



**ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕ  
ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ  
ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΑΝΤΩΝΙΑ Α. ΠΛΑΣΤΗΡΑ**

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού  
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Φεβρουάριος 2017

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κοτζαϊβάζογλου Ιορδάνη για την επιστημονική καθοδήγηση, τις εύστοχες παρατηρήσεις και την αμέριστη βοήθεια και υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα στόχο έχει να διερευνήσει τη δημιουργία και διατήρηση των σχέσεων μεταξύ των ιατρών και των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται τα ζητήματα της σχέσης ιατρών-ασθενών, της συμμόρφωσης των ασθενών, αλλά και της επικοινωνίας ιατρών και ασθενών. Η έρευνα που χρησιμοποιείται είναι η ποιοτική με προσωπικές συνεντεύξεις. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 18 ιατρούς που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν τα εξής: α) η σχέση ιατρών-ασθενών είναι περίπλοκη, καθώς δεν είναι μόνο επαγγελματική, αλλά περιλαμβάνει και τον ανθρώπινο παράγοντα, β) οι ιατροί δήλωσαν την επικοινωνία ως βασικό εργαλείο της δημιουργίας σχέσεων με τους ασθενείς, γ) η σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών, η ικανοποίηση των τελευταίων και η αποτελεσματική επικοινωνία οδηγεί στη συμμόρφωση των ασθενών, στη προώθηση των ιατρών μέσω της από στόμα σε στόμα επικοινωνίας, στη δημιουργία πιστών πελατών, δ) οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία σχέσεων ιατρών-ασθενών είναι η διαφήμιση (κυρίως μέσω διαδικτύου), η από στόμα σε στόμα επικοινωνία μέσω της ικανοποίησης των ασθενών, αλλά οι ευκολίες πληρωμής με το τραπεζικό σύστημα POS, ε) οι προκαταλήψεις των ασθενών στη βάση προηγούμενης κακής εμπειρίας και λανθασμένης πληροφόρησης από το διαδίκτυο, η άρνησή τους να δουν το πρόβλημά τους, το οικονομικό κόστος, το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, καθώς και η έλλειψη καλής γνώσης της ελληνικής γλώσσας, αποτελούν τα εμπόδια στην επικοινωνία ιατρών-ασθενών.

Λέξεις-κλειδιά: σχέση ιατρών-ασθενών, δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων, ικανοποίηση ασθενών, επικοινωνία, ιατροί ελεύθεροι επαγγελματίες, περιοχή Θεσσαλονίκης

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΑΓΑΘΟ ΥΓΕΙΑ.....	8
1.1 Ορισμός του αγαθού ‘υγεία’ .....	8
1.2 Βασικά χαρακτηριστικά του αγαθού υγεία.....	8
1.2.1 Προκλητή ζήτηση.....	8
1.2.2 Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας.....	10
1.3 Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας .....	12
1.4 Συμπεριφορά καταναλωτών αναφορικά με το αγαθό υγεία .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	20
2.1 Η φιλοσοφία και ο ρόλος του μάρκετινγκ σχέσεων (relationship marketing).....	20
2.1.1 Εμπιστοσύνη.....	24
2.1.2 Δέσμευση .....	24
2.1.3 Επικοινωνία.....	25
2.2 Στάδια διαδικασίας ανάπτυξης μάρκετινγκ σχέσεων.....	26
2.3 Πλεονεκτήματα του μάρκετινγκ σχέσεων στον τομέα της υγείας .....	28
2.3.1 Ποιότητα εξυπηρέτησης, εμπιστοσύνη και αφοσίωση καταναλωτών-ασθενών .....	28
2.3.2 Ικανοποίηση πελατών-ασθενών .....	30
2.3.3 Συμμόρφωση των ασθενών .....	32
2.4 Επικοινωνία ασθενών και επαγγελματιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών .....	36
2.4.1 Σημασία της επικοινωνίας .....	36
2.4.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις στη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών .....	38
2.4.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες της αποτελεσματικής επικοινωνίας... ..	42
2.5 Τεχνικές μάρκετινγκ σχέσεων .....	47
2.6 Εργαλεία αξιολόγησης μάρκετινγκ σχέσεων .....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	51

3.1 Σκοπός της έρευνας .....	51
3.2 Μέθοδος της έρευνας .....	51
3.3 Δείγμα της έρευνας .....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	55
4.1 Η σημασία της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς και τρόποι δημιουργίας της .....	55
4.2 Ενδυνάμωση της σχέσης με τους υπάρχοντες ασθενείς και προσέλκυση νέων .....	62
4.3 Προφίλ, ανάγκες και επιθυμίες ασθενών .....	64
4.4 Συμμόρφωση ασθενών .....	69
4.5. Επικοινωνία ιατρών και ασθενών .....	71
4.6 Ικανοποίηση ασθενών και διατήρηση σχέσεων .....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	79
5.1 Συμπεράσματα της έρευνας .....	79
5.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	91

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια οι επιχειρήσεις έχουν γίνει πιο πελατοκεντρικές. Τείνουν να εστιάζουν περισσότερο στη δημιουργία ποιοτικών συναλλαγών με τον καταναλωτή και όχι απλά στη διάθεση υπηρεσιών. Έτσι, κάθε καταναλωτής αντιμετωπίζεται μοναδικά και διαφορετικά με βάση τις ανάγκες του και τις προτιμήσεις του. Αυτός ο πελατοκεντρικός προσανατολισμός οφείλεται στο ότι οι επιχειρήσεις έχουν πια συνειδητοποιήσει ότι οι πελάτες είναι το σημαντικότερο τους περιουσιακό στοιχείο, το οποίο εφόσον διοικηθεί σωστά μπορεί να δημιουργήσει μια διαχρονικά διατηρήσιμη οικονομική αξία. Οι συστηματικοί πελάτες καταναλώνουν περισσότερο, προβάλλουν την επιχείρηση μέσω θετικών συστάσεων (word of mouth), είναι λιγότερο κοστοβόροι και τείνουν να είναι λιγότερο ευάλωτοι σε προωθητικές ενέργειες των ανταγωνιστών (Oliver, 1999).

Τα θεμέλια των μακροχρόνιων σχέσεων με τους καταναλωτές βασίζονται στην παροχή μοναδικής αξίας, δηλαδή το τι λαμβάνουν οι πελάτες σε σχέση με αυτό που δίνουν και κατά πόσο ικανοποιούνται οι προσδοκίες τους. Η αξία για τους καταναλωτές μπορεί να είναι είτε λειτουργική, είτε συναισθηματική. Η λειτουργική αξία σχετίζεται με την ποιότητα των υπηρεσιών, την τεχνολογία, την προσβασιμότητα και την εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος, ενώ η συναισθηματική δημιουργείται μέσω της αλληλεπίδρασης των εργαζόμενων της επιχείρησης με τους καταναλωτές, αναφέρεται στη σεβασμό, στην κατανόηση και εκτίμηση των καταναλωτών και μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνιες σχέσεις (Hashem, 2012). Άλλωστε, η αφοσίωση των καταναλωτών εξαρτάται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση που αυτές δίνουν, την εμπιστοσύνη, δέσμευση και αξιοπιστία του παρόχου της υπηρεσίας, το αντιλαμβανόμενο κόστος αλλαγής παρόχου, καθώς και την ελκυστικότητα των εναλλακτικών λύσεων (Oliver, 1999; Hashem, 2012).

Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας εκ των πραγμάτων ο καταναλωτής-ασθενής ήταν πάντα στο επίκεντρο λόγω της φύσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, λόγω της αύξησης

των χρόνιων ασθενειών αλλά και της πληθώρας διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με την υγεία ο ρόλος του ασθενή γίνεται όλο και πιο ισχυρός και ουσιαστικά μετασχηματίζεται από παθητική εξάρτηση σε ενεργητική αυτονομία. Έτσι, οι ασθενείς δεν είναι πια απλοί δέκτες, αλλά καταναλωτές της ιατρικής φροντίδας και επαναπροσδιορίζονται ως πελάτες των υπηρεσιών υγείας, δίνοντας έτσι έμφαση αφενός στην έρευνα αγοράς και στην αξιολόγηση, αφετέρου στην ικανοποίηση τους. (Τσιαούσης και συν., 2008)

Κάτι τέτοιο δεν μπορεί να αφήσει ανεπηρέαστους τους επαγγελματίες υγείας και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι στόχος είναι η ικανοποίηση του καταναλωτή, μια βασική αρχή του σύγχρονου μάρκετινγκ που βασίζεται στο ότι οι οργανισμοί επιβιώνουν και ευημερούν μέσα από την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη.(Newsome και Wright, 1999). Οι επικοινωνιακές δεξιότητες, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι νέες μέθοδοι και η τεχνολογία, είναι παράγοντες που οδηγούν στην ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών και στη δημιουργία ισχυρών σχέσεων. Άλλωστε, με την ύπαρξη τόσο ιδιωτικών όσο και δημόσιων παρόχων, πρόκειται για μια ελεύθερη αγορά, όπου το μάρκετινγκ, η προσέλκυση καταναλωτών και η δημιουργία και διατήρηση σχέσεων με αυτούς είναι εξίσου σημαντικά.

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να διερευνήσει τη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων μεταξύ των ιατρών ελεύθερων επαγγελματιών στην περιοχή της Θεσσαλονίκης και των ασθενών. Χωρίζεται σε δύο μέρη: στο πρώτο γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις ιδιαιτερότητες του αγαθού υγείας, τη συμπεριφορά των καταναλωτών-ασθενών, τη δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων μέσω του μάρκετινγκ σχέσεων (relationship marketing), της επικοινωνίας και της ικανοποίησης των ασθενών, ενώ στο δεύτερο παρουσιάζεται η έρευνα που έγινε σε ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες στην περιοχή της Θεσσαλονίκης με τη χρήση ποιοτικής μεθόδου και συγκεκριμένα της ημιδομημένης συνέντευξης. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται η έννοια της σχέσης ιατρών - ασθενών, το πώς αυτή δημιουργείται και ενδυναμώνεται μέσω της επικοινωνίας, αλλά και το πώς διατηρείται μέσω της συμμόρφωσης και της ικανοποίησης των ασθενών. Ακολουθεί η κριτική ανάλυση των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία, καθώς και τα

συμπεράσματα. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας και το παράρτημα, το οποίο περιλαμβάνει τις κύριες ερωτήσεις της συνέντευξης.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΑΓΑΘΟ ΥΓΕΙΑ**

### **1.1 Ορισμός του αγαθού ‘υγεία’**

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου. Όταν ο άνθρωπος είναι υγιής, μπορεί να φέρει εις πέρας τις εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις. Όταν δεν είναι υγιής, τότε αφενός μεν δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στις υποχρεώσεις του, αφετέρου δε είναι υποχρεωμένος να δαπανήσει χρήματα για την αποκατάσταση της υγείας του. Η έννοια της υγείας συχνά συγχέεται με την έννοια φροντίδας υγείας (Αλετράς και συν., 2002). Η υγεία είναι μία κατάσταση που απολαμβάνουν τα άτομα και η οποία επιτυγχάνεται μέσω διαφόρων παραγόντων, οικονομικών και μη οικονομικών, όπως η χρήση υπηρεσιών υγείας, η κατανάλωση κάποιων φαρμάκων, η εφαρμογή κάποιας θεραπείας, η ψυχική ηρεμία και η ισορροπημένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Με τον όρο φροντίδα υγείας εννοούμε το «αγαθό» που το άτομο απολαμβάνει αφού έχει καταβάλει για αυτό συγκεκριμένη αμοιβή. Η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας από ιατρούς, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, νοσοκομεία, καθώς επίσης και κατανάλωση αγαθών, όπως π.χ. φάρμακα κ.α. Το προϊόν που προσφέρουν οι υπηρεσίες υγείας, είναι αγαθό επιθυμητό και μάλιστα πρωταρχικής σημασίας και ως θεμελιώδες αγαθό διαφέρει από τα άλλα. (Σιγάλας, 2003)

### **1.2 Βασικά χαρακτηριστικά του αγαθού υγεία**

#### **1.2.1 Προκλητή ζήτηση**

Έτσι, βασικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ιατρού και ασθενή, η προκλητή ζήτηση και η αβεβαιότητα.

Με τον όρο συμμετρία πληροφόρησης εννοείται η διαφορετική πληροφόρηση που έχουν οι δυο πλευρές. Οι γιατροί λειτουργούν ως «εκπρόσωποι» των ασθενών λαμβάνοντας οι ίδιοι αποφάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία

τους, για τις εξετάσεις που θα γίνουν και τα φάρμακα που θα ληφθούν, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην μπορούν να δρουν ως κυρίαρχοι ορθολογικοί καταναλωτές. Αυτή η ασυμμετρία πληροφόρησης μπορεί να οδηγήσει στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (Johnson, 2014). Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης αναφέρεται στην υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών από μέρους των ασθενών, εξαιτίας της αδυναμίας τους να προβούν σε ορθολογικές επιλογές, λόγω έλλειψης γνώσεων και πληροφόρησης, δηλαδή λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης μεταξύ ιατρών και ασθενών, με αρνητικό αντίκτυπο στην αποδοτικότητα της κατανομής των πόρων και στην απώλεια κοινωνικής ευημερίας. Ο ιατρός μπορεί να αυξήσει τεχνητά την ποσότητα των ιατρικών πράξεων με απώτερο σκοπό την αύξηση του εισοδήματός του, ιδιαίτερα όταν ο τρόπος αμοιβής είναι κατά πράξη και περίπτωση. Καθώς η προκλητή ζήτηση αποτελεί ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που διέπει τις σχέσεις ασθενών και ιατρών, θα πρέπει να αναλυθεί λίγο παραπάνω.

Τα τελευταία χρόνια οι ασθενείς εισέρχονται στο σύστημα υγείας όντας περισσότερο πληροφορημένοι από ότι στο παρελθόν, κυρίως εξαιτίας της πληροφόρησης από το διαδίκτυο. Η κοινωνία της πληροφορίας οδήγησε στην ασθενο-κεντρική από την ιατρο-κεντρική εποχή. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ο Κουτσούρης (2008, όπως παρατίθεται στο Αυλωνίτης και συν., 2016), «η «έξυπνη» πληροφορία στην μεταμοντέρνα εποχή αποτελεί το βασικό εργαλείο άσκησης της ιατρικής επιστήμης. Η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, η συνεχής παρακολούθηση και η χάραξη πολιτικής της υγείας βασίζονται στην απόκτηση, αποθήκευση, διαχείριση, ανάκληση και επεξεργασία της πληροφορίας».

Εντούτοις υπάρχει ασυμμετρία τόσο πληροφόρησης όσο και γνώσης, μεταξύ ιατρών και ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτής της ασυμμετρίας είναι η σχέση εξάρτησης μεταξύ ιατρών και ασθενών, με τους πρώτους να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την κατανάλωση υπηρεσιών από μέρους των τελευταίων. Κατά συνέπεια, ο ιατρός ενδεχομένως να ζητήσει από τον ασθενή να προβεί σε πιο ακριβές θεραπείες, ή να κάνει περισσότερες επισκέψεις,

ιδίως όταν υπάρχουν οικονομικά κίνητρα, κάτι το οποίο ονομάζεται προκλητή ζήτηση.

Όπως αναφέρει ο McGuire (2000, όπως παρατίθεται στον Johnson, 2014), η προκλητή ζήτηση υπάρχει όταν ο ιατρός επηρεάζει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από μέρους των ασθενών, ασχέτως από το αν οι αποφάσεις τους δε συνάδουν με τα συμφέροντα των ασθενών. Ουσιαστικά, η προκλητή ζήτηση είναι η ζήτηση εκείνη η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, αλλά δημιουργείται από τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς) λόγω οικονομικών οφελών και οδηγεί στην υπερβολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρει ο Johnson (2014), οι ιατροί δημιουργούν τη δική τους ζήτηση αντί να αντιδρούν στη ζήτηση της αγοράς. Η επαγγελματική αβεβαιότητα, το σύστημα αποζημιώσεων των ιατρών, αλλά και ο ανταγωνισμός της αγοράς αποτελούν ορισμένους παράγοντες που οδηγούν στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης επιβαρύνει οικονομικά τον ασθενή, καθώς παροτρύνεται να καταναλώσει περισσότερες υπηρεσίες υγείας από ότι έχει πραγματικά ανάγκη, ενώ παράλληλα μπορεί να έχει και αρνητικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας του. Ωστόσο, τα κυριότερα προβλήματα που δημιούργησε το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης στον τομέα υγείας της Ελλάδας είναι η υπερβολική κατανάλωση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, με αρνητικό αντίκτυπο στη φαρμακευτική δαπάνη, αλλά και η αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Η αύξηση στις δαπάνες, ιδίως, κατά την περίοδο μέχρι και το 2004 οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην έμφαση που δινόταν στη νοσοκομειακή περίθαλψη έναντι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Πολύζος και Δρακόπουλος, 2008).

### **1.2.2 Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας**

Σύμφωνα με τον Γούναρη (2003, σελ. 27), «η υπηρεσία αποτελεί το αποτέλεσμα των συγκεκριμένων πράξεων / ενεργειών στις οποίες προβαίνει ο παροχέας της, των επιδόσεων που ο παροχέας έχει προβαίνοντας στις συγκεκριμένες πράξεις / ενέργειες, καθώς και των αποτελεσμάτων που οι πράξεις αυτές, σε συνδυασμό με την ικανότητα του παροχέα να επιτυγχάνει

συγκεκριμένες επιδόσεις, έχουν για τον παραλήπτη / αγοραστή της υπηρεσίας». Για τους Kotler και Keller (2006: 456), «υπηρεσία είναι κάθε πράξη ή ενέργεια που μια πλευρά μπορεί να προσφέρει σε μία άλλη, είναι άυλη και δεν καταλήγει στην κατοχή οποιουδήποτε πράγματος. Η παραγωγή της μπορεί να έχει ή να μην έχει σχέση με κάποιο άυλο προϊόν».

Καθώς το αγαθό υγεία είναι υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά αυτής, που τη διαφοροποιούν από την έννοια των αγαθών. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι τα εξής (Kotler και Keller, 2006):

A) Οι υπηρεσίες είναι άυλες: Η άυλη φύση τους σημαίνει ότι δεν τις βλέπουμε, δεν τις γευόμαστε, δεν τις ακούμε δεν τις μυρίζουμε, ούτε τις αισθανόμαστε. Κάτι τέτοιο καθιστά δύσκολο την επιλογή κάποιου παρόχου υπηρεσίας καθώς δεν υπάρχουν απτά χαρακτηριστικά. Ο ασθενής για παράδειγμα δε γνωρίζει τα ακριβή αποτελέσματα, πριν ξεκινήσει μια θεραπεία.

B) Οι υπηρεσίες είναι αδιαίρετες: Η παραγωγή είναι μέρος της κατανάλωσης των υπηρεσιών και δεν αντιμετωπίζεται απλώς ως αποτέλεσμα της παραγωγικής διαδικασίας, όπως συμβαίνει στην παραγωγή των υλικών αγαθών. Επίσης, πάροχος και καταναλωτής είναι παρόντες κατά την παραγωγή της υπηρεσίας, κάτι που σημαίνει ότι και οι δύο επηρεάζουν το αποτέλεσμα.

Γ) Οι υπηρεσίες είναι ετερογενείς: Οι υπηρεσίες εξαρτώνται από τον πάροχο, από τον καταναλωτή, από τον τόπο και τον χρόνο στον οποίο παράγονται. Αυτό σημαίνει ότι μια υπηρεσία δεν παρέχεται σχεδόν ποτέ με τον ίδιο τρόπο στον επόμενο ή ακόμα και στον ίδιο πελάτη.

Δ) Οι υπηρεσίες δεν αποθηκεύονται: Λόγω της άυλης φύσης των υπηρεσιών και καθώς παράγονται και καταναλώνονται ταυτόχρονα, δεν υπάρχει δυνατότητα «δημιουργίας και αποθήκευσης» υπηρεσιών.

### 1.3 Μάρκετινγκ υπηρεσιών υγείας

Η αγορά της παροχής υπηρεσιών υγείας, παρά τις ιδιαιτερότητες που έχει, δεν παύει να είναι αγορά και να διέπεται από τους γενικούς κανόνες της αγοράς. Ωστόσο, η διαφορετικότητα στην παραγωγή και στη φύση των υπηρεσιών δημιουργεί συγκεκριμένες προκλήσεις για το μάρκετινγκ των υπηρεσιών, καθώς υπάρχουν σημαντικές διαφορές συγκριτικά με το μάρκετινγκ για αγαθά. (Αυλωνίτης και συν., 2016). Η επικοινωνία με την αγορά στόχο, η περιγραφή της ωφέλειας της παρεχόμενης υπηρεσίας καθώς και η διαμόρφωση μιας «αντικειμενικής εικόνας» και των προσδοκιών αναφορικά με την ποιότητα αυτής, αποτελούν μια σειρά προκλήσεων για το μάρκετινγκ και το μείγμα μάρκετινγκ. Στην περίπτωση της εφαρμογής του μίγματος marketing υπηρεσιών, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της φύσης της υπηρεσίας, όπως αυτά αναφέρθηκαν πρωτίτερα. Το μείγμα μάρκετινγκ είναι «ο συνδυασμός του ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών μέσων, τα οποία απαιτούνται για την εκπλήρωση των προγραμμάτων και των στόχων της επιχείρησης σε μία αγορά. Το μίγμα μάρκετινγκ είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι αποτελεί το σύνολο της προσπάθειας μίας επιχείρησης» (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002, σελ. 46). Σύμφωνα με τους Μπενετάτο και συν. (2004, σελ. 80), το μείγμα μάρκετινγκ είναι «η ομάδα των εργαλείων του marketing, που χρησιμοποιούνται από την επιχείρηση για την επίτευξη των στόχων του marketing». Το μίγμα marketing αποτελείται από τα γνωστά 4Ps: Product (Προϊόν), Price (Τιμή), Place (Τοποθεσία) και Promotion (Πρωώθηση).

Προϊόν: Σύμφωνα με τους Kotler και Keller (2006, σελ. 422), «προϊόν είναι οτιδήποτε μπορεί να προσφερθεί σε μία αγορά για να ικανοποιήσει μία επιθυμία ή μία ανάγκη. Τα προϊόντα που διατίθενται στην αγορά περιλαμβάνουν φυσικά αγαθά, υπηρεσίες, εμπειρίες, εκδηλώσεις, πρόσωπα, τόπους, ιδιότητες, οργανισμούς, πληροφορίες και ιδέες». Ως εκ τούτου, το προϊόν/υπηρεσία θα πρέπει να αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών των καταναλωτών (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002).

Τιμή: Όποια και αν είναι η στρατηγική του οργανισμού, θα πρέπει να ορίζονται σαφείς τιμολογιακοί στόχοι, πριν οριστούν τα επίπεδα τιμών. Οι βασικοί παράγοντες καθορισμού των αποφάσεων τιμολόγησης είναι (Γούναρης, 2003; Kotler και Keller, 2006): κόστη, οργανωτικοί στόχοι και στόχοι μάρκετινγκ, αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα στοιχεία του μίγματος μάρκετινγκ, ανταγωνισμός, αντιλήψεις των καταναλωτών, νομικά και ρυθμιστικά ζητήματα.

Τοποθεσία: Η τοποθεσία ενός οργανισμού υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ιδίως στο πλαίσιο της τουριστικής επιχείρησης, αφού θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της διάφορα χαρακτηριστικά, όπως πρόσβαση, δίκτυα διανομής, αριθμός ατόμων που μπορεί να εξυπηρετήσει (Γούναρης, 2003; Kotler και Keller, 2006).

Διανομή: Το σύστημα διανομής ενός οργανισμού επικεντρώνεται στην άποψη του «τόπου» του μείγματος μάρκετινγκ του οργανισμού. Ο σκοπός του είναι να παρέχει ένα επαρκές πλαίσιο για να καταστήσει το προϊόν ή την υπηρεσία της εταιρείας διαθέσιμο στον καταναλωτή

Προώθηση: Η προώθηση βασίζεται στην επικοινωνία και περιλαμβάνει όλα εκείνα τα εργαλεία που παρακινούν τη ζήτηση από μέρους των καταναλωτών. Η προώθηση, ή αλλιώς η επικοινωνιακή στρατηγική του οργανισμού, αποτελείται από τις εξής ενέργειες (Γούναρης, 2003): τμηματοποίηση της αγοράς, στρατηγική τοποθέτηση, προσδιορισμός των εργαλείων επικοινωνίας, προσδιορισμός του προϋπολογισμού της επικοινωνιακής στρατηγικής. Τα στοιχεία του συστήματος επικοινωνίας και προβολής συνίστανται σε πέντε βασικές δραστηριότητες (Τζωρτζάκης και Τζωρτζάκη, 2002): α) τη διαφήμιση, β) τις δημόσιες σχέσεις, γ) την προσωπική πώληση, δ) την προώθηση πωλήσεων και ε) το άμεσο marketing

Στο μείγμα μάρκετινγκ των υπηρεσιών εκτός από τα 4Ps (product, place, price, promotion) οι Booms και Bitner το 1981 πρόσθεσαν άλλα 3P's. Αυτά δεν είναι άλλα από τους α) Ανθρώπους (People), β) τις υποδομές (Physical Evidence) και γ) τις διαδικασίες (Processes), όπως αναλύονται παρακάτω (Kotler και Keller, 2006):

A) Άνθρωποι (People): Οι άνθρωποι παίζουν καθοριστικό ρόλο, καθώς είναι αυτοί που παρέχουν τις υπηρεσίες. Το ανθρώπινο δυναμικό θα πρέπει να είναι προσεκτικά επιλεγμένο, να έχει τις απαιτούμενες γνώσεις αλλά και άλλα στοιχεία όπως ήθος, ευγένεια, ενδιαφέρον, πρωτοβουλία, καλή θέληση και να ανταποκρίνεται με επιτυχία στα καθήκοντα της θέσης. Το ζητούμενο είναι ο ασθενής να μπορεί να νιώθει άνεση και ασφάλεια κατά την αλληλεπίδραση με το γιατρό.

B) Υποδομές (Physical Evidence): Είναι όλα εκείνα τα στοιχεία που παρουσιάζουν και χαρακτηρίζουν την υπηρεσία και πείθουν για την καλή ποιότητά της. Στη περίπτωση των υπηρεσιών υγείας αυτά είναι, οι καλές κτηριακές εγκαταστάσεις, τα σύγχρονα μηχανήματα, η καθαριότητα των χώρων, η άρτια εμφάνιση των γιατρών και των νοσηλευτών και η διακόσμηση.

Γ) Διαδικασίες (Processes): Είναι όλες οι ενέργειες που εκτελούνται από τη διοίκηση και το προσωπικό προκειμένου να λειτουργήσει ο οργανισμός και να παράγει υπηρεσίες.

#### **1.4 Συμπεριφορά καταναλωτών αναφορικά με το αγαθό υγεία**

Η κατανόηση της συμπεριφοράς των πελατών αποτελεί βασικό στόχο και πρόκληση στο μάρκετινγκ. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λαμβάνεται η απόφαση για την αγορά και κατανάλωση μιας υπηρεσίας καθώς και το τι καθορίζει την ικανοποίηση μετά την κατανάλωση, είναι το κλειδί για τη δημιουργία μακροχρόνιας σχέσης εμπιστοσύνης με τους καταναλωτές των υπηρεσιών. Σε αυτήν την κατανόηση βασίζεται ο σωστός σχεδιασμός, η δημιουργία και η προσφορά υπηρεσιών οι οποίες θα οδηγήσουν σε ικανοποιημένους και πιστούς πελάτες.

Στην παροχή υπηρεσιών υγείας υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών- καταναλωτών και των παρόχων - ιατρών και ο καταναλωτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθώς υπάρχει ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση ενός εξατομικευμένου παραγόμενου «προϊόντος» -που σε αυτήν

την περίπτωση είναι η υπηρεσία. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι ο τρόπος κατανάλωσης των υπηρεσιών διαφέρει ριζικά από την κατανάλωση υλικών αγαθών και για το λόγο αυτό η κατανάλωση των υπηρεσιών έχει θεωρηθεί ως «κατανάλωση διαδικασίας» (process consumption) και όχι ως «παραγόμενη μονάδα» (unit of output), όπως στα υλικά αγαθά (Gronroos, 1994, όπως παρατίθεται στο Αυλωνίτης και συν., 2016). Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών όπως προαναφέρθηκαν (αυλότητα, αδιαιρετότητα, φθαρτότητα και ετερογένεια) αλλά και τον σημαντικό ρόλο των καταναλωτών, έχουν προταθεί διάφορα υποδείγματα τα οποία περιγράφουν τη διαδικασία κατανάλωσης και αναφέρονται στο στάδιο πριν την αγορά, στο στάδιο αγοράς και κατανάλωσης και στο στάδιο μετά την αγορά και βρίσκουν εφαρμογή και στις υπηρεσίες υγείας. Τα βασικά στάδια στη διαδικασία λήψης απόφασης, είναι τα εξής (Σιώμκος, 2002):

### **1. Αναγνώριση του προβλήματος**

Σύμφωνα με τον Σιώμκο (2002), η αναγνώριση της ύπαρξης ενός προβλήματος προκύπτει από τη διαπίστωση ότι υπάρχει μια διαφορά μεταξύ της υφιστάμενης κατάστασης και της επιθυμητής - ιδανικής. Η αναγνώριση ενός προβλήματος γίνεται με δύο τρόπους: Είτε με την υποβάθμιση της υφιστάμενης κατάστασης του ατόμου (κάτι που συμβαίνει σε περίπτωση ασθένειας, για παράδειγμα), οπότε και αναγνωρίζεται η ύπαρξη μιας ανάγκης, είτε με την αναβάθμιση της ιδανικής κατάστασης, (π.χ. η αναζήτηση αισθητικών επεμβάσεων, εφόσον υπάρχει οικονομική άνεση) οπότε και αναγνωρίζεται μια ευκαιρία, λόγω της μετατόπισης των προδιαγραφών σύγκρισης (standards of comparison) που χρησιμοποιεί.

### **2. Αναζήτηση πληροφοριών**

Η αναζήτηση πληροφοριών από τους καταναλωτές είναι πιο εκτεταμένη στον τομέα των υπηρεσιών από ό,τι στα υλικά αγαθά, καθώς η αβεβαιότητα είναι μεγαλύτερη και ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος υψηλότερος λόγω της αυλότητας και της μεταβλητότητας των υπηρεσιών, αλλά και της διαφορετικής τιμολόγησης αυτών. Ιδίως στις υπηρεσίες υγείας, η ανασφάλεια είναι μεγαλύτερη όσο πιο σοβαρό είναι το θέμα υγείας που υφίσταται και οι ασθενείς- καταναλωτές αντλούν πληροφορίες από πολλαπλές και



διαφορετικού τύπου πηγές. Έτσι, αναζητούν πληροφορίες κυρίως από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον και άλλες προσωπικές τους πηγές, καθώς έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε αυτές, καθιστώντας έτσι την πληροφόρηση στόμα με στόμα ως τον πιο σημαντικό και ισχυρό τρόπο άντλησης πληροφοριών. Δευτερευόντως χρησιμοποιούν το διαδίκτυο-κυρίως οι νεότεροι, αναζητώντας ανεξάρτητες κριτικές και βαθμολογίες.

### **3. Αξιολόγηση εναλλακτικών επιλογών**

Κατά τη διάρκεια αναζήτησης πληροφοριών, οι καταναλωτές ενημερώνονται για τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών τα οποία θα πρέπει να παίξουν πρωτεύοντα ρόλο στη λήψη απόφασης, συγκεντρώνουν τις πιθανές επιλογές τους και διαμορφώνουν προσδοκίες γι' αυτές. Για την προσομοίωση της λήψης αποφάσεων από τους καταναλωτές όσον αφορά τις υπηρεσίες, έχουν χρησιμοποιηθεί υποδείγματα πολλαπλών κριτηρίων. Σύμφωνα με αυτά, οι πελάτες χρησιμοποιούν τα διάφορα κριτήρια των υπηρεσιών τα οποία θεωρούν σημαντικά-και τα οποία σταθμίζονται ανάλογα με τη σημαντικότητά τους - προκειμένου να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν τις εναλλακτικές τους επιλογές (Lovelock et al., 2011). Τα υποδείγματα πολλαπλών κριτηρίων βασίζονται στην υπόθεση ότι οι καταναλωτές έχουν την δυνατότητα να αξιολογήσουν όλα τα σημαντικά χαρακτηριστικά πριν από την απόφαση αγοράς. Ωστόσο κάτι τέτοιο δε συμβαίνει συχνά στον τομέα των υπηρεσιών, καθώς ορισμένες ιδιότητες είναι δύσκολο να αξιολογηθούν από τους καταναλωτές. Υπάρχουν τρεις τύποι ιδιοτήτων που συναντάμε στις υπηρεσίες: οι ιδιότητες αναζήτησης (search attributes), οι εμπειρικές ιδιότητες (experience attributes) και οι ιδιότητες αξιοπιστίας (credence attributes)

- Οι ιδιότητες αναζήτησης αναφέρονται στα απτά χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας, τα οποία μπορούν να αξιολογηθούν από τους καταναλωτές πριν την αγορά και ως εκ τούτου να μειώσουν την αίσθηση της αβεβαιότητας ή του κινδύνου που υπάρχει σε σχέση με την απόφαση αγοράς της συγκεκριμένης υπηρεσίας.
- Οι εμπειρικές ιδιότητες αφορούν χαρακτηριστικά όπως η αξιοπιστία και η υποστήριξη, τα οποία οι καταναλωτές μπορούν να αξιολογήσουν μόνο αφού «αποκτήσουν την εμπειρία» της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

- Οι ιδιότητες αξιοπιστίας είναι τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας τα οποία οι καταναλωτές δεν έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν ακόμα και μετά την κατανάλωση της, λόγω έλλειψης τεχνικών γνώσεων και εμπειρίας ή λόγω του ότι η αποτελεσματικότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να γίνει αντιληπτή μετά από πολύ καιρό.

Οι ιατρικές υπηρεσίες αποτελούν περίπτωση όπου ο καταναλωτής δεν μπορεί να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα και κατατάσσονται σε μεγάλο βαθμό σε υπηρεσίες αξιοπιστίας και εμπειρίας, οπότε οι ασθενείς δυσκολεύονται να προβούν σε αξιολογήσεις πριν την αγορά τους. Οι ασθενείς αναγκάζονται να πιστεύουν ότι παρέχεται το υποσχόμενο επίπεδο ποιότητας και να έχουν εμπιστοσύνη ότι όλες οι πράξεις εκτελέστηκαν σωστά, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα. Επίσης, ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος είναι υψηλότερος σε αυτού του είδους τις υπηρεσίες καθώς και στα άτομα που θα χρησιμοποιήσουν την υπηρεσία για πρώτη φορά. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος να φανταστεί την ανασφάλεια που αισθάνεται ένας ασθενής όταν πηγαίνει για πρώτη φορά στον οδοντίατρο. Αφού οι καταναλωτές έχουν αξιολογήσει τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις και τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο που συνδέεται με αυτές, αναπτύσσουν προσδοκίες για το επίπεδο παροχής των υπηρεσιών και είναι έτοιμοι για το επόμενο στάδιο, της αγοράς και κατανάλωσης της υπηρεσίας.

#### **4. Απόφαση αγοράς και κατανάλωση**

Σε αυτό το στάδιο, οι καταναλωτές συμπαράγουν την υπηρεσία και αποκτούν και αξιολογούν την εμπειρία της υπηρεσίας. Η συμμετοχή των καταναλωτών στην παραγωγή και στη δημιουργία της αξίας της υπηρεσίας θεωρείται ως δείκτης του συναισθηματικού δεσίματος του καταναλωτή με τον πάροχο της υπηρεσίας (Goldsmith et al., 2005). Μπορεί να εκφράζει αισθήματα εμπιστοσύνης και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας, καθώς υπάρχει διαδραστικότητα και αμοιβαιότητα στη σχέση ιατρού- ασθενή. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβάνονται στις υπηρεσίες υψηλής επαφής, καθώς οι ασθενείς μπορούν να παρέχουν όχι μόνο πληροφορίες, αλλά και ιδέες για την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών. Σε αυτό το στάδιο διαμορφώνονται οι προσδοκίες των καταναλωτών, η ικανοποίηση

τους, η αφοσίωση τους, η πρόθεση να επαναχρησιμοποιήσουν την υπηρεσία και, φυσικά, η από στόμα σε στόμα επικοινωνία (word of mouth).

### **5. Συμπεριφορά μετά την αγορά και κατανάλωση**

Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει την στάση των καταναλωτών στην εμπειρία της υπηρεσίας και τη συμπεριφορά τους και αφορά την ικανοποίηση και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των καταναλωτών έχει εξηγηθεί από διάφορα υποδείγματα, όπως το υπόδειγμα επιβεβαίωσης ή διάψευσης των προσδοκιών τους και τα υποδείγματα πολλαπλών χαρακτηριστικών.

#### **Υπόδειγμα επιβεβαίωσης ή διάψευσης των προσδοκιών**

Η ικανοποίηση καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την επιβεβαίωση ή διάψευση των προσδοκιών, καθώς οι καταναλωτές αξιολογούν την απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη συγκρίνουν με τις προσδοκίες τους. Στις υπηρεσίες υγείας η ικανοποίηση των ασθενών εκφράζεται ως αφοσίωση και εμπιστοσύνη στον ιατρό, καθώς και με θετικά σχόλια και συστάσεις προς τρίτους (Vasquez-Carrasco και Foxall, 2006, όπως παρατίθεται στο Αυλωνίτης και συν., 2016)

#### **Υπόδειγμα ικανοποίησης με βάση τα πολλαπλά χαρακτηριστικά της υπηρεσίας**

Αυτή η προσέγγιση υποστηρίζει ότι όσον αφορά την ικανοποίηση των καταναλωτών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο τα γνωστικά (προσδοκίες), όσο και τα συναισθηματικά (επιθυμίες και κίνητρα) στοιχεία. Άλλωστε, ο συναισθηματικός παράγοντας της ικανοποίησης αναμένεται να έχει μεγαλύτερη βαρύτητα στον τομέα των υπηρεσιών- και δη των ιατρικών- από ότι στα υλικά αγαθά, λόγω του βιωματικού και διαδραστικού τους χαρακτήρα (Akhter, 2010). Βέβαια, στις υπηρεσίες υγείας, οι καταναλωτές δεν επιλέγουν πάντα ελεύθερα με μοναδικό γνώμονα τα θέλω, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους, αλλά λαμβάνουν υπόψη και άλλους παράγοντες, όπως είναι η τιμή, η τοποθεσία και ο χρόνος. Για παράδειγμα, μπορεί να προτιμηθεί ένας ιατρός λόγω του ότι είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΠΥ και δεν χρεώνει

επίσκεψη και όχι λόγω της εμπιστοσύνης και της εκτίμησης που τρέφει ο ασθενής για αυτόν.

Σήμερα οι ασθενείς είναι πιο ενημερωμένοι, πιο απαιτητικοί, δεν συγχωρούν εύκολα λάθη και παραβλέψεις και-λόγω και της οικονομικής κρίσης- απαιτούν την καλύτερη υπηρεσία σε όσο το δυνατόν καλύτερη τιμή. Η αξία που δίνεται στον καταναλωτή από τον πάροχο υπηρεσιών υγείας είναι αυτή που ορίζει την τελική του επιλογή. Ως αξία εννοείται η διαφορά μεταξύ όλων των προνομίων και του κόστους που σχετίζονται με μια υπηρεσία, συγκρινόμενα με αυτά του ανταγωνισμού και η ικανοποίηση του ασθενή προέρχεται από την ικανοποίηση ή όχι των προσδοκιών του. Για τους οργανισμούς και τους επαγγελματίες υγείας η ικανοποίηση των καταναλωτών είναι αντικειμενικός σκοπός και εργαλείο μάρκετινγκ και μπορεί να μετρηθεί με διάφορους τρόπους, όπως είναι η έρευνα ικανοποίησης πελατών, η ανάλυση χαμένων πελατών κλπ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

### 2.1 Η φιλοσοφία και ο ρόλος του μάρκετινγκ σχέσεων (relationship marketing)

Παρότι έχει τύχει εκτεταμένης ανάλυσης στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, το ενδιαφέρον για τη διοίκηση των σχέσεων, όσον αφορά τα προϊόντα και υπηρεσίες σε περιβάλλον μαζικού μάρκετινγκ, εκδηλώθηκε πρόσφατα. Αυτό στηρίζεται στο έργο των διεταιρικών σχέσεων μάρκετινγκ. Η σχέση αναπτύσσεται όταν ο πελάτης αντιλαμβάνεται ότι υφίσταται ένας αμοιβαίος τρόπος σκέψης μεταξύ του πελάτη, και του προμηθευτή ή παρόχου της υπηρεσίας. Η σχέση αυτή σχετίζεται με μία στάση, και, από την άποψη του οργανισμού, μία σχέση μπορεί να αναπτυχθεί μόνο όταν όλες, ή τουλάχιστον οι σημαντικότερες επαφές και αλληλεπιδράσεις με τον πελάτη προσανατολίζονται στη σχέση αυτή (Grönroos, 2000, όπως παρατίθεται στον Hashem, 2012).

Η βασική έννοια του μάρκετινγκ είναι η πελατειακή ικανοποίηση, καθώς επίσης και η επίτευξη πελατειακής αφοσίωσης. Το προγενέστερο παραδοσιακό μοντέλο του αγοραστή και πωλητή, δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί πλέον, μέσω της χρήσης των τεχνικών μάρκετινγκ των μέσων μαζικής ενημέρωσης, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι πελάτες έχουν αντιληφθεί την ισχύ της γνώμης τους, και ζητούν προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (Ntale et al., 2013). Κατά συνέπεια, υπήρξε μία μετάβαση πριν από περίπου τέσσερις δεκαετίες, από αυτό το μοντέλο σε ένα άλλο, όπου οι οργανισμοί εστίασαν στην οικοδόμηση πιο προσωπικής σχέσης με τους πελάτες, παρέχοντάς τους εξειδικευμένα προϊόντα και υπηρεσίες, και λαμβάνοντας υπόψη τη γνώμη, καθώς και τις ανάγκες και επιθυμίες τους. Ένας άλλος λόγος, ο οποίος ερμηνεύει την επικέντρωση στο σχεσιακό μάρκετινγκ, είναι η σημαντικότητα της εξυπηρέτησης στο μάρκετινγκ, και η αλληλεπίδραση που δημιουργείται μεταξύ πελατών και εργαζομένων, την οποία οι Chidozie και Anayochukwu (2012) ονομάζουν «έννοια της υπηρεσίας (servuction=service+production)»

Η σχέση αναπτύσσεται όταν ο πελάτης αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει αμοιβαίος τρόπος σκέψης μεταξύ πελάτη και προμηθευτή ή παρόχου υπηρεσίας. Η σχέση αυτή σχετίζεται με τη στάση, και, από την άποψη του οργανισμού, μπορεί να αναπτυχθεί μόνο όταν όλες, ή τουλάχιστον οι περισσότερες, σημαντικές επαφές και αλληλεπιδράσεις με τον πελάτη είναι προσανατολισμένες προς τη σχέση (Hashem, 2012). Έτσι, το σχεσιακό μάρκετινγκ θεωρείται ως η πράξη επιδίωξης δημιουργίας μακροπρόθεσμης, αφοσιωμένης, αξιόπιστης, και συνεργατικής σχέσης με τους πελάτες, η οποία χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, ανταπόκριση, γνήσιο ενδιαφέρον για την παράδοση προϊόντων και υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, καθώς επίσης και την προθυμία θυσίας του βραχυπρόθεσμου οφέλους, προς επίτευξη μακροπρόθεσμου κέρδους (Hashem, 2012).

Το relationship marketing ή μάρκετινγκ σχέσεων έχει οριστεί στη βιβλιογραφία με διάφορους τρόπους, καθώς καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων μάρκετινγκ προσανατολισμένων στη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση επιτυχημένων σχέσεων. Σύμφωνα με τον Gronoos, το μάρκετινγκ σχέσεων έχει ως στόχο τον προσδιορισμό, τη δημιουργία, τη διατήρηση και την προώθηση σχέσεων με τους πελάτες και τις λοιπές ομάδες συμφερόντων (stakeholders) με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούνται οι στόχοι όλων των εμπλεκόμενων μελών. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται μέσω αμοιβαίας ανταλλαγής και εκπλήρωσης υποσχέσεων (Hashem, 2012). Το σχεσιακό μάρκετινγκ είναι το μάρκετινγκ από την πλευρά των σχέσεων, των δικτύων και της αλληλεπίδρασης. Σύμφωνα με τον ίδιο, το σχεσιακό μάρκετινγκ εκτός από τα εργαλεία του παραδοσιακού μάρκετινγκ, συμπεριλαμβάνει και αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, καθώς η ποιότητα που λαμβάνει ο καταναλωτής και η ικανοποίησή του είναι ο στόχος του μάρκετινγκ.

Το μάρκετινγκ σχέσεων νοείται ως μία στρατηγική προσέλκυσης, διατήρησης και ενίσχυσης της σχέσης με τον πελάτη, έτσι ώστε οι στόχοι και των δύο μερών να επιτυγχάνονται μέσα σε αυτήν τη σχέση, ενώ σύμφωνα με μία άλλη προσέγγιση, σχεσιακό μάρκετινγκ είναι η πρακτική διακράτησης και

βελτίωσης των υπαρχόντων πελατών, έναντι της απόκτησης νέων (Lo, 2012). Τέλος, σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό, τον οποίο θα υιοθετήσουμε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, διότι τείνουμε να πιστεύουμε ότι είναι συνεκτικός και ολοκληρωμένος, ισχύουν τα εξής: Ως σχεσιακό μάρκετινγκ αναφέρεται η διαδικασία προσέλκυσης, διατήρησης και ενίσχυσης των σχέσεων με τους πελάτες και τα ενδιαφερόμενα μέρη (και διακοπής τους, όταν χρειάζεται) επί κέρδει, έτσι ώστε οι στόχοι των εμπλεκόμενων μερών να επιτυγχάνονται μέσω της αμοιβαίας ανταλλαγής και εκπλήρωσης των υποσχέσεων (Ntale et al., 2013).

Κατά συνέπεια, κεντρική έννοια του σχεσιακού μάρκετινγκ αποτελεί η αξία που δημιουργείται μέσω της δημιουργίας σχέσεων μεταξύ των οργανισμών και των πελατών τους. Αφενός, μέσω αυτών των σχέσεων, οι οργανισμοί μπορούν να αποκτήσουν πολύ περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες και επιθυμίες των καταναλωτών, και έτσι μπορούν να τους προσφέρουν προϊόντα και υπηρεσίες, τα οποία πληρούν ακριβώς τις εν λόγω ανάγκες και επιθυμίες, δηλαδή είναι εξατομικευμένα. Όταν οι πελάτες αισθάνονται ότι οι προσδοκίες τους πληρούνται, τότε αισθάνονται ικανοποιημένοι (Perin et al., 2007). Πράγματι, το σχεσιακό μάρκετινγκ δίνει έμφαση στις βελτιωμένες υπηρεσίες προς τους πελάτες, μέσω της απόκτησης πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες και επιθυμίες τους, με αποτέλεσμα την ικανοποίησή τους.

Συνολικά, αξίζει να σημειωθεί ότι το μάρκετινγκ σχέσεων χαρακτηρίζεται από το ειλικρινές ενδιαφέρον μιας επιχείρησης να παράσχει την καλύτερη εξυπηρέτηση στους πελάτες της, ικανοποιώντας ή ακόμα και ξεπερνώντας τις προσδοκίες τους, δημιουργώντας ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης, αφοσίωσης και δέσμευσης. Βασική αρχή είναι ότι ο κάθε πελάτης είναι μοναδικός και διαφορετικός. Η επιχείρηση, εστιάζοντας στο προφίλ και τις προσωπικές του ανάγκες, προσφέρει υπηρεσίες που αποκτούν πλέον πιο προσωπικό χαρακτήρα. Συμφωνα με έρευνα των Palmatier et al. (2006, όπως αλπαρατίθεται στο Αυλωνίτης και συν., 2016), οι σημαντικότεροι παράγοντες για τη δημιουργία επιτυχημένων σχέσεων είναι η εμπειρία της επιχείρησης που παρέχει την υπηρεσία, η επικοινωνιακή ικανότητα καθώς και η ικανότητα

επίλυσης συγκρούσεων του προσωπικού της επιχείρησης, η ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσεται και η επένδυση που γίνεται στη σχέση αυτή. Προκειμένου να επιτύχουν όλα τα παραπάνω, οι επιχειρήσεις θα πρέπει να αναπτύξουν μια πελατοκεντρική οργανωσιακή κουλτούρα, να μυήσουν τους εργαζόμενους στο μάρκετινγκ σχέσεων, να εντρυφήσουν στην κατανόηση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών και να διατηρούν λεπτομερή βάση δεδομένων για τους πελάτες τους. Στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας το μάρκετινγκ σχέσεων αναφέρεται στην προσέλκυση, δημιουργία, διατήρηση και βελτίωση των σχέσεων με τους ασθενείς με στόχο τη δημιουργία αμοιβαίου οφέλους για τον γιατρό- και κατ' επέκταση το νοσοκομείο, την κλινική κλπ- και για τον ασθενή.

Αφού οι πρακτικές του σχεσιακού μάρκετινγκ αποσκοπούν στην οικοδόμηση μακροπρόθεσμων και αμοιβαία επωφελών αλληλεπιδράσεων μεταξύ οργανισμών και πελατών, οι αλληλεπιδράσεις αυτές μπορεί να επιτευχθούν μέσω των δεσμών, και επακριβέστερα, μέσω των οικονομικών, κοινωνικών, και διαρθρωτικών δεσμών (Hashem, 2012). Οι οικονομικοί δεσμοί αναφέρονται στην προσέλκυση πελατών και τη μετατροπή τους σε πιστούς πελάτες μέσω τιμολογιακών στρατηγικών, οι κοινωνικοί δεσμοί στις εξατομικευμένες υπηρεσίες και μοναδικές σχέσεις μεταξύ οργανισμών και πελατών, και οι διαρθρωτικοί δεσμοί στις μακροπρόθεσμες αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους.

Επίσης, υποστηρίζεται ότι το σχεσιακό μάρκετινγκ συνδέεται με τη βελτίωση της αξίας στον πελάτη μέσω ενός εργαλείου μάρκετινγκ, με τη μορφή της εμπιστοσύνης, αφοσίωσης, και επικοινωνίας. Επιπλέον, σύμφωνα με τον προηγούμενο ορισμό του μάρκετινγκ από τον Benneth, και με βάση αρκετούς ερευνητές, γίνεται κατανοητό ότι αυτή η μορφή μάρκετινγκ στηρίζεται πάλι σε σχέσεις εμπιστοσύνης και αφοσίωσης, σε συνδυασμό με την αμοιβαιότητα και τον συναισθηματικό δεσμό. Συνεπώς, οι κυριότερες διαστάσεις του σχεσιακού μάρκετινγκ, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Hashem, 2012; Lo, 2012, Chinozie και Anayochukwu, 2012), είναι η εμπιστοσύνη, η αφοσίωση, ο συναισθηματικός δεσμός, η αμοιβαιότητα, και η επικοινωνία.



### **2.1.1 Εμπιστοσύνη**

Η εμπιστοσύνη είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα στη σχέση μεταξύ γιατρού-ασθενή και ορίζεται ως η επιθυμία να βασιστούμε σε κάποιον στον οποίον πιστεύουμε. Η εμπιστοσύνη σε μια σχέση υφίσταται όταν το ένα μέλος της σχέσης είναι σίγουρο για την ακεραιότητα και την αξιοπιστία του άλλου, και συνεπώς μπορεί να οριστεί ως η αποδοχή μιας ευάλωτης κατάστασης στην οποία το άτομο πιστεύει ότι αυτός που εμπιστεύεται θα ενεργήσει προς το συμφέρον του. Το βαθμό εμπιστοσύνης επηρεάζουν μεταξύ άλλων η ακεραιότητα, η ευγένεια, η ειλικρίνεια, η τεχνική εμπειρογνωμοσύνη και η συνέπεια (Rizan et al., 2014)

Ενώ λοιπόν η ικανοποίηση βασίζεται στις εμπειρίες του παρελθόντος και στη σύγκριση καταστάσεων, η εμπιστοσύνη είναι μια ψυχική κατάσταση που προσβλέπει κυρίως στο μέλλον και οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ευάλωτη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο. Αν και για την αξιολόγηση της σχέσης γιατρού-ασθενή χρησιμοποιείται συνήθως η ικανοποίηση του ασθενή, προσφάτως, η εμπιστοσύνη έχει αναδειχθεί ως ένας επίσης ισχυρός δείκτης της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας και των καταναλωτών. Η εμπιστοσύνη είναι ο δρόμος για επιτυχημένες σχέσεις και μαζί με την ικανοποίηση οδηγεί στη δέσμευση, η οποία επιβεβαιώνει, κατά κάποιον τρόπο, το μέλλον της σχέσης.

### **2.1.2 Δέσμευση**

Σύμφωνα με τους Morgan και Hunt (1994), ως δέσμευση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία το ένα μέλος της σχέσης πιστεύει ότι η σχέση με το άλλο μέλος είναι τόσο σημαντική, ώστε αξίζει να καταβάλλει τη μέγιστη προσπάθεια για να τη διατηρήσει. Στην έρευνα του Ojasalo (2002) προσδιορίζονται οι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στη δέσμευση και στους οποίους θα πρέπει να επικεντρωθεί το μάρκετινγκ, προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή δέσμευση με τους καταναλωτές, όπως απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα.

Σχήμα 1. Παράγοντες που οδηγούν στη δέσμευση από μέρους των καταναλωτών-ασθενών



Πηγή: Ojasalo 2002

Συμπερασματικά, η ύπαρξη δέσμευσης στη σχέση παρόχων και καταναλωτών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει μεταξύ άλλων την εμπιστοσύνη, την ολοκληρωμένη επικοινωνία και την πίστη του καταναλωτή στην τιμιότητα του παρόχου, καθώς και την ικανοποίηση που επιτυγχάνεται μέσω της ποιότητας εξυπηρέτησης και της συνεχούς βελτίωσης του παρόχου.

### 2.1.3 Επικοινωνία

Οι Auguskeviciene et al. (2010) υποστηρίζουν ότι, στο πλαίσιο του σχεσιακού μάρκετινγκ, ως επικοινωνία νοείται η διατήρηση της σχέσης με πολύτιμους πελάτες, παρέχοντας έγκαιρες και αξιόπιστες πληροφορίες για τις προσφερόμενες υπηρεσίες ή τις σχεδιαζόμενες αλλαγές και μεταβολές των

υπηρεσιών, καθώς επίσης και ενεργό συνεργασία κατά την εκδήλωση προβλημάτων.

## 2.2 Στάδια διαδικασίας ανάπτυξης μάρκετινγκ

Σύμφωνα με τους Dwyer et al. (Αυλωνίτης και συν., 2016), η διαδικασία ανάπτυξης σχέση μεταξύ του παρόχου της υπηρεσίας και του καταναλωτή εξελίσσεται σε 5 στάδια: αναγνώριση, εξερεύνηση, επέκταση, δέσμευση και διάλυση. Στο πρώτο στάδιο, δεν υπάρχει καμία αλληλεπίδραση, απλώς αναγνωρίζεται από τις δύο πλευρές ότι υπάρχει η δυνατότητα συναλλαγής. Στο δεύτερο στάδιο υπάρχει επικοινωνία προκειμένου να αξιολογηθεί η επικείμενη συναλλαγή, να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ των δύο πλευρών καθώς και τα οφέλη και οι υποχρεώσεις που θα προκύψουν από αυτήν τη σχέση. Είναι το στάδιο όπου θα πρέπει να ξεπεραστούν κάποια εμπόδια προκειμένου να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης. Εφόσον υπάρχει ικανοποίηση από τις δύο πλευρές, η σχέση περνάει στο επόμενο στάδιο, όπου τα οφέλη που αποκομίζουν και η μεταξύ τους αλληλεξάρτηση αυξάνονται, ωστόσο παραμένει εύθραυστη.

Στη συνέχεια, εφόσον οι δύο πλευρές είναι ικανοποιημένες και δεν αναζητούν εναλλακτικές, η σχέση εισέρχεται στο στάδιο της δέσμευσης, όπου εξασφαλίζεται η συνέχεια της συναλλαγής. Η πιστότητα των δύο πλευρών, η συνέπεια και η συνεχιζόμενη ικανοποίηση οδηγούν σε μια επιτυχημένη σχέση με διάρκεια στο χρόνο. Το τελευταίο στάδιο, θεωρητικά μπορεί και να μην έρθει ποτέ, ωστόσο η πιθανότητα διάλυσης υπάρχει καθ' όλη τη διάρκεια ανάπτυξης της σχέσης. Είναι όμως δυσκολότερη και κοστίζει περισσότερο όταν συμβαίνει σε μία σχέση που έχει περάσει στο στάδιο της δέσμευσης, καθώς η αλληλεξάρτηση μεταξύ των δύο πλευρών είναι μεγαλύτερη.

Σύμφωνα με άλλη θεωρητική προσέγγιση των Stone et al. (1996), η διαδικασία ανάπτυξης σχέσεων ακολουθεί τα παρακάτω στάδια:

- Απόκτηση πελάτη: Είναι το πρώτο στάδιο στο μάρκετινγκ σχέσεων, όπου προσδιορίζεται ο καταναλωτής-στόχος και γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες απόκτησής του. Στον τομέα της υγείας αυτό

μπορεί να γίνει για παράδειγμα από έναν οργανισμό προσφέροντας δωρεάν εξετάσεις σε συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, προκειμένου να προσελκύσει νέους ασθενείς.

- Υποδοχή του πελάτη: Είναι το στάδιο όπου παρέχονται στον καταναλωτή όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την υπηρεσία που αγόρασε και δίνονται διευκρινήσεις και βοήθεια από τον υπεύθυνο εφόσον ζητηθούν.
- Γνωριμία με τον πελάτη: Είναι το στάδιο όπου προσδιορίζεται το προφίλ και οι ανάγκες του καταναλωτή. Υπάρχει ανταλλαγή πληροφοριών και παίρνεται το ιστορικό του ασθενή
- Διαχείριση του πελάτη: Σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν και το προφίλ του καταναλωτή, ο πάροχος υπηρεσιών προσδιορίζει πιο λεπτομερώς τις ανάγκες του και εφαρμόζει τις κατάλληλες ενέργειες ώστε να αυξηθεί η ικανοποίηση του και κατ' επέκταση η αφοσίωση του καταναλωτή.
- Εντατική φροντίδα του πελάτη: Κύριος στόχος σε αυτό το στάδιο είναι η διατήρηση του πελάτη, ιδίως εάν υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν είναι ικανοποιημένος. Στον τομέα της υγείας, εφόσον ο καταναλωτής είναι ικανοποιημένος, κερδίζεται η πίστη και η αφοσίωση του στο πρόσωπο του γιατρού, ο οποίος όμως θα πρέπει να διατηρεί το επίπεδο των υπηρεσιών σταθερό, να συνεχίσει να επενδύει στην επικοινωνία και να αφουγκράζεται τις ανάγκες του ασθενή, προκειμένου να κρατά τους παλιούς αλλά και να αποκτά νέους ασθενείς μέσω συστάσεων.

Εάν ο καταναλωτής είναι δυσαρεστημένος, η σχέση προχωράει στα επόμενο στάδια:

- Ενδεχόμενο «διαζύγιο»: Η αποχώρηση του καταναλωτή είναι πολύ πιθανή. Πρέπει να εντοπιστεί εγκαίρως η δυσαρέσκειά του και να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να αποτραπεί η αποχώρηση του.
- «Διαζύγιο»: Είναι το στάδιο όπου έχει πραγματοποιηθεί η αποχώρηση του καταναλωτή. Ανάλογα με τον λόγο αποχώρησης, μπορεί να γίνει προσπάθεια επανάκτησής του, οπότε εισέρχεται στο επόμενο στάδιο

- Επανάκτηση πελάτη: Σε αυτό το στάδιο γίνονται ενέργειες με στόχο την επανάκτηση του πελάτη, κάτι αρκετά δύσκολο, ιδίως εάν η αποχώρηση οφείλεται στην κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

## **2.3 Πλεονεκτήματα του μάρκετινγκ σχέσεων στον τομέα της υγείας**

### **2.3.1 Ποιότητα εξυπηρέτησης, εμπιστοσύνη και αφοσίωση καταναλωτών-ασθενών**

Υποστηρίζεται ότι το σχεσιακό μάρκετινγκ σχετίζεται θετικά με την ποιότητα εξυπηρέτησης. Οι Rizan et al. (2014) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα εξυπηρέτησης περιλαμβάνει όλα τα χαρακτηριστικά μίας υπηρεσίας, η οποία παρέχεται στους πελάτες, και τα οποία χαρακτηριστικά πληρούν, ή και υπερβαίνουν ακόμη, τις προσδοκίες τους. Ως εκ τούτου, μπορεί να συναχθεί ότι η ποιότητα εξυπηρέτησης πηγάζει από τη σύγκριση μεταξύ αυτού που οι πελάτες προσδοκούσαν από μία υπηρεσία πριν την παροχή της προς αυτούς, και αυτού που πραγματικά τους προσφέρθηκε, δηλαδή η αξιολόγησή τους όσον αφορά την εξυπηρέτηση που έλαβαν.

Οι Auruskeviciene et al. (2010) διακρίνουν δύο τύπους ποιότητας: α) τη λειτουργική, η οποία σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο ένας ξενοδοχειακός οργανισμός παρέχει τις υπηρεσίες του στους πελάτες του, και β) την τεχνική, η οποία σχετίζεται με το αποτέλεσμα της προσφερόμενης υπηρεσίας. Αμφότερα τα συστατικά στοιχεία της ποιότητας σχετίζονται με την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση (Auruskeviciene et al., 2010). Εντός αυτού του εννοιολογικού πλαισίου, υποστηρίζεται ότι η ποιότητα εξυπηρέτησης σχετίζεται με τη συμπεριφορά και στάση των εργαζομένων (δηλαδή των επαγγελματιών υγείας) προς τους πελάτες (δηλαδή τους ασθενείς) (Auruskeviciene et al., 2010). Η ύπαρξη συναισθηματικής νοημοσύνης, η οποία είναι η ικανότητα αναγνώρισης, αξιολόγησης, και ελέγχου των αισθημάτων του ατόμου, των άλλων, και των ομάδων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πελατειακή ικανοποίηση και αφοσίωση.

Επίσης, οι Auguskeviciene et al. (2010) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα είναι το σημαντικότερο συστατικό στοιχείο του σχεσιακού μάρκετινγκ, και σε συνδυασμό με την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση, αποτελεί σημαντική παράμετρο της πελατειακής πίστης. Επιπλέον, η ποιότητα εξυπηρέτησης, σε συνδυασμό με την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση, αποτελούν τα συστατικά στοιχεία, από τα οποία αποτελείται το σχεσιακό μάρκετινγκ, και στην πραγματικότητα, η ποιότητα των σχέσεων, δηλαδή η ποιότητα που γίνεται αντιληπτή από τους πελάτες-ασθενείς, όσον αφορά τις τεχνικές μάρκετινγκ που ακολουθούνται από τους οργανισμούς υγείας, εντός του πλαισίου δημιουργίας μακροχρόνιων σχέσεων με τους πελάτες. Αυτό αναφέρεται επίσης από τους Auguskeviciene et al. (2010), και τους Rizan et al. (2014), οι οποίοι τονίζουν ότι το σχεσιακό μάρκετινγκ παράγει θετικά αποτελέσματα μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των σχέσεων. Η ποιότητα εξυπηρέτησης αποτελεί παράγοντα ανταγωνιστικότητας στο μάρκετινγκ και επηρεάζει θετικά την πελατειακή ικανοποίηση, εμπιστοσύνη, αφοσίωση, και πίστη.

Σε αυτό το πλαίσιο, υποστηρίζεται ότι το σχεσιακό μάρκετινγκ συνδέεται στενά με την ποιότητα εξυπηρέτησης, καθώς οι οργανισμοί υγείας προσπαθούν να προσελκύσουν και διατηρήσουν τους πελάτες μέσω της παροχής βελτιωμένων και επαυξημένων υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες και επιθυμίες των πελατών-ασθενών, να ενισχύσουν την προσφορά ποιότητας ως προς την τιμή για τους πελάτες για την παρεχόμενη υπηρεσία, λαμβάνοντας επίσης υπόψη τον τόπο και τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία. Μέσω της εξατομίκευσης, στην οποία στηρίζεται το σχεσιακό μάρκετινγκ, ο οργανισμός υγείας είναι σε θέση να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, δηλαδή υπηρεσίες, οι οποίες είναι εξατομικευμένες, και ανταποκρίνονται στις ανάγκες και επιθυμίες των πελατών-ασθενών, ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες τους. Γνωρίζοντας τί χρειάζονται και επιθυμούν οι πελάτες-ασθενείς, ο οργανισμός υγείας έχει τη δυνατότητα να προσαρμοστεί στις απαραίτητες αλλαγές, έτσι ώστε να παρέχει σε αυτούς υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, με αποτέλεσμα, έτσι, την πελατειακή ικανοποίηση και πίστη.

### 2.3.2 Ικανοποίηση πελατών-ασθενών

Ο όρος «πελατειακή ικανοποίηση» μπορεί να ερμηνευθεί μέσω διάφορων ορισμών, παρά το γεγονός ότι πλέον δεν υπάρχει συνοχή και συμφωνία στον ορισμό του. Παρακάτω παρατίθενται κάποιοι ορισμοί, οι οποίοι έχουν δοθεί από διάφορους ερευνητές στον όρο «ικανοποίηση», σύμφωνα με τους Γρηγορούδη και Σίσκο (2005).

- Ικανοποίηση είναι η γνωστική κατάσταση του πελάτη, όσον αφορά την επαρκή, ή μη, επιβράβευσή του, για τις θυσίες και προσπάθειες που έχει καταβάλλει.
- Ικανοποίηση είναι η συναισθηματική αντίδραση στις εμπειρίες των πελατών, οι οποίες σχετίζονται είτε με συγκεκριμένα προϊόντα και υπηρεσίες, ή με τις αγοραστικές διαδικασίες, ή ακόμη και με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του πελάτη
- Ικανοποίηση είναι το αποτέλεσμα της αγοράς και χρήσης ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, το οποίο πηγάζει από τη σύγκριση του καταναλωτή μεταξύ του οφέλους και του κόστους αγοράς, λαμβάνοντας υπόψη τις προσδοκώμενες συνέπειες
- Ικανοποίηση είναι η διαδικασία αξιολόγησης, με βάση το κατά πόσο μία συγκεκριμένη εμπειρία ήταν τόσο ικανοποιητική, όσο ο πελάτης πίστευε ότι θα είναι
- Ικανοποίηση είναι η διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει κατά πόσο η επιλογή είναι συμβατή με τις προηγούμενες πεποιθήσεις του πελάτη
- Ικανοποίηση είναι η αντίδραση του καταναλωτή στη διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει τις αποκλίσεις μεταξύ των προηγούμενων προσδοκιών, και του πραγματικού επιπέδου απόδοσης της υπηρεσίας, όπως τις αντιλαμβάνεται ο πελάτης μετά τη χρήση της υπηρεσίας

Η σημασία της πελατειακής ικανοποίησης έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να οδηγήσει στην πελατειακή αφοσίωση, όπως υποστηρίζουν ορισμένοι ερευνητές (Oliver, 1999). Ο Oliver (1999) υποστηρίζει ότι η πελατειακή πίστη σχετίζεται με την πελατειακή αφοσίωση για επαναγορά ενός προϊόντος/υπηρεσίας στο μέλλον, παρότι μπορεί να υπάρχουν ανταγωνιστές,

οι οποίοι προσφέρουν παρόμοια προϊόντα/υπηρεσίες. Επίσης, ως πίστη μπορεί να οριστεί η βαθιά ριζωμένη αφοσίωση, συνεπούς επαναγοράς ή υποστήριξης των προτιμώμενων προϊόντων/υπηρεσιών στο μέλλον, έχοντας ως αποτέλεσμα, έτσι, την επαναλαμβανόμενη αγορά του ίδιου εμπορικού σήματος, παρότι η επήρεια των καταστάσεων και οι προσπάθειες του μάρκετινγκ έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν εναλλαγή της συμπεριφοράς. Ο ισχυρός βαθμός προσανατολισμού των εργαζομένων προς την εξυπηρέτηση των πελατών επηρεάζει την αντίληψη της ποιότητας αυτής της εξυπηρέτησης.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί μία ψυχολογική έννοια, η οποία μπορεί να οριστεί με διάφορους τρόπους, εξαιτίας του ότι εμπεριέχει την έννοια της υποκειμενικότητας (Chakraborty και Majumdar, 2011). Υπό αυτό το πρίσμα, η ικανοποίηση αποτελεί μία αξιολόγηση από μέρους των ατόμων, σχετικά με ένα γεγονός ή μία υπηρεσία, έπειτα από την εμπειρία που αποκομίζουν τα άτομα. Τόσο οι προσδοκίες, όσο και οι εμπειρίες των ατόμων επηρεάζουν την κρίση που εκφράζουν τα άτομα, δηλαδή την αξιολόγησή τους, για γεγονότα, καταστάσεις, υπηρεσίες που τους παρέχονται (Lekidou et al., 2007; de Almeida et al., 2015). Επίσης, χαρακτηρίζεται από τη μία πλευρά ως γνωστική και από την άλλη ως συναισθηματική προσέγγιση (Chakraborty και Majumdar, 2011).

Με βάση τα παραπάνω, οι ασθενείς αξιολογούν τις υπηρεσίες που δέχονται από τους ιατρούς με βάση τις προσδοκίες και τις εμπειρίες τους, αλλά και με βάση τις αντιλήψεις τους σχετικά με τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία θα πρέπει να διέπουν τη σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών. Άλλωστε, υποστηρίζεται ότι, η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται «στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων, με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και του φυσικού περιβάλλοντος» (Λέντζας και συν., 2010, σελ. 10).

Για αυτό το λόγο, η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν από έναν ιατρό, όπως για



παράδειγμα η ποιότητα που χαρακτηρίζει τη σχέση αυτών των δύο μερών και την επικοινωνία που υπάρχει (Chakraborty και Majumdar, 2011). Αυτό μπορεί να υποστηριχθεί και μέσα από τη διαπίστωση των Αντεριώτη και Αντωνίου (2014, σελ. 64), οι οποίοι τονίζουν ότι, «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».

### **2.3.3 Συμμόρφωση των ασθενών**

Ο όρος 'συμμόρφωση' αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά των ασθενών μεταβάλλεται με βάση τις υποδείξεις του ιατρού, όπως είναι η υιοθέτηση κανόνων πρόληψης, η φαρμακευτική αγωγή, η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες. Παρ' όλο που αυτός ο όρος συνήθως έχει επικρατήσει να έχει μία μάλλον παθητική έννοια από μέρους των ασθενών, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η θετική συνεισφορά της θεραπευτικής συμμόρφωσης στο τελικό αποτέλεσμα. Η συμμόρφωση του ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στον τομέα της παροχής υγείας. Όπως υποστηρίζουν οι Vermeire et al. (2001), χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης από την πλευρά του ασθενούς μπορεί να είναι καταστροφικά, ιδίως στην περίπτωση χρόνιων ασθενειών. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων από μέρους του ασθενούς και η εμπάθεια από μέρους του ιατρού είναι πολύ σημαντικά στοιχεία στη θεραπευτική συμμόρφωση του ασθενούς. Κάποιες άλλες έρευνες αναφέρουν ότι η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, σε συνδυασμό με τις πεποιθήσεις για την υγεία από πλευράς των τελευταίων είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες στη συμμόρφωσή τους (Vermeire et al., 2001).

Το επίπεδο της συμμόρφωσης των ασθενών επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Yannakoulia, 2006):

- Προσωπικοί παράγοντες: δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, κοινωνική τάξη, εισόδημα, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, οικογενειακή κατάσταση), ψυχολογικοί παράγοντες (κατάθλιψη,

αρνητικά συναισθήματα, άρνηση αποδοχής της ασθένειας), συμπεριφορικοί παράγοντες (διαχείριση χρόνου, επίπεδο κατανόησης των οδηγιών του ιατρού, επίπεδα προτεραιότητας)

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες: οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (επίπεδο υποστήριξης, λανθασμένες εντυπώσεις / εμπειρίες), μέσα μαζικής ενημέρωσης (προκατάληψη απέναντι σε μία ασθένεια), σύστημα υγείας (πρόσβαση στο σύστημα υγείας, διαφορετικές προσεγγίσεις από τους ιατρούς, μη επαρκής / μη κατάλληλη αλληλεπίδραση μεταξύ των ιατρών και των ασθενών)
- Τύπος παρέμβασης / θεραπείας: τεχνικές παρέμβασης / θεραπείας, χρόνος παρακολούθησης του ασθενούς, συχνότητα και διάρκεια συναντήσεων με τους επαγγελματίες υγείας, πολυπλοκότητα ασθένειας, απαιτήσεις στη βάση της ασθένειας

Η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, η ύπαρξη πνευματικών νοσημάτων (π.χ. κατάθλιψη), το χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο των ασθενών και η έλλειψη ικανότητας από μέρους των ασθενών να προσδιορίσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή, η έλλειψη αξιόπιστης πρόσβασης στο σύστημα υγείας ή τη φαρμακευτική αγωγή, θεωρούνται ως προσδιοριστικοί παράγοντες του υψηλού ή χαμηλού επιπέδου συμμόρφωσης από μέρους των ασθενών. Για παράδειγμα, μία έρευνα των Barroso et al. (2006) κατέδειξε ότι χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης συνδέονται με άτομα που είναι άντρες, 20-29 ετών, με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, άγαμοι, άνεργοι, αλλά και με χαμηλές οικονομικές απολαβές.

Ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει τη συμμόρφωση του ασθενούς με τις υποδείξεις του ιατρού και εν τέλει το αποτέλεσμα (έκβαση) της θεραπείας, είναι η θεραπευτική συμμαχία (therapeutic alliance). Η θεραπευτική συμμαχία είναι κρίσιμο και αναπόσπαστο κομμάτι της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς (DiMatteo και Martin, 2011). Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα είδος συνεργασίας, η οποία παρέχει στον ασθενή ένα ασφαλές περιβάλλον για να διερευνήσει τον εαυτό του. Από την άλλη πλευρά, η διαδικασία ανάπτυξης αυτής της σχέσης μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση και τον προσδιορισμό των πιο σημαντικών

προβλημάτων που διέπουν τις σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών (DiMatteo και Martin, 2011). Η θεραπευτική συμμαχία δεν είναι θεραπεία, αλλά συμβάλλει έτσι ώστε ο ασθενής να συμμορφωθεί με την προτεινόμενη θεραπεία πιο εύκολα και με μεγαλύτερη προθυμία (Θεοφίλου και συν., 2005). Για αυτό το λόγο, η θεραπευτική συμμαχία είναι ένας από τους πιο σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες στη διαδικασία θεραπείας και στην έκβαση αυτής της θεραπείας (Σταλίκας και Πααλάτου, 2008).

Η θεραπευτική συμμαχία βασίζεται από τη μία πλευρά στη συνεργασία μεταξύ του ιατρού και τη γνώση του ασθενούς και από την άλλη με τις δυνατότητες και τις δεξιότητες του ιατρού και τις ανάγκες του ασθενούς. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν ένα είδος θεραπευτικής σύμβασης και είναι πολύ σημαντικό για τη θεραπευτική σχέση (DiMatteo και Martin, 2011). Ωστόσο, το βασικό χαρακτηριστικό της θεραπευτικής συμμαχίας είναι η συνεργασία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, καθώς και την ενεργό συμμετοχή των τελευταίων στη διαδικασία θεραπείας (DiMatteo και Martin, 2011).

Η θεραπευτική συμμαχία έχει τις ρίζες της στην πανθεωρητική προσέγγιση (DiMatteo και Martin, 2011). Σύμφωνα με τους Σταλίκας και Παυλάτου (2008), η προσέγγιση αυτή είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη και συνειδητή σχέση, η οποία βασίζεται και αναπτύσσεται μέσα από την κοινή συμφωνία του ιατρού και του ασθενούς σχετικά με τους στόχους της θεραπείας, τη θεραπευτική διαδικασία ή τις ενέργειες που εξυπηρετεί ο θεραπευτικός στόχος και ο ασθενής πρέπει να πραγματοποιήσει, καθώς και την ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού που χαρακτηρίζεται από την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την ασφάλεια και την αποδοχή του ασθενούς από τον ιατρό.

Προκειμένου η θεραπευτική συμμαχία να οδηγήσει προς τη συμμόρφωση του ασθενούς, θα πρέπει να πληρούνται ορισμένα συγκεκριμένα κριτήρια (Μουμουλέτσα και Χαρίλα, 2004): α) η ύπαρξη μιας συγκεκριμένης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, β) το γεγονός ότι η θεραπεία διεξάγεται σε ένα πλαίσιο που είναι κατάλληλο για τη διεξαγωγή μίας τέτοιας θεραπείας, γ) τον προσδιορισμό του προβλήματος του ασθενούς με μία θετική χροιά και αισιόδοξη στάση όσον αφορά στην επιτυχία, και τέλος

δ) τη συνεργασία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς ως αναγκαίο και κρίσιμο παράγοντα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της θεραπείας.

Το μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς ασθενών γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση μπορεί να αποτελέσει ένα παράδειγμα κατανόησης της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο του σχεσιακού μάρκετινγκ. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στη διαδικασία του αμοιβαίου προκαθορισμού που ανέπτυξε ο Bandura το 1977. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο επηρεάζεται ως προς την ανάπτυξή του από την αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον και τις συμπεριφορές. Η θεωρία αυτή δίνει έμφαση στην αυτο-αποτελεσματικότητα, τις προσδοκίες και τους στόχους των ατόμων, καθώς αποτελούν παράγοντες υποκίνησης των ατόμων όσον αφορά στην υιοθέτηση μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Ο απώτερος στόχος αυτής της προσέγγισης είναι να προσδιοριστούν εκείνα τα στοιχεία που οδηγούν στη μεταβολή της σκέψης και επομένως της συμπεριφοράς του ασθενούς. Η Χαρίλα (2007) τονίζει ότι αυτή η προσέγγιση βασίζεται τόσο σε συμπεριφορικές, όσο και γνωστικές στρατηγικές, που έχουν σχεδιαστεί για να προσδιορίσουν και να τροποποιήσουν το γνωστικό σύστημα του ασθενούς και μέσω αυτών να προκαλέσουν μία γνωστική και συμπεριφορική αλλαγή.

Στην ουσία, αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην αναγνώριση ότι προκειμένου να κατανοηθεί η συμπεριφορά του ατόμου, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο παράγοντες (Χαρίλα, 2007): α) τα γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του ατόμου, β) τις γνωστικές διαδικασίες του ατόμου, οι οποίες περιλαμβάνουν αντιλήψεις, καθώς και αξίες και διαδικασίες των γεγονότων που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του ατόμου. Κατά συνέπεια, αυτή η προσέγγιση βοηθάει στη δημιουργία σχέσεων μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας και κατά συνέπεια στη συμμόρφωση των ασθενών, δεδομένου ότι προσδιορίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ασθενούς, ενώ παράλληλα δίνει έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ιατρού και την αλληλεπίδραση με τον ασθενή, οδηγώντας στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς έτσι ώστε να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρού. Όπως αναφέρουν οι Μουμουλέτσα και Χαρίλα (2004), αυτή η αλλαγή βασίζεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αναπτύσσονται κατά τη θεραπευτική συμμαχία

μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, όπως η εμπιστοσύνη, η πίστη, η ενσυναίσθηση, η συναισθηματική προσέγγιση, καθώς και η ειλικρίνεια και από τα δύο μέρη.

## **2.4 Επικοινωνία ασθενών και επαγγελματιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών**

### **2.4.1 Σημασία της επικοινωνίας**

Η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι σημαντικός παράγοντας στον τομέα της υγείας, καθώς προσδιορίζει την αλληλοεπίδραση, αλλά και τη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ασθενούς, ενώ παράλληλα περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ανταλλαγή πληροφοριών και την απόφαση για τη θεραπεία (Al-Mobeeriek, 2012). Άλλωστε, η συμπεριφορά από μέρους των επαγγελματιών υγείας η οποία βασίζεται ιδίως στην αμοιβαία επικοινωνία και την υποστήριξη σχετίζεται με περισσότερη ικανοποίηση και λιγότερο άγχος από την πλευρά των ασθενών (Al-Mobeeriek, 2012).

Ιδιαίτερη έμφαση στο πλαίσιο του σχεσιακού μάρκετινγκ θα πρέπει να δοθεί στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, καθώς η αποτελεσματική επικοινωνία οδηγεί στην ικανοποίηση των ασθενών. Αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί προκειμένου να εξετάσουν τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, ως προσδιοριστικός παράγοντας της θετικής έκβασης της θεραπείας και κατά συνέπεια της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν (Μποστανίτης και Τσαλίδου, 2010; Hall, 2003; Simonet, 2005; Robinson et al., 2008).

Η έμφαση στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών απορρέει από το γεγονός ότι έχει αλλάξει το μοντέλο των σχέσεων μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, η σχέση μεταξύ αυτών των δύο μερών δε βασίζεται πλέον στο πατερναλιστικό μοντέλο, όπου ο ιατρός θεωρούνταν ως αυθεντία και που

λειτουργούσε με βάση τον παραδοσιακό του ρόλο, παρέχοντας διάγνωση και θεραπεία που δεν μπορούσε να αμφισβητηθεί από μέρους των ασθενών (D'Souza και Sequeira, 2012). Η αλλαγή αυτή οφείλεται εν πολλοίς στο ότι στη σημερινή κοινωνία της τεχνολογίας και της πληροφορίας, οι ασθενείς από τη μία πλευρά έχουν τη δυνατότητα να ενημερώνονται και οι ίδιοι για θέματα υγείας και από την άλλη δεν έχουν ενδοιασμό στο να αλλάζουν πάροχο υγείας, όπως ιατρό (D'Souza και Sequeira, 2012). Για παράδειγμα, στην έρευνα των Smith et al. (2008) βρέθηκε ότι οι ασθενείς, κυρίως οι άντρες, τείνουν να εφαρμόζουν την αυτό-παρακολούθηση σε συνδυασμό με την αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών στο διαδίκτυο, πριν λάβουν την απόφαση να απευθυνθούν σε έναν επαγγελματία υγείας. Έτσι, αρκετοί ασθενείς επισκέπτονται τον ιατρό έχοντας προσπαθήσει να βρουν πληροφορίες στο διαδίκτυο σχετικά με την ασθένειά τους, τρόπους αντιμετώπισης, αλλά και πρόληψης.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τη σχέση που διαμορφώνουν με τους ιατρούς και από την επικοινωνία που έχουν με τους τελευταίους συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη συμμόρφωσή τους με τις υποδείξεις των ιατρών, όπως αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα. Αυτό υποστηρίζεται και από τους Αντεριώτη και Αντωνίου (2014, σελ. 64), οι οποίοι αναφέρουν χαρακτηριστικά πως, «οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας». Το γεγονός ότι υπάρχει άρρηκτη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών από τη σχέση και επικοινωνία με τον ιατρό και της συμμόρφωσής τους με τις υποδείξεις του τελευταίου υποστηρίζεται και από τον Ραφτόπουλο (2002, σελ. 11), ο οποίος επισημαίνει με τη σειρά του ότι, «η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί ίσως τον δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με το γιατρό τους».

#### **2.4.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις στη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών**

Η σχέση ιατρού ασθενή είναι κάτι παραπάνω από απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Πρόκειται για μία σχέση αλληλεπίδρασης η οποία εμπεριέχει το στοιχείο της ανισοτιμίας και πολλές φορές δεν είναι εθελοντική, αλλά προκύπτει ως αναγκαιότητα και αφορά το κρίσιμο θέμα της υγείας. Πρόκειται για συναισθηματικά φορτισμένη σχέση και γι' αυτό απαιτεί αρμονική συνεργασία μεταξύ των δύο πλευρών. (Ong et al., 1995).

Η δημιουργία της απαραίτητης συναισθηματικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή, είναι βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ τους, η οποία στη συνέχεια θα συμβάλλει και στην επιτυχία της θεραπείας. Στη σχέση αυτή ο γιατρός οφείλει να αντιλαμβάνεται τη σωματική, αλλά και την ψυχολογική και κοινωνική πλευρά των προβλημάτων του ασθενή, δίνοντάς του έτσι την σιγουριά ότι μπορεί να κατανοήσει και να συμμαριστεί το πρόβλημά του. Ο ασθενής αισθάνεται άνετα να μιλήσει για το πρόβλημά του και εμπιστεύεται τον γιατρό και τις συμβουλές του, κάτι που επιφέρει θετικό αποτέλεσμα στην υγεία του. Ικανότητα δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων όχι μόνο με τους ασθενείς, αλλά και με τους συγγενείς τους, καθώς και με όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην προσπάθεια προαγωγής της υγείας των ανθρώπων, είναι το στοιχείο που, μαζί με τις ιατρικές γνώσεις, χαρακτηρίζει κάποιον ως «καλό γιατρό».

Τα χαρακτηριστικά της εν λόγω σχέσης ακολουθούν συγκεκριμένα μοτίβα, η προσέγγιση των οποίων γίνεται με δύο τρόπους: τη μακρό-θεωρητική προσέγγιση, η οποία προσδιορίζει τη σχέση στο πλαίσιο της συνολικής κοινωνικής δομής και οργάνωσης (σχέση κοινής συναίνεσης και σχέση συγκρούσεων) και τη μικρό-θεωρητική προσέγγιση, η οποία εστιάζει κυρίως στη δυναμική της συνάντησης (σχέση διαπραγμάτευσης) (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

##### **Μακροθεωρητική προσέγγιση**

Τη σχέση ιατρού-ασθενή ως σχέση κοινής συναίνεσης την προσεγγίζει η ανάλυση του Parson. Σύμφωνα με αυτήν, τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής

έχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο. Έχουν προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις, όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε μέλος κοινωνικής ομάδας, και υπηρετούν το ρόλο τους με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία της συγκεκριμένης ομάδας. Ο στόχος του ιατρού είναι να επαναφέρει την υγεία του ασθενή στην αρχική κατάσταση, ενώ η επιδίωξη του ασθενή είναι να προσπαθεί να θεραπευτεί. Ο ρόλος του ασθενή δεν είναι καθόλου επιθυμητός και προκαλεί δυσαρέσκεια, με αποτέλεσμα να μη συμμετέχει στις καθημερινές δραστηριότητες και υποχρεώσεις. Ωστόσο, πρόκειται για προσωρινή κατάσταση, γεγονός που θα πρέπει να ωθήσει τον ασθενή στην εύρεση ιατρικής φροντίδας, αλλά και στο να συνεργαστεί με τον γιατρό και να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του. Παράλληλα με τον ασθενή, ο γιατρός υποχρεούται να κάνει χρήση των εξειδικευμένων γνώσεων που έχει, ώστε να επαναφέρει την υγεία του ασθενή στην αρχική κατάσταση. Εφόσον κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται, η κοινωνία αναγνωρίζει την αξία του γιατρού και τον ανταμείβει με τρία δικαιώματα: Το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή σωματικά και συναισθηματικά, το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση της Ιατρικής και το δικαίωμα να είναι σε θέση υπεροχής απέναντι στον πάσχοντα. Η σχέση αυτή αν και χαρακτηρίζεται από ανισότητα, παρουσιάζεται αρμονική. Η ασυμμετρία στην πληροφόρηση, οι εξειδικευμένες γνώσεις, αλλά και αναγνώριση που απολαμβάνει το ιατρικό επάγγελμα στην κοινωνία, έχουν ως αποτέλεσμα την ενδυνάμωση του γιατρού απέναντι τον ασθενή, ο οποίος θα πρέπει απλώς να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

Η δεύτερη θεωρία, που αντιμετωπίζει επίσης τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης η οποία καθορίζεται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς και τη θεραπεία που προτείνει ο γιατρός, είναι η θεωρία των Szasz και Hollender (1956, όπως παρατίθεται στο Μάντη και Τσελέπη, 2000) Υπάρχουν τρία βασικά μοντέλα ανάλογα με τις πεποιθήσεις των δυο πλευρών σχετικά με την ευθύνη και την εξουσία στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Το πρώτο μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας υφίσταται όταν ο ασθενής αδυνατεί να συμμετάσχει στην επαφή εξ αιτίας κάποιου προβλήματος υγείας, όπως το να έχει υποστεί κάποιο σοβαρό τραυματισμό η να είναι σε κωματώδη κατάσταση, οπότε όλες οι προτεινόμενες ιατρικές πράξεις γίνονται δεκτές λόγω της αντικειμενικής παθητικότητας του θέσης. Το δεύτερο μοντέλο είναι της



κατευθυνόμενη συνεργασίας, όπου ο ασθενής συνεργάζεται και ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού, αφήνοντας σε αυτόν τις σημαντικές αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία. Το τρίτο μοντέλο είναι αυτό της κοινής συμμετοχής όπου οι δυο πλευρές λαμβάνουν αποφάσεις από κοινού και αλληλοβοηθούνται για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, που είναι η βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Η ευθύνη διαμοιράζεται και κάθε προβληματισμός εκφράζεται ελεύθερα. Σε αυτή τη σχέση μπορούν να συμπεριληφθούν και οι συμβουλευτικές επισκέψεις που αφορούν στη διακοπή κάποιας κακής έξης, όπως οι ναρκωτικές ουσίες, το κάπνισμα και ο αλκοολισμός.

Ο Freidson (1970, όπως παρατίθεται στο Μάντη και Τσελέπη, 2000), παρουσιάζει τη σχέση γιατρού-ασθενή ως σχέση συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις αυτές μπορεί να εμφανιστούν προοδευτικά και οφείλονται στο ότι οι δυο πλευρές έχουν διαφορετική οπτική και προτεραιότητες. Ο ασθενής επιθυμεί το μέγιστο χρόνο προσοχής του ιατρού σε όλα τα στάδια της ιατρικής εξέτασης με μοναδικό στόχο την επίλυση του δικού του προβλήματος, ενώ ο γιατρός, προκειμένου να εξυπηρετήσει μεγάλο αριθμό ασθενών, επιδιώκει να καταναίμει το χρόνο του ισόποσα σε όλους.

Σύμφωνα με μια άλλη εκδοχή αυτής της σχέσης, η αιτία των συγκρούσεων συχνά εδράζεται στο τι πιστεύει ο γιατρός σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενή. Εφόσον κρίνει ότι ο ασθενής, έχοντας μια εικόνα της ασθένειάς του, αποζητά βοήθειά μόνο όταν είναι απαραίτητο, περιμένει από αυτόν να ακολουθήσει πιστά τις συμβουλές που του δίνονται. Η μη συμμόρφωση του ασθενή με τις οδηγίες του γιατρού και η όποια αμφισβήτησή του, μπορεί να είναι αιτία συγκρούσεων.

#### Μικροθεωρητική προσέγγιση

Η σχέση γιατρού-ασθενή ως σχέση διαπραγμάτευσης, χαρακτηρίζεται από την επαφή πρόσωπο με πρόσωπο. Εδώ κίριο ρόλο παίζει ο περιβάλλοντας χώρος, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και η γλώσσα του σώματος, καθώς έτσι παρουσιάζεται η ταυτότητα των δύο πλευρών και οι στρατηγικές των δυο συμμετεχόντων σε αυτήν την αλληλεπίδραση, προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός για τον καθένα στόχος (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

Οι στρατηγικές αυτές έχουν ως στόχο τον έλεγχο της συνάντησης: το να κατευθύνουν δηλαδή την επικοινωνία προς όφελος της κάθε πλευράς. Ο ασθενής από την πλευρά του προσπαθεί –πολλές φορές πλατειάζοντας και κάνοντας αυτοδιάγνωση- να παρουσιάσει τα δεδομένα με τέτοιο τρόπο ώστε να πείσει τον γιατρό να τα αποδεχθεί, ενώ ο γιατρός χρησιμοποιώντας τις επιστημονικές του γνώσεις, τα εργαστηριακά αποτελέσματα και την εμπειρία του, προσπαθεί να πείσει τον ασθενή να ακολουθήσει τις συμβουλές του, επισημαίνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν λόγω μη συμμόρφωσης (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο ασθενής αποκρύπτει κάποιες πληροφορίες ή δεν έχει χρόνο να παρουσιάσει λεπτομερώς όλα τα δεδομένα. Έχει βρεθεί ότι σε μια κανονική εξέταση, αφενός ο ασθενής δεν αναφέρει στον γιατρό το 45% των προβλημάτων που τον απασχολούν, με αποτέλεσμα να μη συζητηθούν ποτέ και αφετέρου ο γιατρός, δεν αφιερώνει αρκετό χρόνο στον ασθενή, αφού τον διακόπτει κατά μέσο όρο μόλις 18 sec από τη στιγμή που έχει αρχίσει να μιλάει και να αναλύει το σκοπό της επίσκεψής του (Βενιού και Τεντολούρης, 2013). Σημαντικά προβλήματα στην επικοινωνία δημιουργεί η έλλειψη ενεργητικού τρόπου ακρόασης από τον ιατρό. Οι συχνές διακοπές του ασθενούς, γρήγορη διαμόρφωση άποψης και η μη στοχευμένες ερωτήσεις, ενδέχεται να οδηγήσουν στην υποτίμηση κάποιων πληροφοριών και σε λάθος συμπεράσματα, ενώ προκαλούν και δυσαρέσκεια στους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν τους αφιερώνεται αρκετός χρόνος. Άλλωστε, ο χρόνος που αφιερώνεται για συζήτηση με τον ασθενή αποτελεί σημαντικό στοιχείο, καθώς συχνά είναι λιγότερος από τον αναγκαίο. Υπολογίζεται ότι στην πλειοψηφία των συνεδριών, οι ασθενείς δεν αναφέρουν περίπου το 50% των προβλημάτων που τους απασχολούν, ενώ οι ιατροί διακόπτουν τους ασθενείς σε λιγότερο από 20 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που αρχίζουν να αναλύουν τον σκοπό της επίσκεψής τους (Βενιού και Τεντολούρης, 2013). Εάν ο ασθενής δεν πεισθεί ή έχει αντίθετη γνώμη και δεν ενστερνίζεται την άποψη και τις συμβουλές του γιατρού, υπάρχει περίπτωση να πείσει τον γιατρό να αποδεχθεί τη δική του γνώμη (Μάντη και Τσελέπη, 2000). Τα παραπάνω έχουν ως συνέπεια τη μείωση της ικανοποίησης του ασθενή και έλλειψη

εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του γιατρού, κάτι που έχει επιπτώσεις στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών και κατ' επέκταση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι επίσης σημαντικό κομμάτι αυτών των στρατηγικών συνάντησης. Υπάρχουν τρεις πηγές μη λεκτικών μηνυμάτων: η πρώτη έχει να κάνει με την εμφάνιση, τις χειρονομίες, το βλέμμα και τη στάση του σώματος, η δεύτερη με τη ροή του λόγου, τον τόνο της φωνής, την ένταση και τις παύσεις κατά την ομιλία και η τρίτη αφορά το χώρο εργασίας, την διακόσμηση, το φωτισμό και τα χρώματα. Όλα αυτά είναι στοιχεία μη λεκτικά που μπορεί να επηρεάσουν τη διάθεση και την ψυχολογία του ατόμου και να το οδηγήσουν στη διαμόρφωση πρώτης εντύπωσης. Ιδίως για τον γιατρό, η μη λεκτική συμπεριφορά θα πρέπει να είναι προσεγμένη, καθώς μεταφέρει συναισθηματικά μηνύματα και αποτελεί βασική πηγή πληροφοριών για τον ασθενή (Βενιού και Τεντολούρης, 2013). Η οπτική επαφή, το βλέμμα, ο τόνος της φωνής, οι εκφράσεις του προσώπου, οι κινήσεις και η στάση του σώματος επηρεάζουν σημαντικά το νόημα και την ερμηνεία του μηνύματος. Οι μη λεκτικές ενδείξεις αποτελούν μια εξαιρετική πηγή πληροφοριών για τον ιατρό αλλά και για τον ασθενή. Ο γιατρός οφείλει να κατανοήσει τη συναισθηματική κατάσταση και τις αντιδράσεις του ασθενή, αλλά και να συντονίσει τα λεγόμενά του με τις μη λεκτικές ενδείξεις, ώστε να είναι σίγουρος ότι αυτό που λέει γίνεται κατανοητό.

#### **2.4.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες της αποτελεσματικής επικοινωνίας**

Η σωστή επικοινωνία εμπεριέχει τη δημιουργία, θεμελίωση και διατήρηση της εμπιστοσύνης, την ενεργή ακρόαση, το σχηματισμό συγκεκριμένων αντιλήψεων και την ενεργή συμμετοχή στις ψυχικές εμπειρίες του άλλου. Η ποιότητα του επιπέδου επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η πιστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα κατά 26% (Di Matteo και Martin, 2011). Συνεπώς, η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προάγεται μέσω της αναβάθμισης της ποιότητας επικοινωνίας ιατρού-ασθενή. Οι ασθενείς που κατανοούν καλύτερα τους ιατρούς και έχουν θετική αίσθηση κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής πράξης είναι πιθανότερο να

προσαρμοστούν στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Συχνά, ο τρόπος με τον οποίο μεταβιβάζεται μια πληροφορία, είναι το ίδιο σημαντικός όσο και η ίδια η πληροφορία.

Επίσης, η ελλιπής επικοινωνία και η μη ικανοποίηση των ασθενών είναι παράμετροι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την πιθανότητα καταγγελίας ιατρικών λαθών. Η ανεπαρκής πληροφόρηση σε συνδυασμό με την έλλειψη ευαισθησίας και συμπαράστασης από την πλευρά του γιατρού είναι ο κύριος λόγος που οδηγεί σε δικαστικές διαμάχες. Σύμφωνα με ερωτηθέντες ασθενείς, η καταγγελία ενός ιατρικού λάθους θα είχε αποφευχθεί εάν ο θεράπωντας ιατρός τους πληροφορούσε πλήρως, παραδεχόταν το λάθος του και τους αντιμετώπιζε με ειλικρίνεια κι ευαισθησία (Τσίμτσιου, 2008).

Σε αυτό το πλαίσιο, ένα ενδιαφέρον πεδίο έρευνας σχετίζεται με τους παράγοντες εκείνους που εμπλέκονται στην επικοινωνία, και ιδίως στην αποτελεσματική επικοινωνία, μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Στο πλαίσιο των εμπειρικών μοντέλων που διέπουν τη συνάντηση μεταξύ ασθενούς και παρόχου των υπηρεσιών υγείας, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας από μέρους των επαγγελματιών υγείας είναι οι εξής: α) η προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, β) οι στόχοι του ασθενούς κατά την επίσκεψή του στον επαγγελματία υγείας, γ) οι προσδοκίες του ασθενούς, δ) ο τύπος του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ασθενής, ε) η προηγούμενη γνώση του επαγγελματία υγείας σχετικά με τις ανησυχίες του ασθενούς, στ) το πλαίσιο εκπαίδευσης και κατάρτισης του επαγγελματία υγείας και τέλος ζ) η προσωπικότητα τόσο των ασθενών, όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Οι στρατηγικές επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών επηρεάζονται τα χαρακτηριστικά τόσο των ασθενών, όσο και των επαγγελματιών υγείας. Οι γυναίκες ιατροί τείνουν να είναι περισσότερο επικεντρωμένες στον ασθενή κατά τη διαδικασία της επικοινωνίας. Επίσης, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους έχει βρεθεί ότι έχουν περισσότερο θετική στάση προς το να μιλήσουν και να επικοινωνήσουν, στην περίπτωση που ο ιατρός είναι γυναίκα. Επίσης, το ύψος και ο βαθμός επικοινωνίας επηρεάζεται εκτός από το φύλο των ιατρών

και από την κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ασθενών, από το επίπεδο της αυτοπεποίθησής τους, αλλά και από την αντιληπτή σημασία της παροχής πληροφοριών σχετικά με την υγεία (Al-Mobeeriek, 2012).

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να εμπλέκεται στη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας είναι η πολυπολιτισμικότητα, δηλαδή το γεγονός ότι ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής ενδέχεται να μη μιλούν την ίδια γλώσσα. Η έρευνά τους βασίστηκε και στην υπόθεση ότι τα άτομα που δε μιλούν είτε καθόλου είτε μιλούν λίγο τη γλώσσα της χώρας υποδοχής μειονεκτούν όσον αφορά στην πρόσβασή τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας και συνεπώς έχουν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Χρησιμοποιώντας το παράδειγμα της πολυπολιτισμικής κοινωνίας της Αυστραλίας, οι Goldsmith et al. (2005) εξέτασαν τις απόψεις των οδοντιάτρων σχετικά με την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα που μιλούσαν πολύ λίγο την αγγλική γλώσσα. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων οδοντιάτρων αντιμετωπίζουν ασθενείς με γλωσσικά εμπόδια, τα οποία προκαλούν δυσκολίες στην επικοινωνία και παρεμβαίνουν στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας. Ωστόσο, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ερωτηθέντων ανέφεραν ότι ποτέ δεν αντιμετωπίζουν ασθενείς με γλωσσικά εμπόδια. Αυτό μπορεί να καταδεικνύει ότι ορισμένοι επαγγελματίες υγείας ενδεχομένως να μην είναι σε θέση να συνειδητοποιήσουν ή να αναγνωρίσουν ότι ένας ασθενής έχει περιορισμένη ή δεν έχει καθόλου γνώση της αγγλικής γλώσσας. Ορισμένοι οδοντίατροι ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν διερμηνείς, προκειμένου να υπερβούν τα εμπόδια που παρουσιάζονται στην επικοινωνία λόγω της γλώσσας. Ωστόσο, η λύση αυτή έχει βρεθεί ότι δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική, καθώς οι διερμηνείς που δεν είναι τόσο καλά εκπαιδευμένοι ενδέχεται να οδηγήσουν στην ύπαρξη μεροληψίας, ενώ και ορισμένοι ασθενείς αισθάνονται ότι παραβιάζεται η ιδιωτικότητά τους και ενδέχεται να αισθάνονται ντροπή.

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι η ενσυναίσθηση. Ως ενσυναίσθηση ορίζεται η συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση ενός άλλου ατόμου, και η κατανόηση της συμπεριφοράς και των κινήτρων

του. Η ενσυναίσθηση δεν είναι ταυτόσημη με τη συμπάθεια, ούτε υποδηλώνει τη συμμετοχή στη συναισθηματική κατάσταση του πάσχοντα με την έννοια του οίκτου. Αφορά στην κατανόηση του συναισθήματος του άλλου και όχι στην έκφραση του προσωπικού βιώματος. (Di Matteto και Martin, 2011). Αν και αρχικά υπήρχε ως έννοια μόνο στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, σταδιακά αναγνωρίστηκε ως μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος στη σχέση γιατρού-ασθενή. Συμβάλλει στη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και στη συνολική ικανοποίηση του ασθενή, μειώνοντας το άγχος κι τη συναισθηματική ένταση, αλλά και στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης από τη πλευρά του γιατρού. Οι θεωρητικοί μιλούν για τέσσερις βασικές πτυχές της ενσυναίσθησης: τη βιωματική, την ηθική, τη γνωστική και την επικοινωνιακή-συμπεριφορική. Οι δύο πρώτες σχετίζονται με την εσωτερική ικανότητα κάποιου να αντιλαμβάνεται, να συμμαρτίζεται και να προσεγγίζει τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Η γνωστική, έχει να κάνει με τη νοητική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου, ενώ η επικοινωνιακή αφορά στην ακριβή μεταβίβαση της κατανόησης του βιώματος στον άλλο. Στην αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού-ασθενή, η αποτελεσματικότητα της ενσυναίσθησης σχετίζεται κυρίως με τις δύο τελευταίες διαστάσεις (Lussier και Richard, 2007, όπως παρατίθεται στο Βενιού και Τεντολούρης, 2013)

Επίσης, υπάρχει και το πρόβλημα της αβεβαιότητας. Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής αναπόφευκτα θα καταλήξει και η πιθανότητα ανάκαμψης είναι μικρή, ο γιατρός τίθεται σε δίλημμα. Εάν ενημερώσει τον ασθενή μπορεί να αμφισβητηθεί η αξιοπιστία του, να κατηγορηθεί και να προκαλέσει την «παραίτηση» του ασθενή καθώς και την αντίδραση των οικείων του. Αν δεν ενημερώσει, επιμηκύνεται η αβεβαιότητα, τίθεται θέμα ηθικής, αλλά ο ασθενής συνεχίζει να μάχεται για τη βελτίωση της υγείας του με καλύτερη ψυχολογία. (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

Τέλος, ένας παράγοντας που ενδέχεται να αποτελέσει εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας είναι η μη αντιστοιχία μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των ασθενών και των πληροφοριών που χρειάζεται ο επαγγελματίας υγείας και αντίστροφα (Podschun, 2012). Για παράδειγμα, ένας ασθενής ενδέχεται να μη μπορεί να

επικοινωνήσει με το σωστό τρόπο το πρόβλημά του στον επαγγελματία υγείας. Από την άλλη, ορισμένες οδηγίες και συστάσεις από μέρους των επαγγελματιών υγείας ίσως και να μη γίνονται κατανοητές από τους ασθενείς, ή ενδέχεται οι τελευταίοι να θυμούνται λάθος αυτές τις πληροφορίες που τους παρείχε ο επαγγελματίας υγείας. Δεδομένου ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών, μπορεί να γίνει κατανοητό ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας και εν τέλει στην αποτελεσματική πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία προβλημάτων υγείας.

Μελέτες δείχνουν ότι οι χαμηλές κοινωνικές τάξεις καθώς και οι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν την ιατρική ορολογία, αλλά και να εκθέσουν το πρόβλημα τους στον γιατρό (Μάντη και Τσελέπη, 2000). Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση εμφανίζονται στις μελέτες ως οι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, καθώς έχουν συνήθως τη μέγιστη πληροφόρηση πριν από την επίσκεψη στον ιατρό τους, κάτι που οδηγεί σε αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει διαφορά και στην αντιμετώπιση των ασθενών κατώτερων επιπέδων από τους γιατρούς. Μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς της μαύρης φυλής, καθώς και οι ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και ήταν χαμηλότερου εισοδηματικού και μορφωτικού επιπέδου λαμβάναν λιγότερη πληροφόρηση από τους γιατρούς.

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ο Wright (όπως παρατίθεται στους AnbuSelvan et al., 2013) τονίζει τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της σχέσης ασθενούς και επαγγελματιών υγείας. Ο συγγραφέας επισημαίνει ότι θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας: α) να δημιουργήσουν μία αρμονική σχέση συμπάθειας με τους ασθενείς, β) να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα τους, γ) να ακροάζονται με προσοχή και αποτελεσματικά στους ασθενείς, δ) να ανταποκρίνονται σε τυχόν δύσκολες ερωτήσεις που θα τεθούν από τον ασθενή, ε) να εξηγούν ιατρικές συνθήκες και την ανάγκη για την εκάστοτε προτεινόμενη θεραπεία, στ) να διαχειρίζονται αποτελεσματικά συζητήσεις που αναφέρονται σε οικονομικά

ζητήματα (π.χ. κόστος θεραπείας), ζ) να επικοινωνούν αποτελεσματικά με άλλα μέλη της ομάδας (π.χ. σε μία κλινική), η) να προσπαθούν να πείσουν τους ασθενείς να αποδεχθούν τις προτεινόμενες θεραπείες που συστήνουν, θ) να μιλούν με τους ασθενείς με αυτοπεποίθηση και δυναμισμό, ι) να επιλύουν τυχόν συγκρούσεις που ανακύπτουν με τα άλλα μέλη της ομάδας στην οποία εργάζονται.

Κατά συνέπεια, οι επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών αποτελούν σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών, μέσα από τη θετική ή αρνητική τους αξιολόγηση της επικοινωνίας που έχουν (Alhashem et al., 2009; Qu et al. , 2011). Αυτές οι επικοινωνιακές δεξιότητες περιλαμβάνουν τα εξής: α) ειλικρίνεια και από τα δύο μέρη: από την πλευρά των ασθενών όσον αφορά στα συμπτώματα και τις πληροφορίες που παρέχουν στον ιατρό και από την πλευρά των ιατρών, όσον αφορά στη διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία αλλά και πρόληψη, β) σεβασμό, γ) γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες του ιατρού, δ) φιλικότητα. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και ιατρών αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Kessler και Mylod, 2009; Qu et al., 2011).

## **2.5 Τεχνικές μάρκετινγκ σχέσεων**

Το διαδίκτυο και τα εργαλεία Web 2.0 και ιδίως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μπορούν να συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην εφαρμογή του relationship marketing. Μια πολύ σημαντική πτυχή της σχέσης μεταξύ των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, της διαφήμισης και των online κοινοτήτων είναι η επίδραση που έχουν στην από στόμα σε στόμα επικοινωνία. Η από στόμα σε στόμα επικοινωνία αφορά τη χρήση των άτυπων μεθόδων επικοινωνίας, με σκοπό την προώθηση συγκεκριμένων προϊόντων / υπηρεσιών / πληροφοριών. Οι Schweidel et al. (2011) υποστηρίζουν ότι όσοι έχουν μια πολύ θετική ή πολύ αρνητική γνώμη για ένα προϊόν / υπηρεσία ή έναν οργανισμό είναι πολύ πιο πιθανό να το επικοινωνούν σε μια online κοινότητα, σε σύγκριση με εκείνους με μια σχετικά μέτρια άποψη. Η από στόμα σε στόμα επικοινωνία σε ένα online περιβάλλον μπορεί να λειτουργήσει ως ιογενής



διαφήμιση (Trusov et al., 2008), καθώς οι άνθρωποι τείνουν να συνδέονται με άλλους ανθρώπους που μοιράζονται τα ίδια ενδιαφέροντα και για το λόγο αυτό η άποψη ενός ατόμου σε ένα κοινωνικό δίκτυο μπορεί να επηρεάσει την άποψη του άλλου προσώπου.

Επιπρόσθετα, η αισθητική μίας ιστοσελίδας συνδέεται με την αισθητηριακή εμπειρία των καταναλωτών και για αυτόν τον λόγο τα αισθητικά στοιχεία ενός διαδικτυακού περιβάλλοντος έχουν επίδραση στη συμπεριφορά των καταναλωτών μέσα από την ικανοποίηση των προσδοκιών τους (Vilnai-Yavetz και Rafaeli, 2006). Συνεπώς, οι καταναλωτές είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όταν μία υπηρεσία παρέχεται σε ένα αισθητικά ωραίο περιβάλλον *servicescape* από ότι σε ένα μη αισθητικά ωραίο και αντλούν περισσότερη ευχαρίστηση από αυτό, δημιουργώντας μία περισσότερο ισχυρή αλληλεπίδραση των καταναλωτών με τον οργανισμό. Οι καταναλωτές αντιδρούν θετικά στην περίπτωση που μία ιστοσελίδα είναι σχεδιασμένη σε περιβάλλον εικονικής πραγματικότητας, το οποίο ενισχύει περαιτέρω την εμπιστοσύνη των καταναλωτών στον οργανισμό. Οι Vilnai-Yavetz και Rafaeli (2006) αναφέρουν ότι οι καταναλωτές αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι όταν μία υπηρεσία παρέχεται σε ένα εικονικό περιβάλλον, καθώς θεωρείται από τους καταναλωτές ως περισσότερο επαγγελματικό.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι Kim et al. (2007) εξέτασαν το κατά πόσο η τεχνολογία αλληλεπίδρασης της εικόνας (*image interactivity technology*) επιδρά στην αντίληψη των καταναλωτών σχετικά με το περιβάλλον μίας ιστοσελίδας και κατά συνέπεια στην καταναλωτική τους συμπεριφορά. Η τεχνολογία αλληλεπίδρασης της εικόνας περιλαμβάνει τη χρήση 3D, εικονικής πραγματικότητας, *mix-and-match* λειτουργίες, δυνατότητα *zoom-in*, με απώτερο στόχο την ενίσχυση της εμπειρίας των χρηστών από την πλοήγησή τους σε μία ιστοσελίδα. Η έρευνα των Kim et al. (2007) κατέδειξε ότι η χρησιμοποίηση των ανωτέρων εργαλείων και τεχνικών έχει θετικό αντίκτυπο στην απόλαυση που αισθάνονται οι καταναλωτές κατά τη διαδικασία αγοράς υπηρεσιών, την εμπλοκή των καταναλωτών στη διαδικασία αγοράς, καθώς και στην πιστότητά τους.

Ωστόσο, δεν θα πρέπει να παραληφθεί και ο ρόλος του παραδοσιακού μάρκετινγκ. Σε αυτό το πλαίσιο, το άμεσο marketing μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο του σχεσιακού marketing. Το άμεσο marketing είναι ένα σύστημα marketing, το οποίο ελέγχεται πλήρως από τον υπεύθυνο marketing, ο οποίος αναπτύσσει προϊόντα, τα προωθεί άμεσα στον τελικό καταναλωτή μέσω μίας ποικιλίας επιλογών μέσων, δέχεται άμεσες παραγγελίες από πελάτες, και διανέμει τα προϊόντα άμεσα στον πελάτη. Τα βασικά πλεονεκτήματα του άμεσου marketing είναι η στόχευση ακριβείας, η εξατομίκευση, η ευελιξία, η ιδιωτικότητα, η μετρησιμότητα, το χαμηλό κόστος, καθώς και η αναλυτική γνώση (Hudson, 2008). Μία τεχνική άμεσου marketing είναι η άμεση αλληλογραφία, στην οποία αποστέλλεται μία προσφορά σε έναν υποψήφιο πελάτη μέσω ταχυδρομείου, είναι μακράν η πιο συνηθής μορφή διαφήμισης άμεσης απόκρισης. Η χρήση της αλληλογραφίας είναι ευρέως εξαπλωμένη διότι είναι δυνατόν να εξατομικευθεί το μήνυμα (το όνομα μπορεί να συμπεριληφθεί στην αλληλογραφία), μπορεί να μεταβιβάσει μακροσκελή μηνύματα (τα έντυπα μηνύματα πωλήσεων μπορούν να αποσταλούν με απαντητικές κάρτες ή συμβόλαια, τα οποία μπορούν να επιστραφούν από τους υποψήφιους πελάτες), και μπορούν να παρέχουν υψηλό βαθμό γεωγραφικής κάλυψης με οικονομικό τρόπο (η αλληλογραφία μπορεί να διανεμηθεί στους καθορισμένους ταχυδρομικούς κώδικες). Παραδείγματα περιλαμβάνουν τις επιστολές πωλήσεων, τα φυλλάδια και φέιγ βολάν, τους φακέλους, τα προσπέκτους, τα DVD και τα CD-ROM.

## **2.6 Εργαλεία αξιολόγησης μάρκετινγκ σχέσεων**

Όπως αναφέρθηκε πρωτίτερα, απώτερος στόχος του μάρκετινγκ σχέσεων είναι η δημιουργία μακρόχρονων και στενών σχέσεων με τους πελάτες-ασθενείς. Ως εκ τούτου, ένα πολύ σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης των αποτελεσμάτων του, είναι η άποψη των ιδίων των ασθενών-πελατών. Οι απόψεις αυτών μπορούν να διερευνηθούν μέσα από τη διεξαγωγή ερευνών, με τη χρήση ποσοτικής (ερωτηματολογίου), ποιοτικής (συνέντευξης) ή ακόμα και μικτής μεθόδου, στους ασθενείς, σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας, από τους τρόπους που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες προκειμένου να έρθουν σε επαφή με τους πελάτες-ασθενείς

και να δημιουργήσουν στενές σχέσεις μαζί τους, καθώς και από το τι προτείνουν οι ίδιοι οι ασθενείς, ως προς το σχεσιακό μάρκετινγκ.

Δεδομένου ότι το μάρκετινγκ βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ένα εργαλείο αξιολόγησης του είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών-πελατών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας. Το Servqual αποτελεί ένα σημαντικό μεθοδολογικό εργαλείο της μέτρησης της ικανοποίησης των καταναλωτών-ασθενών. Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε από τους Parasuraman et al. το 1985 και αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται μπορεί να μετρηθεί ως ένα χάσμα μεταξύ των προσδοκιών των καταναλωτών από μία υπηρεσία και την τελική αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών από τους πελάτες-ασθενείς (Hansen, 2014).

Γενικά, υπάρχουν δέκα προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορούν να αξιολογηθούν (Hansen, 2014): πρόσβαση, επικοινωνία, ικανότητες, ευγένεια, αξιοπιστία, ασφάλεια, υλικά στοιχεία, αξιοπιστία, ανταπόκριση και κατανόηση / γνώση του πελάτη-ασθενή. Οι παράγοντες αυτοί εμπίπτουν σε πέντε κατηγορίες (Hansen, 2014): α) υλικά στοιχεία, που συμπεριλαμβάνει τις φυσικές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, την εμφάνιση και το προσωπικό του, β) την αξιοπιστία, που αναφέρεται στην ικανότητα να εκτελέσει ο επαγγελματίας υγείας την υπηρεσία που υπόσχεται με αξιοπιστία και με ακρίβεια, γ) την ανταπόκριση, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα και την προθυμία του επαγγελματία υγείας να βοηθήσει τους πελάτες-ασθενείς και να παρέχει γρήγορες υπηρεσίες, δ) τη διασφάλιση, η οποία αναφέρεται στις γνώσεις του επαγγελματία υγείας και στην ικανότητά του να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς, ε) την ενσυναίσθηση, η οποία μεταφράζεται σε φροντίδα και εξατομικευμένη προσοχή του επαγγελματία υγείας προς τους πελάτες-ασθενείς.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **3.1 Σκοπός της έρευνας**

Στη βάση της προηγηθείσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η παρούσα έρευνα σκοπό έχει να διερευνήσει τη δημιουργία και διατήρηση των σχέσεων μεταξύ των ιατρών ελεύθερων επαγγελματιών στην περιοχή της Θεσσαλονίκης και των ασθενών. Με βάση αυτό το σκοπό, οι επιμέρους στόχοι αυτής είναι οι εξής:

1. Να διερευνηθεί η άποψη των ιατρών σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται τη σχέση μεταξύ αυτών και των ασθενών
2. Να προσδιοριστούν οι τρόποι με τους οποίους οι ιατροί προσπαθούν να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν σχέσεις με τους ασθενείς
3. Να προσδιοριστεί το προφίλ, οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ασθενών, σύμφωνα με τις απόψεις των ιατρών
4. Να προσδιοριστούν οι ενέργειες που γίνονται στο πλαίσιο της συμμόρφωσης των ασθενών
5. Να διερευνηθεί ο ρόλος της επικοινωνίας στη σχέση ιατρών και ασθενών
6. Να προσδιοριστεί η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών

### **3.2 Μέθοδος της έρευνας**

Στην έρευνα αυτή επιλέχθηκε ποιοτική μέθοδος και συγκεκριμένα η ημιδομημένη συνέντευξη, καθώς στόχος είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ιατρών και ασθενών, μέσα από τις εμπειρίες και την υποκειμενική πραγματικότητα που βιώνουν οι ιατροί. Βασική αρχή της ποιοτικής έρευνας είναι ότι δεν υπάρχει μία καθολικά διαμορφωμένη και αντικειμενική αρχή, αλλά υπάρχουν πολλαπλές αλήθειες βασιζόμενες στην ερμηνεία που δίνει κάθε άτομο στα γεγονότα και τις καταστάσεις (Rubin και Rubin, 1995).

Η αλληλεπίδραση των ατόμων μεταξύ τους αλλά και με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζουν διαμορφώνει νοήματα και κατανοήσεις. Με αυτόν τον τρόπο, οι πολλαπλές εμπειρίες των ατόμων, οι αντιλήψεις και οι

προκαταλήψεις τους και εν γένει ο διαφορετικός τρόπος θέασης των πραγμάτων και λήψης αποφάσεων και ενεργειών είναι εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν την πραγματικότητα, η οποία, σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα, δεν είναι αντικειμενική, αλλά βασίζεται σε διαφορετικές εκτιμήσεις και αξιολογήσεις διαφορετικών ατόμων (Rubin και Rubin, 1995).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται: «Οι ποιοτικές μέθοδοι δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή να στοχεύσει στο τι σημαίνει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν, με άλλα λόγια, να εμβαθύνει. Πέρα, όμως, από τη λεπτομερή ανάλυση, οι ποιοτικές μέθοδοι καταγράφουν τη «φωνή» του υποκειμένου και τις εκφράσεις του. Οι ποιοτικές μέθοδοι σε μεγάλο βαθμό επηρεάζονται από την κουλτούρα-πολιτισμό του ερευνητή. Ο ερευνητής καλείται να ερμηνεύσει τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί και να αναδείξει τα τελικά συμπεράσματα, χρησιμοποιώντας τις παρατηρήσεις του» (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008, σελ. 3).

Το μεθοδολογικό εργαλείο συλλογής δεδομένων στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας είναι η ημιδομημένη προσωπική συνέντευξη. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει η Παρασκευοπούλου-Κόλλια (2008, σελ. 3) «πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζομένων με το αντικείμενο της έρευνας». Με άλλα λόγια πρόκειται για την μέθοδο που έχει ως στόχο να σχηματίσει ένα «νοητικό περιεχόμενο», να αποκαλύψει πτυχές της προσωπικότητας και να αναγνωρίσει συμπεριφορές. Βασικό εργαλείο της είναι η συνομιλία που λαμβάνει χώρα μεταξύ δύο ή και παραπάνω προσώπων.

Μέσα από τη συνέντευξη δίνεται η δυνατότητα όχι μίας απλής καταγραφής των απόψεων των ερωτηθέντων, αλλά η εις βάθος μελέτη και ερμηνεία των απόψεων, των στάσεων, των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων των συμμετεχόντων, στη βάση των προσωπικών τους αξιών, πιστεύω και εμπειριών (Τσιώλης, 2014). Υποστηρίζεται ότι η συνέντευξη έχει σκοπό την απόδοση, την περιγραφή και την εξερεύνηση της έννοιας που οι συμμετέχοντες στην έρευνα δημιουργούν και αποδίδουν στο φαινόμενο που

εξετάζεται (Valenzuela και Shrivastana, 2005). Η συνέντευξη στο πλαίσιο της ποιοτικής έρευνας με στόχο τη συλλογή περιγραφές των φαινομένων που εξετάζονται, μέσα από την ανάλυση της σημασίας αυτών των φαινομένων.

Ένα ακόμα πλεονέκτημα αυτού του μεθοδολογικού εργαλείου είναι η ευελιξία του. Αυτό σημαίνει ότι μέσα από την συνέντευξη και την ελεύθερη έκφραση των απόψεων των ερωτηθέντων νέα ζητήματα μπορούν να ανακύψουν, που δεν είχαν τεθεί από την ερευνήτρια (Dawson, 2009). Αυτό συμβάλλει στη δημιουργία νέας γνώσης και την ανάδειξη νέων ζητημάτων που θα πρέπει ίσως να ληφθούν υπόψη, έτσι ώστε να ερμηνευθεί το φαινόμενο που εξετάζεται.

Η συνέντευξη (παρατίθεται στο Παράρτημα) αποτελείται συνολικά από 18 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1-3 διερευνούν το προφίλ των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα (φύλο, ηλικία, ειδικότητα). Οι ερωτήσεις 4-18 διερευνούν τα εξής θέματα:

1. Τη σχέση του ιατρού με τον πελάτη-ασθενή
2. Τη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς
3. Την προσαρμογή των ιατρών στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών
4. Τη συμμόρφωση των ασθενών
5. Την επικοινωνία με τους ασθενείς
6. Την ικανοποίηση των ασθενών
7. Τα χαρακτηριστικά ενός «καλού ιατρού»

### **3.3 Δείγμα της έρευνας**

Στην ποιοτική έρευνα το δείγμα δε χρειάζεται να είναι μεγάλο, καθώς σε αυτήν την περίπτωση υπάρχει κίνδυνος για την εγκυρότητα της έρευνας, «αφού μέσα στο μεγάλο αριθμό των συμμετεχόντων χάνονται τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία θέλει να κατανοήσει η ποιοτική έρευνα» (Μαντζούκας, 2007, σελ. 241). Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα αποτελείται από 18 ιατρούς που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, όπως απεικονίζεται στον πιο κάτω πίνακα.

Το δείγμα αυτό επιλέχθηκε καθώς αποτελείται από άτομα με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, δηλαδή ως προς την εμπειρία και την ειδικότητά τους, κάτι που οδηγεί στην απόκτηση εις βάθος πληροφοριών σχετικά με τα ζητήματα που εξετάζονται σε αυτήν την έρευνα.

	<b>Συχνότητα</b>
<b>Φύλο</b>	
<b>Άντρας</b>	12
<b>Γυναίκα</b>	6
<b>Ηλικία</b>	
<b>25 – 40</b>	6
<b>41 – 50</b>	7
<b>51-60</b>	4
<b>Άνω των 60</b>	1
<b>Ειδικότητα</b>	
<b>Χειρουργός Οδοντίατρος</b>	4
<b>Γενική οικογενειακή ιατρική</b>	2
<b>Γενικός χειρουργός</b>	1
<b>Γυναικολόγος</b>	2
<b>Παιδίατρος</b>	1
<b>Ορθοπαιδικός</b>	1
<b>Ενδοκρινολόγος</b>	1
<b>Μαιευτήρας-Γυναικολόγος</b>	6

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Η σημασία της σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς και τρόποι δημιουργίας της

Η πρώτη ερώτηση αφορούσε το πώς οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην έρευνα αντιλαμβάνονται την έννοια της «σχέσης με τον πελάτη-ασθενή» και τι περιλαμβάνει αυτή. Οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα έδωσαν διάφορες απαντήσεις σε αυτήν την ερώτηση. Αυτό οφείλεται στο ότι οι σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών είναι επαγγελματικές, αλλά και με ανθρώπινη διάσταση. Αρχικά, επομένως, οι ιατροί δήλωσαν ότι η σχέση ιατρού και ασθενούς είναι μια σχέση αμιγώς επαγγελματική της οποίας οι ισορροπίες είναι ευαίσθητες. Μια σχέση που πρέπει να διέπεται από κοινό πνεύμα συνεργασίας, ενσυναίσθησης, κατανόησης, ευσυνειδησίας, φιλικότητας κι εμπιστοσύνης ώστε να υπάρξει επίτευξη των στόχων, ως προς το πλάνο εργασίας και αμοιβαία ικανοποίηση, ως προς το αποτέλεσμα. Συνολικά, επομένως, διατυπώθηκε η άποψη πως οι σχέσεις ιατρών και ασθενών είναι πολύπλοκες και πολυδιάστατες, όπως υποστηρίζεται και από τις Μάντη και Τσελέπη (2000).

Ένας ιατρός χαρακτήρισε τη σχέση αυτή ως αποστασιοποιημένη: «Λόγω αντικειμένου έχω να ασχοληθώ με τα δυσάρεστα περιστατικά (καρκίνος) της ειδικότητάς μου. Ως εκ τούτου πρέπει να είμαι επαρκής και προσιτός, από την άλλη όμως να ενημερώσω πλήρως την ασθενή και τους συγγενείς της για το πρόβλημα που έχουν μπροστά τους και πως πρέπει αυτό να αντιμετωπιστεί. Δεν μεταφέρω την δυστυχία των ασθενών μου στην οικογένειά μου και στον ιδιωτικό μου χρόνο».

Εκτός από τους ιατρούς που χαρακτήρισαν τη σχέση ιατρών-ασθενών ως επαγγελματική και εξάρτησης, υπήρχαν και εκείνοι που δήλωσαν ότι είναι σχέση εμπιστοσύνης και προσφοράς. Πιο συγκεκριμένα, η σχέση αυτή αναφέρθηκε ως ιερή, ως σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης, άμεσης επικοινωνίας, με διάθεση προσφοράς, τιμότητας και ειλικρίνειας. Σε αυτή τη σχέση, ο ιατρός προσπαθεί να καταστήσει κατανοητό το ενδιαφέρον του στον



ασθενή και πως θα προσπαθήσει να επιλύσει το όποιο πρόβλημα υπάρχει.

Ένας από τους ερωτηθέντες δήλωσε ότι πρόκειται για μία περίεργη σχέση, καθώς ο ασθενής είναι παράλληλα και πελάτης: «Είναι σχέση ιδιότυπη καθώς ο πελάτης είναι ταυτόχρονα και ασθενής. Δεν είναι φρόνιμο να αντιμετωπίζεται ως πελάτης εμπορικού καταστήματος. Αυτό σημαίνει ότι πρώτιστο μέλημα του γιατρού είναι η θεραπεία του ασθενή και όχι η πώληση των υπηρεσιών μας. Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι σχέση συνεργασίας. Βασίζεται στην ειλικρίνεια, αφενός από την πλευρά του ασθενή σε ότι αφορά την παρουσίαση του ιστορικού του, αφετέρου από την πλευρά του γιατρού σε ότι αφορά την καταβολή προσπάθειας για την καλύτερη δυνατή θεραπεία και την πλήρη ενημέρωση του ασθενή ως προς την πρόγνωση». Έτσι, από τη μία πλευρά υπάρχει ο στόχος της κατανόησης του προβλήματος του ασθενούς, της διαχείρισής του, της διάγνωσης και της θεραπείας. Από την άλλη πλευρά υπάρχει η οικονομική συναλλαγή.

Ωστόσο, οι δεκαέξι από τους δεκαοχτώ συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι οι σχέσεις ιατρών και ασθενών είναι ιδιαίτερες, καθώς είναι και μεν επαγγελματικές, αλλά παράλληλα και φιλικές. Από τη μία υπάρχει η επαγγελματική σχέση, η οποία πρέπει να διέπεται από ευγένεια, εμπιστοσύνη και συνέπεια, ωστόσο περιλαμβάνει και μια πιο «ανθρώπινη» διάσταση. Αυτό ισχύει διότι στόχος είναι η θεραπεία του ασθενή και γιατί όχι η αύξηση των εσόδων του ιατρού. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ιατρός θα πρέπει να είναι φιλικός και να έχει διάθεση να ξεπεράσει τον αυστηρά επαγγελματικό του ρόλο και να καλλιεργήσει ένα πιο χαλαρό κλίμα με τους ασθενείς του, ώστε να εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία των ασθενών του, προκειμένου να επιτευχθεί το αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επίσης, ο ασθενής χρειάζεται ειλικρίνεια, σοβαρότητα, γνώση του αντικειμένου εκ μέρους του ιατρού. Συνεπώς, υπάρχει τόσο η διάσταση της φιλίας, όσο και της καθοδήγησης, καθώς ο ιατρός πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη.

Το γεγονός ότι η σχέση αυτή είναι σχέση εξουσιαστική και εξουσιαζόμενου αναφέρθηκε από έναν συμμετέχοντα: «Συνήθως η σχέση ιατρού-πελάτη είναι σχέση εξουσιαστική εξουσιαζόμενου. Ο πρώτος κατέχει, έχει τη δύναμη και τις

γνώσεις να απαλλάξει τον ασθενή του από τον πόνο ή άλλα προβλήματα ο δε δεύτερος είναι ο αδύναμος κρίκος σε αυτή τη σχέση: δεν γνωρίζει, αγωνιά για την πορεία και εξέλιξη της υγείας του, πολλές φορές και για την οικονομική πλευρά του θέματος. Στην περίπτωση του οδοντιάτρου επιπλέον ο γιατρός έχει να αγωνιστεί και κατά των στερεοτύπων που θέλουν τον οδοντίατρο «βασανιστή» που προκαλεί πόνο με όλα εκείνα τα μυστήρια εργαλεία... Οπότε, μιλάμε για μια επαγγελματική σχέση, με «ανθρώπινη» διάσταση. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι φιλικός να εμπνέει εμπιστοσύνη ως άνθρωπος αλλά και σιγουριά ως προς τις γνώσεις και τις ικανότητές του».

Στη συνέχεια, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν πώς επιδιώκουν να δημιουργήσουν τη σχέση τους με τους ασθενείς. Με διάφορους τρόπους απάντησαν οι ιατροί ότι επιδιώκουν τη δημιουργία σχέσεων με τους ασθενείς τους. Οι τρόποι αυτοί αφορούν την αφιέρωση χρόνου για να ακούσουν τον ασθενή δείχνοντας ειλικρινές και έντιμο ενδιαφέρον, τον επαγγελματισμό από μέρους των ιατρών εφαρμόζοντας τις ιατρικές τους γνώσεις και την εκπαίδευσή τους κάνοντας το καλύτερο δυνατό τόσο σε επιστημονικό, όσο και σε ανθρώπινο επίπεδο, αλλά και την επικοινωνία, δηλαδή τη δημιουργία επαφής μέσα από τη συζήτηση και την κουβέντα. Τα παραπάνω αναφέρονται και από προηγούμενες έρευνες (Hashem, 2012; Lo, 2012; Rizan et al., 2014).

Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί προσπαθούν να έχουν μία επεξηγηματική συμπεριφορά, και επιδίωξη συζήτησης σχετικά με το θέμα που αφορά τον ασθενή, καθιστώντας εμφανές σε αυτόν ότι το ενδιαφέρον είναι ειλικρινές και δε συσχετίζεται με την οικονομική απολαβή. Επίσης, αναφέρθηκε η σημασία της επιστημονικής επάρκειας, της τεκμηριωμένης γνώσης, της εξειδίκευση σε ειδικό αντικείμενο από μέρους του ιατρού. Επίσης, ο ιατρός προσπαθεί να επιδείξει σοβαρότητα, αυστηρότητα ως προς τις οδηγίες, υπενθύμιση των υποχρεώσεων, ρεαλισμό, ειλικρίνεια, αμεσότητα κι ευθύτητα ως προς την προσέγγιση και τις προτεινόμενες λύσεις του προβλήματος κατά συνέπεια και του αποτελέσματος και φιλική διάθεση ως προς την προσέγγιση του ίδιου του ασθενή. Μέσα από όλα τα παραπάνω, ο ιατρός προσπαθεί να πείσει τον ασθενή ότι η προτεινόμενη μέθοδος θεραπείας είναι η μόνη που ενδείκνυται και ότι οφείλει να συνεργαστεί.

Σύμφωνα με έναν ακόμη ερωτηθέντα, η σχέση αυτή προσεγγίζεται από μέρους του ιατρού στη βάση της ιατρικής ευθύνης. Ο ιατρός επιδιώκει να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή διατηρώντας τις ιατρικές του γνώσεις, ώστε να είναι σε θέση να παρέχει ενημερωμένη επιστημονικά ιατρική γνώμη αλλά και την δυνατότητα αντιμετώπισης των ενδεχόμενων προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν σε κάθε περίπτωση. Ακόμη, τέθηκε ως σημαντικό για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης η διαθεσιμότητα του ιατρού ανά πάσα στιγμή, και για το λόγο αυτό ο ιατρός παρακινεί τους ασθενείς να μην είναι διστακτικοί σε περίπτωση που θέλουν να επικοινωνήσουν μαζί του, ενώ σε περίπτωση μη διαθεσιμότητας, παρέχει στον ασθενή επιλογές για αναζήτηση ιατρικής υπηρεσίας. Ο ιατρός θα πρέπει να έχει διαθέσιμο χρόνο, υπομονή και παρηγορητική διάθεση, αλλά και καλή διάθεση συνάμα, ανεξαρτήτως των προσωπικών του προβλημάτων, βρίσκοντας τρόπους να επιδείξει το ενδιαφέρον του. Άλλωστε, ένας από τους τρόπους με τους οποίους οι ιατροί προσπαθούν να δημιουργήσουν τη σχέση τους με τους ασθενείς είναι έχοντας κατά νου το ουσιαστικό συμφέρον του ασθενούς. Αυτό οδηγεί στην τιμιότητα στην ποιότητα της εξέτασης, καθώς και στην ενημέρωση, στην απόλυτη προσήλωση στην υποχρέωση του γιατρού για διάγνωση και ενημέρωση και ταυτόχρονα στο δικαίωμα του ασθενούς για επιλογή.

Συνολικά, βασικότερη επιδίωξη είναι η εμπιστοσύνη του ασθενή στον γιατρό. Η επίδειξη ενδιαφέροντος από την πλευρά του γιατρού σαν να ήταν ο μοναδικός ασθενής, συμβάλλει προς αυτήν την κατεύθυνση. Ο ιατρός θα πρέπει να ακούει με προσοχή τους προβληματισμούς και τις απορίες του ασθενή και να προσπαθεί να είναι όσο πιο αναλυτικός και κατανοητός γίνεται, δείχνοντας ειλικρινές ενδιαφέρον.

Τέλος, δύο ακόμα συμμετέχοντες στην έρευνα αναφέρθηκαν μεταξύ άλλων και στην εικόνα που δείχνουν, που συμβάλλει στη δημιουργία εμπιστοσύνης από μέρους του ασθενή. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ο ένας εξ αυτών: «Κατ' αρχήν από την πρώτη συνάντηση με τον ασθενή δίνω βαρύτητα στην εικόνα μου, στη στάση του σώματος, στο βλέμμα, στο χαμόγελο υποδοχής,

στην καθαριότητα. Έπειτα, στο ιατρικό κομμάτι, προσφέροντας υψηλό επίπεδο υπηρεσιών και εξηγώντας με απλά λόγια το πλάνο θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί, προσπαθώ να αφυπνίσω τον ασθενή και να τον κάνω σύμμαχο στην προσπάθεια. Ακούω με προσοχή τους προβληματισμούς και τις απορίες του και προσπαθώ να είμαι όσο πιο επεξηγηματική γίνεται, δείχνοντας ειλικρινές ενδιαφέρον. Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας είμαι στη διάθεση του ασθενή για οποιαδήποτε ανάγκη που μπορεί να προκύψει, ακόμα και τις ώρες που δεν βρίσκομαι στο ιατρείο και μετά το πέρας της θεραπείας φροντίζω να κρατώ επαφή με ευχητήριες κάρτες και τηλέφωνα σε γενέθλια, γιορτές κλπ.» Σύμφωνα με την απάντηση ενός ακόμα ερωτηθέντα: «Η πρώτη εικόνα θεωρώ ότι παίζει σπουδαίο ρόλο: ένα πλατύ, καθησυχαστικό χαμόγελο υποδοχής πάντα κερδίζει τον πελάτη. Η καθαριότητα η ατομική και του χώρου είναι φυσικά προϋπόθεση. Ακούω με μεγάλη προσοχή το πρόβλημα και τις ανησυχίες του ασθενή ακόμη και όταν θεωρώ ότι υπερβάλλει. Τον καθησυχάζω και του εξηγώ με απλά λόγια το πλάνο θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί δείχνοντας ειλικρινές ενδιαφέρον. Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας είμαι στη διάθεση του ασθενή για οποιαδήποτε ανάγκη που μπορεί να προκύψει, ακόμα και τις ώρες που δεν βρίσκομαι στο ιατρείο και μετά το πέρας της θεραπείας φροντίζω να κρατώ κάποια επαφή ώστε να ενημερώνομαι πάντα για την υγεία του ιδιαίτερα στο κομμάτι που με αφορά επαγγελματικά».

Στη συνέχεια, οι ιατροί κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο σημαντική θεωρούν τη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα έκριναν τη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς ως πολύ σημαντική διαδικασία, καθώς συμβάλλει στην εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών στον ιατρό και κατά συνέπεια στη δημιουργία μακροχρόνιων σχέσεων με τους ασθενείς, κάτι το οποίο υποστηρίζεται και από τους Hashem (2012) και τους Ntale et al. (2013). Όπως χαρακτηριστικά δήλωσαν ορισμένοι ερωτηθέντες, η σχέση αυτή είναι εξαιρετικά σημαντική, δεδομένου ότι η βασική επιδίωξη του ιατρού είναι να κερδίζει την εμπιστοσύνη, την εκτίμηση και το σεβασμό των ασθενών του ώστε να επιτευχθεί η μονιμότητα της συνεργασίας και της σχέσης τους. για το λόγο αυτό, αναφέρθηκε πως η επίδειξη ενδιαφέροντος από μέρους του ιατρού

για την πορεία της κατάστασης του ασθενή εκτιμάται από τον ασθενή και αυξάνει την εμπιστοσύνη του στον γιατρό. Συνολικά, υποστηρίζεται από ορισμένους ιατρούς πως, ο ιατρός οφείλει να διατηρεί σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς του ώστε να τους προσεγγίζει σαν άτομα με τις ιδιαιτερότητές τους. Αντίστοιχα, οι ασθενείς μπορούν να αναπτύξουν μια διαχρονική σχέση με το θεράποντα ιατρό που τους ανακουφίζει σε κάποιο βαθμό από το στρες της διαχείρισης της νόσου. Στις σχέσεις αυτές οφείλουν πάντα να τηρούνται αμοιβαίες ισορροπίες.

Εκτός από τη μονιμότητα της συνεργασίας, τρεις από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι η δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς είναι μία σημαντική διαδικασία για τη διαφήμιση των ιατρών. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ένας από τους ερωτηθέντες: «Εάν δεν υπάρχει συμπάθεια, εμπιστοσύνη, αμοιβαία εκτίμηση και αίσθηση ασφάλειας του ασθενή, όσο άψογες και να είναι οι ιατρικές υπηρεσίες, δεν εξασφαλίζεται η μονιμότητα της συνεργασίας και η περαιτέρω διαφήμιση του γιατρού»

Εκτός των παραπάνω, ένας ιατρός ανέφερε ότι η δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς είναι πάρα πολύ σημαντική, αρκεί οι σχέσεις αυτές να διατηρούνται σε επαγγελματικό επίπεδο. Ένας ιατρός αναφέρθηκε στη σημαντικότητα αυτής της διαδικασίας για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις που χρειάζονται στήριξη. Ένας άλλος ιατρός αναφέρθηκε στη σημαντικότητα της δημιουργίας και ανάπτυξης σχέσεων όχι με τους ασθενείς, αλλά με τους συνοδούς αυτών. Αυτό απορρέει από την ειδικότητά του ιατρού (παιδίατρος): «Εξαιρετικά σημαντική. Ο ασθενής πρέπει να αφήνεται με εμπιστοσύνη στα χέρια μου σαν σε μια άλλη «μητρική» αγκαλιά. Βέβαια εξίσου σημαντική είναι και η ανάπτυξη και η διατήρηση καλών σχέσεων με τους συνοδούς των ασθενών μου διότι στην ουσία, αυτοί είναι που θα αποφασίσουν αν θα συνεχίσω να είμαι η γιατρός τους και θα με συστήσουν και σε μελλοντικούς πελάτες»

Τέλος, ένας από τους ιατρούς δήλωσε ότι η δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς είναι πολύ σημαντική στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς και της επιλογής ιατρών από μέρους των ασθενών:

«Εξαιρετικά σημαντική η οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού. Αυτό είναι εφικτό πρωτίστως στον ιδιωτικό τομέα λόγω της δυνατότητας ελεύθερης επιλογής ιατρού. Σε προβληματικές περιπτώσεις είναι απαραίτητο ο γιατρός να κάνει το ένα βήμα παραπάνω από αυτό που του επιβάλλει η τυπική σχέση, προκειμένου να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή. Ωστόσο, ανάλογα με την ειδικότητα και τη σοβαρότητα των περιστατικών, πολλές φορές θα πρέπει να αποφεύγεται η «φιλική» σχέση, διότι (1) συχνά είναι ανάρμοστη, (2) επηρεάζει την αντικειμενικότητα και την κρίση και (3) βλάπτει την απόσταση που επιβάλλεται σε κάθε επαγγελματική σχέση»

Εκτός των παραπάνω, ζητήθηκε από τους ιατρούς να κρίνουν συνολικά τις σχέσεις τους με τους πελάτες-ασθενείς. Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δεν έδωσε κάποια απάντηση σε αυτήν την ερώτηση, καθώς δήλωσε ότι δεν παρακολουθεί χρόνια περιστατικά. Ένας άλλος χαρακτήρισε τις σχέσεις που έχει με τους πελάτες ασθενείς ως «ειλικρινείς και με διάθεση προσφοράς». Συνολικά, οι υπόλοιποι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι κρίνουν τις σχέσεις τους με τους πελάτες-ασθενείς ικανοποιητικές έως πολύ καλές. Αυτό φαίνεται, όπως δηλώνουν οι ίδιοι οι ιατροί, μέσα από τη σύσταση σε άλλους, «Αν κρίνω από το γεγονός ότι μέσα στα χρόνια έχω δημιουργήσει πιστούς ασθενείς που επανέρχονται, αλλά και με συστήνουν στους γνωστούς τους λέγοντας πολύ καλά λόγια για εμένα, θα έλεγα ότι έχω πολύ καλές σχέσεις με τους ασθενείς μου», τα δώρα που μπορεί να τους κάνουν, όπως χαρακτηριστικά είπε ένας συνεντευξιζόμενος: «Πολύ καλές, αφού με επισκέπτονται επανειλημμένα, πολλές φορές και μόνο για να μου φέρουν κάποιο δώρο ή κάποιον γνωστό τους ως ασθενή» καθώς και την πιστότητα των ασθενών «Η αίθουσα αναμονής είναι διαρκώς γεμάτη. Αν εξαιρέσουμε το γεγονός ότι αυτή την εποχή υπάρχει μια κάποια έξαρση της ίωσης, θα έκρινα τις σχέσεις μου με τους μικρούς μου φίλους και τους γονείς τους «εξαιρετικά καλές»»

## 4.2 Ενδυνάμωση της σχέσης με τους υπάρχοντες ασθενείς και προσέλκυση νέων

Αρχικά οι ιατροί κλήθηκαν να δηλώσουν τις ενέργειες στις οποίες προβαίνουν για την προσέλκυση νέων πελατών-ασθενών. Οι απόψεις των ερωτηθέντων δίστανται σε αυτήν την ερώτηση. Δυο ιατροί ανέφεραν πως δεν προβαίνουν σε καμία ενέργεια για την προσέλκυση νέων πελατών-ασθενών, αλλά αντίθετα προσπαθούν να κάνουν τη δουλειά τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ένας από τους ερωτηθέντες: «Καμία- αυτά είναι για τους αγύρτες». Όλοι οι υπόλοιποι ιατροί αναφέρθηκαν στη προβολή από μέρους των πελατών που είναι ικανοποιημένοι από εκείνους, δηλαδή την από στόμα σε στόμα επικοινωνία. Οι ασθενείς που είναι ικανοποιημένοι από τον ιατρό, τον συστήνουν σε άλλους, ενώ οι δεκαπέντε από τους δεκαοχτώ ερωτηθέντες ανέφεραν πως χρησιμοποιούν ορισμένες μεθόδους για την προσέλκυση νέων πελατών-ασθενών, σε συνδυασμό με την προβολή από μέρους των ήδη υπαρχόντων και ευχαριστημένων ασθενών. Οι μέθοδοι αυτοί είναι η ενημέρωση πάνω στις νέες τεχνολογίες και η εξέλιξη των γνώσεων, η προβολή στο διαδίκτυο και σε τηλεφωνικούς καταλόγους, αλλά και οι ευκολίες πληρωμής με το τραπεζικό σύστημα POS. Όλα αυτά αναφέρονται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Vilnai-Yavetz και Rafaeli, 2006; Trusov et al., 2008; Berkowitz, 2010; Schweidel et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει η έκδοση καλόγουστων καρτών, η προβολή στο ίντερνετ, αλλά και σε καταλόγους (έντυπους και ηλεκτρονικούς), αν και σε μικρότερο όμως βαθμό, καθώς η διαφήμιση απαγορεύεται για τους γιατρούς. Επίσης, υπάρχει η διαρκής ενημέρωση και εξέλιξη γνώσεων και καινούριων τεχνικών, η συνεχής ενημέρωση πάνω στις νέες τεχνολογίες, που θα οδηγήσει στην ικανοποίηση των πελατών. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση ενός ιατρού: «Ουσιαστικά η επένδυση που γίνεται στη σχέση με τον κάθε ασθενή είναι αυτό που θα προσελκύσει κάθε επόμενο, καθώς ο ικανοποιημένος ασθενής είναι η καλύτερη διαφήμιση, ιδίως στο ιατρικό επάγγελμα όπου η διαφήμιση σε έντυπα μέσα κλπ απαγορεύεται. Επίσης, φροντίζω να ενημερώνομαι για νέες τεχνολογίες, πρακτικές και υλικά και να αναβαθμίζω τις γνώσεις μου και το επίπεδο εξυπηρέτησης, ώστε να

προσφέρω κάτι καινοτόμο, εφόσον αυτό είναι εφικτό. Τέλος, προβολή σε επαγγελματικούς καταλόγους και ευκολίες πληρωμής με το τραπεζικό σύστημα POS».

Εκτός από τις ενέργειες για την προσέλκυση πελατών-ασθενών, οι ιατροί κλήθηκαν να απαντήσουν και σε ποιες ενέργειες προβαίνουν, προκειμένου να ενδυναμώσουν τη σχέση τους με τους ασθενείς. Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δεν απάντησε σε αυτήν την ερώτηση, διότι δεν παρακολουθεί σε χρόνια βάση ασθενείς: «Σε προβληματικά περιστατικά διασφαλίζω την πρόσβαση των ασθενών σε πρόσθετες απαραίτητες υπηρεσίες υγείας ή και σε εμένα χωρίς να με ενδιαφέρει η οικονομική πρόσοδος».

Ωστόσο, στην ερώτηση αυτή οι υπόλοιποι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα έδωσα διάφορες απαντήσεις. Προσπαθούν να είναι ρεαλιστές όσον αφορά τις απαιτήσεις των ασθενών, ειλικρινείς, να προτείνουν εφικτές λύσεις, να δείχνουν ενδιαφέρον για τον ασθενή και να προσπαθούν με επιστημονικό και ανθρώπινο τρόπο να εστιάσουν και να επιλύσουν το πρόβλημά του, να έχουν διάθεση για συζήτηση, να είναι εγκάρδιοι και φιλικοί, να χαρακτηρίζονται από αμεσότητα, από καλή επικοινωνία, να παρέχουν βέλτιστες ιατρικές υπηρεσίες, αλλά και να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ένας από τους ερωτηθέντες: «Προσπαθώ να ανταποκρίνομαι στις προσδοκίες τους, διατηρώντας ωστόσο μια ρεαλιστική ματιά και προτείνοντας εφικτές λύσεις. Προσπαθώ να κάνω καλά τη δουλειά μου τόσο στο επιστημονικό όσο και στο ανθρώπινο κομμάτι», ενώ ένας οδοντίατρος αναφέρει «Προσπαθώ να γίνομαι ευχάριστος κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μας, να είμαι δεκτικός σε οποιαδήποτε αντίδρασή τους ή δυσφορία που προέρχεται από τη χρήση των οδοντιατρικών εργαλείων, να δημιουργώ ευχάριστο κλίμα ώστε να χαλαρώσουν, να κάνω διαλείμματα όταν νιώθω ότι δυσανασχετούν και γενικά να μην επιτείνω το άγχος που συνήθως έχουν οι περισσότεροι ασθενείς όταν επισκέπτονται τον οδοντίατρο»

Επίσης, ένας ιατρός αναφέρθηκε στο ότι δείχνει εξαιρετική αυτοπεποίθηση στις ικανότητές του ώστε να εμπνέει εμπιστοσύνη ως προς τη θεραπεία που



προτείνει, και για το λόγο αυτό τα πτυχία και τα διπλώματά του, που είναι αναρτημένα στον τοίχο, μπορούν να συμβάλλουν στην ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης των πελατών ως προς τις γνώσεις τους. Σε αυτό, ένας ακόμη συμμετέχων πρόσθεσε και το χαμόγελο και το χιούμορ, ιδίως στην περίπτωση που ο ιατρός συνδιαλέγεται με παιδιά (παιδίατρος), αλλά και με γονείς. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε: «Είμαι και λίγο ψυχολόγος με τις μαμάδες, προσπαθώ να τις απαλλάξω από το άγχος και να τους μεταδώσω την σιγουριά ότι όλα θα πάνε καλά, τηλεφωνώντας πολλές φορές και εκτός ωραρίου ιατρείου για να δείξω το ενδιαφέρον μου ή για να ευχηθώ σε διάφορες περιστάσεις (γενέθλια, επετείους κλπ των μικρών ασθενών μου). Στα μικρά είναι πιο απλό να κερδίσεις την εμπιστοσύνη τους, μοιραζόμενη ενδεχομένως κάποιο «μυστικό» μαζί τους ή χαρίζοντάς τους ένα παιχνιδάκι ή υποδύομενη τη σύντροφο σε κάποιο παιχνίδι ή ζητώντας τη βοήθειά τους σε κάποιο σχέδιο, ή ακόμη θαυμάζοντας κάποια ζωγραφιά τους».

Τέλος, ένας από τους ιατρούς ανέφερε και τις οικονομικές διευκολύνσεις: «Ακρόαση (της δίνω όσο χρόνο χρειάζεται για να νιώθει οικεία, χωρίς όμως να παρασυρόμαστε σε άχρηστες λεπτομέρειες. Οικονομικές παραχωρήσεις (στους οικονομικά ασθενέστερους), εξυπηρέτηση - παρέμβαση στην διαχείριση άλλων θεμάτων υγείας και σύσταση ιατρών άλλων ειδικοτήτων που μπορεί να βοηθήσουν στο συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και όχι μόνον».

#### **4.3 Προφίλ, ανάγκες και επιθυμίες ασθενών**

Στην ενότητα αυτή, αρχικά οι ιατροί προσδιόρισαν τις κατηγορίες πελατών-ασθενών στις οποίες απευθύνονται. Αναφορικά με τις κατηγορίες πελατών-ασθενών στις οποίες απευθύνονται οι ιατροί, οι ερωτήσεις τους ποικίλουν αρχικά ανάλογα με την ειδικότητά τους. Έτσι, οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι απευθύνονται σε γυναίκες, εγκύους και πάσχουσες από γυναικολογικά προβλήματα, σε γυναίκες παρέχοντας συμβουλευτική για θέματα σχετικά με το μαστό και ασθενείς με παθήσεις μαστού, σε γυναίκες με καρκίνο (π.χ. μαστού), οι ενδοκρινολόγοι σε ασθενείς με ενδοκρινολογικά προβλήματα και ιδίως σε γυναίκες, ενώ οι παιδίατροι στα μωρά, τα νήπια, τα παιδιά γενικά, πάντα φυσικά μέσω των γονέων και κηδεμόνων τους.

Επιπρόσθετα, ορισμένοι ιατροί κατηγοριοποιούν τους πελάτες-ασθενείς τους στη βάση του δημογραφικού τους προφίλ: ιδιώτες, ενημερωμένους, μορφωμένους, μεσαίου και άνω οικονομικού επιπέδου, και γενικά άτομα που μπορούν να ανταποκριθούν στις τιμές που επιβάλλει ο ιατρός για τις υπηρεσίες του.

Συνεπώς, με βάση αυτήν την απάντηση, παρατηρούμε ότι υπάρχουν και εκείνοι που δηλώνουν πως απευθύνονται σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες ατόμων που έχουν κάποιο ιατρικό πρόβλημα. Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός απευθύνεται σε όλες τις κατηγορίες ανθρώπων που θέλουν πραγματικά να βρουν λύση στο πρόβλημά τους και είναι έτοιμοι να συνεργαστούν συνειδητά, σε εκείνους που ενδιαφέρονται για την εμπειριστατωμένη άσκηση της ιατρικής πράξης και γενικά σε όλες τις κατηγορίες ανθρώπων που έχουν ανάγκη των υπηρεσιών του ιατρού.

Εκτός από τα παραπάνω, δύο ιατροί ανέφεραν πως απευθύνονται σε όλους όσους έχουν ανάγκη τις υπηρεσίες τους, δεδομένου ότι ο γιατρός επιτελεί λειτούργημα και ως εκ τούτου θεωρούν υποχρέωσή τους να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε οποιονδήποτε τις ζητήσει. Ωστόσο, εμπλέκεται και ο παράγοντας της περιοχής στην οποία δραστηριοποιούνται. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ένας από τους ερωτηθέντες: «Σίγουρα υπάρχει ο περιορισμός της περιοχής. Αναγκαστικά απευθύνομαι σε ανθρώπους της περιοχής όπου εδράζεται το ιατρείο. Πέρα από αυτό, απευθύνομαι σε όποιον έχει οδοντιατρικό πρόβλημα και ιδιαίτερως αισθητικής φύσεως, καθότι είναι η ειδικότητα μου. Απευθύνομαι σε όλες τις κατηγορίες ανθρώπων που έχουν ανάγκη των υπηρεσιών μου και που είναι διατεθειμένοι να συνεργαστούν και να πληρώσουν το αντίτιμο προκειμένου να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τέλος, δεδομένου ότι το ωράριο του ιατρείου είναι συνεχόμενο, σαφέστατα μπορώ να ικανοποιήσω τους εργαζόμενους την ώρα που τους βολεύει»

Τέλος, ένας από τους ερωτηθέντες ανέφερε πως δεν κατηγοριοποιεί τους πελάτες-ασθενείς διότι δεν είναι ο ιατρός που επιλέγει – απευθύνεται σε πελάτες, αλλά οι πελάτες-ασθενείς που απευθύνονται στον ιατρό.

Εν συνεχεία, οι ιατροί κλήθηκαν να προσδιορίσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών τους, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους προσπαθούν να προσαρμοστούν σε αυτές. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ασθενών είναι η επικοινωνία και μάλιστα η αμεσότητα στην επικοινωνία με διαθέσιμο χρόνο, η επίλυση του προβλήματός τους (ίαση) με συνέπεια, ασφάλεια, αμεσότητα και τη χρήση σωστής ιατρικής, η ψυχολογική τους υποστήριξη, καθώς και η ανάγκη ασφάλειας. Προκειμένου να προσαρμοστούν και να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες και επιθυμίες, οι ιατροί προτείνουν λύσεις για τη θεραπευτική προσέγγιση και στη βάση του κόστους που θα είναι αποδεκτές από τους ασθενείς. Συνολικά, επομένως, οι ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών είναι η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή αντιμετώπιση της ασθένειας, η αποφυγή περιττών και άσκοπων παρεμβάσεων, δηλαδή συνολικά η επιστημονική επάρκεια και η ψυχολογική υποστήριξη, οι οποίες αντιμετωπίζονται μέσα από την επικοινωνία.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι ανάγκες των ασθενών είναι απλές, θεραπευτικές, οι επιθυμίες τους κάποιες φορές είναι εξωπραγματικές, ουτοπικές και για αυτό ανέφικτες. Η προσπάθειά του ιατρού σε αυτήν την περίπτωση αφορά στη χρυσή τομή, δηλαδή να προσαρμοστούν και τα δύο μέρη στην πραγματικότητα: τι είναι δυνατό να γίνει ανάλογα με τη γενική κατάσταση υγείας του ασθενή, την κατάσταση του στόματός του, τις οικονομικές του δυνατότητες, του χρόνου που μπορεί να διαθέσει, των επιθυμιών και των προσδοκιών του. Έτσι, ο ιατρός λαμβάνει υπόψη του όλα τα παραπάνω και προτείνει λύσεις ιατρικά ορθές, εφικτές και αποδεκτές από τον ασθενή, λύσεις που θεωρεί καλύτερες. Στη συνέχεια, εκθέτει το χρόνο και το κόστος και συναποφασίζει με τον ασθενή ποια θα ακολουθηθεί.

Η αμεσότητα της πρόσβασης σε συνδυασμό με την εχεμύθεια αναφέρθηκαν από έναν ιατρό: «Πιστεύω πως μία από τις ανάγκες των ασθενών είναι η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στο θεράποντα ιατρό. Ακόμα, πέραν της άσκησης της ιατρικής βάσει νέων γνώσεων, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από έναν γιατρό έμπιστο, εχέμυθο και προσιτό. Για να επιτευχθούν τα παραπάνω,

χρησιμοποιώ την ψηφιακή τεχνολογία όσον αφορά την πρόσβαση ενώ στο «ανθρώπινο» κομμάτι της δουλειάς μου προσπαθώ να κρατάω ανοιχτούς διαύλους επικοινωνίας με τους ασθενείς μου μακριά από στερεότυπα».

Εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών, αναφέρθηκε από δύο ιατρούς πως η βασική ανάγκη των ασθενών είναι η θεραπεία, αλλά πως επιθυμία τους είναι να κάνουν την καλύτερη δυνατή δουλειά, στην οικονομικότερη δυνατή τιμή. Επίσης, λόγω της οικονομικής δυσχέρειας, πλέον πολλοί απευθύνονται στον ιατρό σε προχωρημένη κατάσταση, όταν πια είναι η αποκατάσταση είναι δυσκολότερη. Όπως ανέφερε ένας συνεντευξιαζόμενος οδοντίατρος «Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός προσπαθεί να προσφέρει την καλύτερη δυνατή ποιότητα εργασίας, προσαρμόζοντας το οικονομικό κομμάτι, ώστε να βρεθεί η χρυσή τομή. Ο ιατρός δείχνει υπομονή και συζητά ενδελεχώς με τον ασθενή, ώστε να εξακριβώσει τι ακριβώς θέλει, τι προσδοκίες έχει και στη συνέχεια να του προτείνει την ενδεδειγμένη λύση σύμφωνα με τη γενική κατάσταση υγείας του, τις οικονομικές του δυνατότητες και του χρόνου που μπορεί να διαθέσει. Επίσης, μερικές φορές ο ιατρός προσπαθεί να τους πείσει για καλύτερες, μονιμότερες λύσεις. Αυτό επιτυγχάνεται με επιχειρήματα, μεγάλες συζητήσεις γύρω από την υγεία και το πρόβλημα του ασθενούς, και φυσικά με μικρότερες τιμές ή/και με διευκόλυνση στον τομέα της αποπληρωμής».

Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που το μόνο που ενδιαφέρει τους ασθενείς είναι να πάψουν να πονούν, οπότε η μέθοδος, η θεραπεία, το κόστος είναι λεπτομέρειες που ουδόλως τους απασχολούν. Σε αυτήν την περίπτωση τίθεται το ζήτημα της ανακούφισης. Επίσης, σε άλλες περιπτώσεις, η ανάγκη και επιθυμία των ασθενών συχνά είναι να ακούσουν αυτό που θέλουν. Καθώς αυτό μπορεί δυνητικά να έχει αρνητικές συνέπειες για την έκβασή τους, ο ιατρός τους ενημερώνει με απόλυτη αντικειμενικότητα και σεβασμό για την πραγματική κατάσταση, παραβλέποντας το εμπορικό του συμφέρον. Πολλές φορές το άγχος και η επιθυμία του ασθενούς δημιουργούν ένα μεγάλο βάρος στον ιατρό, το οποίο τελικά αλλοιώνει την εκπομπή του μηνύματος από αυτόν και τη λήψη του από την ασθενή.

Τέλος, ζητήθηκε από τους ιατρούς να περιγράψουν τι ακριβώς προσφέρουν κατά τη διάρκεια επίσκεψης των ασθενών, εκτός από τις αμιγώς ιατρικές υπηρεσίες. Αρκετές είναι οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιατροί στους πελάτες-ασθενείς κατά τη διάρκεια της επίσκεψης των τελευταίων, εκτός από ιατρικές υπηρεσίες. Αν και οι παρεχόμενες υπηρεσίες διαφοροποιούνται στη βάση της ειδικότητας των ιατρών (π.χ. άλλες υπηρεσίες προσφέρονται από γυναικολόγους, άλλες από οδοντιάτρους, άλλες από παιδίατρους), συνολικά οι υπηρεσίες αυτές εντάσσονται γενικά στην κατηγορία του ευχάριστου περιβάλλοντος, της φιλικότητας, της ψυχολογικής υποστήριξης, του καταρτισμένου ιατρικού προσωπικού, καθώς και του χρόνου για επικοινωνία, αλλά και της παροχής συμβουλών. Ολοι οι ιατροί προσφέρουν έναν ευχάριστο, καθαρό, περιποιημένο και ζεστό χώρο αναμονής με τηλεόραση, ενημερωτικά φυλλάδια και περιοδικά, χαλαρωτική μουσική, μία αρχική συζήτηση με χαμόγελο και φιλικότητα όπου προσφέρεται καφές / τσάι / χυμός στους ασθενείς, ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημά τους, χώρος πάρκινγκ για τη διευκόλυνσή των ασθενών, χώρος ψυχαγωγίας των μικρών ασθενών

Ένας γιατρός αναφέρει «Όμορφο, ευχάριστο και καθαρό περιβάλλον (βοηθούν τον ασθενή να χαλαρώσει). Ευχάριστη παρουσία, φιλικότητα, χαμόγελο (βοηθούν τον ασθενή να αποβάλλει τυχόν φόβους από πρότερες κακές εμπειρίες). Ειλικρίνεια, ρεαλισμό, σαφήνεια (αναπτύσσεται σχέση εμπιστοσύνης). Ψυχολογική υποστήριξη (νιώθει ασφάλεια) και φυσικά άρτια καταρτισμένο προσωπικό», ενώ μια παιδίατρος, προσανατολισμένη περισσότερο στις ανάγκες των μικρών ασθενών, προσφέρει «Παιχνιδάκια, κάποια υγιεινά γλυκά, ζωγραφιές, μολύβια και κουβεντούλα στους γονείς-αν το επιτρέπει ο χρόνος, το κλάμα του παιδιού και η ύπαρξη πελατών στην αίθουσα αναμονής». Η ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με έναν προσεγγμένο χώρο φαίνεται να είναι η προτεραιότητα των ιατρών. Ένας χειρουργός αναφέρει «Άνετο πολιτισμένο περιβάλλον ιατρείου, αποτελεσματική γραμματειακή υποστήριξη. διευκόλυνση στην εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων, οικονομική διαπραγμάτευση με κλινικές για μείωση του μεγάλου κόστους των ογκοχειρουργικών επεμβάσεων», και ένας οδοντίατρος «Όσον αφορά το ιατρείο προσφέρω ευχάριστο και καθαρό χώρο αναμονής ώστε να μειωθεί το στρες. Κατά τα άλλα θεωρώ ότι το πιο σημαντικό είναι να ακούς πραγματικά τον ασθενή. Προσπαθώ να κατανοήσω

το πρόβλημα του και να διερευνήσω εάν υπάρχει κάτι ακόμα το οποίο δεν αποκαλύπτει. Προσφέρω ψυχολογική υποστήριξη, ώστε να χαλαρώσει και να αισθανθεί άνετα να μου μιλήσει για οτιδήποτε τον απασχολεί»

#### **4.4 Συμμόρφωση ασθενών**

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τους τρόπους εκείνους με τους οποίους οι ιατροί επιδιώκουν τη συμμόρφωση των ασθενών τους. Αναφορικά με τη συμμόρφωση των ασθενών, ή αλλιώς τη συνεργασία αυτών, όπως την όρισε ένας από τους ερωτηθέντες, όλοι οι ιατροί δήλωσαν ότι την επιδιώκουν μέσα από την επικοινωνία και την παράθεση ιατρικών οδηγιών, όπως αναφέρει και η Γιαννακούλια (2006). Έτσι, σε αυτό το πλαίσιο, ο ιατρός ακούει πάντα με προσοχή και συγκατάβαση τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες των ασθενών, προσπαθεί να τους πείσει μέσω επεξήγησης και συζήτησης αν κάτι από αυτό που ζητούν δεν γίνεται, εξηγεί με απλά λόγια για ποιον λόγο πρέπει να γίνει το καθετί, στοχεύοντας στην κατανόηση από την πλευρά του ασθενή, ώστε εκείνος συνειδητά να θελήσει να συνεργαστεί και να «συμμορφωθεί» με τις οδηγίες του ιατρού. Επίσης, η συμμόρφωση των ασθενών επιδιώκεται μέσα από την αναλυτική επεξήγηση των ιατρικών οδηγιών, την παράθεση εμπειριστατωμένων ιατρικών πληροφοριών, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας τους και την προσπάθεια επικοινωνίας από μέρους του ιατρού. Όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ένας συνεντευξιαζόμενος: «Μέσω της συζήτησης και τεκμηριωμένων απόψεων προσπαθώ να τους δώσω να καταλάβουν τη σοβαρότητα της κατάστασης και τους εξηγώ ακριβώς ποιος είναι ο στόχος μας και πως θα τον πετύχουμε. Τους εφιστώ την προσοχή σε αυτά που θα συμβούν εφόσον δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες μου και προσπαθώ να καλλιεργήσω στους ίδιους τη θέληση για βελτίωση της κατάστασης τους, ώστε η συμμόρφωση να γίνεται αβίαστα» ενώ κάποιος άλλος λει «Η υποχρέωση του γιατρού είναι να ενημερώνει – το δικαίωμα του ασθενούς είναι να επιλέγει. Η ίδια πληροφορία αξιολογείται διαφορετικά από διαφορετικούς ασθενείς, με βάση πολιτιστικούς, μορφωτικούς, φιλοσοφικούς, και τελευταία οικονομικούς παράγοντες. Καθώς δεν μπορώ να επιβάλλω συμμόρφωση, επιδιώκω στην τίμια, αναλυτική και αντικειμενική ενημέρωση»

Επίσης, δέκα ιατροί δήλωσαν ότι επιδιώκουν τη συμμόρφωση των ασθενών μέσα από την υπενθύμιση των ραντεβού από τη γραμματεία, με επαναλαμβανόμενες τακτικές επισκέψεις ελέγχου χωρίς αμοιβή, με παρουσίαση με ανάγλυφα χρώματα των δυσμενών συνεπειών στην περίπτωση μη συμμόρφωσης. Ένας από τους ιατρούς λέει χαρακτηριστικά: «Συνήθως ο πόνος και η ελπίδα απαλλαγής από αυτόν, κρατάει υπάκουο τον ασθενή. Στη συνέχεια πρέπει να πεισθεί για το μόνιμο και το αισθητικό αποτέλεσμα. Οι συνεχείς υπενθυμίσεις των ραντεβού με κομψά ιδιαίτερα σημειώματα, κάποια δείγματα οδοντόκρεμας ή άλλων οδοντιατρικών ειδών του κρατούν το ενδιαφέρον ώστε να είναι συνεπής και να τηρεί τις οδηγίες μου μέχρι το πέρας της θεραπείας αλλά και μετέπειτα»

Η τελευταία απάντηση οδηγεί και σε μία ακόμα ομάδα απαντήσεων. Εκτός των παραπάνω, επομένως, ορισμένοι ιατροί ανέφεραν ότι για τη συμμόρφωση των ασθενών δε χρησιμοποιείται κάποιος ιδιαίτερος τρόπος, εκτός από την προσπάθεια κατανόησης από μέρους των ασθενών, ότι οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για την πορεία της υγείας τους και υπενθυμίζοντας τους κινδύνους του προβλήματός τους, αλλά και της ενδεχόμενης μη συμμόρφωσης από μέρους τους. Έτσι, οι ιατροί επισημαίνουν στους ασθενείς τους κινδύνους που διατρέχουν με τη μη συμμόρφωση τους και τις συνέπειες που μπορεί να έχουν, κάποιες φορές μάλιστα υπερβάλλοντας, κυρίως όταν πρόκειται για ασθενείς που μετά από επανειλημμένες επισημάνσεις εξακολουθούν να μη συμμορφώνονται.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, η συμμόρφωση γίνεται και μέσω της πειθούς και / ή της επιβράβευσης, όπως δήλωσαν δύο από τους συμμετέχοντες ιατρούς στην έρευνα. Επίσης, γίνεται και μέσα από την απόλυτη κατανόηση των αντικειμενικών δεδομένων του προβλήματός τους που βασίζεται στην τεκμηριωμένη ιατρική. Όπως ανέφερε ένας ιατρός: «Δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, καμία περίπτωση μη συμμόρφωσης με τις εντολές μου, δεδομένου ότι ο στόχος είναι η θεραπεία του ασθενούς. Μια υπενθύμιση σε δοσολογίες και ονοματολογία φαρμάκων κρίνεται απαραίτητη ιδίως σε περιπτώσεις μη επαρκούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας από τους πελάτες μου, πράγμα που αποτελεί συχνό φαινόμενο τα τελευταία χρόνια»

Ωστόσο, ένας ιατρός ανέφερε πως δεν προσπαθεί με κανέναν τρόπο να επιδιώξει τη συμμόρφωση των ασθενών, καθώς στην περίπτωση που αυτή δεν υπάρξει, τότε διακόπτεται η συνεργασία ιατρού και ασθενούς.

#### **4.5. Επικοινωνία ιατρών και ασθενών**

Αρχικά διερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίον οι ιατροί δίνουν έμφαση στην επικοινωνία με τους πελάτες. Όλοι ανεξαιρέτως οι ιατροί που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως δίνουν σε μεγάλο βαθμό έμφαση στην επικοινωνία με τους πελάτες. Ο λόγος για τον οποίον επικεντρώνονται στην επικοινωνία αυτή είναι διότι αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης, εκτίμησης, ενώ παράλληλα οδηγεί και στη συνεργασία του ασθενούς για την καλύτερη έκβαση της θεραπείας του. Αυτά τα αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Μποστανίτης και Τσαλίδου, 2010; Hall, 2003; Simonet, 2005; Robinson et al., 2008; D'Souza και Sequeira, 2012; Αυλωνίτης και συν., 2016; Auruskeviciene et al., 2010).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι ιατροί πάντα διαθέτουν το μέγιστο δυνατό χρόνο για κάθε ασθενή μεμονωμένα, δηλαδή αφοσιώνονται στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, τον ακούν και συζητούν μαζί του, επειδή με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνονται υγιείς επαγγελματικές σχέσεις εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Ένας γιατρός αναφέρει «Η επικοινωνία είναι το Α και το Ω. Ο ασθενής πρέπει να αισθανθεί ότι του δίνεται η απαραίτητη προσοχή και ο γιατρός μέσω της ουσιαστικής επικοινωνίας μπορεί να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη για τον χαρακτήρα, τους φόβους, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του ασθενή, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο σίγουρος για την ορθότητα της προτεινόμενης θεραπείας και την αποδοχή της από τον ασθενή. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αφοσιώνομαι ολοκληρωτικά στον ασθενή, του αφιερώνω το μέγιστο δυνατό χρόνο προκειμένου να μου εκθέσει το πρόβλημα του και προσπαθώ να έχω μια ουσιαστική επικοινωνία μαζί του και σε ανθρώπινο επίπεδο. Έτσι χτίζω μια σχέση εμπιστοσύνης, μέσα στην οποία ο ασθενής θα αισθανθεί ασφάλεια και σιγουριά ώστε να αφεθεί στα χέρια μου, αλλά και



εμπιστοσύνη, ώστε να ακολουθήσει τις οδηγίες μου και να συνεργαστεί για την καλύτερη έκβαση της θεραπείας»

Η επικοινωνία προσδιορίζει την επιτυχία της επίσκεψης, προσφέρει στη σωστή θεραπευτική προσέγγιση, είναι εφικτή η οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας. «Η σωστή επικοινωνία θα κτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης, μέσα στην οποία ο ασθενής θα αισθανθεί ασφάλεια. Έτσι θα πειστεί για την διαδικασία που ακολουθώ και θα συνεργαστεί για να επιτευχθεί το εξαιρετικό τελικό αποτέλεσμα που αναμένει με ΣΙΓΟΥΡΙΑ. Μετά την δική του θεραπεία, οι ευχετήριες κάρτες, κάποια τηλεφωνήματα ή και τα χαιρετίσματα μέσω φίλων θα του θυμίζουν ότι ένα φιλόξενο ιατρείο περιμένει πάντα να τον ανακουφίσει και να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε αυτόν και στους δικούς του» Η επικοινωνία είναι απαραίτητη προκειμένου να δημιουργηθεί σχέση εμπιστοσύνης και να επιτευχθεί το θεμιτό αποτέλεσμα: η ίαση. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια παιδίατρος: «Οι γονείς χρειάζονται ένα «δικό τους άνθρωπο» στον αγώνα που δίνουν όταν ασθενήσει το παιδί τους. Είναι φυσικό λοιπόν να δοθεί έμφαση στην επικοινωνία μαζί τους για να πεισθούν ότι το ενδιαφέρον μου είναι αληθινό και ότι δεν έχει σχέση με την οικονομική απολαβή. Μόνο έτσι θα μου εμπιστευθούν τη θεραπεία του παιδιού τους, θα συνεργαστούν μαζί μου και θα με συστήσουν σίγουρα»

Επίσης, η επικοινωνία βοηθάει τον ασθενή να νιώθει οικεία και να περιορίσει τα πιθανά προβλήματα κατανόησης στο θεραπευτικό πρωτόκολλο και από την άλλη προλαμβάνει δυσάρεστες εξελίξεις που θα μπορούσαν να καταλήξουν σε δικαστικές περιπέτειες.

Στη συνέχεια, οι ιατροί κλήθηκαν να απαντήσουν ποιες είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις για να έχουν μία αποτελεσματική επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς τους. Πολλές είναι οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες ιατρούς στην έρευνα, όσον αφορά στις προϋποθέσεις που θα πρέπει να ισχύουν για να έχουν μία αποτελεσματική επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς. Η διάθεση για συνεργασία, καθώς και ο επαρκής χρόνος είναι οι δύο πιο σημαντικές προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν από πολλούς ιατρούς, όπως καταδεικνύεται στις απαντήσεις τους. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ο σεβασμός, η πληρωμή προς τον ιατρό, η συνειδητή προσπάθεια και των δυο μερών για συνεργασία, η καλή προαίρεση και από

τις δύο πλευρές, ώστε να επιτευχθεί μια αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία δοτικότητα και δεκτικότητα έτσι ώστε να επιτευχθεί μια άριστη επικοινωνία, η ψυχική ηρεμία και από τις δύο πλευρές, η καλή ψυχολογική διάθεση και των δύο πλευρών και το ειλικρινές ενδιαφέρον.

Άλλες προϋποθέσεις αφορούν την ειλικρίνεια από μέρους των ιατρών, την επιστημονική τους επάρκεια, αλλά τη διάθεση να ακούνε τον ασθενή. Σε αυτό το πλαίσιο, αναφέρθηκαν η ειλικρίνεια, η αμεσότητα, η εντιμότητα, η ανυστεροβουλία, το να είναι ο ιατρός ανοιχτός προς τη διαφορετικότητα της προσωπικότητας των ασθενών του, να είναι ειλικρινής μαζί τους τόσο όσον αφορά την ιατρική οπτική όσο και τις οικονομικές τους συναλλαγές, αλλά και να υπάρχει επιστημονική επάρκεια ιατρού, χρόνος ακρόασης και λήψης ιστορικού, ευχάριστη προσωπικότητα με θετική ενέργεια ιατρού, υψηλό μορφωτικό επίπεδο ασθενούς.

Η κοινή γλώσσα, το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, η διάθεση των ασθενών να ακούσουν τον ιατρό αποτελούν ορισμένες ακόμα προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα, μαζί με τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, ενημέρωσης των ασθενών και του επαρκούς χρόνου επικοινωνίας μεταξύ αυτών και των ασθενών. Σε αυτό το πλαίσιο αναφέρθηκαν η τιμιότητα και αναλυτικότητα από μέρους του ιατρού, η ηρεμία, η ενημέρωση, τα 'ανοιχτά αυτιά' από το μέρος του ασθενούς. Επίσης αναφέρθηκαν το μορφωτικό επίπεδο, η κοινή γλώσσα, ή και η γνώση της ελληνικής γλώσσας, η κατανόηση της περίπτωσης με εκλαϊκευμένο τρόπο, ο ελεύθερος χρόνος για ραντεβού, οι καλές συστάσεις για το πρόσωπο του ιατρού, η φιλική διάθεση, η μη ύπαρξη ανυπομονησίας όσον αφορά τον διαθέσιμο χρόνο, η έλλειψη παρεμβολών την ώρα του ραντεβού. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ένας από τους ερωτηθέντες: «Κατ' αρχήν θα πρέπει να υπάρξει διάυλος επικοινωνίας με τον ασθενή, που σημαίνει μιλάμε την ίδια γλώσσα. Προσπαθώ να αποφεύγω τη χρήση δυσνόητων ιατρικών όρων ώστε να κατανοήσει ο ασθενής το πραγματικό μέγεθος της κατάστασης της στοματικής του υγείας και την προτεινόμενη θεραπεία. Πρέπει να υπάρχει θέληση για συνεργασία, επαρκής χρόνος και καλή προαίρεση και από τις δύο

πλευρές, ώστε να επιτευχθεί μια αποτελεσματική επικοινωνία. Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης είναι η πλέον απαραίτητη προϋπόθεση».

Στη συνέχεια, οι ιατροί προσδιόρισαν τα εμπόδια που συναντούν κατά την αποτελεσματική τους επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς. Ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσε ότι δε συναντά κάποιο σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική τους επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς. Ωστόσο, οι υπόλοιποι ανέφεραν την έλλειψη εμπιστοσύνης, τις προκαταλήψεις από μέρους των ασθενών, ιδίως εξαιτίας της προηγούμενης κακής ιατρικής εμπειρίας και των λανθασμένων πληροφοριών που αποκομίζουν από το διαδίκτυο, τη δυσκολία / άρνηση από μέρους των ασθενών να δουν την πραγματική τους κατάσταση και την προτεινόμενη θεραπευτική προσέγγιση κυρίως στη βάση του μορφωτικού τους επιπέδου αλλά και της άγνοιας της ελληνικής γλώσσας (εξαιτίας της εισροής πολλών αλλοδαπών), την προκατάληψη απέναντι στο ιατρικό λειτούργημα και τη δεισιδαιμονία ειδικά στον τομέα της διάδοσης ψευδών πληροφοριών μέσω διαδικτύου, καθώς και το οικονομικό κόστος, δηλαδή την οικονομική κατάσταση των ασθενών, που είναι εντονότερο τα τελευταία χρόνια και που αναγκάζει τους ασθενείς να αναβάλλουν συνεχώς την επιβαλλόμενη θεραπεία. Τα εμπόδια αυτά αναφέρονται και από άλλους ερευνητές (Μάντη και Τσελέπη, 2000; Goldsmith et al., 2005; Di Matteto και Martin, 2011; Podschun, 2012).

Ιδιαίτερα αναφέρθηκε πως, πολλές φορές το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί πρόβλημα, καθώς ο ασθενής αδυνατεί να καταλάβει κάποιους όρους και μπορεί να αντιμετωπίζει με κάποια καχυποψία τον γιατρό. Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενδέχεται να δημιουργεί αίσθημα ντροπής και κατωτερότητας με συνέπεια οι ασθενείς να είναι λιγομίλητοι και να μην μπορούν να περιγράψουν στις κανονικές του διαστάσεις το πρόβλημα που τους απασχολεί. Εκτός από την καχυποψία των ασθενών και την προκατάληψη απέναντι στον ιατρικό ρόλο, μερικές φορές υπάρχουν παρεμβολές τρίτων, παγιωμένες αντιλήψεις, κακή συμβουλευτική άλλων συναδέλφων. Η ασυνέπεια σε ότι αφορά την προσέλευσης των ασθενών είναι ένα ακόμη εμπόδιο που αναφέρθηκε από τους ιατρούς, αρκετές φορές σε

συνδυασμό με το ακατάστατο ωράριο ή την απόσταση από τον χώρο εργασίας των ασθενών. Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις που έδωσαν δύο συμμετέχοντες στην έρευνα: ο πρώτος αναφέρεται στη «Δυστροπία ασθενή, ιδεοληψίες, κακή πληροφόρηση ή και κακή προηγούμενη εμπειρία που οδηγεί σε αρνητική στάση και καχυποψία προς το πρόσωπο του γιατρού. Επίσης πολλές φορές οι ασθενείς αρνούνται να δουν τη σοβαρότητα του προβλήματος και «σηκώνουν τείχη», εμποδίζοντας τη σωστή θεραπευτική προσέγγιση. Τέλος, το οικονομικό κομμάτι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο τα τελευταία χρόνια», ενώ ο δεύτερος αναφέρεται και στην ίδια την φύση της εργασίας, λέγοντας «Νούμερο 1 εμπόδιο η ασάφεια της σημαντικότητας αρκετών ευρημάτων στην ειδικότητά μου. Νο. 2 η πίεση της δουλειάς. Από την πλευρά των ασθενών άγνοια, επιθυμία να ακούσουν αυτό που θέλουν, προκατάληψη»

#### **4.6 Ικανοποίηση ασθενών και διατήρηση σχέσεων**

Οι ιατροί αρχικά κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα του πόσο σημαντική θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών τους και με ποια κριτήρια την αξιολογούν. Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα χωρίς κάποια εξαίρεση δήλωσαν πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι εξαιρετικά σημαντική, όχι μόνο γιατί συμβάλλει στην αύξηση των πελατών και των εσόδων γενικότερα αλλά γιατί προσφέρει ηθική ικανοποίηση στον θεράποντα ιατρό, και οδηγεί στη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ιατρούς και την πιστότητα των ασθενών όπως αναφέρεται και από προηγούμενες έρευνες (Lo, 2012; Ntale et al., 2013). Ένας οδοντίατρος αναφέρει χαρακτηριστικά: «Εξαιρετικά σημαντική! Εφόσον είμαι εγώ πρωτίστως ικανοποιημένος από το λειτουργικό κατά πρώτο λόγο κομμάτι και από το αισθητικό αποτέλεσμα, είμαι σίγουρος ότι θα ικανοποιηθεί και ο ασθενής αφού επιδίωξη μου είναι η σωστή λειτουργία του στοματογναθικού του συστήματος και η αισθητική αποκατάστασή του. Ο ικανοποιημένος ασθενής θα ξαναέρθει και θα μείνει πιστός, αλλά θα στείλει και άλλους»

Αναφορικά με τα κριτήρια αξιολόγησης αυτής της ικανοποίησης, ένας από τους ιατρούς ανέφερα πως δεν έχει σκεφτεί κάποια συγκεκριμένα. Ωστόσο, όλοι οι υπόλοιποι ιατροί απάντησαν σε αυτήν την έρευνα με συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία μπορούν να ενταχθούν στις κάτωθι κατηγορίες: η σύσταση των ιατρών σε άλλους ασθενείς, η συνέχιση της παρακολούθησης-επαναληψιμότητα της επίσκεψης των ασθενών στο ιατρείο, καθώς και οι εκδηλώσεις των ασθενών στη βάση του θετικού αποτελέσματος.

Έτσι, σύμφωνα με έναν ιατρό, το κριτήριο αξιολόγησης είναι πάντα το χαμόγελο επικρότησης, τα καλά κι ευχαριστήρια λόγια, η ψυχική ανάταση που φαίνεται στο πρόσωπό του ακόμα και το κλάμα χαράς (αυτό είναι το καλύτερο). Όλα αυτά συνηγορούν ώστε να καταλάβει ο ιατρός πως ο ασθενής όχι μόνο θα φύγει από το ιατρείο ευχαριστημένος, αλλά σίγουρα θα επιστρέψει και θα συστήσει τον ιατρό και σε άλλους ασθενείς. Και άλλοι ιατροί ανέφεραν πως αξιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών μέσα από τη γενικότερη συμπεριφορά των ασθενών που εκφράζεται είτε άμεσα είτε έμμεσα αλλά και από την παραπομπή συγγενών και φίλων των ασθενών προς εκείνους. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε ένας ιατρός «Το σημαντικότερο είναι η σχέση με τον ασθενή να οδηγεί σε σωστή αντιμετώπιση του προβλήματός του. Η συνέχιση της ιατρικής συνεργασίας δείχνει συνήθως και την ικανοποίηση των ασθενών», ενώ στην περίπτωση των μικρών ασθενών τα πράγματα ίσως είναι πιο απλά, όπως φαίνεται από την απάντηση της παιδιάτρου που συμμετείχε στην έρευνα: «Σταματάει ο πόνος, το κλάμα. Αυτό λέγεται ικανοποίηση. Μια αγκαλιά από τον/την ασθενή, το μεγάλο «ευχαριστώ» στο βλέμμα του γονιού και τελευταία, καλοδεχούμενη, αν υπάρξει, η αμοιβή του γιατρού»

Τέλος, οι ιατροί κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα ποια είναι τα χαρακτηριστικά ενός καλού ιατρού. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν αρκετά χαρακτηριστικά ενός «καλού ιατρού». «Ένας καλός ιατρός πρέπει να είναι ευπαρουσίαστος, κομψός και περιποιημένος. Χαμογελαστός, να αφήνει τα προβλήματα της προσωπικής του ζωής στο σπίτι του, φιλικός, διπλωμάτης, συγκαταβατικός αλλά και αυταρχικός για όσα είναι απαραίτητο να γίνουν, σοβαρός, προσηνής, με ήπιο και σταθερό χαρακτήρα. Ειλικρινής, σαφής, κατανοητός ως προς την κατάχρηση της ιατρικής ορολογίας που

πολλοί κάνουν, υπομονετικός κι επίμονος. Να σέβεται και να εκτιμάει τους ασθενείς του, ανθρώπους δηλαδή που εναποθέτουν την υγεία τους στα χέρια του. Πάνω από όλα όμως να είναι άριστα καταρτισμένος άρα γνώστης της ιατρικής επιστήμης του, να είναι άνθρωπος και να αγαπάει τη δουλειά του. Αυτός που είναι ή κάνει τα τρία τελευταία είναι και όλα τα παραπάνω άρα και άριστος ιατρός»

Η εμφάνιση του ιατρού, η ειλικρίνειά του, η επιστημονική του κατάρτιση, η αγάπη προς τη δουλειά του, η επικοινωνία, η συνεχής ενημέρωση κατά το δυνατό με βάση τη σύγχρονη ιατρική γνώση σχετικά με όποια καινούρια εξέλιξη αφορά την ειδικότητα του, η ορθή δεοντολογική άσκηση της ιατρικής επιστήμης, η άριστη κατάρτιση, η ικανότητα όσον αφορά τις ιατρικές πρακτικές, να ασκεί το επάγγελμα του με ήθος και σοβαρότητα, να εξασκεί καλή ιατρική που δεν επηρεάζεται από την οικονομική δυσπραγία, αλλά και το να είναι 'άνθρωπος', δηλαδή η ανθρώπινη και ευγενική συμπεριφορά του, ένα χαμόγελο και ένας καλός λόγος για κάθε ασθενή, είναι τα βασικά χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν σχεδόν από όλους τους ερωτηθέντες. Ωστόσο, αναφέρθηκαν και άλλα χαρακτηριστικά, όπως είναι η τιμιότητα, ο σεβασμός, η εντιμότητα, η ευγένεια, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια, η αγάπη στον ασθενή, η κοινή λογική, η ικανότητα να θέτει προτεραιότητα, η αφοσίωση στα προβληματικά περιστατικά, το να γνωρίζει τα δικά του όρια και τα όρια της Επιστήμης, να είναι καθαρός, υγιής, συνεπής σε ένα καθαρό και πολιτισμένο περιβάλλον, να μην ειρωνεύεται και να μην εκμεταλλεύεται τους πελάτες, να είναι αποφασιστικός στην λήψη αποφάσεων, να κατανοεί τις ανάγκες των ασθενών, να είναι καλός ακροατής, να είναι υπομονετικός, χαμογελαστός, φιλικός με αληθινό ενδιαφέρον για τους ασθενείς του, να δίνει λύσεις στα προβλήματα που ανακύπτουν και να προτρέπει τους ασθενείς να ακολουθούν τις οδηγίες, χωρίς να έχει ως προτεραιότητα την αμοιβή του. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας ιατρός: «Σωστός γιατρός είναι αυτός που δεν σταματά να ενημερώνεται στον τομέα της ειδικότητάς του, να συμμετέχει σε συνέδρια και να γνωρίζει όλες τις εξελίξεις σε ό,τι αφορά την επιστήμη του. Να αγαπά τη δουλειά του και να μη φείδεται χρόνου ή κόπου προκειμένου να ανακουφίσει κάποιον ασθενή του. Να διατηρεί ένα καθαρό και πολιτισμένο περιβάλλον. Να μην ειρωνεύεται, να μην εκμεταλλεύεται τους πελάτες. Να έχει

ήθος, να είναι ειλικρινής. Η αμοιβή να είναι το τελευταίο πράγμα που θα τον απασχολήσει κατά την προσπάθεια θεραπείας κάποιου. Σε κορνίζα στον τοίχο αντί άλλων πτυχίων και διπλωμάτων προτιμότερος θα ήταν ο Όρκος του Ιπποκράτη»

Συνολικά, επομένως, ένας «καλός ιατρός» θα πρέπει να είναι καλός επιστήμονας και να έχει ανθρώπινη προσέγγιση, όπως χαρακτηριστικά ανέφερε ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Έτσι, ένα πρώτο χαρακτηριστικό είναι η σωστή έγκαιρη και ιατρικώς ορθή αντιμετώπιση των παθήσεων του ασθενούς, ενώ ένα δεύτερο η σωστή αντιμετώπιση συνολικά του ασθενούς ως προσωπικότητα. Σε κάθε περίπτωση «καλός γιατρός» είναι αυτός που έχει ως προτεραιότητα τον ασθενή του. Όλα αυτά συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία, σχετικά με τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διέπουν έναν καλό ιατρό (Alhashem et al., 2009; Qu et al. , 2011; AnbuSelvan et al., 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 5.1 Συμπεράσματα της έρευνας

Το πρώτο συμπέρασμα της παρούσας έρευνας αφορά στο πώς οι ιατροί αντιλαμβάνονται τη σχέση τους με τους ασθενείς τους. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, η σχέση αυτή είναι περίπλοκη, καθώς δεν είναι μόνο επαγγελματική, αλλά περιλαμβάνει και τον ανθρώπινο παράγοντα. Το πρώτιστο μέλημα των ιατρών δεν είναι η εμπορική συμφωνία ή οι οικονομικές απολαβές, αλλά η θεραπεία των ασθενών. Κατά συνέπεια, η σχέση ιατρών και ασθενών είναι μία σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης, τιμότητας, ειλικρίνειας, συνέπειας, σοβαρότητας, άμεσης επικοινωνίας, αλλά και με διάθεση προσφοράς. Το γεγονός ότι η σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών είναι περίπλοκη και μπορεί να ιδωθεί μέσα από διάφορες προσεγγίσεις, όπως υποστηρίζεται και από τις Μάντη και Τσελέπη (2000).

Σχετικά με το πώς επιδιώκουν αυτή τη σχέση, οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν την επικοινωνία ως βασικό εργαλείο αυτής της διαδικασίας. Οι ιατροί προσπαθούν να αφιερώσουν χρόνο για να ακούσουν τον ασθενή και το πρόβλημά του, παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική στον ασθενή, ενώ παράλληλα παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες με επαγγελματισμό, στη βάση άρτιας γνώσης, επιστημονική επάρκειας και επαγγελματικής ειδίκευσης. Το γεγονός ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά οδηγούν στη δημιουργία σχέσεων με τους ασθενείς αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία (Hashem, 2012; Lo, 2012; Rizan et al., 2014).

Η δημιουργία και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς χαρακτηρίστηκε από τους ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα ως πολύ σημαντική. Η σημασία δημιουργίας και διατήρησης αυτών των σχέσεων έγκειται σε τρεις παράγοντες: α) στη διαφήμιση των ιατρών μέσω της από στόμα σε στόμα επικοινωνία (σύσταση σε άλλους), β) στη δημιουργία πιστών πελατών και τέλος γ) στη συμμόρφωση των ασθενών με τις υποδείξεις των ιατρών. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι σχέσεις αυτές οδηγούν στα



προαναφερθέντα, στο πλαίσιο του σχεσιακού μάρκετινγκ (Hashem, 2012; Ntale et al., 2013). Επίσης, υποστηρίζεται πως οι σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών οδηγεί στη συμμόρφωση των ασθενών (Yannakoulia, 2006).

Εξαιτίας της σημαντικότητας της δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων με τους ασθενείς, οι ιατροί εφαρμόζουν συγκεκριμένες μεθόδους προς αυτήν την κατεύθυνση. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, οι μέθοδοι αυτοί είναι οι εξής: α) διαφήμιση (κυρίως μέσω διαδικτύου), β) από στόμα σε στόμα επικοινωνία μέσω της ικανοποίησης των ασθενών, γ) οι ευκολίες πληρωμής με το τραπεζικό σύστημα POS. Η χρησιμοποίηση του διαδικτύου (Vilnai-Yavetz και Rafaeli, 2006; Berkowitz, 2010) αλλά και η από στόμα σε στόμα επικοινωνία (Trusov et al., 2008; Schweidel et al., 2011) έχουν αναφερθεί ως τρόποι δημιουργίας των σχέσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών στο πλαίσιο του σχεσιακού μάρκετινγκ.

Για την ενδυνάμωση αυτών των σχέσεων οι ιατροί βασίζονται στην ειλικρίνεια, τη φιλικότητα, την άμεση επικοινωνία, την παροχή βέλτιστων ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Μέσα από τα παραπάνω, οι ιατροί προσπαθούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών, που είναι η επικοινωνία, η θεραπεία τους, η ανάγκη ασφάλειας και η ψυχολογική υποστήριξη. Για το λόγο αυτό, οι ιατροί, εκτός από τις ιατρικές υπηρεσίες, προσφέρουν επίσης στους ασθενείς ένα άνετο, φιλικό, καθαρό και ευχάριστο περιβάλλον, ειλικρίνεια, σεβασμό προς τους ασθενείς, οικονομικές διευκολύνσεις, αλλά και χρόνο για συζήτηση. Άλλωστε, υποστηρίζεται από τους Perin et al. (2007) ότι η ανταπόκριση στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών οδηγεί στην ικανοποίηση αυτών.

Τα παραπάνω οδηγούν στην ικανοποίηση των ασθενών, η οποία κρίθηκε ως ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να οδηγήσει στα παρακάτω: α) πιστότητα ασθενών, β) σύσταση σε άλλους και γ) συμμόρφωση του ασθενούς με αποτέλεσμα τη θεραπεία της ασθένειάς του. Οι εκφράσεις των ασθενών, η εκ νέου επίσκεψη στον ιατρό και η σύσταση σε άλλους αποτελούν τα κριτήρια για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση των πελατών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται συμβάλλουν στη

δημιουργία σχέσεων με τους ιατρούς (Ntale et al., 2013) και στην πιστότητα των ασθενών (Lo, 2012; Ntale et al., 2013). Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί από άλλες έρευνες (Μουμουλέτσα και Χαρίλα, 2004; DiMatteo και Martin, 2011) ότι η δημιουργία σχέσεων με τους ασθενείς οδηγεί στη συμμόρφωση των τελευταίων.

Όλα αυτά επιτυγχάνονται μέσα από την επικοινωνία. Η επικοινωνία χαρακτηρίστηκε ως ιδιαίτερα σημαντική από τους ιατρούς, καθώς οδηγεί στα παρακάτω: α) δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και β) συμμόρφωση των ασθενών με τις οδηγίες και τις υποδείξεις των ιατρών. Το γεγονός ότι η επικοινωνία οδηγεί στη δημιουργία σχέσεων με τους ασθενείς στο πλαίσιο του σχεσιακού μάρκετινγκ αναφέρεται και από προηγούμενες έρευνες (Μποστανίτης και Τσαλίδου, 2010; Hall, 2003; Simonet, 2005; Robinson et al., 2008; D'Souza και Sequeira, 2012; Αυλωνίτης και συν., 2016; Auruskeviciene et al., 2010). Προκειμένου να επιτευχθεί μία αποτελεσματική επικοινωνία, οι ιατροί φροντίζουν να έχουν επαρκή χρόνο, φιλικότητα, ειλικρίνεια, ενσυναίσθηση, διάθεση για συνεργασία και συζήτηση με τον ασθενή, καθώς και επιστημονική επάρκεια.

Ωστόσο, υπάρχουν και ορισμένα εμπόδια στην επικοινωνία ιατρών και ασθενών, όπως δήλωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Οι προκαταλήψεις των ασθενών στη βάση προηγούμενης κακής εμπειρίας και λανθασμένης πληροφόρησης από το διαδίκτυο, η άρνησή τους να δουν το πρόβλημά τους, το οικονομικό κόστος, το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, καθώς και η έλλειψη καλής γνώσης της ελληνικής γλώσσας, αποτελούν τα εμπόδια που αναφέρθηκαν από τους ιατρούς, όσον αφορά στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς και στη δημιουργία σχέσεων με εκείνους. Το γεγονός ότι οι προαναφερθέντες παράγοντες αποτελούν εμπόδια της επικοινωνίας συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Μάντη και Τσελέπη, 2000; Goldsmith et al., 2005; Di Matteto και Martin, 2011; Podschun, 2012).

Το τελευταίο συμπέρασμα αυτής της έρευνας αναφέρεται στα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει ένας καλός ιατρός. Στη βάση των απαντήσεών τους, τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής: καλή εμφάνιση, φιλικότητα, ειλικρίνεια,

αγάπη προς τη δουλειά του και τον ασθενή, επαρκής χρόνος για επικοινωνία με τον ασθενή, επικοινωνιακές δεξιότητες, επιστημονική επάρκεια και ορθή άσκηση της ιατρικής επιστήμης, ανθρωπιά, το να εμπνέει ασφάλεια και εμπιστοσύνη και εν τέλει η αντιμετώπιση του προβλήματος των ασθενών. Τα παραπάνω αναφέρονται και από άλλους ερευνητές (Alhashem et al., 2009; Qu et al. , 2011; AnbuSelvan et al., 2013).

## 5.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα βασίζονται στους περιορισμούς που έχει η παρούσα έρευνα. Ο πρώτος περιορισμός αφορά στο γεγονός ότι το δείγμα προέρχεται από την πόλη της Θεσσαλονίκης. Αυτό, κατά συνέπεια, εμποδίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ως εκ τούτου, μία περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να απευθυνθεί σε ένα μεγαλύτερο δείγμα ιατρών ελευθέρων επαγγελματιών, από όλες τις περιφέρειες της Ελλάδας, προκειμένου να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων με αξιοπιστία.

Ένας δεύτερος περιορισμός αυτής της έρευνας αφορά και πάλι στο δείγμα, αλλά στο ότι οι ιατροί ασκούν το επάγγελμα ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Κατά συνέπεια, θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί η άποψη των ιατρών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, σχετικά με την επικοινωνία τους με τους ασθενείς, καθώς και τη δημιουργία και διατήρηση σχέσεων με εκείνους. Μέσα από μία τέτοια έρευνα θα μπορούσαν να εξαχθούν συμπεράσματα χρήσιμα ως προς το αν ο τρόπος εργασίας (εξάρτηση από τον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα) στον ιατρικό κλάδο διαφοροποιεί τις απόψεις των ιατρών.

Ένας τρίτος περιορισμός αφορά στο ότι το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται μόνο από ιατρούς. Σε αυτό το πλαίσιο, μία μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει και στους ασθενείς, προκειμένου να διερευνηθεί η άποψή τους σχετικά με την επικοινωνία με τους ιατρούς, τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει ένας καλός ιατρός, τους τρόπου συμμόρφωσής τους με τις υποδείξεις των ιατρών, καθώς και τις σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ τους.

Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός αφορά όχι στο δείγμα, αλλά στη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα αυτή εκπονήθηκε με την ποιοτική μέθοδο προσέγγισης, χρησιμοποιώντας την προσωπική συνέντευξη για τη συλλογή των δεδομένων. Ωστόσο, η συγκεκριμένη μέθοδος έρευνας δε επιτρέπει την ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα μεγάλο δείγμα ερωτηθέντων, δεν μπορεί να απεικονίσει με γραφήματα / πίνακες τις απόψεις των συμμετεχόντων, ενώ τέλος δε δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, όπως για παράδειγμα κατά πόσο διαφοροποιούνται οι απόψεις των ιατρών με βάση την ειδικότητα, το φύλο και την ηλικία τους. Κατά συνέπεια, μία μελλοντική έρευνα μπορεί να διεξαχθεί με την πολυμεθοδική προσέγγιση, τη μικτή μέθοδο, δηλαδή τη χρησιμοποίηση ποσοτικής και ποιοτικής μεθόδου, με ερωτηματολόγιο και συνέντευξη ως μεθοδολογικά εργαλεία. Η μικρή μέθοδος έρευνας έχει το πλεονέκτημα της τριγωνοποίησης, καθώς αξιοποιεί τα πλεονεκτήματα της κάθε μεθόδου έρευνας και ταυτόχρονα μειώνει τον αρνητικό αντίκτυπο των μειονεκτημάτων αυτών των μεθόδων. Με τον τρόπο αυτό, οδηγεί σε περισσότερο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση

1. Αλετράς Β, Ματσαγγάνης Μ, Νιάκας Δ. 2002, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ.17
2. Αντεριώτη, Π. Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), 62-68.
3. Αυλωνίτης, Λ., Γούναρης, Σ., Τσιότσου, Ρ. (2016). *Μάρκετινγκ υπηρεσιών*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
4. Βενιού, Α., Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), 613-618.
5. Γούναρης, Σ. (2003). *Μάρκετινγκ υπηρεσιών*. Αθήνα: Rosili
6. Γρηγορούδης, Β., Σίσκος, Γ. (2005). *Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη*. Αθήνα: Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών
7. DiMatteo, M.R., & Martin, L.R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.
8. Θεοφίλου, Π., Κατσάμπα, Ε., Λιγκρής, Γ., & Παπαματθαίου, Ζ. (2005). Η θεραπευτική σχέση στη γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία- Παράγοντες επίδρασης. Ανακτήθηκε από: <http://www.ibrt.gr/ereyna/sxesh.pdf>
9. Kotler, P., Keller, K.L. (2006). *Μάρκετινγκ μανάτζμεντ*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
10. Λέντζας, Ι., Θεοδωροπούλου, Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσοπούλου, Χ., Ματζουράνης, Γ., Μητρόπουλος, Ι. (2010). Ικανοποίηση ασθενών - χρηστών Κέντρων Υγείας των Νομών Αχαΐας και Ηλείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 22(1), 9-24.
11. Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), 88-98.

12. Μάντη, Π., Τσελέπη, Χ. (2000). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
13. Μουμουλέτσα, Ε., Χαρίλα, Ν. (2004). Σύγκριση (ομοιότητες και διαφορές) των εκπαιδευτικών προγραμμάτων του Γ/Σ μοντέλου, συστημικού μοντέλου και γνωσιακού – αναλυτικού μοντέλου ως προς τη θεραπευτική δουλειά των ίδιων των εκπαιδευόμενων ψυχοθεραπευτών. Ανακτήθηκε από: [http://www.ibrt.gr/ereyna/sygkrisi\\_montelon.pdf](http://www.ibrt.gr/ereyna/sygkrisi_montelon.pdf)
14. Μπενετάτος, Θ., Παπαγεωργίου, Γ., Στεργίου, Δ. (2004). *Marketing – Management για υπηρεσίες και τουρισμό*. Αθήνα: Έλλην
15. Μποστανίτης, Ι., Τσαλίδου, Μ. (2010). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: οι σχέσεις ιατρών – ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος, 15-19.
16. Παρασκευοπούλου – Κόλλια, Ε.Α. (2008). Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις. *Open Education – The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*, 4(1). Ανακτήθηκε από: [http://www.openedu.gr/share/magaz\\_files/7-new/7-%20Special%20Issue.pdf](http://www.openedu.gr/share/magaz_files/7-new/7-%20Special%20Issue.pdf)
17. Πολύζος, Ν., Δρακόπουλος, Σ. (2008). Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2), 121-136.
18. Ραυτόπουλος, Β.Γ. (2002). *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
19. Σιγάλας Ι., Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Διδακτικές σημειώσεις Προγράμματος Εξειδίκευσης Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 2003
20. Σιώμκος, Γ., (2002). *Συμπεριφορά καταναλωτή και στρατηγική μάρκετινγκ*. Αθήνα: Σταμούλης.

21. Σταλίκας, Α., Παυλάτου, Ε. (2008). Ο ρόλος των πολιτισμικών διαφορών στην αξιολόγηση της θεραπευτικής συμμαχίας και της επίδρασης της συνεδρίας: Μια προκαταρκτική σύγκριση Καναδών και Ελλήνων θεραπευομένων. *Ψυχολογία*, 15(1), 55-70.
22. Τζωρτζάκης Κ., Τζωρτζάκη Α. (2002). *Αρχές Marketing: Η ελληνική προσέγγιση*. Αθήνα: Rosili
23. Τσιαούσης Π., Σάρλης Γ., Παπαδημητρίου Δ., 2008. Η σχέση ιατρού-ασθενούς: Από τον «ιατρό-Θεό» στον «ασθενή-χρήστη» υπηρεσιών υγείας. *Ελληνική Ιατρική*, τόμος 74, τεύχος 2
24. Τσίμτσιου, Ζ.Α. (2008). *Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών*. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
25. Τσιώλης, Γ. (2014). Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα. Αθήνα: Κριτική.
26. Χαρίλα, Ν. (2007). Ο ρόλος της ψυχοθεραπευτικής σχέσης στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση: Από την αρχική φάση της κλινικής εκτίμησης μέχρι την τελική φάση της ψυχοθεραπευτικής αλλαγής. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98, 92-99

#### Ξενόγλωσση

27. Akhter, S. H. (2010), Service attributes satisfaction and actual repurchase behavior: The mediating influence of overall satisfaction and intention, *Journal of Satisfaction and Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, 23, 52-64
28. Alhashem, A.M., Alquraini, H., Chowdhury, R.I. (2009). Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(3), 249-262.
29. Al-Mobeeriek, A. (2012). Dentist-patient communication as perceived by patients in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(1), 89-96.
30. AnbuSelvan, G.J., Raja, S., Vilvanathan, P., Megabob, N., Prabhakar, K. (2013). Changing concepts of positive patient communication in

- dentistry and orthodontics: South Indian perspective. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 5(1), 9-12.
31. Auruskeviciene, V., Salciuviene, L., Skudiene, V. (2010). The relationship quality effect on customer loyalty, *Pecunia*, 10, 23-36.
32. Barroso, L., Pereira, K., Almeida, P. Galvao, M. (2006). Compliance with antiretroviral treatment among patients with AIDS - a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2). Ανακτήθηκε από: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/290>
33. Chakraborty, R., Majumdar, A. (2011). Measuring consumer satisfaction in health care sector: the applicability of Servqual. *International Refereed Research Journal*, 2(4), 149-160.
34. Chidozie N. E., Anayochukwu N. C., (2012). Relationship Marketing: Customers satisfaction based approach. Ανακτήθηκε από: [http://www.vnmpublication.com/IJIRM/December\\_2012/3.pdf](http://www.vnmpublication.com/IJIRM/December_2012/3.pdf)
35. Dawson, C. (2009). *Introduction to research methods: A Practical Guide for Anyone Undertaking a Research Project*. Oxford: How to Books.
36. de Almeida, R.S., Bourliataux-Lajoinie, S., Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11-25.
37. D'Souza, S.C., Sequeira, A.H. (2012). Measuring the Customer-Perceived Service Quality in Health Care Organization: A Case Study. *Journal of Health Management*, 14(1), 27-41.
38. Goldsmith, S., Slack-Smith, L., Davies, G. (2005). Dentist-patient communication in the multilingual dental setting. *Australian Dental Journal*, 50(4), 235-241.
39. Hall, J.A. (2003). Some observations on provider-patient communication research. *Patient Education and Counseling*, 50, 9-12.
40. Hansen, K.V. (2014). Development of SERVQUAL and DINESERV for Measuring Meal Experiences in Eating Establishments. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism*, 14(2), 116-134.
41. Hashem, T.N. (2012). The impact of customer relationship marketing on customers' image for Jordanian five star hotels. *International Journal of Business and Social Science*, 23(2), 129-134.



42. Hudson, S. (2008). *Tourism and Hospitality Marketing. A Global Perspective*. London: Sage
43. Johnson, E.M. (2014). Physician-Induced Demand. *Encyclopedia of Health Economics*, 3, 77-82.
44. Kessler, D.P., Mylod, D. (2009). Does patient satisfaction affect patient loyalty? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 266-273.
45. Kim, W.G., Lee, S., Lee, H.Y. (2007). Co-Branding and Brand Loyalty. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 8(2), 1-23
46. Lekidou, I., Trivellas, P., Ipsilandis, P. (2007). Patients' satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital. *Management of International Business & Economic Systems*, 1(1), 46-59.
47. Lo, S.C. (2012). A Study of Relationship Marketing on Customer Satisfaction. *Journal of Social Sciences*, 8(1), 91-94.
48. Lovelock, Christopher and John Wirtz (2011). *Services Marketing: People, Technology, Strategy* (7<sup>th</sup> ed.) Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall
49. Morgan M.R., Hunt S.D., 1994, The commitment-trust theory of relationship marketing, *Journal of Marketing*, 58:20-38
50. Ntale, P.D., Ngoma, M., Mussime, A. (2013). Relationship marketing, word of mouth communication and consumer loyalty in the Ugandan mobile telecommunication industry. *African Journal of Business Management*, 7(5), 354-359.
51. Newsome P., Wright G., 1999, A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, vol.186, No 4, p.p 161-165
52. Ojasalo, J. (2002). Customer commitment in key account management. *The Marketing Review*, 2, 301-318.
53. Oliver, R.L. (1999). Whence consumer loyalty?. *Journal of Marketing*, 63, 33-44
54. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995, 40:903-918

55. Qu, H., Platonova, E.A., Kennedy, K.N., Shewchuk, R.M. (2011). Primary care patient satisfaction segmentation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(7), 564-576.
56. Perin, M.G., Sampaio, C.H., Brei, V.A. (2007). Loyalty's Antecedents: A Cross-Sector Study. *Latin American Business Review*, 8(1), 83-102
57. Podschun, G.D. (2012). Dentist-patient communication techniques used in the United States: The results of a national survey. Ανακτήθηκε από:  
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/B23D0F5769B94846BA1E345C6D5CD466.ashx>
58. Rizan, M., Warokka, A., Listyawati, D. (2014). Relationship Marketing and Customer Loyalty: Do Customer Satisfaction and Customer Trust Really Serve as Intervening Variables? *Journal of Marketing Research and Case Studies*, DOI: 10.5171/2014.724178.
59. Robinson, J.D., Raup - Krieger, J.L., Burke, G., Weber, V., Oesterling, B. (2008). The Relative Influence of Patients' Pre-Visit Global Satisfaction with Medical Care on Patients' Post-Visit Satisfaction with Physicians' Communication. *Communication Research Reports*, 25(1), 1-9
60. Rubin, H., Rubin, I. (1995). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks: Sage
61. Schweidel, D.A., Bradlow, E.T., Fader, P.S. (2011). Portfolio dynamics for customers of a multiservice provider. *Management Science*, 57(3), 471-486.
62. Simonet, D. (2005). Patient satisfaction under managed care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 424-440.
63. Smith, J.A., Braunack-Mayer, A., Wittert, G., Warin, M. (2008). "It's sort of like being a detective": Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. *BMC Health Services Research*, 8, 56-66.
64. Stone, M., Woodcock, N., Wilson, M. (1996). Managing the change from marketing planning to customer relationship management. *Long Range Planning*, 29(5), 675-683.

65. Trusov, M., Bucklin, R. E., & Pauwels, K. H. (2008). Effects of Word-of-Mouth versus Traditional Marketing: Findings from an Internet Social Networking Site. *Journal of Marketing*, 73(5), 90-102.
66. Valenzuela, D., Shrivastana, P. (2005) Interview as a Method for Qualitative Research. ανακτήθηκε από: <http://www.public.asu.edu/~kroel/www500/Interview%20Fri.pdf>
67. Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
68. Vilnai-Yavetz, I., Rafaeli, A. (2006). Aesthetics and Professionalism of Virtual Servicescapes. *Journal of Service Research*, 8(3). Ανακτήθηκε από: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1094670505281665>
69. Yannakoulia, M. (2006). Eating behavior among type 2 diabetic patients: a poorly recognized aspect in a poorly controlled disease. *Review of Diabetes Studies*, 3(1), 11-16.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

#### 1. Φύλο

Άντρας	
Γυναίκα	

#### 2. Ηλικία

25 – 40	
41 - 50	
51-60	
Ανω των 60	

#### 3. Ειδικότητα

4. Πώς αντιλαμβάνεστε την έννοια της «σχέσης με τον πελάτη-ασθενή» και τι περιλαμβάνει;
5. Με ποιον τρόπο επιδιώκετε τη σχέση αυτή;
6. Πόσο σημαντική θεωρείτε τη δημιουργία, ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς;
7. Ποιες ενέργειες κάνετε για την προσέλκυση νέων πελατών-ασθενών;
8. Ποιες ενέργειες κάνετε για να ενδυναμώσετε τη σχέση με τους ασθενείς σας;
9. Σε ποιες κατηγορίες πελατών-ασθενών απευθύνεστε;
10. Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ασθενών σας και πώς προσπαθείτε να προσαρμοστείτε σε αυτές;
11. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης τι προσφέρετε εκτός από τις αμιγώς ιατρικές υπηρεσίες;
12. Με ποιους τρόπους επιδιώκετε τη συμμόρφωση των ασθενών σας;
13. Σε ποιο βαθμό δίνετε έμφαση στην επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς και γιατί;
14. Ποιες είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις για να έχετε μία αποτελεσματική επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς;

15. Ποια εμπόδια συναντάτε κατά την αποτελεσματική σας επικοινωνία με τους πελάτες-ασθενείς;
16. Πόσο σημαντική θεωρείτε την ικανοποίηση των ασθενών σας και με ποια κριτήρια την αξιολογείτε;
17. Συνολικά, πώς κρίνετε τις σχέσεις σας με τους πελάτες-ασθενείς;
18. Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα χαρακτηριστικά ενός «καλού γιατρού»;