



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΜΑΡΜΑΡΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

**Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ  
ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2012**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΑ**

**ΜΑΡΜΑΡΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

**Η ΥΠΟΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ  
ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

Αναπλ. Καθηγήτρια Σ. ΧΑΤΖΗΔΗΜΑ

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2012**



**UNIVERSITY OF  
PIRAEUS**

***POSTGRADUATE PROGRAM***

***HEALTH MANAGEMENT***



**TEI OF PIRAEUS**

**MARMARIDOU CHRYSOULA**

**PERSONNEL MOTIVATION AS A FACTOR OF  
IMPROVING THE QUALITY OF THE SERVICES  
PROVIDED AT MATERNITY HOSPITALS**

Supervisor: Dr. S. HADJIDEMA

**Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”  
University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.**

**PIRAEUS, 2012**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Χατζηδήμα για την επίβλεψη της διπλωματικής μου εργασίας καθώς επίσης, τα μαιευτήρια και το προσωπικό αυτών που με βοήθησαν να πραγματοποιήσω το εμπειρικό μέρος της εργασίας μου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαρκής εξέλιξη και ο εκσυγχρονισμός στον τομέα της υγείας (πρόοδος της τεχνολογίας, αύξηση υλικών και ανθρώπινων πόρων) μετατόπισε σταδιακά το ενδιαφέρον των μελετητών από την επάρκεια (ποσότητα) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην έρευνα και στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Παράλληλα, η μεγαλύτερη και καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία σε σχέση με τα θέματα της υγείας και των υπηρεσιών της καθιστά τους χρήστες/καταναλωτές υπηρεσιών υγείας πολύ πιο απαιτητικούς και με υψηλότερες προσδοκίες για την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται. Στα πλαίσια αυτά η παρούσα μελέτη εστίασε στην αξιολόγηση και στον προσδιορισμό των κινήτρων για την υποκίνηση του ανθρώπινου δυναμικού στα μαιευτήρια – γυναικολογικές κλινικές. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη μεγάλη σημασία που έχει η παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους στην υγεία και κυρίως κίνητρα όπως η παροχή ευκαιριών εξέλιξης και προαγωγών, η εφαρμογή αντικειμενικών συστημάτων αξιολόγησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και η καλή σχέση και επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων, τμημάτων και οργανισμού.

**Λέξεις κλειδιά:** υποκίνηση προσωπικού, ικανοποίηση προσωπικού, ποιότητα στην υγεία, μαιευτήρια -γυναικολογικές κλινικές

## **ABSTRACT**

The increasing development and modernization of health services (advances in technology, increased material and human resources) gradually shifted the attention of scholars on the sufficiency (quantity) of health services to the research of the quality assurance of health services. In parallel, the advanced access to health information and knowledge by the users/consumers of health services results to increased demand and higher expectations on the quality of health services provided to them. In this context, the present study focused on evaluating and identifying incentives for the motivation of human resources in maternity - gynecological clinics. The results showed the importance of providing incentives to health workers and more specifically, the provision of opportunities for development and promotion, objective appraisal for the efficiency of the staff and the development of good relation and communication among workers, departments and the entire organization.

**Keywords:** personnel motivation, personnel satisfaction, quality of health services, maternity - gynecological clinics

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>Ευχαριστίες</i>	<i>iii</i>
<i>Περίληψη</i>	<i>iv</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Πίνακας Περιεχομένων</i>	<i>vi</i>
<i>Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων</i>	<i>ix</i>
<i>Κεφάλαιο 1</i>	<i>1</i>
<i>Εισαγωγή</i>	<i>1</i>
<i>1.1 Εισαγωγή</i>	<i>1</i>
<i>1.2 Στόχοι της Διπλωματικής Εργασίας</i>	<i>3</i>
<i>1.2.1 Ερευνητική Υπόθεση I</i>	<i>3</i>
<i>1.2.2 Ερευνητική Υπόθεση II</i>	<i>4</i>
<i>1.2.3 Ερευνητική Υπόθεση III</i>	<i>5</i>
<i>1.2.4 Ερευνητική Υπόθεση IV</i>	<i>6</i>
<i>1.3 Δομή της Διπλωματικής Εργασίας</i>	<i>7</i>
<i>Κεφάλαιο 2</i>	<i>9</i>
<i>Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας</i>	<i>9</i>
<i>2.1 Ορισμοί της έννοιας της ποιότητας στην υγεία</i>	<i>9</i>
<i>2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας</i>	<i>12</i>
<i>2.3 Ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίηση των χρηστών</i>	<i>17</i>
<i>2.4 Ο ρόλος των εργαζομένων στη διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία</i>	<i>20</i>

<b>Κεφάλαιο 3</b>	<b>24</b>
<b>Υποκίνηση στην Εργασία</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Ορισμοί και έννοια της υποκίνησης στην εργασία</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Θεωρίες Υποκίνησης Προσωπικού</b>	<b>31</b>
<b>3.2.1 Η Θεωρία της Ιεράρχησης Αναγκών του Maslow</b>	<b>31</b>
<b>3.2.2 Η Θεωρία Υγιεινής του Herzberg</b>	<b>32</b>
<b>3.2.3 Η Θεωρία E.R.G του Alderfer</b>	<b>33</b>
<b>3.2.4 Η Θεωρία της Οργανωτικότητας ή Προσδοκίας του V.Vroom</b>	<b>34</b>
<b>3.2.5 Η Θεωρία του Mc Gregor</b>	<b>35</b>
<b>3.2.6 Η Θεωρία της Ανθρώπινης Ωρίμανσης του Chris Argyris</b>	<b>37</b>
<b>3.2.7 Η Θεωρία του Mc Clelland</b>	<b>39</b>
<b>3.2.8 Η Θεωρία της Δικαιοσύνης ή Ισότητας (Equity Theory)</b>	<b>40</b>
<b>3.3 Ο ρόλος και η σημασία της υποκίνησης του προσωπικού στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας</b>	<b>41</b>
<b>Κεφάλαιο 4</b>	<b>44</b>
<b>Μαιευτικές - Γυναικολογικές Κλινικές</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Δομή του Κλάδου Υγείας</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Δομή και Διάρθρωση του Κλάδου Μαιευτικών - Γυναικολογικών Κλινικών</b>	<b>49</b>
<b>Κεφάλαιο 5</b>	<b>56</b>
<b>Μεθοδολογία της Έρευνας</b>	<b>56</b>
<b>5.1 Ερευνητικές Μέθοδοι : η Ποσοτική Έρευνα</b>	<b>56</b>



<i>5.2 Σχεδιασμός και Υλοποίηση Έρευνας</i>	<b>57</b>
<i>5.3 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων</i>	<b>58</b>
<i>5.3.1 Έλεγχος <math>\chi^2</math> (Chi-square)</i>	<b>58</b>
<i>5.3.2 Έλεγχος Συσχέτισης Pearson (Pearson Correlation)</i>	<b>60</b>
<b>Κεφάλαιο 6</b>	<b>61</b>
<i>Μελέτη Περίπτωσης στα Μαιευτήρια</i>	<b>61</b>
<i>6.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά</i>	<b>61</b>
<i>6.2 Στατιστική Παρουσίαση των Αποτελεσμάτων της Έρευνας</i>	<b>67</b>
<i>6.3 Έλεγχος <math>\chi^2</math></i>	<b>85</b>
<i>6.4 Έλεγχος Ερευνητικών Υποθέσεων</i>	<b>89</b>
<i>6.4.1 Ερευνητική Υπόθεση I</i>	<b>89</b>
<i>6.4.2 Ερευνητική Υπόθεση II</i>	<b>90</b>
<i>6.4.3 Ερευνητική Υπόθεση III</i>	<b>91</b>
<i>6.4.4 Ερευνητική Υπόθεση IV</i>	<b>92</b>
<b>Κεφάλαιο 7</b>	<b>93</b>
<i>Συμπεράσματα</i>	<b>93</b>
<i>Βιβλιογραφία</i>	<b>98</b>
<i>Παράρτημα</i>	<b>105</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας</b>	<b>10</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ιδιωτικός και Δημόσιος Τομέας Υγείας: Διαφορές υιοθέτησης και εφαρμογής των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας</b>	<b>15</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Σύγκριση Χαρακτηριστικών Ο.Β.Π και Κύκλων Ποιότητας</b>	<b>22</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Επίπεδα Επιρροής της Υποκίνησης των Εργαζομένων στον Τομέα της Υγείας</b>	<b>26</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. Εσωτερική Διαδικασία Υποκίνησης Εργαζομένων</b>	<b>28</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. Διαδικασία Υποκίνησης Εργαζομένων από τον Οργανισμό</b>	<b>29</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4. Παράγοντες Διαμόρφωσης της Υποκίνησης του Εργαζόμενου στον Τομέα της Υγείας</b>	<b>29</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή οργανισμού (1996-2007)</b>	<b>44</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Θεραπευτήρια κατά νομική μορφή, κατηγορία και γεωγραφικό διαμέρισμα (2007)</b>	<b>45</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5. Κατανομή κλινών θεραπευτηρίων (2007)</b>	<b>46</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Εξέλιξη του ιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού της χώρας (1996-2007)</b>	<b>46</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Αριθμός θεραπευτηρίων, κλινών, ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού κατά κλιμάκια κλινών και γεωγραφικό διαμέρισμα (2007)</b>	<b>47</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2007)</b>	<b>48</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά ειδικότητα θεραπευτηρίου και γεωγραφικό διαμέρισμα (2007)</b>	<b>49</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Πωλήσεις ιδιωτικών μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)</b>	<b>50</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Έσοδα ανά κλίνη ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2008)</b>	<b>51</b>

---

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Έσοδα ανά εσωτερικό ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2008)</b>	<b>51</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Έσοδα ανά εξωτερικό ασθενή ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2008)</b>	<b>51</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6. Εξέλιξη δεικτών κερδοφορίας μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)</b>	<b>52</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7. Εξέλιξη δεικτών αποδοτικότητας ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)</b>	<b>53</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8. Εξέλιξη δεικτών ρευστότητας ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)</b>	<b>54</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9. Εξέλιξη δεικτών χρηματοοικονομικής διάρθρωσης ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)</b>	<b>54</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10. Εξέλιξη δεικτών δραστηριότητας ιδιωτικών μαιευτικών- γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)</b>	<b>55</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11. Φύλο</b>	<b>61</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12. Ηλικία</b>	<b>62</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13. Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>63</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14. Εκπαίδευση</b>	<b>64</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15. Μαιευτήριο</b>	<b>64</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16. Τμήμα</b>	<b>65</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17. Θέση</b>	<b>66</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18. Χρονική Διάρκεια Άσκησης Επαγγέλματος</b>	<b>66</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19. Παροχή Κινήτρων από τη Διοίκηση</b>	<b>67</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20. Βαθμός Ικανοποίησης από το Τμήμα</b>	<b>68</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21. Βαθμός Ικανοποίησης από τον Οργανισμό</b>	<b>69</b>

---

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22. Είδη Κινήτρων</b>	<b>70</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23. Χαρακτηριστικό «Ευκαιρίες Εξέλιξης και Προαγωγής»</b>	<b>71</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24. Χαρακτηριστικό «Αύξηση μισθού»</b>	<b>71</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25. Χαρακτηριστικό «Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/αποδοτικότητας/εμπειρίας»</b>	<b>72</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26. Χαρακτηριστικό «Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας »</b>	<b>73</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27. Χαρακτηριστικό «Αναγνώριση της συμβολής της εργασίας μου»</b>	<b>74</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28. Χαρακτηριστικό «Παροχή μπόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα»</b>	<b>74</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29. Χαρακτηριστικό «Ασφάλεια στην εργασία(τήρηση συμφωνιών και συμβάσεων)»</b>	<b>75</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30. Χαρακτηριστικό «Αξιοκρατία»</b>	<b>76</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31. Χαρακτηριστικό «Τήρηση Ωραρίων, Διαλειμμάτων και Αδειών»</b>	<b>76</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32. Χαρακτηριστικό «Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων»</b>	<b>77</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33. Χαρακτηριστικό «Συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού»</b>	<b>78</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34. Χαρακτηριστικό «Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματός μου»</b>	<b>78</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35. Χαρακτηριστικό «Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού»</b>	<b>79</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36. Χαρακτηριστικό «Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση»</b>	<b>80</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37. Χαρακτηριστικό «Συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού»</b>	<b>81</b>

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38. Χαρακτηριστικό «Συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.)»</b>	<b>81</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39. Χαρακτηριστικό «Σχέση κινήτρων και Αποδοτικότητας»</b>	<b>82</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Απόψεις εργαζομένων για τη βελτίωση της ποιότητας</b>	<b>84</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40. Σχέση Τύπου Μαιευτηρίου και Παροχή Κινήτρων από τη Διοίκηση</b>	<b>86</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Έλεγχος Pearson Correlation - Ερευνητική Υπόθεση I</b>	<b>89</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Έλεγχος Pearson Correlation - Ερευνητική Υπόθεση II</b>	<b>90</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Έλεγχος Pearson Correlation - Ερευνητική Υπόθεση III</b>	<b>91</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Έλεγχος Pearson Correlation - Ερευνητική Υπόθεση IV</b>	<b>92</b>

## Κεφάλαιο 1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1.1 Εισαγωγή

Η διαρκής εξέλιξη και ο εκσυγχρονισμός του τομέα της υγείας (πρόοδος της τεχνολογίας, αύξηση υλικών και ανθρώπινων πόρων) μετατόπισε σταδιακά το ενδιαφέρον των μελετητών από την επάρκεια (ποσότητα) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στην έρευνα και στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών. Παράλληλα, και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν στις μέρες μας μεγαλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία σε σχέση με τα θέματα της υγείας και των υπηρεσιών της. Το γεγονός αυτό κάνει τους χρήστες/καταναλωτές υπηρεσιών υγείας να έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τους παρόχους της. Ο σύγχρονος «πελάτης» ενός ιατρικού κέντρου, νοσοκομείου ή μαιευτικής κλινικής δεν έχει απλά την ανάγκη για επάρκεια των υπηρεσιών που του προσφέρονται, αλλά προσδοκά στην ικανοποίησή του κι από άλλα συστατικά της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως είναι ο χρόνος της εξυπηρέτησης, η ποιότητα της εξυπηρέτησης, η συμπεριφορά του προσωπικού, η καθαριότητα κ.λπ. (Κυριόπουλος κ.α., 2003).

Προκειμένου για την ικανοποίηση των ολοένα κι αυξανόμενων αναγκών και προσδοκιών των χρηστών τους, οι σύγχρονες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας οδηγούνται σταδιακά στην υιοθέτηση τεχνικών και μεθόδων μάνατζμεντ που οδηγούν στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών για την εξυπηρέτηση των χρηστών τους. Η έννοια και τα συστήματα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχουν εισέλθει στη διοίκηση των παρόχων υγείας. Τα σύγχρονα νοσοκομεία, κλινικές και μαιευτήρια δεν ενδιαφέρονται, πλέον, μόνο για την «αποκατάσταση» της κλινικής εικόνας των χρηστών/πελατών τους, αλλά και για την ικανοποίησή τους από την εξυπηρέτηση και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).

Η αποδοτικότητα, όμως, των οργανισμών της Υγείας και το επίπεδο των υπηρεσιών που προσφέρουν είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με το επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού που διαθέτουν. Ο τομέας της Υγείας, αν και απαιτεί ισχυρό κεφάλαιο (υψηλά

τεχνολογικά μέσα και πρώτες ύλες), ωστόσο, παραμένει ένας τομέας εντάσεως εργασίας κι όχι κεφαλαίου. Η επιτυχία ή η αποτυχία μίας επέμβασης ή της περίθαλψης ενός ασθενούς σε κάποια κλινική ή νοσοκομείο εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού του. Με άλλα λόγια, η παροχή και διάθεση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι έντονα προσανατολισμένη στον ανθρώπινο παράγοντα. Κατά συνέπεια, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η εξασφάλιση «ίσων ευκαιριών» στην υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένα με την πρόθεση των εργαζομένων να εφαρμόσουν στην πράξη και με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την εργασία τους (Franco et al., 2002).

Αν και η διαθεσιμότητα των απαραίτητων πόρων στις μονάδες υγείας και των ικανοτήτων των εργαζομένων αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις στην κατεύθυνση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, δεν εξασφαλίζουν, ωστόσο, και την υποκίνηση του προσωπικού προς την κατεύθυνση αυτή. Η απόδοση των εργαζομένων εξαρτάται και από το βαθμό υποκίνησής τους για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, από το βαθμό δηλαδή δημιουργίας κινήτρων σε αυτούς. Η ακριβής προσέλευση στο χώρο εργασίας, η άσκηση της εργασίας με επιμέλεια, η ευελιξία και η προθυμότητα συχνά είναι αποτέλεσμα της σωστής υποκίνησης του προσωπικού. Επίσης, η υποκίνηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας αντανακλά, ουσιαστικά, την αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων και του περιβάλλοντος της εργασίας τους. Ακριβώς επειδή η φύση της υποκίνησης στην εργασία οφείλεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών παραγόντων οι τύποι οργάνωσης και διοίκησης που επιλέγονται τόσο από ιδιωτικούς, όσο κι από δημόσιους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά των εργαζομένων, δημιουργώντας κίνητρα ή αντικίνητρα στην εργασία τους και κατά συνέπεια επηρεάζοντας τη συνολική απόδοση του οργανισμού (Franco et al., 2004).

Στα πλαίσια αυτά, η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα της υποκίνησης του προσωπικού ως παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα μαιευτήρια. Ο χώρος των μαιευτηρίων επιλέχθηκε λόγω της ιδιαιτερότητάς του ως τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπου συνήθως οι χρήστες έχουν υψηλές προσδοκίες τόσο για την εξυπηρέτηση, όσο και για την ποιότητα των υπηρεσιών που θα δεχθούν.

## 1.2 Στόχοι της Διπλωματικής Εργασίας

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ των κινήτρων στην εργασία και της υποκίνησης των εργαζομένων στα μαιευτήρια ως παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από αυτά. Για την επίτευξη των στόχων της εργασίας διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο αναφέρεται σε παράγοντες που επηρεάζουν την υποκίνηση των εργαζομένων (Shahid, 2009). Οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας περιγράφονται στη συνέχεια.

### *1.2.1 Ερευνητική Υπόθεση I*

Η διοίκηση ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα μαιευτήρια, θα πρέπει να είναι σε θέση να δημιουργεί «κίνητρα» στην κατεύθυνση της ικανοποίησης τόσο των δικών του στόχων (αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αύξηση της ικανοποίησης των πελατών/χρηστών των παρεχόμενων συστημάτων υγείας, αύξηση της αποδοτικότητας και της κερδοφορίας του οργανισμού, κ.λπ.), όσο και των εργαζομένων της (ικανοποίηση από την ίδια την εργασία, τις συνθήκες της, τα αποτελέσματά της, κ.λπ.) (Γούλα, 2007). Τα κίνητρα αυτά αφορούν (1) στη συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες βελτίωσης της αποδοτικότητας του οργανισμού και της επίτευξης των στόχων του και (2) στη συμβολή τους στην επίτευξη των ατομικών επιδιώξεων και στόχων των εργαζομένων (Σαρρής, 2001). Αναμένεται, επομένως, η παροχή κινήτρων (οικονομικών ή μη) να ενισχύει την απόδοση των εργαζομένων στην κατεύθυνση της επίτευξης των στόχων του μαιευτηρίου για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Διαμορφώνεται, συνεπώς, η παρακάτω ερευνητική υπόθεση:

**Ho:** «Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα κίνητρα και στην απόδοση των εργαζομένων στην κατεύθυνση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών».



### **1.2.2 Ερευνητική Υπόθεση II**

Όπως αναφέρθηκε ήδη οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, παρά την ανάγκη τους για χρησιμοποίηση υψηλού τεχνολογικά ιατρικού εξοπλισμού είναι, ουσιαστικά, εντάσεως εργασίας. Κυρίαρχο στοιχείο, με άλλα λόγια, για την επίτευξη των στόχων τους αποτελεί ο ανθρώπινος παράγοντας. Σύμφωνα με τους Porter & Lawler (1968) τα κίνητρα στην εργασία οδηγούν σε εσωτερικές και εξωτερικές ανταμοιβές. Οι εσωτερικές ανταμοιβές αφορούν στο αποτέλεσμα που δέχεται ο ίδιος ο εργαζόμενος (συναισθήματα επιτυχίας και ικανοποίησης), ενώ οι εξωτερικές ανταμοιβές παρέχονται από τον οργανισμό με τη μορφή αμοιβών, ευκαιριών εξέλιξης και προαγωγών, ασφάλειας στην εργασία κ.λπ.

Προκειμένου ο εργαζόμενος να βιώσει αυτές τις ανταμοιβές, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ικανότητα της διοίκησης να παρέχει κίνητρα, που θα οδηγούν στην υποκίνηση των εργαζομένων. Η υποκίνηση αποτελεί, ουσιαστικά, τη δυνατότητα του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας να δημιουργήσει τη θέληση και την επιθυμία στο προσωπικό του για επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Μέσω της ικανοποίησης του ίδιου του εργαζομένου από την εργασία του επιδιώκεται η αύξηση της αποδοτικότητάς του και κατά συνέπεια όλου του οργανισμού (Κέφης, 2005).

Επομένως, προσδοκάται πως η παροχή κινήτρων, όπως είναι οι ευκαιρίες εξέλιξης για το προσωπικό, θα παρέχουν αυξημένα κίνητρα (υποκίνηση από τη διοίκηση) για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών από τα μαιευτήρια. Στα πλαίσια αυτά διαμορφώνεται η ακόλουθη ερευνητική υπόθεση:

**Ηο:** *«Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις ευκαιρίες για εξέλιξη και προαγωγή και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών»*

### **1.2.3 Ερευνητική Υπόθεση III**

Στην πλειοψηφία των συστημάτων και μονάδων παροχής ιατρικής περίθαλψης και υπηρεσιών υγείας αναπτύσσονται και κάποια συστήματα αξιολόγησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Στόχος των συστημάτων αυτών είναι, ουσιαστικά, ο εντοπισμός των υπαλλήλων και των διεργασιών που αποτυγχάνουν να προσφέρουν το προβλεπόμενο επίπεδο υπηρεσιών που έχει οριστεί από τον οργανισμό (Μουμτζόγλου, 2001) και η διόρθωση των λαθών που σημειώνονται. Ο Kossen (1994) αναφέρει πως υπάρχουν τέσσερις βασικές ανάγκες που επιχειρείται να ικανοποιηθούν στα πλαίσια της εργασίας: (1) η ανάγκη για αποδοχή (need for approval), (2) η ανάγκη για επιβεβαίωση των ικανοτήτων μας (need for achievement), (3) η ανάγκη για καταξίωση (need for competence), και (4) η ανάγκη άσκησης εξουσίας (need for power).

Σύμφωνα με τις παραπάνω παραδοχές αναμένεται πως η εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης του προσωπικού θα οδηγήσει στην ενίσχυση της κινητοποίησής του στην κατεύθυνση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και, κατά συνέπεια, διαμορφώνεται η ακόλουθη υπόθεση εργασίας:

**Ho:** *«Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα συστήματα αξιολόγησης της αποδοτικότητας των εργαζομένων και στην υποκίνησή τους για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών».*

#### **1.2.4 Ερευνητική Υπόθεση IV**

Σύμφωνα με τους Roth and Jackson (1995), όσο μεγαλύτερη είναι η γνώση των εργαζομένων για την οργάνωση και τους στόχους της, τόσο μεγαλύτερη είναι η ποιότητα της εξυπηρέτησης που προσφέρουν και η απόδοση της επιχείρησης στην οποία απασχολούνται. Επίσης, σύμφωνα με τον Μουμτζόγλου (2001), οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας τείνουν να μειώνουν την έμφαση που δίδεται στην προσωπική αποτυχία (γιατρού ή νοσηλευτικού προσωπικού) στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Αντιθέτως, δίνουν ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στις μεθόδους και στα συστήματα εργασίας που εφαρμόζονται από τους εργαζομένους και που βασίζονται στη συλλογική προσπάθεια και εργασία.

Αναμένεται, επομένως, οι σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των εργαζομένων και των τμημάτων να επηρεάσουν το βαθμό υποκίνησής τους στην εργασία και στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και διαμορφώνεται η ακόλουθη ερευνητική υπόθεση:

**Ηο:** *«Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις ενδοεπιχειρησιακές σχέσεις του οργανισμού και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών»*

### 1.3 Δομή της Διπλωματικής Εργασίας

Η Διπλωματική Εργασία «Η υποκίνηση του προσωπικού ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα μαιευτήρια» οργανώνεται σε επτά κεφάλαια, τα οποία στοχεύουν τόσο στην εισαγωγή του αναγνώστη στο θέμα, όσο και στην αναλυτική παρουσίαση των παραγόντων που στοιχειοθετούν τα ζητήματα που πραγματεύεται η μελέτη.

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά στην Εισαγωγή της εργασίας. Παρουσιάζεται συνοπτικά το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και της υποκίνησης των εργαζομένων στο συγκεκριμένο τομέα. Στο κεφάλαιο αυτό καταγράφονται οι στόχοι και οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας, ενώ ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της συνολικής δομής της μελέτης.

Το δεύτερο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στο ζήτημα της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Στόχος του κεφαλαίου είναι ο ορισμός της έννοιας της ποιότητας στην υγεία, καθώς και της έννοιας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζεται η σύνδεση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας που δέχονται και της αποδοτικότητας των μονάδων υγείας. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την παράθεση του ρόλου των εργαζομένων στον κύκλο ποιότητας-ικανοποίησης-αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το τρίτο κεφάλαιο αφορά στον ορισμό της έννοιας της Υποκίνησης της Εργασίας και του ρόλου της στην ικανοποίηση εργαζομένων και χρηστών υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζονται οι σημαντικότεροι τύποι και θεωρίες υποκίνησης στην εργασία, ενώ το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την απόδοση του ρόλου που παίζει η υποκίνηση των εργαζομένων στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθενται βασικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας και των μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών στην Ελλάδα.

Το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη δομή του ερωτηματολογίου, καθώς και τη μεθοδολογία ανάλυσης (στατιστικές μέθοδοι) των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από την έρευνα.

Το κεφάλαιο έξι αφορά στα Αποτελέσματα της Έρευνας. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που απέδωσε η έρευνα και η μελέτη του θέματος, ενώ παράλληλα γίνεται ο σχολιασμός και η συζήτησή τους αναφορικά με τις ερευνητικές υποθέσεις που τέθηκαν στην αρχή της εργασίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με το έβδομο κεφάλαιο που παρουσιάζει τα Συμπεράσματα της έρευνας, της μελλοντικές κατευθύνσεις που προέκυψαν, αλλά και τους περιορισμούς της έρευνας.

## Κεφάλαιο 2

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Ορισμοί της έννοιας της ποιότητας στην υγεία

Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα υγείας έχει, σταδιακά, αναδειχθεί σε υψηλής προτεραιότητας παράγοντα της υγειονομικής πολιτικής, τόσο σε διεθνή όσο και σε εθνική κλίμακα. Ως ποιότητα υγειονομικής φροντίδας ορίζεται ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας υιοθετούν και εφαρμόζουν στην πράξη τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς (Τσάκος, 2003).

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας βοηθά τον οργανισμό παροχής υγειονομικής φροντίδας

- ✚ να ξεκαθαρίσει και να εστιάσει την πλήρη προσοχή του στην εκπλήρωση του σκοπού του
- ✚ τονίζει το ρόλο-κλειδί των πελατών στον προσδιορισμό της ποιότητας
- ✚ κεντρίζει τον τρόπο σκέψης γκρεμίζοντας τους τοίχους που χωρίζουν τμήματα και επαγγελματικές ομάδες στους περισσότερους οργανισμούς υγείας
- ✚ υπενθυμίζει ποιες διαδικασίες πρέπει να γίνουν παραγωγικές για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων
- ✚ παρέχει μεθόδους καλύτερης επίτευξης της φυσικής μας επιθυμίας να εντάξουμε την καλή φροντίδα στην καθημερινή εργασία του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας
- ✚ υπενθυμίζει ότι τα περισσότερα προβλήματα προκαλούνται από διαδικαστικές αδυναμίες σε αντίθεση με την υπάρχουσα τάση να ρίχνουμε το φταίξιμο στους άλλους

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα διάφορα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας**

<b>Καταλληλότητα (Appropriateness)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση
<b>Διαθεσιμότητα (Availability)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη, ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται
<b>Συνέχεια (Continuity)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου
<b>Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με το σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
<b>Δραστικότητα (Efficacy)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που χρησιμοποιείται για τον ασθενή φαίνεται να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
<b>Αποδοτικότητα (Efficiency)</b>	Η αναλογία των αποδόσεων (αποτελέσματα της φροντίδας) για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας
<b>Σεβασμός και φροντίδα (Respect and caring)</b>	Ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες, προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του
<b>Ασφάλεια (Safety)</b>	Ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και άλλους, συμπεριλαμβανόμενου και του παρέχοντα τη φροντίδα υγείας
<b>Επικαιρότητα (Timeliness)</b>	Ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη

Πηγή: Παπανικολάου, 2003

Η ποιότητα εμπεριέχει, ουσιαστικά, δύο σημαντικές διαστάσεις. Η μία αφορά στον οργανισμό παροχής φροντίδας και η άλλη στον πελάτη/χρήστη των υπηρεσιών. Από την πλευρά του οργανισμού δημιουργεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, συμβάλλοντας στην δημιουργία και την διατήρηση της καλής της φήμης και του ονόματός του, στη μείωση του κόστους παροχής των υπηρεσιών (μείωση λαθών ή προβλημάτων), στην εναρμόνιση του οργανισμού με την τρέχουσα νομοθεσία, κ.λπ. Από την πλευρά του πελάτη/χρήστη υπηρεσιών φροντίδας διασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών του και των προσδοκιών του για υπηρεσίες φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει ότι το κόστος για την αγορά των υπηρεσιών αυτών θα αντιστοιχεί στο επίπεδο ποιότητάς τους (value-for-money) (Τσιότρας, 1995).

Η ποιότητα, επίσης, δεν θα πρέπει να προσεγγίζεται ως μία απλή διαδικασία ελέγχου, αλλά ως μια έννοια ευρύτερη που εκτίνεται από την ποιότητα σχεδιασμού έως και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Γίνεται, επομένως, κατανοητό ότι η ποιότητα αποτελεί ουσιαστικά μία νέα φιλοσοφία μάνατζμεντ, η οποία εμπεριέχει τη συνεχή αναζήτηση και προσπάθεια για βελτίωση όλων των διαδικασιών του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας.



## 2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Πριν ορίσουμε την έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι σημαντικό να αναφερθούμε στην Ολική Ποιότητα. Η Ολική Ποιότητας αναφέρεται, ουσιαστικά, στην υιοθέτηση των Αρχών Ποιότητας του Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε όλες τις διαδικασίες και τις λειτουργίες του. Με άλλα λόγια, η Ολική Ποιότητα αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας στο οποίο ανήκουν και αναφέρονται όλα τα επιμέρους τμήματα του οργανισμού, καθώς και η διοίκησή του. Υιοθετώντας τη λογική της Ολικής Ποιότητας ο οργανισμός εφαρμόζει μεθόδους μέτρησης της αποτελεσματικότητάς του, έτσι ώστε να μην ελέγχει κάθε φορά το βαθμό επίτευξης των αρχικών του στόχων. Μέσω της εφαρμογής της Ολικής Ποιότητας όλο το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού συμμετέχει ενεργά, ενημερώνεται, εκπαιδεύεται και εφαρμόζει τις αρχές της ποιότητας σε όλες τις εκφάνσεις της εργασίας του και των διαδικασιών του και σε όλες τις μορφές επαφής του με τον πελάτη/ασθενή. Η Ολική Ποιότητα στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές (Κέφης, 2005):

- ✚ Δέσμευση της Διοίκησης με τους στόχους και τις αρχές της Ολικής Ποιότητας
- ✚ Ικανοποίηση του καταναλωτή
- ✚ Ο οργανισμός πρέπει να δίνει έμφαση τόσο στην ικανοποίηση των πελατών/ασθενών του, αλλά και στην ικανοποίηση των *εσωτερικών* του πελατών, δηλαδή του προσωπικού του
- ✚ Φιλοσοφία εξάλειψης των λαθών, η οποία αφορά ουσιαστικά στην άριστη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού, προκειμένου να εντοπίζει και να διορθώνει άμεσα τα διάφορα προβλήματα
- ✚ Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού στα νέα δεδομένα που δημιουργούνται (μέθοδοι, τεχνολογίες, τάσεις, κ.λπ.)
- ✚ Συνεχής βελτίωση και ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων για τη διαρκή βελτίωση της λειτουργίας του οργανισμού.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), από την άλλη πλευρά, αφορά και αποτελεί φιλοσοφία του μάνατζμεντ. Η φιλοσοφία αυτή στοχεύει όχι μόνο στην ικανοποίηση του πελάτη (εξωτερικού ή εσωτερικού), αλλά και στη δημιουργία μιας

οργανωσιακής κουλτούρας που θα δεσμεύει κάθε άτομο μέσα στην οργάνωση με την ποιότητα ανεξάρτητα με το επίπεδο της ιεραρχίας στο οποίο βρίσκεται. Απώτερος στόχος είναι η ακριβής κατανόηση της στρατηγικής σημασίας της ποιότητας για τον οργανισμό και η εφαρμογή της με σκοπό την εξασφάλιση υπηρεσιών που θα αντικατοπτρίζουν και θα ξεπερνούν τις ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες του καταναλωτή (Erdogan, 2006).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας δεν αποτελεί, επομένως, έναν επιμέρους στόχο, αλλά ολόκληρη τη φιλοσοφία πάνω στην οποία χτίζεται η συνολική κουλτούρα και οι διαδικασίες του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας. Πατέρας της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι ο Deming. Ο Deming διαμόρφωσε 14 βασικές αρχές, τις οποίες θα πρέπει να υιοθετήσουν οι οργανισμοί στην κατεύθυνση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Δερβιτσιώτης, 2001):

- ✚ Καθορισμός σταθερών στόχων για τη βελτίωση προϊόντων και υπηρεσιών με σκοπό την ανάπτυξη της ανταγωνιστικότητας και την μακροχρόνια παραμονή στον κλάδο, αντί για βραχυπρόθεσμα κέρδη.
- ✚ Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας με την άρνηση να επιτρέπεται να γίνονται αποδεκτά τα υπάρχοντα σφάλματα, ελαττώματα σε προϊόντα, καθυστερήσεις και λάθη. Αποδοχή της ανάγκης για αλλαγή.
- ✚ Διακοπή της εξάρτησης από τη διασφάλιση ποιότητας με μαζικό έλεγχο της παραγωγής για ποιότητα εκ των υστέρων. Προτιμότερη είναι η ενσωμάτωση της ποιότητας στη σχεδίαση του προϊόντος και σε στατιστικές μεθόδους ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας
- ✚ Τερματισμός της πρακτικής επιλογής προμηθευτών με κριτήριο μόνο την τιμή. Προτιμότερη είναι η ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους για τον κύκλο ζωής του αγοραζόμενου είδους. Περιορισμός του αριθμού προμηθευτών με την απόρριψη εκείνων που αδυνατούν να υποβάλουν τεκμήρια ικανοποιητικού στατιστικού ελέγχου των διαδικασιών τους.
- ✚ Σταθερή και συνεχής βελτίωση των συστημάτων παραγωγής για την βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας, επιτυγχάνοντας έτσι τη συνεχή μείωση του κόστους.

- ✚ Καθιέρωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο χώρο εργασίας για όλους τους εργαζόμενους.
- ✚ Εστίαση των διοικητικών στελεχών όλων των βαθμίδων στην αποτελεσματική ηγεσία των εργαζομένων για να τους βοηθήσουν να εκτελούν καλύτερα την εργασία τους.
- ✚ Απομάκρυνση του φόβου από τους εργαζόμενους. Αποφυγή επιπλήξεων για προβλήματα που δημιουργούνται από τα υπάρχοντα συστήματα'. Ενθάρρυνση αποτελεσματικής αμφίδρομης επικοινωνίας μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης.
- ✚ Κατάργηση εμποδίων μεταξύ διαφορετικών τμημάτων της επιχείρησης. Ενθάρρυνση της ομαδικής προσέγγισης σε διαφορετικούς τομείς, όπως η έρευνα, η σχεδίαση, η παραγωγή και οι πωλήσεις.
- ✚ Κατάργηση προγραμμάτων, επαίνων και συνθημάτων που ζητούν να επιτευχθούν επίπεδα παραγωγικότητας χωρίς να παρέχουν καλύτερες μεθόδους.
- ✚ Κατάργηση αυθαίρετων ποσοτικών στόχων παραγωγής, πρότυπων χρόνων εργασίας και σκοπών που δυσχεραίνουν την ποιότητα. Στη θέση τους είναι προτιμότερη η εμπνευσμένη ηγεσία και η συνεχής βελτίωση των διαδικασιών εργασίας.
- ✚ Απομάκρυνση εμποδίων (κακώς σχεδιασμένων συστημάτων και μεθόδων διοίκησης) που στερούν από τους εργαζόμενους τη δυνατότητα να είναι υπερήφανοι για τη δουλειά τους.
- ✚ Ενθάρρυνση συνεχούς εκπαίδευσης και αυτό-βελτίωσης για κάθε εργαζόμενο.
- ✚ Συμμετοχή όλων για την υλοποίηση των παραπάνω σημείων της νέας φιλοσοφίας.

Γίνεται κατανοητό, επομένως, ότι προκειμένου η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας να επιφέρει τα ιδανικά αποτελέσματα θα πρέπει να αποτελεί μέρος του οράματος και της κουλτούρας του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και όχι επιμέρους στόχο συγκεκριμένων διαδικασιών και λειτουργιών του.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στην Υγεία περιλαμβάνει (Berwick, 1991):

- ✚ Την προσπάθεια για καλύτερη κατανόηση των πελατών/ασθενών και των αναγκών τους και τη σύνδεσή τους με τις καθημερινές δραστηριότητες κι ενέργειες του οργανισμού.
- ✚ Την προσπάθεια για ενδυνάμωση της κουλτούρας των οργανισμών στην κατεύθυνση της ποιότητας και ενθάρρυνση της συνεργασίας και της συνεχούς αναζήτησης στην κατεύθυνση της ποιότητας.
- ✚ Την προσπάθεια για διαρκή βελτίωση της γνώσης και της διαχείρισης των διακυμάνσεων στην απόδοση της εργασίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών με τη χρήση επιστημονικών μεθόδων συλλογής κι ανάλυσης δεδομένων .

Οι Motwani, Sower & Brasier (1996) ορίζουν την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας των Οργανισμών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως ακολούθως: «Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αφορά ένα άρτια δομημένο σύστημα για τη δημιουργία κλίματος συμμετοχής όλου του προσωπικού στις διαδικασίες ποιότητας του οργανισμού από τα τμήματα γραμματείας έως τους γιατρούς και τα ανώτατα διοικητικά στελέχη, όπου όλοι θα εργάζονται από κοινού στη λογική της διαρκούς βελτίωσης των συστημάτων και των διαδικασιών εργασίας τους και παροχής υπηρεσιών υγείας».

Οι Onretveit και Aslaksen (1999) συνοψίζουν τις διαφορές υιοθέτησης και εφαρμογής των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας μεταξύ Οργανισμών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στον Ιδιωτικό και στο Δημόσιο Τομέα στα εξής (Πίνακας 2):

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ιδιωτικός και Δημόσιος Τομέας Υγείας: Διαφορές υιοθέτησης και εφαρμογής των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας**

Ιδιωτικός Τομέας	Δημόσιος Τομέας
Ατομική προσέλευση και εξυπηρέτηση πελατών/ασθενών.	Μαζική προσέλευση πελατών/ασθενών.
Το ανθρώπινο δυναμικό συνδέει το επίπεδο εξυπηρέτησης του πελάτη και επομένως τη «σύνδεσή» του με τον οργανισμό με τη διατήρηση της εργασίας του.	Το ανθρώπινο δυναμικό δεν διακρίνει άμεση σύνδεση μεταξύ της διατήρησης της εργασίας του και της διατήρησης του πελάτη.
Οι ανάγκες των πελατών/ασθενών αποτελούν προτεραιότητα. Η ικανοποίηση του πελάτη είναι το πιο σημαντικό στοιχείο.	Οι ανάγκες των πελατών είναι σημαντικές. Ωστόσο, στόχος είναι η μείωση του επιπέδου ταλαιπωρίας τους.

Οι πελάτες είναι, συνήθως, παθητικοί δέκτες της υπηρεσίας.	Οι πελάτες αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών (co-service).
Συχνά η παρεχόμενη υπηρεσία είναι μία κάθε φορά. Το ανθρώπινο δυναμικό δεν εμπλέκεται σε πολυάριθμες διαδικασίες.	Σύνθετες παρεχόμενες υπηρεσίες που εμπλέκουν το προσωπικό σε πολυάριθμες διαδικασίες για την παροχή των υπηρεσιών. Συνήθως, η θέση του ατόμου στην ιεραρχία επηρεάζει την απόδοσή του.
Σύνδεση μεταξύ εισροών – επεξεργασίας – εκροών των διαδικασιών (ικανότητα προβλέψεων).	Λιγότερο προβλεπόμενες διαδικασίες μεταξύ εισροών, επεξεργασίας και εκροών.
Απλές διαδικασίες μέτρησης της αποτελεσματικότητας.	Πολύπλοκες διαδικασίες, δύσκολες να μετρηθούν για την αποδοτικότητά τους.
Απλές διαδικασίες βελτίωσης των διαφόρων ενεργειών.	Η βελτίωση των διαφόρων ενεργειών (διαδικασιών παροχής των υπηρεσιών) αποτελεί μία πολύπλοκη κι αρκετά δύσκολη ενέργεια
Το ανθρώπινο δυναμικό διαθέτει την ευχέρεια της ανάληψης προσωπικής πρωτοβουλίας ανά περίπτωση.	Συνήθως, οι γιατροί έχουν μεγαλύτερη αυτονομία από ότι άλλοι υπάλληλοι.
Συνήθως, η διοίκηση ασκείται από επαγγελματίες μάνατζερ και υπάρχει μία ενιαία δομή στην οργάνωση.	Πολλά και διαφορετικά οργανωσιακά πλαίσια. Η διαχείριση και η διοίκηση δεν είναι σωστά δομημένες.
Η Διοίκηση μπορεί να απευθυνθεί απευθείας στα διάφορα όργανα και θεσμούς της πολιτείας.	Υψηλά πολιτικοποιημένοι οργανισμοί.
Προγράμματα άμεσης εφαρμογής από πάνω προς τα κάτω είναι διαθέσιμα για την εφαρμογή αλλαγών και βελτιώσεων.	Η αλλαγή και η βελτίωση διαδικασιών απαιτεί τη συγκατάθεση και τη θέληση των γιατρών ή άλλων ατόμων στην ιεραρχία του οργανισμού.

Πηγή: Ovretveit κ.α., 1999

### 2.3 Ποιότητα υπηρεσιών και Ικανοποίηση των χρηστών

Προκειμένου για τη διασφάλιση της ποιότητας και τη διαρκή βελτίωσή της από τους Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι απαραίτητη η συνεχής διερεύνηση των αναγκών, των προτιμήσεων, των προσδοκιών, αλλά και του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός πως για να προσδιορίσει κανείς την ποιότητα της φροντίδας θα πρέπει πρώτα να είναι σε θέση να καθορίσει τους παράγοντες που τη συνθέτουν. Απαιτείται, λοιπόν, ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ποιότητας, καθώς και των κριτηρίων που συνιστούν την καλή, ποιοτική φροντίδα (Παπανικολάου, 2007). Ανάμεσα στα σημαντικότερα κριτήρια που συνθέτουν τους δείκτες ποιότητας είναι η ικανοποίηση των χρηστών της φροντίδας υγείας. Το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι βασικές παράμετροι που πρέπει να εξετάζονται κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι (Σουλιώτης κ.α., 2003):

- ✚ Η κατάρτιση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας
- ✚ Η υποδομή της περίθαλψης (συνθήκες διαμονής και ξενοδοχειακό περιβάλλον)
- ✚ Η προσπέλαση-πρόσβαση στις υπηρεσίες
- ✚ Το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας
- ✚ Το φυσικό περιβάλλον
- ✚ Η διαθεσιμότητα
- ✚ Η διάρκεια
- ✚ Τα αποτελέσματα

Πολλοί είναι οι οργανισμοί φροντίδας που συλλέγουν και αξιοποιούν πληροφορίες για την αποδοτικότητά τους, όπως είναι πληροφορίες για τη δραστηριότητά τους (π.χ.

αριθμός ασθενών που εξυπηρετήθηκαν), για τα κόστη και την κατανάλωση αναλώσιμων υλικών (διάρκεια διαμονής ασθενούς, κ.α.), για τη δομή τους (π.χ. αριθμός και ειδικότητα εργαζομένων στην υγεία), για τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών (π.χ. διάρκεια αναμονής εξυπηρέτησης του ασθενή, δείκτες ποιότητας, ικανοποίησης, κ.λπ.), καθώς και για το αποτέλεσμα που έχει η φροντίδα που παρέχουν στον ασθενή (θνησιμότητα, ικανοποίηση κ.λπ.) (Overtveit, 1996).

Ένα πρόγραμμα υψηλής ποιότητας είναι αυτό που είναι προσανατολισμένο στο χρήστη και στοχεύει στο να βοηθήσει τα άτομα που προσέρχονται στον οργανισμό να επιτύχουν τις εσωτερικές τους προσδοκίες και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για φροντίδα υγείας. Η ικανοποίηση του πελάτη ορίζεται ως η άποψη που έχει ο χρήστης για την ποιότητα και την αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών ή ως η ικανοποιητική απάντηση του οργανισμού φροντίδας στις απαιτήσεις και στις προσδοκίες των ασθενών και των χρηστών των υπηρεσιών τους (Haddad et al., 1998).

Η ανάπτυξη του ενδιαφέροντος για συγκέντρωση και ανάλυση πληροφοριών που αφορούν στην ικανοποίηση των χρηστών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχει ενισχυθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Οι κυριότεροι λόγοι ενίσχυσης αυτού του ενδιαφέροντος αφορούν στα εξής (Overtveit, 1996):

- ✚ Έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμες μέθοδοι για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και του επιπέδου ποιότητάς τους.
- ✚ Η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών έχει μειώσει αισθητά το κόστος συγκέντρωσης, ανάλυσης και αξιοποίησης των στοιχείων για την ποιότητα.
- ✚ Έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα το φαινόμενο της ποιότητας και έχει ευρέως υιοθετηθεί, σχεδόν, από κάθε τύπου βιομηχανία.
- ✚ Έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στην άποψη των χρηστών/ασθενών και στο βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει σταδιακά οδηγήσει τους οργανισμούς φροντίδας να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις αντιλήψεις και στις προσδοκίες των ασθενών, καθώς και στα αποτελέσματα των ενεργειών τους, σε έναν τομέα που κυριαρχούσε η βιο-φυσική και λειτουργική μέτρηση του αποτελέσματός του (π.χ. θνησιμότητα).

- ✚ Έχει ενισχυθεί ο βαθμός ενημέρωσης του χρήστη/ασθενή αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και έχει αισθητά ενισχυθεί ο ρόλος του ως καταναλωτή. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας απαιτούν στις μέρες μας άρτια πληροφόρηση για το είδος και το επίπεδο της υπηρεσίας υγείας που θα δεχθούν. Επίσης, έχουν αυξηθεί τα μέσα από τα οποία ο χρήστης μπορεί να συλλέξει και να διασταυρώσει πληροφορίες πριν αποφασίσει σε ποιον οργανισμό φροντίδας θα απευθυνθεί και για ποια υπηρεσία υγείας. Αυτό συμβάλλει ακόμη περισσότερο στην ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα όπου υπάρχει πληθώρα οργανισμών φροντίδας.
- ✚ Ο σύγχρονος χρήστης υπηρεσιών υγείας είναι ενημερωμένος και απαιτεί οι υπηρεσίες που δέχεται να είναι όχι μόνο ποιοτικές, αλλά να αξίζουν και το κόστος που καταβάλλει για να τις αποκτήσει (value-for-money). Κατά συνέπεια, έχουν εντατικοποιηθεί οι έρευνες που αφορούν στις τάσεις και στις πεποιθήσεις των χρηστών για τη σχέση ποιότητας-κόστους μιας υπηρεσίας υγείας.



#### 2.4 Ο ρόλος των εργαζομένων στην διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία (Κύκλοι Ποιότητας)

Οι στόχοι ολικής ποιότητας που θέτει ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας δεν θα μπορούσαν να επιτευχθούν χωρίς τη συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού τους. Προκειμένου ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης να επιτύχει την εμπλοκή των εργαζομένων του στη διαδικασία και στις ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του, μπορεί να δημιουργήσει ομάδες εργαζομένων που θα συζητούν και θα προτείνουν λύσεις και ιδέες βελτίωσης διαδικασιών και ενεργειών. Μια Ομάδα για τη Βελτίωση της Ποιότητας (Ο.Β.Π.) θα πρέπει να αποτελείται από άτομα που διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις και δεξιότητες, ανάλογα με το θέμα που πραγματεύεται η ομάδα. Στα χαρακτηριστικά μιας Ομάδας για τη Βελτίωση της Ποιότητας περιλαμβάνονται (Στεφανάτος, 2000):

- ✚ Τα μέλη της Ο.Β.Π θα πρέπει να προέρχονται από διαφορετικούς τομείς και να έχουν διαφορετικό τομέα εξειδίκευσης.
- ✚ Στόχος της Ο.Β.Π είναι η αντιμετώπιση και επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων.
- ✚ Η Ο.Β.Π συγκαλείται σε συναντήσεις από τη Διοίκηση
- ✚ Οι Ο.Β.Π. εποπτεύονται από την Επιτροπή για την Ποιότητα, η οποία έχει την ευθύνη:
  - Για την επιλογή των θεμάτων με τα οποία ασχολείται η Ο.Β.Π.
  - Για τον προσδιορισμό των θεμάτων που θα δοθούν προς επεξεργασία σε κάθε Ο.Β.Π.
  - Για την επιλογή του επικεφαλής και των μελών των Ο.Β.Π.
  - Για την παρακολούθηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων κάθε Ο.Β.Π.

Η επιτυχής λειτουργία κι απόδοση των Ο.Β.Π. έγκειται στον τρόπο επιλογής των μελών της, στους στόχους που θέτει, στις συναντήσεις της(διάρκεια, συχνότητα κ.α.), στην ανάθεση επιμέρους εργασιών σε μέλη της κάθε Ο.Β.Π, στη δυναμική της κάθε Ο.Β.Π.

(κλίμα εμπιστοσύνης και δημιουργικότητας, δυνατότητα παράθεσης όλων των απόψεων, κ.λπ.) και στον έλεγχο που διενεργεί η κάθε Ο.Β.Π. στην κατεύθυνση επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Ιδιαίτερα το ζήτημα των στόχων που θέτει η Ο.Β.Π. αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα για την επιτυχή λειτουργία κι αποδοτικότητά της. Αν οι στόχοι δεν καθορισθούν με ευκρίνεια, είναι δύσκολο να επιλεγούν τα άτομα και οι διαδικασίες επίτευξής τους και κατά συνέπεια είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί και ο έλεγχος επίτευξης των στόχων.

Μία άλλη μέθοδος συμμετοχής των εργαζομένων στις διαδικασίες Ολικής Ποιότητας του Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι η δημιουργία ομάδων που έχουν καθιερωθεί με τον όρο Κύκλοι Ποιότητας. Οι Κύκλοι Ποιότητας διαφέρουν από τις Ομάδες για τη Βελτίωση της Ποιότητας στο γεγονός ότι πρόκειται, ουσιαστικά, για «εθελοντικές» ομάδες εργαζομένων. Ως Κύκλος Ποιότητας ορίζεται «μια ομάδα τεσσάρων μέχρι δώδεκα ατόμων, προερχόμενοι από την ίδια περιοχή (τμήμα), εκτελώντας παρόμοια εργασία και οι οποίοι εθελοντικά θα συναντιούνται σε τακτική βάση προκειμένου να αναγνωρίσουν, ερευνήσουν, αναλύσουν και επιλύσουν τα σχετιζόμενα με την εργασία τους προβλήματα. Ο κύκλος προσφέρει λύσεις στη διοίκηση και συνήθως σχετίζεται με την εφαρμογή και, αργότερα, καταγραφή των προβλημάτων» (Παπανικολάου, 2007).

Τα χαρακτηριστικά των Κύκλων Ποιότητας αφορούν στα εξής:

- ✚ Οι ομάδες συναντώνται εθελοντικά.
- ✚ Οι ομάδες συναντώνται τακτικά (ίσως και κάθε εβδομάδα).
- ✚ Στόχος των ομάδων και των συναντήσεων είναι ο προσδιορισμός, η ανάλυση και η επίλυση προβλημάτων σχετικών με την εργασία τους. Στα πλαίσια αυτά, τα μέλη της Ομάδας προτείνουν λύσεις και ιδέες.
- ✚ Οι συναντήσεις των ομάδων πραγματοποιούνται εντός του ωραρίου εργασίας των συμμετεχόντων τους.
- ✚ Ο προϊστάμενος του αντίστοιχου τμήματος είναι συνήθως και ο επικεφαλής της ομάδας που αφορά στο συγκεκριμένο τμήμα.

- ✚ Οι δραστηριότητες της κάθε ομάδας αφορούν σε διάφορα θέματα (επίλυση προβλημάτων, εκπαίδευση μελών, παρουσία προβλημάτων ή λύσεων προς τη Διοίκηση κ.λπ.).
- ✚ Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι Κύκλοι Ποιότητας μπορεί να επιλέξουν να δεχθούν βοήθεια από εξωτερικούς συνεργάτες (ειδικούς) για την επίλυση θεμάτων που διαφοροποιούνται ή ξεπερνούν τις γνώσεις της ομάδας.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα διάφορα χαρακτηριστικά των Ομάδων για τη Βελτίωση της Ποιότητας (Ο.Β.Π.) και των Κύκλων Ποιότητας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Σύγκριση Χαρακτηριστικών Ο.Β.Π. και Κύκλων Ποιότητας**

Χαρακτηριστικά	Κύκλοι Ποιότητας	Ομάδες για τη Βελτίωση της Ποιότητας
Εμβέλεια του Project της ομάδας	Σε ένα Τμήμα του Οργανισμού	Σε ένα ή περισσότερα Τμήματα
Σκοπός	Ένα από τα πολλά, όχι ύψιστης προτεραιότητας πρόβλημα	Ένα από τα λίγα, αλλά μεγάλης σπουδαιότητας προβλήματα
Προέλευση των συμμετεχόντων	Από ένα Τμήμα του οργανισμού	Από ένα ή περισσότερα Τμήματα
Συμμετοχή μελών	Εθελοντική	Υποχρεωτική
Διάρκεια ενεργοποίησης της ομάδας	Δε σταματάει ποτέ	Η ομάδα διαλύεται μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος
Βασικός αντικειμενικός στόχος	Βελτίωση ανθρώπινων σχέσεων της ομάδας	Βελτίωση Ποιότητας και (αν συνδυαστεί) αύξηση παραγωγικότητας
Δευτερεύων αντικειμενικός στόχος	Βελτίωση Ποιότητας	Συμμετοχή στο πρόγραμμα

Πηγή: Στεφανάτος, 2000

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι Κύκλοι Ποιότητας συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- ✚ Μικρές ομάδες επίλυσης προβλημάτων
- ✚ Δημιουργικές τεχνικές λειτουργίας
- ✚ Συλλογή δεδομένων
- ✚ Στατιστική ανάλυση των δεδομένων και δημιουργία εκθέσεων

Σε γενικά πλαίσια, όπως και στην περίπτωση των Ομάδων για τη Βελτίωση της Ποιότητας, οι Κύκλοι Ποιότητας θα πρέπει να θέτουν ξεκάθαρους στόχους, να επιτρέπουν την έκφραση όλων των ιδεών και απόψεων για ένα θέμα από τα μέλη της ομάδας (έλλειψη λογοκρισίας), να χρησιμοποιούν μεθόδους όπως το brainstorming (ιδεοκινητικές συνεδρίες «καταιγισμός ιδεών»), να συλλέγουν και αναλύουν στοιχεία (στατιστικά δεδομένα) προκειμένου για την επαλήθευση της ύπαρξης ή όχι ενός προβλήματος, να ελέγχουν τις διαδικασίες και τις αποφάσεις τους για την αποτελεσματικότητά τους (επίτευξη των στόχων που τέθηκαν).

## Κεφάλαιο 3

### Υποκίνηση στην Εργασία

#### 3.1 Ορισμοί κι έννοια της υποκίνησης στην εργασία

Η αποδοτικότητα του τομέα της υγείας, λόγω του γεγονότος ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι, κυρίως, έντασης εργασίας, εξαρτάται σε ένα πολύ σημαντικό βαθμό από την υποκίνηση των εργαζομένων του. Κατά συνέπεια, η ποιότητα των υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του οργανισμού είναι άμεσα συνδεδεμένα με την προθυμία των εργαζομένων να εκτελούν με ακρίβεια την εργασία τους. Η αποδοτικότητα των εργαζομένων εξαρτάται, επίσης, και από τα κίνητρα που παρέχονται και αφορούν στην παρακίνηση των εργαζομένων να είναι συνεπείς στην εργασία τους, να είναι επιμελείς, πρόθυμοι και ευέλικτοι για την πραγματοποίηση των λειτουργιών και των καθηκόντων της εργασίας τους (Hornby et al., 1988).

Η υποκίνηση ή παρακίνηση του εργαζομένου ορίζεται από τον Πατρινό (2005) ως «μία κατάσταση του οργανισμού που προκαλεί ανθρώπινη δράση ή ακόμη “η κατάσταση που δημιουργείται από την ύπαρξη κινήτρων” που στρέφουν τον άνθρωπο να ενεργήσει με ένα ορισμένο τρόπο». Τα κίνητρα μπορεί να είναι ενδογενή, δηλαδή να προέρχονται από εσωτερικούς παράγοντες του ατόμου ή εξωγενή, δηλαδή να προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον του εργαζομένου.

Ως υποκίνηση στην εργασία ορίζεται ο βαθμός προθυμίας του ατόμου να συμμετέχει και να διεκπεραιώνει λειτουργίες και να καταβάλλει προσπάθεια στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων του οργανισμού. Πρόκειται, ουσιαστικά, για ένα σύνολο από ψυχολογικές διεργασίες που επηρεάζουν την κατανομή των προσωπικών πόρων των εργαζομένων προς την κατεύθυνση των στόχων αυτών, οι οποίοι με τη σειρά τους επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της εργασίας, καθώς και την παραγωγικότητά της (Kanfer, 1999). Τα κίνητρα στην εργασία δεν αποτελούν χαρακτηριστικό των ατόμων ή των οργανώσεων, αλλά περισσότερο ένα συνδυασμό της αλληλεπίδρασης μεταξύ εργαζομένου και περιβάλλοντος (Kanfer et al., 2000). Εξαιτίας, ακριβώς, της σχέσης αυτής οι πολιτικές και οι αξίες του οργανισμού μπορούν να

επηρεάσουν, θετικά ή αρνητικά, την παρακίνηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Franco et al., 2002).

Η υποκίνηση στην εργασία εμφανίζεται όταν εφαρμοσθεί ένα είδος συγκερασμού των ατομικών στόχων με αυτών του οργανισμού. Όταν, δηλαδή, η επίτευξη των στόχων του οργανισμού συνδυάζεται με τις ατομικές ανάγκες και επιθυμίες, όπως είναι η αίσθηση της αναγνώρισης ή οι προσωπικές αμοιβές και ανταμοιβές. Στη διαδικασία αυτή συμμετέχουν δύο αλληλένδετες ψυχολογικές διεργασίες (Kanfer, 1999):

- ✚ Η προθυμία (“will do”). Αφορά στο βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι υιοθετούν τους στόχους της οργάνωσης, ο οποίος εξαρτάται από την ηθική του ατόμου στην εργασία και από τις εξωγενείς ανταμοιβές που προέρχονται από αυτή.
- ✚ Η ικανότητα (“can do”). Πρόκειται για το βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι αξιοποιούν εποικοδομητικά τις ικανότητές τους για την επίτευξη των κοινών στόχων. Εξαρτάται από την αντίληψη που έχουν οι εργαζόμενοι για τις αρμοδιότητές τους, για τη διαθεσιμότητα των κατάλληλων πόρων και για τις συνθήκες του περιβάλλοντος του οργανισμού.

Με άλλα λόγια, οι διαδικασίες υποκίνησης του προσωπικού λειτουργούν σε προσωπικό επίπεδο και απαρτίζονται από δύο βασικούς παράγοντες: την ένταση που οι εργαζόμενοι υιοθετούν τους στόχους και το όραμα της οργάνωσης και την έκταση στην οποία οι εργαζόμενοι επιστρατεύουν τις ικανότητες και τις γνώσεις τους για την επίτευξη αυτών των στόχων. Ωστόσο, οι παράγοντες προσδιορισμού του βαθμού της υποκίνησης εξαρτώνται από διάφορες παραμέτρους, όπως είναι το ίδιο το άτομο, το άμεσο οργανωτικό πλαίσιο της εργασίας του και το γενικότερο πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού (Franco et al., 2002). Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται τα διαφορετικά επίπεδα που επηρεάζουν τα κίνητρα των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας.

Σε ατομικό επίπεδο, οι προσωπικοί στόχοι του εργαζομένου, η αντίληψη για τις ικανότητες και τις δυνατότητές του, οι προσδοκίες του και η εμπειρία του είναι ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της υποκίνησής του στην εργασία. Οι παράγοντες αυτοί, σε συνδυασμό με την τεχνική και

τη διανοητική ικανότητα του κάθε εργαζομένου για την εκτέλεση μιας εργασίας, καθώς και με τους πόρους που διατίθενται για την εκτέλεση των εργασιών, έχουν ως αποτέλεσμα ένα συγκεκριμένο επίπεδο απόδοσης των εργαζομένων.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Επίπεδα Επιρροής της Υποκίνησης των Εργαζομένων στον Τομέα της Υγείας**

Πηγή: Franco et al., 2002

Η υποκίνηση στην εργασία εξαρτάται, επίσης, και από το πλαίσιο του οργανισμού στον οποίο απασχολείται ο εργαζόμενος. Οι δομές, οι πόροι, οι διαδικασίες και η κουλτούρα του οργανισμού, καθώς και οι διαδικασίες αξιολόγησης και ανταμοιβής της εργασίας που ακολουθεί επηρεάζουν το βαθμό υποκίνησης των εργαζομένων του για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

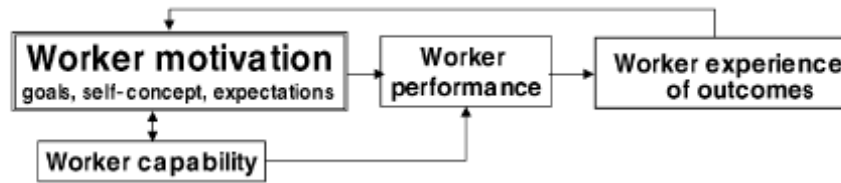
Αν και δεν αποτελεί μέρος του οργανωτικού πλαισίου, το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού (πελάτες, προμηθευτές, συνεργάτες κ.λπ.) επηρεάζει, επίσης, τα κίνητρα των εργαζομένων, μέσω των προσδοκιών που δημιουργούνται για το πως οι υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχονται. Η αλληλεπίδραση του προσωπικού με τους πελάτες, καθώς και η επίσημη και η ανεπίσημη ανατροφοδότηση από τον πελάτη σχετικά με την απόδοση των εργαζομένων για την υγεία επηρεάζει το βαθμό υποκίνησης των εργαζομένων στον συγκεκριμένο τομέα.

Τα ενδογενή κίνητρα της εργασίας στον τομέα της Υγείας αναφέρονται στα ακόλουθα (Bandura, 1986; 1977; Vroom, 1964):

- ✚ Στόχοι, κίνητρα και αξίες. Οι άνθρωποι διαφέρουν όσον αφορά στους στόχους, στα κίνητρα και στις αξίες τους σε σχέση με την εργασία τους. Δεν έχουν όλοι οι εργαζόμενοι το ίδιο μείγμα στόχων, κινήτρων και αξιών. Παράλληλα, το περιεχόμενο και η σημαντικότητα αυτών των στοιχείων αλλάζει όχι μόνο από άτομο, αλλά και στο ίδιο το άτομο ανάλογα με τις συνθήκες και τον χρόνο. Ωστόσο, οι εσωτερικοί αυτοί παράγοντες μπορούν να οργανωθούν σε δύο κύριες κατηγορίες: χαμηλού-επιπέδου ανάγκες, κίνητρα και στόχοι για την ικανοποίηση βασικών αναγκών επιβίωσης (π.χ. ασφάλεια στην εργασία, τήρηση συμφωνιών και συμβολαίων κ.λπ.) και υψηλού-επιπέδου κίνητρα και στόχους για την ικανοποίηση της αυτοπραγμάτωσης (π.χ. αίσθηση επάρκειας και ικανότητας, αυτοπροσδιορισμός, ισότητα).
- ✚ Αυτοαντίληψη: η αυτοαντίληψη και οι μεταβλητές που σχετίζονται με αυτή όπως είναι ο αυτοπροσδιορισμός και η αυτοεκτίμηση παίζουν, επίσης, σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του προσωπικού ενδιαφέροντος του ατόμου για την διεκπεραίωση δύσκολων και απαιτητικών λειτουργιών. Η αυτοαντίληψη αναφέρεται στην εκτίμηση του ατόμου για τις ικανότητες και τις δυνατότητές του να αναλάβει και να φέρει εις πέρας μία συγκεκριμένη λειτουργία ή εργασία. Όσο μεγαλύτερη η αυτοεκτίμηση των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας, τόσο μεγαλύτερη και η πιθανότητα ανάληψης επίτευξης από αυτούς δύσκολων στόχων της οργάνωσης. Ο οργανισμός μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της αυτοαντίληψης μέσα από την εκπαίδευση και την εφαρμογή συστημάτων ανταμοιβής σύμφωνα με την αποδοτικότητα.
- ✚ Γνωστικές διαδικασίες και προσδοκίες. Η εσωτερική διαδικασία υποκίνησης περιλαμβάνει και την ατομική κρίση του εργαζομένου για τον βαθμό στον οποίο η κατανομή των προσωπικών του πόρων στην εργασία (ικανοτήτων και δεξιοτήτων) θα αποφέρει θετικό αποτέλεσμα. Η γνωστική διαδικασία έχει σχέση με το βαθμό υιοθέτησης των στόχων της οργάνωσης από τους εργαζόμενους, ο οποίος εξαρτάται από την αυτοαξιολόγηση των ατόμων για το εάν είναι ικανοί να επιτελέσουν το έργο και εάν η επίτευξη του έργου έχει νόημα και αξία για αυτούς.



Στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζεται η εσωτερική διαδικασία υποκίνησης των ατόμων στον τομέα της Υγείας.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. Εσωτερική Διαδικασία Υποκίνησης Εργαζομένων**

Πηγή: Franco et al., 2002

Η υποκίνηση του ατόμου από τον οργανισμό εξαρτάται από παράγοντες όπως (Grindle, 1997):

- ✚ Η δομή και οι διαδικασίες του οργανισμού. Η αίσθηση ύπαρξης μίας ξεκάθαρης και ισχυρής αποστολής και οράματος λειτουργεί συχνά ως ισχυρό κίνητρο για τους εργαζομένους.
- ✚ Οι διαδικασίες επικοινωνίας του οργανισμού. Από αυτές εξαρτάται η ροή της πληροφορίας στα πλαίσια της οργάνωσης και, κατά συνέπεια, ο βαθμός ενημέρωσης των εργαζομένων για τους στόχους, τις αξίες και τις επιδιώξεις του οργανισμού.
- ✚ Η παροχή υποστήριξης και ενίσχυσης από τον οργανισμό. Η επίτευξη των στόχων δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τους εργαζόμενους, αλλά κι από το βαθμό υποστήριξης αυτών από τον οργανισμό (παροχή αυτονομίας στην εργασία, διευκρίνιση των ρόλων και των αρμοδιοτήτων κ.λπ.)
- ✚ Τα συστήματα αξιολόγησης και επανατροφοδότησης που εφαρμόζει ο οργανισμός. Τα συστήματα αυτά είναι απαραίτητα προκειμένου να γνωρίζει ανά πάσα στιγμή ο οργανισμός σε ποιο σημείο βρίσκεται στην επίτευξη των στόχων του. Τα συγκεκριμένα συστήματα βοηθούν στην ενημέρωση των εργαζομένων για το βαθμό επίτευξης των στόχων, αλλά και για την άρτια αξιολόγηση της προσωπικής τους απόδοσης και παραγωγικότητας.

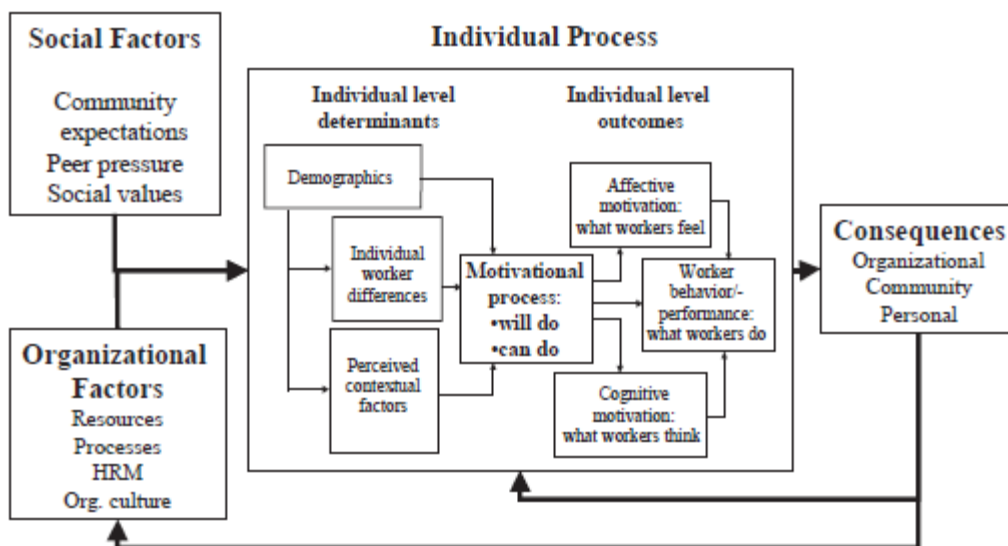
Στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζεται η διαδικασία υποκίνησης του προσωπικού από τον Οργανισμό.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. Διαδικασία Υποκίνησης Εργαζομένων από τον Οργανισμό**

Πηγή: Franco et al., 2002

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες διαμόρφωσης της υποκίνησης των εργαζομένων στον τομέα της Υγείας συνοψίζονται στο Διάγραμμα 4.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4. Παράγοντες Διαμόρφωσης της Υποκίνησης του Εργαζόμενου στον Τομέα της Υγείας**

Πηγή: Franco et al., 2004

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η υποκίνηση και η παρακίνηση στην εργασία συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των ατόμων από την εργασία τους. Αυτό γίνεται άμεσα κατανοητό μέσα από την μελέτη της έννοιας της ικανοποίησης από την εργασία. Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένοι ορισμοί της ικανοποίησης από την εργασία που προσδιορίζουν, ουσιαστικά, και την υποκίνηση των εργαζομένων. Η ικανοποίηση στην εργασία νοείται και ως η εναρμόνιση των αντιλαμβανόμενων αναγκών των εργαζομένων και των αντιλαμβανόμενων ανταμοιβών από την εργασία τους (Conrad et al., 1985). Ένας άλλος ορισμός αναφέρει πως η ικανοποίηση των εργαζομένων αφορά στην εκπλήρωση από την πλευρά των λειτουργιών και των καταστάσεων της εκάστοτε εργασίας, των φυσικών και των ψυχολογικών αναγκών των εργαζομένων (Worf, 1970).

Σύμφωνα με τον Price (2001) η ικανοποίηση από την εργασία είναι ο συναισθηματικός προσανατολισμός που έχει ο εργαζόμενος έναντι του έργου που επιτελεί. Σύμφωνα με τον Gruneberg (1976) η ικανοποίηση είναι όλα τα συναισθήματα που έχουν οι εργαζόμενοι και σχετίζονται με το έργο και τις λειτουργίες της εργασίας τους. Η ικανοποίηση στην εργασία είναι, ουσιαστικά, η συνάρτηση ικανοποίησης του εργαζομένου από τα διάφορα στοιχεία που απαρτίζουν την εργασία του (Herzberg & Mausner, 1959). Ως ικανοποίηση στην εργασία ορίζεται, επίσης, ως η εναρμόνιση των ατομικών, προσωπικών αναγκών των εργαζομένων με την αντιληπτή ικανοποίηση που οι εργαζόμενοι παίρνουν από την εργασία τους (Kuhlen, 1963).

Η ικανοποίηση στα πλαίσια της εργασίας μπορεί να ορισθεί ως ο βαθμός προθυμίας του ατόμου να λειτουργεί και να υπακούει στην προσπάθεια επίτευξης των στόχων της οργάνωσης. Πρόκειται για μία εσωτερική ψυχολογική διαδικασία και μια διαδικασία ανταλλαγής: η υποκίνηση του εργαζόμενου είναι το αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος εργασίας τους, καθώς και του επιπέδου σύνδεσης των εσωτερικών αλληλεπιδράσεων με το ευρύτερο, εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού (Lu et al., 2005).

### 3.2 Θεωρίες Υποκίνησης Προσωπικού

Η σύγχρονη οργανωτική θεωρία βασίζεται στις θεωρίες της Συμπεριφοράς, δηλαδή στην Υποκίνηση και στην Ηγεσία που οδηγούν στην παραγωγικότητα. Στις θεωρίες αυτές περιλαμβάνονται και οι Θεωρίες Υποκίνησης (Τύπας κ.α., 2003), οι οποίες βασίζονται στην αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας του οργανισμού μέσω της παροχής υποκίνησης στους εργαζόμενους. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι σημαντικότερες από τις θεωρίες υποκίνησης των εργαζομένων που αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν από το παρελθόν έως και σήμερα.

#### **3.2.1 Η Θεωρία της Ιεράρχησης Αναγκών του Maslow**

Σύμφωνα με τον Maslow η υποκίνηση προέρχεται από την μη ικανοποίηση κάποιας ανάγκης. Ο Maslow ιεραρχεί τις ανάγκες σε πέντε βασικά επίπεδα (Καντάς, 1993):

- ✚ Φυσιολογικές ανάγκες (πείνα, δίψα κ.λπ.)
- ✚ Ανάγκες ασφάλειας (προστασία από τον κίνδυνο κ.λπ.)
- ✚ Ανάγκη για αγάπη (π.χ. ένταξη σε μια ομάδα)
- ✚ Ανάγκη για εκτίμηση και σεβασμό
- ✚ Ανάγκη για αυτοπραγμάτωση και αυτοανάπτυξη

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, όσο παραμένουν ανικανοποίητες κάποιες ανάγκες, τόσο ο βαθμός υποκίνησης του ατόμου αυξάνεται προκειμένου να τις ικανοποιήσει. Με άλλα λόγια, όταν δεν ικανοποιείται μία ανάγκη δημιουργείται ένας μηχανισμός παρακίνησης του ατόμου. Στο χώρο της Διοίκησης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο μηχανισμός αυτός και δε θα πρέπει να παραγνωρίζεται η σχετική αξία κάθε ανάγκης των ατόμων, καθώς και η παρουσία τους σε διαφορετικό ποσοστό ανάλογα με το άτομο (Flippo, 1976). Με τον τρόπο αυτό η Διοίκηση μπορεί να επιτυγχάνει το βαθμό υποκίνησης που επιθυμεί ανάλογα με τη θέση και τις ικανότητες του κάθε εργαζομένου.

### 3.2.2 Η Θεωρία Υγιεινής του Hertzberg

Σύμφωνα με τον Hertzberg ο άνθρωπος έχει δύο ειδών ανάγκες (Maitland, 1998):

- ✚ Την ανάγκη να αποφεύγει τον πόνο και να αποφεύγει να υποφέρει από το περιβάλλον του. Σε αυτό το περιβάλλον ανήκει και το εργασιακό περιβάλλον του ατόμου και οι παράγοντες που το προσδιορίζουν. Η πολιτική της επιχείρησης, οι συνθήκες εργασίας, τα συστήματα αμοιβών κ.λπ. καθορίζουν το εργασιακό περιβάλλον και, κατά συνέπεια, το βαθμό δυσαρέσκειας ή ευχαρίστησης του ατόμου.
- ✚ Την ανθρώπινη ανάγκη να αναπτυχθεί ψυχολογικά. Στην κατηγορία αυτή ανήκει το περιεχόμενο της εργασίας. Το περιεχόμενο της εργασίας καθορίζεται από παράγοντες όπως η αναγνώριση, τα επιτεύγματα από την εργασία, η υπευθυνότητα κ.λπ. Όλοι αυτοί οι παράγοντες αποτελούν τα βασικά κίνητρα που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία, τη συμπεριφορά και το βαθμό υποκίνησης του ατόμου.

Το αξιοσημείωτο στη συγκεκριμένη θεωρία είναι ότι οι πρώτοι παράγοντες (περιβάλλον), όταν υπάρχουν δεν επηρεάζουν την ικανοποίηση. Όταν, όμως, δεν υπάρχουν δημιουργούν δυσαρέσκεια. Οι παράγοντες της δεύτερης κατηγορίας, από την άλλη πλευρά, είναι εκείνοι που δημιουργούν την παρακίνηση και την υποκίνηση του εργαζομένου. Επηρεάζουν, δηλαδή, τη συμπεριφορά των ατόμων αποτελώντας τα λεγόμενα κίνητρα (Wilkinson et al., 1971).

### 3.2.3 Η Θεωρία E.R.G. του Alderfer

Η συγκεκριμένη θεωρία αποτελεί τροποποίηση της θεωρίας του Maslow. Σύμφωνα με τον Alderfer οι κύριες κατηγορίες αναγκών περιλαμβάνουν τις παρακάτω ανάγκες (Cole, 2002):

- ✚ Ανάγκες ύπαρξης (φυσιολογικές ανάγκες, ανάγκες ασφάλειας)
- ✚ Ανάγκες σχέσης (ανάγκες που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον)
- ✚ Ανάγκες ανάπτυξης (ανάγκη για σεβασμό και αυτοπραγμάτωση)

Η κύρια διαφοροποίηση που αφορά στη θεωρία του Alderfer είναι το γεγονός πως δέχεται ότι μπορεί να υπάρξει κάποια «οπισθοδρόμηση», επαναφορά δηλαδή του ατόμου σε κάποια από τις ανάγκες του προηγούμενου επιπέδου. Η επαναφορά σε ανάγκες κάποιου από τα κατώτερα επίπεδα μπορεί να προκύψει από την ματαίωση αναγκών ανωτέρου επιπέδου, δηλαδή από την απογοήτευση του ατόμου από την αδυναμία εκπλήρωσης της ανώτερης αυτής ανάγκης.

### 3.2.4 Η Θεωρία της Οργανοτικότητας ή Προσδοκίας του V.Vroom

Η συγκεκριμένη θεωρία έχει τις ρίζες της στο 1964 και αναπτύχθηκε από τον Victor Vroom. Σύμφωνα με τη θεωρία των προσδοκιών, η υποκίνηση στην εργασία (υποκίνηση του ατόμου να ενεργήσει κατά ένα ορισμένο τρόπο) εξαρτάται από τα αποτελέσματα που το άτομο θεωρεί ως επιθυμητά. Ταυτόχρονα, η συμπεριφορά του εξαρτάται και από την πεποίθησή του ότι τα αποτελέσματα αυτά είναι εφικτά. Με άλλα λόγια, ο βαθμός υποκίνησης εξαρτάται από τη σχέση (Vroom, 1964):

$$\text{Αποδιδόμενη Αξία} \times \text{Προσδοκίες} = \text{Υποκίνηση}$$

Όπου,

- Αποδιδόμενη αξία είναι η αξία που αποδίδει το άτομο σε κάποια ανταμοιβή ή αποτέλεσμα (θετική, αρνητική ή και μηδενική)
- Προσδοκία είναι ο βαθμός στον οποίο θεωρεί το άτομο ότι η συγκεκριμένη ενέργεια θα οδηγήσει σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα ή ανταμοιβή

### 3.2.5 Η Θεωρία του Mc Gregor

Ο Mc Gregor εισάγει δύο θεωρητικές θέσεις: τη θεωρία X, που αφορά στην παραδοσιακή προσέγγιση της Διοίκησης για την συμπεριφορά των εργαζομένων και τη θεωρία Ψ, που αντανακλά τις σύγχρονες τάσεις και θέσεις για την εργασιακή συμπεριφορά των ατόμων (Κοντής, 1994).

Η θεωρία X ακολουθεί τις εξής υποθέσεις:

- ✚ Ο μέσος άνθρωπος έχει έμφυτη αντιπάθεια στην εργασία και όταν μπορεί την αποφεύγει.
- ✚ Ακριβώς επειδή ο άνθρωπος αντιπαθεί την εργασία, θα πρέπει να ελέγχεται και να κατευθύνεται μέσω κάποιας τιμωρίας ή ποινής, προκειμένου να καταβάλλει προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης.
- ✚ Ο μέσος άνθρωπος προτιμά να διευθύνεται (δεν θέλει ευθύνες), επιθυμεί κυρίως την ασφάλεια και έχει μικρές φιλοδοξίες.

Από την άλλη πλευρά η θεωρία Y βασίζεται στις υποθέσεις ότι:

- ✚ Η ανάλωση σωματικής και διανοητικής προσπάθειας είναι τόσο φυσική όσο και το παιχνίδι και η ανάπαυση.
- ✚ Ο άνθρωπος αυτοελέγχεται και αυτοκατευθύνεται για την επίτευξη των στόχων της Οργάνωσης.
- ✚ Η ικανότητα να χρησιμοποιούν την φαντασία και τη δημιουργικότητα είναι δεδομένη στους περισσότερους ανθρώπους.
- ✚ Η αφιέρωση σε ένα σκοπό είναι συνάρτηση της επιβράβευσης (αμοιβής) που συνδέεται με την επιτυχία του ατόμου.
- ✚ Ο μέσος άνθρωπος κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες μαθαίνει όχι μόνο να δέχεται ευθύνες, αλλά και να τις αναζητεί.
- ✚ Στις συνθήκες της σύγχρονης βιομηχανικής ζώνης οι πνευματικές ικανότητες του μέσου ανθρώπου αξιοποιούνται μόνο μερικώς.



Ο Mc Gregor θεωρεί πως η επιτυχημένη υποκίνηση του προσωπικού βασίζεται στη θεωρία Υ. Όταν η Διοίκηση ακολουθεί τις αρχές της συγκεκριμένης θεωρίας, τότε επιτυγχάνει (Flippo, 1976):

- ✚ αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων στις οργανώσεις, αύξηση του βαθμού ελευθερίας και πρωτοβουλίας των εργαζομένων
- ✚ εμπλουτισμό της εργασίας και αύξηση του ενδιαφέροντος για αυτή
- ✚ συμμετοχική διοίκηση μέσω της κατανομής των ρόλων σε πολλούς ανθρώπους και μέσω της εμπλοκής του συνόλου των εργαζομένων στις διαδικασίες του οργανισμού
- ✚ αλλαγή στις μεθόδους εκτίμησης της εργασίας με την παροχή της δυνατότητας στους υφιστάμενους να καθορίζουν ή να μετέχουν στον καθορισμό των στόχων και με τον περιορισμό του ελέγχου της Διοίκησης σε θέματα που αφορούν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης των στόχων
- ✚ αξιοποίηση των ανθρώπινων δυνατοτήτων μέσα σε ένα κλίμα συνεργασίας και συμμετοχικότητας.

### 3.2.6 Η θεωρία της ανθρώπινης ωρίμανσης του Chris Argyris

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία το άτομο περνά από διάφορα στάδια προκειμένου να φτάσει στο στάδιο της ωριμότητας. Υποστηρίζει, δηλαδή, η θεωρία αυτή ότι το πώς συμπεριφέρεται ο εργαζόμενος εξαρτάται από το στάδιο ψυχολογικής ωριμότητας στο οποίο βρίσκεται. Τα στάδια αυτά είναι (Καντάς, 1993):

- ✚ στάδιο της παθητικής κατάστασης
- ✚ στάδιο της υποταγής
- ✚ στάδιο της εξάρτησης
- ✚ στάδιο της ανωριμότητας
- ✚ στάδιο της σχετικής ανεξαρτησίας
- ✚ στάδιο του αυτοελέγχου
- ✚ στάδιο της επιθυμίας κατάληψης ανώτερης θέσης.

Σύμφωνα με τη θεωρία ο κάθε εργαζόμενος περνά από όλα αυτά τα στάδια μέσα σε έναν οργανισμό. Ο βαθμός και η ταχύτητα μετάβασης από το ένα στάδιο στο άλλο εξαρτάται από το πόσο ώριμος είναι και ο ίδιος ο οργανισμός. Η ανωριμότητα των οργανισμών αφορά σε στοιχεία όπως η ιεράρχηση, οι εντολές, η ειδίκευση, ο συγκεντρωτισμός της εργασίας, ο έλεγχος κ.λπ. Αν ο οργανισμός δεν είναι διαρθρωμένος με τρόπο που να επιτρέπει την ωρίμανση των εργαζομένων του, τότε αυτοί θα παραμένουν ανώριμοι και δεν θα αναπτύσσουν περαιτέρω τις ικανότητές τους. Η θεωρία υποστηρίζει πως επιτυχημένος είναι ο οργανισμός εκείνος που μπορεί και αξιοποιεί τον ανθρώπινο παράγοντά του μέσα από την ανάπτυξη υγιών σχέσεων μεταξύ εργαζομένων και οργανισμού και προτείνει:

- ✚ Η Διοίκηση να αποβλέπει στην πλήρη ανάπτυξη και αξιοποίηση των ανθρώπινων δυνατοτήτων μέσα από την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.
- ✚ Διεύρυνση της εργασίας, η οποία δε θα περιλαμβάνει απλώς περισσότερα καθήκοντα και αρμοδιότητες, αλλά θα αξιοποιεί τις διανοητικές ικανότητες των

εργαζομένων και θα επιτρέπει την ανάπτυξή τους χωρίς την ανάγκη εποπτείας ή ελέγχου.

- ✚ Ανάπτυξη αυθεντικών και ανοικτών σχέσεων που θα οδηγούν στη ψυχολογική ανάπτυξη των εργαζομένων και στη μεγαλύτερη ψυχολογική ενεργοποίησή τους.
- ✚ Οι επικεφαλής δε θα πρέπει να φοβούνται να δείχνουν τα πραγματικά τους αισθήματα, αλλά θα πρέπει να μιλούν με τρόπο εποφελή και ειλικρινή.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

### 3.2.7 Η θεωρία του Mc Clelland

Ο Mc Clelland ομαδοποίησε τις ανάγκες που οδηγούν στην υποκίνηση ή δρουν ως κίνητρα για τον εργαζόμενο ως εξής (Μουζά- Λαζαρίδη, 2006):

- ✚ Ανάγκη για συνεργασία και φιλία. Αφορά στην τάση του ανθρώπου για ανάπτυξη σχέσεων. Οι άνθρωποι που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία προτιμούν την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης από την ίδια την εργασία τους και είναι άτομα χωρίς ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα καθήκοντά τους.
- ✚ Ανάγκη για δύναμη. Πρόκειται για τα άτομα εκείνα που αναζητούν την κατάκτηση δύναμης μέσω της εργασίας τους. Η ικανοποίηση αυτής της ανάγκης οδηγεί στον αυταρχισμό πολύ συχνά. Ωστόσο, τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερος παραγωγικά.
- ✚ Ανάγκη για επιτεύγματα. Οι εργαζόμενοι που έχουν έντονη την ανάγκη για επιτεύγματα είναι παραγωγικοί, θέλουν να αναλαμβάνουν ευθύνες και να φέρνουν εις πέρας στόχους δύσκολους κι απαιτητικούς. Ωστόσο, υπάρχει ο κίνδυνος να γίνουν ιδιαίτερος ατομιστές και να δυσκολεύονται στη συνεργασία τους με άλλα άτομα.
- ✚ Ανάγκη για επιτυχία. Σύμφωνα με τον Mc Clelland τα άτομα που έχουν αναπτυγμένη την ανάγκη αυτή δείχνουν υψηλή υπευθυνότητα, είναι έτοιμα για την ανάληψη πρωτοβουλιών, έχουν την ικανότητα του αυτοελέγχου και της αυτοτροφοδότησης, γνωρίζοντας σε ποιο σημείο βρίσκονται σε κάθε φάση της δραστηριότητάς τους.

### 3.2.8 Η Θεωρία της Δικαιοσύνης ή Ισότητας (Equity Theory)

Σύμφωνα με τη θεωρία της ισότητας, το άτομο κατά την ανάπτυξη μιας κοινωνικής σχέσης συγκρίνει αυτά που δίνει και παίρνει από τη σχέση με αυτά που δίνει και παίρνει, αντίστοιχα, το άλλο μέλος της σχέσης. Στο χώρο της εργασίας, ειδικότερα, το άτομο συγκρίνει τα «εισερχόμενα» και τα «εξερχόμενα» της σχέσης του με συναδέλφους, ανωτέρους, κατωτέρους, τον οργανισμό κ.λπ. (Καντάς, 1993).

Ως «εισερχόμενα» ορίζονται όλα όσα ο εργαζόμενος προσφέρει όπως είναι τα προσόντα, ο κόπος του, η εμπειρία του κ.λπ. Στα «εξερχόμενα» ανήκουν οι χρηματικές αμοιβές των ατόμων, τα αξιώματα ή τα σύμβολα κύρους και εξουσίας, συμπληρωματικές αμοιβές (π.χ. ασφάλιση, αυτοκίνητο, ταξίδια, εκπαίδευση).

Όσον αφορά στις χρηματικές αμοιβές, η θεωρία της ισότητας υποστηρίζει πως τα άτομα διακρίνουν δύο μορφές ανισότητας: την υποαμοιβή και την υπεραμοιβή. Η υποαμοιβή γίνεται αντιληπτή από το άτομο ως μία αμοιβή χαμηλότερη από όσα αυτό προσφέρει στην εργασία του σε σχέση με τις αμοιβές και τα προσφερόμενα άλλων ατόμων στην οργάνωση. Η υπεραμοιβή, από την άλλη πλευρά, είναι η αντίληψη ότι το άτομο αμείβεται περισσότερο από ό,τι προσφέρει σε σχέση πάντοτε με τα άλλα άτομα της οργάνωσης. Στην περίπτωση της υποαμοιβής το άτομο αρχίζει να μειώνει αυτά που προσφέρει, έτσι ώστε να φτάσει σε ένα σημείο ισορροπίας με τον εαυτό του. Στην περίπτωση της υπεραμοιβής το άτομο περιέρχεται σε κατάσταση έντασης και προσπαθώντας να ισορροπήσει αυξάνει την προσπάθεια και τα «εισερχόμενά» του στην εργασία (Πατρινός, 2005).

Ωστόσο, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι μη χρηματικές αμοιβές στην υποκίνηση. Μελέτες έχουν δείξει πως αμοιβές που αφορούν σε προαγωγές, επιβραβεύσεις, αναγνώριση και καταξίωση παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην υποκίνηση (Greenberg et al., 1983, 1988). Σε γενικές γραμμές η θεωρία της ισότητας έχει δύο βασικές εφαρμογές στη Διοικητική επιστήμη: στη διάγνωση των προβλημάτων και στη χορήγηση αμοιβών. Η πρώτη αναφέρεται στη διερεύνηση των λόγων που προκαλούν δυσαρέσκεια από την εργασία και στην αντιμετώπισή τους. Η δεύτερη στην εφαρμογή ενός δίκαιου συστήματος αμοιβών κι ανταμοιβών των εργαζομένων, που θα τους υποκινεί θετικά στην επίτευξη των στόχων της εργασίας τους.

### 3.3 Ο ρόλος και η σημασία της υποκίνησης του προσωπικού στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (Κωσταγιόλας κ.α., 2008).

Οι Jain et al., (1992) υποστηρίζουν πως ένα πρόγραμμα υψηλής ποιότητας στην υγεία στοχεύει στο να βοηθήσει τα άτομα (ασθενείς) να επιτύχουν τους στόχους και τις προθέσεις τους (θεραπεία, νοσηλεία κ.λπ.). Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) η ικανοποίηση του χρήστη υπηρεσιών υγείας αφορά στην αξιολόγηση από την πλευρά του για την ποιότητα και την αξιοπιστία της φροντίδας. Η ποιότητα στην υγεία έχει οριστεί κι ως η κατάλληλη απάντηση στις προσδοκίες των χρηστών (Van Campen et al., 1995).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διακρίνεται σε δύο διαστάσεις (Donabedian, 1988):

- ✚ *Τεχνική ποιότητα.* Η τεχνική ποιότητα αναφέρεται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας του ασθενούς και στην επιτυχημένη εφαρμογή τους. Με άλλα λόγια, αφορά στις τεχνολογικές υποδομές, στα υλικά και στη διαθέσιμη τεχνογνωσία για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών από την πλευρά της τεχνικής ποιότητας αναφέρεται, κυρίως, στη βελτίωση και στην αναβάθμιση του τεχνολογικού εξοπλισμού του οργανισμού.
- ✚ *Διαπροσωπική ποιότητα.* Η διαπροσωπική ποιότητα, από την άλλη πλευρά, αποτελεί το συστατικό εκείνο της ποιότητας που αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ ασθενών και εργαζομένων στην υγεία. Για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, επομένως, απαιτείται η διαμόρφωση μίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς κι εργαζομένου.

Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό πως η υποκίνηση του εργαζομένου στην υγεία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που

καθορίζουν το βαθμό ποιότητας στην υγεία. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Van Campen et al., (1995), οι οποίοι βρήκαν πως οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- τεχνολογική κατάρτιση του προσωπικού
- διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ χρηστών και παρόχων (εργαζομένων) στην υγεία
- διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας
- αξιοπιστία πόρων και παρεχόμενων υπηρεσιών
- αποδοτικότητα της παρεχόμενης φροντίδας

Παρατηρείται πως όλα τα χαρακτηριστικά αυτά συνδέονται με το προσωπικό της υγείας και την κινητοποίησή του στην κατεύθυνση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Ένας ακόμη σημαντικός διαχωρισμός της ποιότητας της υγείας που αφορά στην υποκίνηση των εργαζομένων στον τομέα αυτό είναι η διαφορετική προσέγγιση της υγείας ανάλογα με το εμπλεκόμενο αντικείμενο (χρήστη ή πάροχο). Σύμφωνα με το διαχωρισμό αυτό η ποιότητα στην υγεία ορίζεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους (Κωσταγιόλας κ.α., 2006):

- ✚ Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη. Πρόκειται για την αντίληψη της ποιότητας που διαμορφώνεται από την πλευρά του χρήστη. Ο χρήστης έχει την ανάγκη σε μια ορισμένη χρονική στιγμή παροχής των καλύτερων ποιοτικά υπηρεσιών στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- ✚ Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία της υγείας. Από την πλευρά των εργαζομένων στην υγεία η αντίληψη της ποιότητας διαμορφώνεται τόσο από το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών, όσο και από το βαθμό συμμετοχής των ίδιων των εργαζομένων στην ανάπτυξη και στην εφαρμογή των διαδικασιών.
- ✚ Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης του οργανισμού υγείας. Αφορά στον αποτελεσματικό και ποιοτικό τρόπο χρήσης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αλλά και του προσωπικού, μέσα στα όρια που θέτουν οι ρυθμιστικές αρχές.

Άλλη μία προσέγγιση της ποιότητας στην υγεία, που αποδεικνύει την αλληλεξάρτηση κινητοποίησης των εργαζομένων και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, αφορά στις εξής τρεις διαστάσεις της υγείας (Haddad et al., 1998):

- ✚ Ποιότητα Δομής. Αφορά στα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παροχής και παραγωγής των υπηρεσιών υγείας όπως είναι οι υλικοί πόροι (εγκαταστάσεις, εξοπλισμός κ.λπ.), οι ανθρώπινοι πόροι (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό) και ο ίδιος ο οργανισμός (συστήματα αμοιβών και παροχών, δομή και λειτουργία, μέθοδοι αξιολόγησης κι επικοινωνίας κ.λπ.).
- ✚ Ποιότητα Διαδικασίας. Αφορά στην πιστοποίηση και στην τεκμηρίωση των συστημάτων και των μεθόδων παραγωγής των υπηρεσιών υγείας για το σύνολο των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Αυτού του τύπου οι πιστοποιήσεις (π.χ. συστήματα ISO) εξασφαλίζουν ότι το επίπεδο ποιότητας για κάθε ασθενή που προσέρχεται θα είναι το ίδιο.
- ✚ Ποιότητα Αποτελέσματος. Αφορά στο αποτέλεσμα της υπηρεσίας υγείας τόσο για το χρήστη, όσο και για τον πάροχο, αλλά και για τον πληθυσμό γενικότερα. Μετριέται μέσω της ικανοποίησης των χρηστών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.



## Κεφάλαιο 4

### ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

#### 4.1 Δομή του Κλάδου Υγείας

Ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα απαρτίζεται από δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς και Ν.Π.Ι.Δ. Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του κλάδου αναφορικά με την κατανομή κλινών ανά νομική μορφή οργανισμού για το χρονικό διάστημα 1996-2007. Για το 2007 καταγράφηκαν σε ολόκληρη τη χώρα 313 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 53.888 κλινών (172 κλίνες ανά οργανισμό κατά μέσο όρο). Από αυτά μερίδιο 70% (37.574 κλίνες) αντιστοιχεί σε 140 οργανισμούς του δημοσίου, μερίδιο 27% (14.707 κλίνες) αντιστοιχεί σε 167 ιδιωτικούς οργανισμούς και το υπόλοιπο 3% (1.607 κλίνες) ανήκει σε 6 οργανισμούς που λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή οργανισμού (1996-2007)**

Έτος	Σύνολο θεραπευτηρίων	Σύνολο κλινών	Κλίνες σε Δημόσια Νοσοκομεία	Κλίνες σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία	Κλίνες σε Νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ.
1996	356	52.586	37.016	15.286	284
1997	350	52.474	37.047	15.134	293
1998	341	52.495	37.457	14.745	293
1999	339	51.404	36.438	14.673	293
2000	337	51.500	35.730	15.141	629
2001	336	52.276	36.186	15.038	1.052
2002	326	51.781	36.142	14.460	1.179
2003	327	51.762	35.814	14.528	1.420
2004	319	51.871	35.808	14.515	1.548
2005	317	52.511	36.554	14.389	1.568
2006	317	53.701	37.053	15.082	1.566
2007	313	53.888	37.574	14.707	1.607

Πηγή: ICAP, 2009

Πιο συγκεκριμένα και για το 2007 παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 όλοι οι οργανισμοί και οι κλίνες που διατηρούσαν κατά νομική μορφή, κατηγορία και γεωγραφικό διαμέρισμα. Παρατηρείται πως στην περιφέρεια της πρωτεύουσας παρουσιάζεται η μεγαλύτερη συγκέντρωση, συνολικά 22.652 κλίνες (μερίδιο 42% του συνόλου των κλινών).

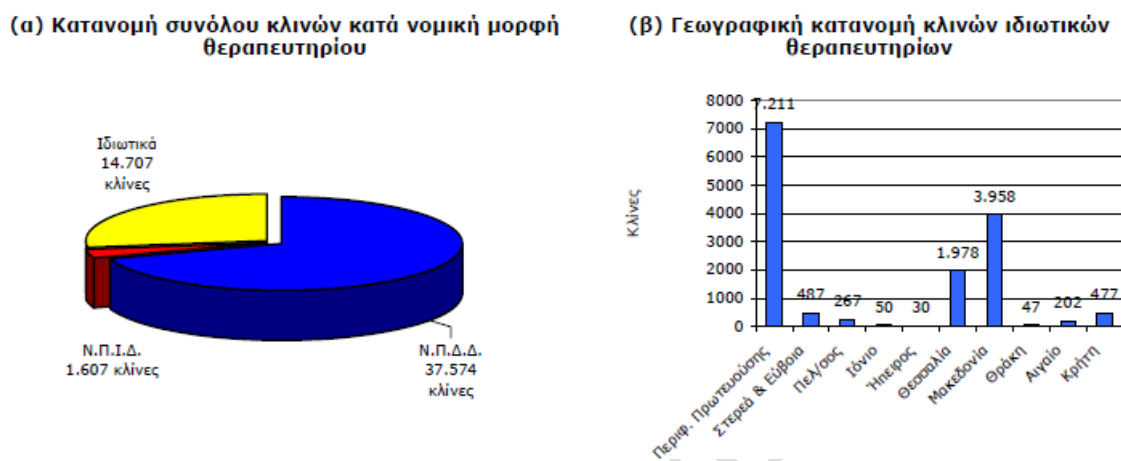
**ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Θεραπευτήρια κατά νομική μορφή, κατηγορία και γεωγραφικό διαμέρισμα (2007)**

Γεωγραφικό Διαμέρισμα / Κατηγορία Θεραπευτηρίου	Σύνολο (*)		Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου		Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου		Ιδιωτικός Τομέας	
	Θερ/ρια	Κλίνες	Θερ/ρια	Κλίνες	Θερ/ρια	Κλίνες	Θερ/ρια	Κλίνες
<b>Σύνολο Χώρας</b>	<b>313</b>	<b>53.888</b>	<b>140</b>	<b>37.574</b>	<b>6</b>	<b>1.607</b>	<b>167</b>	<b>14.707</b>
Γενικά	185	37.716	113	29.197	2	1.188	70	7.331
Ειδικά	117	15.268	27	8.377	4	419	86	6.472
Μικτά	11	904	-	-	-	-	11	904
<b>Περιφέρεια Πρωτευούσης</b>	<b>103</b>	<b>22.652</b>	<b>41</b>	<b>14.824</b>	<b>2</b>	<b>617</b>	<b>60</b>	<b>7.211</b>
Γενικά	63	13.859	25	8.910	1	493	37	4.456
Ειδικά	37	8.238	16	5.914	1	124	20	2.200
Μικτά	3	555	-	-	-	-	3	555
<b>Στερεά &amp; Εύβοια</b>	<b>25</b>	<b>2.385</b>	<b>13</b>	<b>1.820</b>	<b>1</b>	<b>78</b>	<b>11</b>	<b>487</b>
Γενικά	15	1.874	12	1.630	-	-	3	244
Ειδικά	9	481	1	190	1	78	7	213
Μικτά	1	30	-	-	-	-	1	30
<b>Πελοπόννησος</b>	<b>29</b>	<b>3.663</b>	<b>18</b>	<b>3.336</b>	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>267</b>
Γενικά	16	2.886	15	2.836	-	-	1	50
Ειδικά	12	739	3	500	1	60	8	179
Μικτά	1	38	-	-	-	-	1	38
<b>Νησιά Ιονίου</b>	<b>7</b>	<b>1.098</b>	<b>6</b>	<b>1.048</b>	-	-	<b>1</b>	<b>50</b>
Γενικά	6	738	5	688	-	-	1	50
Ειδικά	1	360	1	360	-	-	-	-
Μικτά	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Ήπειρος</b>	<b>7</b>	<b>1.634</b>	<b>5</b>	<b>1.604</b>	-	-	<b>2</b>	<b>30</b>
Γενικά	5	1.604	5	1.604	-	-	-	-
Ειδικά	2	30	-	-	-	-	2	30
Μικτά	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Θεσσαλία</b>	<b>35</b>	<b>3.808</b>	<b>5</b>	<b>1.830</b>	-	-	<b>30</b>	<b>1.978</b>
Γενικά	11	2.129	5	1.830	-	-	6	299
Ειδικά	23	1.579	-	-	-	-	23	1.579
Μικτά	1	100	-	-	-	-	1	100
<b>Μακεδονία</b>	<b>67</b>	<b>12.508</b>	<b>28</b>	<b>7.698</b>	<b>2</b>	<b>852</b>	<b>37</b>	<b>3.958</b>
Γενικά	36	8.809	23	6.445	1	695	12	1.669
Ειδικά	27	3.554	5	1.253	1	157	21	2.144
Μικτά	4	145	-	-	-	-	4	142
<b>Θράκη</b>	<b>6</b>	<b>1.215</b>	<b>4</b>	<b>1168</b>	-	-	<b>2</b>	<b>47</b>
Γενικά	4	1.168	4	1168	-	-	-	-
Ειδικά	1	11	-	-	-	-	1	11
Μικτά	1	36	-	-	-	-	1	36
<b>Νησιά Αιγαίου</b>	<b>16</b>	<b>2.102</b>	<b>11</b>	<b>1.900</b>	-	-	<b>5</b>	<b>202</b>
Γενικά	14	2.067	11	1.900	-	-	3	168
Ειδικά	2	35	-	-	-	-	2	35
Μικτά	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Κρήτη</b>	<b>18</b>	<b>2.823</b>	<b>9</b>	<b>2.346</b>	-	-	<b>9</b>	<b>477</b>
Γενικά	15	2.582	8	2.186	-	-	7	396
Ειδικά	3	241	1	160	-	-	2	81
Μικτά	-	-	-	-	-	-	-	-

Πηγή: ICAP, 2009

Θα πρέπει να σημειωθεί πως οι ιδιωτικοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας (ιδιωτικά θεραπευτήρια) της χώρας απαρτίζονται είτε από μεγάλες, πολυδύναμες κλινικές οι οποίες συγκεντρώνονται, κυρίως, στις πόλεις των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης, είτε από κλινικές μικρότερου και μεσαίου μεγέθους (ως προς τον αριθμό κλινών και τους ιατρικούς τομείς που καλύπτουν). Οι μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές, καθώς και τα

νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία. Η κατανομή του συνόλου των κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου, αλλά και η γεωγραφική κατανομή των ιδιωτικών κλινών παρουσιάζεται καλύτερα στο Διάγραμμα 5.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5. Κατανομή κλινών θεραπευτηρίων (2007)**

Πηγή: ICAP, 2009

Όσον αφορά στο ιατρικό προσωπικό της χώρας, η διαχρονική του εξέλιξη για την χρονική περίοδο 1996 – 2007 παρουσιάζεται στον Πίνακα 6. Πιο συγκεκριμένα και για το έτος 2007, ο αριθμός των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού κατά κλιμάκια κλινών και γεωγραφικό διαμέρισμα παρουσιάζεται στον Πίνακα 7. Το ιατρικό προσωπικό της χώρας αποτελούσαν 25.695 άτομα, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό 47.957 άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται, επίσης, στην περιοχή της Αττικής.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Εξέλιξη του ιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού της χώρας (1996-2007)**

Έτος	Αριθμός ατόμων
1996	21.426
1997	21.441
1998	22.328
1999	22.698
2000	23.486
2001	24.424
2002	23.597
2003	24.227
2004	24.728
2005	25.573
2006	25.495
2007	25.695

Πηγή: ICAP, 2009

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Αριθμός θεραπευτηρίων, κλινών, ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού κατά κλιμάκια κλινών και γεωγραφικό διαμέρισμα (2007)**

Γεωγραφικό Διαμέρισμα και Κλιμάκια Κλινών	Θεραπευτήρια	Κλίνες	Ιατροί	Νοσηλευτές
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>313</b>	<b>53.888</b>	<b>25.695</b>	<b>47.957</b>
1-10	1	8	40	28
11-20	29	492	148	270
21-40	32	957	438	636
41-100	97	7.113	2.205	4.462
101-300	100	17.258	7.596	15.107
301-1000	53	26.684	15.401	26.458
1001-3000	1	1.376	137	996
<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ</b>	<b>103</b>	<b>22.652</b>	<b>12.449</b>	<b>20.431</b>
11-20	1	20	2	7
21-40	4	105	179	194
41-100	36	2.794	855	1.737
101-300	36	5.827	3.046	4.717
301-1000	25	12.530	8.230	12.780
1001-3000	1	1.376	137	996
<b>ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ &amp; ΕΥΒΟΙΑ</b>	<b>25</b>	<b>2.385</b>	<b>971</b>	<b>2.098</b>
11-20	4	73	20	30
21-40	7	208	67	88
41-100	6	462	146	278
101-300	6	968	347	928
301-1000	2	674	391	774
<b>ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ</b>	<b>29</b>	<b>3.663</b>	<b>1.703</b>	<b>3.655</b>
11-20	6	100	21	68
21-40	3	95	22	45
41-100	11	776	308	623
101-300	5	926	468	1.011
301-1000	4	1.766	884	1.908
<b>ΙΟΝΙΟ</b>	<b>7</b>	<b>1.098</b>	<b>306</b>	<b>668</b>
41-100	3	180	92	145
101-300	2	242	102	198
301-1000	2	676	112	325
<b>ΗΠΕΙΡΟΣ</b>	<b>7</b>	<b>1.634</b>	<b>885</b>	<b>1.985</b>
11-20	2	30	31	15
41-100	1	86	43	110
101-300	3	634	345	931
301-1000	1	884	466	929
<b>ΘΕΣΣΑΛΙΑ</b>	<b>35</b>	<b>3.808</b>	<b>1.200</b>	<b>2.939</b>
11-20	5	90	19	44
21-40	8	217	29	113
41-100	13	887	115	350
101-300	6	1.291	459	1.258
301-1000	3	1.323	578	1.174
<b>ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ</b>	<b>67</b>	<b>12.508</b>	<b>5.713</b>	<b>10.430</b>
11-20	7	113	14	57
21-40	4	130	86	93
41-100	14	1.041	214	443
101-300	32	5.667	2.143	4.382
301-1000	10	5.557	3.256	5.455
<b>ΘΡΑΚΗ</b>	<b>6</b>	<b>1.215</b>	<b>539</b>	<b>1.197</b>
11-20	1	11	1	6
21-40	1	36	0	10
101-300	3	642	248	632
301-1000	1	526	290	549
<b>ΑΙΓΑΙΟ</b>	<b>16</b>	<b>2.102</b>	<b>689</b>	<b>1.767</b>
1-10	1	8	40	28
11-20	2	35	22	22
21-40	3	100	42	65
41-100	4	237	200	373
101-300	4	568	231	517
301-1000	2	1.064	154	762
<b>ΚΡΗΤΗ</b>	<b>18</b>	<b>2.823</b>	<b>1.510</b>	<b>2.787</b>
11-20	1	20	18	21
21-40	2	66	13	28
41-100	9	560	232	403
101-300	3	493	207	533
301-1000	3	1.684	1.040	1.802

Πηγή: ICAP, 2009

Σύμφωνα με τον Πίνακα 8 για το έτος 2007 καταγράφηκαν συνολικά σε όλα τα θεραπευτήρια 7.707 ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας εκ των οποίων τα περισσότερα ανήκουν στα δημόσια νοσοκομεία (5.254 μηχανήματα, μερίδιο 68,2%). Στο σύνολο δε του εξοπλισμού της χώρας, ο μεγαλύτερος αριθμός αφορά μηχανήματα τεχνητού νεφρού (2.218 τεμάχια, μερίδιο 28,8%), ενώ σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή των μηχανημάτων, στο νομό Αττικής είναι συγκεντρωμένο το 41,4% (3.190 τεμάχια).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας κατά νομική μορφή θεραπευτηρίου (1996-2007)**

Έτος	Σύνολο Μηχανημάτων	Μηχανήματα σε Δημόσια Νοσοκομεία	Μηχανήματα σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία	Μηχανήματα σε Νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ.
1996	4.830	3.463	1.322	45
1997	4.873	3.490	1.336	47
1998	5.157	3.702	1.412	43
1999	5.341	3.844	1.450	47
2000	5.937	4.188	1.624	125
2001	6.518	4.476	1.832	210
2002	7.140	4.835	2.068	237
2003	7.388	5.083	2.071	234
2004	7.432	5.095	2.091	246
2005	7.507	5.155	1.996	256
2006	7.683	5.300	2.146	237
2007	7.707	5.254	2.182	271

Πηγή: ICAP, 2009

#### 4.2 Δομή και Διάρθρωση του Κλάδου Μαιευτικών - Γυναικολογικών Κλινικών

Στη συνέχεια παρουσιάζεται, μεταξύ άλλων, και η δομή και η διάρθρωση του κλάδου μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά ειδικότητα θεραπευτηρίου και γεωγραφικό διαμέρισμα (2007)**

Ειδικότητα Θεραπευτηρίων	Σύνολο Χώρας		Περιφέρεια Πρωτευούσης		Λοιπή Στερεά & Εύβοια	
	Θεραπ/ρια	Κλίνες	Θεραπ/ρια	Κλίνες	Θεραπ/ρια	Κλίνες
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>313</b>	<b>53.888</b>	<b>103</b>	<b>22.652</b>	<b>25</b>	<b>2.385</b>
ΓΕΝΙΚΑ	185	37.716	63	13.859	15	1.874
ΜΙΚΤΑ	11	904	3	555	1	30
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	4	1.228	3	871	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	2	140	1	107	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	1	18	-	-	1	18
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ- ΛΕΠΡΟΚ.	1	93	-	-	-	-
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	32	1.159	3	510	2	35
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	50	9.644	16	4.487	2	112
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	4	429	2	355	-	-
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	3	65	2	50	-	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	10	551	4	271	2	102
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	6	1.701	4	1.421	1	190
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	1	50	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	2	148	1	124	1	24
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	1	42	1	42	-	-
	<b>Πελοπόννησος</b>		<b>Ιόνιοι Νήσοι</b>		<b>Ήπειρος</b>	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>29</b>	<b>3.663</b>	<b>7</b>	<b>1.098</b>	<b>7</b>	<b>1.634</b>
ΓΕΝΙΚΑ	16	2.886	6	738	5	1.604
ΜΙΚΤΑ	1	38	-	-	-	-
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	-	-	-	-	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ- ΛΕΠΡΟΚ.	-	-	-	-	-	-
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	6	110	-	-	2	30
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	2	420	1	360	-	-
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	1	54	-	-	-	-
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	1	15	-	-	-	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	1	90	-	-	-	-
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	1	50	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
	<b>Θεσσαλία</b>		<b>Μακεδονία</b>		<b>Θράκη</b>	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>35</b>	<b>3.808</b>	<b>67</b>	<b>12.508</b>	<b>6</b>	<b>1.215</b>
ΓΕΝΙΚΑ	11	2.129	36	8.809	4	1.168
ΜΙΚΤΑ	1	100	4	145	1	36
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	-	-	1	357	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	-	-	1	33	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ- ΛΕΠΡΟΚ.	-	-	1	93	-	-
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	7	154	8	229	1	11
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	12	1.307	15	2.762	-	-
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	1	20	-	-	-	-
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	3	98	1	80	-	-
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-	-	-

Ειδικότητα Θεραπευτηρίων	Νήσοι Αιγαίου		Κρήτη	
	Θεραπ/ρια	Κλίνες	Θεραπ/ρια	Κλίνες
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>16</b>	<b>2.102</b>	<b>18</b>	<b>2.823</b>
ΓΕΝΙΚΑ	14	2.067	15	2.582
ΜΙΚΤΑ	-	-	-	-
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΑ	-	-	-	-
ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ	-	-	-	-
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ- ΛΕΠΡΟΚ.	-	-	-	-
ΜΑΙΕΥΤΙΚΑ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	2	35	1	45
ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ	-	-	2	196
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	-	-	-	-
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ	-	-	-	-
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	-	-	-	-
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΑ	-	-	-	-

Πηγή: ICAP, 2009

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται ο αριθμός των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Το 2007 λειτουργούσαν στη χώρα 32, συνολικά, μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές (δημόσιες και ιδιωτικές) με 1.159 κλίνες. Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι πωλήσεις των σημαντικότερων μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών μεταξύ των ετών 2004 και 2008. Οι συνολικές πωλήσεις των συγκεκριμένων επιχειρήσεων ανήλθαν σε €246,4 εκατ. για το 2008 παρουσιάζοντας μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 12,7% την περίοδο 2004-2008. Ειδικά για την περίοδο 2008/07, η αύξηση διαμορφώθηκε σε 12%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Πωλήσεις ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)**

Επωνυμία	2004	2005	2006	2007	2008
ΙΑΣΩ Α.Ε.	73.854.113	76.681.335	88.744.580	101.021.613	109.051.880
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	57.311.426	62.047.014	68.793.797	76.820.513	87.377.069
ΛΗΤΩ Α.Ε.	17.032.422	18.471.080	19.871.294	19.726.764	24.245.825
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε. <sup>(1)</sup>	416.253	8.956.923	11.949.971	13.988.486	16.717.036
ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε. <sup>(2)</sup>	-	2.737.386	3.554.522	4.342.447	4.805.209
EUROMEDICA ΘΕΟΤΟΚΟΣ Α.Ε.	958.000	1.079.000	1.221.000	1.161.000	726.000
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ Α.Ε.	1.004.954	1.066.052	927.563	860.794	1.006.172
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Ε.	120.090	275.031	651.704	723.746	939.122
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΡΓΥΡΟΥΔΗ Α.Ε.	515.110	356.860	740.000*	650.000*	Μ.Δ.
ΤΣΑΡΑΜΠΟΥΛΙΔΗ ΑΦΟΙ Ε.Π.Ε.	306.925	354.289	367.172	348.566	342.495
ΗΩ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ Ε.Π.Ε.	534.535	515.195	393.000	330.760	385.395
ΜΗΤΕΡΑ Η Ε.Π.Ε. <sup>(3)</sup>	329.018	355.360	350.607	327.857	-
ΗΡΑ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε. <sup>(4)</sup>	-	330.378	358.560	317.925	345.549
ΗΡΑ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΜΙΚΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.	135.000	287.067	312.435	296.340	418.869
ΡΕΑ EUROMEDICA Α.Ε. <sup>(5)</sup>	340.566	-	-	-	-
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>152.858.412</b>	<b>173.512.970</b>	<b>198.236.205</b>	<b>220.916.811</b>	<b>246.360.621</b>

Πηγή: ICAP, 2009

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Έσοδα ανά κλίνη ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών  
(2008)**

Επωνυμία	Έσοδα	Κλίνες	Έσοδα ανα κλίνη
ΙΑΣΩ Α.Ε.	84.785.000*	333	254.610
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	68.853.000*	375	183.608
ΛΗΤΩ Α.Ε.	18.572.000*	97	191.464
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.	16.717.036	116	144.112
ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	4.805.209	35	137.292
ΕΥΡΟΜΕΔΙΣ ΘΕΟΤΟΚΟΣ Α.Ε.	726.000	24	30.250
ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ Α.Ε.	1.006.172	22	45.735
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Ε.	939.122	26	36.120
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΡΓΥΡΟΥΔΗ Α.Ε.	650.000 **	24	27.083
ΤΣΑΡΑΜΠΟΥΛΙΔΗ ΑΦΟΙ Ε.Π.Ε.	342.495	11	31.136
ΗΩ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ Ε.Π.Ε.	385.395	15	25.693
ΗΡΑ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	345.549	15	23.037
ΗΡΑ ΚΟΡΙΝΘΟΥ ΜΙΚΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.	418.869	20	20.943

Πηγή: ICAP, 2009

Στους Πίνακες 11 και 12 παρουσιάζονται τα έσοδα ανά κλίνη, καθώς επίσης και τα έσοδα ανά εσωτερικό ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας για τις ιδιωτικές μαιευτικές γυναικολογικές κλινικές για το 2008 (για τις εταιρείες για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα τα σχετικά στοιχεία). Ακόμη, στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα έσοδα ανά εξωτερικό ασθενή για το ίδιο έτος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Έσοδα ανά εσωτερικό ασθενή και ανά ημέρα νοσηλείας ιδιωτικών  
μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών (2008)**

Επωνυμία	Έσοδα*	Εσωτερικοί ασθενείς	Έσοδα ανά ασθενή	Ημέρες νοσηλείας	Έσοδα ανά ημέρα νοσηλείας
ΙΑΣΩ Α.Ε.	84.785.000	28.381	2.987	Μ.Δ.	Μ.Δ.
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	68.853.000	29.172	2.360	89.358	771
ΛΗΤΩ Α.Ε.	18.572.000	6.585	2.820	24.225	767

Πηγή: ICAP, 2009

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Έσοδα ανά εξωτερικό ασθενή ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών  
κλινικών (2008)**

Επωνυμία	Έσοδα*	Έσοδα ανά εξωτερικό ασθενή
ΙΑΣΩ Α.Ε.	24.119.000	106
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	18.524.000	97
ΛΗΤΩ Α.Ε.	5.674.000	115

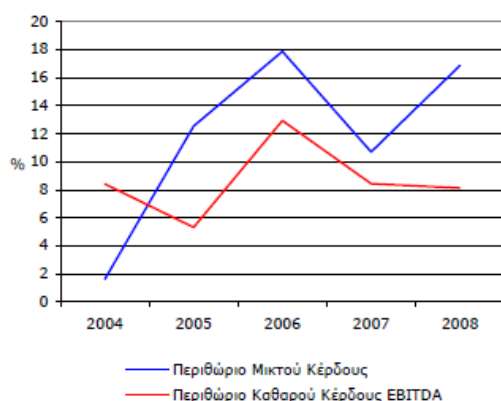
Πηγή: ICAP, 2009



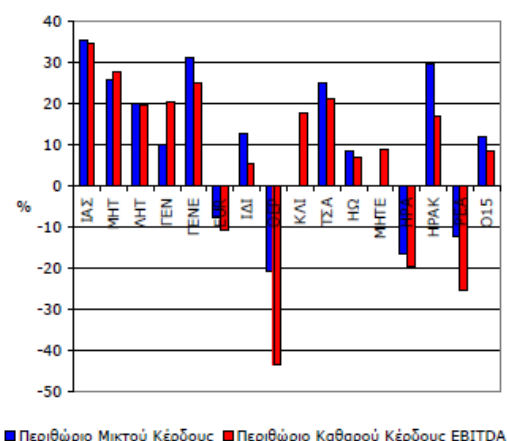
Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι σημαντικότεροι χρηματοοικονομικοί δείκτες του κλάδου βασιζόμενοι στους ισολογισμούς των 15 μεγαλύτερων εταιριών και για την χρονική περίοδο 2004-2008:

**Κερδοφορία.** Αυξομειώσεις παρουσιάζει το μέσο περιθώριο μικτού κέρδους των επιχειρήσεων του δείγματος κατά την περίοδο 2004-2008, ενώ το μέσο περιθώριο 5ετίας διαμορφώθηκε σε 11,92%. Ο εν λόγω δείκτης παρουσιάζει την υψηλότερη τιμή το 2006 (17,87%). Όσον αφορά την εξέλιξη του μέσου ετήσιου περιθωρίου EBITDA το 2005 λαμβάνει τη χαμηλότερη τιμή (5,33%) ο δε μέσος δείκτης της 5ετίας ανέρχεται σε 8,65%. Από πλευράς εταιρειών παρατηρείται ότι επτά εταιρείες παρουσίασαν μικτό περιθώριο υψηλότερο του μέσου όρου, ενώ εννέα είχαν υψηλότερο μέσο όρο EBITDA (Διάγραμμα 6).

α) Διαχρονική εξέλιξη δεικτών συνόλου δείγματος



β) Μέσος όρος ετήσιων δεικτών επιχειρήσεων



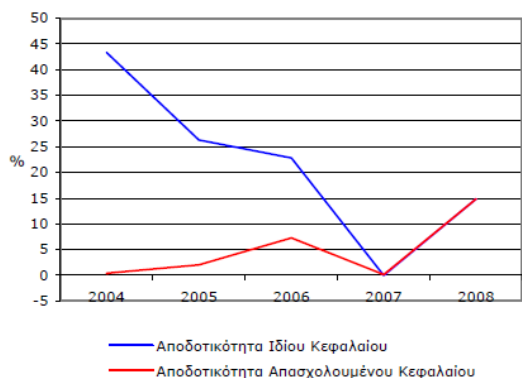
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6. Εξέλιξη δεικτών κερδοφορίας μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)**

Πηγή: ICAP, 2009

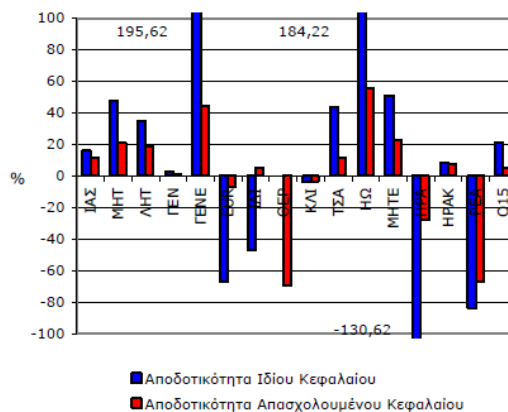
**Αποδοτικότητα.** Ο μέσος όρος για την εξεταζόμενη πενταετία διαμορφώθηκε σε 21,46% (αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων) και σε 4,94% (αποδοτικότητα απασχολουμένων κεφαλαίων). Από πλευράς εταιρειών παρατηρείται ότι έξι επιχειρήσεις παρουσίασαν μέση αποδοτικότητα ιδίων κεφαλαίων υψηλότερη του μέσου όρου, ενώ εννέα εταιρείες είχαν υψηλότερη του μέσου όρου αποδοτικότητα απασχολουμένων κεφαλαίων. Επίσης, σε πέντε επιχειρήσεις

αμφότεροι οι δείκτες παρουσίασαν αρνητική μέση τιμή πενταετίας (Διάγραμμα 7).

α) Διαχρονική εξέλιξη δεικτών συνόλου δείγματος



β) Μέσος όρος ετήσιων δεικτών επιχειρήσεων



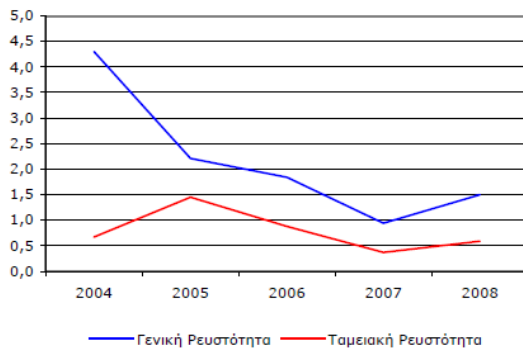
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7. Εξέλιξη δεικτών αποδοτικότητας ιδιωτικών μαιευτικών γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)**

Πηγή: ICAP, 2009

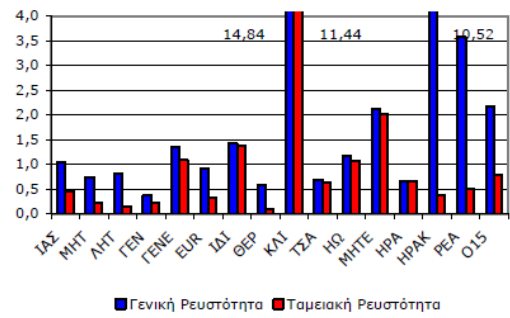
✚ **Ρευστότητα.** Η μέση γενική ρευστότητα των επιχειρήσεων για την τελευταία πενταετία διαμορφώθηκε σε 2,16 και η ταμειακή σε 0,79. Τρεις από τις 15 επιχειρήσεις διαμόρφωσαν μέση γενική ρευστότητα πενταετίας υψηλότερη από το μέσο όρο, ενώ πέντε εταιρείες εμφάνισαν υψηλότερη του μέσου όρου ταμειακή ρευστότητα (Διάγραμμα 8).

✚ **Χρηματοοικονομική Διάρθρωση.** Ο μέσος όρος του λόγου ξένων προς ίδια κεφάλαια για τις 15 εταιρείες του δείγματος κατά την πενταετία 2004-2008 ανήλθε σε 1,64, ενώ ο δείκτης κάλυψης χρηματοοικονομικών δαπανών διαμορφώθηκε κατά μέσο όρο στο 51,71 (Διάγραμμα 9).

α) Διαχρονική εξέλιξη δεικτών συνόλου δείγματος



β) Μέσος όρος ετήσιων δεικτών επιχειρήσεων



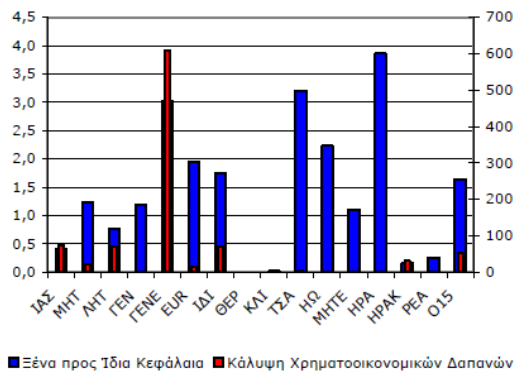
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8. Εξέλιξη δεικτών ρευστότητας ιδιωτικών μαιευτικών γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)

Πηγή: ICAP, 2009

α) Διαχρονική εξέλιξη δεικτών συνόλου δείγματος



β) Μέσος όρος ετήσιων δεικτών επιχειρήσεων

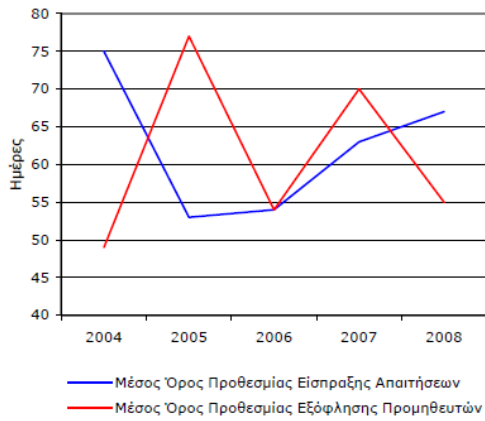


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9. Εξέλιξη δεικτών χρηματοοικονομικής διάρθρωσης ιδιωτικών μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)

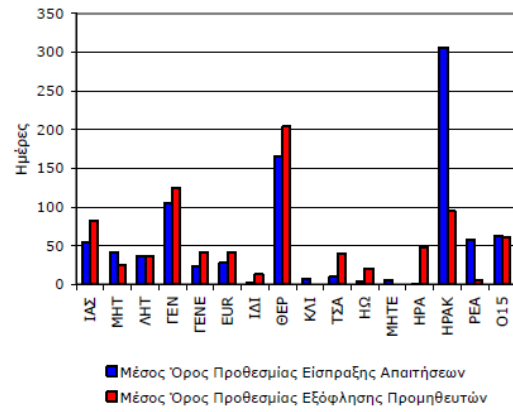
Πηγή: ICAP, 2009

✚ **Δραστηριότητα.** Ο μέσος όρος είσπραξης απαιτήσεων για τις εταιρείες της ανάλυσης διαμορφώθηκε στις 62 ημέρες (ως μέσος όρος πενταετίας), ο δε αντίστοιχος μέσος όρος προθεσμίας εξόφλησης των προμηθευτών κυμάνθηκε περίπου στα ίδια επίπεδα (61 ημέρες) (Διάγραμμα 10).

α) Διαχρονική εξέλιξη δεικτών συνόλου δείγματος



β) Μέσος όρος ετήσιων δεικτών επιχειρήσεων



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10. Εξέλιξη δεικτών δραστηριότητας ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών (2004-2008)**

Πηγή: ICAP, 2009

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΓ

## Κεφάλαιο 5

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 Ερευνητικές Μέθοδοι: η Ποσοτική Έρευνα

Οι ερευνητικές μέθοδοι διαχωρίζονται σε ποιοτικές και ποσοτικές. Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι στην ποσοτική έρευνα μελετάται μικρός αριθμός μεταβλητών και εξετάζεται μεγάλος αριθμός περιπτώσεων, ενώ στην ποιοτική έρευνα βασίζεται στη μελέτη μελετών περίπτωσης και πολλών μεταβλητών (Creswell, 1998). Με άλλα λόγια, στην ποσοτική έρευνα επεξεργάζονται ένα πλήθος από ποσότητες/αριθμούς που θα πρέπει να συγκεντρωθούν, να περιγραφούν και να αναλυθούν. Τα χαρακτηριστικά των ποσοτικών δεδομένων περιγράφονται και αναλύονται με ποσοτικά μεγέθη (π.χ. διαγράμματα, ιστογράμματα, πίνακες κ.α.) (Υφαντόπουλος κ.α., 2008).

Τα χαρακτηριστικά της ποσοτικής έρευνας συνοψίζονται στα ακόλουθα (Cassel και Symon, 1994):

- ✚ Τα δεδομένα της ποσοτικής έρευνας εκφράζονται με αριθμούς.
- ✚ Η ποσοτική έρευνα αναζητά αντικειμενικές περιγραφές (δείκτες) των δεδομένων και των αποτελεσμάτων.
- ✚ Στην ποσοτική έρευνα ο σχεδιασμός και τα διάφορα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας ακολουθούν συγκεκριμένα βήματα και διαδικασίες.
- ✚ Η ποσοτική έρευνα εστιάζει περισσότερο στην 'πρόβλεψη'. Με βάση το δείγμα που συγκεντρώνεται πραγματοποιούνται προβλέψεις (γενικεύσεις) για τον πληθυσμό. Οι ποσοτικές μέθοδοι συχνά παρουσιάζονται περισσότερο απελευθερωμένες, από το στενό πλαίσιο, κι επομένως πιο γενικευμένες.
- ✚ Η ποσοτική έρευνα συμβάλλει, κυρίως, στον έλεγχο ήδη κατοχυρωμένων θεωριών.

## 5.2 Σχεδιασμός και Υλοποίηση της Έρευνας

Για τον έλεγχο του βαθμού υποκίνησης του προσωπικού ως παράγοντα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Μαιευτήρια επιλέχθηκε η μέθοδος της ποσοτικής έρευνας. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε λόγω της φύσης και των στόχων της έρευνας. Τα βήματα σχεδιασμού της έρευνας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- ✚ Αρχικά πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική έρευνα αναφορικά με τον ρόλο και τη σημασία της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών, καθώς και της έννοιας της υποκίνησης του προσωπικού στις επιχειρήσεις.
- ✚ Στη συνέχεια τέθηκαν οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας.
- ✚ Διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο βάσει του οποίου πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος των τεσσάρων ερευνητικών υποθέσεων και των γενικότερων στόχων της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε ανάλογη έρευνα που αφορά στη σχέση υποκίνησης του προσωπικού και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (Shahid, 2009). Το ερωτηματολόγιο της έρευνας παρατίθεται στο Παράρτημα.
- ✚ Πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων
- ✚ Ακολούθησε η ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων. Για την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχτηκαν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης SPSS 18.
- ✚ Έγινε έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων της έρευνας και εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

### 5.3 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων αφορά στην Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση η οποία περιλαμβάνει (Ζαφειρόπουλος, 2005; Λαζαρίδης κ.α, 2008, Χαλικιάς, 2001):

- ✚ τη στατιστική ανάλυση κάθε μίας μεταβλητής (μονομεταβλητές συχνότητες). Η ανάλυση αυτή αφορά σε παραμέτρους όπως είναι ο μέσος, η διακύμανση, το εύρος κ.λπ. των μεταβλητών.
- ✚ τη στατιστική ανάλυση συνδυασμού πολλών μεταβλητών (διμεταβλητές ή πολυμεταβλητές συχνότητες και συσχετίσεις). Η ανάλυση αυτή αφορά στην εφαρμογή στατιστικών ελέγχων που εντοπίζουν τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών. Στη συνέχεια αναλύονται οι δύο βασικοί έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν για την ανίχνευση σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της συγκεκριμένης έρευνας: ο έλεγχος  $\chi^2$  και ο έλεγχος Pearson Correlation.

#### 5.3.1 Έλεγχος $\chi^2$ (Chi-square)

Ο στατιστικός έλεγχος  $\chi^2$  ελέγχει το κατά πόσο υπάρχει ή όχι στατιστική εξάρτηση ή ανεξαρτησία μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών ή μίας ποιοτικής και μίας ποσοτικής μεταβλητής. Στην ουσία ελέγχεται η μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι στατιστικά ανεξάρτητες μεταξύ τους, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης ( $H_a$ ) ότι οι μεταβλητές που εξετάζονται είναι στατιστικά εξαρτημένες. Υπολογίζεται συγκρίνοντας τις παρατηρούμενες συχνότητες ( $f_o$ ) με τις αναμενόμενες συχνότητες ( $f_e$ ) των υπό εξέταση μεταβλητών σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο (Malhotra κ.α., 2000):

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_{oi} - f_{ei})^2}{f_{ei}}$$

όπου

$f_{oi}$ : η παρατηρούμενη συχνότητα της μεταβλητής  $i^{\text{th}}$

$f_{ei}$ : η προσδοκώμενη συχνότητα της μεταβλητής  $i^{\text{th}}$  και

$k$ : ο αριθμός των μεταβλητών

Όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση μεταξύ των αναμενόμενων και των παρατηρούμενων συχνοτήτων, τόσο μεγαλύτερη είναι και η τιμή του  $\chi^2$  και, ως εκ τούτου, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να απορριφθεί η  $H_0$  ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες. Ο έλεγχος συνοδεύεται από την αντίστοιχη στάθμη σημαντικότητας που αφορά στην πιθανότητα να κάνουμε λάθος κατά την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης. Όταν η στάθμη σημαντικότητας  $\alpha$  είναι μικρότερη του 0,05 ( $\alpha < 0,05$ ), τότε απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι στατιστικά ανεξάρτητες και γίνεται αποδεκτό ότι οι μεταβλητές είναι στατιστικά εξαρτημένες μεταξύ τους για τον συγκεκριμένο πίνακα συνάφειας. Ο έλεγχος  $\chi^2$  βασίζεται σε ορισμένα μέτρα συνάφειας ανάμεσα στα οποία είναι και ο συντελεστής  $\phi$  (phi coefficient). Ο συντελεστής  $\phi$  αποτελεί μία από τις απλούστερες τροποποιήσεις του  $\chi^2$  και χρησιμοποιείται ως μέτρο ελέγχου του βαθμού συσχέτισης πινάκων με δύο γραμμές και δύο στήλες. Για ένα δείγμα μεγέθους  $n$  ο συντελεστής  $\phi$  (phi coefficient) υπολογίζεται ως εξής:

$$\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}$$

Παίρνει τιμές από -1 έως 1, όπου:

- το -1 μεταφράζεται σε απόλυτα αρνητική συσχέτιση
- το 1 σε απόλυτα θετική συσχέτιση
- το 0 στην έλλειψη συσχέτισης



### 5.3.2 Έλεγχος Συσχέτισης Pearson (Pearson Correlation)

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ελέγχει τη στατιστική εξάρτηση ή ανεξαρτησία μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών (Δημητριάδης, 2010). Η μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) αφορά, επίσης, στο ότι οι υπό εξέταση μεταβλητές είναι στατιστικά ανεξάρτητες μεταξύ τους και η εναλλακτική υπόθεση ( $H_a$ ) αφορά, αντίστοιχα, στο ότι οι μεταβλητές που εξετάζονται είναι στατιστικά εξαρτημένες. Ο έλεγχος συσχέτισης Pearson υπολογίζεται από την ακόλουθη σχέση:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{(n-1)S_X S_Y}$$

όπου,

$\bar{X}$  : ο μέσος όρος της μεταβλητής X

$\bar{Y}$  : ο μέσος όρος της μεταβλητής Y

$S_X$ : η τυπική απόκλιση μεταβλητής X

$S_Y$ : η τυπική απόκλιση μεταβλητής Y

n: ο αριθμός των μεταβλητών

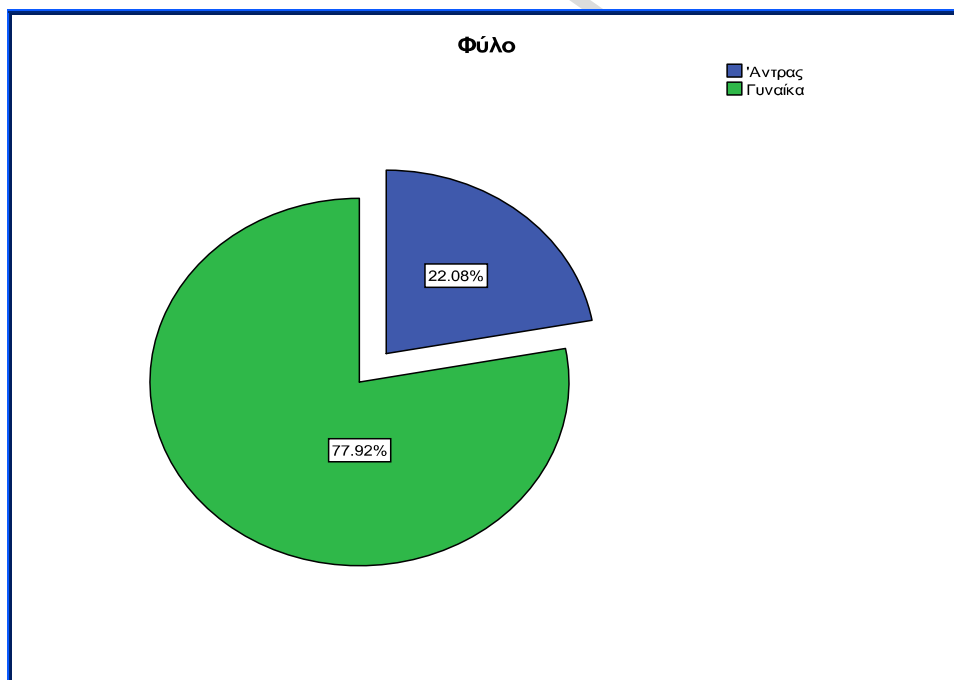
Οι τιμές της συσχέτισης του συντελεστή Pearson κυμαίνονται από -1 έως 1, όπου -1 είναι η απόλυτα αρνητική συσχέτιση και 1 είναι η απόλυτα θετική συσχέτιση.

## Κεφάλαιο 6

### ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΤΑ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΑ

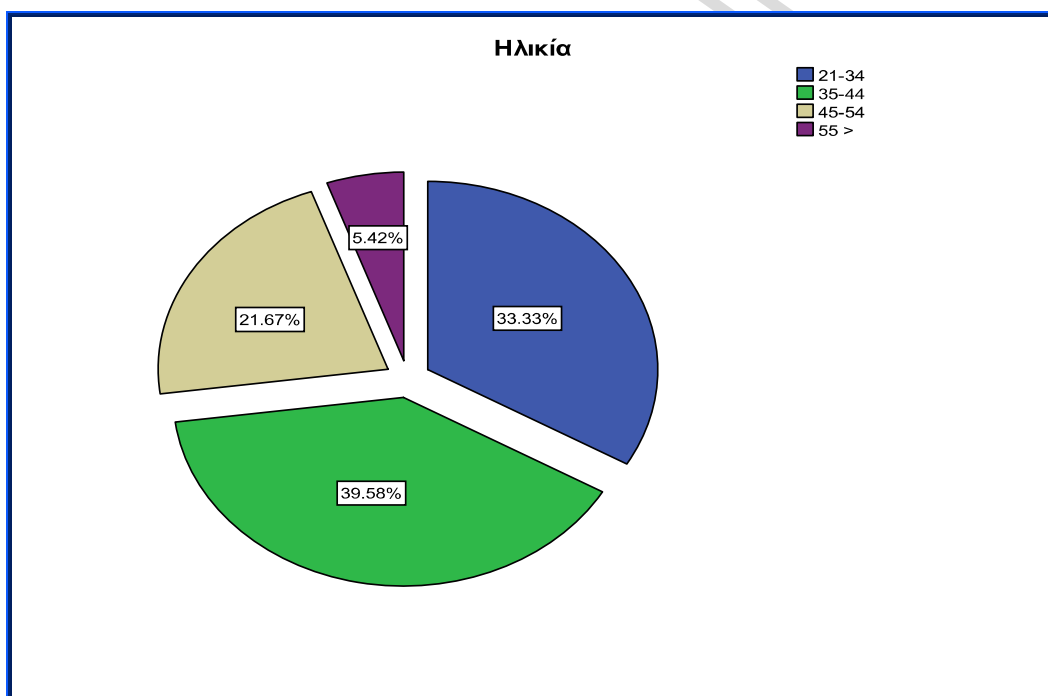
#### 6.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Συγκεντρώθηκαν, συνολικά, 240 απαντήσεις εργαζομένων σε μαιευτήρια. Το δείγμα απαρτίζεται στην πλειοψηφία του από γυναίκες (77,92%). Οι άντρες αποτελούν το 22,08% του δείγματος (Διάγραμμα 11).



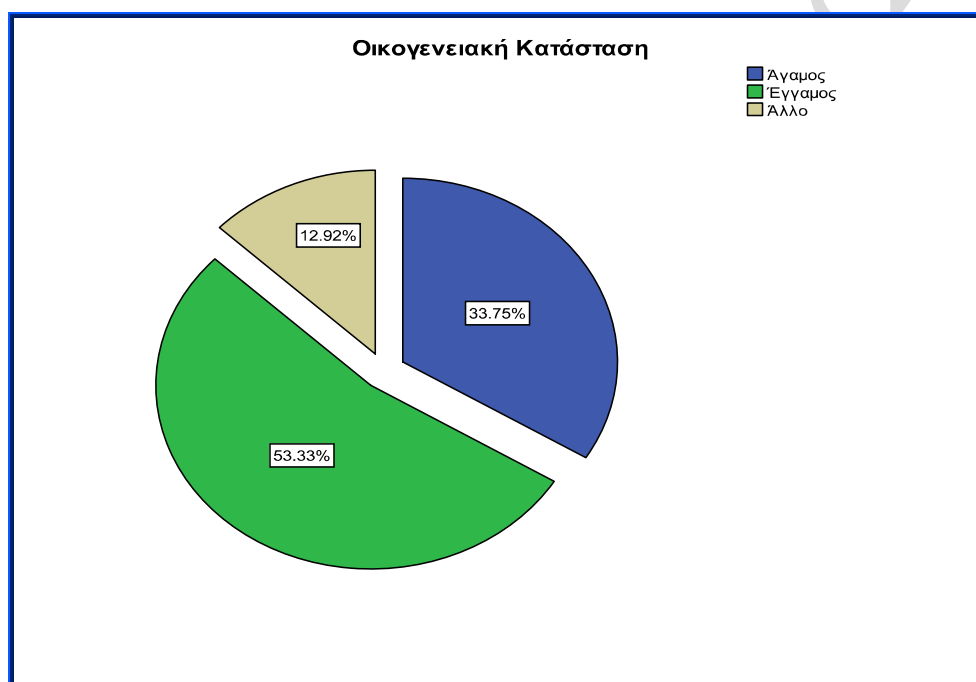
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11. Φύλο

Όσον αφορά στην ηλικία των συμμετεχόντων το 39,58% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 35-44, το 33,3% στην ομάδα 21-34, το 21,67% στην ομάδα 45-54, ενώ μόλις το 5,42% είναι άτομα άνω των 55 ετών (Διάγραμμα 12).



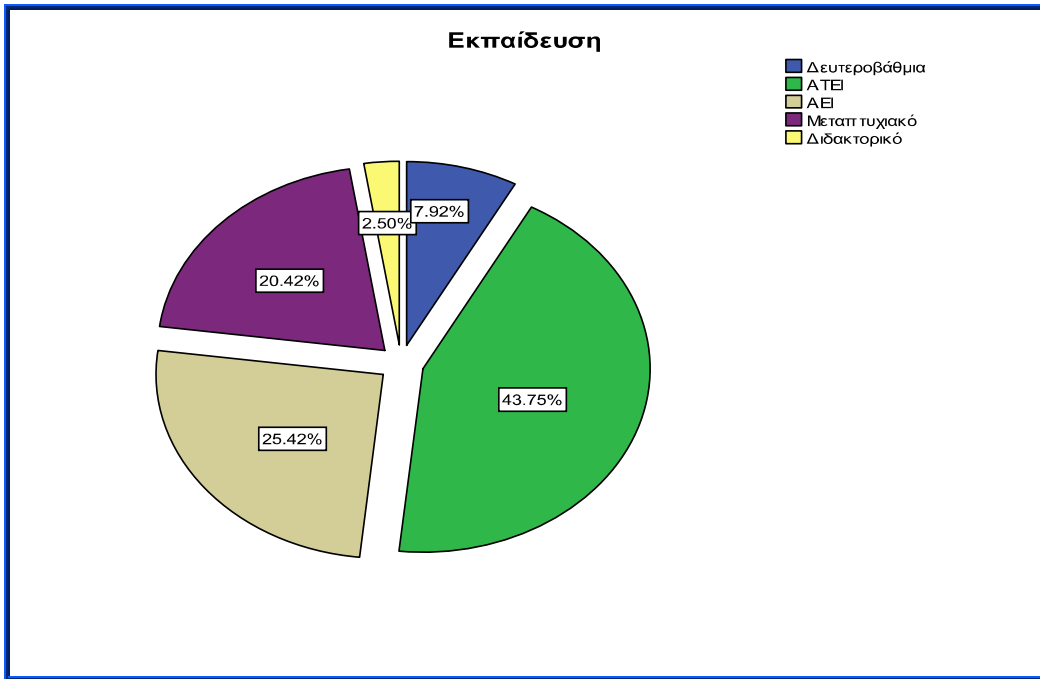
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12. Ηλικία**

Στο Διάγραμμα 13 παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (53,33%) είναι παντρεμένοι.



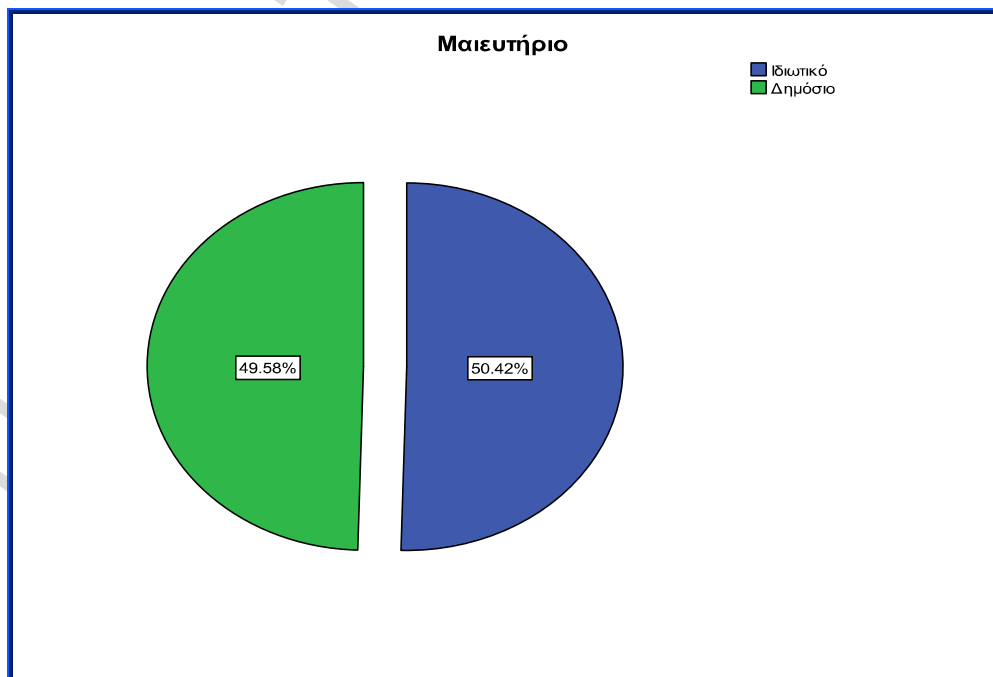
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13. Οικογενειακή Κατάσταση**

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων ποικίλει (Διάγραμμα 14). Το μεγαλύτερο ποσοστό (43,75%) είναι απόφοιτοι ΑΤΕΙ. Το 25,42% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, ενώ το 20,42% κατέχει και μεταπτυχιακό τίτλο. Ένα μικρό ποσοστό (7,92%) είναι απόφοιτοι της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ το 2,5% κατέχει Διδακτορικό Τίτλο.



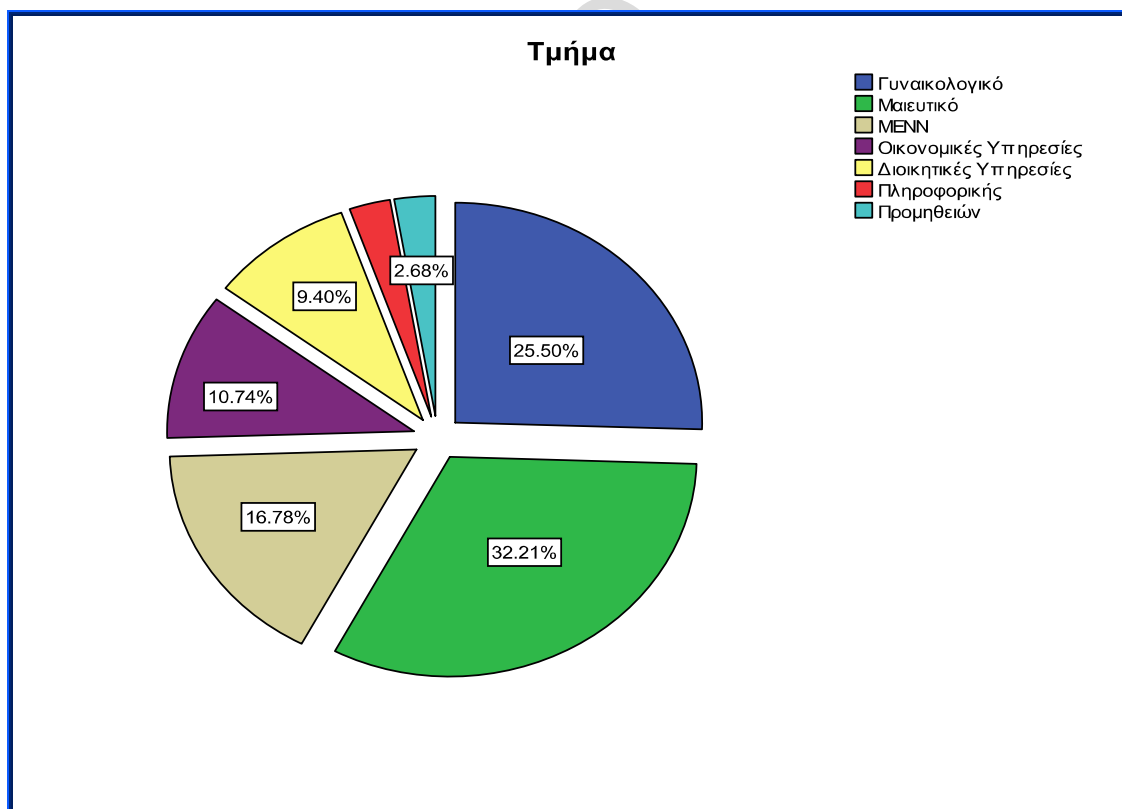
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14. Εκπαίδευση**

Αναφορικά με το δημόσιο ή τον ιδιωτικό χαρακτήρα των μαιευτηρίων στα οποία εργάζονται οι συμμετέχοντες αυτά είναι μοιρασμένα ισόποσα στο δείγμα (Διάγραμμα 15).

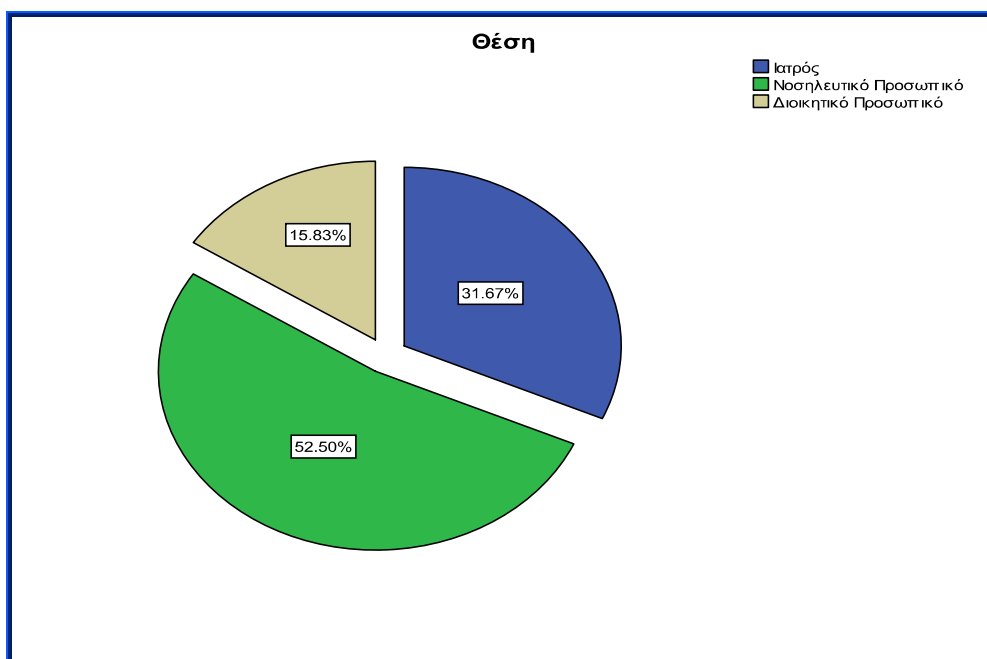


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15. Μαιευτήριο**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το τμήμα από το οποίο προέρχεται ο κάθε συμμετέχοντας στο δείγμα. Σε ποσοστό 32,21% οι συμμετέχοντες ανήκουν στο μαιευτικό τμήμα. Το 25,5% του δείγματος ανήκει στο γυναικολογικό τμήμα, ενώ το 16,78% στο ΜΕΝΝ. Περίπου το 10% καλύπτουν, αντίστοιχα, τα τμήματα των οικονομικών υπηρεσιών και των διοικητικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 16).



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16. Τμήμα**

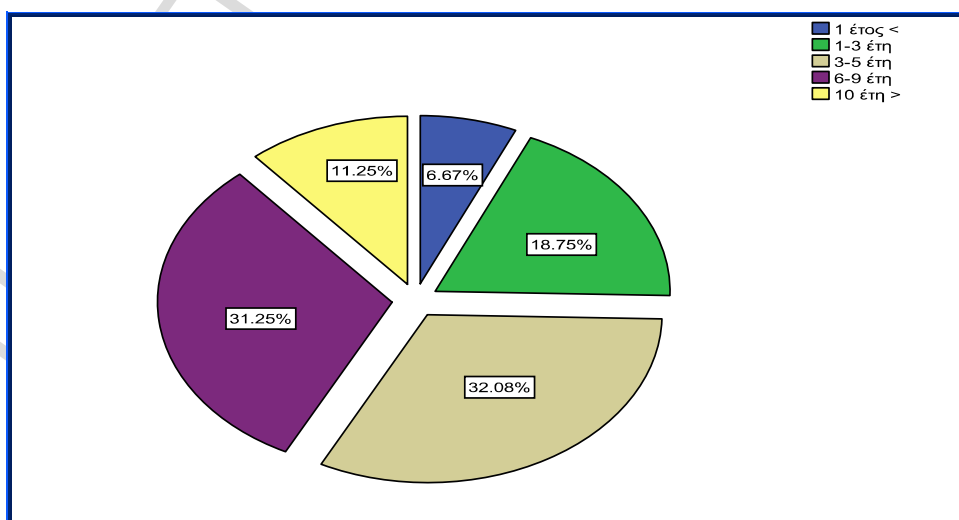


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17. Θέση**

Οι συμμετέχοντες είναι στην πλειοψηφία τους νοσηλευτές (52,50%). Το 31,67% είναι ιατρικό προσωπικό, ενώ το 15,83% είναι διοικητικό προσωπικό (Διάγραμμα 17).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων ασκεί το επάγγελμά του μεταξύ 3 έως 9 ετών (32,08% από 3 έως 5 έτη και 31,25% από 6 έως 9 έτη). Το 18,75% βρίσκεται στον χώρο των μαιευτηρίων μεταξύ 1 και 3 ετών. Περισσότερα από 10 έτη βρίσκεται στο επάγγελμα το 11,25%, ενώ μόλις το 6,67% ασκεί το επάγγελμα λιγότερο από 1 έτος (Διάγραμμα 18).

**Διάστημα που ασκείται το επάγγελμα**

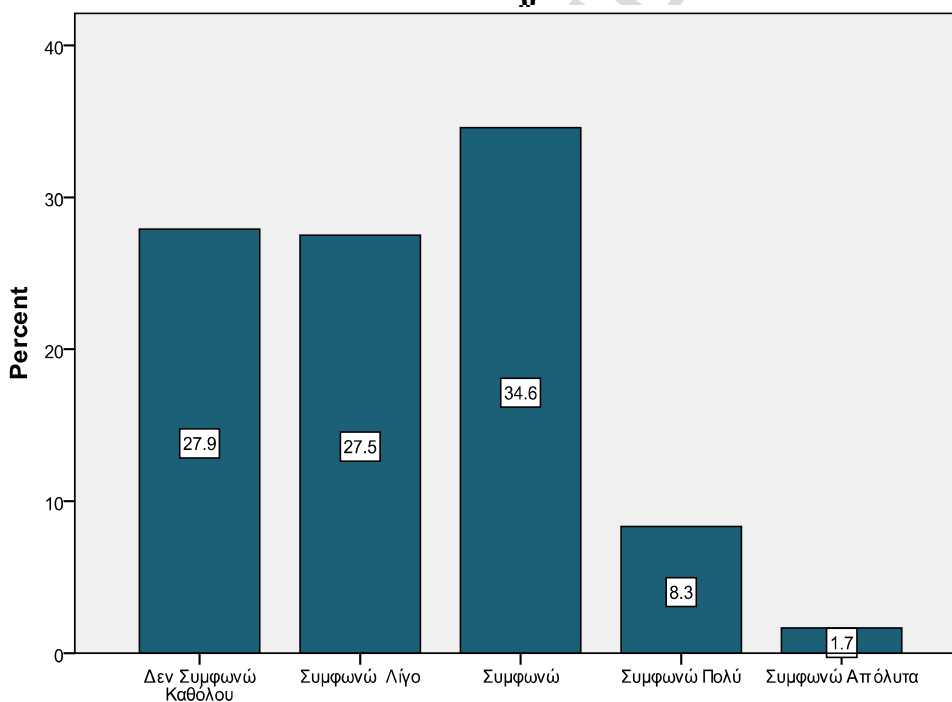


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18. Χρονική Διάρκεια Άσκησης Επαγγέλματος**

## 6.2 Στατιστική Παρουσίαση των Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Τα αποτελέσματα για την Ερώτηση 1: «Η Διοίκηση του οργανισμού στον οποίο απασχολείσθε ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την παροχή κινήτρων στους εργαζομένους της για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών» παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 19. Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους δεν συμφωνούν πως η Διοίκηση παρέχει ικανοποιητικά κίνητρα για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Ένα ποσοστό της τάξης του 35% περίπου απλά συμφωνεί με την πρόταση, ενώ πάνω από το 50% συμφωνεί λίγο ή καθόλου.

**Παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους από τη Διοίκηση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών**



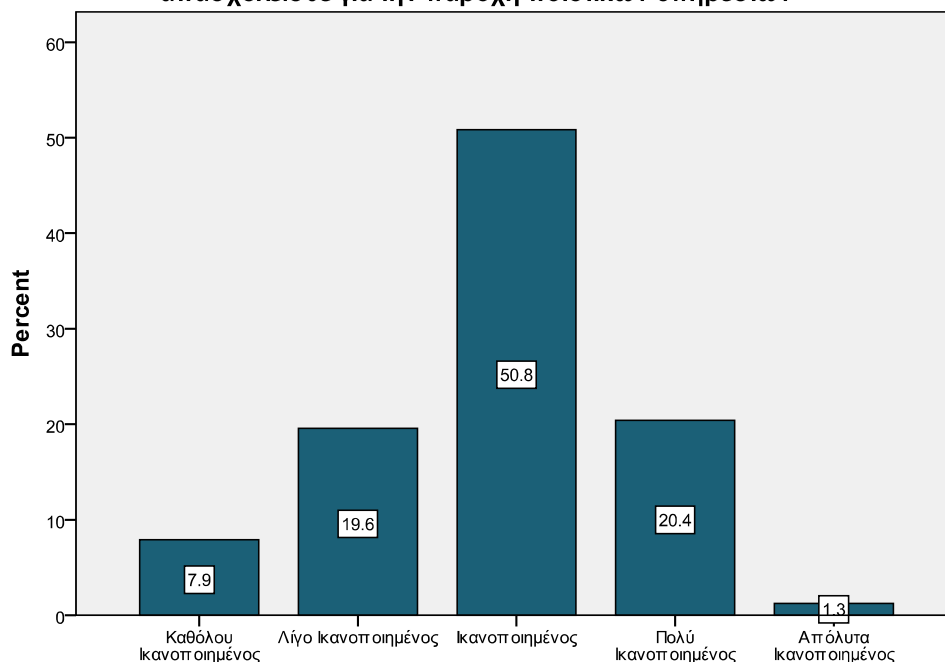
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19. Παροχή Κινήτρων από τη Διοίκηση**

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων στην Ερώτηση 2: «Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από την υποστήριξη του τμήματος στο οποίο απασχολείσθε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών» παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 20. Οι μισοί από του συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που δέχονται από το τμήμα στο οποίο ανήκουν.



Ωστόσο, μόνο το 22% περίπου είναι πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένο, ενώ το 28% περίπου είναι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένο.

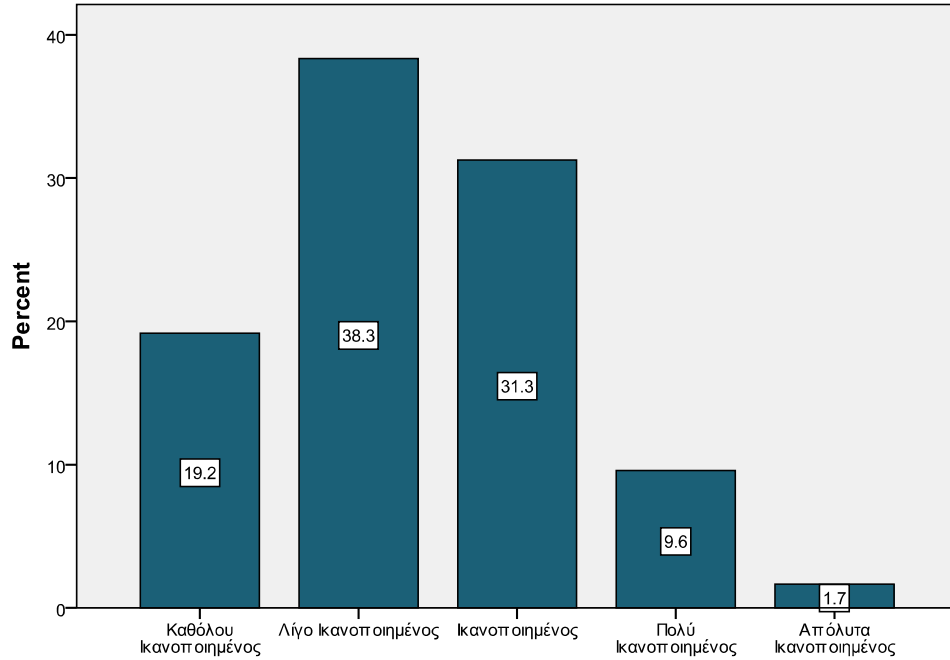
**Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από την υποστήριξη του τμήματος στο οποίο απασχολείσθε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20. Βαθμός Ικανοποίησης από το Τμήμα**

Στην Ερώτηση 3: «Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από τα κίνητρα που σας παρέχονται από τον οργανισμό στον οποίο εργάζεστε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών» οι συμμετέχοντες δείχνουν πως δεν είναι ικανοποιημένοι (Διάγραμμα 21). Το 58% περίπου δηλώνει λίγο ή καθόλου ικανοποιημένο, το 31,3% ικανοποιημένο και μόλις το 11% περίπου είναι πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένο.

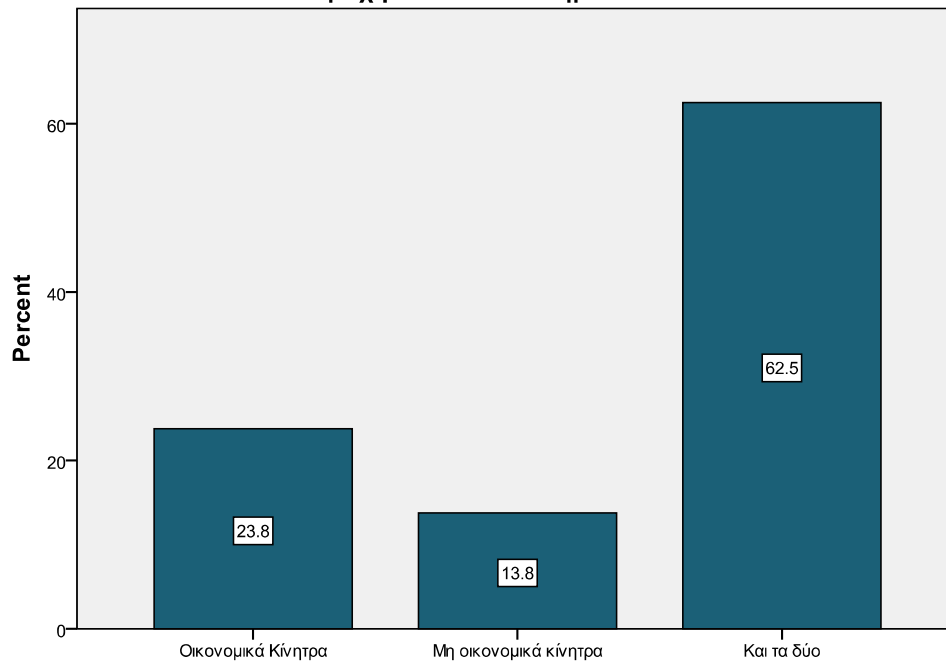
**Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από τα κίνητρα που σας παρέχονται από τον οργανισμό στον οποίο εργάζεστε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21. Βαθμός Ικανοποίησης από τον Οργανισμό**

Όσον αφορά στα είδη των κινήτρων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Ερώτηση 4: «Ποιο από τα παρακάτω σας δίνει μεγαλύτερο κίνητρο στην εργασία σας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών») τόσο τα οικονομικά, όσο και τα μη οικονομικά κίνητρα είναι πολύ σημαντικά για τους εργαζομένους. Το 23,8% υποκινείται, κυρίως, από οικονομικά κίνητρα, το 13,8% από μη οικονομικά κίνητρα, ενώ το 62,5% και από τα δύο είδη κινήτρων (Διάγραμμα 22).

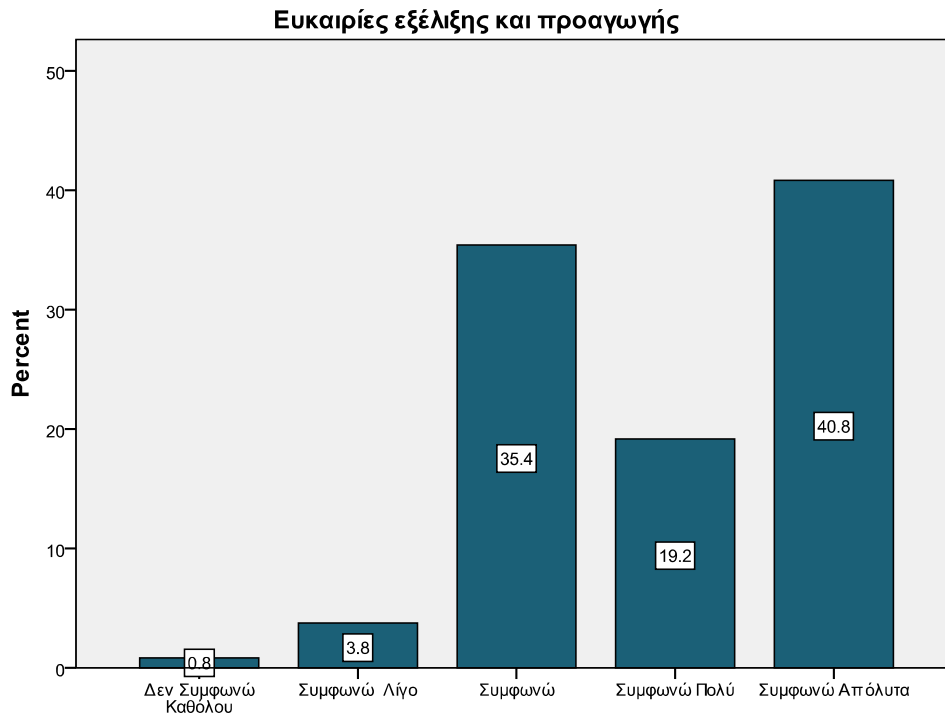
Ποιο από τα παρακάτω σας δίνει μεγαλύτερο κίνητρο στην εργασία σας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών



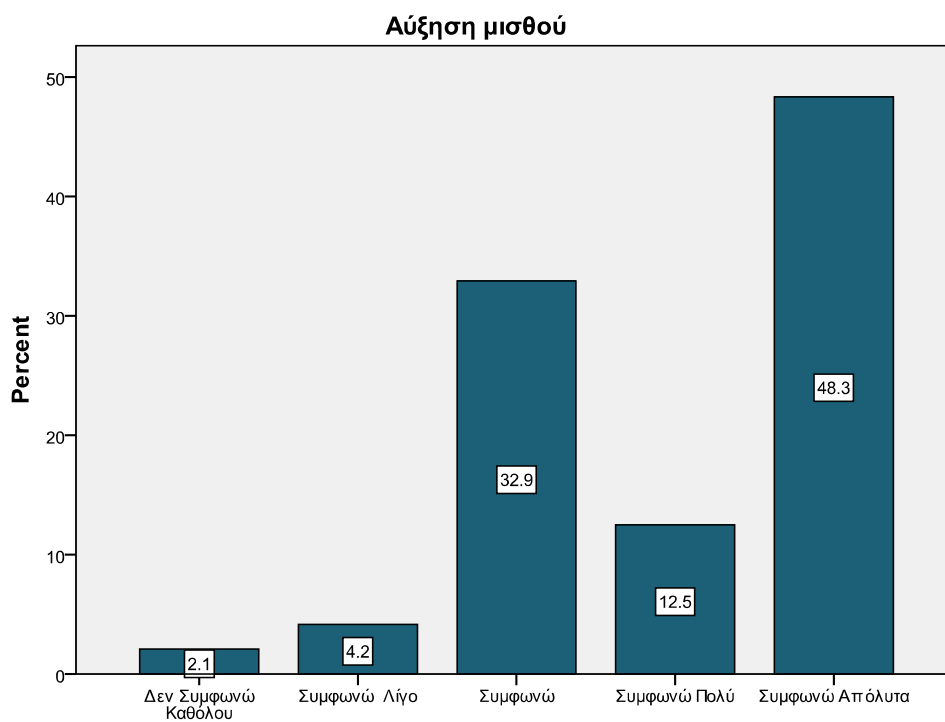
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22. Είδη Κινήτρων**

Στα Διαγράμματα 23 έως 38 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την Ερώτηση 5: «Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε πως τα παρακάτω χαρακτηριστικά παρέχουν κίνητρα στην εργασία σας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών». Η παροχή ευκαιριών εξέλιξης και προαγωγής θεωρείται σημαντική από το σύνολο σχεδόν των εργαζομένων (Διάγραμμα 23).

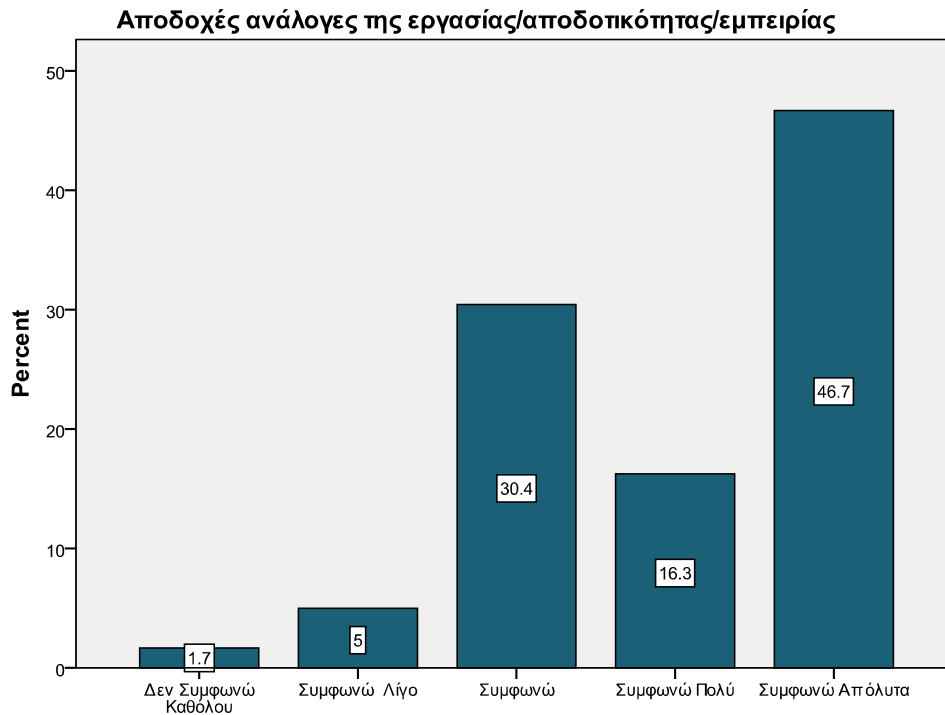
Το ίδιο και το κίνητρο της αύξησης μισθού με το οποίο πάνω από το 50% των εργαζομένων συμφωνεί πολύ ή απόλυτα (Διάγραμμα 24).



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23. Χαρακτηριστικό «Ευκαιρίες Εξέλιξης και Προαγωγής»**



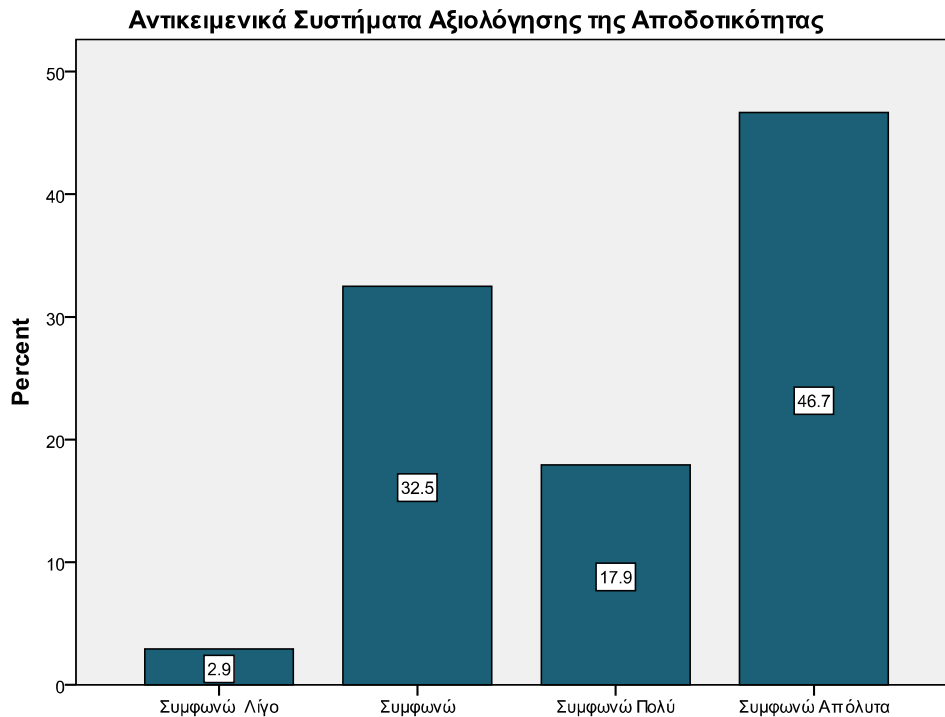
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24. Χαρακτηριστικό «Αύξηση Μισθού»**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25. Χαρακτηριστικό «Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/αποδοτικότητα/εμπειρίας»**

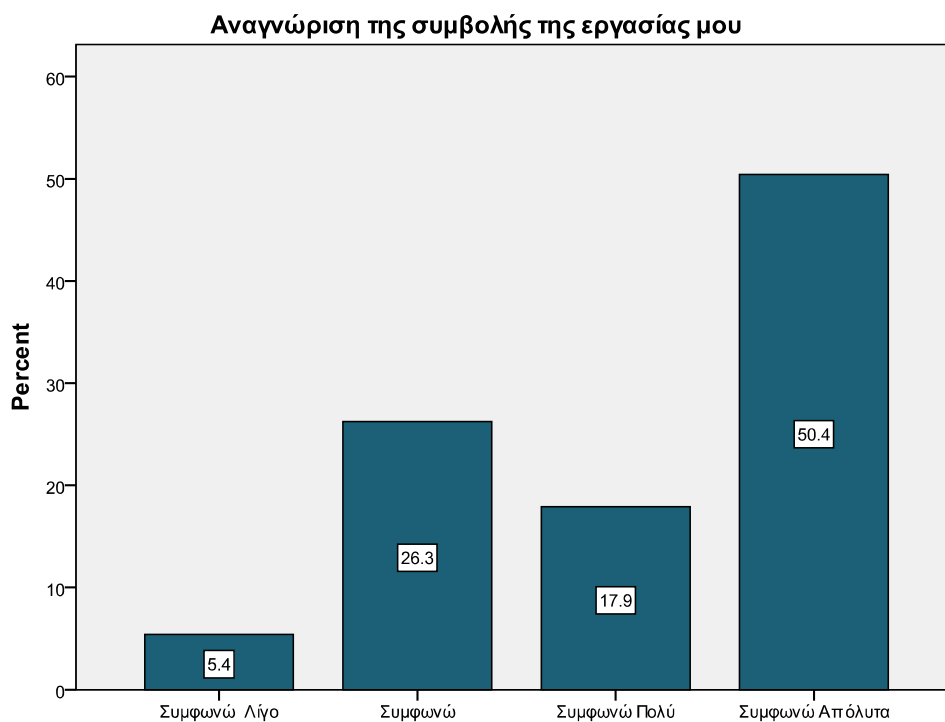
Επίσης, το χαρακτηριστικό που αναφέρεται στις «Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/αποδοτικότητα/εμπειρίας» θεωρείται ιδιαίτερος σημαντικό από τους συμμετέχοντες. Μόνο το 6,7% των εργαζομένων συμφωνούν λίγο ή καθόλου ότι το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό παρέχει κίνητρο στην εργασία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 25).

Η εφαρμογή αντικειμενικών συστημάτων αξιολόγησης της αποδοτικότητας θεωρείται από την πλειοψηφία των ερωτώμενων ως σημαντικός παράγοντας παροχής κινήτρων ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 26). Το 17,9% συμφωνεί πολύ, ενώ το 46,7% συμφωνεί απόλυτα ότι το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό παρέχει κίνητρα στην εργασία τους.

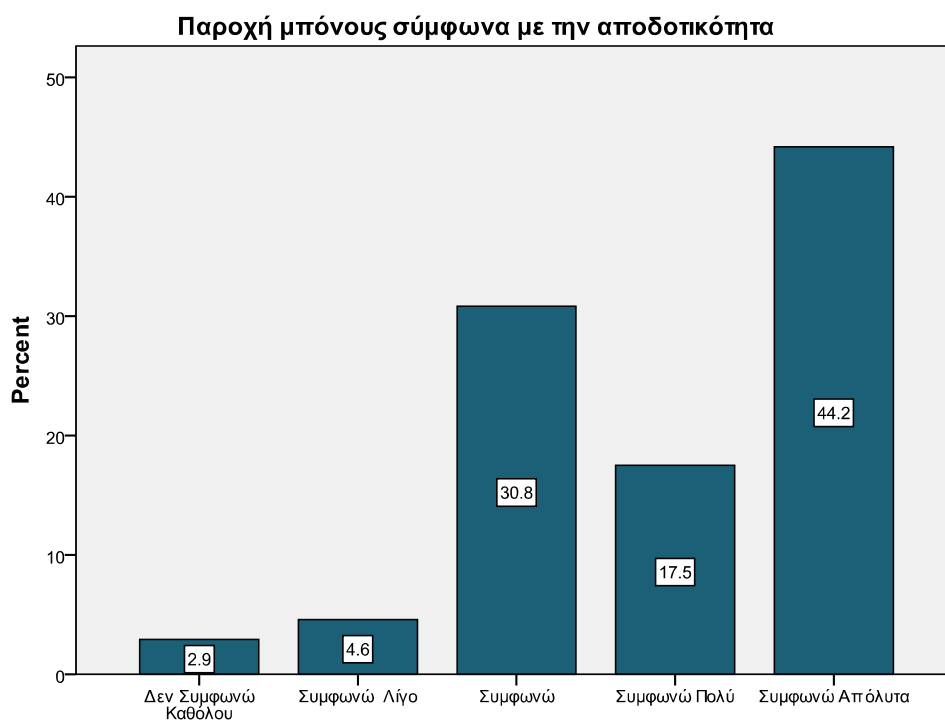


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26. Χαρακτηριστικό «Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας»**

Η αναγνώριση της συμβολής της εργασίας του εργαζομένου βρίσκει ιδιαίτερος σύμφωνους τους ερωτώμενους πως αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό στην κινητοποίησή τους για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 27). Η παροχή μόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα αποτελεί και αυτό ένα χαρακτηριστικό που υποκινεί τους εργαζόμενους για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 28).

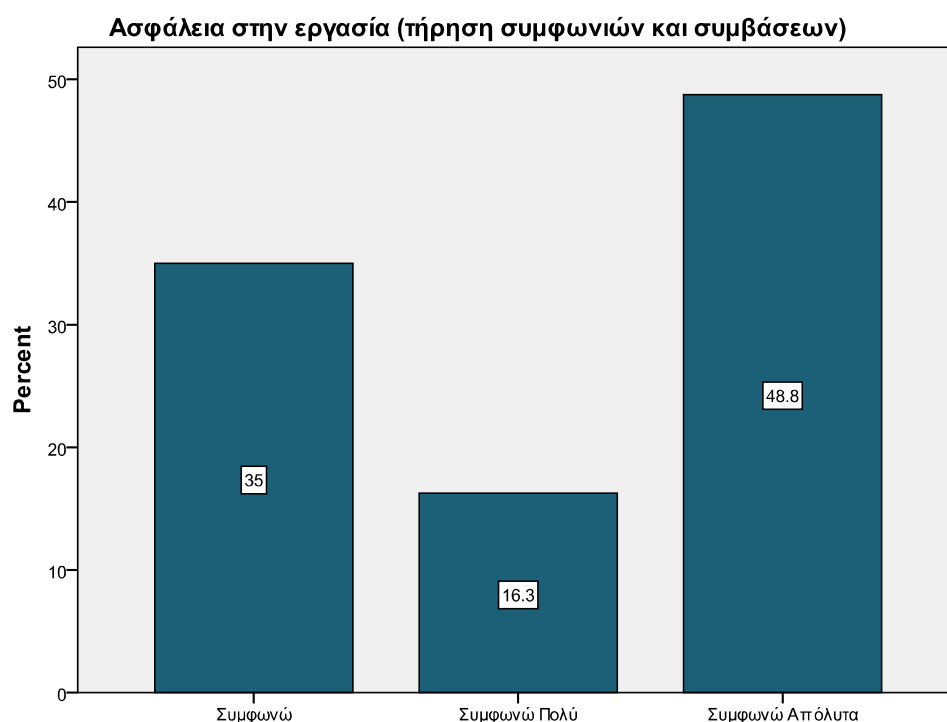


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27. Χαρακτηριστικό «Αναγνώριση της συμβολής της εργασίας μου»**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28. Χαρακτηριστικό «Παροχή μπόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα»**

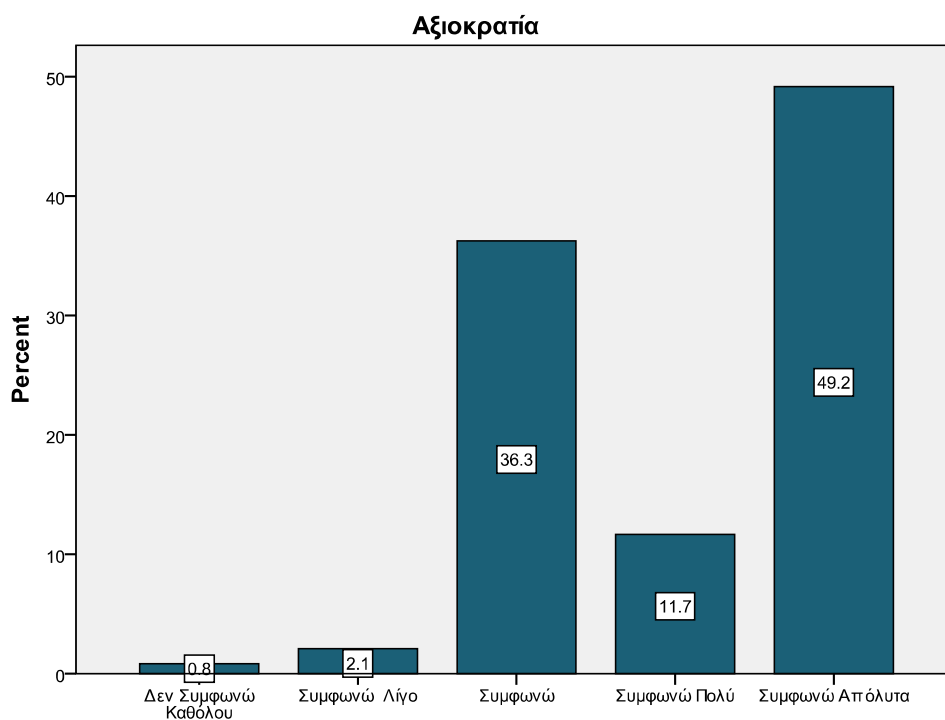
Η ασφάλεια στην εργασία με την έννοια της τήρησης των συμφωνιών και των συμβάσεων, αποτελεί, ίσως, το σημαντικότερο χαρακτηριστικό που κινητοποιεί τους εργαζόμενους στην κατεύθυνση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 29). Κανένας από τους ερωτώμενους δεν δήλωσε πως διαφωνεί με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, ενώ το 48,8% συμφωνεί απόλυτα πως η ασφάλεια στην εργασία αποτελεί κίνητρο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών.



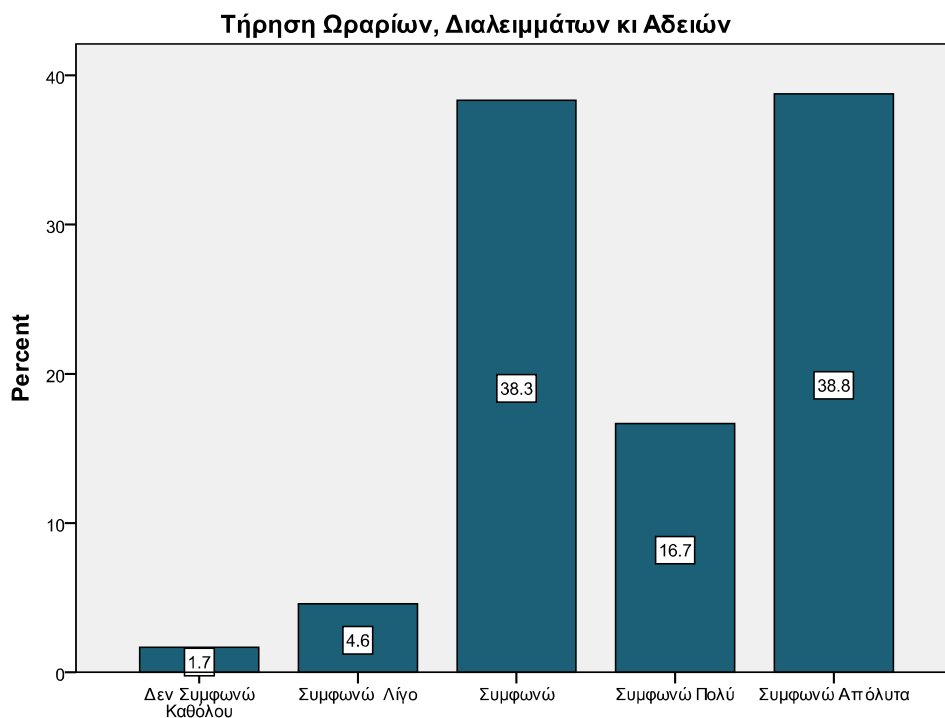
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29. Χαρακτηριστικό «Ασφάλεια στην εργασία (τήρηση συμφωνιών και συμβάσεων)»**

Η αξιοκρατία θεωρείται, επίσης, σημαντικό κίνητρο για τους εργαζόμενους. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς συμφωνούν απόλυτα με αυτό το χαρακτηριστικό ως κίνητρο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 30). Η τήρηση των ωραρίων, των διαλειμμάτων και των αδειών του προσωπικού αποτελεί χαρακτηριστικό που τους κατευθύνει θετικά στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Το 38,3% των συμμετεχόντων συμφωνεί με το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, το 16,7% συμφωνεί πολύ και το 38,8% συμφωνεί απόλυτα (Διάγραμμα 31).



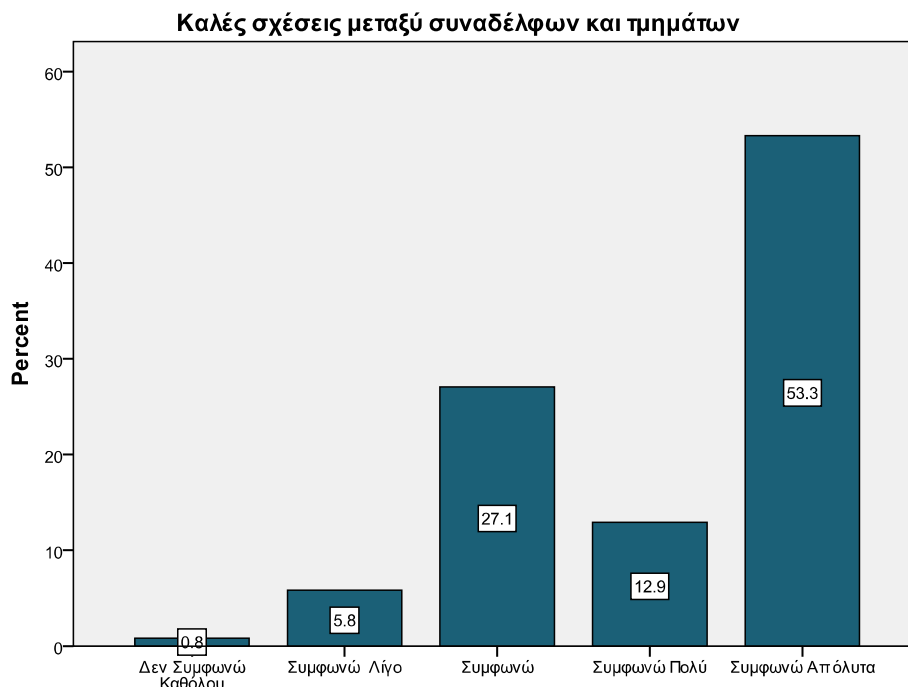


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30. Χαρακτηριστικό «Αξιοκρατία»**



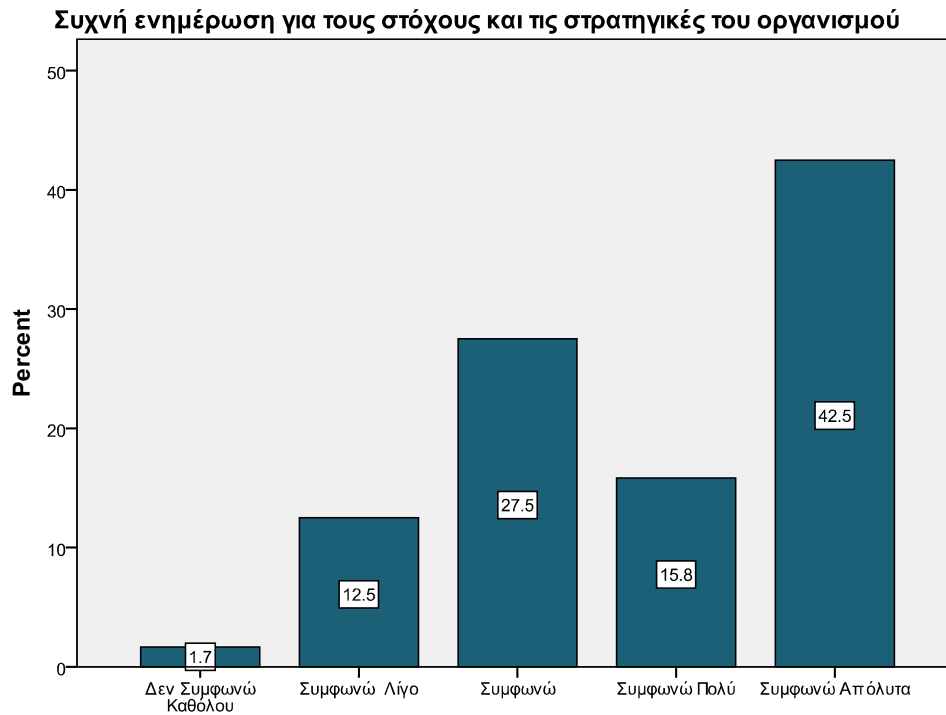
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31. Χαρακτηριστικό «Τήρηση Ωραρίων, Διαλειμμάτων και Αδειών»**

Επίσης, το 53,3% των ερωτώμενων συμφωνεί απόλυτα πως οι καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων παρέχει κίνητρο στην εργασία τους για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 32).

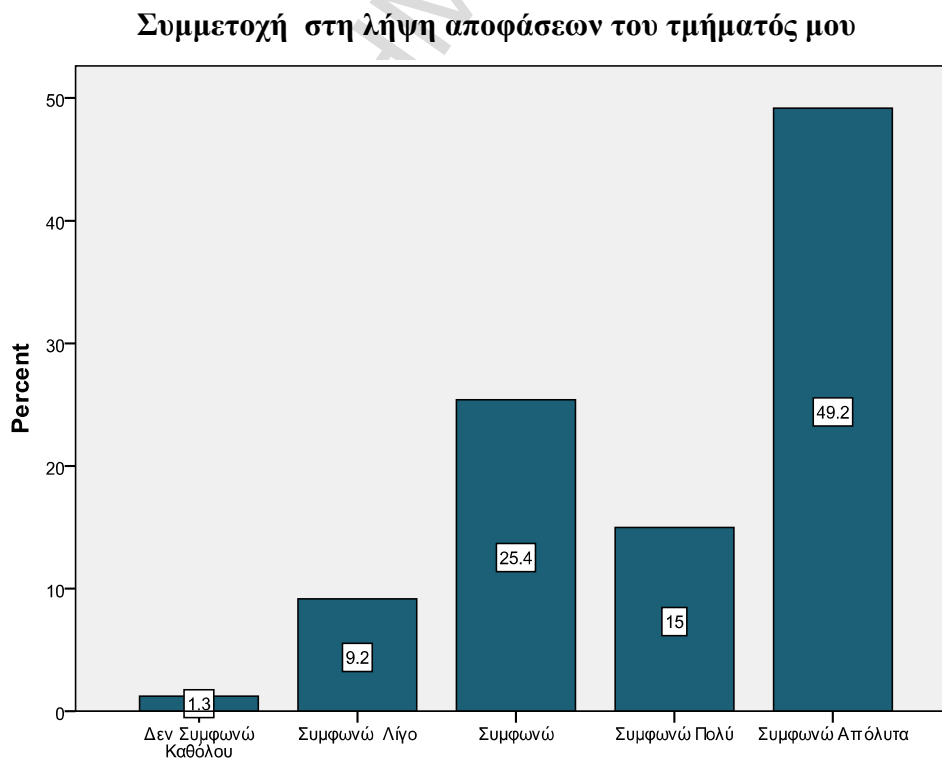


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32. Χαρακτηριστικό «Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων»**

Η ενημέρωση των εργαζομένων για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού που απασχολούνται και μάλιστα σε συχνή βάση βρίσκει σύμφωνο πάνω από το 85% των ερωτώμενων (Διάγραμμα 33). Η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων του τμήματος στο οποίο ανήκουν θεωρείται από τους συμμετέχοντες, στη συντριπτική πλειοψηφία τους, ως κίνητρο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 34).

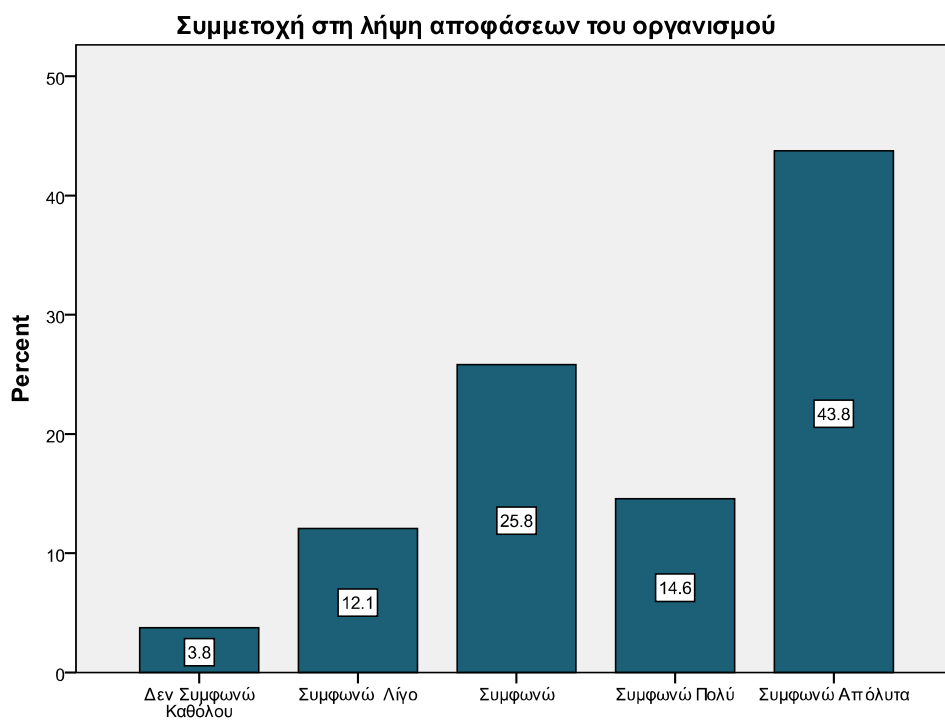


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33. Χαρακτηριστικό «Συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού»**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34. Χαρακτηριστικό «Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματός μου»**

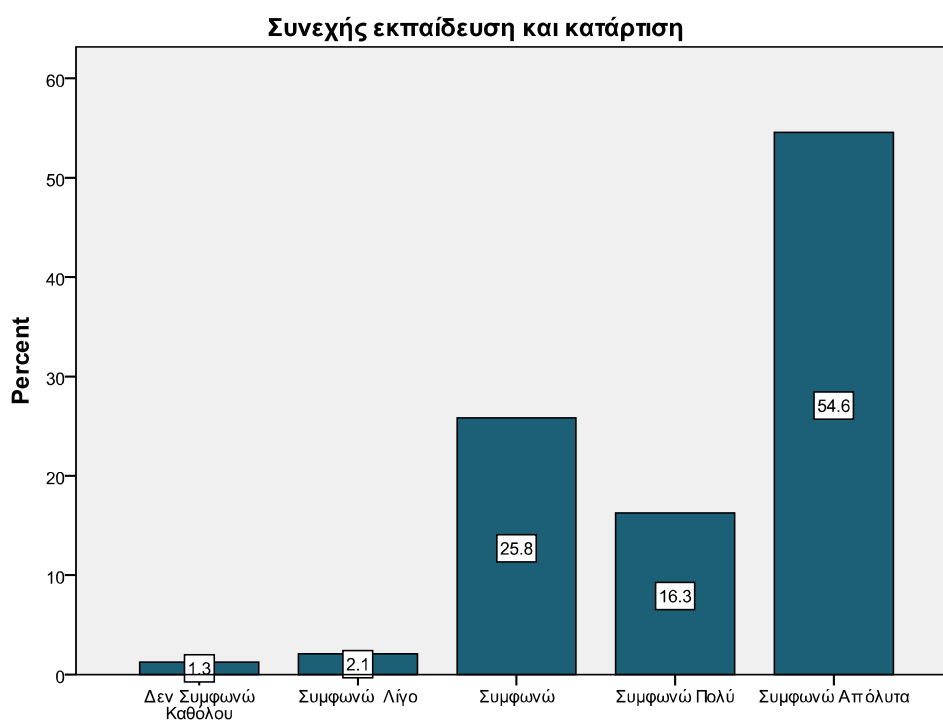
Το χαρακτηριστικό «συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού» αποτελεί και αυτό ένα από τα σημαντικά κίνητρα για τους εργαζομένους (Διάγραμμα 35).



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35. Χαρακτηριστικό «Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού»**

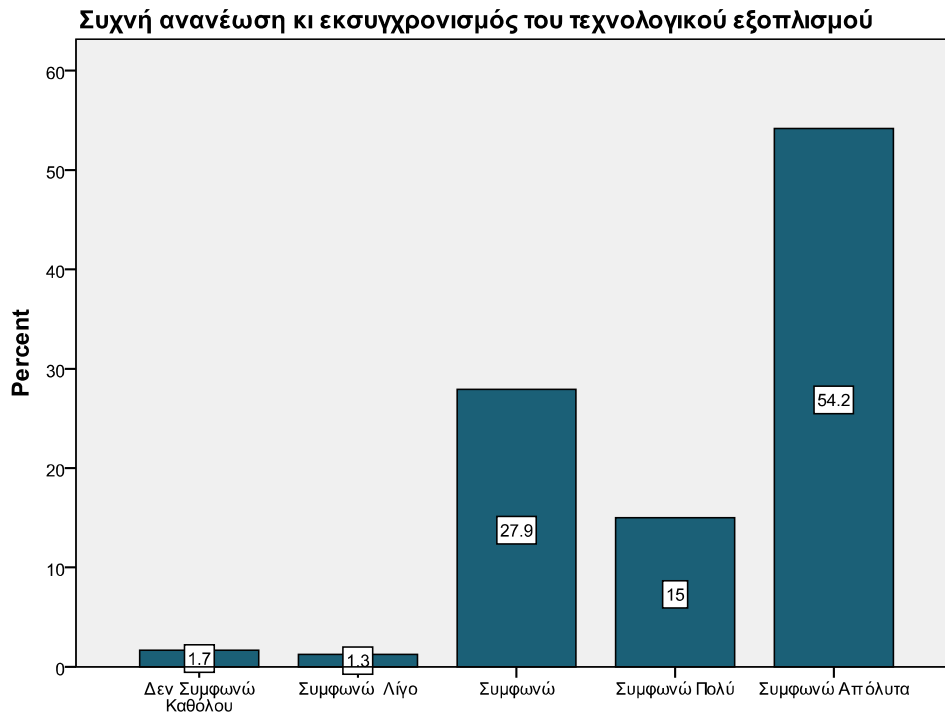
ΠΑΝΕΠΙΣΤ

Η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού (Διάγραμμα 36) κρίνεται ως αναγκαία από τους εργαζόμενους προκειμένου για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Το 54,6% των ερωτώμενων συμφωνεί απόλυτα πως πρέπει να παρέχεται από τον οργανισμό συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 1,3% δε συμφωνεί καθόλου.

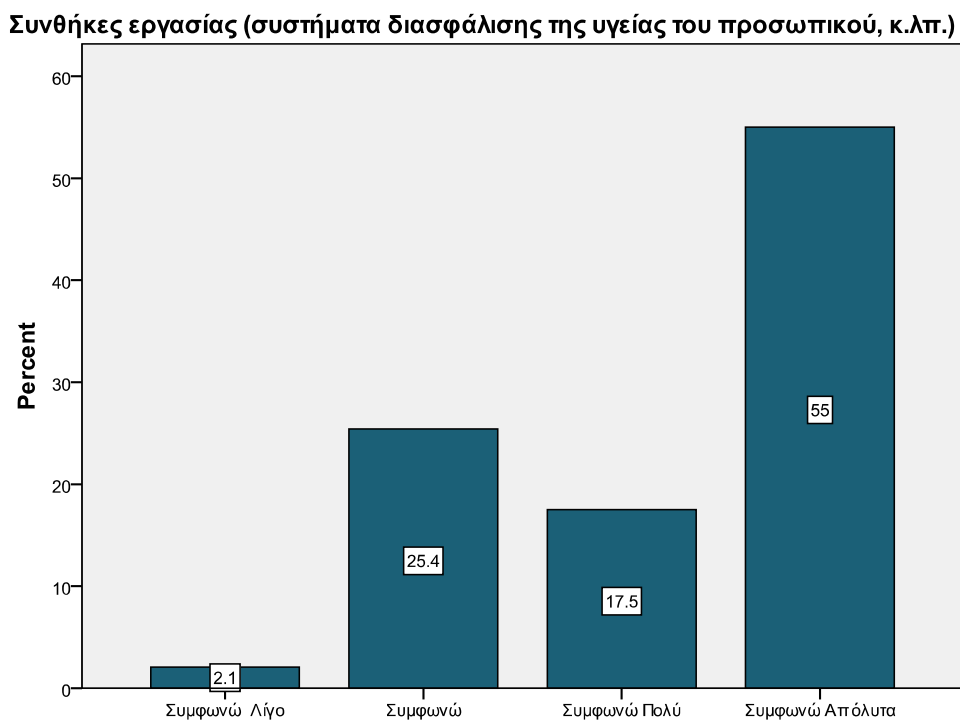


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36. Χαρακτηριστικό «Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση»**

Επίσης, η συχνή ανανέωση κι ο εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού (Διάγραμμα 37), αλλά και οι συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.) αποτελούν στοιχεία που συμβάλλουν στην υποκίνηση του προσωπικού των μαιευτηρίων προς την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (Διάγραμμα 38).

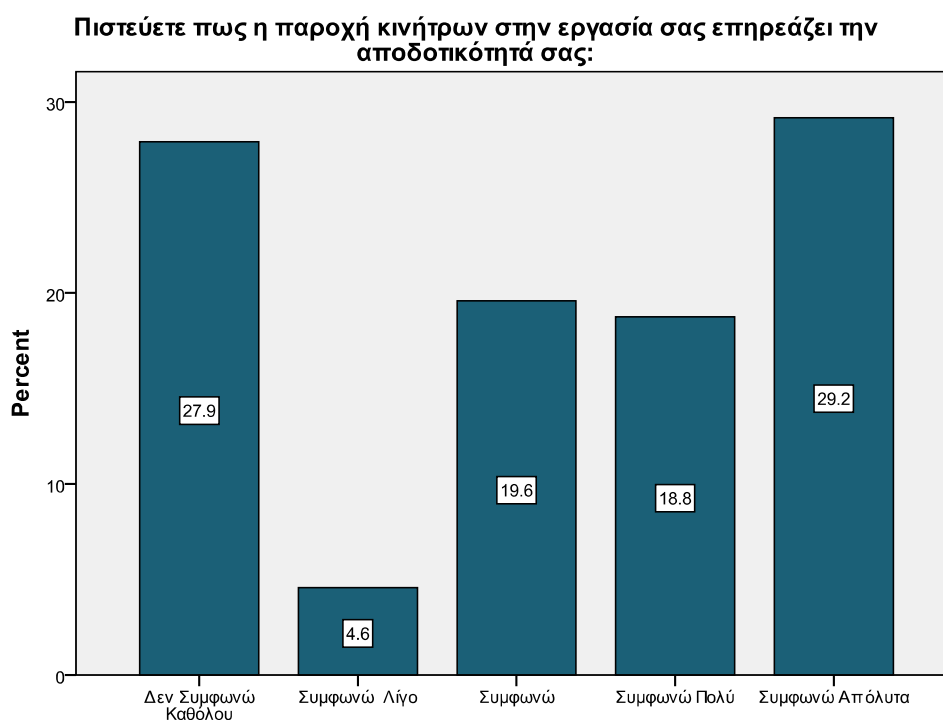


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37. Χαρακτηριστικό «Συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού»**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38. Χαρακτηριστικό «Συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.)»**

Τα αποτελέσματα της Ερώτησης 6: «Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας» παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 39. Αν και οι περισσότεροι των εργαζομένων πιστεύουν ότι η παροχή κινήτρων όσον αφορά στην εργασία τους επηρεάζει την αποδοτικότητά τους, ωστόσο, ένα ποσοστό 27,9% δεν συμφωνεί καθόλου με αυτή την άποψη. Παρόλα αυτά το 70% περίπου των συμμετεχόντων θεωρούν πως η παροχή κινήτρων στην εργασία και η αποδοτικότητά τους συνδέονται σε σημαντικό βαθμό.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39. Σχέση Κινήτρων και Αποδοτικότητας**

Τα αποτελέσματα για την ανοιχτή Ερώτηση 7: «Ποιες αλλαγές στις συνθήκες της εργασίας σας πιστεύετε πως θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το μαιευτήριο στο οποίο απασχολείσθε» παρουσιάζονται στον Πίνακα 14. Παρατηρείται πως στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι συμμετέχοντες αναζητούν περισσότερη και καλύτερη εκπαίδευση και κατάρτιση στην κατεύθυνση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Ακολουθούν προτάσεις για αύξηση του προσωπικού, συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού, ανάπτυξης καλών σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματος και του οργανισμού, καθώς και η εφαρμογή αντικειμενικών συστημάτων αξιολόγησης της αποδοτικότητας και αποδοχές ανάλογες της εργασίας, της εμπειρίας και της αποδοτικότητας του κάθε εργαζόμενου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Απόψεις των εργαζομένων για τη βελτίωση της ποιότητας**

Αύξηση προσωπικού	11,43%
Συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού	9,84%
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματός μου	7,30%
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού	6,35%
Ικανοποιημένοι από όλα	7,30%
Αύξηση μισθού	4,13%
Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση	23,17%
Αξιοκρατία	1,27%
Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων	8,25%
Συχνή ενημέρωση για τους στόχους του οργανισμού	2,86%
Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/εμπειρίας/αποδοτικότητας	5,08%
Αντικειμενικά συστήματα αξιολόγησης της αποδοτικότητας	6,03%
Ευκαιρίες εξέλιξης	1,27%
Οικονομικά κίνητρα	1,90%
Βελτίωση συνθηκών εργασίας	1,27%
Τήρηση ωραρίων-διαλειμμάτων-αδειών	0,32%
Αναγνώριση συμβολής της εργασίας μου	0,63%
Βελτίωση κτιριακών υποδομών	0,95%
Καλύτερες συνθήκες εργασίας	0,32%
Μείωση γραφειοκρατίας	0,32%

### 6.3 Έλεγχος $\chi^2$

Για την αναζήτηση σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε έλεγχος  $\chi^2$ . Από τα αποτελέσματα έγιναν δεκτές οι σχέσεις με  $p < 0,05$ . Ο έλεγχος έδειξε πως υπάρχει συσχέτιση για τη μεταβλητή φύλο με το χαρακτηριστικό «Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας» ( $\varphi=0,257$ ).

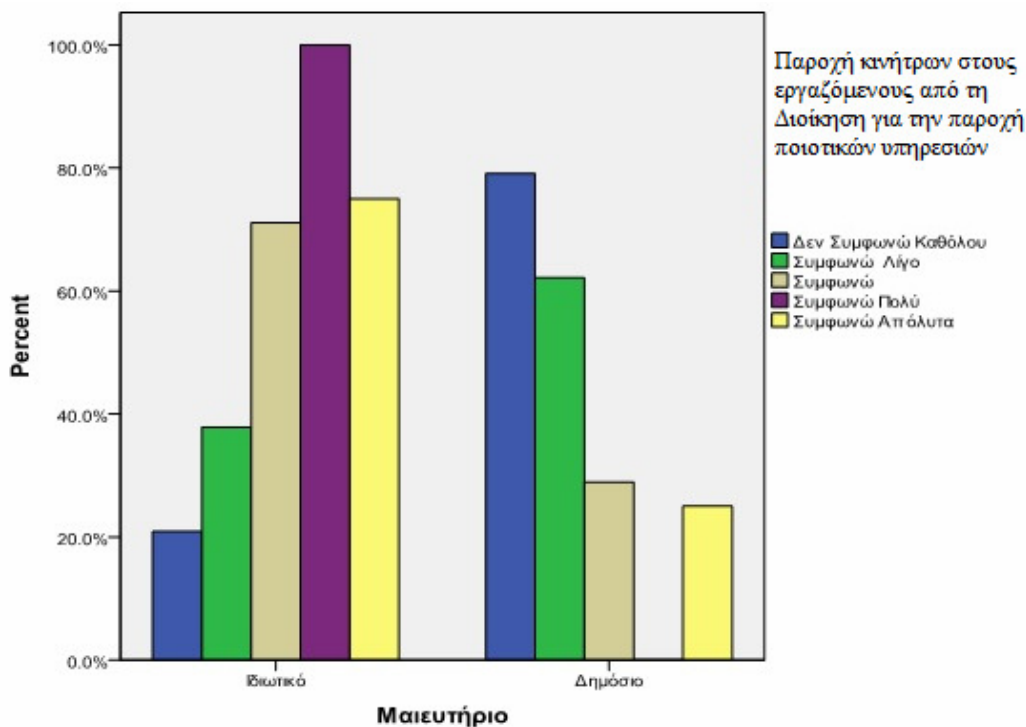
Το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων σχετίζεται θετικά με τις «ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής» ( $\varphi=0,396$ ), τη «συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού» ( $\varphi=0,381$ ), τη «συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματος μου» ( $\varphi=0,404$ ) και τη «συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού» ( $\varphi=0,407$ ).

Το είδος του μαιευτηρίου στο οποίο απασχολούνται οι συμμετέχοντες (δημόσιο ή ιδιωτικό) συσχετίζεται με τα χαρακτηριστικά:

- Παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, από τη Διοίκηση, για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ( $\varphi=0,510$ )
- Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από την υποστήριξη του τμήματος στο οποίο απασχολείσθε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ( $\varphi=0,283$ )
- Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από τα κίνητρα που σας παρέχονται από τον οργανισμό στον οποίο εργάζεστε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ( $\varphi=0,487$ )
- Ποιο από τα παρακάτω σας δίνει μεγαλύτερο κίνητρο στην εργασία σας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ( $\varphi=0,300$ )
- Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής ( $\varphi=0,251$ )
- Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων ( $\varphi=0,254$ )
- Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση ( $\varphi=0,315$ )
- Συχνή ανανέωση κι εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού ( $\varphi=0,319$ )
- Συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.) ( $\varphi=0,337$ )

Ως σημαντικότερο χαρακτηριστικό ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους μαιευτηρίων (δημόσια και ιδιωτικά) παρουσιάζεται η παροχή κινήτρων από τη Διοίκηση.

Στο Διάγραμμα 40 αναλύεται η σχέση αυτή στα δύο είδη των μαιευτηρίων. Παρατηρείται πως στα δημόσια μαιευτήρια τα κίνητρα που παρέχονται από τη Διοίκηση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών είναι πολύ λιγότερα από ότι στα ιδιωτικά μαιευτήρια.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40. Σχέση Τύπου Μαιευτηρίου και Παροχή Κινήτρων από τη Διοίκηση**

Το τμήμα στο οποίο ανήκει ο κάθε εργαζόμενος βρέθηκε πως σχετίζεται με:

- Το είδος των κινήτρων (οικονομικά ή μη) ( $\varphi=0,472$ )
- Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής ( $\varphi=0,598$ )

Η θέση η οποία κατέχει ο κάθε εργαζόμενος (Ιατρός, Νοσηλευτικό ή Διοικητικό Προσωπικό) παρουσιάζει συσχέτιση με τα εξής:

- Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής ( $\varphi=0,373$ )
- Αύξηση μισθού ( $\varphi=0,340$ )
- Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/αποδοτικότητας/εμπειρίας ( $\varphi=0,399$ )
- Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας ( $\varphi=0,342$ )
- Παροχή μόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα ( $\varphi=0,318$ )
- Τήρηση Ωραρίων, Διαλειμμάτων κι Αδειών ( $\varphi=0,392$ )

- Συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού (φ=0,316)
- Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματός μου (φ=0,320)
- Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού (φ=0,338)

Το χρονικό διάστημα που απασχολείται ο εργαζόμενος στα μαιεντήρια συσχετίζεται με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Τήρηση Ωραρίων, Διαλειμμάτων και Αδειών (φ=0,423)
- Συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού (φ=0,378)

Η αναζήτηση για το ποια είναι τα ισχυρότερα οικονομικά και ποια τα ισχυρότερα μη οικονομικά κίνητρα για τους εργαζόμενους έδειξε πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο είδος των κινήτρων και στις ακόλουθες μεταβλητές:

- Παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, από τη Διοίκηση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (φ=0,440)
- Πόσο ικανοποιημένος/η είσαστε από τα κίνητρα που σας παρέχονται από τον οργανισμό στον οποίο εργάζεστε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (φ=0,401)
- Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής (φ=0,405)
- Αύξηση μισθού (φ=0,650)
- Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/αποδοτικότητας/εμπειρίας (φ=0,571)
- Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας (φ=0,347)
- Αναγνώριση της συμβολής της εργασίας μου (φ=0,421)
- Παροχή μπόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα (φ=0,647)
- Ασφάλεια στην εργασία (τήρηση συμφωνιών και συμβάσεων) (φ=0,308)
- Αξιοκρατία (φ=0,383)
- Τήρηση Ωραρίων, Διαλειμμάτων και Αδειών (φ=0,348)
- Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων (φ=0,597)
- Συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού (φ=0,459)
- Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματός μου (φ=0,554)
- Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού (φ=0,385)
- Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση (φ=0,467)
- Συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού (φ=0,487)

- Συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.) ( $\varphi=0,455$ )
- Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας; ( $\varphi=0,489$ )

Φαίνεται πως το ισχυρότερο οικονομικό κίνητρο είναι η αύξηση του μισθού, ενώ τα ισχυρότερα μη οικονομικά κίνητρα είναι η διαμόρφωση καλών σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων και η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων του τμήματος στο οποίο ανήκουν και εργάζονται.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

## 6.4 Έλεγχος Ερευνητικών Υποθέσεων

Για τον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων πραγματοποιήθηκε έλεγχος *Pearson correlation*.

### 6.4.1 Ερευνητική Υπόθεση I

**H<sub>0</sub>:** Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα κίνητρα και στην απόδοση των εργαζομένων στην κατεύθυνση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών

Για τον έλεγχο της πρώτης ερευνητικής υπόθεσης δημιουργήθηκε μία νέα μεταβλητή, η μεταβλητή Υποκίνηση, από τις απαντήσεις των χαρακτηριστικών που απαρτίζουν την ερώτηση 5. Η μεταβλητή αυτή ελέγχθηκε σε σχέση με την ερώτηση «Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας». Τα αποτελέσματα του ελέγχου *Pearson correlation* για την ερευνητική υπόθεση I παρουσιάζονται στον Πίνακα 15 {όπου Sig. (2-tailed): δείχνει εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Αν το Sig. (2-tailed) είναι μικρότερο ή ίσο του 0,05, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αν όμως είναι μεγαλύτερο του 0,05, τότε δεν υπάρχει}.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Έλεγχος *Pearson Correlation* – Ερευνητική Υπόθεση I**

	Υποκίνηση	
Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας	Pearson Correlation	0.097
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	240

Γίνεται κατανοητό πως η αρχική υπόθεση (H<sub>0</sub>) απορρίπτεται και γίνεται δεκτή η εναλλακτική της:

**H<sub>1</sub>:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα κίνητρα και στην απόδοση των εργαζομένων στην κατεύθυνση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών

#### 6.4.2 Ερευνητική Υπόθεση II

**H<sub>0</sub>:** Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις ευκαιρίες για εξέλιξη και προαγωγή και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών

Για την δεύτερη ερευνητική υπόθεση πραγματοποιήθηκε έλεγχος Pearson για τις μεταβλητές «Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής» και «Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας». Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Έλεγχος Pearson Correlation – Ερευνητική Υπόθεση II**

	Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής	
Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας	Pearson Correlation	0.311
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	240

Γίνεται κατανοητό ότι η αρχική υπόθεση απορρίπτεται και γίνεται δεκτή η εναλλακτική της **H<sub>1</sub>**: Υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις ευκαιρίες για εξέλιξη και προαγωγή και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών

### 6.4.3 Ερευνητική Υπόθεση III

**H<sub>0</sub>:** Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα συστήματα αξιολόγησης της αποδοτικότητας των εργαζομένων και στην υποκίνησή τους για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών

Για την τρίτη ερευνητική υπόθεση πραγματοποιήθηκε έλεγχος Pearson για τις μεταβλητές «Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας» και «Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας». Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Έλεγχος Pearson Correlation – Ερευνητική Υπόθεση 3**

	Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας	
Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας	Pearson Correlation	0.294
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	240

Η αρχική υπόθεση απορρίπτεται και γίνεται δεκτή η εναλλακτική υπόθεση:

**H<sub>1</sub>:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα συστήματα αξιολόγησης της αποδοτικότητας των εργαζομένων και στην υποκίνησή τους για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών



#### 6.4.4 Ερευνητική Υπόθεση IV

**H<sub>0</sub>:** Δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις ενδοεπιχειρησιακές σχέσεις του οργανισμού και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών

Για την τέταρτη ερευνητική υπόθεση πραγματοποιήθηκε έλεγχος Pearson για τις μεταβλητές «Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων» και «Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας». Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Έλεγχος Pearson Correlation – Ερευνητική Υπόθεση IV**

	Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων	
Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας	Pearson Correlation	0.209
	Sig. (2-tailed)	0 .001
	N	240

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η υπόθεση H<sub>0</sub> απορρίπτεται. Δεκτή γίνεται η υπόθεση

**H<sub>1</sub>:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις ενδοεπιχειρησιακές σχέσεις του οργανισμού και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

## Κεφάλαιο 7

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ζήτημα της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πεδίο αυξημένου ενδιαφέροντος τόσο για τους επαγγελματίες της υγείας, όσο και για τους ερευνητές. Δεδομένου ότι ο τομέας της υγείας είναι ένας τομέας εντάσεων εργασίας, το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ανθρώπινο παράγοντα (ανθρώπινο δυναμικό: ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό). Οι μέθοδοι και οι τρόποι υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας στην κατεύθυνση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών απασχολεί, ιδιαιτέρως, τις διοικήσεις των οργανισμών αυτών. Κυρίαρχο στόχο στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε ο προσδιορισμός αυτού του βαθμού υποκίνησης του προσωπικού υγείας που απασχολούνται σε μαιευτήρια – γυναικολογικές κλινικές (σε δημόσιο, αλλά και σε ιδιωτικό τομέα).

Η έρευνα επιχείρησε να καταγράψει όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την υποκίνηση του προσωπικού στα μαιευτήρια για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα της υγείας έχει, σταδιακά, αναδειχθεί σε υψηλής προτεραιότητας παράγοντα της υγειονομικής πολιτικής, τόσο σε διεθνή όσο και σε εθνική κλίμακα. Ως ποιότητα υγειονομικής φροντίδας ορίζεται ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας υιοθετούν και εφαρμόζουν στην πράξη τις υφιστάμενες επαγγελματικές και επιστημονικές γνώσεις και αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών αποτελεσμάτων για άτομα και πληθυσμούς. Η ποιότητα στην υγεία εμπεριέχει δύο σημαντικές διαστάσεις. Από την πλευρά του πελάτη/χρήστη υπηρεσιών φροντίδας διασφαλίζει την κάλυψη των αναγκών του και των προσδοκιών του για υπηρεσίες φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει ότι το κόστος για την αγορά των υπηρεσιών αυτών θα αντιστοιχεί στο επίπεδο ποιότητάς τους (value-for-money). Από την πλευρά του οργανισμού δημιουργεί ανταγωνιστικό πλεονέκτημα συμβάλλοντας στη δημιουργία και τη διατήρηση της καλής φήμης και του ονόματός του, στη μείωση του κόστους παροχής των υπηρεσιών (μείωση λαθών ή προβλημάτων), στην εναρμόνιση του οργανισμού με την τρέχουσα νομοθεσία κ.λπ.

Προκειμένου για τη διασφάλιση της ποιότητας και τη διαρκή βελτίωσή της από τους Οργανισμούς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι απαραίτητη η συνεχής διερεύνηση των αναγκών, των προτιμήσεων, των προσδοκιών αλλά και του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός πως για να προσδιορίσει κανείς την ποιότητα της φροντίδας θα πρέπει πρώτα να είναι σε θέση να καθορίσει τους παράγοντες που τη συνθέτουν. Απαιτείται, λοιπόν, ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ποιότητας, καθώς και των κριτηρίων που συνιστούν την καλή, ποιοτική φροντίδα. Ανάμεσα στα σημαντικότερα κριτήρια που συνθέτουν τους δείκτες ποιότητας είναι η ικανοποίηση των χρηστών της φροντίδας υγείας. Το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας αρχίζουν σταδιακά την εφαρμογή αυτού που ονομάζεται Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management). Η ΔΟΠ στην υγεία αποτελεί φιλοσοφία του μάνατζμεντ, η οποία στοχεύει όχι μόνο στην ικανοποίηση του πελάτη (εξωτερικού ή εσωτερικού), αλλά και στη δημιουργία μιας οργανωσιακής κουλτούρας που θα δεσμεύει με την ποιότητα κάθε άτομο μέσα στην οργάνωση, και ανεξάρτητα από το επίπεδο της ιεραρχίας στο οποίο βρίσκεται. Ανώτερος στόχος είναι η ακριβής κατανόηση της στρατηγικής σημασίας της ποιότητας για τον οργανισμό και η εφαρμογή της με σκοπό την εξασφάλιση υπηρεσιών που θα αντικατοπτρίζουν και θα ξεπερνούν τις ανάγκες, απαιτήσεις και προσδοκίες του καταναλωτή. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας δεν αποτελεί έναν επιμέρους στόχο, αλλά ολόκληρη φιλοσοφία πάνω στην οποία χτίζεται η συνολική κουλτούρα και οι διαδικασίες του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας.

Κατά συνέπεια, η ποιότητα των υπηρεσιών, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του οργανισμού είναι άμεσα συνδεδεμένα με την προθυμία των εργαζομένων να εκτελούν με ακρίβεια την εργασία τους. Η αποδοτικότητα των εργαζομένων εξαρτάται, επίσης, και από τα κίνητρα που παρέχονται και αφορούν στην παρακίνηση των εργαζομένων να είναι συνεπείς στην εργασία τους, να είναι επιμελείς, πρόθυμοι κι ευέλικτοι για την πραγματοποίηση των λειτουργιών που και των καθηκόντων της εργασίας τους.

Η υποκίνηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι, ουσιαστικά, ο βαθμός προθυμίας του ατόμου να συμμετέχει και να διεκπεραιώνει λειτουργίες και να καταβάλλει προσπάθεια στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων του οργανισμού. Πρόκειται, δηλαδή, για ένα σύνολο από ψυχολογικές διεργασίες που επηρεάζουν την κατανομή των προσωπικών πόρων (εργασία, δεξιότητες και ικανότητες) των εργαζομένων προς την κατεύθυνση των στόχων αυτών, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της εργασίας, καθώς και την παραγωγικότητά της. Τα κίνητρα μπορεί να είναι ενδογενή, δηλαδή να προέρχονται από εσωτερικούς παράγοντες του ατόμου ή εξωγενή, δηλαδή να προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον του εργαζομένου.

Τα κίνητρα στην εργασία δεν αποτελούν χαρακτηριστικό των ατόμων ή των οργανώσεων, αλλά περισσότερο ένα συνδυασμό της αλληλεπίδρασης μεταξύ εργαζομένου και περιβάλλοντος. Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό πως η υποκίνηση του εργαζομένου στην υγεία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό ποιότητας στην υγεία. Στα πλαίσια αυτά η έρευνα της παρούσας μελέτης εξέτασε διάφορα χαρακτηριστικά που αφορούν στην υποκίνηση των εργαζομένων στα μαιευτήρια. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη σημαντικότητα παροχής κινήτρων στο προσωπικό για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Ο βαθμός ικανοποίησης του προσωπικού στα μαιευτήρια από την παροχή κινήτρων στην εργασία τους είναι μικρός τόσο για τα κίνητρα που προέρχονται από τη Διοίκηση και τον οργανισμό, όσο κι από το τμήμα στο οποίο απασχολούνται. Οι εργαζόμενοι στα ιδιωτικά μαιευτήρια παρουσιάζονται, ωστόσο, κάπως περισσότερο ικανοποιημένοι. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως οι διοικήσεις των οργανισμών αυτών, δημοσίων και ιδιωτικών, θα πρέπει να λάβουν μέτρα για την περαιτέρω υποκίνηση του προσωπικού τους. Όσον αφορά στα είδη των κινήτρων που κινητοποιούν περισσότερο το προσωπικό στην υγεία φαίνεται πως τόσο οικονομικά, όσο και μη οικονομικά κίνητρα παίζουν σημαντικό ρόλο. Ως σημαντικότερα οικονομικά κίνητρα παρουσιάζονται η αύξηση των μισθών, η εφαρμογή συστημάτων αποδοχών ανάλογων της εργασίας, της αποδοτικότητας και της εμπειρίας του εργαζομένου και η παροχή μπόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα. Από την πλευρά των μη οικονομικών κινήτρων ως σημαντικότεροι παράγοντες σημειώνονται από τους εργαζόμενους οι ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής,

τα αντικειμενικά συστήματα αξιολόγησης της αποδοτικότητας, η αναγνώριση της συμβολής της εργασίας, η ασφάλεια στην εργασία (τήρηση συμφωνιών και συμβάσεων), η αξιοκρατία, η τήρηση ωραρίων, διαλειμμάτων και αδειών, η ύπαρξη καλών σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων, η συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού, η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων των τμημάτων τους, αλλά και του οργανισμού, γενικότερα, η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτισή τους, η συχνή ανανέωση και ο εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού και οι συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.).

Ο έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων κατέδειξε πως υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των κινήτρων και της απόδοσης των εργαζομένων στην κατεύθυνση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Το συμπέρασμα αυτό, σε συνδυασμό με τα ανωτέρω σημαντικά χαρακτηριστικά για το ποια είναι τα σημαντικότερα κίνητρα για τους εργαζόμενους στα μαιευτήρια μπορεί να αποτελέσει έναν καλό οδηγό για την υποκίνηση των εργαζομένων στην υγεία.

Από τα αποτελέσματα διαφαίνεται, επίσης, πως υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των ευκαιριών για εξέλιξη και προαγωγή και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας και οι διοικήσεις τους θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη τους τον παράγοντα αυτόν. Η παροχή ευκαιριών εξέλιξης και προαγωγής φαίνεται πως υποκινεί σημαντικά το προσωπικό στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Η αναγνώριση, δηλαδή, των ικανοτήτων και της αποδοτικότητας των εργαζομένων θα πρέπει να γίνεται με αντικειμενικά συστήματα και μεθόδους. Οι οργανισμοί της υγείας θα πρέπει να εφαρμόσουν τέτοια συστήματα, παρέχοντας κίνητρα για τους υπαλλήλους τους. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το συμπέρασμα της έρευνας πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συστημάτων αξιολόγησης της αποδοτικότητας των εργαζομένων και της υποκίνησης τους για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Ένα ακόμη ιδιαίτερα σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των ενδοεπιχειρησιακών σχέσεων που αναπτύσσονται στα πλαίσια του οργανισμού και στην υποκίνηση των εργαζομένων για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Φαίνεται πως η διατήρηση καλής σχέσης, συνεργασίας κι επικοινωνίας στα πλαίσια του τμήματος, αλλά και του συνολικού οργανισμού αποτελεί σημαντικό

παράγοντα υποκίνησης για τους εργαζόμενους στην υγεία. Οι διοικήσεις των συγκεκριμένων οργανισμών θα πρέπει να δώσουν στην κατεύθυνση βελτίωσης αυτών των σχέσεων και της επικοινωνίας αν θέλουν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητά τους για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Σε γενικές γραμμές τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά όχι μόνο για τη βελτίωση της αποδοτικότητας στα μαιευτήρια – γυναικολογικές κλινικές, αλλά γενικότερα στον τομέα της υγείας. Ωστόσο, η έρευνα παρουσιάζει και ορισμένους περιορισμούς. Η διεύρυνσή της και σε άλλους τομείς της υγείας θα μπορούσε να προσφέρει χρήσιμα συμπεράσματα για τη σύγκριση των προτεραιοτήτων των εργαζομένων ανάλογα με τον τομέα της υγείας στον οποίο απασχολούνται. Επίσης, η διενέργεια ερευνών για την κινητοποίηση των εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων στην υγεία (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό) θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο ενδελεχή και λεπτομερή καταγραφή των ειδών των κινήτρων και των τύπων υποκίνησης που παρακινεί κάθε μία ειδικότητα εργαζομένου στην υγεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενόγλωσση**

1. A. BANDURA, *Social foundations of thought, and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1986.
2. BANDURA, «Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavior change», *Psychological Review*, 1977, vol.84, pp. 191–215.
3. D. BERWICK, «Controlling variation in healthcare: a consultation from Walter Shewart», *Medical Care*, 1991, vol.29, pp. 1212-1225.
4. CASSEL, G. SYMON, Qualitative research in work context in C. Cassel & G. Symon (Orgs.), *Qualitative methods in organization research: a practical guide*, London, Sage Publications, 1994.
5. K.M. CONRAD, K.J. CONRAD, J.E. PARKER, «Job satisfaction among occupational health nurses», *Journal of Community Health Nursing*, 1985, vol.2, pp. 161–173.
6. G. COLE, *Personnel and Human Resource Management*, 5th edition, UK, Thomson Learning, 2002.
7. W.J. CRESWELL, *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*, London, Sage Publications, 1998.
8. A. DONABEDIAN, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Harbor, Health Administration Press, 1980, vol.1.
9. DONABEDIAN, «The quality of care. How can it be assessed? », *JAMA*, 1988, vol. 260(12), pp. 1743–1748.

10. E. FLIPPO, *Principles of personnel management*, London, McGraw Hill, 1976.
11. K. ERDOGAN, Total Quality Management and Business Excellence in Services: The Implications of All-Inclusive Pricing System on Internal and External Customer Satisfaction in the Turkish Tourism Market, *Total Quality Management*, 2006, vol.17, issue 7, pp. 857- 877.
12. L.M. FRANCO, S. BENNETT, R. KANFER, P. STUBBLEBINE, «Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia», *Social Science & Medicine*, 2004, vol.58, pp .343-355.
13. L.M. FRANCO, S. BENNETT, R. KANFER, «Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework», *Social Science a Medicine*, 2002, vol.54, pp. 1255-1266.
14. J. GREENBERG, S. ORNSTEIN, «High status job title as compensation for underpayment: a test of equity theory», *Journal of Applied Psychology*, 1983, vol.68, pp. 285–297.
15. J. GREENBERG, «Equity and workplace status: a field experiment», *Journal of Applied Psychology*, 1988, vol.73, pp. 606–613.
16. S.M. GRINDLE, «Divergent cultures? When public organizations perform well in developing countries», *World Development*, 1997, vol. 25, pp. 481–495.
17. M.M. GRUNEBERG, *Job Satisfaction-A Reader*, London, Macmillan Press, 1976.
18. S. HADDAD, P. FOURNIER, N. MACHOUF, F. YATARA, «What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea», *Soc. Sci. Med.*, 1998, vol.47, issue 3, pp. 381-394.
19. F. HERZBERG, B. MAUSNER, *The Motivation to Work*, 2nd ed., New York, Wiley, 1959.



20. P. HORNBY, E. SIDNEY, *Motivation and health service performance*, WHO/EDUC, vol.88, issue 196, Geneva, World Health Organization, 1988.
21. A. JAIN, J. BRUCE, B. MENSCH, «Setting standards of quality in family planning programs», *Studies in Family Planning*, 1992, vol.3, pp. 392-395.
22. R. KANFER, L.P. ACKERMANN, «Individual differences in work motivation: Further exploration of a trait framework», *Applied Psychology: An International Review*, 2000, vol. 49, pp. 470–482.
23. R. KANFER, «Measuring motivation», *Partnerships for Health Reform*, 1999, vol.5, issue 1.
24. S. KOSSEN, *The human side of organizations*, New York, Harper Collins, 1994.
25. R.G. KUHLEN, «Needs, perceived need satisfaction opportunities, and satisfaction with occupation», *Journal of Applied Psychology*, 1963, vol. XL VII, issue 1, pp. 56-64.
26. H. LU, A.E. WHILE, K.L. BARRIBALL, «Job satisfaction among nurses: a literature review», *International Journal of Nursing Studies*, 2005, vol.42, pp. 211–227.
27. J. MAITLAND, *Motivating people*, UK, IPD House, 1998.
28. K.N. MALHOTRA, F.D. BIRKS, *Marketing Research An applied approach*, European edition, Harlow, England, Pearson Education Ltd, 2000
29. J. MOTWANI, V. SOWER, L. BRASIER, «Implementing TQM in the health care sector», *Health Care Management Review*, 1996, vol.21, issue 1, pp. 73-82.
30. J. OVERTVEIT, A. ASLAKSEN, *The Quality Journey of Six Norwegian Hospitals. An action evaluation*, The Norwegian Medical Association, 1999.

31. J. OVERTVEIT, «Informed choice? Health service quality and outcome information for patients», *Health Policy*, 1996, vol.37, pp. 75-90.
32. L. PORTER, E. LAWLER, *Managerial attitudes and performance*, Homewood III, Dorsey Press, 1968.
33. J.L. PRICE, «Reflections on the determinants of voluntary turnover», *International Journal of Manpower*, 2001, vol.22, issue 7, pp. 600–624.
34. A.V. ROTH, & W.E. JACKSON III, «Strategic determinants of service quality and performance: evidence from the banking industry», *Management Science*, 1995, vol.41, issue 11, pp. 1720–1733.
35. K.V. SHAHID, A Study on employee motivation of Hyderabad Industries Ltd, Master Thesis, Elijah Institute of Management Studies, Calicut University, 2009, <http://www.scribd.com/doc/14090075/Questionnaire-A-study-on-employee-MotivationBy-shahid-chavakkad>
36. VAN CAMPEN, H. SIXMA, D.R. FRIELE, J.J. KERSSSENS, L. PETERS, «Quality of care and patient satisfaction - A review of measuring instruments», *Medical Care Research and Review*, 1995, vol.15, issue 2, pp. 109-133.
37. V. VROOM, *Work and motivation*, New York, Wiley, 1964.
38. E. WILKINSON, R. FOSTER, *Management principles and practice*, CA, The Donnington Press, 1971.
39. M.G. WOLF, «Need gratification theory: a theoretical reformulation of job satisfaction/dissatisfaction and job motivation», *Journal of Applied Psychology*, 1970, vol. 54, pp. 87–94.

## Ελληνική

40. Α.Β. ΓΟΥΛΑ, *Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου. Η ελληνική εμπειρία και πρακτική*, 2η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2007.
41. Κ.Ν. ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ, *Ανταγωνιστικότητα με Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*, Αθήνα, Interbooks, 2001.
42. Ε. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, *Στατιστικές εφαρμογές με SPSS 17.0 και LISREL 8.7*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2010.
43. Α. ΚΑΝΤΑΣ, *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία, Κίνητρα – Επαγγελματική Ικανοποίηση – Ηγεσία*, ΣΤ έκδοση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1993.
44. Β. Ν. ΚΕΦΗΣ, *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Θεωρία και Πρότυπα*, Αθήνα, Κριτική, 2005.
45. Β. ΚΕΦΗΣ, *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ, Βασικές Αρχές για Σύγχρονες Οικονομικές Μονάδες*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2005.
46. Θ. ΚΟΝΤΗΣ, *Διοικητική ψυχολογία: η ψυχολογία των ανθρώπινων και εργασιακών σχέσεων*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική, 1994.
47. Π. ΚΩΣΤΑΓΙΟΛΑΣ, Δ. ΚΑΪΤΕΝΙΔΟΥ, Μ. ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ, *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, Παπασωτηρίου, 2008.
48. Π. ΚΩΣΤΑΓΙΟΛΑΣ, Χ. ΠΛΑΤΗΣ, Σ. ΖΗΜΕΡΑΣ, «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2006 / 23(6), σσ. 603-614.
49. Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΛΙΟΝΗΣ, Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ & Γ. ΤΣΑΚΟΣ, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2003.

50. Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Μ.Ν. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ, *Στατιστική. Πλήρης ανάπτυξη της θεωρίας. Λυμένα παραδείγματα και προβλήματα*, Αθήνα, Εκδόσεις Δίαυλος, 2008.
51. Α.Μ. ΜΟΥΖΑ-ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ, *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Αθήνα, Κριτική, 2006.
52. Α. ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ, *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, ECO-Q, 2001.
53. Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2007.
54. Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, *Εισάγοντας και Διατηρώντας ένα πρόγραμμα Ολικής Ποιότητας/Συνεχούς Βελτίωσης Ποιότητας στη Νοσοκομειακή Φροντίδα: Αναπτύσσοντας Πρότυπα και Μέτρα Απόδοσης*. Υπό Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, « Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», σσ. 153-176, Αθήνα, Θεμέλιο, 2003.
55. Δ.Θ. ΠΑΤΡΙΝΟΣ, *Μάνατζμεντ II: διοίκηση & εποπτεία προσωπικού*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2005.
56. Μ. ΣΑΡΡΗΣ, *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001.
57. Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Α. ΔΟΛΓΕΡΑΣ, & Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, *Η Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας: Ερευνητικά Αποτελέσματα από την Περιοχή της Αθήνας*. Υπό Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», σσ. 279-296, Αθήνα, Θεμέλιο, 2003.
58. Σ. ΣΤΕΦΑΝΑΤΟΣ, *Προγραμματισμός για την Ποιότητας. Ολική Ποιότητα*, Πάτρα, ΕΑΠ, 2000.

59. Γ. ΤΣΑΚΟΣ, *Διασφάλιση Ποιότητας: Ο ρόλος του Κλινικού Ελέγχου*, «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας». Υπό Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος, «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», σσ. 89-98, Αθήνα, Θεμέλιο, 2003.
60. Γ.Δ. ΤΣΙΟΤΡΑΣ, *Βελτίωση Ποιότητας*, Αθήνα, Εκδόσεις ΜΠΕΝΟΥ, 1995.
61. Γ. ΤΥΠΑΣ, Γ. ΚΑΤΣΑΡΟΣ, *Εισαγωγή στη Διοικητική Επιστήμη*, Αθήνα, Gutenberg, 2003.
62. Γ.Ν. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Κ.Ε. ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, *Η Στατιστική στην Κοινωνική Έρευνα*, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg, 2008.
63. Ι.Γ. ΧΑΛΙΚΙΑΣ, *Στατιστική. Μέθοδοι ανάλυσης για επιχειρηματικές αποφάσεις*, Αθήνα, Εκδόσεις Rosili, 2001.
64. Κ. ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, *Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία; Επιστημονική Έρευνα και Συγγραφή Εργασιών*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2005.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ – ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ  
Α.Τ.Ε.Ι. ΠΕΙΡΑΙΑ – ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»



**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:** Σ. Χατζηδήμα  
**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:** Χ. Μαρμαρίδου

**ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: «Η υποκίνηση του προσωπικού ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Μαιευτήρια»**

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» που συνδιοργανώνεται από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς και το ΤΕΙ Πειραιώς εκπονείται ερευνητική εργασία που αναφέρεται στην «Η υποκίνηση του προσωπικού ως παράγοντας βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα μαιευτήρια». Το παρόν ερωτηματολόγιο διανέμεται για τη διευκόλυνση της εμπειρικής διερεύνησης του θέματος και σας παρακαλούμε να το συμπληρώσετε ανώνυμα. Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Πιστεύουμε ότι από τη συγκεκριμένη μελέτη θα προκύψουν χρήσιμα οφέλη στο χώρο της Υγείας.

Σας ευχαριστώ. Χ.Μαρμαρίδου.

**Ερωτηματολόγιο**

**Φύλο:** Άνδρας

Γυναίκα

**Ηλικία:** <21  21-34  35-44  45-54  >55

**Οικογενειακή Κατάσταση:** Άγαμη/ος  Έγγαμη/ος  Άλλο

**Εκπαίδευση:** Δευτεροβάθμια  ΑΤΕΙ  ΑΕΙ  Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

**Μαιευτήριο:** Ιδιωτικό  Δημόσιο

**Τμήμα που εργάζεστε:** .....

**Θέση :** Ιατρός  Νοσηλευτικό/Μαιευτικό Προσωπικό  Διοικητικό Προσωπικό

**Διάστημα που απασχολείστε στο μαιευτήριο:**

<1 έτος  1-3 έτη  3-5 έτη  6-9 έτη  >10 έτη

1. Η διοίκηση του οργανισμού στον οποίο απασχολείσθε ενδιαφέρεται ιδιαίτερα για την παροχή κινήτρων στους εργαζομένους της για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών:

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Δεν Συμφωνώ Καθόλου

2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη του Τμήματος στο οποίο απασχολείσθε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών:

Απόλυτα Ικανοποιημένος	Πολύ Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Λίγο Ικανοποιημένος	Καθόλου Ικανοποιημένος

3. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα κίνητρα που σας παρέχονται από τον οργανισμό στον οποίο εργάζεστε για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών:

Απόλυτα Ικανοποιημένος	Πολύ Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Λίγο Ικανοποιημένος	Καθόλου Ικανοποιημένος

4. Ποιό από τα παρακάτω σας δίνει μεγαλύτερο κίνητρο στην εργασία σας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών:

Οικονομικά Κίνητρα	Μη οικονομικά κίνητρα	Και τα δύο

5. Σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε πως τα παρακάτω χαρακτηριστικά παρέχουν κίνητρα στην εργασία σας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών:

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Δεν Συμφωνώ Καθόλου
Ευκαιρίες εξέλιξης και προαγωγής					
Αύξηση μισθού					
Αποδοχές ανάλογες της εργασίας/αποδοτικότητας/εμπειρίας					
Αντικειμενικά Συστήματα Αξιολόγησης της Αποδοτικότητας					

Αναγνώριση της συμβολής της εργασίας μου					
Παροχή μπόνους σύμφωνα με την αποδοτικότητα					
Ασφάλεια στην εργασία (τήρηση συμφωνιών και συμβάσεων)					
Αξιοκρατία					
Τήρηση Ωραρίων, Διαλειμμάτων και Αδειών					
Καλές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και τμημάτων					
Συχνή ενημέρωση για τους στόχους και τις στρατηγικές του οργανισμού					
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του τμήματος μου					
Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων του οργανισμού					
Συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση					
Συχνή ανανέωση και εκσυγχρονισμός του τεχνολογικού εξοπλισμού					
Συνθήκες εργασίας (συστήματα διασφάλισης της υγείας του προσωπικού κ.λπ.)					

6. Πιστεύετε πως η παροχή κινήτρων στην εργασία σας επηρεάζει την αποδοτικότητά σας:

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ Πολύ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Δεν Συμφωνώ Καθόλου

7. Ποιές αλλαγές στις συνθήκες της εργασίας σας πιστεύετε πως θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το μαιευτήριο στο οποίο απασχολείσθε;

.....

.....

.....

.....