή την αφθονία και δεν επηρεάζονται από τα ελλείμματα. Η ζήτηση δεν επηρεάζεται από τις διακυμάνσεις του εισοδήματος του ασθενή και ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών δεν είναι ελεύθερος.

Σε ότι αφορά τις ιδιαιτερότητες που εντοπίζονται στην αγορά της υγείας σε επίπεδο ζήτησης παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν υπάρχει «κυριαρχία του καταναλωτή», πράγμα το

οποίο οδηγεί στην έλλειψη κινήτρων για τους παραγωγούς στο να προσφέρουν ακόμα πιο ποιοτικές υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, σε επίπεδο προσφοράς υπάρχει πληθώρα οργανισμών, με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφοροποίηση στην έννοια του κέρδους, ενώ γενικότερα, παρουσιάζονται ιδιαιτερότητες στο σύστημα παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τη συνεχή αύξηση του κόστους στον χώρο της υγείας.

Συνοψίζοντας, τα παραπάνω χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες της αγοράς υγείας, αποτελούν σημαντικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να μελετώνται και να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη έτσι ώστε, να προσφέρονται στους πολίτες οι κατάλληλες υπηρεσίες και προϊόντα υγείας, χρήσιμα για την κάλυψη των προκύπτουσών αναγκών, χωρίς ιδιαίτερες και εμφανείς διακυμάνσεις στο κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών (KPMG Report, 2019).

2.3.3 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

Η έρευνα σχετικά με την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει γίνει δημοφιλής τα τελευταία χρόνια. Οι αντιλήψεις για τις υπηρεσίες υγείας θεωρούνται σημαντικές (Akin and Hutchinson, 1999) καθώς επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Qatari και Haran, 1999), την αφοσίωση (Guar et al, 2011), την επιλογή του παρόχου υπηρεσιών και την προθυμία να πληρώσουν (Annis, 1981).

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης νοείται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες επιτυγχάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας για τον πληθυσμό (Institute of Medicine, 2001).

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν θεωρηθεί από τις πιο σημαντικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες που βιώνουν οι άνθρωποι στη ζωή τους (Kemp et al, 2014), κατά συνέπεια η ζήτηση για ποιοτικά καλύτερες υπηρεσίες ολοένα και αυξάνεται. Ως αποτέλεσμα, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας έχει γίνει πρωταρχικό μέλημα τόσο για τα δημόσια όσο και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία (Amin et al, 2013), που είναι πρόθυμα να προσελκύσουν και να διατηρήσουν τους ασθενείς τους. Πράγματι, ακόμα κι αν το κόστος πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σε ιδιωτικά νοσοκομεία είναι υψηλότερο από ότι στα δημόσια (Russell, 1980) και ο ανταγωνισμός φαίνεται να ωφελεί τα δημόσια νοσοκομεία των οποίων οι υπηρεσίες κοστίζουν λιγότερο, οι Bamfo

και Dogbe (2017) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς τείνουν να επιλέγουν ένα νοσοκομείο που παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας παρά το υψηλό κόστος υπηρεσιών.

Έχουν προσδιοριστεί τρία ποιοτικά στοιχεία υπηρεσιών υγείας :

- Δομή (υποδομή, προσωπικό τεχνολογίας, χρηματοδότηση κτλ),
- Διαδικασία (αλληλεπίδραση παρόχου και ασθενή), και
- Αποτέλεσμα (κατάσταση υγείας, ποσοστό θνησιμότητας, ικανοποίηση ασθενών κτλ).

Συνολικά, η ικανοποίηση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται κυρίως από ένα μείγμα φυσικών στοιχείων (π.χ. επάρκεια εγκαταστάσεων και εξοπλισμού και ικανότητα επαγγελματιών ιατρικού κλάδου) και άυλων στοιχείων (π.χ. ατομικές προτιμήσεις, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και εμπειρία) (Fotiadis and Vassiliadis, 2013). Λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης μεταξύ ασθενών και γιατρών, οι ασθενείς συχνά δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν την τεχνική ποιότητα μιας υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης, επομένως λειτουργική ποιότητα (δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η υπηρεσία υγείας στον ασθενή (Babakus and Mangold, 1992, p.768) είναι συνήθως ο πρωταρχικός καθοριστικός παράγοντας των αντιλήψεων των ασθενών για την ποιότητα (Babakus & Mangold, 1992; Donabedian et al, 1982).

Από την μεριά του ασθενή - καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, μεγαλύτερη προσοχή δίνεται στις αντιλήψεις του σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1980,1988; McIver, 1992). Οι μελέτες διακρίνουν την *παρατηρούμενη* και την *αντιληπτή* ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Palmer et al, 1991).

Η παρατηρούμενη ποιότητα περιλαμβάνει την δομή και την διαδικασία της υπηρεσίας υγείας και καθορίζει εάν πληρούνται τα επαγγελματικά καθορισμένα πρότυπα. Η αντιληπτή ποιότητα είναι οι ποιοτικές αντιλήψεις των ασθενών (Donabedian, 1980). Οι Donabedian (1980,1988) και ο ΠΟΥ (2000) προτείνουν την ικανοποίηση ως ένα σημαντικό ποιοτικό αποτέλεσμα. Ο Uzokchukwu κ.ά. (2004) διαπίστωσε ότι οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησης της ποιότητας μετρούν τρία αποτελέσματα: την ιατρική, το κόστος και την ικανοποίηση των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, ενώ ο Forbes κ.ά. (1997) συμπέρανε δύο αποτελέσματα: την άνεση και την λειτουργία.

Η εμπιστοσύνη, η ικανοποίηση και η αφοσίωση είναι δευτερεύοντα αποτελέσματα μετά από αλληλεπιδράσεις γιατρού-ασθενούς (Gaur et al, 2011). Πολλές μελέτες διαπίστωσαν μια ισχυρή σχέση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών και του αποτελέσματος. Οι Zeithami κ.ά. (1996) παρουσιάζουν ότι η συμπεριφορά των ασθενών

είναι πιθανό να επηρεαστεί από την ποιότητα και την ικανοποίηση των υπηρεσιών και της πρόθεσης του καταναλωτή να επισκεφτεί ξανά τη μονάδα παροχή υγείας (Andaleeb, 2000; Uzochukwu et al, 2004).

Επιπλέον, σύμφωνα με την προσέγγιση των Babakus και Mangold (1992), η συμπεριφορά των εργαζομένων (δηλαδή οι γιατροί και νοσηλευτές) αποτελεί σημαντική πτυχή για την αξιολόγηση της λειτουργικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι πελατοκεντρικές και ενσυναισθητικές συμπεριφορές εργαζομένων ενισχύουν την εμπιστοσύνη των πελατών προς τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Kemp et al, 2014). Παλαιότερες μελέτες αναζήτησαν τις διαστάσεις που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις αξιολογήσεις των ασθενών ενός παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Οι Woodside et al (1989) παρουσίασαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών καθορίστηκε από διάφορες πτυχές, όπως οι εισαγωγές, το εξιτήριο, η νοσηλευτική φροντίδα, τα τρόφιμα, η καθαριότητα και οι τεχνικές υπηρεσίες. Ομοίως, οι Ware et al. (1978) υπογράμμισαν ότι η συμπεριφορά, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών, η συνέχεια, η εμπιστοσύνη, η αποτελεσματικότητα και τα αποτελέσματα συναισθημάτων και ικανοποίησης αντιπροσωπεύουν τις σημαντικότερες διαστάσεις που επηρεάζουν τις αξιολογήσεις των ασθενών.

Η Fowdar (2005) εξέτασε τις βασικές υπηρεσίες, την προσαρμογή, την επαγγελματική αξιοπιστία, την ικανότητα και την επικοινωνία. Συνολικά, διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα που συνδέεται με τις εγκαταστάσεις έφτασε σε υψηλότερα επίπεδα σε ηλικιωμένους και όχι σε νεότερους ερωτηθέντες, περισσότερο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (Butler et al, 1996). Επιπλέον, δεν διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις για την ποιότητα της υγείας μεταξύ καταναλωτών και παρατηρητών (φίλοι και οικογένειες ασθενών), εκτός από τη διάσταση της ποιότητας των εγκαταστάσεων (δηλαδή τα απτά χαρακτηριστικά του νοσοκομείου) (Butler et al., 1996; Naidu, 2009).

Η βιβλιογραφία στο χώρο του μάρκετινγκ έχει αναφερθεί εκτενώς στις επιπτώσεις της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των πελατών στις μελλοντικές θετικές προθέσεις συμπεριφοράς. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι καταναλωτές που είναι συναισθηματικά αφοσιωμένοι σε ένα εμπορικό σήμα, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι λιγότερο πιθανό να δελεαστούν από ανταγωνιστές, λιγότερο ευάλωτοι σε αποτυχίες υπηρεσιών (Bolton et al, 2000) και πιο πρόθυμοι να διατηρήσουν μια σχέση που ο πελάτης αντιλαμβάνεται ότι έχει αξία (Morgan & Hunt, 1994). Πολλοί ερευνητές συμφωνούν ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται *a priori* ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία

παρέχουν ποιοτικά καλύτερες υπηρεσίες σε σύγκριση με τα δημόσια, επομένως οι ασθενείς είναι και πιο ικανοποιημένοι (Andaleeb, 2000; Arasli et al, 2008; Irfan and Ijaz, 2011; Polska et al, 2011; Taner and Antony, 2006; Yousapronpaiboon and Johnson, 2013).

2.4 Ικανοποίηση ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Timmins F.,2005; Crooks DL.,2004; Soothill K. Et al,2001; Montazeri A.,2007)

Η ικανοποίηση των ασθενών - καταναλωτών υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια και η εκτίμησή της παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες λόγω της διαφορετικής αντίληψης των χρηστών και της διαφοροποίησης αυτών που προσδοκούν και αυτών που τελικά λαμβάνουν. Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας εστιάζει περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών καθώς και στον βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας παρά την δυσκολίες εκτίμησης του από τον πληθυσμό.

Η έννοια της ικανοποίησης συνδέεται άρρηκτα με την εμπειρία που βιώνει ο καταναλωτής με το συνολικό περιβάλλον του νοσοκομείου, είτε σαν εξωτερικός ή εσωτερικός ασθενής, είτε σαν επισκέπτης. Ο βαθμός στον οποίο θα ικανοποιηθούν οι προσδοκίες και κατ' επέκταση οι ανάγκες του πελάτη, σε συνάρτηση και με την τιμή την οποία πληρώνει, θα καθορίσει και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έτσι όπως αυτός το αντιλαμβάνεται (Grönroos, 1990; Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990;Edvardsson, Thomasson & Øvretveit, 1994).

Πάνω από το 70% των πολιτών της ΕΕ είναι ικανοποιημένοι με τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους (Eurobarometer, 2014). Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών μελών, με τις δυτικές και βόρειες χώρες να είναι γενικά πιο θετικές. Ενώ σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες στο Βέλγιο (97%), την Αυστρία (96%), τη Μάλτα και τη Φινλανδία (και οι δύο 94%) λένε ότι η συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους είναι καλή, μόνο το ένα τέταρτο περίπου των ερωτηθέντων στη Ρουμανία (25%) και στην Ελλάδα (26%) λέει το ίδιο.

Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και βέλτιστων επιπέδων ικανοποίησης είναι επωφελείς για τους οργανισμούς (D'Souza and Sequeira, 2012). Δημόσιοι και ιδιωτικοί οργανισμοί σε οποιονδήποτε τομέα έχουν επικεντρωθεί στην ποιότητα των υπηρεσιών με σκοπό την ανταγωνιστικότητα. Στον τομέα των υπηρεσιών, ο τομέας της υγείας είναι ένας από τους μεγαλύτερους και ταχύτερα αναπτυσσόμενους κλάδους (Deloitte, 2015; Murti et al, 2013b). Η ανάπτυξη αυτή σχετίζεται κυρίως με την γήρανση του πληθυσμού, τον αυξανόμενο επιπολασμό χρόνιων ασθενειών, την επέκταση νεοφυών αγορών, τις βελτιώσεις στις υποδομές και την πρόοδο της θεραπείας και της τεχνολογίας (Murti et al, 2013b).

Το κράτος, τα συστήματα υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι καταναλωτές προσπαθούν να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, μειώνοντας παράλληλα το αυξανόμενο κόστος τους (Deloitte, 2015). Οι μονάδες υγείας προσφέρουν έναν συνδυασμό υπηρεσιών και προϊόντων (Vassiliadis et al, 2014; Fotiadis and Vassiliadis, 2013; Altuntas et al, 2012).

Επειδή οι ασθενείς συχνά δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν άμεσα την τεχνική ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών, η λειτουργική ποιότητα είναι συνήθως ο πρωταρχικός καθοριστικός παράγοντας της αντίληψης των ασθενών για την συνολική ποιότητα (Donabedian et al, 1982; Sadiq Sohail, 2003). Επιπλέον, καθώς οι ασθενείς γίνονται πιο απαιτητικοί (Murti et al, 2013a), η ικανοποίηση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας διαπιστώνεται ότι εξαρτάται τόσο από γνωστικούς καθοριστικούς παράγοντες (δηλαδή την τεχνική και λειτουργική ποιότητα) όσο και από συναισθηματικές επιρροές (δηλαδή άυλες διαστάσεις όπως τα συναισθήματα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας) (Ladhari and Rigaux-Bricmont, 2013; Fotiadis and Vassiliadis, 2013).

Κατά συνέπεια, ο προσδιορισμός των κύριων καθοριστικών παραγόντων ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι υψίστης σημασίας για τα συστήματα υγείας (Ladhari and Rigaux-Bricmont, 2013, p.300), καθώς η βιωσιμότητα τους και η ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων των νοσοκομείων εξαρτώνται κυρίως από αυτούς τους παράγοντες (Altuntas et al, 2012). Σε γενικές γραμμές, η έρευνα σχετικά με τη συναισθηματική επίδραση στις μελέτες μάρκετινγκ βρίσκεται ακόμη σε αρχικά στάδια, παρά τις άμεσες θετικές σχέσεις συναισθημάτων και αντιληπτής ποιότητας προς την ικανοποίηση και τις προθέσεις συμπεριφοράς των καταναλωτών (Gaur et al, 2014).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών δείχνει ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου είναι οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής ενώ αξίζει να επισημανθεί πως οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας (Kalogeropoulou M., 2011). Επιπλέον, η συμμετοχή των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα και οι ικανοποιημένοι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση στη συμμόρφωση των ιατρικών οδηγιών, τη συνέχεια της φροντίδας και τελικά έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία τους (Chantzopoulou et al, 2017).

Συνεπώς, η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση, βοηθά στον εντοπισμό λαθών και παραλείψεων και συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας. (Famara A.S.,2006; Κοτσαγιώργη I. & Γκέκα Κ.,2010; Νιάκας Δ.,1993; Λαζάρου Ν.,2001).

2.5 Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Μερκούρης Α.,1996; Timmins F.,2005; Crooks DL.et al,2004; Soothill K. et al,2001; Montazeri A.,2008), για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα πρέπει να περιλαμβάνονται οι εξής πέντε διαστάσεις:

- Η καταλληλότητα της θεραπείας
- Ο χρόνος νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων
- Η θνησιμότητα
- Η κατάσταση υγείας και
- Η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κυρίως στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Για αυτό το λόγο, αναγνωρίζεται, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά αποτελεί έναν από τους σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, προς αυτόν το σκοπό, θα συμβάλει η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Μερκούρης Α.,1996).

Η αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο ως σημαντική για την έκβαση της νόσου και την αποτελεσματικότερη θεραπεία. Μερικά εργαλεία, που μετρούν την ποιότητα, είναι ικανά να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας των ασθενών μετά από τη νόσο, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς (Spertus JA. Et al,2002). Παρά τις τεκμηριωμένες σχετικές αξίες των εργαλείων που εκτιμούν την ποιότητα στις διάφορες κλινικές και ερευνητικές τοποθετήσεις, αυτά τα εργαλεία είναι πιθανό να μην ανιχνεύσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες της υγείας σε βάθος. Οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας είναι απαραίτητες συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλες πηγές (Μερκούρης Α.,1996).

Ο Vuori (1999) διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι:

- α. οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας,
- β. οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις,
- γ. η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται,
- δ. οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους, και
- ε. η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρο σε χώρο. Εξαρτάται, ακόμα, από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων. Πιθανόν, η δυσκολία αυτή να οφείλεται σε άλλα βαθύτερα αίτια, όπως στην αποτυχία κατανόησης ιατρικών οδηγιών, την ελλιπή ενημέρωση, την αδυναμία αποδοχής της νόσου, ή ακόμα να αποδίδεται και σε άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως επίσης και στη βαρύτητα της νόσου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς αξιολογούν φτωχή ποιότητα ζωής και δείχνουν απροθυμία έκφρασης των βαθύτερων αναγκών τους. Ωστόσο, η δυσκολία διατύπωσης του βαθμού ικανοποίησης είναι πιθανό να οφείλεται

στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή/και στην εξάρτηση από το προσωπικό (Bond S., Thomas L.H.,1992; Μέρκουρης Α.,1996; Πολυκανδριώτη Μ. κ.ά.,2009).

Συνοψίζοντας, η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες πρέπει να δουν ως πραγματικότητα ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Αυτό που είναι σημαντικό είναι το πώς αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Bond S., Thomas L.H.,1992).

2.6 Marketing Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Υγείας

2.6.1 Η επίδραση του servicescape στην παροχή και κατανάλωση υπηρεσιών

Η διαθέσιμη βιβλιογραφία στο χώρο των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον ενός καταστήματος (δηλ. την ατμόσφαιρα καταστήματος) ξεκινά από το 1973-4 (Kotler) και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Σύμφωνα με έναν πρόσφατο ορισμό της ατμόσφαιρας ενός καταστήματος, *η ατμόσφαιρα ορίζεται ως ο συναισθηματικά προσανατολισμένος σχεδιασμός του χώρου, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τόσο τους πελάτες όσο και τους εργαζόμενους* (Skandrani et al, 2011, p.53).

Αξίζει να σημειωθεί το «κομβικό» άρθρο της Bitner (1992) στο Journal of Marketing το οποίο αναφέρεται στο περιβάλλον αλληλεπίδρασης επιχείρησης καταναλωτή στο χώρο των υπηρεσιών εισάγοντας σχετικά τον όρο “*servicescape*”.

Στη σύγχρονη εποχή υπάρχει η τάση των καταναλωτών να είναι περισσότερο απαιτητικοί και απόλυτοι σε σχέση με την υπηρεσία ή το προϊόν που θα ήθελαν να αγοράσουν για να καλύψουν κάποια τους ανάγκη (Essays, UK. 2018). Εν μέρει εξαιτίας αυτού του γεγονότος, αλλά και λόγω του συνεχώς αυξανόμενου ανταγωνισμού, οι εταιρείες προσπαθούν να διαφοροποιηθούν μεταξύ άλλων, στοχεύοντας στην καινοτομία και την εφευρετικότητα. Σε αυτό το πλαίσιο και σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, τα φυσικά στοιχεία ενός περιβάλλοντος διάθεσης υπηρεσιών ή προϊόντων μπορούν να θεωρηθούν ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο ανταγωνιστικότητας. Ο Kotler (1973), για παράδειγμα, δεν είχε καμία αμφιβολία ότι, αντί του προϊόντος από μόνο του, ο τόπος (place) μπορεί στην πραγματικότητα να είναι ακόμη πιο σημαντικός και με σημαντική επιρροή.

Οι υπηρεσίες, όπως τις γνωρίζουμε, είναι σε μεγάλο βαθμό άυλες σύμφωνα με το *service marketing* (Friesner, 2014), γεγονός που καθιστά δύσκολη τη μέτρηση της ποιότητάς τους. Ωστόσο, οι καταναλωτές, στην πλειονότητά τους, τείνουν να βασίζονται σε απτές ενδείξεις ή σε φυσικά στοιχεία, με σκοπό να αξιολογήσουν μια υπηρεσία πριν από την αγορά της και να εκτιμήσουν το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη υπηρεσία τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την κατανάλωσή της. (Γούναρης & Καραντινού, 2015). Τα φυσικά στοιχεία περιλαμβάνουν όλες τις πτυχές των φυσικών εγκαταστάσεων μιας επιχείρησης, δηλαδή του φυσικού περιβάλλοντος το οποίο είναι γνωστό στη διεθνή βιβλιογραφία ως “*servicescape*” (Han et al, 2018) καθώς και άλλες μορφές επικοινωνίας.

Τα συστατικά του *servicescape*, που επηρεάζουν τους καταναλωτές, σχετίζονται με εξωτερικά γνωρίσματα όπως η στάθμευση, η σήμανση, ο εξωτερικός σχεδιασμός της επιχείρησης καθώς και με εσωτερικά χαρακτηριστικά όπως η διακόσμηση, ο σχεδιασμός, ο φωτισμός, κ.α. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι οι ηλεκτρονικές σελίδες και το εικονικό τοπίο των υπηρεσιών (*virtual servicescape*) που μεταδίδονται άμεσα και εύκολα μέσω του διαδικτύου ή και μέσω διεπαφών κινητών συσκευών (Koutsouris et al., 2016), αποτελούν τις πιο πρόσφατες μορφές φυσικών στοιχείων και αξιοποιούνται από τις επιχειρήσεις καθιστώντας τις υπηρεσίες περισσότερο ξεκάθαρες, αισθητές τόσο πριν, όσο και μετά την αγορά. (Γούναρης & Καραντινού, 2015).

Τα φυσικά στοιχεία διαθέτουν την ικανότητα να επηρεάσουν σε σημαντικό επίπεδο την εμπειρία του καταναλωτή, γνωστή ως *customer experience* στο κλάδο του *marketing*. Το παραπάνω γεγονός αποτελεί πραγματικότητα για οποιαδήποτε μορφή εμπειρίας, είτε είναι τετριμμένη όπως η μετακίνηση με τα μέσα μαζικής μεταφοράς, προσωπικά ιδιαίτερη όπως ο γάμος, τα γενέθλια, είτε θεαματική με την κατανάλωση της ίδιας υπηρεσίας από ταυτόχρονα πολλούς καταναλωτές, όπως ένας ποδοσφαιρικός αγώνας. Σε κάθε περίπτωση, τα φυσικά στοιχεία των υπηρεσιών επηρεάζουν την ροή της εκάστοτε εμπειρίας, την έννοια που αποδίδουν οι καταναλωτές σε αυτήν, την ικανοποίησή τους καθώς και τις συναισθηματικές τους σχέσεις με τον οργανισμό ή την επιχείρηση που προσφέρει την παραπάνω εμπειρία.

2.6.2 Χαρακτηριστικά του servicescape

Η έννοια του servicescape είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με θεωρίες από τον κλάδο της περιβαλλοντικής ψυχολογίας. Ένας κλάδος, ο οποίος μελετά το ανθρώπινο είδος και τη σχέση του με τα δημιουργημένα ή διαμορφωμένα από τον άνθρωπο, φυσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα (Billings, 2009). Το περιβάλλον που δημιουργεί μία επιχείρηση στο οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες της, μπορεί να διαδραματίζει μικρό ή μεγάλο ρόλο, ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών και τους στόχους της επιχείρησης. Το πλαίσιο για την κατανόηση των αποτελεσμάτων του servicescape στην συμπεριφορά των καταναλωτών ακολουθεί την θεωρία του ερεθίσματος-οργανισμού-αντίδρασης (SOR model)².

Με βάση αυτή τη θεωρία, το πολυδιάστατο περιβάλλον αποτελεί το ερέθισμα (Stimulus), το οποίο επιδρά στον οργανισμό (Organism) των πελατών και των υπαλλήλων της επιχείρησης που αντιδρούν στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα και οι συμπεριφορές τους που διοχετεύονται στο περιβάλλον αποτελούν τις αντιδράσεις τους (Response).

Σύμφωνα με **το μοντέλο της Bitner** (1992) για την μοντελοποίηση των παραγόντων (ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών) που επιδρούν στη συμπεριφορά του καταναλωτή και του εργαζομένου σε μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών και που αφορούν την επίδραση του περιβάλλοντος, παρατηρούμε αρχικά τις κατηγορίες των διαστάσεων του φυσικού περιβάλλοντος. Οι διαστάσεις αυτές είναι οι συνθήκες της ατμόσφαιρας (θερμοκρασία, ποιότητα αέρα, θόρυβος, μουσική, οσμή, κλπ), η διαμόρφωση του χώρου (διάταξη, εξοπλισμός, έπιπλα, κλπ) και το σύνολο των σημάτων, συμβόλων και χαρακτηριστικών που τοποθετούνται για την οριοθέτηση, σηματοδότηση του χώρου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν το αντιληπτό από τον πελάτη και τον υπάλληλο διαμορφούμενο servicescape το οποίο ορίζεται από την διοίκηση της επιχείρησης παροχής υπηρεσιών.

Το servicescape όπως γίνεται αντιληπτό, επιδρά στη συμπεριφορά και στις αντιδράσεις τόσο των καταναλωτών όσο και των υπαλλήλων, ιδίως στους Οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας όπου υπάρχει ισχυρή αλληλεπίδραση μεταξύ εργαζομένων

² Θεωρητικό μοντέλο που εξηγεί τη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων (S) που λαμβάνει ο πελάτης, των συναισθημάτων που αισθάνεται στον οργανισμό του (O) και των αντιδράσεων ή της στάσης του (R) (Buckley, 1991).

και υπαλλήλων. Αυτή η επίδραση του servicescape σε συνδυασμό με την προαναφερόμενη αλληλεπίδραση, καθιστά ευάλωτη την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας τόσο από μεριάς διαμόρφωσης των παραμέτρων του servicescape όσο και από μεριάς αντίδρασης των εργαζομένων προς τον αποδέκτη της υπηρεσίας υγείας, τον καταναλωτή της.

Οι επιδράσεις του servicescape, τόσο για τους καταναλωτές, όσο και για τους εργαζομένους της επιχείρησης, αφορούν σε γνωστικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές συνέπειες. Οι επιδράσεις αυτές, οδηγούν με την σειρά τους, στην αλλαγή της συμπεριφοράς για τις 2 προαναφερόμενες ομάδες ανθρώπων. Η αλλαγή στην συμπεριφορά τους αναφέρεται εξίσου σε ατομικό όσο και σε συλλογικό (κοινωνικό) επίπεδο. Συνεπώς οι παράμετροι του servicescape καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα των εργαζομένων σε μια επιχείρηση και κυρίως την αντιληπτή ποιότητα υπηρεσίας που προσλαμβάνουν οι τελικοί καταναλωτές της.

2.6.3 Η σημασία του περιβάλλοντος στις μονάδες υγείας - Healthscape

Η διαρρύθμιση ενός εργασιακού χώρου μπορεί να αξιοποιήσει οδηγίες και πρότυπα από τους κλάδους της Εργονομίας, της Εργασιολογίας, της Κυβερνητικής και της Επιχειρησιακής έρευνας, προκειμένου να γίνει λειτουργική για τους αντικειμενικούς εργασιακούς στόχους του και την κατά προορισμό χρήση του. Ως εκ τούτου, γίνεται συχνά λόγος περί «εργονομίας χώρου», «λειτουργικότητας χώρου», κλπ. Η κατάλληλη διαρρύθμιση ενός εργασιακού χώρου, αποτελεί μια ιδιαίτερη (διεπιστημονική) πρόκληση για μια σωρεία ακαδημαϊκών κλάδων (αρχιτεκτονική και γενικότερους πολυτεχνικούς κλάδους, πληροφορική, κ.α.). Απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή εφαρμογή της θεωρίας είναι η συνεργασία και η καταγραφή των αναγκών που προκύπτουν από τον εκάστοτε εργασιακό κλάδο εφαρμογής, τον οποίο αποσκοπούν να εξυπηρετήσουν.

Στο χώρο της Υγείας υπάρχει έντονη βιβλιογραφία σχετικά με την παραμετροποίηση των παραγόντων που συνθέτουν τη διαμόρφωση των χώρων που παράγονται και καταναλώνονται οι υπηρεσίες υγείας.

Οι σχετικές βιβλιογραφικές αναφορές έχουν συλλεχθεί και παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 2.1) αναφέροντας το αντικείμενο της παρέμβασής τους στη διαμόρφωση του περιβάλλοντος στις μονάδες υγείας.

Πίνακας 2.1 Παρουσίαση βιβλιογραφίας σχετική με τη σημασία του περιβάλλοντος στις μονάδες υγείας

Βιβλιογραφία	Αντικείμενο έρευνας
Lin et al. (2018)	<i>Οι Lin et al. (2018) επέμειναν στην αξία της χρήσης των βάσεων δεδομένων για τη σχεδιασμό συστημάτων υγείας και μάλιστα με οπτικοποίηση (virtual reality).</i>
Kasali & Nersessian (2015)	<i>Οι Kasali & Nersessian (2015) τόνισαν την διεπιστημονικότητα του σχεδιασμού μονάδων υγείας ως αρχιτεκτονικού αντικειμένου και στην αναγκαιότητα της συνεργασίας των αρχιτεκτόνων με άλλους ειδικούς του πεδίου της υγείας.</i>
Zhang et al. (2018)	<i>Οι Zhang et al. (2018) έθιξαν το σημαντικό ζήτημα της αποκέντρωσης της διοίκησης στις μονάδες υγείας, τονίζοντας την εν δυνάμει σπουδαιότητα της εφαρμογής της δημόσιας «αλυσίδας κοινοποιήσεων», η οποία, με τήρηση μυστικότητας των ονομάτων των ασθενών ή άλλων ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων, θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποσυμφόρηση διαδικασιών.</i>
Rosso & Saurin (2018)	<i>Οι Rosso & Saurin (2018) ασχολήθηκαν λεπτομερώς με το ζήτημα της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας, κινούμενοι στα πλαίσια του “resilience engineering” σε ευρύτερα πεδία εφαρμογής που έχουν σχέση με την υγεία.</i>
Hicks et al. (2015)	<i>Οι Hicks et al. (2015) επικεντρώθηκαν στο σύστημα των ροών (ασθενών, πληροφοριών, επισκεπτών, γιατρών, φαρμάκων κλπ) μέσα σ’ ένα σύστημα υγείας, αναδεικνύοντας τη σημασία της συστημικής αυτής προσέγγισης.</i>
Mackrill et al. (2017)	<i>Οι Mackrill et al. (2017) παρουσίασαν πλεονεκτήματα της εξειδικευμένης και ειδικά προσαρμοσμένης ψηφιακής τεχνολογίας σε συστήματα υγείας.</i>
Roberts et al. (2016)	<i>Οι Roberts et al. (2016) έδωσαν έμφαση στην λειτουργική και εργονομική πολυπλοκότητα των μονάδων υγείας.</i>
Denoyel et al. (2017)	<i>Οι Denoyel et al. (2017) ασχολήθηκαν με τα ζητήματα αβεβαιότητας και προφίλ συμπεριφοράς ασθενών.</i>
Verderber et al. (2014)	<i>Οι Verderber et al. (2014) επέμειναν στην αξία της έρευνας που βασίζεται σε πολύπλευρα ποσοτικά εμπειρικά δεδομένα στο πεδίο της αρχιτεκτονικής συστημάτων υγείας.</i>
Duarte & Guerra (2012)	<i>Οι Duarte & Guerra (2012) έδωσαν έμφαση στην ανάγκη ενός ψηφιοποιημένου συστήματος υγείας προσανατολισμένο στις ανάγκες των χρηστών.</i>

Βιβλιογραφία	Αντικείμενο έρευνας
Liaw et al. (2018)	<i>Οι Liaw et al. (2018) ανέπτυξαν έναν πολυδιάστατο σύστημα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας.</i>
Agnisarman et al. (2018)	<i>Οι Agnisarman et al. (2018) ανέλυσαν την επίδραση και το ρόλο της διαχείρισης της πληροφορίας στις στάσεις και τις αντιλήψεις των ασθενών.</i>
Brown et al. (2018)	<i>Οι Brown et al. (2018) πρότειναν ένα θεωρητικό πρότυπο για τα ζητήματα ποιότητας και ασφάλειας στο πεδίο της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη μάλιστα το ρόλο κοινωνικο-πολιτισμικών δεδομένων στη διοίκηση.</i>
Djukic & Marić (2017) & Castro et al. (2017)	<i>Οι Djukic & Marić (2017) και οι Castro et al. (2017) επικεντρώθηκαν σε θέματα βιώσιμης και αποτελεσματικής λειτουργίας μονάδων υγείας.</i>
Attaianese & Duca (2012)	<i>Οι Attaianese & Duca (2012) εστίασαν την ανάλυσή τους σε θέματα ανθρώπινου παράγοντα και εργονομικών αρχών, όπως αυτά βρίσκουν εφαρμογή σε κτίρια επαγγελματικής δραστηριότητας.</i>
Hignett & Lu (2007)	<i>Οι Hignett & Lu (2007) πρότειναν συγκεκριμένα μεγέθη χώρων υγείας.</i>
American Hospital Association, 2007 & 2014; Barista, 2013; Kaufman & Grube, 2015; Fellows, 2013; Press Ganey, 2013; Flicek, 2012; Wolf, 2012; Risdall, 2014; Toll, 2012	<i>Ένα ευρύ φάσμα αναφορών που εξετάζουν την επίδραση του χώρου των μονάδων υγείας στις ανθρώπινες σχέσεις, στην επικοινωνία και τη συνεργασία</i>

Καθίσταται φανερό από την παραπάνω βιβλιογραφική επισκόπηση ότι η διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών παροχής υπηρεσιών υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσίας υγείας που αντιλαμβάνεται ο ασθενής σε έναν Πάροχο Υγείας. Συνδυάζοντας την προαναφερόμενη γνώση με έννοιες από το Μάρκετινγκ, την περιβαλλοντική ψυχολογία και τη συμπεριφορά καταναλωτή στο περιβάλλον της υγείας, έχουμε τη διαμόρφωση της έννοιας του **healthscape**, που η συμβολή της παρουσιάζεται σε ενότητα που ακολουθεί.

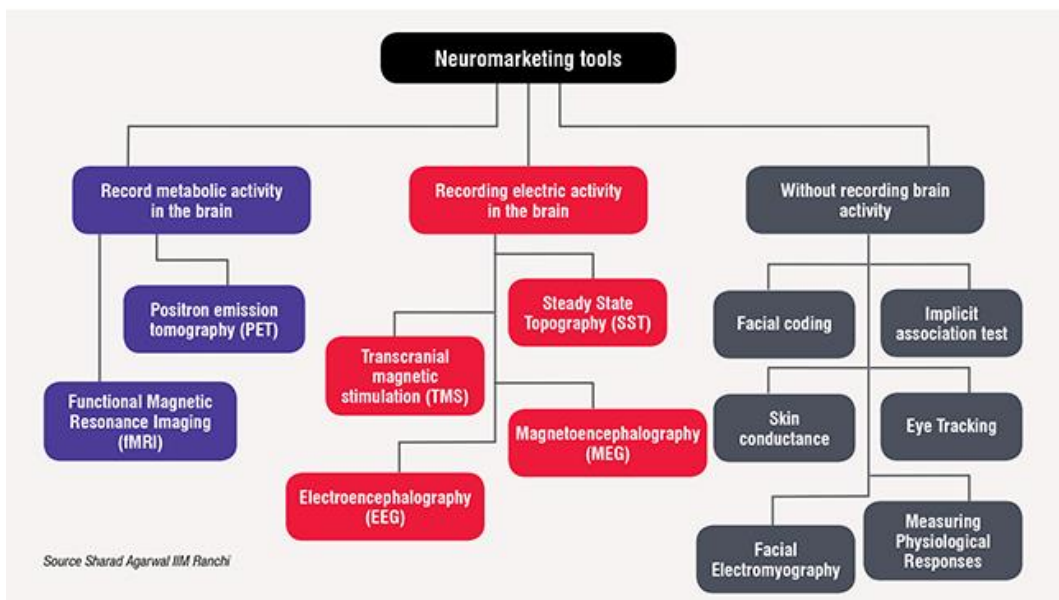
2.6.4 Η έννοια του Neuromarketing και οι τεχνικές εφαρμογές του

Το Neuromarketing είναι ένας νεο-αναπτυσσόμενος διεπιστημονικός τομέας που σχετίζεται με την νευροεπιστήμη, την ψυχολογία, τα οικονομικά και το μάρκετινγκ (Lee, Broderick, & Chamberlain, 2007) . Όλοι αυτοί οι τομείς, σχετιζόμενοι μεταξύ τους, μελετούν τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνουμε αποφάσεις, είτε σύμφωνα με ένα λογικό

πλαίσιο (οικονομικό), είτε εστιάζοντας στον τρόπο με τον οποίο οι καταναλωτές παίρνουν την απόφαση να πραγματοποιήσουν μια αγορά. Για να κατανοήσουμε την σημασία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, αντλούμε πληροφορίες από τη σχέση μεταξύ της νευροοικονομικής επιστήμης και το νευρομάρκετινγκ και των περιοχών του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην ανάπτυξή της, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες μεθόδους, μοντέλα και τεχνικές.

Το neuromarketing στοχεύει στην καλύτερη αντίληψη του καταναλωτή μέσω των γνωστικών διαδικασιών του και έχει εφαρμογές στο marketing, εξηγώντας τις προτιμήσεις, τα κίνητρα και τις προσδοκίες του, προβλέποντας τη συμπεριφορά του και εξηγώντας τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες των διαφημιστικών μηνυμάτων. Ο κύριος στόχος του μάρκετινγκ είναι να ταιριάζει τα προϊόντα με τους ανθρώπους. Οι αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο ενώ εστιάζουμε, συγκεντρώνουμε, διατηρούμε ή διασπάμε την προσοχή μας μπορούν να μετρηθούν ποιοτικά και ποσοτικά. Η μάθηση, η ανάμνηση νέων πραγμάτων, ο σχεδιασμός, η εκτέλεση και η ρύθμιση δραστηριοτήτων, η κατανόηση και η χρήση της γλώσσας, η συγκέντρωση και η ομαδοποίηση των πραγμάτων αποτελούν τη βάση της μελέτης του Neuromarketing.

Οι μελέτες του neuromarketing γίνονται με συγκεκριμένες **τεχνικές** μέσω άρτιων εξοπλισμένων εργαστηρίων που απεικονίζονται στο Διάγραμμα 2.8.

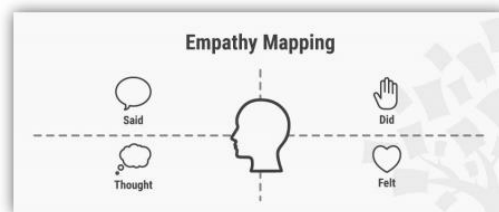


Πηγή: <https://www.asianhbm.com/healthcare-management/current-concepts-on-neuromarketing>

Διάγραμμα 2.8 Εργαλεία Neuromarketing

Τα εργαλεία του *Neuromarketing* χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

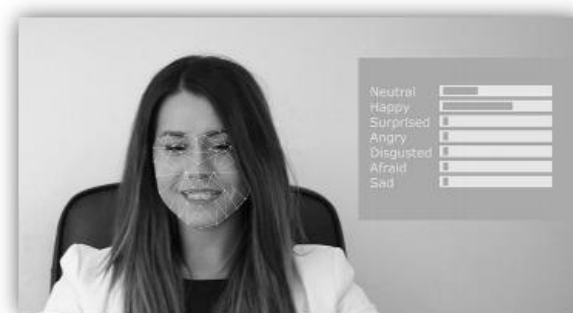
1. Εξωτερικά αντανακλαστικά (αποκρίσεις), τα οποία καταγράφουν τις αντιδράσεις του σώματος του καταναλωτή σε ερεθίσματα μάρκετινγκ και περιλαμβάνουν
 - τη γλώσσα του σώματος του καταναλωτή (συστολή και χαλάρωση των μυών, χειρονομίες, μίμηση, στάση),
 - τον ενσυναισθητικό σχεδιασμό που αφορά την προσέγγιση συναισθημάτων του χρήστη στο φυσικό του περιβάλλον σχετικά με ένα προϊόν κατά τη διάρκεια χρήσης του προϊόντος (Empathy Mapping).



Πηγή: <https://www.interaction-design.org/literature/article/empathy-map-why-and-how-to-use-it>

Εικόνα 2.1 Empathy Mapping

- την κωδικοποίηση του προσώπου (Facial Coding), όπου μέσω κάμερας παρακολουθείται η δραστηριότητα των μυών του προσώπου (σήκωμα φρυδιών, κίνηση ματιών και στόματος) ενώ το άτομο δέχεται διάφορα ερεθίσματα όπως παρουσίαση διαφημίσεων, εικόνων και προϊόντων.



Πηγή: <http://facialcoding.com/>

Εικόνα 2.2 Facial Coding

- την παρακολούθηση των ματιών (Eye Tracking), όπου με τη βοήθεια ενός ειδικού ανιχνευτή (Eye Tracker) παρακολουθείται σε πραγματικό χρόνο

η διαστολή της κόρης του ματιού με τη χρήση μιας πηγής υπέρυθρου φωτός και έτσι υπολογίζεται το ακριβές σημείο εστίασης του βλέμματος.



Πηγή: <https://www.tobiipro.com/blog/what-is-eye-tracking/>

Εικόνα 2.3 Eye Tracking

- την γαλβανική απόκριση δέρματος (galvanic skin response/GSR), όπου χρησιμοποιείται η αγωγιμότητα του δέρματος μέσω ειδικών αισθητήρων στους ιδρωτοποιούς αδένες για την εντόπιση και μέτρηση έντασης συναισθηματικής διέγερσης (ιδρώτας, ανατριχίλα δέρματος) ενώ προβάλλονται εικόνες και βίντεο.



Πηγή: <https://explorerresearch.com/gsr-market-research/>

Εικόνα 2.4 GSR Method

2. Μοντέλα εισόδου/εξόδου, όπου μέσω της πρόσβασης στην εγκεφαλική δραστηριότητα ενός ατόμου, αναλύονται αποτελέσματα από ορισμένα ερεθίσματα και κατά συνέπεια γίνεται κατανοητό ποιές ενέργειες οδηγούν σε ποιές αντιδράσεις. Αφορά περισσότερο τις ίδιες διαδικασίες αγοράς.
3. Εσωτερικά αντανακλαστικά, όπου με την βοήθεια της ιατρικής τεχνολογίας αναλύονται οι εγκεφαλικές αντιδράσεις του καταναλωτή στα ερεθίσματα μάρκετινγκ μέσω των παρακάτω τεχνικών

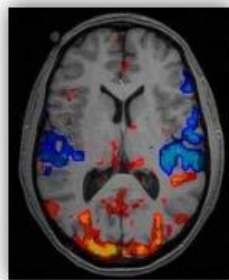
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), όπου μέσω ηλεκτροδίων συλλαμβάνονται ηλεκτρικά σήματα που παράγονται από την δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυμάτων, με σκοπό την καταγραφή της εγκεφαλικής δραστηριότητας, ενώ προβάλλονται τηλεοπτικές διαφημίσεις ή εικόνες.



Πηγή: <https://www.verywellhealth.com/what-is-an-eeeg-test-and-what-is-it-used-for-3014879>

Εικόνα 2.5 EEG Method

- Απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), όπου γίνεται νευροαπεικόνιση της εγκεφαλικής λειτουργίας μέσω μαγνητικών πεδίων. Σε παρουσία ερεθίσματος (διαφήμιση ή παρουσίαση προϊόντος) γίνεται μέτρηση επιπέδων ροής αίματος και οξυγόνου σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και με τη βοήθεια ειδικών λογισμικών αναλύονται οι περιοχές αυτές και μεταφράζονται σε περιοχές συναισθηματικών αποκρίσεων.

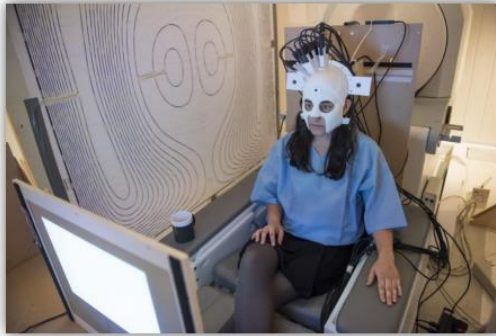


Πηγή: <https://www.open.edu/openlearn/body-mind/health/health-sciences/how-fmri-works>

Εικόνα 2.6 fGRI Method

- Μαγνητοεγκεφαλογραφία (MEG), όπου μετράται η δραστηριότητα του εγκεφάλου μέσω ευαίσθητων ανιχνευτών χωρίς παρεμβολές και με αυτόν

τον τρόπο μελετώνται οι διαδικασίες του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη γνώση και την αντίληψη.



Πηγή: <https://3dprintingindustry.com/news/nottighams-3d-printed-helmet-ushers-new-era-natural-brain-scans-123985/>

Εικόνα 2.7 MEG Method

- Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), που χρησιμοποιεί ραδιενεργές ουσίες για να απεικονίσει και μετρήσει αλλαγές στις μεταβολικές διεργασίες και άλλες φυσιολογικές δραστηριότητες της περιοχής του εγκεφάλου, αφού τις φωτίσει, στην παρουσία ερεθισμάτων (η πιο ανεπιθύμητη μέθοδος)



Πηγή: <https://blog.houseofdiagnostics.com/2020/01/11/pet-scan-procedure-benefits-uses/>

Εικόνα 2.8 PET Method

- Διακρανιακή μαγνητική διέγερση (TMS), όπου μέσω ηλεκτρικού ρεύματος διεγείρονται εγκεφαλικά κύτταρα και αξιολογούνται τα αποτελέσματα έμμεσα μέσω συμπεριφορικών αποκρίσεων όπως η ακρίβεια ή ο χρόνος αντίδρασης. Με αυτόν τον τρόπο μελετώνται αλλαγές στην συμπεριφορά.



Πηγή: <https://www.helpguide.org/articles/depression/transcranial-stimulation-therapy-tms.htm>

Εικόνα 2.9 TMS Method

Το νευρομάρκετινγκ χάρη στις τεχνικές του έχει μεγάλη συμβολή στον τομέα της έρευνας μάρκετινγκ και προσθέτει αξία σε πολλές πτυχές του. Παρόλα αυτά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι οι τεχνικές του νευρομάρκετινγκ πρέπει να χρησιμοποιούνται μεμονωμένα, αφού είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τα παραδοσιακά εργαλεία του μάρκετινγκ. Η ταχύτητα, η ακρίβεια και η αξιολόγηση πληροφοριών πέρα από το επίπεδο της ανθρώπινης συνείδησης είναι κάποια από τα πλεονεκτήματα του νευρομάρκετινγκ. Αντίθετα, το αφύσικο και εξαιρετικά ελεγχόμενο περιβάλλον των ερευνών, η πολυπλοκότητα ορισμένων τεχνικών του και το υψηλό κόστος των εργαλείων του αποτελούν μερικά από τα μειονεκτήματά του. Σε αυτό το περιβάλλον πρωτεύον ρόλος κάθε Πολιτείας είναι να εξασφαλίζει τις θεμελιώδεις αρχές των δικαιωμάτων του ανθρώπου και την προστασία των προσωπικών (ευαίσθητων και μη) δεδομένων του (*Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων – Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679*).

2.6.4.1 Η επίδραση των χρωμάτων και της μουσικής

Εκτός από την επωνυμία του προϊόντος και την διαφήμιση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, αλλά και στην τιμολόγηση των προϊόντων και των υπηρεσιών, το neuromarketing κατέχει σημαντικό ρόλο στην μελέτη της συμβολής των χρωμάτων και της μουσικής στην προσέλκυση των καταναλωτών καθώς και στην επιρροή των αγοραστικών τους αποφάσεων (Singh, N. and Srivastava, S. K., Brodsky, W.,2011).

Τα χρώματα

Το χρώμα είναι μια αίσθηση που δημιουργείται στον εγκέφαλο από μέρος της αλληλουχίας των ηλεκτρικών ώσεων που φτάνουν σε αυτόν μέσω του οπτικού νεύρου. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι το χρώμα επηρεάζει, κυρίως, την αγορά των αγαθών. Ωστόσο, η ψυχολογία του χρώματος είναι συχνά αντικείμενο διαφωνίας στο μάρκετινγκ επειδή η προτίμηση χρώματος ποικίλλει πολύ μεταξύ των ατόμων. Γίνεται αντιληπτή η σπουδαιότητα και η σημαντικότητα των χρωμάτων τόσο στη δημιουργία μιας μάρκας όσο και στην πώληση ενός προϊόντος ή υπηρεσίας. Το χρώμα είναι αυτό που δημιουργεί την πρώτη εντύπωση του καταναλωτή, είτε θετική είτε αρνητική, επηρεάζει τη διαδικασία απόφασης αγοράς των καταναλωτών και δεν αποτελεί απλώς μια προσθήκη στη συσκευασία των προϊόντων και στην επωνυμία της εταιρείας. Οι marketers και οι επιχειρηματίες επενδύουν πολύ χρόνο στην επιλογή χρωμάτων που αντικατοπτρίζουν τις αξίες της εταιρείας και τις προτιμήσεις του κοινού-στόχου. Με αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να αυξήσουν τις πωλήσεις τους, την αναγνωρισιμότητα της μάρκας και την αφοσίωση των καταναλωτών. Το χρώμα μπορεί να διαδραματίσει μεγάλο ρόλο στη μεγιστοποίηση της επιτυχίας. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο οι εταιρείες να κατανοήσουν την αρμονία και τον αντίκτυπο του κάθε χρώματος, κάνοντας προβλέψεις και σχεδιάζοντας πιθανές αντιδράσεις των καταναλωτών σε ορισμένα χρώματα. Παρόλα αυτά, αξίζει να αναφερθεί ότι οι τάσεις των χρωμάτων και οι προτιμήσεις σε αυτές δεν είναι μόνιμες, αλλά κυμαίνονται ανάλογα τη χρονική περίοδο. Το neuromarketing μπορεί να αξιοποιηθεί προκειμένου να κατανοηθεί η ψυχολογία των καταναλωτών σε σχέση με τα χρώματα, ώστε οι εταιρείες να λαμβάνουν τις καλύτερες αποφάσεις για τις ίδιες (Ozkul E. *et al.*, 2019).

Η μουσική

Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει την επίδραση της μουσικής στα συναισθήματα των ανθρώπων. Σύμφωνα με τον συγγραφέα Leo Tolstoy «η μουσική είναι η στενογραφία των συναισθημάτων». Η μουσική θεωρείται ως η γλώσσα του συναισθήματος και διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην κοινωνική επικοινωνία, επηρεάζοντας περαιτέρω τα συμπεριφορικά μοτίβα. Είναι ικανή να προκαλέσει πολύπλοκες και συναισθηματικές αντιδράσεις συμπεριφοράς στους καταναλωτές. Μερικοί τύποι μουσικής μπορεί να μειώσουν το άγχος ενός ατόμου, ενώ άλλοι μπορεί να προκαλέσουν αύξηση των επιπέδων του άγχους. Η επίδραση της μουσικής στη συμπεριφορά των καταναλωτών έχει

μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον και έχει υποστηριχθεί ότι η μουσική ασκεί μεγαλύτερη επιρροή σε εξεζητημένα προϊόντα, όπως στα αγαθά πολυτελείας και τεχνολογίας. Η κατάλληλα δομημένη μουσική δρα στο νευρικό σύστημα όπως ένα κλειδί σε μια κλειδαριά, ενεργοποιώντας στον εγκέφαλο αντίστοιχες συναισθηματικές αντιδράσεις και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μεταξύ των ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η μουσική έχει γίνει ένα σημαντικό συστατικό του μάρκετινγκ των καταναλωτών, τόσο στα σημεία αγοράς όσο και στη διαφήμιση των προϊόντων. Η μουσική ενεργοποιεί τόσα μέρη του εγκεφάλου μας που είναι αδύνατο να πούμε ότι έχουμε ένα κέντρο για τη μουσική όπως κάνουμε για άλλες διεργασίες (για παράδειγμα κατά την ομιλία μας). Όταν ακούμε ένα τραγούδι, ο μετωπιαίος και ο κροταφικός λοβός αρχίζουν να επεξεργάζονται τους ήχους, με διαφορετικά εγκεφαλικά κύτταρα τα οποία εργάζονται για να αποκρυπτογραφήσουν πράγματα

Παρά το γεγονός πως η μουσική είναι μια παγκόσμια γλώσσα, πολλές φορές δεν δίνεται η απαραίτητη προσοχή στη χρήση αυτής. Η μουσική ξυπνάει μεγάλο αριθμό συναισθημάτων τα οποία έχουν πολλές και διαφορετικές «αποχρώσεις». Η σωστή εφαρμογή των ευρημάτων των σχετικών ερευνών μπορεί να συμβάλει στην αποδοτικότερη προώθηση και διαφήμιση των προϊόντων και στην προσέλκυση των πελατών (Brodsky, W., 2011).

2.7 Η συμβολή του Healthscape στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Παρόλο που το στυλ της εσωτερικής διακόσμησης και η ατμόσφαιρα έχουν διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν τα συναισθήματα και τις μελλοντικές συμπεριφορές των επισκεπτών σε ένα χώρο φιλοξενίας (Heide et al, 2007), λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι αντιλήψεις των καταναλωτών για τον σχεδιασμό του φυσικού περιβάλλοντος των κτιριακών εγκαταστάσεων επηρεάζουν την αξιολόγησή τους για την εμπειρία διαμονής τους (Baek & Ok, 2017; Nanu et al, 2020; Suess et al, 2020).

2.7.1 Περιβάλλον και ξενοδοχειακές υπηρεσίες

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον ιατρικό τουρισμό, γίνεται αντιληπτή η σημασία της διάστασης της υπηρεσίας διαμονής για έναν ταξιδιώτη που αναζητά υπηρεσίες υγείας καθώς και στο γεγονός ότι το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον των καταλυμάτων θα μπορούσε να επηρεάσει τα συναισθήματά τους. Ενώ γενικά οι ταξιδιώτες μπορεί να αναζητούν μοναδικές εμπειρίες διαμονής (Mody et al, 2017), οι ταξιδιώτες-ασθενείς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά από την άνεση και την αισθητική του καταλύματός τους.

Η πιο σχετική έρευνα που αφορά τον τύπο της διαμονής αλλά και τον εσωτερικό σχεδιασμό του καταλύματος αναφορικά με τους ταξιδιώτες υγειονομικής περίθαλψης είναι αυτή που σχετίζεται με τις αντιλήψεις των peer-to-peer καταλυμάτων, οι οποίες περιλαμβάνουν ένα σχεδιασμό που μοιάζει με σπίτι και η χωρική του διάταξη συνδέεται με συναισθηματικές αποκρίσεις των ασθενών (Suess et al, 2020). Ο εσωτερικός σχεδιασμός ενός βραχυπρόθεσμου καταλύματος (π.χ. το δωμάτιο ενός ξενοδοχείου ή ένα δωμάτιο Airbnb) μπορεί να ενισχύσει θετικά τα συναισθήματα των επισκεπτών που ήδη κατακλύζονται από άγχος, λόγω άγνωστου περιβάλλοντος και διαδικασίας ταξιδιού. Από αυτή την άποψη ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί ένα πλαίσιο συναισθηματικά φορτισμένο, δηλαδή περιλαμβάνει υψηλά επίπεδα άγχους, φόβου, θυμού και άλλων αρνητικών συναισθημάτων. Έτσι, οι διαστάσεις του serviscapε μπορούν να ενισχύσουν ή να αποδυναμώσουν την εμπειρία του ασθενή-ταξιδιώτη. Πολλά ξενοδοχεία αναπτύσσουν στρατηγικό σχεδιασμό υποδομής δωματίων για την κάλυψη της αυξημένης ζήτησης από τους ασθενείς-ταξιδιώτες (Suess et al, 2020) ενώ η Airbnb περιλαμβάνει δομές φιλοξενίας κοντά σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης που απευθύνονται σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στις οικογένειές τους (Airbnb, 2018). Οι έννοιες της «σπιτικής ατμόσφαιρας» στα ενοικιαζόμενα καταλύματα έχουν επίσης αποδειχθεί ότι ενισχύουν θετικά την αίσθηση ευεξίας ενός ταξιδιώτη (Suess et al, 2020). Τα τελευταία χρόνια, ο ιατρικός τουρισμός έχει γίνει ένα από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα τμήματα της τουριστικής βιομηχανίας (Han & Hwang, 2018). Λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, του αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της περιορισμένης διαθεσιμότητας επαγγελματιών υγείας, της εξέλιξης της τεχνολογίας, της μείωσης του κόστους του ταξιδιού και των νέων ασφαλιστικών προγραμμάτων, η ζήτηση για ταξίδια που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη αυξάνεται ραγδαία (Connell, 2013; Cormany and Baloglu, 2011). Το serviscapε περιλαμβάνει ατμοσφαιρικές,

σχεδιαστικές και κοινωνικές έννοιες που επηρεάζουν τη διαμονή των ασθενών. Ο εσωτερικός σχεδιασμός αντικατοπτρίζει τον μοναδικό χαρακτήρα ενός καταλύματος και μπορεί να βοηθήσει τις επιχειρήσεις να στοχεύουν συγκεκριμένες κατηγορίες ταξιδιωτών μέσω των αισθητικών τους προτιμήσεων. Επιπλέον, αφορά τον τρόπο που βιώνει ένας επισκέπτης τη διαμονή του και έχει θεωρηθεί ως ένας από τους πιο κρίσιμους παράγοντες για την επιτυχία ενός καταλύματος (Baek and Ok, 2017), καθότι έχει την τάση να επηρεάζει τα συναισθήματα των επισκεπτών (Liu et al, 2015).

2.7.2 Η επίδραση της μουσικής

Σε επιχειρήσεις που βασίζονται σε υπηρεσίες, όπου οι αξιολογήσεις πελατών τους μπορεί να είναι το κλειδί για την δημιουργία και τη διατήρηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Hartline et al, 2000), η **μουσική** μπορεί να επηρεάσει θετικά τις εμπειρίες των πελατών. Η μουσική φαίνεται να παράγει πολλά οφέλη σε πολλούς τομείς υπηρεσιών. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μιας επιθυμητής διάθεσης σε ένα εστιατόριο και κατ' επέκταση για την ενίσχυση εμπειρίας των καταναλωτών. Σε μια μελέτη που περιλαμβάνει ένα διάσημο εστιατόριο στο Λονδίνο, ένα από τα επώνυμα πιάτα θαλασσινών σερβίρεται υπό τους ήχους θάλασσας με τη βοήθεια χρήσης ipod (Wallor, 2016). Σε άλλες μελέτες, τα νοσοκομεία έχουν χρησιμοποιήσει ζωντανή μουσική ως προδιαθεσικό παράγοντα προαγωγής της υγείας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να είναι λιγότερο ανήσυχoi και οι επισκέπτες να αναφέρουν χαμηλά επίπεδα άγχους (Routhieaux and Tansik, 1997). Σε μια προσπάθεια να προσελκύσουν νεότερες κατηγορίες καταναλωτών, τα ξενοδοχεία έχουν αρχίσει να αναζητούν καινοτόμους τρόπους ενσωμάτωσης της μουσικής στον σχεδιασμό μάρκετινγκ (McIntyre, 2015). Τα αεροδρόμια προσφέρουν στους ταλαιπωρημένους επιβάτες μια ανάπαυλα και μια βελτιωμένη εμπειρία παρέχοντας μουσική (Zipkin, 2017). Έχει διαπιστωθεί ότι η μουσική στον περιβάλλοντα χώρο παρέχει ευχαρίστηση και συναισθηματική διέγερση στους καταναλωτές (Garlin and Owen, 2006; Turley and Milliman, 2000) και έχει άμεσες επιπτώσεις στα έσοδα και τα κέρδη (Areni and Kim, 1993; Chebat et al, 2000). Συγκεκριμένα η χρήση της μουσικής περιβάλλοντος έχει βρεθεί ότι αυξάνει τις πωλήσεις (Areni and Kim, 1993; Matilla and Wirtz, 2001; Milliman, 1982; Yalch and Spangenberg, 1993), επηρεάζει τις προθέσεις αγοράς (Areni and Kim, 1993; North and Hargreaves, 1998), αυξάνει ή μειώνει τον αντιληπτό χρόνο αγοράς και αναμονής (Milliman, 1982; Yalch and Spangenberg, 1993; Kellaris and Kent, 1992) και επηρεάζει την ταχύτητα

στους χώρους εστίασης (Milliman, 1986). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι η απουσία μουσικής μπορεί να μειώσει την αξία της εμπειρίας του καταναλωτή (National Restaurant Association, 2018). Συχνά η μουσική έχει χρησιμοποιηθεί για συναισθηματικούς σκοπούς (Chamorro-Premuzic and Furnham, 2007; Saarikallio, 2011) και έχει αποδειχθεί ως αποτελεσματική για την διαχείριση του άγχους και για την βελτίωση της συνολικής ευημερίας (Casey, 2013; Thayer et al, 1994; Bradt et al, 2011; McDonald et al, 2012; Rickard and McFerran, 2012). Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι άνθρωποι που άκουγαν χαρούμενη μουσική και στη συνέχεια τους ζητήθηκαν να αξιολογήσουν διάφορες φωτογραφίες από πρόσωπα, αντιλήφθηκαν τα πρόσωπα ως ευτυχισμένα (Logeswaran and Bhattacharya, 2009).

Σε ένα περιβάλλον νοσοκομείου, οι ασθενείς, οι συγγενείς και φίλοι του ασθενή θεωρούνται όλοι καταναλωτές σε κάποιο βαθμό, καθότι το νοσοκομείο παρέχει υπηρεσίες σε όλους αυτούς τους ανθρώπους με τους οποίους αλληλεπιδρά. Επομένως είναι πολύ σημαντική η αξιολόγηση τους όσον αφορά την ποιότητα υπηρεσιών καθώς και ο βαθμός ικανοποίησής τους. Η ακρόαση μουσικής έχει αναφερθεί συχνά στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ότι επηρεάζει τόσο τις κλινικές παθήσεις όσο και την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή (Cheng, 1998; Cleary et al, 1991; Oleson, 1990). Στον τομέα της υγείας, ειδικά στην νοσηλευτική, υπάρχει ουσιαστική παρότρυνση για την χρήση μουσικής ως μεθόδου προώθησης της χαλάρωσης, μείωσης του άγχους, αλλαγή της διάθεσης, ενίσχυση της άνεσης και μείωσης του πόνου (Alvin, 1975; Bailey, 1985; Cook, 1986; Edwards, 1985; Glynn, 1986; Jacob, 1986; Prinsley, 1986). Επιπλέον, αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την θετική επίδραση της μουσικής π.χ. στην αρτηριακή υπέρταση, αλλά και στην ταχύτητα και την αποδοτικότητα όσον αφορά χειρουργικές τεχνικές (Allen and Blascovich, 1994). Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η μουσική είναι ευεργετική στους ίδιους τους ασθενείς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από μια χειρουργική επέμβαση (Chetta, 1981; Heitz et al, 1992; Stevens, 1991). Εκτός από αυτές τις μελέτες σε ιατρικό περιβάλλον, ο Peretti (1974,1975) έχει δείξει ότι η μουσική έχει κατευναστική επίδραση όταν τα άτομα βρίσκονται κάτω από την επήρεια μιας αγχώδους κατάστασης. Οι White και Shaw (1991) μελέτησαν τον ρυθμό της μουσικής ως μεταβλητή και υποστήριξαν ότι όταν ο ρυθμός μουσικής είναι πιο αργός από τον μέσο καρδιακό ρυθμό του ανθρώπου (40-60 παλμοί ανά λεπτό) προκαλεί αγωνία, ενώ ο ρυθμός των 60 παλμών ανά λεπτό με χαμηλό τόνο προκαλεί ηρεμία.

Πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υιοθετήσει ένα πιο φιλόξενο (π.χ. ασθενοκεντρικό) περιβάλλον (Andrade and Devlin, 2015; Holder and Berndt, 2011).

2.7.3 Η επίδραση των δομικών στοιχείων και της διακόσμησης του χώρου

Η θεωρία ότι το φυσικό περιβάλλον μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών δεν είναι καινούργια. Είναι γνωστό ότι το περιβάλλον ενός χώρου επηρεάζει τη θεραπευτική διαδικασία (Gesler, 2003). Στη σύγχρονη εποχή, αν και μέχρι τώρα δινόταν έμφαση στους ψυχικά ασθενείς, πολλά γνωστά ιδρύματα έχουν βοηθήσει στην ενσωμάτωση αυτής της θεωρίας σε ένα ευρύτερο πεδίο μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, η κλινική Mayo Clinic είναι διάσημη για τις θεραπευτικές επιδράσεις των εγκαταστάσεών τους στους ασθενείς. Στατιστικά στοιχεία από τη Mayo Clinic Centre for Humanities in Medicine δείχνουν ότι η τέχνη και η ευχάριστη *αισθητική κτιρίων και τοπίων* μιας υγειονομικής μονάδας, ευθύνονται για την βελτίωση των ποσοστών των θεραπευτικών εκβάσεων. Η έννοια της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή που αντιπροσωπεύει τη νέα προσέγγιση στην έννοια της «φιλόξενης υγειονομικής περίθαλψης» επηρεάζει όχι μόνο το σχεδιασμό της εγκατάστασης αλλά και τις λειτουργίες υγειονομικής περίθαλψης, την αποτελεσματικότητα και την αλληλεπίδραση του προσωπικού με τους ασθενείς (Kraus and Jensen, 2010). Στη σύγχρονη εποχή, ιδρύματα όπως το Jubilee Wing του νοσοκομείου Leeds έχουν τεκμηριώσει ότι η βέλτιστη ποιότητα υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε ασθενείς με λιγότερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο (Cohen, 2004). Η παροχή των υπηρεσιών υγείας που αφορά την «ενσυναίσθηση», ελαχιστοποιεί το άγχος των ασθενών καθότι αυξάνει την άνεση τους στον χώρο και τελικά ενισχύεται η θεραπευτική διαδικασία, ενώ ελαχιστοποιείται το άγχος καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο (Wu et al, 2013). Εν τέλει, η καλαίσθητη εμφάνιση ενός κτιρίου και η αντίληψη της ποιοτικής υπηρεσίας από τον ασθενή έχει σημαντική επίδραση στον ίδιο τον ασθενή καθότι ένα ορθά λειτουργικώς σχεδιασμένο νοσοκομείο, επιφέρει ένα φιλόξενο και άνετο περιβάλλον για τον ίδιο. Οι εσωτερικοί ασθενείς σε ένα νοσοκομείο βιώνουν μια αγχωτική εμπειρία (Hultman et al, 2012; Tanja-Dijkstra, 2011) καθότι το πρόβλημα υγείας τους μπορεί να περιλαμβάνει περιορισμό σωματικών κινήσεων, ανασφάλεια αναφορικά με την πρόγνωση τους και επώδυνες ιατρικές διαδικασίες, τα οποία εκ των προτέρων αποτελούν πηγές άγχους (Kiecolt-Glaser et al, 1998). Αξίζει να

σημειωθεί ότι με βάση μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, τα περισσότερα νοσοκομεία δεν λειτουργούν επαρκώς για να μπορέσουν να κατευνάσουν αυτές τις ανησυχίες, ενώ αντίθετα πολλές φορές τις ενισχύουν (Taylor, 2011). Ένα άγνωστο και αφιλόξενο νοσοκομειακό φυσικό περιβάλλον μπορεί να θεωρηθεί επιβλαβές, προκαλώντας άγχος στον ασθενή. Για παράδειγμα, τα κοινόχρηστα δωμάτια ενός νοσοκομείου καταστρατηγούν πολλές φορές την έννοια της ιδιωτικότητας του ασθενή και του προσωπικού ελέγχου στον χώρο που μοιράζεται με άλλους ασθενείς, μεγιστοποιώντας με αυτόν τον τρόπο το επίπεδο του θορύβου στον χώρο, επιφέροντας δυσμενείς συνθήκες στη διαμονή του ασθενή (Larsen et al, 2013). Οι ασθενείς βιώνουν μια προσωπική απώλεια ελέγχου που σχετίζεται σχεδόν με κάθε πτυχή της καθημερινότητας τους. Συνήθως δεν αποφασίζουν οι ίδιοι τι και πότε να φάνε και πώς να υποδεχτούν και να φιλοξενήσουν τους επισκέπτες (συνοδούς) τους. Δεν μπορούν να φύγουν από το δωμάτιό τους και δεν έχουν τον έλεγχο της αισθητικής του φυσικού περιβάλλοντος. Σε περιπτώσεις ασθενειών όπου οι ασθενείς βιώνουν απώλεια ελέγχου στο σώμα τους, η διατήρηση σε ένα πιο «ιδιωτικό» περιβάλλον μπορεί να μετριάσει έως κάποιο βαθμό την αίσθηση αδυναμίας και απώλειας που νιώθουν (Andrade & Devlin, 2015). Οι Huisman et al. (2012), συνιστούν ένα προσαρμοσμένο περιβάλλον σύμφωνα με το προσωπικό περιβάλλον των ασθενών ώστε να τους επιτρέπεται να το ελέγχουν. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ενός κέντρου χημειοθεραπειών, ο Andrade & Devlin (2015) σημειώνουν ότι ο έλεγχος των ρυθμιζόμενων περσίδων στα παράθυρα, η θερμοκρασία του καθίσματος που πραγματοποιείται η έγχυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και η εύκολη πρόσβαση σε τρόφιμα ήταν μεταξύ των μεταβλητών αυτών που θεωρήθηκαν σημαντικές από τους ασθενείς. Ο Chaudhury κ.ά. (2005) συνέστησε την δυνατότητα ατομικού προγραμματισμού όσον αφορά την υγιεινή των ασθενών από τους ίδιους. Με βάση αυτές και άλλες μελέτες, ένα περιβάλλον θα μπορούσε να μοιάζει με ξενοδοχείο το οποίο να μπορεί να προάγει την έννοια της ιδιωτικότητας στην περίθαλψη του ασθενή, να περιλαμβάνει την βοήθεια της τεχνολογίας (μουσική, τηλεόραση και ψυχαγωγία), υπηρεσία δωματίου κατά παραγγελία, κουζινάκι αυτοεξυπηρέτησης ασθενών, ελεγχόμενο φωτισμό (ρυθμιζόμενο, με εναλλαγές χρώματος), υπηρεσίες σπα και κομμωτηρίου κατά παραγγελία και υπηρεσίες οικογενειακής βοήθειας και θυρωρείου κατά παραγγελία (Andrade & Devlin, 2015; Dijkstra et al, 2006; Huisman et al, 2012; Iyendo et al., 2016; Suess & Mody, 2017; Ulrich et al, 2003; Wu et al, 2013), ανέσεις προσωπικής φροντίδας, πολυτελή κλινοσκεπάσματα, πολύχρωμους τοίχους, έργα τέχνης,

έπιπλα εμπνευσμένα από σχεδιαστές, αρώματα κ.ά. (Andrade & Devlin, 2015; Dijkstra et al, 2006; Huisman et al, 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια έρευνα του προσωπικού, των επισκεπτών και των ασθενών στο νοσοκομείο Chelsea & Westminster, London (2001) διαπιστώθηκε ότι το 75% των ασθενών ανέφερε πως η συλλογή έργων τέχνης μείωσε τα επίπεδα άγχους τους, βελτίωσε τη διάθεσή τους και τους απέτρεψε από ανησυχητικές σκέψεις και άμεσους προβληματισμούς. Σε ένα δυνητικά άγνωστο και αγχωτικό περιβάλλον, όπως είναι το νοσοκομείο, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να βελτιώσει το άγχος των ασθενών (Bolger and Amarel, 2007). Η Mayo Clinic συνιστά την κοινωνική υποστήριξη ως έναν τρόπο ώστε να δημιουργηθεί μια αίσθηση του «ανήκειν», να αυξηθεί η αίσθηση της αυτοεκτίμησης και της ασφάλειας για τους ασθενείς. Η κοινωνική υποστήριξη αναγνωρίζεται ευρέως ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας που επηρεάζει την θεραπευτική έκβαση των ασθενών (Berkman et al, 2000; Cohen, 2004,1988; Uchino, 2009). Τα νοσοκομεία διαμορφώνουν μια νέα εμφάνιση και αίσθηση, προσπαθώντας να δημιουργήσουν συνθήκες ώστε να προσφέρουν στους ασθενείς μια αίσθηση φιλοξενίας και ανταγωνίζονται για πελάτες που είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερα για καλύτερες εμπειρίες και που έχουν επιλογές να πάνε αλλού όταν δεν είναι ικανοποιημένοι (Miller & Swensson, 2002). Η ύψιστη σημασία του ασθενή ως καταναλωτή και η συμπεριφορά του, έχουν οδηγήσει τους ερευνητές να εφαρμόσουν το μοντέλο του Servicescape της Bitner (1992). Στο πλαίσιο υγειονομικού συστήματος, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς είναι πρόθυμοι να επιλέξουν μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας με βελτιωμένο φυσικό περιβάλλον και ατμοσφαιρικό τοπίο (Suess & Mody, 2017).

Σύμφωνα με τον Lovelock (2011) το servicescape μπορεί να μειώσει την αποτυχία της υπηρεσίας και να ενισχύσει την διαδικασία παροχής υπηρεσιών. Ωστόσο παραμένει το ερώτημα πώς οι καταναλωτές καθορίζουν εάν ένα τοπίο υπηρεσιών είναι καλά σχεδιασμένο. Οι Turley & Milliman (2000) παρείχαν μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση των μελετών σε εμπορικούς χώρους από το 1975 έως το 1997 σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα ατμοσφαιρικά ερεθίσματα (π.χ. οθόνη δαπέδου, ρυθμός μουσικής, χρώματα, φωτισμός, ποιότητα προϊόντων) επηρεάζουν τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές αγορών των εργαζομένων ή των καταναλωτών. Αυτές οι μελέτες παρείχαν σημαντικές αποδείξεις ότι αυτά τα ατμοσφαιρικά ερεθίσματα επηρεάζουν άμεσα τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των ατόμων. Η αισθητική βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Schmitt & Simonson, 1997; Bruyn, 2015) τόσο για τα

άτομα όσο και για την κοινωνία (Bloch et al, 2003). Οι ερευνητές μάρκετινγκ έχουν αναγνωρίσει ότι όλα όσα καταναλώνουν τα άτομα μπορούν σε κάποιο επίπεδο να προβληθούν μέσω αισθητικής οπτικής (Schmitt & Simonson, 1997; Meyers-Levy & Zhu, 2010) και ότι η αισθητική μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο ένα προϊόν γίνεται κατανοητό και μπορεί να εκτιμηθεί (Forty, 1986). Η ικανότητα προβολής του φυσικού περιβάλλοντος πριν από την αγορά μιας υπηρεσίας ή προϊόντος μειώνει τον αντιληπτό κίνδυνο και ως εκ τούτου, έχει θετική επίδραση στην πρόθεση αγοράς (Kim & Mattila, 2011; Reichheld & Scheffer, 2000).

Ένας μικρός αριθμός μελετών έχει αποδείξει ότι τα φυσικά φυτά μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των καταναλωτών (Brenngman et al, 2012; Joye et al, 2011; Ortegon-Cortazar & Royo Vela, 2017; Tifferet & Vilnai-Yavetz, 2017). Έχουν αναπτυχθεί ποικίλα θεωρητικά μοντέλα που υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι έχουν μια έμφυτη τάση να προτιμούν φυσικές συνθήκες στο περιβάλλον χώρο που κινούνται και ότι αυτές οι προτιμήσεις αποδίδονται σε κάποιες προδιαθέσεις. Οι άνθρωποι προτιμούν ένα φυσικό περιβάλλον από ένα τεχνητό (Appleton, 1975; Balling & Falk, 1982; Kaplan et al, 1989; Orians, 1980; Orians & Heerwagen, 1992; Ulrich, 1983,1986). Επομένως, οι άνθρωποι παρουσιάζουν μια έμφυτη προδιάθεση, τόσο ψυχολογική όσο και αισθητική προς φυσικά στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων των φυτών (Ulrich et al, 1991). Ειδικότερα, τα φυσικά πράσινα φυτά προκαλούν μια εξαιρετικά θετική επίδραση στα περισσότερα άτομα (Dutton, 2009; Kelert, 1993). Προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι τα φυτά έχουν ευεργετικές ψυχολογικές επιπτώσεις, ακόμη και σε εσωτερικούς χώρους (Bringslimark et al, 2009; Larsen et al, 1998; Pearson-Mims & Lohr, 2000). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες διεξήχθησαν σε περιβάλλοντα γραφείου (Lohr et al, 1996; Raanaas et al, 2011; Shoemaker et al, 1992) ή σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης (Dijkstra et al, 2008; Harris et al, 2002) και απέδειξαν ότι η παρουσία των φυσικών φυτών σε ένα δωμάτιο (σε αντίθεση με την απουσία τους) οδηγεί στο να θεωρείται το δωμάτιο πιο ελκυστικό, χαρούμενο, ευχάριστο και φιλόξενο.

Σύμφωνα με την διαθέσιμη βιβλιογραφία (Watkins et al, 2015) βασικά στοιχεία που είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό των κύριων χώρων και στοιχείων μίας μονάδας παροχής υγείας αναφέρονται τα εξής:

2.7.3.1 Χώρος εισόδου

Η είσοδος πρέπει να είναι με εύκολη προσπέλαση από τους δημόσιους δρόμους. Χρειάζεται ειδικά διαμορφωμένος περιβάλλον χώρος με μονοδρόμηση

εισόδου-εξόδου, ράμπα για κίνηση ΑΜΕΑ ή φορειών και δυνατότητα ταυτόχρονης υποδοχής δύο ασθενοφόρων τουλάχιστον. Για τον άριστο έλεγχο ροής ασθενών αλλά και για λόγους ασφαλείας, είναι αναγκαίος ο διαχωρισμός θυρών εισόδου περιπατητικών ασθενών και ασθενών πάνω σε φορείο. Παράλληλα, ενδείκνυται μικρός αριθμός εισόδων και εξόδων. Οι αυτόματες πόρτες εισόδου προσφέρουν πλεονεκτήματα στην κίνηση ασθενών, ιδιαίτερα δε αυτών που είναι σε αναπηρικές καρέκλες. Έναντι καιρικών συνθηκών, χρειάζεται εξωτερικό στέγαστρο, ενώ σκόπιμη είναι και η ύπαρξη προθάλαμου εισόδου ως ανεμοφράκτη.

2.7.3.2 Χώροι αναμονής

Οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους θα πρέπει να περιμένουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Γι' αυτό πρέπει να σχεδιάζονται ευρύχωροι και ανοιχτοί χώροι για ασθενείς και συνοδούς, που θα επιτρέπουν τη διαρκή παρακολούθηση και πιθανώς την ενημέρωσή τους. Η περιοχή αναμονής ειδικά για παιδιά-ασθενείς πρέπει να αποτελεί ξεχωριστό χώρο, με ιδιαίτερες συνθήκες ευχάριστης ατμόσφαιρας και ασφάλειας, με παιδικές τουαλέτες και χώρους καθαριότητας. Μπορεί να περιλαμβάνει παιδότοπους για απασχόληση των παιδιών ή και τηλεόραση ώστε να αποσπά την προσοχή και να χαλαρώνει τα παιδιά και τις οικογένειες. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η εσωτερική διαμόρφωση των χώρων αυτών με λιτή εσωτερική διακόσμηση (φυτά, φωτισμό, χρώμα κ.α.), άνετα έπιπλα από μη απορροφητικά υλικά. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει χώρος και για αναπηρικές καρέκλες, ψύκτη νερού, γυναικείες και αντρικές τουαλέτες. Περιοδικά και οθόνη με προβολή ενημερωτικών εκπομπών μπορούν να φανούν χρήσιμα για την απασχόληση και πληροφόρηση των συνοδών.

2.7.3.3 Χώροι υποδοχής-διαλογής

Πρέπει να βρίσκονται στην άμεση οπτική και φυσική πρόσβαση ασθενών που προσέρχονται, έτσι ώστε να είναι ορατοί από το προσωπικό. Ο προσανατολισμός μπορεί να διευκολυνθεί με σχέδιο στο δάπεδο (π.χ. με κίτρινες γραμμές ή ασπρόμαυρα πλακίδια) ή με βοήθεια φωτισμού οροφής (π.χ. χώρος με χαμηλότερο ή ψηλότερο ταβάνι ή με διαφορετικό φωτισμό), ώστε να καταδεικνύεται η δίοδος προς την υποδοχή και διαλογή. Πάγκος υποδοχής δυο τουλάχιστον θέσεων είναι σκόπιμος για καταγραφή στοιχείων προσερχομένων ασθενών. Ο σχεδιασμός της περιοχής διαλογής πρέπει να έχει παράλληλα

συγκρουόμενα στοιχεία: ορατότητα και προσβασιμότητα, αλλά και διασφάλιση της προστασίας της ατομικότητας των ασθενών. Με τον τρόπο αυτόν, το προσωπικό θα έχει καθαρή εικόνα της εισόδου, για να εκτιμά τους προσερχόμενους ασθενείς, αλλά και του χώρου αναμονής για συνεχή επανεκτίμηση ασθενών που περιμένουν. Ωστόσο, ο χώρος διαλογής οφείλει να συμπληρώνεται και από ξεχωριστή κοντινή περιοχή, που επιτρέπει στο προσωπικό διαλογής και στον ασθενή να κάνουν ιδιαίτερος σύντομη σωματική εκτίμηση ή να ανταλλάξουν εμπιστευτικές πληροφορίες. Επιπρόσθετα, ο χώρος διαλογής πρέπει να γειτνιάζει και με τον χώρο αναζωογόνησης, για να είναι δυνατή η άμεση μεταφορά ασθενών, όταν απειλείται η ζωή τους. Επίσης, ο χώρος αυτός πρέπει να είναι αρκετά ευρύχωρος, προκειμένου να επιτρέπει φιλοξενία πολλών γιατρών και νοσηλευτών ταυτόχρονα, για διαλογή δυο ή περισσότερων ασθενών (πχ σε μαζικό ατύχημα), ενώ θα έχει μόνο στοιχειώδη ιατρικό εξοπλισμό (στηθοσκόπια, σφυγμομανόμετρα, θερμόμετρα, κλπ.) ή να ανταλλάξουν εμπιστευτικές πληροφορίες.

2.7.3.4 Χώροι σοβαρών περιστατικών

Είναι χώροι για αντιμετώπιση/θεραπεία βαρέων περιστατικών που απαιτούν μικρές χειρουργικές επεμβάσεις. Χωροθέτησή τους πρέπει να γίνεται σε περιοχές εύκολης πρόσβασης από βαριά ασθενείς. Θα πρέπει να επιτρέπουν κίνηση προσωπικού και τροχήλατων συσκευών. Επιπρόσθετα απαιτείται οπτική και ηχητική απομόνωση και δυνατότητα παρακολούθησης από το προσωπικό.

2.7.3.5 Χώροι εξέτασης και θεραπείας

Ένας τέτοιος χώρος διαμορφώνεται σε εξεταστήρια/θαλαμίσκους με τραπέζι ή φορείο εξέτασης. Μπορεί να χωρίζονται με τοίχο, χωρίσματα ή κουρτίνες για ευελιξία. Για καλύτερη παρακολούθηση, η πλειονότητά τους πρέπει να βρίσκεται σε έναν ανοιχτό χώρο (οπτικά ελεύθερο), με ακτινική διάταξη γύρω από μια βάση-σταθμό προσωπικού. Ο σταθμός αυτός αποτελεί χώρο εργασίας αλλά και σημείο επίβλεψης. Αυτοί οι χώροι εξέτασης και θεραπείας, μπορεί να είναι γενικότερης χρήσης με εξοπλισμό τυπικό και υλικό χρήσεως, ή ειδικότερα δωμάτια (πχ γυναικολογικοί θάλαμοι, ΩΡΛ, παιδιατρικοί θάλαμοι κλπ) με αυτόνομα ντους και τουαλέτες.

2.7.3.6 Παιδιατρική περιοχή

Η ατμόσφαιρα θα πρέπει να είναι ευχάριστη, ασφαλής και με φιλικότητα. Τα παιδιά θα παραμένουν σε αναμονή κατά τον ελάχιστο χρόνο, προς αποφυγή εκνευρισμού ή φόβου από θέα ή θόρυβο άλλων ασθενών. Πρέπει να υπάρχουν χώροι αναψυχής, απαλά χρώματα, προστατευτικά κρύσταλλα για συνεχή παρακολούθηση, καλή ηχητική μόνωση και ειδικά δωμάτια για παιδιά με μεταδοτικά νοσήματα.

2.7.3.7 Χώροι προσωπικού και διοίκησης

Αυτή η περιοχή περιλαμβάνει αριθμό γραφείων ικανό για διοικητικές εργασίες, συζητήσεις μεταξύ του προσωπικού, συνεντεύξεις, υποστήριξη και ενημέρωση συγγενικών προσώπων. Πρέπει να είναι προσπελάσιμος εύκολα από το προσωπικό, χωρίς φυσικά να παρεμποδίζουν κλινικές λειτουργίες της μονάδας (γι' αυτό συνήθως τοποθετούνται σε περιφερειακές ζώνες της μονάδας). Γενικότερα, πρέπει να εξασφαλίζουν ευελιξία στη χρήση τους, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και τοπικές συνθήκες. Αυτοί οι χώροι μπορούν να προορίζονται για γραφεία ιατρών, προϊσταμένων νοσηλευτικής υπηρεσίας ή νοσηλευτών, γραφεία γραμματειακής/ διοικητικής υποστήριξης κλπ. Επιπρόσθετα, ένα καταλλήλως διαμορφωμένο δωμάτιο (με αναπαυτικές καρέκλες, εργονομικό γραφείο, κ.α.) πρέπει να χωροθετείται σε ήσυχο σημείο της μονάδας, για ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών από το προσωπικό (γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς) και συζήτηση.

2.7.3.8 Σήμανση

Λόγω του επείγοντος χαρακτήρα της προσπέλασης μια μονάδας υγείας (ιδίως στην περιοχή των επειγόντων περιστατικών), χρειάζεται επαρκής σήμανση των χώρων (εξωτερική και εσωτερική). Οι πινακίδες πρέπει να είναι απόλυτα σαφείς και αναγνώσιμες. Είναι αναγκαία η εξωτερική σήμανση, όπως κι η σήμανση σε όλη την πορεία κάθε εισερχόμενου από τα στρατηγικά σημεία της περιμέτρου της μονάδας (parking, είσοδοι). Οι επιγραφές αυτές θα πρέπει να είναι κατά το δυνατόν ανθεκτικές σε τυχόν βανδαλισμούς και σε ύψος ικανό, για να μην καλύπτονται από πιθανά εμπόδια. Επίσης, θα πρέπει την νύχτα να φωτίζονται. Όσον αφορά επίσης την σήμανση εσωτερικών χώρων της μονάδας χρειάζονται κατάλληλες επιγραφές για την αναγνώριση χώρων για να είναι εφικτή η όσο το δυνατόν εύκολη πρόσβαση. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να διασφαλίζεται πρόβλεψη

για χρήση προσωρινών επιγραφών(αφαιρούμενων επιφανειών) για την επισήμανση της χρήσης κάθε χώρου σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων.

2.7.3.9 Εσωτερικό περιβάλλον

Το εσωτερικό περιβάλλον της μονάδας υγείας πρέπει να εκπληρώνει τις ανάγκες των ασθενών, καθώς και των συγγενών και του προσωπικού. Μια υπερβολικά εκτεταμένη κλινική παρουσία πρέπει να αποφεύγεται, ιδίως στους χώρους αναμονής. Οι κλινικοί χώροι επιβάλλεται να ανταποκρίνονται σε απαιτήσεις ηχητικής και οπτικής απομόνωσης, σε αρμονικό συνδυασμό με την λειτουργία παρακολούθησης και ελέγχου. Ακόμη, αναφορικά με τις απαιτήσεις του εξαιρισμού, του φωτισμού και της ηχομόνωσης, ισχύουν τα παρακάτω:

Εξαιρισμός: ο φυσικός εξαιρισμός στους διάφορους χώρους πρέπει να διασφαλίζεται, ιδίως όπου απαιτούνται συγκεκριμένες κλινικές περιβαλλοντικές συνθήκες(οι λεγόμενες «major treatment areas»). Επιπλέον, η χρησιμοποίηση κάθετα συρόμενων παραθύρων,δύναται να βελτιώσει αισθητά τον φυσικό εξαιρισμό,χωρίς να είναι αναγκαία μεγάλα ανοίγματα παραθύρων.

Ηχομόνωση: λόγω αυξημένου θορύβου σε πολλούς χώρους μιας μονάδας υγείας, πρέπει να τοποθετούνται ηχο-απορροφητικά υλικά (όπως ψευδοροφές, πάνελς, κ.α.), για να ελαχιστοποιείται η στάθμη του θορύβου, οι ανακλάσεις ήχου καθώς και η δημιουργία ηχώς στο εσωτερικό της μονάδας.

Φωτισμός: μια επαρκής στάθμη φωτισμού είναι αναγκαία για ποικίλες διαδικασίες (λ.χ. συρραφή τραυμάτων κλπ.). Κατά συνέπεια,πρέπει να διασφαλίζεται σε κλινικές περιοχές. Επίσης,πρέπει άμεσα να υπάρχει διαθέσιμος συμπληρωματικός φωτισμός, ενώ σημαντικός είναι και επαρκής εξωτερικός φωτισμός την νύχτα. Τέλος, ένας φυσικός φωτισμός από παράθυρα σε εξωτερικούς χώρους (ιδίως πρασίνου), πρέπει να εξασφαλίζεται σε χώρους αναμονής.

Πολλοί ερευνητές μελέτησαν τον ρόλο του healthscape στην προσπάθεια τους να κατανοήσουν την επίδραση του στη συμπεριφορά των καταναλωτών/ασθενών. Οι Hutton and Richardson (1995) δημιούργησαν ένα μοντέλο του servicescape βασισμένο στη θεωρία της Bitner και στην οπτική των Kotler et al. (2011) αναφορικά με την αντίληψη της ατμοσφαιρικής διάστασης του χώρου, το οποίο περιλαμβάνει τις εξής προτάσεις: α) το healthscape είναι ένας συνδυασμός των atmospherics και το servicescape είναι μετρήσιμο και β) οι προσδοκίες των

ασθενών αναφορικά με το healthscape, σχετίζονται με την ικανοποίηση, την αξιολόγηση της ποιότητας, την προτίμηση και την πίστη τους στην προσφερόμενη υπηρεσία υγείας.

Με βάση μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, το servicescape είναι ένας πολυδιάστατος μηχανισμός που περιλαμβάνει τη φυσική και κοινωνική περιβαλλοντική διάσταση (Ghosh and Sahoo, 2016). Ένα περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας για να μπορέσει να έχει σαν αποτέλεσμα την ίαση του ασθενή, θα πρέπει να παρέχει τόσο φυσική όσο και ψυχολογική άνεση στον ίδιο τον ασθενή (Fottler et al., 2000; Miaoulis Jr et al., 2009). Για αυτό τον λόγο, το healthscape θεωρείται ότι περιλαμβάνει αντίστοιχα τόσο τη φυσική όσο και την κοινωνική διάσταση του περιβάλλοντος.

Η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη είναι μια πολυδιάστατη δομή, τόσο φυσικών όσο και κοινωνικών στοιχείων που την απαρτίζουν, ώστε να έχει την μέγιστη δυνατή επίδραση στον άνθρωπο. Οι Pai and Chary (2013) προσπάθησαν να αποκομίσουν τις κύριες διαστάσεις του healthscape, επικεντρώθηκαν στην οπτική επαφή του ασθενή/καταναλωτή με το τοπίο (χώρο) του νοσοκομείου, στον εξοπλισμό και την υγιεινή και καθαριότητα του χώρου. Από τα αποτελέσματα που παρουσίασαν, το στοιχείο της υγιεινής και καθαριότητας του χώρου του νοσοκομείου, βρέθηκε ότι ήταν και το πιο σημαντικό.

Η ποιότητα της τεχνολογίας που χρησιμοποιεί ένα νοσοκομείο, η υγιεινή και η καθαριότητα, η επαρκής σήμανση που χρησιμοποιείται ώστε να μπορεί ο ασθενής να προσανατολιστεί άμεσα στο χώρο του νοσοκομείου, η λειτουργικότητα του χώρου αναφορικά με την κτιριακή δομή, οι ατμοσφαιρικές συνθήκες (θερμοκρασία, θόρυβος, οσμή) μπορούν να επιφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα στην πρόθεση συμπεριφοράς των ασθενών (Wakefield and Blodgett, 1996), η οποία επέρχεται από την συνολική αντίληψη των ασθενών (Rosenbaum et al., 2011). Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι παραπάνω παράγοντες και διαστάσεις που επιδρούν στον ασθενή εντός νοσοκομείου, μετατρέπονται σε εργαλεία αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας (Fottler et al., 2000). Με βάση τις ανωτέρω παρατηρήσεις, είναι σαφές ότι η μέτρηση του servicescape απαιτεί μία πολυπαραγοντική ανάλυση ετερογενών μεταξύ τους στοιχείων (Lin, 2004) που επηρεάζουν την εμπειρία του ασθενή εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

2.8 Στόχος μελέτης και ερευνητικές υποθέσεις

Ολοκληρώνοντας την βιβλιογραφική επισκόπηση στον χώρο του Servicescape και παρουσιάζοντας αναλυτικά τους βασικούς παράγοντες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενή, μπορούμε να παρουσιάσουμε τον στόχο και τις ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης.

Βασικός στόχος της μελέτης είναι η απάντηση στο ακόλουθο ερώτημα:

Ποιά είναι τα στοιχεία που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο και ποιός είναι ο ρόλος τους στη διαμόρφωση της αντίληψης και της συμπεριφοράς των ασθενών/καταναλωτών απέναντι στο συγκεκριμένο περιβάλλον, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών/καταναλωτών?

Για την επίτευξη αυτού του στόχου, αναγνωρίστηκαν από τον ερευνητή τρεις (3) σημαντικές εργασίες: (1) την αναγνώριση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος καθώς και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κάθε ασθενή που δημιουργούν θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς, (2) την αξιολόγηση των επιπτώσεων του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος καθώς και των χαρακτηριστικών κάθε ασθενή στην συνολική αντίληψη των ασθενών αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών και (3) τη διερεύνηση των επιπτώσεων της συνολικής αντίληψης των ασθενών στην ικανοποίηση τους αλλά και στην τελική τους συμπεριφορά προς τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Diez-Roux (2000), οι ασθενείς δεν είναι πάντα ανεξάρτητοι, αντίθετα μπορεί να ομαδοποιηθούν σύμφωνα με συγκεκριμένους παράγοντες. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες οι οποίες επιχείρησαν να διερευνήσουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ικανοποίηση του ασθενή, βρέθηκε ότι οι μεγαλύτεροι ασθενείς σε ηλικία παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης συγκριτικά με νεότερους ασθενείς (Cohen, 1996; Fox & Storms, 1981), ενώ το ίδιο παρουσιάζεται στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Storms, 1981). Άλλες μελέτες που εξέτασαν τη δημιουργία ομάδων ασθενών αναφορικά με την ικανοποίηση που λάμβαναν, παρουσίασαν ότι οι ασθενείς νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε μικρά νοσοκομεία, σε σχέση με μεγαλύτερα σε έκταση νοσοκομεία (Abdellah & Levine, 1985; Fleming, 1981). Νεότερες μελέτες, παρουσιάζουν ότι η ιατρονοσηλευτική φροντίδα και η εξυπηρέτηση

του προσωπικού, επηρεάζουν κατά πολύ την ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών ενός νοσοκομείου (Otani et al., 2003; Otani et al., 2010; Otani et al., 2010).

Οι Pancharakesan, et al. (2014) αναφέρουν ότι οι προσδοκίες των ασθενών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας δεν εξαρτώνται από το επίπεδο εκπαίδευσής τους και προβληματίζονται αναφορικά με την ασφάλεια και υγιεινή στο χώρο του νοσοκομείου. Οι ίδιοι ασθενείς υποστηρίζουν ότι ο δείκτης ποιότητας ασφάλειας όσον αφορά τον έλεγχο λοιμώξεων είναι χαμηλός. Επίσης, αναφέρουν ότι οι άνδρες ασθενείς επικεντρώνονται περισσότερο στην υποδομή και στους δείκτες ασφάλειας, ενώ αντίθετα οι γυναίκες ασθενείς επικεντρώνονται στην κλινική φροντίδα, στην ασφάλεια και στην κοινωνική ευθύνη. Παρόλη την εστίαση των μελετών τα τελευταία χρόνια στην ικανοποίηση των ασθενών, η επίδραση της αντίληψης των ασθενών στην ικανοποίηση τους δεν έχει ερευνηθεί αρκετά (De Calan et al., 1988). Εξαιτίας συνεχών αλλαγών στους περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά και στην πολιτική των κυβερνήσεων που επηρεάζουν την ποιότητα της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθεί το πώς οι ασθενείς αξιολογούν την προσφερόμενη ποιότητα φροντίδας, το τι αντιπροσωπεύουν και τον βαθμό ικανοποίησης κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας (Palmer, 1991) έτσι ώστε να μπορούν να γίνουν οι απαραίτητες προσαρμογές επί του παρόντος (Andaleeb, 2000).

Με βάση τις σχετικές αυτές αναφορές στο περιβάλλον που έχει αναλυθεί στο παρόν Κεφάλαιο, προκύπτει η ανάγκη διερεύνησης της πιθανότητας δημιουργίας διαφορετικών ομάδων ασθενών/καταναλωτών σύμφωνα με την αξιολόγηση που οι ίδιοι οι ασθενείς προσδίδουν στα επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν το περιβάλλον ενός νοσοκομείου κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η 1^η ερευνητική υπόθεση διατυπώνεται ως εξής:

***H1:** Υπάρχουν διαφορετικές ομάδες/τύποι ασθενών που δημιουργούνται με βάση την αξιολόγηση που ίδιοι οι ασθενείς κάνουν στους παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας.*

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης που αφορά την υπόθεση 1 αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατύπωση και τον έλεγχο των επόμενων ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας εργασίας.

Στη συνέχεια, δεδομένης της ύπαρξης διαφορετικών ομάδων, σύμφωνα με την κοινή ερευνητική πρακτική (Coakes&Steed, 1999), διερευνάται ο τρόπος με τον οποίο αυτές οι

ομάδες διαφέρουν. Θα πρέπει να εντοπιστούν οι παράγοντες αυτοί που διαφοροποιούν τις διαφορετικές ομάδες που θα προκύψουν με βάση την αξιολόγηση και σπουδαιότητα που οι ασθενείς προσδίδουν σε αυτούς κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τις παραπάνω αναφορές μπορούν να διατυπωθούν οι επόμενες τρεις (3) ερευνητικές υποθέσεις:

***H2:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών με βάση την αξιολόγηση που ίδιοι οι ασθενείς κάνουν στους παράγοντες που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας.*

***H3:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.*

***H4:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στη σπουδαιότητα που οι ομάδες αυτές προσδίδουν στο κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.*

Στη συνέχεια, θέλοντας να μελετηθούν περαιτέρω οι ομάδες ασθενών/καταναλωτών, διατυπώνεται η επόμενη ερευνητική υπόθεση H5 αναλυόμενη σε επιμέρους υποθέσεις. Οι υποθέσεις αυτές απορρέουν από την κεντρική ερευνητική υπόθεση H5 και αξιοποιούν το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός ασθενή/καταναλωτή σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο της παρούσας έρευνας.

***H5:** Υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στα προσωπικά τους χαρακτηριστικά:*

H5.1: Την προσωπικότητα

H5.2: Την προηγούμενη εμπειρία

H5.3: Την ηλικία

H5.4: Το φύλο

H5.5: Το επίπεδο εκπαίδευσης

Αντικείμενο μελέτης της διερεύνησης του βαθμού που οι παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον ενός νοσοκομείου επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου, είναι επιπλέον να μελετηθεί και εάν αυτή η σχέση της συνολικής αντίληψης των ασθενών/καταναλωτών έχει προβλεπτική δύναμη πάνω στη συμπεριφορική τους πρόθεση σχετικά με την επαναπροτίμηση μιας υπηρεσίας παροχής υγείας ενός παρόχου υγείας όπως ενός νοσοκομείου.

Αυτή η αναζήτηση μας οδηγεί στις ακόλουθες τέσσερις (4) ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης.

H6: *Οι προσλαμβανόμενοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου (φυσικοί (H6.1) και κοινωνικοί (H6.2)) κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας επηρεάζουν (δηλ. έχουν προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.*

Φυσικοί H6.1: H6.1.1 τεχνολογία, H6.1.2 ατμοσφαιρικές συνθήκες, H6.1.3 χώρος/λειτουργίες, H6.1.4 υγιεινή και καθαριότητα και H6.1.5 σήμανση

Κοινωνικοί H6.2: H6.2.1 προσωπικό, H6.2.2 συναισθήματα άλλων, H6.2.3 κοινωνική πυκνότητα.

H7: *Η συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου επηρεάζει (δηλ. έχει προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο.*

H8: *Οι περιβαλλοντικοί κοινωνικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου επηρεάζουν (δηλ. έχουν προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών/καταναλωτών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.*

H9: *Η ικανοποίηση των ασθενών/καταναλωτών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας επηρεάζει (δηλ. έχει προβλεπτική δύναμη) τη συμπεριφορική πρόθεση των ασθενών για την επανεπιλογή του παρόχου υγείας τους.*

Στο Κεφάλαιο που ακολουθεί, παρουσιάζεται η Μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την μελέτη των ερευνητικών υποθέσεων που εξετάζει η παρούσα έρευνα.

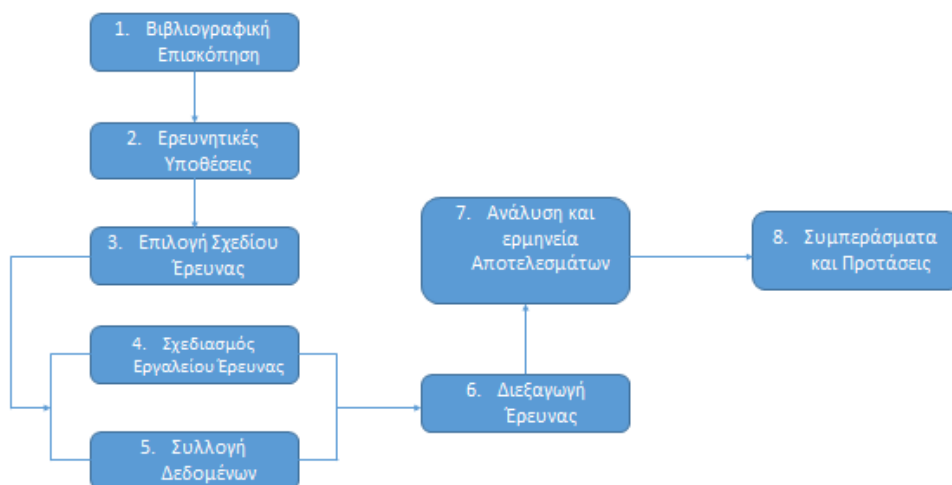
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα έπειτα από την ανάλυση της βιβλιογραφίας που προηγήθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο και με σκοπό την εξέταση των διατυπωμένων ερευνητικών υποθέσεων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με στόχο την αξιολόγηση του περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας καθώς και την επίδρασή του στη συμπεριφορά των ασθενών ως προς την ικανοποίησή τους αναφορικά με την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνουν. Πιο συγκεκριμένα, έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων του περιβάλλοντος που επηρεάζουν την αντιληφθείσα ικανοποίηση της ιατρικής περίθαλψης των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη έγινε χρήση του θεωρητικού μοντέλου S-O-R (Stimulus – Organism – Response) των Mehrabian and Russel (1974), ώστε να προσδιοριστούν εκείνα τα ερεθίσματα στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου τα οποία διεγείρουν τους ασθενείς, καθώς και την επίδραση που αυτά έχουν στην αντίληψη αλλά και στην συμπεριφορική κατάστασή τους. Το κεφάλαιο της μεθοδολογίας της έρευνας περιλαμβάνει τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη του μοντέλου έρευνας με σκοπό των έλεγχου των ερευνητικών υποθέσεων.

Το ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζει τα μεθοδολογικά βήματα που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας.

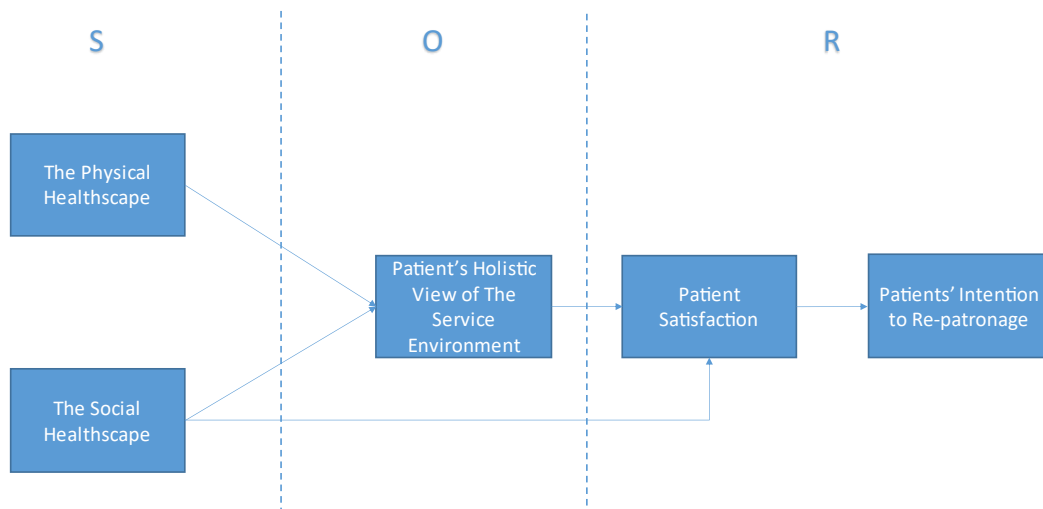


Διάγραμμα 3.1 Ερευνητική Μεθοδολογία

3.1 Μοντέλο S-O-R

Το ερευνητικό μοντέλο που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης βασίστηκε στο μοντέλο S-O-R (Stimulus – Organism – Response) (Ερέθισμα – Οργανισμός – Ανταπόκριση) των Mehrabian and Russel (1974). Το κομμάτι των ερεθισμάτων (Stimulus) αντιπροσωπεύεται από το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας (Healthscape) και από τα χαρακτηριστικά/ιδιαιτερότητες του ασθενή (Characteristics). Η έννοια του οργανισμού (Organism) αντιπροσωπεύει τη συνολική αντίληψη των ασθενών που διαμορφώνεται σε σχέση με το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας, η οποία διαμορφώνει την ανταπόκρισή τους (Response), που μεταφράζεται, ως προς το περιβάλλον που εξετάζουμε, στην ικανοποίηση των ασθενών (Satisfaction) και την επαναπροτίμηση του Παρόχου των Υπηρεσιών Υγείας (re-patronage).

Το μοντέλο S-O-R στο περιβάλλον του Healthscape παρουσιάζεται σχηματικά στο διάγραμμα που ακολουθεί:



Διάγραμμα 3.2 Μοντέλο S-O-R

Τα φυσικά και κοινωνικά στοιχεία σε μία μονάδα υγείας αποτελούν το περιβάλλον το οποίο βιώνει ένας ασθενής και επιδρά σε αυτόν κατά τη διάρκεια της παραμονής του. Αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν στον ασθενή μία συνολική εικόνα για το περιβάλλον της μονάδας υγείας. Το αποτέλεσμα αυτής της εσωτερικής διαδικασίας-επιρροής του

περιβάλλοντος στον ασθενή, εμφανίζεται με τον παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενή και κατ' επέκταση της πρόθεσης του ασθενούς στο να προτιμήσει ξανά στο μέλλον τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας.

3.2 Ανάλυση Φυσικού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος

Το φυσικό περιβάλλον σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που παρουσιάστηκε στο 2^ο Κεφάλαιο, περιλαμβάνει την τεχνολογία (IT facilities), τις ατμοσφαιρικές συνθήκες (Ambient Conditions), την χωροταξική διάσταση και λειτουργίες (Space and Functions), την υγιεινή και καθαριότητα (Hygiene and Cleanliness) και την σήμανση (Signage).

Το κοινωνικό περιβάλλον περιλαμβάνει την εξυπηρέτηση των υπαλλήλων από το προσωπικό του Παρόχου υπηρεσιών υγείας, την παροχή των υπηρεσιών (employees and service delivery) καθώς και την κοινωνική πυκνότητα και την αντίδραση από την εκδήλωση των συναισθημάτων των ανθρώπων μέσα στο περιβάλλον. Τέλος, όλα τα παραπάνω στοιχεία «φιλτράρονται» μέσα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή και ο οποίος δεχόμενος όλα τα ανωτέρω ερεθίσματα, επηρεάζεται (Organism) και αντιδρά (Response).

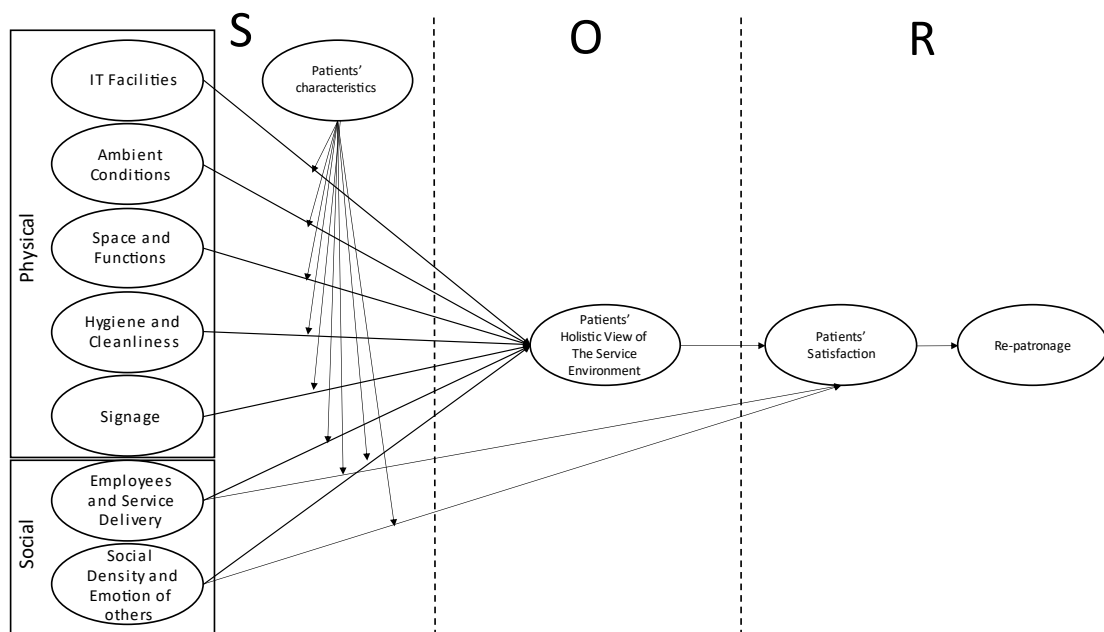
Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει την ανάλυση των στοιχείων που συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Στοιχεία Περιβάλλοντος	Παράγοντες	Βιβλιογραφία
Physical Healthscape	IT facilities Ambient Conditions Space & Functions Hygiene & Cleanliness Signage	Akmaz, A.E., & Çadirci, T.O., 2017
Social Healthscape	Employees & Service Delivery Social Density & Emotion of Others	Machleit et al., 1994 Mayer et al., 1998

Διάγραμμα 3.3 Οι παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον ενός νοσοκομείου

3.3 Ερευνητικό Μοντέλο

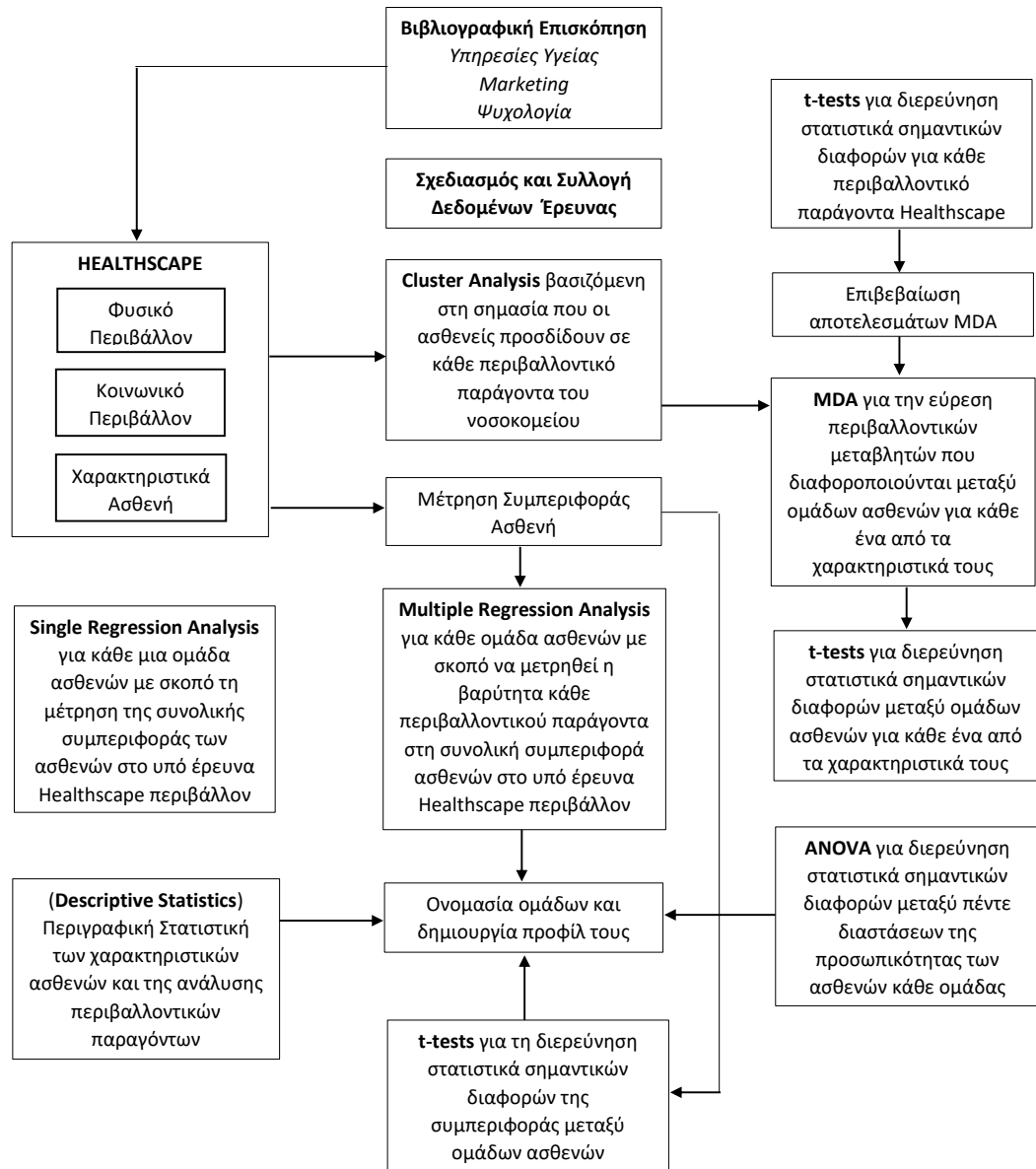
Θεωρώντας ότι κάθε ασθενής αποτελεί μία ξεχωριστή οντότητα με διαφορετικό τρόπο αντίληψης και συμπεριφοράς ως προς το περιβάλλον στο οποίο κινείται και αλληλοεπιδρά, είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη και να μελετηθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Εντάσσοντας στο Μοντέλο S-O-R τον παράγοντα που αφορά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά καθενός ασθενή και διαμορφώνοντάς το για την ορθότερη απεικόνιση του περιβάλλοντος ενός παρόχου προσφοράς υπηρεσιών υγείας, το ερευνητικό μοντέλο που ακολουθήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, απεικονίζεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 3.4 Το ερευνητικό μοντέλο

3.4 Περιγραφή Έρευνας

Το διάγραμμα 3.5 που ακολουθεί, παρουσιάζει με αναλυτικό τρόπο κάθε βήμα που ακολουθήθηκε για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης, συνοδευόμενο, όπου είναι απαραίτητο, από την περιγραφή των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση του κάθε βήματος.



Διάγραμμα 3.5 Περιγραφή Έρευνας

Για την ομαδοποίηση των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης, Cluster Analysis, η οποία βασίστηκε στη σημασία που οι ασθενείς/καταναλωτές/χρήστες προσδίδουν σε κάθε περιβαλλοντικό παράγοντα του υπό μελέτη νοσοκομείου. Για την εύρεση περιβαλλοντικών μεταβλητών που διαφοροποιούν τις ομάδες ασθενών που προκύπτουν για κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά τους, πραγματοποιήθηκε η μέθοδος Multiple Discriminant Analysis (MDA) και τα αποτελέσματα της οποίας επιβεβαιώθηκαν, διερευνώντας τις στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ασθενών για κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά τους, χρησιμοποιώντας T-tests. Για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων πραγματοποιήθηκε η Απλή και η Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση καθώς και T-tests.

Σκοπός αυτών των μεθόδων (SRA και MRA) ήταν η μέτρηση της συνολικής συμπεριφοράς των ασθενών στο υπό έρευνα Healthscape περιβάλλον, καθώς επίσης και η μέτρηση της βαρύτητας κάθε περιβαλλοντικού παράγοντα στη συνολική συμπεριφορά των ασθενών στο υπό έρευνα Healthscape περιβάλλον, ενώ σκοπός των t-tests που πραγματοποιήθηκαν ήταν η διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών της συμπεριφοράς ασθενών μεταξύ των ομάδων ασθενών που δημιουργήθηκαν. Επιπρόσθετα, για τον έλεγχο του κατά πόσο κάποια συγκεκριμένη διάσταση της προσωπικότητας επικρατεί έναντι των άλλων στην κάθε ομάδα, δηλαδή διερευνήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των πέντε διαστάσεων της προσωπικότητας των ασθενών κάθε ομάδας, πραγματοποιήθηκαν ANOVA tests. Τα αποτελέσματα των μετρήσεων παρουσιάζονται στο 4^ο Κεφάλαιο που ακολουθεί.

3.5 Cluster Analysis

Για τον έλεγχο της ύπαρξης ομάδων/τύπων χρηστών-καταναλωτών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Cluster Analysis. Η μέθοδος Cluster Analysis προσφέρει τους παρακάτω τρεις τύπους ανάλυσης:

1. Ανάλυση Ιεραρχικής Ομαδοποίησης (Hierarchical Cluster Analysis).

Η διαδικασία της ιεραρχικής ομαδοποίησης περιορίζεται σε μικρότερα αρχεία δεδομένων (εκατοντάδες αντικείμενα που πρέπει να ομαδοποιηθούν) και έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ικανότητα της ομαδοποίησης περιπτώσεων ή μεταβλητών.
- Ικανότητα υπολογισμού ενός εύρους πιθανών λύσεων και αποθήκευση μελών ομάδων καθεμιάς από αυτές τις λύσεις.
- Διάφορες μέθοδοι σχηματισμού ομάδων, μετασχηματισμού μεταβλητών και μέτρηση της ανομοιογένειας μεταξύ των ομάδων.

Εφόσον όλες οι μεταβλητές είναι του ίδιου τύπου, η διαδικασία ανάλυσης ιεραρχικής ομαδοποίησης μπορεί να αναλύσει το διάστημα (συνεχής), να μετρήσει ή να ταιριάζει μεταβλητές.

2. Ανάλυση Ομαδοποίησης K-Mean.

Η διαδικασία ανάλυσης συμπλέγματος K-Means περιορίζεται σε συνεχή δεδομένα και απαιτεί τον καθορισμό του αριθμού των ομάδων εκ των προτέρων και έχει τα ακόλουθα μοναδικά χαρακτηριστικά:

- Δυνατότητα αποθήκευσης αποστάσεων από κέντρα ομάδων για κάθε αντικείμενο.
- Δυνατότητα ανάγνωσης αρχικών κέντρων ομάδων από και αποθήκευση τελικών κέντρων ομάδων σε ένα εξωτερικό στατιστικό αρχείο IBM-SPSS.

Επιπλέον, η διαδικασία ανάλυσης ομάδων K-Means μπορεί να αναλύσει μεγάλα αρχεία δεδομένων.

3. Ανάλυση ομαδοποίησης σε δύο βήματα (Two step cluster analysis).

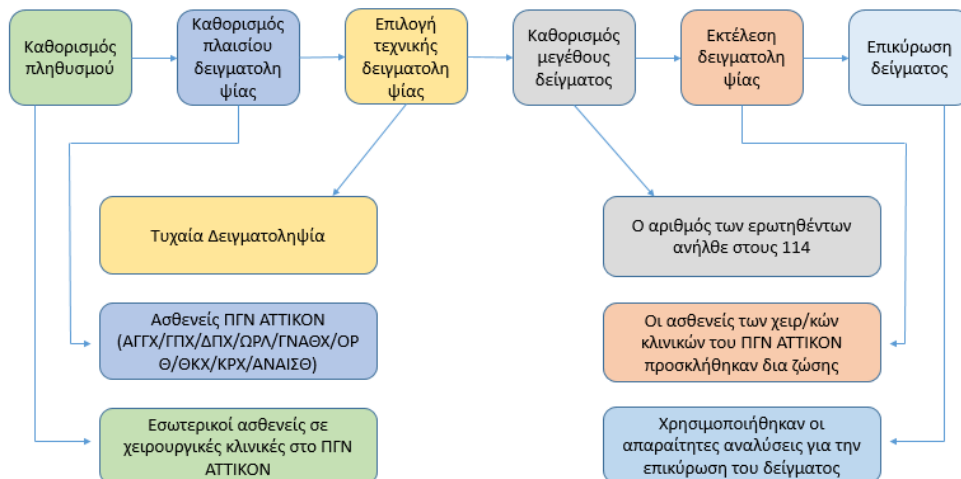
Για πολλές εφαρμογές, η συγκεκριμένη διαδικασία ανάλυσης είναι και η μέθοδος επιλογής και παρέχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Αυτόματη επιλογή του καλύτερου αριθμού ομάδων, εκτός από τις μετρήσεις για την επιλογή μεταξύ μοντέλων ομάδας.
- Δυνατότητα δημιουργίας μοντέλων ομάδας ταυτόχρονα με βάση κατηγορηματικές και συνεχείς μεταβλητές.
- Δυνατότητα αποθήκευσης του μοντέλου ομάδας σε αρχείο XML και, στη συνέχεια, ανάγνωση αυτού του αρχείου και ενημέρωση του μοντέλου ομάδας χρησιμοποιώντας νεότερα δεδομένα.

Επιπλέον, η διαδικασία ανάλυσης ομάδας Two-Step μπορεί να αναλύσει μεγάλα αρχεία δεδομένων.

3.6 Διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας και συλλογή δεδομένων

Στη παρούσα εργασία κρίθηκε καταλληλότερο το ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων. Η ερευνητική προσέγγιση της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την ποσοτική έρευνα. Γενικά, σκοπός της ποσοτικής έρευνας είναι η εξεύρεση σχέσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων όπου χρησιμοποιείται συνήθως αντιπροσωπευτικό δείγμα παρατηρήσεων και επιδιώκεται γενίκευση σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Στη στατιστική ως “στατιστικός πληθυσμός” ορίζεται το σύνολο των δυνητικών ερωτώμενων οι οποίοι πληρούν τα κατάλληλα κριτήρια για να συμμετέχουν σε μία έρευνα (Σταθακόπουλος, 2005).



Διάγραμμα 3.6 Τα βήματα της ποσοτικής έρευνας

Ο στατιστικός πληθυσμός διαμορφώνεται από τέσσερις (4) βασικές παραμέτρους:

1. το στοιχείο (element),
2. τη μονάδα δειγματοληψίας (sampling unit),
3. την έκταση (extent) και
4. το χρόνο (time)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο στατιστικός πληθυσμός της παρούσας μελέτης ορίστηκε ως εξής:

Όλοι οι Έλληνες ασθενείς ηλικίας 18 ετών και άνω (στοιχείο), οι οποίοι έχουν επισκεφτεί πρόσφατα (τον τελευταίο χρόνο) ως εσωτερικοί ασθενείς ένα νοσοκομείο (μονάδα δειγματοληψίας) και διαμένουν στην Ελλάδα (έκταση) κατά το χρονικό διάστημα 1/8/2021 – 31/8/2021 (χρόνος).

3.7 Φάσεις διεξαγωγής της έρευνας

Α` Φάση: Προετοιμασία της έρευνας

- Ανεύρεση της Μονάδας Υγείας στην οποία θα διεξαχθεί η έρευνα. Η μονάδα Υγείας που επιλέχθηκε ήταν το ΠΓΝ «Αττικόν». Το ΠΓΝ «Αττικόν» παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα Α.

- Δημιουργία εντύπου ενημέρωσης. Περιλαμβάνει πληροφορίες για την έρευνα και τον τρόπο συμμετοχής σε αυτήν. Το έντυπο ενημέρωσης περιλαμβάνεται στο Παράρτημα Β.
- Πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα σύμφωνα με την επιλεγμένη διαδικασία δειγματοληψίας. Η πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα έγινε στους ασθενείς του ΠΓΝ Αττικών των κάτωθι κλινικών:
 - ο Α` Παν/κή Ορθοπαιδική Κλινική
 - ο Καρδιοχειρουργική Κλινική
 - ο Δ` Παν/κή Χειρουργική Κλινική
 - ο Γ` Παν/κή Χειρουργική Κλινική
 - ο Αγγειοχειρουργική Κλινική
 - ο Β` Παν/κή Αναισθησιολογική
 - ο Θωρακοχειρουργική Κλινική
 - ο Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική
 - ο Β` ΩΡΛ Κλινική
- Οι ασθενείς που επιθυμούσαν δήλωναν άμεσα τη συμμετοχή τους και συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο.

Β` Φάση: Διεξαγωγή της έρευνας

- Προφορική ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με όλες τις λεπτομέρειες (σκοπός έρευνας κ.ά.) της παρούσας έρευνας. Η ενημέρωση παρουσιάζεται στο Παράρτημα Β.
- Διανομή ερωτηματολογίου και συμπλήρωσή τους από τους συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε εξετάζει, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τους παράγοντες εκείνους που συμβάλουν στη μελέτη των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας έρευνας. Βασίστηκε στις μελέτες των Akmaz, A.E., & Çadirci, T.O., 2017 και των Goldberg et al., 2006, ενώ προστέθηκαν και ερωτήσεις για την καλύτερη κατανόηση του εξεταζόμενου δείγματος και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.
- Επεξήγηση της έρευνας στους συμμετέχοντες, επίλυση αποριών και κατανόηση των ερωτήσεων.

Γ` Φάση: Μετά την διεξαγωγή της έρευνας

- Ενημέρωση όλων των συμμετεχόντων που επιθυμούν σχετικά με τα αποτελέσματα της έρευνας μέσω αποστολής σχετικού ηλεκτρονικού μηνύματος.

3.8 Σχεδιασμός εργαλείου έρευνας

Το μέσο που επιλέχθηκε για τη συλλογή στοιχείων είναι το ερωτηματολόγιο, καθώς αποτελεί ένα από τα βασικά επικοινωνιακά μέσα μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου. Το εργαλείο της παρούσας έρευνας διαμορφώθηκε από τη χρήση κλιμάκων από προηγούμενες μελέτες (Goldberg et al. 2006, Mayer et al. 2004 , Machleit et al. 1994, Akmaz, A.E., & Çadirci, T.O. 2017). Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στα πλαίσια του προσδιορισμού της εμπειρίας του ασθενή στο Π.Γ.Ν. Αττικών Νοσοκομείο αλλά και για τη μέτρηση των παρακάτω πέντε (5) στοιχείων:

1. Το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου.
2. Το κοινωνικό περιβάλλον του νοσοκομείου.
3. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κάθε ασθενή.
4. Την αντίληψη των ασθενών ως αντίδραση στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον αλλά και στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κάθε ασθενή.
5. Την ανταπόκριση των ασθενών σε σχέση με την ικανοποίηση τους.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν ανώνυμα σε 128 ερωτήσεις κλειστού τύπου, διαβαθμισμένης κλίμακας μορφής Likert - 5 points με εύρος από το “Διαφωνώ απόλυτα” έως το “Συμφωνώ απόλυτα” και από το “Καθόλου” έως “Πάρα πολύ” αντίστοιχα. Οι ερωτήσεις αποτελούν ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές. Η κατασκευή του ερωτηματολογίου βασίστηκε στο αντικείμενο μελέτης της εν λόγω έρευνας. Οι ερωτήσεις ταξινομούνται σε 5 ενότητες και αφορούν:

1. Τους φυσικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που διαμορφώνουν το Healthscape σε μια δομή παροχής υπηρεσιών υγείας (25 ερωτήσεις)
2. Τους κοινωνικούς παράγοντες που διαμορφώνουν το Healthscape σε μια δομή παροχής υπηρεσιών υγείας (20 ερωτήσεις)

3. Την κοινωνική πυκνότητα και την βαρύτητα συναισθημάτων των άλλων μέσα στο ίδιο περιβάλλον (27 ερωτήσεις)
4. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ασθενών (50 ερωτήσεις)
5. Τα δημογραφικά στοιχεία κάθε ασθενή (6 ερωτήσεις)

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις μεταβλητές και τις κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση των παραγόντων του ερευνητικού μοντέλου, σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία.

Πίνακας 3.1 Μεταβλητές και κλίμακες μέτρησης της έρευνας

Μεταβλητές Ανάλυσης	Κλίμακες Μέτρησης
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Τεχνολογία ➤ Ατμοσφαιρικές Συνθήκες ➤ Χώρος και Λειτουργικότητα ➤ Υγιεινή και Καθαριότητα ➤ Σήμανση 	Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Διαφωνώ απόλυτα - 5: Συμφωνώ απόλυτα)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Προσωπικό και Παροχή Υπηρεσιών ➤ Σπουδαιότητα Κοινωνικής Πυκνότητας και Συναισθημάτων άλλων ανθρώπων ➤ Αξιολόγηση Κοινωνικής Πυκνότητας και Συναισθημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> -Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Διαφωνώ απόλυτα – 5: Συμφωνώ απόλυτα) -Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Δεν με επηρέασε καθόλου – 5: Με επηρέασε πολύ) -Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Καθόλου – 5: Πολύ)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Χαρακτηριστικά ασθενή (Εξωστρέφεια/Συγκαταβατικότητα/Ευσυνειδησία/Νευρωτισμός/ Δεκτικότητα στην εμπειρία) ➤ Προηγούμενη εμπειρία ➤ Κατάσταση υγείας ➤ Δημογραφικά στοιχεία 	<ul style="list-style-type: none"> -Ερωτήσεις μέτρησης προσωπικότητας 50 ερωτήσεων διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Διαφωνώ απόλυτα - 5: Συμφωνώ απόλυτα) -Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας για την μέτρηση προηγούμενης εμπειρίας και κατάστασης υγείας -Χρήση δημογραφικών στοιχείων
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Συνολική αντίληψη ασθενή του περιβάλλοντος 	Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Διαφωνώ απόλυτα – 5: Συμφωνώ απόλυτα)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ικανοποίηση ασθενή ➤ Επαναπροτίμηση 	Ερωτήσεις διαβαθμισμένης κλίμακας (1: Διαφωνώ απόλυτα – 5: Συμφωνώ απόλυτα)

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις (4) ενότητες και περιέχει συνολικά 128 ερωτήσεις. Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονται ερωτήσεις που σχετίζονται με την εμπειρία των ασθενών όσον αφορά το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον του νοσοκομείου (τεχνολογικές εγκαταστάσεις, ατμοσφαιρικές συνθήκες, ποιότητα παροχής υπηρεσιών, ικανοποίηση ασθενών κ.ά), στη δεύτερη ενότητα περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν τη σημασία των συναισθημάτων που δημιουργούνται κατά την επίσκεψη ασθενών ή επισκεπτών στο χώρο του νοσοκομείου, στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενή και στην τέταρτη ενότητα περιλαμβάνονται ερωτήσεις που σχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενή.

Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να συλλέξει τις παρακάτω πληροφορίες:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών.
- Τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας (ημέρες, είδος, ιδιωτική/δημόσια δομή, είδος ασφάλισης).
- Τις προθέσεις των καταναλωτών που αφορούν το περιβάλλον της δομής υγείας συμπεριλαμβανομένου τις περιβαλλοντικές συνθήκες, το χώρο και λειτουργίες, καθώς και τη σήμανση, την καθαριότητα και την υγιεινή.
- Την αντίληψη των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων με το προσωπικό εξυπηρέτησης υπηρεσιών και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Την συνολική αντίληψη των ασθενών για το περιβάλλον των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Την αντίληψη της ικανοποίησης των καταναλωτών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών.
- Τις προθέσεις των ασθενών για επαναπροτίμηση της δομής υγείας.

3.9 Συλλογή και επεξεργασία δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικό στο διάστημα από 1 Αυγούστου 2021 έως 31 Αυγούστου 2021. Τόσο η παράδοση όσο και η παραλαβή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με φυσική παρουσία. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε 7 με 8 λεπτά, ώστε να υπάρξει συμμετοχή και να διεξαχθεί η έρευνα με επιτυχία. Οι ερωτώμενοι αποτέλεσαν τυχαίο δείγμα εσωτερικών ασθενών του “Π.Γ.Ν. Αττικόν” οι οποίοι πραγματοποίησαν κάποια εγχείρηση στο διάστημα 31 ημερών και έδειξαν ιδιαίτερη προθυμία και ενδιαφέρον για την έρευνα. Ανταποκρίθηκαν 114 άτομα, τα οποία έλαβαν υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο νοσοκομείο.

Για την αποφυγή χαμηλού ποσοστού συμμετοχής για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε αρκετά μεγάλο αριθμό ασθενών με στόχο τη συλλογή του θεμιτού αριθμού απαντήσεων. Στη παρούσα μελέτη, ως ιδανικό δείγμα ορίστηκαν οι 100 παρατηρήσεις. Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων ολοκληρώθηκε με 114 παρατηρήσεις, από τις οποίες μελετήθηκαν 102. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε μέσω του προγράμματος SPSS-IBM, έκδοση 25. Για τον έλεγχο της ποιότητας των δεδομένων στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες από το στατιστικό πακέτο SPSS, όπως ο Δείκτης *Keiser-Meyer-Olkin*, ο οποίος αξιολογεί την επάρκεια του δείγματος ($>.50$) και ο Δείκτης *Bartlett's Test of Sphericity*, ο οποίος αξιολογεί το κατά πόσο οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών επιτρέπουν την εφαρμογή της ανάλυσης παραγόντων ($p < 0.05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ενότητα αυτή αναφέρεται στον έλεγχο των Ερευνητικών Υποθέσεων της παρούσας διπλωματικής διατριβής. Η κάθε υπο-ενότητα παρουσιάζει αναλυτικά τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού (hypothesis testing) για κάθε μία υπόθεση ξεχωριστά.

Επίσης, σημαντικό είναι να τονιστεί ότι οι απαντήσεις των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου με σκοπό τον έλεγχο των υποθέσεων, αναλύθηκαν αρχικά στατιστικά όσον αφορά την αξιοπιστία τους (Reliability Tests), τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στο Παράρτημα Δ.

4.1 Αποτελέσματα ελέγχου ερευνητικών υποθέσεων

4.1.1 Ερευνητική Υπόθεση H1

Η Ερευνητική Υπόθεση H1 έχει διατυπωθεί ως εξής:

***H1:** Υπάρχουν διαφορετικές ομάδες/τύποι ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο.*

Για την ανάλυση των δεδομένων και τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης H1 έγινε η επιλογή της μεθόδου Two Step Cluster Analysis μιας και δεν ήταν γνωστό εξαρχής το πλήθος των ομάδων/τύπων των ασθενών σε σχέση πάντα με τον τρόπο που απορρέουν αυτοί από τη συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση. Σκοπός της ανάλυσης ήταν να βρεθούν ομοειδείς ομάδες προς ανάλυση με στόχο την κατανόηση των ήδη υπαρχόντων στοιχείων και τη μείωση διασποράς σε επιμέρους ομάδες (Fraley&Raftery, 2002).

Η ανάλυση κατά συστάδες διαχωρίζει το είδος των παρατηρήσεων σε ομάδες, έτσι ώστε τα μέλη κάθε ομάδας να είναι όσο το δυνατό όμοια μεταξύ τους, ενώ τα μέλη διαφορετικών ομάδων να είναι όσο το δυνατό ανόμοια. Σχηματικά, αυτό σημαίνει ότι δύο όμοιες παρατηρήσεις θα βρίσκονται σε γειτονικά σημεία, ενώ δύο ανόμοιες σε απομακρυσμένα σημεία. Η μέτρηση της απόστασης και της ομοιότητας είναι ουσιαστικής σημασίας αφού οι παρατηρήσεις ομαδοποιούνται με βάση αυτή την απόσταση. Υπάρχουν διάφορα μέτρα απόστασης, όπως η ευκλείδεια απόσταση, η απόσταση Manhattan, η απόσταση Chebychev, ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson κ.ά.

Ο έλεγχος της ορθότητας των αποτελεσμάτων γίνεται αυτόματα από το πρόγραμμα ανάλυσης κατατάσσοντας τα αποτελέσματα σε μία κλίμακα ποιότητας των δημιουργημένων ομάδων από [-1] έως [+1]. Επιπλέον, η αναλογία μεταξύ των μεγεθών της μεγαλύτερης σε σχέση με την μικρότερη ομάδα που θα δημιουργηθεί δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 2 (δηλ., η μεγαλύτερη ομάδα να μην έχει πλήθος παραπάνω από το διπλάσιο της μικρότερης ομάδας), αν και γίνονται αποδεκτές και ομάδες που η μεταξύ τους αναλογία είναι μικρότερη του 3.

Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στην 2-Step Cluster Analysis (μέθοδο ανάλυσης) ήταν οι εξής:

- Οι μεταβλητές που με την βοήθεια των οποίων αξιολογήθηκε το φυσικό περιβάλλον (IT Facilities, Ambient Conditions, Space and Functions, Hygiene and Cleanliness & Signature) μέσω της μεταβλητής PHYSICAL.
- Η μεταβλητή που με την βοήθεια της οποίας αξιολογήθηκε ο παράγοντας του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού του νοσοκομείου μέσω της μεταβλητής EMPLOYEES.
- Η μεταβλητή που με την βοήθεια της οποίας αξιολογήθηκε η επίδραση της κοινωνικής πυκνότητας στο νοσοκομείο DENSITY_EVAL.
- Η μεταβλητή που με την βοήθεια της οποίας αξιολογήθηκε η επίδραση των συναισθημάτων του κοινωνικού περιβάλλοντος στο νοσοκομείο EMOTIONS_EVAL.

Εκτελώντας τη στατιστική μέθοδο Twostep Cluster Analysis στις απαντήσεις του δείγματος των 102 συμμετεχόντων, όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο, προκύπτει η δημιουργία 2 ομάδων/τύπων ασθενών/καταναλωτών υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα Ε. Η ομάδα 1 περιλαμβάνει 49 ασθενείς όπου επηρεάζονται σημαντικά από τα συναισθήματα των άλλων ασθενών καθώς και από την κοινωνική πυκνότητα εντός νοσοκομείου ενώ η ομάδα 2 περιλαμβάνει 53 ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από το προσωπικό και το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H1 μπορεί να απορριφθεί αφού αποδείχθηκε ότι υπάρχουν διαφορετικές ομάδες/τύποι ασθενών/καταναλωτών υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης όσον αφορά στην αξιολόγηση των

παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο.

4.1.2 Ερευνητική Υπόθεση H2

Η Ερευνητική Υπόθεση H2 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H2: *Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο.*

Για τον έλεγχο της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ διαφορετικών ομάδων/τύπων ασθενών/καταναλωτών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Multiple Discriminant Analysis (MDA) ή αλλιώς Discriminant Analysis (DISCRIM), τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα Ε.2. Η MDA μέθοδος δίνει τη δυνατότητα πρόβλεψης εκείνων των μεταβλητών που διαφοροποιούν δύο ή περισσότερες ομάδες περιπτώσεων.

Για τον έλεγχο της μεθόδου ανάλυσης MDA υπάρχει ένα συγκεκριμένο πλήθος ελέγχων (assumptions' testing) για την ορθότητα των αποτελεσμάτων της, τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα Ε. Οι βασικοί έλεγχοι αφορούν τα κάτωθι κριτήρια:

- Μέγεθος δείγματος (Sample size): Ο Diekhoff (1994) συστήνει ότι η μικρότερη ομάδα περιπτώσεων θα πρέπει να έχει περισσότερες περιπτώσεις από της μεταβλητές πρόβλεψης (predictor variables) της μεθόδου και ότι το συνολικό πλήθος του δείγματος θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 10πλάσιο από τον αριθμό των μεταβλητών. Το δείγμα της έρευνας ανέρχεται στις 102 περιπτώσεις, ενώ ο αριθμός των περιπτώσεων που ανήκει στις 2 ομάδες ανέρχεται στις 53 και 49, έχοντας 5 μεταβλητές πρόβλεψης (δηλ. οι μεταβλητές που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας). Συνεπώς το δείγμα μας ικανοποιεί το συγκεκριμένο έλεγχο.
- Κανονικότητα πολλαπλών μεταβλητών (Multivariate normality): Ο έλεγχος πραγματοποιείται με τη μέθοδο των Mahalanobis αποστάσεων όπου απαιτείται η τιμή alpha level .001. Τα αποτελέσματα ικανοποιούν τον έλεγχο αυτό. Επιπλέον, η ευρωστία της μεθόδου ικανοποιείται σύμφωνα με τους Tabachnick and Fidell (1996) όταν υπάρχουν τουλάχιστον 20 περιπτώσεις στη μικρότερη ομάδα και

ένας μικρός αριθμός προβλεπτικών μεταβλητών. Συνεπώς το δείγμα μας ικανοποιεί τον συγκεκριμένο έλεγχο.

- Ομοιογένεια της διακύμανσης-συνδιακύμανσης (Homogeneity of variance covariance): Ο έλεγχος πραγματοποιείται με την τιμή Box's M η οποία δεν θα πρέπει να είναι στατιστικά σημαντική και επειδή ο έλεγχος είναι πολύ ευαίσθητος συνιστάται η τιμή του alpha level στο .001.
- Συσχετισμός ανεξάρτητων ή προβλεπτικών μεταβλητών (Multicollinearity): Ο έλεγχος εξετάζει την ύπαρξη υψηλών τιμών συσχέτισης μεταξύ ανεξάρτητων ή προβλεπτικών μεταβλητών γεγονός που θα μπορούσε να παρουσιάσει πρόβλημα στην MDA μέθοδο. Οι προβλεπτικές μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στη μέθοδο του MDA είναι οι ίδιες με τις μεταβλητές διαχωρισμού των ομάδων δηλώνοντας με αυτό τον τρόπο την ανεξαρτησία μεταξύ τους και ως εκ τούτου ο έλεγχος ικανοποιείται.

Οι μεταβλητές που θα εισαχθούν στην Multiple Discriminant Analysis για το περιβάλλον είναι οι εξής:

- Οι μεταβλητές που με την βοήθεια των οποίων αξιολογήθηκε το φυσικό περιβάλλον (IT Facilities, Ambient Conditions, Space and Functions, Hygiene and Cleanliness & Signature) μέσω της μεταβλητής PHYSICAL.
- Η μεταβλητή που με την βοήθεια της οποίας αξιολογήθηκε ο παράγοντας του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού του νοσοκομείου μέσω της μεταβλητής EMPLOYEES.
- Η μεταβλητή που με την βοήθεια της οποίας αξιολογήθηκε η επίδραση της κοινωνικής πυκνότητας στο νοσοκομείο DENSITY_EVAL.
- Η μεταβλητή που με την βοήθεια της οποίας αξιολογήθηκε η επίδραση των συναισθημάτων του κοινωνικού περιβάλλοντος στο νοσοκομείο EMOTIONS_EVAL.

Τέλος, θα εισαχθεί και το πεδίο τιμών που υποδηλώνει την ομάδα που ανήκει κάθε μία από τις 102 περιπτώσεις (CLUSTER_ID).

Όσον αφορά την αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ασθενών (clusters) που αφορούν τους παράγοντες φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με την αποδοχή της ερευνητικής υπόθεσης H1, η

1^η ομάδα χαρακτηρίζεται από ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από τα συναισθήματα άλλων ασθενών καθώς και από την κοινωνική πυκνότητα εντός του νοσοκομείου, ενώ η 2^η ομάδα χαρακτηρίζεται από ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από το προσωπικό και το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Επιβεβαίωση Αποτελεσμάτων MDA.

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων της Multiple Discriminant Analysis χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος των t-Tests (αντί για ANOVA λόγω του γεγονότος ότι προέκυψαν λιγότερα από 3 γκρουπ) με σκοπό τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων για κάθε έναν από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα των t-Tests επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της MDA ανάλυσης και παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Επειδή ο παράγοντας φυσικού περιβάλλοντος αποτελείται από πέντε επιμέρους παράγοντες, θα επαναλάβουμε παρακάτω την διακριτική ανάλυση με τους επιμέρους παράγοντες και τα αποτελέσματά της παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Οι μεταβλητές που θα εισαχθούν στην Multiple Discriminant Analysis για το φυσικό περιβάλλον είναι οι εξής:

- Η αξιολόγηση των τεχνολογικών παροχών (IT_FACILITIES)
- Η αξιολόγηση των συνθηκών περιβάλλοντος (AMBIENT_CONDITIONS)
- Η αξιολόγηση του χώρου και των λειτουργιών του νοσοκομείου (SPACE)
- Η αξιολόγηση του επιπέδου καθαριότητας και υγιεινής (HYGIENE)
- Η αξιολόγηση της σήμανσης του νοσοκομείου (SIGNAGE)

Τέλος, θα εισαχθεί και το πεδίο τιμών που υποδηλώνει την ομάδα που ανήκει κάθε μια από τις 102 περιπτώσεις (CLUSTER_ID).

Συνεπώς, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο (IT FACIL, SPACE, HYGIENE, SIGNAGE) αφού $P < 0,0001$, ενώ η αξιολόγηση των ατμοσφαιρικών συνθηκών δεν εμφανίζει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Από τις μεταβλητές που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον, η σημαντική διαφοροποίηση έγκειται στην αξιολόγηση του χώρου και των λειτουργιών του νοσοκομείου (SPACE), αφού φαίνεται πως έχει αρχικά την υψηλότερη προβλεπτική ικανότητα με τιμή 0,704 (Structure Matrix) και εν συνεχεία με μέσο όρο 3,16/5 και 4,16/5 για τις ομάδες 1 και 2 αντίστοιχα.

Επιβεβαίωση αποτελεσμάτων MDA.

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων της Multiple Discriminant Analysis χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος των t-Tests (αντί για ANOVA λόγω του γεγονότος ότι προέκυψαν λιγότερα από 3 γκρουπ) με σκοπό τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων για κάθε έναν από τους 5 περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα των t-Tests επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της MDA ανάλυσης και παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

4.1.3 Ερευνητική υπόθεση H3

Η Ερευνητική υπόθεση H3 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H3: *Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.*

Για τον έλεγχο της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ διαφορετικών ομάδων/τύπων ασθενών/καταναλωτών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, χρησιμοποιήθηκε πάλι η μέθοδος της Multiple Discriminant Analysis (MDA), τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Οι μεταβλητές που θα εισαχθούν στην Multiple Discriminant Analysis είναι οι εξής:

- Η αξιολόγηση του προσωπικού (EMPLOYEES)
- Η αξιολόγηση της επίδρασης της κοινωνικής πυκνότητας (DENSITY_EVAL)
- Η αξιολόγηση της επίδρασης των συναισθημάτων (EMOTIONS_EVAL)

Τέλος, θα εισαχθεί και το πεδίο τιμών που υποδηλώνει την ομάδα που ανήκει κάθε μια από τις 102 περιπτώσεις (CLUSTER_ID).

Συνεπώς, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο αφού οι ασθενείς της ομάδας 1 αξιολογούν περισσότερο την επίδραση των συναισθημάτων που αφορά το κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο (3,41/5) ενώ αντίθετα οι ασθενείς της ομάδας 2 αξιολογούν λιγότερο αυτόν τον παράγοντα (2,12/5). Αντίστοιχα για τον παράγοντα του προσωπικού, οι ασθενείς της ομάδας 1, αξιολογούν λιγότερο

αυτόν τον παράγοντα (3,26/5) ενώ αντίθετα οι ασθενείς της ομάδας 2 κατά πολύ περισσότερο (4,21/5).

Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H3, μπορεί να απορριφθεί αφού υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο.

Έλεγχος αποτελεσμάτων MDA.

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων της Multiple Discriminant Analysis χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος των t-Tests (αντί για ANOVA λόγω του γεγονότος ότι προέκυψαν λιγότερα από 3 γκρουπ) με σκοπό τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων για κάθε έναν από τους 3 περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα των t-Tests επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της MDA ανάλυσης και παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.3.

4.1.4 Ερευνητική υπόθεση H4

Η Ερευνητική υπόθεση H4 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H4: *Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στη σπουδαιότητα που οι ομάδες αυτές προσδίδουν στο κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.*

Για τον έλεγχο της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ διαφορετικών ομάδων/τύπων ασθενών/καταναλωτών όσον αφορά στη σπουδαιότητα που οι ομάδες αυτές προσδίδουν στο κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Multiple Discriminant Analysis (MDA) τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Οι μεταβλητές που θα εισαχθούν στην Multiple Discriminant Analysis είναι οι εξής:

- Η προσδιδόμενη σπουδαιότητα της κοινωνικής πυκνότητας στη διάσταση του κοινωνικού περιβάλλοντος (DENSITY_IMP)
- Η προσδιδόμενη σπουδαιότητα της επίδρασης των συναισθημάτων στην κοινωνική διάσταση (EMOTIONS_IMP)

Τέλος θα εισαχθεί και το πεδίο τιμών που υποδηλώνει την ομάδα που ανήκει κάθε μια από τις 102 περιπτώσεις (CLUSTER_ID).

Συνεπώς, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά στη σπουδαιότητα που οι ομάδες αυτές προσδίδουν στο κοινωνικό

περιβάλλον. Οι ασθενείς της ομάδας 1, προσδίδουν μεγάλη σπουδαιότητα στην κοινωνική πυκνότητα (πολυκοσμία) σε ένα νοσοκομείο (3,51/5) ενώ αντίθετα οι ασθενείς της ομάδας 2 προσδίδουν χαμηλότερη σπουδαιότητα σε αυτό το στοιχείο (2,33/5).

Αντίστοιχα για το στοιχείο της επίδρασης των συναισθημάτων που προσλαμβάνουν από τον κόσμο του νοσοκομείου (χαρά, λύπη, θυμό, κλπ), οι ασθενείς της ομάδας 1, προσδίδουν μεγάλη σπουδαιότητα με μέσο όρο (3,42/5) ενώ αντίθετα οι ασθενείς της ομάδας 2 χαμηλότερη (2,08/5).

Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H4, μπορεί να απορριφθεί αφού υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά στην σπουδαιότητα που προσδίδουν στο κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο.

Έλεγχος αποτελεσμάτων MDA.

Για την επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων της Multiple Discriminant Analysis χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος των t-Tests με σκοπό τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων για κάθε έναν από τους 2 περιβαλλοντικούς παράγοντες που αφορούν στη σπουδαιότητα που οι ομάδες αυτές προσδίδουν στο κοινωνικό περιβάλλον κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα των t-Tests επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της MDA ανάλυσης και παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

4.1.5 Ερευνητική υπόθεση H5

Η Ερευνητική υπόθεση H5 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H5: *Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στα προσωπικά χαρακτηριστικά:*

H5.1 την προσωπικότητα

H5.2 την προηγούμενη εμπειρία

H5.3 την ηλικία

H5.4 το φύλο

H5.5 το επίπεδο εκπαίδευσης

Για τον έλεγχο της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών όσον αφορά στα προσωπικά χαρακτηριστικά τους, χρησιμοποιήθηκαν

οι στατιστικοί έλεγχοι των t-Tests ανεξάρτητων ομάδων (Παράρτημα Ε) διότι οι ασθενείς της ομάδας 1 είναι διαφορετικοί από την ομάδα 2.

Ακολούθως, γίνεται διερεύνηση σημαντικά στατιστικά διαφορών μεταξύ των ομάδων ασθενών για κάθε ένα από τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους (extraversion, agreeableness, conscientiousness, emotional stability, intellect or imagination, experience, gender, age, education), με την χρησιμοποίηση των t-values, df and sig(2-tailed). Προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά (εξωστρέφεια, συγκαταβατικότητα, ευσυνειδησία, συναισθηματική σταθερότητα, δεκτικότητα στην εμπειρία) τους (sig 2-tailed<0,05). Η 1^η ομάδα ασθενών εμφανίζει μεγαλύτερη εξωστρέφεια από την 2^η ομάδα (33,75/22,66). Αντίθετα, η 2^η ομάδα εμφανίζει μεγαλύτερη συγκαταβατικότητα έναντι της 1^{ης} ομάδας (40,69/30,61) και ομοίως μεγαλύτερη ευσυνειδησία (37,58/26,06). Τέλος, στα υπόλοιπα στοιχεία της συναισθηματικής σταθερότητας και της δεκτικότητας στην εμπειρία δεν διακρίνονται σημαντικά στατιστικές διαφορές. Συνεπώς η μηδενική υπόθεση που αφορά την H5.1 απορρίπτεται αφού υπάρχουν σημαντικά στατιστικές διαφορές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ομάδων. Αντίθετα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την H5.2, H5.3, H5.4 και H5.5 δεν μπορεί να απορριφθεί αφού δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ομάδων ασθενών-καταναλωτών όσον αφορά στα προσωπικά αυτά χαρακτηριστικά.

Από τα αποτελέσματα των περιγραφικών στατιστικών δεδομένων (descriptive statistics) και των άλλων αποτελεσμάτων όπως τα διαγράμματα stem-and-leaf και boxplots (Παράρτημα Ε) είναι φανερό ότι υπάρχει μη αξιοσημείωτη παραβίαση του ελέγχου κανονικότητας. Τέλος, από τα αποτελέσματα των independent groups t-Tests και τον έλεγχο Lavene παρουσιάζεται ομοιογένεια της απόκλισης.

4.1.6 Ερευνητική υπόθεση H6

Η Ερευνητική υπόθεση H6 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H6: *Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου (φυσικοί (H6.1) και κοινωνικοί (H6.2)) επηρεάζουν (δηλ. έχουν προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.*

Φυσικοί H6.1: H6.1.1 τεχνολογία, H6.1.2 ατμοσφαιρικές συνθήκες, H6.1.3 χώρος/λειτουργίες, H6.1.4 υγιεινή και καθαριότητα και H6.1.5 σήμανση

Κοινωνικοί H6.2: H6.2.1 προσωπικό, H6.2.2 συναισθήματα άλλων, H6.2.3 κοινωνική πυκνότητα.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης H6 χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της Multiple Regression Analysis για κάθε μια ομάδα ασθενών ξεχωριστά (Ομάδα 1 και Ομάδα 2). Για τον έλεγχο της Ερευνητικής Υπόθεσης H6.1 χρησιμοποιήθηκε η Standard Multiple Regression Analysis, αρχικά για την Ομάδα 1 και ακολούθως για την Ομάδα 2. Στη μέθοδο αυτή όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές «εισέρχονται» ταυτόχρονα στην εξίσωση της πολλαπλής παλινδρόμησης επειδή η ερευνήτρια θέλει να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του συνολικού «σετ» των μεταβλητών πρόβλεψης (predictor variables) και της εξαρτημένης μεταβλητής.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης H6.1 εφαρμόστηκε η μέθοδος Standard Multiple Regression Analysis για την κάθε ομάδα ασθενών και κάθε φυσικό παράγοντα ξεχωριστά ((H6.1.1) τεχνολογία, (H6.1.2) ατμοσφαιρικές συνθήκες, (H6.1.3) χώρος, (H6.1.4) Υγιεινή και (H6.1.5) σήμανση).

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,803 ^a	,644	,603	,49765

a. Predictors: (Constant), SIGNAGE, IT_FACILITIES, AMBIENT_CONDITIONS, SPACE, HYGIENE

b. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19,274	5	3,855	15,565	,000 ^b
	Residual	10,649	43	,248		
	Total	29,923	48			

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

b. Predictors: (Constant), SIGNAGE, IT_FACILITIES, AMBIENT_CONDITIONS, SPACE, HYGIENE

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	-.563	,468		-1,203	,236	-1,507	,381						
	IT_FACILITIES	,177	,087	,206	2,028	,049	,001	,354	,405	,295	,185	,806	1,240	
	AMBIENT_CONDITIONS	,520	,107	,501	4,874	,000	,305	,735	,647	,597	,443	,784	1,275	
	SPACE	-,064	,104	-,072	-,617	,541	-,273	,145	,265	-,094	-,056	,616	1,624	
	HYGIENE	,302	,147	,254	2,049	,047	,005	,599	,610	,298	,186	,540	1,852	
	SIGNAGE	,245	,123	,236	2,000	,052	-,002	,492	,429	,292	,182	,595	1,682	

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Αποτελέσματα 1^{ης} ομάδας:

Σύμφωνα με τον Πίνακα ANOVA υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις (F=15.56, Sig<0.05)

Σύμφωνα με τον Πίνακα Model Summary, το σύνολο των πέντε (5) ανεξάρτητων μεταβλητών που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά 64,4% (R Square) τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών που ανήκουν στην 1^η ομάδα ασθενών απέναντι στους περιβαλλοντικούς παράγοντες του νοσοκομείου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών της 1^{ης} ομάδας είναι α) η τεχνολογία και ο εξοπλισμός, β) οι ατμοσφαιρικές συνθήκες και η καθαριότητα και η υγιεινή, με σημαντικότερη επιρροή αυτή του παράγοντα «ατμοσφαιρικές συνθήκες». Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Αποτελέσματα 2^{ης} ομάδας:

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,626 ^a	,392	,327	,49903	2,062

a. Predictors: (Constant), SIGNAGE, SPACE, IT_FACILITIES, AMBIENT_CONDITIONS, HYGIENE

b. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,534	5	1,507	6,051	,000 ^b
	Residual	11,704	47	,249		
	Total	19,238	52			

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

b. Predictors: (Constant), SIGNAGE, SPACE, IT_FACILITIES, AMBIENT_CONDITIONS, HYGIENE

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	1,172	,625		1,876	,067	-,085	2,429						
	IT_FACILITIES	,096	,091	,130	1,056	,296	-,087	,279	,320	,152	,120	,961	1,161	
	AMBIENT_CONDITIONS	,043	,098	,060	,439	,663	-,154	,240	,369	,064	,050	,691	1,447	
	SPACE	-,158	,104	-,190	-1,521	,135	-,367	,051	,012	-,217	-,173	,827	1,209	
	HYGIENE	,534	,187	,458	2,851	,006	,157	,911	,549	,384	,324	,502	1,993	
	SIGNAGE	,144	,093	,196	1,548	,128	-,043	,331	,402	,220	,176	,811	1,232	

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Σύμφωνα με τον Πίνακα ANOVA, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις (F=6,051, Sig<0.05). Σύμφωνα με τον Πίνακα Model Summary, το σύνολο των 5 ανεξάρτητων μεταβλητών που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά 39,2% (R Square) τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών που ανήκουν στην 2^η ομάδα ασθενών απέναντι στους περιβαλλοντικούς παράγοντες του

νοσοκομείου. Ο παράγοντας που επηρεάζει την διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών της 2^{ης} ομάδας είναι η καθαριότητα και η υγιεινή. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης H6.2 εφαρμόστηκε η μέθοδος Standard Multiple Regression Analysis για κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά.

Αποτελέσματα 1^{ης} ομάδας:

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,740 ^a	,548	,518	,54822	1,313

a. Predictors: (Constant), EMOTIONS_EVAL, EMPLOYEES, DENSITY_EVAL

b. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,399	3	5,466	18,187	,000 ^b
	Residual	13,525	45	,301		
	Total	29,923	48			

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

b. Predictors: (Constant), EMOTIONS_EVAL, EMPLOYEES, DENSITY_EVAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,796	,666		1,196	,238	-,545	2,137						
	EMPLOYEES	1,009	,138	,755	7,314	,000	,731	1,287	,689	,737	,733	,943	1,061	
	DENSITY_EVAL	-,410	,155	-,283	-2,638	,011	-,723	-,097	-,101	-,366	-,264	,874	1,144	
	EMOTIONS_EVAL	,142	,105	,143	1,350	,184	-,070	,354	-,004	,197	,135	,899	1,112	

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Σύμφωνα με τον Πίνακα ANOVA, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ($F=18.18$, $Sig<0.05$) και σύμφωνα με τον Πίνακα Model Summary, το σύνολο των 3^{ων} ανεξάρτητων μεταβλητών που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά 54,8% (R Square) τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών που ανήκουν στην 1^η ομάδα απέναντι στους περιβαλλοντικούς παράγοντες του νοσοκομείου. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών που ανήκουν στην 1^η ομάδα είναι α) το προσωπικό και β)η κοινωνική πυκνότητα, με το προσωπικό να επηρεάζει περισσότερο τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών από τους υπόλοιπους παράγοντες. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Αποτελέσματα 2^{ης} ομάδας:

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,368 ^a	,135	,083	,58260	2,104

a. Predictors: (Constant), EMOTIONS_EVAL, DENSITY_EVAL, EMPLOYEES

b. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,606	3	,869	2,560	,066 ^b
	Residual	16,632	49	,339		
	Total	19,238	52			

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

b. Predictors: (Constant), EMOTIONS_EVAL, DENSITY_EVAL, EMPLOYEES

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	2,066	,870		2,374	,022	,317	3,815						
	EMPLOYEES	,399	,178	,320	2,241	,030	,041	,757	,347	,305	,298	,864	1,158	
	DENSITY_EVAL	-,056	,198	-,039	-,284	,777	-,453	,341	,012	-,041	-,038	,940	1,063	
	EMOTIONS_EVAL	,116	,141	,116	,821	,416	-,168	,400	,214	,116	,109	,890	1,124	

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Σύμφωνα με τον Πίνακα ANOVA, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Ο πίνακας Model Summary μας δίνει το σύνολο των 3 ανεξάρτητων μεταβλητών που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου και προβλέπει κατά 13,5% (R Square) τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών που ανήκουν στη 2^η ομάδα, απέναντι στους περιβαλλοντικούς παράγοντες του νοσοκομείου. Τέλος, ο πίνακας Coefficients μας παρουσιάζει τον παράγοντα που επηρεάζει τη διακύμανση της συνολικής αντίληψης των ασθενών που ανήκουν στη 2^η ομάδα και είναι το προσωπικό δυναμικό του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την 1^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά τις υποθέσεις H6.1.1 (τεχνολογία), H6.1.2 (ατμοσφαιρικές συνθήκες) και H6.1.4 (υγιεινή) μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι οι περιβαλλοντικοί φυσικοί αυτοί παράγοντες ενός νοσοκομείου επηρεάζουν (δηλ. έχουν προβλεπτική δύναμη) στη συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Αντίθετα, η μηδενική υπόθεση που αφορά τις υποθέσεις H6.1.3 (χώρος) και H6.1.5 (σήμανση) δεν μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες ενός νοσοκομείου δεν επηρεάζουν (δηλ. δεν έχουν προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Ακολούθως, η μηδενική υπόθεση που αφορά τις υποθέσεις H6.2.1 (προσωπικό) και H6.2.3 (κοινωνική πυκνότητα) μπορεί να απορριφθούν αφού βρέθηκε ότι οι περιβαλλοντικοί κοινωνικοί παράγοντες του νοσοκομείου επηρεάζουν (δηλ. έχουν προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Αντίθετα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H6.2.2 της μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι ο περιβαλλοντικός κοινωνικός αυτός παράγοντας ενός νοσοκομείου δεν επηρεάζει (δεν έχει προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου.

Όσον αφορά την 2^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H.6.1.4 (υγιεινή) μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι ο περιβαλλοντικός αυτός παράγοντας του νοσοκομείου επηρεάζει (δηλ. έχει προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Οι μηδενικές υποθέσεις που αφορούν τις υποθέσεις H6.1.1, H.6.1.2, H6.1.3 και H6.1.5 μπορούν να απορριφθούν αφού βρέθηκε ότι οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες δεν επηρεάζουν (δεν έχουν προβλεπτική δύναμη) τη συνολική αντίληψη των ασθενών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Ακολούθως, όσον αφορά τις υποθέσεις H6.2.1, H6.2.2 και H6.2.3 βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις και η προβλεπτική δύναμη του παράγοντα που επηρεάζει περισσότερο την πρόβλεψη είναι μόλις 13,5%, άρα δεν μπορεί να προβλεφθεί η συνολική αντίληψη των ασθενών απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου.

4.1.7 Ερευνητική υπόθεση H7

Η Ερευνητική υπόθεση H7 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H7: Η συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου επηρεάζει (δηλ. έχει προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο.

Για τον έλεγχο της υπόθεσης χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της Single Regression Analysis και πραγματοποιήθηκε ο απαραίτητος έλεγχος για την ορθότητα των αποτελεσμάτων της. Για τον έλεγχο της υπόθεσης αυτής απαιτείται η εκτέλεση της μεθόδου για κάθε μία ομάδα ασθενών ξεχωριστά.

Αποτελέσματα 1^{ης} ομάδας: (Παράρτημα Ε)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,808 ^a	,652	,645	,44652	1,729

a. Predictors: (Constant), HOLISTIC_VIEW

b. Dependent Variable: SATISFACTION

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17,588	1	17,588	88,215	,000 ^b
	Residual	9,371	47	,199		
	Total	26,959	48			

a. Dependent Variable: SATISFACTION

b. Predictors: (Constant), HOLISTIC_VIEW

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,775	,266		2,909	,006	,239	1,311						
	HOLISTIC_VIEW	,767	,082	,808	9,392	,000	,602	,931	,808	,808	,808	1,000	1,000	

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της συνολικής αντίληψης των ασθενών και της πρόβλεψης της ικανοποίησης ($F=88,21\%$, $Sig<0.05$) και η ανεξάρτητη μεταβλητή που εκφράζει την συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά 65,2% (R Square) τη διακύμανση της ικανοποίησης των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα 1 κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα 2^{ης} ομάδας: (Παράρτημα Ε)**Model Summary^b**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,751 ^a	,564	,555	,43717	1,633

a. Predictors: (Constant), HOLISTIC_VIEW

b. Dependent Variable: SATISFACTION

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12,583	1	12,583	65,842	,000 ^b
	Residual	9,747	51	,191		
	Total	22,330	52			

a. Dependent Variable: SATISFACTION

b. Predictors: (Constant), HOLISTIC_VIEW

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	,861	,385		2,239	,030	,089	1,633					
	HOLISTIC_VIEW	,809	,100	,751	8,114	,000	,609	1,009	,751	,751	,751	1,000	1,000

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της συνολικής αντίληψης των ασθενών και της πρόβλεψης της ικανοποίησης ($F=65.84$, $Sig<0.05$) και η ανεξάρτητη μεταβλητή που εκφράζει την συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά 56,4% (R Square της διακύμανσης της ικανοποίησης των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα 2 κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την 1^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H7 μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι η συνολική αντίληψη των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου επηρεάζει (δηλ. έχει προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο. Αναφορικά με την 2^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την H7, μπορεί εξίσου να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι η συνολική αντίληψη των ασθενών έχει προβλεπτική δύναμη στην ικανοποίησή τους κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο.

4.1.8 Ερευνητική Υπόθεση H8

Η Ερευνητική υπόθεση H8 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H8: *Οι περιβαλλοντικοί κοινωνικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου επηρεάζουν (δηλ. έχουν προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών της κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.*

Για τον έλεγχο της υπόθεσης χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της Single Regression Analysis και πραγματοποιήθηκε ο απαραίτητος έλεγχος για την ορθότητα των αποτελεσμάτων της. Για τον έλεγχο της υπόθεσης H8, χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη ανάλυση για κάθε μία ομάδα ασθενών ξεχωριστά. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι θα μελετηθεί η προβλεπτική δύναμη του κοινωνικού περιβάλλοντος στην ικανοποίηση του ασθενή απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου για κάθε ομάδα ασθενών ξεχωριστά ώστε να είναι στη συνέχεια εφικτή η διεξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

Αποτελέσματα 1^{ης} ομάδας: (Παράρτημα Ε.8)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,277 ^a	,077	,057	,72782	1,904

a. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

b. Dependent Variable: SATISFACTION

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,063	1	2,063	3,894	,054 ^b
	Residual	24,897	47	,530		
	Total	26,959	48			

a. Dependent Variable: SATISFACTION

b. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	1,530	,855		1,790	,080	-,189	3,250						
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,498	,253	,277	1,973	,054	-,010	1,006	,277	,277	,277	1,000	1,000	

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Από τους παραπάνω πίνακες συμπεραίνουμε πως δεν παρουσιάζεται στατιστική σημαντικότητα του συνολικού μοντέλου, δηλ. δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ($F=3,89$, $Sig>0.05$). Η ανεξάρτητη μεταβλητή της αξιολόγησης του κοινωνικού περιβάλλοντος ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά μόλις 7% τη διακύμανση της ικανοποίησης των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα 1 απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Ο παράγοντας του κοινωνικού περιβάλλοντος δεν επηρεάζει σημαντικά τη διακύμανση της ικανοποίησης των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα 1. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την 1^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H8 δεν μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι οι κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου δεν επηρεάζουν (δηλ. δεν έχουν προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Αποτελέσματα 2^{ης} ομάδας:

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,486 ^a	,236	,221	,57831	1,726

a. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

b. Dependent Variable: SATISFACTION

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,274	1	5,274	15,769	,000 ^b
	Residual	17,056	51	,334		
	Total	22,330	52			

a. Dependent Variable: SATISFACTION

b. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

Coefficients ^a													
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,897	,771		1,162	,251	-,652	2,445					
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,958	,241	,486	3,971	,000	,474	1,443	,486	,486	,486	1,000	1,000

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Από τους παραπάνω πίνακες παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές σχέσεις ($F=15,76$, $sig<0.05$). Η ανεξάρτητη μεταβλητή που αξιολογεί το κοινωνικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου προβλέπει κατά 23,6% τη διακύμανση της ικανοποίησης των ασθενών που ανήκουν στην ομάδα 2 απέναντι στο περιβάλλον ενός νοσοκομείου κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την 1^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H8 δεν μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι οι κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου δεν επηρεάζουν (δηλ. δεν έχουν προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Συμπερασματικά, αναφορικά με τη 2^η ομάδα, η μηδενική υπόθεση που αφορά την υπόθεση H8 μπορεί να απορριφθεί αφού βρέθηκε ότι οι κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ενός νοσοκομείου επηρεάζουν (δηλ. δεν έχουν προβλεπτική δύναμη) την ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας.

4.1.9 Ερευνητική υπόθεση H9

Η Ερευνητική υπόθεση H9 έχει διατυπωθεί ως εξής:

H9: Η ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας επηρεάζει (δηλ. έχει προβλεπτική δύναμη) τη συμπεριφορική πρόθεση των ασθενών για την επανεπιλογή του παρόχου υγείας τους.

Για τον έλεγχο της υπόθεσης χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της Single Regression Analysis και πραγματοποιήθηκε ο απαραίτητος έλεγχος για την ορθότητα των αποτελεσμάτων της. Για τον έλεγχο της υπόθεσης H9, χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη ανάλυση για κάθε μία ομάδα ασθενών ξεχωριστά.

Αποτελέσματα 1^{ης} ομάδας:

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,277 ^a	,077	,057	,72782	1,904

a. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

b. Dependent Variable: SATISFACTION

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,063	1	2,063	3,894	,054 ^b
	Residual	24,897	47	,530		
	Total	26,959	48			

a. Dependent Variable: SATISFACTION

b. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	1,530	,855		1,790	,080	-1,189	3,250					
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,498	,253	,277	1,973	,054	-.010	1,006	,277	,277	,277	1,000	1,000

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Από τους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται στατιστική σημαντικότητα του ερευνητικού μοντέλου, δηλ. υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις της $F=30.36$, $\text{sig}<0.05$). είναι προφανές ότι η ικανοποίηση της 1^{ης} ομάδας ασθενών μπορεί να προβλέψει κατά 39,2% τη διακύμανση της επανεπιλογής του παρόχου υγείας των ασθενών που ανήκουν στην 1^η ομάδα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

Αποτελέσματα 2^{ης} ομάδας:

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,486 ^a	,236	,221	,57831	1,726

a. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

b. Dependent Variable: SATISFACTION

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,274	1	5,274	15,769	,000 ^b
	Residual	17,056	51	,334		
	Total	22,330	52			

a. Dependent Variable: SATISFACTION

b. Predictors: (Constant), TOTAL_SOCIAL_EVAL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	,897	,771		1,162	,251	-.652	2,445					
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,958	,241	,486	3,971	,000	,474	1,443	,486	,486	,486	1,000	1,000

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Από τους παραπάνω πίνακες παρατηρείται υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση ανάμεσα στην ανεξάρτητη μεταβλητή (ικανοποίηση) και της εξαρτημένης (επανεπιλογή), $F=42.76$, $\text{Sig}<0.05$). Η μεταβλητή της ικανοποίησης προβλέπει κατά 45,6% τη

διακύμανση της επανεπιλογής του παρόχου υγείας από τους ασθενείς που ανήκουν στην 2^η ομάδα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Ε.

4.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Ακολουθώντας την βιβλιογραφική επισκόπηση που προηγήθηκε στο Κεφάλαιο 2, η ανάλυση κατέδειξε τους ακόλουθους παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας ενός νοσοκομείου. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Το φυσικό περιβάλλον
- Το κοινωνικό περιβάλλον

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή μεταβάλλουν την επίδραση που έχουν αυτοί οι παράγοντες στον ασθενή και κατ' επέκταση στην προσδιδόμενη από αυτόν αξιολόγηση και σπουδαιότητα.

Το φυσικό περιβάλλον αποτελείται από επιμέρους στοιχεία: i)την τεχνολογία, ii)τις ατμοσφαιρικές συνθήκες, iii)τον χώρο, iv)την λειτουργικότητα, v)την υγιεινή, vi)την καθαριότητα και τέλος, vii)την σήμανση του νοσοκομείου. Το κοινωνικό περιβάλλον αποτελείται από επιμέρους στοιχεία: i)το προσωπικό, ii)την εξυπηρέτηση, iii)την κοινωνική πυκνότητα και iv)την έκφραση των συναισθημάτων του κόσμου που βρίσκονται στο ίδιο περιβάλλον του νοσοκομείου με τον ασθενή.

Εκτελώντας τη στατιστική μέθοδο Two-Step Cluster Analysis στις 102 πλήρεις απαντήσεις του δείγματος από τους 114 συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, όσον αφορά στην αξιολόγηση των παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης σε ένα νοσοκομείο, προέκυψαν 2 ομάδες/τύποι ασθενών/καταναλωτών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Οι μεταβλητές «χώρος» που αφορούν το φυσικό περιβάλλον και τα «συναισθήματα» καθώς και το «προσωπικό» και η «κοινωνική πυκνότητα» που αφορούν το κοινωνικό περιβάλλον, διαφοροποιούνται μεταξύ των 2 ομάδων/τύπων ασθενών/καταναλωτών (μέσω της μεθόδου Multiple Discriminant Analysis), όσον αφορά στη σπουδαιότητα της αξιολόγησης που οι ασθενείς προσδίδουν στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και μέσω πραγματοποίησης T-tests μεταξύ των δύο ομάδων για κάθε παράγοντα του περιβάλλοντος (φυσικό και κοινωνικό) κατά τη λήψη υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο. Η πρώτη ομάδα ασθενών/καταναλωτών προσδίδει υψηλή σπουδαιότητα στην επίδραση συναισθημάτων και την κοινωνική πυκνότητα, σε

αντίθεση με την δεύτερη ομάδα που προσδίδει υψηλή σπουδαιότητα στο προσωπικό και στον χώρο του νοσοκομείου.

Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι οι δύο ομάδες διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε ένα από τα επιμέρους προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων που τις αποτελούν. Συγκεκριμένα, οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά στο στοιχείο της «προσωπικότητας», αντίθετα με τα στοιχεία που αφορούν την προηγούμενη εμπειρία, την ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης.

Εν συνεχεία, μέσω της χρήσης μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης (Multiple Regression) για κάθε μια από τις ομάδες ξεχωριστά, βρέθηκε ότι η τεχνολογία και ο εξοπλισμός, οι ατμοσφαιρικές συνθήκες και η υγιεινή – καθαριότητα έχουν προβλεπτική δύναμη στη συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών απέναντι στο φυσικό περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών υγείας για την 1^η ομάδα, ενώ για την 2^η ομάδα ο παράγοντας «υγιεινή και καθαριότητα» έχει προβλεπτική δύναμη πάνω στη συνολική τους αντίληψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών της 1^{ης} ομάδας απέναντι στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συνθέτουν το φυσικό περιβάλλον ενός νοσοκομείου είναι σημαντικά θετικότερη από τη συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών της 2^{ης} ομάδας. Επίσης, βρέθηκε ότι το προσωπικό και η κοινωνική πυκνότητα έχει προβλεπτική δύναμη στη συνολική αντίληψη απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου για την 1^η ομάδα, ενώ για την 2^η ομάδα οι παράγοντες που συνθέτουν το κοινωνικό περιβάλλον εμφάνισαν μικρή προβλεπτική δύναμη στη συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών.

Επίσης, με τη βοήθεια της μεθόδου Multiple and Single Regression Analysis, βρέθηκε ότι ο επιμέρους παράγοντας του κοινωνικού περιβάλλοντος «προσωπικό» επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση των ασθενών/καταναλωτών (όσο αξιολογείται θετικά το προσωπικό, η ικανοποίηση παίρνει μεγάλες τιμές) ενώ η κοινωνική πυκνότητα επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση τους (όσο αυξάνει η πολυκοσμία, η ικανοποίηση παίρνει μικρές τιμές) για την 1^η ομάδα. Αντίστοιχα, για την 2^η ομάδα το προσωπικό επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών/καταναλωτών απέναντι στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Στη συνέχεια της ανάλυσης, βρέθηκε ότι ο παράγοντας «ικανοποίηση» επηρεάζει την επανεπιλογή του περιβάλλοντος παροχής υπηρεσιών υγείας από τον ίδιο τον ασθενή και στις δύο ομάδες ασθενών/καταναλωτών. Αξίζει να σημειωθεί πως η ικανοποίηση των ασθενών/καταναλωτών της 2^{ης} ομάδας απέναντι στους περιβαλλοντικούς παράγοντες

που συνθέτουν το περιβάλλον ενός νοσοκομείου είναι σημαντικά θετικότερη από τη συνολική αντίληψη των ασθενών/καταναλωτών της 1^{ης} ομάδας.

Τέλος, για κάθε ομάδα χρηστών διερευνήθηκε μέσω της μεθόδου ANOVA η πιθανότητα κάποια διάσταση της προσωπικότητας να επικρατεί έναντι των άλλων (συνολικά πέντε διαστάσεις προσωπικότητας). Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, βρέθηκε ότι η διάσταση της προσωπικότητας που επικρατεί στην 1^η ομάδα έναντι των άλλων είναι η “Extraversion” κάτι που υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι που συμμετείχαν στην έρευνα χαρακτηρίζονται περισσότερο από εξωστρέφεια, κοινωνικότητα, είναι ομιλητικοί και δραστήριοι. Αντίθετα, στην 2^η ομάδα η διάσταση της προσωπικότητας που επικρατεί είναι η “Agreeableness”, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι που συμμετείχαν στην έρευνα χαρακτηρίζονται περισσότερο από κατανόηση, συμπάθεια, φιλικότητα και θέληση εξυπηρέτησης. Αυτό ίσως μπορεί να εξηγηθεί και από την ιδιαίτερη και ευάλωτη κατάσταση υγείας τους, αλλά και από την ηλικία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα εξελίσσει ένα θεωρητικό πλαίσιο, βασισμένο στο μοντέλο SOR, το οποίο ενσωματώνει τους παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον προσφοράς υπηρεσιών σε μία μονάδα υγείας, αποτελεί το μέρος του μοντέλου που συνιστά το «ερέθισμα» (stimuli), το οποίο επηρεάζει την συμπεριφορά του ασθενή/χρήστη. Αξιοποιώντας το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο, αναπτύχθηκε ένα εργαλείο μελέτης περιβάλλοντος μέσα στο οποίο καταναλώνονται υπηρεσίες υγείας από τους ασθενείς σε μια μονάδα υγείας και βασίστηκε αντίστοιχα σε άλλα μοντέλα κατανάλωσης υπηρεσιών που αναπτύχθηκαν σύμφωνα με τη πλούσια βιβλιογραφία του μάρκετινγκ και της συμπεριφοράς καταναλωτών, στα περιβάλλοντα του φυσικού λιανεμπορίου, των ξενοδοχειακών υπηρεσιών, των υπηρεσιών κινητής τηλεφωνίας, κ.α.

Οι παράγοντες του περιβάλλοντος υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής: α) η τεχνολογία, οι ατμοσφαιρικές συνθήκες, ο χώρος και οι λειτουργίες, η υγιεινή και καθαριότητα καθώς και σήμανση ως διαστάσεις του φυσικού περιβάλλοντος και β) το προσωπικό, η εξυπηρέτηση, η κοινωνική πυκνότητα και τα συναισθήματα ως διαστάσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος. Στόχος της παρούσας διπλωματικής ήταν μέσα από την μελέτη του θεωρητικού πλαισίου του Healthscape στο οποίο έχει βασιστεί, να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο για την εκπόνηση μελλοντικών ερευνών, διότι περιλαμβάνει όλους εκείνους τους βασικούς παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας και οι οποίοι επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενή/χρήστη και καταναλωτή υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας το συγκεκριμένο θεωρητικό αυτό πλαίσιο ως βάση για την παρούσα έρευνα, αποδείχθηκε η ομαδοποίηση των ασθενών/χρηστών σε δύο ομάδες, σύμφωνα με την αξιολόγηση που προσδίδουν στους επιμέρους παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο. Παράλληλα, αναπτύχθηκε μια αναλυτική περιγραφή των χαρακτηριστικών κάθε τύπου ασθενή/καταναλωτή με την ανάδειξη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητά του, την προηγούμενη εμπειρία καθώς και τα δημογραφικά στοιχεία του. Εν συνεχεία, αναπτύχθηκε ο τρόπος με τον οποίο τα στοιχεία αυτά διαφοροποιούν τις δύο ομάδες που προκύπτουν. Λόγω αυτού, η έρευνα παρέχει γνώσεις σχετικά με τις

σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στους παράγοντες του περιβάλλοντος υπηρεσιών υγείας, την αντίληψη και τη συμπεριφορική πρόθεση των ασθενών/χρηστών. Τα αποτελέσματα που παρέχονται μέσω αυτής της εμπειρικής έρευνας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη γνώσης αναφορικά με την επίδραση του περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας στη συμπεριφορά του ασθενή/χρήστη. Συμπερασματικά, η αξιολόγηση των επιμέρους παραγόντων που συνθέτουν το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας (Healthscape) από τους ασθενείς/χρήστες θα πρέπει να συνδυάζεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαθέτουν ώστε να καθορίσουν την ικανοποίηση, η οποία θα εκφραστεί τελικά με την εκδηλωθείσα συμπεριφορά τους και συγκεκριμένα με την επιλογή της επαναπροτίμησης του συγκεκριμένου περιβάλλοντος.

Κύριο αποτέλεσμα της έρευνας ήταν η δημιουργία δύο ομάδων ασθενών/χρηστών υπηρεσιών ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Η ομάδα 1 χαρακτηρίζεται από εξωστρεφείς και συγκαταβατικούς ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από τα συναισθήματα άλλων ασθενών καθώς και από την πολυκοσμία εντός του νοσοκομείου. Η ομάδα 2 χαρακτηρίζεται από οργανωτικούς και ψυχραιμους ασθενείς που επηρεάζονται σημαντικά από το προσωπικό και το φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου, με σημαντική διαφοροποίηση να έγκειται στην αξιολόγηση του χώρου και των λειτουργιών του νοσοκομείου όσον αφορά το φυσικό περιβάλλον. Εν προκειμένω, το συμπέρασμα αυτού του αποτελέσματος ήταν ότι ο κάθε ένας ασθενής ξεχωριστά αντιλαμβάνεται διαφορετικά το περιβάλλον υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο, το αξιολογεί με διαφορετικό τρόπο και δίνει την αντίστοιχη σπουδαιότητα σε κάθε έναν παράγοντα ξεχωριστά (Κορμέντζα et al., 2021). Ο λόγος αυτής της διαφοροποίησης έγκειται στην ύπαρξη των ιδιαίτερων προσωπικών χαρακτηριστικών του κάθε ασθενή.

Η παρούσα διπλωματική διατριβή αναπροσαρμόζει τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να μελετάται ο χρήστης μιας υπηρεσίας υγείας καθότι η ιδιαιτερότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι ότι είναι ταυτόχρονα και ασθενείς οι οποίοι «συμβιώνουν» με άλλους ασθενείς σε ένα κοινό περιβάλλον (φυσικό και κοινωνικό) χρησιμοποιώντας τις ίδιες υπηρεσίες που διαθέτει μια μονάδα υγείας.

5.2 Προτάσεις

Στην παρούσα έρευνα γίνεται σαφές ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κατέχουν σημαντικό ρόλο στο να καθορίσουν τη συμπεριφορά ενός ασθενή/χρήστη αναφορικά με την χρήση μιας

υπηρεσίας υγείας. Συνεπώς, η μεταβολή καθενός από τους επιμέρους περιβαλλοντικούς παράγοντες σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενή/χρήστη, επηρεάζει την συμπεριφορά του αναφορικά με την συνολική ικανοποίηση που αποκομίζει από την μονάδα υγείας καθώς και την επαναπροτίμηση αυτής της μονάδας στο μέλλον.

Η δημιουργία 2 ομάδων ασθενών/καταναλωτών δίνει την ευχέρεια στον πάροχο υπηρεσιών υγείας, να μπορεί να δημιουργεί ένα περιβάλλον κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, το οποίο, διαχειρίζοντας συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, να μπορεί να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσιών των 2 ομάδων, έχοντας τελικά κάθε ασθενής την ίδια αντιληπτή ποιότητα υπηρεσίας.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθενή θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό βελτίωσης της ποιότητας παροχής μιας υπηρεσίας υγείας έτσι ώστε κάθε ασθενής να προσλαμβάνει τις κατάλληλες συνθήκες, οι οποίες θα τον βοηθήσουν περισσότερο κατά τη χρήση μιας υπηρεσίας υγείας που έχει επιλέξει. Το εν λόγω σκεπτικό απορρέει από το ότι οι παράγοντες που συνθέτουν το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας και η προσαρμογή τους στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενή μπορεί να γίνει με συγκεκριμένο σχεδιασμό. Καταρχήν, αυτό που μπορεί να διαχειριστεί άμεσα ο πάροχος υπηρεσιών υγείας αναφορικά με το φυσικό περιβάλλον, για παράδειγμα είναι η βελτίωση και διατήρηση του βαθμού λειτουργικότητας του χώρου του νοσοκομείου, η αναβάθμιση της αισθητικής του χώρου και η παροχή αυξημένου επιπέδου υγιεινής και καθαριότητας ώστε να μπορεί ο κάθε ασθενής να προσανατολίζεται με άνεση στον χώρο, λαμβάνοντας παράλληλα μια ευχάριστη ατμόσφαιρα καθώς και να διασφαλίζεται η ποιότητα παροχής υπηρεσιών που του προσφέρονται. Το εν λόγω σκεπτικό, θα επηρεάσει θετικά την ψυχολογία του ασθενή, παρέχοντάς του ασφάλεια και άνεση. Εναλλακτικά, μια εξίσου σημαντική πρόταση είναι να μπορεί να γίνει γνωστό από πριν σε ποιες μονάδες υγείας και ποιο χρονικό διάστημα (δηλ. ώρες) υπάρχει χαμηλή ή υψηλή κοινωνική πυκνότητα (πολυκοσμία) ώστε να δίνεται η δυνατότητα στους ίδιους τους ασθενείς να επιλέξουν τις μετακινήσεις τους, προς αποφυγή δυσανεσκειών. Για παράδειγμα, μπορούν να τοποθετηθούν αισθητήρες μέτρησης κίνησης και θορύβου κ.ά. από τον ίδιο τον πάροχο, ώστε να μπορεί να παρέχει πραγματική ενημέρωση.

Επιπρόσθετα, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο προσωπικό του νοσοκομείου, καθότι προέκυψε από την έρευνα, ότι οι ασθενείς επηρεάζονται σημαντικά από την στάση και τη συμπεριφορά του προσωπικού.

Μια σειρά ερευνών θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί σε πολλές και διαφορετικές δομές υγείας, ώστε να μπορέσουν να αντληθούν σημαντικά στοιχεία ως προς την παρούσα κατάσταση αντιληπτής ποιότητας υπηρεσιών και ως προς τον βαθμό ικανοποίησης τόσο από τους ασθενείς όσο και από το προσωπικό μονάδων υγείας.

Συμπερασματικά, η συστηματική εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι αναγκαίας σημασίας για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των μονάδων και την αποφυγή δυσλειτουργιών. Απαιτείται ο κατάλληλος στρατηγικός σχεδιασμός για την οργάνωση της αποτελεσματικής δομής του συστήματος μονάδων υγείας και την εφαρμογή ενός μοντέλου αξιολόγησής της. Η διεξαγωγή μελετών εκτίμησης της ικανοποίησης είναι χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης των μονάδων υγείας και οριοθέτησης αξόνων για την αποτελεσματική ανακατανομή των διατιθέμενων πόρων και ορθολογικής χρηματοδότησης της Πρωτοβάθμιας αλλά και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην ελληνική πραγματικότητα, η αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας μπορεί να συμβάλλει στην ορθολογική ανάπτυξη ενός πλαισίου λειτουργικότητας για περαιτέρω προσέλκυση και διατήρηση των ασθενών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη μείωση της δαπανηρής νοσοκομειακής φροντίδας.

Η πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών σε ένα αποτελεσματικό σύνολο που θα παρέχει βελτιωμένη φροντίδα, περιορίζοντας το κόστος και παρέχοντας ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρουσίαση Π.Γ.Ν. Αττικών

Στις παραγράφους που ακολουθούν παρουσιάζονται βασικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, το Π.Γ.Ν. Αττικών.



Εικόνα Α.1 Νοσοκομείο Π.Γ.Ν. «Αττικών»

Εξωτερικές εγκαταστάσεις

Εξωτερικός Σχεδιασμός

Το συγκρότημα του νοσοκομείου αναπτύσσεται σε 3 γραμμικά κτίρια, τα οποία αποτελούνται συνολικά από 11 κτιριακά τμήματα. Καταλαμβάνει μια επιφάνεια 195 στρεμμάτων στο Χαϊδάρι και έχει δυνατότητα 735 κλινών. Ο χώρος του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται από υψηλή πολυπλοκότητα, λόγω του ότι παρέχει υπηρεσίες οι οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες απαιτήσεις και ανάγκες των επισκεπτών/ασθενών. Η τοποθεσία, ο αρχιτεκτονικός του σχεδιασμός ως συγκρότημα κτιρίων, αλλά και οι γήινες χρωματικές του αποχρώσεις, μεταφέρουν συγκεκριμένα μηνύματα στον επισκέπτη/ασθενή, δημιουργώντας συγκεκριμένες συμπεριφορές εκ μέρους των, αλλά και επιτάσσουν μια συμβολική επικοινωνία μεταξύ των. Ο επισκέπτης φτάνοντας στον περιβάλλοντα ακόμη χώρο του νοσοκομείου αντιλαμβάνεται την σημασία της τοποθεσίας και την επίδρασή της στην ψυχική του κατάσταση, καθότι το νοσοκομείο βρίσκεται σε μια ήρεμη περιοχή, αρκετά μακριά από την οχλαγωγία του κέντρου. Το πράσινο τοπίο που κυριαρχεί από τον περιβάλλοντα ήδη χώρο, προσδίδει μια ακόμα ψυχική ανάταση στον επισκέπτη. Ο επισκέπτης, φτάνοντας στην πύλη του νοσοκομείου, παρατηρεί τα συγκροτήματα κτιρίων και αυτό του προσδίδει μια αίσθηση “τάξης” και “οργάνωσης” του χώρου, δηλαδή αντιλαμβάνεται την σωστή δόμηση και

σχεδιασμό του νοσοκομείου. Οι γήινες αποχρώσεις των κτιρίων προδιαθέτουν τον επισκέπτη φιλικά, δημιουργώντας του αισθήματα ευχαρίστησης. Ο επισκέπτης, φτάνοντας στον υπαίθριο χώρο του νοσοκομείου, παρατηρεί εμφανώς τον υπερσύγχρονο σχεδιασμό σκεπάστρου αλλά και την μοντέρνα εξωτερική λειτουργική διακόσμηση του υπαίθριου χώρου, γεγονός που τον κάνει να αντιληφθεί την υψηλή αισθητική του χώρου αλλά και την λειτουργική του σημασία (προστασία από δυσμενείς καιρικές συνθήκες).

Σήμανση

Στο ΠΓΝ Αττικών περιλαμβάνεται ειδικό πρότυπο σήμανσης σε όλη την έκταση του εξωτερικού και εσωτερικού χώρου προς διευκόλυνση των επισκεπτών/ασθενών αλλά και του προσωπικού. Στην πύλη του νοσοκομείου υπάρχει η σήμανση της επωνυμίας του, ώστε ο επισκέπτης να κατανοεί να εισέλθει από αυτήν. Παράλληλα, υπάρχει μια ηλεκτρονική σήμανση μπροστά από την επωνυμία που ενημερώνει τον επισκέπτη για την ημέρα εφημερίας του νοσοκομείου, αλλά και για την τρέχουσα θερμοκρασία. Ο επισκέπτης μόλις εισέλθει από την πύλη, παρατηρεί έναν χάρτη αποτυπωμένο σε σήμανση, όπου περιγράφεται η ανάπτυξη των κτιρίων και των τμημάτων που τα αποτελούν. Αυτό, αποτελεί ένα είδος σαφής και άμεσης επικοινωνίας σχετικά με την τοποθεσία, παρέχοντας στους επισκέπτες κατευθυντήριες οδηγίες με κατανοητό και εύκολο τρόπο. Σκοπός είναι η κάλυψη της ανάγκης του επισκέπτη όσον αφορά τη σωστή ενημέρωσή του, η αποφυγή συνωστισμού και η μείωση της σύγχυσης και άγχους από την πλευρά του.

Θέσεις Στάθμευσης

Στο ΠΓΝ Αττικών παρέχονται χώροι στάθμευσης τόσο του προσωπικού όσο και των επισκεπτών του νοσοκομείου με την επίβλεψη και καθοδήγηση του προσωπικού ασφαλείας. Ο ασθενής κατευθυνόμενος από το σημείο της πύλης, συναντά δύο υπαίθριους χώρους στάθμευσης ασφαλισμένους και αριθμημένους και δεχόμενος την βοήθεια εργαζόμενου ασφαλείας έχει την δυνατότητα να σταθμεύσει το αυτοκίνητό του στο σημείο που θα του ζητηθεί ανάλογα με την επάρκεια των θέσεων. Οι χώροι στάθμευσης του προσωπικού ελέγχονται με ηλεκτρονικές μπάρες οι οποίες ανοίγουν και κλείνουν με την χρήση μαγνητικών καρτών. Σκοπός αυτής της υπηρεσίας είναι, ο επισκέπτης να μειώνει τον χρόνο αναζήτησης θέσης στάθμευσης και να διακατέχεται από αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης.

Περιβάλλον χώρος

Το ΠΓΝ Αττικόν είναι εγκατεστημένο μέσα σε πευκόφυτη περιοχή, πλησίον λεωφόρου ταχείας κυκλοφορίας και της βιομηχανικής ζώνης της πόλης. Από τους υψηλότερους ορόφους μπορεί κανείς να διακρίνει το δάσος του Χαϊδαρίου έως όλες τις δυτικές συνοικίες μέχρι το κέντρο της πόλης. Ο επισκέπτης/ασθενής νιώθει την ηρεμία της φύσης, ευρισκόμενος μέσα σε καταπράσινο περιβάλλον. Από τα δωμάτια νοσηλείας των ορόφων, μπορεί κανείς να αντικρίσει τη δυτική συνοικία της πόλης, το δάσος του Χαϊδαρίου έως το κέντρο της. Επίσης, στην οδό που οδηγεί στο νοσοκομείο, βρίσκονται αρκετά σημεία εστίασης, καθώς και φαρμακεία, καταστήματα ανατομικών ειδών, ασφαλιστικές ιδιωτικές εταιρείες.

Εσωτερικές εγκαταστάσεις

Εσωτερικός Σχεδιασμός και Διάταξη Χώρου



Ο εσωτερικός σχεδιασμός του Αττικού νοσοκομείου καλύπτει τις σύγχρονες προδιαγραφές για την έμφαση στην πελατοκεντρική εξυπηρέτηση των ασθενών του. Κατά την είσοδο στο κεντρικό κτίριο του νοσοκομείου, αφού εισέλθει από τις αυτόματες πόρτες εισόδου, ο ασθενής συναντά το γραφείο εξυπηρέτησης το οποίο είναι τοποθετημένο στην μέση της αίθουσας υποδοχής. Οι διάδρομοι του κεντρικού κτηρίου έχουν σχεδιαστεί ώστε να επιτρέπεται η μέγιστη δυνατή και γρήγορη ροή των ασθενών προς τους υπόλοιπους χώρους του νοσοκομείου, με την βοήθεια της ειδικής σήμανσης δαπέδου. Η διάταξη που ακολουθείται είναι σε μορφή αστερία και όχι διαδρόμου. Ο ασθενής θεωρώντας ως κέντρο το γραφείο εξυπηρέτησης, κατευθύνεται προς το τμήμα του νοσοκομείου που θέλει να επισκεφτεί. Από το σημείο εξυπηρέτησης, δεν μπορεί να δει όλα τα τμήματα του νοσοκομείου. Προς μέγιστη διευκόλυνσή του, υπάρχει ειδική χρωματιστή σήμανση στο δάπεδο που τον οδηγεί στο τμήμα που θέλει να επισκεφτεί. Για κάθε τμήμα, ακολουθεί διαφορετικό χρώμα διαγράμμισης. Το Αττικό νοσοκομείο είναι σχεδιασμένο ακολουθώντας την μορφή ενός νοσηλευτηρίου με κεντρικό αίθριο. Ο τύπος αυτός επιτυγχάνει φυσικό φωτισμό και αερισμό, ενώ το κεντρικό αίθριο παρέχει τη δυνατότητα της απομόνωσης της ζωής του νοσηλευτηρίου από τα προβλήματα και τις

οχλήσεις του περιβάλλοντος. Εν τούτοις, ο τύπος αυτός δεν εξυπηρετεί καθόσον οι αποστάσεις αυξάνουν λόγω του αίθριου και τα διάφορα τμήματα συνδέονται μεταξύ τους μόνο μέσω περιμετρικών οδών. Ο επισκέπτης/ασθενής στο ισόγειο τμήμα βρίσκει τις κύριες υπηρεσίες του νοσοκομείου (Γραφείο Υποστήριξης πολίτη, Γραφεία Διοίκησης, Πρωτόκολλο, Γραφείο Κίνησης Ασθενών κ.ά.), καθώς και κάποια λειτουργικά τμήματα (παθολογικές κλινικές, τακτικά εξωτερικά ιατρεία, ακτινολογικό τμήμα, τμήμα επειγόντων περιστατικών). Στο τέλος του αίθριου χώρου, υπάρχει το κυλικείο/χώρος εστίασης του νοσοκομείου όπου λειτουργεί καθημερινά σε 24ωρη βάση και το οποίο παρέχει αφεψήματα, φαγητό κ.ά. Το κυλικείο βρίσκεται σε ιδιαίτερο σημείο του αίθριου χώρου, περιβαλλόμενο από γυάλινες επιφάνειες, ώστε να μπορεί κανείς να παρατηρεί τον υπαίθριο χώρο του νοσοκομείου.

Εξοπλισμός

Ο χώρος υποδοχής και το αίθριο του νοσοκομείου είναι εξοπλισμένοι με διάφορους χώρους αναμονής ειδικών διαμορφωμένων καθισμάτων για την ανάπαυση και αναμονή των επισκεπτών/ασθενών. Στον χώρο υποδοχής του νοσοκομείου υπάρχουν τοποθετημένες μεγάλες ηλεκτρονικές οθόνες στον τοίχο που δείχνουν την σειρά προτεραιότητας και το χρόνο διάρκειας αναμονής των ασθενών στο γραφείο κίνησης ασθενών. Στόχος είναι να δίνεται έμφαση στην βοήθεια προς τον επισκέπτη ώστε να ενημερωθεί για θέματα που τον απασχολούν άμεσα. Ανά τακτά χωροταξικά διαστήματα, είναι εγκατεστημένα ειδικά αυτόματα μηχανήματα αντισηπτικών προσφέροντας ευκολία στη χρήση τους, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη μέτρων υγιεινής. Επιπλέον, σε καθορισμένα σημεία βρίσκονται και τηλεφωνικοί θάλαμοι, όπου με την χρήση καρτών τηλεφωνίας ο επισκέπτης μπορεί να κάνει χρήση. Ο χώρος υποδοχής περιλαμβάνει επίσης δυο αυτόματα μηχανήματα τραπεζικών συναλλαγών για την άμεση και εύκολη εξυπηρέτηση των επισκεπτών. Τέλος, στήλες φωτισμού παρατίθενται σε συγκεκριμένα σημεία, όχι μόνο ως μέσο φωτισμού κατά τις βραδινές ώρες, αλλά και ως μέρος συγκεκριμένου στυλ διακόσμησης του χώρου. Ο σύγχρονος εξοπλισμός του χώρου που προάγει την αυτοεξυπηρέτηση, είναι ένα μέσο προσέλκυσης των επισκεπτών προσπαθώντας να δημιουργήσει μια υπηρεσία ευχάριστη και εύχρηστη για εκείνους, δημιουργώντας θετική εμπειρία και ικανοποίηση από τους ίδιους τους επισκέπτες.

Σήμανση

Από τον χώρο υποδοχής ξεκινά η ειδική σήμανση του εσωτερικού σχεδιασμού στο δάπεδο, με χρωματιστές ταινίες κατεύθυνσης, προσδίδοντας συμβολική σημασία. Ειδικότερα: **Γαλάζια Γραμμή:** Προς Εξωτερικά Ιατρεία (Γραμματεία – Εξεταστήρια), **Κόκκινη Γραμμή:** Προς Ακτινολογικό, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Αιμοδοσία, **Κίτρινη Γραμμή:** Διοικητικές Υπηρεσίες – Πρωτόκολλο, **Μωβ Γραμμή:** Πυρηνική Ιατρική, Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Ακτινοθεραπεία, ΤΕΠ, **Πράσινη Γραμμή:** Κλινικές Τομέα Α, **Μπεζ Γραμμή :** Κλινικές Τομέας Β – Χειρουργεία Υπάρχουν διάσπαρτες σημάνσεις που αφορούν τους χώρους που αναπτύσσονται μέσα στο νοσοκομείο (τμήματα, κλινικές, διοικητικές υπηρεσίες, βοηθητικοί χώροι, απαγορευτικές πινακίδες κτλ), με κατευθυντικούς σκοπούς αλλά και για να προσδώσουν συμπεριφορικούς κανονισμούς. Οι τοίχοι του αιθρίου χώρου καλύπτονται από αναπαραστάσεις διάσημων ζωγράφων σε όλο το μήκος τους, δημιουργώντας μια ολιστική αισθητική εντύπωση.

Χώρος Υποδοχής

Το γραφείο Υποδοχής βρίσκεται σε ανοιχτό, ευρύχωρο, κεντρικό σημείο του αιθρίου του νοσοκομείου, από όπου μπορούν πολύ εύκολα να δοθούν οι απαραίτητες κατευθύνσεις. Από εκεί, το φιλικό προσωπικό εξυπηρέτησης διατίθεται προς κάθε εξυπηρέτηση των ασθενών, των συνοδών και επισκεπτών του Νοσοκομείου, δίνοντας πληροφορίες σχετικά με την κλινική, το δωμάτιο νοσηλείας ασθενών, τη χωροταξία κάθε υπηρεσίας, τη λειτουργία όλων των υπηρεσιών και τη δραστηριότητα του Νοσοκομείου. Ο υπάλληλος εξυπηρέτησης παράλληλα εκφωνεί οιαδήποτε ανακοίνωση με την βοήθεια μικροφώνου, σε περίπτωση έκτακτης ή σημαντικής ανάγκης. Περιμετρικά του χώρου υποδοχής περιλαμβάνεται και ένας χώρος αναμονής με καθίσματα για τις ανάγκες των επισκεπτών. Επίσης, εκτός από τις γήινες αποχρώσεις που επικρατούν και στο εσωτερικό του χώρου, μπορεί κανείς να παρατηρήσει τις παραστάσεις διάσημων ζωγράφων που αποτυπώνονται στους περιβάλλοντες τοίχους, που ζωντανεύουν με το άπλετο φως που διαχέεται μέσα στο χώρο. Τέλος, στον περιβάλλοντα χώρο της υποδοχής, εντύπωση προκαλούν οι επιβλητικές αμφιθεατρικές σκάλες που οδηγούν σε έναν άμβωνα, του οποίου η χρήση γίνεται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (ειδικοί εορτασμοί, εγκαίνια κτλ).

Ανελκυστήρες/Διάδρομοι

Σε προκαθορισμένα σημεία βρίσκονται οι σύγχρονοι ευρύχωροι ανελκυστήρες εξυπηρέτησης του κοινού, που κατευθύνονται σε επιτρεπόμενους ορόφους. Μεγίστης σημασίας είναι η σήμανση ανελκυστήρων που η χρήση τους επιτρέπεται μόνο από το προσωπικό του νοσοκομείου. Ευρύχωροι διάδρομοι συνδέουν τους χώρους του νοσοκομείου, φέροντας πλαστική επένδυση σε συγκεκριμένο ύψος του τοίχου, προς αποφυγή κρούσης των φορέων των ασθενών ή άλλων τροχήλατων μεταφοράς. Οι τοίχοι είναι μεξ χρώματος και στο μέσο τους κατά ύψος υπάρχει μια πράσινη επικάλυψη σε όλο το μήκος τους ώστε να προστατεύονται από τυχόν χτυπήματα (φορεία, τροχήλατα κτλ).

Δωμάτια εξέτασης τακτικών εξωτερικών ιατρείων και τμήματος επειγόντων περιστατικών

Τα εξωτερικά ιατρεία περιλαμβάνουν δωμάτια εξέτασης για όλες τις ιατρικές ειδικότητες που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Πραγματοποιούνται σε τακτικά ραντεβού πρωινών ή απογευματινών ωρών, όπου την εύρυθμη λειτουργία τους διαχειρίζονται νοσηλευτές σε καθένα από τα ιατρεία. Κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις τομείς με σκοπό την εύκολη πρόσβαση ασθενών αλλά και την αποφυγή συνωστισμού στο ίδιο σημείο. Διαθέτουν μεγάλους χώρους αναμονής που περιλαμβάνουν καθίσματα. Καθένα από τα δωμάτια εξέτασης φέρουν ειδική αριθμημένη σήμανση με το όνομα της ειδικότητας που εξυπηρετούν και χαρακτηρίζονται από την απλότητα και φωτεινότητα του χώρου τους. Περιλαμβάνουν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό. Ο εξεταστικός χώρος αποτελείται από 11 ανοικτού τύπου εξεταστικούς θαλάμους (13 κλίνες), 1 ειδικό χώρο συρραφής (χειρουργικά τραύματα) και έναν ειδικό καρδιολογικό χώρο (που περιέχει απινιδιστή) οι οποίοι βρίσκονται περιμετρικά της στάσης νοσηλευτών για τον καλύτερο έλεγχο και συντονισμό. Ο συντονιστής νοσηλευτής εκφωνεί από το μικρόφωνο τον κωδικό του ασθενή, ώστε να προσέλθει στο εξεταστήριο και είναι υπεύθυνος για την διαχείριση της πορείας του. Ηχεία βρίσκονται διάσπαρτα σε όλους τους χώρους του τμήματος ώστε να γίνεται αντιληπτή η πρόσκληση κάθε ασθενή μέσα στο χώρο των εξεταστηρίων. Η υιοθέτηση του ανοικτού ορθογωνικού χώρου εξέτασης με χρήση ελαφρών χωρισμάτων μεταξύ των θέσεων και η ακτινική διάταξη των θαλαμίσκων γύρω από τον νοσηλευτικό σταθμό, αποτελούν μια ευέλικτη και οικονομική λύση καθώς επιτρέπει την συνεχή επίβλεψη και παρακολούθηση των ασθενών με το λιγότερο διαθέσιμο προσωπικό και τις μικρότερες δυνατές μετακινήσεις. Φέρουν ειδική σήμανση ανάλογα την ιατρική

ειδικότητα που χρήζουν. Ο φωτισμός και ο αερισμός του χώρου είναι ο πλέον κατάλληλος για την ομαλή διεξαγωγή των παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται στο τμήμα. Ο θόρυβος στο συγκεκριμένο τμήμα είναι το μεγαλύτερο μειονέκτημα και οφείλεται στον μεγάλο όγκο ασθενών που δέχεται αλλά και συνοδών στις αίθουσες αναμονής και μέσα στα εξεταστήρια. Τα εξεταστήρια συνδέονται άμεσα με την αίθουσα αναζωογόνησης και το ακτινολογικό τμήμα.

Δωμάτια νοσηλείας ενηλίκων και παιδών

Στα δωμάτια νοσηλείας των εκάστοτε κλινικών περιλαμβάνονται μονόκλινες, δίκλινες και τετράκλινες θέσεις με ίδιας χρήσης ευρύχωρης τουαλέτας και ξενοδοχειακό εξοπλισμό. Διακρίνονται για την απλότητα και φωτεινότητα του χώρου. Οι κλίνες διαχωρίζονται με εσωτερικό περικλειόμενο παραβάν για την ανάγκη ιδιωτικότητας κάθε ασθενή. Μεγίστης σημασίας είναι η μη ύπαρξη μπαλκονιού σε κάθε ένα από αυτά με σκοπό την μείωση της επικινδυνότητας του χώρου. Κάθε κλίνη διαθέτει ατομικό κομοδίνο ασθενή, ατομικό ερμάριο και ένα κάθισμα για την χρήση του από τον συνοδό του ασθενή. Οι συνοδοί των ασθενών μπορούν να προμηθευτούν άνετες πολυθρόνες μέσω υπηρεσίας ενοικίασης από τον προϊστάμενο/η νοσηλεύτη/τρια της εκάστοτε κλινικής. Επίσης, παρέχεται η υπηρεσία αποκλειστικής νοσηλεύτριας μέσω της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης με προκαθορισμένες τιμές, με σκοπό την αποκλειστική φροντίδα του ασθενή. Τα παιδιατρικά δωμάτια νοσηλείας έχουν αρκετές διαφοροποιήσεις από των ενηλίκων κι αυτό για προφανείς λόγους. Έχουν ιδιαίτερη διακόσμηση, κατάλληλη για παιδιά και ευχάριστο περιβάλλον. Χρωματιστές κουρτίνες και κλινοσκεπάσματα χαρακτηρίζουν το στυλ του δωματίου. Το προσωπικό της παιδιατρικής κλινικής έχει δικό του κώδικα ντυσίματος με χρωματιστές ειδικές φόρμες, χρωματιστές μάσκες και σκουφιά.

Τουαλέτες

Σε κάθε δωμάτιο νοσηλείας περιλαμβάνεται ίδιας χρήσης τουαλέτας από τους νοσηλεύόμενους ασθενείς, με ειδικό εξοπλισμό βοηθητικής φροντίδας (συμπεριλαμβανομένου χώρου ΑΜΕΑ) και η οποία φροντίζεται από ειδικό συνεργείο καθαρισμού του νοσοκομείου. Εκτός από τα δωμάτια νοσηλείας, υπάρχουν κοινόχρηστες τουαλέτες για τους συνοδούς ασθενών και επισκεπτών, σε συγκεκριμένο σημείο διαδρόμου κάθε κλινικής. Τέλος, κοινόχρηστες τουαλέτες υπάρχουν στον περιβάλλοντα

χώρο της υποδοχής του νοσοκομείου. Για το προσωπικό του νοσοκομείου ενδείκνυται ξεχωριστή χρήση τουαλέτες.

Χώροι εστίασης

Στον περιβάλλοντα χώρο υποδοχής, υπάρχει ένας χώρος εστίασης (κυλικείο) καθημερινής εικοσιτετράωρης λειτουργίας, όπου παρέχει αφηνήματα, μικρογεύματα και έτοιμα γεύματα που παρασκευάζονται εντός. Επίσης στον ίδιο χώρο οι επισκέπτες μπορούν να προμηθευτούν εφημερίδες, περιοδικά, είδη δώρων, βασικά είδη ατομικής υγιεινής, είδη προσωπικής χρήσης αλλά και συσκευασμένα τρόφιμα και ποτά. Βρίσκεται στο ισόγειο, σε γωνιακό τμήμα του χώρου και περιβάλλεται από γυάλινες επιφάνειες, γεγονός που του προσδίδει άπλετο φως αλλά και την δυνατότητα παρατήρησης του υπαίθριου χώρου του νοσοκομείου. Επιπλέον του κυλικείου, λειτουργεί και η τράπεζα φαγητού για το προσωπικό του νοσοκομείου που βρίσκεται σε υπόγειο χώρο. Σκοπός αυτής της ιδιαιτερότητας είναι η αποφυγή συνωστισμού στο κεντρικό χώρο του νοσοκομείου.

Υποστηρικτικοί χώροι φιλοξενίας (Τράπεζα, Θρησκευτικοί χώροι, κλπ)

Κατόπιν δωρεάς κατασκευάστηκε Ιερός Ναός στην ανατολική πλευρά του περιβάλλοντος χώρου του πρόσθιου χώρου στάθμευσης του νοσοκομείου. Η εύκολη πρόσβαση σε έναν ευκτήριο χώρο για όλους όσους το επιθυμούν και βρίσκονται στο Νοσοκομείο για οποιοδήποτε λόγο, είναι μέσα στις προτεραιότητες της Διοίκησης, της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του Τμήματος Ποιότητας του Νοσοκομείου, με σκοπό την ηθική ενίσχυση των ασθενών και των συγγενών τους στην περίοδο που διάγουν. Η κατασκευή του νέου Ιερού Ναού συμβάλλει προς την κατεύθυνση αυτή.

Ποιότητα αέρα

Στους χώρους του νοσοκομείου εφαρμόζονται κεντρικά συστήματα εξαερισμού - αερισμού με ανάκτηση θερμότητας. Αυτό προσδίδει στην ατμόσφαιρα την καλύτερη ποιότητα αέρα σε συνδυασμό με την ανάλογη θερμοκρασία.

Θερμοκρασία

Η ρύθμιση της θερμοκρασίας του νοσοκομείου ρυθμίζεται παράλληλα με το σύστημα εξαερισμού- αερισμού, προσδίδοντας την κατάλληλη στους χώρους του νοσοκομείου, ανάλογα τις συνθήκες και τις εναλλαγές των εξωτερικών συνθηκών.

Φωτισμός

Το Αττικό νοσοκομείο είναι σχεδιασμένο ακολουθώντας την μορφή ενός νοσηλευτηρίου με κεντρικό αίθριο. Ο τύπος αυτός επιτυγχάνει φυσικό φωτισμό, λόγω και της αρχιτεκτονικής του σχεδίου του στους χώρους του ενώ διαθέτει τον κατάλληλο και επαρκή φωτισμό κατά τις νυχτερινές ώρες.

Επίπεδο θορύβου

Το επίπεδο θορύβου στους περισσότερους χώρους του νοσοκομείου τηρείται χαμηλό, εκτός από το τμήμα των επειγόντων περιστατικών, όπως προαναφέραμε. Εκτός από τεχνικούς λόγους που συμβάλλουν στο χαμηλό επίπεδο θορύβου, σημαντικό ρόλο κατέχουν και οι ειδικές σημάνσεις για επικράτηση ησυχίας στο περιβάλλον.

Καθαριότητα

Το Αττικό Νοσοκομείο περιλαμβάνει ειδικά εκπαιδευμένο ιδιωτικό συνεργείο καθαρισμού για όλους τους χώρους του, εως τα πιο εξειδικευμένα τμήματα, με συνεχείς ελέγχους ποιότητας από το ειδικό τμήμα Λοιμώξεων.

Επιπλέον Στοιχεία

Κώδικας Ντυσίματος Διοικητικού Προσωπικού

Στο διοικητικό προσωπικό του Νοσοκομείου υπάρχει κώδικας ντυσίματος, ωστόσο δεν τηρείται από τους περισσότερους. Εξάιρεση αποτελεί η Νοσηλευτική Υπηρεσία, που η εμφάνισή της αποτελείται από ειδικό κοστούμι σε σκούρο μπλε χρώμα.

Κώδικας ντυσίματος ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Το λογότυπο του Νοσοκομείου κυριαρχεί στον κώδικα ντυσίματος που επιβάλλεται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι εξειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές πέραν από την άσπρη στολή, φορούν ειδικές φόρμες σε πράσινο και γαλάζιο χρώμα. Οι γενικοί νοσηλευτές φορούν άσπρη φόρμα, ενώ οι βοηθοί θαλάμων μπλε. Το προσωπικό

καθαριότητας φορά μπλε στολή με ειδική ποδιά. Σκοπός των χρωματικών διακρίσεων είναι η αναγνώριση ετερογένειας μεταξύ του προσωπικού.

Ενημερωτικό/Διαφημιστικό υλικό

Από τον χώρο υποδοχής, την εκάστοτε κλινική που νοσηλεύονται οι ασθενείς αλλά και από την ιστοσελίδα του νοσοκομείου, οι επισκέπτες μπορούν να προμηθευτούν ενημερωτικά έντυπα που αναφέρονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς και των συνοδών τους, καθώς και στους συγγενείς ασθενών ΜΕΘ.

Ιστοσελίδα

Το Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ μέσα σε σύγχρονες ξενοδοχειακές και ιατροτεχνολογικές εγκαταστάσεις αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες παροχής τριτοβάθμιας περίθαλψης όχι μόνο για την περιοχή της Δυτικής Αττικής αλλά και για ολόκληρη την Ελλάδα. Για τη Διοίκηση, το Επιστημονικό και το λοιπό προσωπικό η πλήρωση των προσδοκιών των πολιτών αποτελεί καθημερινή δέσμευση. Η εξελιγμένη ιστοσελίδα του νοσοκομείου, παρέχει σημαντικές πληροφορίες προς τους ήδη ή εν δυνάμει επισκέπτες, νέα αλλά και οτιδήποτε αφορά την διαφάνεια του Οργανισμού ακολουθώντας το προφίλ που συμβολίζει το νοσοκομείο. (www.attikonhospital.gr/)

Άλλοι χώροι φιλοξενίας

Το Νοσοκομείο περιλαμβάνει δανειστική βιβλιοθήκη για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους. Η Βιβλιοθήκη, επιδιώκοντας να συμβάλει στην ευρύτερη πνευματική καλλιέργεια, πολιτιστική επιμόρφωση και ψυχαγωγία των ασθενών και των συνοδών, παρέχει δανειστική συλλογή λογοτεχνικών και ποικίλης ύλης βιβλίων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Β. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο ενημέρωσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ



Έντυπο Ενημέρωσης

Το παρόν έντυπο έχει ως στόχο του να σας ενημερώσει για την έρευνα που διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης Μεταπτυχιακής Διατριβής του ΠΜΣ – Οικονομικά και Διοίκηση Υγείας, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, με θέμα « Μελέτη της Επίδρασης του Νοσοκομειακού Περιβάλλοντος στη Συμπεριφορά των Ασθενών κατά την Παροχή Ιατρονοσηλευτικών Υπηρεσιών».

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί η επίδραση του περιβάλλοντος στον χώρο της υγείας (healthscape) στην αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσίας υγείας από την μεριά του ασθενή, ώστε να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την συμπεριφορά του ασθενή.

Για τον συγκεκριμένο ερευνητικό σκοπό, θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ανώνυμα το παρακάτω ερωτηματολόγιο που δεν διαρκεί περισσότερο από δεκαπέντε λεπτά της ώρας, συμπεριλαμβάνοντας σε αυτό τον χρόνο και την ώρα για την ανάγνωση του ενημερωτικού εντύπου.

Έχει μεγάλη σημασία να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι διατηρείται στο ακέραιο η ανωνυμία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο και ότι τα προσωπικά σας δεδομένα δεν θα κοινοποιηθούν. Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και η χρήση τους θα γίνει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Μπορείτε να επιλέξετε ή όχι να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα, καθώς επίσης και να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε.

Πιστεύουμε ότι από τη συγκεκριμένη μελέτη θα προκύψουν χρήσιμα οφέλη στο χώρο της φροντίδας υγείας.

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Ειρήνη – Βασιλική Κορμέντζα

Κεντρικά Χειρουργεία

Π.Γ.Ν. Αττικών

Email: vania.kormentza@yahoo.com

Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Ερωτήσεις για την εμπειρία σας στο νοσοκομείο μας..

Νοσοκομείο: _____

Κλινική: _____

		Διαφωνώ απόλυτα					Συμφωνώ απόλυτα				
1	Με βοήθησε η χρήση της τεχνολογίας, όπου υπήρχε, από το νοσοκομείο.	1	2	3	4	5					
2	Γινόταν ικανοποιητική χρήση της τεχνολογίας από το νοσοκομείο στους χώρους του, όπως οθόνες, τηλεοράσεις, ασύρματο ιντερνετ, κλπ.	1	2	3	4	5					
3	Δεν ήταν ενοχλητική, όπου υπήρχε, η χρήση της τεχνολογίας από το νοσοκομείο.	1	2	3	4	5					
4	Η θερμοκρασία ήταν ικανοποιητική.	1	2	3	4	5					
5	Ο κλιματισμός δεν ήταν ενοχλητικός.	1	2	3	4	5					
6	Ο θόρυβος δεν ήταν ενοχλητικός.	1	2	3	4	5					
7	Η μουσική ήταν κατάλληλη.	1	2	3	4	5					
8	Η μυρωδιά δεν ήταν ικανοποιητική.	1	2	3	4	5					
9	Ήταν εύκολο να μπειτε στο νοσοκομείο από τον χώρο στάθμευσης.	1	2	3	4	5					
10	Θα μπορούσα εύκολα να σταθμεύσω το αυτοκίνητό μου.	1	2	3	4	5					
11	Ο εξοπλισμός λειτούργησε σωστά.	1	2	3	4	5					
12	Οι διακοσμήσεις ήταν ευχάριστες.	1	2	3	4	5					
13	Κάθε μέρος του νοσοκομείου ήταν καθαρό.	1	2	3	4	5					
14	Οι τουαλέτες ήταν καθαρές.	1	2	3	4	5					
15	Οι αίθουσες εξέτασης ήταν καθαρές.	1	2	3	4	5					
16	Οι χώροι εστίασης ήταν καθαροί.	1	2	3	4	5					
17	Οι διάδρομοι του νοσοκομείου ήταν καθαροί.	1	2	3	4	5					
18	Οι χώροι εισόδου και εξόδου του νοσοκομείου ήταν καθαροί.	1	2	3	4	5					
19	Οι χώροι αναμονής ήταν καθαροί.	1	2	3	4	5					
20	Σε γενικές γραμμές, το νοσοκομείο ήταν καθαρό.	1	2	3	4	5					
21	Ο ρουχισμός του προσωπικού ήταν καθαρός.	1	2	3	4	5					
22	Η σήμανση του νοσοκομείου ήταν επαρκής.	1	2	3	4	5					
23	Μπορούσα εύκολα να διακρίνω τη σήμανση του νοσοκομείου.	1	2	3	4	5					
24	Μπορούσα εύκολα να κατανοήσω τη σήμανση του νοσοκομείου.	1	2	3	4	5					
25	Λόγω της σήμανσης, μπορούσα εύκολα να προσανατολιστώ στο χώρο του νοσοκομείου.	1	2	3	4	5					
26	Το προσωπικό στο γραφείο κίνησης ασθενών ήταν ευγενικό.	1	2	3	4	5					
27	Δεν περίμενα πολύ ώρα μέχρι την πραγματοποίηση της εισαγωγής μου.	1	2	3	4	5					
28	Το προσωπικό ήταν πολύ βοηθητικό.	1	2	3	4	5					
29	Έλαβα ικανοποιητικές απαντήσεις στις ερωτήσεις μου.	1	2	3	4	5					
30	Οι επεξηγήσεις του ιατρικού προσωπικού ήταν επαρκείς.	1	2	3	4	5					
31	Ο ιατρός παρουσιάστηκε με αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4	5					
32	Ο ιατρός παρουσιάστηκε στοργικός.	1	2	3	4	5					
33	Ο ιατρός ήταν ευγενικός προς το πρόσωπό μου.	1	2	3	4	5					
34	Κατά τη διάρκεια παραμονής μου στο νοσοκομείο, δεν αισθάνθηκα άβολα.	1	2	3	4	5					
35	Σε γενικές γραμμές, το περιβάλλον του νοσοκομείου δεν ήταν ενοχλητικό.	1	2	3	4	5					
36	Σε γενικές γραμμές, το περιβάλλον του νοσοκομείου ήταν ικανοποιητικό.	1	2	3	4	5					
37	Κατά τη διάρκεια παραμονής μου στο νοσοκομείο, ένιωθα άνετα.	1	2	3	4	5					
38	Ένιωσα ικανοποιημένος/η με το περιβάλλον του νοσοκομείου.	1	2	3	4	5					
39	Ένιωσα ικανοποιημένος/η με τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου.	1	2	3	4	5					
40	Όταν σκέφτομαι το επίπεδο υπηρεσίας που έλαβα, δεν πιστεύω πως θα επισκεφτώ άλλο νοσοκομείο για την ίδια υπηρεσία υγείας.	1	2	3	4	5					
41	Αυτό το νοσοκομείο θα είναι η πρώτη μου επιλογή για να λάβω κάποια υπηρεσία υγείας.	1	2	3	4	5					
42	Μπορεί να επισκεφτώ ξανά το νοσοκομείο για την ίδια υπηρεσία υγείας.	1	2	3	4	5					
43	Μπορεί να επισκεφτώ ξανά το νοσοκομείο για κάποια άλλη υπηρεσία υγείας.	1	2	3	4	5					
44	Επισκέπτεστε συχνά νοσοκομεία για την κατάσταση της υγείας σας?	1	2	3	4	5					

45	Πιστεύετε ότι η υγεία σας γενικά είναι σε καλή κατάσταση	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Κατά την επίσκεψή σας στο νοσοκομείο..

		Καθόλου					Πολύ				
46	Το νοσοκομείο μου φάνηκε ότι είχε αρκετό συνωστισμό στους χώρους που κινήθηκα	1	2	3	4	5					
47	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
48	Το νοσοκομείο είχε σχετικά αρκετή κίνηση	1	2	3	4	5					
49	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
50	Δεν υπήρχε πολλή κίνηση στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της επίσκεψής μου	1	2	3	4	5					
51	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
52	Υπήρχε πολύς κόσμος στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5					
53	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
54	Το νοσοκομείο ήταν αρκετά ευρύχωρο για να μπορεί να κινείται κάποιος ανεξάρτητα από τον κόσμο που είχε.	1	2	3	4	5					
55	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
56	Αισθάνθηκα άβολα από το πλήθος του κόσμου που είχε στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5					
57	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
58	Υπήρξαν στιγμές που αισθάνθηκα περιορισμό της κίνησής μου από τον κόσμο που είχε στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5					
59	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
60	Στον τόπο που μετακινηθήκατε υπήρχαν κάποιοι άνθρωποι που εμφάνισαν τα παρακάτω συναισθήματα :										
61	Θυμός	1	2	3	4	5					
62	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
63	Λύπη	1	2	3	4	5					
64	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
65	Ευτυχία	1	2	3	4	5					
66	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
67	Αγανάκτηση	1	2	3	4	5					
68	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
69	Φόβος	1	2	3	4	5					
70	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					
71	Έκπληξη	1	2	3	4	5					
72	..και αυτό με επηρέασε	1	2	3	4	5					

Και λίγα λόγια για εσάς! Σε τι βαθμό σας εκφοράζουν οι παρακάτω προτάσεις?

		Διαφωνώ απόλυτα					Συμφωνώ απόλυτα				
73	Είμαι η ζωή σε ένα πάρτι.	1	2	3	4	5					
74	Αισθάνομαι μικρό ενδιαφέρον για τους άλλους.	1	2	3	4	5					
75	Είμαι πάντοτε προετοιμασμένος	1	2	3	4	5					
76	Αγχώνομαι εύκολα.	1	2	3	4	5					
77	Έχω ένα πλούσιο λεξιλόγιο.	1	2	3	4	5					
78	Δεν μιλώ πολύ.	1	2	3	4	5					
79	Ενδιαφέρομαι για τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5					
80	Αφήνω τα πράγματά μου ολόγυρα.	1	2	3	4	5					
81	Είμαι χαλαρός/ή τις περισσότερες φορές.	1	2	3	4	5					
82	Δυσκολεύομαι να κατανοήσω αφηρημένες ιδέες.	1	2	3	4	5					
83	Αισθάνομαι άνετα όταν βρίσκομαι ανάμεσα σε ανθρώπους.	1	2	3	4	5					
84	Προσβάλλω τους άλλους.	1	2	3	4	5					
85	Δίνω προσοχή στις λεπτομέρειες .	1	2	3	4	5					
86	Ανησυχώ για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5					
87	Έχω ζωηρή (ζωντανή) φαντασία.	1	2	3	4	5					
88	Προτιμώ να μένω στο παρασκήνιο	1	2	3	4	5					

		Διαφωνώ απόλυτα				Συμφωνώ απόλυτα
89	Συμπάσχω με τα συναισθήματα των άλλων	1	2	3	4	5
90	Τα κάνω άνω κάτω	1	2	3	4	5
91	Σπάνια νοιώθω μελαγχολία	1	2	3	4	5
92	Δεν ενδιαφέρομαι για αφηρημένες ιδέες.	1	2	3	4	5
93	Αρχίζω συζητήσεις.	1	2	3	4	5
94	Δεν ενδιαφέρομαι για τα προβλήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
95	Κάνω τις «αγγαρείες» αμέσως.	1	2	3	4	5
96	Ενοχλούμαι εύκολα.	1	2	3	4	5
97	Έχω εξαιρετικές ιδέες.	1	2	3	4	5
98	Έχω ελάχιστα πράγματα να πω.	1	2	3	4	5
99	Έχω μαλακή καρδιά.	1	2	3	4	5
100	Συχνά ξεχνώ να βάζω τα πράγματα πίσω στη σωστή τους θέση.	1	2	3	4	5
101	Αναστατώνομαι εύκολα.	1	2	3	4	5
102	Δεν έχω καλή φαντασία.	1	2	3	4	5
103	Μιλώ με πολλούς διαφορετικούς ανθρώπους στα πάρτι.	1	2	3	4	5
104	Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
105	Μου αρέσει η τάξη.	1	2	3	4	5
106	Η διάθεσή μου αλλάζει διαρκώς.	1	2	3	4	5
107	Είμαι γρήγορος/η στο να καταλαβαίνω πράγματα.	1	2	3	4	5
108	Δεν μου αρέσει να προσελκύω την προσοχή πάνω μου.	1	2	3	4	5
109	Βρίσκω χρόνο για τους άλλους.	1	2	3	4	5
110	Αποφεύγω αυτά που πρέπει να κάνω (τα καθήκοντά μου).	1	2	3	4	5
111	Έχω συχνές εναλλαγές στη διάθεσή μου.	1	2	3	4	5
112	Χρησιμοποιώ δύσκολες λέξεις.	1	2	3	4	5
113	Δεν με ενοχλεί να είμαι το επίκεντρο της προσοχής.	1	2	3	4	5
114	Αισθάνομαι τα συναισθήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
115	Ακολουθώ ένα πρόγραμμα.	1	2	3	4	5
116	Εκνευρίζομαι εύκολα.	1	2	3	4	5
117	Αφιερώνω χρόνο για να αξιολογώ τα πράγματα (που κάνω).	1	2	3	4	5
118	Είμαι ήσυχος/η όταν βρίσκομαι ανάμεσα σε ξένους.	1	2	3	4	5
119	Κάνω τους ανθρώπους να αισθάνονται άνετα.	1	2	3	4	5
120	Είμαι ακριβής στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5
121	Συχνά αισθάνομαι μελαγχολικά.	1	2	3	4	5
122	Είμαι γεμάτος/η ιδέες.	1	2	3	4	5

Δημογραφικά στοιχεία

Σχετικά με τη νοσηλεία σας

Φύλλο	Άνδρας	<input type="checkbox"/>	Ασφάλιση που χρησιμοποιήσατε	Δημοσίου	<input type="checkbox"/>
	Γυναίκα	<input type="checkbox"/>		Ιδιωτική	<input type="checkbox"/>
Ηλικία	18-24	<input type="checkbox"/>	Πληρώσατε για τις ιατρικές υπηρεσίες που λάβατε?	Δεν χρησιμοποιήσα	<input type="checkbox"/>
	25-34	<input type="checkbox"/>		Ναι	<input type="checkbox"/>
	35-44	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>	
	45-64	<input type="checkbox"/>	Αριθμός ημερών νοσηλείας	_____	
	65-άνω	<input type="checkbox"/>			
Εκπαίδευση	Βασική Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>			

	Ανώτερη/Ανώτατη Εκπαίδευση	
	Μεταπτυχιακό	<input type="checkbox"/>
	Διδακτορικό	<input type="checkbox"/>

Δ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρουσίαση Στατιστικών Αποτελεσμάτων

Reliability Analysis

PHYSICAL ENVIRONMENT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,739	,760	5

Inter-Item Correlation Matrix

	IT_FACILITIES	AMBIENT_CONDITIONS	SPACE	HYGIENE	SIGNAGE
IT_FACILITIES	1,000	,349	,236	,448	,285
AMBIENT_CONDITIONS	,349	1,000	,289	,514	,261
SPACE	,236	,289	1,000	,518	,426
HYGIENE	,448	,514	,518	1,000	,553
SIGNAGE	,285	,261	,426	,553	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IT_FACILITIES	14,3473	6,053	,426	,222	,729
AMBIENT_CONDITIONS	14,9434	6,437	,462	,284	,707
SPACE	14,3228	6,014	,478	,298	,704
HYGIENE	14,1784	6,366	,730	,542	,636
SIGNAGE	14,2247	6,301	,504	,336	,692

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
18,0041	9,143	3,02378	5

SOCIAL ENVIRONMENT

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,521	,423	5

Inter-Item Correlation Matrix

	EMPLOYEES	DENSITY_EV AL	DENSITY_IM P	EMOTIONS_E VAL	EMOTIONS_I MP
EMPLOYEES	1,000	,006	-,326	-,416	-,424
DENSITY_EVAL	,006	1,000	,195	,235	,233
DENSITY_IMP	-,326	,195	1,000	,433	,603
EMOTIONS_EVAL	-,416	,235	,433	1,000	,739
EMOTIONS_IMP	-,424	,233	,603	,739	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EMPLOYEES	11,6641	8,834	-,427	,228	,749
DENSITY_EVAL	12,1074	6,568	,284	,088	,491
DENSITY_IMP	12,5191	3,884	,496	,376	,293
EMOTIONS_EVAL	12,6723	4,355	,567	,566	,269
EMOTIONS_IMP	12,6935	3,326	,668	,651	,118

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15,4141	7,526	2,74332	5

PATIENTS' CHARACTERISTICS

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items ^a	N of Items
,250	-,004	9

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Inter-Item Correlation Matrix

	Extraversion	Agreeableness	Conscientiousness	Emotional Stability	Intellect or Imagination	EXPERIENCE	DEMOGRAPHICS_123	DEMOGRAPHICS_124	DEMOGRAPHICS_125
Extraversion	1,000	,582	-,298	-,318	,595	-,017	-,191	,096	,005
Agreeableness	,582	1,000	-,004	-,386	,390	,135	-,126	,024	-,037
Conscientiousness	-,298	-,004	1,000	,311	-,113	,086	-,017	-,027	,065
Emotional Stability	-,318	-,386	,311	1,000	-,306	-,010	-,061	-,061	,039
Intellect or Imagination	,595	,390	-,113	-,306	1,000	,061	-,100	,106	,012
EXPERIENCE	-,017	,135	,086	-,010	,061	1,000	-,132	,001	,108
DEMOGRAPHICS_123	-,191	-,126	-,017	-,061	-,100	-,132	1,000	-,008	-,038
DEMOGRAPHICS_124	,096	,024	-,027	-,061	,106	,001	-,008	1,000	-,387
DEMOGRAPHICS_125	,005	-,037	,065	,039	,012	,108	-,038	-,387	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Extraversion	132,7647	193,845	,395	,586	-,093 ^a
Agreeableness	125,3922	232,043	,374	,462	-,010 ^a
Conscientiousness	125,5686	358,743	-,070	,238	,308
Emotional Stability	137,4608	417,766	-,330	,280	,494
Intellect or Imagination	131,8039	207,733	,384	,386	-,059 ^a
EXPERIENCE	157,6275	370,236	,093	,072	,249
DEMOGRAPHICS_123	159,3627	376,313	-,213	,074	,264
DEMOGRAPHICS_124	157,0686	368,886	,053	,173	,249
DEMOGRAPHICS_125	158,9902	371,604	,005	,178	,254

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
160,7549	372,494	19,30010	9

HOLISTIC VIEW-SATISFACTION – RE-PATRONAGE

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,898	,899	3

Inter-Item Correlation Matrix

	HOLISTIC_VI EW	SATISFACTIO N	REPATRONA GE
HOLISTIC_VIEW	1,000	,824	,700
SATISFACTION	,824	1,000	,723
REPATRONAGE	,700	,723	1,000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HOLISTIC_VIEW	6,9069	2,298	,819	,702	,838
SATISFACTION	6,8211	2,207	,836	,720	,822
REPATRONAGE	7,0907	2,219	,745	,557	,903

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
10,4093	4,798	2,19044	3

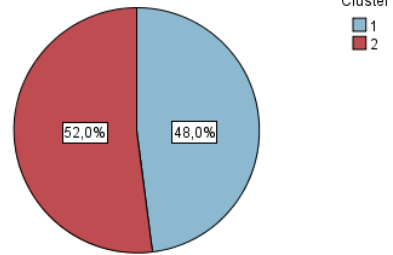
Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αποτελέσματα Ελέγχου Ερευνητικών Υποθέσεων

H1 HYPOTHESIS

TWO STEP CLUSTER ANALYSIS

Cluster Sizes

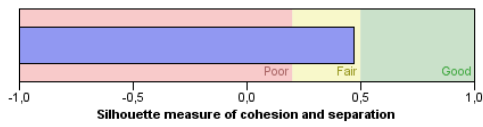


Model Summary

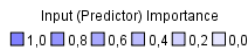
Algorithm	TwoStep
Inputs	4
Clusters	2

Size of Smallest Cluster	49 (48%)
Size of Largest Cluster	53 (52%)
Ratio of Sizes: Largest Cluster to Smallest Cluster	1,08

Cluster Quality

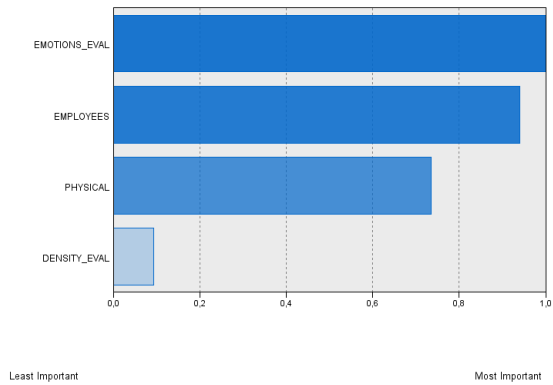


Clusters



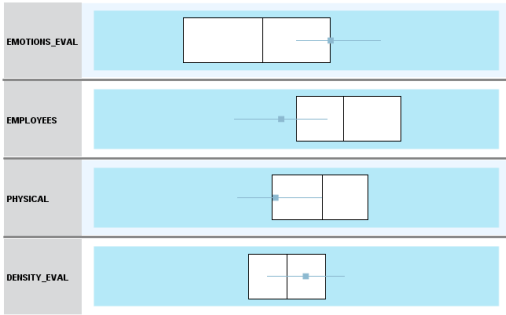
Cluster	1	2
Label		
Description		
Size	48,0% (49)	52,0% (53)
Inputs	EMOTIONS_EVAL 3,41 EMPLOYEES 3,26 PHYSICAL 3,22 DENSITY_EVAL 3,41	EMOTIONS_EVAL 2,12 EMPLOYEES 4,21 PHYSICAL 3,95 DENSITY_EVAL 3,21

Predictor Importance



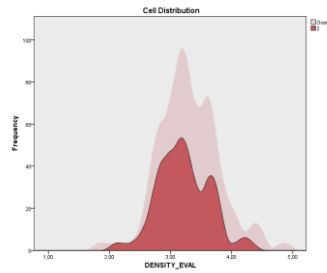
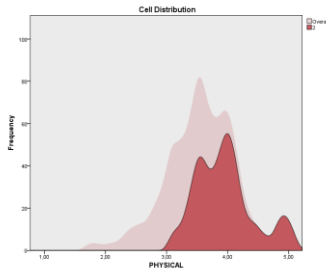
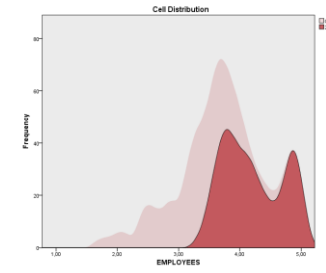
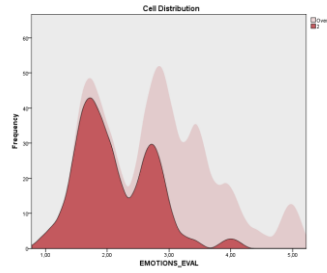
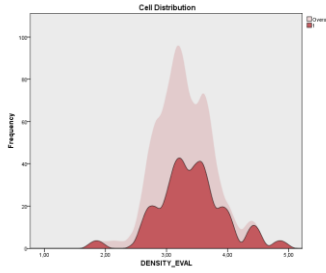
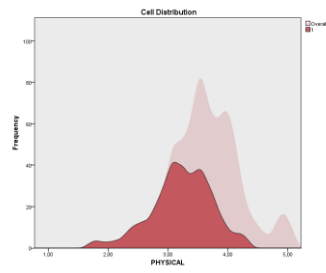
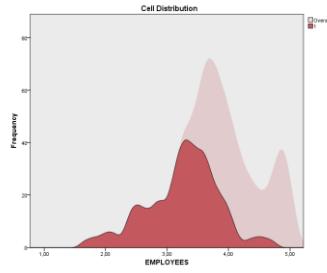
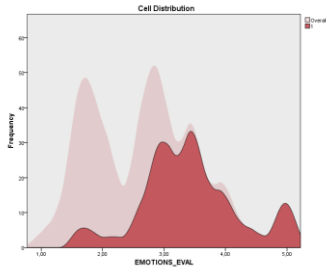
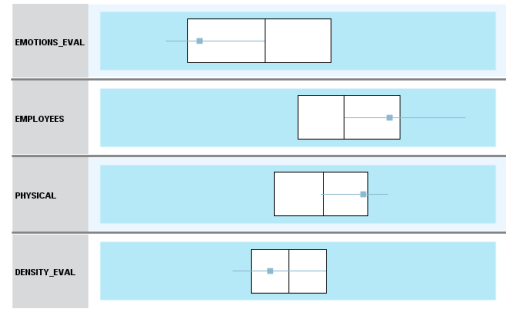
Cluster Comparison

■ 1



Cluster Comparison

■ 2



H2 HYPOTHESIS

Multiple Discriminant Analysis for Total Environment (Social&Physical)

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases		N	Percent
Valid		102	100,0
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0	,0
	At least one missing discriminating variable	0	,0
	Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
	Total	0	,0
Total		102	100,0

Group Statistics

TwoStep Cluster Number		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
1	PHYSICAL	3,2244	,50485	49	49,000
	EMPLOYEES	3,2551	,59070	49	49,000
	DENSITY_EVAL	3,4082	,54476	49	49,000
	EMOTIONS_EVAL	3,4150	,79358	49	49,000
2	PHYSICAL	3,9488	,46707	53	53,000
	EMPLOYEES	4,2075	,48780	53	53,000
	DENSITY_EVAL	3,2129	,42176	53	53,000
	EMOTIONS_EVAL	2,1195	,60657	53	53,000
Total	PHYSICAL	3,6008	,60476	102	102,000
	EMPLOYEES	3,7500	,71904	102	102,000
	DENSITY_EVAL	3,3067	,49217	102	102,000
	EMOTIONS_EVAL	2,7418	,95488	102	102,000

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
PHYSICAL	,638	56,667	1	100	,000
EMPLOYEES	,558	79,311	1	100	,000
DENSITY_EVAL	,960	4,130	1	100	,045
EMOTIONS_EVAL	,536	86,565	1	100	,000

Pooled Within-Groups Matrices^a

		PHYSICAL	EMPLOYEES	DENSITY_EVAL	EMOTIONS_EVAL
Covariance	PHYSICAL	,236	,131	,010	,016
	EMPLOYEES	,131	,291	,049	,026
	DENSITY_EVAL	,010	,049	,235	,047
	EMOTIONS_EVAL	,016	,026	,047	,494
Correlation	PHYSICAL	1,000	,500	,040	,048
	EMPLOYEES	,500	1,000	,189	,068
	DENSITY_EVAL	,040	,189	1,000	,138
	EMOTIONS_EVAL	,048	,068	,138	1,000

a. The covariance matrix has 100 degrees of freedom.

Covariance Matrices^a

TwoStep Cluster Number		PHYSICAL	EMPLOYEES	DENSITY_EVAL	EMOTIONS_EVAL
1	PHYSICAL	,255	,171	,023	,008
	EMPLOYEES	,171	,349	,060	-,042
	DENSITY_EVAL	,023	,060	,297	,122
	EMOTIONS_EVAL	,008	-,042	,122	,630
2	PHYSICAL	,218	,094	-,003	,023
	EMPLOYEES	,094	,238	,039	,088
	DENSITY_EVAL	-,003	,039	,178	-,022
	EMOTIONS_EVAL	,023	,088	-,022	,368
Total	PHYSICAL	,366	,304	-,026	-,220
	EMPLOYEES	,304	,517	,002	-,285
	DENSITY_EVAL	-,026	,002	,242	,110
	EMOTIONS_EVAL	-,220	-,285	,110	,912

a. The total covariance matrix has 101 degrees of freedom.

Log Determinants

TwoStep Cluster Number	Rank	Log Determinant
1	4	-4,651
2	4	-6,040
Pooled within-groups	4	-5,183

The ranks and natural logarithms of determinants printed are those of the group covariance matrices.

Test Results

Box's M		19,049
F	Approx.	1,822
	df1	10
	df2	47125,235
	Sig.	,051

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,970 ^a	100,0	100,0	,814

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,337	106,674	4	,000

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

Function 1	
PHYSICAL	-,292
EMPLOYEES	-,567
DENSITY_EVAL	,168
EMOTIONS_EVAL	,692

Structure Matrix

Function 1	
EMOTIONS_EVAL	,663
EMPLOYEES	-,635
PHYSICAL	-,536
DENSITY_EVAL	,145

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Canonical Discriminant Function Coefficients

Function 1	
PHYSICAL	-,602
EMPLOYEES	-1,051
DENSITY_EVAL	,347
EMOTIONS_EVAL	,985
(Constant)	2,261

Unstandardized coefficients

Functions at Group Centroids

Function 1	
TwoStep Cluster Number	1
1	1,445
2	-1,336

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed		102
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0
	At least one missing discriminating variable	0
Used in Output		102

Prior Probabilities for Groups

TwoStep Cluster Number	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
1	,480	49	49,000
2	,520	53	53,000
Total	1,000	102	102,000

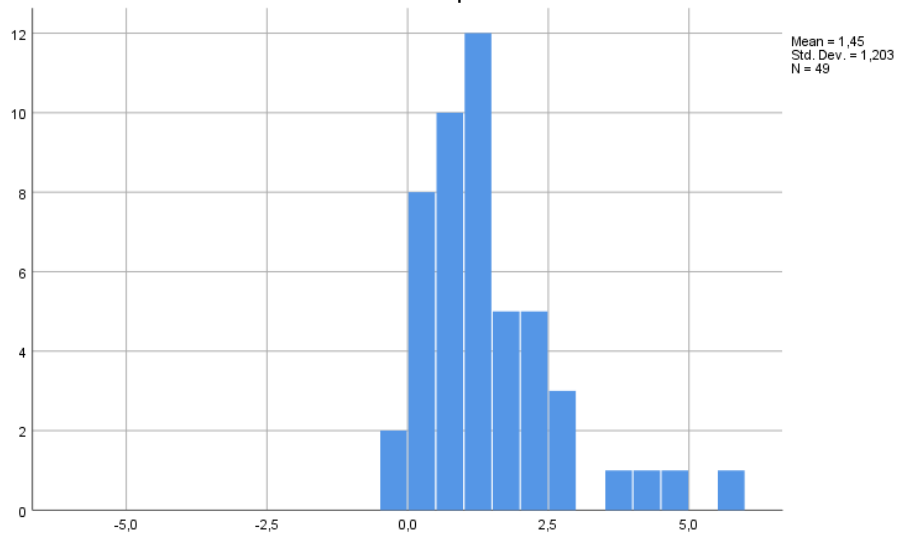
Classification Function Coefficients

	TwoStep Cluster Number	
	1	2
PHYSICAL	10,697	12,372
EMPLOYEES	3,826	6,750
DENSITY_EVAL	12,224	11,259
EMOTIONS_EVAL	5,200	2,460
(Constant)	-53,916	-59,976

Fisher's linear discriminant functions

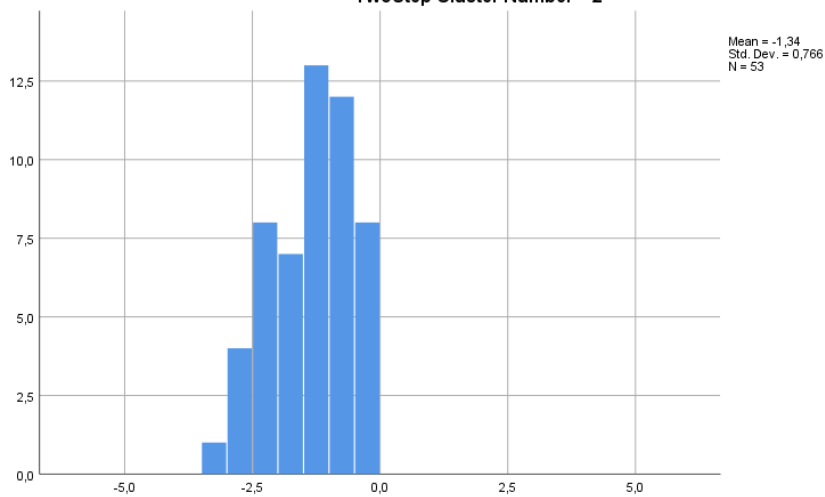
Canonical Discriminant Function 1

TwoStep Cluster Number = 1



Canonical Discriminant Function 1

TwoStep Cluster Number = 2



Classification Results^{a,c}

		TwoStep Cluster Number		Predicted Group Membership		Total
		1	2	1	2	
Original	Count	1		47	2	49
		2		0	53	53
	%	1		95,9	4,1	100,0
		2		,0	100,0	100,0
Cross-validated ^b	Count	1		45	4	49
		2		0	53	53
	%	1		91,8	8,2	100,0
		2		,0	100,0	100,0

a. 98,0% of original grouped cases correctly classified.

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

c. 96,1% of cross-validated grouped cases correctly classified.

T-Tests Analysis for MDA Confirmation (Total Environment)

Group Statistics

	TwoStep Cluster Number	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PHYSICAL	1	49	3,2244	,50485	,07212
	2	53	3,9488	,46707	,06416
EMPLOYEES	1	49	3,2551	,59070	,08439
	2	53	4,2075	,48780	,06700
DENSITY_EVAL	1	49	3,4082	,54476	,07782
	2	53	3,2129	,42176	,05793
EMOTIONS_EVAL	1	49	3,4150	,79358	,11337
	2	53	2,1195	,60657	,08332

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
PHYSICAL	Equal variances assumed	,268	,606	-7,528	100	,000	-,72440	,09623	-,91532	-,53348
	Equal variances not assumed			-7,505	97,605	,000	-,72440	,09653	-,91597	-,53284
EMPLOYEES	Equal variances assumed	,210	,647	-8,906	100	,000	-,95245	,10695	-1,16463	-,74026
	Equal variances not assumed			-8,839	93,352	,000	-,95245	,10775	-1,16641	-,73848
DENSITY_EVAL	Equal variances assumed	1,690	,197	2,032	100	,045	,19523	,09606	,00464	,38581
	Equal variances not assumed			2,012	90,333	,047	,19523	,09702	,00249	,38796
EMOTIONS_EVAL	Equal variances assumed	1,278	,261	9,304	100	,000	1,29547	,13924	1,01923	1,57171
	Equal variances not assumed			9,208	89,700	,000	1,29547	,14069	1,01595	1,57499

Multiple Discriminant Analysis for Physical Environment

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases		N	Percent
Valid		102	100,0
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0	,0
	At least one missing discriminating variable	0	,0
	Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
	Total	0	,0
Total		102	100,0

Group Statistics

TwoStep Cluster Number		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
1	IT_FACILITIES	3,1361	,91520	49	49,000
	AMBIENT_CONDITIONS	2,7837	,76030	49	49,000
	SPACE	3,1582	,88343	49	49,000
	HYGIENE	3,5646	,66312	49	49,000
	SIGNAGE	3,4796	,76007	49	49,000
2	IT_FACILITIES	4,1384	,82024	53	53,000
	AMBIENT_CONDITIONS	3,3170	,84983	53	53,000
	SPACE	4,1651	,73207	53	53,000
	HYGIENE	4,0671	,52131	53	53,000
	SIGNAGE	4,0566	,82573	53	53,000
Total	IT_FACILITIES	3,6569	,99885	102	102,000
	AMBIENT_CONDITIONS	3,0608	,84750	102	102,000
	SPACE	3,6814	,94996	102	102,000
	HYGIENE	3,8257	,64230	102	102,000
	SIGNAGE	3,7794	,84233	102	102,000

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
IT_FACILITIES	,746	34,019	1	100	,000
AMBIENT_CONDITIONS	,900	11,089	1	100	,001
SPACE	,717	39,515	1	100	,000
HYGIENE	,846	18,241	1	100	,000
SIGNAGE	,882	13,416	1	100	,000

Log Determinants

TwoStep Cluster Number	Rank	Log Determinant
1	5	-3,460
2	5	-3,882
Pooled within-groups	5	-3,479

The ranks and natural logarithms of determinants printed are those of the group covariance matrices.

Test Results

Box's M	20,045
F	Approx. 1,264
	df1 15
	df2 39717,642
	Sig. ,215

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,797 ^a	100,0	100,0	,666

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,557	57,125	5	,000

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function 1
IT_FACILITIES	,683
AMBIENT_CONDITIONS	,154
SPACE	,733
HYGIENE	-,168
SIGNAGE	,147

Structure Matrix

	Function 1
SPACE	,704
IT_FACILITIES	,653
HYGIENE	,479
SIGNAGE	,410
AMBIENT_CONDITIONS	,373

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Functions at Group Centroids

TwoStep Cluster Number	Function 1
1	-,919
2	,850

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed		102
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0
	At least one missing discriminating variable	0
Used in Output		102

Prior Probabilities for Groups

TwoStep Cluster Number	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
1	,480	49	49,000
2	,520	53	53,000
Total	1,000	102	102,000

Classification Function Coefficients

	TwoStep Cluster Number	
	1	2
IT_FACILITIES	2,588	3,980
AMBIENT_CONDITIONS	1,070	1,408
SPACE	2,543	4,146
HYGIENE	5,506	5,007
SIGNAGE	2,149	2,477
(Constant)	-23,849	-35,067

Fisher's linear discriminant functions

Classification Results^{a,c}

Original	Count	Predicted Group Membership			Total
		TwoStep Cluster Number	1	2	
		1	2	3	
		1	37	12	49
		2	9	44	53
%		1	75,5	24,5	100,0
		2	17,0	83,0	100,0
Cross-validated ^b	Count	1	35	14	49
		2	10	43	53
%		1	71,4	28,6	100,0
		2	18,9	81,1	100,0

a. 79,4% of original grouped cases correctly classified.

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

c. 76,5% of cross-validated grouped cases correctly classified.

T-Tests Analysis for MDA Confirmation (Physical Environment)

Group Statistics

	TwoStep Cluster Number	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IT_FACILITIES	1	49	3,1361	,91520	,13074
	2	53	4,1384	,82024	,11267
AMBIENT_CONDITIONS	1	49	2,7837	,76030	,10861
	2	53	3,3170	,84983	,11673
SPACE	1	49	3,1582	,88343	,12620
	2	53	4,1651	,73207	,10056
HYGIENE	1	49	3,5646	,66312	,09473
	2	53	4,0671	,52131	,07161
SIGNAGE	1	49	3,4796	,76007	,10858
	2	53	4,0566	,82573	,11342

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IT_FACILITIES	Equal variances assumed	,866	,354	-5,833	100	,000	-1,00231	,17185	-1,34325	-,66137
	Equal variances not assumed			-5,807	96,592	,000	-1,00231	,17259	-1,34487	-,65975
AMBIENT_CONDITIONS	Equal variances assumed	,150	,700	-3,330	100	,001	-,53331	,16015	-,85104	-,21558
	Equal variances not assumed			-3,345	99,898	,001	-,53331	,15945	-,84965	-,21696
SPACE	Equal variances assumed	1,083	,301	-6,286	100	,000	-1,00693	,16018	-1,32473	-,68913
	Equal variances not assumed			-6,240	93,505	,000	-1,00693	,16137	-1,32735	-,68651
HYGIENE	Equal variances assumed	2,706	,103	-4,271	100	,000	-,50246	,11765	-,73587	-,26905
	Equal variances not assumed			-4,231	91,077	,000	-,50246	,11875	-,73834	-,26658
SIGNAGE	Equal variances assumed	,611	,436	-3,663	100	,000	-,57701	,15753	-,88955	-,26447
	Equal variances not assumed			-3,675	99,999	,000	-,57701	,15702	-,88853	-,26549

H3 YPOTHESIS

Multiple Discriminant Analysis for Social Environment

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases		N	Percent
Valid		102	100,0
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0	,0
	At least one missing discriminating variable	0	,0
	Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
	Total	0	,0
Total		102	100,0

Group Statistics

TwoStep Cluster Number		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
1	EMPLOYEES	3,2551	,59070	49	49,000
	DENSITY_EVAL	3,4082	,54476	49	49,000
	EMOTIONS_EVAL	3,4150	,79358	49	49,000
2	EMPLOYEES	4,2075	,48780	53	53,000
	DENSITY_EVAL	3,2129	,42176	53	53,000
	EMOTIONS_EVAL	2,1195	,60657	53	53,000
Total	EMPLOYEES	3,7500	,71904	102	102,000
	DENSITY_EVAL	3,3067	,49217	102	102,000
	EMOTIONS_EVAL	2,7418	,95488	102	102,000

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
EMPLOYEES	,558	79,311	1	100	,000
DENSITY_EVAL	,960	4,130	1	100	,045
EMOTIONS_EVAL	,536	86,565	1	100	,000

Log Determinants

TwoStep Cluster Number	Rank	Log Determinant
1	3	-2,872
2	3	-4,316
Pooled within-groups	3	-3,446

The ranks and natural logarithms of determinants printed are those of the group covariance matrices.

Test Results

Box's M	17,751
F	Approx. 2,862
	df1 6
	df2 71228,204
	Sig. ,009

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	1,844 ^a	100,0	100,0	,805

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,352	102,957	3	,000

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function 1
EMPLOYEES	-,740
DENSITY_EVAL	,192
EMOTIONS_EVAL	,709

Structure Matrix

	Function 1
EMOTIONS_EVAL	,685
EMPLOYEES	-,656
DENSITY_EVAL	,150

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Functions at Group Centroids

TwoStep Cluster Number	Function
1	1,398
2	-1,293

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed		102
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0
	At least one missing discriminating variable	0
Used in Output		102

Prior Probabilities for Groups

TwoStep Cluster Number	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
1	,480	49	49,000
2	,520	53	53,000
Total	1,000	102	102,000

Classification Function Coefficients

	TwoStep Cluster Number	
	1	2
EMPLOYEES	8,733	12,425
DENSITY_EVAL	11,593	10,529
EMOTIONS_EVAL	5,356	2,639
(Constant)	-43,847	-46,506

Fisher's linear discriminant functions

Classification Results^{a,c}

		TwoStep Cluster Number	Predicted Group Membership		Total
			1	2	
Original	Count	1	44	5	49
		2	1	52	53
	%	1	89,8	10,2	100,0
		2	1,9	98,1	100,0
Cross-validated ^b	Count	1	44	5	49
		2	1	52	53
	%	1	89,8	10,2	100,0
		2	1,9	98,1	100,0

a. 94,1% of original grouped cases correctly classified.

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

c. 94,1% of cross-validated grouped cases correctly classified.

T-tests Analysis for MDA Confirmation (Social Environment)

Group Statistics

	TwoStep Cluster Number	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EMPLOYEES	1	49	3,2551	,59070	,08439
	2	53	4,2075	,48780	,06700
DENSITY_EVAL	1	49	3,4082	,54476	,07782
	2	53	3,2129	,42176	,05793
EMOTIONS_EVAL	1	49	3,4150	,79358	,11337
	2	53	2,1195	,60657	,08332

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EMPLOYEES	Equal variances assumed	,210	,647	-8,906	100	,000	-,95245	,10695	-1,16463	-,74026
	Equal variances not assumed			-8,839	93,352	,000	-,95245	,10775	-1,16641	-,73848
DENSITY_EVAL	Equal variances assumed	1,690	,197	2,032	100	,045	,19523	,09606	,00464	,38581
	Equal variances not assumed			2,012	90,333	,047	,19523	,09702	,00249	,38796
EMOTIONS_EVAL	Equal variances assumed	1,278	,261	9,304	100	,000	1,29547	,13924	1,01923	1,57171
	Equal variances not assumed			9,208	89,700	,000	1,29547	,14069	1,01595	1,57499

H4 YPOTHESIS

Multiple Discriminant Analysis for the Importance of the Social Environment

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases		N	Percent
Valid		102	100,0
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0	,0
	At least one missing discriminating variable	0	,0
	Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	,0
	Total	0	,0
Total		102	100,0

Group Statistics

TwoStep Cluster Number		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
1	DENSITY_IMP	3,5073	,87921	49	49,000
	EMOTIONS_IMP	3,4184	1,06617	49	49,000
2	DENSITY_IMP	2,3288	1,11736	53	53,000
	EMOTIONS_IMP	2,0755	,84071	53	53,000
Total	DENSITY_IMP	2,8950	1,16630	102	102,000
	EMOTIONS_IMP	2,7206	1,16564	102	102,000

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
DENSITY_IMP	,743	34,656	1	100	,000
EMOTIONS_IMP	,665	50,282	1	100	,000

Pooled Within-Groups Matrices^a

		DENSITY_IM P	EMOTIONS_I MP
Covariance	DENSITY_IMP	1,020	,425
	EMOTIONS_IMP	,425	,913
Correlation	DENSITY_IMP	1,000	,441
	EMOTIONS_IMP	,441	1,000

a. The covariance matrix has 100 degrees of freedom.

Covariance Matrices^a

TwoStep Cluster Number		DENSITY_IM P	EMOTIONS_I MP
1	DENSITY_IMP	,773	,361
	EMOTIONS_IMP	,361	1,137
2	DENSITY_IMP	1,248	,485
	EMOTIONS_IMP	,485	,707
Total	DENSITY_IMP	1,360	,820
	EMOTIONS_IMP	,820	1,359

a. The total covariance matrix has 101 degrees of freedom.

Log Determinants

TwoStep Cluster Number	Rank	Log Determinant
1	2	-,290
2	2	-,435
Pooled within-groups	2	-,287

The ranks and natural logarithms of determinants printed are those of the group covariance matrices.

Test Results

Box's M		7,860
F	Approx.	2,563
	df1	3
	df2	2253011,401
	Sig.	,053

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	,597 ^a	100,0	100,0	,612

a. First 1 canonical discriminant functions were used in the analysis.

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1	,626	46,372	2	,000

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function 1
DENSITY_IMP	,443
EMOTIONS_IMP	,722

Structure Matrix

	Function 1
EMOTIONS_IMP	,917
DENSITY_IMP	,762

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function 1
DENSITY_IMP	,439
EMOTIONS_IMP	,755
(Constant)	-3,326

Unstandardized coefficients

Functions at Group Centroids

TwoStep Cluster Number	Function 1
1	,796
2	-,736

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

Classification Processing Summary

Processed		102
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0
	At least one missing discriminating variable	0
Used in Output		102

Prior Probabilities for Groups

TwoStep Cluster Number	Prior	Cases Used in Analysis	
		Unweighted	Weighted
1	,480	49	49,000
2	,520	53	53,000
Total	1,000	102	102,000

Classification Function Coefficients

	TwoStep Cluster Number	
	1	2
DENSITY_IMP	2,329	1,657
EMOTIONS_IMP	2,658	1,501
(Constant)	-9,361	-4,141

Fisher's linear discriminant functions

Classification Results^{a,c}

		TwoStep Cluster Number		Predicted Group Membership		Total
				1	2	
Original	Count	1	40	9	49	
		2	7	46	53	
	%	1	81,6	18,4	100,0	
		2	13,2	86,8	100,0	
Cross-validated ^b	Count	1	40	9	49	
		2	8	45	53	
	%	1	81,6	18,4	100,0	
		2	15,1	84,9	100,0	

a. 84,3% of original grouped cases correctly classified.

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

c. 83,3% of cross-validated grouped cases correctly classified.

T-Tests Analysis for MDA Confirmation (Importance of Social Environment)

Group Statistics

	TwoStep Cluster Number	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DENSITY_IMP	1	49	3,5073	,87921	,12560
	2	53	2,3288	1,11736	,15348
EMOTIONS_IMP	1	49	3,4184	1,06617	,15231
	2	53	2,0755	,84071	,11548

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
DENSITY_IMP	Equal variances assumed	2,372	,127	5,887	100	,000	1,17845	,20018	,78130	1,57560
	Equal variances not assumed			5,942	97,566	,000	1,17845	,19832	,78486	1,57204
EMOTIONS_IMP	Equal variances assumed	1,502	,223	7,091	100	,000	1,34290	,18938	,96717	1,71862
	Equal variances not assumed			7,026	91,222	,000	1,34290	,19114	,96323	1,72256

H5 HYPOTHESIS

Patients' Characteristics T-tests

Group Statistics

	TwoStep Cluster Number	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Extraversion	1	49	33,7551	7,29021	1,04146
	2	53	22,6604	6,80764	,93510
Agreeableness	1	49	30,6122	5,80882	,82983
	2	53	40,6981	5,65544	,77683
Conscientiousness	1	49	26,0612	5,44445	,77778
	2	53	37,5849	5,41875	,74432
Emotional Stability	1	49	27,1429	6,43881	,91983
	2	53	27,8491	6,03004	,82829
Intellect or Imagination	1	49	33,1633	8,22939	1,17563
	2	53	34,6792	7,32166	1,00571
GENDER	1	49	1,35	,481	,069
	2	53	1,43	,500	,069
AGE	1	49	3,78	1,026	,147
	2	53	3,60	1,230	,169
EDUCATION	1	49	1,76	,830	,119
	2	53	1,77	,869	,119
PREVIOUS EXPERIENCE	1	49	3,1429	,54006	,07715
	2	53	3,1132	,56023	,07695

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means			95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Extraversion	Equal variances assumed	1,067	,304	7,948	100	,000	11,09472	1,39587	8,32535	13,86410
	Equal variances not assumed			7,927	97,873	,000	11,09472	1,39966	8,31710	13,87235
Agreeableness	Equal variances assumed	,156	,693	-8,882	100	,000	-10,08587	1,13550	-12,33866	-7,83307
	Equal variances not assumed			-8,873	98,889	,000	-10,08587	1,13670	-12,34136	-7,83037
Conscientiousness	Equal variances assumed	,064	,801	-10,706	100	,000	-11,52368	1,07635	-13,65912	-9,38824
	Equal variances not assumed			-10,704	99,299	,000	-11,52368	1,07655	-13,65971	-9,38766
Emotional Stability	Equal variances assumed	,304	,583	-,572	100	,569	-,70620	1,23459	-3,15560	1,74320
	Equal variances not assumed			-,571	97,953	,570	-,70620	1,23780	-3,16259	1,75019
Intellect or Imagination	Equal variances assumed	,246	,621	-,984	100	,327	-1,51598	1,54000	-4,57129	1,53933
	Equal variances not assumed			-,980	96,336	,330	-1,51598	1,54711	-4,58683	1,55487
GENDER	Equal variances assumed	2,921	,091	-,894	100	,373	-,087	,097	-,280	,106
	Equal variances not assumed			-,895	99,843	,373	-,087	,097	-,280	,106
AGE	Equal variances assumed	4,461	,037	,762	100	,448	,172	,225	-,275	,619
	Equal variances not assumed			,768	98,985	,444	,172	,224	-,272	,616
EDUCATION	Equal variances assumed	,054	,816	-,110	100	,913	-,018	,169	-,353	,316
	Equal variances not assumed			-,110	99,891	,913	-,018	,168	-,352	,315
PREVIOUS EXPERIENCE	Equal variances assumed	,157	,692	,272	100	,786	,02965	,10913	-,18686	,24616
	Equal variances not assumed			,272	99,819	,786	,02965	,10897	-,18655	,24585

Normality for Patients' Characteristics T-tests

Explore

Two-Step Cluster Number

Case Processing Summary

	TwoStep Cluster Number	Valid		Cases Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Extraversion	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
Agreeableness	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
Conscientiousness	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
Emotional Stability	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
Intellect or Imagination	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
GENDER	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
AGE	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
EDUCATION	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%
PREVIOUS EXPERIENCE	1	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
	2	53	100,0%	0	0,0%	53	100,0%

Tests of Normality

	TwoStep Cluster Number	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Extraversion	1	,131	49	,036	,970	49	,243
	2	,123	53	,043	,951	53	,030
Agreeableness	1	,109	49	,200 [*]	,960	49	,092
	2	,098	53	,200 [*]	,961	53	,084
Conscientiousness	1	,099	49	,200 [*]	,973	49	,317
	2	,103	53	,200 [*]	,966	53	,139
Emotional Stability	1	,064	49	,200 [*]	,974	49	,357
	2	,104	53	,200 [*]	,970	53	,202
Intellect or Imagination	1	,126	49	,050	,945	49	,022
	2	,100	53	,200 [*]	,968	53	,173
GENDER	1	,418	49	,000	,602	49	,000
	2	,373	53	,000	,630	53	,000
AGE	1	,199	49	,000	,879	49	,000
	2	,211	53	,000	,867	53	,000
EDUCATION	1	,268	49	,000	,792	49	,000
	2	,266	53	,000	,787	53	,000
EXPERIENCE	1	,212	49	,000	,915	49	,002
	2	,278	53	,000	,864	53	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Extraversion

Stem-and-Leaf Plots

Extraversion Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
1,00	1. 9
2,00	2. 33
16,00	2. 5556677778899999
9,00	3. 012244444
10,00	3. 5577888999
8,00	4. 02233444
2,00	4. 56
1,00	5. 0

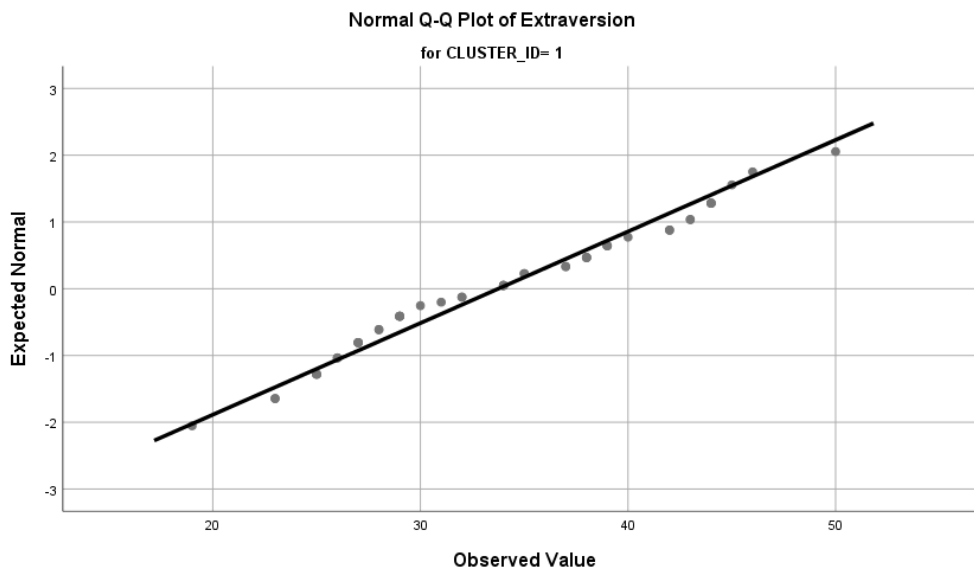
Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

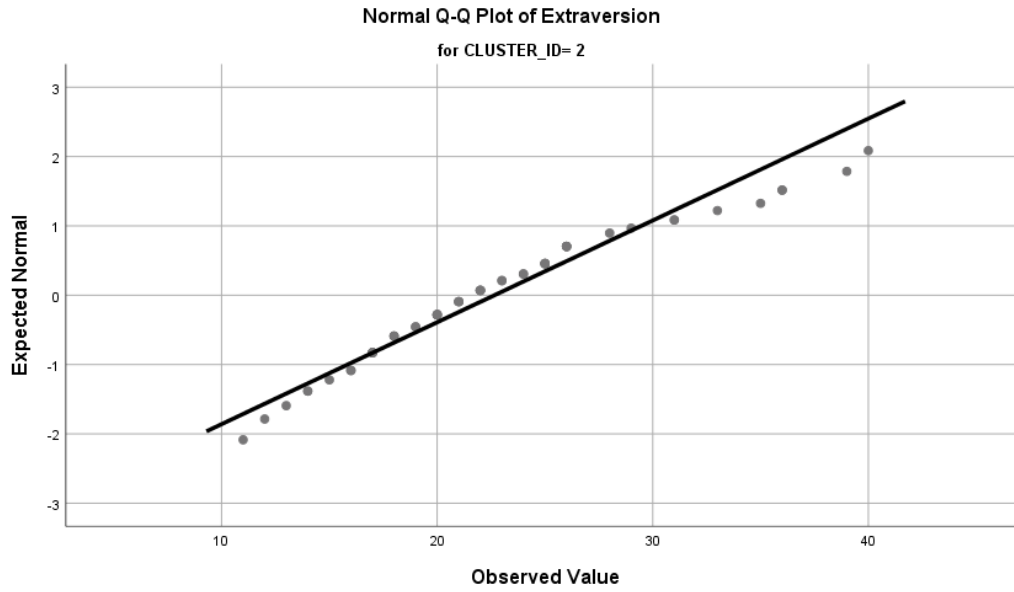
Extraversion Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

Frequency	Stem & Leaf
5,00	1. 12344
13,00	1. 5667777788899
16,00	2. 0000011122223344
11,00	2. 55556666689
3,00	3. 113
3,00	3. 566
2,00	Extremes (>=39)

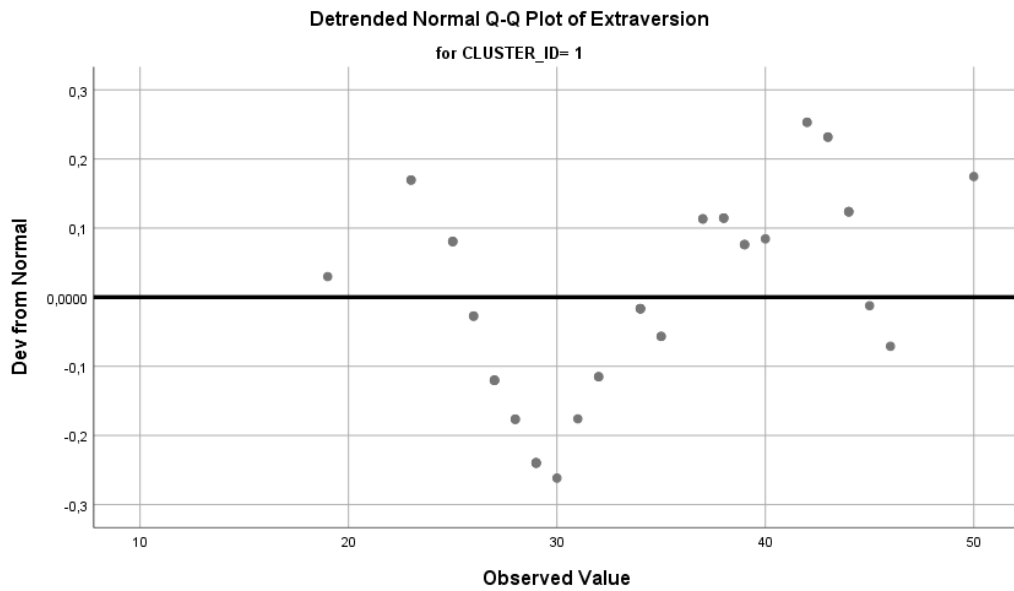
Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

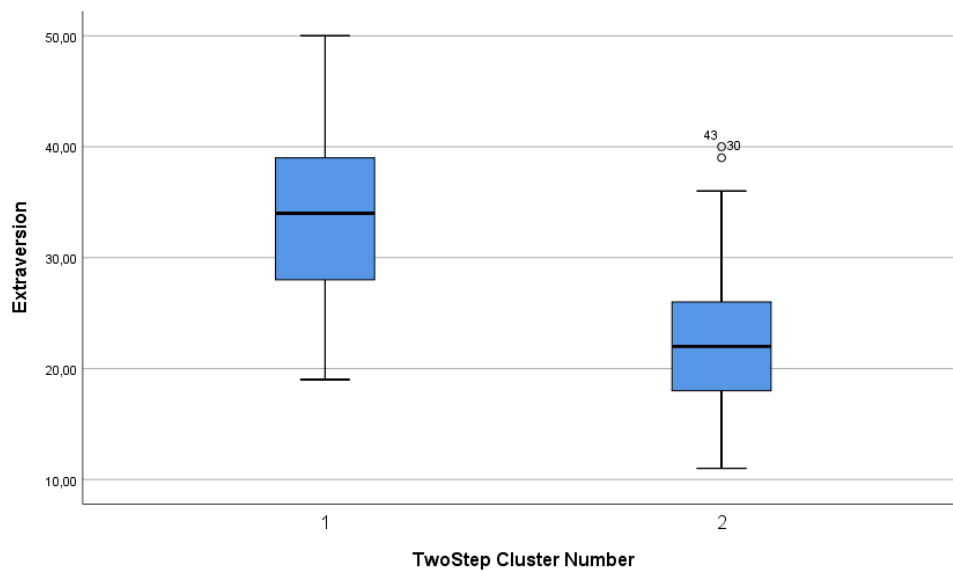
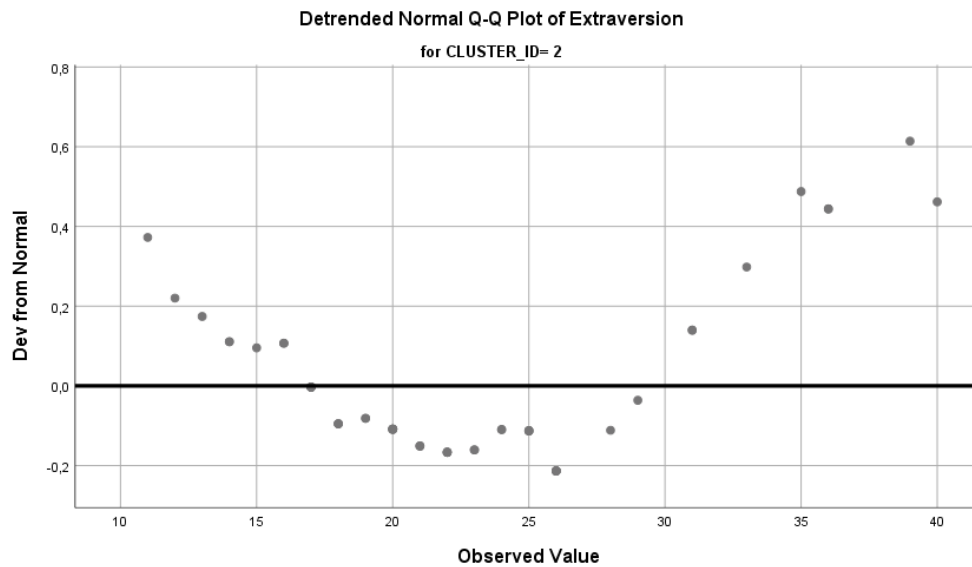
Normal Q-Q Plots





Detrended Normal Q-Q Plots





Agreeableness Stem-and-Leaf Plots

Agreeableness Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
1,00	1. 9
7,00	2. 0002344
13,00	2. 5566777788999
12,00	3. 001112222244
14,00	3. 55666677777889
2,00	4. 00

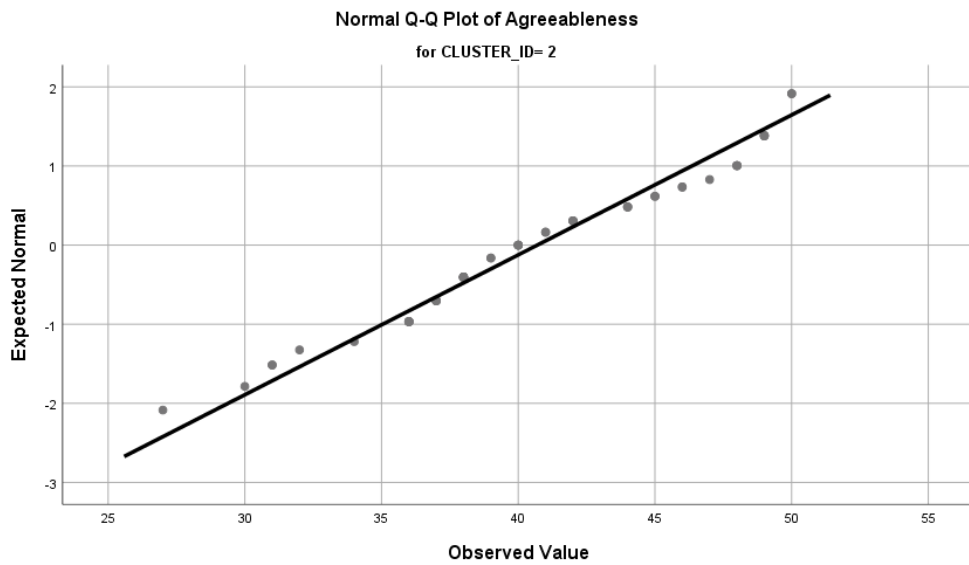
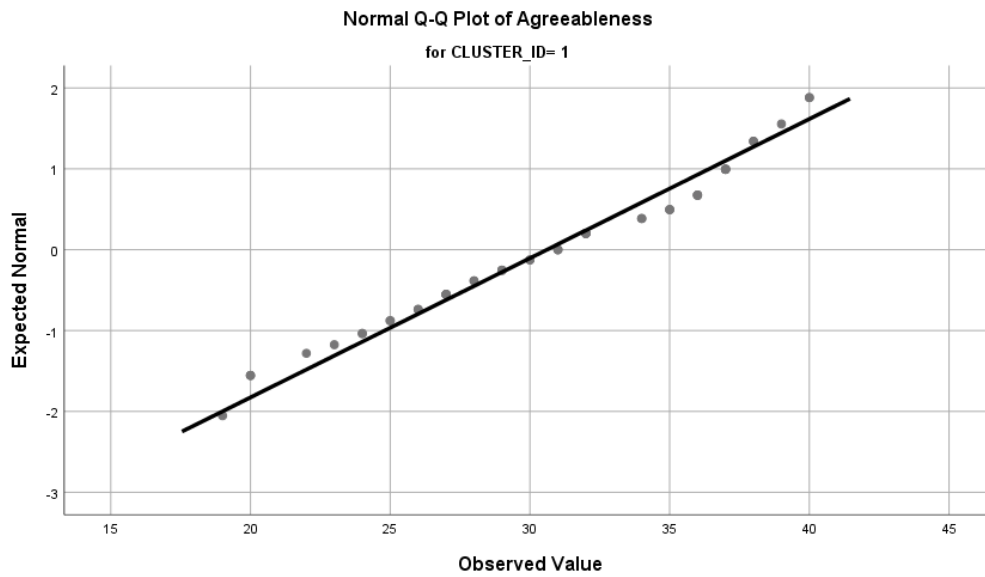
Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

Agreeableness Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

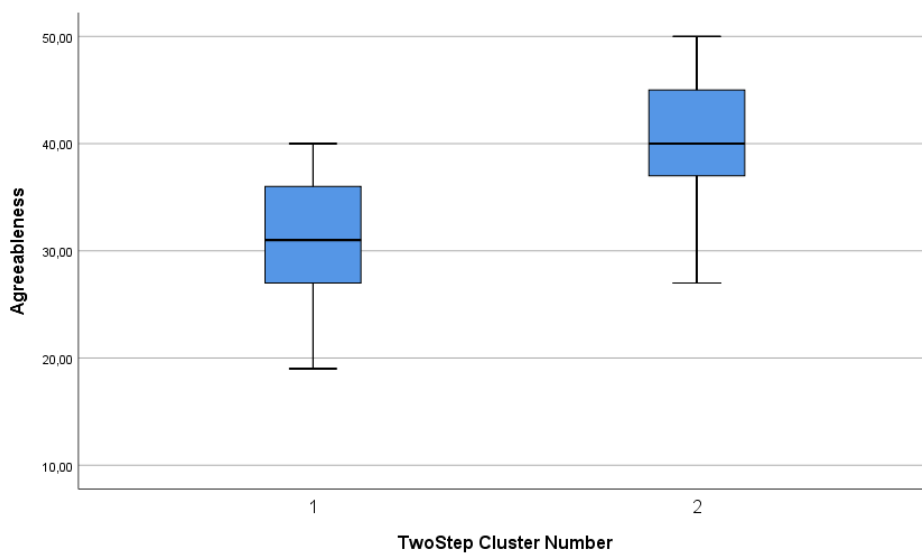
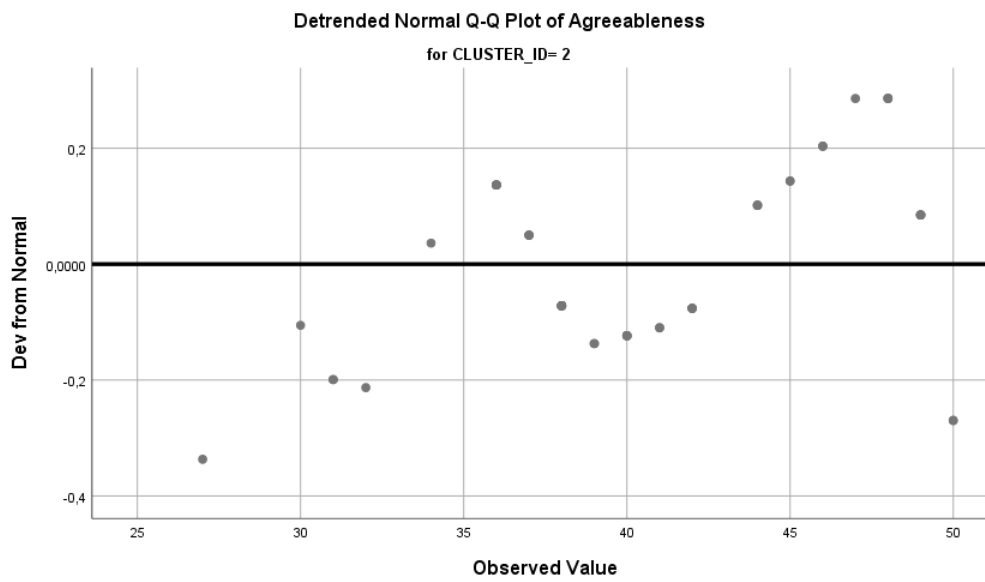
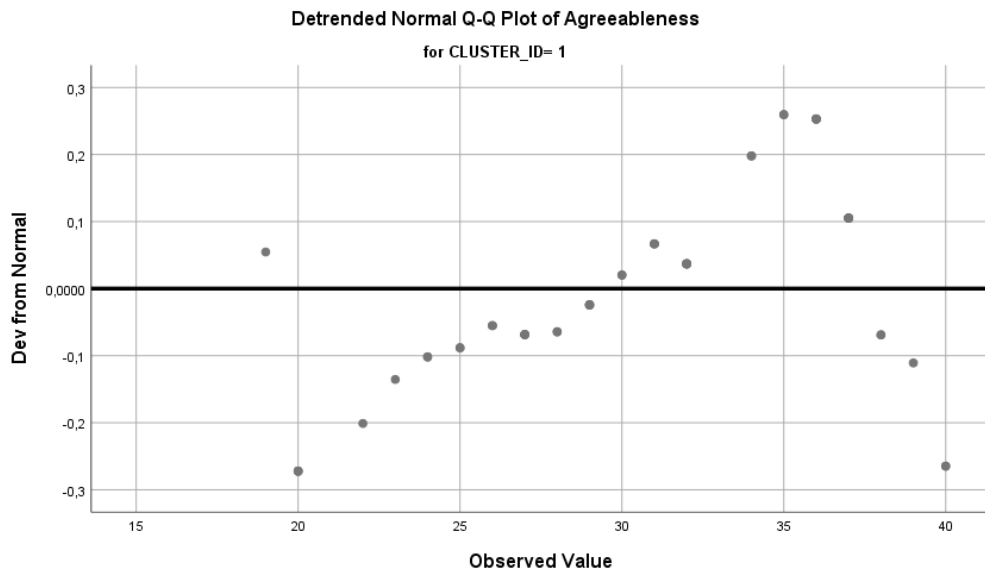
Frequency	Stem & Leaf
1,00	2. 7
5,00	3. 01124
18,00	3. 6666677788888888899
14,00	4. 00000112222444
13,00	4. 5566788889999
2,00	5. 00

Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plots



Detrended Normal Q-Q Plots



Conscientiousness Stem-and-Leaf Plots

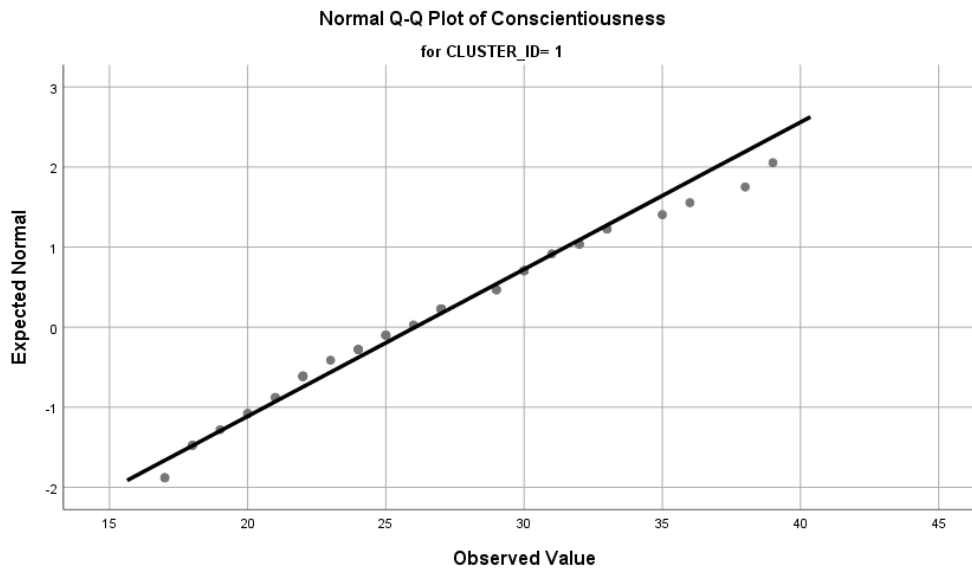
Conscientiousness Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

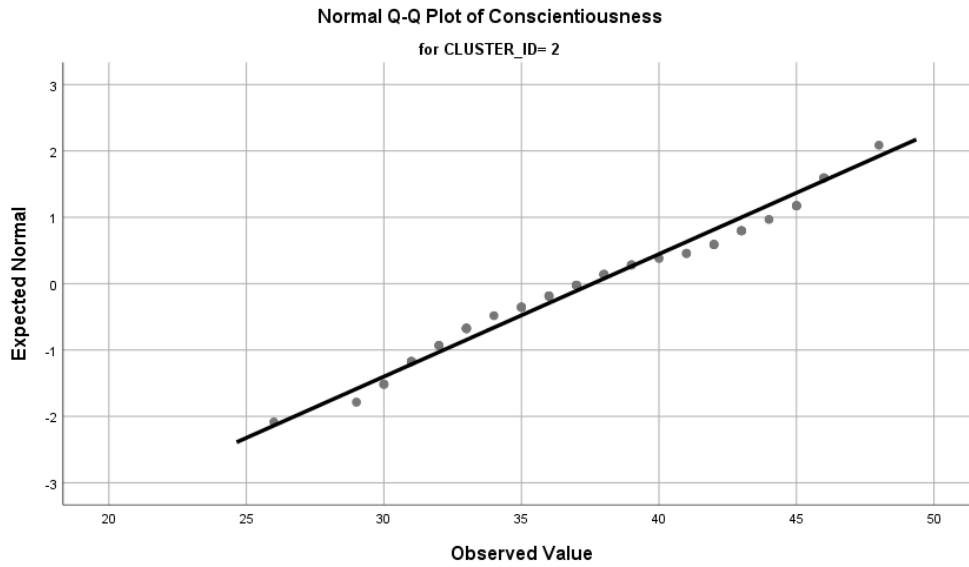
Frequency	Stem & Leaf
5,00	1. 77889
16,00	2. 0001122222234444
14,00	2. 55566777777999
10,00	3. 0000012233
4,00	3. 5689
Stem width:	10,00
Each leaf:	1 case(s)

Conscientiousness Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

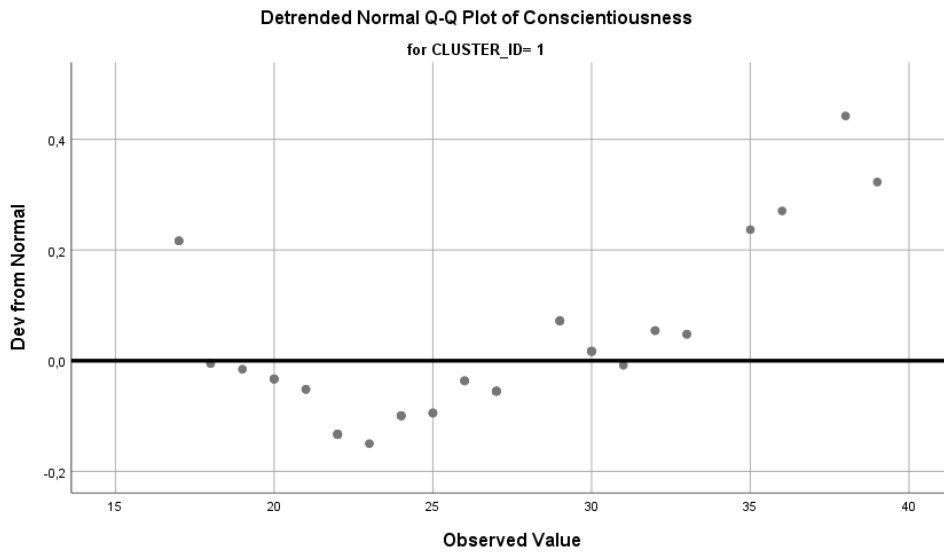
Frequency	Stem & Leaf
2,00	2. 69
15,00	3. 001111223333334
17,00	3. 55556667777888999
11,00	4. 01122233334
8,00	4. 55556668
Stem width:	10,00
Each leaf:	1 case(s)

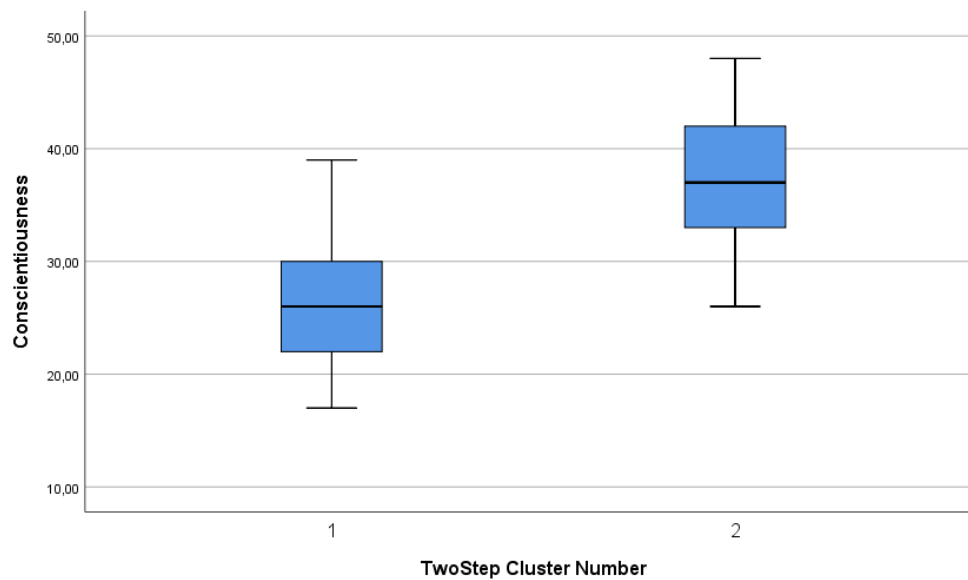
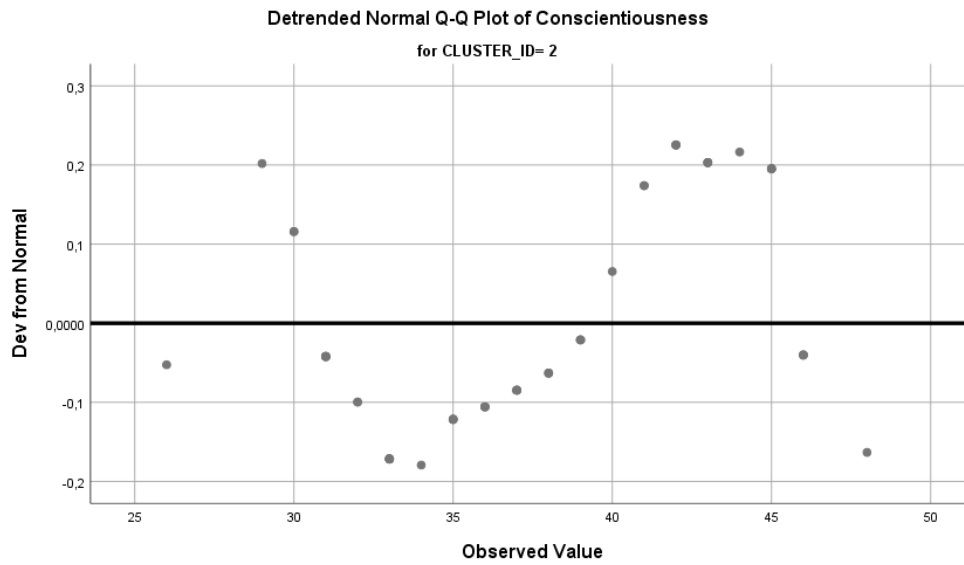
Normal Q-Q Plots





Detrended Normal Q-Q Plots





Emotional Stability

Stem-and-Leaf Plots

Emotional Stability Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
3,00	1. 344
3,00	1. 589
9,00	2. 012223334
16,00	2. 5556667777888899
10,00	3. 0001222333
8,00	3. 55566779

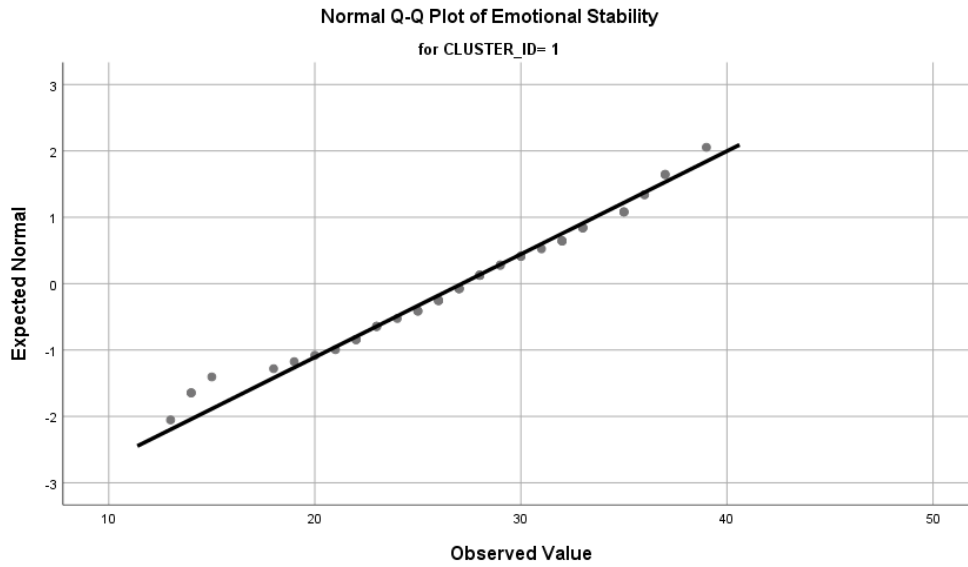
Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

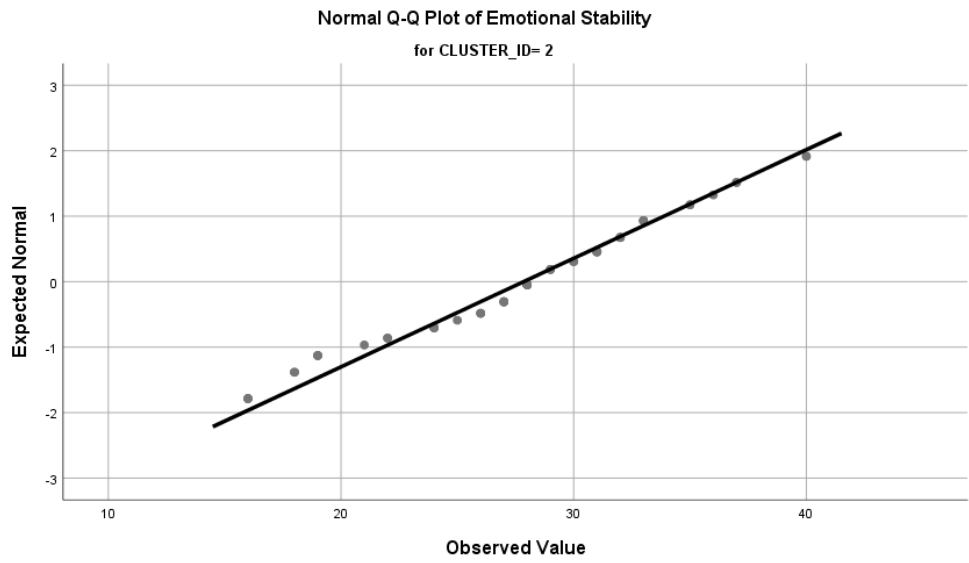
Emotional Stability Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

Frequency	Stem & Leaf
8,00	1. 66688999
6,00	2. 122444
18,00	2. 5666777788888888999
14,00	3. 00111122223333
5,00	3. 55677
2,00	4. 00

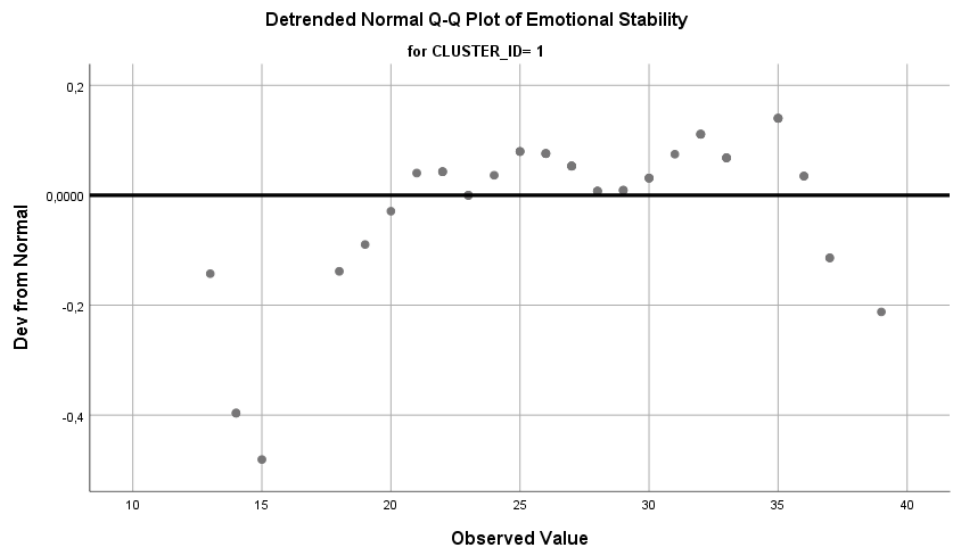
Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

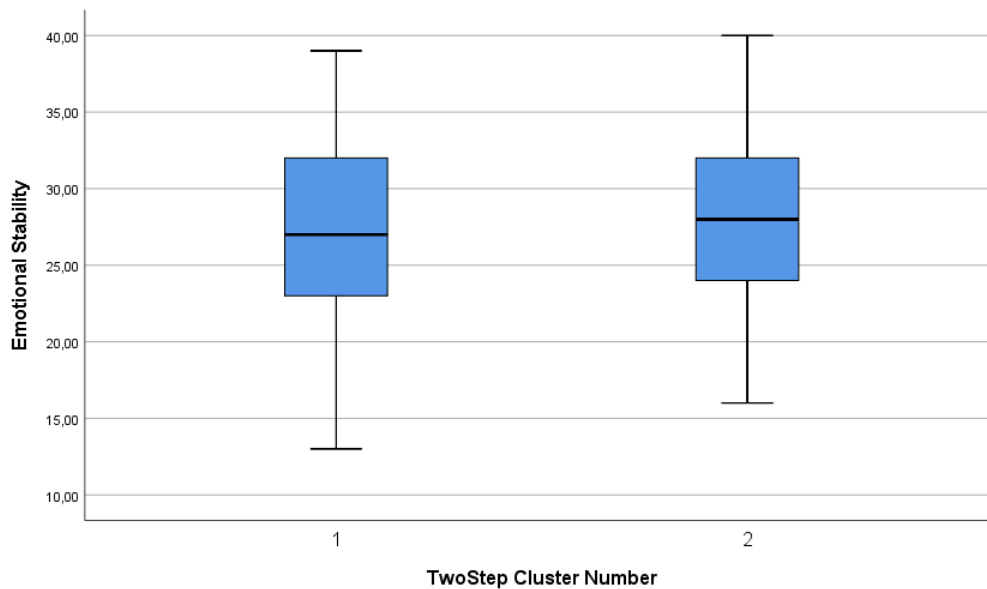
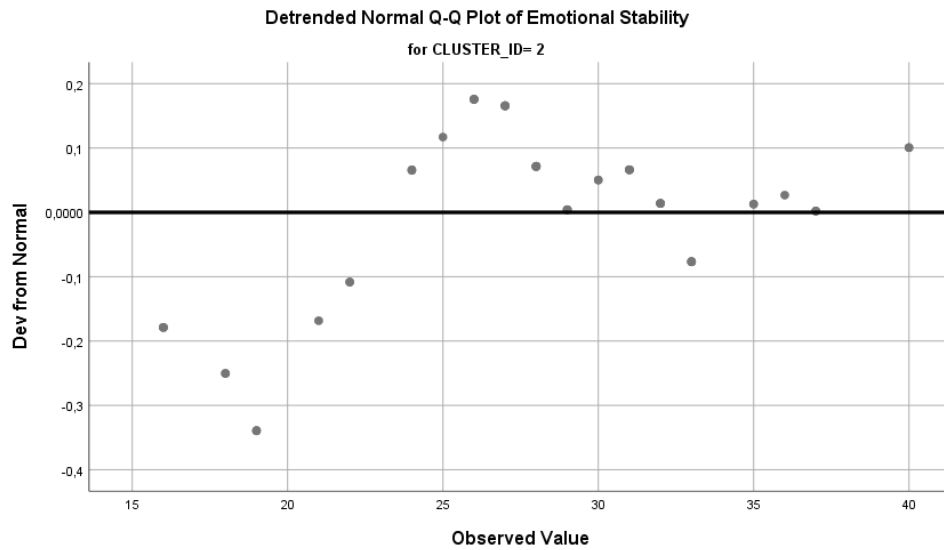
Normal Q-Q Plots





Detrended Normal Q-Q Plots





Intellect or Imagination

Stem-and-Leaf Plots

Intellect or Imagination Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
3,00	Extremes (= < 17)
2,00	1. 88
2,00	2. 04
4,00	2. 7888
13,00	3. 0001112223334
14,00	3. 555566666778889
7,00	4. 0000123
4,00	4. 5567

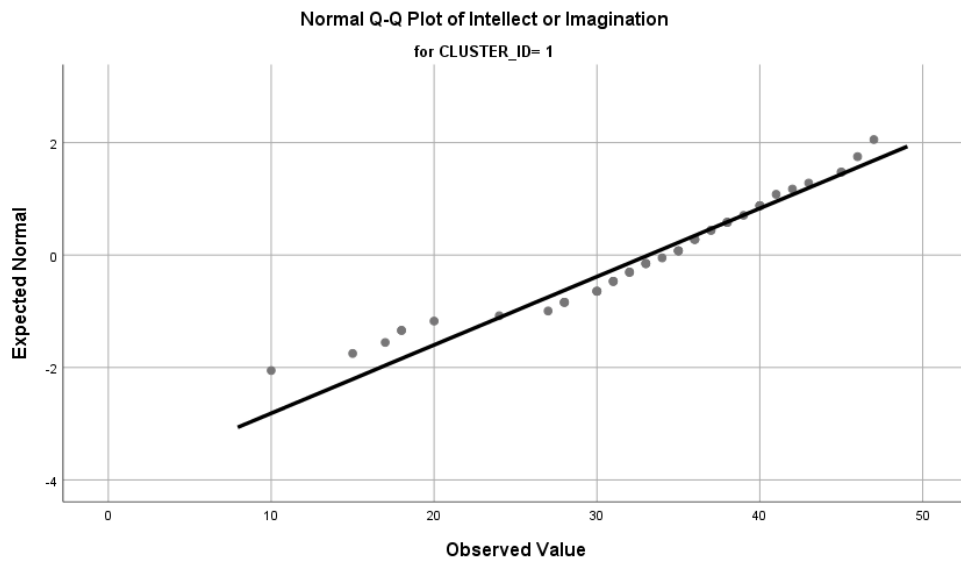
Stem width: 10,00
 Each leaf: 1 case(s)

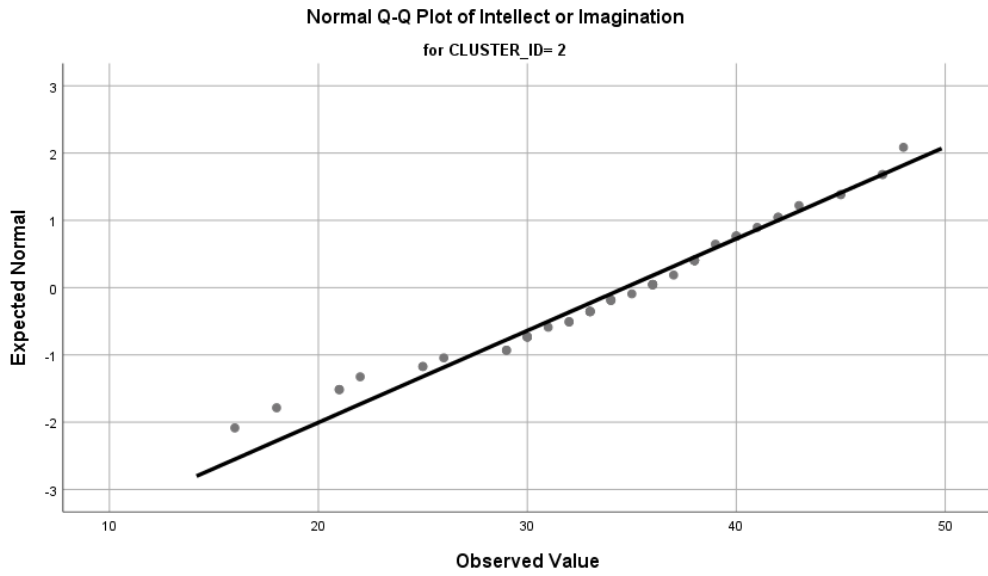
Intellect or Imagination Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

Frequency	Stem & Leaf
1,00	Extremes (<=16)
1,00	1. 8
3,00	2. 112
5,00	2. 55699
14,00	3. 00001223333444
16,00	3. 56666678888888889
8,00	4. 00012223
5,00	4. 55778

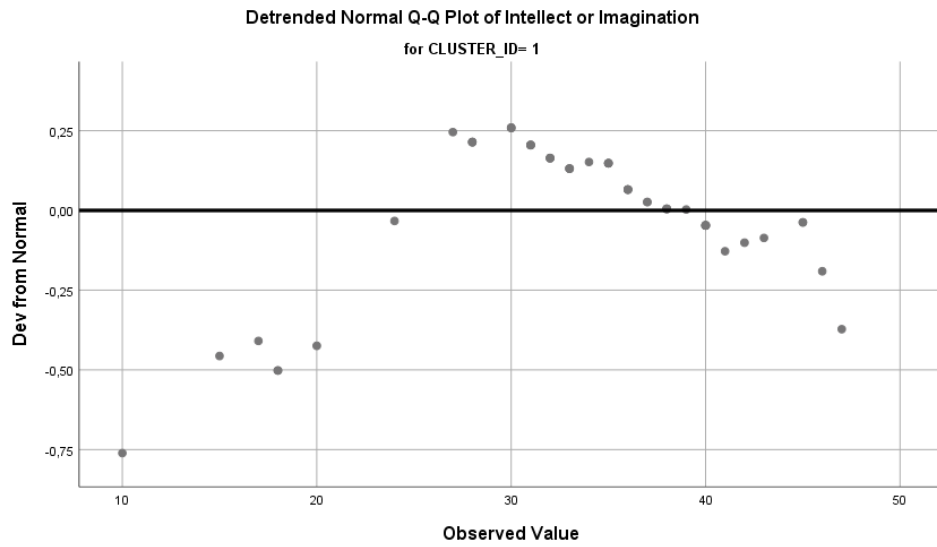
Stem width: 10,00
 Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plots





Detrended Normal Q-Q Plots



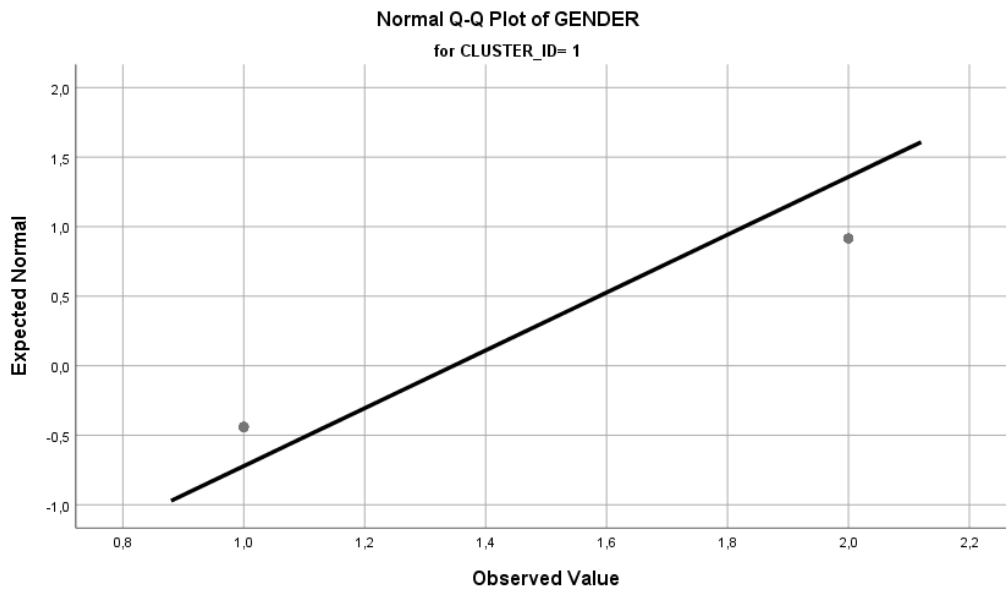
Stem width: 0
 Each leaf: 1 case(s)

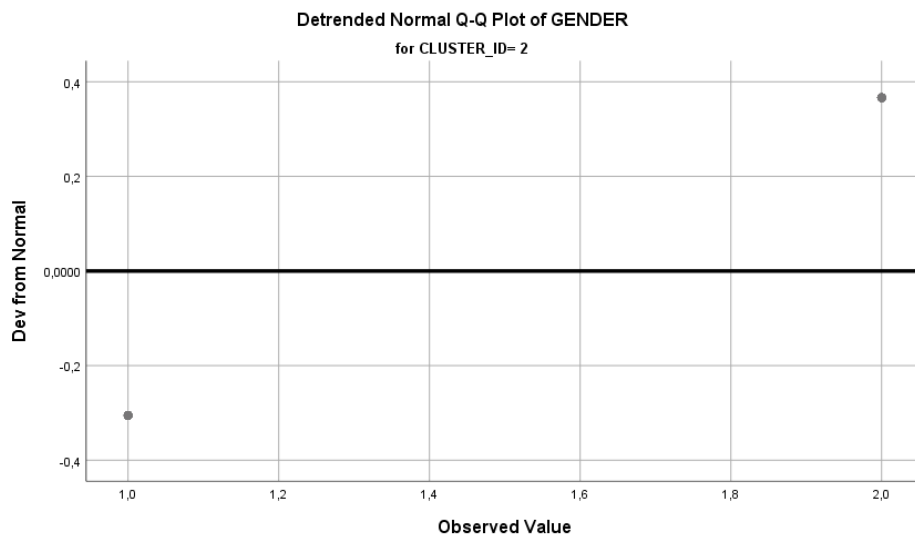
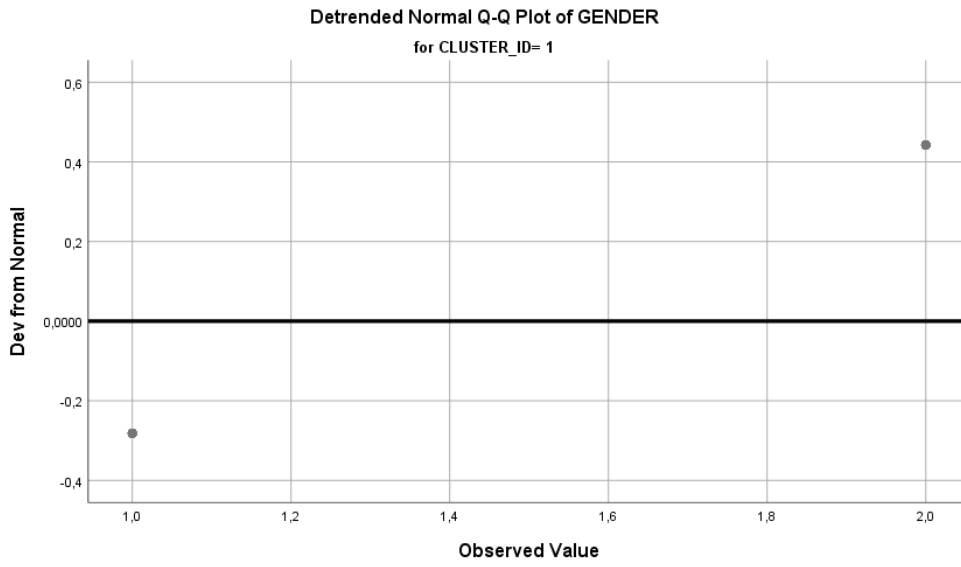
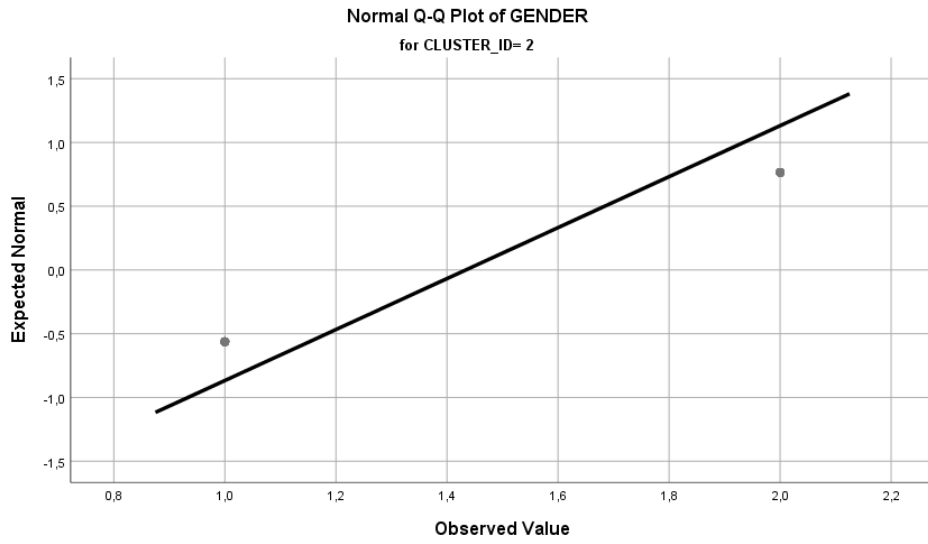
GENDER Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

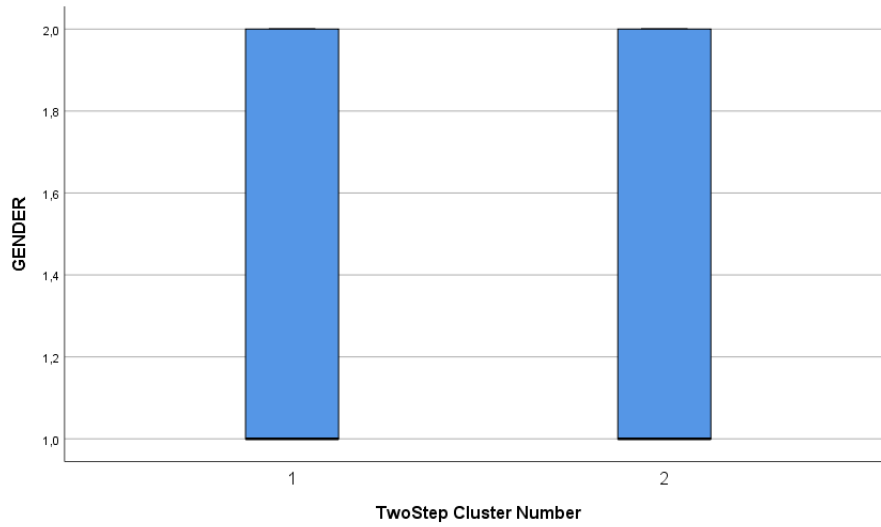
Frequency	Stem & Leaf
30,00	1. 00000000000000000000000000000000
,00	1.
,00	1.
,00	1.
,00	1.
23,00	2. 000000000000000000000000000000

Stem width: 1
 Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plots







AGE

Stem-and-Leaf Plots

AGE Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
1,00	1. 0
,00	1.
4,00	2. 0000
,00	2.
14,00	3. 0000000000000000
,00	3.
16,00	4. 0000000000000000
,00	4.
14,00	5. 0000000000000000

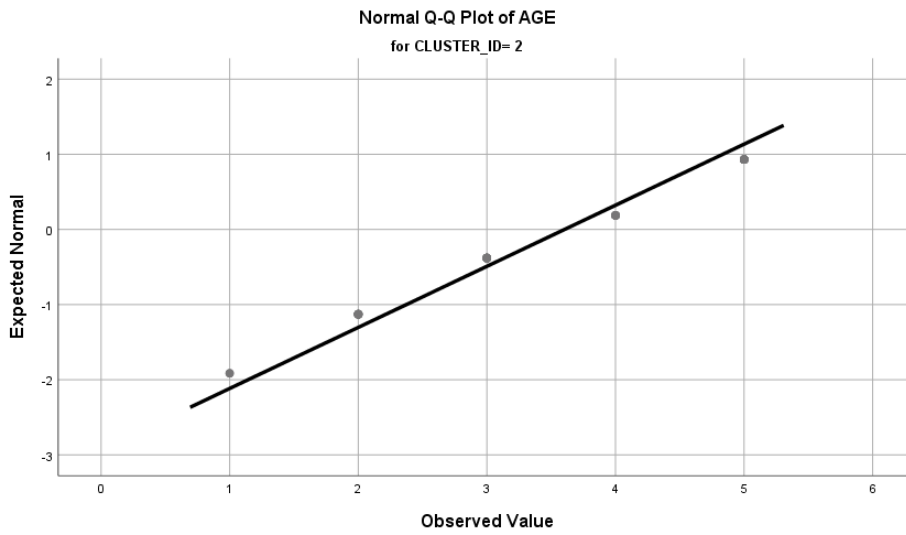
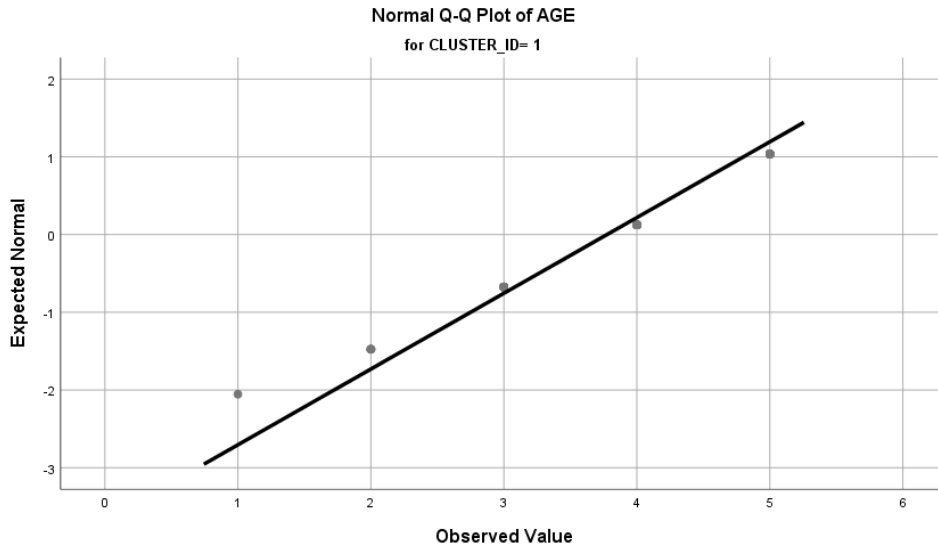
Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

AGE Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

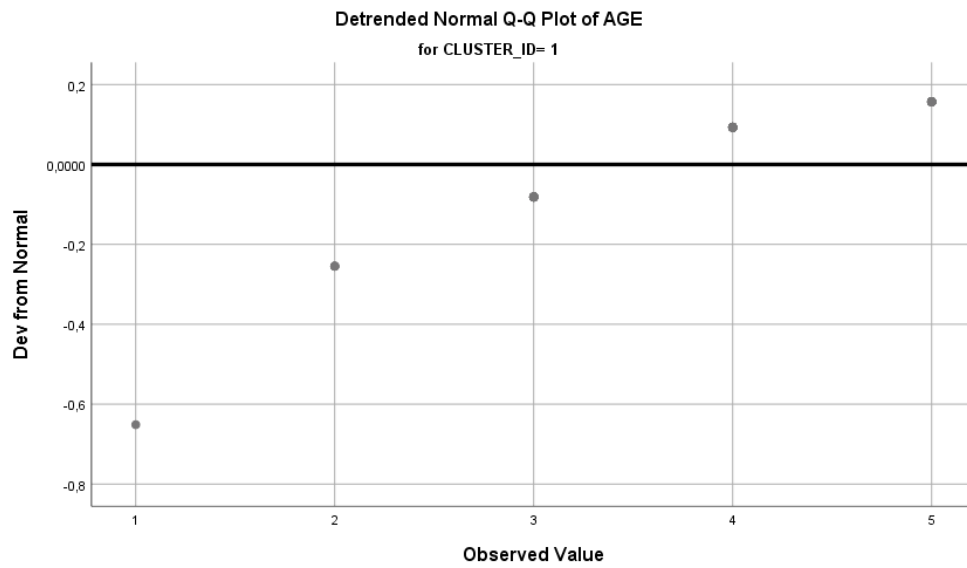
Frequency	Stem & Leaf
2,00	1. 00
,00	1.
9,00	2. 000000000
,00	2.
15,00	3. 0000000000000000
,00	3.
9,00	4. 000000000
,00	4.
18,00	5. 000000000000000000

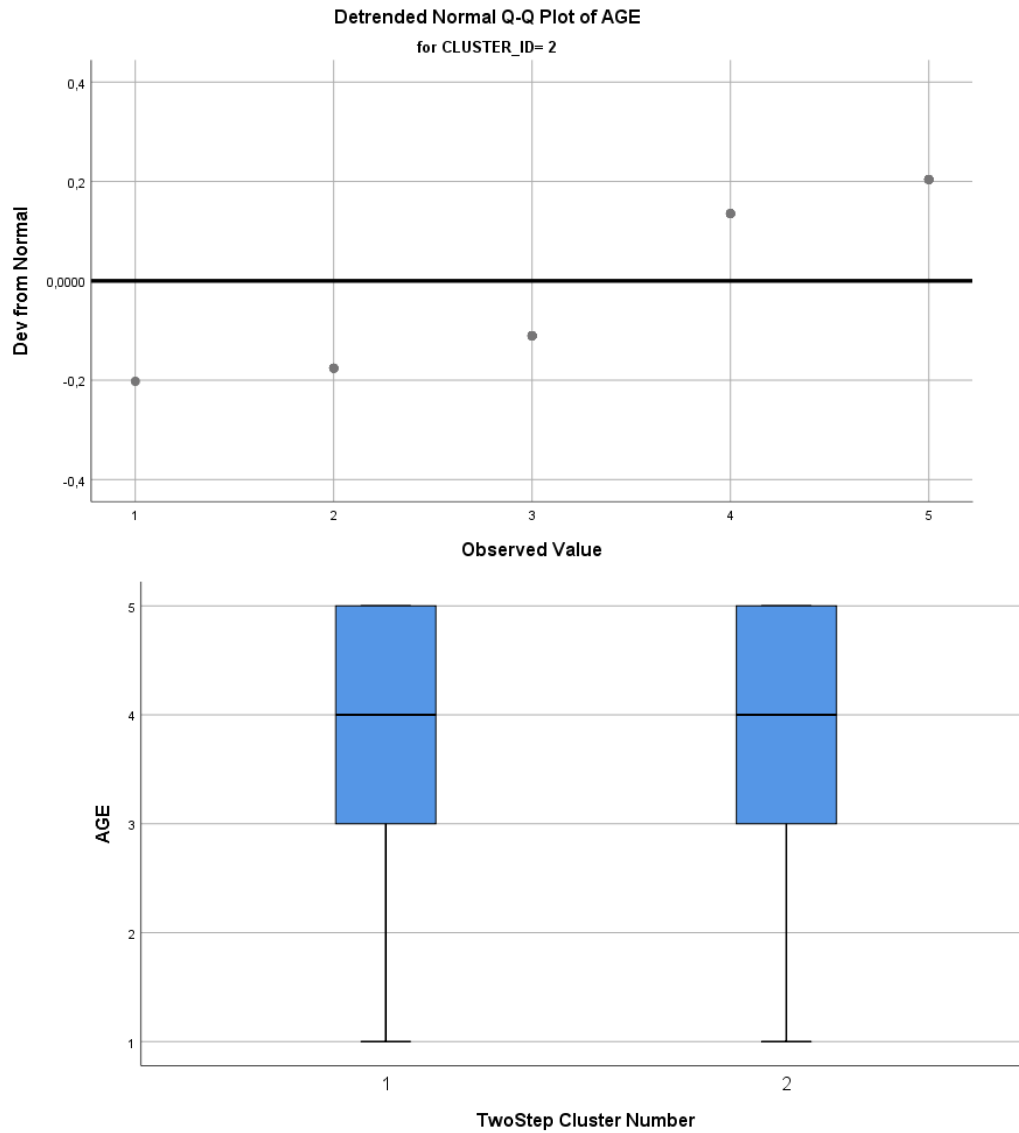
Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plots



Detrended Normal Q-Q Plots





EDUCATION

Stem-and-Leaf Plots

EDUCATION Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
22,00	1. 000000000000000000000000
,00	1.
19,00	2. 000000000000000000000000
,00	2.
6,00	3. 000000
2,00	Extremes (>=4,0)

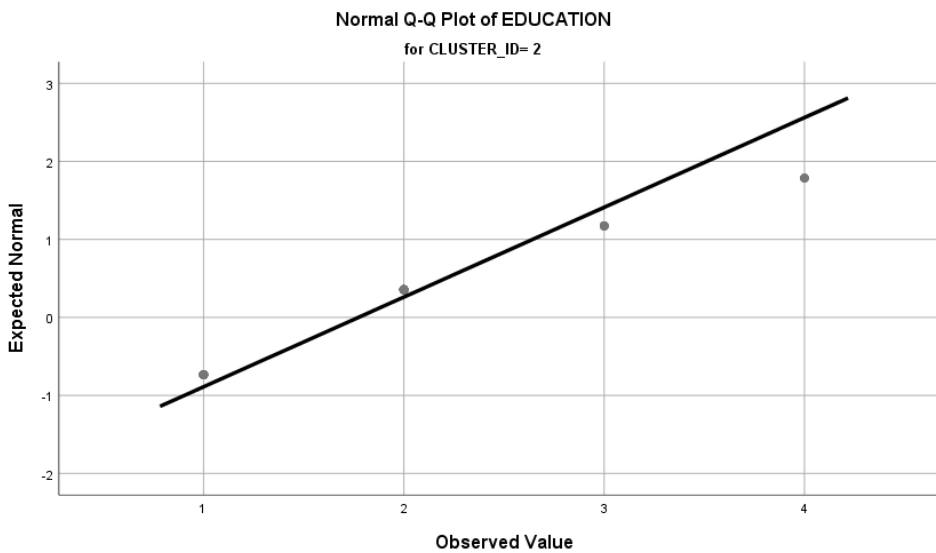
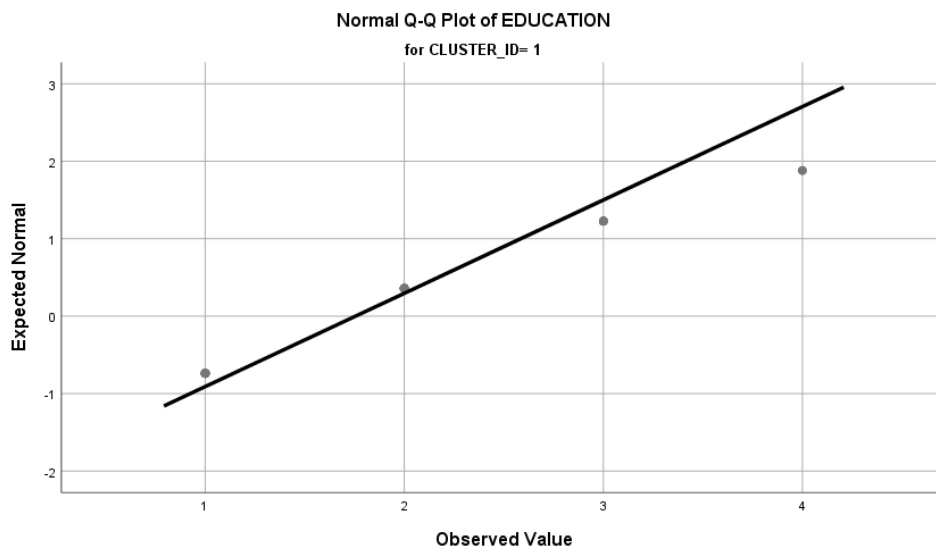
Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

EDUCATION Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

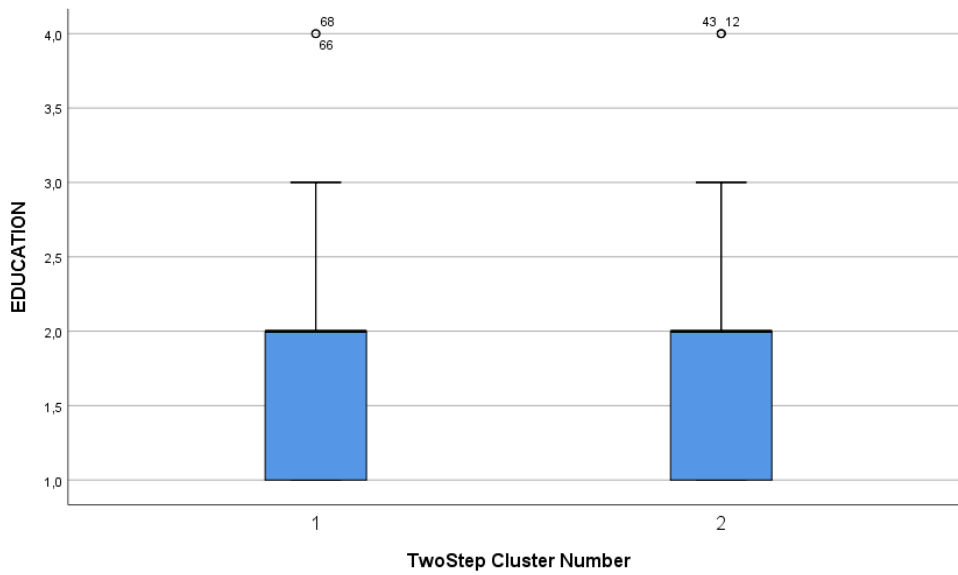
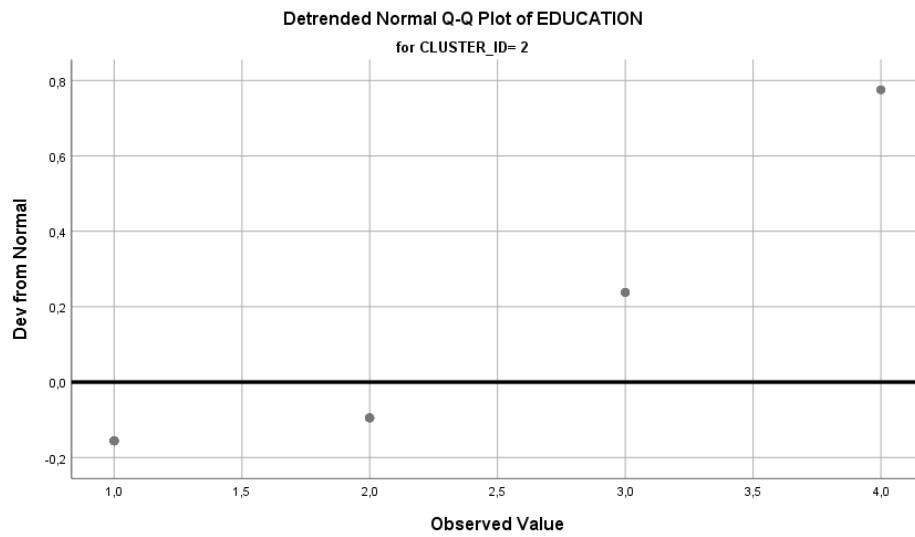
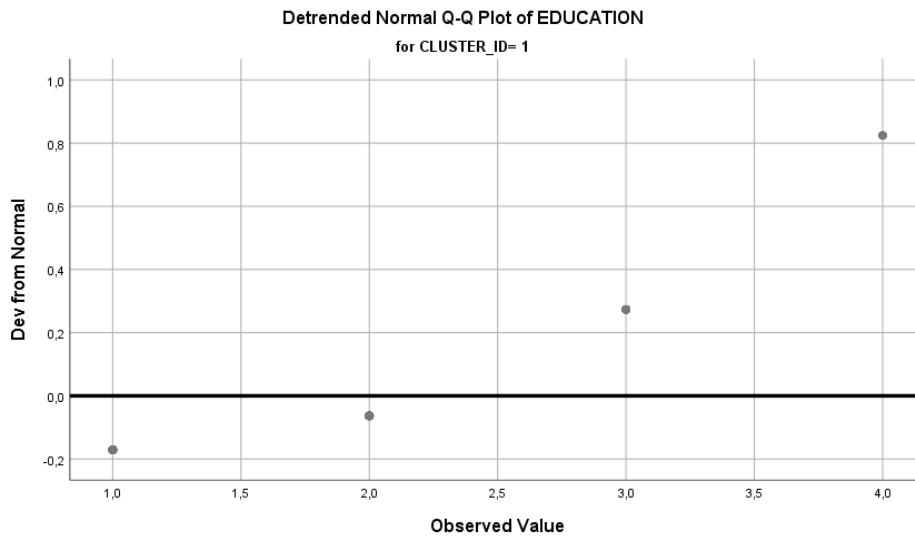
Frequency	Stem & Leaf
24,00	1. 000000000000000000000000
,00	1.
20,00	2. 0000000000000000000000
,00	2.
6,00	3. 000000
3,00	Extremes (>=4,0)

Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plots



Detrended Normal Q-Q Plots



EXPERIENCE

Stem-and-Leaf Plots

EXPERIENCE Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 1

Frequency	Stem & Leaf
2,00	Extremes (<=2,0)
,00	2.
7,00	2. 5555555
20,00	3. 00000000000000000000
15,00	3. 5555555555555555
4,00	4. 0000
1,00	Extremes (>=4,5)

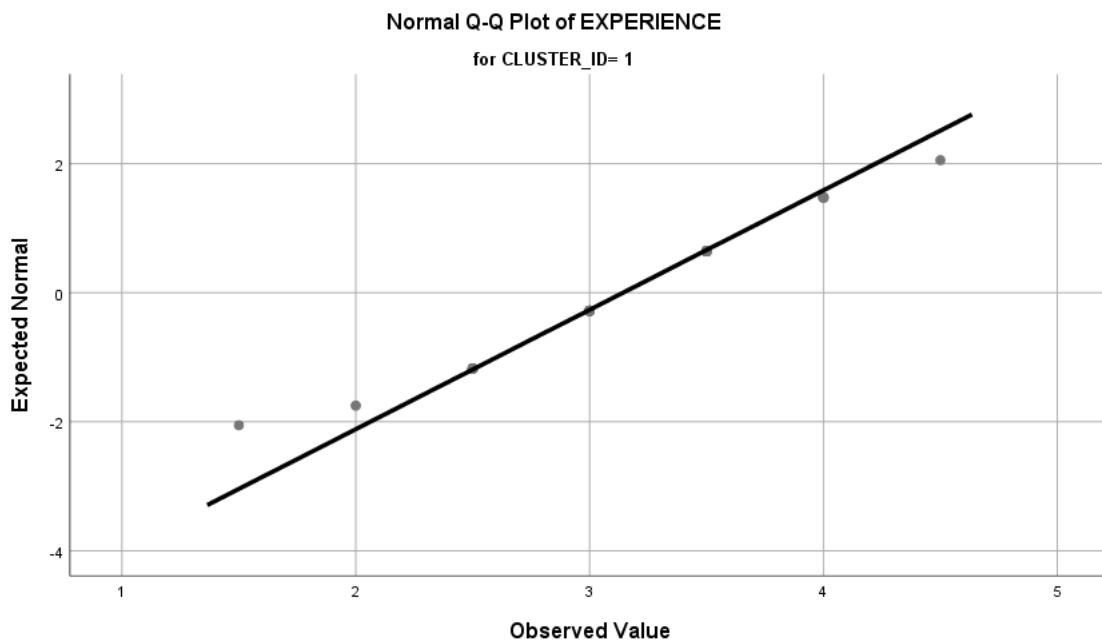
Stem width: 1,00
 Each leaf: 1 case(s)

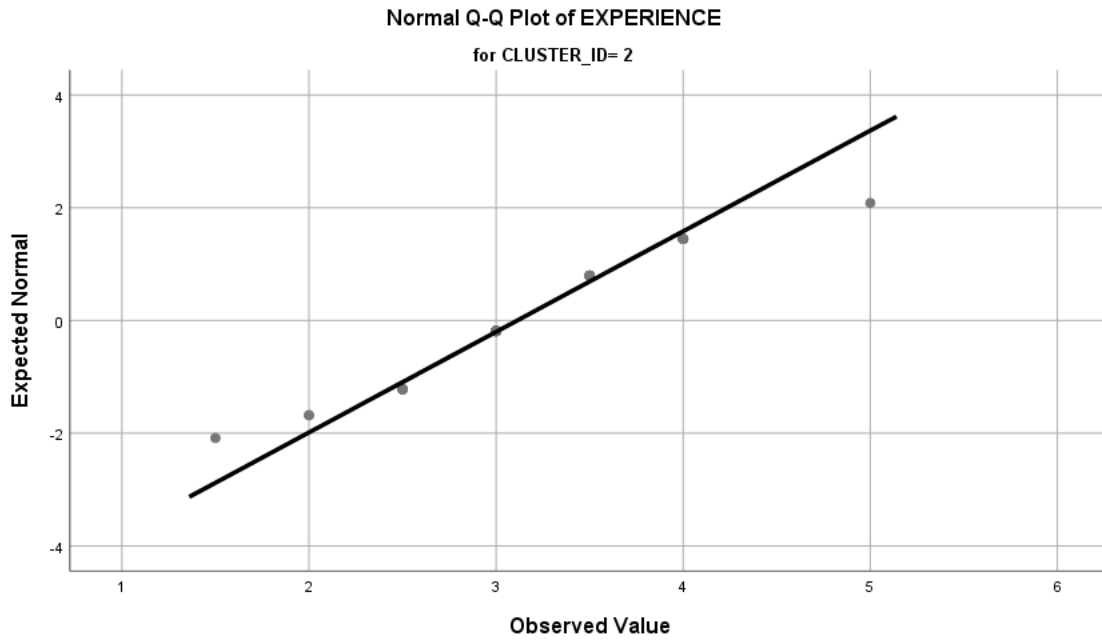
EXPERIENCE Stem-and-Leaf Plot for CLUSTER_ID= 2

Frequency	Stem & Leaf
3,00	Extremes (<=2,0)
,00	2.
5,00	2. 55555
29,00	3. 00000000000000000000000000000000
10,00	3. 5555555555
5,00	4. 00000
1,00	Extremes (>=5,0)

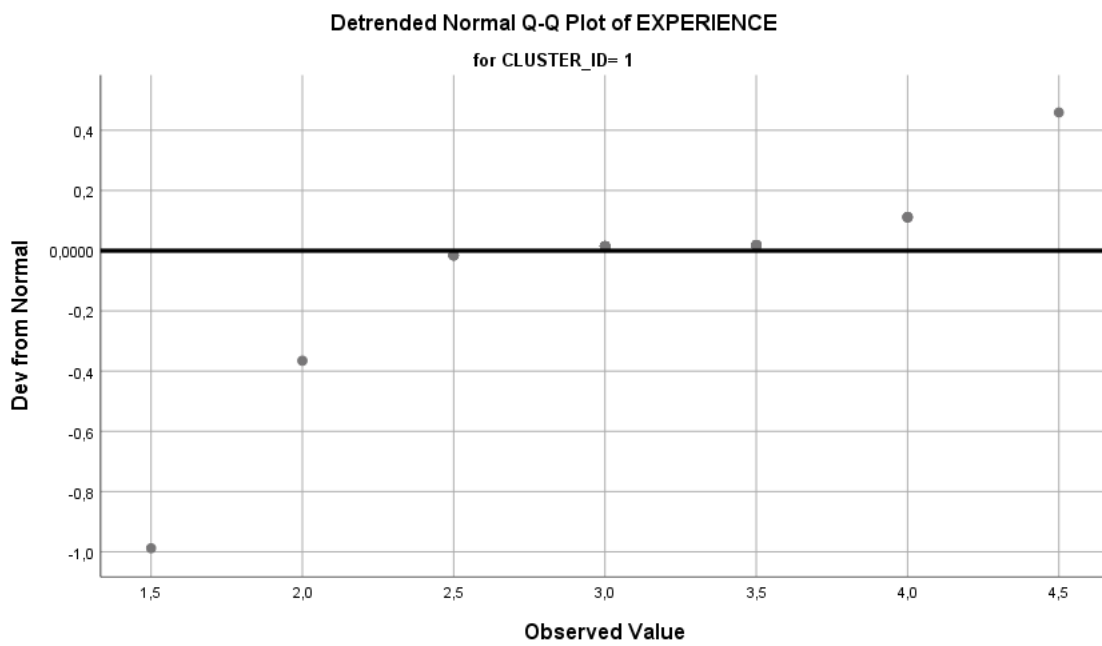
Stem width: 1,00
 Each leaf: 1 case(s)

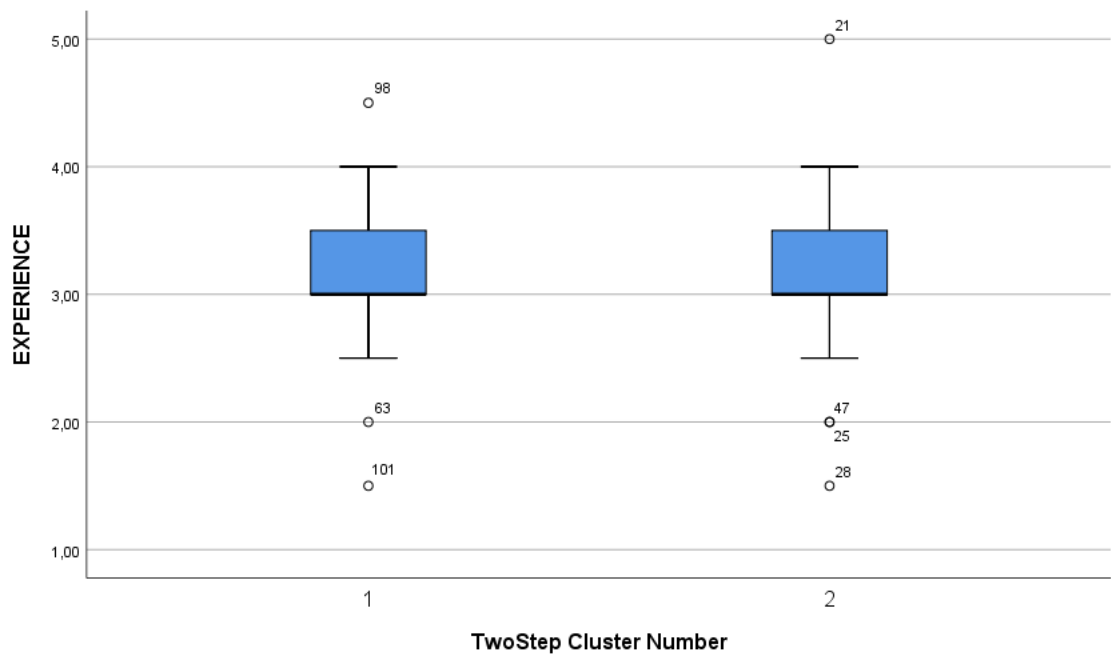
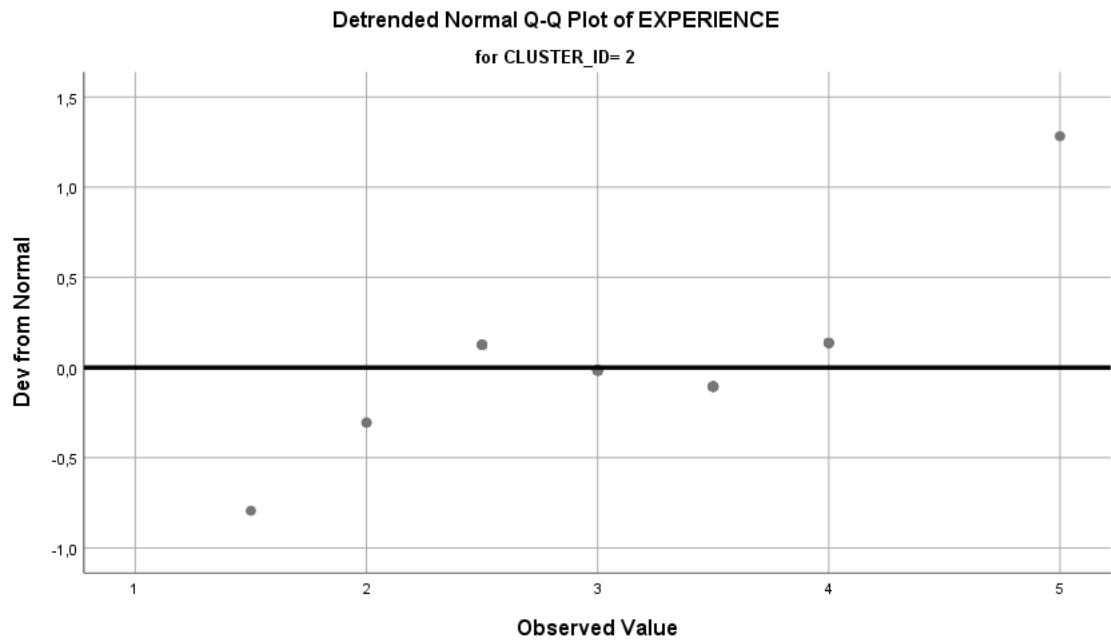
Normal Q-Q Plots





Detrended Normal Q-Q Plots





H6 HYPOTHESIS

H6.1 (PHYSICAL ENVIRONMENT)

Standard Multiple Regression Analysis for Group 1

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
HOLISTIC_VIEW	3,1684	,78956	49
IT_FACILITIES	3,1361	,91520	49
AMBIENT_CONDITIONS	2,7837	,76030	49
SPACE	3,1582	,88343	49
HYGIENE	3,5646	,66312	49
SIGNAGE	3,4796	,76007	49

Correlations

		HOLISTIC_VIEW	IT_FACILITIES	AMBIENT_CONDITIONS	SPACE	HYGIENE	SIGNAGE
Pearson Correlation	HOLISTIC_VIEW	1,000	,405	,647	,265	,610	,429
	IT_FACILITIES	,405	1,000	,173	-,152	,289	,121
	AMBIENT_CONDITIONS	,647	,173	1,000	,289	,397	,129
	SPACE	,265	-,152	,289	1,000	,422	,492
	HYGIENE	,610	,289	,397	,422	1,000	,546
	SIGNAGE	,429	,121	,129	,492	,546	1,000
Sig. (1-tailed)	HOLISTIC_VIEW	.	,002	,000	,033	,000	,001
	IT_FACILITIES	,002	.	,117	,149	,022	,203
	AMBIENT_CONDITIONS	,000	,117	.	,022	,002	,188
	SPACE	,033	,149	,022	.	,001	,000
	HYGIENE	,000	,022	,002	,001	.	,000
	SIGNAGE	,001	,203	,188	,000	,000	.
N	HOLISTIC_VIEW	49	49	49	49	49	49
	IT_FACILITIES	49	49	49	49	49	49
	AMBIENT_CONDITIONS	49	49	49	49	49	49
	SPACE	49	49	49	49	49	49
	HYGIENE	49	49	49	49	49	49
	SIGNAGE	49	49	49	49	49	49

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				(Constant)	IT_FACILITIES	AMBIENT_CONDITIONS	SPACE	HYGIENE	SIGNAGE
1	1	5,801	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,088	8,096	,00	,42	,00	,18	,00	,01
	3	,053	10,430	,00	,03	,76	,01	,00	,09
	4	,025	15,265	,07	,46	,02	,80	,05	,22
	5	,019	17,561	,89	,05	,09	,00	,02	,28
	6	,014	20,375	,03	,03	,13	,00	,93	,39

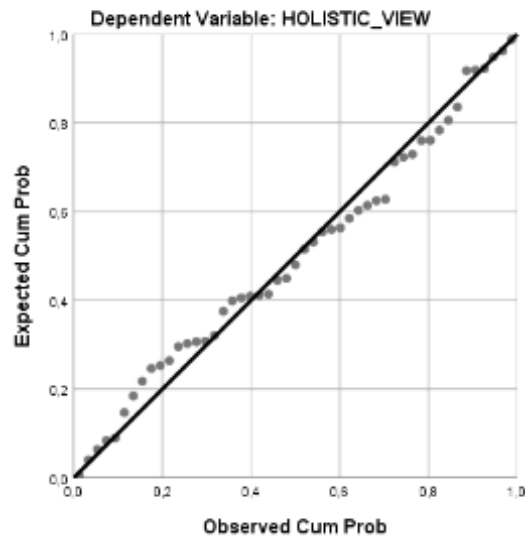
a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Residuals Statistics^a

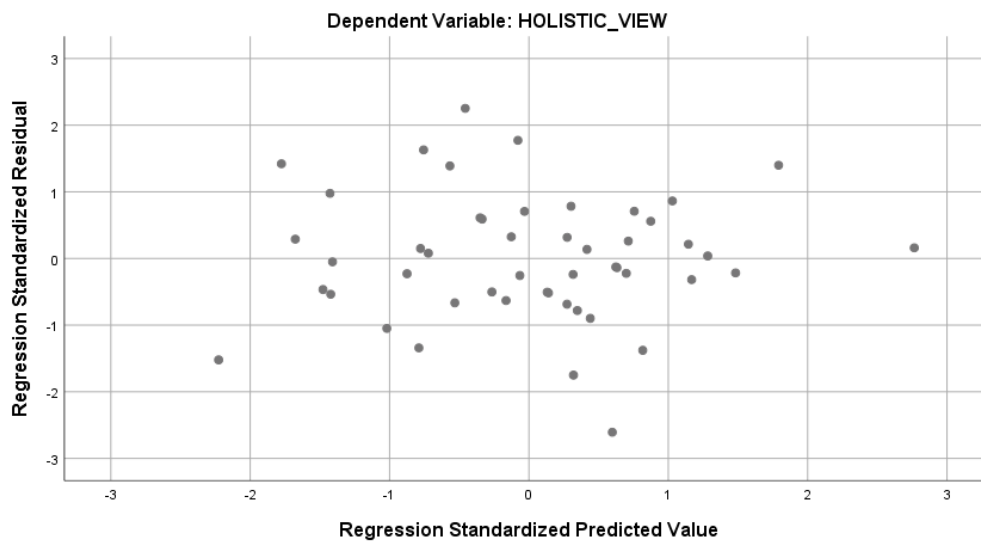
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,7573	4,9205	3,1684	,63368	49
Std. Predicted Value	-2,227	2,765	,000	1,000	49
Standard Error of Predicted Value	,091	,317	,167	,049	49
Adjusted Predicted Value	1,9444	4,8878	3,1624	,63389	49
Residual	-1,29741	1,12124	,00000	,47102	49
Std. Residual	-2,607	2,253	,000	,946	49
Stud. Residual	-2,823	2,413	,005	1,029	49
Deleted Residual	-1,52091	1,36349	,00594	,56117	49
Stud. Deleted Residual	-3,091	2,564	,004	1,064	49
Mahal. Distance	,632	18,480	4,898	3,597	49
Cook's Distance	,000	,507	,035	,085	49
Centered Leverage Value	,013	,385	,102	,075	49

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



Standard Multiple Regression Analysis for Group 2

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
HOLISTIC_VIEW	3,8113	,60825	53
IT_FACILITIES	4,1384	,82024	53
AMBIENT_CONDITIONS	3,3170	,84983	53
SPACE	4,1651	,73207	53
HYGIENE	4,0671	,52131	53
SIGNAGE	4,0566	,82573	53

Correlations

		HOLISTIC_VIEW	IT_FACILITIES	AMBIENT_CONDITIONS	SPACE	HYGIENE	SIGNAGE
Pearson Correlation	HOLISTIC_VIEW	1,000	,320	,369	,012	,549	,402
	IT_FACILITIES	,320	1,000	,289	,089	,349	,154
	AMBIENT_CONDITIONS	,369	,289	1,000	,015	,512	,203
	SPACE	,012	,089	,015	1,000	,362	,121
	HYGIENE	,549	,349	,512	,362	1,000	,432
	SIGNAGE	,402	,154	,203	,121	,432	1,000
Sig. (1-tailed)	HOLISTIC_VIEW	.	,010	,003	,466	,000	,001
	IT_FACILITIES	,010	.	,018	,262	,005	,136
	AMBIENT_CONDITIONS	,003	,018	.	,458	,000	,073
	SPACE	,466	,262	,458	.	,004	,193
	HYGIENE	,000	,005	,000	,004	.	,001
	SIGNAGE	,001	,136	,073	,193	,001	.
N	HOLISTIC_VIEW	53	53	53	53	53	53
	IT_FACILITIES	53	53	53	53	53	53
	AMBIENT_CONDITIONS	53	53	53	53	53	53
	SPACE	53	53	53	53	53	53
	HYGIENE	53	53	53	53	53	53
	SIGNAGE	53	53	53	53	53	53

Collinearity Diagnostics^a

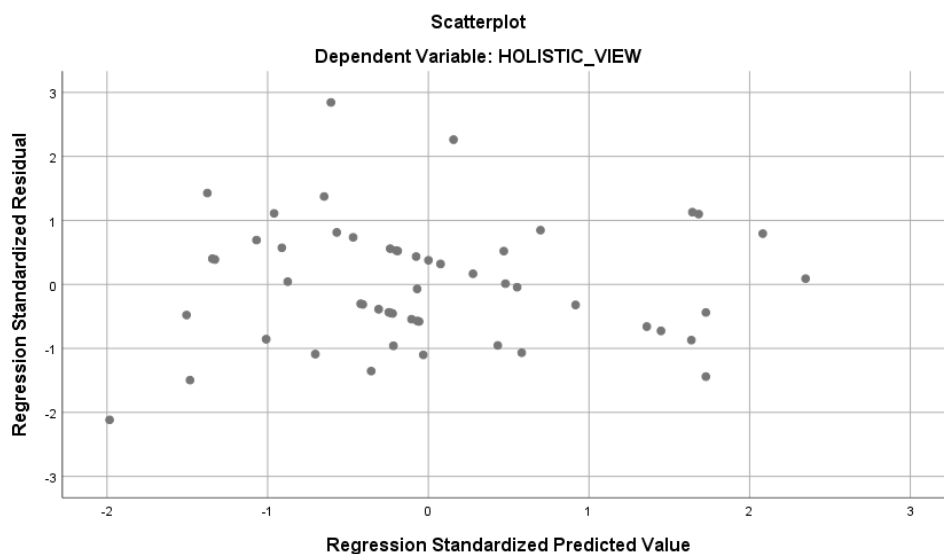
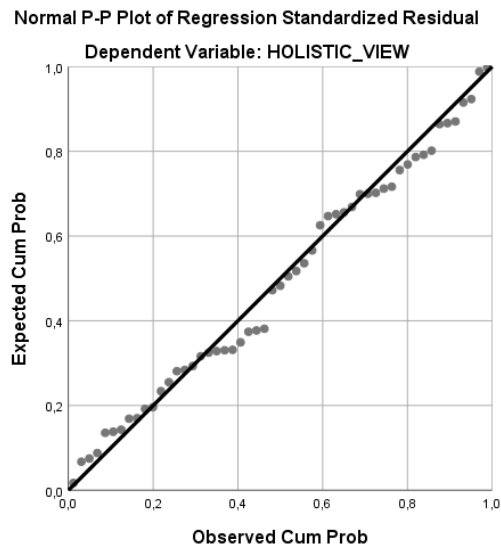
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	(Constant)	Variance Proportions				
					IT_FACILITIES	AMBIENT_CONDITIONS	SPACE	HYGIENE	SIGNAGE
1	1	5,875	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,048	11,043	,01	,00	,61	,11	,00	,03
	3	,032	13,553	,00	,36	,01	,04	,00	,58
	4	,028	14,467	,00	,48	,11	,30	,00	,16
	5	,011	23,448	,74	,15	,05	,45	,02	,14
	6	,006	30,195	,24	,01	,21	,10	,97	,09

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,0562	4,7051	3,8113	,38064	53
Std. Predicted Value	-1,984	2,348	,000	1,000	53
Standard Error of Predicted Value	,095	,288	,161	,047	53
Adjusted Predicted Value	3,1739	4,6842	3,8223	,37803	53
Residual	-1,05624	1,41950	,00000	,47443	53
Std. Residual	-2,117	2,845	,000	,951	53
Stud. Residual	-2,591	2,954	-,010	1,017	53
Deleted Residual	-1,58230	1,53080	-,01096	,54667	53
Stud. Deleted Residual	-2,768	3,238	-,006	1,050	53
Mahal. Distance	,895	16,307	4,906	3,595	53
Cook's Distance	,000	,557	,027	,078	53
Centered Leverage Value	,017	,314	,094	,069	53

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW



H6.2 SOCIAL ENVIRONMENT

Standard Multiple Regression Analysis for Group 1

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
HOLISTIC_VIEW	3,1684	,78956	49
EMPLOYEES	3,2551	,59070	49
DENSITY_EVAL	3,4082	,54476	49
EMOTIONS_EVAL	3,4150	,79358	49

Correlations

		HOLISTIC_VI EW	EMPLOYEES	DENSITY_EV AL	EMOTIONS_E VAL
Pearson Correlation	HOLISTIC_VIEW	1,000	,689	-,101	-,004
	EMPLOYEES	,689	1,000	,188	-,089
	DENSITY_EVAL	-,101	,188	1,000	,283
	EMOTIONS_EVAL	-,004	-,089	,283	1,000
Sig. (1-tailed)	HOLISTIC_VIEW	.	,000	,245	,488
	EMPLOYEES	,000	.	,098	,272
	DENSITY_EVAL	,245	,098	.	,025
	EMOTIONS_EVAL	,488	,272	,025	.
N	HOLISTIC_VIEW	49	49	49	49
	EMPLOYEES	49	49	49	49
	DENSITY_EVAL	49	49	49	49
	EMOTIONS_EVAL	49	49	49	49

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	EMPLOYEES	DENSITY_EV AL	EMOTIONS_E VAL
1	1	3,926	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,045	9,305	,00	,24	,00	,61
	3	,018	14,601	,00	,43	,70	,29
	4	,010	19,673	,99	,33	,29	,10

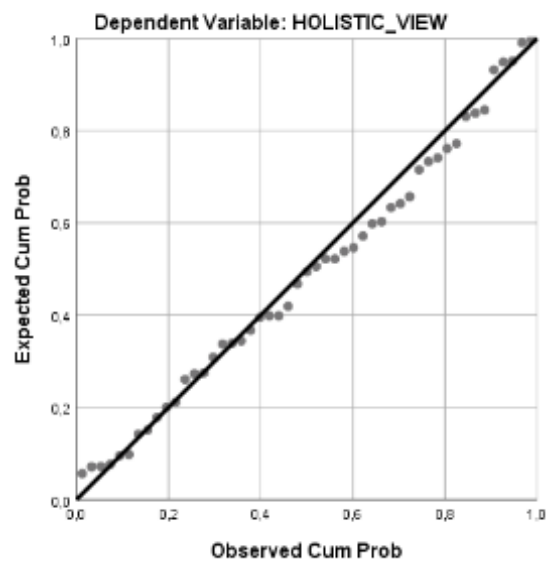
a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Residuals Statistics^a

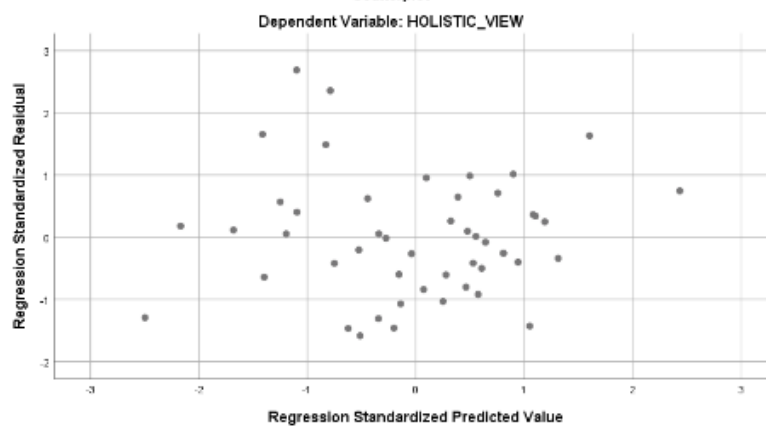
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,7088	4,5914	3,1684	,58450	49
Std. Predicted Value	-2,497	2,435	,000	1,000	49
Standard Error of Predicted Value	,082	,276	,147	,054	49
Adjusted Predicted Value	1,8754	4,4651	3,1624	,57445	49
Residual	-,86856	1,47384	,00000	,53082	49
Std. Residual	-1,584	2,688	,000	,968	49
Stud. Residual	-1,621	2,807	,005	1,025	49
Deleted Residual	-,98594	1,60685	,00595	,59725	49
Stud. Deleted Residual	-1,652	3,056	,014	1,058	49
Mahal. Distance	,086	11,218	2,939	3,040	49
Cook's Distance	,000	,374	,033	,072	49
Centered Leverage Value	,002	,234	,061	,063	49

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



Standard Multiple Regression Analysis for Group 2

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
HOLISTIC_VIEW	3,8113	,60825	53
EMPLOYEES	4,2075	,48780	53
DENSITY_EVAL	3,2129	,42176	53
EMOTIONS_EVAL	2,1195	,60657	53

Correlations

		HOLISTIC_V EW	EMPLOYEES	DENSITY_EV AL	EMOTIONS_E VAL
Pearson Correlation	HOLISTIC_VIEW	1,000	,347	,012	,214
	EMPLOYEES	,347	1,000	,192	,298
	DENSITY_EVAL	,012	,192	1,000	-,087
	EMOTIONS_EVAL	,214	,298	-,087	1,000
Sig. (1-tailed)	HOLISTIC_VIEW	.	,005	,465	,062
	EMPLOYEES	,005	.	,085	,015
	DENSITY_EVAL	,465	,085	.	,268
	EMOTIONS_EVAL	,062	,015	,268	.
N	HOLISTIC_VIEW	53	53	53	53
	EMPLOYEES	53	53	53	53
	DENSITY_EVAL	53	53	53	53
	EMOTIONS_EVAL	53	53	53	53

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	EMPLOYEES	DENSITY_EV AL	EMOTIONS_E VAL
1	1	3,926	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,058	8,240	,01	,01	,05	,84
	3	,011	19,247	,02	,49	,71	,16
	4	,006	26,165	,97	,50	,24	,00

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Residuals Statistics^a

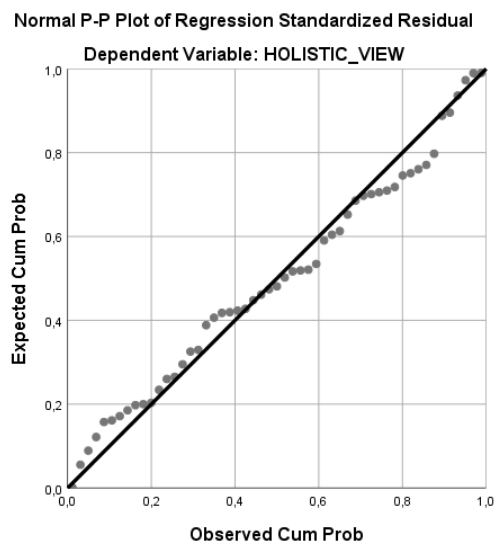
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,4288	4,2917	3,8113	,22388	53
Std. Predicted Value	-1,708	2,146	,000	1,000	53
Standard Error of Predicted Value	,082	,267	,155	,041	53
Adjusted Predicted Value	3,4455	4,2072	3,8081	,21962	53
Residual	-1,88909	1,36199	,00000	,56555	53
Std. Residual	-3,242	2,338	,000	,971	53
Stud. Residual	-3,362	2,384	,002	1,008	53
Deleted Residual	-2,03101	1,41634	,00320	,61053	53
Stud. Deleted Residual	-3,794	2,510	,000	1,052	53
Mahal. Distance	,043	9,949	2,943	2,175	53
Cook's Distance	,000	,212	,020	,040	53
Centered Leverage Value	,001	,191	,057	,042	53

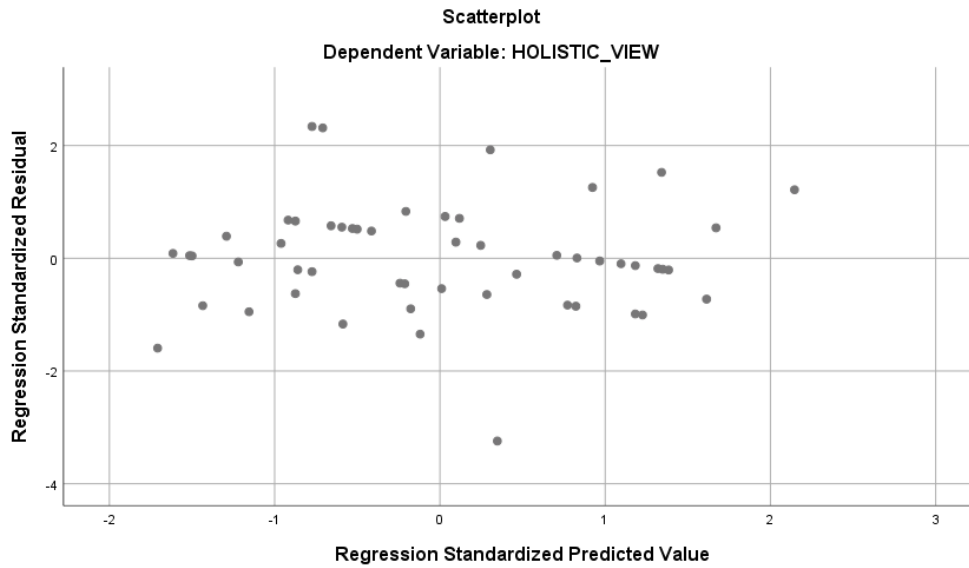
a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Std. Residual	HOLISTIC_VI EW	Predicted Value	Residual
51	-3,242	2,00	3,8891	-1,88909

a. Dependent Variable: HOLISTIC_VIEW





H7 HYPOTHESIS

Single Regression Analysis for Group 1

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SATISFACTION	3,2041	,74943	49
HOLISTIC_VIEW	3,1684	,78956	49

Correlations

		SATISFACTIO N	HOLISTIC_VI EW
Pearson Correlation	SATISFACTION	1,000	,808
	HOLISTIC_VIEW	,808	1,000
Sig. (1-tailed)	SATISFACTION	.	,000
	HOLISTIC_VIEW	,000	.
N	SATISFACTION	49	49
	HOLISTIC_VIEW	49	49

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,775	,266	2,909	,006	,239	1,311						
	HOLISTIC_VIEW	,767	,082	9,392	,000	,602	,931	,808	,808	,808	1,000	1,000	

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Collinearity Diagnostics^a

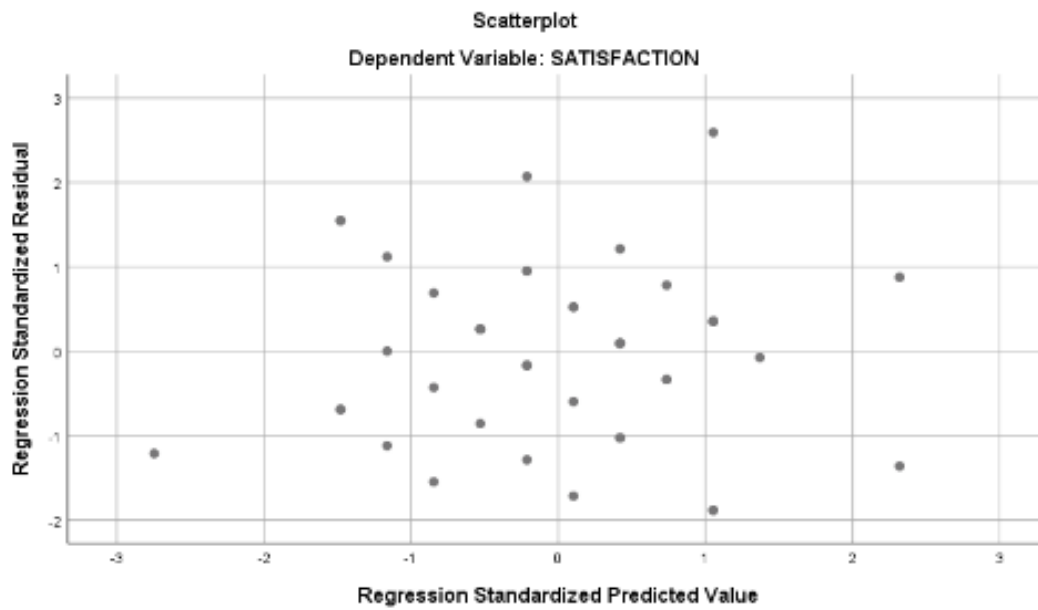
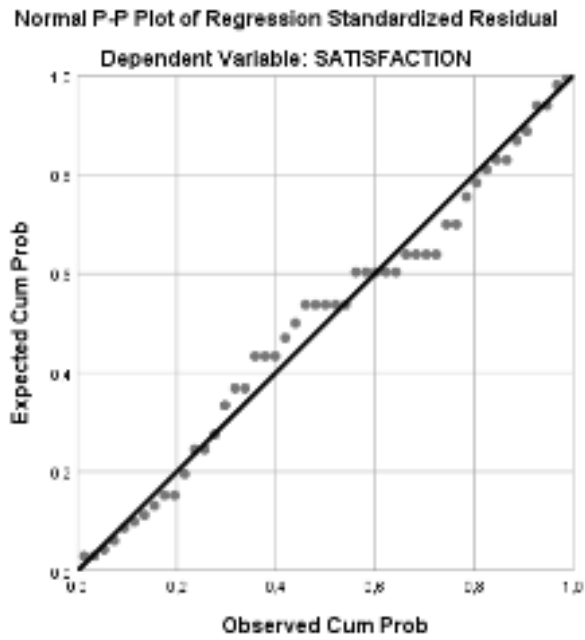
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	HOLISTIC_VI EW
1	1	1,971	1,000	,01	,01
	2	,029	8,230	,99	,99

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,5417	4,6083	3,2041	,60533	49
Std. Predicted Value	-2,746	2,320	,000	1,000	49
Standard Error of Predicted Value	,064	,188	,086	,027	49
Adjusted Predicted Value	1,6586	4,7013	3,2062	,60239	49
Residual	-,84167	1,15833	,00000	,44184	49
Std. Residual	-1,885	2,594	,000	,990	49
Stud. Residual	-1,927	2,653	-,002	1,015	49
Deleted Residual	-,87996	1,21104	-,00208	,46493	49
Stud. Deleted Residual	-1,987	2,846	,000	1,039	49
Mahal. Distance	,011	7,542	,980	1,498	49
Cook's Distance	,000	,193	,027	,046	49
Centered Leverage Value	,000	,157	,020	,031	49

a. Dependent Variable: SATISFACTION



Single Regression Analysis for Group 2

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SATISFACTION	3,9434	,65531	53
HOLISTIC_VIEW	3,8113	,60825	53

Correlations

		SATISFACTIO N	HOLISTIC_VI EW
Pearson Correlation	SATISFACTION	1,000	,751
	HOLISTIC_VIEW	,751	1,000
Sig. (1-tailed)	SATISFACTION	.	,000
	HOLISTIC_VIEW	,000	.
N	SATISFACTION	53	53
	HOLISTIC_VIEW	53	53

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,861	,385		2,239	,030	,089	1,633						
	HOLISTIC_VIEW	,809	,100	,751	8,114	,000	,609	1,009	,751	,751	,751	1,000	1,000	

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	HOLISTIC_VI EW
1	1	1,988	1,000	,01	,01
	2	,012	12,731	,99	,99

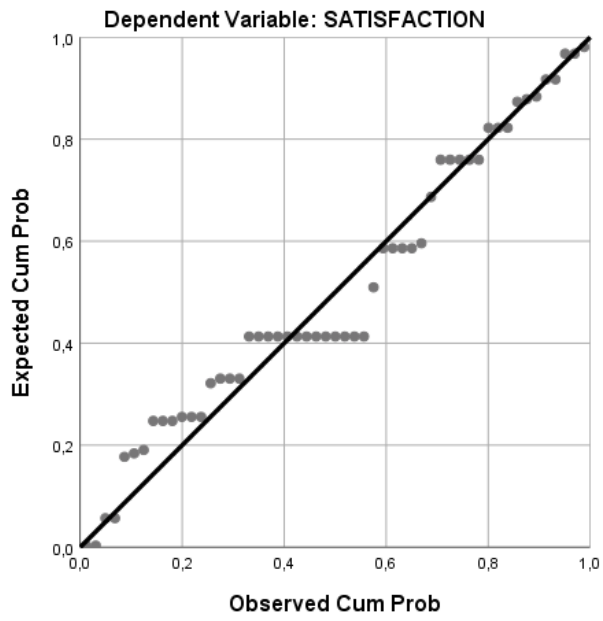
a. Dependent Variable: SATISFACTION

Residuals Statistics^a

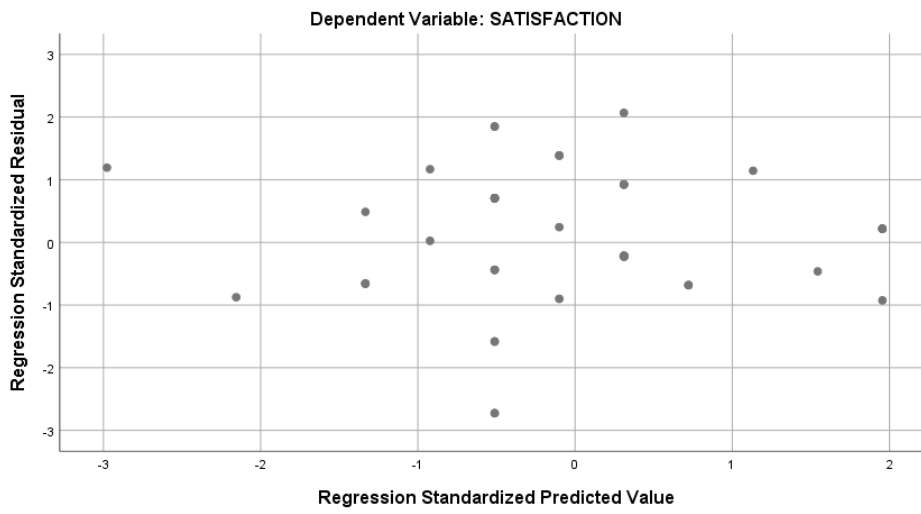
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,4785	4,9047	3,9434	,49192	53
Std. Predicted Value	-2,978	1,954	,000	1,000	53
Standard Error of Predicted Value	,060	,190	,080	,028	53
Adjusted Predicted Value	2,3566	4,9459	3,9425	,49688	53
Residual	-1,19161	,90401	,00000	,43294	53
Std. Residual	-2,726	2,068	,000	,990	53
Stud. Residual	-2,759	2,090	,001	1,007	53
Deleted Residual	-1,22080	,92313	,00085	,44820	53
Stud. Deleted Residual	-2,962	2,164	-,003	1,037	53
Mahal. Distance	,010	8,868	,981	1,673	53
Cook's Distance	,000	,205	,018	,034	53
Centered Leverage Value	,000	,171	,019	,032	53

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



H8 HYPOTHESIS

Single Regression Analysis for Group 1

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SATISFACTION	3,2041	,74943	49
TOTAL_SOCIAL_EVAL	3,3594	,41598	49

Correlations

		SATISFACTIO N	TOTAL_SOCI AL_EVAL
Pearson Correlation	SATISFACTION	1,000	,277
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,277	1,000
Sig. (1-tailed)	SATISFACTION	.	,027
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,027	.
N	SATISFACTION	49	49
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	49	49

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	TOTAL_SOCI AL_EVAL
1	1	1,993	1,000	,00	,00
	2	,007	16,380	1,00	1,00

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Casewise Diagnostics^a

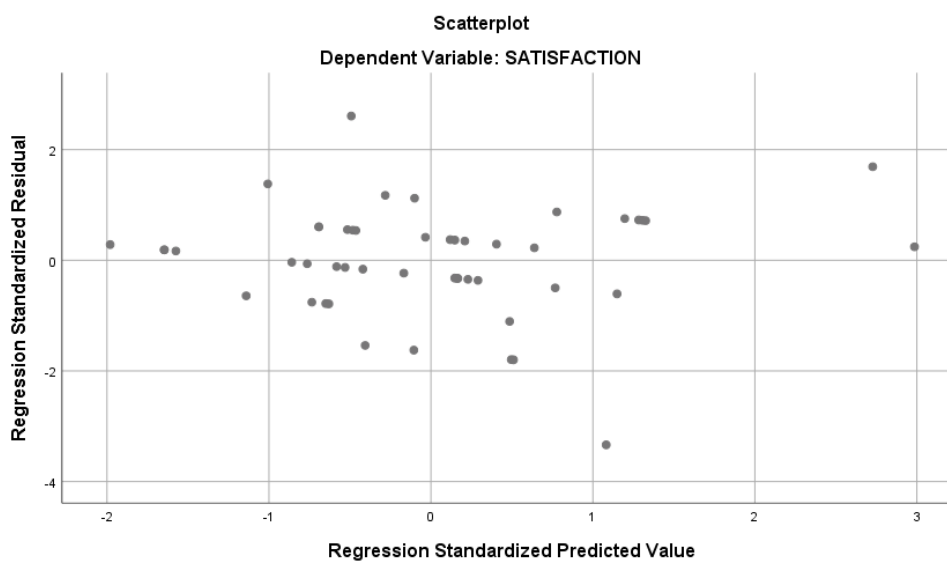
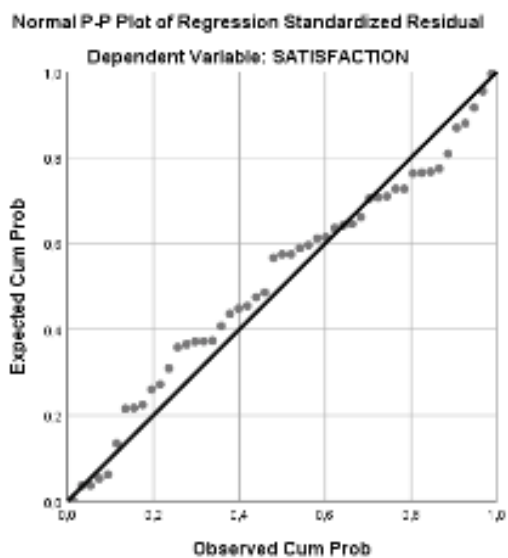
Case Number	Std. Residual	SATISFACTIO N	Predicted Value	Residual
44	-3,337	1,00	3,4284	-2,42838

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,7936	3,8229	3,2041	,20729	49
Std. Predicted Value	-1,980	2,985	,000	1,000	49
Standard Error of Predicted Value	,104	,330	,139	,048	49
Adjusted Predicted Value	2,7702	3,7769	3,1975	,19751	49
Residual	-2,42838	1,89790	,00000	,72019	49
Std. Residual	-3,337	2,608	,000	,990	49
Stud. Residual	-3,414	2,641	,004	1,012	49
Deleted Residual	-2,54228	1,94746	,00658	,75341	49
Stud. Deleted Residual	-3,895	2,832	-,004	1,064	49
Mahal. Distance	,001	8,911	,980	1,733	49
Cook's Distance	,000	,369	,024	,065	49
Centered Leverage Value	,000	,186	,020	,036	49

a. Dependent Variable: SATISFACTION



Single Regression Analysis for Group 2

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SATISFACTION	3,9434	,65531	53
TOTAL_SOCIAL_EVAL	3,1800	,33238	53

Correlations

		SATISFACTIO N	TOTAL_SOCI AL_EVAL
Pearson Correlation	SATISFACTION	1,000	,486
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,486	1,000
Sig. (1-tailed)	SATISFACTION	.	,000
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,000	.
N	SATISFACTION	53	53
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	53	53

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,897	,771		1,162	,251								
	TOTAL_SOCIAL_EVAL	,958	,241	,486	3,971	,000	-,652	2,445	,486	,486	,486	1,000	1,000	

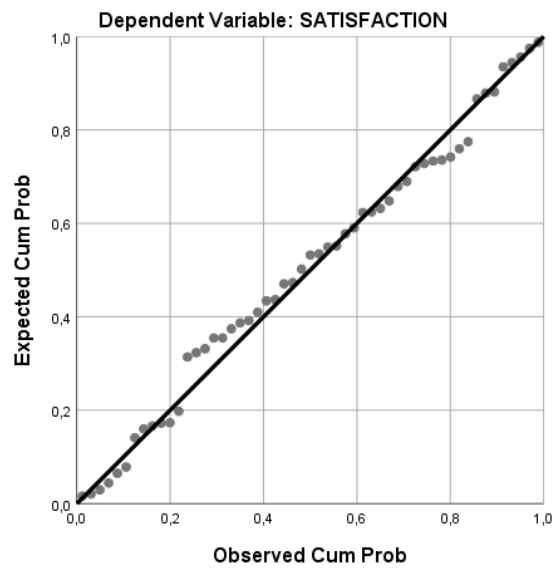
a. Dependent Variable: SATISFACTION

Residuals Statistics^a

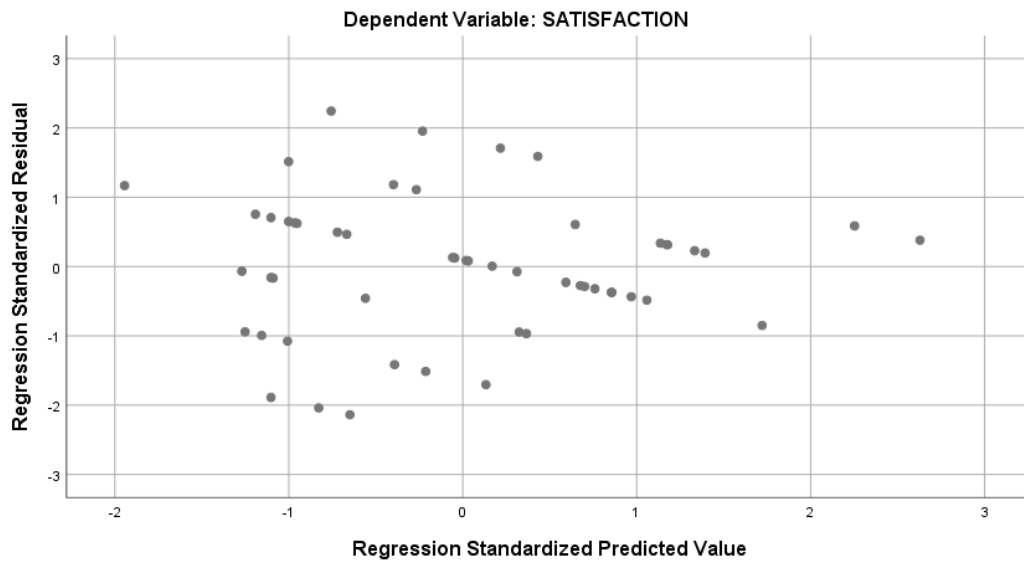
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3,3242	4,7804	3,9434	,31847	53
Std. Predicted Value	-1,944	2,628	,000	1,000	53
Standard Error of Predicted Value	,079	,225	,108	,029	53
Adjusted Predicted Value	3,2561	4,7411	3,9419	,31805	53
Residual	-1,23672	1,29750	,00000	,57272	53
Std. Residual	-2,139	2,244	,000	,990	53
Stud. Residual	-2,168	2,278	,001	1,007	53
Deleted Residual	-1,27099	1,33745	,00148	,59187	53
Stud. Deleted Residual	-2,253	2,380	,000	1,026	53
Mahal. Distance	,000	6,908	,981	1,266	53
Cook's Distance	,000	,082	,017	,022	53
Centered Leverage Value	,000	,133	,019	,024	53

a. Dependent Variable: SATISFACTION

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



H9 HYPOTHESIS

Single Regression Analysis for Group 1

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
REPATRONAGE	2,9235	,82159	49
SATISFACTION	3,2041	,74943	49

Correlations

		REPATRONAGE	SATISFACTIO N
Pearson Correlation	REPATRONAGE	1,000	,626
	SATISFACTIO N	,626	1,000
Sig. (1-tailed)	REPATRONAGE	.	,000
	SATISFACTIO N	,000	.
N	REPATRONAGE	49	49
	SATISFACTIO N	49	49

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SATISFACTIO N ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: REPATRONAGE

b. All requested variables entered.

Collinearity Diagnostics^a

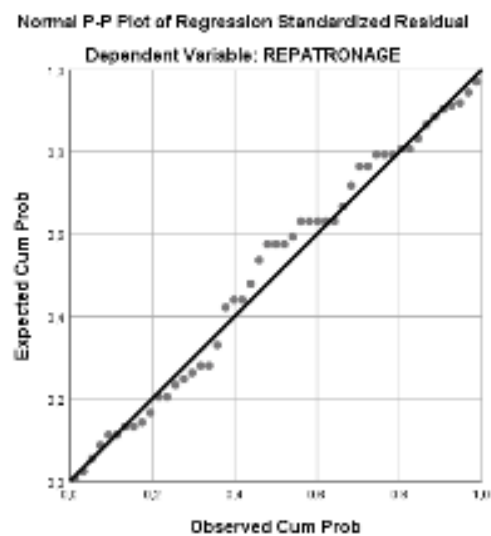
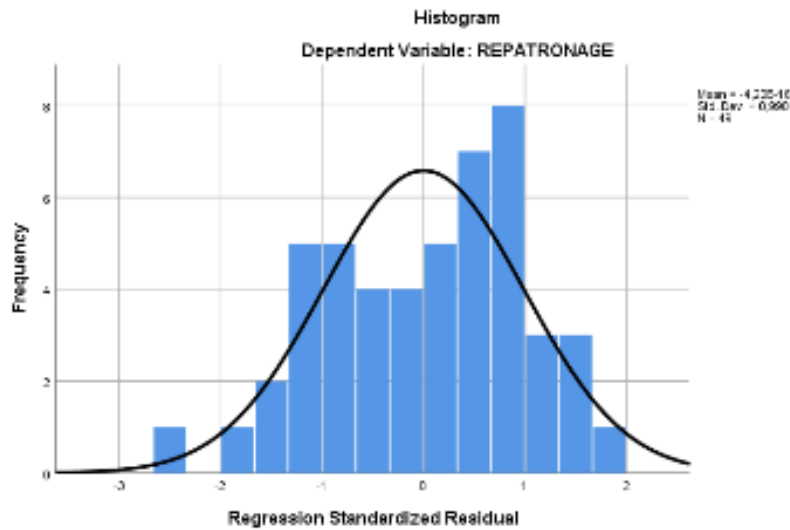
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	SATISFACTIO N
1	1	1,974	1,000	,01	,01
	2	,026	8,754	,99	,99

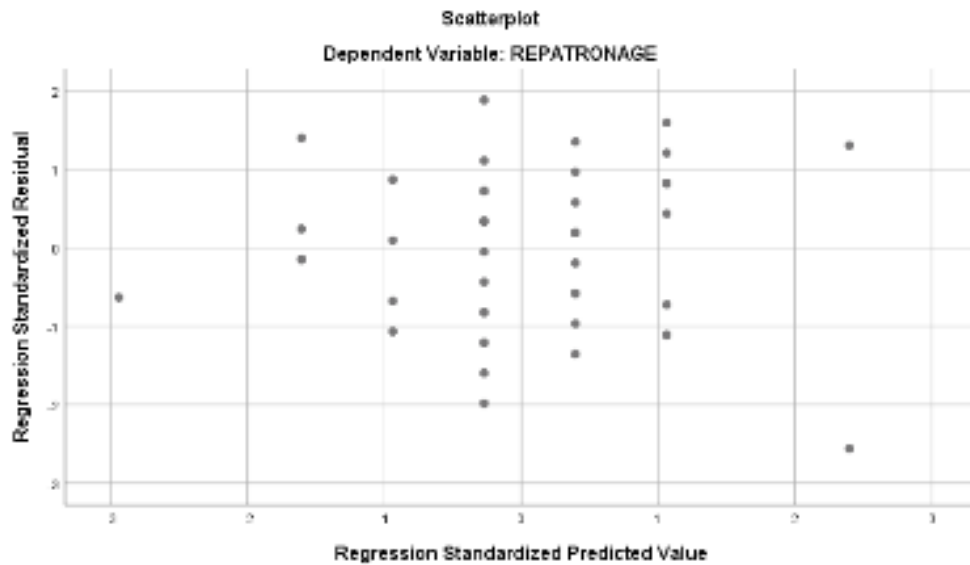
a. Dependent Variable: REPATRONAGE

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,4097	4,1569	2,9235	,51470	49
Std. Predicted Value	-2,941	2,396	,000	1,000	49
Standard Error of Predicted Value	,096	,290	,124	,043	49
Adjusted Predicted Value	1,5125	4,4267	2,9258	,51792	49
Residual	-1,65689	1,21669	,00000	,64038	49
Std. Residual	-2,560	1,880	,000	,990	49
Stud. Residual	-2,761	1,901	-,002	1,018	49
Deleted Residual	-1,92672	1,24400	-,00236	,67815	49
Stud. Deleted Residual	-2,984	1,957	-,006	1,039	49
Mahal. Distance	,074	8,649	,980	1,684	49
Cook's Distance	,000	,621	,031	,090	49
Centered Leverage Value	,002	,180	,020	,035	49

a. Dependent Variable: REPATRONAGE





Single Regression Analysis for Group 2

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
REPATRONAGE	3,6840	,68667	53
SATISFACTION	3,9434	,65531	53

Correlations

		REPATRONA GE	SATISFACTIO N
Pearson Correlation	REPATRONAGE	1,000	,675
	SATISFACTION	,675	1,000
Sig. (1-tailed)	REPATRONAGE	.	,000
	SATISFACTION	,000	.
N	REPATRONAGE	53	53
	SATISFACTION	53	53

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SATISFACTIO N ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: REPATRONAGE

b. All requested variables entered.

Collinearity Diagnostics^a

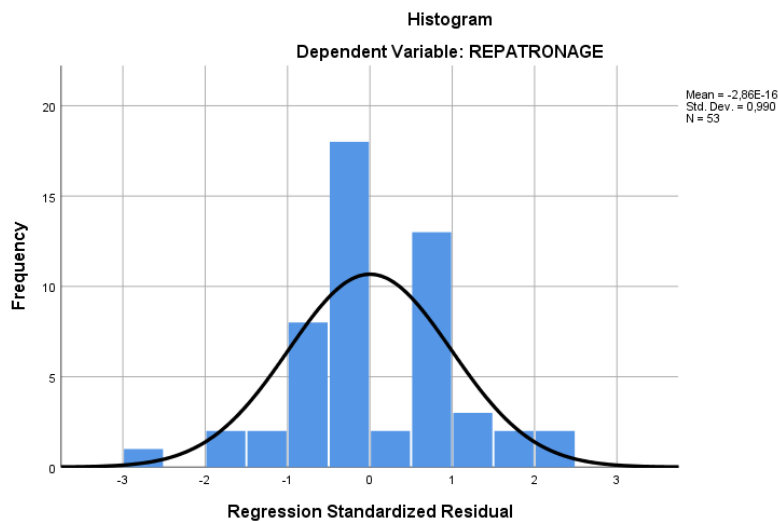
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions	
				(Constant)	SATISFACTIO N
1	1	1,987	1,000	,01	,01
	2	,013	12,232	,99	,99

a. Dependent Variable: REPATRONAGE

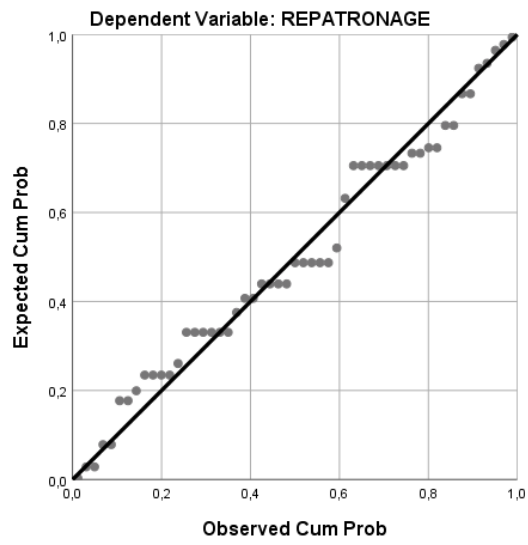
Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,6625	4,4317	3,6840	,46373	53
Std. Predicted Value	-2,203	1,612	,000	1,000	53
Standard Error of Predicted Value	,071	,171	,095	,030	53
Adjusted Predicted Value	2,6199	4,5375	3,6824	,46703	53
Residual	-1,43166	1,27598	,00000	,50643	53
Std. Residual	-2,800	2,495	,000	,990	53
Stud. Residual	-2,901	2,519	,001	1,009	53
Deleted Residual	-1,53755	1,30071	,00153	,52567	53
Stud. Deleted Residual	-3,144	2,666	,000	1,039	53
Mahal. Distance	,007	4,852	,981	1,329	53
Cook's Distance	,000	,311	,019	,045	53
Centered Leverage Value	,000	,093	,019	,026	53

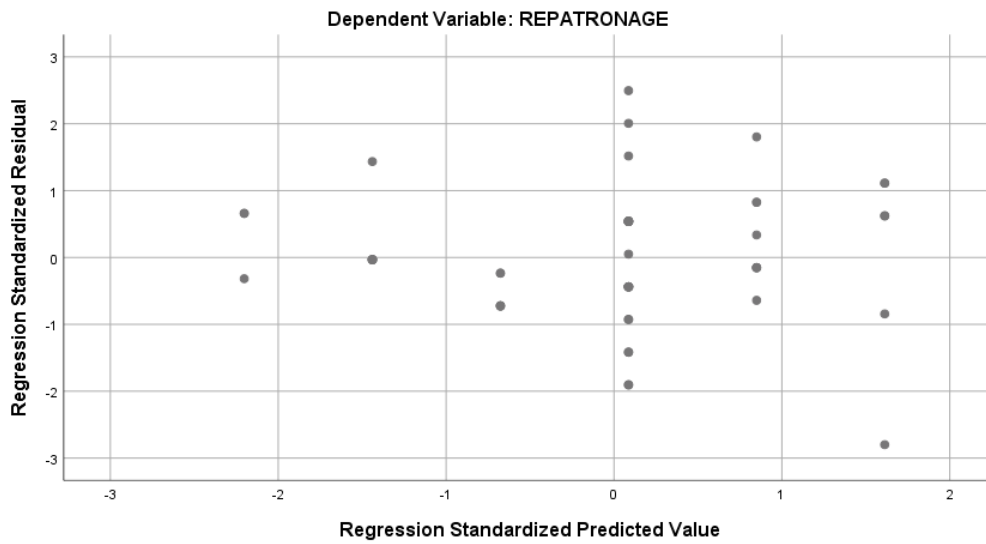
a. Dependent Variable: REPATRONAGE



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Scatterplot



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αλετράς Β, Ζαχαράκη Φ, Νιάκας Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Αρχ. Ελλ. Ιατρ. 2007, 24:89–96

Αναγνωστοπούλου Ι, Σίσκου Ο, Γαλάνης Π. (2012). Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. Νοσηλευτική 2012, 51:216–226

Γαβριήλ Ε, Θεοδώρου Μ, Middleton Ν. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχ. Ελλ. Ιατρ. 2012, 29:720–730

Γούναρης Σ. (2003), Μάρκετινγκ Υπηρεσιών, Αθήνα: Rosili

Γούναρης, Σ. & Καραντινού, Κ., (2015), Μάρκετινγκ Υπηρεσιών, Γ' έκδοση, 2015, Rosili.

Καμπάντα Μ, Νιάκας Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα. Αρχ. Ελλ. Ιατρ. 2004, 21:354–362

Κορμέντζα Ε.Β., Κουτσιουρής Β., Πολλάλης Ι., (2021). «Μελέτη Επίδρασης του Νοσοκομειακού Περιβάλλοντος στη συμπεριφορά των ασθενών κατά την παροχή Ιατρονοσηλευτικών Υπηρεσιών», Πανελλήνιο Συνέδριο για τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας 2021.

Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού 2010, 9:398–408

Κυριόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτένας Ε. Γεωργούση Ε., (1994). “ Στάσεις και Αντιλήψεις των Χρηστών ως προς τη Νοσοκομειακή Φροντίδα ”, Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, 1994 Αθήνα.

KPMG Report (2019), Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες της αγοράς υγείας, 2019, url:<https://www.stockwatch.com.cy/el/article/e''orika-nea/haraktiristika-kaidiaiterotites-tis-agoras-ygeia>.

Λαζάρου Ν. (2001). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας* 2001, 12:23–24

Μακρής Μ, Θεοδώρου Μ, Middleton Ν. (2011). Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.* 2011, 28:234–244

Μερκούρης Α., (1996). Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1996.

Νιάκας Δ., (1993). Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:3–12

Οικονόμου Χ., (2012). “Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα”, Έκδοση του Κοινωνικού Πολύκεντρου.

Πιερράκος Γ, Υφαντόπουλος Ι., (2007). Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.* 2007, 24:578–582

Πολυκανδριώτη Μ., Βουλγαρίδου Κ., Θεμελή Α., Γαλύφα Δ., Λιάπη Ε., Κυρίτση Ε., (2009). Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, *Νοσηλευτική*, 2009;48(1):94- 104.

Σταθακόπουλος Β. (2005), «Μέθοδοι Έρευνας και Αγοράς», Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα,σελ. 205-220.

Ξενόγλωσση

Abdellah, F. G., and Levine, E. (1985). Effects of nursing staffing on satisfaction with nursing care (Hospital Monograph Series No. 4). Chicago, IL: American Hospital Association.

Akin, J.S. and Hutchinson, P. (1999), "Health-care facility choice and phenomenon of bypassing", *Health Policy and Planning*, Vol. 14 No. 2, pp. 135-151.

Akmaz, A.E. and Çadirci, T.O., (2017). The impact of Healthscape on customer satisfaction and loyalty in Public and Private Healthcare Institutions. *Yildiz Social Science Review*, 3(1), pp.81-96.

Allen, K. and Blascovich, J. (1994), "Effects of music on cardiovascular reactivity among surgeons", *JAMA*, Vol. 272 No. 11, pp. 882-4.

Al-Eisa Is, Al-Mutar Ms., Radwan Mm, Al-Terkit Am. (2005). Patients' satisfaction with primary health care services at capital health region, Kuwait. *MEJFM* 2005, 3:10–16

Altuntas, S., Dereli, T. and Yilmaz, M.K. (2012), "multi-criteria decision-making methods based weighted SERVQUAL scales to measure perceived service quality in hospitals: a case study from Turkey", *Total Quality Management and Business Excellence*, Vol. 23 Nos 11/12, pp. 1379-1395.

Alvin, J. (1975), *Music Therapy*, Hutchinson, London.

Amin, M., Yahya, Z., Ismayatim, W.F.A., Nasharuddin, Z.S. and Kassim, E. (2013), "Service quality dimension and customer satisfaction: an empirical study in the Malaysian hotel industry", *Services Marketing Quarterly*, Vol. 34 No. 2, pp. 115-25.

Andaleeb, S. S. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy and Planning*, 15(1), 95-102.

Andaleeb, S.S. (2000), "Service quality in public and private hospitals in urban Bangladesh: a comparative study", *Health Policy*, Vol. 53 No. 1, pp. 25-37.

Andrade, C.C., and Devlin, A.S. (2015), "Stress reduction in the hospital room: applying Ulrich's theory of supportive design", *Journal of Environmental Psychology*, Vol. 41, pp. 125-134

Annis, S. (1981), "Physical access and utilization of health services in rural Guatemala", *Social Science Medicine*, Vol. 15 No. 4, pp. 515-523.

Appleton, J. (1975), *The Experience of Landscape*, Wiley, 189onceptu

Arasli, H., Ekiz, E.H. and Katircioglu, S.T. (2008), "Gearing service quality into public and private hospitals in small islands", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 No. 1, pp. 8-23.

Areni, C.S. and Kim, D. (1993), "The influence of background music on shopping behavior: classical versus top-forty music in a wine store", *Advances in Consumer Research*, Vol. 20, pp. 336-340.

Arrow Kenneth J. (1963). *Uncertainty and the welfare Economics of Medical care*, *American Economic Review*, 1963;53(5):941-973.

Babakus, E. and Mangold, W.G. (1992), "Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation", *Health Services Research*, Vol. 26, pp. 767-786.

Baek, J. and Ok, C.M. (2017), "The power of design: how does design affect consumers' online hotel booking?", *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 65, pp. 1-10.

Bailey, L.M. (1985), "Music's soothing charms", *American Journal of Nursing*, Vol. 85, p. 1280.

Balling, J.D., and Falk, J.H. (1982), "Development of visual preference for natural environments", *Environment and Behavior*, Vol. 14 No. 1, pp. 5-28.

Bamfo, B.A. and Dogbe, C.S.K. (2017), "Factors influencing the choice of private and public hospitals: empirical evidence from Ghana", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 11 No. 1, pp. 80-96.

Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. and Seeman, T.E. (2000), "From social integration to health: Durkheim in the new millennium", *Social Science and Medicine*, Elsevier, Vol. 51 No. 6, pp. 843-857.

Berry, L. (1980), *Services Marketing is Different*, *Business Magazine*, 1980, May-June, p.p. 24-29.

Billings, S. (2009), "Banking on the Brand", *Marketing*, 22 April 2009, pp.31-2.

Bitner, M.J., (1992), "Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees", *Journal of Marketing*, 56, 4/1992, pp.57-71.

Bitner, M.J. and Hubbert, A.M. (1994), "Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: the customer's choice", in Rust, R.T. and Oliver, R.W. (Eds), *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 72-94.

Bloch, P.H., Brunel, F.F. and Arnold, T.J. (2003), "Individual differences in the centrality of visual product aesthetics: concept and measurement", *Journal of Consumer Research*, Vol. 29 No. 4, pp. 551-565.

Bolger, N. and Amarel, D. (2007), "Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 92 No. 3, American Psychological Association, p. 458.

Bolton, R., Kannan, P.K. and Bramlett, M.D. (2000), "Implication of loyalty programs and service experiences for customer retention and value", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28 No. 1, pp. 95-108.

Bond S., Thomas L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing* 1992; 17, 52-56.

Boudreaux, E.D. and O'Hea, E.L. (2004), "Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice", *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 26 No. 1, pp."13-26.

Bowers, M.R. and Swan, J.E. (1992), "Generic versus service specific dimensions of service quality: does SERVQUAL cover hospital health care?" unpublished manuscript, University of Alabama, Birmingham, AL.

Bradt, J., Dileo, C., Magill, L. and Teague, A. (2011), "Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 8.

Brady, M.K. & Cronin, J.J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *The Journal of Marketing*, 65 (3), 34-49.

Brengman, M., Willems, K. and Joye, Y. (2012), "The impact of in-store greenery on customers", *Psychology and Marketing*, Vol. 29 No. 11, pp. 807-821.

Bringslimark, T., Hartig, T. and Patil, G.G. (2009), "The psychological benefits of indoor plants: a critical review of the experimental literature", *Journal of Environmental Psychology*, Vol. 29 No. 4, pp. 422-433.

Brodsky, W. (2011), "Developing a functional method to apply music in branding: Design language-generated music", *Psychology of Music*, 39(2), pp. 261–283. Doi: [10.1177/0305735610387778](https://doi.org/10.1177/0305735610387778).

Bruyn, S.T. (2015), available at: www.2.bc.edu/bruyn/Theoretical.html (accessed 2 July 2015).

Buetow S., (2005). High need patients receiving targeted entitlements: What responsibilities do they have in primary health care? *J Med Ethics*, 31:304–306

Buckley, P.G., (1991). An SOR model of the purchase of an item in a store. *ACR North American Advances*.

Butler, D., Oswald, S. and Turner, D. (1996), "The effects of demographics on determinants of perceived healthcare service quality", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 10 No. 5, pp. 8-20.

Carman, J.M., (1990). Consumer perceptions of service quality: an assessment of T. *Journal of retailing*, 66(1), p.33.

Carpman, J.R. and Grant, M.A., (2016). *Design that cares: Planning health facilities for patients and visitors*. John Wiley & Sons.

Casey, L. (2013). "Stress and wellbeing in Australia survey 2013", *The Australian Psychological Society*, Melbourne.

Chamorro-Premuzic, T. and Furnham, A. (2007), "Personality and music: can traits explain how people use music in everyday life?", *British Journal of Psychology*, Vol. 98 No. 2, pp. 175-185.

Chantzopoulou, M., Marvaki, C., Latsou, D. and Papageorgiou, D., (2017). Inpatients satisfaction with health care services after emergency admission at tertiary hospital of Attika. *Health & Research Journal*, 3(1), pp.26-42.

Chaudhury, H., Mahmood, A. and Valente, M., (2005). Advantages and disadvantages of single-versus multiple-occupancy rooms in acute care

environments: a review and analysis of the literature. *Environment and Behavior*, 37(6), pp.760-786.

Chebat, J.C., Vaillant, D. and Gelinias-Chebat, C. (2000), "Does background music in a store enhance salespersons' persuasiveness?", *Perceptual and Motor Skills*, Vol. 91 No. 2, pp. 405-424.

Cheng, S.T., (1988). Subjective quality of life in the planning and evaluation of programs. *Evaluation and Program Planning*, 11(2), pp.123-134.

Chetta, H.D. (1981), "The effect of music and desensitization on preoperative anxiety in children", *Journal of Music Therapy*, Vol. 18, pp. 74-87.

Cleary, P.D., Epstein, A.M., Oster, G., Morrissey, G.S., Stason, W.B., Debussey, S., Plachetka, J. and Zimmerman, M., (1991). Health-related quality of life among patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Medical Care*, pp.939-950.

Cleary, P.D. and McNeil, B.J. (1988), "Patient satisfaction as an indicator of quality care", *Inquiry*, Vol. 66 No. 7, pp. 25-36.

Coakes, S.J. and Steed, L.G., (1999). *SPSS: Analysis Without Anguish: Versions 7.0, 7.5, 8.0*. Brisbane: John Wiley & Sons Australia Ltd.

Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine*, 42, 1085–1093.

Cohen, S. (1988), "Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease", *Health Psychology*, Vol. 7 No. 3, p. 269, Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, S. (2004), "Social relationships and health", *American Psychologist*, Vol. 59 No. 8, pp. 676, American Psychological Association.

Connell, J. (2013), "Contemporary medical tourism: conceptualization, culture and commodification", *Tourism Management*, Vol. 34, pp. 1-13.

Cook, J.D. (1986), "Music as an intervention in the oncology setting", *Cancer Nursing*, Vol. 9, pp. 23-8.

Cormany, D. and Baloglu, S. (2011), "Medical travel facilitator websites: an exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist", *Tourism Management*, Vol. 32 No. 4, pp. 709-716.

Crooks DL., Whelan TJ., Reyno L., Willan A., Tozer R., Mings D. et al., (2004). The Initial Health Assessment: an intervention to identify the supportive care needs of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2004;12(1):19-24

Crosby, L.A., Evans, K.R. and Cowles, D. (1990), "Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective", *Journal of Marketing*, Vol. 54 No. 3, pp. 68-81.

Dabholkar, P.C., Thorpe, D.I. & O Rentz, J. (1996). A measure of service quality for retail stores. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24 (Winter), 3-16.

De Calan, L., Portier, G., Ozoux, J.P., Rivallain, B., Perrier, M. and Brizon, J. (1988). Carcinoma of the cardia and proximal third of the stomach: results of surgical treatment in 91 consecutive patients. *The American Journal of Surgery*, 155(3), 481-485.

Deloitte (2015), "Global healthcare outlook: common goals, competing priorities", available at: www.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-healthcare-outlook-global.pdf (accessed 15 February 2016).

Diekhoff, G.M., (1994). *Statistics for the social and behavioral sciences*. WCB/McGraw-Hill.

Diez-Roux, A. (2000). Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health*, 21, 171–192.

Dijkstra, K., Pieterse, M.E. and Pruyn, A. (2008), "Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: the mediating role of perceived attractiveness", *Preventive Medicine*, Vol. 47 No. 3, pp. 279-283.

Dodds, W.B., Monroe, K.B. and Grewal, D. (1991), "Effects of price, brand and store information on buyers' product evaluations", *Journal of Marketing Research*, Vol. 28 No. 3, pp. 307-319.

Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, 1: Exploration in Quality Assessment and Monitoring*, Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

Donabedian, A., Wheeler, J.R.C. and Wyszewianski, L. (1982), "Quality, cost, and health: an integrative model", *Medical Care*, Vol. 20 No. 10, pp. 975-992.

Donabedian, A. (1988), "The quality of care: how can it be assessed?", *Journal of American Medical Association*, Vol. 260 No. 12, pp. 1743-1748.

Drucker, P. (1985). *Innovation and entrepreneurship*. New York: Harper & Row.

D'Souza, S. and Sequeira A.H. (2012), "Measuring the customer-perceived service quality in health care organization: a case study", *Journal of Health Management*, Vol. 14 No. 1, pp. 27-41.

Dutton, D. (2009), *The Art Instinct: Beauty, Pleasure, and Human Evolution*, Oxford University Press, New York, NY.

Edvardsson, B., Thomasson, B. & Øvretveit, J. (1994). *Quality of Service: Making it really work*. London: McGraw-Hill.

Edwards, D.K. (1985), "Music takes the heart home", *American Health Care Association Journal*, Vol. 11, pp. 25-8.

Essays, UK. (November 2018). Physical evidence and servicescape. Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/management/physical-evidence-and-servicescape.php?vref=1>.

Eurobarometer: Patient safety and quality of care, (2014). (URL: <https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/Patient%20safety%20and%20quality%20of%20care.pdf>)

Famara, Alieu Sanyang, (2006). Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? The case of Østfold Hospital Trust in Norway.

Fleming, G. V. (1981). Hospital structure and consumer satisfaction. *Health Services Research*, 16, 43–63.

Forbes, D.A., Alberda, C., Anderson, B., Chalifoux, R.D., Chandler, S., Cote, J., Collins-Smith, J., Edney, P., Gerdes, C., McIlveen, K., Policicchio, C., Ryan, G.,

Vink, C. and Yuksel, N. (1997), "Patients' perceptions of outcomes of a Canadian hospitalization", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 10 No. 6, pp. 221-228.

Forty, A. (1986), *Objects of Desire*, Pantheon Books, New York, NY.

Fotiadis, A.K. and Vassiliadis, C.H. (2013), "The effects of a transfer to new premises on patients' perceptions of service quality in a general hospital in Greece", *Total Quality Management and Business Excellence*, Vol. 24 Nos 9/10, pp. 1-13.

Fottler, M., Ford, R., Roberts, V. and Ford, E. (2000), "Creating a healing environment: the importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system", *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45 No. 2, pp. 91-106.

Fox, J. G., and Storms, D. M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine*, 15, 557-564.

Fowdar, R. (2005), "Identifying healthcare attributes", *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 27 No. 4, pp. 428-443.

Fraley, C. and Raftery, A.E., (2002). Model-based clustering, discriminant analysis, and density estimation. *Journal of the American statistical Association*, 97(458), pp.611-631.

Francis, S. (2010), "Plan for uncertainty: design for change", in Kaioglou, M. and Tzortzouplos, P. (Eds), *Improving Healthcare Through Built Environment Infrastructure*, Blackwell, Oxford, pp. 4-52.

Friesner, T., (2014). *Physical Evidence – Marketing Mix*. Available at: <http://www.marketingteacher.com/physical-evidence-marketing-mix/>.

Garlin, F.V. and Owen, K. (2006), "Setting the tone with the tune: a meta-analytic review of the effects of background music in retail settings", *Journal of Business Research*, Vol. 59 No. 2, pp. 755-764.

Gaur, S.S., Xu, Y., Quazi, A. and Nandi, S. (2011), "Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare", *Managing Service Quality*, Vol. 21 No. 1, pp. 67-87.

Gaur, S.S., Herjanto, H. and Makkar, M. (2014), "Review of emotions research in marketing, 2002-2013", *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 21 No. 6, pp. 917-923.

Gesler, W.M. (2003), *Healing Places*, Rowman and Littlefield Publishers, Lanham, MD.

Ghosh, T. and Sahoo, D. (2016). Exploring the emerging role of healthscape in determining patient satisfaction: An empirical study in the Indian private healthscape industry. *Amity Global Business Review*, 11.

GLAJCHEN M., (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J. Support Oncol* 2004, 2:145–155

Glynn, N.J. (1986), "The therapy of music", *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 12, pp. 6-10.

Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.

Grönroos, C. (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 93,10-13.

Grönroos, C. (1990). *Service management and marketing*. Lexington, Mass: Lexington Books.

Guéguen, N. and Petr, C. (2006), "Odors and consumer behavior in a restaurant", *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 25 No. 2, pp. 335-339.

Han, H. and Hwang, J. (2018), "Growing competition in the health care tourism market and customer retention in medical clinic: new and experienced travellers", *Current Issues in Tourism*, Vol. 21 No. 6, pp. 680-702.

Han, J., Kang, H. J., & Kwon, G. H. (2018). A Systematic Underpinning and Framing of the Servicescape: Reflections on Future Challenges in Healthcare Services. *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 509.

Harris, P.B., McBride, G., Ross, C. and Curtis, L. (2002), "A place to heal: environmental sources of satisfaction among hospital patients", *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 32 No. 6, pp. 1276-1299.

Hartline, M.D., Maxham, J.G. III and McKee, D.O. (2000), "Corridors of influence in the dissemination of customer-oriented strategy to customer contact service employees", *Journal of Marketing*, Vol. 64 No. 2, pp. 35-50.

Heide, M., Lærdal, K. and Grønhaug, K. (2007), "The design and management of ambience – implications for hotel architecture and service", *Tourism Management*, Vol. 28 No. 5, pp. 1315-1325.

Heitz, L., Symrent, T. and Scamman, F.L. (1992), "Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: nursing intervention", *Journal of Postanesthesia Nursing*, Vol. 7, pp. 22-31.

Herrington, J.D. (1996), "Effects of music in service environments: a field study", *Journal of Services Marketing*, Vol. 10 No. 2, pp. 26-41.

Heung, V.C. and Gu, T. (2012), "Influence of restaurant atmospherics on patron satisfaction and behavioral intentions", *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 31 No. 4, pp. 1167-1177.

Holder, M. and Berndt, A. (2011), "The effect of changes in servicescape and service quality perceptions in a maternity unit", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Emerald Group Publishing Limited, Vol. 24 No. 5, pp. 389-405.

Huisman, E.R., Morales, E., van Hoof, J. and Kort, H.S., (2012). *Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. Building and environment*, 58, pp.70-80.

Hultman, T., Coakley, A.B., Annese, C.D. and Bouvier, S. (2012), "Exploring the sleep experience of hospitalized adult patients", *Creative Nursing*, Springer Publishing Company, Vol. 18 No. 3, pp. 135-139.

Hutton, J.D. and Richardson, L.D. (1995), "Healthscapes: the role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments, and behaviors", *Health Care Management Review*, Vol. 20 No. 2, pp. 48-61.

Irfan, S.M. and Ijaz, A. (2011), "Comparison of service quality between private and public hospitals: empirical evidence from Pakistan", *Journal of Quality and Technology Management*, Vol. 4 No. 1, pp. 1-22.

Iyendo, T.O., Uwajeh, P.C. and Ikenna, E.S. (2016), "The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: a narrative review", *Complementary Therapies in Clinical Practice*, Elsevier, Vol. 24, pp. 174-188.

Jacob, S. (1986), "Soothing of the ragged edge of pain: bring on the music", *American Journal of Nursing*, Vol. 86, p. 1034.

Joye, Y., Poels, K. and Willems, K. (2011), "Evolutionary store atmospherics – designing with evolution in mind", in Saad, G. (Ed.), *Evolutionary Psychology in the Business Sciences*, Springer, Berlin, pp. 289-317.

Judge, K. and Solomon, M., (1993). Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy*, 22(3), pp.299-327.

Kalogeropoulou, M., (2011). Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. Faculty of Business Administration, University of Economics and Business, Athens, Greece *Archives of Hellenic Medicine* 2011, 28(5):667–673.

Kaplan, R., Kaplan, S. and Brown, T. (1989), "Environmental preference: a comparison of four domains of predictors", *Environment and Behavior*, Vol. 21 No. 5, pp. 509-530.

Kellaris, J.J. and Kent, R.J. (1992), "The influence of music on consumers' temporal perceptions: does time fly when you're having fun", *Journal of Consumer Psychology*, Vol. 1 No. 4, pp. 365-376.

Kellert, S.R. (1993), "The biological basis for human values of nature", in Kellert, S.R. and Wilson, E.O. (Eds), *The Biophilia Hypothesis*, Island Press, Washington, DC, pp. 42-69.

Kemp, E., Jillapalli, R. and Becerra, E. (2014), "Healthcare branding: developing emotionally based consumer brand relationships", *Journal of Services Marketing*, Vol. 28 No. 2, pp. 126-137.

Kiecolt-Glaser, J.K., Page, G.G., Marucha, P.T., MacCallum, R.C. and Glaser, R. (1998), "Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology", *American Psychologist*, American Psychological Association, Vol. 53 No. 11, p. 1209.

Kim, S.S. and Mattila, A.S. (2011), "An examination of electronic video clips in the context of hotel websites", *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 30 No. 3, pp. 612-618.

Kim, W.G. and Moon, Y.J. (2009), "Customers' cognitive, emotional, and actionable response to the servicescape: a test of the moderating effect of the restaurant type", *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 28 No. 1, pp. 144-156.

Kirillova, K. and Chan, J. (2018), "What is beautiful we book: hotel visual appeal and expected service quality", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 30 No. 3, pp. 1788-1807.

Kotler, P. (2003) *Marketing Management*. 11th ed., Pearson Education, New Jersey

Kotler, P., Shalowitz, J. and Stevens, R. J. (2011). *Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system*. John Wiley & Sons.

Koutsouris V., Vrechopoulos A., Doukidis G. (2016), Classifying, profiling and predicting user behavior in the context of location-based services, *Journal of Electronic Commerce Research* 17 (4), pp. 340-357

Kraus, S. and Jensen, J. (2010), "Hospitality meets healthcare", *Healthcare Design Magazine*.

Ladhari, R. and Rigaux-Bricmont, B. (2013), "Determinants of patient satisfaction with public hospital services", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 30 No. 4, pp. 1-20.

Langeard, E., Bateson, John E. G., Lovelock, Christopher H., Eiglier, P. (1981), *Service Marketing: New Insights from Consumer and Managers*, Cambridge, MA: Marketing Science Institute.

Larsen, L., Adams, J., Deal, B., Kweon, B.S. and Tyler, E. (1998), "Plants in the workplace: the effects of plant density on productivity, attitudes, and perceptions", *Environment and Behavior*, Vol. 30 No. 3, pp. 261-281.

Larsen, L.S., Larsen, B.H. and Birkelund, R. (2013), "An ambiguous relationship—a qualitative Metasynthesis of hospitalized somatic patients' experience of interaction with fellow patients", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Wiley Online Library, Vol. 27 No. 3, pp. 495-505.

Lee, N., Broderick, A. J., & Chamberlain, L. (2007). What is 'neuromarketing'? A discussion and agenda for future research. *International Journal of Psychophysiology*, 63, 199–204.

Lee, S. (2011), "Evaluating serviceability of healthcare servicescapes: service design perspective", *International Journal of Design*, Vol. 5 No. 2, pp. 61-71.

Lin, I.Y. (2004). Evaluating a servicescape: the effect of cognition and emotion. *International Journal of Hospitality Management*, 23 (2), 163-178.

Lin, I.Y. (2009), "The combined effect of color and music on customer satisfaction in hotel bars", *Journal of Hospitality Marketing and Management*, Vol. 19 No. 1, pp. 22-37.

Liu, L., Wu, B., Morrison, A.M. and Sia Juo Ling, R., (2015). Why dwell in a hutongtel? Tourist accommodation preferences and guest segmentation for Beijing hutongtels. *International Journal of Tourism Research*, 17(2), pp.171-184.

Logeswaran, N. and Bhattacharya, J. (2009), "Crossmodal transfer of emotion by music", *Neuroscience Letters*, Vol. 455 No. 2, pp. 129-133.

Lohr, V.I., Pearson-Mims, C.H. and Goodwin, G.K. (1996), "Interior plants may improve worker productivity and reduce stress in a windowless environment", *Journal of Environmental Horticulture*, Vol. 14, pp. 97-100.

Lovelock, Christopher H. (1980), "Towards a Classification of Services," in *Theoretical Developments in Marketing*, Lamb, C. W., and Dunne, P. M., eds., Chicago: American Marketing Association, 72–76.

Lovelock L., (1983), "Classifying Services to Gain Strategic Insights", *Journal of Marketing*, vol.47, p.9-20.

Lovelock, C. (2011), *Services Marketing*, 7th ed., Pearson Publishing, Upper Saddle River, NJ.

MacDonald, R., Kreutz, G. and Mitchell, L. (2012), *Music, Health and Wellbeing*, Oxford University Press, New York, NY.

Machleit, K., Kellaris, J. & Eroglu, S. (1994). Human versus spatial dimensions of crowding perceptions in retail environments: A note on their measurement and effect on shopper satisfaction, *Marketing Letters*. Vol 5(2); 183-195.

Mattila, A.S. and Wirtz, J. (2001), "Congruency of scent and music as a driver of in-store evaluations and behavior", *Journal of Retailing*, Vol. 77 No. 2, pp. 273-289.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197–215. <http://www.jstor.org/stable/20447229>

McIntyre, H. (2015). "How the hotel industry is using music to find new customers", available at: www.forbes.com/sites/hughmcintyre/2015/05/09/how-the-hotel-industry-is-using-music-to-find-newcustomers/#344dd9e93f9b (accessed September 20, 2018).

McIver, S. (1992). *An Introduction to Obtaining the Views of the Users of Health Services*, King's Fund Centre, London.

Mehrabian, A. and Russell, J.A., (1974). The basic emotional impact of environments. *Perceptual and motor skills*, 38(1), pp.283-301.

Meyers-Levy, J. and Zhu, R. (2010), "Gender differences in the meanings consumers infer from music and other aesthetic stimuli", *Journal of Consumer Psychology*, Vol. 20 No. 4, pp. 495-507.

Miaoulis Jr, G., Gutman, J. and Snow, M. M. (2009). Closing the gap: the patient-physician disconnect. *Health marketing quarterly*, 26 (1), 56-68.

Miller, R.L. and Swensson, E.S. (2002), *Hospital and Healthcare Facility Design*, WW Norton and Company, New York, NY.

Milliman, R.E. (1982), "Using background music to affect the behavior of supermarket shoppers", *Journal of Marketing*, Vol. 46 No. 3, pp. 86-91.

Milliman, R.E. (1986), "The influence of background music on the behavior of restaurant patrons", *Journal of Consumer Research*, Vol. 13 No. 2, pp. 286-289.

Mitchell, D.J., Kahn, B.E. and Knasko, S.C. (1995), "There's something in the air: effects of congruent or incongruent ambient odor on consumer decision making", *Journal of Consumer Research*, Vol. 22 No. 2, pp. 229-238.

Mody, M., Suess, C. and Lehto, X. (2017), "The accommodation experiencescape: a comparative assessment of hotels and Airbnb", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 29 No. 9, pp. 2377-2404.

Montazeri, A., (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), pp.1-31.

Morgan, R.M. and Hunt, S.D. (1994), "The commitment trust theory of relationship management", *Journal of Marketing*, Vol. 58 No. 3, pp. 20-38.

Murti, A., Deshpande, A. and Srivastava, N. (2013a), "Service quality, customer (patient) satisfaction and behavioural intention in healthcare services: exploring the Indian perspective", *Journal of Health Management*, Vol. 15 No. 1, pp. 29-44.

Murti, A., Deshpande, A. and Srivastava, N. (2013b), "Patient satisfaction and consumer behavioural intentions: an outcome of service quality in health care services", *Journal of Health Management*, Vol. 15 No. 4, pp. 549-577.

Naidu, A. (2009), "Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 22 No. 4, pp. 366-381.

Nanu, L., Ali, F., Berezina, K. and Cobanoglu, C. (2020), "The effect of hotel lobby design on booking intentions: an intergenerational examination", *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 89.

Netemeyer, R., Krishnan, B., Pullig, C., Wang, G., Yagci, M., Dean, D., Ricks, J. and Wirth, F. (2004), "Developing and validating measures of facets of customer-based brand equity", *Journal of Business Research*, Vol. 57 No. 2, pp. 209-244.

North, A.C. and Hargreaves, D.J. (1998), "The effect of music on atmosphere and purchase intentions in a cafeteria", *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 28 No. 24, pp. 2254-2273.

Oleson, M. (1990), "Subjectively perceived quality of life", *Image Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 22, pp. 187-90.

Orians, G.H. (1980), "Habitat selection: general theory and applications to human behavior", in Lockard, J. (Ed.), *The Evolution of Human Social Behavior*, Elsevier, Chicago, pp. 49-66.

Orians, G.H. and Heerwagen, J.H. (1992), "Evolved responses to landscapes", in Barkow, J.H. Cosmides, L. and Tooby J. (Eds), *The Adapted Mind: evolutionary Psychology and the Generation of Culture*, Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 555-579.

Ortegon-Cortázar, L. and Royo-Vela, M. (2017), "Attraction factors of shopping centers: effects of design and eco-natural environment on intention to visit", *European Journal of Management and Business Economics*, Vol. 26 No. 2, pp. 199-219.

Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S. (2010). Patient satisfaction integration process: Are there any racial differences? *Health Care Management Review*, 35, 116–123.

Otani, K., Kurz, R. S., Burroughs, T. E., & Waterman, B. (2003). Reconsidering models of patient satisfaction and behavioral intentions. *Health Care Management Review*, 28, 7–20.

Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., & Dunagan, W. C. (2010). Different constructs and different strategies: How attribute reactions affect hos-

pital patients' evaluation of overall quality of care, willingness to recommend, and willingness to return. *Journal of Healthcare Management*, 55, 25–38.

Ozkul E., Boz, H., Bilgili, B. and Koc, E. (2019), "What Colour and Light Do in Service Atmospherics: A Neuro-Marketing Perspective", Emerald Publishing Limited, Bingley, pp. 223-244. <https://doi.org/10.1108/S1871-317320190000016022>

Pai, Y. P. and Chary, S. T. (2013). Assessing healthscapes-a comparison among inpatients and outpatients. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 2 (1), 521.

Palmer, M.W. (1991). Estimating species richness: the second-order jackknife reconsidered, *Ecology*, 72(4), 1512-1513.

Palmer, R.H., Donabedian, A. and Povar, G.J. (1991), *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*, Health Administration Press, Washington, DC.

Panchapakesan, P., Sai Lokachari, P., & Chandrasekharan, R. (2014). Strategic action grids: a study in Indian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27 (5), 360-372.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.

Pearson-Mims, C.H. and Lohr, V.I. (2000), "Reported impacts of interior plant-scaping in office environments in the United States", *HortTechnology*, Vol. 10 No. 1, pp. 82-86.

Polsa, P., Spens, K., Soneye, A. and Antai, I. (2011), "Comparing the perceived quality of private and public health services in Nigeria", *Journal of Management Policy and Practice*, Vol. 12 No. 7, pp. 18-26.

Powell, R. and Johnston, M. (2007), "Hospitalization in adults", in Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K. and Weinman, J. (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 2nd ed., Cambridge University Press, Cambridge, pp. 109-113.

Prinsley, D.M. (1986), "Music therapy in geriatric care", *The Australian Nurses Journal*, Vol. 15, pp. 48-9.

Qatari, G.A. and Haran, D. (1999), "Determinants of users 'satisfaction with primary healthcare settings and services in Saudi Arabia", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11 No. 6, pp. 523-531.

Raanaas, R.K., Evensen, K.H., Rich, D., Sjøstrøm, G. and Patil, G. (2011), "Benefits of indoor plants on attention capacity in an office setting", *Journal of Environmental Psychology*, Vol. 31 No. 1, pp. 99-105.

Reichheld, F.F. and Schefter, P. (2000), "E-Loyalty", *Harvard Business Review*, Vol. 78 No. 4, pp. 105-113.

Rickard, N.S. and McFerran, K. (2012), *Lifelong Engagement with Music: Benefits for Mental Health and Well-Being*, Nova Science Publishers, New York, NY.

Rosen, L.D., Karwan, K.R. & Scribner, L.L. (2003). Service quality measurement and the disconfirmation model: taking care in interpretation. *Total Quality Management*, 14(1), 3-14.

Rosenbaum, M. S. and Massiah, C. (2011). An expanded servicescape perspective. *Journal of Service Management*, 22 (4), 471-490.

Roush, S.E. and Sonstroem, R.J., (1999). Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Physical Therapy*, 79(2), pp.159-170.

Routhieaux, R.L. and Tansik, D.A. (1997), "The benefits of music in hospital waiting rooms", *Health Care Supervisor*, Vol. 16 No. 2, pp. 31-40.

Russell, J. (1980), "A circumflex model of affect", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 39 No. 6, pp. 1161-1178.

Ryu, K. and Jang, S.S. (2007), "The effect of environmental perceptions on behavioral intentions through emotions: the case of upscale restaurants", *Journal of Hospitality and Tourism Research*, Vol. 31 No. 1, pp. 56-72.

Saarikallio, S. (2011), "Music as emotional self-regulation throughout adulthood", *Psychology of Music*, Vol. 39 No. 3, pp. 307-327.

Sadiq Sohail, M. (2003), "Service quality in hospitals: more favorable than you might think", *Managing Service Quality*, Vol. 13 No. 3, pp. 197-206.

Saeed, A.A., Mohammed, B.A., Magzoub, M.E. and Al-Doghaither, A.H., (2001). Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi medical journal*, 22(3), pp.262-267.

Schmitt, B. and Simonson, A. (1997), *Marketing Aesthetics: The Strategic Management of Brands, Identity, and Image*, The Free Press Simon and Schuster, New York, NY.

Shoemaker, C.A., Randall, K., Relf, P.D. and Geller, E.S. (1992), "Relationships between plants, behavior, and attitudes in an office environment", *HortTechnology*, Vol. 2 No. 2, pp. 205-206.

Singh, N. and Srivastava, S. K. (2011) 'Impact of Colors on the Psychology of Marketing — A Comprehensive overview', *Management and Labour Studies*, 36(2), pp. 199–209. doi: [10.1177/0258042X1103600206](https://doi.org/10.1177/0258042X1103600206).

Skandrani, H., Mouelhi, N.B.D. and Malek, F. (2011), "Effect of store atmospherics on employees' reactions", *International Journal of Retail and Distribution Management*, Vol. 39 No. 1, pp. 51-67.

Soothill, K., Morris, S., Harman, J., Francis, B., Thomas, C. and McIlmurray, M., (2001). The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Supportive care in Cancer*, 9(8), pp.597-605.

Spangenberg, E.R., Crowley, A.E. and Henderson, P.W. (1996), "Improving the store environment: do olfactory cues affect evaluations and behaviors?", *Journal of Marketing*, Vol. 60 No. 2, pp. 67-80.

Spertus, J.A., Jones, P., McDonell, M., Fan, V. and Fihn, S.D., (2002). Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease. *Circulation*, 106(1), pp.43-49.

Standon William J. (1981), "Fundamentals of Marketing", International Student Edition, 6th Edition, McGraw-Hill, ISBN 0070608911, 9780070608917.

STEVEN ID, DOUGLAS RM. (1988). "Dissatisfaction in general practice: What do patients really want?", *Med J Aust* 1988, 148:280–282

Stevens, K. (1991). "Patients' perceptions of music during surgery", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 15, pp. 1045-51.

Suess, C. and Mody, M.A., (2018). Hotel-like hospital rooms' impact on patient well-being and willingness to pay: An examination using the theory of supportive design. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*.

Suess, C., Kang, S., Dogru, T. and Mody, M. (2020), "Understanding the influence of 'feeling at home' on health care travelers' well-being: a comparison of airbnb and hotel homescapes", *Journal of Travel and Tourism Marketing*, Vol. 37 No. 4, pp. 479-494.

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S., (1996). *SPSS for Windows workbook to accompany large sample examples of using multivariate statistics*. HarperCollins College Publishers.

Taner, T. and Antony, J. (2006), "Comparing public and private hospital care service quality in Turkey", *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, Vol. 19 Nos 2/3, pp. 1-10.

Tanja-Dijkstra, K. (2011), "The impact of bedside technology on patients' well-being", *HERD: Health Environments Research and Design Journal*, SAGE Publications, Vol. 5 No. 1, pp. 43-51.

Taylor, S.E. (2011), "Social support: a review", *The Handbook of Health Psychology*, Vol. 189, p. 214.

Thayer, R.E., Newman, J.R. and McClain, T.M. (1994), "Self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 67 No. 5, pp. 910-925.

Tifferet, S. and Vilnai-Yavetz, I. (2017), "Phytophilia and service atmospherics: the effect of indoor plants on consumers", *Environment and Behavior*, Vol. 49 No. 7, pp. 814-844.

Timmins F, (2005), "A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes". *Nursing in Critical Care*; 2005;10(4):174-83

Turley, L.W. and Milliman, R.E. (2000), “Atmospheric effects on shopping behavior: a review of the experimental evidence”, *Journal of Business Research*, Vol. 49 No. 2, pp. 193-211.

Ulrich, R. (1991), “Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research”, *Journal of Health Care Interior Design: Proceedings from the Symposium on Health Care Interior Design. Symposium on Health Care Interior Design*, Vol. 3 No. 1, pp. 97-109.

Uzochukwu, B.S.C., Onwujekwe, O.E. and Akpala, C.O. (2004), “Community satisfaction with the quality of maternal and child health services in Southeast Nigeria”, *East African Medical Journal*, Vol. 81 No. 6, pp. 293-299.

Vassiliadis, C.A., Fotiadis, A.K. and Tavlaridou, E. (2014), “The effect of creating new secondary health services on patients’ perceptions: a Kano service quality analysis approach”, *Total Quality Management*, Vol. 25 No. 7-8, pp. 897-907.

Vuori, H., 1987. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB. Quality review bulletin*, 13(3), pp.106-108.

Wakefield, K.L. and Blodgett, J.G. (1996). The effect of the servicescape cleanliness on customers’ behavioral intentions in leisure service settings. *Journal of Services Marketing*, 10 (6), 45-61.

Wallop, H. (2016), “The fat duck: tell me, Heston – can any meal really be worth £255?”, *The Telegraph*, March 4, available at: www.telegraph.co.uk/food-and-drink/restaurants/the-fat-duck-tell-meheston—can-any-meal-really-be-worth-255/ (accessed September 20, 2018).

Watkins N., Harper E., Breunig D., Lenhart T., English G., Chabot G. (2015). *HEALTHCARE DESIGN. The Communication Factor: Observations & Opportunities for Improving Clinic Design* (www.ki.com). Krueger International, Inc.

Webster, F.E. (Jr) (1992). The Changing Role of Marketing in the Corporation, *Journal of Marketing*, 56, 1-17.

Woodside, A.G., Frey, L.L., and Daly, R.T. (1989), “Linking service quality, customer satisfaction and behavior intention”, *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 9 No. 4, pp. 5-17.

Wu, Z., Robson, S. and Hollis, B. (2013), "The application of hospitality elements in hospitals", *Journal of Healthcare Management/American College of Healthcare Executives*, LWW, Vol. 58 No. 1, pp. 47-63.

Yalch, R.F. and Spangenberg, E. (1993), "Using store music for retail zoning: a field experiment", *Advances in Consumer Research*, Vol. 20, pp. 632-636.

WHO (2009), [online] Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/..650472_eng.pdf [Accessed 22 June 2021]

Yoo, B., Donthu, N. and Lee, S. (2000), "An examination of selected marketing mix elements and brand equity", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28 No. 2, pp. 195-211.

Yousapronpaiboon, K. and Johnson, W.C. (2013), "A comparison of service quality between private and public hospitals in Thailand", *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 4 No. 11.

Zandbelt, L.C., Smets, E., Oort, F.J., Godfried, M.H. and De Haes, H.C., (2004). Satisfaction with the outpatient encounter. *Journal of general internal medicine*, 19(11), pp.1088-1095.

Zeithaml, V.A., Berry, L.L. and Parasuraman, A. (1996), "The behavioral consequences of service quality", *Journal of Marketing*, Vol. 60 No. 2, pp. 31-46.

Zeithaml, V., Bitner, M.J. and Gremler, D. (2013), *Services Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*, McGraw-Hill International Edition, New York, NY.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. & Berry, L.L. (1990). *Delivering quality service*. New York: Free Press.

Zipkin, A. (2017), "For frazzled travelers, airports offer live music respite", *SFGate*, May 2, available at: www.sfgate.com/business/article/For-frazzled-travelers-airports-offer-live-music-11116218.php (accessed September 21, 2018).

Zoller, J.S., Lackland, D.T. and Silverstein, M.D., (2001). "Predicting patient intent to return from satisfaction scores". *The Journal of ambulatory care management*, 24(1), pp.44-50.

Διαδικτυακές Πηγές

<http://www.naftemporiki.gr/>

https://apps.who.int/iris/bitstream/...650472_eng.pdf

<http://www.marketingteacher.com/physical-evidence-marketing-mix/>

<https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/Patient%20safety%20and%20quality%20of%20care.pdf>