

Θεσσαλονίκη Σεπ /2008

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

*Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
στη Διοίκηση Επιχειρήσεων*

*Διπλωματική Εργασία
της :*

Καρανάσιου Παρασκευή



Τίτλος Διπλωματικής:

«Ποιοτική Ανάλυση της Διάστασης Ασφάλεια
του Μοντέλου SERVQUAL των Παρεχόμενων Υπηρεσιών
στον Τομέα της Υγείας .»

Επιβλέπων Καθηγητής: **Δρ. Βασιλειάδης Χρήστος**

Σύνοψη

Στην παρούσα εργασία ασχολούμαστε με την ποιοτική μελέτη που έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι γνωστικοί λόγοι ή παράγοντες, που προκαλούν το αίσθημα της ασφάλειας στα νοσοκομεία. Η διάσταση της ασφάλειας, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες (αποτελέσματα ανάλυσης SERVQUAL) και με τα ευρήματα των συγγραφέων (Christoglou, et al, 2006_{a,b}) είναι σημαντικά για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Αυτή η εργασία παρουσιάζει τα αποτελέσματα της τεχνικής ανάλυσης Means-End (θεωρία Μέσων-Σκοπού) (Gutman 1982, Reynolds & Gutman, 1988) που διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης.

Εξετάζεται η φύση των υπηρεσιών υγείας, οι ομοιότητες και διαφορές που παρουσιάζει με τα άλλα είδη υπηρεσιών και οι συνέπειες που αυτές έχουν στην παραγωγή και χρήση της υπηρεσίας.

Μελετάται η διάσταση της ασφάλειας και γίνεται παρουσίαση αρθρογραφίας που στηρίζει την βασική μας υπόθεση, την σημαντικότητα και σπουδαιότητα της διάστασης αυτής του μοντέλου SERVQUAL, στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και το ίδιο το προσωπικό.

Λόγω της χρήσης της μεθόδου Μέσων-Σκοπού (Means – End Theory), που αναπτύχθηκε από τον Gutman Jonathan (1982), για την διεξαγωγή της έρευνας και των αποτελεσμάτων της, γίνεται στην συνέχεια μία εκτενής αναφορά στην μέθοδο, τον τρόπο λειτουργία της και την σημασία των αποτελεσμάτων της.

Τέλος ακολουθεί η ποιοτική έρευνα που έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, το 2006. Δόθηκαν 192 ερωτηματολόγια σε άτομα του προσωπικού και σε ασθενείς, τα οποία περιλάμβαναν ερωτήσεις, ανοιχτού τύπου, γύρω από το θέμα της ασφάλειας στο εν λόγω νοσοκομείο. Ακολουθούν τα ευρήματα και συμπεράσματα της μελέτης, με τις αντίστοιχες «Αλυσίδες/ Χάρτες Μέσων-Σκοπού» (Means-End Chain Maps), τις συνέπειες και την

συνεισφορά της υπηρεσίας που αναφέρονται στην αξία της διάστασης της ασφάλειας. Επιπρόσθετα γίνεται σχολιασμός πάνω σε αυτά τα αποτελέσματα για πιθανές διοικητικές εφαρμογές.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μέρος 1^ο

Βιβλιογραφική Επισκόπηση

- 1.1 Υπηρεσίες Υγείας
- 1.2 Διάσταση της Ασφάλειας
- 1.3 Θεωρία Μέσων-Σκοπού

Μέρος 2^ο

Μελέτη Έρευνα

Σύνοψη

- 2.1 Μεθοδολογία
- 2.2 Τα Βήματα της Ερευνητικής Διαδικασίας

Μέρος 3^ο

Αποτελέσματα της Μελέτης Μέσων – Σκοπού

- 3.1 Ασθενείς
- 3.2 Προσωπικό
- 3.3 Συζήτηση των Αποτελεσμάτων και προτάσεις για τη διοίκηση

Μέρος 4^ο

Συμπεράσματα

- 4.1 Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

ΜΕΡΟΣ 1^ο

Βιβλιογραφική Επισκόπηση

● 1.1 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ*

Οι βασικές αρχές των υπηρεσιών αναπτύχθηκαν από την θεμελιώδη αρχή ότι οι υπηρεσίες διαφέρουν από τα αγαθά και απαιτούν νέες ιδέες, τεχνικές προσέγγισης, εργαλεία και στρατηγικές (Berry & Parasuraman, 1993). Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας διευκρινίζει το πόσο πολύ είναι δυνατόν να διαφέρουν οι υπηρεσίες. Η υγεία αποτελεί ένα πεδίο με πολλά και μεγάλα προβλήματα. Τα κόστη του είναι τεράστια, η ανάλωση των παραγωγικών συντελεστών του είναι πολύ μεγάλη, σφάλλει πολύ και μεροληπτεί υπερβολικά συχνά. Οι υπηρεσίες υγείας είναι εξαιρετικά ακριβές και πολύπλοκες. Είναι υπηρεσίες που προσφέρονται παγκοσμίως και επηρεάζουν τις οικονομίες και την ποιότητα ζωής όλων των ανθρώπων. Το μάνατζμεντ των υπηρεσιών, των λειτουργιών και του μάρκετινγκ έχουν πολλά να προσφέρουν σε έναν κρίσιμα σημαντικό, διανοητικά απαιτητικό αλλά και ιδιαίτερα προβληματικό τομέα, όπως αυτόν της υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν στο ευρύτερο σύνολο των υπηρεσιών, ωστόσο διαφέρουν από τις υπόλοιπες. Υπάρχουν τόσο ομοιότητες, όσο και διαφορές, γεγονός που κάνει τον κλάδο των υπηρεσιών υγείας έναν σχεδόν ξεχωριστό κλάδο.

Οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν στις σπάνιες υπηρεσίες και είναι απαραίτητες για τον άνθρωπο αλλά όχι απαραίτητα επιθυμητές. Αποτελούν αδιαμφισβήτητα την πιο προσωπική και σημαντική υπηρεσία που αγοράζει ο άνθρωπος. Παρόλα αυτά όμως αρκετές μελέτες καταδεικνύουν μία πληθώρα από διαφορές ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του κλάδου (McGlynn κ.ά., 2003· Wennberg & Fisher, 2006), οι οποίες φυσικά εξαρτώνται και από την κρίση του ασθενή (Adams & Biros, 2002). Η επιρροή του τομέα της υγείας στις οικονομίες καθώς και στην ποιότητα ζωής είναι τεράστια. Αρκεί απλά να δούμε τα ποσά που δαπανούνται για αυτές τις υπηρεσίες. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. περισσότερα από 2 τρις δολάρια, 7.000 δολάρια κατά κεφαλήν, ξοδεύτηκαν το 2006. Σε αντίθεση πάντως με το ποσό των χρημάτων, το ποσοστό των Αμερικάνων που δήλωσαν ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν, άγγιζε μόλις το 44%. Σε αντίθεση με τις Η.Π.Α. τα αντίστοιχα κατά κεφαλήν ποσά που ξοδεύονται σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι πολύ μικρότερα. Για παράδειγμα στη Γαλλία είναι 3.566 δολάρια, στην Γερμανία 3.502 δολάρια και στο Ην. Βασίλειο μόλις 2.880 δολάρια. (Organization for Economic Cooperation and Development Health Division, 2006)

· (Leonard L. Berry and Neeli Bendapudi “Health Care: A Fertile Field for Service Research, 2007)

Ο βασικός μηχανισμός ο οποίος λαμβάνεται ως δεδομένος για τις άλλες υπηρεσίες δεν ισχύει στον τομέα της υγείας. Η Ζήτηση δεν αυξάνει την Προσφορά, δηλαδή περισσότεροι ασθενείς δεν αυξάνουν την ποσότητα των υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα η Προσφορά είναι αυτή που αυξάνει τη Ζήτηση.

Όλα τα παραπάνω δείχνουν την μεγάλη διαφοροποίηση που παρουσιάζει ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους υπόλοιπους. Για το λόγο αυτό θα προχωρήσουμε λίγο βαθύτερα στην ανάλυση, προκειμένου να δούμε ποιες είναι οι βασικές διαφορές και ομοιότητες με τους άλλους κλάδους.

• Ομοιότητες των υπηρεσιών υγείας με άλλες υπηρεσίες*

Οι υπηρεσίες υγείας αντικατοπτρίζουν διάφορα χαρακτηριστικά που είναι κοινώς σχετιζόμενα με άλλες υπηρεσίες.

Καταρχάς είναι στην ουσία τους άυλες με την έννοια ότι τα κύρια οφέλη της ιατρικής διάγνωσης, θεραπείας και επιμόρφωσης του ασθενούς προέρχονται κυρίως από λειτουργίες. Οι ασθενείς (και οι έμμεσοι πληρωτές) υφίστανται περισσότερο ένα έξοδο παρά αποκτούν υλικά στοιχεία. Η ίδια η θεραπεία συχνά αποτελεί ένα μίγμα υλικών και άυλων υπηρεσιών (π.χ. μία εγχείρηση σε ένα καλά εξοπλισμένο χειρουργείο ή οι φαρμακευτικές υπηρεσίες).

Οι υπηρεσίες υγείας είναι εντατικές τόσο σε εργασία όσο και σε ικανότητες, γεγονός που συμβάλλει στην κοινώς αποδεκτά διαφοροποίηση σε απόδοση από τον ένα παροχέα της υπηρεσίας στον άλλο. Η διαφοροποίηση αυτή δεν φαίνεται μόνο στη μέθοδο εξυπηρέτησης και στις επικοινωνιακές ικανότητες των νοσοκομειακών γιατρών αλλά και στις τεχνικές τους ικανότητες. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι στην Ευρώπη το 47% των κατοίκων της Ε.Ε. πιστεύουν ότι είναι αρκετά πιθανό ή αρκετά πιθανό για έναν ασθενή ενός νοσοκομείου να υποστεί σοβαρό ιατρικό λάθος, από πλευράς των νοσοκομειακών γιατρών ή του ιατρικού προσωπικού (Eurobarometer, 2006).

Επειδή οι υπηρεσίες προσφέρονται στα ίδια τα άτομα και όχι στις περιουσίες αυτών, είναι τυπικά αδιαχώριστες. Οι ασθενείς πρέπει να είναι φυσικά παρόντες στο σημείο παροχής της υπηρεσίας (στο νοσοκομείο ή το ιατρείο) όταν ο γιατρός ή ο υπάλληλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι διαθέσιμος για την παράδοση της υπηρεσίας. Το στοιχείο του μη διαχωρισμού μπορεί να αποτελεί πρόβλημα για ορισμένους ασθενείς, όπως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα άτομα με κινητικές δυσκολίες ή ακόμη και τα άτομα που βρίσκονται

(Leonard L. Berry and Neeli Bendapudi “Health Care: A Fertile Field for Service Research, 2007)

σε μεγάλη απόσταση. Το γεγονός αυτό μπορεί να δημιουργήσει εκνευρισμό στους ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να είναι αναγκασμένοι να περιμένουν για μεγάλες χρονικές περιόδους προκειμένου να μπορέσουν να δεχθούν την υπηρεσία.

Όπως οι περισσότερες υπηρεσίες, έτσι και οι υπηρεσίες υγείας είναι φθαρτές. Οι οργανισμοί υγείας δημιουργούν αξία μέσω του χρόνου εργασίας του προσωπικού και την εμπειρία του, τον εξοπλισμό και τον φυσικό χώρο. Όταν αυτοί οι πόροι δεν χρησιμοποιούνται, η αξία που θα μπορούσαν να έχουν δημιουργήσει χάνεται. Το διοικητικό προσωπικό και οι γιατροί γνωρίζουν την ύπαρξη αυτής της φθαρτότητας των υπηρεσιών τους και μπορεί για την αποφυγή της να κλείσουν περισσότερα ιατρικά ραντεβού ή να χρεώσουν ένα πρόστιμο για την μη εμφάνιση του ασθενούς, προκειμένου να αποζημιωθούν για την απώλεια χρόνου. Παρόμοια με την χρήση άλλων τεχνικών υπηρεσιών, όπως η επισκευή ή την αποτίμηση, οι πελάτες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, όσον αφορά την γνώση, όταν κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας είναι υπηρεσίες διαπίστευσης στο ότι η αναλυτική ποιότητα είναι δύσκολο να καθοριστεί από τον ασθενή ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της υπηρεσίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις όταν οι ασθενείς ερωτώνται για τις εμπειρίες τους από τις ιατρικές υπηρεσίες που έλαβαν, καλές και κακές, συνήθως οι απαντήσεις τους αφορούν την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, παρά την τεχνική του κατάρτιση ή εμπειρία. Το γεγονός αυτό δείχνει όχι μόνο την σπουδαιότητα των διαπροσωπικών ικανοτήτων των γιατρών, αλλά και την σχετική ευκολία των ασθενών στην αξιολόγηση τους. Η τεχνική ποιότητα είναι ξεκάθαρα ζωτικής σημασίας για τους ασθενείς, αλλά πολύ πιο δύσκολη στην αξιολόγησή της.

- **Διαφορές μεταξύ υπηρεσιών υγείας και άλλων υπηρεσιών***

Στο σημείο αυτό μελετάμε τις διαφορές μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των άλλων υπηρεσιών, οι οποίες είναι περισσότερες από τις ομοιότητες. Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να χρειαστεί να ανταποκριθεί σε μία ευρεία κλίμακα αναγκών για ιατρική περίθαλψη, από μία απλή γρίπη, μέχρι ένα σοβαρό καρδιακό επεισόδιο. Πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί στις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς και πολλές φορές αυτό χρειάζεται να γίνει σε καταστάσεις που απέχουν πολύ από τις ιδανικές. Ακόμη και μία απλή καθημερινή ημέρα στο νοσοκομείο μπορεί να περιέχει πολλές συναισθηματικές και φυσικές κλιμακώσεις.

(Leonard L. Berry and Neeli Bendapudi “Health Care: A Fertile Field for Service Research, 2007)

Για το λόγο αυτό οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν ορισμένα πολύ ιδιαίτερα και ξεχωριστά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις άλλες υπηρεσίες, τα οποία αναλύουμε αμέσως παρακάτω.

1. Οι πελάτες είναι ασθενείς/ άρρωστοι.

Αυτοί που δέχονται τις υπηρεσίες υγείας είναι συνήθως άρρωστοι και βρίσκονται κάτω από συναισθηματική φόρτιση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις ζουν μέσα στον χώρο παροχής της υπηρεσίας, εσωτερικοί ασθενείς. Η εξυπηρέτηση ενός πελάτη, ο οποίος προσέρχεται με κάποιο συνδυασμό ασθενειών, πόνο, αβεβαιότητα και φόβο παρουσιάζει μία μοναδική πρόκληση στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι συνθήκες των πελατών μπορεί να τους κάνουν πιο συναισθηματικούς, απαιτητικούς, ευαίσθητους και/ή πιο εξαρτημένους από ότι θα ήταν κανονικά ως καταναλωτές.

Από την άλλη πάλι πλευρά, τα συναισθήματά τους επηρεάζουν την ικανότητα τους επιλογής. Για παράδειγμα τα αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους θεωρούνται υπεύθυνα, σύμφωνα με μελέτες, για την επιλογή πιο ασφαλών ενεργειών (μειωμένος κίνδυνος συνεπάγεται και μειωμένη απόδοση) που προσδίδουν στο άτομο μία αίσθηση ελέγχου της κατάστασης. Από την άλλη πάλι πλευρά, όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν αισθήματα θλίψης, τείνουν να προτιμούν επιλογές που προσφέρουν μεγαλύτερη ανταμοιβή και παρηγοριά (Raghunathan, Pham & Corfman, 2006). Βέβαια δεν πρέπει να αγνοούμε το γεγονός ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν ένα ιδιαίτερο μίγμα συναισθημάτων, π.χ. στην περίπτωση μιας εγχείρησης έχουν ελπίδα για την θεραπεία αλλά ταυτόχρονα διακατέχονται και από φόβο ότι κάτι μπορεί να πάει αναπάντεχα λάθος στη διάρκεια της εγχείρησης.

Τα παραπάνω βέβαια παρουσιάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό στους εσωτερικούς ασθενείς, κυρίως των νοσοκομείων, οι οποίοι ζουν για ένα χρονικό διάστημα μέσα σε αυτά. Η νοσηλεία σε ένα νοσοκομείο, ακόμη και όταν οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι εξαιρετικές, προκαλεί στρες το οποίο συνοδεύει την ίδια την ασθένεια. Τα νοσοκομεία είναι για πολλούς ανθρώπους τρομακτικά μέρη, όπου οι ασθενείς υπόκεινται σε ιατρικές διαδικασίες και δέχονται ιατρική θεραπεία. Οι ασθενείς δεν έχουν τον έλεγχο και δεν μπορούν να εισέλθουν και να εξέλθουν από τον χώρο όποτε αυτοί επιθυμούν αλλά θα πρέπει να τους δοθεί η άδεια από τον γιατρό. Σε γενικές γραμμές τα άτομα δεν απολαμβάνουν την εκεί τους παραμονή, που τους κρατάει σε απόσταση από το φυσικό περιβάλλον, δεν προσφέρει πνευματική ή σωματική διέγερση και στις περιπτώσεις όπου η νοσηλεία γίνεται σε δωμάτια με περισσότερα του ενός άτομα, τους στερεί το δικαίωμα της ησυχίας και της ιδιωτικής ζωής. Τέλος ένας από

τους πιο σημαντικούς παράγοντες δημιουργίας στρες και άγχους είναι ο θόρυβος που επικρατεί στους χώρους. Είναι ποικιλόμορφος και πολύ συχνά έντονος (Berry κ.ά., 2004).

2. Οι πελάτες είναι απρόθυμοι.

Η πιθανότητα μιας ασθένειας είναι το έναυσμα για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας από τους καταναλωτές. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί ακριβώς γιατί η συγκεκριμένη υπηρεσία είναι αναγκαία και απαραίτητη αλλά όχι πάντα επιθυμητή. Οι ετήσιες εξετάσεις, τα προληπτικά τεστ ή στην ακόμη χειρότερη περίπτωση μία επέμβαση, αντιμετωπίζονται με απροθυμία ακόμη και φόβο από τους ανθρώπους. Η βιβλιογραφία ασχολείται με τις υπηρεσίες που οι καταναλωτές επιθυμούν όπως της αναψυχής, της διασκέδασης, της προσωπικής επικοινωνίας και της επικοινωνίας. Λιγότερη είναι η προσοχή που δίδεται στο είδος των υπηρεσιών στο οποίο ανήκουν οι υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένες δημόσιες υπηρεσίες όπως η ασφάλεια των αεροδρομίων ή της ρύθμισης της κυκλοφορίας, δηλαδή των αναγκών αλλά μη επιθυμητών.

Η απροθυμία του πελάτη μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών. Αξιολογούνται άραγε από τους καταναλωτές οι επιθυμητές υπηρεσίες διαφορετικά από τις μη επιθυμητές; Μπορεί επίσης να επηρεάσει το βαθμό στον οποίο οι πελάτες αποδέχονται τον ρόλο του συμπαραγωγού, ο οποίος είναι εμφανώς απαραίτητος για ένα επιθυμητό αποτέλεσμα (Bendarudi & Leone, 2003). Η επιτυχημένη απόδοση μίας υπηρεσίας υγείας τυπικά απαιτεί την συμμετοχή του ασθενούς τόσο κατά την διάρκεια της εξέτασης από τον γιατρό, όσο και αργότερα κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής.

Οι επιστήμονες που μελετούν τα θέματα που αφορούν τον τομέα των υπηρεσιών, σπάνια αναλογίζονται το θέμα της απροθυμίας του πελάτη να επιτελέσει τον ρόλο του συμπαραγωγού. Στις υπηρεσίες υγείας τα «θέλω» και οι ανάγκες του πελάτη έρχονται συχνά σε ρήξη. Η συμμετοχή του στην παραγωγή συχνά περιλαμβάνει την απευθείας αντιμετώπιση των φόβων του, αξιοσημείωτη ενόχληση και κόστος καθώς και την ανάγκη για αλλαγή του μέχρι πρότινος τρόπου ζωής του.

Ένα μεγάλο μέρος της απροθυμίας του μπορεί να πηγάζει επίσης και από την αίσθηση του ότι «χάνουν τον έλεγχο» τους πάνω στο αποτέλεσμα. Όταν οι πελάτες αντιμετωπίζουν απειλητικά συναισθήματα, όπως το άγχος και το στρες, σε περιπτώσεις χαμηλής αυτοδυναμίας, τότε είναι πιο πιθανό να αποφεύγουν δυναμικές στρατηγικές. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να οδηγηθούν σε σχεδόν ευνοϊκότερη λήψη αποφάσεων και συμπεριφορά

(Duhachek, 2005). Αυτή η αποφυγή στην περίπτωση των υπηρεσιών που είναι αναγκαίες αλλά όχι απαραίτητα επιθυμητές, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο.

3. Οι πελάτες αναγκάζονται να εκχωρήσουν ιδιωτικά τους στοιχεία.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι εξ ορισμού προσωπικές αλλά όχι ιδιωτικές. Άλλες υπηρεσίες δεν απαιτούν από τους πελάτες τους να αποκαλύψουν τόσα πολλά από την ιδιωτική τους ζωή ή να απογυμνώσουν τους εαυτούς τους, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, όπως στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας. Για να έχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα δεν απαιτείται μόνο να αποχωριστούν τον ρουχισμό τους, αλλά και να εκμυστηρευτούν πολύ ιδιωτικά τους ζητήματα τα οποία ελάχιστοι πολύ κοντινοί τους άνθρωποι γνωρίζουν. Φυσικά αυτό πρέπει να το πράξουν απέναντι σε ένα άνθρωπο τον οποίο πολλές φορές γνωρίζουν για πρώτη φορά.

Τα ψυχολογικά ζητήματα που αγγίζουν οι γιατροί ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό. Οι παροχείς υπηρεσιών πέρα από τις υπηρεσίες που πωλούν δεν είναι υποχρεωμένοι να επιτελούν και τον συμβουλάτορα ή του ψυχολόγου. Στις υπηρεσίες υγείας όμως ένας τέτοιου είδους ρόλος είναι απαραίτητος. Υπάρχουν πτυχές στον τομέα της υγείας που επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα των υπηρεσιών και τις οποίες δεν γνωρίζουμε.

4. Οι πελάτες χρειάζονται μία ολοκληρωτική (από πλευράς ατόμου) υπηρεσία.

Η ανάγκη κατανόησης του κάθε πελάτη ολοκληρωτικά έτσι ώστε να επιτευχθεί και η απαραίτητη εξατομίκευση της υπηρεσίας, είναι απαραίτητη στον τομέα της υγείας. Χρειάζεται η υπηρεσία να μεταβληθεί έτσι ώστε να ταιριάζει κάθε φορά, όχι μόνο με την κατάσταση υγείας του ασθενούς αλλά και με την ηλικία του, την πνευματική του κατάσταση, τις προσωπικές του ιδιαιτερότητες, τις προτιμήσεις, την οικογενειακή του κατάσταση και φυσικά την χρηματική του ευχέρεια.

Η προσφορά ποιοτικής υπηρεσίας σε όλους τους ασθενείς, εξαρτάται από την ικανότητα και την προθυμία του ιατρικού προσωπικού, να συσπειρώσει τις τεχνικές του γνώσεις με τις γνώσεις που έχει για τον κάθε ασθενή και την κατάσταση αυτού. Το φαινόμενο αυτό γίνεται έντονα εμφανές στις περιπτώσεις των σοβαρών ασθενειών. Η ίδια η διάγνωση της ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε ολοκληρωτική αλλαγή της μέχρι πρότινος ζωής του ασθενούς και φυσικά να ασκήσει τεράστια επίδραση και στην ίδια του την οικογένεια.

5. Οι πελάτες είναι σε κίνδυνο.

Δεν υπάρχει κάποιου άλλου είδους υπηρεσία που να μπορεί να φανταστεί ο οποιοσδήποτε στην οποία οι πελάτες βρίσκονται σε περισσότερο κίνδυνο από ότι στον τομέα της υγείας. Ένα επάγγελμα που έχει ως σκοπό την θεραπεία, υπερβολικά συχνά γίνεται επιβλαβές για αυτή. Φανταστείτε απλά ένα πιλότο αεροπλάνου να έκανε την εξής ανακοίνωση:

‘Κυρίες και κύριοι, καλωσορίσατε στην πτήση 600 για Ντάλας. Σας μιλάει ο κυβερνήτης. Η πτήση μας θα διαρκέσει τρεις ώρες και δέκα λεπτά και βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσω ότι έχετε 97% πιθανότητα να φτάσετε στο Ντάλας χωρίς να υποστείτε σημαντική βλάβη ή να σκοτωθείτε κατά την διάρκεια της πτήσης. Θα σας παρακαλούσα να απολαύσετε την πτήση σας και να βεβαιωθείτε ότι δέσατε τις ζώνες σας.’

(Berwick & Leape, 1999).

Μία τέτοια ανακοίνωση φαντάζει πραγματικά κωμική. Κανένας πελάτης δεν θα δεχόταν να πάρει το ρίσκο. Ευτυχώς οι αερομεταφορές είναι ιδιαίτερα ασφαλείς σε αντίθεση με τις υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς δεν ενημερώνονται για τις πιθανότητες που έχουν να υποστούν σοβαρή βλάβη ή θάνατο όταν εισέρχονται στο νοσοκομείο.

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις υπολογίζεται ότι προσβάλλουν δύο εκατομμύρια Αμερικανών κάθε χρόνο, από τους οποίους οι 90 χιλιάδες πεθαίνουν (Burke, 2003). Δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν όλες αυτές οι λοιμώξεις, αλλά πολλές θα μπορούσαν μέσα από βελτιωμένες πρακτικές ασφαλείας, όπως σωστή υγιεινή των χεριών των γιατρών, η ανύψωση του κεφαλιού των ασθενών σε μηχανική υποστήριξη για την αποφυγή πνευμονίας, η σωστή χορήγηση των αντιβιοτικών στην προ-εγχειρητική περίοδο και η φιλοξενία των ασθενών σε μονόκλινα δωμάτια ώστε να μην εκτίθενται στα μικρόβια των συγκατοίκων τους (Berry κ.ά., 2004· Berwick, 2004· Burke, 2003· Trampuz & Widmer, 2004).

Μεγάλος επίσης είναι και ο αριθμός των ασθενών που παθαίνουν κάποιου είδους βλάβη από λάθη στην φαρμακευτική αγωγή (Institute of Medicine, 2006). Τέτοιου είδους λάθη περιλαμβάνουν την χορήγηση του λάθους φαρμάκου, την χορήγηση λάθους δόσης του σωστού φαρμάκου ή τον λάθος συνδυασμό φαρμάκων. Ο αριθμός των φαρμάκων που παίρνουν ορισμένοι ασθενείς καθώς και ο αριθμός των διαφορετικών θεραπόντων ιατρών

που εξυπηρετούν έναν ασθενή μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση. Σύγχυση όμως προκαλείται και από τα πολλά φάρμακα με τα παρόμοια ονόματα. Επιπρόσθετα οι χειρόγραφες συνταγές μπορεί να οδηγήσουν επίσης σε λάθη, εξαιτίας της δυσκολίας ανάγνωσης του ορθογραφικού χαρακτήρα. Η εγκατάσταση του γραμμωτού κώδικα στα χορηγούμενα φάρμακα στους νοσοκομειακούς ασθενείς και η μηχανογράφηση μπορούν να μειώσουν σημαντικά τέτοιου είδους λάθη, αλλά αυτές δεν είναι ακόμη διαδεδομένες τεχνικές.

Επιπρόσθετα λάθη και δυσκολίες στην επικοινωνία αποτελούν άλλον ένα συχνό λόγο λαθών διάγνωσης και θεραπείας, όπως και η κακή αρχειοθέτηση των ιατρικών δεδομένων. Στις Η.Π.Α. το National Quality Forum εξέδωσε ένα έγγραφο με 27 “never events” (γεγονότα που δεν πρέπει να συμβαίνουν) για τα νοσοκομεία, γεγονότα που είναι προβλέψιμα και δεν θα έπρεπε να συμβαίνουν. Στον κατάλογο περιλαμβάνονται περιστατικά όπως εγχείρηση του λάθους ασθενή, εγχείρηση λάθους μέλους στο σωστό ασθενή, κατάλοιπα ξένων αντικειμένων στο σώμα του ασθενή μετά την εγχείρηση κτλ. Τα γεγονότα αυτά κατατάσσονται στα ιατρικά λάθη και από τους περισσότερους είναι αυτονόητο ότι δεν πρέπει να συμβαίνουν. Παρόλα αυτά τέτοιου είδους γεγονότα αποτελούν κομμάτι των ετήσιων λαθών των νοσοκομείων.

Η βλάβη που γίνεται στους ασθενείς δεν είναι πάντοτε τόσο εμφανής, όπως μία κακή χειρουργική επέμβαση ή ένα φαρμακευτικό λάθος. Πολλές φορές γίνονται λάθη και στα απλά προληπτικά τεστ. Το 2003 οι Kahn και Luce έκαναν ένα πείραμα στο οποίο έδιναν λάθος αποτελέσματα στη μαστογραφία των ασθενών. Το πείραμα έδειξε ότι τα επίπεδα του άγχους μετά από αυτό ήταν πολύ υψηλότερα από ότι τα κανονικά και για το λόγο αυτό οι ασθενείς επέλεξαν να καθυστερήσουν χρονικά την επόμενη τους εξέταση. Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να αποφευχθεί σε δύο περιπτώσεις. Αν η ασθενής έχει ιστορικό εμφάνισης καρκίνου ή κληρονομική τάση για εμφάνιση ή εάν ενημερωθεί εκ των προτέρων ότι η μαστογραφία είναι το πρώτο βήμα της διάγνωσης γιατί δεν είναι πολύ ακριβής.

6. Οι γιατροί είναι πιεσμένοι.

Η εξυπηρέτηση ασθενών είναι μία υπερβολικά αγχώδης εργασία. Έχουν μελετηθεί πολλές κατηγορίες προμηθευτών υπηρεσιών αλλά δεν έχουν μελετηθεί αυτοί που είναι εμφανώς κουρασμένοι στην εργασία τους όπως οι γιατροί και οι νοσοκόμες /οι που φροντίζουν άτομα με σοβαρές ασθένειες. Το φυσικό στρες της εργασίας μπορεί να είναι αποκαρδιωτικό. Το

ωράριο των νοσοκόμων είναι συνήθως 12ωρο ή και περισσότερο, κατά τη διάρκεια του οποίου έχουν πολύ λίγα και μικρά διαλείμματα. Είναι επί ποδός όλη την ώρα και κάνουν ένα μεγάλο κομμάτι βαριάς χειρονακτικής εργασίας, όπως το να ανασηκώνουν τον ασθενή, η βοήθεια στη μετακίνησή του στο λουτρό κ.α.. Επιπρόσθετα μέσα στη διάρκεια της ημέρας μπορεί να διανύσουν πολλά χιλιόμετρα προκειμένου να συγκεντρώσουν τα απαραίτητα εφόδια και φάρμακα (Hendrich, Fay & Sorrells, 2002).

Από την άλλη πάλι πλευρά ένας πολυάσχολος νοσοκομειακός γιατρός μπορεί να κάνει μέσα σε μία «συνηθισμένη» ημέρα εργασίας, 25-40 επισκέψεις στους εξωτερικούς ασθενείς, κατά την διάρκεια της βάρδιας του στο τμήμα του νοσοκομείου με τους εσωτερικούς ασθενείς. Μετά την απογευματινή βάρδια πρέπει να απαντήσει στα τηλέφωνα των ασθενών και γυρίζοντας στο σπίτι να χρειαστεί να ξυπνήσει μέσα στη νύχτα από ένα τηλεφώνημα για έναν ασθενή που παρουσιάζει προβλήματα.

Η κούραση αποτελεί έναν σοβαρό παράγοντα δημιουργίας άγχους το οποίο αυξάνεται ακόμη περισσότερο από την πίεση του χρόνου, ο οποίος αποτελεί για πολλούς από τους ασθενείς κυριολεκτικά ζήτημα ζωής και θανάτου. Στην περίπτωση των χειρουργείων εισέρχεται και ένας τρίτος παράγοντας, η αυτοσυγκέντρωση. Αν ο χειρουργός αφαιρεθεί για μία και μόνο στιγμή το αποτέλεσμα μπορεί να είναι καταστροφικό. Η κούραση είναι αναπόφευκτη, αλλά οι αρνητικές συνέπειες αυτής μη αποδεκτές. Η συναισθηματική πίεση είναι τρομακτικά μεγάλη.

Πλην της σωματικής κόπωσης όμως επέρχεται και συναισθηματική κόπωση η οποία οφείλεται από την μεγάλη και συχνή έκθεση σε μία ποικιλία συναισθημάτων από μέρους των ασθενών και των συγγενικών τους προσώπων (Morris & Feldman, 1996). Όλα αυτά γίνονται ακόμη πιο έντονα όταν ο γιατρός θα πρέπει να πει δυσάρεστα νέα στον ασθενή και την οικογένειά του. Φυσικά και σε άλλες περιπτώσεις υπηρεσιών ο προμηθευτής πρέπει να πει δυσάρεστα νέα στους πελάτες του, αλλά αυτά δεν προκαλούν αλλαγές στη ζωή των πελατών του ή ακόμη και παύση αυτής, όπως στον τομέα της υγείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις των δυσάρεστων νέων αναρωτιέται κανείς για το ποια είναι η ποιότητα της επικοινωνίας. Δεν είναι μία ερώτηση που απαντάται εύκολα, αν γίνεται καν να απαντηθεί.

Οι ασθενείς διαφέρουν ως προς την ποσότητα της γνώσης και της πληροφόρησης που θέλουν να πάρουν αναφορικά με την πρόγνωση της εξέλιξης της ασθένειάς τους και μπορεί να είναι ασαφείς στην διαβίβαση του τι θέλουν να μάθουν. Αλλά ακόμη και στην περίπτωση που ο ασθενής δεν θέλει να μάθει όλη την αλήθεια, μπορεί η εκούσια απόκρυψή της να χαρακτηριστεί ως καλή υπηρεσία;

Αυτού του είδους η υπηρεσία είναι ξεκάθαρα πολύ διαφορετική από τα είδη που οι ακαδημαϊκοί ερευνούν στις επιχειρηματικά προσανατολισμένες υπηρεσίες. Στην ιατρική τα άσχημα νέα έχουν πάντα πολύ πιο άσχημες συνέπειες και οι σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών είναι πολύ πιο προσωπικές.

Μία επιπρόσθετη αιτία δημιουργίας εργασιακού άγχους στους γιατρούς είναι η πιθανότητα καταγγελίας κακής ιατρικής πράξης ή η καταγγελία για κακή θεραπεία. Η βιβλιογραφία της ποιότητας των υπηρεσιών τονίζει το στοιχείο της αξιοπιστίας (π.χ. Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990) και της ανάκαμψης όταν αυτό συμβεί, (π.χ. Tax, Brown & Chandrashekar, 1998), αποδεχόμενη όμως το γεγονός ότι είναι ανέφικτη η αποτυχία (π.χ. Keaveney, 1995). Όπως αναφέραμε προηγουμένως τα ιατρικά λάθη είναι συνήθη αλλά η υπηρεσία της ανάκαμψης είναι πολύ δύσκολο να επιδιωχθεί πρακτικά, επειδή τα λάθη μπορεί να προκάλεσαν βλάβη στον ασθενή και να υπάρξει μήνυση για κακή θεραπεία. Τα άτομα που προσφέρουν άλλα είδη υπηρεσιών δεν γίνονται συνήθως αποδέκτες μηνύσεων, μετά από κάποιο λάθος τους. Βέβαια στην δική τους περίπτωση υπάρχει η δυνατότητα της ανάκαμψης. Στον τομέα της υγείας τόσο ο θεράπων ιατρός όσο και το ίδρυμα μπορεί να γίνουν αποδέκτες μηνύσεων.

Τα γεγονότα αυτά αποθαρρύνουν τους γιατρούς από το να χειριστούν δύσκολες επεμβάσεις ή δύσκολες περιπτώσεις ασθενείας με το φόβο του λάθους και της μήνυσης (Studdert κ.ά., 2005). Η απολογία είναι η πρακτική που προτείνεται στις περιπτώσεις αποτυχιών στις υπηρεσίες από την βιβλιογραφία. Το ίδιο προτείνεται και στον τομέα της υγείας (Gallagher κ.ά., 2003· Kraman & Hamm, 1999). Μία έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς ήθελαν να γνωρίζουν τι έγινε λάθος και γιατί, τι σημαίνει αυτό για την υγεία τους και πως θα μπορούσε να διορθωθεί και να αποφευχθεί στο μέλλον. Επιπλέον ήθελαν και μία απολογία από μέρους του γιατρού.

Ο λόγος της παραπάνω ανάλυσης έγκειται στο ότι στη συγκεκριμένη εργασία το αντικείμενο της μελέτης ανήκει στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό κρίθηκε απαραίτητο να εμβαθύνουμε στον τομέα της υγείας ως υπηρεσία, η οποία παρουσιάζει μεγάλες διαφορές και αποκλίσεις από τα άλλα είδη υπηρεσιών. Η φύση της είναι ιδιαίτερη και ανήκει στην δύσκολη κατηγορία των αναγκαίων αλλά όχι απαραίτητα επιθυμητών υπηρεσιών. Παρουσιάζονται τόσο οι ομοιότητες όσο και οι διαφορές που διακρίνουν τις υπηρεσίες υγείας από τα άλλα είδη υπηρεσιών. Η επίδραση του τομέα της υγείας είναι παγκόσμια και πολύπλευρη. Παρόλα αυτά όμως δεν έχουν γίνει πολλές μελέτες πάνω στον τομέα αυτό γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε όσα αναφέραμε παραπάνω. Υπάρχουν

πολλές δυσκολίες στην κατανόηση πολλών πλευρών της υπηρεσίας τόσο θεωρητικά όσο και εμπειρικά.

Περίληψη

Παραπάνω έγινε μία παρουσίαση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες κατατάσσονται στις σπάνιες υπηρεσίες και είναι αναγκαίες αλλά όχι απαραίτητα επιθυμητές για τον άνθρωπο. Ο βασικός μηχανισμός της αγοράς, η Ζήτηση αυξάνει την Προσφορά, δεν ισχύει στην προκειμένη περίπτωση. Αντιθέτως, η Προσφορά είναι αυτή που αυξάνει την Ζήτηση. Ο τομέας της υγείας είναι ένα πεδίο με πολλά και μεγάλα προβλήματα. Τα κόστη του είναι τεράστια, υπάρχει μεγάλη ανάλωση παραγωγικών συντελεστών, σφάλλει πολύ και μεροληπτεί υπερβολικά συχνά. Αποτελούν υπηρεσίες που προσφέρονται παγκοσμίως και επηρεάζουν τις οικονομίες και την ποιότητα ζωής όλων των ανθρώπων. Είναι αδιαμφισβήτητα η πιο προσωπική και σημαντική υπηρεσία που αγοράζει ο άνθρωπος. Η επιρροή του τομέα της υγείας στις οικονομίες καθώς και στην ποιότητα ζωής είναι τεράστια. Στην συνέχεια παρουσιάστηκαν οι ομοιότητες και οι διαφορές των υπηρεσιών υγείας με άλλες υπηρεσίες.

Οι ομοιότητες είναι :

1. Είναι άυλες.
2. Είναι εντατικές σε εργασία και ικανότητες.
3. Είναι αδιαχώριστες.
4. Είναι φθαρτές και
5. Είναι δύσκολες ως προς την αποτίμησή τους.

Οι διαφορές είναι :

1. Οι πελάτες είναι ασθενείς.
2. Οι πελάτες είναι απρόθυμοι.
3. Οι πελάτες αναγκάζονται να εκχωρήσουν ιδιωτικά τους στοιχεία.
4. Οι πελάτες χρειάζονται μία ολοκληρωτική υπηρεσία.
5. Οι πελάτες είναι σε κίνδυνο.
6. Οι γιατροί είναι πιεσμένοι.

● 1.2 ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Για την υποστήριξη της σπουδαιότητας της Διάστασης της Ασφάλειας στον τομέα της υγείας μελετήθηκαν ορισμένα άρθρα*. Ο λόγος της παρουσίασης είναι για να καταδείξουμε τη σημαντικότητα της διάστασης της ασφάλειας και το γεγονός ότι πέραν της μελέτης SERVQUAL (Christoglou, et. al., 2006a,b) πάνω στην οποία βασιστήκαμε, υπάρχουν και άλλες μελέτες στην βιβλιογραφία που καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, γεγονός που αποτέλεσε το έναυσμα για την συγκεκριμένη μελέτη.

Ο σκοπός της ανάλυσης κάθε άρθρου, αφορούσε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και πως αυτή δύναται να βελτιωθεί. Δύο από τα άρθρα μελετούσαν το κενό των προσδοκιών και των αντιλήψεων, μόνο των ασθενών (Tolga Taner & Jiju Antony, 2006· Jungki Lee, 2005), ενώ όλα τα υπόλοιπα τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού. Ο βασικός στόχος όμως σε ορισμένα από αυτά δεν ήταν μόνον η μελέτη της ποιότητας. Στόχο μελέτης αποτέλεσε και η σύγκριση μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων (Tolga Taner & Jiju Antony, 2006). Επίσης η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε μία αναπτυσσόμενη χώρα που παρουσίαζε την ιδιαιτερότητα της έλλειψης ιδιωτικών νοσοκομείων και της δυνατότητας επιλογής του ιδρύματος από τον ασθενή (Jungki Lee, 2005). Τέλος έγινε και μελέτη σε ασθενείς με συγκεκριμένους ορισμένους από τους δημογραφικούς παράγοντες, φοιτητές στο κέντρο υγείας του Πανεπιστημίου τους (Cem Canel & Elizabeth A. Anderson Fletcher, 2001). Σε όλα τα άρθρα που μελετήθηκαν, τα 22 αρχικά στοιχεία της κλίμακας SERVQUAL, αντικαταστάθηκαν από στοιχεία που ταίριαζαν στις περιστάσεις των υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν ήταν συνήθως πέντε (5), πλην δύο περιπτώσεων όπου στην μεν πρώτη μειώθηκαν σε τέσσερις (4) (Jungki Lee, 2005) και στη δε δεύτερη αυξήθηκαν σε έξι (6) (Puay Cheng Lim & Nelson K.H. Tang, 2000). Αυτό που μετρήθηκε ήταν το κενό που υπήρχε μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών, του ίδιου τύπου νοσοκομείου (ιδιωτικό-δημόσιο), διαφορετικού τύπου νοσοκομείου (ιδιωτικό σε σχέση με δημόσιο) και μεταξύ ασθενών και προσωπικού. Στην τελευταία περίπτωση, χρησιμοποιήθηκε διαφορετικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς και για το προσωπικό. Η διάσταση της ασφάλειας ήταν αυτή που παρουσιάστηκε ως σημαντικότερη ή ως μία από τις

* (αναλυτικότερη παρουσίαση κάθε άρθρου ξεχωριστά βρίσκεται στο Παράρτημα της εργασίας)

σημαντικότερες, μιας και οι παράγοντες όπως διαμορφώθηκαν περιείχαν συνήθως περισσότερες από μία διαστάσεις.

● 1.3 ΘΕΩΡΙΑ ΜΕΣΩΝ- ΣΚΟΠΟΥ

Εισαγωγικά

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να κάνουμε μία εκτενή αναφορά στη θεωρία Μέσων-Σκοπού (Means-End Theory), που αναπτύχθηκε από τον Jonathan Gutman, μιας και αυτή είναι η βασική μέθοδος που χρησιμοποιούμε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων της μελέτης μας. Η ανάλυση στηρίχθηκε στο άρθρο του Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982 το οποίο δημοσιεύθηκε στο Journal of Marketing.

Η αναφορά κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να γίνει κατανοητή η μέθοδος και ο τρόπος λειτουργίας αυτής, ο τρόπος εξαγωγής των αποτελεσμάτων και η σημασία τους, προκειμένου να γίνουν αντιληπτά και τα αποτελέσματα της μελέτης μας στο Γενικό νοσοκομείο Κατερίνης, η σπουδαιότητά τους και ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την διάσταση της ασφάλειας.

Ανάλυση Μεθόδου*

Οι αξίες έχουν αποδειχθεί ότι είναι μία ισχυρή δύναμη στον καθορισμό της συμπεριφοράς των ατόμων σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Rokeach, 1968· Yankelovich, 1981). Η χρησιμοποίησή τους στο σχέδιο και τη στρατηγική μάρκετινγκ δύναται να βελτιωθεί, εάν η συμπεριφορά των καταναλωτών μπορεί να συσχετιστεί με τις αξίες τους. Αρκετές προσπάθειες έχουν γίνει για την παροχή μίας θεωρητικής ή μιας θεμελιώδους δομής, που να συνδέει τις αξίες των καταναλωτών με την συμπεριφορά τους (Howard, 1977· Vinson, Scott & Lamont, 1977· Young & Feigin, 1975). Αυτές οι προσπάθειες μπορούν να υπαχθούν κάτω από το απαρέγκλιτο κανόνα της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain).

· (Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

Τα μέσα (means) είναι αντικείμενα (προϊόντα) ή δραστηριότητες στις οποίες οι άνθρωποι συμμετέχουν (τρέξιμο, διάβασμα κτλ.). Οι σκοποί (ends) είναι καταστάσεις αξίας όπως χαρά, ασφάλεια, επίτευγμα. Η αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain) είναι ένα μοντέλο που επιχειρεί να εξηγήσει πώς η επιλογή ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας εμπεριέχει την επίτευξη των επιθυμητών καταστάσεων σκοπού (end). Ένα τέτοιο μοντέλο αποτελείται από στοιχεία που αντιπροσωπεύουν τις βασικές διαδικασίες κατανάλωσης, οι οποίες συνδέουν τις αξίες με την συμπεριφορά.

Η ιδέα της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) προσφέρει στα στελέχη του μάρκετινγκ έναν τρόπο τοποθέτησης των προϊόντων μέσω της σύνδεσης των μέσων (means) (τα φυσικά στοιχεία των προϊόντων) με την διαφήμιση που επιχειρεί με τη σειρά της, να συνδέσει την κατανάλωση των προϊόντων με την επίτευξη των επιθυμητών σκοπών (ends) (καταστάσεις αξίας). Για παράδειγμα η γνώση ότι οι καταναλωτές επιθυμούν να φαίνονται καλοντυμένοι δεν μας λέει πάρα πολλά, εκτός αν γνωρίζουμε τον λόγο για τον οποίο θέλουν αν φαίνονται έτσι.(σεξουαλικότητα, επιτεύγματα, καθαριότητα κτλ, που είναι παράγοντες επιπέδου αξίας) και τι συνεισφέρει στην επιλογή του ανάλογου ρουχισμού ώστε να θεωρούν ότι είναι καλοντυμένοι. Για την αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain) η ύπαρξη ενός κεντρικού σημείου στον σχεδιασμό του μάρκετινγκ και στην έρευνα των καταναλωτών, η φύση των στοιχείων που αποτελούν την αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain) και η φύση των μεταξύ τους συνδέσμων, ρέπει να διευκρινίζονται και το μοντέλο πρέπει να είναι λειτουργικό έτσι ώστε να μπορεί να φιλοξενήσει μία έρευνα.

Θεμελιώδες Μοντέλο της Αλυσίδας Μέσων-Σκοπού (Means-End Chain)*

Ο σκοπός μας είναι η παρουσίαση του μοντέλου που αναπτύχθηκε από τον Jonathan Gutman, η αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain), μιας και αυτό είναι το μοντέλο που χρησιμοποιούμε στην ανάλυσή μας προκειμένου να ανακαλύψουμε εκείνες τις αξίες, τα μέσα και τους σκοπούς, που οδηγούν τους ασθενείς του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης στην αίσθηση της ασφάλειας μέσα σε αυτό.

Το μοντέλο βασίζεται σε δύο θεμελιώδεις υποθέσεις :

(1) ότι οι αξίες, οι οποίες ορίζονται εδώ ως επιθυμητές υπαρξιακές καταστάσεις σκοπού, παίζουν ένα πρωταρχικό ρόλο στην καθοδήγηση των σχεδίων επιλογής και

(Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

(2) ότι οι άνθρωποι χειρίζονται την τεράστια ποικιλία προϊόντων που πιθανώς ικανοποιούν τις αξίες τους, με την κατηγοριοποίηση τους σε ομάδες ή τάξεις έτσι ώστε να επιτευχθεί μείωση της πολυπλοκότητας επιλογής.

Αυτό υποθέτει ότι παράλληλα με τον τύπο/ ομάδα αγαθών, των κατηγοριών των αγαθών, π.χ. οδοντόκρεμα, στοματικό διάλυμα, τσίχλα, μέντες, οι καταναλωτές είναι ικανοί να δημιουργήσουν κατηγορίες με βάση την λειτουργία του προϊόντος. Για παράδειγμα θα μπορούσαν να δημιουργήσουν μία κατηγορία από προϊόντα για την φρεσκάδα της στοματικής κοιλότητας, οι οποία θα περιλαμβάνει προϊόντα από όλες αυτές τις τάξεις προϊόντων (η «καθαρή αναπνοή» είναι απίθανο να κατηγοριοποιηθεί ως επιδιωκόμενη αξία, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε επιθυμητές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν πιο άμεσα σε καταστάσεις αξιών).

Πρόσθετα με τις δύο αυτές υποθέσεις για την καταναλωτική συμπεριφορά, που είναι απαραίτητες για την συγκεκριμένη μορφή του μοντέλου, υπάρχουν άλλες δύο υποθέσεις γενικότερης φύσης. Αυτές οι υποθέσεις είναι ότι όλες οι ενέργειες των καταναλωτών έχουν συνέπειες (αν και δεν θα συμφωνούσαν όλοι οι καταναλωτές ότι οι ίδιες πράξεις στις ίδιες συνθήκες παράγουν τις ίδιες συνέπειες) και ότι οι καταναλωτές έχουν μάθει να συνδέουν συγκεκριμένες συνέπειες με συγκεκριμένες πράξεις.

Συνέπειες*

Οι συνέπειες μπορούν να οριστούν ως οποιοδήποτε αποτέλεσμα (φυσιολογικής ή ψυχολογικής φύσης) που επέρχεται είτε άμεσα ή έμμεσα στον καταναλωτή (αργά ή γρήγορα), ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του/της. Οι συνέπειες μπορεί να είναι να είναι τόσο επιθυμητές όσο και ανεπιθύμητες. Υπάρχει ένας όρος και μία βιβλιογραφία στο μάρκετινγκ που ασχολείται με τις επιθυμητές συνέπειες, οι οποίες ονομάζονται ως ωφέλειες (Haley, 1968·Myers, 1976), που είναι τα πλεονεκτήματα που απολαμβάνει ο καταναλωτής από την χρήση των προϊόντων. Οι ωφέλειες διαφέρουν από τις συνεισφορές, στο ότι τα άτομα δέχονται τις ωφέλειες ενώ τα αγαθά έχουν τις συνεισφορές. «Λευκά Δόντια» είναι μία ωφέλεια που μπορεί να αποκτηθεί από το βούρτσισμα των δοντιών με οποιαδήποτε οδοντόκρεμα, από έναν αριθμό οδοντόκρεμων ή σκονών με «λευκαντικό δοντιών».

Οι συνέπειες μπορεί να είναι φυσιολογικές σε φύση (ικανοποίηση της πείνας, δίψας ή άλλες φυσιολογικές ανάγκες), ή η φύση της συνέπειας ως αποτέλεσμα μίας συμπεριφοράς μπορεί να είναι φυσιολογική (αυτοεκτίμηση, βελτιωμένη εξωτερική εμφάνιση για το μέλλον) ή κοινωνική (βελτίωση κοινωνικής τάξης, θέσης μέλους σε μία ομάδα). Οι άμεσες συνέπειες (Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

έρχονται άμεσα από το αντικείμενο κατανάλωσης, ή από την πράξη της κατανάλωσης. Οι έμμεσες συνέπειες μπορούν να συμβούν όταν άλλα άτομα αντιδρούν με επιθυμητό ή ανεπιθύμητο τρόπο προς τα εμάς, εξαιτίας της καταναλωτικής μας συμπεριφοράς. Μπορεί επίσης να συμβούν όταν οι άμεσες συνέπειες δημιουργούν άλλες δευτερεύουσες. Για παράδειγμα η αγορά ενός καινούριου φορέματος σε κάνει να αισθάνεσαι καλύτερα, (άμεση συνέπεια) επειδή αισθάνεσαι καλύτερα, οι άνθρωποι αντιδρούν πιο επιθυμητά προς το πρόσωπό σου (έμμεση συνέπεια). Επιπρόσθετα ορισμένες συνέπειες συμβαίνουν αμέσως, κατά τη διάρκεια της πράξης κατανάλωσης (π.χ. ικανοποίηση δίψας), ενώ άλλες συμβαίνουν αργότερα (πέψη, διάβρωση δοντιών).

Η κεντρική ιδέα του μοντέλου είναι ότι οι καταναλωτές επιλέγουν ενέργειες που δημιουργούν επιθυμητές συνέπειες και ελαχιστοποιούν τις ανεπιθύμητες. Προτείνεται, σύμφωνα και με τον Rokeach (1973), ότι οι αξίες παρέχουν συνέπειες με θετικές ή αρνητικές ισχύς. Για το λόγο αυτό η σύνδεση αξιών-συνεπειών είναι μία από τις πιο σημαντικές συνδέσεις του μοντέλου. Στην έκταση που οι αξίες είναι καταταγμένες σύμφωνα με την σημασία τους (Rokeach, 1973), δίνουν επίσης και την σειρά των συνεπειών, με το σκεπτικό ότι οι συνέπειες που οδηγούν σε σημαντικές αξίες θα πρέπει να είναι πιο σημαντικές για έναν άνθρωπο, από αυτές που οδηγούν σε λιγότερο σημαντικές αξίες (μία θέση πολύ όμοια με αυτή που ενστερνίζεται ο Rosenberg, (1956)).

Η πράξη της κατανάλωσης πρέπει να συμβεί στην σειρά, έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι επιθυμητές συνέπειες, επομένως μία επιλογή ανάμεσα σε εναλλακτικά προϊόντα θα πρέπει να πραγματοποιηθεί. Προκειμένου να κάνει αυτή την επιλογή, ο καταναλωτής πρέπει να μάθει ποια προϊόντα έχουν συνεισφορές που θα παράγουν αυτές τις επιθυμητές συνέπειες. Επομένως ο δεύτερος πιο σημαντικός δεσμός στο μοντέλο είναι αυτός μεταξύ των συνεπειών και των προϊόντικών συνεισφορών.

Η κατάσταση της προϊοντικής χρήσης. *

Η τελευταία έννοια που είναι απαραίτητη για την επεξήγηση του μοντέλου στο σημείο αυτό, είναι αυτή της κατάστασης προϊοντικής χρήσης. Οι καταναλωτές προφανώς έρχονται αντιμέτωποι με πολλές πιθανές καταστάσεις προϊοντικής χρήσης. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για τον καθορισμό και την περιγραφή τέτοιων μεταβλητών καταστάσεων (Belk, 1973· Fennell, 1978). Αλλά για το επίπεδο της ανάλυσης που αναφέρεται σε αυτό το κείμενο, μπορούμε απλά να καθορίσουμε μία κατάσταση προϊοντικής χρήσης όπως οποιαδήποτε

(Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

κατάσταση που εμπλέκει/ εμπεριέχει την χρήση ενός διαθέσιμου καταναλωτικού προϊόντος ή υπηρεσίας.

Οι καταναλωτές έχουν ορισμένες επιδιωκόμενες επιθυμητές συνέπειες. Οι καταστάσεις κατανάλωσης, τους παρέχουν μία ευκαιρία να επιτύχουν αυτές τις συνέπειες. Ο κάθε καταναλωτής μαθαίνει, με την πάροδο του χρόνου ποιες επιλογές σε μία δεδομένη κατάσταση παράγουν αυτές τις επιθυμητές συνέπειες και ποιες όχι. Οι καταναλωτές αξιολογούν αυτές τις καταστάσεις προϊόντικής χρήσης, σε όρους πιθανών επιδράσεων με την πάροδο του χρόνου. Η διάρκεια του χρονικού ορίζοντα που ο καταναλωτής υιοθετεί ανάλογα και με την κατάσταση μπορεί να επιδράσει και να αλλάξει τις σημασίες των συνεπειών. Όπως κάποιος που δεν τρώει πλούσιο επιδόρπιο σε καθημερινή βάση, για λόγους υγείας ή θερμίδων, μπορεί παρόλα αυτά να ενδώσει σε ένα γλυκό σε μία ειδική περίπτωση. Η αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain) μας επιτρέπει να εστιάσουμε στους βασικούς στόχους που οι καταναλωτές έχουν στη ζωή, χωρίς ωστόσο να αγνοούμε και να παραβλέπουμε το πώς αυτοί οι στόχοι επηρεάζουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Περίληψη του Θεμελιώδους Μοντέλου*

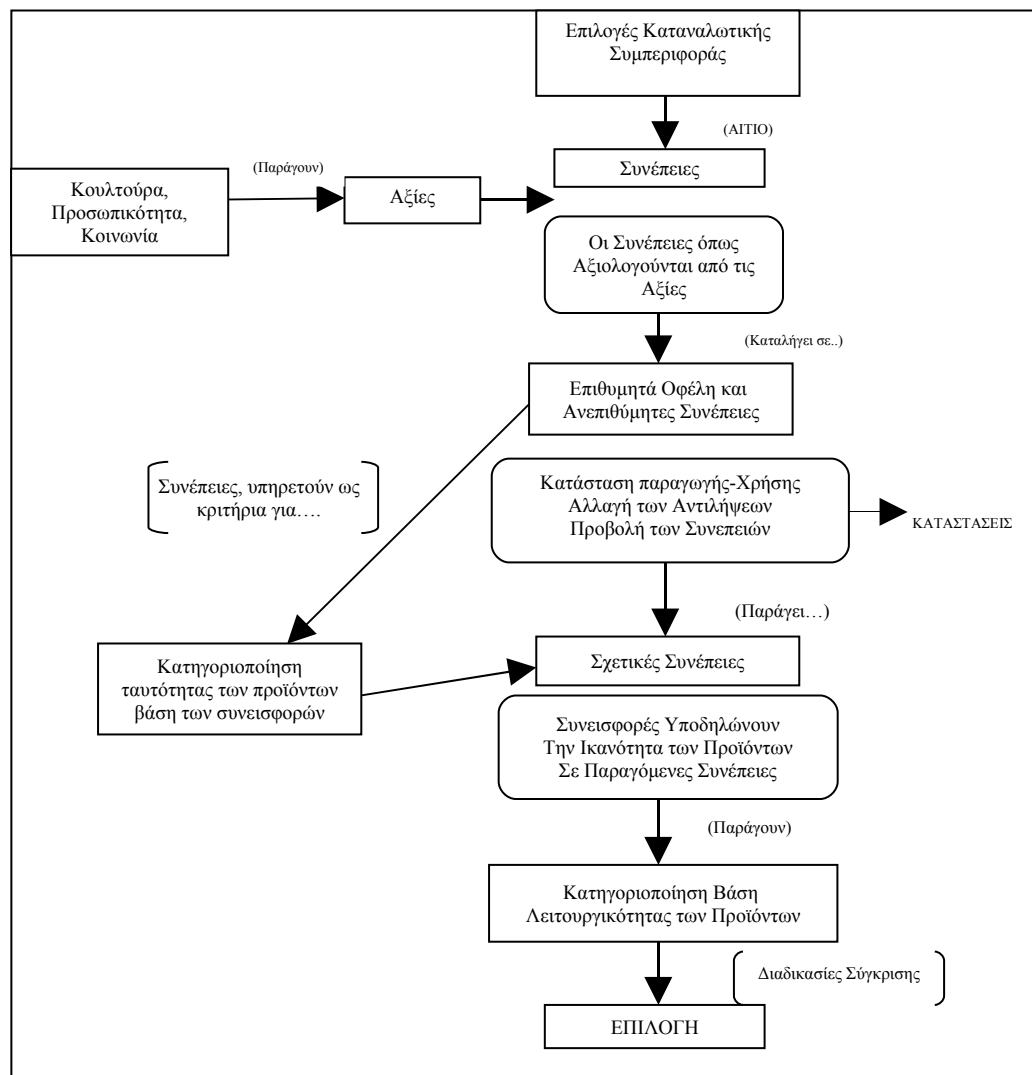
Για να συνοψίσουμε, το μοντέλο μπορεί να απεικονιστεί σχηματικά, όπως παρουσιάζεται στο Σχέδιο 1. Οι αξίες του καταναλωτή δίνουν στις συνέπειες βαρύτητα και σημαντικότητα. Αυτή η σημαντικότητα μεταλλάσσεται ανάλογα με την περίσταση, γεγονός το οποίο επηρεάζει και προτρέπει τον καταναλωτή να σκεφτεί/αναλογιστεί τις συνέπειες υπό το φως των απαιτήσεων, σε κάθε περίσταση. Οι σχετικές συνέπειες, οι οποίες δημιουργούνται από αυτή την αλληλεπίδραση ατόμου-κατάστασης, είναι οι βάσεις μίας λειτουργικής κατηγορίας προϊόντων, τα οποία μπορούν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο να παράγουν τις σχετικές συνέπειες. Αυτά τα προϊόντα επιλέγονται βάση των συνεισφορών που έχουν, γεγονός που υπονοεί την ικανότητα τους να παράγουν τις επιθυμητές συνέπειες και την αποφυγή των ανεπιθύμητων.

Με την πάροδο του χρόνου, οι καταναλωτές μαθαίνουν να ξεχωρίζουν τα προϊόντα μεταξύ αυτών που θα χρησιμοποιούσαν και αυτών που δεν θα χρησιμοποιούσαν, καθώς και σε ποιους τύπους καταστάσεων θα χρησιμοποιούσαν αυτά τα προϊόντα. Για την κατανόηση των συνδέσμων μεταξύ των επιπέδων στην αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain), οι διαφορές καθώς και οι ομοιότητες μεταξύ αυτών των προϊόντων στις λειτουργικές κατηγορίες πρέπει να μελετηθούν.

· (Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

Οι τρόποι με τους οποίους οι καταναλωτές περιγράφουν την ποικιλία αυτών των προϊόντων, ισάξιας λειτουργικότητας, μπορεί να μας πει πολλά για τις αλυσίδες μέσων-σκοπού (means-end chain) τους. Αυτή η προσέγγιση μας επιτρέπει επιπλέον να ξεκαθαρίσουμε το γιατί συγκεκριμένα προϊόντα δεν επιλέγονται ή δεν λαμβάνονται υπόψιν και τις συνέπειες που θα δημιουργούνταν εάν τελικά επιλέγονταν. Σκεφτείτε ως παράδειγμα την αγορά ενός σάντουιτς. Τι συνέπειες παράγονται από την κατανάλωσή του και πώς αυτές συνδέονται με τις αξίες; Υπάρχουν πολλές πιθανές συνέπειες, ανάλογα με το ποιος πραγματοποιεί την κατανάλωση : γευσιγνωσία, τύπος κρέατος, διατροφικά στοιχεία που λαμβάνονται από τα συστατικά, αλάτι, λίπος και πάει λέγοντας.

(Σχέδιο 1.)



(Gutman, 1982)

Σχετικές αξίες, με σεβασμό στην απόλαυση, άνεση ζωής, θρησκεία και καλή υγεία, μεταξύ άλλων, μπορεί να παίζουν ρόλο στην συνένωση των βαρυτήτων και της σημαντικότητας σε αυτές τις συνέπειες. Διαφορετικά είδη σάντουιτς, ελαφρών γευμάτων με κρέας ή γέμισης για σάντουιτς, εξαρτώμενα από το εύρος των εναλλακτικών που θεωρεί ο καταναλωτής ότι έχει, θα κατηγοριοποιούνταν αρχικά σε ένα επίπεδο συνόλου, το οποίο θα ήταν βασισμένο κυρίως στα φυσικά τους χαρακτηριστικά. Η κατάσταση χρήσης (σύνηθες μεσημεριανό, σπάνιο μεσημεριανό, μεσημεριανό ειδικής περίπτωσης, κτλ.) θα άλλαζε την σημαντικότητα των συνεπειών, δημιουργώντας μία ομάδα από σχετικές για αυτή την κατάσταση κατανάλωσης συνέπειες. Επιπλέον αυτή η ομάδα από σχετικές συνέπειες, θα εφαρμοζόταν στο επίπεδο των προϊόντικών συνόλων που περιλαμβάνει τις κατηγορίες, στο αρχικό επίπεδο της κατηγοριοποίησης. Σε αυτό το σημείο μία τελική επιλογή θα μπορούσε να γίνει, εάν παρέμειναν περισσότερες από μία επιλογές.

Διαδικασίες Κατηγοριοποίησης*

Η διαδικασία κατηγοριοποίησης προτείνεται ως η μέθοδος μελέτης του πώς οι καταναλωτές οργανώνουν τον τρόπο σκέψης τους, σχετικά με συγκεκριμένα εναλλακτικά των επιλεγμένων προϊόντων. Υποτίθεται ότι οι καταναλωτές δημιουργούν παρατάξεις από προϊόντα τα οποία θα παίξουν κυρίαρχο ρόλο στην προσπάθειά τους να επιτύχουν τις σημαντικές για αυτούς συνέπειες, τα οποία προϊόντα με τη σειρά τους οδηγούν τους καταναλωτές προς τελικές καταστάσεις αξιών. Εάν αυτή η σύνδεση δύναται να γίνει, το μάρκετινγκ θα είναι σε καλύτερη θέση να κατανοήσει το πώς οι προσωπικές αξίες επηρεάζουν τις καθημερινές επιλογές των καταναλωτών.

Οι διαδικασίες κατηγοριοποίησης αντιπροσωπεύουν τον τρόπο με τον οποίο οι καταναλωτές τμηματοποιούν τα περιβάλλοντά τους σε ομάδες σημασίας, με την δημιουργία ισοδυναμίας μεταξύ ανόμοιων ερεθισμάτων. «Ο κόσμος αποτελείται από ένα άπειρο αριθμό από πιθανά και διαφορετικά ερεθίσματα. Επομένως μία βασική εργασία όλων των οργανισμών... είναι η κατηγοριοποίηση του περιβάλλοντος σε κατατάξεις, μέσω των οποίων ανόμοια ερεθίσματα αντιμετωπίζονται ως ισάξια.» (Rosch, 1978). Η κατηγοριοποίηση αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο οι καταναλωτές διαχωρίζουν τον κόσμο σε μικρότερες ομάδες, έτσι ώστε να μπορέσουν να τον διαχειριστούν, να τον μειώσουν στο σημείο που να ταιριάζει με τις ατομικές τους χωρητικότητες.

(Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

Η αγορά είναι γεμάτη με μία πληθώρα αντικειμένων, πολλά περισσότερα από αυτά για τα οποία τα άτομα έχουν αξίες. Επομένως οι «σκοποί» (“ends”) είναι λόγοι και τα «μέσα» (“means”) πολλά (Vinson, Scott & Lamont, 1977). Είναι σημαντικό για τους καταναλωτές να μειώσουν την έμφυτη πολυπλοκότητα του μεγάλου αριθμού των εναλλακτικών, με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι. «Όταν έρχονται αντιμέτωποι με μία ομάδα ερεθισμάτων, οι άνθρωποι συχνά τα οργανώνουν σε ομάδες/ συστοιχίες ώστε να μειώσουν το φόρτο των πληροφοριών και να φιλοξενήσουν περισσότερη επεξεργασία.» (Tversky & Gati, 1978). Για να γίνει εφικτό ένα άτομο να επιτύχει τις αξίες του/της, ομάδες ή κατηγορίες προϊόντων (τάξεις προϊόντων) χρειάζεται να συσχετίζονται συστηματικά στα υψηλότερα-επίπεδα σκοπών (ends), εάν θέλουμε η αλυσίδα (chain) να πραγματοποιήσει τον καθοριστικό της σκοπό.

Αυτό συμβαίνει επειδή αν και η ομαδοποίηση καθορίζεται από τις ιδιότητες του αντικειμένου, η επιλογή των ιδιοτήτων στις οποίες θα επικεντρωθούμε επηρεάζεται από τις αξίες. Οι καταναλωτές ομαδοποιούν τα προϊόντα σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με τα χαρακτηριστικά στα οποία δίνουν έμφαση και αυτά τα οποία αγνοούν. Με αυτό τον τρόπο, οι μέθοδοι με τις οποίες τα προϊόντα αναγνωρίζονται ή περιγράφονται από τους καταναλωτές, ταιριάζουν με την μετέπειτα ομαδοποίηση αυτών των προϊόντων σε λειτουργικές ομάδες (π.χ. ένας καταναλωτής μπορεί να έχει μία κατηγορία από κρέατα για ελαφρά γεύματα, μία άλλη από χοιρινά προϊόντα, μία άλλη με κρέατα με ή χωρίς πρόσθετα). Αυτό σημαίνει ότι οι αξίες μεταφράζονται από το περιεχόμενο τους, στα πιο περιεκτικά επίπεδα, όπου τα προϊόντα κατηγοριοποιούνται σε τάξεις προϊόντων. Οι καταναλωτές είναι πιο πιθανόν να είναι σύμφωνοι ως προς τα φυσικά χαρακτηριστικά που κατέχουν τα προϊόντα, από ότι στα υψηλά επίπεδα περιεκτικότητας, όπου οι κατηγορίες βασίζονται στην λειτουργία των συνεπειών που παράγουν αξία.

Αυτή η διαδικασία κατηγοριοποίησης λαμβάνει χώρα σε κάθε επίπεδο της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain), καθώς κατηγορίες υψηλότερης περιεκτικότητας¹ διαμορφώνονται σε ολοένα και υψηλότερα επίπεδα της αλυσίδας. Μάρκες χαρτοπετσετών ομαδοποιημένες αντιπροσωπεύουν μία κατηγορία χαμηλής περιεκτικότητας. Αν οι καταναλωτές διαχωρίσουν τις χαρτοπετσέτες σε απλές και σε χαρτοπετσέτες με σχέδια, δύο κατηγορίες χαμηλής περιεκτικότητας θα δημιουργηθούν. Εάν πάλι οι χαρτοπετσέτες ομαδοποιηθούν με τα χαρτομάντιλα, το χαρτί κουζίνας και το χαρτί υγείας τότε μία πιο περιεκτική κατηγορία χαρτικών θα δημιουργηθεί. Ανάλογα με τι άλλα αντικείμενα μπορούν να ομαδοποιηθούν τα χαρτικά, οι άνθρωποι μπορούν να δημιουργήσουν οποιαδήποτε ποικιλία ονομαστικών λειτουργικών κατηγοριών, όπως «μου γλιτώνει χρόνο και ενέργεια», «με κρατάει υγιή»,

¹ η περιεκτικότητα αναφέρεται στον βαθμό ομοιότητας μεταξύ των αντικειμένων σε μία κατηγορία

«χρησιμοποιεί λίγες πηγές» κτλ.. Με αυτό τον τρόπο τα προϊόντα κατηγοριοποιούνται και σχηματίζουν ομάδες, των οποίων τα προϊόντα είναι βέλτιστα στο να παρέχουν επιθυμητές συνέπειες που θα προσφέρουν ικανοποίηση αξίας.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί το επιχείρημα ότι αυτές οι κατηγορίες βασίζονται σε ένα γνωστικό χαρακτηριστικό που ονομάζεται διάκριση. Οι διακρίσεις είναι διχοτομήσεις που αντιπροσωπεύουν τα σημεία σκοπού (*ends*) των διαστάσεων κατά μήκος των οποίων μπορούν τα αντικείμενα να συγκριθούν. Εάν δύο προϊόντα μπορούν να συγκριθούν με τη χρήση μίας διάκρισης του τύπου ζεστό/κρύο, τότε αυτό υποδεικνύει ότι μπορούν να συγκριθούν βάση θερμοκρασίας, αν και μπορεί να διαφέρουν. Μία παράταξη από προϊόντα μπορεί να δημιουργηθεί με την εφαρμογή της διάκρισης σε οποιοδήποτε προϊόν από έναν ατελείωτο αριθμό προϊόντων. Ωστόσο πολλά προϊόντα μπορεί να μην είναι συγκρίσιμα με την χρήση αυτής της διάκρισης. Εάν ένας καταναλωτής δεν θεωρεί π.χ. ένα αλυσοπρίονο, ένα πλυντήριο ή ένα κουτί από συνδετήρες ως ένα ζεστό ή κρύο αντικείμενο, τότε κανένα από αυτά δεν θα αποτελούσε μέρος της παράταξης. Άλλα προϊόντα όπως πορτοκαλάδα, καφές, τσάι, γάλα, νερό, δημητριακά ή χυλός βρώμης θα μπορούσαν να συγκριθούν πάνω σε αυτή τη βάση. *Η τελική παράταξη μπορεί να περιέχει τόσες κατηγορίες, όσα είναι και τα προϊόντα, ή μόνο μία κατηγορία (εάν όλα τα προϊόντα θεωρούνται της ίδιας θερμοκρασίας).* Το σημαντικό στοιχείο είναι ότι η διάκριση που χρησιμοποιείται για την διχοτόμηση, δεν έχει καμία σχέση με την φύση της παράταξης των προϊόντων που δημιουργούνται από την εφαρμογή της. Μία διάκριση δεν είναι μία παράταξη από προϊόντα · είναι ένα γνωστικό στοιχείο διχοτόμησης στο οποίο τα δύο μέρη της διχοτόμησης έχουν κάποια ουσιώδη σχέση μεταξύ τους. Το τι είναι ουσιώδες αποτελεί μία προσωπική απόφαση που πρέπει να πάρει ο κάθε καταναλωτής.

Απεικόνιση του Μοντέλου*

Για λόγους μετρησιμότητας, η αλυσίδα μέσων-σκοπού (*means-end chain*), μπορεί να συλληφθεί ως μία σειρά από συνδεδεμένες μήτρες. Χρησιμοποιώντας την προϊοντική κατηγορία των ποτών σαν παράδειγμα, οι παρακάτω μήτρες είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν για να εφαρμοστεί το μοντέλο μέσων-σκοπού που περιγράφηκε παραπάνω : Μήτρα Αξιών-Συνεπειών, Μήτρα Συνεπειών-κατά-Κατάσταση, Μήτρα Σχετικών Συνεπειών-κατά-Ομάδα Διάκρισης και Μήτρα Σχετικών Συνεπειών-κατά-Προϊόν.

Ακολουθούν αμέσως παρακάτω οι εν λόγω μήτρες.

· (Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

Σχέδιο 6.**Απεικόνιση Αλυσίδας Μέσων-Σκοπού (Means-End Chain)****Μήτρα 6Α**

Αξίες	Επίτευξη	Υγεία	Άνετη Ζωή	Ευχαρίστηση	Κοινωνική Αναγνώριση
Συνέπειες					
Καλό για σένα	+1		+1		
Διεγερτικό	+1		+1		
Οικονομικό			+1		
Μη χρονοβόρο					
Καλή γεύση				+1	
Δημιουργεί την αίσθηση καψίματος		-1	-1	-1	
«Χρησιμεύει»		-1	-1	-1	
Παχυντικό		-1			-1

(Gutman, 1982)

Μήτρα 6Β

Καταστάσεις	Πρωινό	Γεύμα Μικροκυμάτων	Μεσημεριανό	Σπίτι από τη Δουλειά	Δείπνο	Πάρτι
Επιθυμητές και μη Συνέπειες						
Καλό για σένα (+)	1		1	1	1	
Διεγερτικό (+)	1	1	1	1		1
Οικονομικό (+)	1		1		1	
Μη χρονοβόρο (+)	1	1				
Καλή Γεύση (+)	1	1		1	1	1
Δημιουργεί την αίσθηση καψίματος (-)						
«Εξυπηρετεί» (-)						
Παχυντικό (-)						

(Gutman, 1982)

Σχέδιο 7.

Σχέδιο 7Α

Μήτρα Ομαδοποίησης Διακρίσεων Επιπέδου κατά Σχετικά Οφέλη.

Σχετικά Οφέλη Κατανεμημένα κατά Σημαντικότητα					
Ομαδοποίηση Επιπέδου Διάκρισης	Εμπειρία Καλής Γεύσης	Εξοικονόμηση Χρόνου	Καλό για Σένα	Διεγερτικό	Οικονομικό
Έχει Καλή/Κακή Γεύση	X				
Ευκολία Προετοιμασίας Δυσκολία Προετοιμασίας		X			
Όχι Επιβλαβές Επιβλαβές			X		
Ζεστό Κρύο				X	

(Gutman, 1982)

Σχέδιο 7B

Αποξηραμένα με πάγο Προϊόντα Καφέ από την Άποψη των σχετικών Ωφελειών

A

		B
		Γ
		(Gutman, 1982)

Αυτό το σύστημα

απεικονίζεται στα Σχέδια 6 και 7 που υπάρχουν παραπάνω. Κάθε μία από τις μήτρες περιγράφεται αμέσως παρακάτω. Η μέθοδος μπορεί να παρουσιαστεί χωρίς να γίνεται εμπλοκή στη μεθοδολογία για την δημιουργία των δεδομένων. Μόνο μερικές διακρίσεις παρουσιάζονται σε κάθε επίπεδο, για να διατηρηθεί η απεικόνιση σε ένα επίπεδο που δύναται διαχείρισης.

Η Μήτρα 6A περιέχει τις σχέσεις μεταξύ των συνεπειών που προέρχονται από την κατανάλωση ποτών και των αξιών που κατέχει ο καταναλωτής. Τα «1» στην μήτρα χρησιμοποιήθηκαν για να υποδείξουν την σχέση μεταξύ αξιών και συνεπειών. Μερικές από τις καταστάσεις, κατά την διάρκεια των οποίων τα ποτά καταναλώνονται, παρουσιάζονται κατά μήκος του επάνω μέρους της μήτρας 6B. Οι συνέπειες στις οποίες η κατανάλωση αυτών των ποτών, σε αυτές τις καταστάσεις, μπορεί να συνδέονται τελικά παρουσιάζονται στην πλευρά της Μήτρας 6B, μαζί με το αλγεβρικό σημάδι από την Μήτρα 6A. Τα «1» στη Μήτρα δείχνουν ποιες συνέπειες είναι σχετικές και σε ποιες καταστάσεις. Εάν το πρωινό αποτελεί την κατάσταση ενδιαφέροντος, οι στήλες της Μήτρας των Καταστάσεων-κατά-Συνεπειών για τις οποίες υπήρξε «1» στη γραμμή «Πρωινό» έγιναν οι στήλες της Μήτρας των σχετικών συνεπειών-κατά-Προϊόντα. Το αποτέλεσμα είναι οι ακόλουθες συνέπειες, οι οποίες έχουν κριθεί σχετικά με την επιλογή ενός ποτού στην κατάσταση πρωινό : εμπειρία καλής γεύσης, εξοικονόμηση χρόνου, καλό για σένα, διεγερτικό, οικονομικό.

Είναι απίθανο οι αξίες που ισχύουν σε κάθε κατάσταση να γίνονται άμεσα και απευθείας αντιληπτές. Μία σειρά από βήματα εξηγούνται από την κλιμακωτή διαδικασία, η οποία παρεμβάλλει μεταξύ του ενός άκρου της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) και του άλλου. Ο σκοπός αυτών των τεχνικών είναι να ορίσει τις διακρίσεις που εμπεριέχονται στην αλυσίδα και τους συνδέσμους μεταξύ αυτών.

Οι ανεπιθύμητες συνέπειες² περιλαμβάνονται στη Μήτρα 6B, αν και δύσκολα θα επιζητούνταν από τους καταναλωτές σε αυτές τις καταστάσεις. Η απουσία τους ωστόσο μπορεί να είναι επιθυμητή από κάποιους καταναλωτές, οι οποίοι γνωρίζουν προϊόντα που παρέχουν αυτές τις ανεπιθύμητες συνέπειες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, κάποιος θα μπορούσε να βάλει ένα «χωρίς» μπροστά από την συνέπεια και να αλλάξει την ανεπιθύμητη συνέπεια από αρνητική (-) σε θετική (+).

Το Σχέδιο 7A δείχνει τις διακρίσεις ομαδοποίησης με την σχετική Μήτρα Συνεπειών. Τόσο οι διακρίσεις ομαδοποίησης, όσο και οι σχετικές συνέπειες, έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με την σημαντικότητα τους. Ο καθορισμός της τελικής ομάδας από προϊόντα που πρέπει να ληφθεί υπόψιν, γίνεται με την σύγκριση των προϊόντων που έχουν κατηγοριοποιηθεί σε κάθε πλευρά των διακρίσεων, σε όρους παρεχόμενων συνεπειών οι οποίες προέρχονται από την κατανάλωσή τους.

Η σειρά 1 του Σχεδίου 7A δείχνει ότι τα προϊόντα με καλή γεύση, προσφέρουν την επιθυμητή συνέπεια της καλής γεύσης. Αυτά τα προϊόντα που είναι εύγευστα, συγκρίνονται έπειτα ως προς την ευκολία στη προετοιμασία. Τα προϊόντα που είναι εύκολα στην προετοιμασία έχουν το όφελος της εξοικονόμησης χρόνου. Ανάμεσα στα προϊόντα που είναι εύκολα στην προετοιμασία και εύγευστα, τα μη επιβλαβή προτιμώνται από τα επιβλαβή γιατί παρέχουν περισσότερο από το όφελος καλό για σένα. (Ορισμένοι καταναλωτές μπορεί να κάνουν διάκριση μεταξύ των ποτών με το να αναζητούν εκείνα που είναι θρεπτικά ή πραγματικά καλά για αυτούς, άλλοι πάλι, όπως παραπάνω, μπορεί να έχουν ένα λιγότερο περιοριστικό κριτήριο - ακόμη άλλοι καταναλωτές πάλι μπορεί να μην κάνουν καν διάκριση ανάμεσα στα ποτά πάνω σε αυτή τη βάση.) Τέλος, ανάμεσα στα μη επιβλαβή, εύκολα στη προετοιμασία και εύγευστα ποτά, τα ζεστά ποτά προτιμώνται στο πρωινό επειδή προσφέρουν το όφελος της διέγερσης.

Το Σχέδιο 7B δείχνει τις σχετικές συνέπειες που ισχύουν για τα ποτά που βρίσκονται στην κατηγοριοποίηση εύγευστα, εύκολα στην προετοιμασία, μη επιβλαβή, ζεστά, της ιεραρχίας. Η σύγκριση συγκεκριμένων εναλλακτικών, σύμφωνα με τις σχετικές συνέπειες, δείχνει ότι ο αποξηραμένος με πάγο καφές αποτελεί το προτιμώμενο είδος πρωινού ροφήματος. Εάν τα

² υποδεικνύονται με το σημάδι (-)

κρύα, όπως και τα ζεστά ποτά, προσφέρουν τα σχετικά πλεονεκτήματα, τότε στην ομάδα επιλογών θα είχαν συμπεριληφθεί ο χυμός, το γάλα και το νερό, συμπληρωματικά με τον καφέ. Εάν περισσότερα του ενός προϊόντα αναδεικνύονταν μετά από αυτή την διαδικασία «σκριναρίσματος», τότε αυτά τα συγκεκριμένα προϊόντα θα συγκρίνονταν για οποιεσδήποτε διαφορές τους, στις συνεισφορές τους για την προαγωγή των επιθυμητών ωφελειών. Εάν στο τέλος αυτής της διαδικασίας εξακολουθούσαν να υπάρχουν περισσότερα του ενός εναλλακτικά προϊόντα, τότε κάποια διαδικασία επιλογής θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί, αλλά δεν θα γινόταν πάνω στη βάση της κατεύθυνσης των αξιών που ελέγχει την δομή της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain).

Η επιλογή ενός προϊόντος ή η θεώρηση συγκεκριμένων προϊόντων σε αυτό το στάδιο μπορεί να συνεπάγεται ορισμένες ανεπιθύμητες συνέπειες που δημιουργούνται με αυτά τα προϊόντα. Ο καταναλωτής θα πρέπει να ανταλλάξει αυτές τις ανεπιθύμητες συνέπειες, λαμβάνοντας υπόψιν τις επιθυμητές.

Εφαρμογές*

Η μετάφραση του ενδιαφέροντος στις αξίες, σε μία πραγματική έρευνα στις αξίες, έχει καθυστερήσει από την έλλειψη μίας αναβαθμισμένης θεωρίας, σύμφωνα με την οποία οι αξίες διατηρούνται στην στοχαστική συμπεριφορά. Το μοντέλο του Jonathan Gutman, που παρουσιάσαμε μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης για έρευνες τέτοιου είδους. Το χτίσιμο των αξιών σε ένα σχέδιο μάρκετινγκ, δημιουργεί την πιθανότητα της στοχοθέτησης των προϊόντων και των μηνυμάτων τους, πολύ πιο κοντά στις καταστάσεις αξίας ή στους στόχους που θεωρούνται από τους καταναλωτές ως πρωταρχικής σημασίας.

Το μοντέλο της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) προσφέρει στους ερευνητές έναν οδηγό σε διαδικασίες που απευθύνονται συγκεκριμένα στον σύνδεσμο ανάμεσα στις αξίες που είναι σημαντικές για έναν καταναλωτή, με συγκεκριμένες συνεισφορές/ χαρακτηριστικά των προϊόντων. Επομένως οι αντιλήψεις και αξιολογήσεις των καταναλωτών για τα προϊόντα μπορούν να μελετηθούν σε διαφορετικά επίπεδα στην αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain). Οι καταναλωτές έχουν την τάση να λειτουργούν στο χαμηλότερο επίπεδο υπεξαίρεσης (το επίπεδο της ομαδοποίησης), όταν κατατάσσουν τα προϊόντα σε κατηγορίες, πάνω σε οποιαδήποτε βάση επιλογής τους (Gutman, 1977). Αυτό το μοντέλο και οι διαδικασίες μέτρησης που το συνοδεύουν, αντιπροσωπεύει μία ερευνητική μέθοδο για την

(Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

συστηματική σύνδεση των επιπέδων διάκρισης συνεισφοράς που χρησιμοποιούνται για την δημιουργία τάξεων προϊόντων, σε διακρίσεις του επιπέδου συνέπειας και αξιών, όπου καθορίζονται οι βασικές κατευθύνσεις της καταναλωτικής επιλογής.

Οι Vinson, Scott και Lamont (1977) έχουν αναδείξει αρκετές περιοχές όπου οι αξίες μπορούν να συνεισφέρουν στην διοίκηση του μάρκετινγκ. Μπορεί να είναι χρήσιμο να επισημανθεί πως αυτό το μοντέλο της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) που παρουσιάστηκε μπορεί να συνεισφέρει σε αυτές τις περιοχές.

Ανάλυση Αγοράς και Τμηματοποίηση*

Μία τέτοια προοπτική θα ήταν χρήσιμη στον καθορισμό των προϊόντικών αγορών από την σκοπιά του καταναλωτή. Διάφοροι μελετητές έχουν καθορίσει την εμβέλεια των προϊόντικών αγορών σε εύρος από ανταγωνισμό μεταξύ μαρκών (Butler & Butler, 1970, 1971), σε ανταγωνισμό ευρείας διαφοροποίησης εναλλακτικών (Moran, 1973). Η δυνατότητα της εξέτασης της υποκατάστασης στα διάφορα επίπεδα της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) μπορεί να παρέχει μία μέθοδο μελέτης για τέτοιους προβληματισμούς και θα μπορούσε να βοηθήσει στην αναγνώριση ανταγωνιστών, οι οποίοι θα παραβλέπονταν διαφορετικά.

Η έρευνα της τμηματοποίησης έχει ως σκοπό την εύρεση ομάδων καταναλωτών καθορισμένες σε όρους δημογραφικούς, γεωγραφικής περιοχής ή άλλων μεταβλητών, που δίνουν μία διαφορετική απάντηση στον έλεγχο των μεταβλητών του μάρκετινγκ (Wind, 1978). Η προσέγγιση της μεθόδου μέσων-σκοπού (means-end theory) μπορεί να καθορίσει την επίδραση των αξιών για την τμηματοποίηση των καταναλωτών και να συνδυάσει αυτές τις αξίες των διακρίσεων σε συνέπειες και επίπεδα ομαδοποίησης.

Συγκεκριμένες επιλογές μεταξύ εναλλακτικών δεν καθορίζονται στο επίπεδο των αξιών, αλλά το φάσμα των διαθέσιμων εναλλακτικών μπορεί να χωριστεί σε δύο ομάδες περιεκτικές σε αντικείμενα με την πιθανότητα της ικανοποίησης των αξιών, καθώς και σε ομάδες χωρίς εναλλακτικές αξίες ικανοποίησης. Υποομάδες καταναλωτών μπορούν να εδραιωθούν, οι οποίες κατηγοριοποιούν ένα προϊόν που δεν χρησιμοποιείται στην τρέχουσα περίοδο, σε κατηγορίες αξιών ικανοποίησης. Επίσης η προσέγγιση τμηματοποίησης μπορεί να διαχωρίσει τους τρέχοντες χρήστες μίας τάξης προϊόντος ή μάρκας από τους πιθανούς χρήστες. Η προσέγγιση της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) μπορεί να αναγνωρίσει το πώς οι

(Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

συνέπειες και οι ιδιότητες των προϊόντων συνδέονται με σχετικές αξίες από μέλη των δύο αυτών τμημάτων.

Σχεδιασμός Προϊόντος*

Η σύνδεση ανάμεσα στα επίπεδα της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) δένει τα φυσικά χαρακτηριστικά του προϊόντος με αξίες που είναι σημαντικές για του καταναλωτές. Γνωρίζοντας ποια χαρακτηριστικά του προϊόντος χρησιμοποιούνται από τους καταναλωτές, που υπονοούν την παρουσία επιθυμητών συνεπειών, επιτρέπει πιο ξεκάθαρες διευκρινίσεις για την προϊοντική ανάπτυξη, από τμήματα νέων προϊόντων στις συνεισφορές τους στην έρευνα και ανάπτυξη.

Οι διακρίσεις και ο ρόλος τους στην δημιουργία κατηγοριών προϊόντων μπορεί να βοηθήσει τους μάνατζερ στην διευκρίνιση των ανταγωνιστικών μαρκών/προϊόντων, στις οποίες μία μάρκα κατηγοριοποιείται σε οποιοδήποτε επίπεδο της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain). Στο επίπεδο της ομαδοποίησης, τα προϊόντα/μάρκες κατηγοριοποιούνται στην βάση των φυσικών τους ομοιοτήτων. Στο επίπεδο των συνεπειών, η κατηγοριοποίηση βασίζεται στην λειτουργική ισότητα, σε όρους πλεονεκτημάτων που παρέχονται στον καταναλωτή από την κατανάλωση του προϊόντος. Επιπρόσθετα θα μπορούσαμε να προχωρήσουμε και στο επίπεδο των αξιών της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain) και να ομαδοποιήσουμε ένα προϊόν με άλλα εναλλακτικά της ικανοποίησης αξιών. Η γνώση της σύνδεσης μεταξύ των φυσικών προϊοντικών συνεισφορών και στα οφέλη και στις αξίες των καταναλωτών, είναι απαραίτητη στους μάνατζερ του μάρκετινγκ για την διευκρίνιση ξεκάθαρων επιθυμητών προϊοντικών χαρακτηριστικών στην έρευνα και ανάπτυξη.

Στρατηγική Προώθησης*

Η εγκαθίδρυση συνδέσμων μεταξύ διακρίσεων σε όλα τα επίπεδα της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain), προσφέρει πολλές προοπτικές για την διαφήμιση. Η Grey Benefit Chain αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τους διαφημιστές στην δημιουργία αποτελεσματικών διαφημιστικών αξιώσεων. Η μέθοδος που αναλύθηκε επιμηκύνει την σκοπιά της κεντρικής ιδέας της Grey Benefit Chain. Εάν ένας διαφημιστής γνώριζε ποιες βασικές διακρίσεις χρησιμοποιήθηκαν για να δημιουργήσουν ομάδες προϊόντων/μαρκών και πως αυτή η διαδικασία εκτελέστηκε σε κάθε επίπεδο της αλυσίδας μέσων-σκοπού (means-end chain),

(Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982)

τότε θα μπορούσε καλύτερα να τοποθετήσει την διαφήμιση απέναντι στους βασικούς προσανατολισμούς αξίας των στοχευόμενων καταναλωτών (Αυτή η μέθοδος επίσης προσφέρει την πιθανότητα της αύξησης του επιπέδου συμμετοχής των προϊόντων με χαμηλή ανάμιξη).

Η έρευνα στην Grey Benefit Chain καθώς και ευρήματα από του Gutman και Reynolds (1978) υποδηλώνουν ότι οι καταναλωτές χρησιμοποιούν επιφανειακές ιδιότητες των προϊόντων για την πρώτη τους βάση κατηγοριοποίησης των προϊόντων. Παράλληλα εάν κάποιος αποδέχεται τις αξίες ως επηρεαστές γνώμης των καταναλωτών, τότε οι συνδέσεις μεταξύ των δύο επιπέδων γίνονται πολύ σημαντικές. Η άποψη του Gutman για την αλυσίδα μέσων-σκοπού (means-end chain), είναι ότι οι διαδικασίες έρευνας της διαφήμισης συχνά επικεντρώνονται στα χαμηλά επίπεδα διακρίσεων ομαδοποίησης των καταναλωτών, χωρίς να αναγνωρίζουν την ιεραρχική δομή που διαμορφώνει την βάση για την σύνδεση αυτών των διακρίσεων στα υψηλότερα επίπεδα ιεραρχίας. Οι ομοιότητες και οι διαφορές είναι οι δύο πλευρές του ίδιου νομίσματος. Μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα πως τα προϊόντα και οι μάρκες διαφέρουν, όταν καταλαβαίνουμε πως είναι το ίδιο.

Συμπεράσματα*

Το μοντέλο Μέσων-Σκοπού του Gutman το οποίο παρουσιάστηκε παραπάνω βασίζεται στις διακρίσεις που χρησιμοποιούν οι καταναλωτές ώστε να ομαδοποιήσουν τα αντικείμενα βάση της αρετής της ομοιότητάς τους και στο να διακρίνουν ανάμεσα στη βάση αρετής, πώς διαφέρουν κατά μήκος κοινών διαστάσεων. Το μοντέλο είναι ιεραρχικό στο ότι συνδέει τις αξίες που είναι οι σκοποί στα βασικά στατικά χαρακτηριστικά των προϊόντων/ μαρκών που αντιπροσωπεύουν τα μέσα.

Η μεθοδολογία αυτή χρησιμοποιήθηκε μόλις τώρα αν και οι διαδικασίες ταξινόμησης, οι τεχνικές πλέγματος ρεπερτορίου και κλίμακας αναφέρθηκαν όλες ως μέθοδοι συλλογής δεδομένων. Σε ένα μεγάλο βαθμό το μοντέλο έχει ένα ιδεόγραμμα σε αντίθεση με ένα νομοθετικό προσανατολισμό.

Πρέπει πρώτα ο ενδιαφερόμενος που θέλει να καταλάβει τις ομάδες των ατόμων να καταλάβει πρώτα τα ίδια τα άτομα (Lewin, 1951). Αυτό ωστόσο δεν αποκλείει την χρήση τεχνικών κλίμακας ή συμπλέγματος ή άλλους τύπους συναθροιστικών αναλυτικών τεχνικών. Υπάρχουν ορισμένες μορφές ανάλυσης που ταιριάζουν με μοναδικό τρόπο στα δυαδικά δεδομένα ή τα δεδομένα κατηγοριοποίησης που είναι τυπικές εκροές από τις μεθοδολογίες που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

* (Jonathan Gutman “A Means-End Chain Model Based On Consumer Categorization Processes”, 1982

Ανάμεσα σε αυτές η ανάλυση λογικής δομής είναι παρόμοια με την πολυδιάστατη κλίμακα του Gutman και Reynolds 1977, Reynolds 1981 έχει δείξει ότι είναι πολλά υποσχόμενη.

Περίληψη

Παρουσιάστηκε παραπάνω το μοντέλο της Θεωρίας Μέσων-Σκοπού (Means-End Theory) που αναπτύχθηκε από τον Gutman J. (1982). Αναλύεται η μέθοδος και η σημασία των εννοιών μέσα (means) και σκοποί (ends). Εξηγήθηκε πως και σε ποιο τομέα συνεισφέρει η αλυσίδα μέσων-σκοπού στον σχεδιασμό του μάρκετινγκ καθώς και στην έρευνα του καταναλωτή.

Έγινε μία παρουσίαση του μοντέλου, των θεμελιωδών του υποθέσεων και των συνδετικών τους δεσμών. Κάναμε μία περίληψη του Θεμελιώδους Μοντέλου, το οποίο απεικονίστηκε και σχηματικά για ευκολότερη κατανόηση. Ορίστηκαν οι διαδικασίες κατηγοριοποίησης των προϊόντων των καταναλωτών και η διάκρισή τους σε κατηγορίες υψηλής περιεκτικότητας και χαμηλής περιεκτικότητας. Η διάκριση αποτελεί το γνωστικό χαρακτηριστικό των κατηγοριών αυτών, διάκριση που μπορεί να είναι τόσο αντικειμενική όσο και υποκειμενική.

Χρησιμοποιήθηκε μία σειρά από συνδεδεμένες μήτρες, οι οποίες παρουσιάστηκαν και σχηματικά με τη χρήση της προϊοντικής κατηγορίας των ποτών, για την απεικόνιση της αλυσίδας μέσων-σκοπού. Ακολούθησε μία ανάλυση των εν λόγω μήτρων προκειμένου να καταστεί κατανοητός ο ρόλος και η σημασία τους.

Τέλος παρουσιάστηκαν τα πεδία εφαρμογής του μοντέλου, σε εκείνες τις περιοχές όπου οι αξίες μπορούν να συνεισφέρουν στην διοίκηση του μάρκετινγκ.

ΜΕΡΟΣ 2

Μελέτη- Έρευνα.

Σύνοψη

Στην ανάλυση που ακολουθεί ασχολούμαστε με την ποιοτική μελέτη που έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι γνωστικοί λόγοι ή παράγοντες, που προκαλούν το αίσθημα της ασφάλειας στα νοσοκομεία. Η διάσταση της ασφάλειας, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες (αποτελέσματα ανάλυσης SERVQUAL) και με τα ευρήματα των συγγραφέων (Christoglou κ.ά., 2006_{a,b}) είναι σημαντικά για την αξιολόγηση

της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Αυτή η εργασία παρουσιάζει τα αποτελέσματα της τεχνικής ανάλυσης Means-End (θεωρία Μέσων Σκοπού) (Gutman 1982, Reynolds & Gutman, 1988) που διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης.

Η έρευνα είναι βασισμένη σε δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τις εις βάθος συνεντεύξεις που έγιναν, με τη χρήση ενός συμπληρωματικού ερωτηματολογίου και ενός οδηγού συνέντευξης στον οποίο τα βήματα της «κλιμακωτής/σκαλωτής προσέγγισης» ορίσθηκαν.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης με την τεχνική της θεωρίας Μέσων-Σκοπού αναφέρονται τόσο στους ασθενείς, όσο και στο νοσοκομειακό προσωπικό. Στο τέλος της εργασίας παρουσιάζουμε, με την μορφή του chain map «αλυσιδωτού χάρτη», τις συνέπειες και την συνεισφορά της υπηρεσίας που αναφέρονται στην αξία της διάστασης της ασφάλειας. Επιπρόσθετα γίνεται σχολιασμός πάνω σε αυτά τα αποτελέσματα για πιθανές διοικητικές εφαρμογές.

● 2.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

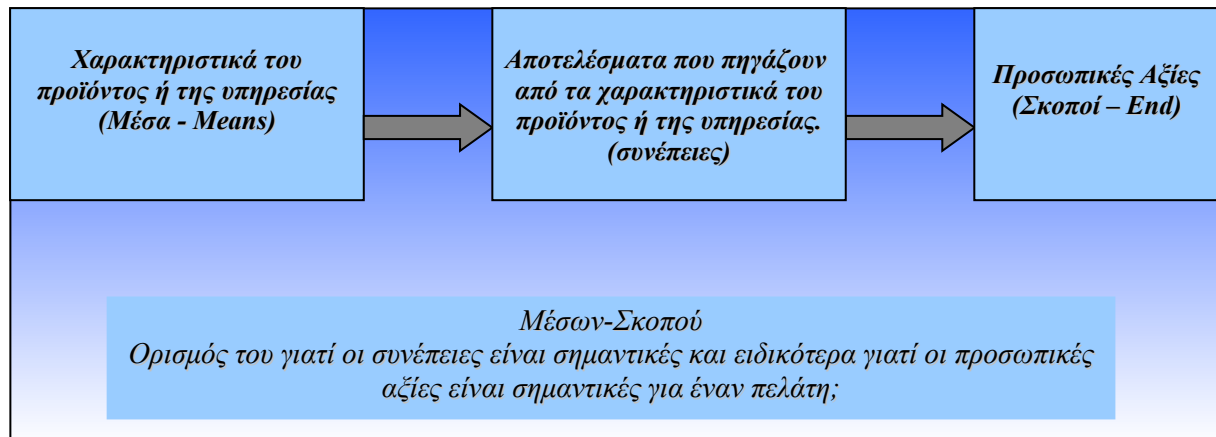
Η ανάλυση Μέσων-Σκοπού είναι μια ερευνητική τεχνική που χρησιμοποιείται στην ψυχολογία για τον λεπτομερή καθορισμό των προσωπικών αξιών που προσδιορίζονται από τον ερωτώμενο σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενός θέματος μελέτης (Gutman, 1982).

Στην δική μας περίπτωση το θέμα της μελέτης προέρχεται από τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που παρέχονται σε ένα νοσοκομείο.

Η τεχνική της έρευνας Μέσων-Σκοπού έχει χρησιμοποιηθεί στο θέμα μελέτης της καταναλωτικής συμπεριφοράς για την αποσαφήνιση των αξιών (οι αξίες παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην καθοδήγηση της συμπεριφοράς) που επηρεάζουν αυτή τη συμπεριφορά. (Manyiwa & Crawford, 2001· Woodside, 2004· Botschen κ.ά., 1999). Η θεωρία της μεθόδου Μέσων-Σκοπού είναι βασισμένη πάνω στη υπόθεση ότι οι αξίες επηρεάζουν την συμπεριφορά των καταναλωτών και ως αποτέλεσμα αυτού οι καταναλωτές επιλέγουν συγκεκριμένα πραγματικά/ουσιώδη (material), στοιχεία και υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, σε ένα τέτοιο θεωρητικό μοντέλο τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών (συνεισφορά υπηρεσίας) μπορούν να θεωρηθούν από τον ερευνητή ότι αποτελούν τα μέσα, ενώ οι επιθυμίες των καταναλωτών αποτελούν τις συνέπειες και τέλος οι προσωπικές αξίες του κάθε καταναλωτή αποτελούν τους σκοπούς (Reynolds & Gutman, 1988).

Η συσχέτιση αυτών των τριών στοιχείων δημιουργεί μία αλυσίδα που μπορεί να παρουσιαστεί με ένα διάγραμμα (ο αλυσιδωτός χάρτης, chain map). Έτσι παραφράζοντας τον Gutman (1982), θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα χαρακτηριστικά και στην δική μας περίπτωση τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών (συνεισφορά υπηρεσιών), γίνονται αντιληπτά ως φυσικές και ψυχολογικές δομές, σύμφωνα με τις οποίες οι ερωτώμενοι περιγράφουν και ή διαφοροποιούνται μεταξύ προϊόντων υγείας και υπηρεσιών υγείας. Οι πελάτες (εσωτερικοί και εξωτερικοί πελάτες του νοσοκομείου, προσωπικό και ασθενείς) εκτιμούν αυτές τις προϊόντικές και υπηρεσιακές συνεισφορές με το σκοπό να επιτύχουν ορισμένες επιθυμητές φυσιολογικές ή ψυχολογικές συνέπειες. (δες σχήμα 1)

Σχήμα 1 : Θεωρία Μέσων- Σκοπού, τα τρία βασικά επίπεδα



(Gutman 1982· Reynolds κ.ά., 1995)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΜΕΣΩΝ-ΣΚΟΠΟΥ (Means-End)

Όπως αναφέρθηκε, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, βασίστηκε στο γεγονός ότι η σπουδαιότητα της αξίας της διάστασης της Ασφάλειας του μοντέλου SERVQUAL για τους ασθενείς και το προσωπικό, προηγούμενων μελετών SERVQUAL (Christoglou, κ.ά., 2006a, b· Rohini R., Mahadevappa B., 2006· Cem Canel, Elizabeth A. Anderson Fletcher, 2001· Puay Cheng Lim, Nelson K.H. Tang, 2000· Jungki Lee, 2005· Tolga Taner & Jiju Antony, 2006) αποτέλεσε το έναυσμα για περαιτέρω μελέτες και ανάλυση της Διάστασης Ασφάλεια. Τρεις παλαιότερες διαδοχικές και χρονικές ερευνητικές μελέτες SERVQUAL (Berry, κ.ά., 1985· Zeithaml, κ.ά., 1990) για τον καθορισμό του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομειακών ιδρυμάτων στην Ελλάδα, (Christoglou, κ.ά., 2006a, b) διενεργήθηκαν χρησιμοποιώντας την τεχνική Ανάλυσης Χάσματος (Gap Analysis) (Berry, κ.ά., 1985· Zeithaml, κ.ά., 1990) σε εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες, έδειξαν ως μία πολύ σημαντική διάσταση του μοντέλου SERVQUAL, στα νοσοκομεία, την διάσταση της ασφάλειας. Πιο συγκεκριμένα, η σημαντικότητα της διάστασης ήταν κοινό εύρημα στα συμπεράσματα των προηγούμενων ερευνών που διενεργήθηκαν με την τεχνική Gap Analysis του SERVQUAL, στα ακόλουθα νοσοκομεία, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» στην Ελλάδα (μελέτη του 2004). Αυτό το εύρημα ήταν και το έναυσμα για την πιο λεπτομερή έρευνα της διάστασης «Ασφάλεια».

Η έρευνα ξεκίνησε με τον σχεδιασμό της βασικής, λειτουργικής υπόθεσης της έρευνας Μέσων-Σκοπού, σύμφωνα με την οποία ορίστηκε η γνωστή σε εμάς αξία, η οποία είναι η διάσταση της Ασφάλειας (assurance value, Gutman, 1982). Έπειτα ζητήθηκε οι αντιλαμβανόμενες συνέπειες και συνεισφορές των παρεχόμενων υπηρεσιών να καθοριστούν μέσα από τα μάτια των ασθενών και του νοσοκομειακού προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο η βασική υπόθεση θα μας οδηγούσε στις αιτίες (συνεισφορές, χαρακτηριστικά των υπηρεσιών) και των συνεπειών που σχετίζονται με το αίσθημα της ασφάλειας (αξία ασφάλειας) στα νοσοκομεία.

1) Ανάλυση της θεωρίας Μέσων-Σκοπού και του όρου συνεισφορά

Σαν συνεισφορές, στην ανάλυση της θεωρίας Μέσων-Σκοπού, εννοούμε όλα αυτά τα φυσικά στοιχεία και τις διαδικασίες που απαρτίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες, που στην περίπτωση μας είναι υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι σε ένα νοσοκομείο, τα υλικά στοιχεία, όπως τα κτίρια, η αρχιτεκτονική χώρου και ο εξοπλισμός, οι διαδικασίες όπως τα τεστ, οι διαδικασίες στην υποδοχή των ασθενών και τα αποτελέσματα καθώς και οι ανθρωπίνι πόροι, όπως το ιατρικό, νοσοκομειακό (προσωπικό περίθαλψης), διοικητικό-τεχνικό προσωπικό, καθώς επίσης και οι ασθενείς, μπορούν να περιληφθούν στην ανάπτυξη της εις βάθος συζήτησης.

2) Ανάλυση της θεωρίας Μέσων-Σκοπού και του όρου συνέπεια.

Αυτό αποτελεί το τι θεωρούν οι ερωτώμενοι ως συνέπεια ή αποτέλεσμα που προέρχεται από μία συνεισφορά. Στην περίπτωση των νοσοκομείων π.χ. οι ανθρωπίνι πόροι μπορούν να φέρουν κάποια αποτελεσματική συνέπεια, σύμφωνα με τον ερωτώμενο ασθενή ή μέλος του νοσοκομειακού προσωπικού. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η σωστή διάγνωση της ασθένειας, η αντιμετώπιση και η πρόληψη που ενδυναμώνει την ποιότητα και διάρκεια ζωής του ασθενούς, την βελτίωση της ποιότητας ζωής του, την πεποίθηση ότι το νοσοκομείο παρέχει, σύμφωνα με τα μέσα που έχει, τις κατάλληλες υπηρεσίες και την καλή υγεία και την συμπόνια που αισθάνονται ότι παίρνουν οι ερωτώμενοι. Ωστόσο στις υπηρεσίες ενός νοσοκομείου, οι συνέπειες μπορεί να έχουν αρνητικό χαρακτήρα, όπως το ρίσκο μίας επέμβασης, τον πόνο της αναμονής στην αίθουσα υποδοχής, τα τμήματα της κλινικής και των εξωτερικών ασθενών, την ψυχρή συμπεριφορά του προσωπικού και το κόστος (προσπάθεια,

χρήματα, την κόπωση και τον χρόνο) που δημιουργούνται από την συμμετοχή του ερωτώμενου στις παραπάνω υπηρεσίες.

3) Ανάλυση της θεωρίας Μέσων-Σκοπού και του όρου αξία

Εδώ αυτό που εννοείται ως αξία είναι αυτό που ο ερωτώμενος αναμένει από την ζωή ή την βελτίωση αυτής, λαμβάνοντας υπόψιν αυτό που αυτός/ή βιώνει σήμερα. Οι αξίες αναφέρονται σε όλους τους ερωτηθέντες, επομένως περιλαμβάνει όλους τους ασθενείς. Η διάσταση της ασφάλειας αναφέρεται σε όλους τους ασθενείς και είναι στη δική μας περίπτωση το πιο σημαντικό στοιχείο που αυτοί αντιλαμβάνονται ως παράγοντα ο οποίος συμβάλλει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επομένως θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ασφάλεια είναι μία κοινά αναγνωρίσιμη αξία, από κάθε ένα από τα ερωτηθέντα άτομα και αντιπροσωπεύει μία περίληψη των συνεπειών ή εναλλακτικά ένα συνολικό επιθυμητό τελικό αποτέλεσμα. Άλλες αξίες, σύμφωνα με τους ασθενείς μπορεί να είναι π.χ. η ευχαρίστηση και η αυτοπεποίθηση.

4) Έρευνα & Μεθοδολογία Αυτής

Σαν ένα βασικό ερώτημα που έπρεπε να απαντηθεί καθορίστηκε το ακόλουθο :

Γιατί είναι η διάσταση της Ασφάλειας σημαντική, όταν οι πελάτες αξιολογούν την ποιότητα των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών;

Το Γενικό Νοσοκομείο της Κατερίνης επιλέχθηκε ως το μέρος για την συγκέντρωση των απαραίτητων δεδομένων προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ποιοτική μελέτη. Εκεί το φθινόπωρο του 2006 ογδόντα τρεις (83) εις βάθος συνεντεύξεις του προσωπικού (ιατροί, νοσοκόμες & νοσοκόμοι και διοικητικό προσωπικό) καθώς και εβδομήντα εννέα (79) εις βάθος συνεντεύξεις των ασθενών του νοσοκομείου (εσωτερικοί και εξωτερικοί) έλαβαν χώρα με επιτυχία.

Προκειμένου να συγκεντρωθούν τα δεδομένα ακολουθήθηκε η ερευνητική διαδικασία που περιγράφεται παρακάτω.

● 2.2. ΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Βήμα 1°

Προτού να πραγματοποιηθεί η έρευνα, υπήρξε μία περίοδος εκπαίδευσης των ατόμων που θα έπαιρναν τις συνεντεύξεις, σε σχέση με την προγραμματισμένη διαδικασία των εις βάθος συνεντεύξεων με της μεθόδου Μέσων-Σκοπού. Κάθε μία από τις ομάδες των υπευθύνων για την διεξαγωγή της συνέντευξης στηρίχθηκε από μέλη του διοικητικού ή νοσοκομειακού προσωπικού. Παράλληλα καθορίστηκαν οι κατάλληλοι για την διαδικασία της συνέντευξης χώροι, έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα αλλά και να μην υπάρξει ταυτόχρονα κανενός είδους παρεμπόδιση στην διαδικασία λειτουργίας του νοσοκομείου. Κατά την διάρκεια της έρευνας υπήρξε ακουστική κάλυψη, με την μορφή ανακοινώσεων από τα μεγάφωνα του νοσοκομείου, για την ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού για την έρευνα που λάμβανε χώρα. Οι υπεύθυνοι των συνεντεύξεων προσέγγιζαν τους ασθενείς και το προσωπικό που ήταν διαθέσιμοι και μπορούσαν να ξοδέψουν τα 10-15 λεπτά που απαιτούνταν για την ολοκλήρωση της συνέντευξης. Το αντικείμενο της συζήτησης ήταν η αντίληψη που είχαν οι ερωτώμενοι σχετικά με τη διάσταση της ασφάλειας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης.

Βήμα 2°

Στην αρχή της συνέντευξης οι υπεύθυνοι θα ξεκινούσαν την συζήτηση με την ακόλουθη πρόταση : «Υποθέστε ότι ως επισκέπτης του νοσοκομείου (ή μέλος του νοσοκομειακού προσωπικού) έχετε ήδη εμπειρία από τις εδώ παρεχόμενες υπηρεσίες, Ειδικότερα, το αίσθημα της ασφάλειας που η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου σας δημιουργεί, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό. Πείτε μου τρεις (3) σημαντικούς για εσάς λόγους, που σχετίζονται με την ασφάλεια σε αυτό το νοσοκομείο.»

Βήμα 3°

Ο υπεύθυνος της συνέντευξης ρώτησε τον ερωτώμενο να του πει τρεις (3) σημαντικούς λόγους, οι οποίοι θα πρέπει να είναι διαφορετικοί μεταξύ τους. Έπειτα ο ερωτώμενος ξεκαθάρισε ποιος από τους προαναφερθέντες λόγους ήταν για αυτόν/ ή ο πιο σημαντικός σε σχέση με τους άλλους δύο και εάν αυτός ο λόγος ήταν άμεσα συνδεδεμένος με την ασφάλεια, που αποτελεί μέρος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Ακολούθως ο υπεύθυνος της συνέντευξης ρωτούσε γιατί το άτομο επέλεξε αυτόν τον λόγο ως τον πιο σημαντικό και όχι κάποιον από τους άλλους δύο, προκειμένου να γίνει αντιληπτή η αξία του για το άτομο.

Βήμα 4^ο

Η διαδικασία επαναλήφθηκε για κάθε έναν από τους τρεις λόγους, κάνοντας ξεκάθαρο όμως στην αμέσως επόμενη ερώτηση το γιατί οι λόγοι αυτοί συνδέονται, στο μυαλό του ερωτώμενου, με την ασφάλεια. Μεγάλη έμφαση δόθηκε στην καταγραφή των ακριβών εκφράσεων που χρησιμοποίησαν οι ερωτώμενοι για τις εκάστοτε επιλογές τους, προκειμένου να υπάρξει η καλύτερη δυνατή μετάφραση της συζήτησης από πλευράς ερωτώμενου πάνω στο θέμα. Η διαδικασία της εις βάθος συνέντευξης συνεχίστηκε με σκοπό να αναπτυχθεί μια «laddering task», σκαλωτή μελέτη που θα είχε ως αποτέλεσμα τουλάχιστον έξι αλυσίδες (κλίμακες ή means-end chains). Για παράδειγμα η ερώτηση είχε την εξής μορφή : « Γιατί επιλέξατε από τους τρεις σημαντικούς λόγους (εδώ το βάζουμε ως παράδειγμα....) το φιλικό προσωπικό σαν τον πιο σημαντικό για την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου;» Μετά την καταγραφή της απάντησης στην ερώτηση της μορφής «ΓΙΑΤΙ...» ή «ΠΩΣ ΚΑΙ...» η διαδικασία συνεχίζει με τον ανασχηματισμό της ερώτησης αυτή την φορά με έμφαση στην απάντηση που έδωσε ο ερωτώμενος. Η διαδικασία αυτή συνεχίζει έως ότου ο ερωτώμενος να μην μπορεί να δώσει απάντηση, έστω και μερική, στην ερώτηση της μορφής «ΓΙΑΤΙ...» ή «ΠΩΣ ΚΑΙ...» που προηγήθηκε. Η συνέντευξη ολοκληρωνόταν μετά και από την συγκέντρωση ορισμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών. Για τους ασθενείς, το φύλο, τον τόπο διαμονής, την ηλικία, την συχνότητα των επισκέψεων στο νοσοκομείο, το μορφωτικό επίπεδο, τις επισκέψεις σε άλλα νοσοκομεία και το επάγγελμα, ενώ για το προσωπικό το φύλο, το αντικείμενο ενασχόλησης και η θέση του/ της μέσα στο νοσοκομείο, την ηλικία, το τόπο διαμονής, τα χρόνια απασχόλησης σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου και το μορφωτικό επίπεδο.

Βήμα 5^ο

Την συλλογή του εκτυπωμένου υλικού της συνέντευξης ακολούθησε η επεξεργασία των συγκεντρωμένων συνεντεύξεων. Οι means-end chains δημιουργήθηκαν και παρουσιάστηκε ένα διάγραμμα με την μορφή ενός «Ιεραρχικού Χάρτη Αξιών» που σχεδιάστηκε έτσι ώστε να δώσει την κεντρική αξία και σημασία της διάστασης ασφάλεια για τους ερωτώμενους του νοσοκομείου.

Τα αποτελέσματα της μεθόδου Μέσων-Σκοπού καθώς και τα αντιπροσωπευτικά διαγράμματα των means-end chains των ασθενών (σχέδιο 2) και του προσωπικού (σχέδιο 3) παρουσιάζονται στο αμέσως επόμενο τμήμα.

ΜΕΡΟΣ 3^ο

Αποτελέσματα της Μελέτης

Μέσων – Σκοπού

- **3.1 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Τα βασικά χαρακτηριστικά των συνεισφορών που συνδέονται με την αξία της Ασφάλειας

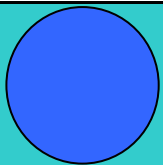
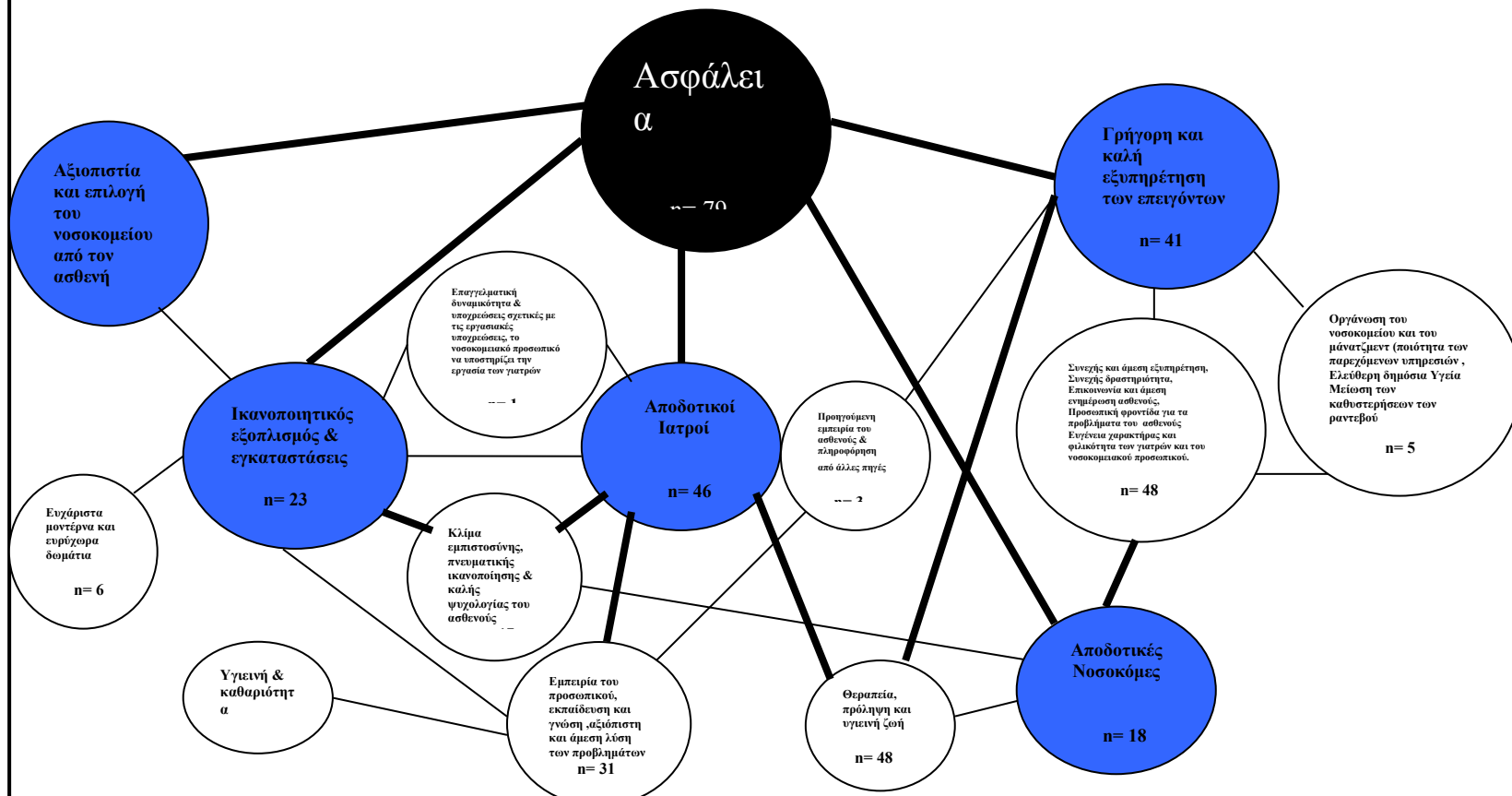
- Εμπειρία, εκπαίδευση και γνώση του προσωπικού, συνέπεια και έγκαιρη επίλυση του προβλήματος.
- Αίσθημα αυτοπεποίθησης, πνευματική ικανοποίηση και καλή ψυχολογία ασθενούς.
- Οργανισμός του Νοσοκομείου και Διοίκησης (ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών), δωρεάν δημόσια υγεία, μείωση των καθυστερήσεων των προγραμματισμένων ιατρικών συναντήσεων.
- Επαγγελματική ικανότητα, η οποία να είναι σχετική με τις υποχρεώσεις του πεδίου εργασίας, υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού στην εργασία των γιατρών.
- Προηγούμενη εμπειρία από χρήση υπηρεσίας του ασθενούς και πληροφόρηση από άλλες πηγές.
- Συνεχής και άμεση εξυπηρέτηση, συνεχής δραστηριότητα/ εργασία, επικοινωνία και γοργή πληροφόρηση με/ προς τους ασθενείς, προσωπική φροντίδα για τα προβλήματα των ασθενών, ευγένεια, χαρακτήρας και φιλικότητα τόσο από μεριάς του ιατρικού όσο και του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού.
- Θεραπεία, πρόληψη, και υγιής ζωή
- Υγιεινή και καθαριότητα
- Ευχάριστες, μοντέρνες και ευρύχωρες εγκαταστάσεις.

Οι πιο σημαντικές συνέπειες που σχετίζονται με τις παραπάνω συνεισφορές των υπηρεσιών

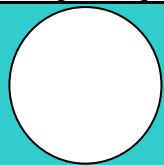
- Αποδοτικοί γιατροί
- Αποδοτικές νοσοκόμες/ οι.
- Ικανοποιητικός εξοπλισμός και εγκαταστάσεις
- Γρήγορες και καλές υπηρεσίες όσων αφορά τα έκτατα περιστατικά
- Αυτοπεποίθηση του ασθενούς και συνεχής επιλογή του νοσοκομείου.

Σχέδιο 2 : Προσέγγιση Μέσων –Σκοπού. Η αλυσίδα Μέσων-Σκοπού των ασθενών

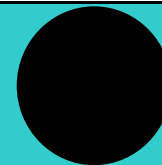
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩΝ – ΣΚΟΠΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



Συνέπειες



Συνεισφορές Υπηρεσίας



Αξία

● 3.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Τα κύρια χαρακτηριστικά των Συνεισφορών που σχετίζονται με τη διάσταση της ποιότητας.

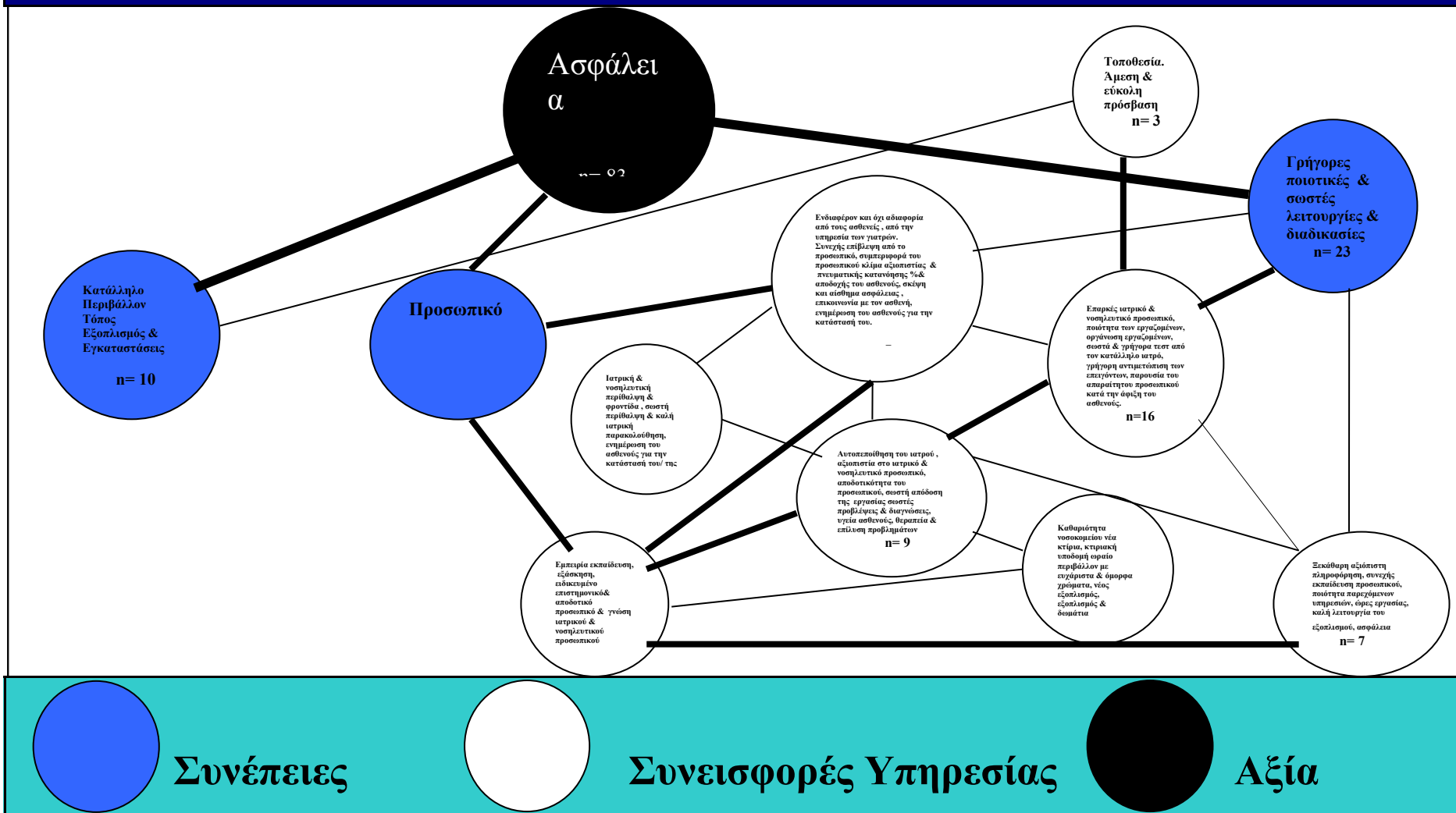
- Εμπειρία, μόρφωση, εκπαίδευση, εξειδίκευση, επιστημονικό και ικανό προσωπικό ιατρικό και νοσηλευτικό, γιατροί με αυτοπεποίθηση, αξιοπιστία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αποδοτικότητα προσωπικού, σωστή παράδοση εργασίας, σωστές προβλέψεις και διαγνώσεις, υγεία του ασθενούς, θεραπεία και επίλυση προβλημάτων.
- Επαρκές ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ποιοτικό έμπυχο δυναμικό, οργάνωση προσωπικού, γρήγορη αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, συνεχής εκπαίδευση προσωπικού, ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώρες εργασίας, καλή λειτουργία του εξοπλισμού, ασφάλεια, σωστές και γρήγορες εξετάσεις από τους κατάλληλους γιατρούς, παρουσία του κατάλληλου προσωπικού κατά τη διάρκεια της άφιξης του ασθενούς.
- Ενδιαφέρον και όχι αδιαφορία για τους ασθενείς, εξυπηρέτηση από τους γιατρούς, συνεχής επίβλεψη από το προσωπικό, ιατρική και νοσηλευτική προσοχή και φροντίδα, σωστή φροντίδα και καλή νοσηλεία, ενδιαφέρον και αίσθημα ασφάλειας, επικοινωνία με τον ασθενή, ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση του.
- Καθαριότητα του νοσοκομείου, τοποθεσία, εύκολη πρόσβαση, άμεση επαφή και πρόσβαση στο νοσοκομείο, καινούρια κτήρια, νέος εξοπλισμός, εξοπλισμός στα δωμάτια νοσηλείας, κτιριακή υποδομή, καλό και ευχάριστο περιβάλλον, όμορφα χρώματα.

**Οι πιο σημαντικές συνέπειες που συνδέονται με τα παραπάνω
χαρακτηριστικά των υπηρεσιών**

- Κατάλληλο προσωπικό
- Κατάλληλο περιβάλλον- χώρος
- Εξοπλισμός και κτήρια
- Γρήγορες, ποιοτικές λειτουργίες και διαδικασίες (καλή υπηρεσία, χειρισμός με επείγοντα περιστατικά)

Σχέδιο 3 : Προσέγγιση Μέσων –Σκοπού. Η αλυσίδα Μέσων-Σκοπού του προσωπικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩΝ – ΣΚΟΠΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



● 3.3 Συζήτηση των Αποτελεσμάτων και προτάσεις για τη διοίκηση

Μέσω αυτής της ιεραρχικής χαρτογράφησης των αξιών καθορίστηκε ότι η Ασφάλεια ως διάσταση της ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, μεταφράζεται από τους ασθενείς (σχέδιο 2.) ως εξής :

- Σχετικά με το «αποδοτικοί γιατροί» , που έχουν εμπειρία μόρφωση και γνώση του προσωπικού και γνωστοί για την αξιοπιστία τους και την ικανότητα τους να λύνουν άμεσα τα προβλήματα. Οι γιατροί βοηθούν επίσης να αναπτυχθεί ένα αίσθημα σιγουριάς και πνευματικής ικανοποίησης καθώς και μία καλή ψυχολογία από μεριάς του ασθενούς. Παράλληλα υποστηρίζουν την θεραπεία, την πρόληψη και την υγιή ζωή για τους ασθενείς. Τέλος το αίσθημα της ασφάλειας ενδυναμώνετε από την συνεχή και άμεση υπηρεσία και δραστηριότητα, επικοινωνία και έγκαιρη πληροφόρηση των ασθενών, προσωπική φροντίδα των ασθενών, ευγένεια, χαρακτήρας και φιλικότητα των γιατρών που έχουν επίσης μία σημαντική επίδραση στη δημιουργία του αισθήματος ασφάλειας στους ασθενείς.
- Σχετικά με τις «αποδοτικές νοσοκόμες», που στηρίζουν την θεραπεία, την πρόληψη και την υγιή ζωή των ασθενών. Το αίσθημα της ασφάλειας ενδυναμώνετε επίσης από την συνεχή και γρήγορη εξυπηρέτηση και δραστηριότητα, επικοινωνία και άμεση πληροφόρηση των ασθενών , προσωπική φροντίδα για τα προβλήματα των ασθενών, ευγένεια, χαρακτήρας και φιλικότητα του προσωπικού περίθαλψης που έχουν επίσης μία πολύ σημαντική επίδραση στη δημιουργία του αισθήματος ασφάλειας.
- Σχετικά με το «ικανοποιητικό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις», που στηρίζουν την θεραπεία, την πρόληψη και την υγιή ζωή των ασθενών. Επιπρόσθετα εξαιτίας του ικανοποιητικού εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων υπάρχει ένα κλίμα σιγουριάς, ψυχικής/ πνευματικής ικανοποίησης και καλή ψυχολογία του ασθενούς. Τέλος το αίσθημα της ασφάλειας, σχετίζεται και με την ύπαρξη ευχάριστων, μοντέρνων και

ευρύχωρων δωματίων και κτιριακών εγκαταστάσεων. Η ύπαρξη ικανοποιητικού αριθμού εξοπλισμού και εγκαταστάσεων εμπνέει τόσο την σιγουριά από μεριάς ασθενούς όσο και την συνεχή επιλογή του νοσοκομείου για πιθανές μελλοντικές επισκέψεις.

- Σχετικά με την διαδικασία της «καλής γρήγορης υπηρεσίας», που στηρίζει την θεραπεία, την πρόληψη και την υγιή ζωή των ασθενών. Επιπλέον το αίσθημα της ασφάλειας του ασθενούς ενισχύεται από την συνεχή και άμεση υπηρεσία και δραστηριότητα, από την επικοινωνία και την άμεση ενημέρωση των ασθενών, την προσωπική φροντίδα για τα προβλήματά τους, τον χαρακτήρα και την φιλικότητα του προσωπικού καθώς και του οργανισμού και της διοίκησης του νοσοκομείου (η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας), την δωρεάν δημόσια υγεία και την μείωση των καθυστερήσεων στα προκαθορισμένα ιατρικά ραντεβού. Τέλος η εμπειρία από προηγούμενη χρήση της υπηρεσίας από τον ασθενή και η πληροφόρηση το από άλλες πηγές έχουν μία κάποια επίδραση στην καλή και γρήγορη εξυπηρέτηση.

Ενώ η διάσταση της Ασφάλειας στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από πλευράς προσωπικού (σχέδιο 3) μεταφράζεται ως εξής :

- Σχετικά με τα χαρακτηριστικά/συνεισφορές του προσωπικού. Η εμπειρία, η επιστημονική μόρφωση και η εκπαίδευση καθώς και η εξειδίκευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται ότι αποτελεί την περιγραφή του πλέον αποδοτικού νοσοκομειακού προσωπικού. Παράλληλα πιστεύεται ότι το επιστημονικό υπόβαθρο, η αυτοπεποίθηση του γιατρού και η αξιοπιστία που δείχνει το προσωπικό, διασφαλίζει την αποδοτικότητα και οδηγεί στην διεκπεραίωση της σωστής δουλειάς και την επίλυση των σχετικών προβλημάτων. Ο καθοριστικός παράγοντας στην δημιουργία του αισθήματος της ασφάλειας είναι η δημιουργία ενός κλίματος αξιοπιστίας μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου και των ασθενών. Το προσωπικό αντιλαμβάνεται ότι χρειάζεται να δείξει ενδιαφέρον προς τους ασθενείς και ότι θα πρέπει πάντοτε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση από πλευράς των γιατρών, με την παράλληλη και συνεχή επίβλεψη του ασθενούς από το προσωπικό. Η συμπεριφορά του προσωπικού, η επικοινωνία με τον ασθενή, η

φροντίδας που δίδεται στον ασθενή και το κλίμα της αξιοπιστίας παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο να έχει ο ασθενής ψυχική γαλήνη, ηρεμία, και το αίσθημα της ασφάλειας. Οι ερωτώμενοι αντιλαμβάνονται και αυτοί από την πλευρά τους ότι όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στις ορθές προβλέψεις και τη σωστή διάγνωση σχετικά με την υγεία του ασθενούς και την απαραίτητη θεραπεία.

- Σχετικά με το «κατάλληλο περιβάλλον και τόπο, τον εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις». Η σωστή τοποθεσία του νοσοκομείου, ο χώρος που το περιβάλλει καθώς και η άμεση πρόσβαση, σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά του κτηρίου και τον εξοπλισμό του, συνεισφέρουν στην ενδυνάμωση του αισθήματος της ασφάλειας.
- Σχετικά με τις «γρήγορες, ποιοτικές και σωστές λειτουργίες και διαδικασίες». Η επάρκεια και η καταλληλότητα του προσωπικού συνεισφέρει στην σωστή λειτουργία των διαδικασιών και στην ορθή διάγνωση και θεραπεία των ασθενών του νοσοκομείου. Επηρεάζει επίσης, πάντα σύμφωνα με την γνώμη και την αντίληψη του προσωπικού, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ταχύτητα ολοκλήρωσης των ιατρικών τεστ, η διάγνωση και η αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών μέσω του σωστού και κατάλληλου προσωπικού είναι σημαντικές προτεραιότητες που σχετίζονται με το αίσθημα της ασφάλειας σε ένα νοσοκομείο. Σύμφωνα με την αντίληψη του προσωπικού, σημαντικά σημεία που συμβάλλουν στην κριτική της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου είναι επίσης η βέλτιστη χρήση του εξοπλισμού, η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, το σωστά προγραμματισμένο ωράριο εργασίας, η υπηρεσία ασφάλειας και φύλαξης του κτηρίου και η αξιόπιστη πληροφόρηση που παρέχει το προσωπικό της.

ΜΕΡΟΣ 4^ο

Συμπεράσματα

● 4.1 Συμπεράσματα

Ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους δυσκολότερους, ακριβότερους και απαιτητικότερους κλάδους. Η ύπαρξη του βασίζεται στην ίδια την ύπαρξη και συνέχιση της ανθρώπινης ζωής, γεγονός που τον καθιστά άκρως απαραίτητο. Ωστόσο οι βελτιώσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στο διοικητικό κομμάτι των υπηρεσιών υγείας είναι κατά πολύ μικρότερες και σε αργότερο ρυθμό από τις βελτιώσεις στο ιατρικό κομμάτι.

Προκειμένου να μπορέσει η διοίκηση του μάρκετινγκ να βοηθήσει, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο σε αυτό το σκοπό, επιβάλλεται να διενεργηθεί κάποια έρευνα. Αυτός ακριβώς είναι και ο λόγος αυτής της διπλωματικής, η έρευνα, έτσι ώστε να φανούν και να υποδειχθούν τα σημεία που επιτελούν καθοριστικό παράγοντα στην ποιοτική παροχή της υπηρεσίας.

Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση της σπουδαιότητας της διάστασης της Ασφάλειας, ως παράγοντα ουσιώδη για την επιλογή ενός νοσοκομειακού ιδρύματος από τους ασθενείς. Στοχεύει στο να καταδείξει στην διοίκηση του νοσοκομείου ένα από τα σημεία που οφείλει να προσέξει και να βελτιώσει, προκειμένου οι υπηρεσίες που παρέχει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ασθενών. Σε αυτό προσπαθούμε να συμβάλλουμε. Στην εξεύρεση του παράγοντα που πρέπει να δοθεί προσοχή έτσι ώστε να επέλθουν τα βέλτιστα αποτελέσματα με την αποφυγή ανεπιθύμητων επιπρόσθετων εξόδων. Έξοδα που μεταφράζονται σε πολλαπλά κόστη, όχι μόνο χρηματικά και τα οποία βαραίνουν τόσο το προσωπικό, αλλά πρωτίστως και σε μεγαλύτερο βαθμό τους ίδιους τους ασθενείς.

Τελικά η ποιότητα, σχετικά με την διάσταση της ασφάλειας του μοντέλου SERVQUAL στην περίπτωση τόσο των ασθενών όσο και του ίδιου του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης, κρίνεται βάση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας και μάλιστα σημαντικότερα (χρησιμοποιώντας τις εκφράσεις που χρησιμοποίησαν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι) «η γνώση, η ευγένεια, το όλο ενδιαφέρον από πλευράς ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με την συμπεριφορά του ασθενούς καθώς και η ελκυστικότητα, η καταλληλότητα των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού του νοσοκομείου, όπως και η ικανότητα του προσωπικού να εμπνέει εμπιστοσύνη και να διασφαλίζει τη σωστή πρόληψη και θεραπεία για τους ασθενείς μέσω γρήγορων και ταυτοχρόνως ποιοτικών διαδικασιών».

Τα παραπάνω αποτελέσματα αποτελούν ένα χρήσιμο εκπαιδευτικό οδηγό για το προσωπικό με τον σκοπό της ενίσχυσης του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσον αφορά τις άμεσες επαφές με τους ασθενείς, ιατρικές και μη. Επιπρόσθετα περιέχουν και πιο γενικά

σημεία προς εξέταση με τον σκοπό της χρονικής βελτίωσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου, σε σχέση πάντα με την διάσταση της Ασφάλειας στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διοίκηση του νοσοκομείου μπορεί να αντιληφθεί το πώς τόσο οι εσωτερικοί όσο και οι εξωτερικοί πελάτες του νοσοκομείου αντιλαμβάνονται την ασφάλεια, ως ένα στοιχείο αξιολόγησης του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα νοσοκομείο.

Η μέθοδος έρευνας με τη χρήση της θεωρίας Μέσων-Σκοπού, συμβάλλει ουσιαστικά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, συνδυάζοντας την τεχνική SERVQUAL με τους λόγους (μέσα) που προκαλούν την αντίληψη της ασφάλειας, ή ακόμη τους λόγους που είναι κρυμμένοι πίσω από κάθε μία από τις άλλες διαστάσεις («αντιληπτικότητα», «ανταπόκριση», «αξιοπιστία», «συναίσθηση») του μοντέλου SERVQUAL.

Ίσως το ακόλουθο εύρημα που αναφέρεται σε μία μελέτη του Ιπποκράτη (Ιατρικά Θέματα : Σχετικά με την τέχνη 5^{ος} αιώνας Π.Χ.) όπου ο αρχαίος συγγραφέας υποστηρίζει την άποψή του με τις ακόλουθες λέξεις είναι μέχρι και σήμερα μία πολύ σημαντική αρχή στον τομέα της κοινωνικής έρευνας και ανάλυσης :

« Η άποψή μου ωστόσο είναι ότι πρέπει να ανακαλύπτουμε νέα πράγματα που δεν είχαν ανακαλυφθεί πριν -οποιαδήποτε και αν είναι, των οποίων η ανακάλυψη είναι πιο προτιμητέα από την μη ανακάλυψή τους-είναι ο ακριβής επιθυμητός σκοπός και η εργασία της διανοητικής χωρητικότητας' το ίδιο επίσης ισχύει για την επεξεργασία των ημι-τελειωμένων και η οδήγησή τους στην ολοκλήρωση....»

Κλείνοντας με αυτό το άρθρο του λόγου του Ιπποκράτη, πιστεύουμε ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης Means-end, με τον σκοπό της ανακάλυψης των στοιχείων που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών και του προσωπικό σχετικά με την ασφάλεια και το επίπεδο της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα συμβάλλουν στην καλύτερη διοικητική υποστήριξη και στην μετάφραση της διάστασης της ασφάλειας του μοντέλου SERVQUAL στην περίπτωση των νοσοκομείων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βασιλειάδης Χ. και Χρίστογλου Κ. (2006) «Βελτίωση Παρεχόμενων Υπηρεσιών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα: Αποτελέσματα της Ανάλυσης SERVQUAL 2006 στο Γ.Ν. Κατερίνης» 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας υπό την αιγίδα του Υπουργείου υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ερέτρια, Eretria Village Conference Center, 28 – 30 Σεπτεμβρίου 2006.

Belk, R. W. (1975) "Situational Variables and Consumer Behavior," *Journal of Consumer Research*, 2 (December), 157-164.

Berry L.L., Parasuraman A. and Zeithaml V.A. (1988). "SERVQUAL: A Multiple – Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol. 64, Nr.1, (Spring 1988).

Berry L.L., Parasuraman A. and Zeithaml V.A., (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and its implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol. 49 (Fall 1985).

Berry, Leonard L. and A. Parasuraman (1993), "Building a New Academic Field—The Case of Services Marketing," *Journal of Retailing*, 69 (Spring), 13-60.

———, Ann M. Mirabito, and Donald M. Berwick (2004), "A Health Care Agenda for Business," *Sloan Management Review*, 45 (Summer), 56-64.

———, Derek Parker, Russell C. Coile, Jr., D. Kirk Hamilton, David D. O'Neill, and Blair L. Sadler (2004), "The Business Case for Better Buildings," *Frontiers of Health Services Management*, 21 (Fall), 3-24.

Berwick, Donald M. and Lucian L. Leape (1999), "Reducing Errors in Medicine," *British Medical Journal*, 319 (July 17), 136-137.

Botschen G., Thelen E. M. & Pieters R., (1999). "Using means-end structures for benefit segmentation; An application to services", *European Journal of Marketing*, Vol.33, No.1/2, pp.38-58.

Burke, John P. (2003), "Infection Control—A Problem for Patient Safety," *The New England Journal of Medicine*, 348 (February 13), 651-656.

Butler, B., Jr. and D. H. Butler (1970), "Hendrodynamics: Fundamenta] Laws of Consumer Dynamics," Croton-on-Hudson, NY: Hendry Corp., unpublished paper. Chapter 1.

Cem Canel, Elizabeth A. Anderson Fletcher : "An analysis of service quality at a student health center", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol.14, 6 , 2001 , pg 260-26.

Christoglou K., Vassiliadis C., Sigalas I. & Mylonakis J. (2006_a) "A Comparative Study of Healthcare Services Gap Analysis Approach in the Provision of Efficient Hospital Treatment", *Business Journal for Entrepreneurs*. Volume 2006, Issue 1.

Christoglou, K., Vassiliadis, C. and Sigalas, I. (2006_b) "A case study for a management technique implementation: SERVQUAL and KANO research techniques in the Hospital Healthcare Services", *World Hospital & Health Services*, June 2006 issue, Volume 42, Number 2, pp.21-26. (also available in: www.hospitalmanagement.net).

Duhachek, Adam (2005), "Coping: A Multidimensional, Hierarchical Framework of Responses to Stressful Consumption Episodes," *Journal of Consumer Research*, 32 (1), 41-53.

Eurobarometer (2006), "Medical Errors." Retrieved January 30, 2006, from http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf

Gallagher, Thomas H., Amy D. Waterman, Alison C. Ebers, Victoria J. Fraser, and Wendy Levinson (2003), "Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors," *Journal of the American Medical Association*, 289 (February 26), 1001 1007.

Fennell, G. (1978), "Consumer's Perceptions of the Product-Use Situation," *Journal of Marketing*, 42 (April), 38-47.

Gutman J. (1982) "A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorization Processes", *Journal of Marketing* 46, 2 (1982): 60-72.

Haley, R. I. (1968), "Benefit Segmentation: A Decision Oriented Research Tool," *Journal of Marketing*, 32 (July), 30-35.

Hendrich, Ann L., Joy Fay, and Amy Sorrells (2002), "Courage to Heal," *Healthcare Design* (September), 11-13.

Institute of Medicine (2006), *Preventing Medication Errors (Quality Chasm Series)*. Philip Aspden, ed., Washington, DC: National Academies Press.

Keaveney, Susan M. (1995), "Customer Switching Behavior in Service Industries: An Exploratory Study," *Journal of Marketing*, 59 (2), 71-82.

Jungki Lee : "Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL", *Journal of Services Marketing Quarterly*, vol. 27(2), 2005

Kahn, Barbara E. and Mary Frances Luce (2003), "Understanding High-Stakes Consumer Decisions: Mammography Adherence Following False-Alarm Test Results," *Marketing Science*, 22 (3), 393-410.

Kraman, Steve S. and Ginny Hamm (1999), "Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy," *Annals of Internal Medicine*, 131 (12), 963-967.

Lewin, K. (1951), *Field Theory in Social Science*, New York: Harper.

Leonard L. Berry and Neeli Bendapudi "Health Care: A Fertile Field for Service Research", *Journal of Service Research* 2007 vol.10; 111

Manyiwa, S. & Crawford I., (2001) "Determining linkages between consumer choices in a social context and the consumer's values: A means-end approach", *Journal of Consumer Behaviour* vol.2, 1, 54-70.

McGlynn, Elizabeth A., Steven M. Asch, John Adams, Joan Keesey, Jennifer Hicks, Alison DeCristofaro, et al. (2003), "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States," *The New England Journal of Medicine*, 348 (June 26), 2635-2645.

Myers, J. M. (1976), "Benefit Structure Analysis: A New Tool for Product Planning," *Journal of Marketing*, 40 (October), 23-32.

Moran, W. R. (1973), "Why New Products Fail," *Journal of Advertising Research*, 13 (April), 5-13.

Morris, J. Andrea and Daniel C. Feldman (1996), "The Dimensions Antecedents, and Consequences of Emotional Labor," *The Academy of Management Review*, 21 (October), 986-1010.

Puay Cheng Lim, Nelson K.H. Tang "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals" , *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol.13, 7 , 2000 , pg 290±299

Raghunathan, Rajagopal, Michel T. Pham, and Kim P. Corfman (2006), "Informational Properties of Anxiety and Sadness, and Displaced Coping," *Journal of Consumer Research*, 32 (4), 596-601.

Reinhardt, Uwe E., Peter S. Hussey, and Gerard F. Anderson (2004), "U.S. Health Care Spending in an International Context," *Health Affairs*, 23 (May/June), 10-25.

Rohini R., Mahadevappa B "Service quality in Bangalore hospitals- An empirical study", *Journal of Services Research*, vol. 6, 1 (April 2006 - September 2006).

Rokeach, M. J. (1968), *Beliefs, Attitudes and Values*, San Francisco: Jossey Bass. (1973), *The Nature of Human Values*, New York: The Free Press.

Rosch, E. (1978) "Principles of Categorization," in *Cognition and Categorization*, E. Rosch and B. Lloyd, eds.. Hillsdale, NJ: John Wiley and Sons, 25-49.

Rosenberg, M. (1956), "Cognitive Structure and Attitudinal Effect," *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 367-372.

Studdert, David M., Michelle M. Mello, and Troyen A. Brennan (2004), "Medical Malpractice," *The New England Journal of Medicine*, 350 (January 15), 283-292. ———, William M. Sage, Catherine M. DesRoches, Jordon Peugh, Kinga Zapert, and Troyen A. Brennan (2005), "Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment," *The Journal of the American Medical Association*, 293 (June 1), 2609-2617.

Trampuz, Andrej and Andreas F. Widmer (2004), "Hand Hygiene: A Frequently Missed Lifesaving Opportunity during Patient Care," *Mayo Clinic Proceedings*, 79 (January), 109-116.

Tax, Stephen S., Stephen W. Brown, and Murali Chandrashekar (1998), "Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing," *Journal of Marketing*, 62 (April), 60-76.

Tolga Taner, Jiju Antony "Comparing public and private hospital care service quality in Turkey", *Journal of Leadership in Health Services* 2006 vol.19,12.

Tversky, A. (1972), "Elimination by Aspects: A Theory of Choice," *Psychological Review*, 79(July), 281-299. _____,
and I. Gati (1978) "Studies of Similarity," in *Cognition and Categorization*, E. Rosch and B. Lloyd, eds., Hillsdale, NJ: John Wiley and Sons, 81-98.

Vinson, D. E., J. E. Scott and L. M. Lamont (1977), "The Role of Personal Values in Marketing and Consumer Behavior," *Journal of Marketing*, 41 (April), 44-50.

Wennberg, John E., and Elliott S. Fisher (2006), *The Care of Patients with Severe Chronic Illness*, An Online Report on the Medicare Program by the Dartmouth Atlas Project, The Dartmouth Atlas of Healthcare 2006, Hanover, New Hampshire: Center for The Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School.

Yankelovich, D. (1981), *New Rules*, New York: Random House.

Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L., (1990) *Delivering Quality Service; Balancing Customer Perceptions and Expectations*, The Free Press, New York, NY

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Αναλυτική παρουσίαση άρθρων

2. Πίνακες δημογραφικών στοιχείων

- Ασθενών
- Προσωπικού

3. Γραφική απεικόνιση δεδομένων

- Ασθενών
- Προσωπικού

1. Αναλυτική παρουσίαση άρθρων

- **Comparing public and private hospital care service quality in Turkey**, *Tolga Taner & Jiju Antony*

Το συγκεκριμένο άρθρο έχει ως σκοπό να δώσει στα διοικητικά στελέχη καθώς και στα στελέχη του μάρκετινγκ, ένα θεμελιώδες και λειτουργικό πλαίσιο, αναμειγνύοντας τις προσδοκίες και αντιλήψεις των ασθενών για τις υπηρεσίες με την αποτίμηση της ποιότητας και την κρίση τους για την ικανοποίηση. Για αυτό το λόγο χρησιμοποιείται το μοντέλο του SERVQUAL προκειμένου να δημιουργήσει μία κλίμακα μέτρησης. Αυτή η κλίμακα, με την μορφή ενός ερωτηματολογίου, διανεμήθηκε ισόποσα σε 200 ασθενείς σε δύο διαφορετικά είδη νοσοκομείων στην Κωνσταντινούπολη, προκειμένου να ανακαλυφθεί εάν οι προσδοκίες, οι αντιλήψεις και οι αξιολογήσεις της ποιότητας της υπηρεσίας διαφέρει στα δύο είδη των νοσοκομείων. Αυτές οι μετρήσεις βοηθούν επιπρόσθετα στην σύγκριση μεταξύ των προσδοκώμενων και αντιλαμβανόμενων υπηρεσιών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Τουρκίας από την άποψη της ποιότητας.

Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα Likert , έξι βαθμίδων όπου το εύρος της ήταν από (6) «διαφωνώ απόλυτα» έως το (1) «συμφωνώ απόλυτα». Το ερωτηματολόγιο περιείχε την κλίμακα του SERVQUAL με ογδόντα (80) συνολικές προτάσεις σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών για την ποιότητα της υπηρεσίας που θα έπρεπε να προσφέρουν τα νοσοκομεία και την ποιότητα των υπηρεσιών που τελικά λάμβαναν.

Οι απαντήσεις προήλθαν από τηλεφωνικές συνεντεύξεις που έγιναν σε άτομα τα οποία είχαν πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο τους προηγούμενους έξι μήνες, Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και ο παράγοντας επιρροής για την επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομείου ήταν ερωτήσεις που έγιναν επίσης στους υποψηφίους.

Για τον συγκεκριμένο σκοπό τα αρχικά 22 στοιχεία της κλίμακας SERVQUAL του Parasuraman, αντικαταστάθηκαν από στοιχεία που ταίριαζαν στις περιστάσεις των υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία αυτά προήλθαν από μελέτες πάνω στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Taylor & Cronin, 1994· Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990· Woodside κ.ά., 1989) και οι πληροφορίες συλλέχθηκαν από εισαγωγές σε νοσοκομεία από ασθενείς με εμπειρία. Τα στοιχεία στους τομείς των προσδοκιών και των αντιλήψεων εμπίπτουν στις δέκα (10) διαστάσεις που αποκαλύπτονται στην ερευνητική μελέτη του Parasuraman.

Η κατανομή των στοιχείων στις διαστάσεις έγινε ως εξής : αντιληπτικότητας (8 στοιχεία), αξιοπιστίας (4 στοιχεία), ανταπόκρισης (7 στοιχεία), επάρκειας (5 στοιχεία), ευγένειας (3 στοιχεία), αξιοπιστίας (1 στοιχείο)³, ασφάλειας (2 στοιχεία), προσβασιμότητας (2 στοιχεία), επικοινωνίας (6 στοιχεία), κατανόησης (2 στοιχεία) και κόστους (1 στοιχείο).

Οι αρχικές δέκα (10) διαστάσεις μειώθηκαν σε πέντε (5) για τις ανάγκες της ανάλυσης. Η αντιληπτικότητα, η αξιοπιστία και η ανταπόκριση έμειναν ως είχαν, αλλά οι τελευταίες δύο διαστάσεις που ονομάστηκαν ασφάλεια και ενσυναίσθηση αντίστοιχα, περιείχαν στοιχεία από τις επτά αρχικές διαστάσεις.

Αυτό που μελετήθηκε ήταν το κενό ανάμεσα στις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών. Από τις πέντε διαστάσεις λοιπόν, αυτή που εμφανίστηκε ως υψηλότερη στα ιδιωτικά νοσοκομεία και άρα σημαντικότερη ήταν αυτή της ασφάλειας, με δεύτερη την διάσταση της αξιοπιστίας. Οι βαθμολογίες των ιδιωτικών νοσοκομείων ήταν υψηλότερες από αυτές των δημοσίων. Από την άλλη πάλι πλευρά στα δημόσια νοσοκομεία, υψηλότερη ήταν η διάσταση της ασφάλειας και χαμηλότερη αυτή της αξιοπιστίας. Εδώ φαίνεται και η βασική διαφορά των δύο ειδών νοσοκομείων, στην αξιοπιστία που παρέχουν στους πολίτες.

Συμπερασματικά πρέπει να πούμε ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Τουρκία υπερέχουν στην διάσταση της ασφάλειας. Αυτό δείχνει ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι καλύτερα στις υπηρεσίες νοσηλείας που προσφέρουν, όπως λένε οι συγγραφείς. Αυτό οφείλεται στο ότι έδωσαν σημασία στο φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου, τόσο το ιατρικό(χειρουργεία, αίθουσες εξέτασης κτλ.) όσο και της νοσηλείας, το οποίο αφορά οποιοδήποτε φυσικό στοιχείο της υπηρεσίας, όπως εμφάνιση και συμπεριφορά του προσωπικού, σχεδιασμός και αρχιτεκτονική του χώρου, σύγχρονα μηχανήματα και τεχνολογία και ώρες επισκέψεων. Το νοσοκομειακό προσωπικό σε όλα τα επίπεδα και όλες τις θέσεις είναι σημαντικό στοιχείο. Επιπρόσθετα η μελέτη δείχνει ότι οι ασθενείς ενδιαφέρονται για την ευκολία στην επικοινωνία και την διαθεσιμότητας της πληροφόρησης. Η επικοινωνία ασθενών και γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία αντιθέτως είναι ελλιπής.

³ Εδώ χρησιμοποιείται ο όρος credibility που έχει όμως την ίδια σημασία με το reliability.

- **Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL**, Jungki Lee

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη της πιθανής εφαρμογής του αντιληπτικού μοντέλου του SERVQUAL σε μία λιγότερο μελετημένη περιοχή, τον τομέα των υπηρεσιών υγείας σε μία αναπτυσσόμενη χώρα. Μελετάται εμπειρικά η χρησιμότητα του αντιληπτικού μοντέλου του SERVQUAL, εξετάζοντας την παρουσία των πέντε παραγόντων του και την σταθερότητα αυτών, όπως αποδεικνύεται από την αξιοπιστία της κλίμακας. Επιπρόσθετα γνωστοποιείται η σχετική σημασία των μεταβλητών του SERVQUAL, ανάμεσα στους πελάτες του νοσοκομείου.

Η μελέτη έγινε σε μία μεγάλη πόλη της Ουκρανίας, στην χερσόνησο του Crimean. Η πόλη εξυπηρετεί ως τοπικό κέντρο κουλτούρας, επιχειρηματικής δραστηριότητας, μόρφωσης και πολιτικής. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από σπουδαστές ενός μεγάλου κολεγίου της Ουκρανίας. Εξαιτίας του ότι η μέθοδος ανάλυσης ήταν καινούρια στην συγκεκριμένη κουλτούρα, απαιτήθηκε προηγούμενη λεπτομερής εκπαίδευση. Στους φοιτητές δόθηκαν προφορικές και γραπτές πληροφορίες αναφορικά με τον σκοπό της μελέτης, την διαδικασία καθώς και τον σκοπό χρήσης των αποτελεσμάτων.

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος διέφεραν σημαντικά από αυτά των κατοίκων της Δύσης, ειδικά σε θέματα εισοδήματος. Το δείγμα αποτελούνταν από 218 άτομα, από τα οποία τα 89 ήταν άνδρες τα 125 γυναίκες και 4 δεν απαντήθηκαν. Το 85% των ατόμων του δείγματος ανήκαν σε οικογένειες που κέρδιζαν \$350 το μήνα.

Οι αναλύσεις του δείγματος περιλάμβαναν παραγοντική ανάλυση, έλεγχο αξιοπιστίας, τεστ πρόβλεψης εγκυρότητας καθώς και περιγραφική ανάλυση της σχετικής σημασίας των παραγόντων του SERVQUAL στον καθορισμό της ικανοποίησης του ερωτώμενου. Η παραγοντική ανάλυση έγινε για να εξεταστεί τόσο η σταθερότητα των παραγόντων του SERVQUAL, όσο και το βάρος παράγοντα-αντικειμένου. Το αποτέλεσμα της ανάλυσης κατέληξε σε μία ανάλυση τεσσάρων παραγόντων. Ο πρώτος παράγοντας περιλάμβανε τέσσερα (4) στοιχεία αντιληπτικότητας και ένα (1) στοιχείο ασφάλειας, ο δεύτερος περιλάμβανε πέντε (5) στοιχεία αξιοπιστίας και τρία (3) στοιχεία ασφάλειας, ο τρίτος παράγοντας τέσσερα (4) στοιχεία ανταπόκρισης και τρία (3) στοιχεία ενσυναίσθησης και τέλος ο τέταρτος παράγοντας περιείχε δύο (2) στοιχεία ενσυναίσθησης.

Η λύση των τεσσάρων παραγόντων αντιστοιχούσε στο 58% της διακύμανσης που σχετίζεται με την ποιότητα των υπηρεσιών. Γενικά η αξιοπιστία των κλιμάκων βρέθηκε να είναι ικανοποιητική, κυμαινόμενη μεταξύ 0,83 και 0,84 εκτός αυτής του τέταρτου παράγοντα. Σε

γενικές γραμμές, η παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε ότι τα στοιχεία του SERVQUAL δεν «φορτώθηκαν» στις σχετικές τους διαστάσεις, αλλά παρουσιάστηκε ένα υπόδειγμα από ανακατεμένα θα λέγαμε βάρη.

Η προβλεπόμενη αξιοπιστία ελέγχθηκε με δύο ανεξάρτητες διαδοχικές αναλύσεις παλινδρόμησης. Η γενική ποιότητα των υπηρεσιών μετρήθηκε με μία κλίμακα επτά βαθμών που κυμαινόταν από «πολύ φτωχή» έως «άριστη» και βρέθηκε να επηρεάζεται από πέντε μεταβλητές του SERVQUAL. Οι μεταβλητές ήταν :

- 1) «μοντέρνες εγκαταστάσεις»,
- 2) «εμπιστοσύνη στους γιατρούς»,
- 3) «οι υπάλληλοι δέχονται επαρκή υποστήριξη από το νοσοκομείο»,
- 4) «προθυμία να βοηθήσουν τους ασθενείς» και
- 5) «είναι αξιόπιστοι».

Η γενική ικανοποίηση των ερωτώμενων από τις ιατρικές υπηρεσίες μετρήθηκε σε μία κλίμακα επτά βαθμών, η οποία κυμαινόταν από «καθόλου ικανοποιητικές» έως «πολύ ικανοποιητικές» και βρέθηκε να επηρεάζεται σημαντικά από οκτώ μεταβλητές του SERVQUAL. Οι μεταβλητές ήταν :

- 1) «πληροφόρηση ασθενών»,
- 2) «οι υπάλληλοι δέχονται επαρκή υποστήριξη από το νοσοκομείο»,
- 3) «παροχή άμεσης εξυπηρέτησης σε όλους»,
- 4) «παροχή της υπηρεσίας στον καθορισμένο χρόνο»,
- 5) «κρατάνε τις υποσχέσεις τους»,
- 6) «ανταποκρίνονται άμεσα στις απαιτήσεις» και
- 7) «οι υπάλληλοι ήταν περιποιημένοι».

Η αποτυχία να μελετηθούν οι πέντε διαστάσεις του αρχικού SERVQUAL μπορεί να είναι εξαιτίας ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της συγκεκριμένης έρευνας. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι είχαν περιορισμένες επιλογές, όσων αφορά τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Δεν μπορούν να επιλέξουν το νοσοκομείο που θέλουν αν εισαχθούν, αλλά τους έχει καθοριστεί από την κυβέρνηση σε ποιο μπορούν να απευθυνθούν, βάση περιοχής κατοικίας. Άλλωστε το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να αναζητήσουν την ικανοποίηση των αναγκών τους σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Τα ευρήματα της μελέτης ενισχύουν την υπόθεση ότι οι παράγοντες που ορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα. Στην προκειμένη περίπτωση πιο σημαντικός παράγοντας για τους καταναλωτές αποτέλεσε ο δεύτερος παράγοντας, ο οποίος περιείχε δύο στοιχεία αξιοπιστίας και τρία στοιχεία ασφάλειας. Αυτά

ήταν και τα στοιχεία που πήραν και τις υψηλότερες βαθμολογίες από τους ερωτώμενους, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αξιοπιστία και κυρίως η ασφάλεια αποτελούν μείζων κριτήριο για τις υπηρεσίες υγείας, ακόμη και στις περιπτώσεις έλλειψης της δυνατότητας επιλογής του προμηθευτή της υπηρεσίας.

- **A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals**, *Puay Cheng Lim, Nelson K.H. Tang*

Οι συγγραφείς εφαρμόζουν το μοντέλο SERVQUAL για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης, ώστε να αποτιμηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων στην Σιγκαπούρη. Η ανάλυση έχει σκοπό να βοηθήσει τη διοίκηση των νοσοκομείων σε καλύτερες και αμεσότερες χρηματικές πηγές, ώστε να βελτιώσουν τις λειτουργίες του ιδρύματος, σε εκείνες τις περιοχές που έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στις αντιλήψεις των καταναλωτών, αναφορικά με την ποιότητα. Αυτή η εκτίμηση είναι απαραίτητη στον σημερινό ανταγωνιστικό και δαπανηρό περιβάλλον της αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 22 στοιχεία, τα οποία δημιουργήθηκαν σύμφωνα με το αρχικό ερωτηματολόγιο του Parasuraman κ.ά., (1985), στο οποίο έγιναν ορισμένες τροποποιήσεις έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι πιο συναφείς με τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν και στοιχεία του ερωτηματολογίου του Youssef κ.ά., (1996). Ήταν η πρώτη φορά που αυτή η παγκόσμια τεχνική χρησιμοποιήθηκε στη Σιγκαπούρη για την αναγνώριση των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών των νοσοκομείων της χώρας.

Οι 22 ερωτήσεις αφορούσαν πέντε (5) διαστάσεις:

1. αντιληπτικότητα (ερωτήσεις από 1 έως 5)
2. αξιοπιστία (ερωτήσεις από 6 έως 10)
3. ανταπόκριση (ερωτήσεις από 11 έως 14)
4. ασφάλεια (ερωτήσεις από 15 έως 18)
5. ενσυναίσθηση (ερωτήσεις από 19 έως 22).

Έγινε μία πιλοτική έρευνα αρχικά και τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε πέντε (5) εσωτερικούς ασθενείς, πέντε (5) εξωτερικούς ασθενείς, πέντε (5) παρατηρητές και πέντε (5) προϊστάμενους γιατρούς, για την επιθυμητή ανατροφοδότηση. Μετά την συλλογή των αποτελεσμάτων και την αρχική μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να προστεθεί και μία έκτη (6)

διάσταση αυτή της προσβασιμότητας και της οικονομικής ανεκτικότητας (ερωτήσεις από 22 έως 25).

Χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα Likert πέντε βαθμών στην οποία το 1 αντιστοιχούσε σε «λιγότερο σημαντικό/ πολύ φτωχό» και το 5 σε «πιο σημαντικό/ πολύ καλό».

Στάλθηκαν 300 ερωτηματολόγια σε τέσσερις (4) κλινικές από τα οποία τα 252 επέστρεψαν απαντημένα. Για τον υπολογισμό των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το SQ (SERVQUAL score) καθώς και το σταθμισμένο SQ σύμφωνα με τα βάρη που δόθηκαν στις διάφορες διαστάσεις. Τρεις (3) από τις υψηλότερες προσδοκίες των ασθενών ήταν στην διάσταση της ασφάλειας, το αμέσως επόμενο στην διάσταση της αξιοπιστίας που ακολουθούνταν από την διάσταση της ανταπόκρισης.

Οι επιλογές των ασθενών δείχνουν ξεκάθαρα ότι η ασφάλεια και η ανταπόκριση ήταν οι δύο πιο σημαντικές διαστάσεις. Για την ανάλυση οι συγγραφείς έλαβαν υπόψιν μόνο τις πέντε (5) διαστάσεις της ανάλυσης SERVQUAL για την συγκριτική μελέτη, μαζί με τα ευρήματα της μελέτης του Parasuraman κ.ά., 1985 επίσης γνωστή και ως «Τα ευρήματα PZB» (Zeithaml κ.ά., 1992).

Ένα αξιοσημείωτο αποτέλεσμα είναι ότι το υψηλότερο ποσοστό στην διάσταση της ασφάλειας είναι το πιο σχετικής σημασίας των αποτελεσμάτων SERVQUAL. Αυτό είναι υψηλότερο από τα ευρήματα PZB για άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών. Οι τρεις πρώτες διαστάσεις ήταν η ασφάλεια, η ανταπόκριση και η αξιοπιστία.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ξεκάθαρα ότι η διάσταση της ασφάλειας είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία στην Σιγκαπούρη. Οι προσδοκίες των ασθενών σε σχέση με τους παροχείς υπηρεσιών, είναι υψηλότερες όσον αφορά την ασφάλεια, ωστόσο το αποτέλεσμα της διάστασης είναι συνεχώς το χαμηλότερο σε αυτή τη μελέτη. Γιατί άραγε συμβαίνει αυτή η ασυμφωνία; Είναι πιθανόν οι προσδοκίες των ασθενών να μην ταιριάζουν με τις προσδοκίες των νοσοκομειακών γιατρών και του προσωπικού καθώς και με αυτές της διοίκησης του νοσοκομείου ή εξαιτίας της ανικανότητας των δεύτερων να ικανοποιήσουν τα συμφωνημένα κριτήρια. Ωστόσο η ασφάλεια από την οπτική γωνία των ασθενών εξαρτάται από ένα σύνολο διαφορετικών στοιχείων. Με την σειρά τα σημαντικότερα είναι :

- Οι γιατροί πρέπει να εξηγούν λεπτομερώς τις ιατρικές καταστάσεις στους ασθενείς
- Οι γιατροί και το προσωπικό πρέπει να συμπεριφέρονται με αξιοπρέπεια και ευγένεια στους ασθενείς.
- Οι γιατροί θα πρέπει να έχουν ένα ευρύ φάσμα γνώσεων.
- Οι γιατροί και το προσωπικό πρέπει να είναι φιλικοί και ευγενικοί.

Συμπερασματικά πιο σημαντικές διαστάσεις της έρευνας αποδείχθηκαν πρώτη η ασφάλεια και δεύτερη η ανταπόκριση. Οι υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία της Σιγκαπούρης όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς, απέτυχαν αν ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των ασθενών και στις έξι (6) διαστάσεις που βρέθηκαν.

- **An analysis of service quality at a student health center**, Cem Canel,

Elizabeth A. Anderson Fletcher.

Η έρευνα έλαβε χώρα στο Πανεπιστήμιο της Ν. Καρολίνας στο κέντρο υγείας φοιτητών Wilmington (UNCW) με τη βοήθεια της μεθόδου του SERVQUAL. Το μοντέλο τροποποιήθηκε για να ανταποκρίνεται στις υπηρεσίες υγείας όπως έγινε και από τους Mangold & Babakus (1991) και δόθηκε σε 500 σπουδαστές. Αποτελούνταν από πέντε (5) ξεχωριστά μέρη.

Το πρώτο μέρος ρωτούσε τους σπουδαστές για τη συχνότητα επίσκεψης στο κέντρο καθώς και της εκτίμησής τους για τον χρόνο που ξόδευαν μέσα σε αυτό. Το δεύτερο μέρος ζητούσε από τους φοιτητές να κατατάξουν τα πέντε (5) χαρακτηριστικά της ποιότητας υπηρεσιών, σε σχέση με την σχετική σημασία του κάθε χαρακτηριστικού προς αυτούς. Το τρίτο μέρος επικεντρωνόταν στις προσδοκίες των φοιτητών για την κλινική του πανεπιστημίου γενικώς, σε 22 στοιχεία εν μέσω των πέντε (5) διαστάσεων ποιότητας των υπηρεσιών. Το τέταρτο μέρος επικεντρωνόταν στις αντιλήψεις των φοιτητών για το συγκεκριμένο κέντρο υγείας. Για κάθε ερώτηση στα μέρη τρία και τέσσερα, μία κλίμακα Likert πέντε (5) βαθμών χρησιμοποιήθηκε, από «συμφωνώ απόλυτα» έως «διαφωνώ απόλυτα». Τέλος το πέμπτο μέρος της έρευνας αφορούσε δημογραφικά στοιχεία, όπως ταξινόμηση φοιτητή, ηλικία, φύλο και κατάσταση ιατρικής ασφάλειας. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από διάφορα ικανά μέλη, τα οποία διαλέχθηκαν προσεκτικά, ώστε να δώσουν στους φοιτητές του κάθε τμήματος ένα χαρακτηριστικό αντιπροσωπευτικό δείγμα, βάση της κατηγοριοποίησης τους και της κατεύθυνσης τους.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα του SPSS.

Για την αναγνώριση των αντιλήψεων των εργαζομένων στο κέντρο, ένα αλλιώς διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο SERVQUAL μοιράστηκε και στους 14 υπαλλήλους του κέντρου. Στην πρώτη φάση της έρευνας, τους ζητήθηκε να κατατάξουν σε σειρά τις πέντε (5) διαστάσεις (αντιληπτικότητα, αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια και ενσυναίσθηση) όπως αυτοί θεωρούσαν ότι σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας των κλινικών του πανεπιστημίου

γενικά. Έπειτα τους ζητήθηκε να δείξουν σε ποιο βαθμό αυτοί αντιλαμβάνονταν το επίπεδο της υπηρεσίας τους, βασισμένοι στην κλίμακα Likert των 5 βαθμών με άκρα που κυμαίνονταν από «συμφωνώ απόλυτα» έως «διαφωνώ απόλυτα».

Οι απαντήσεις των δύο ομάδων συγκρίθηκαν με μία σειρά από T-tests, για να βρεθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών μεταξύ των αποτελεσμάτων τους. Ένα επίπεδο εμπιστοσύνης 0,95 χρησιμοποιήθηκε καθ' όλη την ανάλυση. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, κυρίως εξαιτίας του μικρού αριθμού των εργαζομένων.

Συμπερασματικά οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η βιβλιογραφία προτείνει ότι οι διαστάσεις των υπηρεσιών είναι σημαντικές για την ικανοποίηση του ασθενή, την αυτοπεποίθηση του, την ικανότητα του προσωπικού, το ενδιαφέρον στην καλή υγεία του ασθενή και την αίσθηση της ασφάλειας. Οι προσδοκίες των φοιτητών επιβεβαίωσαν αυτά τα ευρήματα με την πλειοψηφία αυτών να συμφωνούν ότι τα μέλη του προσωπικού θα πρέπει να έχουν γνώσεις και να είναι πρόθυμα να βοηθήσουν. Παρόμοια οι φοιτητές έδειξαν ότι περιμένουν να αισθάνονται ασφαλείς με τις διαδικασίες, ότι θα πρέπει να ενημερώνονται τότε θα λάβουν χώρα οι υπηρεσίες και τα μηχανήματα να είναι σύγχρονα. Παρόλα αυτά η αντίληψη των φοιτητών για την λειτουργία του κέντρου δεν ταυτίζεται με τις προσδοκίες τους.

- **Service Quality in Bangalore Hospitals- An Empirical Study,**

R. Rohini, B. Mahadevappa

Το άρθρο παρουσιάζει μία μελέτη για την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα της υγείας από πλευράς ασθενών και διοικητικού προσωπικού, σε πέντε (5) νοσοκομεία της πόλης Bangalore, με την χρήση του SERVQUAL.

Σύμφωνα με τις μελέτες, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, την τεχνική ποιότητα και την λειτουργική ποιότητα (Gronoos, 1984· Parasuraman κ.ά., 1985· Lewis & Mitchel, 1990· Lewis, 1991).

Η τεχνική ποιότητα καθορίζεται κυρίως πάνω στην βάση της τεχνικής ακρίβειας και των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται κατά την παραγωγή της υπηρεσίας. Η λειτουργική ποιότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η υπηρεσία προσφέρεται στον καταναλωτή. Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι καταναλωτές τείνουν να στηρίζονται περισσότερο στις λειτουργικές συνεισφορές της υπηρεσίας (π.χ. εγκαταστάσεις, καθαριότητα, ποιότητα στην φαγητού κτλ.) παρά στις τεχνικές συνεισφορές, όταν αξιολογούν την ποιότητα της

παρεχόμενης υπηρεσίας. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων που τους εμποδίζει να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της υπηρεσίας (Babakus & Boller, 1991· Lanning & O'Connor, 1990).

Η συγκεκριμένη μελέτη έγινε σε πέντε (5) νοσοκομεία της πόλης Bangalore, με την χρήση του πολυδιάστατου, γενικού και διεθνώς χρησιμοποιούμενου εργαλείου SERVQUAL (Parasuraman κ.ά., 1988). Το ίδιο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε και για την μέτρηση των αντιλήψεων του διοικητικού προσωπικού, όσον αφορά τις προσδοκίες των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τις αντιλήψεις τους από την παροχή των υπηρεσιών και στα πέντε νοσοκομεία της πόλης.

Οι σκοποί της έρευνας ήταν να καθοριστούν :

1. Πόσο καλά τα νοσοκομεία του Bangalore ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών, πάνω στις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών.
2. Οι βαθμολογίες ποιότητας της υπηρεσίας ανά διάσταση καθώς και οι γενικός δείκτης της ποιότητας της υπηρεσίας.
3. Η σχετική σημαντικότητα των πέντε (5) διαστάσεων για τους ασθενείς-πελάτες και
4. Οι αντιλήψεις της διοίκησης για τις προσδοκίες των ασθενών.

Δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο βάση του SERVQUAL και διανεμήθηκε σε 500 ασθενείς και 75 άτομα του διοικητικού προσωπικού, από τα οποία απαντήθηκαν μόνο τα 40. Το ερωτηματολόγιο περιείχε τις 22 ερωτήσεις, από τις οποίες τέσσερις (4) αφορούσαν τη διάσταση αντιληπτικότητας, πέντε (5) στη διάσταση της αξιοπιστίας, τέσσερα (4) στη διάσταση της ανταπόκρισης, τέσσερα (4) στη διάσταση της ασφάλειας και πέντε (5) στην διάσταση της ενσυναίσθησης. Χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα Likert επτά βαθμίδων. Πέρα από τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στους ερωτώμενους, προσωπικές συνεντεύξεις έλαβαν επίσης χώρα. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS.

Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι καταρχήν όλες οι διαστάσεις είχαν αρνητικές βαθμολογίες στα τελικά τους σκορ, γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη για βελτίωση και των πέντε (5) διαστάσεων. Επιπρόσθετα οι διαστάσεις με τις μεγαλύτερες αρνητικές βαθμολογίες δεν ήταν οι ίδιες για όλα τα νοσοκομεία. Παρόλα αυτά η διάσταση που είχε την χαμηλότερη βαθμολογία και στα πέντε (5) νοσοκομεία, ήταν αυτή της ασφάλειας, γεγονός που αποδεικνύει ότι τα νοσοκομεία αποδίδουν ικανοποιητικά όσον αφορά την διάσταση αυτή, η οποία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες των υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς.

Στις προσωπικές συνεντεύξεις που έγιναν στους εσωτερικούς ασθενείς, παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι στον τομέα αυτό και δικαιολογούσαν λόγω αυτού το υψηλό κόστος της υπηρεσίας σε ορισμένες περιπτώσεις.

2. Πίνακες δημογραφικών στοιχείων ασθενών

Παρακάτω βλέπουμε ορισμένα από τα στοιχεία των ερωτηθέντων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Στοιχεία Ερωτώμενων				
ΑΝΔΡΕΣ	70			
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	92	ΣΥΝΟΛΟ	162	
ΦΥΛΟ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΑΝΔΡΕΣ	%
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ	92	56,70%	70	43,20%
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	47	51,08%	32	45,71%
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	45	48,91%	38	54,28%
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΑΝΔΡΕΣ	%
15-34	13	14,13%	11	15,71%
35-49	43	46,73%	19	27,14%
50-64	22	23,91%	20	28,57%
65+ΑΝΩ	14	15,21%	14	20,00%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	ΑΝΔΡΕΣ	%
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	23	25,00%	10	14,28%
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	7	7,60%	6	8,57%
ΛΥΚΕΙΟ	11	11,95%	4	5,71%
ΤΕΕ	4	4,34%	7	10%
ΙΕΚ	4	4,34%	0	0,00%
ΑΕΙ/ΤΕΙ	36	39,13%	23	32,85%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	0	0,00%	4	5,71%
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	1	1,08%	6	8,57%
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	5	5,43%	2	2,85%

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

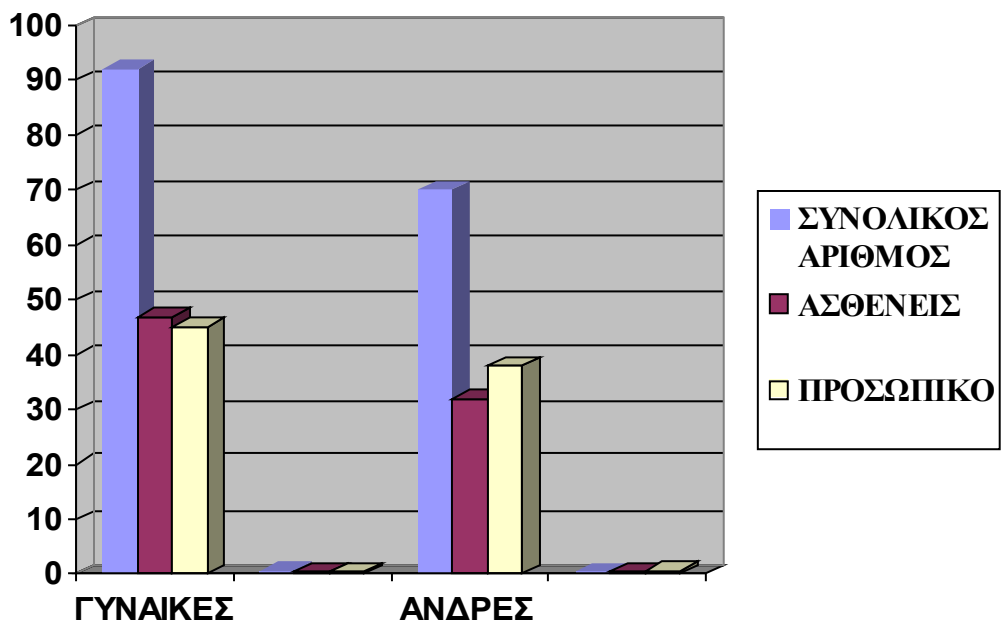
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (47)	%	ΑΝΔΡΕΣ (32)	%
ΟΓΑ	12	25,53%	16	50,00%
ΙΚΑ	13	27,60%	9	28,12%
ΤΕΒΕ	2	4,25%	4	12,50%
ΔΕΗ	0	0,00%	1	3,12%
ΠΡΟΝΟΙΑ	1	2,12%	0	0,00%
ΆΛΛΟ	0	0%	2	6,25%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (47)	%	ΑΝΔΡΕΣ (32)	%
ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	2	4,25%	9	28,12%
ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ	2	4,25%	1	3,12%
ΑΝΕΡΓΟΣ	2	4,25%	1	3,12%
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	4	8,51%	4	12,50%
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	2	4,25%	0	0,00%
ΑΓΡΟΤΗΣ	5	10,63%	4	12,50%
ΟΙΚΙΑΚΑ	14	29,78%	0	1,00%
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	16	34,04%	13	40,62%
ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (47)	%	ΑΝΔΡΕΣ (32)	%
εδώ και 6 μήνες	7	14,89%	1	3%
6 μην.- 1,5 χρόνος	3	6,38%	3	9,37%
1,5χρ.- 3χρ.	2	4,25%	4	12,50%
3χρ.- 10χρ.	14	29,78%	5	15,62%
10χρ. + άνω	21	44,68%	19	59,37%
ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΆΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (47)	%	ΑΝΔΡΕΣ (32)	%
ΝΑΙ	37	78,72%	22	68,75%
ΌΧΙ	10	21,27%	10	31,25%
ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (47)	%	ΑΝΔΡΕΣ (32)	%
ΝΑΙ	46	97,87%	32	100,00%
ΌΧΙ	0	0,00%	0	0,00%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	2,12%	0	0,00%

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ			
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ			
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (45)	%	ΑΝΔΡΕΣ (38)
			%

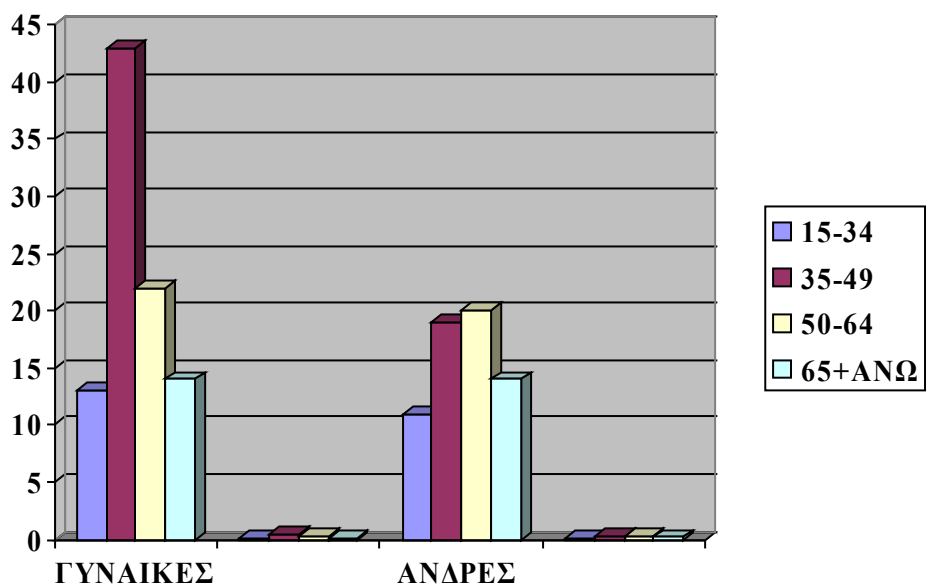
ΙΑΤΡΙΚΟ	7	15,55%	22	57,80%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	27	60,00%	4	10,52%
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	6	13,33%	10	26,31%
ΤΕΧΝΙΚΟ	3	6,66%	4	10,52%
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	1	2,22%	0	0,00%
ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ	1	2,22%	0	0,00%
ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (45)	%	ΑΝΔΡΕΣ (38)	%
εδώ και 6 μήνες	0	0,00%	1	2,63%
6 μην.- 1,5 χρόνος	2	4,44%	5	13,15%
1,5χρ.- 3χρ.	1	2,22%	3	7,89%
3χρ.- 10χρ.	4	8,88%	5	13,15%
10χρ. + άνω	38	84,44%	24	63,15%
ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΆΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (45)	%	ΑΝΔΡΕΣ (38)	%
ΝΑΙ	26	57,77%	19	50,00%
ΌΧΙ	19	42,22%	17	44,73%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	0		2	5,26%
ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (45)	%	ΑΝΔΡΕΣ (38)	%
ΝΑΙ	43	95,55%	35	92,10%
ΌΧΙ	2	4,44%	2	5,26%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	0	0,00%	1	2,63%
ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ				
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (45)	%	ΑΝΔΡΕΣ (38)	%
ΝΑΙ	41	91,11%	37	97,36%
ΌΧΙ	3	6,66%	0	0,00%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	2,22%	1	2,63%

3. Γραφική απεικόνιση δεδομένων

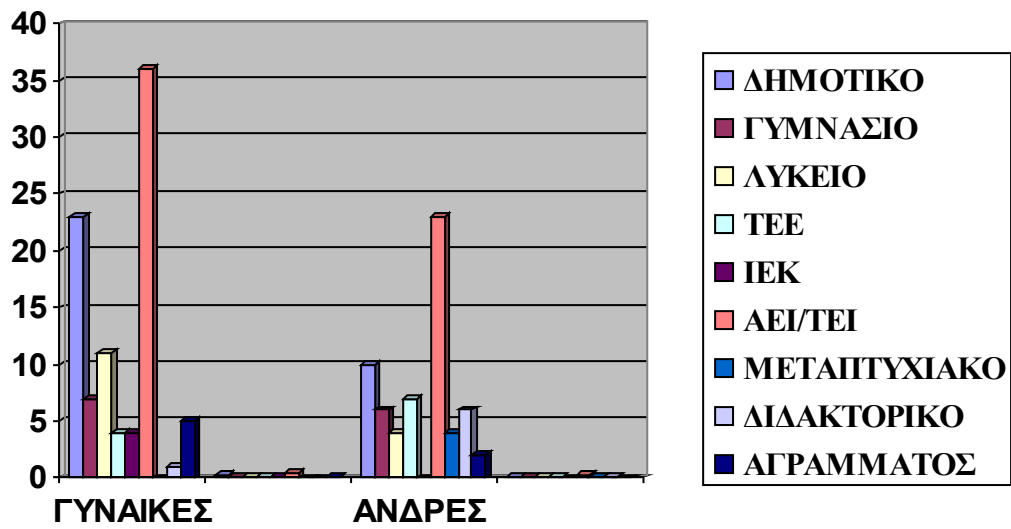
ΦΥΛΟ



ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ

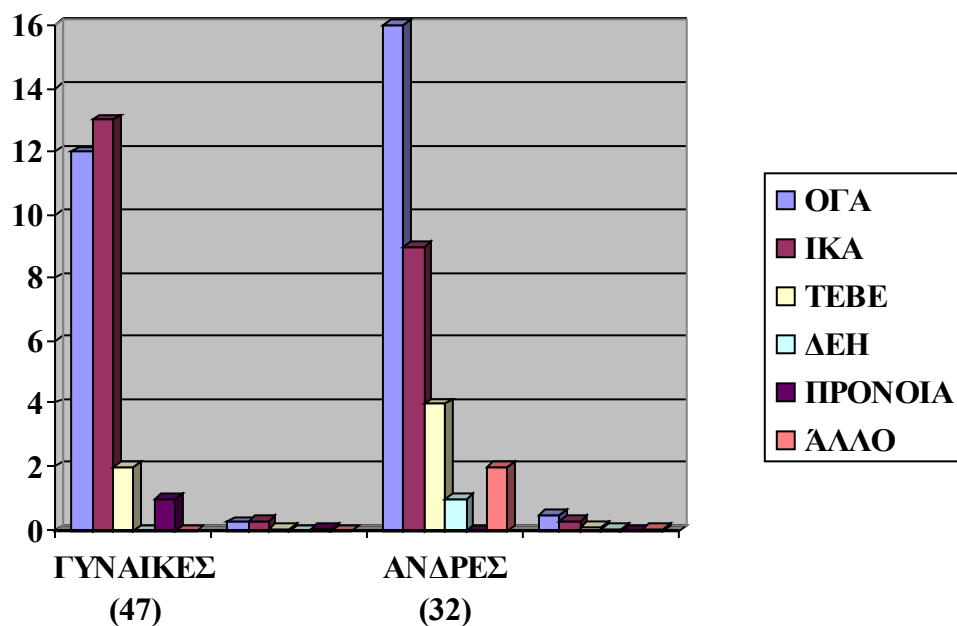


ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

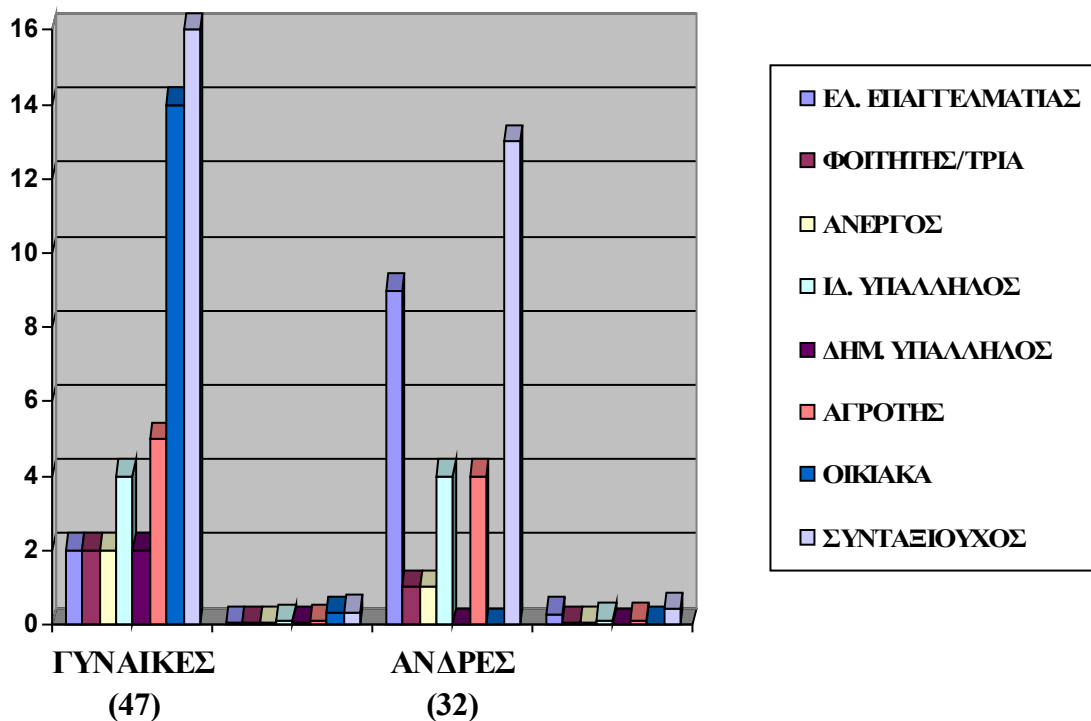


ΑΣΘΕΝΕΙΣ

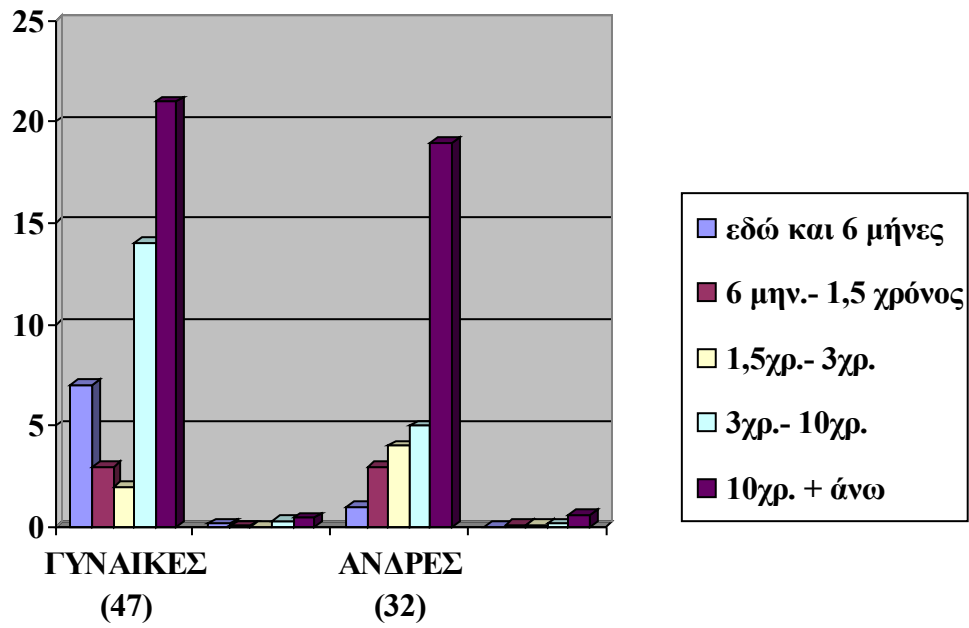
ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ



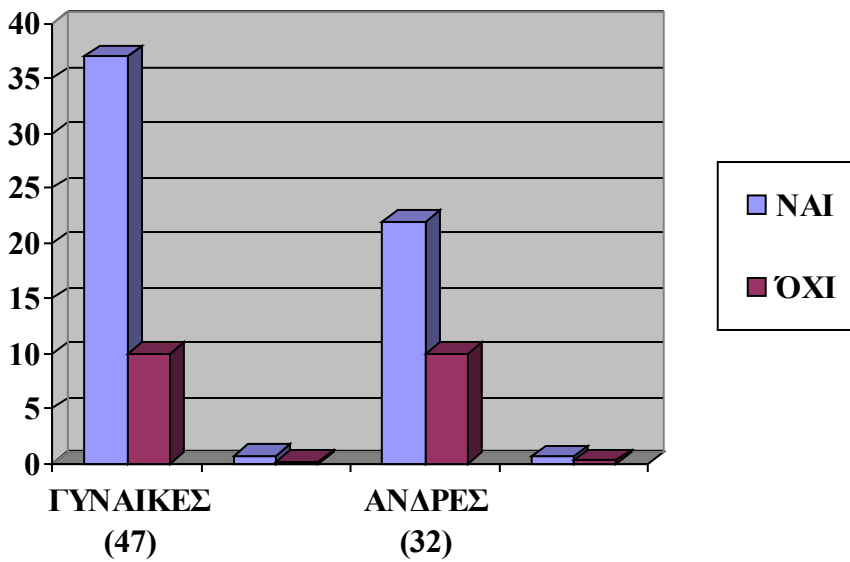
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



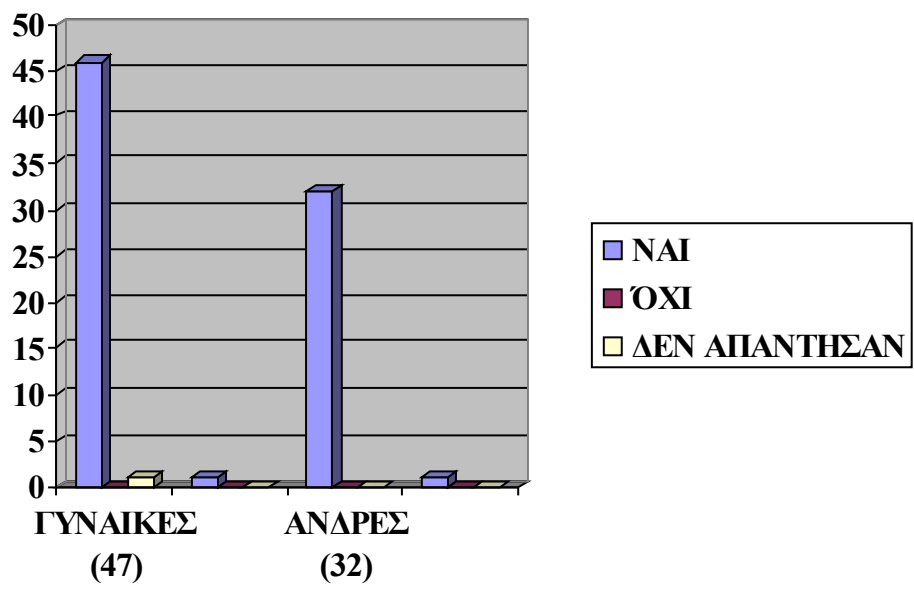
ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.



ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

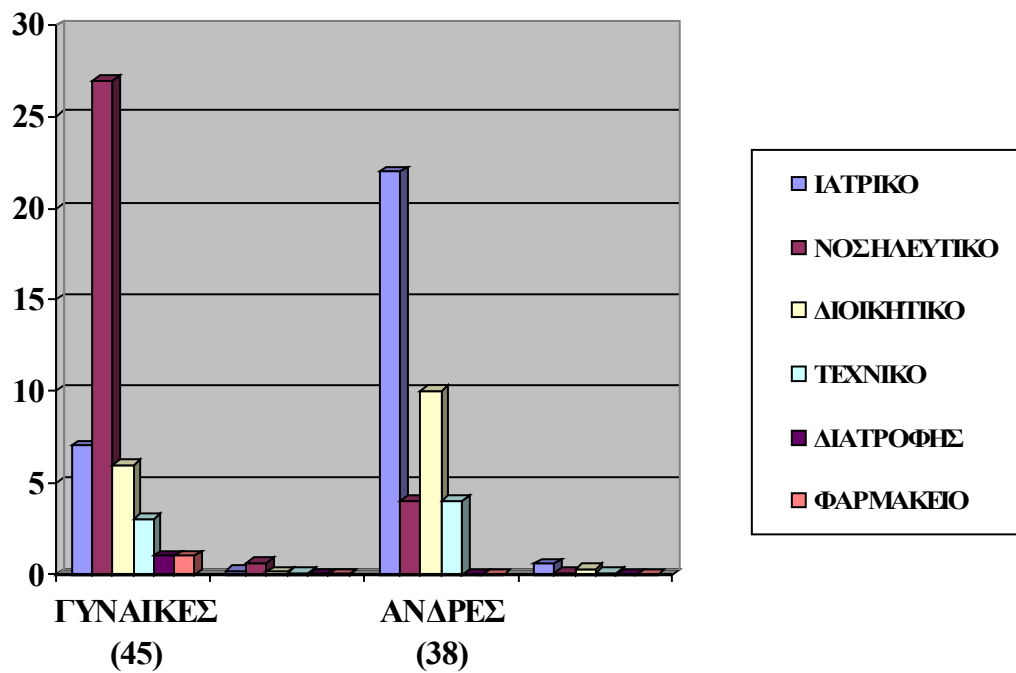


ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ

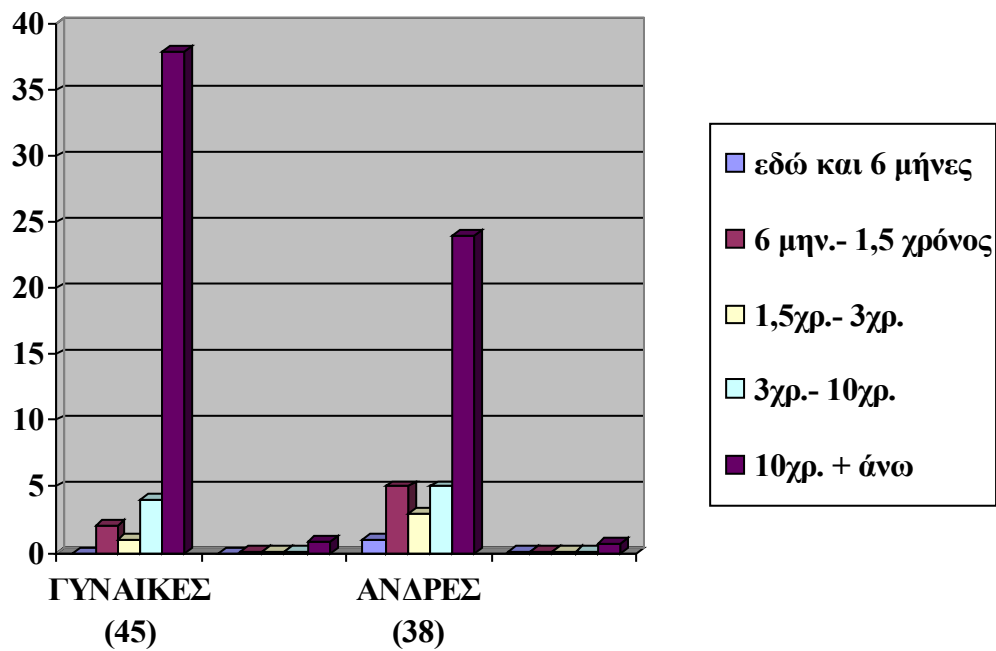


ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

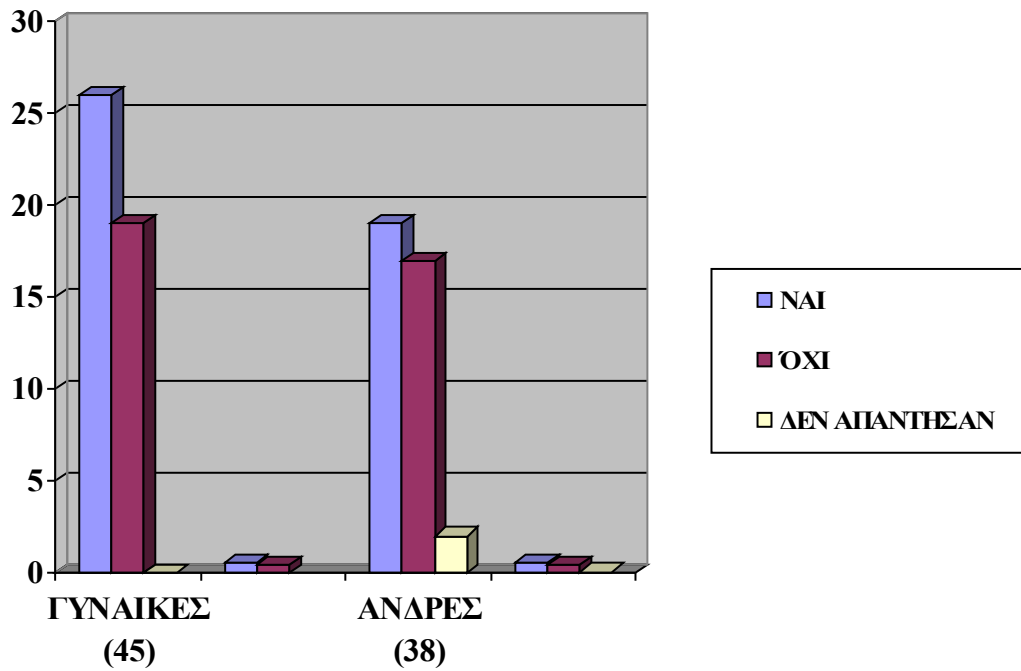
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



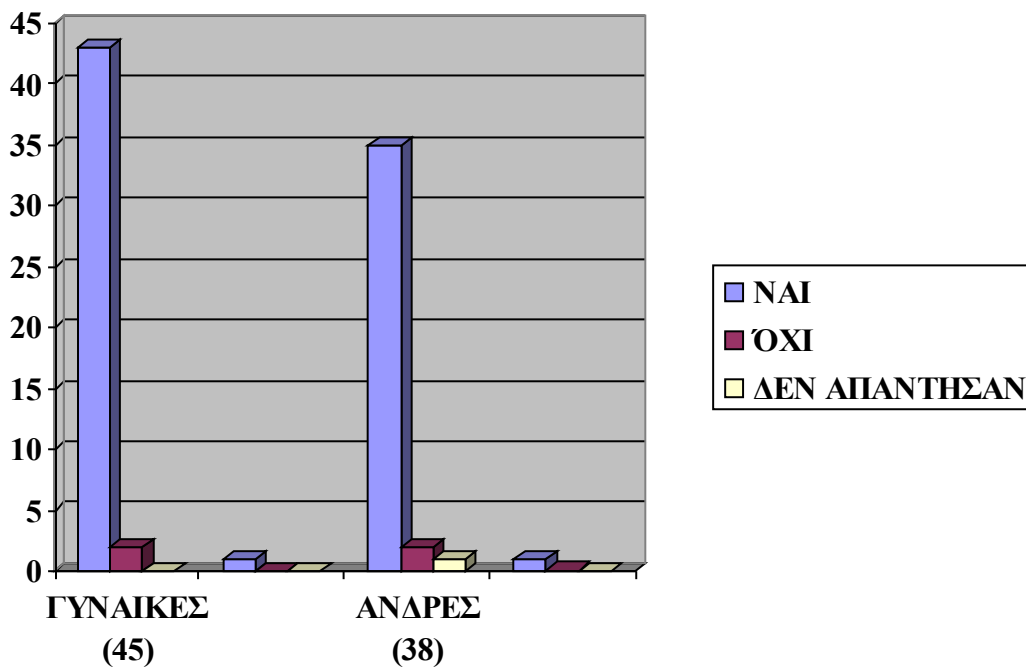
ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ Γ.Ν.Κ.



ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΆΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ

