

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΜΟΥΤΣΟΓΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΜΠΟΥΡΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κος ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Ευχαριστούμε θερμά τον υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μας εργασίας και ιατρό εργασίας κύριο Ι. Δετοράκη για την πολύτιμη συμβολή του, το διεπιστημονικό συνεργάτη της έρευνας και λέκτορα ιατρικής της εργασίας κύριο Ε. Αλεξόπουλο που συντέλεσε ουσιαστικά στη διεκπεραίωση της, το διοικητή και πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Π.Γ.Ν.Π. κύριο Γ. Λιασσή για την έγκριση της άδειας για την έρευνα, τον προϊστάμενο της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Π.Π.Γ.Ν.Π. κύριο Π. Πανταζάκα για τη συνεχή του υποστήριξη και παρότρυνση καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, τον προϊστάμενο του τμήματος επιστασίας του Π.Π.Γ.Ν.Π. κύριο Γ. Βλαχάκη και το διοικητικό προσωπικό για την αποδοχή τους και τις χρήσιμες πληροφορίες που μας καταχώρησαν.

Θέλουμε να εκφράσουμε τη βαθιά μας ευγνωμοσύνη στους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα παρά τις αντίξοες συνθήκες και τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους, καθώς χωρίς τη δική τους συγκατάθεση η εργασία αυτή δεν θα είχε πραγματοποιηθεί, στις οικογένειές μας για την υπομονή και τον αγώνα που κάνανε για να μας στηρίξουν, στους φίλους μας για την ηθική υποστήριξη και την προσωπική συμβολή τους και ιδιαίτερα στο Β. Κυρκίνη για τη βοήθεια που παρείχε σε τεχνικο-λειτουργικά θέματα του υπολογιστή και δακτυλογραφήσεις.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1.1. Ορισμός της υγείας.....	7
1.2. Ορισμός της ασθένειας.....	7
1.3. Ορισμός της υγειονομικής περίθαλψης.....	8
1.4. Σύστημα Υγείας	9
1.5. Τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης.....	11
1.6. Η Συνεργασία στη Φροντίδα Υγείας	15
1.7. Δείκτες υγείας.....	16
1.8. Παράγοντες που προάγουν την υγεία.....	18

2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Χαρακτηριστικά του κλάδου υγείας στην Ελλάδα.....	22
2.2. Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου.....	26
2.3. Ποιότητα στην υγεία.....	27
2.4. Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	29
2.5. Η Οργάνωση των Νοσοκομείων.....	32
2.6. Σύγκρουση ανάμεσα σε δύο υποστάσεις.....	33
2.7. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας.....	34

3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

3.1. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών.....	40
3.2. Επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή.....	41
3.3. Νοσηλευτική Φροντίδα.....	43
3.4. Επάρκεια και κατάρτιση νοσηλευτών.....	45
3.5. Ψυχολογία ασθενών.....	46
3.6. Η επιρροή του τμήματος εισαγωγής.....	49
3.7. Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτή.....	50
3.8. Δικαιώματα και Υποχρεώσεις ασθενών.....	51
3.9. Ιατρική Ευθύνη.....	54

3.10. Νοσηλευτική Ευθύνη.....	56
4. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	
4.1. Διεθνείς τάσεις.....	59
4.2. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη.....	60
4.3. Πολιτική υγείας.....	62
4.4. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη σύγχρονη κοινωνία.....	64
4.5. Παραδοσιακά Συστήματα υγείας.....	66
4.6. Πρότυπα Υγείας οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων.....	67
4.7. Συγκριτική ανάλυση Συστημάτων Υγείας.....	68
4.8. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική..	72
4.9. Η Ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα.....	74
4.10. Η ενημέρωση των ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους.....	77
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
5.1. Σκοπός της έρευνας.....	79
5.2. Υλικό και μέθοδος.....	79
5.3. Ερευνητική υπόθεση.....	84
5.4. Περιορισμοί έρευνας.....	84
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
6.1. Περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	86
6.2. Μονοπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων.....	138
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	
7.1. Συμπεράσματα.....	167
7.2. Συζήτηση.....	170
7.3. Προτάσεις.....	182
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	183
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	195

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη μελέτη αφορά την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας του Π.Π.Γ.Ν.Π. και συγκεκριμένα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Ο κινητήριος μοχλός για την εργασία αυτή ήταν τα βιώματα που αποκομίσαμε από την εξάμηνη πρακτική μας άσκηση στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου του Π.Π.Γ.Ν.Π. που σχετίζονται με τις ανάγκες των νοσηλευομένων σε συνδυασμό με τις αδυναμίες που παρουσιάζει (το νοσοκομείο και γενικότερα) το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ένας ακόμη παράγοντας που μας ώθησε στη διερεύνηση αυτού του θέματος, ήταν ότι το νοσοκομείο είναι Πανεπιστημιακό και υπάρχει πληθώρα ιατρών, νοσηλευτών και άλλων φοιτητών, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να υποβάλλονται σε πληθώρα εξετάσεων και γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Η γενικότερη αίσθηση των ασθενών και συνοδών ήταν η αγανάκτηση με την επικρατούσα κατάσταση αλλά και η υπομονή, ο συμβιβασμός, με την ελπίδα ότι έστω και υπό αντίξοες συνθήκες θα υπήρχε βελτίωση στην κατάσταση της υγείας των ασθενών.

Η γενικότερη αίσθηση των επαγγελματιών ήταν η απογοήτευση, η νευρικότητα, η εξάντληση και από ένα σημείο και έπειτα η απάθεια καθώς είναι πολλά τα προβλήματα που είναι άλυτα όσον αφορά την ουσιαστική αποκατάσταση των ασθενών με αποτέλεσμα οι πρώτοι να εμμένουν στατικά στην αναγκαστική μη βοήθεια των τελευταίων.

Αποφασίσαμε, λοιπόν, να εκπονήσουμε την εργασία αυτή διότι μας ενδιέφερε να διερευνήσουμε αναλυτικά τους λόγους από τους οποίους απορρέει η γενική αυτή δυσαρέσκεια από την άποψη των ασθενών και να τους παραθέσουμε με στατιστικά δεδομένα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρακάτω παρουσιάζεται η μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευομένων ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικές του Π.Π.Γ.Ν.Π. Η μελέτη περιλαμβάνει θεωρητικό και ερευνητικό μέρος.

Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την υγειονομική περίθαλψη και αναφέρεται στους ορισμούς της υγείας, της ασθένειας και της υγειονομικής περίθαλψης. Στη συνέχεια αναλύονται στα υποκεφάλαια το σύστημα υγείας, τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης και η σημασία της συνεργασίας στη φροντίδα, οι δείκτες υγείας και οι παράγοντες που την προάγουν.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του κλάδου υγείας στην Ελλάδα, τις ιδιαιτερότητες του κλάδου, την ποιότητα στην υγεία και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την οργάνωση των νοσοκομείων και τις εσωτερικές συγκρούσεις που υπάρχουν και τέλος το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο σκιαγραφείται η ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Περιλαμβάνει τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, την επικοινωνία μεταξύ ιατρού–ασθενούς, τη νοσηλευτική φροντίδα, την επάρκεια και κατάρτιση των νοσηλευτών, την ψυχολογία των ασθενών και την επιρροή του τμήματος εισαγωγής. Τέλος, αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτή και παραθέτει νομοθεσίες που αφορούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών, και τις ιατρικές και νοσηλευτικές ευθύνες.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους, γίνεται λόγος για τις σύγχρονες διεθνείς τάσεις και την ελληνική πραγματικότητα. Παρουσιάζονται οι διεθνείς τάσεις και οι δείκτες υγείας στην Ευρώπη, η πολιτική υγείας και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη σύγχρονη κοινωνία. Έπειτα, γίνεται ανάλυση των παραδοσιακών συστημάτων υγείας και των προτύπων υγείας οργάνωσης και διοίκησης, καθώς και

συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας και τέλος παραθέτονται ερευνητικές μελέτες ικανοποίησης ασθενών στην Ελλάδα.

Τα θέματα αυτά επιλέχθηκαν κατόπιν μελέτης σχετικής βιβλιογραφίας μέσα από ένα ευρύ φάσμα αναφορών στο συγκεκριμένο θέμα αλλά και γενικότερα σε θέματα υγείας.

Το ερευνητικό μέρος, αναφέρεται στο σκοπό της έρευνας και στη μεθοδολογία της. Περιλαμβάνει τα αποτελέσματα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Π.Π.Γ.Ν.Π. όσον αφορά την αξιολόγηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, συμπεράσματα, συζήτηση, πίνακες-διαγράμματα και προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

1.1. Ορισμός της υγείας

Υγεία είναι η φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού στην οποία παρατηρείται πλήρης σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία. Αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα αγαθά και θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου. Η επίδραση του περιβάλλοντος και των βιοτικών συνθηκών στην ανθρώπινη υγεία, καθώς και τα μέτρα που πρέπει να παίρνονται για την προστασία της και την προφύλαξη από διάφορες παθήσεις αποτελεί αντικείμενο μελέτης ενός ιδιαίτερου κλάδου της ιατρικής, της Υγιεινής. Η εξασφάλιση του υψηλότερου επιπέδου υγείας εξαρτάται από την ομαλή συνεργασία κρατών και ατόμου. Για το λόγο αυτό ιδρύθηκε από το 1941 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, της οποίας το καταστατικό υπογράφηκε από 61 κράτη. Κύριος σκοπός της οργάνωσης αυτής είναι η βελτίωση της υγείας των λαών ανεξάρτητα από κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.¹

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας** (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.²

1.2. Ορισμός της ασθένειας

Ο όρος ασθένεια (illness) αναφέρεται σε μια "μη υγιεινή κατάσταση του σώματος" και περιλαμβάνει μια υποκειμενική προσέγγιση της δυσφορίας (feeling unwell) του ατόμου.

Η ασθένεια (illness) δεν είναι μια απλή κατάσταση των ατόμων αλλά μια κοινωνική διαδικασία συνοδευόμενη από ένα ειδικό τύπο συμπεριφοράς, γνωστής ως συμπεριφορά ασθένειας (illness behaviour). Έχουν διατυπωθεί αρκετές απόψεις

(θεωρίες) σχετικά με αυτή τη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει διάφορα στάδια μέσα από τα οποία περνά ο ασθενής. Σύμφωνα με αυτές, το άτομο, μετά την παρατήρηση των συμπτωμάτων της ασθένειας του, αποδέχεται τον ρόλο του ασθενούς (sick role) βλέποντας τους κοινωνικούς του ρόλους να περιορίζονται, αναζητά βοήθεια από το γιατρό και τελικά ενδύεται τον ρόλο του αρρώστου (patient).³

Τον τελευταίο καιρό αρχίζει να προβάλλεται στη σχετική βιβλιογραφία ένα καινούριο μοντέλο ερμηνείας της ασθένειας. Η Υγεία εμφανίζεται σαν μια ολότητα, και η ασθένεια σαν μια προειδοποίηση για αλλαγή του τρόπου ζωής («holistic health movement»).

Έτσι, η διαδεδομένη ερμηνεία της ασθένειας, ως «εχθρού» που «εισβάλλει» στον ανθρώπινο οργανισμό, φαίνεται ότι δεν επαρκεί αλλά είναι ένα σήμα κινδύνου, ότι κάτι δεν πάει καλά στη γενική ισορροπία του οργανισμού και μια προσπάθεια του οργανισμού να επαναφέρει την αρμονία του συστήματος (F.TEEGEN, 1983).⁴

1.3. Ορισμός της υγειονομικής περίθαλψης

Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει, την πρόληψη, τη θεραπεία, καθώς και την διαχείριση των ασθενειών, την προστασία της ψυχικής και σωματικής ευεξίας μέσω των υπηρεσιών που προσφέρονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και γενικότερα από τους επαγγελματίες υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη αγκαλιάζει το σύνολο των αγαθών και των υπηρεσιών που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της θεραπευτικής και της παρηγορητικής παρέμβασης, είτε απευθύνονται σε άτομα ή σε πληθυσμούς. Η οργανωμένη παροχή των εν λόγω υπηρεσιών μπορεί να αποτελέσει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.⁵

1.4. Σύστημα Υγείας

Σύστημα υγείας είναι ένα θεσμικά οργανωμένο σύστημα για έναν δεδομένο πληθυσμό, του οποίου η χρηματοδότηση, η διοίκηση, η αποστολή και οι επιμέρους υπηρεσίες, καθορίζονται μέσω της νομοθεσίας και άλλων επίσημων κειμένων και διατάξεων. Το σύστημα διασφαλίζει υπηρεσίες οι οποίες αποσκοπούν στην βελτίωση της υγείας και παρέχονται στον πληθυσμό, σε συγκεκριμένους χώρους, όπως κατ' οίκον, σε ακαδημαϊκά ιδρύματα, εργασιακούς χώρους, δημόσιους χώρους, στην κοινότητα, σε νοσοκομεία και κλινικές (Πηγή: WHO, 1998a).⁶

Υπάρχουν τρία κύρια συστήματα φροντίδας υγείας:

1. Συστήματα φροντίδας υγείας αμιγώς ιδιωτικής πρωτοβουλίας.
2. Δημόσια συστήματα φροντίδας υγείας.
3. Συστήματα φροντίδας υγείας κυρίως ιδιωτικής πρωτοβουλίας με υπολειμματικό δημόσιο τομέα.⁷

Το ΕΣΥ παρουσιάζει σοβαρές δυσλειτουργίες και δεν μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών, ούτε και στις προσδοκίες των λειτουργών του. Πολλά τα αίτια, μεταξύ των άλλων ο κακός τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και διοίκησης. Οι απαιτήσεις που συνεχώς αναδύονται καθιστούν τη μεταρρύθμισή του αναγκαία, ακόμα και για την ίδια την επιβίωσή του.

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α.⁸

Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές μονό μια ή δυο φορές το χρόνο.

Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους.

- Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν
- Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας και
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.⁸

Στη χώρα μας, ο όρος ΕΣΥ έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στο Νόμο 1397/Φ.43Α/7.10.83. Στα χρόνια που μεσολάβησαν μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως αρκετοί ακόμα νόμοι για το ΕΣΥ.

Παρ' όλες τις προσπάθειες για την «εφαρμογή», την «ανάπτυξη», την «αποκατάσταση», τον «εκσυγχρονισμό» και τη «συμπλήρωση» της νομοθεσίας για το ΕΣΥ, οι γενικοί γιατροί, που αποτελούν (κατά την προσφιλή έκφραση των Βρετανών γενικών γιατρών) την ατμομηχανή της αμαξοστοιχίας του βρετανικού ΕΣΥ –δηλαδή, του συστήματος υγείας που επιχείρησε να μιμηθεί το δικό μας ΕΣΥ- εξακολουθούν να μένουν παραγκωνισμένοι έξω από το σύστημα. Ο λόγος είναι απλούστατα ότι δεν υπάρχει παράδοση δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και έτσι από τους κυβερνώντες, το κοινό, αλλά και τον ευρύτερο ιατρικό κόσμο οι έννοιες «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» και «γενικός γιατρός» συλλαμβάνονται ως προϊόντα της διάνοιας μάλλον, παρά ως μέρος συγκεκριμένης πραγματικότητας.⁷

Ο ορισμός του Royal Australian College of General Practitioners για τη Γενική Ιατρική κάνει σαφές το ότι η Γενική Ιατρική αποτελεί «συνιστώσα του συστήματος φροντίδας υγείας».⁷

1.5. Τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης

Στο θεραπευτικό τομέα, υπάρχουν διάφορες μορφές ιατρικής περίθαλψης. Μπορεί να θεωρηθεί γενικά ότι αποτελούν μία πυραμιδική δομή, με τρεις βαθμίδες που αντιπροσωπεύουν τον αυξανόμενο βαθμό εξειδίκευσης και τεχνικής πολυπλοκότητας. Το πρώτο επίπεδο αντιπροσωπεύει την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ή πρώτη επαφή φροντίδας, κατά την οποία οι ασθενείς έχουν την αρχική τους επαφή με το σύστημα υγείας.⁹

A) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθορίστηκε το 1978 με την διακήρυξη της «Άλμα-Άτα». Σύμφωνα με τη διακήρυξη αυτή αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας.¹⁰

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που παρέχονται από τη Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας και αφορούν την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, παρακολούθηση, καθώς και αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων ενός σαφώς οριζόμενου πληθυσμού.¹¹

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως προκύπτει από τον παρατιθέμενο ορισμό της, απαιτεί ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας για να λειτουργήσει η Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας. Η ομάδα υγείας απαρτίζεται κυρίως από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και κατά περίπτωση από άλλους επαγγελματίες υγείας που ως σκοπό της εργασίας τους έχουν την ολοκληρωμένη και αποτελεσματική φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους.¹⁰

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, οι απαραίτητοι γιατροί δεν είναι άλλοι από τους εξειδικευμένους στη Γενική Ιατρική. Ο περιορισμένος σήμερα αριθμός τους μπορεί να αυξηθεί σημαντικά με ένα πρόγραμμα μεσοπρόθεσμης παρέμβασης στην εκπαίδευση, ώστε να αυξηθούν οι γιατροί Γενικής Ιατρικής εις βάρος άλλων ειδικοτήτων που παρουσιάζουν ήδη υπερκορεσμό.¹²

Ένας από τους πιο εύστοχους ορισμούς της Γενικής Ιατρικής είναι αυτός που έχει προταθεί από το Royal Australian College of General Practitioners. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, «Γενική Ιατρική είναι εκείνη η συνιστώσα του συστήματος φροντίδας υγείας που προσφέρει αρχική, συνεχιζόμενη, πλήρη και συντονισμένη ιατρική φροντίδα για όλα τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες και που απαρτιώνει τις τρέχουσες βιοϊατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αντιλήψεις για την υγεία». Εξ άλλου, η American Academy of Family Physicians ορίζει ότι η Οικογενειακή Ιατρική «...είναι προσωποποιημένη φροντίδα που εμπεριέχει μια μοναδική αλληλεπίδραση και επικοινωνία ανάμεσα στον άρρωστο και το γιατρό».⁷

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από τέσσερις φορείς:

- (α) Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών τους ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και το ΕΚΑΒ.
- (β) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν (κυρίως το ΙΚΑ) και των συμβεβλημένων ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων.
- (γ) Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία.

(δ) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα.¹³

Φαρμακευτική φροντίδα παρέχεται από τους κοινωνικούς πόρους με ποσοστό συμμετοχής 25% για το κόστος του φαρμάκου, με εξαιρέσεις αυτές που έχουν σχέση με την σοβαρότητα της νόσου και την κοινωνικο-οικονομική θέση του ασφαλισμένου η οποία πέφτει σε υποκατηγορίες από το καθόλου έως και δέκα τοις εκατό συμμετοχή.

Ο τεμαχισμός της παροχής πρωτογενής φροντίδας υγείας και οι παραλλαγές στις υπηρεσίες που καλύπτονται από τους πόρους κοινωνικής ασφάλισης αναφέρεται ως η πρωτογενής αιτία η οποία έχει συμβάλλει στις υπάρχουσες αδικίες στην φροντίδα υγείας και τη χαμηλή ικανοποίηση με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, αναφερόμενο από τον Ελληνικό πληθυσμό.^{14,15}

Σε πολλές χώρες, κύριος φορέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ο Γενικός Ιατρός (General Practitioner), ειδικευμένος στη γενική ιατρική. Άλλες ονομασίες για το γενικό ιατρό είναι ο Οικογενειακός Ιατρός (Family Doctor) ή Προσωπικός Ιατρός (Personal Doctor).¹⁶

B) Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η νοσοκομειακή περίθαλψη (hospital care) που παρέχεται στα νοσοκομεία είναι γνωστή και ως Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Secondary Health Care). Πολύ εξειδικευμένη νοσοκομειακή φροντίδα περίθαλψης, που απαιτεί αντίστοιχο επίπεδο γνώσεων και μέσων, και παρέχεται σε συγκεκριμένα νοσοκομεία, είναι γνωστή ως Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Tertiary Health Care). Τελευταία, που η εξειδίκευση στη θεραπευτική ιατρική σημειώνει άλματα, σε κάποια νοσοκομεία παρέχεται φροντίδα, που κάποιοι ονομάζουν Τεταρτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.¹⁶

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τρεις φορείς:

- i. Τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια του ΕΣΥ και την ευθύνη για την διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος.
- ii. Τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ λοιπά μη κερδοσκοπικά).
- iii. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές επιχειρήσεις.¹⁷

Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνολογίας υπηρεσιών υγείας.¹⁷

Στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας η πρόσβαση των πολιτών δεν υπόκειται σε διοικητικούς ή οργανωτικούς φραγμούς και παρά την κυριαρχία του δημόσιου τομέα και την ανάπτυξη των υποδομών, παρατηρείται μια ασυμβατότητα ανάμεσα στις δυνατότητες της προσφοράς και στην ζήτηση υπηρεσιών, ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα. Επίσης, δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη ή εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι και η νοσηλεία ημέρας.¹⁸

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2519/97 προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η κάλυψη των θέσεων των γενικών διευθυντών νοσοκομείων και η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, μέτρα τα οποία αποτελούν θετικά βήματα για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων. Εκτός αυτού, η σύσταση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και η κατασκευή νέων πανεπιστημιακών και νομαρχιακών νοσοκομείων συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών.¹⁷

1.6. Η Συνεργασία στη Φροντίδα Υγείας

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η ομαδική εργασία, όμως, αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη όπως θα συζητηθεί και στη συνέχεια. Η Διακήρυξη του ΠΟΥ στην Άλμα-Άτα το 1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας.¹⁷

Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων συνεργασίας. Έτσι, το απολύτως ιατροκεντρικό σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών, αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας.¹⁷

Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διάφορων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λπ.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως

περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών.¹⁷

Επιπλέον, απαραίτητες διαστάσεις κάθε συστήματος υγείας είναι η Εκπαίδευση, η οποία προετοιμάζει τους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για το ρόλο που θα παίξουν, αλλά και η Υγιεινή της Εργασίας που από τη μια πλευρά έχει ως σκοπό να εξασφαλίζει καλύτερες και ασφαλέστερες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας, αλλά και από την άλλη να συμπληρώνει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται από το σύστημα υγείας για κάθε εργαζόμενο μέλος μιας οργανωμένης κοινωνίας.¹⁷

1.7. Δείκτες υγείας

Η υγεία αποτελεί πρώτιστο ατομικό και κοινωνικό αγαθό και κάθε ευνομούμενη πολιτεία οφείλει να λάβει μέτρα για την πρόληψη, προαγωγή και αγωγή υγείας για την πλειοψηφία των πολιτών της. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης υγείας του πληθυσμού, με τη βοήθεια των δεικτών υγείας, και η αναγνώριση των βασικών προβλημάτων υγείας, με τελικό σκοπό την ανάληψη συγκεκριμένων στρατηγικών παρέμβασης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους.¹⁹

Οι «προσδιοριστές» της υγείας είναι: το εισόδημα και κοινωνική θέση, η εκπαίδευση, το φυσικό περιβάλλον, τα κοινωνικά δίκτυα, ο τρόπος ζωής, τα ατομικά γενετικά χαρακτηριστικά, το φύλο, και τέλος, οι υπηρεσίες υγείας.²⁰

Οι επιστήμονες διαμόρφωσαν κοινά αποδεκτούς δείκτες αποτύπωσης της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Αυτοί είναι οι δείκτες θετικής υγείας και αρνητικής υγείας. Οι πρώτοι περιλαμβάνουν αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες. Οι αντικειμενικοί είναι α) ο δείκτης γεννητικότητας, δηλαδή το ποσοστό των γεννήσεων, και β) το προσδόκιμο επιβίωσης, δηλαδή τα αναμενόμενα έτη ζωής ενός ατόμου κάτω από

φυσιολογικές συνθήκες, ενώ οι υποκειμενικοί είναι α) η ευεξία του ατόμου και β) η ποιότητα ζωής. Αυτή αξιολογείται με διάφορες μεθόδους, όπως η QALY (έτη ζωής με βάση την ποιότητα) και η WHOQOL (ποιότητα ζωής από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), που περιλαμβάνει στοιχεία όπως η σωματική υγεία, η ψυχική ικανοποίηση, η ανεξαρτησία, η ασφάλεια, η οικονομική θέση, οι κοινωνικές σχέσεις κάθε ατόμου κ.ά. Ακριβή στοιχεία σε πανελλήνιο επίπεδο για αυτούς τους δείκτες δεν είναι εύκολο να συλλεχθούν, ενώ μόνο μικρές μελέτες σε σχέση με τους δείκτες αυτούς και το σύστημα υγείας έχουν διεξαχθεί. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, το 67% του πληθυσμού δεν είναι ικανοποιημένο από το σημερινό σύστημα υγείας. Από την άλλη πλευρά, οι δείκτες αρνητικής υγείας περιλαμβάνουν τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας κάθε χώρας.¹⁹

Σύμφωνα με τους δείκτες υγείας τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, μεγαλύτερη συχνότητα λοιμώξεων και κακή στοματική υγιεινή. Εντούτοις προσφεύγουν σπανιότερα στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σπάνια είναι αποδέκτες των προγραμμάτων πρόληψης. Επιπλέον το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η μη δυνατότητα πρόσβασης στους εκπαιδευτικούς μηχανισμούς, η έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους επιβαρύνουν την κατάσταση.²¹

Βέβαια, πολλοί πολίτες προτιμούν την άμεση θεραπεία από την πρόληψη και από τα μέτρα υγιούς συμπεριφοράς, γιατί έχουν εθιστεί σε έναν τρόπο ζωής και δεν μπορούν ή δεν επιθυμούν την αλλαγή, ακόμα και εάν αυτή συνοδεύεται από μακροχρόνια οφέλη για την υγεία τους. Ωστόσο, κάθε πολιτεία οφείλει να επενδύσει σε αυτά τα μέτρα, γιατί επιφέρουν οριστικά αποτελέσματα και περιορίζουν αισθητά το κόστος, καθώς μειώνουν την επίπτωση των παραπάνω χρόνιων και δαπανηρών για το σύστημα υγείας παθήσεων και αυξάνουν τη συνολική ποιότητα ζωής του ατόμου, γεγονός που δεν μπορεί να επιτευχθεί στον ίδιο βαθμό με κανένα φάρμακο ή καμία ιατρική τεχνολογία, ενώ συγχρόνως είναι προσιτά και σε όλες τις κοινωνικές ομάδες.¹⁹

1.8. Παράγοντες που προάγουν την υγεία

A) Πρόληψη

Η πρόληψη εκφράζει τις προσπάθειες των λειτουργών της υγείας να προλάβουν την εκδήλωση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειες τους για το άτομο, την κοινωνία, και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Η πρόληψη είναι μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει τρία στάδια:²¹

α) Πρωτογενής: αναφέρεται στα μέτρα που λαμβάνονται για τη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου, δηλαδή της συχνότητας εμφάνισης νέων περιστατικών σε έναν υγιή πληθυσμό. Εδώ ανήκουν ο έλεγχος του περιβάλλοντος, δηλαδή των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, όπως η μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, του θορύβου και του άγχους, η προώθηση υγιών διατροφικών προτύπων, η ελαχιστοποίηση των βλαπτικών παραγόντων, όπως το κάπνισμα και οι διάφοροι προληπτικοί εμβολιασμοί που αποτρέπουν την εμφάνιση μιας συγκεκριμένης μολυσματικής ασθένειας. Η μέθοδος αυτή σχετίζεται άμεσα με την αγωγή υγείας, καθώς προϋποθέτει εκπαίδευση και ενεργητική συμμετοχή των πολιτών.¹⁹

β) Δευτερογενής: συνίσταται στα μέτρα μείωσης του επιπολασμού μιας νόσου, δηλαδή της διάρκειας εμφάνισης μιας πάθησης, πριν αυτή εκδηλώσει συμπτώματα, όπως η υπέρταση. Στο σημείο αυτό η έγκαιρη διάγνωση προλαμβάνει την εκδήλωση μακροπρόθεσμων επιπλοκών, όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή ανεπάρκεια και η στεφανιαία νόσος.¹⁹

γ) Τριτογενής : στοχεύει στη μείωση του επιπολασμού της χρόνιας ανικανότητας ή των υποτροπών της στον πληθυσμό, προσφέροντας προγράμματα αποκατάστασης και επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης.²¹

Εδώ ανήκει η προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων μετά από τροχαίο ατύχημα ή εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και η σταδιακή ενεργοποίηση των

ικανοτήτων εργασίας και της αυτονομίας σε αλκοολικούς ή ψυχικά ασθενείς μετά την αποθεραπεία τους.¹⁹

B) Προαγωγή Υγείας

Για την αντιμετώπιση των σύγχρονων προκλήσεων και απαιτήσεων, ο ΠΟΥ θεσμοθέτησε το 1986, με τη Διακήρυξη της Οτάβας, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion), που αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία, καθώς και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.²²

Η προαγωγή αποβλέπει στην ανάπτυξη της θετικής υγείας, δηλαδή στην παρουσία ευεξίας και σωματικής υγείας και παράλληλα στην πρόληψη της αρνητικής υγείας, δηλαδή στην μειωμένη εμφάνιση και παθογένεια των ασθενειών στον πληθυσμό. Είναι γνωστό ότι για να εκδηλωθεί μια ασθένεια πρέπει να συνυπάρχει είτε διαταραχή του γενετικού υλικού είτε δυσμενής επίδραση του περιβάλλοντος είτε και τα δυο. Με τον όρο περιβάλλον, μεταξύ άλλων, εννοούμε τους οικονομικούς, εκπαιδευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά κάθε ατόμου και στους οποίους απευθύνονται τα μέτρα προαγωγής υγείας. Ειδικότερα, τα άτομα που ανήκουν σε οικονομικά ανώτερη κατηγορία εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα υγείας και αντιμετωπίζουν πιο άμεσα και αποτελεσματικά τις διάφορες παθήσεις, γιατί έχουν τη δυνατότητα επιλογής πιο καταξιωμένων ιατρών, μπορούν να αγοράσουν όλα τα σχετικά φάρμακα και έχουν πρόσβαση σε πιο οργανωμένα κέντρα διάγνωσης και θεραπείας. Τα ίδια ισχύουν και για το μορφωτικό επίπεδο, καθώς αυτοί που βρίσκονται σε υψηλή κλίμακα είναι πιο ευαισθητοποιημένοι και ενημερωμένοι και αναγνωρίζουν έγκαιρα ορισμένα προειδοποιητικά συμπτώματα. Εξάλλου, η προαγωγή υγείας συνδέεται με πολιτιστικούς παράγοντες, γι' αυτό και αποβλέπει στη διαμόρφωση φιλικής προς την υγεία πολιτισμικής συμπεριφοράς, όπως η μεσογειακή διατροφή και η δημιουργία ψυχικά αυτοδύναμων χαρακτήρων, μέσω ψυχολογικής υποστήριξης και άρσης του απομονωτισμού των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, ώστε να περιορίσει φαινόμενα

ανθυγιεινής συμπεριφοράς που παρατηρούνται με την περιθωριοποίηση σε αυτές τις ομάδες.¹⁹

Τα μέτρα που αναλαμβάνει η προαγωγή υγείας είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και η βελτίωση των παραγόντων που ασκούν επίδραση στη διαμόρφωση της υγείας.²²

Ο δεύτερος βασικός στόχος της Προαγωγής Υγείας, η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, είναι το αντικείμενο της Αγωγής Υγείας. Η Αγωγή Υγείας αποτελεί συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα και όχι απλώς ενημέρωση σε θέματα υγείας όπως συνέβαινε κατά το παρελθόν. Το σύγχρονο αυτό περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας τήν καθιστά αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της Προαγωγής Υγείας, αλλά και ουσιαστική συνιστώσα της θεραπευτικής διαδικασίας και της σωστής χρήσης και αξιοποίησης των υπηρεσιών υγείας.¹⁹

Γ) Αγωγή υγείας

Έχει προταθεί ότι για την πρόληψη της κακής υγείας και τη διατήρηση ή και βελτίωση της καλής υγείας, απαιτείται πρωταρχικά η ύπαρξη μιας επικοινωνιακής διεργασίας μεταξύ του ευρύτερου υγειονομικού συστήματος και των ατόμων, προκειμένου τα άτομα να αποκτήσουν την ορθή γνώση, να διαμορφώσουν τις κατάλληλες πεποιθήσεις και να υιοθετήσουν τις αρμόζουσες συμπεριφορές, όλα συμβατά με ένα υγιές πρότυπο ζωής. Οι υποστηρικτές των προγραμμάτων αγωγής υγείας ισχυρίζονται ότι αυτά είναι ικανά να επηρεάσουν ατομικές συμπεριφορές.¹⁶

Η αγωγή υγείας περιλαμβάνει την περιγραφή των ποικίλων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το κράτος στους πολίτες, όπως η λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων και τα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γιατί κάθε πολίτης δικαιούται να γνωρίζει ποια διαδικασία θα ακολουθήσει όταν έχει ένα πρόβλημα υγείας. Παρέχει πληροφορίες για μείζονα κοινωνικά προβλήματα, όπως τα ναρκωτικά και οι φυσικές καταστροφές, και

προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε κοινωνικής ομάδας. Έτσι, άλλος είναι ο τρόπος προσέγγισης στα παιδιά και άλλος στους ηλικιωμένους ή στους ψυχικά ασθενείς. Για να επιτευχθεί ο στόχος της αγωγής υγείας επιβεβλημένο είναι να υπάρχει συνέπεια μεταξύ θεωρίας και πράξης, δηλαδή δεν μπορεί να θεωρείται το κάπνισμα αιτία καρκίνου και να επιτρέπεται η χρήση του σε δημόσιους χώρους. Απαιτείται κοινή προσπάθεια όλων των κοινωνικών και πολιτικών φορέων, όπως η οικογένεια, το σχολείο, τα μέσα ενημέρωσης και οι δημόσιες υπηρεσίες, ώστε η ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας να είναι συνολική και να συνοδεύεται από έμπρακτες αποφάσεις προαγωγής της υγείας, μέσω παρεμβάσεων σε θεσμούς ή στο περιβάλλον. Η σύγχρονη θεματολογία της αγωγής υγείας περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τα ακόλουθα: ποιότητα και ασφάλεια στην τροφή, φυσική άσκηση, πρόληψη ατυχημάτων (εργατικών, παιδικών και τροχαίων), στοματική υγιεινή, απεξάρτηση (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά), σεξουαλική αγωγή και ενημέρωση για μεταδοτικά νοσήματα και χρόνια νοσήματα (καρκίνος, παθήσεις καρδιάς).¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Χαρακτηριστικά του κλάδου υγείας στην Ελλάδα

Στον κλάδο της Υγείας και της Κοινωνικής Μέριμνας στην Ελλάδα απασχολούνται περισσότεροι από διακόσιες χιλιάδες εργαζόμενοι, οι μισοί εκ των οποίων εργάζονται στα νοσοκομεία (στοιχεία 2005). Οι 54.000 ιατροί και οι 47.000 νοσηλευτές αποτελούν τον κορμό των ανθρώπινων πόρων του κλάδου. Στα νοσοκομεία εργάζονται περίπου 25.000 ιατροί και 42.000 νοσηλευτές ενώ στο υπόλοιπο 35% των εργαζομένων περιλαμβάνονται οι φαρμακοποιοί, οι οδοντίατροι, οι βιολόγοι, οι διαιτολόγοι, οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι τεχνολόγοι ακτινολόγοι, οι φυσιοθεραπευτές, οι μαιές, οι επισκέπτες υγείας, οι εργαζόμενοι στην καθαριότητα, την κουζίνα, τη συντήρηση, το τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό και το διοικητικό προσωπικό. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, το ποσοστό των εργαζόμενων γυναικών στον κλάδο είναι υψηλότερο από το ποσοστό των ανδρών και κυμαίνεται από 65% στην Ισπανία (περίπου όσο και στην Ελλάδα) έως 80% στη Δανία. Την τελευταία εικοσαετία υπάρχει σταδιακή και συνεχής αύξηση του ποσοστού των εργαζομένων με υψηλή επαγγελματική ή επιστημονική εκπαίδευση. Περισσότεροι από το 95% των εργαζομένων είναι πλήρους απασχόλησης, το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Παράλληλα, καταγράφεται αυξητική τάση στην ανάθεση εργασιών σε εργολάβους (κυρίως για εργασίες εστίασης, φύλαξης, καθαριότητας και διαχείρισης απορριμμάτων και αποβλήτων).^{23,24}

Με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 2003, ο Κλάδος Υγείας στην Ελλάδα απορρόφησε το 9,9% του ΑΕΠ (13η θέση παγκοσμίως), ποσοστό το οποίο κατανεμήθηκε ισόποσα σε δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες. Από τις δημόσιες δαπάνες, το 10,1% αφορούσε στην υγεία, ποσοστό δυσανάλογα χαμηλό που έφερε την Ελλάδα στην 100η θέση, στην κατάταξη του ΠΟΥ. Το αντίστοιχο ποσοστό σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης κυμαινόταν από 12% έως 18%. Οι κατά κεφαλή ετήσιες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ξεπέρασαν τα 1.000 ευρώ το 2003, που συγκριτικά αποτελούν δυσανάλογα

μεγάλες δαπάνες για τα μικρομεσαία εισοδήματα. Ο καταναλωτής πληρώνει το 95% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία από την τσέπη του ή ένα μικρό ποσοστό μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης.²⁵

Στην Ελλάδα, τα νοσοκομεία στον ιδιωτικό τομέα είναι αριθμητικά περισσότερα, αλλά οι ανάγκες υγειονομικής φροντίδας του πληθυσμού καλύπτονται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία απασχολούν την πλειονότητα των εργαζομένων. Τα κρατικά νοσοκομεία είναι σταθερά 140-150 την τελευταία εικοσαετία (39% του συνόλου) και διαθέτουν το 70% των κλινών. Ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων υποδιπλασιάστηκε σε σχέση με ότι επικρατούσε προ εικοσαετίας, αν και ο αριθμός των κλινών μειώθηκε αναλογικά λιγότερο (κατά 37%), κυρίως λόγω του κλεισίματος των μικρών ιδιωτικών κλινικών. Αντιθέτως ο αριθμός των ιατρών που ιδιωτεύουν και των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων έχει αυξηθεί σημαντικά.^{23,25,26}

Τα έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων και μέρος των εξόδων των ιδιωτικών κλινικών καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση που χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και ανήκει στη δικαιοδοσία του υπουργείου απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, καλύπτει το 35% του συνόλου των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Δυστυχώς η Ελλάδα παρουσιάζει δημογραφικές πρωτιές που αντανακλούν στην κοινωνική ασφάλιση. Το 23% του πληθυσμού είναι άνω των 60 ετών (6η θέση παγκοσμίως) και ο δείκτης γεννητικότητας την κατατάσσει στις 5 τελευταίες θέσεις. Η γήρανση του πληθυσμού και η κακοδιαχείριση αποδυναμώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, των οποίων οι οφειλές προς τα νοσοκομεία ανέρχονται στα 1,4 δις ευρώ. Τα χρέη των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές ανέρχονται στα 1,8 δις ευρώ και το ταμειακό διαθέσιμο περιορίζεται στα 250 εκατ. ευρώ. Είναι χαρακτηριστικό του τεράστιου κύκλου εργασιών, ότι οι αγορές/προμήθειες για το 2005 ξεπέρασαν τα 2,5 δισεκατομμύρια ευρώ, έγιναν 9.000 διαγωνισμοί από φορείς του ΕΣΥ, συμμετείχαν 1.100 επιχειρήσεις προμηθευτών και διακινήθηκαν περισσότερα από μισό εκατομμύριο προϊόντα και φάρμακα ενώ μέχρι σήμερα δεν προβλέπεται η υποχρέωση κατάρτισης ισολογισμού από τα νοσοκομεία.^{24,25}

Παρά την απαισιόδοξη εικόνα των οικονομικών στοιχείων, το ελληνικό σύστημα υγείας ιεραρχείται σε καλή θέση από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας. Με βάση τους δείκτες, όπως το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση, το οποίο με στοιχεία του 2004, είναι τα 77 έτη για τους άνδρες και τα 82 έτη για τις γυναίκες, η Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες 20 θέσεις παγκοσμίως. Σε ανάλογη θέση κατατάσσεται και με βάση το δείκτη βρεφικής και νηπιακής θνησιμότητας που είναι από τους χαμηλότερους. Όμως οι Έλληνες δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους άλλους Ευρωπαίους. Ο δημόσιος τομέας υγείας θεωρείται ακριβός («φακελάκια», υψηλοί φόροι), με κακή εξυπηρέτηση (ράντζα, λίστες αναμονής), με εκτεταμένη διαφθορά και κομματική διαπλοκή, χωρίς όλα αυτά να είναι επαρκώς τεκμηριωμένα. Από την άλλη μεριά, ο ιδιωτικός τομέας, επενδύοντας σε σύγχρονες υποδομές και τεχνολογία, στη βελτίωση της διαχείρισης και εξασφαλίζοντας αξιόλογο επιστημονικό προσωπικό, κερδίζει έδαφος και αναπτύσσεται παρά τη θεωρητικά μικρή αγορά που μπορεί να ανταπεξέλθει στο κόστος τιμών των υπηρεσιών.^{23,27}

Ένα άλλο γενικό χαρακτηριστικό του Κλάδου είναι ο ιατρικός «πληθωρισμός». Την περίοδο 2002-2004, η Ελλάδα διέθετε περισσότερους από 470 ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους (4η θέση παγκοσμίως), ενώ η Γαλλία και η Γερμανία διέθεταν 337 ιατρούς, η Φινλανδία και η Ολλανδία 315, οι ΗΠΑ 256, η Αγγλία 230, η Ιαπωνία 198 και σχεδόν όλες οι υπόλοιπες προηγμένες χώρες είχαν σημαντικά χαμηλότερα έως υποδιπλάσια ποσοστά γιατρών (Πίνακας 1). Ο ρυθμός παραγωγής και εισαγωγής πτυχιούχων γιατρών (καθαρή αύξηση άνω του 3% ετησίως) σύντομα θα φέρει την Ελλάδα σε ακόμη υψηλότερη θέση. Ανάλογη κατάταξη (7-8η θέση) είχε η Ελλάδα με βάση τον αριθμό των οδοντιάτρων (Πίνακας 1). Ένα πολύ δυσμενέστερο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Η Ελλάδα παρουσιάζει την πρωτοτυπία μεταξύ των προηγμένων χωρών, οι ιατροί να υπερτερούν των νοσηλευτών όταν στις περισσότερες χώρες η αναλογία νοσηλευτών/ιατρών υπερβαίνει το 3 (π.χ. Γαλλία 2,15, Γερμανία 2,88, Σουηδία 3,12, ΗΠΑ 3,66, Ιαπωνία 3,93, Ολλανδία 4,36, Φινλανδία 4,53, Αγγλία 5,27). Η Ελλάδα παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία, στην Ευρώπη. Όσον αφορά το ποσοστό των νοσηλευτών ανά κάτοικο, η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από την 60η θέση παγκοσμίως, που σημαίνει ότι

πολύ λιγότεροι νοσηλευτές αντιστοιχούν σε 100 ασθενείς σε σχέση με άλλες προηγμένες χώρες που δεν διαφέρουν σημαντικά στους δείκτες νοσηλείας (Πίνακας 1).^{24,25,27}

Πίνακας 1. Αναλογία των εργαζομένων στον Τομέα Υγείας σε διάφορες χώρες (ανά 1.000 κατοίκους)

Χώρα	Ιατροί	Νοσηλευτι	Οδοντίατρ	Χώρα	Ιατροί	Νοσηλευτι	Οδοντίατ
Αλβανία	1,31	3,62	0,45	Κούβα	5,91	7,44	0,87
Αυστραλί	2,47	9,71	1,10	Κροατία	2,44	5,05	0,70
Αυστρία	3,38	9,38	0,50	Κύπρος	2,34	3,76	0,82
Βέλγιο	4,49	5,83	0,81	Λιθουανία	3,97	7,62	0,69
Βουλγαρί	3,56	3,75	0,82	Μ. Βρετανία	2,30	12,12	1,01
Βραζιλία	1,15	3,84	1,11	Νέα	2,37	8,16	0,68
Γαλλία	3,37	7,24	0,68	Νορβηγία	3,13	14,84	0,82
Γερμανία	3,37	9,72	0,78	Ολλανδία	3,15	13,73	0,48
Γεωργία	4,09	3,47	0,28	Ουγγαρία	3,33	8,85	0,54
Δανία	2,93	10,36	0,83	Ουκρανία	2,95	7,62	0,40
Ελβετία	3,61	10,75	0,50	Πορτογαλία	3,42	4,36	0,55
Ελλάδα	4,71	3,91	1,17	Πολωνία	2,47	4,90	0,30
Εσθονία	4,48	8,50	1,28	Ρουμανία	1,90	3,89	0,22
Η.ΠΑ	2,56	9,37	1,63	Ρωσία	4,25	8,05	0,32
Ιαπωνία	1,98	7,79	0,71	Σλοβακία	3,18	6,77	0,44
Ιρλανδία	2,79	15,20	0,56	Σλοβενία	2,25	7,21	0,60
Ισλανδία	3,62	13,63	1,00	Σουηδία	3,28	10,24	0,82
Ισπανία	3,30	7,68	0,49	Τουρκία	1,35	1,70	0,24
Ιταλία	4,20	5,44	0,58	Τσεχία	3,51	9,71	0,66
Καναδάς	2,14	9,95	0,59	Φιλανδία	3,16	14,33	1,28

[Πηγή: ΠΟΥ και ΕΣΥΕ 2002-2004]

Σε σχέση με την ποιότητα στην εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η εκπαίδευση των γιατρών στην Ελλάδα παρέχεται από επτά ιατρικές σχολές και το πρόγραμμα σπουδών ακολουθεί τα δεδομένα και των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σημαντικές διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στην αναλογία διδασκόντων/φοιτητών, στον κατάλογο εξοπλισμού και στους χώρους εκπαίδευσης, παράμετροι οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της εκπαίδευσης.¹⁷

Αντίστοιχα προβλήματα ποιότητας της εκπαίδευσης εμφανίζονται και στις νοσηλευτικές σχολές. Κύριο χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής στην Ελλάδα είναι το γεγονός ότι ασκείται από προσωπικό με ανομοιογενές επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς περιλαμβάνει νοσηλευτές τριετούς ή τετραετούς εκπαίδευσης σε ΑΕΙ και ΤΕΙ (σήμερα ΑΤΕΙ), μονοετούς ή διετούς εκπαίδευσης σε Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές ή Τεχνικά Λύκεια ή ακόμα και πρακτικές νοσοκόμες χωρίς καμία θεωρητική εκπαίδευση. Τέλος, η εκπαίδευση του υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού γίνεται στα ΑΕΙ και ΤΕΙ της χώρας, με βασικό όμως μειονέκτημα την απουσία εξειδίκευσης σε θεματικές που να αναφέρονται στην υγεία.¹⁷

Από τα παραπάνω προκύπτουν μια σειρά προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Η υπερπροσφορά γιατρών, η έλλειψη νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού και η ανεπαρκής εκπαίδευση του, η γεωγραφική ανισοκατανομή των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού και η απουσία επιστημονικού εξειδικευμένου προσωπικού όπως οικονομολόγων της υγείας, διοικητικών στελεχών κ.λπ. αποτελούν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του τομέα. Ως αιτία για αυτή την κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί η απρογραμμάτιστη και άναρχη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα μας, η οποία δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και στη ζήτηση της αγοράς εργασίας εξαιτίας, του γεγονότος ότι η αγορά εργασίας αποσυνδέεται πλήρως από την εκπαιδευτική διαδικασία.¹⁷

2.2. Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.

- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (Breedlove).
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες (Σκόρδη, 1997).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.²⁸

2.3. Ποιότητα στην υγεία

Ο σύγχρονος ορισμός της ποιότητας έχει επιχειρηθεί με πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, άλλοτε συνοπτικές και σύντομες, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πλέον σύνθετες και αναλυτικές, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει την ποιότητα ως «την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες».²⁹

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία βιομηχανία περίθαλψης.³⁰

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση.³¹

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.³²

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, είναι φανερό ότι η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους.

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, στη λειτουργία υπηρεσιών υγείας, νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.α. και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων.³³ Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος κ.λπ. Οι εργαζόμενοι, επίσης, πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.³⁴

Ο εντοπισμός των προβλημάτων ποιότητας επιτυγχάνεται με τους ακόλουθους βασικούς μηχανισμούς:

-Με τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης περίθαλψης ή των ίδιων των περιστατικών νοσηλείας.

-Με την παρακολούθηση δεικτών συχνότητας ανεπιθύμητων γεγονότων.

-Με τη συστηματική καταγραφή των απόψεων και των προτάσεων των ασθενών και των εργαζομένων.

-Με τις εκθέσεις συμβάντων, περιλαμβανομένων των παραπόνων των ασθενών και των δικαστικών διώξεων.

-Με ειδικές μελέτες ποιοτικού ελέγχου.

-Με τεχνικές ομαδικής επίλυσης προβλημάτων που εντάσσονται στους κύκλους ποιότητας.

Από τους μηχανισμούς αυτούς, οι τρεις πρώτοι θεωρούνται οι πλέον σημαντικοί, γι' αυτό και συνιστάται η χρήση τουλάχιστον δύο από τους μηχανισμούς αυτούς.³⁵

2.4. Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Τα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών είναι απαραίτητο να παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα. Αναλυτικότερα, οι κατηγορίες των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι:

Ιατρικές Υπηρεσίες

A) Πρόληψη

- Υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού και συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Υγεία στον χώρο εργασίας
- Έγκαιρη διάγνωση
- Σχολική υγιεινή (εμβολιασμοί, οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος όρασης, ακοής, ενημέρωση για καρδιαγγειακά νοσήματα, έλεγχος σωματομετρικών δεικτών των

μαθητών, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας κ.ά.).

B) Διάγνωση και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

- Συνέντευξη - κλινική εξέταση - διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, τόσο από οικογενειακούς - προσωπικούς ιατρούς όσο και από ιατρούς ειδικοτήτων
- Εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, υπερήχων, οδοντοπροσθετικό).

Γ) Α΄ Βοήθειες

- Μικροεπεμβάσεις
- Προετοιμασία του ασθενή για διακομιδή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Δ) Φυσική Ιατρική – Αποκατάσταση

- Ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας από το παρελθόν προσαρμοσμένες στη σύγχρονη τεχνολογία (π.χ. υδροθεραπεία)
- Ασκήσεις φυσιοθεραπείας

Ε) Οικογενειακή Ιατρική με εφαρμογές Πληροφορικής

- Εκπαίδευση απομονωμένων ιατρών μέσω του διαδικτύου
- Δημιουργία αρχείου ιατρικών ιστορικών
- Εφαρμογή λογισμικού σχετικού με την ορθή επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ιατρό
- Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας
- Χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, η τηλεδιάσκεψη και η τηλεϊατρική.

ΣΤ) Εκπαίδευση Ιατρών και λοιπού Προσωπικού

- Ανάπτυξη ενός θέματος από ένα ιατρό ή από ειδικούς ομιλητές και πραγματοποίηση συζήτησης στη συνέχεια
- Επιστημονικές προβολές από φαρμακευτικές εταιρείες.

Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

- Βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης
- Θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά.

Κοινωνικές και Συμβουλευτικές Υπηρεσίες

- Πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντισύλληψη, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, η αιμοδοσία, το κάπνισμα κ.ά.
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Κοινωνική φροντίδα των νέων.

Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες

- Παροχή φαρμάκων
- Νοσηλεία στο σπίτι
- Προστασία μητρότητας
- Παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού
- Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού
- Οργάνωση τράπεζας αίματος
- Τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία

Διοικητικές Υπηρεσίες

- Υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων
- Γραφείο Πληροφοριών και Προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών-ασθενών.³⁶

2.5. Η Οργάνωση των Νοσοκομείων

Η λειτουργία ενός νοσοκομείου βασίζεται στο οργανόγραμμά του, το οποίο ορίζεται ως η σχηματική απεικόνιση του σκελετού ενός οργανισμού, δηλ. των μερών, των τμημάτων, των υποτμημάτων, των θέσεων εργασίας και των γραμμών εξουσίας που συνδέουν όλα αυτά. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το κάθε νοσοκομείο είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο και το Διοικητή. Απευθείας στον διοικητή αναφέρεται το Επιστημονικό Συμβούλιο και η Νομική Υπηρεσία με γνωμοδοτικό χαρακτήρα. Το νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις υπηρεσίες: την Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική και Τεχνική που η κάθε μία είναι ανεξάρτητη και ισότιμη διεύθυνση.¹⁷

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (ΔΝΥ) αποτελείται από τομείς (π.χ., παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό, ψυχιατρικό, κ.λ.π.), ανάλογα με την εξειδίκευση του νοσοκομείου. Ο κάθε νοσηλευτικός τομέας αποτελείται από διάφορα νοσηλευτικά τμήματα π.χ., ωτορινολαρυγγολογικό, παθολογικό, παιδιατρικό, κ.λ.π.).¹⁷

Το κάθε νοσηλευτικό τμήμα διοικείται από τον προϊστάμενο (τμηματάρχη) νοσηλευτή σε συνεργασία με το Διευθυντή-γιατρό, ο οποίος είναι επιστημονικά υπεύθυνος του τμήματος. Κάθε νοσηλευτικό τμήμα απαρτίζεται από i) ιατρικό (αναπληρωτές διευθυντές, επιμελητές Α΄, επιμελητές Β΄, ειδικευόμενους γιατρούς), ii) νοσηλευτικό (νοσηλευτές & βοηθούς νοσηλευτών), και iii) βοηθητικό προσωπικό (βοηθούς θαλάμων, τραυματιοφορείς, καθαριστές, τραπεζοκόμες, κ.λπ.).¹⁷

Το νοσοκομείο είναι ένας Πολυεπαγγελματικός (multi-professional) χώρος εργασίας. Η

καλή συνεργασία μεταξύ όλου του προσωπικού ενός νοσηλευτικού τμήματος είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική έκβαση της πορείας του ασθενούς. Ιδιαίτερα, η συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών είναι θεμελιώδης προϋπόθεση.¹⁷

Οι συνεχώς αυξανόμενες προκλήσεις του χώρου υγείας απαιτούν νέες συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών και επιστημόνων που επεκτείνουν τα παραδοσιακά πρότυπα σκέψης και πρακτικής. Ο αυξανόμενος αριθμός εύθραυστων ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ατόμων, οι αυξανόμενες ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, η πρόοδος της γενετικής επιστήμης και οι επιπτώσεις της μόλυνσης του περιβάλλοντος στην υγεία είναι μερικές από τις προκλήσεις του μέλλοντος. Κανένα από τα παραπάνω ζητήματα δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από μία μόνο επιστήμη ή επάγγελμα. Επομένως, η διεπαγγελματική συνεργασία πιθανόν να οδηγήσει σε αμοιβαία ικανοποιητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και τους θεραπευτές.¹⁷

2.6. Σύγκρουση ανάμεσα σε δύο υποστάσεις

Μπορούμε να δούμε το πρόβλημα κάτω από μια άλλη οπτική γωνία, ως σύγκρουση ανάμεσα σε δύο συστήματα υποστάσεων στο εσωτερικό του νοσοκομείου. Οι ιδέες του Chester Barnard μας βοηθούν να καταλάβουμε αυτήν την κατάσταση. Ο Barnard παρατηρεί ότι βρίσκουμε δύο τύπους υποστάσεων σε όλες τις ανθρώπινες Οργανώσεις. Ο ένας από αυτούς είναι η «ιεραρχική» υπόσταση ή υπόσταση που είναι συναφής, καταλαμβάνοντας μια θέση στο εσωτερικό ενός συστήματος ιεραρχίας. Η προαγωγή της τάξης μέσα σε μια Οργάνωση και η προαγωγή υπόστασης βρίσκονται έτσι να συμπίπτουν. Η άλλη μορφή υπόστασης είναι η «λειτουργική» υπόσταση. Αυτή είναι συναφής με ορισμένους τύπους εργασίας, ανεξάρτητα από τη θέση του εργαζόμενου στην κλίμακα της ιεραρχίας. Έτσι, στο νοσοκομείο η διοίκηση αντιπροσωπεύει ένα σύστημα «ιεραρχικής» υπόστασης και ο γιατρός κατέχει μια υψηλή «λειτουργική» υπόσταση. Το προσωπικό του Νοσοκομείου δέχεται εντολές που πηγάζουν από τους κατόχους και των δύο μορφών υποστάσεων: του διοικητικού τομέα που έχει το

«δικαίωμα» να τους «διοικεί» και του οποίου η εξουσία είναι αναγνωρισμένη με τρόπο σαφή, και των γιατρών, των οποίων το δικαίωμα να δίνουν εντολές είναι λιγότερο καθαρά αναγνωρισμένο. Αλλά αυτές οι εντολές αντανakλούν τη σύγκρουση, τη συναφή με το διπλό σύστημα υπόστασης.³⁷

Το διπλό σύστημα αξιών που εκφράζεται με αυτές τις συγκρούσεις εκδηλώνεται παντού μέσα στο νοσοκομείο. Ένα νοσοκομείο είναι πολλά πράγματα την ίδια στιγμή: χώρος όπου θεραπεύονται οι ασθενείς, ξενοδοχείο, πλυντήριο, εστιατόριο, θεσμός φροντίδων, επιχείρηση.

Αυτοί οι ποικίλοι σκοποί του νοσοκομείου σπάνια συνοψίζονται κάτω από μόνο ένα κυρίαρχο σύμβολο. Περισσότερο, μάλλον, οι υπάλληλοι του νοσοκομείου έχουν την τάση να δικαιολογούν τη δράση τους σύμφωνα με τα δύο συστήματα αξιών ή κυρίαρχων συμβόλων, το «χρήμα» και την «υπηρεσία», και συχνότερα το «χρήμα» εναντίον της «υπηρεσίας» ή το αντίστροφο.³⁷

2.7. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας

Σήμερα, η κοινωνική εργασία έχει καθιερωθεί στο χώρο της υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, ενώ ο ρόλος της αναγνωρίζεται ως ισότιμος με τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Η διακήρυξη της Π.Ο.Υ. στην ALMA-ATA το 1978 επιβεβαίωσε την αναγνώριση αυτή, καθώς στη διακήρυξη αυτή αναγνωρίζεται ότι:

- Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει και κοινωνική βάση.
- Η έννοια της προστασίας και προαγωγής της υγείας είναι πολυδιάστατη και σφαιρική, μέρος της οποίας είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Είναι απαραίτητος ο αναπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στη νέα διάσταση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που δίνει βαρύτητα στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση.

Οι αρμοδιότητες των τμημάτων της κοινωνικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία ορίστηκαν με το Π.Δ.87/86 (ΦΕΚ 32/27-3-86) ως εξής: «Η ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, η αναζήτηση και διερεύνηση για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας».³⁸

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και Κοινωνικού Σχεδιασμού. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σ' όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις (για καρκινοπαθείς, μαστεκτομείς γυναικών, νεοπλασίες σε παιδιά, καρδιοχειρουργικά περιστατικά, ασθενείς με AIDS, νεφροπαθείς κ.ά). Σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα Υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, ο Κοινωνικός Λειτουργός, στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα Υγείας, στη νοσηλευτική διεκπεραίωση του αρρώστου. Το επαγγελματικό επίκεντρο της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο, είναι η προσαρμοστική αλλαγή των ανθρώπινων σχέσεων.³⁹

Κατηγορίες περιστατικών, με τα οποία ασχολούνται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του νοσοκομείου, είναι:

- * Ασθενείς με Ca σε όλες τις ηλικίες.
- * Απόπειρες αυτοκτονίας.
- * Αλλοδαποί με κοινωνικά προβλήματα.
- * Ηλικιωμένα, μοναχικά άτομα, χωρίς συγγενικό περιβάλλον.
- * Εγκαταλελειμμένοι ασθενείς.
- * Ασθενείς με ουσιοεξάρτηση.
- * Παραπληγικοί, τετραπληγικοί και ΑΜΕΑ.
- * Νεφροπαθείς.
- * Ψυχιατρικοί ασθενείς.
- * Παραμέληση-κακοποίηση παιδιών.

* Κακοποιημένες γυναίκες.

* Οικονομικά αδύναμα και ανασφάλιστα άτομα.⁴⁰

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό συμβουλευτικό-θεραπευτικό επίπεδο. Μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης.⁴¹

Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι δε νοείται κοινωνική εργασία στο ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας, με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια.

Πρώτος στόχος, ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει.

Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.⁴²

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο του νοσοκομείου αναλυτικότερα αναφέρεται στις ακόλουθες ενέργειες:

- Λήψη κοινωνικού ιστορικού που βοηθάει στην εντόπιση, διερεύνηση και αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων των ατόμων που διαπιστώνεται ότι χρήζουν βοήθειας ή απευθύνονται ή παραπέμπονται στην κοινωνική υπηρεσία (νοσηλευτική, ιατρική ή άλλη εξωτερική). Πληροφορίες για τον ασθενή σε περίπτωση ανάγκης αξιολογούνται από τον κοινωνικό λειτουργό και δίνονται στον θεράποντα ιατρό ή την προϊσταμένη της κλινικής του νοσοκομείου εάν αυτό καταστεί αναγκαίο.
- Στην προετοιμασία του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος για την παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των θεραπευτικών μέτρων και την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς.
- Στη βοήθεια τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας στο να δεχθούν τη νέα κατάσταση που προκύπτει γι' αυτούς, που μπορεί να είναι ακόμη και μη ανατρέψιμος κλονισμός της υγείας του ασθενούς και περαιτέρω την προσαρμογή του στο περιβάλλον του νοσοκομείου.
- Συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των γιατρών και της κλινικής γενικότερα, μέσω της λήψεως στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενούς στο κοινωνικό του περιβάλλον, τον τρόπο που επικοινωνεί και τις σχέσεις που έχει με αυτό, τις συνθήκες διαβίωσής του και τις ενδοοικογενειακές

σχέσεις.

- Στις κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων που προκλήθηκαν από το γεγονός της ασθένειας στα πλαίσια των υπαρχόντων προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής (επιδόματα, συντάξεις και άλλα).
- Στη δημιουργία ομάδων ασθενών που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα, με στόχο αφενός την αρμονική συμβίωση μέσα στο νοσοκομείο, αφετέρου στη βοήθειά τους μέσω της ομάδας να εκφραστούν, να συνειδητοποιήσουν τα προβλήματά τους και να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους.
- Στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του για την επάνοδό του και την προσαρμογή του στο φυσικό του περιβάλλον και όπου η επανένταξη δεν είναι δυνατή, στην αποκατάστασή του στο νέο προστατευμένο περιβάλλον (θεραπευτήρια, κοινωνικοί ξενώνες κ.ά.).
- Στην κατά την κρίση του κοινωνικού λειτουργού συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή εκτός νοσοκομείου ή την παραπομπή του σε άλλη υπηρεσία εκτός έδρας
- Στον προγραμματισμό και την εκτέλεση ερευνητικών προγραμμάτων είτε στα πλαίσια της κοινωνικής υπηρεσίας είτε σε συνεργασία με άλλες επιστημονικές ομάδες μέσα ή έξω από το νοσοκομείο.
- Στη διασυνδετική δράση μεταξύ τμημάτων και υπηρεσιών του νοσοκομείου καθώς και με άλλες υπηρεσίες της κοινότητας.
- Στην ενημέρωση της κοινότητας και άλλων φορέων για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα του νοσοκομείου και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
- Στην ενημέρωση των στελεχών του νοσοκομείου και της κοινότητας για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και τα προγράμματα της κοινωνικής υπηρεσίας.
- Στην οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση εθελοντικών ομάδων ή και κάθε εθελοντικής προσφοράς για τις ανάγκες των ασθενών του νοσοκομείου.

- Στην ενημέρωση και προάσπιση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του ασθενή και τη βοήθεια για αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών.
- Στην εκπαίδευση σπουδαστών κοινωνικής εργασίας.
- Στη συμμετοχή στα εκπαιδευτικά και επιστημονικά προγράμματα του νοσοκομείου.
- Στη συμμετοχή σε συμβούλια και επιστημονικές επιτροπές του νοσοκομείου.
- Στη συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση μέσω επιστημονικών και άλλων συναφών δραστηριοτήτων.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

3.1. Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Ικανοποίηση ασθενούς είναι ένα σημαντικό αποτέλεσμα μέτρησης για την εκτίμηση του βαθμού με το οποίο ο τομέας υγειονομικής φροντίδας επιτυγχάνει να καλύψει τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών. Καλύτερη πληροφόρηση γύρω από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση πιθανώς μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και μελετητές να βελτιώσουν της ποιότητα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η παρακολούθηση της ικανοποίησης του ασθενούς είναι σημαντική για την εξυπηρέτηση της ποιοτικής ασφάλισης που σκοπό έχει την αξιολόγηση της θεραπείας και επειδή η ικανοποίηση μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα υγείας.^{43,44}

Η δυσκολία στη μέτρηση της ικανοποίησης ασθενούς κείται στο γεγονός ότι η ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια με εισερχόμενους και καθοριστικούς παράγοντες οι οποίοι ακόμη δεν έχουν προσδιοριστεί σαφώς.^{43,45,46}

Εμπειρικές μελέτες αποκαλύπτουν ότι η αναφερόμενη ικανοποίηση είναι βαθιά επηρεασμένη από τους παράγοντες που συνδέονται με τον ασθενή (patient related factors), χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας, δομή συστημάτων υγείας και κόστος.^{47,48}

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ένα αναπτυσσόμενο ενδιαφέρον στην εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς καθώς μια μεγάλη, διαφορετική και αναπτυσσόμενη λογοτεχνία, παρ' όλο της συνεχούς συζήτησης στα σοβαρά μεθοδολογικά θέματα στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της συγκριτικής επισκόπησης.^{43,46,48,49}

3.2. Επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή

Στις περισσότερες δυτικές χώρες τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αλλάζουν. Παράδοξα, σε μια εποχή παγκόσμιας επικοινωνίας βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια διαταραχή στην επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των γιατρών, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη δυσαρέσκεια των ασθενών, τον συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό καταγγελιών και μηνύσεων για κακή ιατρική πρακτική (medical malpractice), καθώς και την εγκατάλειψη της συμβατικής ιατρικής για εναλλακτικές μορφές θεραπείας που είναι συχνά αντιεπιστημονικές. Μελέτες που χρησιμοποιούν διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις έχουν δείξει ότι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας δεν είναι το μόνο πράγμα που οδηγεί τους ασθενείς σε καταγγελίες κατά των ιατρών. Εκτιμάται ότι 70-80% της παραπομπής ιατρών σε δικαστήρια αφορούν στη σχέση ιατρού-ασθενούς ή σε προβλήματα επικοινωνίας.⁵⁰

Οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα της επικοινωνίας επηρεάζει έντονα την προθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί με τις διαδικασίες της θεραπείας και να δοκιμάσει νέες θεραπευτικές μεθόδους. Τα δύο βασικά συστατικά που οδηγούν προς την ικανοποίηση του ασθενούς περιλαμβάνουν τη δυνατότητα του ασθενή να καταλάβει και να απομνημονεύσει τι λέει ο γιατρός.⁵¹

Η κλινική επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή είναι πρωταρχικής σημασίας για την αρμονική και αποτελεσματική σχέση μεταξύ τους. Καλύπτει όλες τις μορφές της σχέσης ιατρού-ασθενούς και από την ποιότητα της εξαρτάται ο βαθμός συνεργασίας των δύο μερών για την επίτευξη της διάγνωσης και την εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας. Έτσι δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι πολλές φορές η επικοινωνία επηρεάζει ακόμα και την έκβαση της νόσου.⁵²

Τη δεκαετία του '60 μια μελέτη από τους Korsch et al (1968) κατέδειξε έναν άμεσο συσχετισμό μεταξύ των μορφών επικοινωνίας των γιατρών και της σε σχέση τους με την πορεία της θεραπείας.⁵³

Οι μορφές επικοινωνίας των γιατρών βρέθηκαν να είναι σημαντικές όχι μόνο στην συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές αγωγές αλλά επίσης βρέθηκαν ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή ως προς την προσοχή απέναντι στον ιατρό και την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών.⁵⁴

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ιατρός μεταβιβάζει τις πληροφορίες σε έναν ασθενή είναι τόσο σημαντικός όσο και οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σ' αυτόν. Οι ασθενείς που καταλαβαίνουν τους γιατρούς τους είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματα υγείας τους, να καταλάβουν τις επιλογές τους σε σχέση με την θεραπεία και να ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής τους αγωγής.^{55,56}

Αν και κατά ένα μεγάλο μέρος η επικοινωνία αναφέρεται σε πληροφορίες για τη διάγνωση και την θεραπεία, οι περισσότεροι ιατροί θα διαπιστώσουν ότι η επαφή δεν περιορίζεται μόνο στα παραπάνω αλλά μπορεί να περιλαμβάνει επίσης συζητήσεις ψυχοκοινωνικού και γενικού ενδιαφέροντος. Η όλη αυτή διαδικασία τον καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό του. Αυτή η πτυχή της σχέσης ασθενούς-ιατρού είναι δύσκολο να καθορισθεί, όμως με προσπάθεια και θέληση μπορεί να βρεθεί η χρυσή τομή μίας αληθινά θεραπευτικής σχέσης. Αυτή η θεραπευτική σχέση θα αποτελέσει επίσης τη βάση για μια ποιοτική φροντίδα υγείας.⁵⁷

Η εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον και υποχρέωση κάθε ιατρού στις μέρες μας αλλά και μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των ιατρικών σχολών. Η διδασκαλία της σωστής επικοινωνίας πρέπει να συμπεριληφθεί σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης και να γίνει μάθημα υποχρεωτικής φύσεως στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. Στις αναπτυσσόμενες χώρες θεωρείται υποχρεωτική η παρακολούθηση μαθημάτων επικοινωνίας και βασικό στοιχείο για την λήψη του τίτλου του ιατρού.⁵⁸

3.3. Νοσηλευτική Φροντίδα

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας δεν είναι μια δραστηριότητα που αναφέρεται στη σωματική υπόσταση του ανθρώπου, είναι κάτι που αγγίζει τον άνθρωπο στην ολότητά του, ως σώμα και ψυχή.⁵⁹

Περιλαμβάνει προγραμματισμό, παροχή και αξιολόγηση της νοσηλείας του αρρώστου. Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί αναλυτική σκέψη, δημιουργική φαντασία, ελεύθερη κρίση για λύση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων.⁶⁰

Βασική προϋπόθεση για να είναι η νοσηλευτική φροντίδα θεραπευτική, είναι η ανάπτυξη σωστών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτή-αρρώστου. Τέτοιες σχέσεις δημιουργούνται όταν υπάρχει κατανόηση και αμοιβαία εμπιστοσύνη. Το αίσθημα της εμπιστοσύνης κυριαρχεί στην καρδιά του αρρώστου, όταν η συμπεριφορά του νοσηλευτή αποπνέει συνέπεια, ειλικρίνεια, σεβασμό προς την προσωπικότητά του, αλλά κυρίως αγάπη.⁵⁹

Σήμερα η Νοσηλευτική είναι αναπόσπαστο κομμάτι του Οικοδομήματος που ονομάζεται Σύστημα Υγείας, και ο Νοσηλευτής αποτελεί το υποκατάστατο των αναγκών του ασθενούς. Η Henderson (1997) είχε πει πως η μοναδικότητα της δράσης του Νοσηλευτή είναι να βοηθήσει το άτομο να κάνει εκείνες τις δραστηριότητες, που φυσιολογικά θα τις έκανε χωρίς βοήθεια, δίνοντας του δύναμη, θέληση ή γνώση.⁶¹

Όλοι οι νοσηλευτές γνωρίζουν το πόσο σκληρή είναι η πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Όλοι πηγαίνουν στην εργασία τους έχοντας ως στόχο να αποδώσουν τα μέγιστα και να κάνουν το καλύτερο που μπορούν δίνοντας το καλύτερο εαυτό τους.

Ωστόσο πολύ συχνά στις μέρες μας επιστρέφουν σπίτι τους απογοητευμένοι γιατί δε κατάφεραν να επιτύχουν σε όλο το μέγεθος, τους στόχους τους για ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Δεν έδωσαν σε όλους τους ασθενείς αυτό που

επιθυμούσαν. Η απάντηση στο « γιατί » είναι ίδια σε όλο το κόσμο. Έκαναν αυτό που μπορούσαν καλύτερα υπό τις παρούσες συνθήκες.

Νοσηλευτές από την Αφρική θα απαντούσαν με τον ίδιο τρόπο. Χρησιμοποίησαν πλαστικές σακούλες για να προστατέψουν τους εαυτούς τους και το νεογέννητο από το AIDS. Ωστόσο οι σακούλες γλιστράνε, όπως και τα νεογέννητα.

Νοσηλευτές από τη Μέση Ανατολή σε μεταπολεμικές περιοχές, αισθάνονται επιστρέφοντας σπίτι τους ότι έκαναν το καλύτερο που μπορούσαν, χωρίς φάρμακα, αποστειρωμένες σύριγγες, και άλλα βασικά υλικά που εμείς τα θεωρούμε δεδομένα.

Το ίδιο απαντούν και νοσηλευτές όπου στις περιοχές που εργάζονται αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής σε 50 ασθενείς. Η απάντηση είναι ίδια από όλους.⁶¹

Η νοσηλευτική ασχολείται με την υγεία και τη ζωή των ανθρώπων. Επομένως, ασκείται με επιτυχία μόνο από νοσηλευτές, που αισθάνονται προσωπική ευθύνη για τις πράξεις τους. Σκοποί της νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της νόσου, η παροχή ολοκληρωμένης νοσηλείας, η αποκατάσταση, η βελτίωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και η προαγωγή της υγείας.

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές οφείλουν να μη συμφιλιώνονται με συνθήκες, οι οποίες υποβιβάζουν τη νοσηλεία του ασθενή, να αντιδρούν με υγιή τρόπο κατά του απρόσωπου «συστήματος» και κάθε τρόπου, που οδηγεί στη μηχανιστική μάλλον παρά ανθρωπιστική φροντίδα. Καλούνται να αντικρούουν τους εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι απειλούν την ατομικότητα και αξιοπρέπεια του αρρώστου.⁶²

Είναι προφανές πως όλα αυτά είναι υποχρεωμένοι να τα κάνουν. Αλλά απαιτείται να κάνουν αυτά, και πολλά περισσότερα.

Χρειάζεται ανθρώπινο δυναμικό. Πρέπει να εξασφαλιστεί η ύπαρξη καταρτισμένων νοσηλευτών, και μαθητών που να είναι έτοιμοι να μάθουν. Με την κεκτημένη ταχύτητα

της ανάπτυξης και των αλλαγών, πρέπει να σιγουρευτούν πως όλοι θα έχουν πρόσβαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ώστε να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί ο συναγωνισμός. Πρέπει να εξασφαλιστεί πως η τεχνολογία δε θα υποκαταστήσει πλήρως τον ανθρώπινο παράγοντα, την ανθρώπινη επαφή.

Αυτοί ακριβώς είναι και οι παράγοντες εκείνοι στους οποίους θα έπρεπε να επιμείνουν οι νοσηλεύτες και οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας.⁶¹

3.4. Επάρκεια και κατάρτιση νοσηλευτών

Οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, τόσο καλύτερη είναι η έκβαση της υγείας των ασθενών.

Οι Blegen, Goode και Reed (1998) βρήκαν ότι αυξημένα ποσοστά συνδυασμού καλά καταρτισμένων νοσηλευτών, οδηγούν σε περιορισμό των σφαλμάτων στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, σε λιγότερες κατακλίσεις και σε υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών.⁶³

Σε έρευνα σε 11 Αμερικάνικες πολιτείες, που διεξήχθη με χρήση στοιχείων του 1997 και αφορούσε 799 νοσοκομεία, μελετήθηκαν σχεδόν 6 εκατομμύρια παθολογικοί ασθενείς και πέραν του ενός εκατομμυρίου χειρουργικοί ασθενείς.

Η έρευνα (Needleman 2002) έχει αποδείξει ότι υπάρχει ακλόνητη σχέση μεταξύ χαμηλών επιπέδων στελέχωσης νοσηλευτών και υψηλής συχνότητας επιπλοκών και θανάτων ανάμεσα στους ασθενείς.⁶³

Οι ασθενείς σε υποστελεχωμένα νοσηλευτήρια είχαν μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την έρευνα, ανάμεσα στους παθολογικούς ασθενείς, η μεγαλύτερη αναλογία φροντίδας από νοσηλευτές (σε ώρες κατά ημέρα) συνδέεται με μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο καθώς και μικρότερη συχνότητα

επιπλοκών όπως ουρολοιμώξεις, πνευμονία, καταπληξία, καρδιακή ανακοπή και αιμορραγία του πεπτικού.⁶³

Όμως πέρα από την αδιαμφισβήτητη θετική επίδραση της επάρκειας των νοσηλευτών στην ποιότητα και στο κόστος της φροντίδας που σχετίζεται με τον ασθενή, οι επιπτώσεις στους ίδιους τους νοσηλευτές είναι εξίσου σημαντικές. Μελέτη έδειξε ότι κάθε ένας επιπρόσθετος ασθενής ανά νοσηλευτή αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) (κατά 23%) και μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία (κατά 15%).^{24,25}

3.5. Ψυχολογία ασθενών

Ο άρρωστος που έρχεται στο νοσοκομείο δεν είναι μόνος. Είναι μέλος μιας οικογένειας, η οποία αποτελεί το ζωντανό κύτταρο της κοινωνίας μας. Η αρρώστια ενός μέλους έμμεσα επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Το πώς αντιδρά το άτομο στην αρρώστια του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (η ηλικία, η διαμόρφωση του χαρακτήρα του, η φύση της ασθένειας που τον προβληματίζει και εξέλιξή της, η εργασία που πιθανόν διέκοψε αιφνίδια, το κοινωνικό του περιβάλλον και η στάση της οικογένειας για την αρρώστια του). Συχνά η οικογένεια κυρίως από τη συναισθηματική φόρτιση συνειδητά ή ασυνείδητα μεταδίδει στον άρρωστο τα συναισθήματά της.⁶⁴

Η εισαγωγή του αρρώστου στο Νοσοκομείο είναι μια τραυματική εμπειρία. Βρίσκεται ίσως ξαφνικά άγνωστος μέσα σε αγνώστους, που κινούνται βιαστικά δραστήρια σε χώρο γνώριμο γι' αυτούς, περίεργο όμως για τον άρρωστο. Αισθάνεται ότι χάνει κάτι από την προσωπικότητά του. Χάνει την ταυτότητά του. Πνίγει ωστόσο, τη θλίψη του και προσπαθεί να καταστείλει τις αντιδράσεις και να κρύψει την αμηχανία του.

Θεωρείται σημαντικό οι Νοσηλευτές να έχουν αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους, στο έργο τους. Είναι όμως σημαντικότερο να έχουν τη δύναμη και την ικανότητα να βλέπουν τον άρρωστο σαν άτομο με ψυχικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες.⁶⁵

Η συμπεριφορά των Νοσηλευτών δεν πρέπει να είναι διαφορετική και προς την οικογένεια του αρρώστου. Σε πολλές περιπτώσεις η συμβολή της οικογένειας στην οργάνωση και διεκπεραίωση του προγράμματος της νοσηλείας του αρρώστου είναι πολύτιμη, ιδιαίτερα στο παιδί και στον υπερήλικα.

Μεγαλύτερες ηλικίες παιδιών και εφήβων παρουσιάζουν άλλες αντιδράσεις στο χώρο του Νοσοκομείου, όπως η έλλειψη συνεργασίας, επαναστατικότητα, μόνωση, απόσυρση, ανησυχία και φόβο για την έκβαση της αρρώστιας κ.ά.⁶⁶

Ο υπερήλικας, φθάνει συχνά στο Νοσοκομείο. Η εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομειακό χώρο είναι οδυνηρότερη εμπειρία από αυτή των ενηλίκων. Η μεγάλη ηλικία δεν είναι συνώνυμη της αρρώστιας. Στην ηλικία αυτή αυξάνεται η ευπάθεια προς την αρρώστια και η αρρώστια επιταχύνει τη διεργασία του γήρατος. Οι ανάγκες του ηλικιωμένου για ασφάλεια, αναγνώριση, τιμή, σεβασμό και ανεξαρτητοποίηση είναι ιδιαίτερες και μεγαλύτερες. Οι Νοσηλευτές πρέπει να είναι ενήμεροι και καταρτισμένοι σε θεωρία και πράξη για να αντιμετωπίσουν τις ειδικές αυτές ανάγκες με επιδεξιότητα και αποτελεσματικότητα.^{67,68}

Οι ενήλικες όπως και τα παιδιά δεν μπορούν εύκολα να ερμηνεύσουν την κατάστασή τους όταν αρρωστήσουν, κυρίως γιατί ως τώρα οι περισσότεροι δε διαπαιδαγωγήθηκαν σωστά. Εξ άλλου μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισαν να γίνονται γνωστά τα καινούρια ερμηνευτικά μοντέλα της ασθένειας.

Όσον αφορά τις συχνότερες ψυχολογικές διεργασίες στον ασθενή ενήλικα ο W.J.SCHRAML (1982) αναφέρει :

α) την παλινδρόμηση: το άτομο δηλαδή υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που ταιριάζουν σε ηλικία μικρότερη από την δική του. Το ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι όλη μέρα, πολλές φορές χρειάζεται βοήθεια ακόμη και για να κάνει τις φυσικές του ανάγκες ή είναι ανάγκη να κάνει ειδική δίαιτα (άνοστα ή πολτοποιημένα φαγητά), όλα αυτά επαναφέρουν εικόνες της ζωής από τα παιδικά χρόνια και έτσι «μεταβάλλεται» -κυρίως ο βαριά άρρωστος σε παιδί.

Τα άτομα που κάνουν εύκολα παλινδρόμηση είναι οι «καλοί ασθενείς», αφήνονται δηλαδή στη φροντίδα των άλλων. Ο ρόλος του «παραχαϊδεμένου παιδιού» τους αρέσει, κυρίως όταν είναι και άτομα που στερούνται, ή στερήθηκαν, ιδιαίτερη φροντίδα, προσοχή ή στοργή.

Τα άτομα που κάνουν δύσκολα παλινδρόμηση είναι οι «δύσκολοι ασθενείς». Συνήθως είναι αυτάρκεις προσωπικότητες, που βιώνουν την ανημποριά της ασθένειας σαν κάτι το μειωτικό. Γι' αυτό αντιδρούν φωνάζοντας, δυστροπώντας, κάνοντας το αντίθετο από ότι ορίζει ο γιατρός κ.λπ.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει την κατάστασή του. Πληροφόρηση και ανοιχτή συζήτηση πρέπει να γίνεται συχνά. Πρέπει να τονίζεται ότι είναι σπουδαίο στοιχείο για την καλύτερευση της υγείας του η συνειδητή συμμετοχή στη θεραπεία και η ανεξαρτητοποίηση από το «ρόλο του ασθενούς».

β) Άλλη τυπική συμπεριφορά είναι ο εγωκεντρισμός:

ο ασθενής έχει την τάση να θέλει να γυρίζουν όλα γύρω από τον εαυτό του, γίνεται πιο εγωιστικός, «ζηλεύει» όταν δοθεί προσοχή και φροντίδα σε άλλον, μιλά πολύ για τα συμβάντα στον οργανισμό του, εστιάζει δηλαδή η προσοχή σε θέματα υγείας και θεωρεί άλλες συζητήσεις σαν έλλειψη αγάπης και ενδιαφέροντος.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα έπρεπε και σ' αυτή την περίπτωση να μην ενισχύσει αυτή την τάση, να μην δίνει δηλαδή ιδιαίτερη προσοχή και γενικά να προσπαθήσει να τονίσει τη συνειδητή συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς στην αποκατάσταση της υγείας του.

γ) Η πιο συχνή αντίδραση είναι ο φόβος και το άγχος. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μη νιώθει φόβο. Το άγνωστο, ο πόνος, η έλλειψη δυνάμεων κ.λπ. προκαλούν φυσιολογικό φόβο. Το άγχος είναι ένα διάχυτο δυσάρεστο συναίσθημα που αυξάνεται σε περιόδους ασθένειας επειδή ο ασθενής δεν έχει διεξόδους -όπως ο υγιής που δουλεύει,

έχει ελευθερία κινήσεων, πλούσια ζωή σε ερεθίσματα -και οι σκέψεις του περιστρέφονται πάνω στις πιθανές επιπλοκές της ασθένειας, στο θάνατο κ.λπ.⁶⁹

3.6. Η επιρροή του τμήματος εισαγωγής

Καθένας που εισάγεται στο Νοσοκομείο να νοσηλευτεί οδηγείται από κάποιο πρόβλημα υγείας οξύ ή χρόνιο με γνωστή ή άγνωστη αιτιολογία ή και για προληπτικό έλεγχο (check up). Σκοπός της εισαγωγής του αρρώστου είναι η διάγνωση, η θεραπεία, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και η αποκατάστασή του.

Άσχετα αν ο άρρωστος είναι χειρουργικός ή παθολογικός, περιπατητικός ή κλινήρης, έχει οξύ χρόνιο πρόβλημα, οι πρώτες του εντυπώσεις από τον Νοσοκομείο και το προσωπικό επηρεάζουν αποφασιστικά τις αντιδράσεις του και την προσαρμογή του. Η όλη διαδικασία εισαγωγής του αρρώστου, δηλαδή οι τύποι των ερωτήσεων που του γίνονται και οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του, προκαλούν ισχυρές εντυπώσεις κατά πόσο γίνεται δεκτός σαν ανθρώπινη ύπαρξη ή απλώς φορές μιας αρρώστιας για θεραπεία. Και αυτές οι εντυπώσεις διατηρούνται στη μνήμη του ίσως για πολλά χρόνια.

Το προσωπικό αποτελείται από την προϊσταμένη, τους νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, σπουδαστές και φοιτητές της Νοσηλευτικής, πρακτικούς νοσοκόμους, τη γραφέα και βοηθητικό προσωπικό. Ιατρικό προσωπικό δεν υπάρχει μόνιμο. Κάθε μέρα εφημερεύει μια παθολογική και χειρουργική κλινική. Αν είναι περίπτωση άλλης ειδικότητας καλείται γιατρός της αντίστοιχης κλινικής για να εξετάσει τον άρρωστο.

Το τμήμα εισαγωγής είναι ο χώρος όπου ο άρρωστος πρωτοσυναντά το νοσηλευτικό προσωπικό και αποκτά τις πρώτες του εμπειρίες. Είναι η πρώτη επαφή και περιμένει να δει την ευγένεια, τη διακριτικότητα και το προσωπικό ενδιαφέρον και να αισθανθεί όσο είναι δυνατόν το θερμό και οικείο περιβάλλον που έχασε φεύγοντας από την οικογένειά του.^{70,71,72}

3.7. Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτή

Έρευνες που έχουν γίνει στα νοσηλευτικά ιδρύματα όλου του κόσμου, έχουν αποδείξει ότι οι άρρωστοι που κάνουν το προσωπικό να νιώθει ανεπάρκεια ή αποτυχία, που εκνευρίζουν ή δημιουργούν άγχος στους νοσηλευτές, που είναι απαιτητικοί, που σκέπτονται να διακόψουν τη θεραπεία τους, τοποθετούνται στην κατηγορία των «δύσκολων αρρώστων». Αντίθετα οι καλλιεργημένοι, οι αισιόδοξοι, οι χαρούμενοι άρρωστοι αποτελούν πρόσωπα στα οποία οι νοσηλευτές χαίρονται να προσφέρουν τις φροντίδες τους⁷³ και κατατάσσονται στην κατηγορία των «καλών αρρώστων».

Εκτός από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους αρρώστους, επηρεάζει η ηλικία του αρρώστου. Η εμπειρία στα νοσηλευτικά ιδρύματα πληροφορεί ότι οι νέοι άρρωστοι απολαμβάνουν περισσότερη και καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα απ' αυτή που παρέχεται στους ηλικιωμένους. Πέρα από την ηλικία άλλοι παράγοντες είναι:

- το φύλο,
- η κοινωνική τάξη και το οικογενειακό υπόβαθρο,
- η επαγγελματική κατάσταση,
- η εθνικότητα,
- το θρήσκευμα,
- η γλώσσα.⁷⁴

Εκείνο όμως που ουσιαστικά κάνει τους αρρώστους δημοφιλείς ή μη στο νοσηλευτικό προσωπικό, είναι το είδος της αρρώστιας τους. Οι άρρωστοι με ψυχιατρικό νόσημα, όπως και οι άρρωστοι με χρόνιες αρρώστιες είναι στην πρώτη βαθμίδα κλίμακας των «δύσκολων αρρώστων».⁷³

3.8. Δικαιώματα και Υποχρεώσεις ασθενών

Το 1994, το Περιφερειακό Γραφείο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στο Άμστερνταμ εκδίδει τη Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη.⁷⁴

Το 1997, τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης κατήρτισαν και υπέγραψαν τη σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής. Στη συνέχεια, η σύμβαση αυτή κυρώθηκε από τη Βουλή των Ελλήνων με το Ν. 2619/1998.

Οι βασικές αρχές αυτής, που διέπουν τα δικαιώματα του ασθενούς, είναι:

α. Το δικαίωμα στην πληροφόρησή του. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα της πλήρους ενημέρωσής του όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του. Η ενημέρωση μπορεί να γίνεται είτε στον ίδιο, είτε στο νόμιμο εκπρόσωπό του. Πληροφορίες μπορούν να αποκρυβούν από ασθενείς κατ' εξαίρεση, όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστεύεται ότι, χωρίς να υπάρχει καμία προσδοκία για προφανή οφέλη, οι ενάγω πληροφορίες θα προξενήσουν σε αυτούς σοβαρή βλάβη. Επίσης, οι ασθενείς, όταν απευθύνονται σε Υπηρεσίες Υγείας, θα πρέπει να πληροφορούνται την ταυτότητα και την επαγγελματική ιδιότητα των ατόμων που τους παρέχουν Υπηρεσίες Υγείας.⁷⁵

β. Το δικαίωμα της συναίνεσης. Η ύπαρξη της συναίνεσης του ασθενούς είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε ιατρική πράξη. Σε περίπτωση άρνησης ή διακοπής της ιατρικής παρέμβασης, θα πρέπει να εξηγούνται στον ίδιο οι συνέπειες αυτής. Όταν ένας ασθενής δεν είναι ικανός να εκφράσει την επιθυμία του, ενώ η ιατρική παρέμβαση κρίνεται επείγουσα, τότε η συναίνεση του ασθενούς υποτίθεται ότι υπάρχει, εκτός εάν προηγουμένως είχε ο ίδιος δηλώσει την άρνησή του για παρόμοια περίπτωση. Επίσης, όταν η συναίνεση του νόμιμου αντιπροσώπου του ασθενούς καθυστερεί να δοθεί, ενώ η ιατρική παρέμβαση κρίνεται άκρως επείγουσα, τότε αυτή μπορεί να γίνει. Πάντως, κατά τη διαδικασία λήψης της απόφασης για τη συναίνεση του αντιπροσώπου, ο ασθενής (είτε είναι ενήλικος είτε είναι ανήλικος) θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία αυτή στη μεγαλύτερη έκταση που επιτρέπει η δυνατότητά του. Όταν ο νόμιμος αντιπρόσωπός του αρνείται να συναινέσει και η ιατρική παρέμβαση πρέπει να γίνει αμέσως, τότε η απόφαση πρέπει να παραπέμπεται σε δικαστήριο ή σε κάποια μορφή διαιτησίας.⁷⁶

γ. Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας και προστασίας της ιδιωτικής ζωής. Κάθε πληροφορία που αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς αλλά και κάθε

άλλη πληροφορία προσωπικής φύσης πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμη και μετά το θάνατό του. Εμπιστευτική πληροφορία μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο αν ο ασθενής δώσει ρητά τη συναίνεσή του ή αν ο Νόμος σαφώς παρέχει το δικαίωμα αυτό. Όλα τα στοιχεία αναγνώρισης του ασθενούς πρέπει να προστατεύονται, καθώς επίσης και ανθρώπινες ουσίες, από τις οποίες είναι δυνατό να προκύψουν στοιχεία αναγνώρισης. Επίσης, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά τους αρχεία και σε οποιοδήποτε άλλο αρχείο στο οποίο περιέχονται στοιχεία για τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα τους. Δεν είναι δυνατή διείσδυση στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, εκτός εάν αυτό, σε συνδυασμό με τη συναίνεση του ίδιου, μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα αυτού.⁷⁷

Ιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν μόνο όταν επιδεικνύεται κατάλληλος σεβασμός στην ιδιωτική ζωή του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι στις ιατρικές παρεμβάσεις παρίστανται αποκλειστικά εκείνα τα άτομα τα οποία είναι αρμόδια για την αποκατάσταση της υγείας του, εκτός αν ο ασθενής συναινεί ή απαιτεί κάτι άλλο.

δ. Το δικαίωμα στη φροντίδα και θεραπεία. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τέτοια φροντίδα υγείας, που να είναι κατάλληλη για τις ανάγκες της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων και της προληπτικής ιατρικής και άλλων δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας. Οι ασθενείς έχουν το συλλογικό δικαίωμα να μετέχουν με εκπρόσωπό τους σε κάθε επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας, σε θέματα που αναφέρονται στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής και αλλαγής ιατρού, όπως επίσης και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του. Επίσης, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει τη συμπάρταση της οικογένειας, συγγενών και φίλων κατά τη διάρκεια της θεραπείας.⁷⁸

Η ενεργή και υπεύθυνη συμμετοχή του κάθε ασθενή που είναι βέβαιο ότι θα συμβάλλει στη θεραπεία του, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, προϋποθέτει τις παρακάτω υποχρεώσεις για τον ασθενή ή το περιβάλλον του:

- ο Να δώσει όλες τις πληροφορίες που αφορούν στο οικογενειακό και ιατρικό ιστορικό με κάθε λεπτομέρεια και ειλικρίνεια.

- Να φροντίσει να ενημερωθεί σωστά και έγκυρα για την κατάσταση της υγείας του και να μη διστάσει να συζητήσει με τους ειδικούς, όλες τις πιθανές αμφιβολίες ή αντιρρήσεις του.
- Να ακολουθεί συνειδητά και υπεύθυνα την θεραπεία που του συστήθηκε.
- Να τηρεί τους κανονισμούς του Νοσοκομείου και της Κλινικής που νοσηλεύεται.
- Να δείχνει σεβασμό προς τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους και προς το προσωπικό του Νοσοκομείου.
- Να είναι συνεπής στα ιατρικά ραντεβού και σε περίπτωση που δεν μπορεί να τα τηρήσει, να ενημερώνει έγκαιρα.
- Να σέβεται τους χώρους του Νοσοκομείου.
- Να επιδιώκει στο να τηρείται το επισκεπτήριο. Η σωστή τήρηση του Επισκεπτηρίου βοηθά όχι μόνο στην καλύτερη λειτουργία του Νοσοκομείου, αλλά συμβάλλει σημαντικά και στην αποτελεσματικότερη θεραπεία των ασθενών.
- Να φροντίζει να τηρείται η αυστηρή απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους στεγασμένους χώρους του Νοσοκομείου, ακόμη και στα μπαλκόνια των ορόφων.
- Εάν έχει παράπονα – προτάσεις και υποδείξεις, να μη διστάσει να τα καταγράψει και να καταθέσει το κείμενο στα ειδικά κουτιά για υποδείξεις και παράπονα που υπάρχουν στο νοσοκομείο.
- Όταν αισθάνεται ότι δεν έχουν ικανοποιηθεί τα δικαιώματά του, να ζητήσει πληροφορίες και να επικοινωνήσει με το Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη που λειτουργεί στο Νοσοκομείο.⁷⁹

3.9. Ιατρική Ευθύνη

Η αναγνώριση δικαιωμάτων στους ασθενείς δεν θα είχε νόημα αν δεν θεμελιωνόταν παράλληλα και η ευθύνη των ιατρών και των προσώπων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.⁸⁰

Παρακάτω, παρατίθεται μία σύνοψη των βασικών ευθυνών του ιατρού προς τον ασθενή του σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας της 28 Νοεμβρίου 2005 (ΦΕΚ Α/287) ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3418).

Σύμφωνα με τον κώδικα:

Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή. Δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του. Φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη/ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.

Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.

Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.

Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του.

Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.

Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης

ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.

Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής.

Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας.⁸¹

3.10. Νοσηλευτική Ευθύνη

Αντίστοιχα, σύμφωνα με τον παρόντα Κώδικα της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας της 25 Ιουλίου 2001(ΥΠ'ΑΡΙΘΜ.216, ΦΕΚ Α/167) :

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα

των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου. Δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας, κατά το δυνατόν την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.⁸²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

4.1. Διεθνείς τάσεις

Τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκες διαδικασίες, πολύπτυχα και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Η επιλογή του σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας είναι φορτωμένη με πρακτικές και ιδεολογικές παγίδες. Παρόλο ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πολιτική που θα ακολουθήσουν αυτοί που θα σχεδιάσουν ένα σύστημα υγείας εντούτοις υπάρχουν πολλά κοινά σημεία τα οποία τους ενώνουν. Ένα από τα κοινά σημεία που ενώνει τους αναδιοργανωτές και σχεδιαστές των συστημάτων υγείας είναι ότι θέλουν το σύστημα να έχει ανθρώπινη προσέγγιση και να ακολουθεί το αξίωμα, κόστος μέγιστη ωφελιμότητα/αποδοτικότητα. Τα ερωτήματα που θα μπορούσαν να εγερθούν είναι αν υπάρχει μια ορθολογική προσέγγιση στο σχεδιασμό των συστημάτων, που να απαντά στις βασικές αρχές, ανεξάρτητα από πολιτικές και ιδεολογικές προσεγγίσεις.⁸³

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι λόγω της φύσεως των υπηρεσιών του κλάδου, της ραγδαίας ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της φαρμακευτικής βιομηχανίας, και της επιρροής του σύγχρονου ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος, η ανάπτυξη των νοσοκομείων, με ποιοτικούς όρους, προϋποθέτει αποτελεσματικά συστήματα διαχείρισης. Στα συστήματα αυτά ,υπογραμμίζεται η σημασία της συμμετοχής των εργαζομένων και αναγνωρίζεται ότι η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί θεμέλιο σε κάθε διαδικασία αλλαγής και επίτευξης των στόχων. Αποτελεσματική λειτουργία και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σημαίνει ικανοποίηση των ασθενών, του συγγενικού τους περιβάλλοντος και των εργαζομένων.

Στο νοσοκομειακό τομέα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες διαπιστώνεται σταθερή αύξηση των εξόδων, συνεχή αύξηση της χρήσης υψηλής τεχνολογίας και εξοπλισμού, εισαγωγή νέων τάσεων στη διαχείριση (Διαχείριση Ολικής Ποιότητας) και αύξηση των υποχρεώσεων για εναρμόνιση και εφαρμογή των ευρωπαϊκών οδηγιών σε θέματα

υγείας και ασφάλισης της εργασίας. Στα ελληνικά νοσοκομεία, επιπροσθέτως, καταγράφονται σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό, κυρίως νοσηλευτικό και μάλιστα ανεπιτυχείς προσπάθειες για την καταπολέμηση της διαπλοκής/διαφθοράς και την ορθολογιστική διαχείριση των προμηθειών και των ασφαλιστικών ταμείων.^{24,25}

Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι τα συστήματα υγείας χρειάζονται αναδιοργάνωση. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και από την τάση που επικρατεί στην Ευρώπη, όπου όλες οι χώρες επανεξετάζουν και αναθεωρούν τα συστήματα υγείας τους. Αυτές οι αλλαγές αναμένεται να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών και να κατοπτρίζουν την πρόοδο που επιτυγχάνεται στη βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ αναγνωρίζεται η οικονομική αβεβαιότητα και ανάγκη συγκράτησης των δαπανών στην υγεία.

Από την άλλη οι αλλαγές μέσα στα συστήματα, η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας και ο αυξανόμενος ανταγωνισμός αποτελούν την άλλη πτυχή. Τα αναπτυγμένα κράτη προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα αυτά λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία που έχει η υγεία για τους πολίτες και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς το λαό.⁸³

4.2. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), ο πληθυσμός της Ευρώπης το 1997 ήταν 870 εκατομμύρια, αποτελώντας το 15% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού. Με δεδομένο το χαμηλό αριθμό γεννήσεων οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του πολύ χαμηλού ρυθμού φυσικής αύξησης του πληθυσμού (0–1%) ή ακόμα και της συρρίκνωσης, ιδίως στην ανατολική Ευρώπη.⁸⁴ Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, καθώς και η μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε γήρανση όλου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών ευθύνεται πρωτίστως για την επιδημιολογική μετάβαση από το μοντέλο νοσηρότητας που χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά οξείων νόσων (κυρίως

λοιμωδών) και ατυχημάτων, στο μοντέλο όπου κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται στη θεαματική βελτίωση της υγείας των Ευρωπαίων στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο. Οι διαφορές, ωστόσο, που παρουσιάζονται τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών της Ευρώπης όσο και ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες κάθε πληθυσμού, δημιουργούν σοβαρές ανισότητες σε ό,τι αφορά την υγεία.⁸⁵

Μια πρώτη σημαντική διαφοροποίηση αφορά την υποκειμενική εκτίμηση που έχουν οι κάτοικοι της Ευρώπης για την υγεία τους. Αν και η αντίληψη της έννοιας «υγεία» δεν είναι κοινή για τους κατοίκους των διαφόρων χωρών της Ευρώπης, μια και είναι συνυφασμένη με τον πολιτισμό, τις κοινωνικές συνθήκες και τον τρόπο ζωής, η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αδρή εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το ποσοστό του πληθυσμού που θεωρεί την κατάσταση της υγείας του καλή ή πολύ καλή διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα και τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται σε χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης.

Η ΠΟΥ πραγματοποίησε το 1995 σχετική μελέτη ομαδοποιώντας τις ευρωπαϊκές χώρες ως εξής: σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε 5 Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία), στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης (Βουλγαρία, πρώην Τσεχοσλοβακία, Ουγγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, πρώην Γιουγκοσλαβία) και στις 15 νέες Δημοκρατίες της πρώην ΕΣΣΔ. Οι σαρωτικές πολιτικές αλλαγές, που σημειώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, αποδυνάμωσαν τις οικονομίες τους, μείωσαν το ακαθάριστο εθνικό προϊόν τους και δημιούργησαν σημαντικά ρήγματα στον κοινωνικό ιστό. Ως τα μέσα της δεκαετίας, ωστόσο, εμφανίστηκαν σημεία σταθεροποίησης και οι προοπτικές για ανάκαμψη είναι πλέον ενθαρρυντικές. Στη δυτική Ευρώπη, προστέθηκαν νέα μέλη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ οι μεταξύ των μελών σχέσεις αναβαθμίστηκαν, γεγονός που προήγαγε τη διακίνηση πληροφοριών, αγαθών, υπηρεσιών και πληθυσμών στους κόλπους της.⁸⁵

Τόσο οι χώρες της δυτικής όσο και οι χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, καθώς και οι χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, μοιράζονται πλέον τα ίδια κοινωνικά προβλήματα. Το φαινόμενο της ανεργίας, πρόβλημα ανύπαρκτο μέχρι πρότινος στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, ενώ στη δυτική Ευρώπη το ποσοστό των ανέργων παραμένει σε υψηλά επίπεδα όλα τα τελευταία χρόνια. Η άνιση κατανομή του πλούτου και το υψηλό ποσοστό του φτωχού και άστεγου πληθυσμού χαρακτηρίζει τόσο τη δυτική Ευρώπη όσο και τις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, ενώ μόνο στην ανατολική Ευρώπη περίπου το 1/3 του πληθυσμού ζει κάτω από συνθήκες απόλυτης φτώχειας.⁸⁵ Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι ένοπλες συγκρούσεις στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και στην πρώην Γιουγκοσλαβία από το 1989 έως το 1995, οδήγησαν σε 400.000 περίπου θανάτους, καθώς και στον τραυματισμό, στην αναπηρία και στη μετανάστευση χιλιάδων ανθρώπων.⁸⁶

4.3. Πολιτική υγείας

Πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η WHO για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics) δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.⁸⁷

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει μία λεπτομερώς σχεδιασμένη και δεσμευτική πολιτική για την υγεία. Αυτό οφείλεται στην εξελικτική ανάπτυξη της Ε.Ε, στην αρχή της επικουρικότητας, αλλά και στο γεγονός ότι το αίτημα της ύπαρξης κρατικών πολιτικών για την υποστήριξη υγείας των πολιτών αποτελεί έναν «εκ των ουκ άνευ» όρο για συμμετοχή στην Ε.Ε.

Όσον αφορά στην ελληνική περίπτωση αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge).

Η παρατεταμένη κοινωνική κρίση, η αποτυχία του κράτους πρόνοιας να προσφέρει λύσεις στα νέα κοινωνικά προβλήματα, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, η συνεχής αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία, η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με την διεθνή οικονομική ύφεση οδήγησαν στην ανάγκη επαναπροσδιορισμού της πολιτικής υγείας στον ελληνικό χώρο και στην εφαρμογή στρατηγικών παραγωγικότερης και αποτελεσματικότερης χρήσης των ανθρώπινων και υλικών πόρων.⁸⁷

Ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας με την ίδρυση των ΠΕΣΥ, την διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, τον διορισμό Διοικητών στα νοσοκομεία, την αλλαγή του τρόπου προμηθειών, την ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, τη δημιουργία γραφείων υποδοχής ασθενών, τμημάτων επειγόντων περιστατικών κ.ά.

Παρά τα μέτρα, όμως, που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στην χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το ΕΣΥ από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας. Το σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «άτυπες» ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9,9% του ΑΕΠ για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής.⁸⁷

4.4. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στη σύγχρονη κοινωνία

Τα τελευταία χρόνια έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος στην παροχή ιατρικής περίθαλψης. Αυτή η πρόοδος θα εξακολουθήσει να επιτυγχάνεται και στο μέλλον, μάλιστα ίσως και με πιο γρήγορους ρυθμούς. Οι τομείς που παρουσιάζεται η μεγαλύτερη πρόοδος είναι η ανάπτυξη της τεχνολογίας και η ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Αποτέλεσμα της ανάπτυξης αυτής είναι η παροχή ποιοτικά αναβαθμισμένης ιατρικής περίθαλψης προς τους πολίτες. Ταυτόχρονα, η ιατρική επεκτείνεται και σε τομείς που ακόμη και στο πρόσφατο παρελθόν θα ήταν αδιανόητη και η σύλληψη τέτοιας σκέψης. Πολλές, όμως, από τις προόδους αυτές είναι δαπανηρές. Εκτός από αυτό, σε αρκετές από τις νέες μεθόδους θεραπείας δεν έχει αποδειχθεί η ωφελιμότητα τους και είναι αμφίβολο αν επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα και αναβαθμισμένη ποιότητα ζωής και ευεξίας προς τον ασθενή. Μερικές φορές δε, η μοντέρνα θεραπεία μπορεί και να χειροτερέψει την όλη κατάσταση του ασθενούς. Δυστυχώς, σήμερα η ιατρική επικεντρώνεται περισσότερο στην παροχή εξειδικευμένης θεραπείας στον πολίτη από τις διάφορες ιατρικές ειδικότητες μέσα σε ένα σύστημα κομματιασμένο και αδιάφορο για τον ασθενή.⁸³

Το σύστημα, όμως πρέπει να ασχολείται με την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας προς τον ασθενή και να ικανοποιεί τις επί μέρους ανάγκες του. Πιο απλοποιημένα, θα λέγαμε ότι η πολλή εξειδίκευση και η προσπάθεια να ικανοποιηθεί ο πολίτης στο εξατομικευμένο θέμα που τον απασχολεί, μας οδηγεί στο να παραβλέπουμε τον ασθενή ως ενιαίο σύνολο, με συνολική προσέγγιση των αναγκών του στον τομέα της υγείας, θα αποτολήσουμε δε να παρομοιάσουμε τη σημερινή προσέγγιση του ασθενούς από το σύνολο των υπηρεσιών υγείας με ένα άκομψο ψηφιδωτό, στο οποίο οι επί μέρους εικόνες που σχηματίζονται με τα πετράδια, δεν έχουν κανένα συσχετισμό μεταξύ τους.⁸³

Σήμερα πολύ λίγες χώρες έχουν κατορθώσει να παρέχουν ψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προς τον πληθυσμό τους, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα οι δαπάνες να βρίσκονται μέσα στα πλαίσια της αντοχής της οικονομίας τους. Ειδικά το ύψος των δαπανών το οποίο μπορούν να αντέξουν τα κράτη και ταυτόχρονα να

διασφαλίζουν το στοιχείο της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ισότητα στη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες από την κούνια μέχρι το θάνατο, είναι στοιχεία που χωρίς σωστή οργάνωση και υποδομή των υπηρεσιών υγείας είναι δύσκολο να επιτευχθούν. Η πρόκληση αυτή φαίνεται να γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη καθώς ο χρόνος περνά και σημειώνονται πιο πολλές τεχνολογικές πρόοδοι στη διάγνωση και θεραπεία των διαφόρων ασθενειών. Η προληπτική ιατρική και η διαχείριση των αναγκών του κάθε ατόμου και η διασφάλιση της αρμονικής ύπαρξης και ευεξίας του ατόμου έχουν οπισθοχωρήσει σήμερα μπροστά στο "θαύμα" της τεχνολογίας. Το αμερικανικό σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, το οποίο συνεχίζει να διεισδύει σιγά-σιγά στις αναπτυσσόμενες χώρες, επικεντρώνεται περισσότερο στη διαχείριση των διατεθειμένων πόρων στον τομέα της υγείας παρά στη διαχείριση των αναγκών των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση οδηγεί στην μεγιστοποίηση της χρήσης πανάκριβων διευκολύνσεων και τεχνολογίας, παρά να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον στην εφαρμογή της τεχνολογίας, ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς.⁸³

Η ιατρική επιστήμη υποδουλώνεται διαρκώς στην τεχνολογία και ο ασθενής έχει γίνει αιχμάλωτος της τεχνολογίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η ιατρική φροντίδα να γίνεται διαρκώς και πιο δαπανηρή, στο βαθμό που απειλούνται με πτώχευση μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ ταυτόχρονα, από την άλλη, δεν παρέχουν υψηλής ποιότητας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον πληθυσμό τους. Οι κυβερνήσεις έχουν καθήκον να διασφαλίζουν ότι η τεχνολογία στην οποία οι πολίτες τους εκτίθενται είναι ασφαλής και αποδοτική. Αυτό βεβαίως, ισχύει τόσο για την ιατρική τεχνολογία όσο και για τα φάρμακα. Προτού υιοθετηθεί οποιαδήποτε τεχνολογία ή νέο φάρμακο, θα πρέπει να εκτιμάται εκ των προτέρων η ασφάλεια του και η αποδοτικότητα/ωφελιμότητα του. Αυτή η ανάγκη για εκτίμηση της αποδοτικότητας/ωφελιμότητας και της ασφάλειας, χρειάζεται να εφαρμοστεί επίσης σ' αυτούς που εφαρμόζουν νέες θεραπευτικές μεθόδους πάνω στους ασθενείς.⁸³

4.5. Παραδοσιακά Συστήματα υγείας

Ο Μόρρισον ταξινόμησε τα συστήματα υγείας σε τέσσερις κατηγορίες:

- Κοινωνικοποιημένη Ιατρική
- Κοινωνικοποιημένη Ασφάλιση
- Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας
- Εθελοντική (εκούσια) Ασφάλιση Υγείας⁸⁸

Κοινωνικοποιημένη Ιατρική

Αυτό είναι το είδος συστήματος υγείας όπου *το κράτος κατέχει και ελέγχει το ιατρικό σύστημα*. Παραδείγματα αυτού του μοντέλου (προτύπου) είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Δανία. Με βάση αυτό το μοντέλο ο ιατρός εργοδοτείται είτε από το κράτος είτε εξαρτάται σχεδόν εξολοκλήρου από αυτό. Χαρακτηρίζεται από χαμηλό κατά κεφαλή κόστος, και παράδειγμα του πιο οικονομικού συστήματος, σε όρους κατά κεφαλή εξόδων σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο.

Κοινωνικοποιημένη Ασφάλιση

Αυτό το σύστημα υγείας περιλαμβάνει *βασική ασφαλιστική κάλυψη* για όλες τις αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες. Ο Καναδάς είναι το πιο πλήρες παράδειγμα αυτού του μοντέλου. Η Αυστραλία και η Γαλλία αντιπροσωπεύουν αυτό το μοντέλο, αλλά έχουν επίσης συμπληρωματικές ασφαλιστικές καλύψεις. Τα κόστη αυτού του μοντέλου πλησιάζουν τον στατιστικό μέσο, όπως π. χ. ο Καναδάς έρχεται 10^{ος} από 26 χώρες με ένα κόστος \$1816 ανά κεφαλή.

Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας

Αυτό το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μεγάλους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς

ασφάλισης υγείας, που ονομάζονται Κεφάλαια Ασθενείας για κάλυψη των εργοδοτούμενων και των εξαρτωμένων τους. Αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται από την Ιαπωνία, τη Γερμανία και την Ολλανδία. Με βάση αυτό το μοντέλο το κράτος καλύπτει αυτούς που δεν εργοδοτούνται (άνεργους) και έτσι εξασφαλίζεται η καθολικότητα του συστήματος. Το σύστημα χαρακτηρίζεται από υψηλό κατά κεφαλή κόστος. Παράδειγμα αυτού του συστήματος, σε όρους κατά κεφαλή εξόδων, αποτελεί η Γερμανία με \$2365 κατά κεφαλή έξοδα που έρχεται 2^η μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες (\$3724).

Εθελοντική (εκούσια) Ασφάλιση Υγείας

Είναι το πιο πολυδάπανο κατά κεφαλή μοντέλο και προσφέρει κάλυψη για ένα συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού και για ένα συγκεκριμένο σύνολο ιατρικών υπηρεσιών. Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου, όπου η πρόσβαση περιορίζεται σε αυτούς που έχουν ασφαλιστική κάλυψη που τυπικά σχετίζεται με την απασχόληση. Φιλανθρωπικοί οργανισμοί προσφέρουν φροντίδα για αυτούς που δεν καλύπτονται από ασφάλιση. Αυτό το σύστημα έχει τα υψηλότερα κατά κεφαλή έξοδα. Αυτά τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι υπάρχει μια ανταλλαγή (εξισορρόπηση) μεταξύ του περιορισμού των κοστών και της ελευθερίας εκλογής. Οι ΗΠΑ τοποθετούν την ελευθερία εκλογής σαν την πιο υψηλή προτεραιότητα του συστήματος αυτού.⁸⁸

4.6. Πρότυπα Υγείας οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.⁸⁹

Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η κύρια ιδέα του Bismark ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι λοιπές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα αυτό.⁸⁹

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες αποτελούν το σύνολο των βορειοευρωπαϊκών χωρών που έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου.⁸⁹

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του, τόσο στη φιλοσοφία του Sir William Beveridge, όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν τη μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980, είχαν ως κύριο στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.⁸⁹

4.7. Συγκριτική ανάλυση Συστημάτων Υγείας

Ο κος Γ. Τούντας πραγματοποίησε ερευνητική εργασία με σκοπό τη συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα διαφορετικών αναπτυγμένων χωρών και παρέθεσε χρήσιμες διαπιστώσεις σε ό,τι αφορά τις εξελίξεις και τις τάσεις σε διεθνές επίπεδο.

Πρώτα απ' όλα, διαπιστώνεται μια σταδιακή εγκατάλειψη της αυστηρής προσκόλλησης στα παραδοσιακά μοντέλα, με την ανάπτυξη «νοθευμένων» ή μικτών μοντέλων. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις χώρες της Ν. Ευρώπης, Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, οι οποίες καθιέρωσαν εθνικό σύστημα υγείας χωρίς να εξαλείψουν τελείως το προηγούμενο καθεστώς της κοινωνικής ασφάλισης.⁹⁰ Ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, ακόμα και στις χώρες με αναπτυγμένο εθνικό σύστημα υγείας, όπως είναι η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία. Επίσης, σε χώρες με συστήματα υγείας που βασίζονται στο μοντέλο Bismark (κοινωνικής ασφάλισης), όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η χρηματοδότηση προέρχεται και από τη γενική φορολογία.

Οι δαπάνες υγείας, οι οποίες, ως γνωστό, παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, 1 κυμαίνονται πλέον, πλην των ΗΠΑ, σε ένα όλο και πιο στενό εύρος διακυμάνσεων (από 7,3% του ΑΕΠ στη Μεγάλη Βρετανία στο 10,6% του ΑΕΠ στη Γερμανία). Σε ό,τι αφορά το ποσοστό συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών, που και αυτό αυξάνει, το εύρος διακυμάνσεων είναι ακόμα μικρότερο, πλην των ΗΠΑ, που χαρακτηρίζονται από υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών (7,2% του ΑΕΠ), και δευτερευόντως της Ελλάδας (3,9% του ΑΕΠ). Το υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα σχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό των δημοσίων δαπανών (5,2% του ΑΕΠ), που είναι το χαμηλότερο μεταξύ των υπό εξέταση ευρωπαϊκών χωρών.

Σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία, σε όλες τις χώρες η πλειοψηφία τους είναι δημόσιας ή ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ιδιοκτησίας. Ακόμα και στις ΗΠΑ, μόνο το 30% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα. Επίσης, στις περισσότερες υπό εξέταση χώρες είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος ο ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός νοσοκομειακός τομέας. Μόνο στην Ελλάδα, στην Ισπανία, στην Ιταλία και στη Μεγάλη Βρετανία δεν παρατηρείται ανάλογο φαινόμενο, λόγω της παρουσίας των εθνικών συστημάτων υγείας.

Σε αντίθεση με τις δαπάνες, οι νοσοκομειακές κλίνες παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερες διακυμάνσεις, από 10,8/1000 στην Ολλανδία μέχρι 3,6/1000 στη Σουηδία και στις ΗΠΑ.

Οι διακυμάνσεις αυτές οφείλονται κυρίως σε διαφορές στις κλίνες χρόνιων ασθενών, ενώ οι κλίνες για οξέα περιστατικά παρουσιάζουν μικρότερες διακυμάνσεις. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε όλες τις χώρες παρατηρείται μια αρκετά γρήγορη μείωση των νοσοκομειακών κλινών, λόγω τις ανάπτυξης νέων υπηρεσιών (χειρουργεία και κλινικές ημέρας, νοσηλεία στο σπίτι κ.ά.) και της μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ).⁹¹

Οι κρεβατοημέρες (εισαγωγές ΜΔΝ) ανά κάτοικο κυμαίνονται από 1,1 (Ισπανία και ΗΠΑ) μέχρι 3,6 (Ολλανδία). Οι υψηλές τιμές σε Ολλανδία, αλλά και Γερμανία(2,6) και Γαλλία (2,5), πιθανόν να οφείλονται στο συνυπολογισμό ειδικών μονάδων νοσηλείας χρόνιων ασθενών.

Σε ό,τι αφορά τον τρόπο πληρωμής των νοσοκομείων, στις περισσότερες χώρες επικρατεί το σύστημα των προ-οπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, που κατά κανόνα στηρίζεται στην ταξινόμηση των ασθενών βάσει των διαγνωστικών κατηγοριών (Diagnostic Related Groups, DRGs). Εξάιρεση αποτελούν η Μεγάλη Βρετανία, η ο-ποία εγκαινίασε πρόσφατα το σύστημα των συμβάσεων(contracting), και η Ελλάδα, όπου ο μεν ιδιωτικός τομέας πληρώνεται κατά πράξη, ο δε δημόσιος καλύπτει αναδρομικά τα ελλείμματά του από τις κρατικές συνεισφορές.

Σημαντική επίσης εξέλιξη αποτελεί η προσπάθεια των περισσότερων χωρών για αποκεντρωμένη οργάνωση και διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις υπό εξέταση χώρες, πλην των ΗΠΑ, οι δημόσιες υπηρεσίες είναι οργανωμένες σε περιφερειακό επίπεδο, είτε για τη χρηματοδότησή τους (Γερμανία), είτε για τη διοίκησή τους (Γαλλία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία). Στον Καναδά και στη Σουηδία είναι ιδιαίτερα ισχυρός ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Στον τομέα της ΠΦΥ, σε έξι χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία, Σουηδία), ραχοκοκαλιά του συστήματος είναι ο θεσμός του γενικού γιατρού. Σε ορισμένες απ' αυτές (Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία), οι γενικοί γιατροί είναι

ενταγμένοι στο εθνικό σύστημα υγείας και πληρώνονται είτε με μισθό(Ισπανία), είτε κατά κεφαλή (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία).Στις υπόλοιπες τρεις χώρες (Ιταλία, Καναδάς, Ολλανδία), οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας. Στη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ελλάδα και τις ΗΠΑ, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων.

Σημαντικός είναι επίσης και ο θεσμός των κέντρων υγείας, που λειτουργεί στην Ισπανία, τον Καναδά, τη Σουηδία και στις αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα. Τα κέντρα υγείας, όπως και οι γενικοί γιατροί, ασκούν σε πολλές χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Καναδάς, Μεγάλη Βρετανία, Ολλανδία) έλεγχο στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ στη Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα και Σουηδία υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών σε εξειδικευμένες ή νοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες. Ιδιαίτερη μορφή ελέγχου ασκείται στις ΗΠΑ στο πλαίσιο της οργανωμένης φροντίδας υγείας, όπου, λόγω του ιατρικοασφαλιστικού της χαρακτήρα, αποφεύγεται η άσκοπη κατανάλωση δαπανηρών νοσοκομειακών υπηρεσιών.⁹²

Εκτός από τον έλεγχο της εξειδικευμένης και νοσοκομειακής Ιατρικής μέσω του συστήματος παραπομπών, η συγκράτηση του κόστους επιχειρείται και με άλλους τρόπους. Ορισμένες χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία και πρόσφατα η Ελλάδα, επιχειρούν να δημιουργήσουν συνθήκες ελεγχόμενου ανταγωνισμού και εσωτερικής αγοράς, με το διαχωρισμό «αγοραστών» και «πωλητών» και με τη διαπραγμάτευση, με κριτήρια κόστους και ποιότητας.⁹³ Άλλες χώρες, όπως η Γαλλία και οι ΗΠΑ, εφαρμόζουν οργανωμένα συστήματα ποιοτικού ελέγχου με αυστηρές ποινές για τους παραβάτες, ενώ επίσης σε ορισμένες χώρες, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα την Ολλανδία, εφαρμόζεται το σύστημα της ίδιας συμμετοχής (cost-sharing). Το σύστημα της ίδιας συμμετοχής εφαρμόζεται στις μισές τουλάχιστον χώρες της Δυτικής Ευρώπης κατά την πρώτη επαφή, ενώ ο ίδιος περίπου αριθμός χωρών εφαρμόζει το σύστημα αυτό στη χρήση ειδικευμένης ή νοσοκομειακής Ιατρικής. Από τις πολιτικές ίδιας συμμετοχής συχνά εξαιρούνται τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα.⁹³

Σε ό,τι αφορά τους ανθρώπινους πόρους, υπερεπάρκεια γιατρών παρατηρείται κυρίως

στις χώρες της Ν.Ευρώπης (Ιταλία, Ελλάδα), ενώ ελλείψεις παρουσιάζουν οι περισσότερο αναπτυγμένες χώρες, όπως οι ΗΠΑ, η Μεγάλη Βρετανία, η Ολλανδία και η Σουηδία. Αντίθετα, οι χώρες αυτές εμφανίζουν υψηλούς δείκτες επάρκειας νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός που δεν συμβαίνει στις χώρες της Ν. Ευρώπης. Οι γιατροί στα ασφαλιστικά μοντέλα τύπου Bismark πληρώνονται, κατά κανόνα, κατά πράξη, ενώ στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge με μισθό. Βέβαια, και στα δύο μοντέλα η ιδιωτική Ιατρική ασκείται περισσότερο στην ΠΦΥ και λιγότερο στα νοσοκομεία. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις συναντώνται συνδυασμοί των τριών βασικών συστημάτων πληρωμής (μισθός, κατά κεφαλή, κατά πράξη), προκειμένου να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα του κάθε τρόπου. Έχει διαπιστωθεί ότι η πληρωμή κατά κεφαλή και οι μισθοί βοηθούν στον έλεγχο της κατανάλωσης και στη συγκράτηση του κόστους, ενώ η πληρωμή κατά πράξη συνδέεται με πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου.⁹³ Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σε όλες σχεδόν τις υπό εξέταση χώρες, παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη. Οι κλινικές και τα χειρουργεία ημέρας, η νοσηλεία στο σπίτι, η Τηλεϊατρική, τα κέντρα αποκατάστασης, οι ξενώνες χρόνιας νοσηλείας, οι μονάδες Γηριατρικής και οι μονάδες άμεσης πρόσβασης δημιουργούν ένα νέο τοπίο στο χώρο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Στο νέο αυτό τοπίο, τα νοσοκομεία του μέλλοντος θα είναι κυρίως μονάδες εντατικής νοσηλείας και, συγχρόνως, ο εγκέφαλος ενός αποκεντρωμένου και ενιαίου συστήματος υγείας, όπου τα παραδοσιακά όρια μεταξύ νοσοκομειακής περίθαλψης και ΠΦΥ θα αμβλυνθούν.⁹¹

4.8. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική

Οι κ.οι Ν. Πολύζος, Δ. Μπαρτσώκας, Γ. Πιερράκος, Ι.Υφαντόπουλος και η κα Ι. Ασημακοπούλου παρουσίασαν τα παρακάτω από την ερευνητική τους μελέτη.

Τα διαχειριστικά συστήματα ποιότητας έχουν ολοένα και αυξανόμενο ρόλο στα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών. Σταδιακά, νοσοκομειακές μονάδες επιχειρούν και ασχολούνται με την εφαρμογή των αρχών της ποιότητας. Απώτερος σκοπός και στόχος των ερευνών που παρουσιάζονται εδώ αποτελεί η παρακολούθηση και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή των αρχών της ποιότητας και, συγκεκριμένα, ο προσδιορισμός των δεικτών, που δίνουν τη δυνατότητα μιας άμεσης εικόνας των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους ασθενείς του νοσοκομείου.

Οι έρευνες διεξήχθησαν με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και με τη χρήση ερωτηματολογίων σε δύο νοσοκομεία: ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο (378 ερωτηματολόγια) και ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο (108 ερωτηματολόγια εσωτερικών ασθενών και 412 ερωτηματολόγια εξωτερικών ασθενών).

Από την εξέταση των στοιχείων, παρατηρείται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και δημόσιο) ήταν σχετικά μεγάλος. Γενικές εντυπώσεις από τη νοσηλεία ήταν θετικές κατά 91,1% και 75,2%, αντίστοιχα. Επίσης, θετικές ήταν οι εντυπώσεις για το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 92,7% και 71,3%, αντίστοιχα, ενώ για το νοσηλευτικό 92,7% και 84,4%, αντίστοιχα.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή και ειδικότερα στο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου το σύστημα ποιότητας χρησιμοποιείται για περισσότερο χρονικό διάστημα. Φαίνεται ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χρήση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Όσο το σύστημα διαχείρισης ποιότητας χρησιμοποιείται και από τους εργαζόμενους, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των ασθενών.⁹⁴

4.9. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα.

Στο κείμενο αυτό, παρουσιάζονται από τους κους Κ. Σουλιώτη, Α. Δόλγερα, Δ. Κόντο και Χ. Οικονόμου τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας με θέμα την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα και συγκεκριμένα την ευρύτερη περιοχή των Αθηνών.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Αθήνας. Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούσαν στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Η έρευνα καταλήγει στη διαπίστωση ότι η δυσαρέσκεια από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σχετίζεται με τους παράγοντες της ξενοδοχειακής υποδομής, της έλλειψης προσωπικού, της καθαριότητας των χώρων και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας. Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών νοσηλευτικών δομών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, κυρίως σε ό,τι αφορά στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας. Τέλος, η έρευνα επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών, αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες.⁹⁵

Σημειώνεται ότι η έρευνα αυτή, εξέτασε επιπλέον το ζήτημα της ικανοποίησης από την ασφαλιστική κάλυψη, σε συνδυασμό με την πρόθεση και την πρακτική των χρηστών να καταβάλλουν επιπλέον χρήματα, ώστε να καταναλώσουν υπηρεσίες καλύτερης - όπως οι ίδιοι αντιλαμβάνονται - ποιότητας. Σκοπός του άρθρου αυτού είναι: (α) η αποτύπωση των χαρακτηριστικών των χρηστών των νοσηλευτικών υπηρεσιών στην περιοχή των Αθηνών και (β) η μέτρηση της ικανοποίησης από τη χρησιμοποίηση νοσοκομειακών υπηρεσιών.⁹⁵

Τα αποτελέσματα της έρευνας, αποκαλύπτουν εξαιρετικά ενδιαφέροντα στοιχεία για τη διαδικασία και τις συνθήκες χρησιμοποίησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας, παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν και την ικανοποίηση των χρηστών από αυτές.

Ο βαθμός στον οποίο η κοινωνική τάξη επηρεάζει τόσο την επιλογή του φορέα υγείας, όσο και την ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι εμφανής καθώς προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που χρησιμοποίησε υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ (29,6%) προέρχεται από τις χαμηλές τάξεις στη σχετική κλίμακα (χωρίς όμως μεγάλες αποκλίσεις), σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές, όπου η πελατεία τους προέρχεται κυρίως από τα υψηλά (33,3%) και μεσαία (20,8%) κοινωνικά στρώματα.⁹⁵

Από τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι: (α) Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων ενώ οι ασθενείς των υψηλών κοινωνικών τάξεων εκφράζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Πάντως, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, (59,2%) δηλώνει ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες, ενώ από την άλλη υψηλό θεωρείται και το ποσοστό (10,2%) των ερωτηθέντων που δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την παρεχόμενη περίθαλψη.

β) Οι ιδιωτικές κλινικές παρουσιάζουν ένα πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και βέβαια στο σύνολο του δείγματος, το 85,9% δηλώνει ικανοποιημένο είτε πάρα πολύ (50,7%), είτε αρκετά (35,2%), από τις παρεχόμενες φροντίδες. Σημειώνεται ότι οι κατηγορίες από μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση, αποτελούν μόλις το 12,7% του δείγματος.⁹⁵

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης, διαπιστώνουμε ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τις φροντίδες που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Έτσι, η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία

του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.⁹⁵

Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία υφίσταται σημαντική επιβάρυνση, από την απορρόφηση ενός μεγάλου μέρους των υλικών και ανθρώπινων πόρων στα εξωτερικά ιατρεία - τα οποία επισκέπτεται περίπου το 30% του πληθυσμού - για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, αν και όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες τα βαρύτερα περιστατικά αντιμετωπίζονται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι η ικανοποίηση από την πλευρά των χρηστών αφορά κυρίως στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας και λιγότερο σε αυτή καθ' αυτή την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και το ιατρικό έργο.⁹⁵

Ανεξάρτητα πάντως από τους επιμέρους παράγοντες ικανοποίησης, η συνεχής ανάπτυξη ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, φαίνεται πως αντανakλά την αυξημένη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες, ως απόρροια της γενικότερης αίσθησης των πολιτών ότι στον ιδιωτικό τομέα θα καταναλώσουν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας.

Μια άλλη διάσταση της έρευνας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι η διαφαινόμενη συσχέτιση της κοινωνικής τάξης και της εκφρασμένης ικανοποίησης από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, από την έρευνα επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες.⁹⁵

4.10. Η ενημέρωση των ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους

Ο κος Παντελής Χαραλάμπους, ο κος Κλεισιάρης Χρήστος και η κα Αγά Γεωργία σε μελέτη που πραγματοποίησαν όσον αφορά την ενημέρωση των ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους παρέθεσαν τα παρακάτω:

Στην εποχή μας διατυπώνεται όλο και περισσότερο το αίτημα για καλύτερη ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό υγείας, με σκοπό την βελτίωση της συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που τους απασχολούν. Παράλληλα όμως διαπιστώνεται μια σημαντική ανεπάρκεια πληροφόρησης από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που μπορεί να οφείλεται είτε στην έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης είτε σε άλλους παράγοντες. Η αξιολόγηση του βαθμού ενημέρωσης σε έναν πληθυσμό κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης και την διατύπωση προτάσεων για βελτίωση του υγειονομικού μας συστήματος.

Θελήσαμε να εξετάσουμε τις εντυπώσεις Ελλήνων ασθενών για την ποιότητα της ενημέρωσης που είχαν για τα προβλήματα της υγείας τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και από άλλες πηγές, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής τους από την ενημέρωση αυτή.

Σύνολο πληθυσμού 181 ασθενείς (91 νοσηλεύόμενοι και 90 ασθενείς εξωτερικών ιατρείων) σε έξι διαφορετικούς χώρους (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο, δομημένο ερωτηματολόγιο που εξέταζε τις πηγές πληροφόρησης, την επάρκεια του χρόνου ενημέρωσης και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ενημέρωση αυτή.

Από τα αποτελέσματα το 78% των ασθενών δήλωσε ότι είχε λάβει πληροφορίες για τη θεραπεία της νόσου, ενώ τα ποσοστά για την αιτία, τις αναγκαίες εξετάσεις και τη μελλοντική πορεία της νόσου ήταν περίπου 50%. Μόνο 8,8% δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί για όλα αυτά τα στοιχεία. Το 40% των ασθενών θεώρησε ότι ο χρόνος

ενημέρωσης ήταν ανεπαρκής ή οριακός. Κύρια πηγή ενημέρωσης ήταν ο γιατρός, νοσοκομειακός (71%) ή οικογενειακός (37,5%). Το 49,7% των ασθενών ανέφερε ότι συχνά ή αρκετά συχνά σκέφθηκε να αλλάξει θεράποντα ιατρό λόγω κακής συνεργασίας ή ελλιπούς ενημέρωσης. Το 64% πιστεύει ότι σε περίπτωση σοβαρής νόσου ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώσει πρώτα τον ασθενή (με ή χωρίς την οικογένεια) και μόνο 2,2% πιστεύουν ότι πρέπει να ενημερωθεί μόνο η οικογένεια, χωρίς συμμετοχή του ασθενούς. Επίσης οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους επιθυμούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας που τους αφορούν. Το 77,9% των ασθενών εκδηλώνει προτίμηση για την προφορική πληροφόρηση, με ή χωρίς συνοδά μέσα (π.χ. έντυπα).

Συμπερασματικά, ο πληθυσμός της μελέτης φάνηκε να έχει λάβει μια μέτριου επιπέδου ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό. Ο βαθμός ικανοποίησης από την πληροφόρηση ήταν πολλές φορές δυσανάλογα χαμηλός σε σχέση με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του.

Πολλές φορές οι ασθενείς θα ήθελαν από τον ιατρό τους να τους διαθέσει περισσότερο χρόνο, καθώς και νέες μορφές ενημέρωσης πέρα από τη συνήθη προφορική καθοδήγηση. Κύρια πηγή ενημέρωσης είναι ο γιατρός, και σ' αυτόν ανήκει το μεγαλύτερο μερίδιο της ευθύνης για την ικανοποίηση των αναγκών αυτών. Η συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία δεν παύει να υπάρχει, αλλά διαφαίνεται η επιθυμία των ασθενών να συμμετέχουν περισσότερο στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους και στη θεραπευτική διαδικασία.⁹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών από την παροχή υπηρεσιών του Ιατρο-Νοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και η έκθεση προτάσεων για περαιτέρω βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Ο λόγος που ξεκινήσαμε την έρευνα αυτή, είναι η ευαισθητοποίηση απέναντι στους νοσηλευόμενους ασθενείς και τις ανάγκες τους, σε συνδυασμό με τις αδυναμίες που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το Π.Π.Γ.Ν.Π επιλέχτηκε διότι ήταν το μεγαλύτερο κρατικό νοσοκομείο στην Πάτρα, σε συνδυασμό με το ότι είναι Πανεπιστημιακό και υπάρχει πληθώρα Ιατρών, νοσηλευτών, φοιτητών και άλλου προσωπικού ώστε οι ασθενείς να υποβάλλονται σε πληθώρα εξετάσεων και γραφειοκρατικών διαδικασιών.

5.2. Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα διεξάχθηκε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στη χρονική περίοδο από 16 Απριλίου έως 16 Αυγούστου το 2008 και αφορούσε την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών από το Ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Το πρωτόκολλο της μελέτης κατατέθηκε στις 2 Νοεμβρίου του 2007 στο διοικητικό συμβούλιο του Π.Π.Γ.Ν.Π. από το οποίο έλαβε έγκριση στις 27 Δεκεμβρίου του 2007. Για τη συλλογή των στοιχείων ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Αυτό δίνει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας η οποία είναι καθοριστική για τη λήψη πληροφοριών, είναι απρόσωπο και δημιουργεί την αίσθηση της ασφάλειας στον ερωτώμενο ασθενή στο να εκφράσει αυτό που πιστεύει. Ως βάση αναφοράς χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο του Δρ Νιάκα, από το οποίο αφαιρέθηκαν κάποιες ερωτήσεις και προστέθηκαν δικές μας. Επίσης, μελετήσαμε και μεταφράσαμε 2-

3 ερωτηματολόγια, που έχουν σταθμιστεί στην Αμερική, τα οποία όμως τελικά χρησιμοποιήσαμε ως ερέθισμα για τις επιπρόσθετες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που παραθέσαμε οι ίδιες είναι οι παρακάτω του ερωτηματολογίου: 2.1.α, 2.1.β, 3.2.α, 3.2.β, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5, 5.4, 6.1, 6.2, και 7.5. (Παράρτημα)

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε συνολικά 46 ερωτήσεις οι οποίες ήταν τοποθετημένες σε 8 κεφάλαια και αφορούσαν τα ατομικά στοιχεία του ασθενούς, πληροφορίες για την νοσηλεία, την προσέλευση στο Νοσοκομείο, το Ιατρικό έργο, το Νοσηλευτικό έργο, την οργάνωση, την Ξενοδοχειακή Υποδομή του Νοσοκομείου και την ατομική εκτίμηση της υγείας του ασθενούς. Στην τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να παραθέσουν τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις που κατά τη γνώμη τους θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Τα ατομικά στοιχεία του ασθενούς περιείχαν ερωτήσεις για το έτος γέννησης, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την υπηκοότητα, το επάγγελμα, την κύρια ασφάλιση, την ιδιωτική ασφάλιση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την περιοχή- πόλη διαμονής, τον νομό και τον αριθμό των ατόμων που μένουν μαζί τους στο σπίτι.

Οι πληροφορίες για θέματα που αφορούν τη νοσηλεία μετρήθηκαν με 6 ερωτήσεις. Αυτές αφορούσαν το τμήμα εισαγωγής και νοσηλείας των νοσηλευόμενων, τις ημέρες νοσηλείας στο κάθε τμήμα, το συνολική διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο, τη συχνότητα νοσηλείας στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο και την πιθανότητα σύστασης σε προσφιλές πρόσωπο αν υπήρχε ανάγκη νοσηλείας.

Οι ερωτήσεις που αφορούσαν την προσέλευση στο Νοσοκομείο περιελάμβαναν τον τρόπο εισαγωγής των νοσηλευόμενων ασθενών ο οποίος μπορούσε να είναι είτε διαμέσου επειγόντων είτε με προγραμματισμένο ραντεβού. Στην περίπτωση της εισαγωγής των ασθενών από τα επείγοντα χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις. Η 1^η ερώτηση αφορούσε το κατά πόσο οι ασθενείς χρησιμοποίησαν την υπηρεσία του ΕΚΑΒ για την προσέλευσή τους στο Νοσοκομείο. Η 2^η ερώτηση, το βαθμό ικανοποίησης από την ανταπόκρισή του, εφόσον βέβαια το χρησιμοποίησαν, και η 3^η το βαθμό

ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα. Στην περίπτωση της εισαγωγής των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία καταγράφηκε το διάστημα αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία μέχρι την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο. Μελετήθηκε επίσης και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία. Τέλος, υπήρχε μία ερώτηση που αφορούσε το αν η εικόνα που διαμόρφωσαν οι ασθενείς, όσον αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους, επηρέασε την εμπιστοσύνη τους αρνητικά.

Το Ιατρικό και Νοσηλευτικό έργο αξιολογήθηκε από 3 κοινές ερωτήσεις που σχετίζονται με την αξιολόγηση/ικανοποίηση του ασθενούς από: α) την επιστημονική και επαγγελματική τους δεξιότητα, β) την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον γενικότερο χειρισμό της ασθένειας και γ) τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις. Πέρα από τις κοινές αυτές ερωτήσεις, το κεφάλαιο με την αξιολόγηση του Ιατρικού έργου περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν την ύπαρξη συμβουλευτικής γενικότερα σε θέματα υγείας και πρόληψης από το γιατρό τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και την εξακρίβωση της γνώσης που τους επιτρέπει να επιλέξουν για τη θεραπεία τους το γιατρό που επιθυμούν. Στην αξιολόγηση τώρα του Νοσηλευτικού έργου, πέρα από τις παραπάνω κοινές ερωτήσεις, συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικές με την ικανοποίηση των ασθενών ως προς την εκπαίδευση/ενημέρωση της οικογένειας τους σε θέματα που υποβοηθούν τη νοσηλεία τους, τη χρήση ή όχι αποκλειστικής Νοσοκόμας και τέλος την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της αποκλειστικής εφόσον βέβαια τις έχουν δεχτεί.

Η οργάνωση του Νοσοκομείου αξιολογήθηκε με βάση την ικανοποίηση των ασθενών από την Οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (προγραμματισμό εργασιών, αμεσότητα παρεχόμενης φροντίδας, φροντίδα σε όλες τις βάρδιες, αριθμό Νοσηλευτικού Προσωπικού) και την οργάνωση της Ιατρικής Υπηρεσίας (συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και παρουσία των Ιατρών και συνεργασία και υποστήριξη άλλων τμημάτων). Άλλη παράμετρος ήταν η κατάσταση του θαλάμου σε ότι αφορά τις ώρες επισκεπτηρίου και το θόρυβο και τέλος η οργάνωση των Διοικητικών Υπηρεσιών που έρχεται άμεσα σε επαφή ο ασθενής όπως το γραφείο κινήσεως, γραμματείς κλπ.

Η ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου διερευνήθηκε από τη σκοπιά πέντε επιμέρους θεμάτων. Αυτά περιλαμβάνουν την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του Νοσοκομείου γενικότερα, την κατάσταση των χώρων υγιεινής, από τη συμπεριφορά του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες διατροφής, από τους χώρους του Νοσοκομείου σε σχέση με τη δυνατότητα που προσφέρουν για επικοινωνία και από την προσωπική άποψη των ασθενών όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

Η ατομική εκτίμηση της υγείας του ασθενούς μετρήθηκε μέσω μιας εντεκαβάθμιας κλίμακας, όπου το 0 αντιστοιχούσε στη χειρότερη κατάσταση της υγείας που θα μπορούσε να βρίσκεται ένας άνθρωπος και το 10 στην άριστη υγεία. Η ίδια κλίμακα χρησιμοποιήθηκε δύο φορές, για να αποτυπώσει την ατομική εκτίμηση της υγείας του ασθενούς, πρώτα κατά την είσοδό του στο Νοσοκομείο και τη δεδομένη στιγμή που απαντήθηκε το ερωτηματολόγιο.

Το τελευταίο ζητούμενο του ερωτηματολογίου προς τους ασθενείς ήταν να παραθέσουν τις προσωπικές τους προτάσεις και παρατηρήσεις από τα βιώματά τους ως νοσηλεύόμενοι ώστε να δοθεί μια συνολική εικόνα για τη γνώμη των ασθενών όσον αφορά το Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό και την κατάσταση του Νοσοκομείου γενικότερα. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν ήταν διατεθειμένοι να αναφέρουν παρατηρήσεις και προσωπικά βιώματά τους, κάτι που επιτεύχθηκε, όμως, με διεξοδική συζήτηση στα πλαίσια της συνέντευξης.

Χρησιμοποιήθηκε ο τύπος του δομημένου ερωτηματολογίου με κλειστές κυρίως απαντήσεις. Στις κλειστές απαντήσεις χρησιμοποιήθηκε κατά βάση μια εξαβάθμια κλίμακα. Σε μερικές ερωτήσεις η κλίμακα ήταν τετραβάθμια ή διχοτόμος καθώς υπήρχε και μια επταβάθμια και εντεκαβάθμια κλίμακα. Σε ένα σύνολο 46 ερωτήσεων υπήρχαν και 8 ανοιχτές ερωτήσεις. Στο διάστημα 4 μηνών όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε συγκεκριμένες κλινικές έγινε προσπάθεια να ενταχθούν στη μελέτη (δειγματοληψία διευκόλυνσης). Η ανταπόκριση στη μελέτη (response rate) ήταν περίπου 50.8%. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών που δεν ανταποκρίθηκαν δεν ήταν σε θέση να

απαντήσουν ενώ υπήρχαν και λίγες αρνήσεις (<10%). Τα ερωτηματολόγια αρχικά δοκιμάστηκαν σε πιλοτική έρευνα σε 12 νοσηλευόμενους ασθενείς και σε 5 άτομα τα οποία είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν. Αυτό που ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες ήταν να σχολιάσουν τον τρόπο με τον οποίο ήταν διατυπωμένες οι ερωτήσεις και κατ' επέκταση αν ήταν σαφές το περιεχόμενο της κάθε ερώτησης. Έπειτα, έγινε τροποποίηση στις ερωτήσεις όπου κρίθηκε απαραίτητο και συνεχίστηκε η έρευνα. Η έρευνα υλοποιήθηκε σε όλες τις κλινικές, εκτός από την Ψυχιατρική, διότι η εν λόγω κλινική θα απαιτούσε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο θα ήταν προσαρμοσμένο στην ψυχική ασθένεια για να έχει έγκυρα αποτελέσματα, και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας γιατί όπως είναι κατανοητό η φύση του τμήματος δεν το επιτρέπει. Στο δείγμα της έρευνας συμπεριλήφθηκαν 356 άτομα. Από αυτά η τελική συμμετοχή ανήρθε στα 353 άτομα γιατί σε 3 ερωτηματολόγια το ποσοστό των απαντήσεων ήταν μόνο το 50% . Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν μέσω συνέντευξης (διαβάζαμε τις ερωτήσεις στους ασθενείς, αναφέραμε τις απαντήσεις που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο και σημειώναμε τις δικές τους απαντήσεις). Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν ήταν σταθερή. Μπορούσε να διαρκέσει από 20 λεπτά έως 1:30 ώρα ανάλογα με την κατάσταση υγείας του κάθε ασθενή και την ψυχολογική του κατάσταση. Συνήθως διαρκούσε 35-40 λεπτά. Η επαφή με τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε κυρίως τις απογευματινές ώρες και λιγότερο τις πρωινές καθώς εκείνη την ώρα γινόταν επίσκεψη από ομάδες ιατρών (ειδικευμένοι, ειδικευόμενοι και φοιτητές) που καθιστούσαν πιο δύσκολη την πρόσβασή μας προς τους ασθενείς.

Η ανάλυση συμπεριέλαβε περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, τις ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο συνολικά, την ατομική εκτίμηση των ασθενών όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας τους, το μορφωτικό επίπεδο και άλλα. Οι δημογραφικοί παράγοντες, τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας και η ατομική εκτίμηση υγείας των ασθενών ελέχθησαν ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες κατά τη πολυπαραγοντική ανάλυση των υπό μελέτη σχέσεων (ερωτήσεων). Μεταβλητές όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης επανακατηγοριοποιήθηκαν για τις ανάγκες της ανάλυσης. Για την αρχική επιλογή των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο, επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,15$ κατά τη μονοπαραγοντική ανάλυση. Οι αναλύσεις των δεδομένων διεξήχθησαν με τη βοήθεια του SPSS 11.0.0. στατιστικού πακέτου των

Windows. Επίσης χρησιμοποιήθηκε το Excel Microsoft office 2003 & 2007 για τα διαγράμματα και τις προτάσεις/παρατηρήσεις των ασθενών.

5.3. Ερευνητική υπόθεση

Λίγες μελέτες στην Ελλάδα έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών σε διαφορετικές πτυχές της νοσηλείας. Υπάρχει μία γενική εντύπωση ανεπάρκειας του νοσηλευτικού συστήματος (κακή συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, φακελάκια, κακή καθαριότητα, έλλειψη προσωπικού κ.ά.). Η μελέτη αυτή στόχευε στην καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και συγκεκριμένα από τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες αλλά και τη ξενοδοχειακή υποδομή και οργάνωση.

5.4. Περιορισμοί έρευνας

- Το χρονικό διάστημα, από την υποβολή της αίτησης έως την έγκριση της άδειας για την έρευνα, που διήρκησε περίπου 2 μήνες.
- Η κακή ψυχολογική κατάσταση των ασθενών (και των συνοδών) καθιστούσε έντονη την ανάγκη τους να μιλήσουν και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αφιέρωση περισσότερου χρόνου ανά ασθενή.
- Υπήρχε δυσκολία στην επικοινωνία με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου λόγω της κακής κατάστασης της υγείας τους.
- Η σωματική και ψυχολογική κούραση από τις διάφορες εξετάσεις που έχουν υποβληθεί τη συγκεκριμένη μέρα μπορεί να οδήγησε σε λανθασμένες απαντήσεις.
- Οι ασθενείς που ήθελαν κάποιες φορές να αφιερώσουν χρόνο στους επισκέπτες ή η δυσπιστία/ φόβος κάποιων συνοδών και ασθενών για την έρευνα μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις.

- Ο διαθέσιμος συνολικός χρόνος των ασθενών, σε σχέση με την έρευνα, ήταν περιορισμένος (ιατρικές εξετάσεις, φαγητό, επισκέπτες, κακή ψυχολογική κατάσταση, ανάπαυση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων

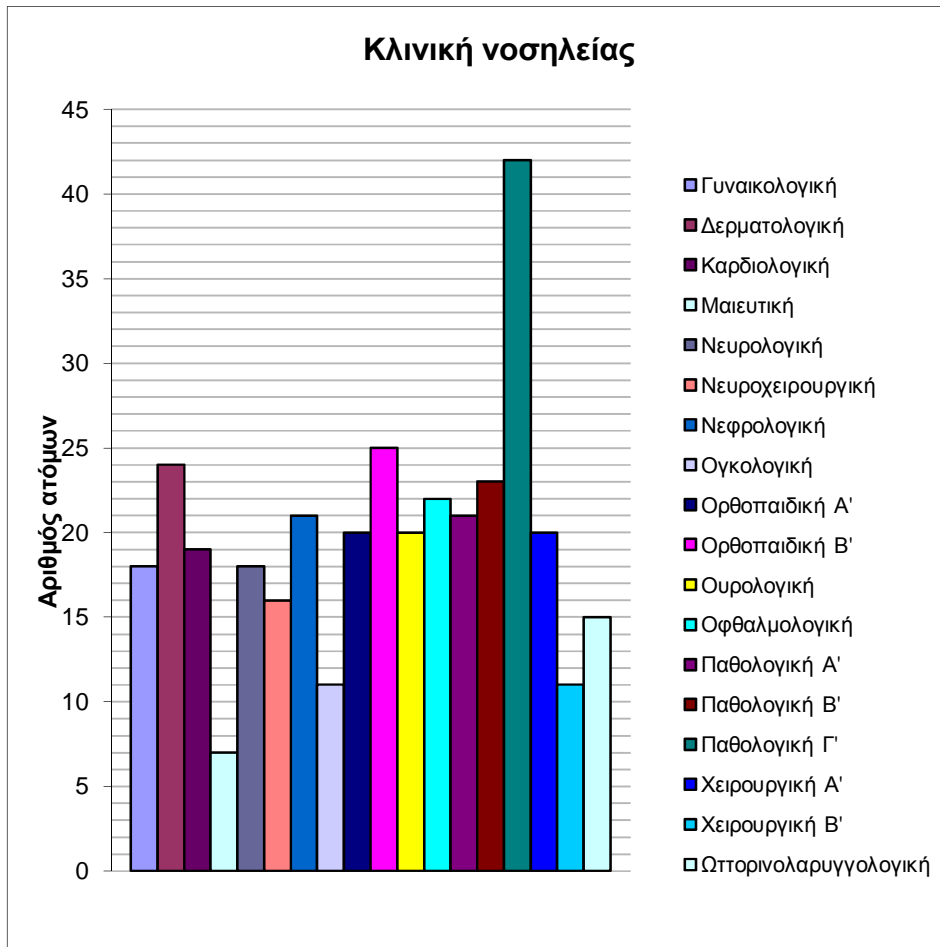
Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείτο από 353 άτομα. Ακολουθεί η περιγραφική ανάλυση των ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού.

Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, κατηγοριοποιήθηκε ο συνολικός αριθμός των ασθενών σε σχέση με την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκε. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δεκαοκτώ κλινικές, με εξαίρεση όμως, τριών κλινικών, της ψυχιατρικής, της Μ.Ε.Θ. και της Μ.Ε.Θ. νεογνών.

Πίνακας 1. Κατανομή του πληθυσμού με βάση την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκε.

<i>Κλινική</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Γυναικολογική	18	5,1
Δερματολογική	24	6,8
Καρδιολογική	19	5,4
Μαιευτική	7	2,0
Νευρολογική	18	5,1
Νευροχειρουργική	16	4,5
Νεφρολογική	21	6,0
Ογκολογική	11	3,1
Ορθοπαιδική Α'	20	5,7
Ορθοπαιδική Β'	25	7,1
Ουρολογική	20	5,7
Οφθαλμολογική	22	6,2
Παθολογική Α'	21	5,9
Παθολογική Β'	23	6,5
Παθολογική Γ'	42	11,9
Χειρουργική Α'	20	5,7
Χειρουργική Β'	11	3,1
Ωπτορινολαρυγγολογική	15	4,2
Σύνολο	353	100,0

Διάγραμμα 1. Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού, με βάση την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκε.



Στον πίνακα 2, καταγράφηκε η ηλικία των νοσηλευομένων. Διαπιστώθηκε ότι 94 άτομα αφορούσαν την ηλικία κάτω των 45 ετών, 82 άτομα την ηλικία από 45 έως 59 έτη, 96 άτομα την ηλικία από 60 έως 74 έτη και 81 άτομα την ηλικία των 75 και άνω. Παρατηρήθηκε ότι η ηλικία τους κυμάνθηκε από τα 15 έως τα 96 έτη. Ως μέση ηλικία θεωρήθηκαν τα 55,8 έτη, με τυπική απόκλιση 19,2%.

Πίνακας 2. Ηλικιακή κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού.

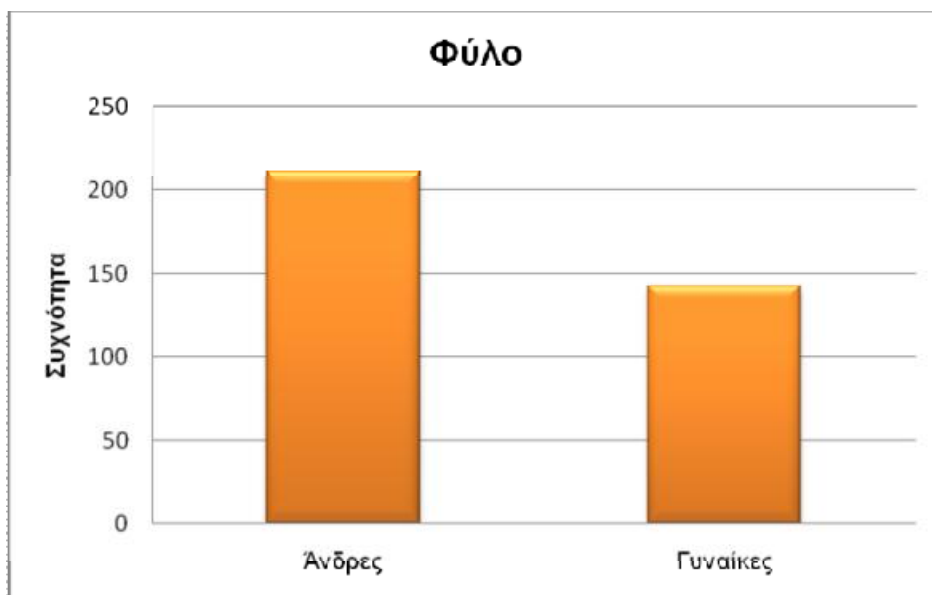
<i>Ηλικία</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
<45	94	26,6
45 έως 59	82	23,2
60 έως 74	96	27,2
>= 75	81	22,9
Σύνολο	353	100

Σύμφωνα με τον πίνακα 3 και το διάγραμμα 3, προέκυψε ότι τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που διεξήχθη η έρευνα το 59,8% των νοσηλευόμενων ασθενών ήταν άντρες και ανερχόταν σε 211 άτομα ενώ το 40,2% ήταν το ποσοστό των γυναικών που ανερχόταν αντίστοιχα σε 142 άτομα.

Πίνακας 3. Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με το Φύλο.

<i>Φύλο</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Άνδρες	211	59,8
Γυναίκες	142	40,2
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 3. Διαγραμματική παρουσίαση της κατανομής του φύλου.

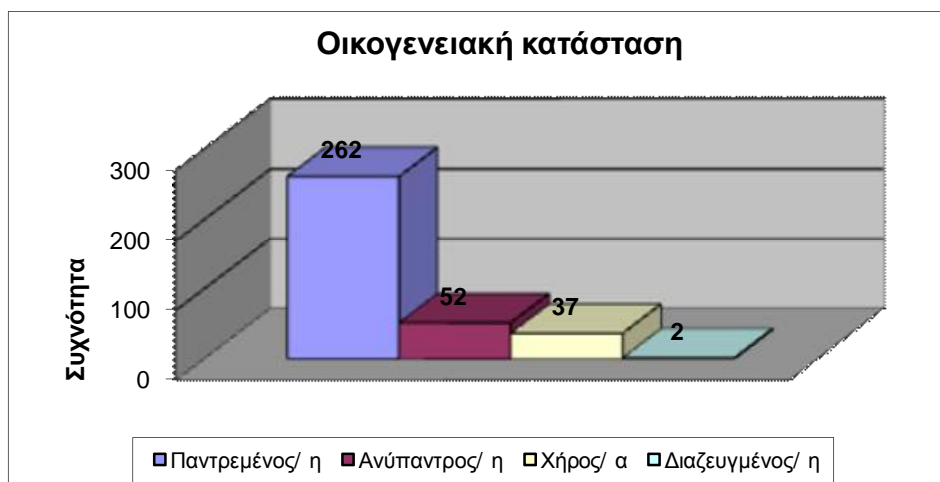


Στον πίνακα 4 και διάγραμμα 4, περιγράφηκε η οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευομένων ασθενών όπου το 74,2% του πληθυσμού που αντιστοιχεί σε 262 άτομα ήταν έγγαμοι, το 14,7% του πληθυσμού που ισοδυναμεί με 52 άτομα ήταν ανύπαντροι, το 10,5% του δείγματος που ανέρχεται σε 37 άτομα ήταν έγγαμοι που χήρεψαν και το 0,6% του πληθυσμού ήταν διαζευγμένοι που έφταναν μόλις τα 2 άτομα.

Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση του υπό μελέτη πληθυσμού.

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Παντρεμένος/ η	262	74,2
Ανύπαντρος/ η	52	14,7
Χήρος/ α	37	10,5
Διαζευγμένος/ η	2	,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 4. Διαγραμματική απεικόνιση της οικογενειακής κατάστασης των νοσηλευομένων.

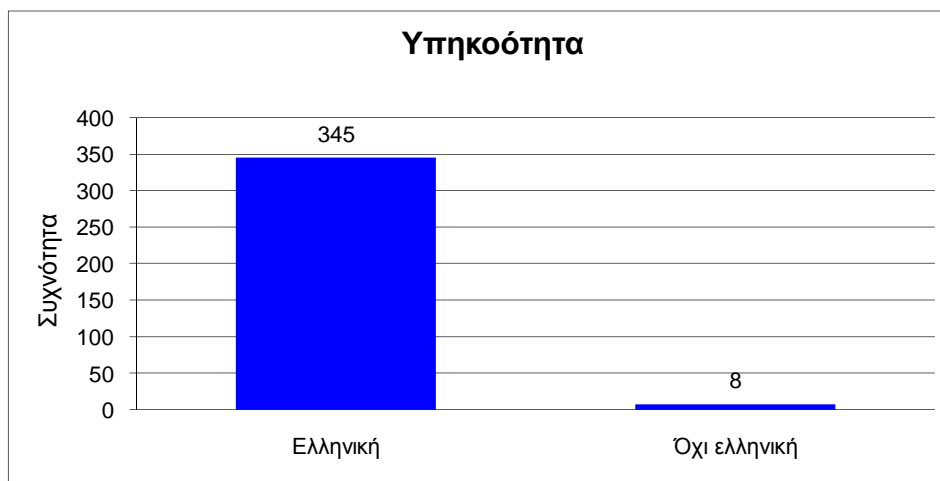


Σύμφωνα με τον πίνακα 5 και το διάγραμμα 5, το 97,7% των νοσηλευομένων ασθενών είχε κατά πλειοψηφία ελληνική υπηκοότητα και αυτό αντιστοιχεί σε 345 άτομα, ενώ το 2,3% αποτελούσε το ποσοστό των ατόμων που δεν είχε ελληνική υπηκοότητα και αυτό αντιστοιχεί σε 8 άτομα.

Πίνακας 5. Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με την υπηκοότητα.

Υπηκοότητα	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Ελληνική	345	97,7
Όχι ελληνική	8	2,3
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 5. Διαγραμματική απεικόνιση της υπηκοότητας του πληθυσμού.

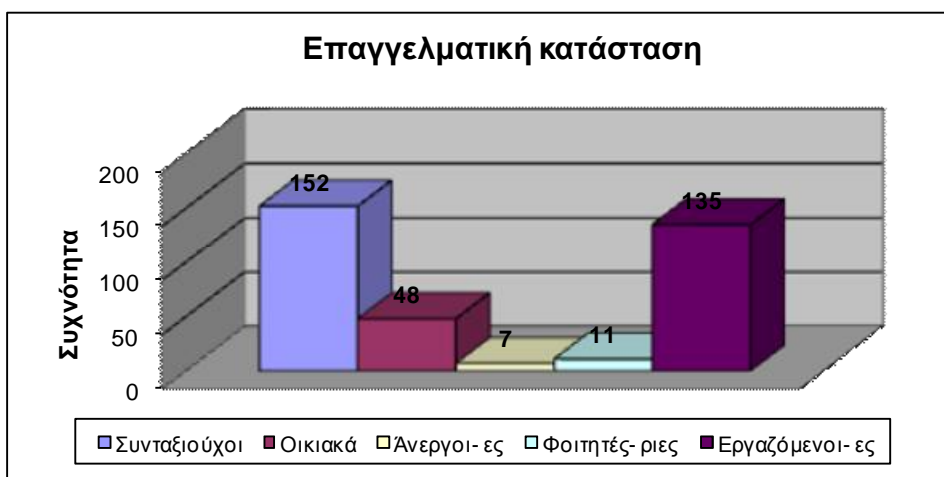


Στον πίνακα και διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάστηκε ο αριθμός των νοσηλευομένων σε σχέση με την επαγγελματική τους κατάσταση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 152 άτομα από τα 353 του συνολικού πληθυσμού, ήταν συνταξιούχοι (43,1%), 48 άτομα δήλωσαν ότι ασχολούνται με τα οικιακά (13,6%), 7 άτομα δήλωσαν ότι είναι προσωρινά άνεργα (2,0%), 11 άτομα δήλωσαν ότι φοιτούσαν σε κάποια σχολή (3,1%), ενώ 135 άτομα ουσιαστικά αποτέλεσαν το σύνολο των ασθενών που εργαζόταν σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς (38,2%).

Πίνακας 6. Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με την επαγγελματική του κατάσταση.

Επαγγελματική κατάσταση	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Συνταξιούχοι	152	43,1
Οικιακά	48	13,6
Άνεργοι- ες	7	2,0
Φοιτητές- ριες	11	3,1
Εργαζόμενοι	135	38,2
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 6. Σχηματική απεικόνιση της κατανομής του επαγγέλματος.

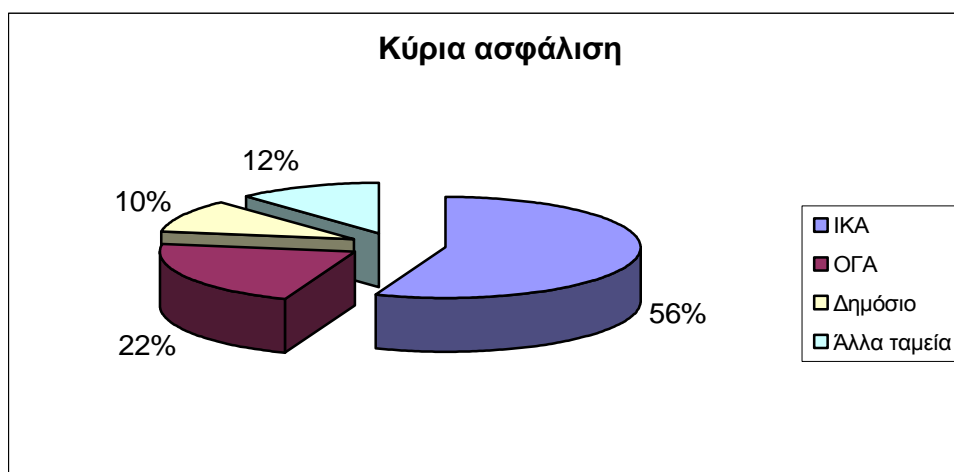


Στον επόμενο πίνακα και διάγραμμα, περιγράφηκε η κύρια ασφάλιση υγείας των ασθενών . Από τα παρακάτω, διαπιστώθηκε ότι το 55,8% του αριθμού των νοσηλευομένων είχε ως κύρια ασφάλιση το ταμείο του ΙΚΑ (197 άτομα), το 21,8% το ταμείο του ΟΓΑ (77 άτομα), το 10,5% του Δημοσίου (37 άτομα), ενώ το 11,9% καλυπτόταν από άλλα ταμεία (42 άτομα).

Πίνακας 7. Κατανομή των ασθενών με βάση την ασφάλισή τους.

Κύρια ασφάλιση	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
ΙΚΑ	197	55,8
ΟΓΑ	77	21,8
Δημόσιο	37	10,5
Άλλα ταμεία	42	11,9
Σύνολο	353	100,0

Διάγραμμα 7. Διαγραμματική απεικόνιση της κύριας ασφάλισης των ασθενών.



Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, παρουσιάστηκε το ποσοστό των νοσηλευομένων που χρησιμοποίησε ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη της υγείας του, όπου κατά μειοψηφία αποτέλεσε το 2,3% του πληθυσμού, σε αντίθεση με το 97,7% που καλυπτόταν αποκλειστικά από κρατική ασφάλιση.

Πίνακας 8. Ποσοστό των ασθενών που χρησιμοποίησε ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Χρησιμοποίησαν	8	2,3
Δε χρησιμοποίησαν	345	97,7
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 8. Διαγραμματική απεικόνιση των χρηστών ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας.

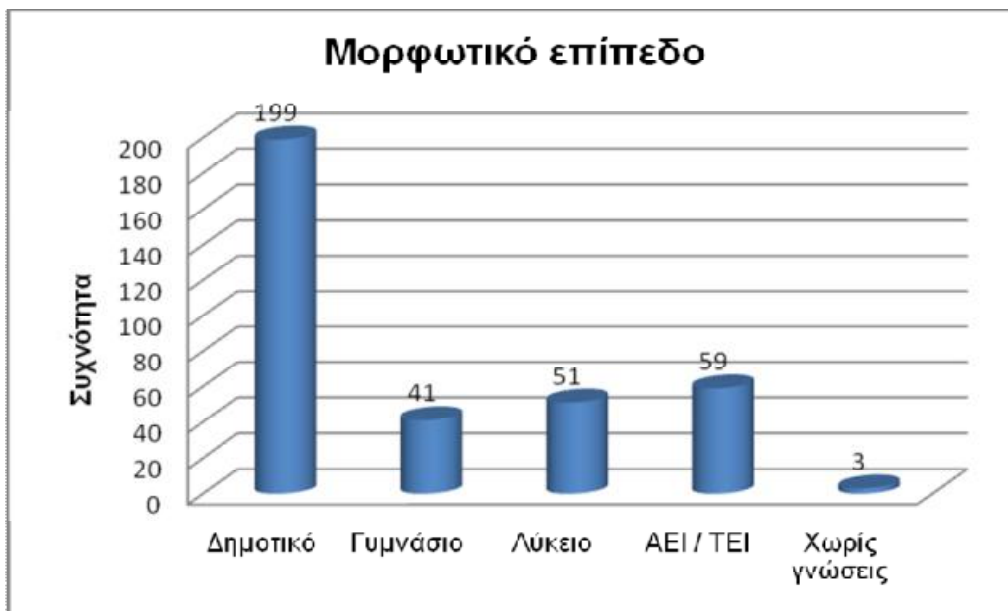


Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευομένων βλέπουμε στον πίνακα 9 και διάγραμμα 9 ότι το 56,4% του γενικού συνόλου που αντιστοιχεί σε 199 άτομα παρακολούθησε μέχρι και κάποια τάξη του δημοτικού, στο 11,6% έφταναν τα άτομα που παρακολούθησαν μέχρι και το γυμνάσιο (41 άτομα), στο 14,4% το ποσοστό που έφτασε στο λύκειο (51 άτομα) και στο 16,7% ήταν τα άτομα αυτά που ακολούθησαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση φοίτησης. Το ποσοστό που δεν είχε καθόλου γραμματικές γνώσεις αποτέλεσε μόλις το 0,8%, 3 δηλαδή, άτομα του συνολικού πληθυσμού.

Πίνακας 9. Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

Γραμματικές γνώσεις	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Δημοτικό	199	56,4
Γυμνάσιο	41	11,6
Λύκειο	51	14,4
ΑΕΙ / ΤΕΙ	59	16,7
Χωρίς γνώσεις	3	,8
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 9. Διαγραμματική απεικόνιση του μορφωτικού επιπέδου των νοσηλευομένων.

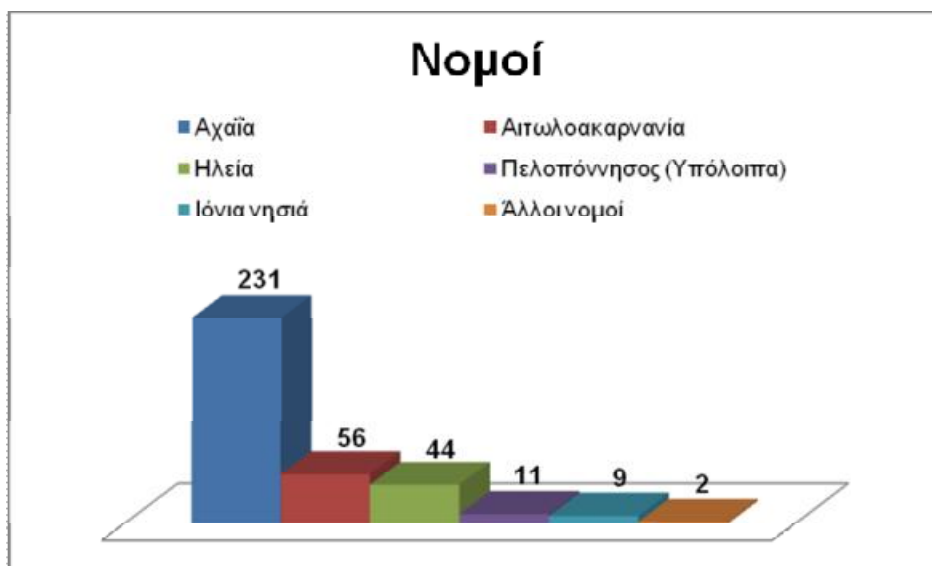


Με βάση τον πίνακα 10 και διάγραμμα 10, προκύπτει ότι τα 231 άτομα του συνολικού αριθμού των νοσηλευομένων, προήλθαν από το νομό της Αχαΐας (65,4%), τα 56 άτομα από το νομό της Αιτωλοακαρνανίας (15,9), τα 11 άτομα από την Πελοπόννησο (3,1%), τα 9 άτομα από τα Ιόνια νησιά (2,5%), ενώ 2 άτομα προήλθαν από άλλους νομούς (0,6%). Η πόλη - περιοχή διαμονής των ασθενών κατηγοριοποιήθηκε ομοίως όπως τα παρακάτω.

Πίνακας 10. Κατανομή του πληθυσμού με βάση το Νομό στον οποίο διέμεναν.

Νομός	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Αχαΐα	231	65,4
Αιτωλοακαρνανία	56	15,9
Ηλεία	44	12,5
Πελοπόννησος (Υπόλοιπα)	11	3,1
Ιόνια νησιά	9	2,5
Άλλοι νομοί	2	0,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 10. Διαγραμματική απεικόνιση του Νομού στον οποίο διέμεναν οι ασθενείς.

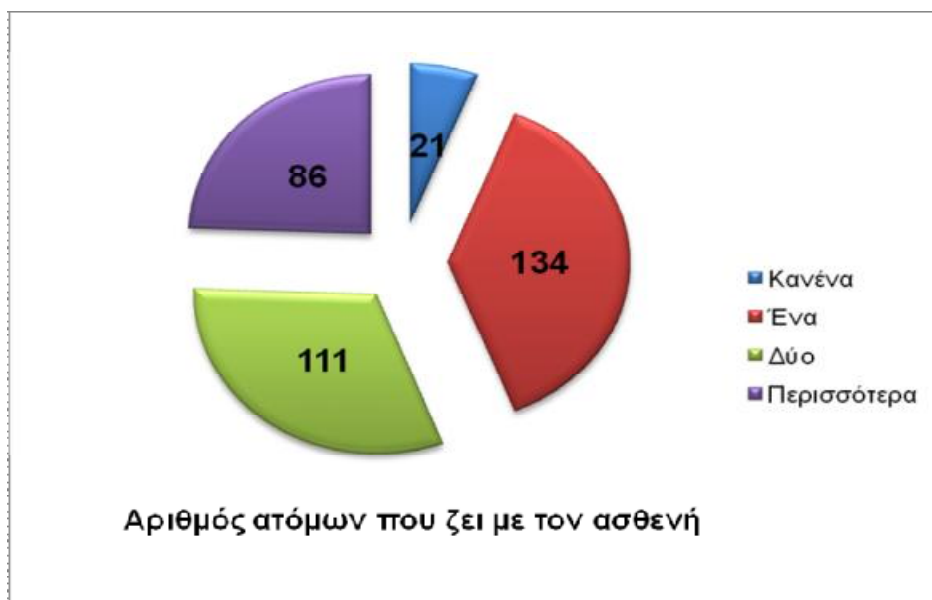


Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα που ακολουθεί, περιγράφηκε ο αριθμός των ατόμων που ζούσε στο ίδιο περιβάλλον με τον ασθενή (όχι τα άτομα που αποτελούσαν τα μέλη της οικογένειας συνολικά). Έτσι, διαπιστώθηκε ότι 21 άτομα, που αντιστοιχούν στο 6,0% των νοσηλευομένων ασθενών δε συμβίωνε με κάποιο άτομο στο σπίτι, το 38,1%, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 134 ασθενείς έμενε με ένα άτομο, το 31,5% του συνολικού πληθυσμού, δηλαδή οι 111 ασθενείς, ζούσαν με δύο άτομα στο σπίτι, ενώ με περισσότερα από 2 άτομα συμβίωνε το 24,4% του δείγματος που ισοδυναμεί με 86 ασθενείς. Συνολικός πληθυσμός στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν τα 352 από τα 353 άτομα του συνολικού δείγματος.

Πίνακας 11. Κατανομή του πληθυσμού με γνώμονα τον αριθμό των ατόμων που ζούσε με τον ασθενή.

Αριθμός ατόμων που ζει με τον ασθενή.	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Κανένα	21	6,0
Ένα	134	38,1
Δύο	111	31,5
Περισσότερα	86	24,4
Σύνολο	352	100

Διάγραμμα 11. Διαγραμματική απεικόνιση του αριθμού των ατόμων που ζούσε με τον ασθενή.



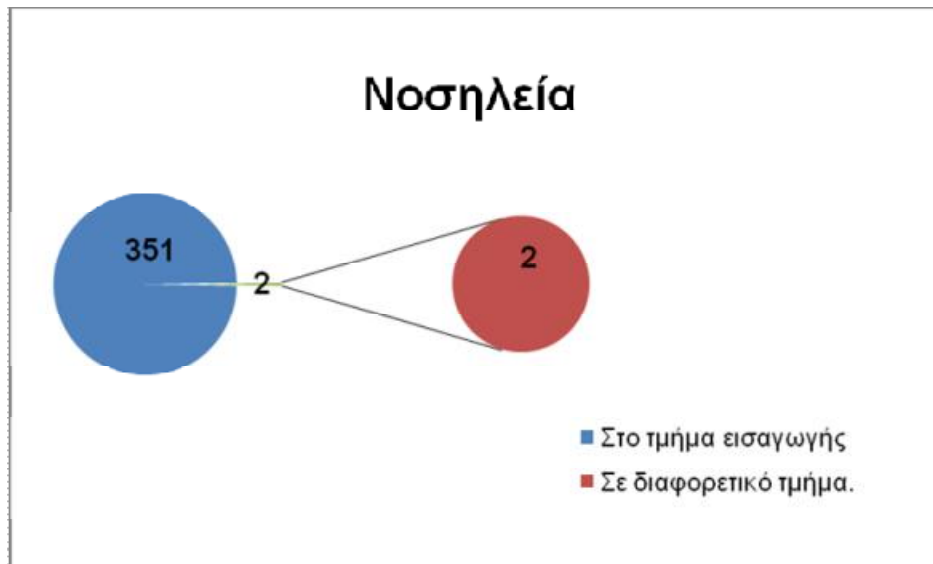
Χαρακτηριστικά νοσηλείας

Στον πίνακα 12 και διάγραμμα 12 που ακολουθεί, αποτυπώθηκε το πόσοι ασθενείς παρέμειναν για τη νοσηλεία τους στο ίδιο τμήμα που εισήχθηκαν ή μεταφέρθηκαν ανάλογα με την εξέλιξη της υγείας τους σε διαφορετικό τμήμα νοσηλείας. Το ποσοστό που παρέμεινε στο ίδιο τμήμα νοσηλείας που εισήχθηκε ήταν το μεγαλύτερο σε αριθμητικό μέγεθος και ανέρχεται στο 99,4% , στα 351 άτομα , δηλαδή, από τα 353 του συνολικού πληθυσμού, ενώ, ο αριθμός των νοσηλευομένων που δεν παρέμεινε στο ίδιο τμήμα αγγίζει μόλις το 0,6% (2 άτομα).

Πίνακας 12. Ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκε στο τμήμα που εισήχθηκε.

Νοσηλεία	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Στο τμήμα εισαγωγής	351	99,4
Σε διαφορετικό τμήμα.	2	,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 12. Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού σε σχέση με την παραμονή/νοσηλεία στο τμήμα που εισήχθηκε.



Στη συνέχεια, σύμφωνα με τον πίνακα 13 και διάγραμμα 13, παρουσιάστηκε ο αριθμός των ημερών νοσηλείας των ασθενών στο τμήμα εισαγωγής. Πόσες ημέρες, δηλαδή, διήρκησε η νοσηλεία των ασθενών στο τμήμα που εισήχθηκαν. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών νοσηλεύτηκε στο διάστημα από 1 έως 3 ημέρες και αποτελούσε το 36,3% του συνολικού δείγματος, τα 128 άτομα σε σχέση με τα 353 του γενικού συνόλου. Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από 4 έως 6 ημέρες αντιπροσώπευαν το 32,6% του συνολικού δείγματος, ποσοστό που ισοδυναμεί με 115 άτομα. Αυτοί που νοσηλεύτηκαν από 7 έως 9 ημέρες αντιστοιχούσαν στο 16,1% ποσοστό που ισοδυναμεί με 57 άτομα ενώ αυτοί που νοσηλεύτηκαν από 10 ημέρες και πάνω αντιστοιχούσαν στο 15,0%, 53 δηλαδή, άτομα.

Πίνακας 13. Κατανομή του πληθυσμού ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας στο τμήμα εισαγωγής.

Αριθμός ημερών νοσηλείας στο τμήμα εισαγωγής	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
1 έως 3	128	36,3
4 έως 6	115	32,6
7 έως 9	57	16,1
> =10	53	15,0
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 13. Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού αναφορικά με τις ημέρες νοσηλείας στο τμήμα εισαγωγής.



Στον παρακάτω πίνακα, κατανεμήθηκε ο συνολικός αριθμός των ημερών που νοσηλεύτηκαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο. Όπως προαναφέρθηκε, ένα μικρό ποσοστό των ασθενών άλλαξε τμήμα νοσηλείας και σε αυτό αναφέρεται ο συνολικός αριθμός ημερών. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι, το 36,3% του συνολικού πληθυσμού των ασθενών, νοσηλεύτηκε στο διάστημα από 1 έως 3 ημέρες (128 άτομα), το 32,3% από 4 έως 6 ημέρες (114 άτομα), το 16,4% από 7 έως 9 ημέρες (58 άτομα), ενώ το 15,0% νοσηλεύτηκε στο διάστημα από 10 ημέρες και πάνω (53 άτομα).

Πίνακας 14. Ποσοστό των ασθενών σύμφωνα με το συνολικό αριθμό των ημερών νοσηλείας.

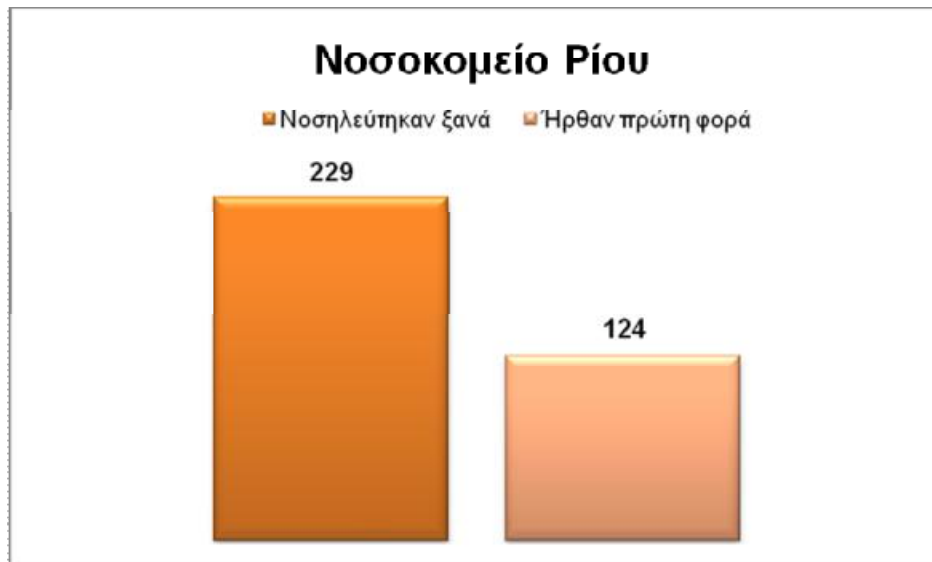
<i>Συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
1 έως 3	128	36,3
4 έως 6	114	32,3
7 έως 9	58	16,4
> =10	53	15,0
Σύνολο	353	100

Στον επόμενο πίνακα και διάγραμμα, μετρήθηκε το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκε στο παρελθόν, στο νοσοκομείο του Ρίου. Έτσι, προέκυψε ότι το 64,9% του συνολικού πληθυσμού είχε νοσηλευτεί ξανά στο νοσοκομείο και ανέρχεται στα 229 άτομα, ενώ το 35,1%, ποσοστό που καλύπτει το δείγμα 124 ασθενών, ήρθε για πρώτη φορά στο νοσοκομείο.

Πίνακας 15. Ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύτηκε ξανά στο νοσοκομείο του Ρίου.

<i>Νοσοκομείο Ρίου</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Νοσηλεύτηκαν ξανά	229	64,9
Ήρθαν πρώτη φορά	124	35,1
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 15. Διαγραμματική απεικόνιση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ξανά στο νοσοκομείο του Ρίου.



Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, περιγράφηκε ο αριθμός των νοσηλειών που πραγματοποίησαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο του Ρίου. Το σύνολο του επικείμενου πληθυσμού ανέρχεται στα 229 άτομα. Διαπιστώθηκε ότι, το 33,6% του συνολικού δείγματος είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν μία φορά (77 άτομα), το 38,0% δύο φορές (87 άτομα), το 10,5% τρεις φορές (24 άτομα) και το 17,9% πάνω από τρεις φορές (41 άτομα). Τα άτομα που δε νοσηλεύτηκαν ξανά στο παρελθόν και έτσι ο πληθυσμός τους δεν αφορούσε τη συγκεκριμένη ερώτηση αποτελούσαν το 35,1% του συνολικού πληθυσμού (124 άτομα).

Πίνακας 16. Αριθμός των νοσηλειών που πραγματοποίησαν οι ασθενείς στο Νοσοκομείο του Ρίου.

Αριθμός νοσηλειών	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Μία φορά	77	33,6
Δύο φορές	87	38,0
Τρεις φορές	24	10,5
Περισσότερες φορές	41	17,9
Σύνολο	229	100

Διάγραμμα 16. Διαγραμματική απεικόνιση των ασθενών με βάση το αριθμό νοσηλειών τους στο νοσοκομείο του Ρίου.



Στο περιεχόμενο του παρακάτω πίνακα και διαγράμματος, αναφέρθηκε αν οι ασθενείς είχαν καταλήξει σε συμπέρασμα τέτοιο, ώστε να συστήσουν στα προσφιλή τους άτομα το συγκεκριμένο νοσοκομείο για τη νοσηλεία τους, στην περίπτωση που η υγεία τους έχρηζε ανάλογης ανάγκης. Το ποσοστό των ασθενών που κατέληξε σε αυτό το συμπέρασμα αποτελούσε το 88,4% του συνολικού πληθυσμού, δηλαδή τα 312 από τα

353 άτομα του δείγματος. Ενδιαφέρον, όμως, παρουσίασε και το γεγονός ότι το 6,8% των νοσηλευομένων δήλωσε μια κάθετη άποψη για τη δυσαρέσκειά του από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (24 άτομα), ενώ το 4,8% (17 άτομα) απάντησε ότι δε γνωρίζει τι θα πρότεινε στην περίπτωση αυτή.

Πίνακας 17. Ποσοστό του πληθυσμού που θα συνιστούσε στα προσφιλή προς αυτό άτομα, τη νοσηλεία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, αν το είχαν ανάγκη.

<i>Νοσηλεία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Θα το συνιστούσαν	312	88,4
Δε θα το συνιστούσαν	24	6,8
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	17	4,8
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 17. Διαγραμματική απεικόνιση του πληθυσμού που θα συνιστούσε το συγκεκριμένο νοσοκομείο στα προσφιλή του άτομα, αν το είχαν ανάγκη.



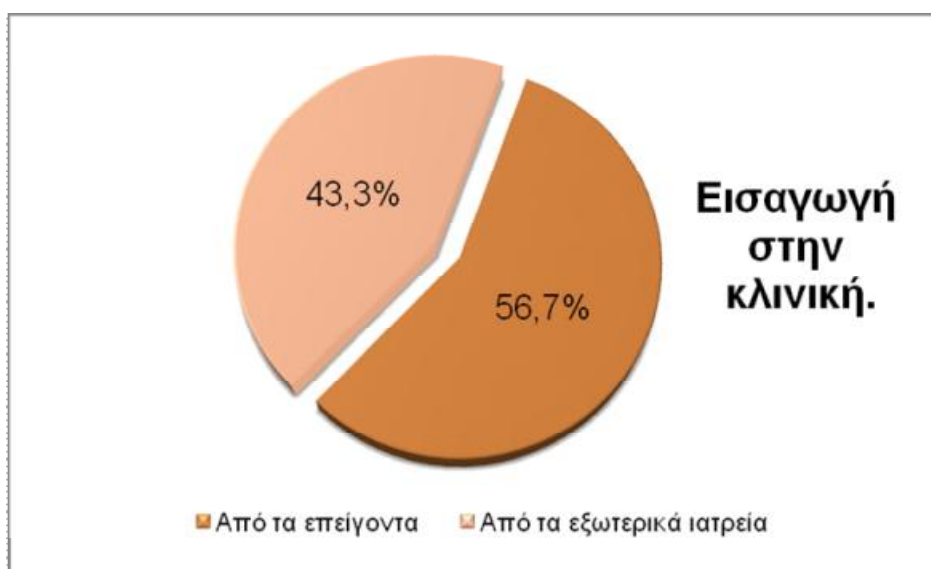
Προσέλευση στο νοσοκομείο

Στον πίνακα και διάγραμμα που ακολουθεί, περιγράφηκε το τμήμα από το οποίο έγινε η εισαγωγή των ασθενών στην κλινική. Τα τμήματα από τα οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί μία εισαγωγή είναι τα εξωτερικά ιατρεία και τα επείγοντα περιστατικά. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι κατά πλειοψηφία, το 56,7% των ασθενών (200 άτομα) εισήχθηκε στην κλινική από το τμήμα των επειγόντων περιστατικών, ενώ το 43,3% που αντιστοιχεί σε 153 άτομα εισήχθηκε στην κλινική μετά από επίσκεψη στα εξωτερικά Ιατρεία.

Πίνακας 18. Κατανομή των ασθενών που εισήχθηκαν στην κλινική από τα επείγοντα ή από τα εξωτερικά ιατρεία.

<i>Εισαγωγή στην Κλινική</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Από τα επείγοντα	200	56,7
Από τα εξωτερικά ιατρεία	153	43,3
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 18. Διαγραμματική απεικόνιση των ασθενών που εισήχθηκαν στην κλινική από τα επείγοντα ή από τα εξωτερικά ιατρεία.



Ο επόμενος πίνακας, αφορά τους ασθενείς που εισήχθηκαν από τα εξωτερικά ιατρεία, σε σχέση με τον αριθμό των ημερών που περίμεναν από την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία μέχρι και την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Στο διάστημα από 1 έως 15 ημέρες περίμεναν συνολικά 94 άτομα (63,5%), από 16 έως 30 ημέρες 20 άτομα (13,5%), από 31 έως 45 ημέρες 3 άτομα (2,0%), από 46 έως 60 ημέρες 7 άτομα (4,7%), από 61 ημέρες και πάνω 9 άτομα (6,1%) ενώ 15 άτομα εισήχθηκαν απευθείας από το ραντεβού των εξωτερικών ιατρείων στην κλινική (10,1%).

Πίνακας 19. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με το διάστημα που μεσολάβησε από το ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία μέχρι την εισαγωγή τους.

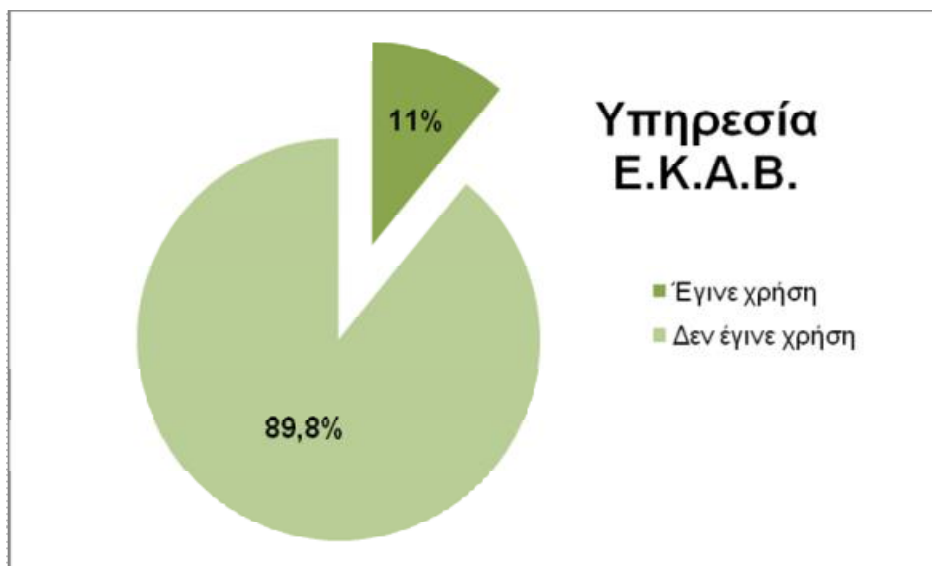
<i>Διάστημα αναμονής έως την εισαγωγή</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
1- 15 ημέρες	94	63,5
16- 30	20	13,5
31- 45	3	2,0
46- 60	7	4,7
> 61	9	6,1
Καθόλου	15	10,1
Σύνολο	148	100,0

Πιο κάτω, ακολουθούν ο πίνακας 20 και το διάγραμμα 20, όπου παρουσιάστηκε το ποσοστό των ασθενών που χρησιμοποίησε την υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. για την προσέλευσή του στο νοσοκομείο. Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι, αν και εισήχθηκαν 200 άτομα από τα επείγοντα, όπως είδαμε παραπάνω, μόνο 39 άτομα χρησιμοποίησαν την υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. ενώ 314 άτομα χρησιμοποίησαν δικό τους όχημα ή ζήτησαν τη βοήθεια συγγενικού τους προσώπου για να μεταφερθούν ή χρησιμοποίησαν ιδιωτικό μέσο μεταφοράς.

Πίνακας 20. Ποσοστό της συχνότητας χρήσης της υπηρεσίας του Ε.Κ.Α.Β από τους ασθενείς.

Υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β.	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Έγινε χρήση	39	11,0
Δεν έγινε χρήση	314	89,8
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 20. Διαγραμματική απεικόνιση των ασθενών που χρησιμοποίησαν την Υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β.



Με βάση τον παρακάτω πίνακα, σκιαγραφήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών που χρησιμοποίησαν την υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. για την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο. Τα άτομα αυτά αποτελούσαν το 11% του συνολικού δείγματος, 39 δηλαδή,

άτομα όπως προαναφέρθηκε. Από αυτά, 12 άτομα (30,8%) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα από την ανταπόκριση του Ε.Κ.Α.Β., 23 άτομα (59,0%) δήλωσαν απλώς ικανοποιημένα, 1 άτομο δεν έμεινε ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (2,6%), 1 άτομο έμεινε δυσαρεστημένο (2,6%) και 2 άτομα δήλωσαν πολύ δυσαρεστημένα (5,1%).

Πίνακας 21. Κατανομή του πληθυσμού με βάση το βαθμό ικανοποίησης από την ανταπόκριση του Ε.Κ.Α.Β.

<i>Ανταπόκριση του Ε.Κ.Α.Β.</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	12	30,8
Ικανοποιημένος	23	59,0
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	1	2,6
Δυσαρεστημένος	1	2,6
Πολύ δυσαρεστημένος	2	5,1
Σύνολο	39	100

Στον επόμενο πίνακα, μετρήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την προσέλευσή τους στα επείγοντα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού. Έτσι, από τα παρακάτω, προέκυψε ότι από τα 200 άτομα του συνολικού πληθυσμού που εισηχθήκαν από τα επείγοντα, το 43,0% έμεινε πολύ ικανοποιημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες στο τμήμα επειγόντων (86 άτομα), το 39,0% ήταν απλώς ικανοποιημένο (78 άτομα), το 6,0% δήλωσε ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (12 άτομα), το 8,0% έμεινε δυσαρεστημένο (16 άτομα), το 3,0% πολύ δυσαρεστημένο (6 άτομα), ενώ το 1,0% απάντησε ότι δε γνωρίζει (2 άτομα).

Πίνακας 22. Ποσοστό της ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα.

<i>Ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	86	43,0
Ικανοποιημένος	78	39,0
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος	12	6,0
Δυσανεστημένος	16	8,0
Πολύ δυσανεστημένος	6	3,0
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	2	1,0
Σύνολο	200	100

Στο περιεχόμενο του παρακάτω πίνακα, αναφέρθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία μετά από προγραμματισμένο ραντεβού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, 62 άτομα δήλωσαν ότι ήταν πολύ ικανοποιημένα (40,3%), 77 άτομα έμειναν απλώς ικανοποιημένα (50,0%), 10 άτομα δεν έμειναν ούτε ικανοποιημένα ούτε δυσανεστημένα (6,5%), 2 άτομα ήταν δυσανεστημένα (1,3%), ενώ 3 άτομα απάντησαν ότι δε γνωρίζουν διότι δεν ήταν σίγουρα για τη γνώμη που σχημάτισαν (1,9%).

Πίνακας 23 Ποσοστό της ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία.

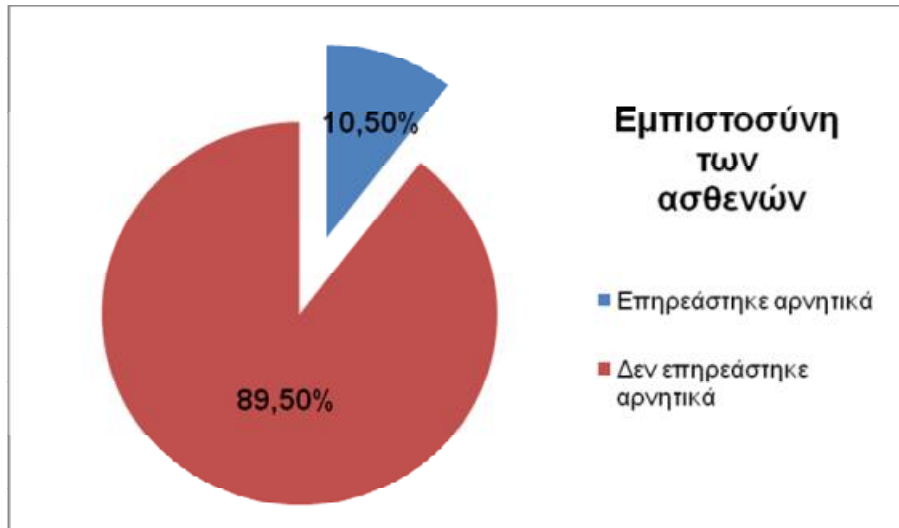
<i>Ιατρικές υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	62	40,3
Ικανοποιημένος	77	50,0
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος	10	6,5
Δυσανεστημένος	2	1,3
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	3	1,9
Σύνολο	154	100

Σύμφωνα με τον πίνακα 24 και το διάγραμμα 24 που ακολουθεί, περιγράφηκε το κατά πόσο επηρεάστηκε η εμπιστοσύνη των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της εισαγωγής. Υπήρχαν ασθενείς που επηρεάστηκαν αρνητικά κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και αυτό επηρέασε την εμπιστοσύνη τους καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Αυτός είναι ένας παράγοντας που τέθηκε από 37 νοσηλευόμενους ασθενείς (10,5%) οι οποίοι επηρεάστηκαν αρνητικά από την εισαγωγή τους, είτε αυτή έγινε από τα επείγοντα είτε από τα εξωτερικά ιατρεία, ενώ 316 νοσηλευόμενοι ασθενείς (89,5%) δήλωσαν ότι δεν επηρεάστηκε αρνητικά η εμπιστοσύνη τους.

Πίνακας 24. Ποσοστό των ασθενών που επηρεάστηκε αρνητικά από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της εισαγωγής.

<i>Εμπιστοσύνη των ασθενών</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Επηρεάστηκε αρνητικά	37	10,5
Δεν επηρεάστηκε αρνητικά	316	89,5
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 24. Διαγραμματική απεικόνιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με βάση το ποσοστό των ασθενών που επηρεάστηκε αρνητικά κατά τη διάρκεια της εισαγωγής.



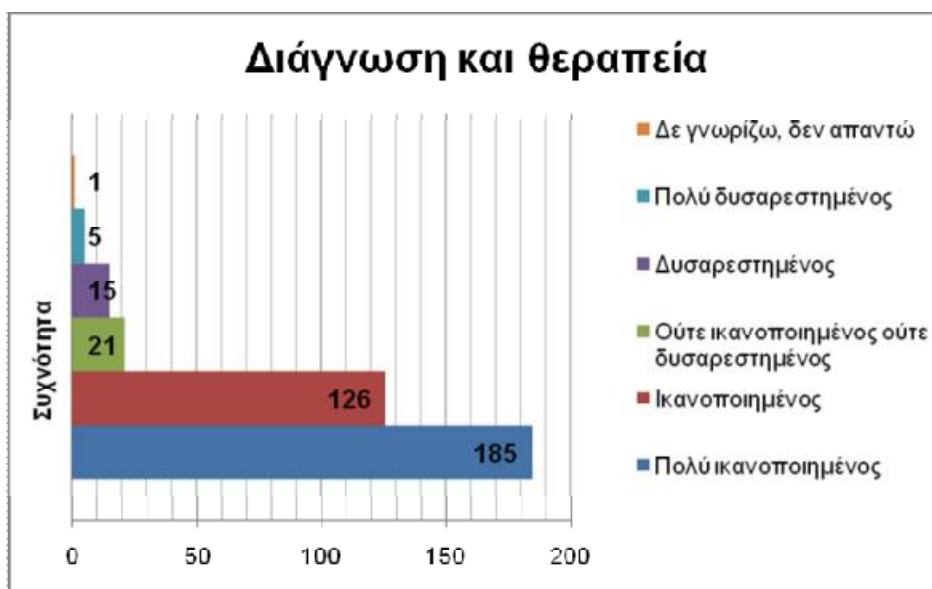
Ιατρικό έργο

Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, μετρήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευομένων από το ιατρικό προσωπικό όσον αφορά την επιστημονική και επαγγελματική τους δεξιότητα. Μετρήθηκε, δηλαδή, η ικανοποίηση των ασθενών από τη διάγνωση και τη θεραπεία της ιατρικής ομάδας που τους ανέλαβε. Πολύ ικανοποιημένο δήλωσε το 52,4% των νοσηλευομένων (185 άτομα), απλώς ικανοποιημένο το 35,7% (126 άτομα), ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο το 5,9% (21 άτομα), δυσαρεστημένο το 4,2% (15 άτομα), πολύ δυσαρεστημένο το 1,4% (5 άτομα), ενώ το 0,3% (1 άτομο), απάντησε ότι δε γνωρίζει διότι δεν είχε ακόμα αποφανθεί από το ιατρικό προσωπικό η διάγνωση.

Πίνακας 25. Κατανομή του πληθυσμού, με γνώμονα το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευομένων, από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (δηλαδή διάγνωση-θεραπεία).

Διάγνωση και θεραπεία	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ ικανοποιημένος	185	52,4
Ικανοποιημένος	126	35,7
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	21	5,9
Δυσανεστημένος	15	4,2
Πολύ δυσαρεστημένος	5	1,4
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	1	,3
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 25. Διαγραμματική απεικόνιση της επιστημονικής και επαγγελματικής δεξιότητας του ιατρικού προσωπικού, με βάση το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευομένων.

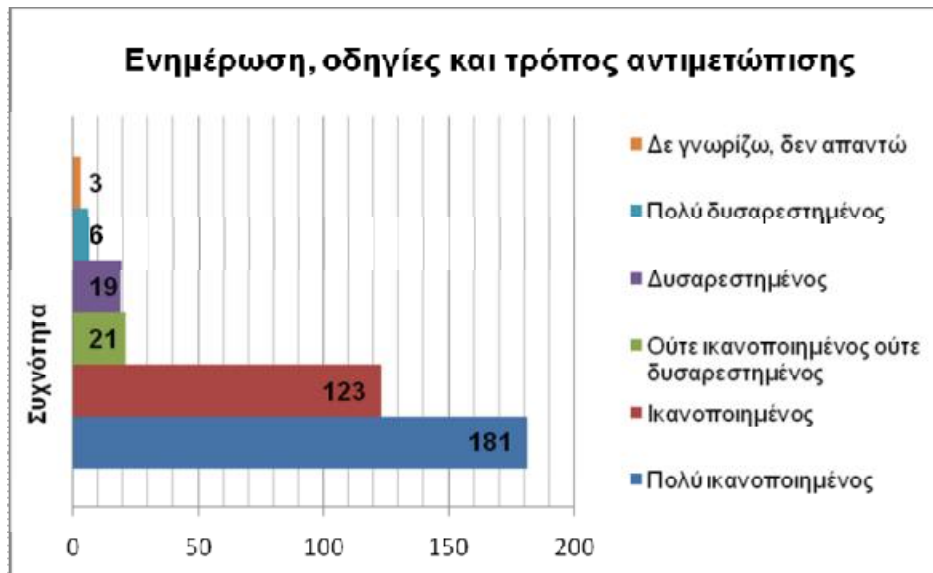


Στον ακόλουθο πίνακα και διάγραμμα, μελετήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από την ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την κατάσταση της υγείας τους και την εξέλιξή της, τις οδηγίες που τους παρήχθησαν για τη σωστή διεξαγωγή της ασθένειάς τους και τον τρόπο αντιμετώπισής της γενικότερα από το ιατρικό προσωπικό. Έτσι, διαπιστώθηκε ότι, το 51,3% του συνολικού πληθυσμού (181 άτομα) έμεινε πολύ ικανοποιημένο, το 34,8% (123 άτομα) απλώς ικανοποιημένο, το 5,9% (21 άτομα) ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο, το 5,4% (19 άτομα) δυσαρεστημένο, το 1,7% (6 άτομα) πολύ δυσαρεστημένο, ενώ το 0,8% (3 άτομα) απάντησε ότι δε γνωρίζει, διότι η νοσηλεία του διήρκεσε μία μέρα και δεν πρόλαβε να σχηματίσει άποψη.

Πίνακας 26. Ποσοστό των ασθενών με βάση το βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας που τους παρέιχε το ιατρικό προσωπικό.

<i>Ενημέρωση, οδηγίες και τρόπος αντιμετώπισης</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	181	51,3
Ικανοποιημένος	123	34,8
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	21	5,9
Δυσανεστημένος	19	5,4
Πολύ δυσαρεστημένος	6	1,7
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	3	,8
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 26. Διαγραμματική απεικόνιση της ενημέρωσης, των οδηγιών και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας από το ιατρικό προσωπικό με βάση το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.



Με βάση τον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, αναλύθηκε η συμπεριφορά και οι ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού απέναντι στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Η συμπεριφορά αναφέρεται στη στάση, το σεβασμό και την προσοχή που επιδεικνύει το ιατρικό προσωπικό απέναντί τους και οι ανθρώπινες σχέσεις στη δημιουργία εμπιστοσύνης, την κατανόηση και το ενδιαφέρον. Σε σχέση με τα παραπάνω, το 53% (187 άτομα) των νοσηλευομένων δήλωσε πολύ ικανοποιημένο, το 35,4% (125 άτομα) απλώς ικανοποιημένο, το 5,4% (19 άτομα) ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο, το 4,5% (16 άτομα) δυσαρεστημένο και το 1,7% (6 άτομα) πολύ δυσαρεστημένο.

Πίνακας 27. Ποσοστό του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευομένων από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού.

Συμπεριφορά και ανθρώπινες σχέσεις	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ ικανοποιημένος	187	53,0
Ικανοποιημένος	125	35,4
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	19	5,4
Δυσανεστημένος	16	4,5
Πολύ δυσαρεστημένος	6	1,7
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 27. Διαγραμματική απεικόνιση της συμπεριφοράς και των ανθρωπίνων σχέσεων του ιατρικού προσωπικού προς τους νοσηλευόμενους.

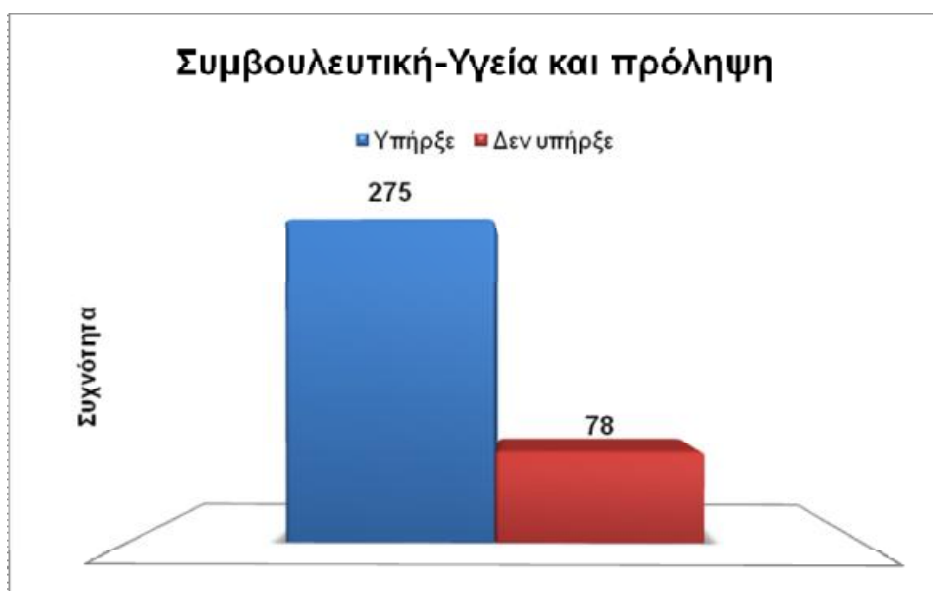


Στον επόμενο πίνακα και διάγραμμα, διαχωρίστηκε το ποσοστό των νοσηλευομένων που του παρήχθη συμβουλευτική σε θέματα υγείας και πρόληψης από το ιατρικό προσωπικό, με αυτό που δεν έλαβε καθόλου συμβουλευτική τουλάχιστον μέχρι τη στιγμή που συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο. Το 77,9% ανέφερε ότι του δόθηκε συμβουλευτική που αφορά στη διασφάλιση της υγείας και στην πρόληψη (275 άτομα), ενώ το 22,1% ανέφερε ότι δεν του δόθηκε (78 άτομα).

Πίνακας 28. Κατανομή των νοσηλευομένων με βάση την ύπαρξη συμβουλευτικής σε θέματα υγείας και πρόληψης από το ιατρικό προσωπικό.

Συμβουλευτική-Υγεία και πρόληψη	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Υπήρξε	275	77,9
Δεν υπήρξε	78	22,1
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 28. Διαγραμματική απεικόνιση του ιατρικού προσωπικού με βάση την ύπαρξη συμβουλευτικής σε θέματα υγείας και πρόληψης προς τους νοσηλευόμενους.

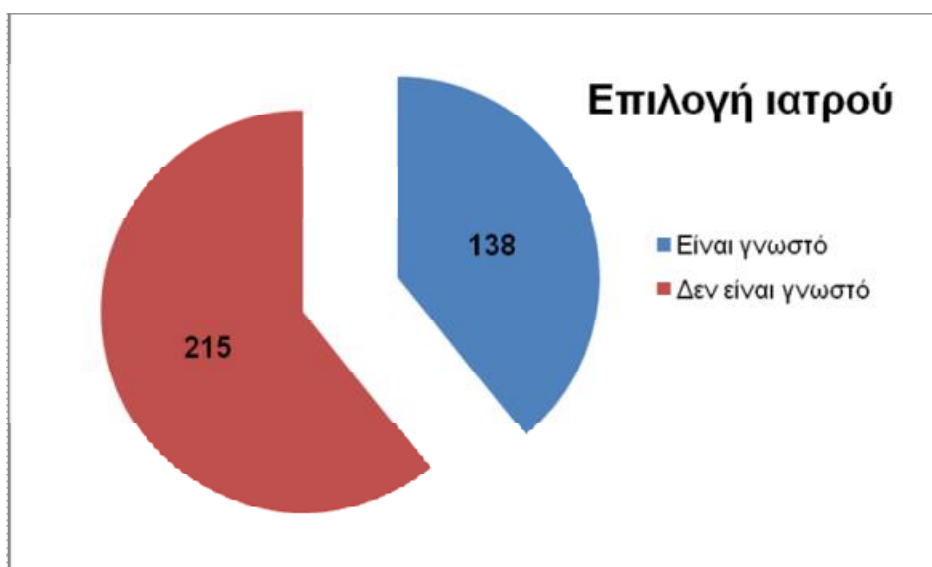


Στον πίνακα 29 και διάγραμμα 29, παρουσιάστηκε το ποσοστό των ασθενών που είχε γνώση ότι στα πλαίσια της νοσηλείας του, του δίνεται το δικαίωμα να επιλέξει το γιατρό που επιθυμεί για τη διάγνωση και τη θεραπεία του. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 39,1% γνώριζε ότι έχει το δικαίωμα επιλογής γιατρού (138 άτομα) ενώ το 60,9% κατά πλειοψηφία δε γνώριζε ότι έχει αυτήν την επιλογή (215 άτομα).

Πίνακας 29. Ποσοστό των νοσηλευομένων που γνώριζε ότι μπορεί να έχει επιλογή γιατρού στο νοσοκομείο.

<i>Επιλογή ιατρού</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Είναι γνωστό	138	39,1
Δεν είναι γνωστό	215	60,9
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 29. Διαγραμματική απεικόνιση του αριθμού των νοσηλευομένων που γνώριζε ότι έχει το δικαίωμα της επιλογής γιατρού στο Νοσοκομείο.



Νοσηλευτικό έργο

Στον πίνακα 30 και διάγραμμα 30, μετρήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευομένων, από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η επαγγελματική ικανότητα, αναφέρεται στις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις μεθόδους, τις επιστημονικές αρχές αλλά και τη λειτουργική αυτονομία. Η ανταπόκριση αφορά στην προθυμία, την ετοιμότητα, και την ακρίβεια, και τέλος, η φροντίδα περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, την παροχή και την αξιολόγηση της νοσηλείας. Σύμφωνα με αυτές τις παραμέτρους, το 50,1% των νοσηλευομένων έμεινε πολύ ικανοποιημένο (177 άτομα), το 36,8% έμεινε απλώς ικανοποιημένο (130 άτομα), το 5,9% δεν έμεινε ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (21 άτομα), το 5,4% έμεινε δυσαρεστημένο (19 άτομα), το 1,1% έμεινε πολύ δυσαρεστημένο (4 άτομα), ενώ το 0,6% απάντησε ότι δε γνωρίζει (2 άτομα).

Πίνακας 30. Ποσοστό των νοσηλευομένων με βάση την ικανοποίησή του από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.

<i>Επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	177	50,1
Ικανοποιημένος	130	36,8
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	21	5,9
Δυσαρεστημένος	19	5,4
Πολύ δυσαρεστημένος	4	1,1
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	2	,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 30. Διαγραμματική απεικόνιση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.

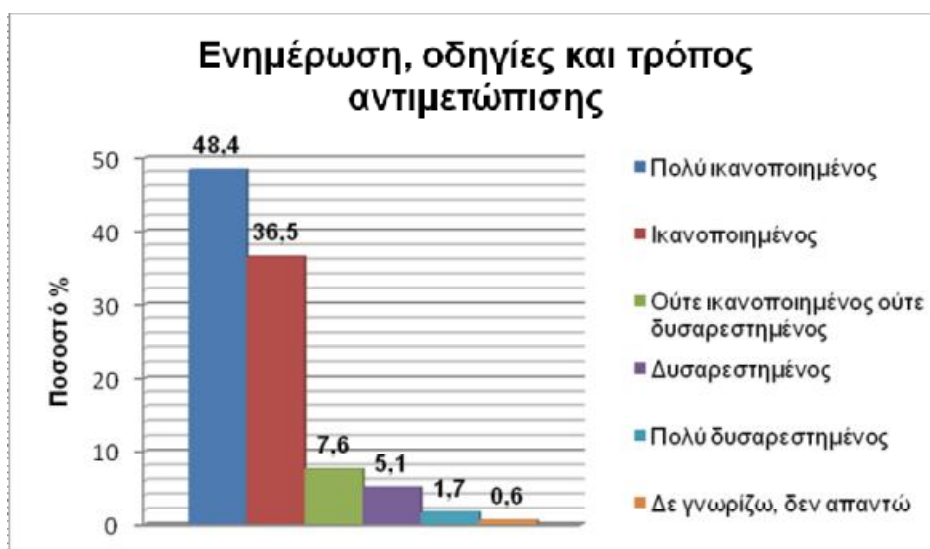


Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, περιγράφηκε ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τη νοσηλευτική υπηρεσία όσον αφορά την ενημέρωση που τους παρήχθηκε για το ιατρικό τους πρόβλημα και διαδικαστικά θέματα της νοσηλείας, τις οδηγίες που είναι απαραίτητες για τη σωστή διεκπεραίωση της νοσηλείας τους καθώς και την υπενθύμιση των οδηγιών που έλαβαν από το ιατρικό προσωπικό, και τέλος τον τρόπο αντιμετώπισης που αφορά την υπεύθυνη στάση και την προσοχή σε κάθε θέμα που σχετίζεται με την ευημερία των νοσηλευόμενων. Έτσι, από τα αποτελέσματα, πρέκυψε ότι το 48,4% του συνολικού πληθυσμού δήλωσε ικανοποιημένο (171 άτομα), το 36,5% απλώς ικανοποιημένο (129 άτομα), το 7,6% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (27 άτομα), το 5,1% δυσαρεστημένο (18 άτομα), το 1,7% πολύ δυσαρεστημένο (6 άτομα), ενώ το 0,6% απάντησε ότι δε γνωρίζει (2 άτομα).

Πίνακας 31. Ποσοστό των ασθενών με βάση το βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας που τους παρέιχε το νοσηλευτικό προσωπικό.

<i>Ενημέρωση, οδηγίες και τρόπος αντιμετώπισης</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	171	48,4
Ικανοποιημένος	129	36,5
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	27	7,6
Δυσανεστημένος	18	5,1
Πολύ δυσαρεστημένος	6	1,7
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	2	,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 31. Διαγραμματική απεικόνιση της ενημέρωσης, των οδηγιών και του τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας από το νοσηλευτικό προσωπικό με βάση το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.



Με βάση τον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, αναλύθηκε η συμπεριφορά και οι ανθρώπινες σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Σύμφωνα με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού το 50,7% των ασθενών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο (179 άτομα), το 37,7% απλώς ικανοποιημένο (133 άτομα), το 5,4% δε δήλωσε ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (19 άτομα), το 4,2% δυσαρεστημένο (15 άτομα), το 1,4% πολύ δυσαρεστημένο (5 άτομα), ενώ το 0,6% απάντησε ότι δε γνωρίζει (2 άτομα).

Πίνακας 32. Ποσοστό του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευομένων από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.

Συμπεριφορά και ανθρώπινες σχέσεις	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ ικανοποιημένος	179	50,7
Ικανοποιημένος	133	37,7
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	19	5,4
Δυσαρεστημένος	15	4,2
Πολύ δυσαρεστημένος	5	1,4
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	2	,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 32. Διαγραμματική απεικόνιση της συμπεριφοράς και των ανθρωπίνων σχέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους νοσηλευόμενους.



Στον πίνακα που ακολουθεί, περιλήφθηκαν τα ποσοστά της ικανοποίησης των ασθενών, όσον αφορά την εκπαίδευση/ ενημέρωση της οικογένειάς τους από το νοσηλευτικό προσωπικό, σε θέματα που βοηθούν τη νοσηλεία τους. Από τα παρακάτω, διαπιστώθηκε ότι το 4,0% του συνολικού πληθυσμού έμεινε πολύ ικανοποιημένο (14 άτομα), το 2,8% απλώς ικανοποιημένο (10 άτομα), το 3,1% ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (11 άτομα), το 0,9% δυσαρεστημένο (3 άτομα), το 0,3% πολύ δυσαρεστημένο (1 άτομο), το 3,4% απάντησε ότι δε γνωρίζει (12 άτομα), ενώ το 85,5% δήλωσε ότι δε χρειάστηκε (301 άτομα).

Πίνακας 33. Κατανομή των ασθενών σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησής τους από την εκπαίδευση της οικογένειας στην υποβοήθηση της νοσηλείας τους.

<i>Εκπαίδευση της οικογένειας στην υποβοήθηση της νοσηλείας</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	14	4,0
Ικανοποιημένος	10	2,8
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	11	3,1
Δυσάρεστημένος	3	,9
Πολύ δυσαρεστημένος	1	,3
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	12	3,4
Δε χρειάστηκε	301	85,5
Σύνολο	352	100

Στον πίνακα 34 και διάγραμμα 34, παρατέθηκε ο αριθμός των νοσηλευομένων που χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες της αποκλειστικής Νοσοκόμας για να ανταπεξέλθει στη νοσηλεία του. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, προέκυψε ότι το 4,0% του συνολικού πληθυσμού, χρησιμοποίησε αποκλειστική νοσοκόμα (14 άτομα), σε αντίθεση με το 96,0% που δε χρησιμοποίησε (339 άτομα).

Πίνακας 34 Ποσοστό των νοσηλευομένων που χρησιμοποίησαν αποκλειστική νοσοκόμα.

Αποκλειστική νοσοκόμα	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Χρησιμοποίησαν	14	4,0
Δε χρησιμοποίησαν	339	96,0
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 34. Διαγραμματική απεικόνιση του αριθμού των νοσηλευομένων που χρησιμοποίησε αποκλειστική νοσοκόμα.



Στον επόμενο πίνακα, καταγράφηκαν τα ποσοστά της ικανοποίησης των νοσηλευομένων από την παροχή υπηρεσιών της αποκλειστικής νοσοκόμας. Από τα 14 άτομα που χρησιμοποίησαν αποκλειστική, 6 έμειναν πολύ ικανοποιημένοι (42,8%), 4 έμειναν απλώς ικανοποιημένοι (28,6%) και 2 δεν έμειναν ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι (14,3%).

Πίνακας 35. Ποσοστό των ασθενών, με γνώμονα το βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες της αποκλειστικής.

<i>Υπηρεσίες αποκλειστικής νοσοκόμας</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	6	42,8
Ικανοποιημένος	4	28,6
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	2	14,3
Δυσανεστημένος	2	14,3
Πολύ δυσαρεστημένος	0	,0
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	0	,0
Σύνολο	14	100

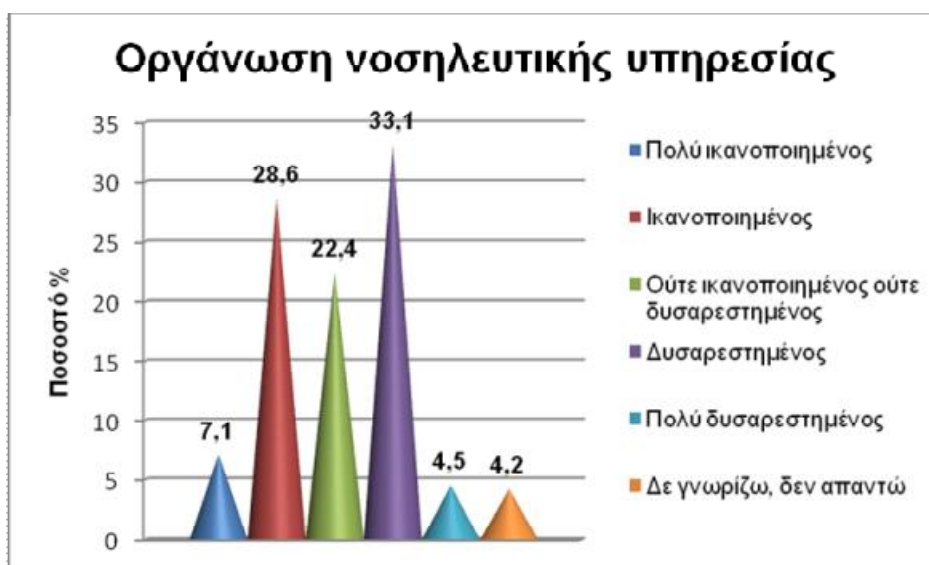
Οργάνωση

Σύμφωνα με τον πίνακα 36 και διάγραμμα 36, μελετήθηκε η οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας με βάση την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή περιλαμβάνει την προγραμματισμένη εργασία, τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού ανά βάρδια, την άμεση φροντίδα και την κάλυψη των αναγκών των νοσηλευομένων. Ο αριθμός των ατόμων που δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένος ήταν το 7,1% (25 άτομα), απλώς ικανοποιημένος το 28,6% (101 άτομα), ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος το 22,4% (79 άτομα), δυσαρεστημένος το 33,1% (117 άτομα), πολύ δυσαρεστημένος το 4,5% (16 άτομα), ενώ το 4,2% απάντησε ότι δε γνωρίζει (15 άτομα).

Πίνακας 36. Κατανομή του πληθυσμού με βάση την ικανοποίησή του από την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Οργάνωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ ικανοποιημένος	25	7,1
Ικανοποιημένος	101	28,6
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	79	22,4
Δυσανεστημένος	117	33,1
Πολύ δυσαρεστημένος	16	4,5
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	15	4,2
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 36. Διαγραμματική απεικόνιση της ικανοποίησης του πληθυσμού από την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.



Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, μελετήθηκε αντίστοιχα η οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή περιλαμβάνει τη συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων και την παρουσία ιατρού μετά από κλήση των ασθενών, τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού ανά βάρδια, τη συνεργασία και υποστήριξη άλλων τμημάτων. Το ποσοστό των ασθενών που δήλωσε πολύ ικανοποιημένο ήταν το 40,5% του συνολικού πληθυσμού (143 άτομα), το 41,6% έμεινε απλώς ικανοποιημένο (147 άτομα), το 8,2% δεν έμεινε ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο (29 άτομα), το 5,7% έμεινε δυσαρεστημένο (20 άτομα), το 1,7% έμεινε πολύ δυσαρεστημένο (6 άτομα), ενώ το 2,3% απάντησε ότι δε γνωρίζει (8 άτομα).

Πίνακας 37. Ποσοστό του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευομένων από την οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας.

<i>Οργάνωση ιατρικής υπηρεσίας</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	143	40,5
Ικανοποιημένος	147	41,6
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	29	8,2
Δυσαρεστημένος	20	5,7
Πολύ δυσαρεστημένος	6	1,7
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	8	2,3
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 37. Διαγραμματική απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευομένων από την οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας.



Στον ακόλουθο πίνακα και διάγραμμα, κατηγοριοποιήθηκε η ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με το ωράριο του επισκεπτηρίου, την τήρησή του και το θόρυβο που προκαλείτο. Σε αυτό το σημείο, οι ασθενείς εξέφρασαν την εκτίμησή τους για το αν επικρατούσε θόρυβος κατά την διάρκεια του επισκεπτηρίου, ή όχι. Από την κατάσταση του θαλάμου στον τομέα αυτό διαπιστώθηκε ότι τα 80 άτομα έμειναν πολύ ικανοποιημένα (22,7%), τα 201 άτομα έμειναν απλώς ικανοποιημένα (56,9%), τα 48 άτομα δεν έμειναν ούτε ικανοποιημένα ούτε δυσαρεστημένα (13,6%), τα 18 άτομα έμειναν δυσαρεστημένα (5,1%), τα 5 άτομα έμειναν πολύ δυσαρεστημένα (1,4%), ενώ ένα άτομο απάντησε ότι δε γνωρίζει (0,3%).

Πίνακας 38. Κατανομή των νοσηλευομένων με βάση την ικανοποίησή τους όσον αφορά την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο-θόρυβος).

Κατάσταση θαλάμου	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ ικανοποιημένος	80	22,7
Ικανοποιημένος	201	56,9
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	48	13,6
Δυσάρεστημένος	18	5,1
Πολύ δυσαρεστημένος	5	1,4
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	1	,3
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 38. Διαγραμματική απεικόνιση της κατάστασης του θαλάμου με βάση την ικανοποίηση των νοσηλευομένων.

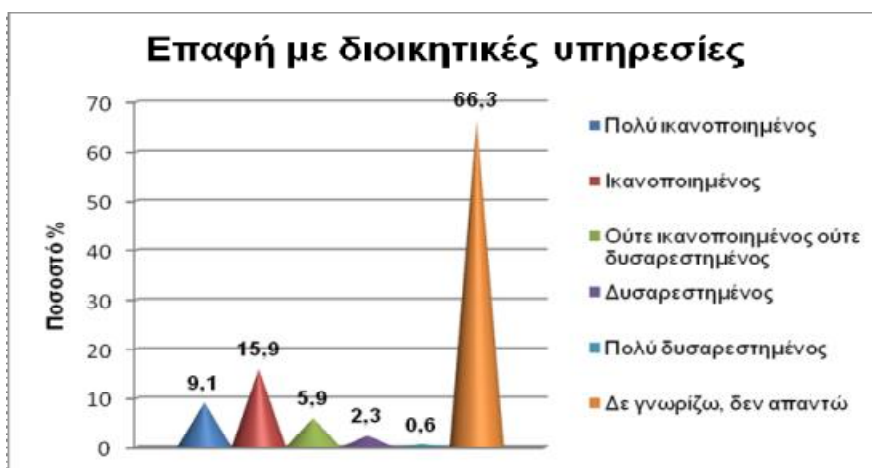


Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα, αναλύθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών όσον αφορά τις διοικητικές υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα το γραφείο κινήσεως, οι γραμματείες των κλινικών και τα διοικητικά γραφεία. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το 9,1% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο (32 άτομα), απλώς ικανοποιημένο το 15,9% (56 άτομα), ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο το 5,9% (21 άτομα), δυσαρεστημένο το 2,3% (8 άτομα), πολύ δυσαρεστημένο το 0,6% (2 άτομα), ενώ το 66,3% απάντησε ότι δε γνωρίζει (234 άτομα).

Πίνακας 39. Κατανομή του πληθυσμού με βάση το βαθμό ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες.

<i>Επαφή με διοικητικές υπηρεσίες</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ ικανοποιημένος	32	9,1
Ικανοποιημένος	56	15,9
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	21	5,9
Δυσανεστημένος	8	2,3
Πολύ δυσαρεστημένος	2	,6
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	234	66,3
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 39. Διαγραμματική απεικόνιση των διοικητικών υπηρεσιών σε σχέση με την ικανοποίηση των νοσηλευομένων.



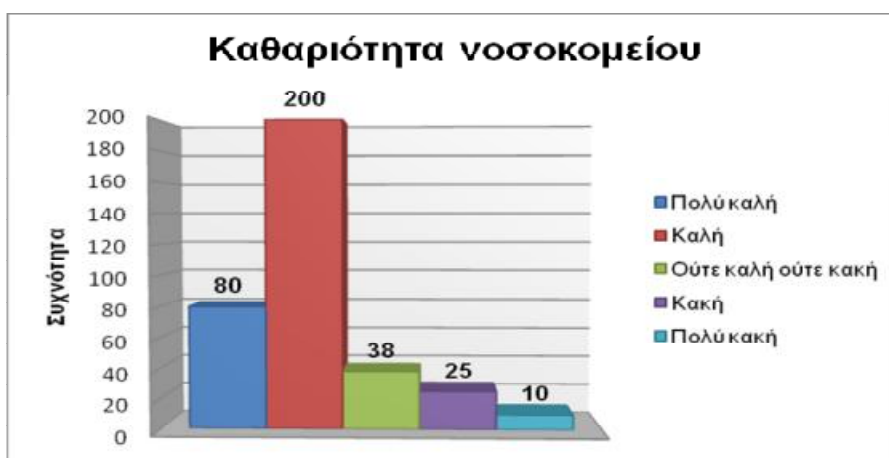
Ξενοδοχειακή υποδομή

Με βάση τον επόμενο πίνακα και διάγραμμα, παρουσιάστηκε ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευομένων από την καθαριότητα που πραγματοποιήθηκε μέσα στους θαλάμους και τους διαδρόμους της κλινικής, καθώς επίσης, και από την εικόνα που σχημάτισαν για την καθαριότητα του νοσοκομείου γενικότερα. Από τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι 80 άτομα αξιολόγησαν την καθαριότητα του νοσοκομείου πολύ καλή (22,7%), 200 άτομα απλώς καλή (56,7%), 38 άτομα ούτε καλή ούτε κακή (10,8%), 25 άτομα δήλωσαν ότι ήταν κακή (7,1), ενώ 10 άτομα ότι ήταν πολύ κακή (2,8%), .

Πίνακας 40. Κατανομή των νοσηλευομένων με βάση την ικανοποίηση από την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα.

Καθαριότητα νοσοκομείου	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ καλή	80	22,7
Καλή	200	56,7
Ούτε καλή ούτε κακή	38	10,8
Κακή	25	7,1
Πολύ κακή	10	2,8
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	0	,0
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 40. Διαγραμματική απεικόνιση της καθαριότητας των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα σε σχέση με την αξιολόγηση των ασθενών.



Στο συγκεκριμένο πίνακα και διάγραμμα, περικλήθηκε η άποψη των νοσηλευομένων όσον αφορά τους χώρους υγιεινής του νοσοκομείου. Στην αξιολόγηση των χώρων υγιεινής περιλαμβάνεται η καθαριότητα, η επάρκεια των παρεχόμενων υλικών και οι εγκαταστάσεις υποδομής. Το 14,2% του συνολικού πληθυσμού, θεώρησε ότι οι χώροι υγιεινής ήταν πολύ καλοί (50 άτομα), το 54,7% ότι ήταν απλώς καλοί (193 άτομα), το 17,3% υποστήριξε ότι δεν ήταν ούτε καλοί ούτε κακοί (61 άτομα), το 7,9% ότι ήταν κακοί (28 άτομα), το 5,4% ότι ήταν πολύ κακοί (19 άτομα), ενώ το 0,6% απάντησε ότι δε γνωρίζει (2 άτομα).

Πίνακας 41. Κατανομή του πληθυσμού με βάση την ικανοποίησή τους από τους χώρους υγιεινής του νοσοκομείου.

Χώροι υγιεινής	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
Πολύ καλοί	50	14,2
Καλοί	193	54,7
Ούτε καλοί ούτε κακοί	61	17,3
Κακοί	28	7,9
Πολύ κακοί	19	5,4
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	2	,6
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 41. Διαγραμματική απεικόνιση των χώρων υγιεινής του νοσοκομείου σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών.



Σύμφωνα με τον πίνακα 42 και διάγραμμα 42, το ποσοστό των νοσηλευομένων το οποίο δήλωσε ότι η συμπεριφορά του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες διατροφής ήταν πολύ καλή αποτελεί το 66,0 % (233 άτομα), το 28,0% ότι ήταν απλώς καλή (99 άτομα), το 4,8% ότι δεν ήταν ούτε καλή ούτε κακή (17 άτομα) ενώ το 1,1% ότι ήταν κακή (4 άτομα).

Πίνακας 42. Κατανομή των νοσηλευομένων με βάση την ικανοποίησή τους από τη συμπεριφορά του προσωπικού διατροφής.

<i>Συμπεριφορά προσωπικού διατροφής</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ καλή	233	66,0
Καλή	99	28,0
Ούτε καλή ούτε κακή	17	4,8
Κακή	4	1,1
Πολύ κακή	0	,0
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	0	,0
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 42. Διαγραμματική απεικόνιση της συμπεριφοράς του προσωπικού που παρείχε υπηρεσίες διατροφής με βάση την ικανοποίησή τους από τους νοσηλευόμενους.

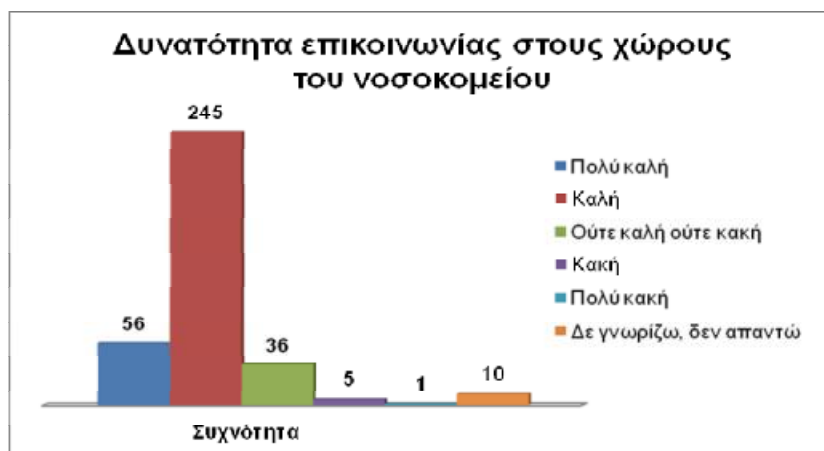


Στον πίνακα 43 και διάγραμμα 43, καταγράφηκε η άποψη των νοσηλευομένων για τις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου, σε σχέση με τη δυνατότητα που παρέχεται για επικοινωνία με τους επισκέπτες και τους άλλους νοσηλευόμενους. Το 15,9% του συνολικού δείγματος υποστήριξε ότι ήταν πολύ καλή (56 άτομα), το 69,4% ότι ήταν απλώς καλή (245 άτομα), το 10,2% θεώρησε ότι δεν ήταν ούτε καλή ούτε κακή (36 άτομα), το 1,4% ότι ήταν κακή (5 άτομα), το 0,3% ότι ήταν πολύ κακή (1 άτομο), ενώ το 2,8% απάντησε ότι δε γνωρίζει (10 άτομα).

Πίνακας 43. Κατανομή των νοσηλευομένων με βάση την ικανοποίησή τους από τη δυνατότητα που παρείχαν οι εγκαταστάσεις του νοσοκομείου για την επικοινωνία με φίλους και συγγενείς.

<i>Δυνατότητα επικοινωνίας στους χώρους του νοσοκομείου</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πολύ καλή	56	15,9
Καλή	245	69,4
Ούτε καλή ούτε κακή	36	10,2
Κακή	5	1,4
Πολύ κακή	1	,3
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	10	2,8
Σύνολο	353	100

Διάγραμμα 43. Διαγραμματική απεικόνιση της αξιολόγησης των χώρων του νοσοκομείου και της δυνατότητας που παρείχαν για επικοινωνία των ασθενών με φίλους και συγγενείς.



Στον επόμενο πίνακα και διάγραμμα παρουσιάστηκε η προσωπική εκτίμηση των νοσηλευομένων, σχετικά με το αν πληρούνται οι ανάγκες τους στο νοσοκομείο, ή όχι. Με βάση τα παρακάτω αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι, τα 211 άτομα πιστεύουν ναι (59,8%), τα 35 πιστεύουν όχι (9,9%), τα 38 δε πιστεύουν ούτε το ένα ούτε το άλλο (10,8%), ενώ τα 69 άτομα απάντησαν ότι δε γνωρίζουν (19,5%).

Πίνακας 44. Ποσοστό των νοσηλευομένων που αξιολόγησε ότι πληρούνται οι ανάγκες των ασθενών στο νοσοκομείο.

<i>Υπάρχει πλήρης κάλυψη των αναγκών στο νοσοκομείο</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Πιστεύω, ναι	211	59,8
Πιστεύω, όχι	35	9,9
Ούτε το ένα ούτε το άλλο	38	10,8
Δε γνωρίζω, δεν απαντώ	69	19,5
Σύνολο	353	100,0

Διάγραμμα 44. Διαγραμματική απεικόνιση του ποσοστού των νοσηλευομένων που υποστήριξε ότι πληρούνται οι ανάγκες των ασθενών στο νοσοκομείο.



Ατομική εκτίμηση υγείας των ασθενών

Στο περιεχόμενο του παρακάτω πίνακα και διαγράμματος, παρατέθηκε η προσωπική άποψη των ασθενών, όσον αφορά το βαθμό που θα έδιναν στην κατάσταση της υγείας τους κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο. Έτσι, από τα παρακάτω, προέκυψε ότι το 0,6% του συνολικού αριθμού των ασθενών, βαθμολόγησε την κατάσταση της υγείας του με 0 (2 άτομα), το 0,8% με 1 (3 άτομα), το 0,6% με 2 (2 άτομα), το 4,0% με 3 (14 άτομα), το 32,6% με 4 (115 άτομα), ομοίως το 32,6% με 5 (115 άτομα), το 10,5% με 6 (37 άτομα), το 6,8% με 7 (24 άτομα), το 6,2% με 8 (22 άτομα), το 4,5% με 9 (16 άτομα), και το 0,8% με 10 (3 άτομα).

Πίνακας 45. Κατανομή των ασθενών με βάση την ατομική αξιολόγηση της υγείας τους κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο.

<i>Ατομική αξιολόγηση υγείας κατά την εισαγωγή</i>	<i>Αριθμός (n)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
0	2	,6
1	3	,8
2	2	,6
3	14	4,0
4	115	32,6
5	115	32,6
6	37	10,5
7	24	6,8
8	22	6,2
9	16	4,5
10	3	,8
Σύνολο	353	100,0

Διάγραμμα 45. Διαγραμματική απεικόνιση της ατομικής αξιολόγησης της υγείας των ασθενών κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο.



Στον πίνακα και διάγραμμα που ακολουθεί, παρατέθηκε αντίστοιχα η ατομική εκτίμηση των νοσηλευομένων, σχετικά με το πώς θα βαθμολογούσαν την κατάσταση της υγείας τους την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου μέσα από μία εντεκαβάθμια κλίμακα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 4 άτομα απάντησαν στο βαθμό 3 της κλίμακας (1,1%), 18 άτομα στο βαθμό 4 της κλίμακας (5,1%), 42 άτομα στο βαθμό 5 της κλίμακας (11,9%), 107 άτομα στο βαθμό 6 της κλίμακας (30,3%), 72 άτομα στο βαθμό 7 της κλίμακας (20,4%), 48 άτομα στο βαθμό 8 της κλίμακας (13,6%), 46 άτομα στο βαθμό 9 της κλίμακας (13,0%), ενώ 16 άτομα στο βαθμό 10 της κλίμακας (4,5%).

Πίνακας 46. Ποσοστό των νοσηλευομένων που βαθμολόγησε την κατάσταση της υγείας του την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Ατομική εκτίμηση υγείας την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
3	4	1,1
4	18	5,1
5	42	11,9
6	107	30,3
7	72	20,4
8	48	13,6
9	46	13,0
10	16	4,5
Σύνολο	353	100,0

Διάγραμμα 46. Διαγραμματική απεικόνιση των νοσηλευομένων που βαθμολόγησε την κατάσταση της υγείας του την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.



Σύμφωνα με τις παραπάνω ατομικές εκτιμήσεις υγείας των ασθενών προκύπτει και η εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας τους, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα και διάγραμμα 47.

Πίνακας 47. Ποσοστό των ασθενών σε σχέση με την ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας τους.

Ατομική εκτίμηση βελτίωσης της υγείας την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου	Αριθμός (n)	Ποσοστό (%)
-4	2	,6
-2	5	1,4
-1	1	,3
0	80	22,7
1	90	25,5
2	92	26,1
3	40	11,3
4	24	6,8
5	13	3,7
6	4	1,1
7	2	,6
Σύνολο	353	100,0

Διάγραμμα 47. Διαγραμματική απεικόνιση των νοσηλευομένων σε σχέση με την ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας τους.



6.2. Μονοπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Στη συνέχεια έγινε μονοπαραγοντική ανάλυση των ερωτήσεων που αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με ένα κάθε φορά παράγοντα.

Σε σχέση με την ηλικία.

Στους πίνακες που ακολουθούν φάνηκε, ότι οι ασθενείς που είχαν ηλικία μικρότερη των 45 ετών, οι νεότερες δηλαδή ηλικίες του δείγματος, δήλωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας από όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Πίνακας 1.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα.		
		Ικανοποιημέ νοι	Δυσανεστημέ νοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	42	20	62
		67,7%	32,3%	100,0%
	45-59	37	5	42
		88,1%	11,9%	100,0%
	60-74	45	3	48
	93,8%	6,3%	100,0%	
	>=75	40	6	46
		87,0%	13,0%	100,0%
Σύνολο		164	34	198
		82,8%	17,2%	100,0%

Πίνακας 2.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	22	8	30
		73,3%	26,7%	100,0%
	45-59	38	2	40
		95,0%	5,0%	100,0%
	60-74	45	2	47
	95,7%	4,3%	100,0%	
	>=75	34	0	34
		100,0%	,0%	100,0%
Σύνολο		139	12	151
		92,1%	7,9%	100,0%

Πίνακας 3.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	71	23	94
		75,5%	24,5%	100,0%
	45-59	78	4	82
		95,1%	4,9%	100,0%
	60-74	87	8	95
	91,6%	8,4%	100,0%	
	>=75	75	6	81
		92,6%	7,4%	100,0%
Σύνολο		311	41	352
		88,4%	11,6%	100,0%

Πίνακας 4.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από το ιατρικό προσωπικό.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	68	25	93
		73,1%	26,9%	100,0%
	45-59	76	6	82
		92,7%	7,3%	100,0%
	60-74	86	9	95
	90,5%	9,5%	100,0%	
	>=75	74	6	80
		92,5%	7,5%	100,0%
Σύνολο		304	46	350
		86,9%	13,1%	100,0%

Πίνακας 5.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	71	23	94
		75,5%	24,5%	100,0%
	45-59	76	6	82
		92,7%	7,3%	100,0%
	60-74	90	6	96
	93,8%	6,3%	100,0%	
	>=75	75	6	81
		92,6%	7,4%	100,0%
Σύνολοι		312	41	353
		88,4%	11,6%	100,0%

Πίνακας 6.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	70	24	94
		74,5%	25,5%	100,0%
	45-59	77	5	82
		93,9%	6,1%	100,0%
	60-74	87	7	94
	92,6%	7,4%	100,0%	
	>=75	73	8	81
		90,1%	9,9%	100,0%
Σύνολο		307	44	351
		87,5%	12,5%	100,0%

Πίνακας 7.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	68	26	94
		72,3%	27,7%	100,0%
	45-59	74	8	82
		90,2%	9,8%	100,0%
	60-74	85	9	94
	90,4%	9,6%	100,0%	
	>=75	73	8	81
		90,1%	9,9%	100,0%
Σύνολο		300	51	351
		85,5%	14,5%	100,0%

Πίνακας 8.

Ικανοποίηση των ασθενών από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	73	21	94
		77,7%	22,3%	100,0%
	45-59	78	4	82
		95,1%	4,9%	100,0%
	60-74	87	7	94
	92,6%	7,4%	100,0%	
	>=75	74	7	81
		91,4%	8,6%	100,0%
Σύνολο		312	39	351
		88,9%	11,1%	100,0%

Πίνακας 9.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	64	29	93
		68,8%	31,2%	100,0%
	45-59	71	7	78
		91,0%	9,0%	100,0%
	60-74	81	12	93
	87,1%	12,9%	100,0%	
	>=75	74	7	81
		91,4%	8,6%	100,0%
Σύνολο		290	55	345
		84,1%	15,9%	100,0%

Πίνακας 10.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος).				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	58	36	94
		61,7%	38,3%	100,0%
	45-59	71	11	82
		86,6%	13,4%	100,0%
	60-74	79	16	95
	83,2%	16,8%	100,0%	
	>=75	73	8	81
		90,1%	9,9%	100,0%
Σύνολο		281	71	352
		79,8%	20,2%	100,0%

Πίνακας 11.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις διοικητικές υπηρεσίες.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	29	19	48
		60,4%	39,6%	100,0%
	45-59	27	5	32
		84,4%	15,6%	100,0%
	60-74	22	5	27
	81,5%	18,5%	100,0%	
	>=75	10	2	12
		83,3%	16,7%	100,0%
Σύνολο		88	31	119
		73,9%	26,1%	100,0%

Πίνακας 12.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	60	34	94
		63,8%	36,2%	100,0%
	45-59	69	13	82
		84,1%	15,9%	100,0%
	60-74	79	17	96
	82,3%	17,7%	100,0%	
	>=75	72	9	81
		88,9%	11,1%	100,0%
Σύνολο		280	73	353
		79,3%	20,7%	100,0%

Πίνακας 13.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τους χώρους υγιεινής.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	43	50	93
		46,2%	53,8%	100,0%
	45-59	61	20	81
		75,3%	24,7%	100,0%
	60-74	72	24	96
	75,0%	25,0%	100,0%	
	>=75	67	14	81
		82,7%	17,3%	100,0%
Σύνολο		243	108	351
		69,2%	30,8%	100,0%

Πίνακας 14.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από το προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες διατροφής.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	82	12	94
		87,2%	12,8%	100,0%
	45-59	77	5	82
		93,9%	6,1%	100,0%
	60-74	95	1	96
	99,0%	1,0%	100,0%	
	>=75	78	3	81
		96,3%	3,7%	100,0%
Σύνολο		332	21	353
		94,1%	5,9%	100,0%

Πίνακας 15.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων όσον αφορά τη δυνατότητα επικοινωνίας των ασθενών με φίλους και συγγενείς στους χώρους του νοσοκομείου.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ηλικία	<45	67	26	93
		72,0%	28,0%	100,0%
	45-59	72	8	80
		90,0%	10,0%	100,0%
	60-74	85	6	91
	93,4%	6,6%	100,0%	
	>=75	77	2	79
		97,5%	2,5%	100,0%
Σύνολο		301	42	343
		87,8%	12,2%	100,0%

Σε σχέση με τις ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο συνολικά.

Από τους παρακάτω πίνακες, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι οι οποίοι παρέμειναν λιγότερες μέρες στο νοσοκομείο, ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι όσον αφορά την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων, των χώρων υγιεινής και του νοσοκομείου γενικότερα σε αντίθεση με τους ασθενείς όπου η διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερη.

Πίνακας 1.

		Ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο συνολικά.	1-3	98	30	128
		76,6%	23,4%	100,0%
	4-6	85	29	114
		74,6%	25,4%	100,0%
	7-9	51	7	58
	87,9%	12,1%	100,0%	
	>=10	46	7	53
		86,8%	13,2%	100,0%
Σύνολο		280	73	353
		79,3%	20,7%	100,0%

Πίνακας 2.

		Ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τους χώρους υγιεινής.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο συνολικά.	1-3	79	48	127
		62,2%	37,8%	100,0%
	4-6	74	39	113
		65,5%	34,5%	100,0%
	7-9	45	13	58
	77,6%	22,4%	100,0%	
	>=10	45	8	53
		84,9%	15,1%	100,0%
Σύνολο		243	108	351
		69,2%	30,8%	100,0%

Σε σχέση με την ατομική εκτίμηση των ασθενών όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας τους.

Στους ακόλουθους πίνακες, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των νοσηλευομένων που παρουσίασε μηδαμινή ή μερική βελτίωση στην υγεία του, ήταν περισσότερο δυσαρεστημένο σε όλους τους τομείς που αναλύθηκαν, σε σχέση με το ποσοστό που παρουσίασε μεγάλη βελτίωση.

Πίνακας 1.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών. Σύνολο	Μεγάλη βελτίωση	57 89,1%	7 10,9%	64 100,0%
	Μικρή βελτίωση	90 92,8%	7 7,2%	97 100,0%
	Μη βελτίωση	17 45,9%	20 54,1%	37 100,0%
		164 82,8%	34 17,2%	198 100,0%

Πίνακας 2.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών. Σύνολο	Μεγάλη βελτίωση	77 92,8%	6 7,2%	83 100,0%
	Μικρή βελτίωση	174 96,1%	7 3,9%	181 100,0%
	Μη βελτίωση	60 68,2%	28 31,8%	88 100,0%
		311 88,4%	41 11,6%	352 100,0%

Πίνακας 3.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από το ιατρικό προσωπικό.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	75 90,4%	8 9,6%	83 100,0%
	Μικρή βελτίωση	169 94,4%	10 5,6%	179 100,0%
	Μη βελτίωση	60 68,2%	28 31,8%	88 100,0%
Σύνολο		304 86,9%	46 13,1%	350 100,0%

Πίνακας 4.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	79 95,2%	4 4,8%	83 100,0%
	Μικρή βελτίωση	171 94,0%	11 6,0%	182 100,0%
	Μη βελτίωση	62 70,5%	26 29,5%	88 100,0%
Σύνολο		312 88,4%	41 11,6%	353 100,0%

Πίνακας 5.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσασαρηστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών. Σύνολο	Μεγάλη βελτίωση	77 92,8%	6 7,2%	83 100,0%
	Μικρή βελτίωση	170 93,4%	12 6,6%	182 100,0%
	Μη βελτίωση	60 69,8%	26 30,2%	86 100,0%
		307 87,5%	44 12,5%	351 100,0%

Πίνακας 6.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσασαρηστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών. Σύνολο	Μεγάλη βελτίωση	75 90,4%	8 9,6%	83 100,0%
	Μικρή βελτίωση	166 91,2%	16 8,8%	182 100,0%
	Μη βελτίωση	59 68,6%	27 31,4%	86 100,0%
		300 85,5%	51 14,5%	351 100,0%

Πίνακας 7.

		Ικανοποίηση των ασθενών από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών	Μεγάλη βελτίωση	81	2	83
		97,6%	2,4%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	172	10	182
		94,5%	5,5%	100,0%
	Μη βελτίωση	59	27	86
		68,6%	31,4%	100,0%
Σύνολο		312	39	351
		88,9%	11,1%	100,0%

Πίνακας 8.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	40	39	79
		50,6%	49,4%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	55	122	177
		31,1%	68,9%	100,0%
	Μη βελτίωση	31	51	82
		37,8%	62,2%	100,0%
Σύνολο		126	212	338
		37,3%	62,7%	100,0%

Πίνακας 9.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	71	9	80
		88,8%	11,3%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	167	15	182
		91,8%	8,2%	100,0%
	Μη βελτίωση	52	31	83
		62,7%	37,3%	100,0%
	Σύνολο	290	55	345
		84,1%	15,9%	100,0%

Πίνακας 10.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος).		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	68	15	83
		81,9%	18,1%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	156	25	181
		86,2%	13,8%	100,0%
	Μη βελτίωση	57	31	88
		64,8%	35,2%	100,0%
	Σύνολο	281	71	352
		79,8%	20,2%	100,0%

Πίνακας 11.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	68	15	83
		81,9%	18,1%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	154	28	182
		84,6%	15,4%	100,0%
	Μη βελτίωση	58	30	88
		65,9%	34,1%	100,0%
	Σύνολο	280	73	353
		79,3%	20,7%	100,0%

Πίνακας 12.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τους χώρους υγιεινής.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	62	21	83
		74,7%	25,3%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	134	47	181
		74,0%	26,0%	100,0%
	Μη βελτίωση	47	40	87
		54,0%	46,0%	100,0%
	Σύνολο	243	108	351
		69,2%	30,8%	100,0%

Πίνακας 13.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από το προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες διατροφής.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	76	7	83
		91,6%	8,4%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	178	4	182
		97,8%	2,2%	100,0%
	Μη βελτίωση	78	10	88
		88,6%	11,4%	100,0%
	Σύνολο	332	21	353
		94,1%	5,9%	100,0%

Πίνακας 14.

Ικανοποίηση των νοσηλευομένων όσον αφορά τη δυνατότητα επικοινωνίας των ασθενών με φίλους και συγγενείς στους χώρους του νοσοκομείου.				
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Ατομική εκτίμηση της βελτίωσης της υγείας των ασθενών.	Μεγάλη βελτίωση	72	7	79
		91,1%	8,9%	100,0%
	Μικρή βελτίωση	168	11	179
		93,9%	6,1%	100,0%
	Μη βελτίωση	61	24	85
		71,8%	28,2%	100,0%
	Σύνολο	301	42	343
		87,8%	12,2%	100,0%

Σε σχέση με το φύλο.

Το φύλο φάνηκε να συσχετίζεται μόνο με την ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού και από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος), όπου οι άντρες ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι από τις γυναίκες.

Πίνακας 1.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Φύλο	Άνδρας	180 85,7%	30 14,3%	210 100,0%
	Γυναίκα	131 92,3%	11 7,7%	142 100,0%
Σύνολο		311 88,4%	41 11,6%	352 100,0%

Πίνακας 2.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος).		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Φύλο	Άνδρας	159 75,7%	51 24,3%	210 100,0%
	Γυναίκα	122 85,9%	20 14,1%	142 100,0%
Σύνολο		281 79,8%	71 20,2%	352 100,0%

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

Οι ασθενείς με τη χαμηλότερη εκπαίδευση (δημοτικό) φάνηκε ότι ήταν οι λιγότερο δυσαρεστημένοι σε όλους τους τομείς, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν περισσότερες γραμματικές γνώσεις.

Πίνακας 1.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	103	13	116
		88,8%	11,2%	100,0%
	Γυμνάσιο	17	6	23
		73,9%	26,1%	100,0%
	Λύκειο	21	6	27
		77,8%	22,2%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	21	9	30
		70,0%	30,0%	100,0%
	Σύνολο	162	34	196
		82,7%	17,3%	100,0%

Πίνακας 2.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	184	15	199
		92,5%	7,5%	100,0%
	Γυμνάσιο	33	8	41
		80,5%	19,5%	100,0%
	Λύκειο	40	10	50
		80,0%	20,0%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	51	8	59
	86,4%	13,6%	100,0%	
	Σύνολο	308	41	349
		88,3%	11,7%	100,0%

Πίνακας 3.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από το ιατρικό προσωπικό.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	181	17	198
		91,4%	8,6%	100,0%
	Γυμνάσιο	33	7	40
		82,5%	17,5%	100,0%
	Λύκειο	39	11	50
		78,0%	22,0%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	48	11	59
	81,4%	18,6%	100,0%	
	Σύνολο	301	46	347
		86,7%	13,3%	100,0%

Πίνακας 4.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	182	16	198
		91,9%	8,1%	100,0%
	Γυμνάσιο	34	7	41
		82,9%	17,1%	100,0%
	Λύκειο	41	9	50
		82,0%	18,0%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	47	12	59
		79,7%	20,3%	100,0%
	Σύνολο	304	44	348
		87,4%	12,6%	100,0%

Πίνακας 5.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	175	22	197
		88,8%	11,2%	100,0%
	Γυμνάσιο	31	9	40
		77,5%	22,5%	100,0%
	Λύκειο	36	12	48
		75,0%	25,0%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	45	12	57
		78,9%	21,1%	100,0%
	Σύνολο	287	55	342
		83,9%	16,1%	100,0%

Πίνακας 6.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος).		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	169	29	198
		85,4%	14,6%	100,0%
	Γυμνάσιο	29	12	41
		70,7%	29,3%	100,0%
	Λύκειο	38	13	51
		74,5%	25,5%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	42	17	59
		71,2%	28,8%	100,0%
	Σύνολο	278	71	349
		79,7%	20,3%	100,0%

Πίνακας 7.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις διοικητικές υπηρεσίες.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	34	7	41
		82,9%	17,1%	100,0%
	Γυμνάσιο	12	3	15
		80,0%	20,0%	100,0%
	Λύκειο	17	13	30
		56,7%	43,3%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	23	8	31
		74,2%	25,8%	100,0%
	Σύνολο	86	31	117
		73,5%	26,5%	100,0%

Πίνακας 8.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	171	28	199
		85,9%	14,1%	100,0%
	Γυμνάσιο	31	10	41
		75,6%	24,4%	100,0%
	Λύκειο	30	21	51
		58,8%	41,2%	100,0%
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	45	14	59	
	76,3%	23,7%	100,0%	
Σύνολο		277	73	350
		79,1%	20,9%	100,0%

Πίνακας 9.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τους χώρους υγιεινής.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	152	46	198
		76,8%	23,2%	100,0%
	Γυμνάσιο	23	18	41
		56,1%	43,9%	100,0%
	Λύκειο	26	24	50
		52,0%	48,0%	100,0%
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	39	20	59	
	66,1%	33,9%	100,0%	
Σύνολο		240	108	348
		69,0%	31,0%	100,0%

Πίνακας 10.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από το προσωπικό που παρέχει υπηρεσίες διατροφής.		
		Ικανοποιημέ νοι	Δυσανεστημ ένοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	193	6	199
		97,0%	3,0%	100,0%
	Γυμνάσιο	39	2	41
		95,1%	4,9%	100,0%
	Λύκειο	43	8	51
		84,3%	15,7%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	54	5	59
		91,5%	8,5%	100,0%
	Σύνολο	329	21	350
		94,0%	6,0%	100,0%

Πίνακας 11.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων όσον αφορά τη δυνατότητα επικοινωνίας των ασθενών με φίλους και συγγενείς στους χώρους του νοσοκομείου.		
		Ικανοποιημέν οι	Δυσανεστημέ νοι	Σύνολο
Γραμματικές γνώσεις	Δημοτικό	182	12	194
		93,8%	6,2%	100,0%
	Γυμνάσιο	30	10	40
		75,0%	25,0%	100,0%
	Λύκειο	37	12	49
		75,5%	24,5%	100,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	50	8	58
		86,2%	13,8%	100,0%
	Σύνολο	299	42	341
		87,7%	12,3%	100,0%

Σε σχέση με το αν οι ασθενείς έχουν νοσηλευτεί ξανά στο νοσοκομείο του Ρίου ή όχι.

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για πρώτη φορά στο νοσοκομείο του Ρίου ήταν πιο δυσαρεστημένοι από αυτούς που είχαν νοσηλευτεί ξανά.

Πίνακας 1.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	116	12	128
		90,6%	9,4%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	48	22	70
		68,6%	31,4%	100,0%
	Σύνολο	164	34	198
		82,8%	17,2%	100,0%

Πίνακας 2.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιάτητα του ιατρικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσαρεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	213	16	229
		93,0%	7,0%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	98	25	123
		79,7%	20,3%	100,0%
	Σύνολο	311	41	352
		88,4%	11,6%	100,0%

Πίνακας 3.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους από το ιατρικό προσωπικό.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	211	17	228
		92,5%	7,5%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	93	29	122
		76,2%	23,8%	100,0%
	Σύνολο	304	46	350
		86,9%	13,1%	100,0%

Πίνακας 4.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	212	17	229
		92,6%	7,4%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	100	24	124
		80,6%	19,4%	100,0%
	Σύνολο	312	41	353
		88,4%	11,6%	100,0%

Πίνακας 5.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	206	22	228
		90,4%	9,6%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	101	22	123
		82,1%	17,9%	100,0%
	Σύνολο	307	44	351
		87,5%	12,5%	100,0%

Πίνακας 6.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων σε σχέση με την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	203	25	228
		89,0%	11,0%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	97	26	123
		78,9%	21,1%	100,0%
	Σύνολο	300	51	351
		85,5%	14,5%	100,0%

Πίνακας 7.

		Ικανοποίηση των ασθενών από τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	209	19	228
		91,7%	8,3%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	103	20	123
		83,7%	16,3%	100,0%
	Σύνολο	312	39	351
		88,9%	11,1%	100,0%

Πίνακας 8.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την οργάνωση της ιατρικής υπηρεσίας.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	202	24	226
		89,4%	10,6%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	88	31	119
		73,9%	26,1%	100,0%
	Σύνολο	290	55	345
		84,1%	15,9%	100,0%

Πίνακας 9.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος).		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	189	39	228
		82,9%	17,1%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	92	32	124
		74,2%	25,8%	100,0%
	Σύνολο	281	71	352
		79,8%	20,2%	100,0%

Πίνακας 10.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του νοσοκομείου γενικότερα.		
		Ικανοποιημένοι	Δυσανεστημένοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	192	37	229
		83,8%	16,2%	100,0%
	Ήρθαν πρώτη φορά	88	36	124
		71,0%	29,0%	100,0%
	Σύνολο	280	73	353
		79,3%	20,7%	100,0%

Πίνακας 11.

		Ικανοποίηση των νοσηλευομένων από τους χώρους υγιεινής.		
		Ικανοποιημέ νοι	Δυσανεστημέ νοι	Σύνολο
Νοσηλεία στο νοσοκομείο του Ρίου για πρώτη φορά ή όχι.	Νοσηλεύτηκαν ξανά	177 78,0%	50 22,0%	227 100,0%
	Έρθαν πρώτη φορά	66 53,2%	58 46,8%	124 100,0%
Σύνολο		243 69,2%	108 30,8%	351 100,0%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1. Συμπεράσματα

1. Ο πληθυσμός της συγκεκριμένης μελέτης που αφορούσε νοσηλεύόμενους ασθενείς σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο, ανέφερε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την ικανότητα, την ανταπόκριση και τη φροντίδα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Αντίθετα, υπήρχε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρεστημένων από την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας (έλλειψη προσωπικού, προγραμματισμός εργασιών κ.λπ.). Συγκεκριμένα 6 στους 10 ασθενείς ανέφεραν ως σημαντικότερο πρόβλημα του νοσοκομείου την έλλειψη προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού).
3. Η μελέτη μας έδειξε ότι μικρό ποσοστό των νοσηλευομένων που χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες του Ε.Κ.Α.Β. ήταν δυσαρεστημένο. Παρόμοια ποσοστά καταγράφηκαν και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία.
4. Παραταύτα ένα 10,5 % δήλωσε ότι επηρεάστηκε η εμπιστοσύνη του αρνητικά από την εισαγωγή του, είτε αυτή έγινε από τα επείγοντα είτε από τα εξωτερικά ιατρεία.
5. Σχετικά ικανοποιημένοι ήταν οι ασθενείς από την οργάνωση διοικητικών και ιατρικών υπηρεσιών.
6. Η εικόνα των ασθενών από την καθαριότητα των θαλάμων, των χώρων υγιεινής και του νοσοκομείου ήταν σε γενικές γραμμές καλή. Ομοίως και όσον αφορά την κατάσταση του θαλάμου σε σχέση με το επισκεπτήριο – θόρυβο. Μέτρια εντύπωση σχημάτισαν οι ασθενείς σε ποσοστά 1 στους 5 όσον αφορά την

καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου και την κατάσταση του θαλάμου, και 1 στους 3 όσον αφορά την καθαριότητα των χώρων υγιεινής.

7. Διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι οι οποίοι παρέμειναν λιγότερες μέρες στο νοσοκομείο, ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι όσον αφορά την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων, των χώρων υγιεινής και του νοσοκομείου γενικότερα σε αντίθεση με τους ασθενείς όπου η διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερη.
8. Οι ασθενείς με τη χαμηλότερη εκπαίδευση (δημοτικό) φάνηκε ότι ήταν οι λιγότερο δυσαρεστημένοι σε όλους τους τομείς, σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν περισσότερες γραμματικές γνώσεις.
9. Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των νοσηλευομένων που παρουσίασε μηδαμινή ή μερική βελτίωση στην υγεία του, ήταν περισσότερο δυσαρεστημένο σε όλους τους τομείς που αναλύθηκαν, σε σχέση με το ποσοστό που παρουσίασε μεγάλη βελτίωση.
10. Φάνηκε ότι οι ασθενείς με ηλικία μικρότερη των 45 ετών δήλωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας από όλες τις ηλικιακές ομάδες, επίσης σε όλους τους τομείς.
11. Το φύλο φάνηκε να συσχετίζεται μόνο με την ικανοποίηση των νοσηλευομένων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού και από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος) όπου οι άντρες ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι από τις γυναίκες.
12. Γενικά, φάνηκε ότι 3 στους 4 ασθενείς ήταν πλήρως ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους.

Από τις προτάσεις και παρατηρήσεις που παραθέσανε οι ασθενείς στο τέλος του ερωτηματολογίου προέκυψε ότι :

Μεγάλα ποσοστά ασθενών ανέφεραν την αναγκαιότητα για περισσότερο προσωπικό (κυρίως νοσηλευτικό) (161 άτομα), για βελτίωση της καθαριότητας (49 άτομα), για βελτίωση της ξενοδοχειακής υποδομής (μη ύπαρξη ψυκτών, έλλειψη κλιματισμού, έλλειψη σε σεντόνια, μη αναπαυτικά στρώματα) (35 άτομα).

Σε μικρότερο ποσοστό καταγράφηκαν διαμαρτυρίες για τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (29 άτομα), για την οργάνωση (6 άτομα), για τη σίτιση (8 άτομα), την επάρκεια χώρων (6 άτομα) και τον χρηματισμό (6 άτομα).

Πρέπει να σημειώσουμε ότι δεν θεώρησαν όλοι ασθενείς απαραίτητο να καταγράψουν τις προτάσεις παρατηρήσεις τους ειδικά όταν αυτές ήταν ξεκάθαρες από τις απαντήσεις που δώσανε με βάση το ερωτηματολόγιο.

7.2. Συζήτηση

Η μελέτη μας, είχε ως σκοπό να διερευνήσει τις πτυχές της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Πάτρας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι την περίοδο της μελέτης συνέβησαν γεγονότα που έφεραν το νοσοκομείο σε κατάσταση εκτάκτου ανάγκης και είχαν άμεση σύνδεση με την ικανοποίηση των ασθενών. Όπως θυμόμαστε χαρακτηριστικά όλοι μας, ο σεισμός της 8ης Ιουνίου του 2008, είχε ως επίκεντρο την Κάτω Αχαΐα και κατ' επέκταση την πόλη της Πάτρας. Προκλήθηκαν ζημιές που έκριναν ως ακατάλληλα σπίτια και κτίρια. Μέσα σ' αυτά ήταν και το νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα, γεγονός που σημαίνει ότι τη συγκεκριμένη περίοδο το μόνο νοσοκομείο που ήταν διαθέσιμο στην Πάτρα ήταν αυτό του Ρίου.

Ένα χρόνο πριν το σεισμό προηγήθηκε το τραγικό γεγονός της φωτιάς που έλαβε χώρα στο Νομό Ηλείας (και εξαπλώθηκε στα Συχαινά και στην Κάτω Αχαΐα, Αύγουστος 2007), το οποίο είχε αντίκτυπο στη ζωή και την υγεία των κατοίκων της περιοχής καθώς και στις κτιριακές της εγκαταστάσεις. Το γεγονός αυτό ανάγκασε πολλούς ανθρώπους να στραφούν στο νοσοκομείο του Ρίου διότι ούτε οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις της περιοχής ήταν σε θέση να λειτουργήσουν. Η κατάσταση αυτή ίσχυε και κατά την περίοδο της παρούσας μελέτης. Τα γεγονότα αυτά επηρέασαν την εικόνα του νοσοκομείου την περίοδο όπου διεξάχθηκε η έρευνα.

Λόγω όλων αυτών των καταστάσεων- συνθηκών (σεισμοί, φωτιές, λειτουργία μόνο του νοσοκομείου του Ρίου) πολλοί ασθενείς, όπως μας ανέφεραν, δικαιολογούσαν την άσχημη κατάσταση που βρισκόταν το νοσοκομείο π.χ. μη επαρκής ανταπόκριση, έλλειψη προσωπικού, συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, κακή καθαριότητα κτλ και ήταν πιο θετικοί στις εκτιμήσεις τους.

Παρατηρήθηκαν, όμως, και αντιφάσεις από τους νοσηλευόμενους για τον ίδιο λόγο, όπως για παράδειγμα, ενώ πολλοί υποστήριζαν ότι ήταν δυσαρεστημένοι από την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας παράλληλα δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι

από τη φροντίδα, την ανταπόκριση και τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, που επαληθεύει την παραπάνω διαπίστωση.

Υπήρχε, επίσης, η πίεση του χρόνου, καθώς αρκετοί ασθενείς ήταν σωματικά ή ψυχικά κουρασμένοι από τις διάφορες εξετάσεις που είχαν υποβληθεί τη συγκεκριμένη μέρα, γεγονός που μπορεί να τους οδήγησε σε λανθασμένες απαντήσεις ή άρνηση στην έρευνα.⁹⁷

Επιπρόσθετα, μεγάλο ρόλο στις εκτιμήσεις των ασθενών, όπως διαπιστώθηκε από την πολυπαραγοντική ανάλυση, έπαιξαν και δημογραφικοί παράγοντες. Με βάση τα αποτελέσματα, εκτιμήθηκε ότι οι ασθενείς με τη χαμηλότερη εκπαίδευση (δημοτικό) ήταν οι λιγότερο δυσαρεστημένοι σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν περισσότερες γραμματικές γνώσεις. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο μέρος των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν σε μεγάλη ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης του δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλό. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, πολλοί ασθενείς να έχουν λιγότερες απαιτήσεις και να μην αντιλαμβάνονται απόλυτα τον τρόπο λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένας μορφωμένος άνθρωπος με τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να αξιολογήσει, να κρίνει και να αποφασίσει ο ίδιος για τα αγαθά που του παρέχονται.^{98,99} Αντίθετα, ένα άτομο χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, συνήθως έχει λιγότερες απαιτήσεις, κι έτσι αποδέχεται παθητικά όσα του προσφέρονται. Σύμφωνα με την έρευνα του Obers⁹⁹ και των συνεργατών του, ο μέσος ασθενής δεν έχει την πείρα ή τις γνώσεις να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων. Γι αυτόν το λόγο χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία¹⁰⁰ που μπορεί ο ίδιος να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κάποιοι παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, η βελτίωση της υγείας, η ηλικία κ.λπ. έχουν επίδραση στην άποψη του ασθενούς, σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται.¹⁰¹

Το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει βασικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσδοκιών των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.¹⁰¹

Φάνηκε, επίσης, ότι οι ασθενείς που είχαν ηλικία μικρότερη των 45 ετών, οι νεότερες δηλαδή ηλικίες του δείγματος, δήλωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας από όλες τις ηλικιακές ομάδες. Αυτό είναι ένα γεγονός που επαληθεύει το ρόλο που παίζει η ηλικία στις απαιτήσεις των ασθενών καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν μεγάλο σε ηλικία και είχε το μεγαλύτερο δείκτη ικανοποίησης.

Το φύλο φάνηκε να συσχετίζεται μόνο με την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού και από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο- θόρυβος), όπου οι άντρες ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι από τις γυναίκες.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι παράγοντες που δείχνουν να έχουν σχέση είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών, η ποιότητα με την ποσότητα των πληροφοριών καθώς και το ενδιαφέρον και η κατανόηση που δείχνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στις ανάγκες των ασθενών.¹⁰²

Από την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας (έλλειψη προσωπικού, προγραμματισμός εργασιών κτλ). υπήρχε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρεστημένων σε σχέση με τα θέματα που μελετήθηκαν. Οι ασθενείς εστίασαν στην καθυστέρηση των νοσηλευτών-τριών τις στιγμές που τους καλούσανε χρειαζόμενοι τη βοήθειά τους και στις μειωμένες νοσηλευτικές εργασίες. Αξιοσημείωτο είναι ότι κάποιοι ασθενείς ένιωθαν βάρος για το επιβαρημένο φόρτο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και μερικοί δήλωσαν ότι προσπαθούσαν να τους καλούνε λιγότερο από ότι θα θέλανε. Η δυσαρέσκεια, επομένως, αποσκοπούσε και στην ανάγκη των ασθενών για

καλύτερη εξυπηρέτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και στις πιο αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας του ίδιου του προσωπικού.

Η αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή αποτελεί μείζονα συνιστώσα της ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας. Η αύξηση του αριθμού των ασθενών ανά νοσηλευτή έχει συσχετιστεί με περισσότερες και δυσμενέστερης πρόγνωσης ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Σε μία πρόσφατη μελέτη από τις ΗΠΑ, εκτιμήθηκε ότι κάθε ένας επιπρόσθετος ασθενής ανά νοσηλευτή συσχετίζεται σημαντικά με μέση αύξηση των θανάτων κατά 7% σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αντιθέτως, μικρότερος αριθμός ασθενών ανά διπλωματούχο νοσηλευτή έχει συσχετιστεί με μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μείωση της συχνότητας και βελτίωση της πρόγνωσης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων καθώς και των καρδιαγγειακών και γαστρεντερικών επιπλοκών. Όμως πέρα από την αδιαμφισβήτητη θετική επίδραση της επάρκειας των νοσηλευτών στην ποιότητα και στο κόστος της φροντίδας που σχετίζεται με τον ασθενή, οι επιπτώσεις στους ίδιους τους νοσηλευτές είναι εξίσου σημαντικές. Μελέτη έδειξε ότι κάθε ένας επιπρόσθετος ασθενής ανά νοσηλευτή αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσής (burn out) (κατά 23%) και μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία (κατά 15%).^{24,26}

Δυσaréσκεια από τη νοσηλευτική οργάνωση υπήρχε ασφαλώς και από τους συγγενείς και η συνέπεια αυτού ήταν και η κακή τήρηση των ωρών του επισκεπτηρίου. Σε σχέση με αυτό δήλωσαν ότι το ωράριο επισκεπτηρίου είναι κακό και συγκεκριμένα ότι δεν είναι δυνατόν στις 7 να πρέπει να φεύγουν. Η έλλειψη προσωπικού αποτέλεσε βασική αιτία για να δημιουργηθεί ένα κλίμα ανασφάλειας στους συνοδούς όσον αφορά τη φροντίδα των δικών τους ανθρώπων, με αποτέλεσμα να μένουν στο νοσοκομείο για να τους παρέχουν τη βοήθεια που χρειάζονται.

Από την άλλη πλευρά, υπήρχε η μερίδα των ασθενών που δήλωσε ότι η κατάσταση του επισκεπτηρίου ήταν πολύ κακή για το λόγο ότι επικρατούσε πολύς θόρυβος και ότι θα έπρεπε να υπάρχουν αυστηρότερα μέτρα τήρησης του ησυχαστηρίου. Σε γενικές γραμμές, όμως, η εικόνα των ασθενών κρίθηκε για το συγκεκριμένο θέμα καλή.

Αντίθετα, από την οργάνωση διοικητικών και ιατρικών υπηρεσιών, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα, οι ασθενείς ήταν σχετικά ικανοποιημένοι. Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν ότι πολλοί ασθενείς απαντούσαν θετικά όσον αφορά την ικανοποίησή τους λόγω της άγνοιας ή της μη συμμετοχής τους σε διάλογο με το γιατρό, σε διοικητικές υπηρεσίες και σε άλλες πτυχές, ενώ συνοδοί τους εξέφραζαν έντονη δυσαρέσκεια για τα ίδια ακριβώς πράγματα που ρωτήθηκαν. Εδώ υποθέτουμε ότι αυτός που μπορούσε να εκφράσει μια πιο συνειδητή άποψη, ήταν αυτός που είχε και τον ενεργό ρόλο σε διαδικασίες ανάλογες των περιστάσεων (επικοινωνία με ιατρούς, νοσηλευτές, γραμματείς κτλ), δηλαδή, ο συνοδός. Αυτό σημαίνει ότι σε τέτοιου είδους έρευνες είναι αναγκαίο να συμμετέχουν όχι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι συνοδοί των ασθενών για να εκτιμάται πιο αντικειμενικά ή με μεγαλύτερη ακρίβεια το αποτέλεσμα.

Οφείλουμε να προσθέσουμε ότι ακόμα και οι συνοδοί των ασθενών που δεν ήταν σε θέση να μιλήσουν, δήλωσαν πολύ αρνητική εικόνα για την κατάσταση στο νοσοκομείο. Για την ορθή, όμως, διεξαγωγή της έρευνας τα αποτελέσματα βγήκαν αποκλειστικά από τις απαντήσεις των ασθενών.

Επιπρόσθετα, σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την ικανότητα, την ανταπόκριση και τη φροντίδα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Σε συνάρτηση πάλι με την ηλικία (177 ηλικιωμένοι στους 353 ασθενείς), την άγνοια, το φόβο πολλές φορές της έρευνας, τη δικαιολόγηση του προσωπικού λόγω του λιγοστού αριθμού του και των ιδιαίτερων συνθηκών του νοσοκομείου παρατηρήθηκε οι ασθενείς να σημειώνουν τελικά ότι είναι ικανοποιημένοι.

Όπως φάνηκε και σε πρόσφατη ελληνική μελέτη οι ασθενείς ανέφεραν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες.¹⁰³

Καταγράφονται, λοιπόν, πολύ σημαντικά ποσοστά εμπιστοσύνης στο έργο των γιατρών του νοσοκομείου, ποσοστά που είναι υψηλότερα σε όλες τις αντίστοιχες έρευνες της ελληνικής βιβλιογραφίας. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι υπάρχει αυξημένη τάση για θετικές αξιολογήσεις στο ιατρικό έργο, λόγω της αδυναμίας των ασθενών να το κατανοήσουν πλήρως.⁹⁷

Όσον αφορά τις υπόλοιπες μεταβλητές που μετρήθηκαν, κρίθηκε ότι σε σχέση με το ποσοστό των νοσηλευομένων που χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες του Ε.Κ.Α.Β. μικρό μέρος αυτών ήταν δυσαρεστημένο. Θεωρήθηκε ότι η ανταπόκριση του ήταν άμεση σε σχέση με το χρόνο. Οι κύριες παρατηρήσεις αφορούσαν το μη ειδικευμένο και ελλιπές προσωπικό που απαρτίζει τα μέλη του ασθενοφόρου του Ε.Κ.Α.Β., το οποίο οδηγεί στη μη οργανωμένη παρέμβαση, εις βάρος της υγείας των ασθενών. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να επισημανθεί, ότι τα εν λόγω ασθενοφόρα δε διαθέτουν τον κατάλληλο μηχανισμό ώστε να υποστηρίξουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες για τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να προσφύγουν σε ιδιωτικό Ε.Κ.Α.Β. για τη διακομιδή τους στο νοσοκομείο.

Παρόμοια ποσοστά καταγράφηκαν και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα και τα εξωτερικά ιατρεία. Στο τμήμα των επειγόντων, θεωρήθηκε αναγκαία η καλύτερη αντιμετώπιση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και η σωστότερη κρίση των περιστατικών. Όπως αναφέρθηκε από μία ασθενή, κινδύνεψε άμεσα η ζωή της για το λόγο ότι θεωρήθηκε λιγότερο ή μη επείγον περιστατικό, με αποτέλεσμα την έντονη καθυστέρηση όσον αφορά την εξέτασή της, ενώ στη συνέχεια αποδείχθηκε το άκρως αντίθετο. Η παρατεταμένη καθυστέρηση είναι επίσης ένας σημαντικός λόγος δυσαρέσκειας από ασθενείς και συγγενείς. Παραταύτα, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι δικαιολογούσαν το προσωπικό των επειγόντων, λόγω του μειωμένου αριθμού του και ήταν πιο θετικοί στις κρίσεις τους. Το κύριο πρόβλημα εντοπίστηκε, λοιπόν, στη μεγάλη έλλειψη προσωπικού και στο ότι το τμήμα των επειγόντων περιστατικών είναι κυριολεκτικά στα χέρια των ειδικευόμενων ιατρών αντί του ειδικευμένου προσωπικού, τη στιγμή μάλιστα που η ίδια η φύση του τμήματος είναι κρίσιμες καταστάσεις που χρίζουν άμεσης αντιμετώπισης με απαραίτητο το κριτήριο της σωστής κρίσης. Κανονικά, αυτό που προβλέπεται είναι να υπάρχει ένας ειδικευμένος σε κάθε ειδικότητα και ειδικευόμενοι που θα καλύπτουν τις βάρδιες. Στην πράξη αυτό δεν εφαρμόζεται. Επιπλέον, βάσει του νόμου, το εν λόγω τμήμα θα έπρεπε να λειτουργεί αυτόνομα, με ανεξάρτητο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, και αυτό όμως δεν έχει εφαρμοστεί έως τώρα (προσωπική επικοινωνία με τον προϊστάμενο του αυτοτελούς τμήματος επιστάσις και αυτοψία χώρου).

Στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων, κυριότερη παρατήρηση αποτέλεσε η καθυστέρηση για την εισαγωγή των ασθενών από την ημέρα που πραγματοποιήθηκε η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία και η έλλειψη προσωπικού. Τονίστηκε, επίσης, το γεγονός ότι θα έπρεπε στα εξωτερικά ιατρεία να υπάρχουν περισσότερα μηχανήματα όπως λέιζερ, καρδιογράφοι κτλ ούτως ώστε να αποφεύγονται οι εισαγωγές τέτοιου είδους στην κλινική. Η ικανοποίηση, όμως, βάσει των συνθηκών είναι αυτή που υπερίσχυσε.

Επιπρόσθετα, υπήρχε ένα 10,5 % το οποίο δήλωσε ότι επηρεάστηκε αρνητικά από την εισαγωγή του, είτε αυτή έγινε από τα επείγοντα είτε από τα εξωτερικά ιατρεία. Οι λόγοι είναι κυρίως οι παραπάνω που αναφέρθηκαν. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη νοσηλεία στην κλινική με συνθήκες δύσκολες για τον ασθενή, που επιπροσθέτως της ασθένειας, ένοιωθε άγχος, έλλειψη εμπιστοσύνης κατά τη διεξαγωγή της θεραπείας του, και έντονη επιθυμία για αποχώρηση από το νοσοκομείο.

Τα επείγοντα ιατρεία των νοσοκομείων και οι κλινικές, κατά τις ημέρες εφημερίας (σχεδόν καθημερινά), παρουσιάζουν εικόνα πεδίου μάχης. Άρρωστοι ταλαιπωρημένοι περιμένουν την μεταφορά τους στην κλινική επί ώρες, ελλείπει προσωπικού. Συγγενείς εξαγριωμένοι τα βάζουν με τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό για τις καθυστερήσεις, επικαλούμενοι και τις «συνεχείς προσλήψεις» ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που αναγγέλλει το Υπουργείο. Εφημερεύοντες γιατροί εξουθενωμένοι, καλούνται να επιλύσουν και διοικητικά προβλήματα, ενώ οι νοσηλεύτριες, ανεπαρκέστατες σε αριθμό, τρέχουν από άρρωστο σε άρρωστο «με την ψυχή στο στόμα». Η έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, σε πολλές περιπτώσεις, είναι τέτοια που θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια των αρρώστων και την ψυχοσωματική υγεία γιατρών και νοσηλευτριών-νοσηλευτών, ενώ αυξάνει κατά γεωμετρική πρόοδο τις προαναφερθείσες δυσλειτουργίες.¹⁰⁴

Διαπιστώθηκε ότι πολλοί από τους ασθενείς που δήλωσαν ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό (ίσως και νοσηλευτικό), κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, είχαν προηγουμένως συνεννοηθεί χρηματική απολαβή. Στη συνομιλία μας τονίστηκε από τους ασθενείς και ανοιχτά, ότι ερωτήσεις όπως οι χρηματικές απολαβές από τους γιατρούς,

θα πρέπει να μπαίνουν οπωσδήποτε σε τέτοιου είδους έρευνες. Προστέθηκε, λοιπόν, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που σχετίστηκε με την «ικανοποίηση» των νοσηλευομένων καθώς το «φακελάκι» εξασφάλιζε την προσοχή και τη σωστή συμπεριφορά των ιατρών και δημιουργούσε την αίσθηση της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στους ασθενείς.

Σε πολλά νοσοκομεία έχει παρατηρηθεί το εξής φαινόμενο: Κάποιοι νοσηλευτές με πρόσχημα την προσφορά καλύτερης φροντίδας παίρνουν ως αντάλλαγμα κάποιο χρηματικό ποσό.¹⁰⁵

Σε σχέση με την εικόνα των ασθενών από την καθαριότητα των θαλάμων, των χώρων υγιεινής και του νοσοκομείου γενικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ήταν σε γενικές γραμμές καλή. Και εδώ έπαιξε ρόλο η μεγάλη ηλικία των ασθενών. Χαρακτηριστικά ειπώθηκε από πολλούς «γιατί να κρίνω το νοσοκομείο, εγώ καλύτερα τα κάνω στο σπίτι;» ή «εδώ έχει τόσα άτομα, λογικό είναι, δεν μπορούμε να τα έχουμε όλα». Υπάρχει πάλι η δικαιολόγηση του προσωπικού από τους ασθενείς. Μπορεί η κατάσταση του νοσοκομείου σε σχέση με την καθαριότητα να μην ήταν η ιδανική παρόλ' αυτά κάποιοι δεν μπήκανε στη διαδικασία να κρίνουν τις συνθήκες υγιεινής και επηρεάστηκαν εν μέρει από την εικόνα που δόθηκε στην αρχή. Παραταύτα, δεν ήταν μικρός και ο αριθμός των ασθενών που είχε σχηματίσει γι' αυτούς τους τομείς μέτρια έως πολύ κακή εντύπωση. Πιο συγκεκριμένα, από την καθαριότητα των θαλάμων και του νοσοκομείου γενικότερα, 73/353 (1 στους 5) ασθενείς σχημάτισαν μέτρια έως πολύ κακή εικόνα. Από την καθαριότητα των χώρων υγιεινής, το ποσοστό έφτανε τους 108 στους 351 (1 στους 3) ασθενείς, και για την κατάσταση του θαλάμου τους 71 στους 353 (1 στους 5).

Παράλληλα, υπήρχε και η μερίδα εκείνη των ασθενών που κατέγραψε και άλλα θέματα που αφορούν την κατάσταση του θαλάμου. Αυτά περιλάμβαναν τον εξοπλισμό που διέθεταν οι θάλαμοι και κυρίως την έλλειψη κλιματισμού, ψυκτών, σεντονιών καθώς και την ύπαρξη μη αναπνευστικών στρωμάτων (35 άτομα). Κατά τους καλοκαιρινούς μήνες που διεξάχθηκε η έρευνα, η νοσηλεία των ασθενών κατέστη για τους λόγους αυτούς, πιο δύσκολη. Ιδιαίτερα το θέμα του κλιματισμού δημιουργεί τεράστιο πρόβλημα στους

ασθενείς αλλά και στη λειτουργία του νοσοκομείου γενικότερα. Δεν έχει προβλεφθεί να εγκατασταθεί κλιματισμός για όλο το νοσοκομείο από την αρχή του σχεδίου. Συγκεκριμένα, λίγες είναι οι κλινικές που διαθέτουν κλιματισμό. Το κενό γίνεται προσπάθεια να καλυφθεί με τη χρήση ανεμιστήρων. Πολλές φορές χρειάστηκε να κλείσουν την παροχή σε μηχανήματα προκειμένου να τροφοδοτηθούν άλλα τμήματα.

Επίσης, ένα πολύ σημαντικό θέμα για τους ασθενείς ήταν και ο ελλιπής εξοπλισμός μηχανημάτων πάνω στο οποίο υποστήριξαν την άποψη, ότι το νοσοκομείο δεν επαρκεί στον τομέα αυτό, με αποτέλεσμα να καθιστά πιο δυσχερείς τις συνθήκες νοσηλείας τους.

Σε σχέση με τις ελλείψεις, ασθενείς τόνισαν την αδυναμία του νοσοκομείου στον τομέα της φαρμακευτικής περίθαλψης. Η βασική αιτία είναι το γεγονός ότι υπάρχουν διαστήματα, όπου υπάρχουν χρέη από το νοσοκομείο προς τους προμηθευτές, με άμεση συνέπεια οι τελευταίοι να κάνουν εμπάργκο, και έτσι να στερείται το νοσοκομείο από αναλώσιμα υλικά (προσωπική επικοινωνία με τον προϊστάμενο του αυτοτελούς τμήματος επιστασίας).

Στη συνέχεια, ένα πολύ σημαντικό θέμα που βγήκε στην επιφάνεια όσον αφορά τις παροχές του νοσοκομείου προς τους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι ότι το σχέδιο των ξενοδοχειακών της εγκαταστάσεων δεν καλύπτει τις ανάγκες των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι χώροι υγιεινής των κλινικών είναι διαμορφωμένοι έτσι ώστε να μην επιτρέπουν την πρόσβαση με το αναπηρικό καροτσάκι (δε χωράει από την πόρτα). Το γεγονός αυτό αναγκάζει τα άτομα αυτά να μπαίνουν σε μια απίστευτη ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Χώροι υγιεινής που να εξυπηρετούν την εν λόγω ομάδα υπάρχουν μόνο στα επείγοντα, τα εξωτερικά ιατρεία και το αμφιθέατρο, που είναι 6 στο σύνολο, αυτοί οι χώροι όμως όπως είναι λογικό δεν είναι δυνατόν να αφορούν τους ασθενείς που νοσηλεύονται καθώς η κατάσταση της υγείας των ασθενών, είναι πιθανόν να μην επιτρέπει τόσο χρονοβόρες διαδικασίες αλλά και δεν υπάρχει σε αυτά μέριμνα για μπάνιο με άτομα με ειδικές ανάγκες (προσωπική επικοινωνία με τον προϊστάμενο του αυτοτελούς τμήματος επιστασίας και αυτοψία χώρου).

Μερικοί ασθενείς είχαν παράπονα για τη σίτιση η οποία υπόκειται στο μαγειρείο του νοσοκομείου. Για κάθε ένα τομέα που περιλαμβάνει τα μέλη του μαγειρείου (μάγειρες, βοηθοί μαγείρων, τραπεζοκόμοι, λαντζιέρηδες) υπάρχει και ένας υπεύθυνος. Αυτοί στο σύνολό τους ελέγχουν και την κάθε βάρδια. Παρόλ' αυτά έχει παρατηρηθεί διαφορά στην ικανοποίηση από κλινική σε κλινική. Έντονη δυσαρέσκεια υπήρξε στην ουρολογική κλινική. Ασθενής αγανακτισμένος δήλωσε ότι ενώ είχε πρόγραμμα ελεύθερης διατροφής του παρεχόταν για μία εβδομάδα κατ' εξακολούθηση το ίδιο γεύμα με αποτέλεσμα να αναγκάζεται να μην τρέφεται πλέον με το φαγητό του νοσοκομείου.

Παράλληλα με αυτό, σημειώθηκε και η ακρίβεια που υπήρχε στα κυλικεία, καθώς επίσης και στις ενοικιάσεις των τηλεοράσεων που γίνονται στα δωμάτια των νοσηλευομένων. Αυτά ανήκουν σε ιδιώτες εκτός από το κυλικείο του σωματείου των εργαζομένων. Όσον αφορά τις τηλεοράσεις, πρέπει να σημειωθεί ότι το νοσοκομείο έχει εγκατεστημένες τηλεοράσεις στα δωμάτια των ασθενών αλλά αυτές αρκούν για να καλύψουν μόνο το μισό νοσοκομείο. Έτσι, οι υπόλοιποι ασθενείς που δεν έχουν στο δωμάτιό τους τηλεόραση, αναγκάζονται να διαθέσουν χρήματα για την ενοικιάσή της, από τη στιγμή που είναι και η μόνη ψυχαγωγία που τους προσφέρεται.

Ένα πολύ σημαντικό θέμα που εκδηλώθηκε, ήταν η δυσαρέσκεια των ασθενών για το σχέδιο λειτουργίας του νοσοκομείου σε σύγκριση με χώρες του εξωτερικού. Ασθενείς που έζησαν τις δομές μιας πιο οργανωμένης χώρας επιθυμούν να γίνουν τα πράγματα έτσι και στα νοσοκομεία της Ελλάδας (χώροι ψυχαγωγίας, περισσότερες εργασίες από το νοσηλευτικό προσωπικό, καλύτερη καθαριότητα, περισσότερη ενημέρωση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, καλύτερη ξενοδοχειακή υποδομή, καλύτερη οργάνωση στο φαγητό, καλύτερη οργάνωση ησυχαστηρίου, καλύτερη συμπεριφορά, περισσότερες γνώσεις και υπευθυνότητα). Σχετικά με τους χώρους ψυχαγωγίας, υποστήριξαν ότι για την καλύτερη νοσηλεία τους θα έπρεπε να υπάρχουν διάφοροι εποικοδομητικοί χώροι για δραστηριότητες όπως βιβλιοθήκη, αμφιθεατρικός χώρος που να μπορεί να υποστηρίξει θεατρικά δρώμενα κτλ.

Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι οι οποίοι παρέμειναν λιγότερες μέρες στο νοσοκομείο, ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι όσον αφορά την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων, των χώρων υγιεινής και του νοσοκομείου γενικότερα, σε αντίθεση με τους ασθενείς όπου η διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερη.

Φαίνεται ότι οι ασθενείς που μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο έχουν περιορισμένες απαιτήσεις για «ευγένεια» και «ευκολίες πρόσβασης».¹⁰¹

Παρατηρήθηκε, επίσης, ότι το ποσοστό των νοσηλευομένων που παρουσίασε μηδαμινή ή μερική βελτίωση στην υγεία του, ήταν περισσότερο δυσαρεστημένο σε όλους τους τομείς που αναλύθηκαν, σε σχέση με το ποσοστό που παρουσίασε μεγάλη βελτίωση.

Γενικά, φάνηκε από τα αποτελέσματα, ότι 3 στους 4 ασθενείς ήταν πλήρως ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους. Επαγωγικά, όμως, πολλοί παράγοντες, όπως είδαμε και παραπάνω, επηρέασαν τις απαντήσεις των ασθενών, δικαιολόγησαν καταστάσεις και διαμόρφωσαν συμπεριφορές.

Συνήθως, ο ασθενής που βρίσκεται στις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου, έχει την αίσθηση ότι εξαρτάται ακόμα από το προσωπικό του νοσοκομείου και κυρίως από το ιατρικό προσωπικό, πράγμα που τον οδηγεί σε ψευδώς θετικές κρίσεις για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.⁹⁷

Επαγωγικά, φάνηκε ότι η τόσο η έλλειψη προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού) όσο και η ελλιπής ξενοδοχειακή υποδομή αποτέλεσαν μείζονες συνιστώσες στις παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ως εκ τούτου απαιτούν παρεμβάσεις στην κατεύθυνση της βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών. Το πρόβλημα δεν είναι εύκολο να λυθεί υπό χρηματοδότηση.

Τα έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων και μέρος των εξόδων των ιδιωτικών κλινικών καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, ενώ τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας. Η

κοινωνική ασφάλιση που χρηματοδοτείται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και ανήκει στη δικαιοδοσία του υπουργείου απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας καλύπτει το 35% του συνόλου των δημοσίων δαπανών για την υγεία.^{25,27}

Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι κύριες παρεμβάσεις είναι η καλύτερη οργάνωση και η πρόσληψη προσωπικού. Η έλλειψη προσωπικού, η ανταμοιβή κ.λπ. όπως είναι κατανοητό, πολλαπλασιάζει τα προβλήματα. Η παρούσα κατάσταση, όμως, ήταν πιο δύσκολη για το νοσοκομείο για το λόγο ότι ήταν δύο νοσοκομεία σε ένα και οι οργανωτικές και διοικητικές υπηρεσίες διπλασιάστηκαν.

7.3. Προτάσεις

- Ø Πρόσληψη προσωπικού, κυρίως νοσηλευτικού.
- Ø Αυτόνομο Τμήμα Επειγόντων στο νοσοκομείο με ανεξάρτητο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Ø Οργανωτικός επαναπροσδιορισμός σε κάθε τομέα.
- Ø Συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών.
- Ø Συμμετοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε επιμορφωτικά σεμινάρια ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Ø Συστηματική και σαφής ενημέρωση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους.
- Ø Κρίση των υπηρεσιακών θέσεων όλων των ειδικευμένων ιατρών ανά περίοδο.
- Ø Παροχή περισσότερων νοσηλευτικών διεργασιών προς τους ασθενείς.
- Ø Καλύτερη συμπεριφορά, κυρίως ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- Ø Καλύτερη υγιεινή στους χώρους του νοσοκομείου.
- Ø Βελτίωση των υποδομών του νοσοκομείου.
- Ø Ανακατάταξη- διευθέτηση των χώρων του νοσοκομείου.
- Ø Δημιουργία κατάλληλων χώρων που να εξυπηρετούν τα Α.Μ.Ε.Α. στις κλινικές.
- Ø Εποικοδομητικοί χώροι ψυχαγωγίας για τους ασθενείς.
- Ø Στρατηγική που να καθιστά το διεπιστημονικό προσωπικό του νοσοκομείου σε ομάδες συνεργασίας.
- Ø Επαρκής χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Παρακαλούμε αφιερώστε λίγα λεπτά από το χρόνο σας και απαντήστε στο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι ανώνυμο. **Δεν χρειάζεται να γράψετε πουθενά το όνομά σας. Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.**

Η δική σας άποψη είναι για μας πολύτιμη. Μας βοηθά να αξιολογήσουμε την εξυπηρέτηση των νοσηλευομένων ασθενών και την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό να προτείνουμε μέτρα για περαιτέρω βελτίωση της νοσηλείας των ασθενών.

Σε περίπτωση που δυσκολευτείτε μπορείτε να απευθυνθείτε σε εμάς ώστε να σας παράσχουμε την ανάλογη βοήθεια.

Με τις καλύτερες ευχές μας για γρήγορη ανάρρωση
Σας ευχαριστούμε πολύ

Η παρούσα μελέτη έλαβε την έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (αρ. πρωτοκ. 30558/21-12-07)

1. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.

Συμπληρώστε με ένα Χ το τετραγωνάκι που ταιριάζει στα στοιχεία σας

Έτος Γέννησης :

Φύλο : **Άνδρας** **Γυναίκα**

Οικογ. Κατάσταση : **Παντρεμένη /ος**
Ανύπαντρη /ος
Χήρα /ος
Διαζευγμένη-ος/Χωρισμένη-ος

Υπηκοότητα : **Ελληνική** **Όχι Ελληνική**

Επάγγελμα :

Ποια η κύρια ασφάλιση σας : (π.χ. ΙΚΑ, ΟΓΑ)

Έχετε Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας ; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Γραμματικές γνώσεις : **ΔΗΜΟΤΙΚΟ**
ΓΥΜΝΑΣΙΟ
ΛΥΚΕΙΟ
ΑΕΙ/ΤΕΙ

Πόλη-Περιοχή που διαμένετε :

Νομός :

Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας: **Κανένα**
Ένα **Δύο** **Περισσότερα**

2.ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

2.1.α. Το τμήμα που νοσηλεύεστε σήμερα είναι το ίδιο με το τμήμα που εισαχθήκατε;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

2.1.β. Πόσες **ημέρες** νοσηλεύεστε σε αυτό το τμήμα;.....

2.2. Πόσες ημέρες νοσηλεύεστε στο Νοσοκομείο συνολικά:.....

2.3.α. Έχετε νοσηλευτεί ξανά στο Νοσοκομείο του Ρίου: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

2.3.β. Αν ναι, πόσες φορές : **Μία** **Δύο** **Τρεις** **Περισσότερες**

2.4. Θα συστήνατε σε κάποιο προσφιλές σας πρόσωπο τη νοσηλεία στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο αν το είχε ανάγκη : **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** **Δεν ξέρω, δεν απαντώ**

Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της απάντησης που εκφράζει την προσωπική σας γνώμη/ εκτίμηση.

3. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

3.1. Η εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο ήταν :

Επείγουσα	1
Προγραμματισμένη	2

Σε περίπτωση που ήταν προγραμματισμένη, πόσο καιρό (ημέρες ή μήνες) περιμένατε για την εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο;

3.2.α. Για την προσέλευσή σας, χρησιμοποιήσατε την υπηρεσία του ΕΚΑΒ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

β. Αν **ΝΑΙ**, πόσο ικανοποιημένος είστε από την ανταπόκριση του:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

3.3. Σε περίπτωση που η εισαγωγή σας ήταν επείγουσα, από τις ιατρικές υπηρεσίες στα επείγοντα, είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

3.4. Σε περίπτωση που η εισαγωγή σας ήταν προγραμματισμένη, από τις υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία, είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

3.5. Η εικόνα που διαμορφώσατε όσον αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της εισαγωγής σας επηρέασε την εμπιστοσύνη σας αρνητικά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΕΡΓΟ

4.1 Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (δηλαδή διάγνωση- θεραπεία) είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσαρεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

4.2 Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς σας από το ιατρικό προσωπικό είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσαρεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

4.3 Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το άτομό σας είστε :

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσαρεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

4.4 Υπήρξε συμβουλευτική γενικότερα σε θέματα υγείας και πρόληψης από το γιατρό σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4.5 Γνωρίζετε αν μπορείτε να επιλέξετε γιατρό στο νοσοκομείο;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

5.ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

5.1 Από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

5.2 Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς σας από το νοσηλευτικό προσωπικό είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

5.3 Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το άτομό σας είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

5.4 Αν χρειάστηκε, όσον αφορά την ενημέρωση/εκπαίδευση της οικογένειας, στην υποβοήθηση της νοσηλείας (επίδειξη ρύθμισης του οξυγόνου, του μπάνιου, σαφής και απλή επικοινωνία κλπ.) είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

5.5 α. Χρησιμοποίησατε αποκλειστική νοσοκόμα;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

5.5 β. Αν ΝΑΙ, από τις υπηρεσίες της αποκλειστικής είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

6.ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

6.1 Από την οργάνωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας(προγραμματισμός εργασιών, άμεση εφαρμογή καθηκόντων, εφημερίες, αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού) είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

6.2 Από την οργάνωση της Ιατρικής Υπηρεσίας (ιατρικές επισκέψεις και παρουσία των ιατρών, συνεργασία και υποστήριξη άλλων τμημάτων) είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

6.3 Από την κατάσταση του θαλάμου (επισκεπτήριο - θόρυβος κλπ.): είστε:

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

6.4 Σε περίπτωση που ήρθατε σε επαφή με τις Διοικητικές Υπηρεσίες(γραφείο κινήσεως, γραμματείες κλπ.) πόσο ικανοποιημένος είστε από αυτές;

Πολύ ικανοποιημένος	1
Ικανοποιημένος	2
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	3
Δυσανεστημένος	4
Πολύ δυσαρεστημένος	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

7. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

7.1 Η καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του Νοσοκομείου γενικότερα, είναι:

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Ούτε καλή ούτε κακή	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

7.2 Οι χώροι υγιεινής(λουτρά, τουαλέτες), κατά τη γνώμη σας, είναι:

Πολύ καλοί	1
Καλοί	2
Ούτε καλοί ούτε κακοί	3
Κακοί	4
Πολύ κακοί	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

7.3 Πιστεύετε ότι, η συμπεριφορά του προσωπικού που παρέχει υπηρεσίες διατροφής, είναι:

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Ούτε καλή ούτε κακή	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

7.4 Η δυνατότητα επικοινωνίας των ασθενών με φίλους, συγγενείς κ.λπ. στους χώρους του Νοσοκομείου, κατά την άποψή σας είναι:

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Ούτε καλή ούτε κακή	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6

7.5 Συνοπτικά, πιστεύετε ότι πληρούνται οι ανάγκες των ασθενών στο Νοσοκομείο;

Πιστεύω, ναι	1
Πιστεύω, όχι	2
Ούτε το ένα ούτε το άλλο.	3
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4

8. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ.

Σημειώστε με (X) ένα βαθμό στην υγεία σας, όπου το 0 αντιστοιχεί στο χειρότερο (κοντά στο θάνατο) και το 10 στην άριστη υγεία. Βαθμολογήστε πρώτα την κατάσταση της υγείας σας κατά την **είσοδο** σας στο Νοσοκομείο και **σήμερα**.

(α) Κατά την είσοδο

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(β) Σήμερα

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Χρησιμοποιήστε την σελίδα αυτή αν επιθυμείτε και σημειώστε ό,τι πρόταση παρατήρηση ή σχόλιο νομίζετε ότι θα βοηθήσει στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παγκόσμια Νεοελληνική Εγκυκλοπαίδεια Πρώτη, τόμος 19^{ος} , Σελ 420-421, εκδοτική 1^η, Β.Φλούδος, 1980.
2. <http://el.wikipedia.org/wiki/Υγεία>
3. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/moraldilemmas/relationshipdoctorpatient/whatisillness/>
4. S.P. Davies, et al. "A comparison of mercury and digital clinical thermometers". Journal of advanced Nursing, vol. 11, No 5, Sept. 1986, p. 535.
5. www.bestrong.org.gr/el/healthyliving/healthandwellness/generalabouthealth
6. www.akarnania.net/dmy/EAP-3.PPT –
7. <http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=3765>
8. http://www.iatrikionline.gr/IB_111/6.pdf
9. "Φάρμακο". Εγκυκλοπαίδειας Britannica. 2009. Εγκυκλοπαίδειας Britannica Online. 17 Μαΐου 2009 από <<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/372431/medicine>>.
10. Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Άλμα-Άτα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου 1978, από το <http://www2.rizospastis.gr/story.do?id=529245&publDate=>
11. Α. Μπένος, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. Ιατρικά Θέματα, Δεκέμβριος 1999:16:12:15.
12. <http://www2.rizospastis.gr/story.do?id=529245&publDate=>
13. www.dytikiellada.gr/documents/sp_TEXNIKO%20ΔΕΛΤΙΟ%20ΜΕΤΡΟΥ%204-1.doc
14. Murphy J, Coster G. Issues in patient compliance. Drugs 1997;54:799-800
15. O'Brian MK, Perrie K, Racburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. Med Care Rev 1992;49:435-54.
16. <http://195.130.95.12/eclass/DYGPR160/document/%C8%-D3.pdf>
17. http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL_SUNERGASIA_STH_FR.YG..htm
18. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 12, τεύχ.4, 2000.
19. http://www.iatrikionline.gr/IB_102/EPISTHM_8ESEIS.pdf

- 20.ΤΑΣΟΣ ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Διάλεξη στο μάθημα «Επιστήμονας Πολίτης», 2006 - 2007 από <http://ph10.edu.physics.uoc.gr/ep2006/files/Health Greece.pdf>
- 21.www.archive.gr/modules.php?name=News&file=print&sid=103 - 20k –
- 22.<http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pansyn/Praktika/%CE% -82.htm>
- 23.Alexopoulos EC. Occupational health services in Greek hospitals. Medical Science Monitor 2006;12(10):LE20-1.
- 24.Tountas Y, Demakakos PT, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L, Pavi E. The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. Health Qual Life Outcomes 2003;1(1):61.
- 25.Pappa E, Niakas D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. BMC Health Services Research 2006;6:146.
- 26.Robert J, Fridkin SK, Blumberg HM, et al. The Influence of the Composition of the Nursing Staff on Primary Bloodstream Infection Rates in a Surgical Intensive Care Unit. Infection Control and Hospital Epidemiology 2000;21:12–17.
27. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA 2002;288:1987-1993.
- 28.http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakas_spoudes/ergasiesMsc/2004_05/KRHTIKOS_A NDREAS/krhtikos_andreas.pdf
- 29.BICKING C. Process control by statistical methods. In: The Quality Control Handbook. McGraw-Hill, New York, 1979
- 30.DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to *its assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor, 1980
- 31.NELSON AR. Measuring performance and improving quality. Sterling, London, 1996
- 32.WHO. Continuous quality development: A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993
- 33.NΙΑΚΑΣ Δ. Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1993, 2:3–12

34. ΑΥΛΩΝΑΣ Ν. Η σωστή διαχείριση των παραπόνων και η ανάπτυξη δεικτών ποιότητας, στις υπηρεσίες υγείας, ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή και βελτίωση της ποιότητας. Εισήγηση στο συνέδριο Quality Forum, Αθήνα, 1999.
35. WILSON L, GOLDSCHMIDT P. Quality management in health care. McGraw-Hill, New York, 1995.
36. www.ygeia-pronoia.gr/uploads/drases_dhmosiothtas_ep/EPIXEIR_PROGRAMMA_105.pdf, 42, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2006
37. Δημοσθένης Αγραφιώτης, Υγεία Αρρώστια Κοινωνία, σελ 335, Εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα, 2003
38. Ζηλεμένου Ε., Το έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο νοσοκομείο, Επιστημονικό περιοδικό: Επιθ.Υγείας, Αθήνα, 2006
39. http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.asp
40. <http://www.hospspa.gr/base/pages.php?id=2080&ln=el>
41. http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolas.asp
42. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/psychological/specialists/socialworker/>
43. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction, what we know about and what we still need to explore. Med Care Rev 1993;50:49-79.
44. Bradley C, Lewis KS. Measures of psychological well-being and treatment satisfaction developed from the responses of people with tabler-treated diabetes. Diaber Med 1990;7:445-51.
45. Kaplan Sam Olsson CA. Patient satisfaction with finasteride in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. Clm Ther 1996;18:73-83
46. Weaver M, Markson PD, Frederick MD, Berger M. Issues in the management of treatment satisfaction. Am J Manag Care 1997;3:579-94.
47. Errer JF, Perneger TV, Rougemount A. Does sponsorship matter in patient satisfaction surveys? A randomized trial. Med Care 1996;34:327-35.
48. Sitza J, Wood N. Response in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. Int J Qual Health Care 1998;10:311-7.

49. Shiklar R, Halpern M, McGann M, Serdhn M. Patient satisfaction with treatment of onns externa: development of an instrument and its relations to clinical outcomes. *Clin Ther* 1999;21:1091-104.
50. Lussier M and Richard C. Complaints and legal actions. Role of doctor-patient communication. *Can Fam Physician* 2005; 51: 37–39
51. Carroll G. The Importance of Enhancing Patient-Physician Communication. <http://www.rci.rutgers.edu/~goeller/bpw/235-255.pdf>
52. Παπαγιάννης Α, Μιλώντας με τον Άρρωστο, Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003, 15-16, 18-19.
53. DALHOUSIE UNIVERSITY, Faculty of Medicine, Communications Skills Programm, Researched Literature Evidence, ESEARCH LITERATURE FINDINGS ONSELECTED RECOMMUNICATION SKILLS IN MEDICIN, February, 2004
54. Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-Patient Communication in Managed Care. *West J. Med* 1995; 163: 527-31.
55. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. *BMJ* 2005; 330: 374-375.
56. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-45.
57. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002; 325: 707–710.
58. Unger J-P, Ghilbert P, Fisher JP. Doctor-patient communication in developing countries. *BMJ* 2003 : 327.
59. Γιαννοπούλου Αθ.Χρ.: Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα, 1993
60. EK. Spalding and LE. otter, Professional Nursing (Philadelphia: JB. Lippincott Co., 1970), pp. 71,72.
61. <http://www.medtime.gr/content/view/63/51/lang.greek/>
62. E. Fromm, Man for Himself, (Greenwich, Conn: Fawcett Publications, Inc, 1968), 234.
63. <http://www.cyna.org>
64. Α. Χ. Ραγιά. Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα 1987, σ.55.
65. J. F. Johnston. Total Patient Care – Foundations and Practice. 3rd ed, Saint Louis, The C. V. Mosby Co., 1972, pp. 13,14.

- 66.A. X. Ραγιά. Η Αδελφή: Το μεγαλείον του έργου της. Εκδ. Αδελφότητα «Ευνίκη», Αθήνα 1972, σ. 147.
- 67.E. M. King, et al. Illustrated Manual of Nursing Techniques. 2nd ed., Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1981, pp.4,6.
- 68.Z. L. Burrell, L. O. Burrell. Critical Care. 3rd ed., The C.V. Mosby Co., Davis Saint Louis 1977, p. 4.
69. ROBINSON J.B. (1975) Psychologische Auswirkungen der intensivpflege, Anaesthetist 24: 416-418
- 70.Nurse's Reference Library – Procedures. έθν. ανωτ., p. 3.
- 71.M. Houghton and M. Whittow. Practical Nursing. 10th ed., 1968, pp. 45, 46.
- 72.A. X. Ραγιά. Βασική Νοσηλευτική. έθν' ανωτ., σσ. 76-78.
- 73.KELLY M. P.: Good and bad patients' A review of the literature and the theoretical critique, Journal of Advanced Nursing, 7 (1982), pp. 147-156.
- 74.CHAPMAN C. M.: The rights and responsibilities of nurses and patients, Journal of Advanced Nursing, 5 (1980), pp. 127-134.
- 74.ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α. Αποστολή και λειτουργία του Νοσοκομείου. Αθήνα, 1980:138
- 75.N. 2716/1999 (ΦΕΚ Τεύχος Α' 96/17-5-1999)
- 76.ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη. Έκδοση Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης, Άμστερνταμ, 1994
- 77.AUBY JM. Le droit de la Sante. France, 1981
- 78.FINCH J. Health Services Law. London, 1981
79. http://www.pepagnh.gr/anakoinoseis/epikoinonia_me_politi.htm
80. http://www.intellectum.org/articles/issues/01_15.htm
- 81.web.auth.gr/dent/web/el/info/kwdikas_iatrikis_deontologias_2005.doc
- 82.www.esne.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=40 - 68k -
- 83.[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/\\$file/%CE%-82.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E2200409A0E/$file/%CE%-82.pdf?OpenElement)
- 84.WHO. Health for all statistical database. Epidemiology, Statistics and Health Information Unit, WHO Regional Office for Europe, 1997

85. Health in Europe. 6th ENHPA Business Meeting, Berlin, 1999:16 (Book of abstracts)
86. WHO. Health in Europe. WHO Regional Publications, European Series, Copenhagen, 1998, 83:11–75
87. <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95>
88. <http://www.karpasha.com/index.php?option=comcontent&task=view&id=47>
89. ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 22(1), 2005, σελ 8
90. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS . Health care systems in transition: Germany. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
91. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ . Τα συστήματα υγείας τον 21ο αιώνα. Ιατρική 2001, 79:215–217
92. WOLPER LF . Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Mediforce, Αθήνα, 2001
93. SALTMAN RB, FIGUERAS J (eds). European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen, 1997
94. Ν. Πολύζος, Δ. Μπαρτσώκας, Γ. Πιερράκος, Ι. Ασημακοπούλου, Ι. Υφαντόπουλος, ΠΓΝ «Αττικόν», Χαϊδάρη, Αθήνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005, 22(3):284-295 από το www.mednet.gr/archives/contents2005-3-gr.html - 12k -
95. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 14, Τεύχος 3, 114-118, 2002 Κ. Σουλιώτης, Α. Δόλγερας, Δ. Κόντος, Χ. Οικονόμου, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα από το <http://www.epeksa.gr/Economou/econ2002.pdf>
96. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, σελ. 23, 24, Παντελής Χαραλάμπους, Κλεισιάρης Χρήστος, Αγά Γεωργία από το http://ejst.teiath.gr/issue_7_2008/charalambous_7.pdf -
97. Β. Αλετράς, Φ. Ζαχαράκη, Δ. Νιάκας, Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών εξωτερικών ιατρείων της οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):89–96.
98. Kangas S. Kee C, Mc – Kee Wadle. R. Organizational factors, Nurses job satisfaction, and Patient Satisfaction with nursing care. System of Health Care 1999, 29: 34-38.
99. Oberst M. T. Patients perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. Cancer 1984, 53: 2366-2373.

100. Παπαδημητρίου. Μ, Λεβέντης. Χ, Φουλίδου. Χ, Φιδάνη. Α, Δημοπούλου. Ε, Μαρνέρας. Χ. Διαπροσωπικές σχέσεις – ικανοποίηση Νοσηλευτών και ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Νοσηλευτική 1998, 3:251-264.

101. Α.Γ. Πάλλης, Ι.Α. Μουζάς, Π.Α. Κωσταγιόλας, Δ. Νιάκας, Εκτίμηση της ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ιδιοπαθείς εντερικές νόσους, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (Συμπλ 1):58-65.

102. ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, νοσηλευτική 41(1):65-80, 2002.

103. Geitona M, Kyriopoulos J, Zavras D, Theodoratou T and Alexopoulos EC. Medication use and patient satisfaction: a population-based survey. Family Practice 2008; 25: 362-369.

104. www.anevlavis.gr/Κεντρική/ΕΣΥκαιιογιατροίτουΕΣΥ/tabid/78/language/en-US/Default.aspx - 71k -

105. Bond. S, Thomas. L. H. Measuring patient satisfaction with nursing care. Journal of advanced Nursing 1992, 17:52-63.