



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Προσδιοριστικοί Παράγοντες Επιλογής Ιδιωτικής
Μαιευτικής Κλινικής




Σπουδαστές: Καναβός Χαράλαμπος
Παυλίδης Γεώργιος

Επιβλέπων: Παρασκευόπουλος Λεωνίδας
Επικ. Καθηγητής

Καλαμάτα 2012

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: ΤΣΟΥΝΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: ΣΟΦΙΑ ΚΑΤΣΑΡΟΥ	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη προσδιοριστικών παραγόντων επιλογής ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής. Οι γυναίκες του δείγματος βαθμολόγησαν εναλλακτικές επιλογές μαιευτηρίων, όπου κάθε επιλογή συγκέντρωνε διαφορετικές διαβαθμίσεις ομάδας χαρακτηριστικών, στα οποία είχαμε καταλήξει, κατόπιν θεωρητικής έρευνας. Εφαρμόσαμε τη μέθοδο conjoint και προέκυψε ότι η επαγγελματική φήμη του γιατρού είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό (0.313) για τις γυναίκες του δείγματος και ακολουθούν ο χρόνος καθυστέρησης κατά την επίσκεψη (0.161) και η πληροφόρηση για το μαιευτήριο (0.129).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



	Σελ.
Περιεχόμενα Πινάκων	iii
Περιεχόμενα Διαγραμμάτων	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	3
1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	3
1.1 Συμπεριφορά καταναλωτή	3
1.2 Η ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών στις υπηρεσίες υγείας	4
1.3 Παράγοντες επιλογής ιδιωτικής κλινικής	6
1.4 Παράγοντες επιλογής ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	13
2. Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ	13
2.1 Η διαχείριση της εγκυμοσύνης	13
2.2 Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	18
3. ΕΡΕΥΝΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	18
3.1 Σκοπός της έρευνας	18
3.1.1. Διαβάθμιση των χαρακτηριστικών της μαιευτικής φροντίδας	18
3.2 Μεθοδολογικό πλαίσιο	20
3.3 Εργαλεία έρευνας	20
3.3.1. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων	20
3.3.2. Καταχώρηση και επεξεργασία δεδομένων	20
3.3.3. Περιορισμοί της έρευνας	21
3.4 Χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων γυναικών	21
3.4.1. Ηλικία δείγματος	21
3.4.2. Επαγγελματική κατάσταση δείγματος	22
3.4.3. Ετήσιο εισόδημα δείγματος	22
3.4.4. Μορφωτικό επίπεδο δείγματος	23
3.4.5. Οικογενειακή κατάσταση δείγματος	24
3.4.6. Αριθμός τέκνων δείγματος	24
3.4.7. Κατάσταση κύησης δείγματος	25
3.4.8. Περιοχή μόνιμης διαμονής δείγματος	26
3.5 Conjoint Analysis	27
3.6 Αποτελέσματα	29
3.7 Συμπεράσματα	31
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	34
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	37

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ.
1.1 Πίνακας Διαστάσεις ικανοποίησης ασθενών	5
1.2 Πίνακας Επιλογή ιδιωτικού έναντι δημοσίου νοσοκομείου	6
1.3 Πίνακας Κριτήριο επιλογής μεταξύ ιδιωτικών νοσοκομείων	7
1.4 Πίνακας “ Τι ηλικία θα θέλατε να έχει ο γυναικολόγος σας	11
2.2 Πίνακας Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 1998-2009	16
2.3 Πίνακας: Συνολικά έσοδα ιδιωτικών μαιευτικών-γυναικ. κλινικών 05-09	17
3.1 Πίνακας Διαβάθμιση των χαρακτηριστικών της μαιευτικής φροντίδας	19
3.2 Πίνακας Ηλικία γυναικών δείγματος	21
3.3 Πίνακας Χ Είδους απασχόληση δείγματος;	22
3.4 Πίνακας Ετήσιο εισόδημα δείγματος;	22
3.5 Πίνακας Μορφωτικό επίπεδο δείγματος	23
3.6 Πίνακας Οικογενειακή κατάσταση δείγματος	24
3.7 Πίνακας Αριθμός τέκνων δείγματος	25
3.8 Πίνακας Κατάσταση κύησης των γυναικών	25
3.9 Πίνακας Περιοχή μόνιμης διαμονής δείγματος	26
4.0 Πίνακας Βαθμολόγηση των PROFILES	27
4.1 Πίνακας Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης conjoint	28
4.2 Πίνακας Μέση σχετική σημασία των χαρακτηριστικών	29

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελ.
1.1 Διάγραμμα συμπεριφορά καταναλωτή	3
1.2 Διάγραμμα αγοραστική απόφαση	4
1.3 Διάγραμμα παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα στην επιλογή μαιευτικής κλινικής	8
1.4 Διάγραμμα Πλαίσιο τριών σταδίων ζήτησης προληπτικής / έκτακτης μαιευτικής φροντίδας	10
3.1 Διάγραμμα Κατανομή ηλικιών των ερωτώμενων γυναικών	21
3.2 Διάγραμμα Κατανομή είδους απασχόλησης των ερωτώμενων γυναικών	22
3.3 Διάγραμμα Κατανομή εισοδήματος των ερωτώμενων γυναικών	23
3.4 Διάγραμμα Κατανομή εισοδήματος των ερωτώμενων γυναικών	24
3.5 Διάγραμμα Οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων γυναικών	24
3.6 Διάγραμμα Αριθμός τέκνων των ερωτώμενων γυναικών	25
3.7 Διάγραμμα Κατάσταση κύησης των γυναικών που απάντησαν	26
3.8 Διάγραμμα Περιοχή μόνιμης διαμονής των γυναικών που απάντησαν	26

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης Οικονομίας, του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι η διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων επιλογής ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής, με εφαρμογή της μεθόδου conjoint. Η ανάλυση conjoint είναι μια τεχνική του marketing, για την περίπτωση όπου ένα αγαθό ή μια υπηρεσία διαφοροποιείται, ως προς το βαθμό ποιότητας, σε δύο ή περισσότερα επιμέρους χαρακτηριστικά του. Οι ερευνητές marketing συλλέγουν πληροφόρηση, για τον τρόπο που τα άτομα κάνουν τις σχετικές επιλογές τους. Η επεξεργασία της πληροφόρησης βοηθά στην προσαρμογή των αγαθών και υπηρεσιών στις επιθυμίες των καταναλωτών, ώστε τελικά να επιλέγονται συχνότερα από αυτούς. Στην περίπτωση μας, εστιάζουμε στα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του καταναλωτή, όσον αφορά την επιλογή μαιευτικής κλινικής. Η επιλογή ενός ιδιωτικού ιατρικού κέντρου σχετίζεται κυρίως με ποιοτικά χαρακτηριστικά, όπως η «φήμη» του, οι υποδομές του (κτηριακές εγκαταστάσεις, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός), το ιατρικό προσωπικό, η γεωγραφική του τοποθεσία, η ποιότητα και η ταχύτητα εξυπηρέτησης.

Σκοπός της εργασίας είναι η ποσοτική εκτίμηση των προτιμήσεων υποψήφιων μητέρων, κατά την επιλογή μαιευτηρίων στην Ελλάδα.

Η **μεθοδολογία** που ακολουθήσαμε ήταν να προετοιμάσουμε τη μελέτη conjoint, διερευνώντας τα βασικά χαρακτηριστικά των μαιευτικών φροντίδων και της αγοράς τους, από ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας. Ακολούθως, συγκεντρώσαμε στοιχεία για τις σχετικές επιλογές των υποψήφιων μητέρων. Τα στοιχεία, που αποτέλεσαν τη βάση για την έρευνά μας, συγκεντρώθηκαν με προσωπικές συνεντεύξεις. Πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των γυναικών που επισκέφθηκαν και έκαναν χρήση των υπηρεσιών ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής, που λειτουργεί στην Αθήνα.

Η βασική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε, για τη διεξαγωγή της έρευνας, ήταν η εξασφάλιση άδειας, για την πραγματοποίησή της, από τους υπευθύνους της μαιευτικής κλινικής. Συγκεκριμένα, καθυστέρησε αρκετά η παραχώρηση άδειας από το διοικητικό συμβούλιο της κλινικής, με αποτέλεσμα να αρχίσουμε την έρευνα μήνα Μάιο (2011). Διαπιστώσαμε όμως, περί μήνα Ιούνιο, ότι λόγω καλοκαιρινής περιόδου, είχαν μειωθεί

σημαντικά οι εισαγωγές, οπότε διακόψαμε την έρευνα, για να αρχίσουμε πάλι το μήνα Σεπτέμβριο και για 2 ακόμη μήνες, ώστε να έχουμε στοιχεία από ένα μεγάλο δείγμα.

Η εργασία είναι δομημένη σε τέσσερις ενότητες. Μετά την παρούσα εισαγωγή, περιγράφονται συνοπτικά θεωρητικές και εμπειρικές προσπάθειες, κατανόησης των προσδιοριστικών παραγόντων επιλογής μαιευτικών υπηρεσιών. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο θεωρητικό υπόβαθρο των παραγόντων επιλογής μαιευτικής κλινικής. Στην ενότητα αυτή, αρχικά διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της μαιευτικής φροντίδας και της αγοράς της, προκειμένου να προετοιμαστεί η μελέτη, στα πλαίσια της μεθόδου copjoiint. Ακολούθως, γίνεται παρουσίαση της φροντίδας μητρότητας στην Ελλάδα, εστιάζοντας στις μαιευτικές φροντίδες. Στη συνέχεια, γίνεται περιγραφή της έρευνας και των αποτελεσμάτων, δηλαδή η διαδικασία συλλογής της απαραίτητης πληροφόρησης, περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος και ποσοτική εκτίμηση, με τη χρήση της copjoiint ανάλυσης, των χαρακτηριστικών της μαιευτικής φροντίδας, που λαμβάνουν κυρίως υπόψη τους οι ελληνίδες μητέρες. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με σύνοψη των συμπερασμάτων της έρευνας.

Θέλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής:

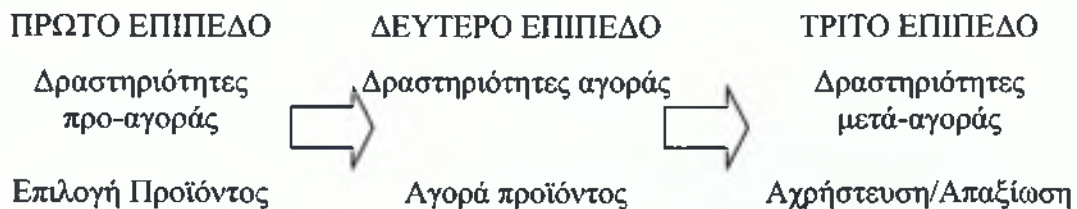
- στους υπευθύνους της εταιρίας ICAP και της μαιευτικής κλινικής για την πολύτιμη συμπαράστασή τους
- στον κ. Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, Επίκ. Καθηγητή του ΑΤΕΙ Καλαμάτας και επιβλέποντα της εργασίας μας
- στις οικογένειες μας και όλους όσους βοήθησαν, για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

1.1 Συμπεριφορά καταναλωτή

Η συμπεριφορά του καταναλωτή έχει μελετηθεί διεπιστημονικά (ψυχολογία, οικονομικά, ανθρωπολογία, κοινωνιολογία). Αναφέρεται στις συμπεριφορές – επιλογές του καταναλωτή, από τη στιγμή της αγοράς, μέχρι και της απαξίωσης των αγαθών και υπηρεσιών επιλογής του. Επίσης, στις δραστηριότητες του καταναλωτή όπως τη χρήση, την αξιολόγηση και την απόρριψη προϊόντων ή υπηρεσιών. Η έρευνα επικεντρώνεται στη μελέτη των ερωτημάτων, σχετικά με το τι, γιατί, πότε, από πού, πόσο συχνά αγοράζουν (Χαδούλη: 2007: σελ. 8). Στα βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του καταναλωτή, συγκαταλέγονται τα κίνητρα, δηλαδή αγοράζουμε και καταναλώνουμε αγαθά για την ικανοποίηση των αναγκών και επιθυμιών, οι δραστηριότητες (δεν εξετάζονται μονόπλευρα και λαμβάνονται υπόψη οι σκέψεις, τα συναισθήματα, τα σχέδια, οι αποφάσεις και οι εμπειρίες) η διαδικασία της καταναλωτικής συμπεριφοράς (βλέπε διάγραμμα 1.1), η διαφοροποίησή της σε χρόνο και πολυπλοκότητα (πότε λαμβάνεται, πόσο διαρκής και στις δραστηριότητες που εμπλέκονται στη λήψη της απόφασης), οι διαφορετικοί ρόλοι (ποιος αποφασίζει, ποιος συλλέγει πληροφορίες, ο χρήστης / αγοραστής), οι εξωγενείς παράγοντες (κουλτούρα, κοινωνική τάξη) που την επηρεάζουν και η διαφορετικότητα της προσωπικότητας του ατόμου και πώς αυτή επιδρά στη κατανάλωση. Ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο για την επιλογή-αγορά ενός προϊόντος ή υπηρεσίας (Χαδούλη: 2007: σελ. 19-25).



Διάγραμμα 1.1: Συμπεριφορά καταναλωτή. Πηγή: Χαδούλη, 2007, σελ 12

Όπως αναφέρει η Κολύνα (2010: σελ. 60), οι βασικές κατηγορίες στην τελική αγοραστική απόφαση ακολουθούν πέντε στάδια (διάγραμμα 1.2), (α) η αναγνώριση του προβλήματος, (β) η πληροφοριακή έρευνα, (γ) η αξιολόγηση των εναλλακτικών επιλογών, (δ) η αγορά και (ε) η αξιολόγηση μετά την αγορά, αλλά



Διάγραμμα 1.2: Αγοραστική απόφαση. Πηγή: Κολύνα, 2010, σελ. 60

και οι Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη (2002: σελ. 147) συμπληρώνουν ότι η απόφαση χωρίζεται σε τρία στάδια, στην εισροή, τη διαδικασία αγοράς και την εκροή. Παράλληλα, οι ίδιοι αναφέρουν ότι, στις ψυχολογικές πλευρές της συμπεριφοράς του καταναλωτή συγκαταλέγονται τα κίνητρα, η αντίληψη, οι διαθέσεις και η μάθηση.

Εκτός από τη βασική θεωρία της καταναλωτικής συμπεριφοράς των ατόμων, για τις ανάγκες τη έρευνάς μας, μας ενδιέφερε η θεωρητική προσέγγιση για την καταναλωτική συμπεριφορά των ατόμων για τις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα πως αξιολογούν την ποιότητα και πως επιλέγουν να κάνουν χρήση υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας.

1.2 Η ποιότητα και ικανοποίηση ασθενών στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ένα πολυδιάστατο μέγεθος, το οποίο δεν μπορεί να οριστεί επακριβώς, είναι δύσκολο να μετρηθεί και να αξιολογηθεί. Διογκώνεται το πρόβλημα όταν χρειάζεται να οριοθετηθούν τα χαρακτηριστικά της, καθώς είναι αρκετά διαφοροποιημένα, σε σχέση με άλλα αγαθά. Κύριες συνιστώσες της είναι η προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητα, η ισότητα, η αποδοχή, η αποτελεσματικότητα, γιατί διαφοροποιούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Τελικός στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η αποθεραπεία-αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, ο οποίος είναι αναπόσπαστος συντελεστής στην όλη διαδικασία, με συνακόλουθο αναδραστικό αποτέλεσμα στην τελική έκβαση (Σκαλκίδης Παπαδόπουλος & Σκαλκίδης: 2010).

Μια άλλη προσέγγιση, η οποία συμπληρώνει τα παραπάνω, είναι ότι η ποιότητα της περίθαλψης συμπεριλαμβάνει και διαστάσεις που αφορούν δομικά στοιχεία (κτηριακές και τεχνολογικές υποδομές), αξιοπιστία, ιατρική αποτελεσματικότητα,

ανταποκρισιμότητα, σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών, διασφάλιση των ασθενών (τη θέληση και ικανότητα των λειτουργών υγείας προς τους ασθενείς), διαπροσωπική ενδυνάμωση (φροντίδα και ενδιαφέρον για τους ασθενείς). Παράλληλα, σε προσεγγίσεις που αναφέρονται ως απόψεις ασθενών, σχετικά με την ποιότητα, αναδεικνύονται η εκτίμηση τους για την ιατρική αποτελεσματικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την ευγένεια και το ενδιαφέρον του προσωπικού, την προσβασιμότητα, την ταχύτητα διεκπεραίωσης, το κόστος, τη διαχείριση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ασθενών κ.α. (Σκαλκίδης Παπαδόπουλος & Σκαλκίδης: 2010). Τα προαναφερθέντα μαρτυρούν τη σημασία των ποιοτικών χαρακτηριστικών στην κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, παρόλα αυτά κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί και το ζήτημα της ικανοποίησης των ασθενών, για τις υπηρεσίες υγείας.

Αρχικά, η ικανοποίηση ασθενών εστιαζόταν στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος, όπως η τήρηση των ραντεβού με τον θεράποντα ή η συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Η μετεξέλιξη της, ήταν η πελατειακή ικανοποίηση, που από την καλύτερη πληροφόρηση-γνώση, που απέκτησαν χρόνο με το χρόνο οι ασθενείς-πελάτες, μπορούν να κρίνουν πλέον την προσφερόμενη υπηρεσία. Σύμφωνα με το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας, αλλά και σχετικά βιβλιογραφία, οι διαστάσεις της πελατειακής ικανοποίησης είναι (Πίνακας 1.1):

Πίνακας: 1.1: Διαστάσεις ικανοποίησης ασθενών

1. Πρόσβαση	8. Ανθρωπιά
2. Πληροφόρηση	9. Συνοχή
3. Αξία χρημάτων	10. Χειρισμός μη ιατρικών προβλημάτων
4. Ασφάλεια-Γενική ποιότητα	11. Φυσικές παροχές
5. Ισότητα	12. Αποτελέσματα
6. Ετοιμότητα	13. Γραφειοκρατικές διαδικασίες
7. Επιλογή	14. Γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα

Πηγή: Νταμπάκη (2009), επεξεργασμένα στοιχεία.

Εν κατακλείδι, σύμφωνη άποψη για τις διαστάσεις δεν υπάρχει, από την επιστημονική κοινότητα-βιβλιογραφία, όμως φαίνεται να υπάρχουν μεταξύ τους ορισμένες κοινές απόψεις, όπως οι διαστάσεις που αφορούν την πρόσβαση, την πληροφόρηση και την αξία (χρηματικό κόστος) (Νταμπάκη: 2009: σελ. 16-17).

1.3 Παράγοντες επιλογής ιδιωτικής κλινικής

Η επιλογή ενός ιδιωτικού ιατρικού κέντρου σχετίζεται κυρίως με τη «φήμη» του, την υποδομή του (κτηριακές εγκαταστάσεις, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός), το ιατρικό προσωπικό, τη γεωγραφική του τοποθεσία, την ποιότητα και την ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, το βαθμό συνεργασίας με τους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς και την ελαστικότητα στην τιμολογιακή του πολιτική (ICAP: 2011: σελ. 52). Η ICAP (2009) σε έρευνα (η οποία έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας και η επιλογή του δείγματος με τηλεφωνικές συνεντεύξεις), που διενέργησε, σχετικά με την επιλογή των καταναλωτών για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αναδεικνύει μια σειρά από παράγοντες. (Πίνακας 1.2). Συγκεκριμένα, σε έρευνα 300 ατόμων, εκ των οποίων το 39%

Πίνακας 1.2: Επιλογή ιδιωτικού έναντι δημοσίου νοσοκομείου

Λόγοι επιλογής	Ποσοστά %
Αμεσότητα εξυπηρέτησης	39
Εμπειρία ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	12,7
Επίπεδα τεχνολογικού εξοπλισμού	4,3
Υποδομές-κτηριακές εγκαταστάσεις	3,3
Συμβάσεις με ασφαλιστικούς φορείς	9,3
Άλλος λόγος	21,7
ΔΓ/ΔΑ	9,7
Σύνολο	100

Πηγή ICAP Group AE (2010) ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

απάντησε «*Αμεσότητα της εξυπηρέτησης*», κυρίως λόγω των σοβαρών προβλημάτων στο δημόσιο τομέα, όπου παρατηρούνται φαινόμενα όπως, μεγάλος χρόνος αναμονής για εξέταση και μακροπρόθεσμα ραντεβού για την επίσκεψη σε ιατρούς, ενώ το 12,7% των ερωτώμενων απάντησε «*Εμπειρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού*». Όσον αφορά τους λόγους επιλογής μεταξύ ιδιωτικών νοσοκομείων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε «*Εμπειρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού*», 29% και με 15% «*αμεσότητα εξυπηρέτησης*».

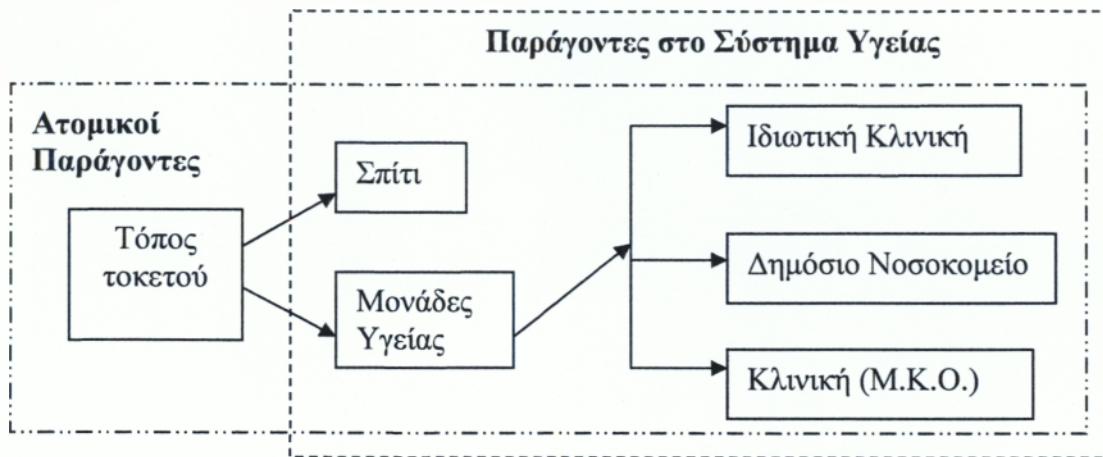
Πίνακας 1.3: Κριτήριο επιλογής μεταξύ ιδιωτικών νοσοκομείων

Λόγοι επιλογής	Ποσοστό %
Εμπειρία ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	29,0
Αμεσότητα εξυπηρέτησης	15,0
Δεν θα πήγαινα σε ιδιωτικό νοσοκομείο	11,3
Κόστος υπηρεσιών	7,7
Καλή φήμη	5,3
Επίπεδο ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	3,0
Συμβάσεις με ασφαλιστικούς φορείς	3,0
Κτιριακές εγκαταστάσεις	1,3
Ικανοποίηση από προηγούμενη χρήση	0,4
Άλλος λόγος	4,0
ΔΓ/ΔΑ	20,0
Σύνολο	100

Πηγή ICAP Group AE (2010) ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

1.4 Παράγοντες επιλογής ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής

Η κυοφορούσα, προκειμένου να επιλέξει μαιευτική κλινική, λαμβάνει υπόψη της τις ανάγκες της από την αρχή της εγκυμοσύνης μέχρι και τον τοκετό. Όπως αναφέρουν οι Pomeroy, Koblinsky & Alva (2010), οι καθοριστικοί παράγοντες για τις τελικές αποφάσεις σχετίζονται (α) με τα προσωπικά της χαρακτηριστικά, κοινωνικό-δημογραφικά, οικονομικά, φυσική της προσβασιμότητα και (β) υποδομές του συστήματος υγείας, χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, συμπεριφορά του ανθρώπινου δυναμικού, πολιτικές υγείας, η συμπεριφορά του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η προσπελασιμότητα (βλέπε διάγραμμα 1.3). Οι παράγοντες κλειδιά που επηρεάζουν την επιλογή της μαιευτικής κλινικής είναι οικονομικοί και η φυσική προσβασιμότητα. Είναι εμπόδιο η μεγάλη απόσταση και μπορεί να γίνει αποτρεπτική από το να επιλέξουν τη μαιευτική μονάδα, αλλά και το πλήθος των προγεννητικών εξετάσεων, προβάλλεται ως σημαντικός παράγοντας. Νοικοκυριά στην επαρχία με ευχέρεια στο να δαπανήσουν περισσότερα χρήματα, είναι πιθανό να μην παραμείνουν στο



Διάγραμμα 1.3: παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα στην επιλογή μαιευτικής κλινικής.

Πηγή Pomeroy, A., Koblinsky, M., & Alva, S., 2010, σελ 2

σπίτι, αλλά να χρησιμοποιήσουν νοσοκομείο. Επίσης, σε αστικές περιοχές, οι εγκυμονούσες τείνουν να καταφεύγουν σε νοσοκομείο, αλλά σε συνδυασμό με το εισόδημα, η χρήση ιδιωτικών μαιευτικών μονάδων αυξάνεται με αυτό. Επιπρόσθετα, προγεννητικοί έλεγχοι σε δημόσιο νοσοκομείο αυξάνουν το ποσοστό προτίμησης ο τοκετός να γίνει σε αυτό. Εκτός του τύπου που γίνονται οι προγεννητικοί έλεγχοι και η κατάσταση της εγκυμοσύνης παίζει σημαντικό ρόλο για την επιλογή. Θα εξαρτηθεί από το πόσο σοβαρή μπορεί να κρίνεται η κατάσταση του τοκετού, λόγω πιθανών επιπλοκών. Αν και προτιμούν οι γυναίκες τον ιδιωτικό τομέα, σε αυτήν την περίπτωση, όταν η επικινδυνότητα της εγκυμοσύνης, λόγω επιπλοκών, είναι μεγάλη, τότε προτιμάται το δημόσιο μαιευτήριο (Pomeroy, Koblinsky & Alva: 2010: σελ. 1-5).

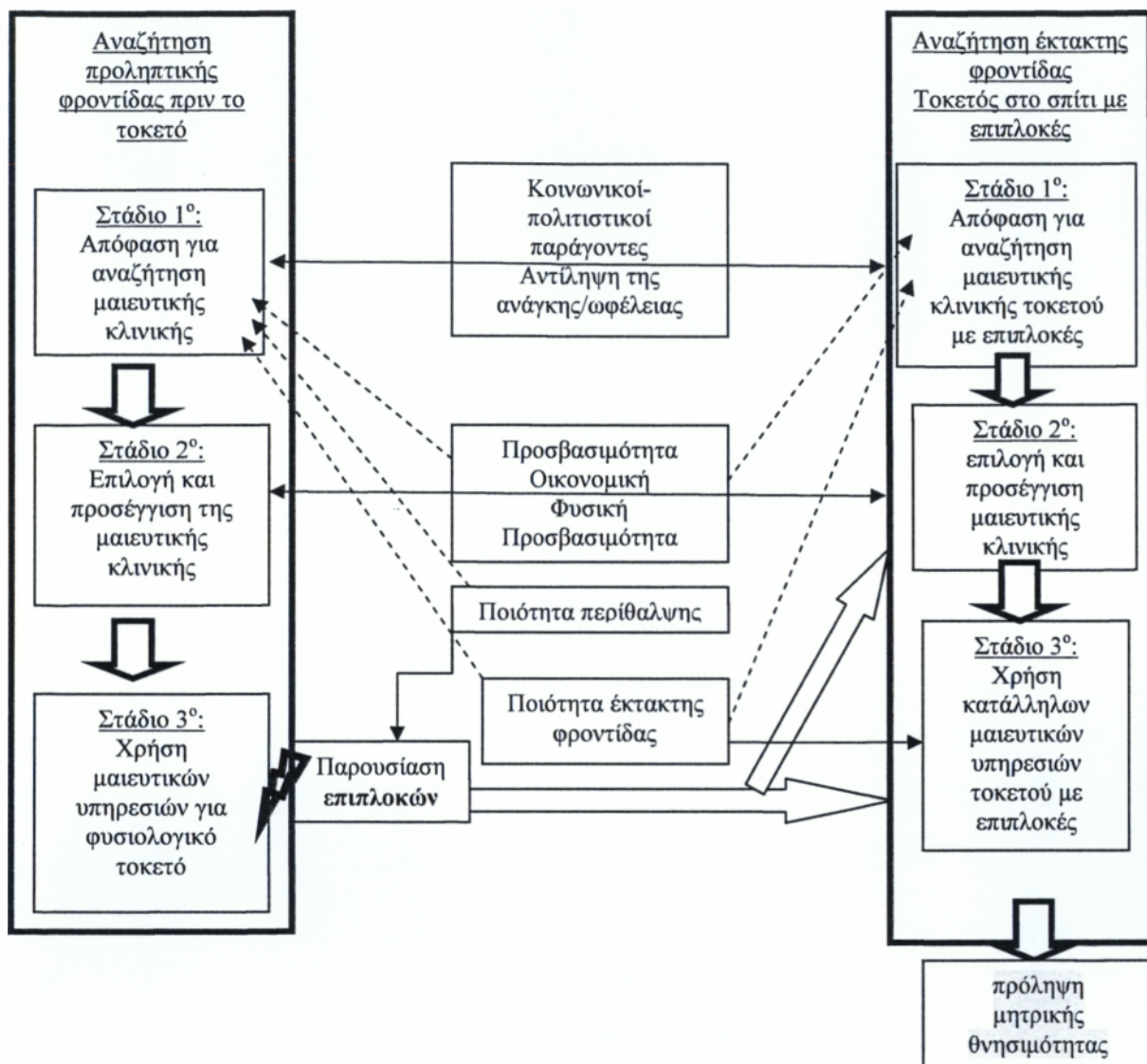
Οι επιπλοκές εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του τοκετού και επομένως παίζει σημαντικό ρόλο το αίσθημα σιγουριάς, που δίνει ο προσωπικός γιατρός, ο οποίος έχει επιλεγεί με βάση την επιστημονική του κατάρτιση. Να σημειωθεί ότι 500.000 μητρικοί θάνατοι και 4.000.000 νεογνικοί θάνατοι παγκοσμίως, συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα και οι οποίοι θα είχαν αποφευχθεί ή μειωθεί, αν είχε εφαρμοστεί με επιτυχία η σύγχρονη ιατρική γνώση. Στην πραγματικότητα, η αναφορά στη χρήση ειδικευμένης μαιευτικής φροντίδας στα περισσότερα κράτη, είναι συνώνυμο με τη χρήση μαιευτικών νοσοκομείων (Gabrysch & Campbell: 2009).

Επίσης, οι Gabrysch και Campbell (2004) κατατάσσουν τους παράγοντες επιλογής μαιευτικής φροντίδας σε τέσσερις ενότητες (α) οι κοινωνικοί-πολιτιστικοί, όπου σε αυτούς αναφέρονται η ηλικία της μητέρας, η οικογενειακή της κατάσταση, η ηθική, το

θρήσκευμα, τα μέλη της οικογένειας, η μόρφωση της συζύγου και του συζύγου, η αυτονομία της γυναίκας (β) η αντίληψη της ανάγκης/ωφέλειας, εδώ συγκαταλέγονται χαρακτηριστικά όπως, διαθεσιμότητα της πληροφόρησης, γνώση σε θέματα υγείας, αντίληψη της φροντίδας υγείας, η χρήση προγεννητικής φροντίδας, προηγούμενη εμπειρία σε μαιευτική κλινική, αριθμό γεννήσεων, επιπλοκές (γ) οικονομική προσβασιμότητα, εδώ αναφέρονται το επάγγελμα των ή του γονέα και ικανότητα τους να πληρώσουν το κόστος της εγκυμοσύνης (δ) η φυσική προσβασιμότητα, η απόσταση από τη μαιευτική κλινική, το οδικό δίκτυο και τα μέσα μεταφοράς, αλλά και ο τόπος διαμονής (αστική/αγροτική περιοχή), σε σχέση με την περιοχή της μαιευτικής κλινικής.

Επίσης, οι Gabrysch και Campbell (2004) διαχωρίζουν την ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας σε αυτήν κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο οποίος μπορεί να είναι με ή χωρίς επιπλοκές, όπως αυτά παρουσιάζει το πλαίσιο των τριών σταδίων (βλέπε διάγραμμα 1.4). Οι Gabrysch και Campbell (2004) επισημαίνουν επίσης ότι στην επιστημονική βιβλιογραφία διερευνώνται τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά των παραγόντων της χρήσης μαιευτικής κλινικής και δεν ερευνώνται σε σχέση με την μητρική θνησιμότητα. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας έχει προσδιοριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας, για την επιλογή-αναζήτηση φροντίδας υγείας. Οι Thaddeus & Maine (1994:1095), αναφέρουν ότι ασθενείς που έχουν αρκετές επιλογές στη διάθεσή τους, για να επιλέξουν μια μονάδα υγείας, βάσει των ποιοτικών χαρακτηριστικών της, συμπεριλαμβάνουν και την απόσταση που πρέπει να διανύσουν για να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες που προσφέρει η μονάδα υγείας, που θα επιλέξουν. Επιπρόσθετα, το κόστος της μετακίνησης είναι πολύ πιθανό να προτιμάται, σε προληπτική μαιευτική φροντίδα, παρά σε έκτακτη ανάγκη, για την προσέλευση στην μαιευτική κλινική.

Παράλληλα, οι Seljeskog, Sundly, & Chimango (2006: σελ. 68-71) παραθέτουν την άποψη τους ότι οι σημαντικοί παράγοντες, που φαίνεται να επηρεάζουν τις μητέρες στο να επιλέξουν μία μονάδα μαιευτικής φροντίδας, είναι η ποιότητα της φροντίδας, οι πολιτιστικοί λόγοι-κουλτούρα και η διαθεσιμότητα. Ειδικότερα, η αναφορά στη ποιότητα περιλαμβάνει την αμφίδρομη αλληλεπίδραση που δημιουργείται κατά την επικοινωνία και οι συμπεριφορές των γυναικών με τις μαιευτικές υπηρεσίες, συχνότητα-χρήση προγεννητικών ελέγχων, κατά την διάρκεια τους, ενημερώνουν και μαθαίνουν-



Διάγραμμα 1.4 Πλαίσιο τριών σταδίων ζήτησης προληπτικής / έκτακτης μαιευτικής φροντίδας, φάσεις και παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και της μητρικής θνησιμότητας, όπως προσαρμόστηκε από Thaddeus & Maine (1994).

Πηγή: Gabrysch & Campbell (2009)

εκπαιδεύουν τη γυναίκα, η εξυπηρέτηση-ικανοποίηση των αναγκών που έχουν οι γυναίκες (έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού, μεγάλες ώρες αναμονής) και η συνεργασία των μερών μέσα στη μονάδα. Οι Seljeskog, Sundly, & Chimango (2006) αναφέρουν, ως ποιοτικά στοιχεία, να περιλαμβάνονται οι εγκαταστάσεις, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, αν είναι

παλαιωμένος ή αν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών και το προσωπικό (επάρκεια ή έλλειψη σε ειδικευμένο ή μη προσωπικό).

Οι Thaddeus και Main (1994) συμπληρώνουν, ότι σοβαρές ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μιας μονάδας, οδηγεί στην ακύρωση ή καθυστέρηση της φροντίδας, που οι έγκυες έχουν ανάγκη. Συμπεριλαμβάνουν και θέματα που σχετίζονται με τη λανθασμένη διάγνωση των ιατρικών αποτελεσμάτων. Επίσης, η έλλειψη εξοπλισμού και προμηθειών ταλανίζουν τις μονάδες υγείας στα αναπτυσσόμενα κράτη, που κυρίως οφείλεται στο φαινόμενο των περιορισμένων πόρων, ακόμα και την κακοδιαχείριση των πόρων από τη διοίκηση. Ακόμη, προβλήματα όπως η ανεπαρκής παροχή βασικών φαρμάκων, αντιβιοτικών και εργομετρίνης, δυσκολίες που σχετίζονται με την μετάγγιση και το απόθεμα των μαιευτηρίων σε φιάλες αίματος. Οι πολιτιστικοί παράγοντες-κουλτούρα επηρεάζουν (σύζυγος, οικογένεια, ιατρικές συμβουλές) τη γυναίκα για να πάρει αποφάσεις, αλλά και η παράδοση της οικογένειας για τον τοκετό και την εγκυμοσύνη. Τέλος, η διαθεσιμότητα που περιλαμβάνονται έννοιες όπως απόσταση και μετακίνηση, δηλαδή την οικονομική επιβάρυνση του νοικοκυριού για τα έξοδα της εγκυμοσύνης και οι ώρες που θα χρειαστούν για την υγιή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 1.4: “ Τι ηλικία θα θέλατε να έχει ο γυναικολόγος σας;”

Ηλικία Ιατρού	Ποσοστό %
30-40	12,6 %
40-50	48,5%
50-60	10,7%
60-70	0
Μου είναι αδιάφορο	28,2%

Πηγή: Έρευνα Δαβού & Κατοστάρας 2006

Τέλος, μία άλλη αξιοσημείωτη αναφορά, είναι το γεγονός που αναδεικνύει ότι η ηλικία του μαιευτήρα-γυναικολόγου είναι κριτήριο επιλογής από τις γυναίκες. Αναλυτικότερα, σε έρευνα που έκαναν οι Δαβού και Κατοστάρας (2006), παρουσιάζουν έρευνα 106 ερωτώμενων γυναικών, που απάντησαν ότι ως προτιμώμενη ηλικία του μαιευτήρα που θεωρούν ιδανική, για να τον εμπιστευθούν, θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ των ηλικιών 40-50 ετών (βλέπε πίνακα 2.1) και αιτιολογείται με την έλλειψη εμπειρίας των ιατρών μικρής ηλικίας, αλλά και λόγω της πεποίθησης ότι οι μεγάλης ηλικίας γιατροί

χρησιμοποιούν παρωχημένες μεθόδους εξέτασης και θεραπείας, διότι ο κόσμος πιστεύει ότι δεν συνεχίζει να παρακολουθεί τις εξελίξεις της επιστήμης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

2.1 Η διαχείριση της εγκυμοσύνης

Η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζει την μητρότητα και ισχυροποιεί την παρουσία του γυναικείου φύλλου μέσα στην οικογένεια, αλλά και στην κοινωνία. Πρεσβεύει ένα σύνολο στάσεων, αναγκών και εμπειριών, από τη σύλληψη μέχρι και τον τοκετό (Ρήγα, Βασιλείου & Κριεκούκη: 2007). Οι ανάγκες που δημιουργεί η εγκυμοσύνη συντελούν στη διαμόρφωση αγοράς της μαιευτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, αφορά στη χρησιμοποίηση των απαιτούμενων πόρων, που χρειάζονται να καταναλωθούν, για την ικανοποίηση των αναγκών. Αναλυτικότερα, από την ημέρα της διαπίστωσης της εγκυμοσύνης μέχρι και τον τοκετό, χρειάζεται να καταναλωθούν υγειονομικοί πόροι, για την ομαλή κύηση και ασφάλεια της υγείας της εγκύου και του κυοφορούμενου. Η διακοπή της εμμήνου ρύσης μιας γυναίκας σηματοδοτεί την υποψία της εγκυμοσύνης της (Αρσενοπούλου: 2001).

Η διαπίστωση βεβαιώνεται από τα τεστ εγκυμοσύνης, που τα προμηθεύεται από τα φαρμακεία ή σε επίσκεψη στον μαιευτήρα-γυναικολόγο της, ο οποίος είναι ο αρμόδιος λειτουργός, που θα βεβαιώσει την έναρξη της εγκυμοσύνης. Αυτή η αναφορά αποτελεί μία σημαντική λεπτομέρεια, που φαίνεται να επηρεάζει την κατανάλωση των μαιευτικών υπηρεσιών (Ματσαγγάνης: 2001: σελ. 59). Παράλληλα, η Πατελάρου (2007: σελ. 6) αναφέρει, ότι εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου χωρίς επιπλοκές, που παρακολουθούνται από μαιέες ή γενικούς ιατρούς, έχει θετικά αποτελέσματα στην έκβαση της εγκυμοσύνης και στην ικανοποίηση των γυναικών όταν δεν παρεμβαίνει ο γυναικολόγος. Οι γυναίκες που είναι παντρεμένες και εκείνες που έχουν πρόσβαση σε δομές οικογενειακού προγραμματισμού, ολοκληρώνουν επιτυχώς την πορεία της εγκυμοσύνης.

Να σημειωθεί ότι οι εκτρώσεις στην Ελλάδα νομιμοποιήθηκαν το 1986, με το Ν.1609. (Αρσενοπούλου: 2001: σελ. 57). Οι εκτρώσεις στην εφηβεία, όπως αναφέρει ο Κελλαρτζής (2008), αυξάνονται συνεχώς, με ποσοστό 50% των εφηβικών κύσεων να διακόπτεται τεχνητά. Αυτή η κύηση συγκαταλέγεται στις υψηλού κινδύνου, λόγω του υψηλού ποσοστού επιπλοκών (ουρολοιμώξεις, διαταραχές θρέψεως, αποκόλληση πλακούντα, νεογνά μικρού βάρους<2500gr. κα.).

Στη μαιευτική φροντίδα ακολουθούνται μία σειρά από ενέργειες, που έχουν στόχο την προστασία της εγκυμονούσας και τον ασφαλή τοκετό ή ακόμα και τη διακοπή της

ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Νιακας:2001:29-32). Οι γυναικολογικές - μαιευτικές υπηρεσίες χωρίζονται σε τρία στάδια (α) Στο προγεννητικό, που περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως επισκέψεις στον μαιευτήρα, αλλά και ιατρικό έλεγχο ρουτίνας για κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, που έχουν σκοπό να διαγνωσθούν τυχόν παθολογικές καταστάσεις της μητέρας και του κυοφορούμενου εμβρύου. Όπως αναφέρει η Μαρινάκη (2000: σελ. 69), ο σκοπός της προγεννητικής φροντίδας είναι η εξασφάλιση της υγείας της εγκύου και του εμβρύου και ο έγκυρος έλεγχος της επικινδυνότητας του τοκετού. Η χρήση προγεννητικών ελέγχων προσδιορίζει και το ύψος της χρήσης υπηρεσιών υγείας, όσο λιγότεροι γίνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο περισσότερο κινδυνεύει η υγεία της εγκυμονούσας. (β) Στο στάδιο του τοκετού, όπου παρέχονται νοσοκομειακές υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές γυναικολογικές-μαιευτικές κλινικές) και από το δημόσιο τομέα (Νοσοκομεία και δημόσια μαιευτήρια) (Αρσενοπούλου: 2001: σελ. 60-62). (γ) Στο μεταγεννητικό, όπου συγκαταλέγονται υπηρεσίες προς το νεογνό και τη λεχώνα, που αφορούν την παρακολούθησή τους, για τυχόν επιπλοκές μετά τον τοκετό και εκπαίδευση της μητέρας, για τη φροντίδα του νεογέννητου μετά την έξοδο της από το μαιευτήριο (Πατελάρου: 2007: σελ.9). Στο τελευταίο στάδιο παρατηρείται έλλειψη από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην παροχή συστηματικής και οργανωμένης φροντίδας, για τη μητέρα και το βρέφος (Ματσαγγάνης: 2001: σελ. 62).

Επίσης, η εγκυμονούσα παίζει καθοριστικό ρόλο για τη θετική έκβαση και αποπεράτωση της εγκυμοσύνης της. Κύριο ρόλο διαδραματίζουν τα κοινωνικά, οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία, τα οποία τροποποιούν με τη σειρά τους την κατανάλωση πόρων. Πρόκειται για χαρακτηριστικά που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής. Γυναίκες άνω των 35 ετών παρουσιάζουν υψηλό παράγοντα κινδύνου, για αυξημένη μητρική και νεογνική θνησιμότητα. Όπως και η συχνότητα των επισκέψεων στο γυναικολόγο μικρής ηλικίας μητέρων έως και με μηδενική συχνότητα, έχει αρνητικές συνέπειες στο νεογνό, μέχρι και την νοσηλεία του σε εντατική μονάδα, μετά τη γέννηση. Επίσης, στο μορφωτικό επίπεδο γυναικών ανώτερης εκπαίδευσης, σε σύγκριση με γυναίκες μέσης ή χαμηλής, παρατηρείται ότι οι γυναίκες χαμηλού μορφωτικού υπόβαθρου συσχετίζονται θετικά, με τις αρνητικές συνέπειες στην έκβαση της υγείας, αλλά και της εγκυμοσύνης. Παράλληλα, υψηλού μορφωτικού επιπέδου γυναίκες, γενούν κατά 207 γρ. βαρύτερο παιδί. Όσον αφορά το εισόδημα τους, οι χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου επισκέπτονται λιγότερες φορές

το γυναικολόγο τους και προτιμούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Πατελάρου: 2007: σελ. 9-11).

Όπως αναφέρει ο Νιάκας (2001: σελ. 29), η ελαχιστοποίηση των περιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί στόχο της εθνικής πολιτικής υγείας. Η μητρότητα στην Ελλάδα προστατεύεται από το Σύνταγμα (2010: σελ. 36). Όπως αναφέρεται στο Αρ. 21, συγκεκριμένα η Παρ. 1 αποτελεί την πρώτη ομπρέλα κοινωνικής προστασίας. Επίσης μία άλλη ομπρέλα μητρικής προστασίας γενικότερα, αποτελεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο δημιουργήθηκε με το Ν.1397/1983 και στο Αρ. 1 αναφέρεται στην ευθύνη του Ελληνικού Κράτους για ισότιμη πρόσβαση, προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών του. Αποτέλεσμα των προαναφερθέντων είναι η εγκαθίδρυση και η θεμελίωση της πολιτικής υγείας στο Ελληνικό Κράτος, για τη διαφύλαξη της υγείας των πολιτών και ιδιαίτερα της μητρότητας.

Επίσης ο Νιάκας (2002: σελ. 30) αναφέρει ότι, στις μαιευτικές υπηρεσίες κυριαρχεί η ιδιωτική παροχή. Οι πιθανοί λόγοι είναι (α) η φύση του τοκετού, ο οποίος δεν αποτελεί «ασθένεια», αλλά λόγω της καλύτερης ξενοδοχειακής υποδομής, έναντι του δημόσιου τομέα (β) η μικρή παράδοση και ανεπαρκής ανάπτυξη των δημοσίων υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς παρατηρείται το φαινόμενο της συρροής από την περιφέρεια στα μαιευτήρια της Αττικής (γ) η μεγάλη προσφορά ιδιωτών ειδικών ιατρών, που επιδιώκουν στην ενίσχυση των εισοδημάτων τους. Η προσφορά μαιευτικών υπηρεσιών, οι διαδικασίες πρόσβασης των γυναικών στους μαιευτήρες, σε συνδυασμό με τον τρόπο χρηματοδότησης των τοκετών από μέρους των ασφαλιστικών ταμείων, αποτελούν τα σημεία κλειδιά, που καθορίζουν την αγορά μαιευτικών υπηρεσιών, μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Νιάκας:2002: σελ. 31).

2.2 Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Η αγορά των υπηρεσιών υγείας του ιδιωτικού τομέα περιλαμβάνει διαγνωστικά κέντρα και θεραπευτήρια, τα οποία αποτελούν μέρη της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει μικρού και μεγάλου μεγέθους εταιρίες. Έρευνα της ICAP (2010: σελ. 173), αναφέρει χαρακτηριστικά (βλέπε πίνακα 2.2) ότι, το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει άνοδο, με ετήσιο ρυθμό μεταβολής 12,3%, την περίοδο μεταξύ των ετών 1998 με 2009. Τα έτη 2008 και 2009, το ποσοστό ανόδου έφτασε το 3,9%. Σχετικά με τη διάρθρωση των αξιών των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, οι ιδιωτικές κλινικές εμφανίζουν αύξηση, με μέσο ετήσιο

ρυθμό 15,1%, μεταξύ των ετών 1998-2009, για το 2009 εκτιμάται ότι το ύψος της συνολικής αξίας της συγκεκριμένης αγοράς είναι 1.375.000.000€, παρουσιάζοντας αύξηση, σε σχέση με το 2008, 3,4%.

Πίνακας 2.2: Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 1998-2009

Έτος	Κλινικές	Μαιευτήρια	Διαγν. κέντρα	Σύνολο
1998	293,5	110,3	170,2	574,0
1999	343,7	120,9	183,1	647,7
2000	395,0	140,6	203,1	738,7
2001	455,8	150,0	227,7	833,5
2002	539,3	164,0	241,5	944,8
2003	620,7	173,0	255,3	1.049,0
2004	730,0	184,8	275,0	1.189,8
2005	847,0	203,3	291,3	1.341,6
2006	1.000	225,5	319,0	1.544,5
2007	1.190	250,0	352,0	1.792,0
2008	1.330	275,0	380,0	1.985,0
2009	1.375	282,0	400,0	2057,0
Αξία σε εκατ. €				

Πηγή ICAP Group AE (2010) ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, σελ. 173

Η S.W.O.T. (ICAP: 2011: σελ. 51-53) ανάλυση που διενεργήθηκε, για την αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ανέδειξε τη δυναμική του κλάδου αυτού. Συγκεκριμένα, δυνατά σημεία είναι η εμπειρία των ομίλων, η σχετικά ανελαστική ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η αδυναμία του δημοσίου να ικανοποιήσει τις ανάγκες-απαιτήσεις των ασθενών, το δημογραφικό πρόβλημα, η προσαρμογή των ιδιωτικών μονάδων στις εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας. Στα αδύνατα, συγκαταλέγονται το συνεχώς μεταβαλλόμενο θεσμικό πλαίσιο και το κόστος της αγοράς ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Στις ευκαιρίες, εμπεριέχονται οι αγορές του εξωτερικού και ιδιαίτερα τις ανατολικής Ευρώπης, της Τουρκίας και της Κύπρου, η επέκταση μονάδων υγείας εκτός των μεγάλων πόλεων τις Ελλάδος, η συνεργασία με ιατρικούς επιχειρηματικούς ομίλους του εξωτερικού, η επέκταση συνεργασιών με ασφαλιστικούς φορείς δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και τέλος, ως απειλές, εμφανίζονται η ύφεση στην ελληνική οικονομία, τα προβλήματα ρευστότητας των ασφαλιστικών ταμείων του δημοσίου, η επιδείνωση της θέσης των ιδιωτικών

ασφαλιστικών ταμείων, η χαμηλή ρευστότητα στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών και τα χαμηλά τιμολόγια των συμβάσεων, που συνάπτουν με τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία.

**Πίνακας 2.3: Συνολικά έσοδα ιδιωτικών μαιευτικών-γυναικολογικών κλινικών
2005-2009**

Επωνυμία	2005	2006	2007	2008	2009
ΙΑΣΩ Α.Ε.	76.681.335	88.744.580	101.021.613	109.051.880	106.237.701
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	62.047.014	68.793.797	76.820.513	87.377.069	94.609.141
ΛΗΤΩ Α.Ε.	18.471.080	19.871.294	19.726.764	24.245.825	24.628.547
Σύνολο	157.199.429	177.409.671	197.568.890	220.674.774	225.475.389
Γεν. Σύνολο Κλάδου	203.300.00	225.500.000	250.000.000	275.000.00	282.000.000
Αξία σε €					

Πηγή ICAP Group AE (2010) ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, επεξεργασμένα δεδομένα.

Οι μαιευτικές κλινικές παρουσιάζουν μέση ετήσια αύξηση 8,9%, την περίοδο 1998-2009 και για το 2009 καταγράφεται αύξηση 2,9%, σε σχέση με το 2008 και το ύψος της αγοράς εκτιμάται σε 282.000.000€, οι ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 13,7% της συνολικής αγοράς των ιδιωτικών κλινικών, το 2009. Τα διαγνωστικά κέντρα παρουσιάζουν ετήσιο ρυθμό ανόδου 8,1%, την περίοδο 1998 με 2009. Μεταξύ των ετών 2008-2009, σημειώθηκε αύξηση 5,2% , γύρω στα 400.000.000€. Η συμμετοχή στην αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2009, εκτιμάται στο 19,5%. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ICAP (2011), οι τρεις μεγαλύτερες επιχειρήσεις του κλάδου των ιδιωτικών μαιευτηρίων-γυναικολογικών κλινικών, κάλυψαν το 80% της συνολικής αντίστοιχης αγοράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των επίτοκων, έτσι ώστε να καταγραφούν οι παράγοντες, που διαμορφώνουν τη ζήτηση για κατανάλωση ιδιωτικής μαιευτικής φροντίδας στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Αθήνα. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μια έρευνα, που έχει ως σκοπό να αποτυπώσει το σύνολο των ποιοτικών χαρακτηριστικών ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των επίτοκων. Η διερεύνηση προσδοκά να αναδείξει τα χαρακτηριστικά και τις διαβαθμίσεις (βλέπετε πίνακα 3.1) των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, από τις εγκυμονούσες.

3.1.1. Διαβάθμιση των χαρακτηριστικών της μαιευτικής φροντίδας

Με βάση τη μέχρι τώρα θεωρητική προσέγγιση, η ποιότητα των μαιευτικών υπηρεσιών είναι δυνατόν να ειπωθεί ότι διαχωρίζεται ανάμεσα στην κλινική και «κοινωνική» ποιότητα. Η κλινική ποιότητα έχει δύο βασικές πλευρές, που σχετίζονται με τον τεχνολογικό εξοπλισμό, που διαθέτει το μαιευτήριο, καθώς και με την ικανότητα του μαιευτήρα. Επομένως, η κλινική ποιότητα του αγαθού μαιευτικές υπηρεσίες, θα μπορούσε να αποτυπωθεί με τα παρακάτω δύο χαρακτηριστικά (α) τη Διαθεσιμότητα σύγχρονου εξοπλισμού στο μαιευτήριο και (β) την Επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα. Η «κοινωνική» ποιότητα (γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και ποιότητας των υπηρεσιών διαμονής και φιλοξενίας) σχετίζεται με τις «ξενοδοχειακού» τύπου υπηρεσίες, που παρέχονται στο μαιευτήριο και το βαθμό συντήρησης των εγκαταστάσεών του, συμπεριλαμβάνοντας και την άποψη των γυναικών, για την εικόνα και παρουσία του ιδιωτικού μαιευτηρίου στην αγορά (σχετίζεται με την γνώση των προσφερόμενων υπηρεσιών-παροχών του μαιευτηρίου, από τις γυναίκες που το επιλέγουν).

Η προσπελασιμότητα στις μαιευτικές υπηρεσίες έχει διάσταση γεωγραφική και χρονική. Οι δομές μαιευτικών υπηρεσιών συγκεντρώνονται κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα και πιθανόν να απαιτείται σημαντικός χρόνος για τη μετάβαση σε αυτές (Χρόνος μετάβασης στο μαιευτήριο και στο μαιευτήριο). Μια δεύτερη διάσταση της πρόσβασης, έχει να κάνει γενικά με καθυστερήσεις, σε κάθε μορφή επαφής της υποψήφιας μητέρας με τον

μαιευτήρα και το μαιευτήριο, λόγω κακής οργάνωσης, για παράδειγμα, ή ελλείψεων προσωπικού (*Καθυστερήσεις χρονικοί και περιορισμοί στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο*).

Όσον αφορά την οικονομική επιβάρυνση, στην περίπτωση επιλογής ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής συμβεβλημένης με ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ), αυτή είναι αμελητέα (*Δωρεάν ή χαμηλή οικονομική επιβάρυνση*), ενώ όταν επιλέγεται μη συμβεβλημένη, η οικονομική επιβάρυνση μπορεί να είναι σημαντική (*Υψηλού κόστους*). Σε μαιευτήρια πολυτελή, με φήμη, που λειτουργούν κυρίως στις μεγάλες πόλεις Αθήνα και Θεσσαλονίκη και τα προτιμούν μαιευτήρες με μεγάλη επαγγελματική φήμη, η οικονομική επιβάρυνση είναι μεγάλη. Το δεύτερο ζήτημα, που πρέπει να διευθετηθεί, μετά την διαμόρφωση του σετ των χαρακτηριστικών, είναι η διαβάθμισή τους. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι περιορισμοί στη φύση της διαβάθμισης των χαρακτηριστικών του υπό μελέτη αγαθού, αλλά πρέπει να στέκει εννοιολογικά, να είναι ρεαλιστική, να μεταφέρει πληροφορία και βέβαια να σχετίζεται με την γενικότερα εφαρμοζόμενη (ή δυνάμενη να εφαρμοστεί) πολιτική. Η διαβάθμιση του σετ των χαρακτηριστικών διαμορφώθηκε ως εξής:

Πίνακας 3.1: Διαβάθμιση των χαρακτηριστικών της μαιευτικής φροντίδας

	Χαρακτηριστικό	Επίπεδο 1	Επίπεδο 2
1.	Διαθεσιμότητα σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού στο μαιευτήριο	Βασικές ελλείψεις	Πλήρης εξοπλισμός
2.	Επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα	Κακή	Άγνωστη
3.	Γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας	Κακή	Καλή
4.	Πληροφόρηση για το μαιευτήριο	Μεγάλη	Μικρή
5.	Καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο	Μεγάλες	Μικρές
6.	Οικονομική επιβάρυνση από τη αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου	Υψηλή	Δωρεάν ή και χαμηλή

Όλα τα χαρακτηριστικά έχουν δύο επίπεδα στη διαβάθμιση. Τα επίπεδα αναπτύχθηκαν με τρόπο, ώστε το επίπεδο 1 να (αναμένεται) είναι λιγότερο προτιμητέο, από το επίπεδο 2.

Επόμενο βήμα που χρειάζεται είναι τα χαρακτηριστικά να συνδυαστούν, προκειμένου να διαμορφωθούν τα profiles, τα οποία θα αξιολογηθούν από τις υποψήφιες μητέρες της έρευνας.

3.2 Μεθοδολογικό πλαίσιο

Η έρευνα διενεργήθηκε σε δυο περιόδους. Η πρώτη ξεκίνησε τον Μάιο 2011 και σταμάτησε τον Ιούνιο 2011 και η δεύτερη άρχισε το Σεπτέμβριο και ολοκληρώθηκε τον Νοέμβριο 2011. Πραγματοποιήθηκε κάθε Τετάρτη και Πέμπτη, κατά την ώρα του εξιτηρίου, με απόλυτο σεβασμό στην κλινική και στις επίτοκους. Πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, κάθε ερωτώμενη ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο με τον οποίο θα συμπληρώναμε τις απαντήσεις.

3.3 Εργαλεία έρευνας

Για τη διερεύνηση των απόψεων των χρηστών, επιλέχθηκε ένα δείγμα 301 γυναικών, με κριτήρια, αφενός τη συναίνεση τους, κατόπιν ενημερώσεως τους για το είδος της έρευνας και αφετέρου την ικανότητα επικοινωνίας. Κλήθηκαν να απαντήσουν σε δομημένο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, για την επιλογή μαιευτικής κλινικής. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις, που δομήθηκαν σε δυο βασικές κατηγορίες ερωτήσεων, οι οποίες αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά υποθετικής μαιευτικής κλινικής. Το ερωτηματολόγιο δίνει την δυνατότητα στην ερωτώμενη να απαντήσει υποκειμενικά, με βάση τις εμπειρίες της και τις υπηρεσίες, των οποίων είναι τελικός δέκτης.

3.3.1. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Η μέθοδος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προτιμήθηκε, από την τηλεφωνική συνέντευξη και την ταχυδρομική αποστολή, λόγω της ιδιαιτερότητας της δομής του ερωτηματολογίου, που προϋποθέτει την παρουσία του ερευνητή, ώστε να δίνονται διευκρινήσεις και να βοηθά, όπου χρειάζεται.

3.3.2. Καταχώρηση και επεξεργασία δεδομένων

Η καταχώρηση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα Excel, ώστε να είναι εφικτή η περαιτέρω επεξεργασία τους με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.17.

3.3.3. Περιορισμοί της έρευνας

Οι ηλικίες των γυναικών του δείγματος, για λόγους προσωπικών δεδομένων και σεβασμού της ερωτώμενης, καταγράφηκαν σε περίοδο δεκαετίας. Επίσης, για το είδος της απασχόλησης, με την λέξη πλήρης, αναφερόμαστε στην έννοια της μόνιμης και σταθερής εργασίας. Σε ότι αφορά το δηλωθέν εισόδημα, δεν γίνεται διαχωρισμός, αν είναι κοινό με το σύζυγο, αν είναι της οικογένειας, σε περίπτωση που είναι ανήλικη ή αν είναι μονογονεϊακή. Επιπρόσθετα, δεν μπορεί να γίνει λεπτομερής αναφορά για τις επιλοκές στις κύησης, παρά μόνο με ή χωρίς επιλοκές.

3.4 Χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων

3.4.1. Ηλικία γυναικών του δείγματος

Παρατηρούμε ότι το δείγμα αποτελείται από γυναίκες όλων των ηλικιών, ώστε να υπάρχει αντικειμενικότητα και αξιοπιστία, από ανήλικες, μέχρι και άνω των 40 ετών. Το δείγμα είχε χωριστεί στις ηλικίες κάτω των 20, μεταξύ 20 και 30, μεταξύ 30 και 40, μεταξύ 40 και 50 και άνω των 50 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι ηλικίας 20-30 ετών (41,5%) και το μικρότερο από 50 και άνω (3%).

Πίνακας 3.2 Ηλικία γυναικών δείγματος

ΕΤΗ	Συχνότητες	Ποσοστό %
<20	41	13,6
>=20	125	41,5
>=30	92	30,6
>=40	34	11,3
>=50	9	3,0
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.1: Κατανομή ηλικιών των γυναικών που απάντησαν.

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

3.4.2. Επαγγελματική κατάσταση δείγματος

Οι μισές σχεδόν γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας, ποσοστό 45,2%, είχαν πλήρη απασχόληση, το 38,2% μερική και το 16,6% δεν εργαζόταν.

Πίνακας 3.3 Είδος απασχόλησης δείγματος

Απασχόληση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Πλήρης	136	45,2
Μερική	115	38,2
Άνεργη	50	16,6
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.2: Κατανομή είδους απασχόλησης των γυναικών που απάντησαν.

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

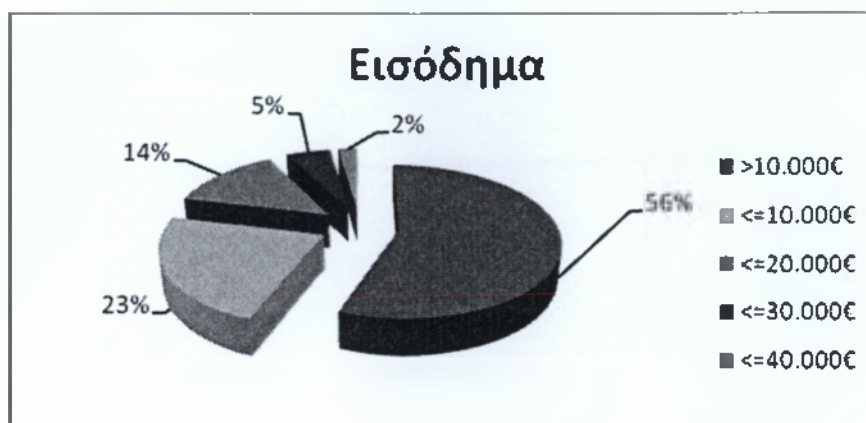
3.4.3 Ετήσιο εισόδημα δείγματος

Οι μισές από τις γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας 168, ποσοστό 55,8%, είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 10.000€. Περίπου το ένα τέταρτο, 22,9%, είχαν οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 10.001 και 20.000 ευρώ, ενώ μόνο 7 γυναίκες, δηλαδή το 2,3%, είχαν εισόδημα πάνω από 40.000€.

Πίνακας 3.4: Ετήσιο εισόδημα δείγματος

Εισόδημα	Συχνότητα	Ποσοστό %
<10.000€	168	55,8
>=10.000€	69	22,9
>=20.000€	41	13,6
>=30.000€	16	5,3
>=40.000€	7	2,3
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.3: Κατανομή εισοδήματος των γυναικών που απάντησαν.
Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

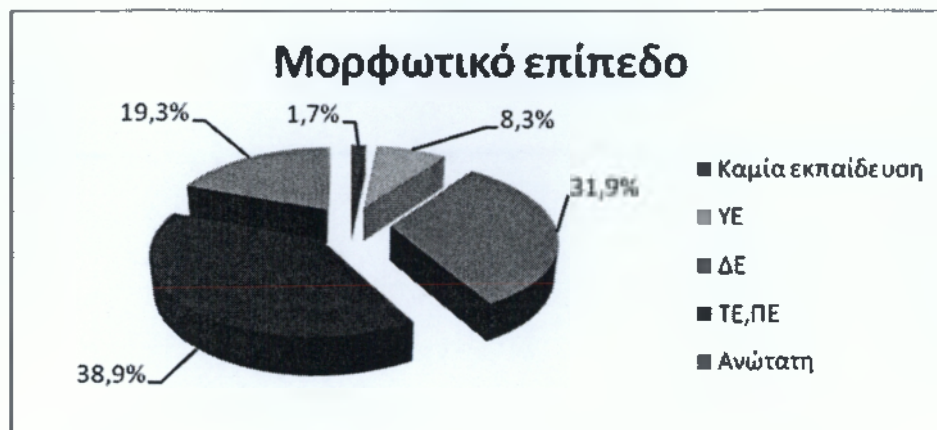
3.4.4. Μορφωτικό επίπεδο δείγματος

Το στοιχείο των γραμματικών γνώσεων έχει χωριστεί σε πέντε κατηγορίες: Χωρίς καμία εκπαίδευση, Υποχρεωτικής εκπαίδευσης, Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, Ανώτερης εκπαίδευσης που περιλαμβάνονται το Πανεπιστήμιο και το Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα και το Κολλέγιο και τέλος η ανώτατη εκπαίδευση για κάτοχους μεταπτυχιακού ή διδακτορικού. Παρατηρούμε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό, 1,7%, δεν έχει τελειώσει τη βασική εκπαίδευση, ενώ το 38,9% έχουν λάβει ανώτερη τεχνολογική εκπαίδευση (Α.Τ.Ε.Ι.).

Πίνακας 3.5: Μορφωτικό επίπεδο δείγματος

Μορφωτικό επίπεδο	Συχνότητες	Ποσοστά %
Καμία εκπαίδευση	5	1,7
ΥΕ	25	8,3
ΔΕ	96	31,9
ΤΕ,ΠΕ	117	38,9
Ανώτατη	58	19,3
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.4: Κατανομή εισοδήματος των γυναικών που απάντησαν.
 Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

3.4.5. Οικογενειακή κατάσταση δείγματος

Οι απαντήσεις στην έρευνά μας, φανέρωσαν ένα απροσδόκητο γεγονός. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που απάντησαν στην έρευνά μας, 176 στον αριθμό (ποσοστό 58,5), είναι άγαμες και οι έγγαμες ήταν οι 125 (ποσοστό 41,5).

Πίνακας 3.6: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητες	Ποσοστά (%)
Έγγαμη	125	41,5
Άγαμη	176	58,5
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.5: Οικογενειακή κατάσταση των γυναικών που απάντησαν.
 Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

3.4.6 Αριθμός τέκνων

Το 58,5% των γυναικών, που απάντησαν στην έρευνά μας, επρόκειτο να τεκνοποιήσει για πρώτη φορά. Το 1/3, σχεδόν 35,9%, είχε μέχρι δύο παιδιά και μόνο το 1,3% είχαν πάνω από 4 παιδιά.

Πίνακας 3.7: Αριθμός τέκνων δείγματος

Αριθμός παιδιών	Συχνότητες	Ποσοστά(%)
0	176	58,5
1	52	17,3
2	56	18,6
3	13	4,3
4>	4	1,3
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.6: Αριθμός τέκνων των γυναικών που απάντησαν.

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

3.4.7. Κατάσταση κύησης

Η πλειοψηφία (72,4%) των γυναικών, που απάντησαν στην έρευνά μας, δεν είχαν φυσιολογική κύηση και μόνο το 27,6% δεν είχαν δυσκολίες.

Πίνακας 3.8: Κατάσταση κύησης των γυναικών

Κατάσταση κύησης	Συχνότητες	Ποσοστό(%)
Με επιπλοκές	218	72,4
Χωρίς επιπλοκές	83	27,6
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.7: Κατάσταση κύησης των γυναικών που απάντησαν.
 Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

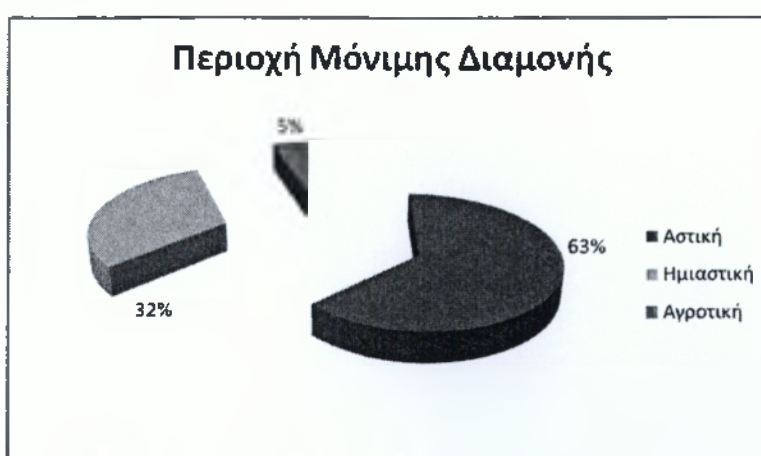
3.4.8. Περιοχή μόνιμης διαμονής

Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες, που απάντησαν στην έρευνά μας (64,3%), ζουν σε αστικές περιοχές, το 5,1% σε αγροτικές περιοχές, ενώ το 30,6% σε ημιαστικές περιοχές.

Πίνακας 3.9: Τόπος Μόνιμης Διαμονής Δείγματος

Περιοχή Διαμονής	Συχνότητες	Ποσοστά %
Αστική	191	63,5
Ημιαστική	95	31,6
Αγροτική	15	5,0
Σύνολο	301	100

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος



Διάγραμμα 3.8: Περιοχή μόνιμης διαμονής των γυναικών που απάντησαν.
 Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

3.5 Ανάλυση Conjoint

Στην παρούσα έρευνα, το υπό μελέτη αγαθό σχεδιάστηκε να παρουσιαστεί με περιγραφές, που καλούνται profiles, όπου κάθε χαρακτηριστικό εμφανίζεται με μια από τις διαβαθμίσεις του. Ο συνδυασμός των συγκεκριμένων διαβαθμισμένων χαρακτηριστικών, διαμορφώνουν την προτίμηση του ατόμου για αυτό το profile. Οι μέσες τιμές βαθμολόγησης των profiles, από τις γυναίκες του δείγματος που απάντησαν, στην έρευνά μας, εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα. Για κάθε profile έχει εκτιμηθεί η μέση βαθμο-

Πίνακας 4.0: Βαθμολόγηση των PROFILES

	Χαρακτηριστικά	1 ^ο	2 ^ο	3 ^ο	4 ^ο	5 ^ο	6 ^ο	7 ^ο	8 ^ο	9 ^ο
1	Διαθεσιμότητα σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού	X ₁₂ +	X ₁₂ +	X ₁₂ +	X ₁₂ +	X ₁₁	X ₁₁	X ₁₁	X ₁₂ +	X ₁₁
2	Επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα	X ₂₁	X ₂₂ +	X ₂₁	X ₂₁	X ₂₁	X ₂₁	X ₂₂ +	X ₂₂ +	X ₂₁
3	Γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας	X ₃₁	X ₃₁	X ₃₁	X ₃₂ +	X ₃₁	X ₃₂ +	X ₃₂ +	X ₃₂ +	X ₃₂ +
4	Πληροφόρηση για μαιευτήριο	X ₄₁	X ₄₁	X ₄₂ +	X ₄₂ +	X ₄₂ +	X ₄₁	X ₄₂ +	X ₄₁	X ₄₂ +
5	Καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο	X ₅₁	X ₅₂ +	X ₅₁	X ₅₂ +	X ₅₂ +	X ₅₂ +	X ₅₁	X ₅₂ +	X ₅₁
6	Οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου	X ₆₁	X ₆₂ +	X ₆₂ +	X ₆₁	X ₆₂ +	X ₆₂ +	X ₆₁	X ₆₁	X ₆₁
Μέσος		1,15	1,77	1,44	1,68	1,15	1,47	1,43	2,65	1,31
Σταθερή απόκλιση		0,40	0,50	0,50	0,48	0,40	0,58	0,52	0,49	0,47

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

λόγηση και η αντίστοιχη σταθερή της απόκλιση. Κάθε ένα από τα εννέα profiles εμφανίζεται στον πίνακα με τέτοιο τρόπο, ώστε να διακρίνεται πιο χαρακτηριστικό εμπεριέχεται στο profile με την υψηλότερη και επομένως πιο επιθυμητή διαβάθμιση (έχει σημειωθεί το θετικό πρόσημο, +). Έτσι, τα profile (2^ο), (4^ο) και (8^ο) εμπεριέχουν τις περισσότερες υψηλές διαβαθμίσεις των έξι χαρακτηριστικών και συγκεκριμένα τέσσερα

(4) εξ αυτών, ενώ το profile (1^ο) τις λιγότερες και συγκεκριμένα μόνο ένα (1) εξ αυτών. Το profile (8^ο) έλαβε την υψηλότερη συνολική βαθμολογία (2,65), που υποδηλώνει ένα υψηλό επίπεδο προτίμησης (3=καλό, 1 =κακό). Αντιθέτως, η συνολική βαθμολογία για το profile (1^ο) και (5^ο) έχει τη χαμηλότερη τιμή (1,15) και επομένως χαμηλό επίπεδο προτίμησης. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν συνέπεια στη βαθμολόγηση των profiles. Πρέπει να παρατηρηθεί ότι profiles με τον ίδιο αριθμό θετικών πρόσημων (όπως τα 2^ο, 4^ο και 8^ο) δεν έχουν την ίδια μέση βαθμολογία. Προφανώς, οι γυναίκες που απάντησαν αποκομίζουν διαφορετικές μερικές χρησιμότητες, από τις διάφορες διαβαθμίσεις των χαρακτηριστικών.

Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται οι μέσες τιμές των μερικών χρησιμοτήτων (part-worth utilities) των διαβαθμίσεων των χαρακτηριστικών και οι αντίστοιχες σταθερές αποκλίσεις, όπως προέκυψαν από τις αναλύσεις conjoint που πραγματοποιήσαμε. Συνολικά, οι γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας αποκομίζουν υψηλότερη χρησιμότητα από την καλή επαγγελματική φήμη (0,25), τις μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις (0,17) και τις εγκαταστάσεις (0,10). Οι χρησιμότητες από τις λοιπές διαστάσεις της φροντίδας εμφανίζονται χαμηλότερες.

Πίνακας 4.1 : Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης conjoint

Μέσες τιμές των μερικών χρησιμοτήτων (part-worth utilities) των χαρακτηριστικών

Διαβαθμίσεις	Εγκαταστάσεις και ποιότητα υπηρεσιών φιλοξενίας												
	Τεχνολογικός εξοπλισμός		Επαγγελματική φήμη			Εγκαταστάσεις και ποιότητα υπηρεσιών φιλοξενίας		Πληροφόρηση για μαιευτήριο		Καθυστερήσεις στις επισκέψεις		Οικονομική επιβάρυνση	
	Βασικές έλλειψεις	Πλήρης	Κακή	Άγνωστη	Κακή	Καλή	Μεγάλος	Σύντομη	Μεγάλος	Μικρός	Υψηλή	Διαφορών ή χαμηλή	
Μέσος:	-0,08	0,08	-0,25	0,25	-0,10	0,10	0,05	-0,05	-0,17	0,17	0,05	-0,05	
Στ. απόκλιση:	0,14	0,14	0,20	0,20	0,19	0,19	0,18	0,18	0,16	0,16	0,15	0,15	

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

Πίνακας 4.2: Μέση σχετική σημασία των χαρακτηριστικών

	Τεχνολογικός εξοπλισμός	Επαγγελματική φήμη	Εγκαταστάσεις και ποιότητα υπηρεσιών φιλοξενίας	Πληροφόρηση για μαιευτήριο	Καθυστερήσεις στις επισκέψεις	Οικονομική επιβάρυνση
Μέσος:	0,116	0,313	0,172	0,129	0,161	0,109
Στ.απόκλιση:	0,253	0,020	0,054	0,049	0,026	0,091

Πηγή: Επεξεργασία δείγματος

Στο πίνακα 4.2 εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι αντίστοιχες σταθερές αποκλίσεις της συνολικής σημασίας (overall importance) κάθε χαρακτηριστικού. Προκύπτει ότι η επαγγελματική φήμη (0,313) είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό για το δείγμα, ακολουθούμενο από τις εγκαταστάσεις και ποιότητα υπηρεσιών φιλοξενίας (0,172), τις καθυστερήσεις στις επισκέψεις (0,161) και την πληροφόρηση για το μαιευτήριο (0,129).

3.6 Αποτελέσματα

Από την παραπάνω ανάλυση προέκυψαν τα εξής, ως προς τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Το 71,1% του δείγματος αφορούσε γυναίκες παραγωγικής ηλικίας από 21-40 ετών (41,5% μεταξύ 21-30 και 30,6% μεταξύ 31-40). Σαράντα και μια από τις γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας (13,6%) ήταν ηλικίας 20 ετών και κάτω. Ακόμα, οι μισές σχεδόν γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας (ποσοστό 45,2%), είχαν πλήρη απασχόληση, το 38,2% μερική και το 16,6% δεν εργαζόταν. Επιπλέον, οι μισές από τις γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας (168, ποσοστό 55,8%), είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 10 χιλ. Ευρώ. Περίπου το ένα τέταρτο (22,9%), είχαν οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 10.001 και 20.000 ευρώ., ενώ μόνο 7 (2,3%) είχαν εισόδημα πάνω από 40 χιλ. Για την εκπαίδευση παρατηρούμε ότι το 1/3 από τις γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας (96, ποσοστό 31,9%), έχει τελειώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 38,9% τριτοβάθμια και μεταπτυχιακή εκπαίδευση έχει κάνει το 19,3%. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που απάντησαν στην έρευνά μας, 176 στον αριθμό (ποσοστό 58,5%), βρέθηκε ότι είναι άγαμες. Το 58,5% των γυναικών (176 τον αριθμό) επρόκειτο να τεκνοποιήσει για πρώτη φορά. Το 1/3 σχεδόν (35,9%) είχε μέχρι δύο παιδιά και μόνο 4 (1,3%) είχαν πάνω από 4 παιδιά. Η πλειοψηφία (72,4%) των γυναικών δεν είχαν φυσιολογική κύηση και μόνο το 27,6% δεν

είχαν δυσκολίες. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες (64,3%) ζουν σε αστικές περιοχές, το 5,1% σε αγροτικές περιοχές, ενώ το 30,6% σε ημιαστικές περιοχές.

Μέσω της ανάλυση conjoint αξιολογήσαμε τις προτιμήσεις των γυναικών, ως προς τις ποιοτικές διαβαθμίσεις των διάφορων χαρακτηριστικών επιλογής του μαιευτηρίου. Η αξιολόγηση αυτή είναι χρήσιμη για τη βελτίωση της ποιότητας της υπηρεσίας, ώστε να προτιμάται περισσότερο. Πιο συγκεκριμένα, μέσω της conjoint analysis βρήκαμε ότι το profile (8^ο) είχε το υψηλότερο επίπεδο προτίμησης από τις γυναίκες. Οι γυναίκες αποκόμισαν υψηλότερη χρησιμότητα από την καλή επαγγελματική φήμη (0,25), τις μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις (0,17) και την ποιότητα των εγκαταστάσεων (0,10). Επιμέρους, η επαγγελματική φήμη (0,313) είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό για το δείγμα, ακολουθούμενο από τις εγκαταστάσεις και ποιότητα υπηρεσιών φιλοξενίας (0,172), τις καθυστερήσεις στις επισκέψεις (0,161) και την πληροφόρηση για το μαιευτήριο (0,129).

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έρχονται σε συμφωνία με παλιότερες έρευνες, που αφορούν τους λόγους που συνδράμουν για την επιλογή μεταξύ ιδιωτικών νοσοκομείων. Το πρώτο, με το μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των ερωτηθέντων, απάντησε «Εμπειρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού» (σχετίζεται με την επαγγελματική φήμη αλλά και την πληροφόρηση για το μαιευτήριο) με ποσοστό 29%, δεύτερη απάντηση με 15% «αμεσότητα εξυπηρέτησης» που σχετίζεται με τις καθυστερήσεις. Επιπρόσθετα, σε παλιότερη έρευνα, βρέθηκε ότι οι λόγοι επιλογής ιδιωτικού μαιευτηρίου έναντι δημοσίου, σύμφωνα με το 39%, είναι η «Αμεσότητα της εξυπηρέτησης», κυρίως λόγω των σοβαρών προβλημάτων στον δημόσιο τομέα, όπου παρατηρούνται φαινόμενα, όπως μεγάλος χρόνος αναμονής για εξέταση, μακροπρόθεσμα ραντεβού για την επίσκεψη σε ιατρούς. Επίσης, το 12,7% των ερωτώμενων απαντά «Εμπειρία του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού». Και αυτή η έρευνα έρχεται σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα, καθώς η αμεσότητα εξυπηρέτησης σχετίζεται με τις καθυστερήσεις, ενώ η εμπειρία του ιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με την επαγγελματική φήμη και την πληροφόρηση για το μαιευτήριο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα, ως καταναλωτές ή χρήστες υπηρεσιών, λαμβάνουν καθημερινά αποφάσεις που αφορούν αγαθά, τα οποία διαφοροποιούνται ως προς το βαθμό ποιότητας στα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Στη μελέτη μας εκτιμήσαμε τη σημασία που αποδίδουν οι υποψήφιες μητέρες στην ποιότητα, στην προσβασιμότητα και στο κόστος των μαιευτικών φροντίδων. Στη χώρα μας καταγράφεται, τα τελευταία χρόνια, μια σταθερή προτίμηση για τις ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες, που σε σύγκριση με τις μαιευτικές κλινικές των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., προσφέρουν υπηρεσίες με χαρακτηριστικά, στα οποία αποδίδουν μεγαλύτερη αξία και τις προτιμούν οι ελληνίδες υποψήφιες μητέρες. Καταγράψαμε τις σχετικές προτιμήσεις 301 γυναικών, που έκαναν χρήση μαιευτικών υπηρεσιών σε ιδιωτική μαιευτική μονάδα, που δραστηριοποιείται στην πόλη των Αθηνών και πραγματοποιήσαμε 301 αναλύσεις conjoint, μία για κάθε γυναίκα του δείγματος.

Περισσότερο από το 85,7% του δείγματος αφορούσε γυναίκες παραγωγικής ηλικίας, μέχρι 39 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, που απάντησαν στην έρευνά μας, είναι άγαμες, με ποσοστό 58,5% στην ίδια τιμή (58,5%) κυμαίνεται και το ποσοστό των γυναικών που επρόκειτο να τεκνοποιήσουν για πρώτη φορά, ενώ το 35,9% είχε μέχρι δύο παιδιά και μόνο το 1,3% είχε πάνω από 4 παιδιά. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων γυναικών 72,4% δεν είχαν φυσιολογική κύηση, ενώ μόνο το 27,6% δεν είχε δυσκολίες. Οι μισές περίπου από τις γυναίκες, ποσοστό 55,8%, είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 10.000€, το 22,9% είχαν οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 10.001 € και 20.000 € και μόνο 7 γυναίκες, δηλαδή το 2,3%, είχαν εισόδημα πάνω από 40.000 €. Παρατηρούμε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό 1,7% δεν έχουν τελειώσει την βασική εκπαιδευτική μόρφωση, ενώ το 38,9% έχουν λάβει ανώτατη τεχνολογική εκπαίδευση (Α.Τ.Ε.Ι.). Οι μισές σχεδόν γυναίκες, ποσοστό 45,2%, είχαν πλήρης απασχόληση, το 38,2% μερική και το 16,6% δεν εργαζόταν. Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες 64,3% ζουν σε αστικές περιοχές, το 5,1% σε αγροτικές περιοχές, ενώ το 30,6% σε ημιαστικές περιοχές.

Οι γυναίκες που απάντησαν στην έρευνά μας αποκομίζουν υψηλότερη χρησιμότητα από τις καλές εγκαταστάσεις και την καλή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας (0,12) των μαιευτηρίων. Ίδια χρησιμότητα (0,11) αποκομίζουν από την καλή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα και από την πληρότητα σε τεχνολογικό εξοπλισμό. Τα τρία αυτά χαρακτηριστικά, που αφορούν την ποιοτική διάσταση της μαιευτικής φροντίδας,

έχουν μεταξύ τους την ίδια σχεδόν χρησιμότητα για το δείγμα. Οι χρησιμότητες από τις λοιπές διαστάσεις της φροντίδας εμφανίζονται χαμηλότερες.

Συνολικά, η «Διαθεσιμότητα σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού στο μαιευτήριο» είναι το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό για το δείγμα (0,199), ακολουθούμενο από τη «Γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και την ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας» (0,182), σχεδόν εξίσου από την «Επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα» (0,178). Τα χαρακτηριστικά αυτά αντικατοπτρίζουν την κλινική και κοινωνική ποιότητα της μαιευτικής υπηρεσίας. Η σημασία που αποδίδεται από το δείγμα στα χαρακτηριστικά προσπελασιμότητας είναι η μικρότερη: για τη γεωγραφική πρόσβαση «Χρόνος μετάβασης στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο» είναι 0,133, ενώ για τη χρονική «Καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο» είναι μεγαλύτερη (0,151). Όσον αφορά την οικονομική επιβάρυνση «Οικονομική επιβάρυνση από τη αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου», η σημασία που αποδίδεται από το δείγμα μπορεί να εκτιμηθεί ως μεσαία (0,158).

Τα χαρακτηριστικά που εκτιμήσαμε στην «υποθετική» μαιευτική κλινική της μελέτης μας, τα επιλέξαμε γιατί προέκυψαν βάση της διερεύνησης των ιδιομορφιών της αγοράς μαιευτικών φροντίδων. Προέκυψε ότι η προσφορά των μαιευτικών φροντίδων, οι διαδικασίες πρόσβασης των γυναικών στους μαιευτήρες (με ό,τι αυτό περιλαμβάνει: ελευθερία επιλογής ιατρού, διαθεσιμότητα, χρόνο, εμπιστοσύνη, ασφάλεια, κόστος) διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην επιλογή παρόχου των υπηρεσιών αυτών. Λοιποί λόγοι, που μπορεί να αποτελούν κριτήριο επιλογής της ιδιωτικής κλινικής από τις εγκύους, είναι η φήμη της ίδιας της κλινικής για την άρτια οργάνωση της και την αποτελεσματικότητά της, αλλά και η φήμη του ιατρού, καθώς ο ιατρός κατευθύνει την πελατεία του προς το ιδιωτικό ίδρυμα, που ασκεί την ειδικότητά του. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή της εγκύου για ιδιωτική κλινική πρέπει να έχει και το είδος της ασφάλισής της και η ανταπόκριση στα έξοδα τοκετού.

Μπορούμε να υποθέσουμε ότι τα τρία χαρακτηριστικά που προηγούνται στα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της έρευνάς μας, για τη σχετική σημασία (relative importance) των χαρακτηριστικών της «υποθετικής» μαιευτικής φροντίδας, συνδέονται σημαντικά με την αποτελεσματικότητα της μαιευτικής φροντίδας και επομένως με την ποιότητά της. Αποκαλύπτεται λοιπόν ότι η ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας φαίνεται ότι παίζει το σημαντικότερο ρόλο στις επιλογές των γυναικών του δείγματος. Τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την πρόσβαση στις μαιευτικές υπηρεσίες εμφανίζονται

λιγότερο σημαντικά για το δείγμα, σε σχέση με αυτά της ποιότητας. Πάντως, η χρονική διάσταση της πρόσβασης, δηλαδή η αναμονή στο ιατρείο, εμφανίζεται να είναι σημαντική. Επομένως, η μικρότερη αναμονή έχει μεγαλύτερη αξία από τη γεωγραφική απόσταση. Όσον αφορά το κόστος της μαιευτικής φροντίδας, η συνολική της σημασία δεν είναι αμελητέα.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αρσενοπούλου Ι., (2001). *Η κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών*, στο «Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα», Επιμέλεια Ματσαγγάνης Μάνος, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Δαβού, Ε-Ε. και Κατοστάρα, Θ., (2006). *Η προτίμηση των Ελληνίδων σχετικά με την ηλικία του μαιευτήρα – γυναικολόγου των*, Περ. ΘΕΜΑΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ, τ. Κ, τευχ. 1, Αθήνα.

ICAP (2010). *Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Κλαδική μελέτη, Αθήνα.

ICAP (2011). *Οι κορυφαίοι κλάδοι της Ελληνικής οικονομίας*, Αθήνα.

Κελλαρτζής, Δ.Ι., (2008). *Εκτρώσεις στην εφηβεία*, Περ. ΘΕΜΑΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ, τ. 20, τευ. 4, Αθήνα.

Κολύνα, Σ., (2010). *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη του Καταναλωτή: παράγοντας διαφοροποίησης των προσωπικών αντιλήψεων στην πρόβλεψη των αγοραστικών αποφάσεων*, Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Μαρινάκη, Α., Τσικουδάκη, Ε., & Χανιαλάκη Δ.-Μ., (2010). *Καταγραφή απόψεων του νοσηλευτικού – μαιευτικού προσωπικού και επίτοκων μεταναστριών, σχετικά με την αντιμετώπιση τους κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε δημόσια μαιευτήρια*, ΑΤΕΙ Ηρακλείου

Ματσαγγάνης Μ., (2001). *Η αγορά φροντίδων υγείας*, στο «Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα», Επιμέλεια Ματσαγγάνης Μάνος, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Νιάκας Δ., (2001). *Ο τομέας των μαιευτικών υπηρεσιών*, στο «Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα», Επιμέλεια Ματσαγγάνης Μάνος, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Νταμπάκη, Χ., (2009). *Ικανοποίηση των πελατών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, 2009

Οικονόμου, Α., (2008). *Κοινωνικές, Οικονομικές και Επαγγελματικές Διαστάσεις στην Κατάσταση της Υγείας και στη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας των Μελών του Εργατικού Δυναμικού στις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Πατελάρου, Ε., (2007). *Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και προγεννητική χρήση υπηρεσιών υγείας, από έγκυες γυναίκες στο νομό ηρακλείου: Μια πιλοτική μελέτη*, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Ρήγα, Α.Β., Βασιλείου, Β., & Κριεκούκη, Μ., (2007). *Κοινωνικές αναπαραστάσεις για την μητρότητα*. Περ. ΘΕΜΑΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ, τ., 4, Εκδόσεις Καύκας, Αθήνα.

Σκαλκίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Φ., & Σκαλκίδης, Η., (2010). *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών*, περ. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ27, τεύχος 3, εκδ. Ιατρική Εταιρία Αθηνών.

Τζωρτζάκης, Κ., & Τζωρτζάκη Α., (2002). *Αρχές Μάρκετινγκ: Η Ελληνική προσέγγιση*, εκδ. Rosili, Αθήνα.

Τούντας, Ι., (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 2008

Χαδούλη, Ι., *Τα αγοραστικά κίνητρα της συμπεριφοράς του Έλληνα καταναλωτή*, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2007, Διπλωματική Εργασία.

Ξένη Βιβλιογραφία

Gabrysch, S., & Campbell, O., (2009). *Still to far to walk: Literature review of the determinants of th delivery service use*, *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 9, page 34-52.

Pomeroy, A., Koblinsky, M., & Alva, S., (2010). *Private Delivery Care in Developing Countries: Trends and Determinants*, DHS Working Papers No 76, ICF Macro, Calverto Maryland USA.

Seljeskog, L., Sundly, J., & Chimango, J., (2006), *Factors Influencing Women's Choice of Place of Delivery in Rural Malawi-An explorative study*, African journal of reproductive health Vol. 10, No 3. Benin City Nigeria.

Thaddeus, S., & Maine, D., (1994). *To far to walk: maternal mortality in context*, Social Science & Medicine, Vol. 38. No. 8, pp. 1091-1110, Elsevier Science Ltd.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**1. ΗΛΙΚΙΑ**

α	β	Γ	δ	ε
>20	<=20	<=30	<=40	<=50

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

α	β	γ
Πλήρη απασχόληση	Μερική απασχόληση	Άνεργη

3. ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

α	β	γ	δ	ε
>10.000 €	<=10.000 €	<=20.000 €	<=30.000 €	<=40.000 €

4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

α	β	γ	δ	ε
Καμία εκπαίδευση	ΥΕ	ΔΕ	ΤΕ, ΠΕ	Ανώτατη

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

α	β
Έγγαμη	Ανύπαντρη

6. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ

α	β	γ	δ	ε
0	1	2	3	<=4

7. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ

α	β
Με επιπλοκές	Χωρίς επιπλοκές

8. ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

α	β	γ
Αστική	Ημιαστική	Αγροτική

Επεξηγητική Σημείωση: διαβάστε προσεκτικά το κάθε ένα προφίλ (profile) και σημειώστε στο κάτω μέρος κάθε σελίδας εκ των εννέα (9) profile, την άποψή σας

PROFILE. (1^ο)

- α) Μαιευτήριο πλήρως εξοπλισμένο με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Κακή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Κακή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και κακή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Καθόλου πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μεγάλες καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Μεσαία οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
1 ^ο			

PROFILE. (2^ο)

- α) Μαιευτήριο πλήρως εξοπλισμένο με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Άγνωστη επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Κακή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και κακή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Καθόλου πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Χαμηλή οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
2 ^ο			

PROFILE. (3^ο)

- α) Μαιευτήριο πλήρως εξοπλισμένο με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Κακή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Κακή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και κακή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Αρκετή πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μεγάλες καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Χαμηλή οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
3 ^ο			

PROFILE. (4^ο)

- α) Μαιευτήριο πλήρως εξοπλισμένο με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Κακή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Καλή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και καλή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Αρκετή πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Μεσαία οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
4 ^ο			

PROFILE. (5^ο)

- α) Μαιευτήριο με βασικές ελλείψεις στον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Κακή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Κακή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και κακή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Αρκετή πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε). Μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Χαμηλή οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
5 ^ο			

PROFILE.6

- α) Μαιευτήριο με βασικές ελλείψεις στον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Κακή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Καλή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και καλή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Καθόλου πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Χαμηλή οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
6 ^ο			

PROFILE.7

- α) Μαιευτήριο με βασικές ελλείψεις στον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Άγνωστη επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Καλή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και καλή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Καθόλου πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μεγάλες καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Μεσαία οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
7 ^ο			

PROFILE. (8^ο)

- α) Μαιευτήριο πλήρως εξοπλισμένο με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Άγνωστη επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Καλή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και καλή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Καθόλου πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μικρές καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Χαμηλή οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
8 ^ο			

PROFILE. (9^ο)

- α) Μαιευτήριο με βασικές ελλείψεις στον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό
- β) Κακή επαγγελματική φήμη του μαιευτήρα
- γ) Καλή γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του μαιευτηρίου και καλή ποιότητα των υπηρεσιών φιλοξενίας
- δ) Αρκετή πληροφόρηση για το μαιευτήριο
- ε) Μεγάλες καθυστερήσεις στις επισκέψεις στο μαιευτήρα και στο μαιευτήριο
- στ) Χαμηλή οικονομική επιβάρυνση από την αμοιβή του μαιευτήρα και την αποζημίωση του μαιευτηρίου

PROFILE	ΚΑΚΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΛΟ
9 ^ο			