

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

“Απόψεις των Νοσηλευόμενων ασθενών και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα Γ.Κ Νοσοκομεία”.



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

Καλλιανέζος Παναγιώτης
Κιούλου Γεωργία
Κούνα Θεώνη

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Δετοράκης Ιωάννης

ΠΑΤΡΑ 2005

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε πραγματικά να ευχαριστήσουμε και να εκφράσουμε το βαθύ μας σεβασμό στον εισηγητή της εργασίας μας Δρ. Δετοράκη Ιωάννη, του οποίου χωρίς την πολύτιμη βοήθεια δεν θα είχε καταστεί δυνατή η διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας.

Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους ίδιους τους ασθενείς που με την συνεργασία τους βοήθησαν στην πραγματοποίηση της έρευνάς μας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

1.1 ορισμός της υγείας.....	10
1.2 Δημόσια αρωγή.....	11
1.3 Ασφάλιση υγείας.....	12
1.4 Εθνική υπηρεσία υγείας.....	13
1.5 Το Ε.Σ.Υ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα.....	13
1.6 Τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ.....	15
1.7 Αδυναμίες και ελλείψεις του Ε.Σ.Υ.....	17
1.8 Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

2.1 Ιστορική εξέλιξη των νοσοκομείων.....	20
2.2 Ορισμός συστήματος.....	25
2.3 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στη Ελλάδα.....	26
2.4 Σκοπός νοσοκομείων.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

3.1 Γενικές αρχές.....	30
3.2 Διαίρεση νοσοκομείων.....	31
3.2.1 Από νοσηλευτική άποψη.....	31
3.2.2 Από διοικητική άποψη.....	32
3.2.3 Από άποψη αριθμού κλινών.....	33
3.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ειδικών νοσοκομείων.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

4.1 Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείων.....	36
4.2 Όροι κατάλληλοι για την ανέγερση νοσοκομείου.....	38
4.3 Ορθολογιστικός χωροταξικός σχεδιασμός.....	39
4.4 Η συμβολή στον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων...	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

5.1 Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα.....	41
5.2 Κτιριακή υποδομή-εγκαταστάσεις.....	41
5.3 Σύγχρονη τεχνολογία, πρόκληση και πρόβλημα.....	42
5.4 Το ανθρώπινο δυναμικό.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

6.1 Η επιστήμη της νοσηλευτικής.....	45
6.2 Ανάπτυξη της νοσηλευτικής κατά τη μυθική εποχή.....	47
6.3 Νοσηλευτική στην πρωτόγονη εποχή.....	48
6.3.1 Οι γράιες.....	48
6.4 Η νοσηλευτική στην προχριστιανική εποχή.....	48
6.4.1 Οι λαοί της Μεσοποταμίας.....	48
6.5 Η νοσηλευτική στην ελληνική εποχή.....	49
6.5.1 Ο Ασκληπιός και τα Ασκληπιεία.....	49
6.6 Η νοσηλευτική στη χριστιανική εποχή.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

7.1 Θεμελιώδεις αξίες νοσηλευτικής.....	51
7.2 Η νοσηλευτική τέχνη και πράξη.....	52
7.3 Το πνεύμα της νοσηλευτικής.....	53
7.4 Η επιστημονική διάσταση της νοσηλευτικής.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

8.1 Βασικές έννοιες νοσηλευτικής.....	56
8.2 Νοσηλευτική διεργασία.....	59
8.2.1 Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.....	60
8.2.2 Αντικειμενικός σκοπός.....	60
8.2.3 Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.....	60
8.2.4 Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας.....	61
8.2.5 Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

9.1 Η νοσηλευτική σαν επάγγελμα.....	62
9.2 Τα ηθικά προσόντα των νοσηλευτών.....	63
9.3 Επικοινωνία νοσ/τή και αρρώστου.....	64
9.4 Καθήκοντα νοσ/τή.....	65
9.5 Καθήκοντα του νοσ/τή προς τους ασθενείς.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10:

10.1 Προβλήματα και αντιδράσεις του αρρώστου.....	68
10.2 Εισαγωγή του αρρώστου.....	69
10.3 Τα δικαιώματα του αρρώστου.....	70

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1.Εισαγωγή (υλικό και μέθοδος).....	72
2.Αποτελέσματα.....	73
3.Συνδυαστικές.....	113
4.Συζήτηση.....	139
5.Προτάσεις.....	144
6.Ερωτηματολόγιο.....	146
Επίλογος.....	150
Βιβλιογραφία.....	151

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τον Ιούνιο του 2000 το Υπουργείο Υγείας πρότεινε ένα σχέδιο μεταρρύθμισης του Ε.Σ.Υ. Το σχέδιο ξεκινά περιγράφοντας το σκοπό της μεταρρύθμισης: «τη μετεξέλιξη του Ε.Σ.Υ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης».

Απ' την διατύπωση αυτή βλέπουμε μια μετακίνηση της πολιτικής του υπουργείου προς την κατεύθυνση της παροχής υπηρεσιών υγείας που να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ασθενών. Κυρίαρχη τάση των προτεινόμενων αλλαγών είναι ο επανακαθορισμός των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από ασθενείς σε πελάτες.

Ο κλάδος της φροντίδας υγείας, γενικά, υστερεί από τους άλλους οικονομικούς κλάδους στην προσέγγιση για την ικανοποίηση του πελάτη. Μερικοί γιατροί και διαχειριστές συνεχίζουν ν' αρνούνται τη χρήση των μετρήσεων ικανοποίησης, κυρίως εξαιτίας της αμφιβολίας κατά πόσο οι ασθενείς μπορούν να μετρήσουν την ποιότητα, ή την αμφιβολία αν αυτές οι μετρήσεις μπορούν να παράγουν πληροφορίες με κάποια χρησιμότητα.

Η αποτελεσματικότητα άλλωστε των υπηρεσιών υγείας, μετράται τόσο με τα οικονομικά όσο και με τα κλινικά κριτήρια και έτσι το να συμπεριλαμβάνονται οι απόψεις των ασθενών στη διαβάθμιση των υπηρεσιών αυτών έχει αποκτήσει μεγάλη σημασία τα τελευταία χρόνια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορικά η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο του ιατρικού έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών, είχε εμφανιστεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών της διοίκησης.

Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του ιατρικού επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων προς τον ασθενή υπηρεσιών.

Μια πρώτη προσέγγιση της αποτίμησης του ιατρικού έργου των παρεχομένων υπηρεσιών, ήταν η προσπάθεια της θεμελιώτριας της νοσηλευτικής, νοσηλεύτριας F. Nightingale.

Η F. Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών στις τρεις παρακάτω περιπτώσεις:

- Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς τους στο νοσοκομείο.
- Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο.
- Κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και μετά από χειρουργική επέμβαση.

Με βάση αυτά τα δεδομένα, επιχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Πολλοί επιστήμονες του χώρου της υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, ασχολήθηκαν και συνέβαλαν αποφασιστικά στον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας.

Κι εμείς με την έρευνά μας επιδιώκουμε να διερευνήσουμε τις απόψεις των ασθενών για τη συμπεριφορά του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού, και συγχρόνως να εκτιμήσουμε και να αξιολογήσουμε τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα Γενικά Κρατικά Νοσοκομεία.

Στην προσπάθειά μας αυτή το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων που έγινε η έρευνά μας, μας παρείχε κάθε δυνατή βοήθεια για την ολοκλήρωσή της.

Με τους ασθενείς βέβαια αντιμετωπίσαμε κάποια επιφυλακτικότητα και σε ορισμένες περιπτώσεις, άρνηση προκειμένου να συμμετάσχουν στην

έρευνά μας, αν και σο σύνολό τους μας αντιμετώπισαν με καλή διάθεση. Από την δική μας πλευρά, έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια για την μικρότερη ταλαιπωρία τους.

Η έρευνα έλαβε μέρος στα εξής νοσοκομεία:

Νομός Αχαΐας: Γ.Κ.Ν «Άγιος Ανδρέας», Π.Γ.Ν Πατρών «Ρίου»

Γ.Κ.Ν Αιγίου

Νομός Αττικής: Ν. Ερυθρός Σταυρός.

Σαν όργανο μέτρησης χρησιμοποιήσαμε γραπτό ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που περιείχε ορισμένο αριθμό ερωτήσεων, σε επίπεδο ιατρονοσηλευτικής, εργαστηριακών εξετάσεων και μικρό αριθμό γενικών ερωτήσεων.

Χωρίσαμε την εργασία μας σε δύο μέρη, γενικό και ειδικό. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες που αφορούν την υγεία, το Ε.Σ.Υ. τα νοσοκομεία και τον άρρωστο.

Αρχικά αναφερόμαστε στην έννοια της υγείας- τι αυτή σημαίνει και ποιοι είναι οι κρατικοί μηχανισμοί και οι κρατικές δομές, μέσω των οποίων αυτή υλοποιείται.

Στη συνέχεια κάνουμε μια ιστορική αναδρομή στα συστήματα υγείας και στο πώς αυτά λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα, παραθέτοντας παράλληλα στοιχεία σχετικά με την λειτουργική διαίρεση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα επιμέρους προβλήματα και πλεονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων, την διοικητική τους οργάνωση, τον χωροταξικό τους σχεδιασμό και φυσικά την συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού στη λειτουργία τους.

Ακολουθεί η αναφορά στην επιστήμη της νοσηλευτικής από τη γέννησή της έως και σήμερα, με τα δικαιώματα και τα καθήκοντα των λειτουργών της, και τελειώνουμε το γενικό μέρος, με την παράθεση των δικαιωμάτων και της στάσης των ασθενών.

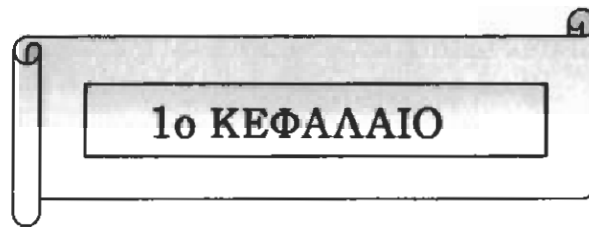
Στο ειδικό μέρος καταγράφονται το υλικό και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, τα αποτελέσματα και τα στοιχεία, η ανάλυση των στοιχείων (συζήτηση) που προέκυψαν από την έρευνά μας που έγινε στα κρατικά νοσοκομεία Πάτρας Αιγίου και Ερυθρός Σταυρός Αθηνών.

Τελειώνοντας της εργασία μας, παραθέτουμε τις προτάσεις μας για την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων, ελπίζοντας ότι θα υπάρχει μια

ελάχιστη ευαισθητοποίηση από τους αρμόδιους φορείς και μια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Να μην ξεχνάμε ότι «πελάτες» του νοσοκομείου, δεν είναι μόνο οι τωρινοί ασθενείς, αλλά θα είναι και οι τωρινοί υγιείς, καθώς και οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία.

Μέρος πρώτο



1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Ορισμός της υγείας

Η υγεία, φυσικό και κοινωνικό αγαθό ανυπέρβλητης σημασίας για κάθε άνθρωπο, επειδή έχει πολλές φορές άμεση σύνδεση με την ίδια την ύπαρξη και επιβίωση του ανθρώπου, με τη ζωή, έχει ως αποτέλεσμα να κατέχει πρωταρχική θέση στην κλίμακα αξιών-αναγκών του ανθρώπου.²

Η υγεία είναι μια έννοια, η οποία είναι δύσκολο να ορισθεί και για το λόγο αυτό, επιδέχεται διαφορετικές έννοιες. Συνήθως χρησιμοποιούμε έναν χρηστικό ή λειτουργικό ορισμό της υγείας, όπως του Π.Ο.Υ όπου κατ' αυτόν «Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική, και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλά η έλλειψη κάποιας νόσου ή αναπηρίας».³

Ο ορισμός του Π.Ο.Υ που δίνει έμφαση στις θετικές ιδιότητες της υγείας, μπορεί να λειτουργήσει ως ένα ιδεώδες ή ένα σλόγκαν, αλλά όχι ως στόχος ως προς επίτευξη. Χωρίς ικανοποιητικούς λειτουργικούς ορισμούς των διαφόρων όρων, δεν είναι δυνατό να καθορισθεί εάν ή πότε μια κατάσταση υγείας έχει επιτευχθεί απ' το έναν πληθυσμό ή δημιουργούνται προβλήματα στη μέτρηση του επιπέδου υγείας. Εφόσον η υγεία είναι μια πολυδιάστατη κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο σε μια δεδομένη στιγμή, εκτός από τη διχοτόμο επιλογή ζωή-θάνατος, δεν υπάρχει πλήρης αντικειμενική κατάταξη των ατόμων ή των πληθυσμών σε σχέση με την υγεία και η κατάσταση της υγείας πρέπει ν' αναφέρεται, να συσχετίζεται με κάτι.

Ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται την υγεία, άλλαξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου καθώς αυξάνονται οι γνώσεις γύρω από την υγεία και την ασθένεια και καθώς προσπαθούσαν να δώσουν

ερμηνεία στην έννοια της υγείας, ειδικοί από διαφορετικές επιστήμες. Σε όλες τις εποχές και τους πολιτισμούς η υγεία έχει θεωρηθεί από τους περισσότερους ανθρώπους σαν μια από τις σημαντικές πλευρές του να ζει το άτομο μια ολοκληρωμένη ζωή, η υγεία είναι όμως μια σχετική έννοια και το στερεότυπο της υγείας ποικίλλει από άτομο σε άτομο, από χώρα σε χώρα και από εποχή σε εποχή, οι δε ορισμοί της υγείας και της αρρώστιας είναι μέρος αλληλένδετο κομμάτι των κοινωνιών, πολιτισμών και εποχών.

Η λέξη «υγεία» προέρχεται από την αρχαία λέξη «υγίεια» (θεά υγεία) και αυτή από τη λέξη υγιής, αυτός που βρίσκεται σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση, ευεξία. Στην αγγλική γλώσσα, η λέξη "health" προέρχεται από την αρχαία αγγλική λέξη "hoelth" που σημαίνει την κατάσταση του να είναι κάποιος υγιής- γερός- πλήρης.

Επομένως η νόσος δεν είναι το μόνο στοιχείο που πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και δεν είναι η απουσία της ο μόνος στόχος των υπηρεσιών υγείας. Η πρόοδος στον έλεγχο μεταδοτικών και άλλων νοσημάτων τον 20^ο αιώνα, έφερε μεγάλη μακροζωία και τα χρόνια νοσήματα της μέσης και προχωρημένης ηλικίας, έγιναν οι παράμετροι των νοσολογικών προβλημάτων στις ανεπτυγμένες χώρες. Για τον πληθυσμό η νέα κατάσταση υγείας έχει προκαλέσει προσδόκιμο ζωής στην 8^η και 9^η δεκαετία ζωής. Το ερώτημα που προκύπτει είναι: ποια η επίδραση των παρεμβάσεων φροντίδας υγείας και η ακόλουθος παράταση ζωής από την αποφυγή πρόωρου θανάτου, στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Τα άτομα ενδιαφέρονται όχι απλώς να αποφύγουν την αρρώστια, την αναπηρία και τον πρόωρο θάνατο, αλλά κυρίως ποιο θα είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους.²

1.2 Δημόσια αρωγή

Η δημόσια αρωγή είναι το βασικό σύστημα της υγειονομικής περιθάλψεως των λαών των αναπτυσσόμενων χωρών της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής- δηλ. του 50% του πληθυσμού της γης. Χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η δωρεάν παροχή στοιχειωδών υπηρεσιών για οξέα νοσήματα, σε υποτυπώδη νοσηλευτικά κέντρα με περιορισμένο τεχνολογικό εξοπλισμό, από ολιγάριθμους γιατρούς και ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό. Το σύστημα αυτό αποτελεί το πρώτο

διστακτικό βήμα προς την κατεύθυνση της συλλογικής υγειονομικής καλύψεως του πληθυσμού και έχει σημαντικές ατέλειες- οργανωτικές και λειτουργικές, ποσοτικές και ποιοτικές.⁴



1.3 Ασφάλιση υγείας

Η «ασφάλιση υγείας» είναι το τυπικό σύστημα υγειονομικής περιθάλψεως των ανεπτυγμένων χωρών της Δυτικής Ευρώπης, Βορείου Αμερικής, Αυστραλίας και Ιαπωνίας- δηλ. του 20% του πληθυσμού της γης. Το σύστημα πολλές έχει πολλές ποικιλίες, αλλά βασίζεται κατά κανόνα στη σύμβαση των γιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τους ασφαλιστικούς φορείς, και στην αμοιβή των χορηγών των ιατρικών υπηρεσιών κατά ιατρική πράξη. Η ασφάλιση υγείας μπορεί να είναι προαιρετική ή υποχρεωτική και να βασίζεται σε ασφαλιστικές εισφορές ή στην γενική φορολογία. Εξάλλου οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να είναι λίγοι ή πολλοί και να βρίσκονται κάτω από το κρατικό, ημικρατικό ή ιδιωτικό έλεγχο. Κατά κανόνα η σοσιαλιστική οικονομικο-κοινωνική απόκλιση συνδυάζεται με υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη, χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία κρατικό έλεγχο των ασφαλιστικών φορέων και σημαντική μείωση του αριθμού τους. Μειονεκτήματα του ασφαλιστικού συστήματος είναι η δυσχέρεια συγκρατήσεως των ιατρικών δαπανών, η αδυναμία ορθολογικού προγραμματισμού, η δυσχέρεια ουσιαστικής περιφερειοποίησης της υγείας και τέλος, η οικονομική και διαχειριστική σύνδεση των υγειονομικών προβλημάτων με τα συνταξιοδοτικά και άλλα ασφαλιστικά θέματα.⁴

1.4 Εθνική υπηρεσία υγείας

Η εθνική υπηρεσία της υγείας είναι ο τυπικό σύστημα υγειονομικής περιθάλψεως των σοσιαλιστικών χωρών της Ευρώπης και της Ασίας με πρότυπο τη Σοβιετική Ένωση και κάλυψη του 305 του πληθυσμού της γης. Χαρακτηριστικό του συστήματος είναι ότι οι γιατροί είναι έμμισθοι υπάλληλοι του κράτους με περιορισμό του δικαιώματος της ελεύθερης ασκήσεως του επαγγέλματος. Οι γιατροί διορίζονται και κατανέμονται χωροταξικά με βάση τις κρατικές ανάγκες και την κρατική λογική, και εργάζονται σε κρατικά νοσοκομεία και υγειονομικά κέντρα. Χαρακτηριστικά στοιχεία του συστήματος, είναι η έμφαση στην πρόληψη και την πρωτογενή (εξωνοσοκομειακή) φροντίδα, η δημιουργία «πυρηνικών» υγειονομικών μονάδων και η μεγιστοποίηση της αποδόσεως διατιθεμένων μέσων όταν υπάρχει ορθολογικός κεντρικός προγραμματισμός. Μειονέκτημα του συστήματος είναι ότι δεν υπάρχει ελευθερία εκλογής γιατρού και νοσηλευτικού ιδρύματος από την πλευρά του ασθενή, ούτε ελευθερία τόπου εγκαταστάσεως, συνταγογραφίας, ή άλλων παραεπιστημονικών επιλογών από την πλευρά του γιατρού. ⁴

1.5 Το Ε.Σ.Υ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα

Ο πιο άμεσα ορατός κίνδυνος που συνδέεται με την ασθένεια είναι το ίδιο το πρόβλημα υγείας, που στις σωματικές και ψυχολογικές του εκφράσεις, κυμαίνεται από ένα απλό σύστημα θανάτου. ⁵

Ο ρόλος των υπηρεσιών περίθαλψης στις περιπτώσεις αυτές είναι να αμβλύνει ή και να εξαφανίσει αυτές τις συνέπειες όσο το δυνατό συντομότερα και αποτελεσματικότερα, μέσα από το σύστημα υγείας που αποτελείται από ένα συγκεκριμένο οργανωτικό και οικονομικό πλαίσιο κανόνων και ρυθμίσεων. ⁵

Πέρασαν περισσότερο από 20 χρόνια από τη θεσμοθέτηση και τη λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Κι ενώ στην αρχή, μέχρι το 1989, η κατάσταση εξελισσόταν ικανοποιητικά και όλα έδειχναν ότι το πρόβλημα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των Ελλήνων θα λυνόταν οριστικά, η

συνέχεις δεν επιφύλασσε τις ίδιες ευχάριστες διατυπώσεις. Η σημαντική οπισθοδρόμηση του την περίοδο 1989-1993, το όχι ιδιαίτερα αποτελεσματικό ενδιαφέρον της πολιτείας από το 1994 και ύστερα, οι κακές συνήθειες, που εν τω μεταξύ αποκτήθηκαν από πολλούς κοινωνικούς λειτουργούς, οδήγησαν το Ε.Σ.Υ στη σημερινή λειτουργική του εικόνα, για την οποία κανείς δε δικαιολογείται να αισθάνεται ιδιαίτερα υπερήφανος. Γνωρίζω ότι αμέσως με την επόμενη δήλωση παραβιάζονται ανοιχτές πόρτες, αλλά θεωρώ ότι είναι σκόπιμο να επαναλαμβάνεται, ότι η προσφορά φροντίδας υγείας στους πολίτες ενός κράτους είναι υποχρέωση της πολιτείας.⁶

Σε όλες σχεδόν τις χώρες του δυτικού κόσμου, η φροντίδα για την υγεία των πολιτών τους, παρέχεται από το κράτος και από ιδιωτικούς φορείς. Το επίπεδο της παροχής φροντίδας υγείας στις χώρες αυτές είναι πολύ υψηλό. Στη χώρα μας το επίπεδο δεν είναι ανάλογο. Μέχρι πριν μερικά χρόνια, η κρατική φροντίδα υγείας ήταν υποβαθμισμένη, ενώ αντίθετα ήταν σε «άνθιση», ποσοτικά πάντοτε, η ιδιωτική ιατρική. Παλαιότερα στην Ελλάδα η ιατροφαρμακευτική και η νοσηλευτική περίθαλψη σε μεγάλο βαθμό ήταν «εμπορεύσιμο προϊόν», το οποίο ο ελληνικός λαός υποχρεωνόταν να το «αγοράσει», έναντι παντός τιμήματος. Τα παραπάνω ισχύουν μέχρι τον Οκτώβριο του 1981, όπου η τότε κυβέρνηση γνωρίζοντας το πρόβλημα της ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης των ατόμων, ψήφισε νόμο για την υγεία (1937/83) και έκανε όλες τις ενέργειες που χρειάζονταν για τη δημιουργία Εθνικού Φορέα για την παροχή φροντίδας υγείας στον Ελληνικό λαό, το Ε.Σ.Υ. Το Ε.Σ.Υ απ' την αρχή της λειτουργίας του είχε πολύ καλές προϋποθέσεις; Για την επιτυχία του. Τέτοιες ήταν η μεγάλη και σωστή οργανωτική προσπάθεια που προηγήθηκε της θεσμοθέτησής του, οι συστηματικές οικονομικές παροχές του κράτους και η σχεδόν καθολική αποδοχή του από τον ελληνικό λαό. Στοιχείο επιτυχίας του συστήματος ήταν ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού, τον οποίο τον ήθελε με πλήρη και πραγματικά αποκλειστική απασχόληση, με στόχο τη σωστότερη παροχή φροντίδας υγείας και κυρίως την εξαφάνιση των πελατειακών σχέσεων γιατρού- αρρώστου⁶

Το Ε.Σ.Υ προοδευτικά αναπτύχθηκε και λίγα χρόνια μετά την έναρξη της λειτουργίας του καταξιώθηκε και στη συνείδηση του λαού με την απόδοση του. Ο αγροτικός πληθυσμός και οι οικονομικά ασθενέστεροι,

συνειδητοποιήσαν γρήγορα το μέγεθος της κοινωνικής αλλαγής και των οικονομικών ελαφρύνσεων που θα είχαν με το νέο σύστημα. Όμως παρά την ομολογουμένως αρκετά πετυχημένη πορεία του Ε.Σ.Υ στα πρώτα 4-5 χρόνια της λειτουργίας του, από το φθινόπωρο του 1989 άρχισε η αντίστροφη μέτρηση του χρόνου για την κατάργησή του. Η αλλαγή κυβέρνησης και φυσικά η αλλαγή πολιτικής για την υγεία, οι συστηματικές πράξεις και παραλήψεις ορισμένων υπευθύνων την εποχή εκείνη, το οδήγησαν σε υποβάθμιση, η οποία έγινε εντυπωσιακά αισθητή την περίοδο 1992-1993. Την περίοδο λοιπόν 1989-1993 το Ε.Σ.Υ υποβαθμίστηκε, αλλά δεν καταργήθηκε. Στη συνέχεια, από τον Οκτώβριο του 1993 και ύστερα, αναζωογονήθηκε το ενδιαφέρον για τον Εθνικό Φορέα υγείας και παράλληλα φάνηκε να αρχίζουν να γίνονται ενέργειες για την αναβάθμισή του.⁶

Σήμερα (2004), κάνοντας μια συνολική επανεκτίμηση της πορείας του Ε.Σ.Υ στα 20 και πλέον χρόνια της λειτουργίας του με μοναδικό στόχο τη γόνιμη κριτική, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: το Ε.Σ.Υ, στην 20χρονη και πλέον λειτουργική του διαδρομή προσέφερε πολύ περισσότερα από τα αναμενόμενα. Προσέφερε περισσότερη και καλύτερου επιπέδου φροντίδα υγείας, ελάττωσε την ανισότητα και την περιθάλψη ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την επαρχία και έδωσε λύσεις σε πολλά χρονίζοντα προβλήματα.

Αυτά όμως που πέτυχε, αλλά και αυτά που μπορεί να πετύχει σύμφωνα με τη φιλοσοφία και τους στόχους του, υποχρεώνουν τον ελληνικό λαό αλλά και την εκάστοτε κυβέρνηση, να το προστατέψουν.

1.6 Τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ.

Τα προβλήματα και οι καταστάσεις που δημιουργήθηκαν από τη μέχρι τώρα λειτουργία του Ε.Σ.Υ και χρειάζονται προσεκτική προσέγγιση για την επίλυσή τους είναι:

- i. Η ανάγκη για αύξηση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- ii. Η ανάγκη για αυξημένη, σε ορισμένες περιπτώσεις εξειδικευμένη, περίθαλψη.
- iii. Η ανάγκη για επιστημονική, ανθρωπιστική και κοινωνική επιμόρφωση των λειτουργιών του.

- iv. Η ανάγκη για μισθολογική και σωστή επιστημονική και υπηρεσιακή εξέλιξη των υπηρετούντων στο σύστημα.

Οι διορθώσεις και οι προσθήκες που πρέπει να γίνουν για ένα πιο σύγχρονο και πιο λειτουργικό Ε.Σ.Υ είναι οι ακόλουθες:

- i. Βελτίωση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αύξησης της παροχής της. Παροχή συστηματικής και σωστής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στα μεγάλα αστικά κέντρα, αποτέλεσμα αυτού θα είναι η αποδέσμευση σημαντικού αριθμού νοσηλευτικών κρεβατιών και η εξ αυτού του γεγονότος εξαφάνιση ή μείωση από τα νοσοκομεία των κρεβατιών εκστρατείας (ράντζων) και η εξοικονόμηση αρκετών χρημάτων που θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άλλες ανάγκες του Ε.Σ.Υ.
- ii. Αύξηση της εξειδικευμένης δευτεροβάθμιας και σε ορισμένες περιπτώσεις τριτοβάθμιας περίθαλψης σε περιφερειακά αλλά και σε νομαρχιακά νοσοκομεία, η οποία θα έχει στόχο αφενός την κάλυψη ελλειμμάτων σε ορισμένους τομείς (ΜΕΘ, τραυματολογία, κ.α.) και αφετέρου, και κυρίως, την παραπέρα ελάττωση των ανισοτήτων κέντρου-επαρχίας.
- iii. Επιμόρφωση γενικά και ειδικότερα ανθρωπιστική και κοινωνική, του ιατρικού, του νοσηλευτικού, αλλά και του διοικητικού προσωπικού που υπηρετεί το Ε.Σ.Υ.
- iv. Αρτιότερη εκπαίδευση και πιο ορθολογική κατανομή του προσωπικού, κυρίως του ιατρικού, αλλά και του νοσηλευτικού.
- v. Προσαρμογή των μισθών των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ στις πραγματικές ανάγκες και ρύθμιση της επιστημονικής εξέλιξης των ιατρών και των νοσηλευτών που υπηρετούν στο φορέα.

Σήμερα το Ε.Σ.Υ, παρά το μεγάλο έργο που προσφέρει για 20 και πλέον χρόνια, δεν προχωρεί όσο πρέπει σωστά. Δεν κάνει σωστά αυτά που πρέπει να κάνει και για τα οποία δημιουργήθηκε. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τα άτομα που έχουν περισσότερο την ανάγκη του, όπως ο αγροτικός πληθυσμός και γενικότερα ο οικονομικά ασθενέστερος πληθυσμός. Τα χρήματα που δαπανώνται από την πολιτεία για τη λειτουργία του δεν είναι λίγα, αλλά ανάλογη απόδοση δεν έχουν. Το Ε.Σ.Υ με τον τρόπο που

λειτουργεί σήμερα, δίνει την εντύπωση ότι δε θέλει να υπάρξει. Κινδυνεύουν να πάνε περίπατο οι στόχοι, τα οράματα και οι προοπτικές του. Λειτουργία ρουτίνας επιτελείται και μάλιστα αρκετά πρόχειρα και ανεύθυνα. Και γι' αυτό ευθύνονται όλοι. Πολιτεία, λειτουργοί, χρήστες. Είτε με την αδιαφορία τους, είτε με τις λάθος ενέργειές τους.

1.7 Αδυναμίες και ελλείψεις του Ε.Σ.Υ

Στο πόρισμα το οποίο υποβλήθηκε στη Διεθνή επιτροπή από τον καθηγητά Α Σισσούρα, μεταξύ των άλλων εντοπίζονται οι εξής αδυναμίες. 7

- i. Έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας (οικογενειακός γιατρός κ.τ.λ.)
- ii. Ανυπαρξία κανόνων αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- iii. Ανορθολογισμό στον σχεδιασμό και τη διαχείριση, τόσο των οικονομικών όσο και των ανθρωπίνων πόρων.
- iv. Έλλειψη σύγχρονης διοίκησης στα νοσοκομεία, λόγω κυρίως του υφιστάμενου αναπτυξιακού καθεστώτος (δημόσιο λογιστικό κ.τ.λ)
- v. Έντονες ανισότητες στις περιφέρειες και ελάχιστα αναπτυγμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το πόρισμα, η χώρα μας διαθέτει ικανοποιητικό αριθμό κρεβατιών (5 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους)- σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης- τα οποία όμως είναι άνισα κατανεμημένα και παραμένουν αναξιόπιστα.

Συγκεκριμένα, υπάρχουν 151 δημόσια νοσοκομεία 9(ανάμεσά τους ψυχιατρικά, στρατιωτικά, του Ι.Κ.Α και πανεπιστημιακά) με 37000 κρεβάτια. Όμως οι υπάρχουσες κλίνες είναι άνισα κατανεμημένες. Είναι ενδεικτικό ότι στη Θεσσαλία, στη Θράκη και στη Στερεά Ελλάδα υπάρχουν μόνο 2, 2,7 κι 2,5 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους αντίστοιχα.

Αναπόφευκτα, παρατηρείται το φαινόμενο ασθενείς από την επαρχία να «μεταναστεύουν» προς την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα. Τα σχετικά στοιχεία είναι αποκαλυπτικά: το 51% των ασθενών της Βοιωτίας και το 48% της Εύβοιας, καταφεύγουν στην Αθήνα και το 49% της Χαλκιδικής στη

Θεσσαλονίκη. Ακόμη υπολογίζεται πως «μεταναστεύουν» το 20% των ασθενών από τα νησιά του Ιονίου και του Αιγαίου. Η πιο ακραία περίπτωση αφορά τις Κυκλάδες, αφού το 69% των ασθενών έρχονται στην Αθήνα, αν και υπάρχει νοσοκομείο στη Σύρο.

Επίσης υπάρχει παντελής έλλειψη προγραμματισμού του ανθρωπίνου δυναμικού και επικρατεί έντονη ανισοκατανομή του.⁷



1.8 Τα χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Όπως είναι γνωστό οι Υπηρεσίες Υγείας ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνονται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων, για χάρη των οποίων έχουν δημιουργηθεί.

Έτσι οι Υπηρεσίες Υγείας πρέπει:

- ↓ Να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
- ↓ Καταρχήν να υπάρχουν και να είναι καλά οργανωμένες και να μπορούν οι πολίτες να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιούν. Η προσπελασιμότητα έχει το χαρακτήρα της τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της ευθύνης των υπηρεσιών και σε ολόκληρο το 24ωρο.

1. Η ύπαρξη των υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα προσπέλασής τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων του χρήστη της ιατρικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν επίσης να είναι αποδεκτές από τους πολίτες.
2. Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως:
3. Στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών.
4. Στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας και
5. Στην αρχαιότητα των εγκαταστάσεων.⁸

Ο όρος υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες, περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Ο όρος αυτός εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (health care), όσο και αυτήν της περίθαλψης (treatment), που συχνά χρησιμοποιούνται λαθεμένα ως ταυτόσημες, ενώ υπάρχει σαφής διαφορά στο πεδίο αναφοράς των δύο όρων. Η φροντίδα υγείας είναι ευρύτερη έννοια, αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας. Η περίθαλψη αντίθετα, αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Η περίθαλψη διακρίνεται σε ανοιχτή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν τη διάγνωση και τη θεραπεία εκτός νοσοκομείου και την κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.⁵

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 Ιστορική εξέλιξη των νοσοκομείων



Για να κατανοήσουμε τις ανάγκες του προσωπικού του νοσοκομείου, καλό είναι να «ρίξουμε» μια ματιά στο παρελθόν του, να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη του και να συγκρίνουμε το σημερινό νοσοκομείο με το νοσοκομείο του παλαιού τύπου.

Τα πρώτα νοσοκομεία εμφανίστηκαν υπό την επίδραση του Χριστιανισμού κατά τα τέλη του 4^{ου} μ.χ αιώνα και στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργιών καταστημάτων και ιδρυμάτων, των πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και απλών νοσοκομείων στα μοναστήρια τα οποία αρχικά ονομάστηκαν ξενοδοχεία. Η ονομασία τους αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι αυτά ήταν ξενοδοχεία στα οποία κατέφευγαν οι ταξιδιώτες και ξένοι, διέθεταν δε και ιδιαίτερο κτίριο για όσους από αυτούς ήταν άρρωστοι. Φημισμένο σε όλη την βυζαντινή αυτοκρατορία, ήταν το ίδρυμα «Βασιλεία», που αναγέρθηκε από το Μεγ. Βασίλειο στην Καισαρεία (368 μ.χ) και παρελάμβανε εκτός των άλλων και ένα νοσοκομείο, πτωχοκομείο, ψυχιατρείο κ.τ.λ. καθώς και το νοσοκομείο της μονής Παντοκράτορος στην Κωνσταντινούπολη (1136) που ιδρύθηκε από τον αυτοκράτορα Ιωάννη Κομνηνό τον Έβ και την σύζυγό του Ειρήνη. Κατά τον 11^ο και 12^ο αιώνα, εμφανίστηκαν πολυάριθμα λοιμοκαθατήρια και λεπροκομεία, τα λεγόμενα «Λαζαρέττα», τα οποία ήταν διάσπαρτα σε όλη την Ευρώπη, λόγω των επιδημικών διαστάσεων που είχε λάβει τότε η λέπρα.^{9,10}

Οι ιδιαίτερα στενοί θεσμοί εκκλησίας και περίθαλψης των αρρώστων, αποτέλεσαν της επικράτησης του ιδεώδους της φιλανθρωπίας και των αντιλήψεων της εποχής ότι η αρρώστια σχετίζεται άμεσα με την απόκλιση της ζωής του ατόμου από τους θρησκευτικούς κανόνες, διατηρούνται τουλάχιστον μέχρι τον Μεσαίωνα και εκφράζεται με την άμεση γεινίαση των εκκλησιών με τα νοσοκομεία της εποχής. Στο Μεσαίωνα το νοσοκομείο, όπως αναφέρει ο G. Rosen(1963), ήταν κυρίως ένα εκκλησιαστικό ίδρυμα, που δεν είχε πρωταρχικό ρόλο στην παροχή ιατρικών φροντίδων. Αυτός ο τύπος του ιδρύματος, σταδιακά αντικαθίστανται το 16ο αιώνα με ένα νέο τύπο νοσοκομείου, που οι στόχοι δεν είναι θρησκευτικοί, αλλά κοινωνικοί και όπου η παροχή ιατρικών φροντίδων, δεν αποτελεί ακόμη την πρωταρχική του αποστολή. Ο τύπος αυτός του νοσοκομείου λειτούργησε έως το 19ο αιώνα, παρέχοντας παράλληλα τις υπηρεσίες του στους αρρώστους και του φτωχούς.

Μέχρι τις αρχές του αιώνα μας, όλες οι θρησκευτικές πράξεις δεν απαιτούσαν το χώρο και τον εξοπλισμό του νοσοκομείου, δεδομένου ότι μπορούσαν να πραγματοποιηθούν χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα και μάλιστα με πολύ περισσότερες δυνατότητες επιτυχίας. Ο J. Eriksen (1974) αναφέρει ότι μέχρι τις αρχές του 19^{ου} αιώνα η βασική αιτία θνησιμότητας ήταν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ότι οι άρρωστοι που εισάγονταν στο νοσοκομείο είναι πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθαίνουν από κάποια μολυσματική αρρώστια παρά από αυτήν που ήταν η αιτία εισαγωγής τους σε αυτό.

Η επιστημονική νοσηλεία εμφανίζεται στα νοσοκομεία του μέσα του 19^{ου} αιώνα χάρη στην αγωνιστική αφοσίωση της F. Nightingale, που αντιλήφθηκε τις ανάγκες της νοσηλείας και εισήγαγε και επέβαλε την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα νοσοκομεία πάντων εκείνα είναι αδύνατο να συγκριθούν με τα σημερινά, όπου η διοίκηση αντιλήφθηκε τις ευθύνες της απέναντι στους ασθενείς και προσπαθεί με κάθε θυσία να χορηγήσει σε αυτούς την καλύτερη δυνατή νοσηλεία, όπου καταβάλλεται προσπάθεια για την ισόρροπη ικανοποίηση όλων των αναγκών των ασθενών, γιατί είναι ο μόνος κατάλληλος τρόπος για να βοηθηθούν. Οι σωματικές,

πνευματικές, και ψυχικές ανάγκες πρέπει να ικανοποιούνται συγχρόνως, για να είναι ανεμπόδιστη και αρμονική η βελτίωση των ασθενών και η αποκατάσταση των.^{10,11}

Από το τέλος του 19^{ου} αιώνα σημειώνονται ουσιαστικές μεταβολές στα θεραπευτήρια και νοσοκομεία, υπό την επίδραση κυρίως της υγιεινής. Η ανάγκη για καθορισμό κριτηρίων στο σχεδιασμό νοσοκομείων, τέθηκε για πρώτη φορά από τους Aiken (1777, Βρετανία) και Lavoisier (1788, Γαλλία) και υποστηρίχθηκε από την Nightingale στο βιβλίο της "Notew on Hospital" (1859, Βρετανία). Κατασκευάστηκαν έκτοτε πολλά νοσηλευτήρια του τύπου «περιπτέρων», που η σύνθεσή τους βασίζεται στην επανάληψη ενός τυποποιημένου στοιχείου, κύρια της νοσηλευτικής μονάδας, γνωστής ως θάλαμος "Nightingale" ή ανοιχτός θάλαμος.

Ένας τυπικός "Nightingale" θάλαμος, χαρακτηρίζεται από την παράταξη διπλής σειράς 30 συνολικά κλινών. Τα μεγέθη του θαλάμου είναι συνήθως 9μ. πλάτος, 36,6μ μήκος και 5μ. ύψος. Τα «περίπτερα» συνδέονται μεταξύ τους με διαδρόμους και βοηθητικούς χώρους. Η επίδραση στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό του εύρους των λειτουργιών και των παροχών υγείας που έπρεπε να καλύψει το κτίριο, ήταν ελάχιστη. Αντίθετα, μεγάλη ήταν η επίδραση των αντιλήψεων της εποχής εκείνης ότι το υψηλό ποσοστό μολύνσεων των αρρώστων στα νοσοκομεία οφείλονταν σε «σαπρά μιάσματα», που βρίσκονταν στον αέρα και επομένως οι μολύνσεις θα μπορούσαν να μειωθούν δραστικά εάν τα «μιάσματα» αυτά διαχέονταν σε όσο γίνεται μεγαλύτερο όγκο αέρος και οι θάλαμοι αερίζονταν καλά. Οι αντιλήψεις αυτές διατηρήθηκαν μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, που η τελειοποίηση του μικροσκοπίου, των καλλιεργητικών τεχνικών και μικροβιολογικών μεθόδων είχαν ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη των μικροβίων ως παθογόνων αιτιών των νόσων, κυρίως όμως των συνθηκών δημιουργίας και εξάπλωσης των επιδημιών.⁹

Οι βασικές παράμετροι που έπρεπε να καλύπτουν τα νοσηλευτήρια τότε ήταν:

- ← Η αποτελεσματικότητα και η οικονομία κατά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διαδικασίας, που επιτυγχάνονταν με λειτουργικότερες διευθετήσεις των τόπων εργασίας και του προσωπικού.

- ← Η εύκολη παρακολούθηση της πλειονότητας των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό.

- ← Η κατανομή των ασθενών σε ομάδες, που το μέγεθός τους επέτρεπε άνετη φροντίδα και παρακολούθηση.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μέχρι την αρχή του '30 ο υγειονομικός τομέας ήταν μερικώς αποτελεσματικός, μα και οι δυνατές ιατρικές παρεμβάσεις ήταν ελάχιστες, οι βελτιώσεις του επιπέδου υγείας οφείλονταν, κατά κύριο λόγο, στις αλλαγές των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής, που επέρχονταν με τη βαθμιαία αύξηση του ατομικού διαθέσιμου εισοδήματος και την επέκταση της εκπαίδευσης και ενημέρωσης σε θέματα ατομικής υγιεινής. Η αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση εμφανίστηκε στη δεκαετία του '30 και έγινε προσιτή σε όλους στο τέλος της δεκαετίας του '40 και του '50, με την ταχεία εξέλιξη της απαραίτητης τεχνολογίας και στο διάστημα αυτό άλλαξε εντελώς η μορφή που είχαν μέχρι τότε και μετατράπηκαν σε ιδρύματα όπου οι γιατροί μπορούσαν πλέον να προσφέρουν κατεξοχήν νοσοκομειακές φροντίδες υγείας.

Έτσι από τα μέσα της δεκαετίας του '50, παράλληλα με τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης των βιομηχανικών χωρών, που το 1961 ίδρυσαν τον Ο.Ο.Σ.Α, παρατηρείται ταυτόχρονα μια επεκτατική κοινωνική πολιτική και σημαντική ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα. Η ανάπτυξη αυτή που χαρακτηρίζει τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, οφείλεται στην υψηλή χρηματοδότηση και αύξηση των διατιθέμενων πόρων για την υγεία, ιδιαίτερα από μέρους του δημόσιου τομέα.

Την ίδια περίοδο παρατηρείται, επίσης, εντατική δραστηριότητα στην έρευνα του σχεδιασμού νοσοκομείων κυρίως στις Η.Π.Α, στις Σκανδιναβικές χώρες και στη Βρετανία, όπου καθοριστική ήταν πλέον η επίδραση του εύρους των λειτουργιών και παροχών υγείας στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό. Η πιο συστηματική, πειραματική και

καινοτόμος μελέτη, θεωρείται ότι είναι η μελέτη "Studies in function and design in Hospitals" των Βρετανών όπου για πρώτη φορά συνεργάστηκαν άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, για να μελετήσουν τμήματα νοσοκομείου, το περιβάλλον και την ανάγκη- ζήτηση για νοσηλευτικές υπηρεσίες μιας συγκεκριμένης περιοχής.

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες, οι οποίοι συνέβαλαν στην παραπάνω εξέλιξη και δαπανών υγείας, συνδέονται με το κοινωνικό-οικονομικό, πολιτιστικό και υγειονομικό περιβάλλον της ίδιας περιόδου. Συνοπτικά μπορούν να αναφερθούν:

- Οι ανθρωπιστικές ιδέες και αντιλήψεις, οι οποίες διαπνέουν τους λαούς και τις κυβερνήσεις των χωρών, μετά τις καταστροφικές συνέπειες του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου.
- Η ευρεία κοινωνική αποδοχή που απολαμβάνει η αντίληψη ότι η υγεία είναι δημόσιο κοινωνικό αγαθό, που πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη του κράτους, και σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών και ανεξάρτητα από το εισόδημα και την κοινωνική τους θέση.
- Ο υψηλός ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης που χαρακτηρίζει το σύνολο των χωρών- μελών του Ο.Ο.Σ.Α, ο οποίος επιτρέπει την συνεχή και απρόσκοπτη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, είτε μέσω των οργανισμών της κοινωνικής ασφάλισης, είτε μέσω των υψηλών δημοσίων εσόδων.
- Ο αυξημένος παρεμβατικός ρόλος ή η ενεργός συμμετοχή του κράτους στην οικονομική δραστηριότητα.
- Ο προσανατολισμός της ιατρικής επιστήμης και συνακόλουθα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως προς την θεραπευτική κατεύθυνση, που είχε ως συνέπεια την οργάνωση νοσοκομειακών συστημάτων υψηλής τεχνολογίας, τα οποία απαιτούν αυξημένους πόρους.

Στη δεκαετία του '60 επεκτάθηκαν οι γνώσεις, ως προς τη διαγνωστική διαδικασία και τη θεραπεία των ασθενών και τη δεκαετία του '70 το μικρό κοινοτικό νοσοκομείο μετατρέπεται σε ένα τοπικό, κοινοτικό πάλι, αλλά διαγνωστικό και θεραπευτικό νοσοκομειακό κέντρο, όπου απασχολούνται ένα πλήθος επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο γιατροί. Στις αρχές της δεκαετίας του '80, το νοσοκομείο παίρνει τη σημερινή του μορφή, που μπορεί να περιγραφεί ως πηγή «υγείας» μιας κοινότητας αφού δεν περιορίζεται πλέον μόνο στη διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά επεκτείνεται και σε τομείς παραγωγής της υγείας, πρόληψης ασθενειών και αποκατάστασης.⁹

2.2 Ορισμός συστήματος

Σαν σύστημα χαρακτηρίζεται το σύνολο μονάδων ή ομάδων ή υποσυστημάτων οργανωμένων σύμφωνα με ένα σχέδιο παραγωγής που επιδιώκει συγκεκριμένους στόχους. Κάθε σύστημα μπορεί να θεωρηθεί σαν υποσύστημα ενός μεγαλύτερου συστήματος. Έτσι το νοσοκομείο είναι υποσύστημα του Ε.Σ.Υ, οι διάφορες υπηρεσίες, επιτροπές και το κέντρο υγείας, υποσυστήματα του νοσοκομείου. Η ένταξη των νοσοκομείων στο Ε.Σ.Υ, σημαίνει πως η λειτουργία τους και οι στόχοι τους προδιαγράφονται από ένα ευρύτερο, εθνικό σχέδιο παραγωγής που ενσωματώνεται στη νομοθεσία και στις σχετικές διατάξεις, κανονισμούς κ.τ.λ, της κυβέρνησης. Οι στόχοι ενός συστήματος δεν είναι στατικοί, αλλά βρίσκονται ε διαρκή εξέλιξη. Με την ένταξή του στο Ε.Σ.Υ το νοσοκομείο παύει να είναι απλώς μονάδα νοσοκομειακής περίθαλψης. Ο ρόλος του επεκτείνεται στην κοινωνική ιατρική, την πρόληψη, την κοινωνική περίθαλψη κ.τ.λ. Η αλλαγή στόχων συνήθως επηρεάζει την οργάνωση του συστήματος, την παραγωγική διαδικασία, την τεχνολογία της παραγωγής και άλλα στοιχεία του συστήματος. Η ένταξη των νοσοκομείων στο Ε.Σ.Υ επέφερε αλλαγές σε όλους αυτούς τους τομείς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ο κύκλος της αλλαγής έχει ολοκληρωθεί απόλυτα. Η οργανική ενσωμάτωση των θεσμικών αλλαγών συνήθως βρίσκεται

αντιμέτωπη με οργανωμένα συμφέροντα υποομάδων μέσα στο σύστημα και το περιβάλλον του.

Τα συστήματα διακρίνονται σε ανοιχτά και κλειστά (σχ.1), ανάλογα με την έκταση των εισροών από το περιβάλλον τους. Επειδή δεν υπάρχει κοινωνικός παράγοντας που να μην συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία, το σύστημα υγείας θεωρείται ένα από τα πιο ανοιχτά συστήματα. Όσο πιο ανοιχτό είναι το σύστημα, τόσο και η ανάγκη εφαρμογής μεθόδων ανάλυσης συστημάτων για την κατανόηση της λειτουργίας του και την ισόρροπη βελτιστοποίηση όλων των λειτουργιών του. ¹²



Σχήμα1

2.3 Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα

Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους. Η πρώτη περίοδος έχει την αφετηρία της στην σύσταση του ελληνικού κράτους και φθάνει μέχρι το 1909. Την περίοδο αυτή το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των δήμων ή των κοινοτήτων και των φιλόνητων, ήταν μικρό σε δυνατότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών. Τα εύπορα αλλά και τα λαϊκά στρώματα, απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούν σε καταφύγιο μόνο των απόρων.

Η δεύτερη περίοδος, 1909-1952, χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση γενικών κρατικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω και των ειδικών συνθηκών που επικρατούν (πόλεμοι- πρόσφυγες κ.τ.λ). Τα στρατιωτικά και αργότερα τα

προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών, είναι και το πρώτο ευρύ δίκτυο που εξελικτικά θα διευρυνθεί. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν και γενικεύτηκε η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο της περίθαλψης που παρείχε, συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των Ευρωπαϊκών χωρών, εξακολουθούσε να είναι χαμηλό. Εξαιρέση αποτελούσαν τα νοσοκομεία της Αθήνας «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός Σταυρός» και «Πολιτικών» τα οποία παρείχαν νοσηλεία υψηλού επιπέδου και διακρίθηκαν ως τα μοναδικά επιστημονικά κέντρα της εποχής αυτής.

Σταθμοί στην ιστορία του υγειονομικού τομέα, αποτελούν οι νόμοι που ψηφίστηκαν την περίοδο αυτή «περί Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας», «περί κοινωνικών ασφαλίσεων» και «περί οργάνωσης των δημοσίων υγειονομικών αποτελέσε και το οργάνωση της περίθαλψης στη



νοσηλευτικών και ιδρυμάτων» ο οποίος θεμέλιο λίθο στην νοσοκομειακή χώρα μας.

Στην τρίτη περίοδο, 1953-1982, ισχύει για πρώτη φορά η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα, κ.α. χαρακτηριστικά που συμβάλουν στην ορθολογική και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη τη χρονική αυτή περίοδο εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίδεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ΝΠΔΔ, νοσοκομεία που αποτελούν ΝΠΙΔ και ιδιωτικές κλινικές.

Η τέταρτη χρονική περίοδος που ακολουθεί, αρχίζει το 1983 και φθάνει μέχρι σήμερα, και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ), με τους νόμους 1397/1983 και 2071/1992. Έντονη και η λειτουργία του νοσοκομειακού τομέα, ο οποίος στο Ε.Σ.Υ πλέον δημοσιοποιείται πλήρως, με την ένταξη των νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου στις διατάξεις του Ν.2592/1993. Η προσπάθεια αυτή βρίσκεται σε εξέλιξη, αλλά η πορεία της επηρεάζεται δραστικά από τις διαφορετικές κάθε φορά πολιτικές και κυβερνητικές αλλαγές.⁸

2.4 Σκοπός νοσοκομείων

Σαν σκοποί των νοσοκομείων αναφέρονται οι ακόλουθοι.

Η νοσηλεία των ασθενών:

Αυτός είναι ο πιο βασικός της υπάρξεώς τους. Σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή, τα νοσοκομεία χρησιμοποιούνται για τη νοσηλεία των ασθενών και αυτό διότι:

- ✓ Η ελληνική οικογένεια είναι στις περισσότερες περιπτώσεις είναι η οικογένεια των δυο γενεών.
- ✓ Περισσότερα από τα μέλη της οικογένειας εργάζονται και γι' αυτό η νοσηλεία του ασθενούς γίνεται δύσκολη στο σπίτι.
- ✓ Η ιατρική περίθαλψη έγινε και συνεχίζει να γίνεται πολύπλοκη και έτσι η χορήγηση «κατ' οίκον» νοσηλείας παρουσιάζει δυσκολίες.
- ✓ Τα ταμεία ιατρικής περίθαλψης τείνουν να εξασφαλίσουν νοσοκομειακή περίθαλψη στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και τα πολύ αυξημένα έξοδα της ιατρικής περίθαλψης δεν είναι πια εμπόδιο για τη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο.
- ✓ Η διαγνωστική μελέτη γίνεται αρτιότερη και η θεραπευτική αγωγή είναι πληρέστερη στο νοσοκομείο.
- ✓ Η θεραπεία και η ανάρρωση του ασθενούς, πραγματοποιείται ταχύτερα στο νοσοκομείο. Σε αυτό συμβάλλουν το καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό, το κατάλληλα προετοιμασμένο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα, τα οποία διαθέτουν τα νοσοκομεία.

Η υγιεινή επίβλεψη ατόμων και η πρόληψη ασθενειών:

Ο προληπτικός τομέας της ιατρικής επιστήμης σήμερα έχει πολυτονιστεί διεθνώς. Δυστυχώς, η ικανοποιητική εφαρμογή του έργου της προληπτικής υγιεινής, δεν έχει καθιερωθεί ακόμη ευρέως στα νοσοκομεία της πατρίδας μας.

Η πρόληψη μεταδόσεως ασθενειών:

Αυτό πραγματοποιείται κύρια με την απομόνωση ασθενών, που πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα.

Η πρόληψη εμφάνισης της νόσου:

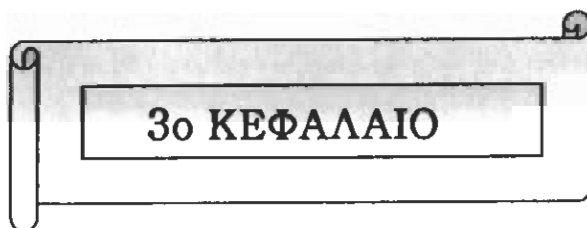
Η ανεύρεση υγιεινών και κοινωνικών παραγόντων που συντέλεσαν και ενίσχυσαν την εμφάνιση της ασθένειας και η βοήθεια του ασθενούς για την αναγνώριση και αποφυγή τους, βοηθά στην πρόληψη εμφάνισης της νόσου.

Η εκπαίδευση και προετοιμασία των φοιτητών επαγγελματιών υγείας(ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κ.τ.λ)

Η έρευνα και η μελέτη:

Τα νοσοκομεία παρέχουν εργαστήρια για έρευνες και μελέτες, εργαστήρια για στατιστική υπηρεσία, καθώς και άλλα μέσα απαραίτητα για την πρόοδο των επιστημών υγείας.

Ο τομέας της έρευνας και μελέτης νοσηλευτικών προβλημάτων δεν έχει ακόμα απασχολήσει τη νοσηλευτική της πατρίδας μας, πιστεύεται όμως ότι μια τέτοια προσπάθεια θα βελτιώσει κατά πολύ τις μεθόδους νοσηλείας και θα ανεύρει τρόπους παροχής αποτελεσματικότερης νοσηλευτικής φροντίδας για την ανακούφιση των ασθενών. ¹³



3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 Γενικές αρχές

Για να δουλέψει και να αποδώσει σωστά ένα κρατικό νοσοκομείο πρέπει να υπάρχουν οι εξής γενικές αρχές:

- 1) Σαφής καθορισμός των κανόνων λειτουργίας κάθε μονάδας του νοσοκομείου, ως και των καθηκόντων ενός εκάστου, από τον πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου μέχρι τον τελευταίο νοσοκόμο. Όταν γνωρίζει σαφώς τα καθήκοντά του κάθε εργαζόμενος δεν θα υπάρξει ποτέ αντιδικία μεταξύ ελέγχοντος και ελεγχομένου.
- 2) Περιοδικός συνεχής έλεγχος της εφαρμογής των κανόνων λειτουργίας των νοσοκομείων.
- 3) Καθορισμός των τρόπων ελέγχου και των συνεπειών σε περίπτωση υποτροπής παράβασης των κανόνων.
- 4) Η επίβλεψη της λειτουργίας των νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι πρακτικά αδύνατη. Πολλές φορές οι υπουργοί υγείας και πρόνοιας στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν την κατάσταση στα κρατικά νοσοκομεία, έκαναν προσωπικές εφόδους σε διάφορα από αυτά. Τούτο όμως αφενός δεν έχει κανένα αποτέλεσμα, αφετέρου το έργο των υπουργών είναι τόσο επιβαρημένο, ώστε κάθε προσπάθεια για ένα επιπλέον έργο είναι αδύνατη.⁷

3.2 ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

3.2.1 Από νοσηλευτική άποψη



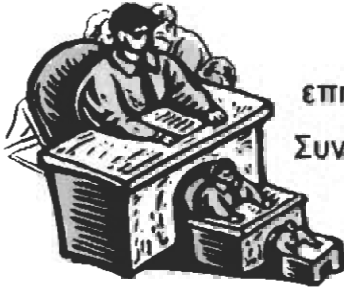
Σύμφωνα με αυτή την άποψη διαιρούνται τα νοσοκομεία σε δύο κατηγορίες:

τα γενικά και τα ειδικά νοσοκομεία.

A. Γενικά νοσοκομεία, ονομάζονται εκείνα που διαθέτουν κρεβάτια ή τμήματα για τη νοσηλεία των ασθενών με διάφορες ασθένειες όπως χειρουργικές, παθολογικές, γυναικολογικές κ.τ.λ. Τα γενικά νοσοκομεία λειτουργούν κυρίως στις επαρχίες. Σε αυτή την κατηγορία των νοσοκομείων υπάγονται το γενικό «Λαϊκό νοσοκομείο Αθηνών», το Ιπποκράτειο νοσοκομείο Αθηνών, το νοσοκομείο Καβάλας, το νοσοκομείο Καλαμάτας κ.α. Στην Πάτρα υπάρχουν δυο γενικά νοσοκομεία, το περιφερειακό πανεπιστημιακό γενικό νοσοκομείο Πατρών «Ρίου», το περιφερειακό γενικό νοσοκομείο «Αγ. Ανδρέας». Στο νοσοκομείο αυτό υπάγεται και το «409» νοσοκομείο.

B. Ειδικά νοσοκομεία, ονομάζονται τα νοσοκομεία εκείνα που διαθέτουν ή τμήματα για τη νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από μία κατηγορία νοσημάτων. Τέτοια είναι τα μαιευτήρια, τα παιδιατρικά νοσοκομεία, τα ψυχιατρεία, τα αντικαρκινικά νοσοκομεία κ.α. Στην Πάτρα τα ειδικά νοσοκομεία είναι το νοσοκομείο παιδών «Καραμανδάνειο» και το νοσημάτων θώρακος.^{13,14}

3.2.2 Από διοικητική άποψη



Η διαίρεση των νοσοκομείων από διοικητικά άποψη, επηρεάζεται από το σύστημα υγείας που εφαρμόζει η χώρα. Συνήθως διαιρούνται στις εξής κατηγορίες:

A. Κρατικά νοσοκομεία:

Αυτά ιδρύονται και συντηρούνται με δαπάνη του κράτους, διοικούνται από αντιπρόσωπο του και υπάγονται στο υπουργείο υγείας και πρόνοιας . Κρατικά νοσοκομεία είναι το Ιπποκράτειο, το γενικό κρατικό νοσοκομείο Αθηνών, και Πειραιώς κ.α. Σήμερα τα περισσότερα και τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας μας είναι κρατικά.

B. Δημόσιου δικαίου νοσοκομεία:

Αυτά ιδρύονται από μεγάλους ευεργέτες και φιλόanthρωπους και συντηρούνται από δωρεές, κληροδοτήματα και επιχορηγήσεις του κράτους Υπάγονται στο έλεγχο του υπουργείου υγείας και πρόνοιας, το δε διοικητικό συμβούλιο ενός τέτοιου ιδρύματος ορίζεται από τους δωρητές. Νοσοκομείο δημοσίου δικαίου είναι το Ε.Ε.Σ., κ.α.

Γ. Δημοτικά ή κοινοτικά νοσοκομεία:

Αυτά ιδρύονται και συντηρούνται με δαπάνη του δήμου ή της κοινότητας, διοικούνται από το διοικητικό συμβούλιο που εκλέγει ο δήμος ή η κοινότητα και ελέγχονται από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας.

Δ. Ιδιωτικά νοσοκομεία:

Αυτά ιδρύονται από ένα φιλόanthρωπο, διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο που ορίζεται από τον ιδρυτή και συντηρούνται από τα έσοδα του νοσοκομείου, από προσφορές του ιδρυτή και από δωρεές, κληροδοτήματα ή και επιχορηγήσεις του κράτους. Είναι επίσης δυνατόν, ένα ιδιωτικό νοσοκομείο να ιδρυθεί από ιδιώτη και να προσφερθεί στο κράτος.

Ε. Πανεπιστημιακά νοσοκομεία:

Η ίδρυση και η συντήρησή τους γίνεται με δαπάνη του πανεπιστημίου. Διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο εκλεγμένο από το πανεπιστήμιο κι

ελέγχονται από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας. Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αποσκοπούν στην εκπαίδευση των φοιτητών των σχολών επαγγελματιών υγείας και στην πρόοδο των επιστημών αυτών.

Υπάρχει μια άλλη κατηγορία νοσοκομείων, τα οποία είναι κρατικά πανεπιστημιακά. Αυτά ιδρύονται και συντηρούνται από δαπάνη του κράτους. Στο διοικητικό συμβούλιο μετέχει αντιπρόσωπος του πανεπιστημίου σαν επιστημονικός σύμβουλος.

ΣΤ. Στρατιωτικά νοσοκομεία:

Υπάγονται απευθείας στο υπουργείο εθνικής άμυνας.¹³

3.2.3 Από άποψη αριθμού κλινών

Από την άποψη αυτή τα νοσοκομεία διαιρούνται σε μικρά, μεσαία, μεγάλα και πολύ μεγάλα νοσοκομεία.

A. Μικρά νοσοκομεία:

Αυτά διαθέτουν έως και πενήντα (50) κλίνες. Στην κατηγορία των μικρών νοσοκομείων ανήκει το «Οφθαλμιατρείο Αθηνών».

B. Μεσαία νοσοκομεία:

Αυτά διαθέτουν από πενήντα (50) έως και εκατόν πενήντα (150) κλίνες. Μεσαία είναι τα περισσότερα νοσοκομεία των επαρχιών.

Γ. Μεγάλα νοσοκομεία:

Αυτά διαθέτουν από εκατόν πενήντα (150) έως πεντακόσιες (500) κλίνες. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται το νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ.

Δ. Πολύ μεγάλα νοσοκομεία:

Αυτά διαθέτουν πάνω από πεντακόσιες (500) κλίνες. Τέτοιο είναι το νοσοκομείο «Ευαγγελισμός».¹³

3.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ειδικών νοσοκομείων

Αναλύοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων αναλύουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των γενικών νοσοκομείων.

+ Τα πλεονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων είναι τα ακόλουθα:

1. Στα ειδικά νοσοκομεία νοσηλεύονται ασθενείς που πάσχουν από ειδικές ασθένειες με να αποφεύγεται η μετάδοση μεταδοτικών ασθενειών και να επιτυγχάνεται η πλήρης αποκατάστασή τους.
2. Το προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό είναι πλήρως ειδικευμένο και έχει πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή υγείας.
3. Υπάρχει σύγχρονος εξοπλισμός για την κάλυψη των αναγκών των αρρώστων.
4. Το εξειδικευμένο προσωπικό εφαρμόζει στην πράξη τις γνώσεις που αποκομίζει από τα επιμορφωτικά σεμινάρια που διοργανώνονται από τα ειδικά νοσοκομεία.
5. Το προσωπικό είναι αρκετά ευαισθητοποιημένο για να προσφέρει συνεχή και άγρυπνη φροντίδα στους ασθενείς,
6. Τα ειδικά νοσοκομεία παρέχουν έγκυρα στατιστικά στοιχεία για την αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων κάθε χώρας.

- Τα μειονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων είναι τα ακόλουθα:

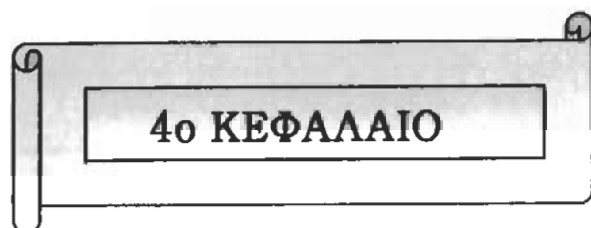
1. Τα ειδικά νοσοκομεία βρίσκονται κυρίως σε αστικά κέντρα ώστε να μη εξυπηρετούνται οι κάτοικοι των επαρχιακών περιοχών.
2. Τα ειδικά νοσοκομεία είναι περιορισμένα ως προς τον αριθμό κυρίως για οικονομικούς λόγους.
3. Δε προσφέρεται ολοκληρωμένη νοσηλεία σε ασθενείς που πάσχουν από άλλες ασθένειες εκτός από αυτή που παρέχει το συγκεκριμένο ειδικό νοσοκομείο.
4. Οι ασθενείς στα ειδικά νοσοκομεία δυσχεραστούνται όταν βλέπουν γύρω τους ομοιοπαθείς και μάλιστα σε χειρότερη

κατάσταση από αυτούς, γιατί σκέφτονται ότι έτσι θα καταντήσουν και αυτοί.

5. Είναι δύσκολο να πεισθεί ο ασθενής για εισαγωγή κατευθείαν σε ψυχιατρείο ή αντικαρκινικό κέντρο, γιατί δυσκολεύεται να δεχθεί την αλήθεια.

6. Τα ειδικά νοσοκομεία είναι πολυδάπανα εξαιτίας του ειδικού εξοπλισμού που χρειάζονται για την λειτουργία τους.

7. Παρουσιάζεται μειωμένος αριθμός κλινών για φιλοξενία περισσότερων ασθενών.¹⁴



4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείων

Ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των διαφόρων κατηγοριών νοσοκομείων, από διοικητική άποψη, ποικίλλει μεταξύ τους. Αφού τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας ανήκουν στην κατηγορία των κρατικών και οι μεταξύ τους διαφορές χαρακτηρίζονται σαν διαφορές δευτερεύουσας σημασίας, θα περιοριστούμε στην εξέταση του τρόπου οργάνωσης και διοίκησης των κρατικών νοσοκομείων που ισχύει μέχρι σήμερα.

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα υπάγονται στο υπουργείο υγείας και πρόνοιας και διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο, η σύνθεση του οποίου προβλέπεται από σχετικές νομοθετικές διατάξεις. Σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα προΐσταται ένας διοικητικός διευθυντής, ο οποίος αναθέτει αρμοδιότητες υπεύθυνα στον υποδιευθυντή. Στον διευθυντή υπάγονται κάποιες υπηρεσίες όπως διοικητική (γραμματεία, οικονομική) υπηρεσία, ιατρική-νοσηλευτική υπηρεσία, τεχνική υπηρεσία κ.α. Τα καθήκοντα για κάθε υπηρεσία καθορίζονται από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας και αναφέρονται λεπτομερώς στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου.

Ανώτατη αρχή είναι ο υπουργός. Επειδή όμως ο υπουργός λόγω της μεγάλης απασχόλησής του σε άπειρα θέματα, είναι αδύνατο να κάνει έλεγχο στα νοσοκομεία για να έχει σαφή αντίληψη της λειτουργίας τους, τις ελλείψεις τους κ.τ.λ, για αυτό το λόγο ορίζει τους επιθεωρητές νοσοκομείων. Ο επιθεωρητής νοσοκομείων ορίζεται από τον υπουργό και έχει στη δικαιοδοσία του 4-5 νοσοκομεία της περιφέρειάς του. Είναι υποχρεωμένος να κάνει μια

τουλάχιστον τακτική επιθεώρηση κάθε χρόνο σε κάθε νοσοκομείο που επιβλέπει και έκτακτες, ανάλογα με τις περιστάσεις. Η επιθεώρηση διαρκεί πολλές ημέρες και ελέγχει την διοικητική λειτουργία του νοσοκομείου αλλά και τη λειτουργία των κλινών. Ελέγχει τα βιβλία, τα αρχεία, τις ελλείψεις σε μηχανήματα, τις ατέλειες και είναι υποχρεωμένος να προσκαλεί σε συνέντευξη πρόσωπα που εργάζονται εκεί για να μαθαίνει τα προβλήματα που υπάρχουν και τα παράπονα των εργαζομένων.

Μετά από κάθε επιθεώρηση είναι υποχρεωμένος να συντάξει αναφορά προς το υπουργείο, περιγράφοντας όλες τις παρατηρήσεις του καθώς και να υποβάλει κατάσταση με όλες τις ανάγκες του νοσοκομείου σε προσωπικό και μηχανήματα. Κάθε αναφορά που θα περιέχεται στο υπουργείο θα φυλάσσεται σε ειδικό φάκελο για κάθε νοσοκομείο.

Ο παραπάνω τρόπος ελέγχου λειτουργίας των νοσοκομείων, έχει κάποια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τα πλεονεκτήματα διακρίνονται σε ότι αφορά τον υπουργό όπως, ότι έχει συνεχή ενημέρωση για τη λειτουργική και κτιριακή κατάσταση των νοσοκομείων της χώρας, καθώς και για το τεχνικό εξοπλισμό τους. Ότι άλλος μπορεί να ελέγχει τους θεωρητές και έχει σαφή εικόνα της απόδοσής τους, εκτιμώντας το έργο τους από τις υποβαλλόμενες αναφορές τους. Τέλος, μπορεί από τις υποβαλλόμενες αναφορές των επιθεωρητών να εκτιμήσει για τις ανάγκες προμήθειας μηχανημάτων ή στελέχωσης σε προσωπικό των νοσοκομείων.

Και σε ότι αφορά το νοσοκομείο, ότι γνωρίζοντας ότι ελέγχεται θα λειτουργεί καλύτερα. Τέλος, ο επιθεωρητής που επιβλέπει τα νοσοκομεία θα είναι προσιτός ανά πάσα στιγμή για να επιλύσει τα αναφερόμενα προβλήματα.

Σήμερα ουδείς γνωρίζει που να απευθυνθεί για την επίλυση σοβαρών προβλημάτων. Τα διοικητικά συμβούλια τις περισσότερες φορές είναι δυσκίνητα και πολλές φορές δεν επιλύονται εύκολα πολλά προβλήματα.

Μειονεκτήματα είναι ότι μπορεί να λεχθεί ότι γίνεται αστυνόμευση των προέδρων των διοικητικών συμβουλίων, των διευθυντών κ.τ.λ.

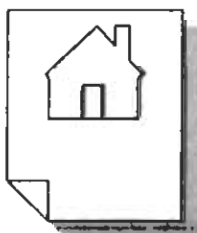
Αυτό είναι λάθος. Είναι πράξη καθαρά δημοκρατική. Στις δημοκρατίες ο λαός με την ψήφο του ελέγχει και κρίνει τις κυβερνήσεις. Άρα, ο έλεγχος είναι μέσα στις λειτουργίες της δημοκρατίας. Καμία επιχείρηση δεν πάει μπροστά αν ο ιδιοκτήτης δεν ελέγχει την επιχείρησή του.

Εξάλλου ο ελληνικός λαός, θέλει και απαιτεί να του παρέχονται σωστές υπηρεσίες υγείας από ιδρύματα που λειτουργούν σωστά και θα λειτουργούν σωστά όταν επιβλέπονται. Η εναπόθεση της διεύθυνσης και λειτουργίας των νοσοκομείων στην «φιλοτιμία» των Ελλήνων, σπάνια απέδωσε, η αξιοκρατία για να γίνει κατάκτηση και να εμπεδωθεί χρειάζεται την αξιολόγηση.

Πώς είναι δυνατόν να κρίνουμε την αξία κάποιου αν δεν παρακολουθήσουμε το έργο του. Για να υπάρξει κάποιος αξιότερος, πρέπει να υπάρχουν άλλοι χαμηλότερης απόδοσης. Δεν είναι δυνατόν όλοι να είναι το ίδιο.

Έτσι, στην πραγματικότητα το «μειονέκτημα» αυτό, το οποίο μπορεί να προβληθεί από ορισμένους, δεν είναι μειονέκτημα, αλλά ενέργεια απαραίτητη για να δουλέψει σωστά η μηχανή και να μπορεί ο καθένας να κριθεί από τις πράξεις του και επιτέλους να γίνει πράξη η αξιοκρατία στη χώρα μας.⁷

4.2 Όροι κατάλληλοι για την ανέγερση νοσοκομείων



Η επαγγελματικά κατάρτιση κάθε κλάδου ενός νοσοκομείου (ιατρών, νοσηλευτών κ.τ.λ.) καθώς και το υψηλό αίσθημα ευθύνης, αποτελούν βασικούς παράγοντες για την καλή λειτουργία ενός νοσοκομείου. Παράλληλα όμως με την αρτιότητά του προσωπικού, την καλή λειτουργία ενός νοσοκομείου επηρεάζουν και άλλοι παράγοντες όπως η τοποθεσία, η αρχιτεκτονική, η διαρρύθμιση και ο εξοπλισμός του.

Προκειμένου να αναγερθεί ένα νοσοκομείο, το οικόπεδο πάνω στο οποίο θα κτιστεί, πρέπει να έχει ελεύθερο ορίζοντα και να είναι επάνω σε λοφίσκο. Αυτό βοηθά στον καλύτερο αερισμό, φωτισμό και θέα, αντενδείκνυται δε το οικόπεδο να είναι σε χαράδρα ή πυκνόφυτα μέρη τόσο για την υγρασία, όσο και για την απόκρυψη της θέας. Επιπρόσθετα, το οικόπεδο πρέπει να βρίσκεται μακριά από ελώδεις εκτάσεις, θορύβους και βιομηχανικά συγκροτήματα.

Η τοποθεσία όπου θα ανεγερθεί ένα νοσοκομείο, πρέπει να εξασφαλίζει ύδρευση και αποχέτευση, καθώς και καλή συγκοινωνία, με την οποία εξουδετερώνονται οι δυσκολίες μεταφοράς τόσο των ασθενών και συγγενών, όσο και του προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο.

Προκειμένου για σανατόρια, αυτά πρέπει να βρίσκονται 10 χλμ τουλάχιστον μακριά από την πόλη και σε υψόμετρο 600-700 περίπου μέτρα από την επιφάνεια της θάλασσας. Τα ψυχιατρεία και αναρρωτήρια, πρέπει να ανεγείρονται σε προάστια για την εξασφάλιση μεγάλης εκτάσεως και φυσικής ομορφιάς, παράγοντες απαραίτητοι για τη θεραπεία του ασθενούς. Η έκταση του οικοπέδου εξαρτάται από τη δύναμη των κλινών του νοσοκομείου. Σε ένα γενικό νοσοκομείο πρέπει να αναλογεί για κάθε κρεβάτι έκταση 100 τετραγωνικών μέτρων, ενώ για νοσοκομείο λοιμωδών νοσημάτων για κάθε κλίνη πρέπει να αναλογεί έκταση 200 τετρ. μέτρων.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, (περίοδος κατά την οποία ο αριθμός των νοσοκομείων αυξανόταν παντού) τα νοσοκομεία συχνά χτίζονταν στον τύπο των περιπτέρων. Ο τύπος αυτός των νοσοκομείων αποτελείται από περισσότερα του ενός μικρά κτίρια (περίπτερα) που συνδέονται μεταξύ τους με διαδρόμους (κατά προτίμηση υπόστεγους). Κάθε περίπτερο αφιερώνεται στην περίθαλψη ασθενών που πάσχουν από την ίδια αρρώστια π.χ ορθοπεδικές παθήσεις.

Ένας δεύτερος τύπος σχήματος νοσοκομείου, είναι ο ενιαίος τύπος κτιρίου. Στο ενιαίο κτίριο όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθώς και οι θάλαμοι των ασθενών βρίσκονται κάτω από την ίδια στέγη.¹⁵

4.3 Ορθολογιστικός χωροταξικός σχεδιασμός

Είναι προφανές ότι ο ορθολογιστικός συσχετισμός των διαφόρων τμημάτων ενός νοσοκομειακού κτιρίου, προϋποθέτει εξοικονόμηση χρόνου για το προσωπικό και τους ασθενείς. Είναι προφανή π.χ τα πλεονεκτήματα από την γειτνίαση των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και του ακτινοδιαγνωστικού ή του μαιευτηρίου και της μαιευτικής νοσηλευτικής μονάδας.

Ακόμη είναι προφανές ότι η ορθή χωροθέτηση των τμημάτων ενός νοσηλευτηρίου στο οικόπεδο είναι δυνατό να διευκολύνει την λειτουργία και τις κινήσεις προσωπικού και ασθενών, περιορίζοντας αφενός μεν την απώλεια χρόνου, αφετέρου δε τα, σε αντίθετη περίπτωση, απαιτούμενα πρόσθετα οργανωτικά μέτρα π.χ άμεση είσοδος προσέλευσης εξωτερικών ασθενών, εξεύρεση ορθής θέσης για την είσοδο της τροφοδοσίας και την αποκομιδή των απορριμμάτων.¹⁵

4.4 Η συμβολή στον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών

λοιμώξεων.

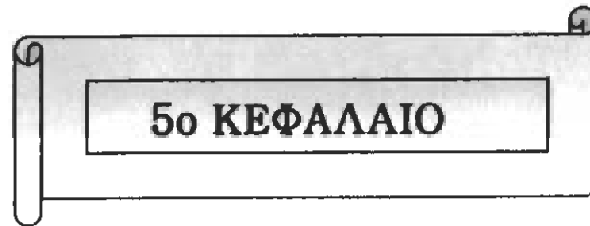
Λέγεται για τη Γαλλία ότι πέρα των όσων γράφονται στις επίσημες στατιστικές, στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις οφείλεται αριθμός θανάτων μεγαλύτερος εκείνου που προξενούν τα τροχαία ατυχήματα.

Στη χώρα μας που κατέχει το θλιβερό ευρωπαϊκό πρωτείο των θανάτων από τροχαία, ελπίζουμε ότι αυτό δεν επαληθεύεται.

Είναι διεθνώς δεκτό, ότι η μείωση του ποσοστού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, είναι συνάρτηση της βελτίωσης των πρακτικών νοσηλείας και θεραπείας που εφαρμόζονται από το προσωπικό και συνεπώς, είναι δύσκολο να κατανοηθεί άμεσα η συμβολή του αρχιτεκτονικού σχεδιασμού στην προσπάθεια αυτή.

Ο όρος αρχιτεκτονικός σχεδιασμός συμβάλλει στην τήρηση της πειθαρχίας του προσωπικού, ως χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί ο σχεδιασμός πολύπλοκων τμημάτων, όπως είναι το συγκρότημα χειρουργείων και της κεντρικής αποστείρωσης, όπου ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις κινήσεις και την συμπεριφορά του προσωπικού και ακόμη εξαναγκάζει στην τήρηση της πειθαρχίας. Φυσικά στο σημείο αυτό υπεισέρχεται ο παράγοντα της γνώσης και ο βαθμός ενημέρωσης του υπεύθυνου αρχιτέκτονα, που θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις νεότερες αντιλήψεις, αντί να επαναπαύεται στις συνήθως χρησιμοποιημένες πρακτικές που βασίζονται στις προ τριακονταετίας γνώσεις.

Ως παράδειγμα θα αναφέρουμε εδώ, το κατά κόρον σχεδιασμό στο παρελθόν σύστημα δύο διαδρόμων καθαρού και ακάθαρτου, του συγκροτήματος χειρουργείων, που παρά το γεγονός ότι νεότερες επιστημονικές έρευνες απέδειξαν προ πολλού ότι είναι εσφαλμένο, συνεχίζεται να προτείνεται για χρήση στη χώρα μας.¹⁵



5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5.1 Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα

Στην Ελλάδα λειτουργούν 130 νοσοκομεία, από τα οποία τα 105 είναι γενικά και τα υπόλοιπα 25 ειδικά. Στους αριθμούς αυτούς δεν συμπεριλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία.⁹

5.2 Κτιριακή υποδομή- εγκαταστάσεις.

Εάν ξεκινήσουμε καταρχήν από τη θέση που έχει επιλεγεί για την εγκατάσταση των νοσοκομείων, διαπιστώνουμε τον ευκαιριακό τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίστηκε μέχρι σήμερα το θέμα αυτό. Το φαινόμενο αυτό βέβαια, δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της χώρας μας. Χαρακτηριστικές είναι οι επισημάνσεις του Mckeown (1966) ότι «νοσοκομεία κτίζονται με τον πιο επεισοδιακό και πολλές φορές ανεύθυνο τρόπο: με την προσφορά κάποιας διαθήκης, με τη συγκατάθεση κάποιου δωρητή, με βάση τα σχέδια ομάδων νέων ιατρών για να αυξήσουν τις προοπτικές της σταδιοδρομίας τους ή από την επιθυμία κάποιας κοινότητας να έχει το δικό της νοσοκομείο. Η τακτική αυτή, καθόρισε τη θέση, το μέγεθος και το χαρακτήρα πολλών νοσοκομείων, λαμβάνοντας υπόψη ελάχιστα τις ανάγκες των ασθενών, καθώς και το γεγονός ότι με τον τρόπο αυτό, ο χαρακτήρας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, θα παρέμενε σταθερός τουλάχιστον για ένα αιώνα. Τα αποτελέσματα αυτής της απρογραμματίστης ανάπτυξης είναι καταστροφικά».

Παράλληλα, όμως πρέπει να σημειωθεί ότι η διαμόρφωση αντικειμενικών κτιρίων για το θέμα αυτό, φαίνεται ότι συναντά σημαντικές δυσκολίες, τόσο εξαιτίας των ιδιομορφιών που έχουν οι πολλαπλές δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε ένα νοσοκομείο, ο τοπικός και ταυτόχρονα ευρύτερος χαρακτήρας των προσφερόμενων υπηρεσιών τους, η αντιφατικότητα συχνά της υπάρχουσας κατάστασης, αλλά και η απουσία έρευνας και τεκμηριωμένων απόψεων. Οι αποφάσεις στον τομέα αυτό είναι αποσπασματικές και καλύπτουν συνήθως τρέχουσες πιεστικές ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές εμποδίζουν φυσικά με τη χωροθέτησή του και την αναζήτηση της καλύτερης δυνατής θέσης.

Με εξαίρεση μικρό αριθμό νοσοκομείων, μεταξύ των οποίων τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία Ιωαννίνων, Πάτρας και Ηρακλείου, πολλά από τα άλλα νοσοκομεία στεγάζονται σε κτίρια πολύ παλιά ή σε κτίρια που προοριζόνταν για άλλες χρήσεις ή μετατράπηκαν στη συνέχεια σε νοσοκομεία. Οι συνεχείς επεμβάσεις στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό και η μεγάλη κλίμακας μετατροπές και επεκτάσεις τους, που κατά καιρούς επιχειρήθηκαν και συνεχίζονται και σήμερα ακόμη, δεν ήταν πάντοτε οι κατάλληλες, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικότερες ελλείψεις στην κτιριακή τους

υποδομή, που βέβαια επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία τους, καθώς και την ποιότητα των παρεχομένων από αυτά υπηρεσιών.⁹

5.3 Σύγχρονη τεχνολογία, πρόκληση και πρόβλημα



Ο εξοπλισμός σήμερα των νοσοκομείων με μηχανήματα, συσκευές και όργανα υψηλής τεχνολογίας, παρά τον εκσυγχρονισμό που σημείωσε την τελευταία δεκαπενταετία με την ταχεία διάδοση και στην Ελλάδα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, δεν κρίνεται ως ικανοποιητικός, αφού τα νοσοκομεία βρίσκονται συχνά σε αδυναμία να καλύψουν από μόνα του; Πλήρως τις απαιτήσεις για διάγνωση και θεραπεία των ασθενών τους και αναγκάζονται για αυτό να προσφεύγουν στη βοήθεια του ιδιωτικού τομέα. Οι ανισότητες επίσης που παρατηρούνται στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων, υποδηλώνει την απουσία κεντρικού σχεδιασμού, καθώς και την έλλειψη αντικειμενικών κριρίων και κανόνων για τη διάχυσή τους, ενώ ελάχιστο ή πολύ μικρό βάρος δίδεται σε παραμέτρους όπως η επιλογή, η ιατρική αποτελεσματικότητα, η οικονομική αποδοτικότητα, αξιοπιστία και ακρίβεια, αλλά και επίσης η ανταπόκρισή της στις ανάγκες του πληθυσμού.

Παράλληλα, η απουσία από τα νοσοκομεία του απαραίτητου για την προληπτική συντήρηση, επισκευή και γενικά τεχνική υποστήριξη των μηχανημάτων ή συσκευών αυτών υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας εξειδικευμένου προσωπικού, περιορίζει δραστικά την μακροβιότητά τους, όπως και την ανταποδοτικότητα των σημαντικών πόρων που κάθε φορά διατίθεται για την προμήθεια αυτών.⁹

5.4 Το ανθρώπινο δυναμικό

Αναφορικά με το ανθρώπινο προσωπικό που στελεχώνει σήμερα τα νοσοκομεία, αυτό, σε σχέση με παλαιότερες εποχές είναι βέβαια αριθμητικά περισσότερο, εξακολουθεί όμως να μην επαρκεί, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, για την κάλυψη των αυξημένων απαιτήσεων που προβάλλουν οι νέες σύγχρονες μορφές νοσηλείας και περίθαλψης. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επιμόρφωση του προσωπικού, σημαντικός παράγοντας τόσο για την ανάπτυξη του ίδιου του προσωπικού, όσο και της λειτουργίας του νοσοκομείου, βασίζεται ακόμη στην καλή διάθεση και τις οικονομικές δυνατότητες των υπαλλήλων, μια και κανένας κεντρικός σχεδιασμός, αλλά ούτε και κίνητρο ουσιαστικό υπάρχει. Πολιτικές και τεχνικές, με τις οποίες οι διαχειριστές θα μπορούσαν να επιτύχουν ικανοποιητική απόδοση από τους υφιστάμενούς τους, είναι δυστυχώς άγνωστες στο νοσοκομειακό χώρο όπως και αυτές που αφορούν την προσέλκυση και επιλογή του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού, τον καθορισμό στόχων, τη συμμετοχική διοίκηση κ.τ.λ.

Το σύγχρονο νοσοκομείο, όπως αναφέρθηκε ήδη, γίνεται όλο και περισσότερο πολύπλοκο, η επέκταση των δραστηριοτήτων και η αύξηση των μεγεθών του, οδήγησε σε όλο και μεγαλύτερες ανάγκες σε προσωπικό, εξοπλισμό, αλλά και σε σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας.

Η εισαγωγή νέων, σύγχρονων μεθόδων διοίκησης- διαχείρισης, με παράλληλη ανάπτυξη εκείνων των λειτουργικών διασυνδέσεων που θα επιτρέψουν τη συνεχή ροή υπηρεσιών και πληροφοριών, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ποιοτική αναβάθμιση του παραγόμενου έργου και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς του.

Η συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα στην εκπλήρωση των παραπάνω προϋποθέσεων είναι πρωταρχική, μια και αποτελεί το σημαντικότερο συντελεστή παραγωγής στο υγειονομικό τομέα, και τον κύριο φορέα σχεδιασμού εφαρμογής και μετασχηματισμού. Ο ρόλος που καλείται σήμερα να παίξει το στελεχιακό υγειονομικό δυναμικό είναι καθοριστικός, για την πορεία και την ορθολογική ανάπτυξη του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας. Έτσι το management, δηλαδή η ικανότητα των διοικούντων να συμβάλλουν θετικά στον μετασχηματισμό και στην εξέλιξη, καθώς και στην αποτελεσματική ανάπτυξη και πρόοδο κάθε επιμέρους υπηρεσίας υγείας, αξιοποιώντας πλήρως το ανθρώπινο δυναμικό τους, έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα και σημασία. Οι συνθήκες όμως κάτω από τις οποίες καλούνται τα στελέχη των νοσοκομείων να εφαρμόσουν σήμερα οποιαδήποτε μορφή management χαρακτηρίζεται από:

- Κτιριακή υποδομή που είναι αποτέλεσμα σταδιακής και εξελικτικής διαδικασίας, η οποία όμως δεν πληρεί συχνά τις λειτουργικές προδιαγραφές και προτεραιότητες.
- Εξοπλισμό ανισοβαρή από πλευράς μεγεθών, χρόνου κατασκευής- απόκτησης και αναγκών συντήρησης.
- Θεσμικό πλαίσιο απαρχαιωμένο, με ασφυκτικό έλεγχο του δημόσιου λογιστικού, δύσκαμπτους κανόνες και αλληλοσυγκρουόμενες πρακτικές, ιδιαίτερη έξαρση της γραφειοκρατίας.
- Μόνιμες καταστάσεις σύγχυσης όσον αφορά τους ρόλους και τις αρμοδιότητες των εκάστοτε διοικήσεων και διευθύνσεων.
- Μη συμμετοχή τους στον προσδιορισμό οποιουδήποτε στόχου σε μικροεπίπεδο νοσοκομείου, όπως και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, σχετικών με την υλοποίησή τους.
- Συγκρούσεις μεταξύ των τριών υπηρεσιών (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής), ως αποτέλεσμα της πολυδιάστατης διεύθυνσης του χώρου που υπάρχει σήμερα.
- Μη συμμετοχή των ιεραρχικά υπευθύνων στην επιλογή, αλλά και στην εξέλιξη των συνεργατών τους, αφού τόσο η επιλογή, όσο και η εξέλιξή τους γίνεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπει το δημοσιονομικό παλληλικό καθεστώς, που ισχύει σήμερα.
- Αδυναμία αντικειμενικής κατάρτισης και εκτέλεσης πραγματικού και «βέβαιου» προϋπολογισμού, είναι γνωστό μόνο στο τέλος της οικονομικής χρήσης.
- Συγκρούσεις και αντιθέσεις που είναι συνυφασμένες με την ασάφεια των καθηκόντων και υποχρεώσεων των εργαζομένων, αφού δεν υπάρχει ακόμα σαφές καθηκοντολόγιο.

- Παντελή έλλειψη κινήτρων για τους ίδιους και τους συνεργάτες τους, αλλά και έλλειψη οποιουδήποτε συστήματος αποτίμησης-αξιολόγησης του έργου τους.

Κάτω από τις συνθήκες αυτές νομίζουμε ότι τα περιθώρια άσκησης ορθολογικού management, είναι αναγκαστικά πολύ περιορισμένα και η συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού, παρά την σπουδαιότητα που της αποδίδεται, δυστυχώς εκ των πραγμάτων, είναι αποδυναμωμένη.⁸

6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

6.1 Η επιστήμη της νοσηλευτικής



Η νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.¹⁶

Η νοσηλευτική είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να διατηρήσει και να επιτύχει το

υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθάει εκείνον που βρίσκεται σε ένα τέτοιο υψηλό στάδιο κινδύνου, δηλαδή σε προνοσηρή κατάσταση, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Ανιχνεύει και ανευρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Τέλος, φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπο ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του, μέσα στα όρια της αναπηρίας του ή να έχει ειρωνικά τα τέλη της ζωής του. Το μοναδικό έργο της αδελφής νοσοκόμου, όπως περιγράφει η Henderson, είναι η βοήθεια του ατόμου, υγιούς ή ασθενούς, για όσο διάστημα χρειάζεται στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία και την αποκατάστασή τους ή ακόμη και στον ειρωνικό θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές θα εκτελούσε το ίδιο το άτομο, αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση.¹⁷

Η νοσηλευτική είναι υπεύθυνο κοινωνικό έργο. Αποβλέπει στην περιφρόρηση και τη φροντίδα της ανθρώπινης υγείας, που αποτελεί μέγιστο

συντελεστή στην πολυμερή ανάπτυξη της κοινωνίας και τη δημιουργία ανώτερου πολιτισμού. Την κοινωνική διάσταση της νοσηλευτικής τονίζει και η καθηγήτρια Hildegard Perla, όταν γράφει ότι η νοσηλευτική είναι δύναμη που προάγει την ωρίμανση και την κίνηση της προσωπικότητας του ανθρώπου προς τη δημιουργική, οικοδομική, παραγωγική, προσωπική και κοινωνική ζωή.

Εξάλλου αυξάνει την κοινωνική σημασία της νοσηλευτικής ο διαπροσωπικός της χαρακτήρας. Δηλαδή το γεγονός ότι είναι υπηρεσία ανθρώπου προς άνθρωπο και προσφέρεται πάντοτε μέσα σε κλίμα διαλόγου, συνεργασίας και διαπροσωπικών σχέσεων με απεριόριστες δυνατότητες επιδράσεως στο χαρακτήρα και την ψυχολογία του αρρώστου.

Η νοσηλευτική είναι έργο αγάπης, πίστεως και υπομονής. Βασίζεται σε πνευματικά θεμέλια και εμπνέεται από χριστιανικά ιδεώδη. Είναι επιστήμη της αγάπης. Συγγενεύει με το έργο της μητέρας και την πράξη του «καλού Σαμαρείτου». Είναι παρουσία εφαρμοσμένης αγάπης. Προσφέρει διακονία, άνεση, συμπάρασταση, άμεση βοήθεια, ανακούφιση, παρηγοριά, προστασία, αναστήλωση ψυχική και διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας.

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη, θεωρία και πράξη. Γι' αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τη νοσοκόμο το συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Παντού και πάντοτε να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στην εξυπηρέτηση της υγείας του ανθρώπου με ζήλο και ηρωισμό. Ωστε να ανανεώνονται τα γηρατειά, να υπερνικάτε η αρρώστια, οι κατάκοιτοι να σηκώνονται και οι άρρωστοι να αισθάνονται δυνατοί σύμφωνα με το λόγο: «Γήρας ανακαινίζεται και αρρώστια νικάται, και πηδῶσιν οι επικλίνης, και ασθενούνταε περιζωννύονται δύναμιν».

Η νοσηλευτική είναι έργο που καλλιεργεί την ψυχή, μορφώνει τη διάνοια και προάγει την ολοκλήρωση και αρτίωση της προσωπικότητας της νοσηλεύτριας. Η νοσηλεύτρια ενώ νοσηλεύει και βοηθάει τον ασθενή να αναρρώσει από την ασθένειά του ή συνεργάζεται με άτομα για την επίλυση προβλημάτων της υγείας του, ωφελείται η ίδια. Ευρύνει τις γνώσεις και την πείρα της σχετικά με το μεγαλείο της αρχιτεκτονικής του ανθρώπινου οργανισμού. Επίσης, σπουδάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις άυλες δυνάμεις της προσωπικότητας του ανθρώπου. Πώς υπερβαίνει κρίσιμες

καταστάσεις και πώς ανασυγκροτείται ψυχοσωματικά. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες αυτές οδηγούν την νοσηλεύτρια σε βαθύτερη αυτοκατανόηση, μεγαλύτερη ωριμότητα και θαυμασμό. ¹⁶

6.2 Ανάπτυξη της νοσηλευτικής κατά τη μυθική εποχή

Από τότε που ο άνθρωπος άρχισε να χρησιμοποιεί το νου του για να ερμηνεύει το γύρω του κόσμο, πράγματα και φαινόμενα, παρατήρησε και διάκρινε τη σκοπιμότητα της νοσηλευτικής φροντίδας για την αρρώστια.

Με την πείρα και σιγά σιγά, κατέληξε να διαπιστώσει ακόμα και από τυχαία περιστατικά και γεγονότα, π.χ όποιος πονούσε στο κορμί από κρουολόγημα, θεραπευόταν με τριβή. Έτσι ο ασθενής υποβαλλόταν , αντί της σημερινής τριβής σε βάνουσα γρονθοκοπήματα.

Άλλο σημαντικό κίνητρο για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής ήταν ο νόμος της αυτουσυντήρησης, που αποτελεί θεμέλιο της ανθρώπινης ζωής. Από αυτόν τον νόμο πηγάζει με ενστικτώδη τρόπο η τάση για τη διατήρηση της υγείας και έτσι ο άνθρωπος ωθήθηκε στην εξεύρεση των μέσων και των τρόπων θεραπείας των ασθενειών, στην ανάπτυξη δηλαδή της ιατρικής και παράλληλη της νοσηλευτικής. Ακόμα ένα στοιχείο που συντέλεσε στην προαγωγή της νοσηλευτικής, ήταν το συμφέρον της ομάδας.

Ο αρχηγός της ομάδας που είχε αρρώστους και μάλιστα άνδρες, δισειθανόταν τον αφανισμό της φυλής και γι' αυτό ο ίδιος και με τους ιερείς ή μάγους, φρόντιζε για τη θεραπεία τους. Μέσα από αυτές τις προσπάθειες πάντα, αναπτυσσόταν η νοσηλευτική. Όλα αυτά βέβαια ανάγονται σε εποχές από τους ιστορικούς χρόνους , δηλαδή πριν την αποκάλυψη της γραφής με συνέπεια να μην ελέγχεται η αλήθεια τους εύκολα από την επιστήμη. ¹⁸

6.3 Η νοσηλευτική στην πρωτόγονη εποχή

6.3.1 Οι γραίες

Οι γραίες ή γερόντισσες, ηλικιωμένες γυναίκες που εκτός από τη γυναικεία συναισθηματικότητα, διέθεταν και εξαιρετη πείρα εξαιτίας της ηλικίας τους γύρω από τα θέματα νοσηλείας των αρρώστων, πολλές δε από αυτές ήταν προικισμένες με κάποιες περίεργες και δυσεύρετες ιδιότητες σωματικές και ψυχικές με τις οποίες επηρεάζουν το περιβάλλον δυσμενώς ή ευμενώς.

Οι γερόντισσες αυτές γνωρίζουν να περιποιούνται τους ασθενείς, κατακλείνουν τον τραυματία, προσφέρουν αφεψήματα, καταπραΰντικά κ.τ.λ., ακόμα καταφεύγουν σε εξορκισμούς για την αποβολή των δαιμονίων. Αυτές λοιπόν είναι οι πρώτες «νοσηλεύτριες». ^{18,19}

6.4 Η νοσηλευτική στην προχριστιανική εποχή

6.4.1 Οι λαοί της Μεσοποταμίας

Ο Ηρόδοτος παρέχει μαρτυρίες από έθιμα ιατρικά και νοσηλευτικά των διαφόρων λαών.

Οι γνώσεις γύρω από τις μεθόδους θεραπείας και νοσηλείας πηγάζουν κυρίως από εφτακόσιες περίπου πλάκες, που ανακαλύφθηκαν σε ανασκαφές το 1849 και αποτελούν μέρος της μεγάλης βιβλιοθήκης του βασιλιά Σαρδανάπαλου. Αυτές οι πλάκες είναι τώρα τοποθετημένες στο Βρετανικό μουσείο του Λονδίνου, είναι ιατρικού περιεχομένου και αποδεικνύουν ότι πιθανόν οι Βαβυλώνιοι, να είχαν φθάσει σε υψηλό επίπεδο μεθόδων θεραπείας, μάλιστα δε, είχαν αναπτύξει ειδικότητες νοσηλείας. Διέθεταν δε, σωρεία φαρμάκων, φυσικά και ορυκτά.

Οι ιατροί σύμφωνα με τις μαρτυρίες, φαίνονται να είχαν προσεγγίσει τα όρια της επιστημονικής ιατρικής και νοσηλευτικής, αφού περιέγραφαν

θεραπείες με επιθέματα, επιδέσμους, μαλάξεις, πλύσεις τραυμάτων, δίαιτα και ανάπαυση, χρήση εμετικών και υπόθετων, συστάσεις ατομικής υγιεινής κ.τ.λ.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της ανακάλυψης κατά τις ανασκαφές στα Σούσα (1902) του δικαστικού κώδικα του Χαμουραμπί. Περιεχόμενό του οι νομικές διατάξεις που ρυθμίζουν θέματα θεραπείας και γενικά περί ιατρικής-νοσηλευτικής δεοντολογίας.^{18,19}

6.5 Η νοσηλευτική στην ελληνική εποχή

6.5.1 Ο Ασκληπιός και τα Ασκληπιεία

Ο Ασκληπιός είναι γνωστό ότι ανακηρύχθηκε δημόσια, το 420 π.χ, θεότητα στην Αθήνα και για πολλούς αιώνες είχε εμπνεύσει σεβασμό μέχρι λατρείας. Πολλοί με το όνομα Ασκληπιεία είχαν αναφερθεί προς τιμή του, όπως στα Τρίκαλα, στην Κνίδο Μικράς Ασίας, στην Κυρήνη Λιβύης, στην Επίδαυρο Αργολίδας, στην Αθήνα και στην Κω.

Μερικοί από τους ναούς του Ασκληπιού, είχαν μετατραπεί σε σχολές ιατρικές της εποχής εκείνης, στις οποίες αρχικά υπήρχαν στοιχεία μαγείας, νέας δεισιδαιμονίας, σιγά σιγά όμως με τις θετικές παρατηρήσεις άρχισαν να απομακρύνονται για να παραχωρήσουν τη θέση τους στην επιστήμη.^{18,19}

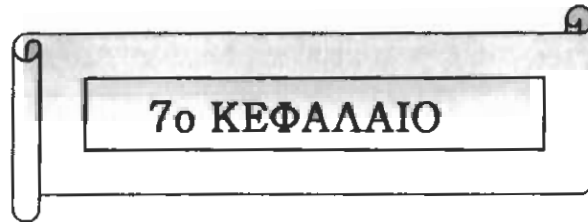
6.6 Η νοσηλευτική στην χριστιανική εποχή

Με την επικράτησή του ο χριστιανισμός αποτέλεσε ένα σπουδαίο παράγοντα στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής. Αφού διαδόθηκαν και εμπεδώθηκαν οι χριστιανικές αρχές της αγάπης, της φιλανθρωπίας κ.τ.λ. στην πίστη του λαού, δημιουργήθηκαν οι καλύτερες συνθήκες, για την οργάνωση προσφοράς νοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς γενικά.

Τώρα η συμπάθεια και η συμπάρασταση προς τους πάσχοντες δεν θεωρούνταν σαν απλή αρετή και καθήκον, αλλά υποχρέωση και καθήκον. Οι νοσηλευτικές φροντίδες δεν προσφέρονταν μόνο από δούλους ή άλλα πρόσωπα κατώτερης τάξης, αλλά από όλους τους χριστιανούς.

Στην πρώτη χριστιανική περίοδο της εκκλησίας που κατεξοχήν διδάσκονταν η ισότητα όλων των ανθρώπων ανεξάρτητα από γένος, φυλή, έθνος, θρησκεία κ.τ.λ, βλέπουμε να οργανώνεται προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών από τις γυναίκες. Αυτές παράλληλα με τα εκκλησιαστικά τους καθήκοντα, ασκούσαν και την νοσηλευτική με τον τίτλο των διακονισσών.

Πάντως, μέχρι την ανακήρυξη του χριστιανισμού σε επίσημη θρησκεία (4^{ος} αιώνας μ.χ) οι πληροφορίες αναφορικά με την οργάνωση της νοσηλευτικής είναι συγκεχυμένες και ελλιπείς, ενώ για τις μετέπειτα χρονικές περιόδους, έχουμε στοιχεία που μας επιτρέπουν την παρακολούθηση της εξέλιξής της μέχρι σήμερα.^{18,19}



7ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

7.1 Θεμελιώδεις αξίες νοσηλευτικής

Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρχε πάντα μόνιμο, συνεχή και διαρκές σημείο στον πυρήνα της νοσηλευτικής. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει πλούσια ιστορία αφομοίωσης και αποστολής στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας των ατόμων, οικογενειών και κοινωνιών. Η πρόοδος της γίνεται αντιληπτή περισσότερο από την αφομοίωση του έργου της, την προσήλωση και την συνεχή ανταπόκριση στις ανθρώπινες αξίες και απαιτήσεις.

Η ολιστική θεώρηση του ανθρώπου έχει την αρχή της στην Ιπποκρατική σκέψη. Αυτή η θεώρηση του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερο και υψηλότερο νόημα, με την χριστιανική ανθρωπολογική προοπτική. Η χριστιανική αντίληψη θεωρεί τον άνθρωπο σαν βιοψυχοκοινωνικό και πνευματικό ον, μοναδική, ανεπανάληπτη, αναντικατάστατη και ασύγκριτη ύπαρξη με μοναδική και προσωπική ψυχή, που δεν μπορεί να ανταλλαγεί με ολόκληρο τον κόσμο. Εφόσον ο άνθρωπος έχει εσωτερική αξία, η νοσηλευτική δεν προσφέρει με όρους τις υπηρεσίες της σύμφωνα με τα τυχαία χαρακτηριστικά και προνόμια του ανθρώπου, αλλά παρέχει φροντίδα χωρίς διάκριση, με αγάπη και ενδιαφέρον. Η σύγχρονη νοσηλευτική διατηρεί την ίδια αξιολογική προοπτική και πλαίσιο αναφοράς.

Έτσι ανευρίσκονται οι ακόλουθες αξίες:

- ✦ Φιλεύσπλαχνη φροντίδα και ενδιαφέρον για το νοσηλευόμενο άνθρωπο.
- ✦ Δέος για το δώρο της ζωής.
- ✦ Σεβασμός για την αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπινου όντως.
- ✦ Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.
- ✦ Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
- ✦ Συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.¹⁶

7.2 Η νοσηλευτική τέχνη και πράξη

Οι επιστημονικές γνώσεις και αρχές μόνο, δεν έχουν τη δύναμη να επιτελούν νοσηλευτικό έργο. Απαιτείται και η νοσηλευτική τέχνη, δηλ. η νοσηλευτική πράξη. Η νοσηλευτική υπάγεται στις καλές τέχνες σαν τη ζωγραφική, την μουσική, την ποίηση.

Η νοσηλευτική σαν πράξη καθιστά το νοσηλευτή δραστήριο, τον κάνει να ζει το παρόν, να ασχολείται με τη ζωή. Ότι ενισχύει τη ζωή και την ψυχοσωματική ανάπτυξη του ανθρώπου είναι μέσο και σκοπός του. Δε μπορεί να ζήσει μόνο με την επιστήμη. Πρέπει να φέρνει τη «ζωή» κάθε μέρα στο θάλαμο, όχι μόνο τις γνώσεις του.²⁰

Η ουσία της νοσηλευτικής τέχνης, είναι η φροντίδα του αρρώστου. Τη φροντίδα αυτή απαρτίζουν τα εξής στοιχεία:

- ❖ Ανακούφιση σωματική και ψυχική.
- ❖ Αγάπη, θαλπωρή.
- ❖ Παρουσία, ενδιαφέρον, μέριμνα.
- ❖ Σεβασμός, άγρυπνη παρακολούθηση, ηρωισμός, θυσία.
- ❖ Διάλογος, συμμετοχή, υποστήριξη ψυχοσωματική.
- ❖ Συμβουλευτική υγιεινή.
- ❖ Διδασκαλία και διατήρηση της υγείας.

Επιπλέον η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει τον χειρισμό ορισμένων οργάνων, συσκευών και μηχανημάτων. Ο χειρισμός αυτών απαιτεί γνώση της λειτουργίας, την παρακολούθηση και ερμηνεία των πληροφοριών, τις οποίες μεταδίδουν για την κατάσταση του αρρώστου, αλλά και με την αντίληψη της μη καλής λειτουργία τους, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχής νοσηλεία και παρακολούθηση του αρρώστου. Εκτός όμως από αυτήν, η νοσηλευτική τέχνη παρουσιάζει μια πολυμέρεια και πολυμορφία. Αναφέρονται ορισμένες από τις συνηθέστερες μορφές της, οι οποίες ανάλογα με την νοσηλευτική περίσταση ασκούνται μεμονωμένα ή σε ποικίλους συνδυασμούς:

- ▶ Η διδακτική τέχνη.
- ▶ Η τέχνη του νοσηλευτικού διαλόγου.
- ▶ Η τέχνη της παρατήρησης.
- ▶ Η τέχνη της συνεργασίας.
- ▶ Η τέχνη του αρχηγού- ηγετική τέχνη.
- ▶ Η τέχνη της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.
- ▶ Η τέχνη της νοσηλευτικής έρευνας.

Οι μορφές αυτές της νοσηλευτικής τέχνης στηρίζονται μεν σε επιστημονικές αρχές, αλλά απαιτούν και καλλιεργημένες δεξιότητες.

Επομένως η επιστήμη και η τέχνη έχουν σημαντική θέση και αποστολή στο νοσηλευτικό έργο. Δηλαδή λύνουν προβλήματα τα νοσηλευτικής, η μια γνωσιολογικά και η άλλη τεχνικά. ¹⁶

7.3 Το πνεύμα της νοσηλευτικής

Η νοσηλευτική αν και χαρακτηρίζεται συνήθως σαν επιστήμη και τέχνη, εντούτοις είναι σύνθεση τριών στοιχείων: επιστήμης, τέχνης και πνευματική αντιμετώπιση του ανθρώπου. ¹⁶

Οι πνευματικές αρχές και βάσεις της νοσηλευτικής στην πατρίδα μας έχουν διαμορφωθεί από τον ιατρικό και φιλοσοφικό αρχαίο ελληνικό πνεύμα, ολοκληρώθηκαν από τη χριστιανική πίστη και διατυπώθηκαν θεωρητικά κατά τη βυζαντινή εποχή.

Οι αρχές αυτές είναι:

1. Ολική θεώρηση του ανθρώπου.
2. Πίστη στην εσωτερική αξία τους.
3. Χριστιανική αγάπη στη νοσηλεία του αρρώστου.

Το πνευματικό αυτό τρίπτυχο αποτελεί το ιδεώδες της ελληνικής νοσηλευτικής, εμπνέει όλους τους σύγχρονους οραματισμούς και προγραμματισμούς στους τομείς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και κλινικής άσκησης.

Στο νοσηλευτικό έργο συναντάμε την εξαιρετη και θαυμάσια ενότητα που καλείται άνθρωπος που δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο με τις επιστήμες, της ανατομίας, της φυσιολογίας, της φυσικής, της χημείας και των άλλων επιστημών. Ο άνθρωπος υπάρχει σαν πρόσωπο με υψηλό προορισμό, με πίστη, φιλοσοφία ζωής, κοινωνικούς δεσμούς, με προβλήματα και συγκρούσεις. Επομένως, το δημιουργήμα άνθρωπος απαιτεί ολική θεώρηση και ολοκληρωμένη νοσηλεία.

Συμπερασματικά τονίζονται τα παρακάτω:

≡ Σαν επιστήμη η νοσηλευτική αντλεί εκλεκτικά αρχές και θεωρίες από βασικές και εφαρμοσμένες επιστήμες.

≡ Σαν τέχνη η νοσηλευτική στηρίζεται μεν σε επιστημονικές αρχές, αλλά απαιτεί και καλλιεργημένες δεξιότητες.

≡ Η νοσηλευτική κυρίως διέπεται και εμπνέεται από πνευματικές αρχές, χωρίς τις οποίες δεν χρησιμεύει ούτε η επιστήμη, ούτε η τέχνη.

18

7.4 Η επιστημονική διάσταση της νοσηλευτικής

Η νοσηλευτική σπουδάζεται σήμερα σαν επιστήμη στην Ανώτερη και Ανώτερη εκπαίδευση, χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές και θεωρίες, βασικές και εφαρμοσμένες επιστήμες π.χ τη φυσική, τη χημεία, την ανατομία, την υγιεινή κ.α.

Από όλες σχεδόν τις επιστήμες αντλεί η νοσηλευτική εκλεκτικά αρχές και γνώσεις τις οποίες προσαρμόζει, συσχετίζει, συνθέτει σε ποικίλους και μοναδικούς συνδυασμούς. Τις επιστημονικές αυτές αρχές τις ενσωματώνει

στις δικές της θεμελιώδεις αρχές και τις χρησιμοποιεί στη νοσηλεία των αρρώστων και την περιφρούρηση της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.

Η νοσηλευτική επιστήμη προάγεται με τις βασικές γνώσεις των επιστημών και με ειδική επιστημονική έρευνα που διενεργούν επιστημονικά καταρτισμένοι νοσηλευτές. Η έρευνα αυτή γίνεται σε πανεπιστημιακές νοσηλευτικές σχολές όλων των χωρών του κόσμου. Τα ερευνητικά πορίσματα δημοσιεύονται σε πανεπιστημιακές διατριβές, νοσηλευτικά βιβλία και νοσηλευτικά περιοδικά διεθνούς κυκλοφορίας. Επιπλέον γίνονται συχνά νοσηλευτικά σεμινάρια και παγκόσμια συνέδρια νοσηλευτών, όπου αναπτύσσονται όλες οι εξελίξεις της νοσηλευτικής.¹⁶

8ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

8.1 Βασικές έννοιες νοσηλευτικής



Οι νοσηλευτικές θεωρίες παρέχουν γνώσεις για τη βελτίωση της ασκήσεως της νοσηλευτικής με την περιγραφή, ερμηνεία, πρόβλεψη και κατεύθυνση των φαινομένων.

Η θεωρία εξασφαλίζει επαγγελματική αυτονομία κατευθύνοντας την άσκηση, την εκπαίδευση και την έρευνα στο επάγγελμα. Η μελέτη της θεωρίας βοηθάει στην ανάπτυξη αναλυτικής σκέψης, την αποσαφήνιση αξιών, αρχών και υποθέσεων και στον καθορισμό σκοπών για την νοσηλευτική εκπαίδευση, άσκηση και έρευνα.

Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής θεωρίας δείχνει τη ζωτικότητα της νοσηλευτικής σας επιστήμη. Η νοσηλευτική δείχνει ενδιαφέρον για τα φαινόμενα που είναι σημαντικά για την υγεία των ατόμων και της κοινωνίας, καθώς και ικανότητα μελέτης αυτών των φαινομένων με τρόπους που αποτελούν ερεθίσματα για τη διερεύνηση νέας γνώσης.^{3,21}

Διάφοροι «ορισμοί» της «νοσηλευτικής» δίνονται από επιστήμονες νοσηλεύτριες.

Κατά την F. Nightingale η νοσηλευτική είναι τέχνη και επιστήμη που αποβλέπει στην αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας στην πρόληψη ή θεραπεία των αρρώστων με τη δημιουργία κατάλληλων υγιεινών συνθηκών.

Η θεωρία της βασίζεται στο περιβάλλον. Λέει ότι το περιβάλλον είναι ικανό να προλάβει, να θεραπεύσει ή να συντελέσει στην αρρώστια, τα ατυχήματα ή το θάνατο. Το περιβάλλον αντιπροσωπεύει όλες τις εξωτερικές συνθήκες και επιδράσεις, που επηρεάζουν τη ζωή και την ανάπτυξη του

ανθρώπου. Ενώ ο όρος περιβάλλον δεν εμφανίζεται στα γραπτά της, οι κυριότερες αρχές της για τον αερισμό, την θέρμανση, τον φωτισμό, τη διαίτα, την καθαριότητα και ότι οι νοσηλεύτριες μπορούν να κάνουν ευνοϊκές τις παραπάνω συνθήκες χρησιμοποιώντας κοινό νου, παρατηρητικότητα, επιμονή και εφευρετικότητα. Έτσι η νοσηλεύτρια, η φύση και ο άρρωστος μπορούν να συνεργαστούν να λάβει χώρα η ανάρρωση.

Η Henderson αναφέρει ότι «το μοναδικό έργο της νοσηλεύτριας είναι η βοήθεια του ατόμου, αρρώστου ή υγιούς, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συντελούν στην υγεία και την ανάρρωση (ή στον ειρηνικό θάνατο), και που θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια, αν είχε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση. Να προσφέρει δε τη βοήθεια αυτή η νοσηλεύτρια κατά τρόπο ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία το άτομο στο συντομότερο δυνατό διάστημα».

Η θεωρία αυτή χρησιμεύει σαν ακρογωνιαίος λίθος για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης.

Επίσης, η Henderson γράφει ότι η νοσηλεύτρια που θέλει να κατανοήσει και να βοηθήσει τον άρρωστο, επιδιώκει να συναντήσει και να επικοινωνήσει με τους φίλους και την οικογένειά του. Η μεγαλύτερή της συμβολή σε ορισμένες περιπτώσεις αρρώστων, μπορεί να βοηθήσει ένα μέλος της οικογένειας να καταλάβει τι χρειάζεται ο άρρωστος από αυτό. Η Henderson πιστεύει ότι τελικά και θεμελιακά, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας που δίνει την φροντίδα.

Η F. Abdellah περιγράφει τη νοσηλευτική σαν υπηρεσία προς άτομα και οικογένειες, συνεπώς προς την κοινωνία. Βασίζεται σε μια τέχνη και επιστήμη που διαμορφώνει τις στάσεις, διανοητικές ικανότητες και τεχνικές δεξιότητες της νοσηλεύτριας, σε επιθυμία και ικανότητα να βοηθάει αρρώστους και υγιείς, να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες υγείας τους.^{3,21}

Η θεωρία της D. Orem για τη νοσηλευτική αναφέρεται στην παροχή άμεσης βοήθειας σε άτομο λόγω της ιδιαίτερης αδυναμίας να φροντίσει τον εαυτό του. Οι ανάγκες του ατόμου για νοσηλευτική φροντίδα, τροποποιούνται και προοδευτικά εκλείπουν όταν υπάρχει ευνοϊκή αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του (ανάρρωση), όταν μαθαίνει πώς να εφαρμόζει την καθημερινή φροντίδα του μαζί με την θεραπεία του, ή όταν ένα μέλος της οικογένειάς του

μαθαίνει και μπορεί να τον βοηθήσει, είτε ανεξάρτητα, είτε με νοσηλευτική κατεύθυνση και επίβλεψη.

Η Peplan έδωσε στους νοσηλευτές την ευκαιρία να διδάσκουν στους αρρώστους πώς να βιώνουν συνειδητά τα συναισθήματά τους και να αναπτύσσουν τρόπους αποδοχής και αντιμετώπισης των συναισθημάτων τους. Η Peplan περιγράφει τη νοσηλευτική σαν σωματική, θεραπευτική, διαπροσωπική, παιδαγωγική διεργασία και δύναμη, που προωθεί την ωρίμανση και ανάπτυξη της προσωπικότητας προς μια ζωή δημιουργική, ωφέλιμη και παραγωγική για το άτομο (άρρωστο και νοσηλευτής) και την κοινωνία.

Η Joyce Travelbee αναφέρεται στην διαπροσωπική θεωρία της νοσηλευτικής, την οποία ορίζει σαν διαπροσωπική διεργασία με την οποία βοηθείται η οικογένεια να προλάβει ή να αντιμετωπίσει την εμπειρία της αρρώστιας και της δοκιμασίας και αν χρειάζεται να βρει νόημα στην εμπειρία του νοσηλευτή, για την αρρώστια και την δοκιμασία, για τον άνθρωπο και τη ζωή.^{3,21}

Η νοσηλευτική κατά την King είναι διεργασία πράξεων, αντιδράσεων και επικοινωνιών με την οποία οι νοσηλευτές βοηθούν τα άτομα όλων των ηλικιών και όλων των κοινωνικών ομάδων, να ικανοποιούν τις βασικές ανάγκες τους μέσω δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και να αντιμετωπίζουν την αρρώστια και την υγεία σε ένα ιδιαίτερο σημείο του κύκλου της ζωής.

Η Wiedenbach περιγράφει την κλινική νοσηλευτική, σαν σύνθεση τεσσάρων στοιχείων που είναι: φιλοσοφία, σκοπός, άσκηση και τέχνη. Η κλινική νοσηλευτική θεωρείται τέχνη, παροχή βοήθειας. Ακόμη συνδυασμός σκέψεων, συναισθημάτων και πράξεων για την εξυπηρέτηση ενός ατόμου που έχει ανάγκη για βοήθεια.

Για την Roy, σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθάει τον άνθρωπο να προσαρμόζεται σε αλλαγές, στις βιολογικές του ανάγκες, στην ιδέα για τον εαυτό του, στην άσκηση του ρόλου και στις σχέσεις τους αλληλεξαρτήσεως κατά την υγεία και την αρρώστια.

Για την Levine στην θεωρία της περιλαμβάνει τέσσερις «αρχές διατηρήσεως». Αυτές αναφέρονται στην αρχή διατηρήσεως της ενέργειας, της σωματικής ακεραιότητας, καθώς και της προσωπικής- ψυχολογικής και τέλος, της κοινωνικής.

Για την M. Rogers σκοπός της νοσηλευτικής είναι να προωθήσει την αρμονία μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντός του, να ενισχύσει τη συνοχή και την ακεραιότητα του ανθρώπινου πεδίου και των πεδίων του περιβάλλοντος, με σκοπό να βοηθήσει τον άνθρωπο να φθάσει μια μέγιστη κατάσταση υγείας, σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής.^{3,21}

8.2 Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.^{3,10}

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- 1) Αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
- 2) Ο αντικειμενικός σκοπός.
- 3) Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
- 4) Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
- 5) Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η διατήρηση της υγείας του ατόμου, η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος, η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου και τέλος, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στα άτομα.³

8.2.1 Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου

Ο νοσηλευτής διερευνά, αναγνωρίζει και προσδιορίζει τα συμπτώματα, τα προβλήματα και τις ανάγκες του ατόμου.^{3,10}

8.2.2 Αντικειμενικός σκοπός

Είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Είναι το αποτέλεσμα που περιμένουμε σε σχέση με το κάθε πρόβλημα/ ανάγκη. Θα πρέπει να είναι συγκεκριμένος, να μπορεί να μετρηθεί, να είναι πραγματικός, να καθορίζεται χρονικά, να έχει ως επίκεντρο τον άρρωστο και να είναι γραπτός.^{3,10}

8.2.3 Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Καθορίζει τη συγκεκριμένη νοσηλευτική φροντίδα και τις παρεμβάσεις της νοσηλευτικής προκειμένου, να επιτευχθεί ο αντικειμενικός σκοπός. Περιλαμβάνουν ενέργειες, σκέψεις και δραστηριότητες, που σχετίζονται άμεσα με το πρόβλημα/ ανάγκη και ιδιαίτερα με τον αντικειμενικό σκοπό.^{3,10}

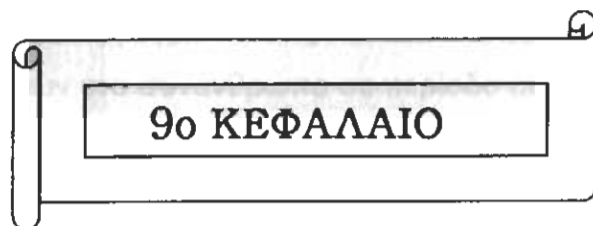
8.2.4 Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας

Ο νοσηλευτής προχωρεί στην εκτέλεση του προγράμματος νοσηλείας για το συγκεκριμένο άρρωστο, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζει να συλλέγει νέες πληροφορίες. Η εφαρμογή του προγράμματος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, επιτυγχάνει την ολική φροντίδα του αρρώστου, διότι λαμβάνει υπόψιν τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτιστικές, οικονομικές ανάγκες του συγκεκριμένου αρρώστου και συμβάλει στην μερική και πλήρη βελτίωση της υγείας του.^{3,10}

8.2.5 Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας

Περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας και της προόδου του αρρώστου προς την ανάρρωση με βάση πάντα τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλείας του ατόμου.

Ακόμη, επισημαίνει και τα σημεία εκείνα όπου η φροντίδα χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή.^{3,10}



9.1 Η νοσηλευτική σαν επάγγελμα

Η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος απαιτεί σαφή περιγραφή των λειτουργικών πράξεων και υπηρεσιών που προσφέρει, των υποχρεώσεων του επαγγελματία νοσηλευτή ή του ελεύθερου επαγγελματία. Απαιτεί κατοχύρωση επαγγελματικών δικαιωμάτων και γενικότερα προστασία του ιδίου του επαγγέλματος.

Σύμφωνα με τον ορισμό, επάγγελμα είναι κάθε αμειβόμενη και συστηματική ασκούμενη δραστηριότητα του ανθρώπου. Επαγγελματίας είναι ο ασκών ή κατά συγκεκριμένη υπηρεσία ή αυτός που ασκεί κάποιο επάγγελμα για βιοπορισμό. Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα ασκούμενο μεμονωμένα ως ελεύθερο, αλλά και κάτω από υπαλληλική ιδιότητα ως λειτουργικό. Είναι επάγγελμα ανθρωπιστικό και αναγνωρίζεται διεθνώς ως επιστημονικό, εφόσον η νοσηλευτική διδάσκεται στα Α.Ε.Ι, έχει δικό της γνωστικό αντικείμενο, δική της έρευνα. Τέλος, η νοσηλευτική είναι και τεχνικό επάγγελμα, το οποίο είναι αντικείμενο της τεχνικής εκπαίδευσης Τ.Ε.Ι.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα ασκείται σαν λειτουργικό αλλά και σαν ελεύθερο. Είναι επιστημονικό και τεχνικό, αλλά και ανθρωπιστικό και κοινωνικό. Στην νοσηλευτική όμως κυριαρχεί το στοιχείο της χρησιμότητας, βάση του οποίου στοιχειοθετείται η έννοια του επαγγέλματος π.χ. δάσκαλος, δικαστής, νοσηλευτής.²²

Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα που από τη φύση πρέπει να ασκείται με αλtruισμό. Ο νοσηλευτής, ο οποίος είναι αλtruιστής επαγγελματίας, εξυπηρετεί αμειβόμενος τον συνάνθρωπό του, επιδεικνύει σεβασμό, ευσυνειδησία και αγάπη. Αισθάνεται ηθική ικανοποίηση για ότι κάνει τίμια και σωστά χωρίς να εκμεταλλεύεται το συνάνθρωπό του, κάποια ανάγκη του

οποίου καλύπτει, με την υπηρεσία που του προσφέρει. Ικανοποιημένος ηθικά ο επαγγελματίας, τείνει στην βελτίωσή του και την τελειοποίησή του.

Ο σκοπός της άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, είναι η προσφορά υπηρεσιών στο συνάνθρωπο σε περίοδο αυξημένων αναγκών ή δυστυχίας, σε περίοδο που αδυνατεί να προστατέψει τον εαυτό του. Η επαγγελματική προσφορά, γίνεται με αυξημένο αίσθημα ευθύνης, τιμότητας και σεβασμό προς τον συνάνθρωπο.

Το επάγγελμα πρέπει να ασκείται από τον καθένα, όχι μόνο για τον βιοπορισμό, αλλά με τη συναίσθηση και την πεποίθηση ότι εξυπηρετεί το γενικότερο κοινωνικό σκοπό, μέσα στον οποίο είναι τοποθετημένο και το δικό του συμφέρον, αφού και αυτός αποτελεί μέρος του οργανικού συνόλου.²²

Χρήσιμο θα ήταν εδώ να αναφερθεί ο σχετικός λόγος του Ε. Παπανούτσου: «Αξίζει να σημειωθεί ιδιαίτερα ότι στον αληθινό επαγγελματία υπάρχει συνειδητή (και όχι σπάνια ασυνείδητη) η πεποίθηση ότι, πέρα από τον απλό βιοπορισμό, πέρα από την κοινωνική θέση που εξασφαλίζει το επάγγελμα, κάποιος γενικότερος κοινωνικός σκοπός εξυπηρετείται με αυτό (το επάγγελμά του)».²³

9.2 Τα ηθικά προσόντα των νοσηλευτών

Οι απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος, δεν μπορούν να εκπληρωθούν από τους νοσηλευτές, αν δε διαθέτουν τα κατάλληλα προσόντα. Αυτά θα αναπτύξουν και θα τα αποκτήσουν αν έχουν τις ψυχικές και πνευματικές διαθέσεις χαρακτηριστικές για την νοσηλευτική τους αποστολή, όπως είναι:



- ☞ Η θέληση να ανακουφίζουν, υποστηρίζουν, θεραπεύουν.
- ☞ Η αγάπη και ο σεβασμός του ανθρώπου και της ζωής του.
- ☞ Η τιμότητα και η ευσυνειδησία
- ☞ Η συναίσθηση της ευθύνης.

Σημαντική είναι και η περιγραφή των στοιχείων που απαρτίζουν το περιεχόμενο και την ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως την επιχειρεί η Leininger. Είκοσι επτά κύρια στοιχεία ξεχωρίζει, αφήνει δε ανοιχτό περιθώριο και για άλλα ακόμη ανεξερεύνητα.

Αναφέρονται τα πιο αντιπροσωπευτικά:

- ♥ Άνεση
- ♥ Μέριμνα
- ♥ Αγάπη
- ♥ Συμπόνια
- ♥ Ενδιαφέρον
- ♥ Βοήθεια
- ♥ Παρουσία
- ♥ Ανακούφιση του πόνου
- ♥ Συμμετοχή
- ♥ Αποκατάσταση της υγείας
- ♥ Στοργή
- ♥ Εμπιστοσύνη
- ♥ Τρυφερότητα

Στα στοιχεία αυτά παρατηρεί κανείς , μια σύνθεση ψυχικών διαθέσεων και στάσεων από το ένα μέρος και εκφραστικών εκδηλώσεων , τρόπων συμπεριφοράς και πράξεων από το άλλο. Είναι ότι συμμετέχει ολόκληρη η προσωπικότητα των νοσηλευτών στη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρουν στους αρρώστους. ¹⁶

9.3 Επικοινωνία νοσηλευτή και αρρώστου

Ο άνθρωπος σαν μοναδική προσωπικότητα αναπτύσσεται αρμονικά και εμπλουτίζεται με το γόνιμο διάλογο, που δημιουργούν οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου περιλαμβάνει μεν ειδικές κλινικές μεθόδους, αλλά δεν περιορίζεται σε απλές τεχνικές διαδικασίες και απρόσωπα προκαθορισμένα επιστημονικά πλαίσια. Είναι κυρίως «διαπροσωπική διεργασία», δηλαδή ειδική σχέση και επικοινωνία νοσηλευτή και αρρώστου και προϋποθέτει πάντα την αγάπη στην τελειότερη έκφρασή

της, την ολόψυχη συμμετοχή στον πόνο του αρρώστου. Με τον νοσηλευτικό διάλογο ο νοσηλευτής:

- ◆ Γνωρίζει τον άρρωστο σαν πρόσωπο.
- ◆ Εξακριβώνει και εντοπίζει τα προβλήματα και τις ανάγκες του.
- ◆ Εξετάζει πώς η αρρώστια, επηρεάζει την ψυχική διάθεση και στάση του προς τον εαυτό του, τους άλλους, τη ζωή.
- ◆ Επισημαίνει και επιβεβαιώνει με τον ασθενή τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και ανάλογα την αναθεωρεί και την προσαρμόζει.
- ◆ Διδάσκει στον ασθενή τη φροντίδα της υγείας του, όπως ταιριάζει στη δεδομένη περίπτωση.

Η νοσηλευτική σαν «διαπροσωπική διεργασία» επηρεάζει ευνοϊκά την ψυχική κατάσταση του αρρώστου. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, τις επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και φόβους Του. Η εξωτερικεύσή του μεταβιβάζει στο νοσηλευτή, το περιεχόμενο του ψυχισμού του.

Επομένως η νοσηλευτική αποδεικνύεται «θεραπευτική, εκπαιδευτική σχέση» και «η δύναμη να προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας προς δημιουργική, οικοδομητική και παραγωγική προσωπική και κοινωνική ζωή». ²⁴

9.4 Καθήκοντα νοσηλευτή

Καθήκον είναι η πηγαία (χωρίς δηλαδή κανέναν εξωτερικό ή εσωτερικό καταναγκασμό) ψυχική διάθεση, η οποία κατευθύνει τον άνθρωπο σε πράξεις σύμφωνες με τους κανόνες της ηθικής.

Τα γενικά καθήκοντα των νοσηλευτών είναι:

Ο νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες της εκδηλώσεις της ζωής του, προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του, είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας, αποκατάστασης και

ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση, την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή, αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσων της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απόσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτεία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα ή δημιουργεί αθέμιτο ανταγωνισμό μεταξύ των συναδέλφων.

Ο νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με το γιατρό και να συμβάλλει με το θεραπευτικό και τον προστατευτικό του ρόλο, στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενούς.

Πρέπει να συντονίζει τις θεραπευτικές δραστηριότητες, με τις δραστηριότητες των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.

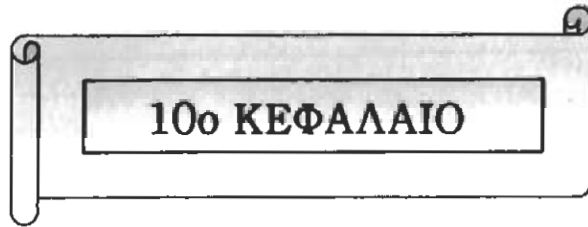
Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ ασθενούς, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων, σε θέματα της αρμοδιότητάς του.

Φροντίζει ώστε το περιβάλλον του ασθενούς να είναι κατάλληλο και ασφαλές.

Σέβεται την προσωπικότητα του ασθενούς και με κάθε τρόπο να διατηρεί και να προστατεύει την ατομικότητά του.²⁵

9.5 Καθήκοντα του νοσηλευτή προς τους ασθενείς

1. Ο νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και να απέσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να θίξει την ελεύθερη βούληση του ασθενή.
2. Ο νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση.
3. Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διαφύλαξή της.
4. Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του, με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης.
5. Ο νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης
 - Όταν κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις
 - Όταν η θεραπευτική αγωγή είναι αντίθετη με τις προσωπικές του ηθικές αντιλήψεις
 - Σε κάθε μια από τις παραπάνω περιπτώσεις, ο νοσηλευτής οφείλει να φροντίσει για τη συνδρομή του ασθενή από συνάδελφό του.²⁴



10.1 Προβλήματα και αντιδράσεις του αρρώστου.

Όταν ο άνθρωπος αρρωσταίνει, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλήματα και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειάς του. Δοκιμάζει και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων, που πρέπει να κατανοηθούν και να αντιμετωπιστούν για την καλύτερη νοσηλεία και θεραπεία του.

Την ψυχική κατάσταση του ασθενή περιγράφει η S. Fouche ως εξής: «ο άρρωστος υποφέρει για ό,τι έχει αφήσει πίσω. Οι ευθύνες του, υποχρεώσεις του, τα βάρη του επαγγέλματός του, πάνε να δημιουργήσουν αγωνία μέσα του και να σταματήσουν το βλέμμα του στο παρελθόν, το τόσο κοντινό εξάλλου, που συγχέεται ακόμη με το παρόν. Η λύπη για όλα όσα δεν πραγματοποίησε ή δεν τελείωσε, η συνείδηση της ανεπάρκειάς του, τον ταρασσουν πιο πολύ τώρα, τον καιρό της αδράνειας, παρά τότε που βρισκόταν πάνω στη μέθη της δουλειάς».

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, υποβάλλεται και σε διαγνωστικές εξετάσεις, χωρίς να καταλαβαίνει το σκοπό τους και χωρίς να μαθαίνει τα αποτελέσματα. Μερικές από τις εξετάσεις που κάνει του είναι άγνωστες, μερικές επώδυνες, πολλές τον τρομάζουν, αλλά κανείς δεν διαθέτει χρόνο να του πει τί σημαίνουν και κανείς δεν τον ενημερώνει, αν τα αποτελέσματα είναι ευνοϊκά ή δυσάρεστα.

Η ασθένεια είναι προσωπική εμπειρία, είναι κρίση και δοκιμασία, η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική υπερένταση. Όλοι οι άρρωστοι δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο. Η αντίδραση και η συμπεριφορά του αρρώστου, επηρεάζεται από την προσωπικότητά του, την ξαφνική εισβολή, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της νόσου.

Είναι τόσο μεγάλη η κίνηση καθημερινά στο νοσοκομείο, όλοι φαίνεται βιαστικοί, πολυάσχολοι και τυπικοί. Ο άρρωστος, πονεμένος θεατής, εξετάζει τους πάντες καθώς τους βλέπει να αγωνίζονται εναντίον της ασθένειάς του. Κατά βάθος όμως ο άρρωστος, ολομόναχος και ξένος.

Η νοσηλεύτρια ανακουφίζει τον άρρωστο που εκδηλώνει άγχος με τους εξής τρόπους:

- ↳ Διαθέτει χρόνο για να ακούσει τί εκφράζει ο ασθενής.
- ↳ Νοσηλεύει κάθε άρρωστο σαν σημαντικό πρόσωπο και σέβεται τα συναισθήματά του.
- ↳ Βοηθάει τον άρρωστο να καταλάβει την ωφέλεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο.
- ↳ Μεταδίδει γνώσεις στον ασθενή που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει ειδικές εξετάσεις ή εγχείρηση.
- ↳ Δημιουργεί ευκαιρίες για τον ασθενή, ώστε να ρωτά και να λύνει τις απορίες του.
- ↳ Διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον άρρωστο. ¹⁶

10.2 Εισαγωγή του αρρώστου

Η νοσηλεύτρια του τμήματος μόλις ειδοποιηθεί τηλεφωνικά ότι έρχεται νέος άρρωστος, ετοιμάζει το κρεβάτι του ανάλογα με το περιστατικό και τον περιμένει. Μόλις έρθει ο ασθενής, τον αποκαλεί με το επίθετό του, τον καλωσορίζει, τον συνοδεύει στο δωμάτιό του και τον συστήνει στους άλλους ασθενείς. Στην συνέχεια ειδοποιεί το γιατρό ότι έφθασε νέος ασθενής.

Συμπληρώνει η νοσηλεύτρια το έντυπο της εισαγωγής.

Παίρνει τα ζωτικά σημεία του ασθενή και τα καταγράφει.

Παρατηρεί καλά την κατάσταση του δέρματος του ασθενή για εξανθήματα και κατακλίσεις και την διανοητική κατάσταση του αρρώστου.

Εξασφαλίζει με κάθε μέσο άνεση και ασφάλεια για τον άρρωστο.

Τον προσανατολίζει, εάν είναι περιπατητικός ασθενής στους χώρους του τμήματος.

Τον ενημερώνει σχετικά με τους κανονισμούς και το ημερήσιο πρόγραμμα του νοσοκομείου.

Τέλος, απαντά πρόθυμα στις ερωτήσεις, χωρίς να δίνει πληροφορίες για τη διάγνωση, πορεία και πρόγνωση της ασθένειας, διότι αυτό αποτελεί ευθύνη του γιατρού. ¹⁶

10.3 Τα δικαιώματα του αρρώστου

- ❑ Κάθε άρρωστος έχει δικαίωμα να φροντίζει την υγεία του, ανεξάρτητα από την κατάσταση του.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα για αξιοπρεπή, ανθρωπιστική και εξατομικευμένη φροντίδα υγείας, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας ή φύλου.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται για την ασθένεια και τη θεραπεία του, για όλες τις εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας με τις συνέπειές τους.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τα ονόματα και τους τίτλους των γιατρών και των νοσοκόμων που έχουν την ευθύνη της νοσηλείας του.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα της εχεμύθειας της συνεντεύξεώς του με τον γιατρό και τον υπεύθυνο νοσοκόμο, σε ότι έχει σχέση με τη νοσηλεία του και την ασθένειά του.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα για συντονισμό και συνέχεια της φροντίδας της υγείας του.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα για κατάλληλη διδασκαλία και εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται και να ερωτάται αν το νοσοκομείο προγραμματίζει ή να κάνει έρευνα που θα επηρεάσει τη νοσηλεία και τη θεραπεία του.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου όταν τις χρειαστεί για διάγνωση, νοσηλεία και θεραπεία.
- ❑ Ο άρρωστος έχει δικαίωμα να εξετάζει τον λογαριασμό με τον οποίο επιβαρύνεται η περίθαλψη και να ζητά αιτιολόγηση.
- ❑ Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να πληροφορείται για τα δικαιώματά του στις διάφορες υπηρεσίες υγείας.¹⁴

Μέρος δεύτερο

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν η συλλογή πληροφοριών για τις απόψεις των νοσηλευομένων ασθενών και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα γενικά κρατικά νοσοκομεία.

Η δειγματοληψία που ήταν τυχαία, έγινε στους νομούς της Αχαΐας και Αττικής στα εξής νοσοκομεία: Γ.Κ.Ν Πατρών «Άγιος Ανδρέας», Π.Γ.Ν. «Ρίου», Γ.Κ.Ν Αιγίου και στο νοσοκομείο Ερυθρός Σταυρός Αθηνών, μέσω ερωτηματολογίου . Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 301 άτομα. Η έρευνα έγινε από 15/7/2004 έως 30/10/2004. Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία του δείγματος έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS V 11.5, και τη μέθοδο του test χ^2 .



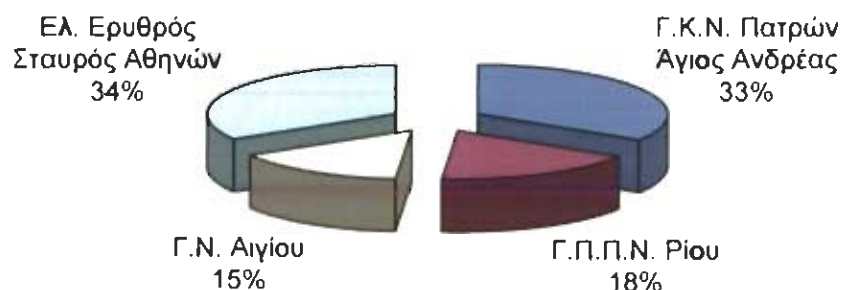
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Κατανομή των ερωτηθέντων ανά νοσοκομείο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Γ.Κ.Ν. Πατρών Άγιος Ανδρέας	102	33,9	33,9	33,9
Γ.Π.Π.Ν. Ρίου	53	17,6	17,6	51,5
Γ.Ν. Αιγίου	45	15,0	15,0	66,4
Ελ. Ερυθρός Σταυρός Αθηνών	101	33,6	33,6	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από το Γενικό νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας» και τον Ελληνικό Ερ. Σταυρό Αθηνών. Το νοσοκομείο του Ρίου και του Αιγίου συμμετέχουν στο δείγμα με μικρότερο αριθμό νοσηλευόμενων.

Σχήμα 1: Κατανομή των ερωτηθέντων ανά νοσοκομείο



Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανά φύλο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Γυναίκα	155	51,5	51,5	51,5
Ανδρας	146	48,5	48,5	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Αν και με μικρές διαφορές το δείγμα θεωρείται στατιστικά μοιρασμένο ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες νοσηλευόμενες.

Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανά φύλο.

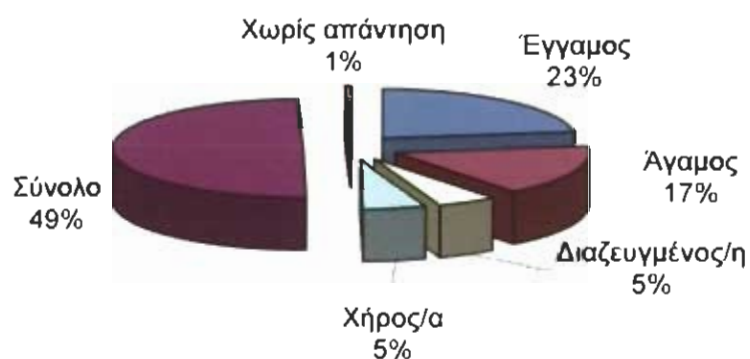


Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Έγγαμος	137	45,5	46,1	46,1
Άγαμος	99	32,9	33,3	79,5
Διαζευγμένος/η	30	10,0	10,1	89,6
Χήρος/α	31	10,3	10,4	100,0
Σύνολο	297	98,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	4	1,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων είναι έγγαμοι ενώ έπονται οι άγαμοι. Το ποσοστό των διαζευγμένων είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

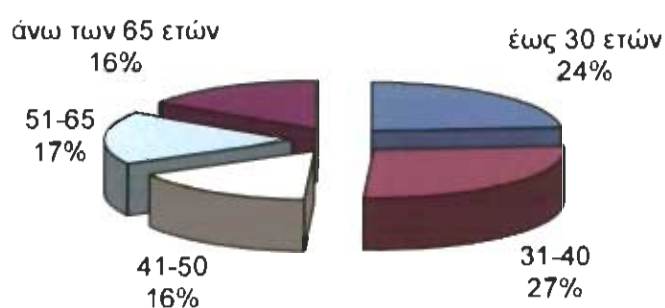


Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Έως 30 ετών	71	23,6	23,7	23,7
31-40	81	26,9	27,1	50,8
41-50	48	15,9	16,1	66,9
51-65	52	17,3	17,4	84,3
Άνω των 65	47	15,6	15,7	100,0
Σύνολο	299	99,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	2	0,7		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η ηλικιακή ομάδα με την μεγαλύτερη εκπροσώπηση στο δείγμα είναι αυτοί ανάμεσα στα 30 και 40 έτη. Ακολουθούν με ποσοστό 23,6% οι νεότεροι (έως 35 ετών).

Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.

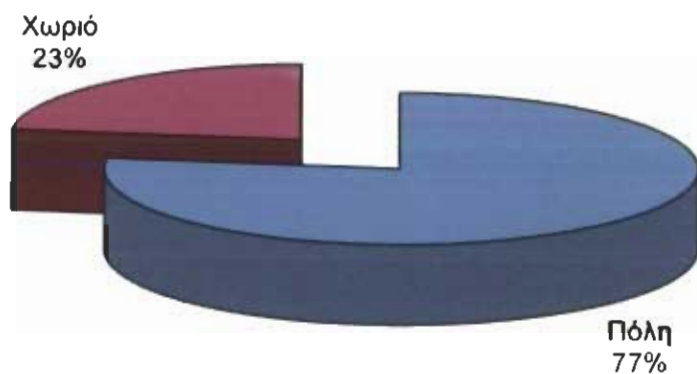


Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πόλη	232	77,1	77,1	77,1
Χωριό	69	22,9	22,9	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό διαμένει σε πόλεις ενώ σχεδόν ένας στους πέντε δηλώνει τόπο διαμονής το χωριό.

Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής.

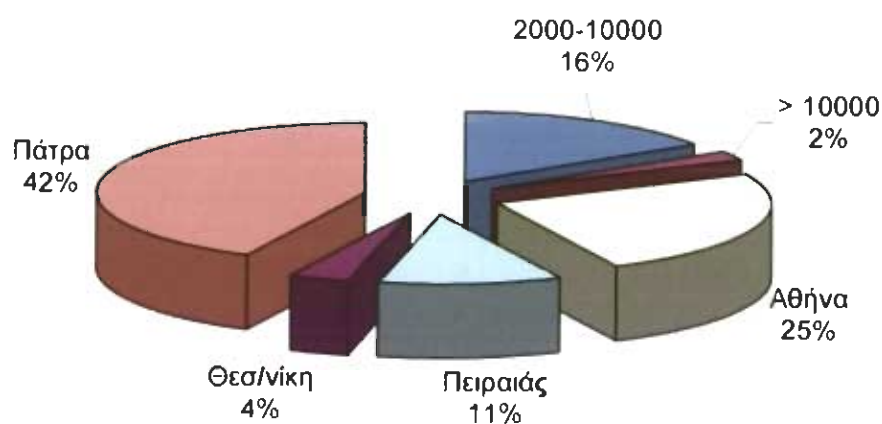


Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον πληθυσμό του τόπου διαμονής.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
2000-10000	41	13,6	15,8	15,8
> 10000	6	2,0	2,3	18,1
Αθήνα	64	21,3	24,7	42,9
Πειραιάς	28	9,3	10,8	53,7
Θεσ/νίκη	9	3,0	3,5	57,1
Πάτρα	111	36,9	42,9	100,0
Σύνολο	259	86,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	42	14,0		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή δεν διαφέρουν από τις απαντήσεις της προηγούμενης ερώτησης.

Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον πληθυσμό του τόπου διαμονής.

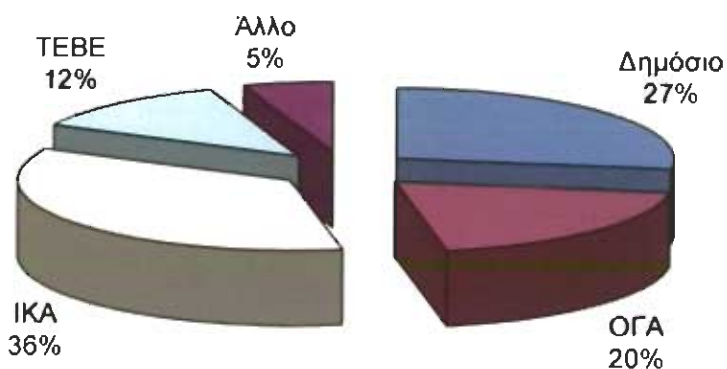


Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος των νοσηλευόμενων ανά ασφαλιστικό φορέα.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Δημόσιο	81	26,9	27,2	27,2
ΟΓΑ	59	19,6	19,8	47,0
ΙΚΑ	105	34,9	35,2	82,2
ΤΕΒΕ	37	12,3	12,4	94,6
Άλλο	16	5,3	5,4	100,0
Σύνολο	298	99,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	3	1,0		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Οι πλειοψηφικές ομάδες ασφαλισμένων ανήκουν κυρίως στο ΙΚΑ (34,9%) και στο Δημόσιο (26,9%), με τρίτη ομάδα αυτή του ΟΓΑ.

Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος των νοσηλευόμενων ανά ασφαλιστικό φορέα.

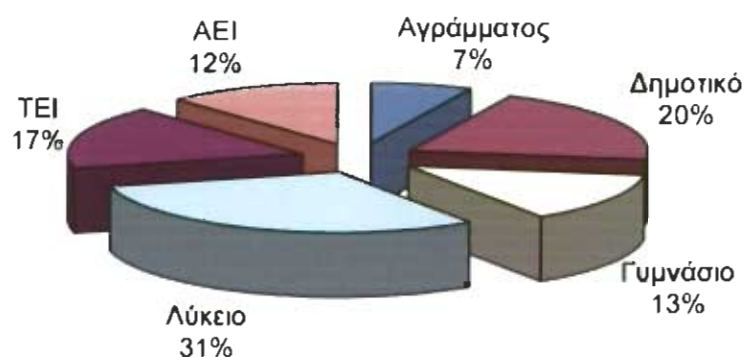


Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Αγράμματος	21	7,0	7,0	7,0
Δημοτικό	61	20,3	20,3	27,2
Γυμνάσιο	40	13,3	13,3	40,5
Λύκειο	92	30,6	30,6	71,1
ΤΕΙ	51	16,9	16,9	88,0
ΑΕΙ	36	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν απόφοιτοι Λυκείου και ακολουθούν οι απόφοιτοι δημοτικού. Τα ποσοστά αυτά είναι συνακόλουθα των ηλικιακών κατανομών.

Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις.

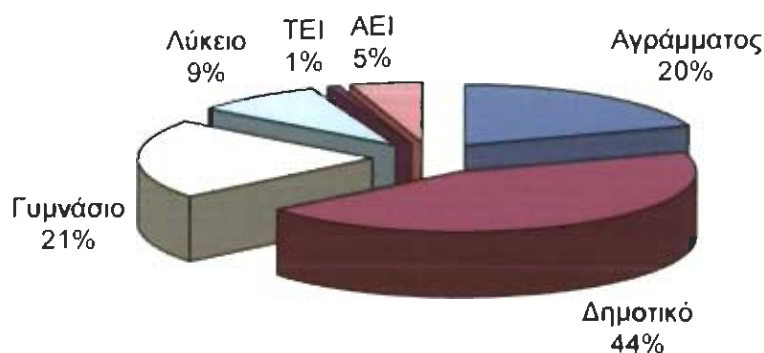


Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Αγράμματος	59	19,6	19,8	19,8
Δημοτικό	132	43,9	44,3	64,1
Γυμνάσιο	63	20,9	21,1	85,2
Λύκειο	27	9,0	9,1	94,3
ΤΕΙ	2	0,7	0,7	95,0
ΑΕΙ	15	5,0	5,0	100,0
Σύνολο	298	99,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	3	1,0		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Τα πράγματα και εδώ είναι αναμενόμενα δεδομένου ότι ηλικιακά αναμένεται οι άρρενες γονείς των νοσηλευόμενων στην πλειοψηφία τους να είναι απόφοιτοι δημοτικού.

Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα.



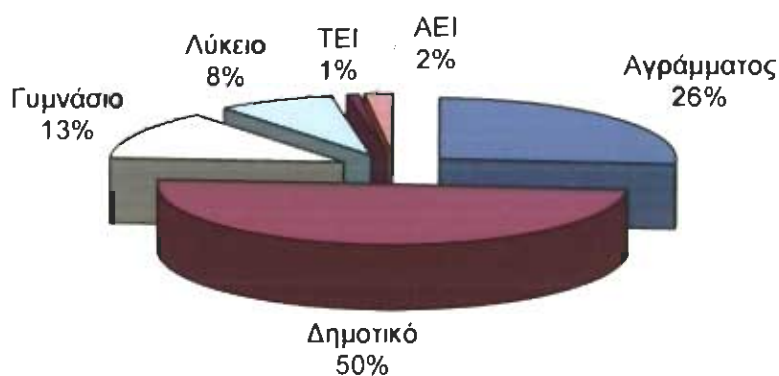
Διόρθωση: Το γράφημα είναι το 9^ο και όχι το 8^ο.

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Αγράμματος	79	26,2	26,5	26,5
Δημοτικό	148	49,2	49,7	76,2
Γυμνάσιο	39	13,0	13,1	89,3
Λύκειο	24	8,0	8,1	97,3
ΤΕΙ	2	0,7	0,7	98,0
ΑΕΙ	6	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	298	99,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	3	1,0		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Αντίστοιχα με την προηγούμενη ερώτηση.

Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας.

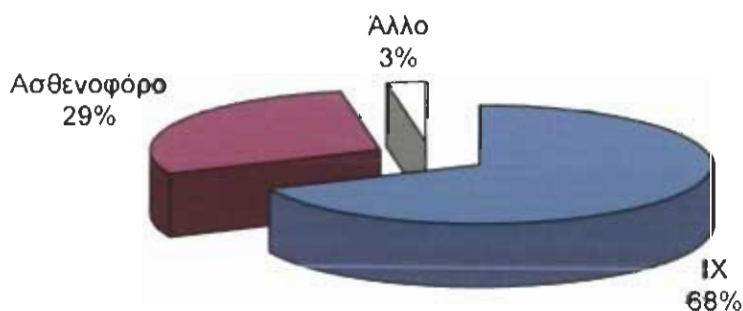


Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τρόπο μεταφοράς στο νοσοκομείο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
ΙΧ	206	68,4	68,4	68,4
Ασθενοφόρο	87	28,9	28,9	97,3
Άλλο	8	2,7	2,7	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων δηλώνει το ΙΧ σαν μέσο μεταφοράς στο νοσοκομείο. Η κλήση ασθενοφόρου περιορίζεται στα πιο βαριά περιστατικά.

Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τρόπο μεταφοράς στο νοσοκομείο.



Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον χρόνο εξέτασης του ασθενούς κατά την άφιξή του στο νοσοκομείο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Άμεση	155	51,5	51,5	51,5
Αναμονή	146	48,5	48,5	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Αν και με μικρή διαφοροποίηση το δείγμα είναι μοιρασμένο όσον αφορά τις απαντήσεις στην ερώτηση αυτή. Αυτό που μπορεί να συμπεράνει κάποιος είναι ότι ο χρόνος εξέτασης διαφοροποιείται κατά περίπτωση και δεν μπορεί να γενικευθεί (βαρύτητα περιστατικού, ημέρα εισαγωγής, γνωριμία με ιατρό κλπ).

Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον χρόνο εξέτασης του ασθενούς κατά την άφιξή του στο νοσοκομείο.

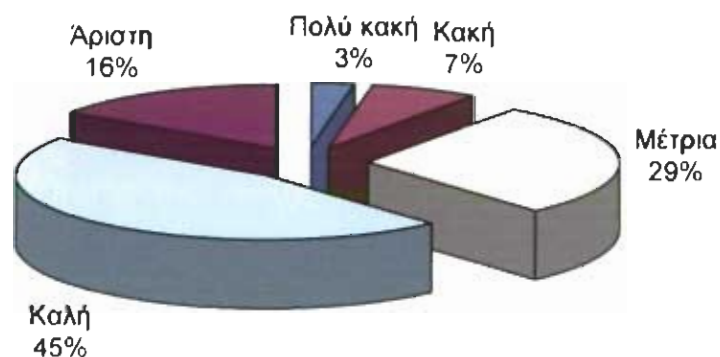


Πίνακας 13: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	8	2,7	2,7	2,7
Κακή	21	7,0	7,0	9,6
Μέτρια	86	28,6	28,6	38,2
Καλή	139	46,2	46,2	84,4
Άριστη	47	15,6	15,6	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό χαρακτηρίζει σαν καλή την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ενώ άριστα δηλώνει μόνο ένα 15,6%. Εδώ θα πρέπει να διευκρινιστεί εάν «καλή» για τους νοσηλευόμενους σημαίνει επαγγελματικά σωστή αλλά προσωπικά αδιάφορη από μεριάς του ιατρικού προσωπικού. Τα παράπονα περιορίζονται σε ένα 2,7%.

Σχήμα 13: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.

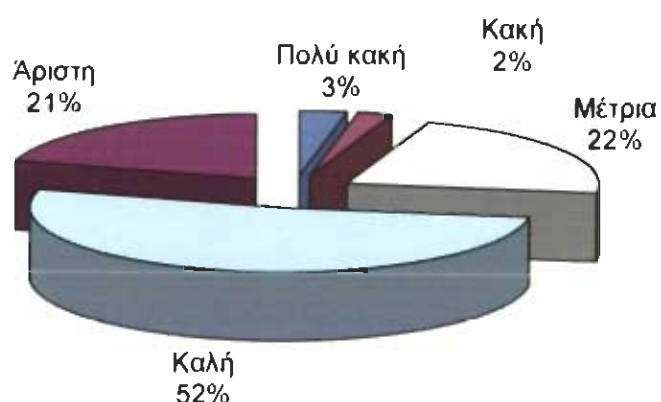


Πίνακας 14: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	9	3,0	3,0	3,0
Κακή	7	2,3	2,3	5,3
Μέτρια	66	21,9	21,9	27,2
Καλή	157	52,2	52,2	79,4
Άριστη	62	20,6	20,6	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Αντίστοιχα είναι και τα νούμερα σχετικά με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Πάνω από το μισό δείγμα χαρακτηρίζει την συμπεριφορά αυτή σαν «καλή».

Σχήμα 14: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

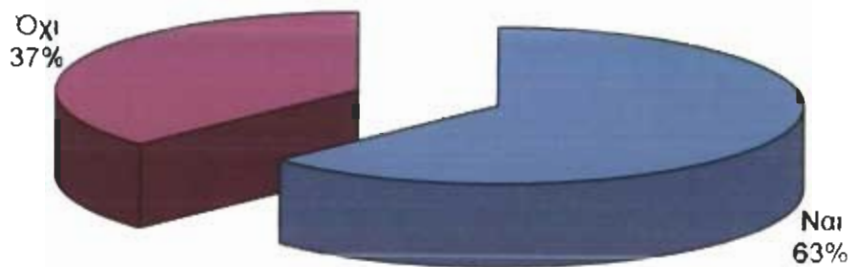


Πίνακας 15: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	188	62,5	62,5	62,5
Όχι	112	37,2	37,2	99,7
Άλλο	1	0,3	0,3	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι εξυπηρετήθηκαν γρήγορα ενώ σχεδόν ένας στους τρεις έχει διαφορετική άποψη.

Σχήμα 15: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το εάν εξυπηρετήθηκαν άμεσα κατά την άφιξη στο νοσοκομείο.

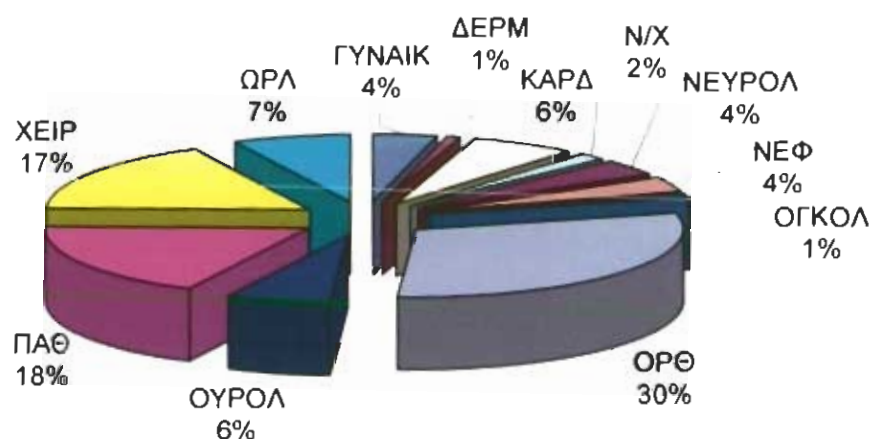


Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κλινική νοσηλείας.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
ΓΥΝΑΙΚ	12	4,0	4,0	4,0
ΔΕΡΜ	2	0,7	0,7	4,7
ΚΑΡΔ	19	6,3	6,3	11,0
Ν/Χ	5	1,7	1,7	12,6
ΝΕΥΡΟΛ	12	4,0	4,0	16,6
ΝΕΦ	11	3,7	3,7	20,3
ΟΓΚΟΛ	2	0,7	0,7	20,9
ΟΡΘ	91	30,2	30,2	51,2
ΟΥΡΟΛ	19	6,3	6,3	57,5
ΠΑΘ	54	17,9	17,9	75,4
ΧΕΙΡ	52	17,3	17,3	92,7
ΩΡΛ	22	7,3	7,3	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος νοσηλευόταν στην ορθοπεδική κλινική με την παθολογική και την χειρουργική να ακολουθούν.

Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κλινική νοσηλείας.

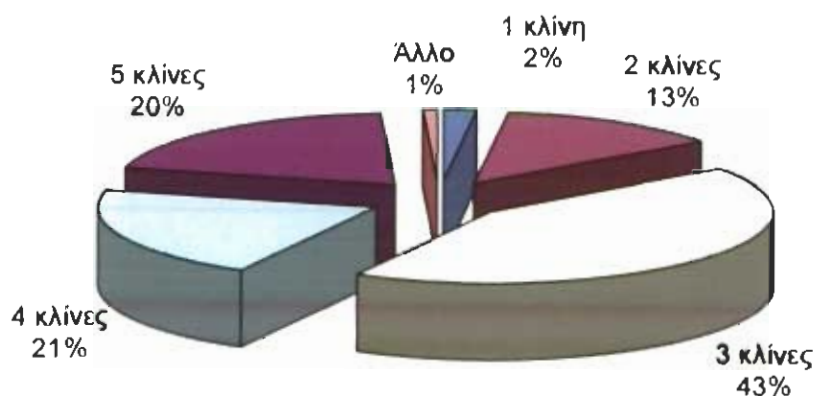


Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των κλινών στον θάλαμο νοσηλείας τους.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
1 κλίνη	6	2,0	2,0	2,0
2 κλίνες	39	13,0	13,0	15,0
3 κλίνες	129	42,9	43,0	58,0
4 κλίνες	63	20,9	21,0	79,0
5 κλίνες	61	20,3	20,3	99,3
Άλλο	2	0,7	0,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Το 42,9% που αποτελεί και την πλειοψηφία δηλώνει ότι νοσηλεύτηκε σε τρίκλινο θάλαμο. Ένα πολύ μικρό ποσοστό δηλώνει ιδιωτικό θάλαμο ενώ ένας στους πέντε δηλώνει ότι νοσηλεύτηκε σε θάλαμο πέντε κλινών.

Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των κλινών στον θάλαμο νοσηλείας τους.

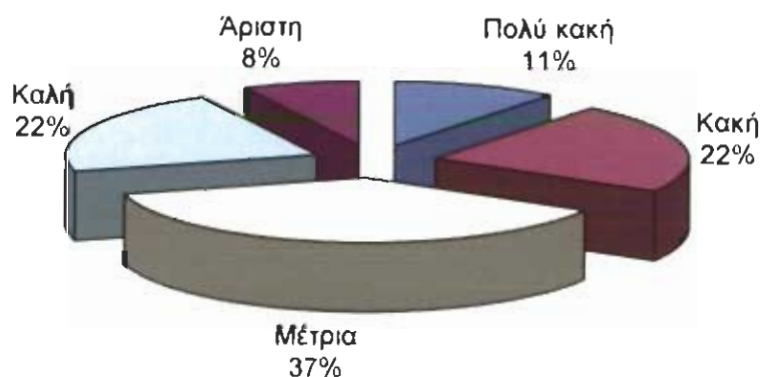


Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την κατατόπιση θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	32	10,6	10,6	10,6
Κακή	68	22,6	22,6	33,2
Μέτρια	113	37,5	37,5	70,8
Καλή	65	21,6	21,6	92,4
Άριστη	23	7,6	7,6	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει μέτρια έως άριστη την εξυπηρέτηση όσον αφορά την κατατόπιση του θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ένα 33,2% όμως την χαρακτηρίζει άσχημη.

Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την κατατόπιση θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό.

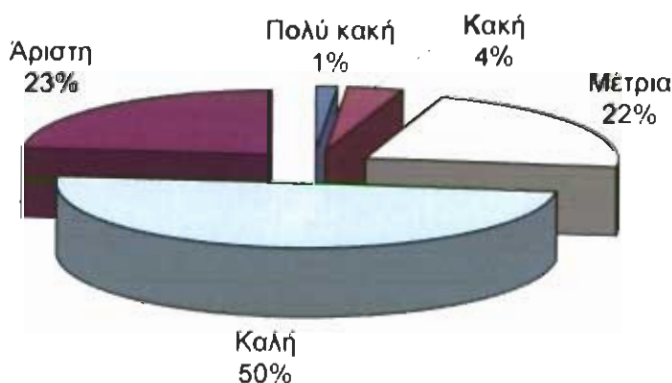


Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζουν την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	4	1,3	1,4	1,4
Κακή	11	3,7	3,7	5,1
Μέτρια	65	21,6	22,0	27,0
Καλή	147	48,8	49,7	76,7
Άριστη	69	22,9	23,3	100,0
Σύνολο	296	98,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	5	1,7		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η πλειοψηφία δεν φαίνεται να έχει παράπονα από το νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά την επικοινωνία γι' αυτό και την χαρακτηρίζει θετικά. Το ποσοστό αυτών που αντίθετα την θεωρούν αρνητική είναι της τάξης του 26%.

Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζουν την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό.



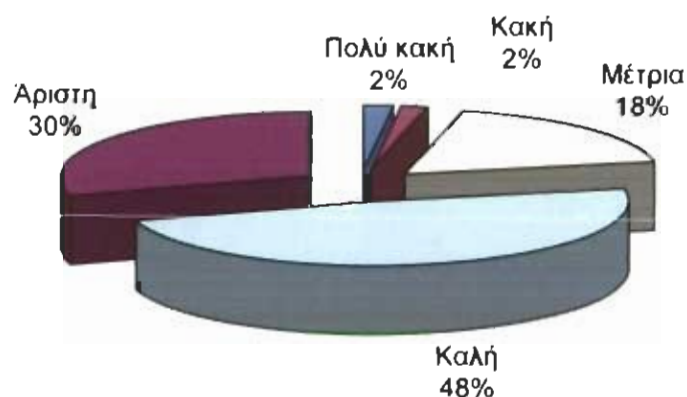
Διόρθωση: Στην εκφώνηση του γραφήματος 19, αντί για «ιατρικό» το προσωπικό είναι «νοσηλευτικό».

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους για την ευγένεια του προσωπικού.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	6	2,0	2,0	2,0
Κακή	5	1,7	1,7	3,7
Μέτρια	55	18,3	18,3	22,0
Καλή	145	48,2	48,3	70,3
Άριστη	89	29,6	29,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Και εδώ η πλειοψηφία θεωρεί ότι το προσωπικό συμπεριφέρεται με ευγένεια. Πολύ κακή ή κακή την θεωρεί το 3,7%.

Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζουν την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό.



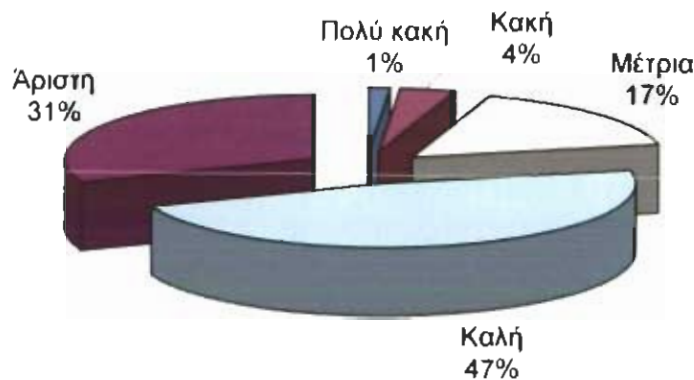
Διόρθωση: Το γράφημα είναι το 20^ο και όχι το 19^ο και αφορά όχι την επικοινωνία των ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά την άποψη των ασθενών για το κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ευγενικό.

Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους για τον σεβασμό από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	4	1,3	1,3	1,3
Κακή	11	3,7	3,7	5,0
Μέτρια	50	16,6	16,6	21,6
Καλή	143	47,5	47,5	69,1
Άριστη	93	30,9	30,9	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Αντίστοιχα των ποσοστών της προηγούμενης ερώτησης είναι και τα ποσοστά που δίνονται όσον αφορά την απόδοση του δέοντος σεβασμού προς τους ασθενείς.

Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την άποψή τους για τον σεβασμό από το νοσηλευτικό προσωπικό.

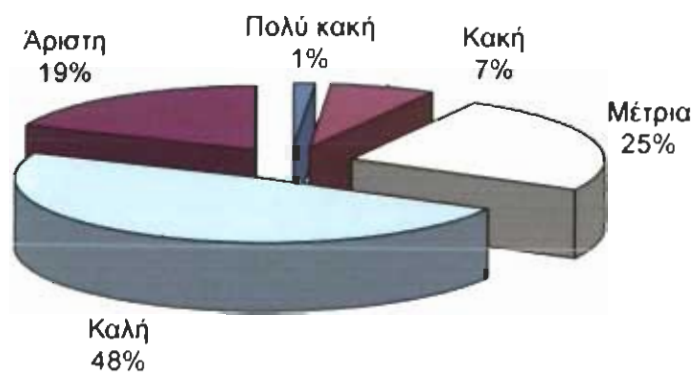


Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα τον τρόπο προσέγγισης των ιατρών στο πρόβλημα υγείας.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	4	1,3	1,3	1,3
Κακή	20	6,6	6,7	8,0
Μέτρια	74	24,6	24,7	32,8
Καλή	145	48,2	48,5	81,3
Άριστη	56	18,6	18,7	100,0
Σύνολο	299	99,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	2	0,7		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Σχεδόν το 57% του δείγματος θεωρούν σωστή την στάση των ιατρών στην προσέγγιση του προβλήματος υγείας που είχαν . Τα παράπονα περιορίζονται στο 7,9%.

Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα τον τρόπο προσέγγισης των ιατρών στο πρόβλημα υγείας.

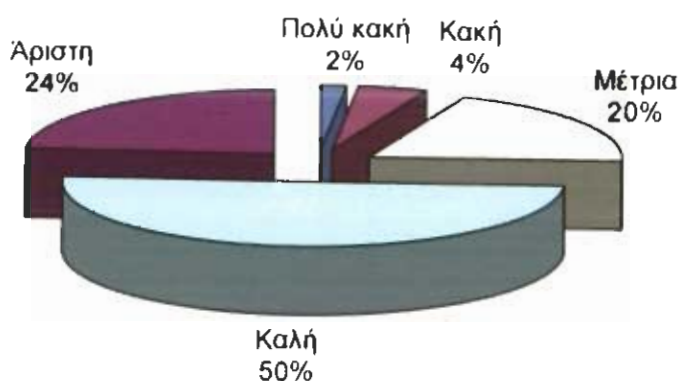


Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον σεβασμό που έδειξε το ιατρικό προσωπικό στον ασθενή.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	5	1,7	1,7	1,7
Κακή	13	4,3	4,3	6,0
Μέτρια	60	19,9	19,9	25,9
Καλή	152	50,5	50,5	76,4
Άριστη	71	23,6	23,6	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Ανάλογα ποσοστά δίνονται και στην ερώτηση αυτή. Οι όποιες διαφοροποιήσεις είναι πολύ μικρές

Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον σεβασμό που έδειξε το ιατρικό προσωπικό στον ασθενή.

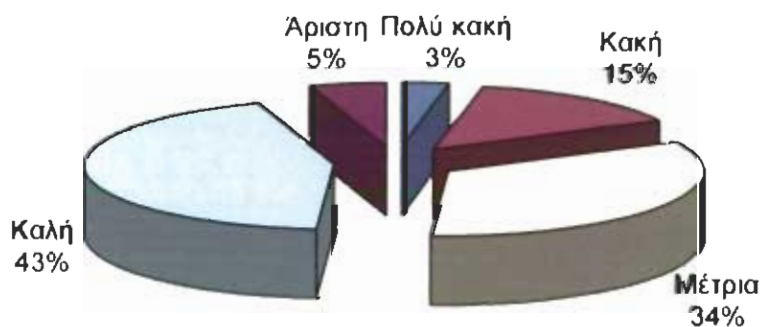


Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις τους σχετικά με την καθαριότητα στον θάλαμο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	9	3,0	3,0	3,0
Κακή	44	14,6	14,6	17,6
Μέτρια	101	33,6	33,6	51,2
Καλή	132	43,9	43,9	95,0
Άριστη	15	5,0	5,0	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Αυτό που θα μπορούσε να επισημανθεί είναι ότι η πλειοψηφία δεν εκφράζεται θετικά για την καθαριότητα του θαλάμου (51,2% πολύ κακή έως μέτρια). Ενώ άριστη την χαρακτηρίζει ένα ποσοστό 5%. Περαιτέρω ανάλυση των χαρακτηριστικών όσων έδωσαν άριστα στην ερώτηση αυτή δεν έδωσε κάτι ιδιαίτερο εκτός του ότι η πλειοψηφία είχε νοσηλευθεί στο Νοσοκομείο του Αιγίου.

Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις τους σχετικά με την καθαριότητα στον θάλαμο.

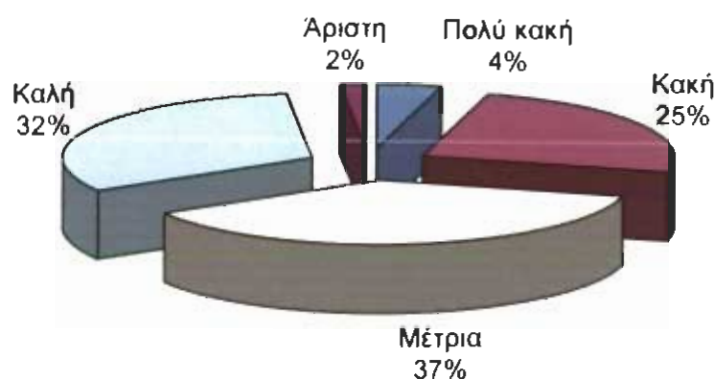


Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	13	4,3	4,3	4,3
Κακή	74	24,6	24,7	29,0
Μέτρια	112	37,2	37,3	66,3
Καλή	96	31,9	32,0	98,3
Άριστη	5	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Και εδώ η πλειοψηφία στέκεται θετικά ως προς την καθαριότητα των χώρων υγιεινής με το ποσοστό αυτών που έχουν αντίθετη άποψη να φθάνει το 29%.

Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής.

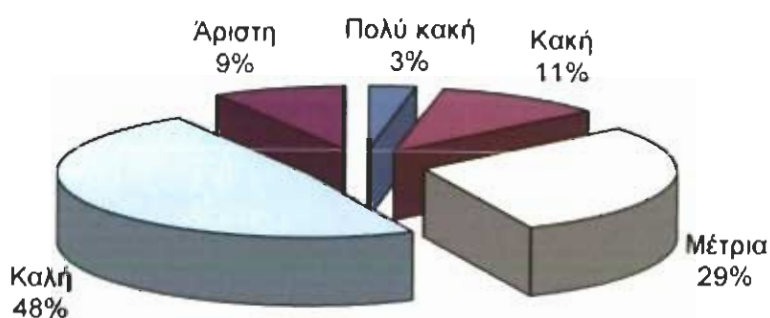


Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την καθαριότητα στους κοινόχρηστους χώρους.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	9	3,0	3,0	3,0
Κακή	33	11,0	11,0	14,0
Μέτρια	87	28,9	29,0	43,0
Καλή	145	48,2	48,3	91,3
Άριστη	26	8,6	8,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η πλειοψηφία και στην ερώτηση αυτή έχει θετική άποψη για την διατήρηση της καθαριότητας στους κοινόχρηστους χώρους των ιδρυμάτων που νοσηλεύτηκε.

Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την καθαριότητα στους κοινόχρηστους χώρους.

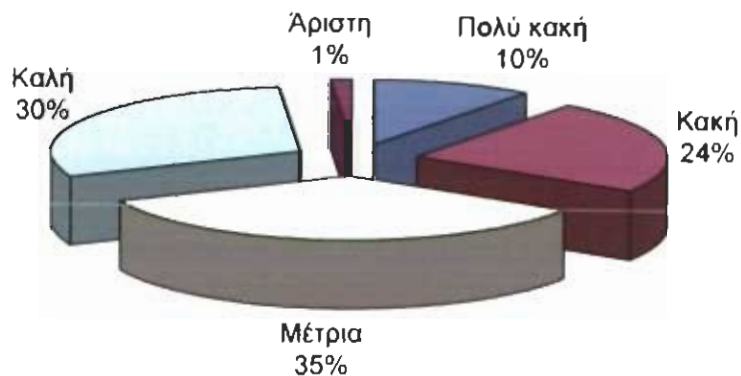


Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την ποσότητα και ποιότητα της παρεχόμενης τροφής.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	31	10,3	10,3	10,3
Κακή	71	23,6	23,7	34,0
Μέτρια	104	34,6	34,7	68,7
Καλή	90	29,9	30,0	98,7
Άριστη	4	1,3	1,3	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Το 68,7% του δείγματος θεωρεί την ποιότητα τροφής από κακή έως μέτρια. Ένας στους τρεις την χαρακτηρίζει καλή έως άριστη.

Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις σχετικά με την ποσότητα και ποιότητα της παρεχόμενης τροφής.

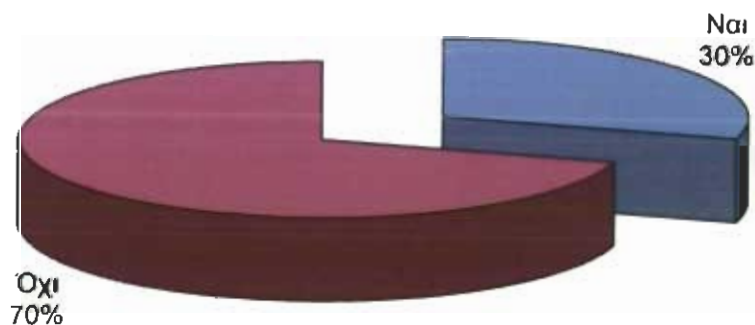


Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις τους σχετικά με την παρεχόμενη ποικιλία τροφής.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	88	29,2	29,5	29,5
Όχι	210	69,8	70,5	100,0
Σύνολο	298	99,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	3	1,0		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η μεγάλη πλειοψηφία θεωρεί ότι δεν υπάρχει ποικιλία τροφής στα ιδρύματα που νοσηλεύτηκε.

Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις τους σχετικά με την παρεχόμενη ποικιλία τροφής.

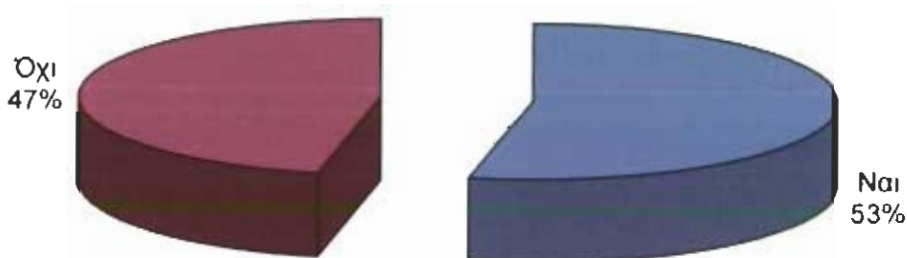


Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις για την ύπαρξη προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	160	53,2	53,3	53,3
Όχι	140	46,5	46,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Αν και το δείγμα θα μπορούσε να θεωρηθεί μοιρασμένο εντούτοις με απόλυτους αριθμούς η πλειοψηφία θεωρεί ότι υπάρχουν προβλήματα συμβίωσης στους θαλάμους των ασθενών.

Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις απαντήσεις για την ύπαρξη προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς.

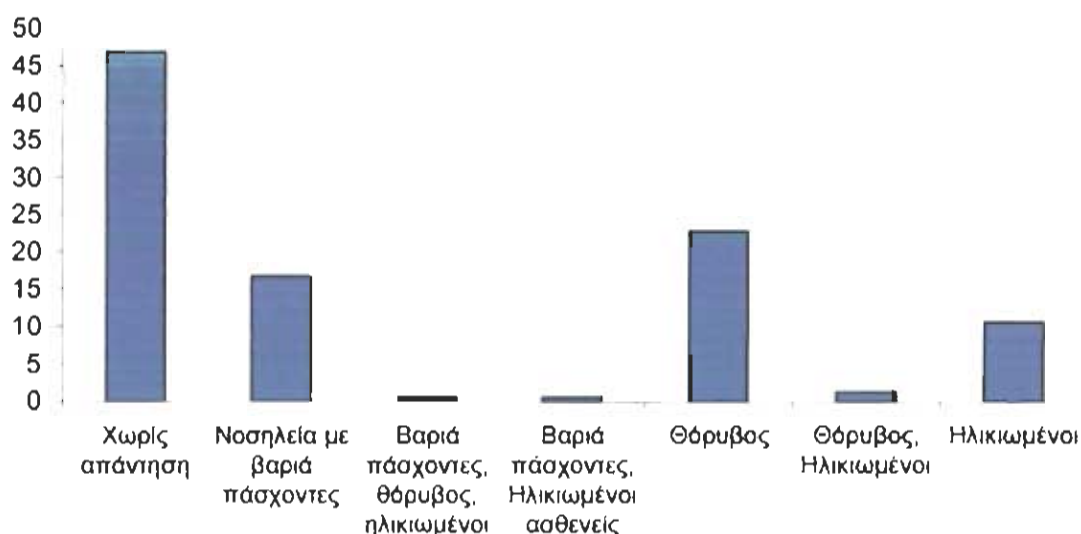


Πίνακας 30: Απαντήσεις σχετικά με το είδος των προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
	141	46,8	46,8	46,8
Νοσηλεία με βαριά πάσχοντες	50	16,6	16,6	63,5
Βαριά πάσχοντες, θόρυβος, ηλικιωμένοι	2	0,6	0,6	64,1
Βαριά πάσχοντες, Ηλικιωμένοι ασθενείς	2	0,7	0,7	64,8
Θόρυβος	68	22,6	22,6	87,4
Θόρυβος, Ηλικιωμένοι	4	1,3	1,3	88,7
Ηλικιωμένοι	32	10,6	10,6	99,3
Άλλο	2	0,7	0,7	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία θεωρεί κυρίως τον θόρυβο αλλά και την συν-νοσηλεία με βαριά πάσχοντες ως τα κύρια προβλήματα συμβίωσης στους θαλάμους. Ένας στους δέκα θεωρεί ότι πρόβλημα αποτελεί και η παρουσία ηλικιωμένων ασθενών στους θαλάμους.

Σχήμα 30: Απαντήσεις σχετικά με το είδος των προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς.

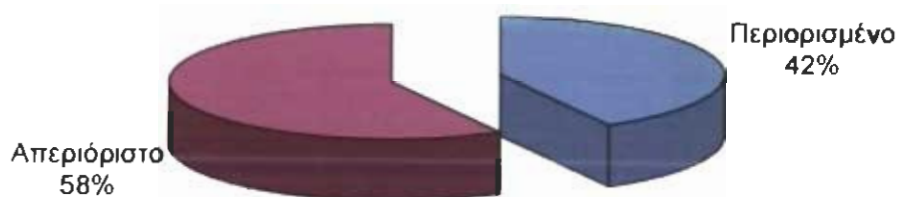


Πίνακας 31: Απαντήσεις σχετικά με το είδος επισκεπτηρίου στην κλινική που νοσηλεύονται.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Περιορισμένο	126	41,9	41,9	41,9
Απεριόριστο	175	58,1	58,1	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Στο μεγαλύτερο ποσοστό το δείγμα δηλώνει ότι στο νοσοκομείο που νοσηλεύτηκαν το σύστημα επισκεπτηρίων ήταν απεριόριστο.

Σχήμα 31: Απαντήσεις σχετικά με το είδος επισκεπτηρίου στην κλινική που νοσηλεύονται.

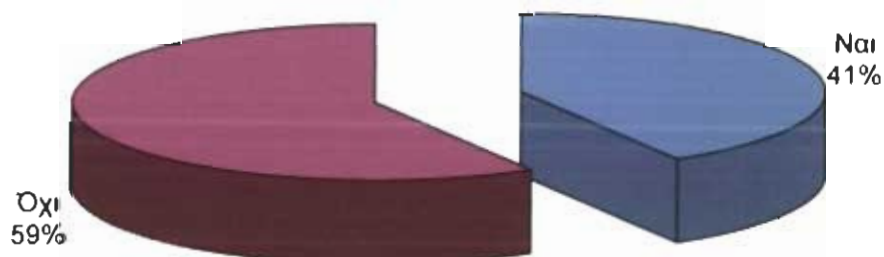


Πίνακας 32: Απαντήσεις σχετικά με την ύπαρξη προβλημάτων από την ώρα επισκεπτηρίου.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	124	41,2	41,3	41,3
Όχι	176	58,5	58,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι η ώρα επισκεπτηρίου δεν αποτελούσε πρόβλημα.

Σχήμα 32: Απαντήσεις σχετικά με την ύπαρξη προβλημάτων από την ώρα επισκεπτηρίου.

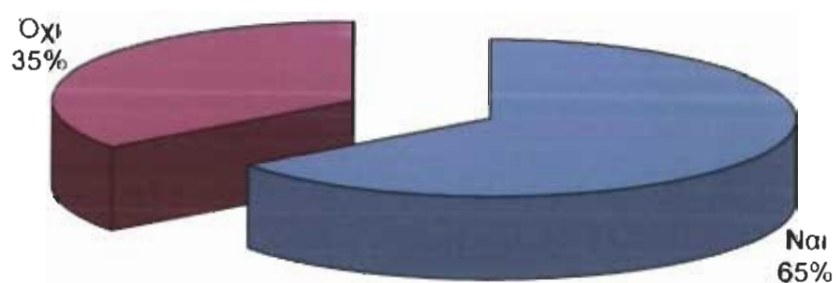


Πίνακας 33: Απαντήσεις σχετικά με το εάν θεωρούν απαραίτητη την παρουσία συνοδού στον θάλαμο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	195	64,8	64,8	64,8
Όχι	106	35,2	35,2	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί απαραίτητη την παρουσία συνοδού.

Σχήμα 33: Απαντήσεις σχετικά με το εάν θεωρούν απαραίτητη την παρουσία συνοδού στον θάλαμο.

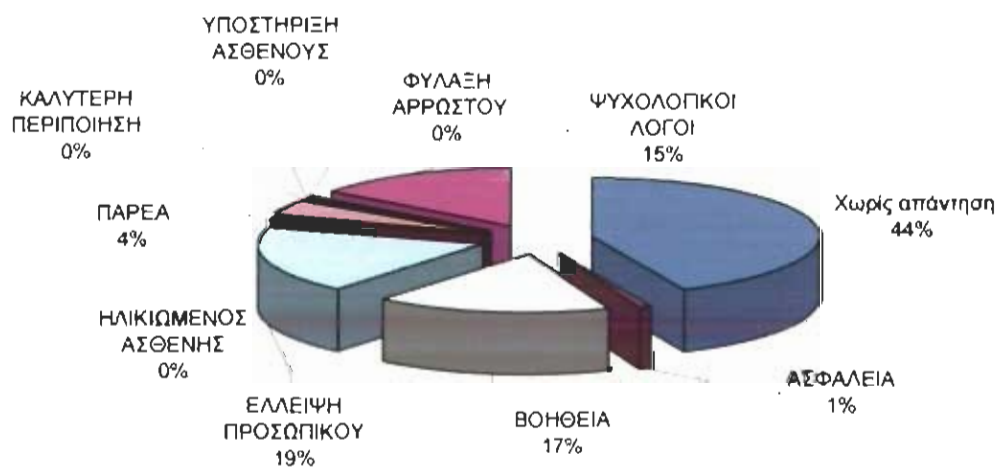


Πίνακας 34: Απαντήσεις σχετικά με τον λόγο παρουσίας συνοδού στον θάλαμο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Χωρίς απάντηση	130	43,2	43,2	43,2
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	3	1,0	1,0	44,2
ΒΟΗΘΕΙΑ	51	16,9	16,9	61,1
ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	56	18,6	18,6	79,7
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	1	0,3	0,3	80,1
ΠΑΡΕΑ	13	4,3	4,3	84,4
ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ	1	0,3	0,3	84,7
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	1	0,3	0,3	85,0
ΦΥΛΑΞΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	1	0,3	0,3	85,4
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	44	14,6	14,6	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η παρουσία συνοδού είναι η έλλειψη προσωπικού και συνακόλουθα η βοήθεια στον ασθενή που μπορεί να προσφέρει ο συνοδός. Ένα 14,6% δηλώνει ότι η παρουσία συνοδού είναι απαραίτητη για ψυχολογικούς λόγους.

Σχήμα 34: Απαντήσεις σχετικά με τον λόγο παρουσίας συνοδού στον θάλαμο.

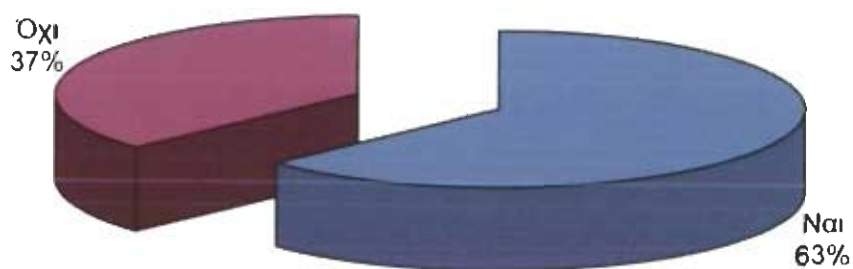


Πίνακας 35: Απαντήσεις σχετικά με το εάν ήταν ικανοποιητικός ο χρόνος διεκπεραίωσης.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	188	62,5	63,1	63,1
Όχι	110	36,5	36,9	100,0
Σύνολο	298	99,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	3	1,0		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η πλειοψηφία βρήκε ικανοποιητικό τον χρόνο διεκπεραίωσης ενώ ένα 36,5% όχι.

Σχήμα 35: Απαντήσεις σχετικά με το εάν ήταν ικανοποιητικός ο χρόνος διεκπεραίωσης.

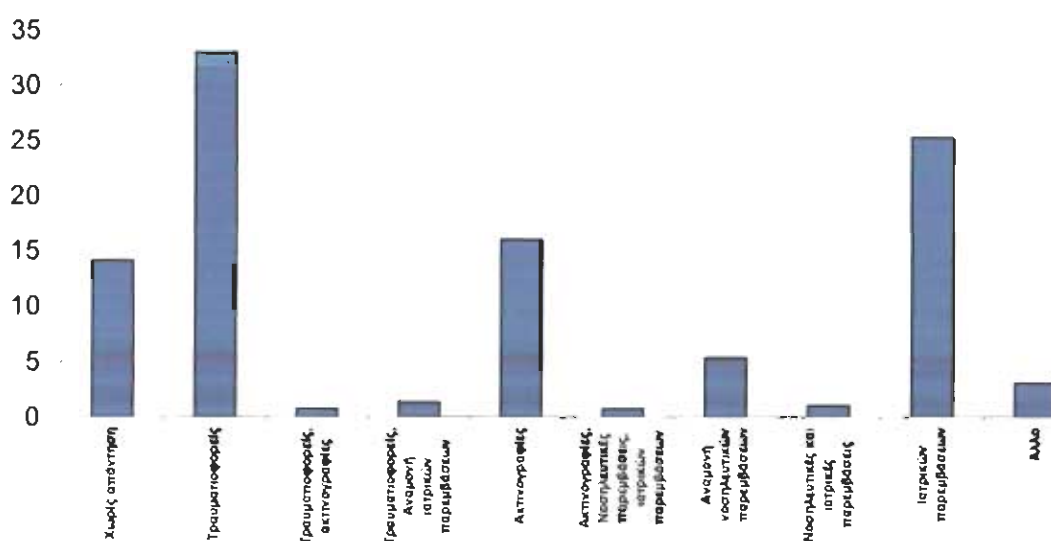


Πίνακας 36: Απαντήσεις σχετικά με τους λόγους για τις κυριότερες καθυστερήσεις που αφορούσαν τον διαγνωστικό έλεγχο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Χωρίς απάντηση	42	14,0	14,0	14,0
Τραυματιοφορείς	99	32,9	32,9	46,8
Τραυματιοφορείς, ακτινογραφίες	2	0,7	0,7	47,5
Τραυματιοφορείς, Αναμονή ιατρικών παρεμβάσεων	4	1,3	1,3	48,8
Ακτινογραφίες	48	15,9	15,9	64,8
Ακτινογραφίες, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ιατρικών παρεμβάσεων	2	0,7	0,7	65,4
Αναμονή νοσηλευτικών παρεμβάσεων	16	5,3	5,3	70,8
Νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις	3	1,0	1,0	71,8
Ιατρικών παρεμβάσεων	76	25,2	25,2	97,0
Άλλο	9	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Ο κύριος λόγος καθυστερήσεων για τον διαγνωστικό έλεγχο αφορούσε την μη διαθεσιμότητα των τραυματιοφορέων αλλά και καθυστερήσεις ιατρικών παρεμβάσεων.

Σχήμα 36: Απαντήσεις σχετικά με τους λόγους για τις καθυστερήσεις που αφορούσαν τον διαγνωστικό έλεγχο.

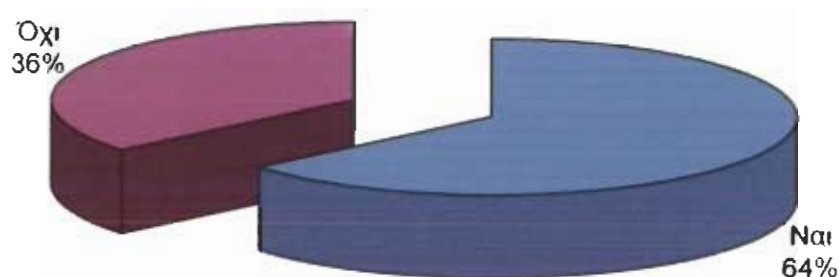


Πίνακας 37: Απαντήσεις σχετικά με επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	192	63,8	63,8	63,8
Όχι	109	36,2	36,2	100,0
Σύνολο	301	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί επαρκή την ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την εξέλιξη της υγείας των ασθενών.

Σχήμα 37: Απαντήσεις σχετικά με το εάν ήταν επαρκής η ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.

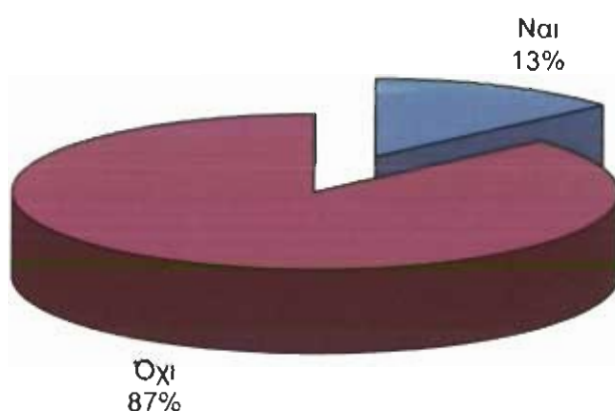


Πίνακας 38: Απαντήσεις σχετικά με την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	40	13,3	13,3	13,3
Όχι	260	86,4	86,7	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν αντιλήφθηκε στο διάστημα της νοσηλείας τους οιαδήποτε παρέμβαση από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου.

Σχήμα 38: Απαντήσεις σχετικά με το εάν αντιλήφθηκαν την παρουσία κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο.

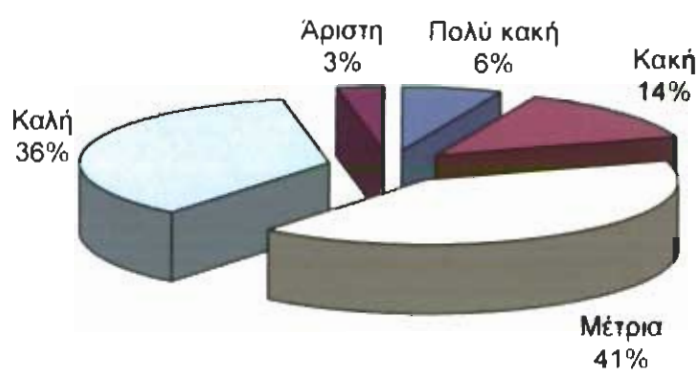


Πίνακας 39: Απαντήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	19	6,3	6,3	6,3
Κακή	41	13,6	13,7	20,0
Μέτρια	122	40,5	40,7	60,7
Καλή	109	36,2	36,3	97,0
Άριστη	9	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	300	99,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Ένα ποσοστό 60,7% δηλώνει έως μέτρια την αποτελεσματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών. Καλή έως άριστη την χαρακτηρίζει το υπόλοιπο 39,2%.

Σχήμα 39: Απαντήσεις σχετικά με την αποψή τους για την αποτελεσματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών.

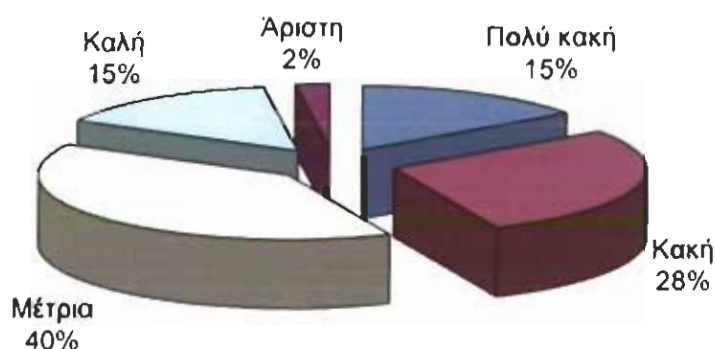


Πίνακας 40: Απαντήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων έναντι αυτών του εξωτερικού.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πολύ κακή	44	14,6	15,1	15,1
Κακή	82	27,2	28,2	43,3
Μέτρια	115	38,2	39,5	82,8
Καλή	44	14,6	15,1	97,9
Άριστη	6	2,0	2,1	100,0
Σύνολο	291	96,7	100,0	
Χωρίς απάντηση	10	3,3		
Γ. Σύνολο	301	100,0		

Η εικόνα που έχει η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών (82,8%) είναι ότι τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας είναι υποδεέστερα αυτών του εξωτερικού. Θετική γνώμη εκφράζει το 16,6%.

Σχήμα 40: Απαντήσεις σχετικά με την αποψη τους για την αποτελεσματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων έναντι των εξωτερικών.



3. ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Στην συνέχεια εξετάσθηκε στατιστικά η διαφορετικότητα των απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, τον τόπο διαμονής, και τον ασφαλιστικό φορέα. Οι απαντήσεις που ήταν στατιστικά σημαντικές (στην δοκιμασία χ^2) παρουσιάζονται στην συνέχεια.

Πέραν των όσων παρουσιάζονται στην συνέχεια στατιστικά είχαμε διαφοροποίηση και της κατανομής ανδρών – γυναικών όσον αφορά την κλινική νοσηλείας (κάτι που είναι αναμενόμενο μιας και στην γυναικολογική δεν υπήρχαν άνδρες) αλλά και όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή μιας και αναμένουμε συσσώρευση συγκεκριμένων ηλικιών σε διάφορες κλινικές (ηλικιωμένοι στην καρδιολογική, νεότεροι στην ορθοπαιδική κλπ). Οι τελευταίοι αυτοί πίνακες δεν παρουσιάζονται δεδομένου ότι τα ευρήματά τους δεν αφορούν τον σκοπό της έρευνας αλλά και γιατί δοθέντος του δείγματος (τυχαίο η όχι) μπορεί να δώσουν λάθος εντυπώσεις (αριθμός νοσηλευόμενων ανά κλινική κλπ).

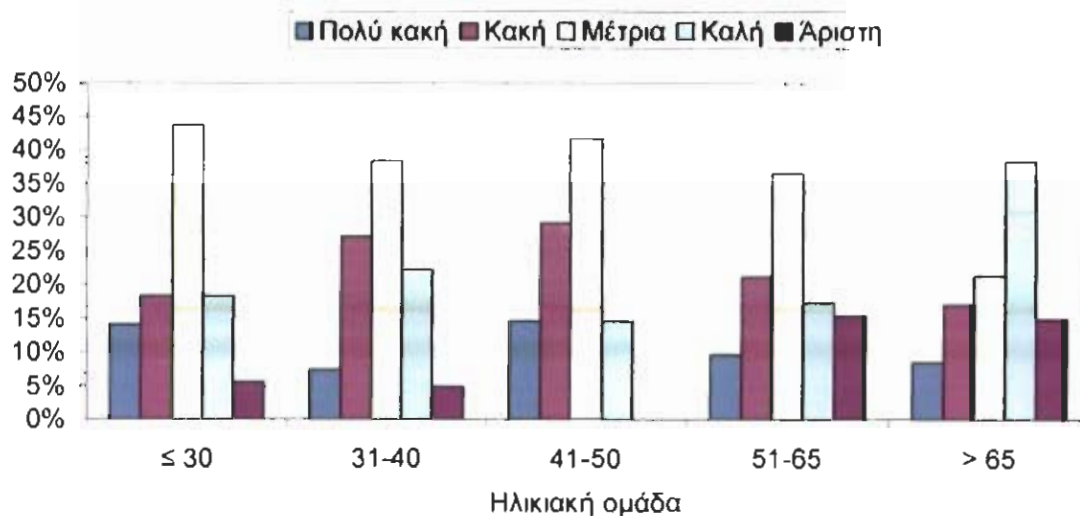
Πίνακας 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τις απόψεις τους σχετικά με την κατατόπιση θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Πολύ κακή	10 14,1%	6 7,4%	7 14,6%	5 9,6%	4 8,5%	32 10,7%
Κακή	13 18,3%	22 27,2%	14 29,2%	11 21,2%	8 17,0%	68 22,7%
Μέτρια	31 43,7%	31 38,3%	20 41,7%	19 36,5%	10 21,3%	111 37,1%
Καλή	13 18,3%	18 22,2%	7 14,6%	9 17,3%	18 38,3%	65 21,7%
Άριστη	4 5,6%	4 4,9%	0 0,0%	8 15,4%	7 14,9%	23 7,7%
Σύνολο	71 100,0%	81 100,0%	48 100,0%	52 100,0%	47 100,0%	299 100,0%

$\chi^2 = 29.70$ B.E. = 16 $p < 0.05$

Η διαφορετικότητα των απαντήσεων έγκειται στο ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν θετικότερη άποψη σχετικά με την κατατόπιση θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό είναι αναμενόμενο αν λάβουμε υπ'όψιν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν περισσότερη υπομονή από τους νεότερους.

Σχήμα 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τις απόψεις τους σχετικά με την κατατόπιση θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό.



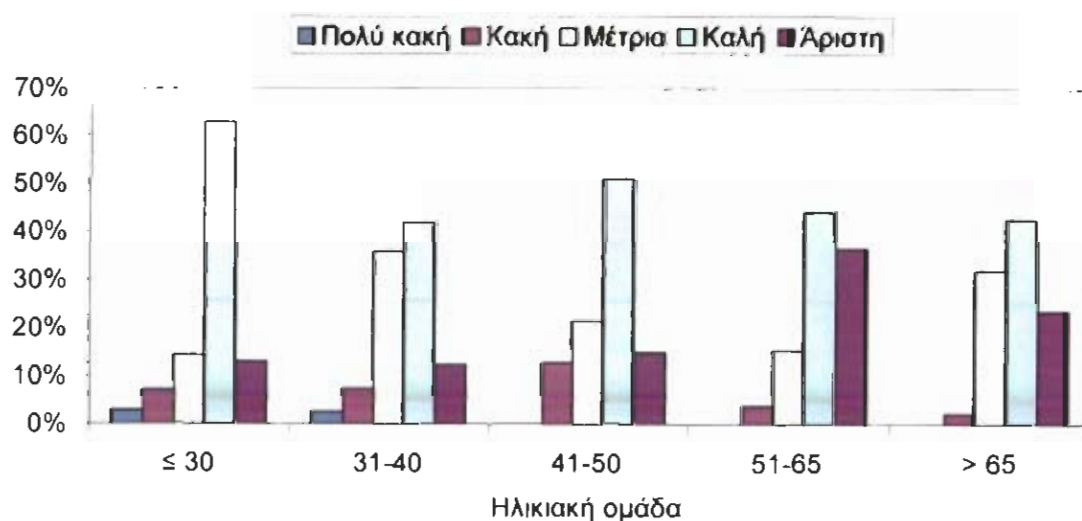
Πίνακας 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για τον τρόπο προσέγγισης των ιατρών στο πρόβλημα υγείας τους.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Πολύ κακή	2 2,9%	2 2,5%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 1,3%
Κακή	5 7,1%	6 7,4%	6 12,8%	2 3,8%	1 2,1%	20 6,7%
Μέτρια	10 14,3%	29 35,8%	10 21,3%	8 15,4%	15 31,9%	72 24,2%
Καλή	44 62,9%	34 42,0%	24 51,1%	23 44,2%	20 42,6%	145 48,8%
Άριστη	9 12,9%	10 12,3%	7 14,9%	19 36,5%	11 23,4%	56 18,9%
Σύνολο	70 100,0%	81 100,0%	47 100,0%	52 100,0%	47 100,0%	297 100,0%

$\chi^2 = 35,908$ B.E. = 16 $p < 0.05$

Αντίστοιχα είναι τα πράγματα και στην ερώτηση αυτή. Γενικότερα η στάση των ηλικιωμένων είναι θετικότερη σε σχέση με αυτή των νέων σε ηλικία.

Σχήμα 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για τον τρόπο προσέγγισης των ιατρών στο πρόβλημα υγείας τους.



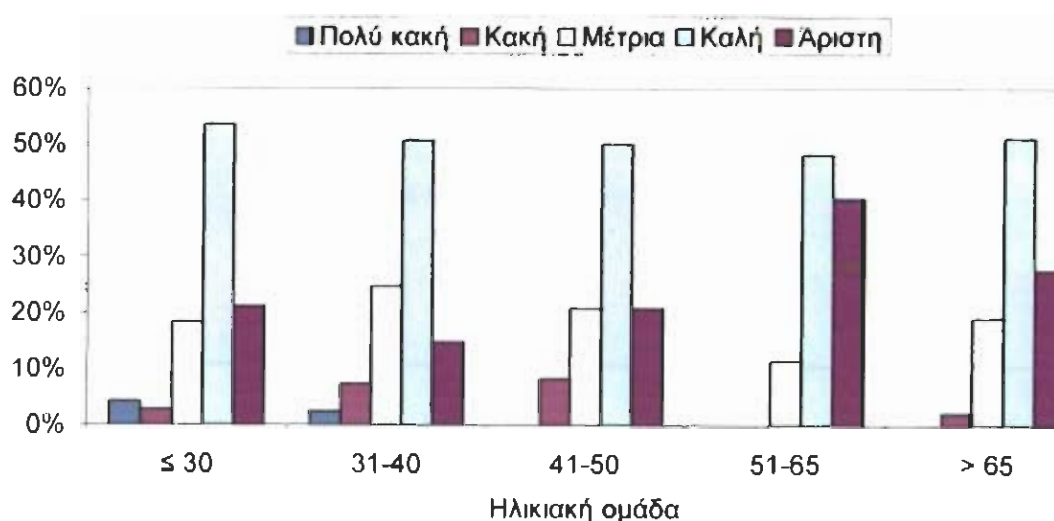
Πίνακας 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για τον σεβασμό του ιατρού προς τον ασθενή.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Πολύ κακή	3	2	0	0	0	5
	4,2%	2,5%	,0%	,0%	,0%	1,7%
Κακή	2	6	4	0	1	13
	2,8%	7,4%	8,3%	,0%	2,1%	4,3%
Μέτρια	13	20	10	6	9	58
	18,3%	24,7%	20,8%	11,5%	19,1%	19,4%
Καλή	38	41	24	25	24	152
	53,5%	50,6%	50,0%	48,1%	51,1%	50,8%
Άριστη	15	12	10	21	13	71
	21,1%	14,8%	20,8%	40,4%	27,7%	23,7%
Σύνολο	71	81	48	52	47	299
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 24,779$ B.E. = 16 $p < 0,05$

Αντίστοιχα με τα αποτελέσματα των παραπάνω ερωτήσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι κανένας ηλικιωμένος δεν χαρακτηρίζει ως πολύ κακή ή κακή (με μια εξαίρεση) την στάση των ιατρών.

Σχήμα 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για τον σεβασμό του ιατρού προς τον ασθενή.



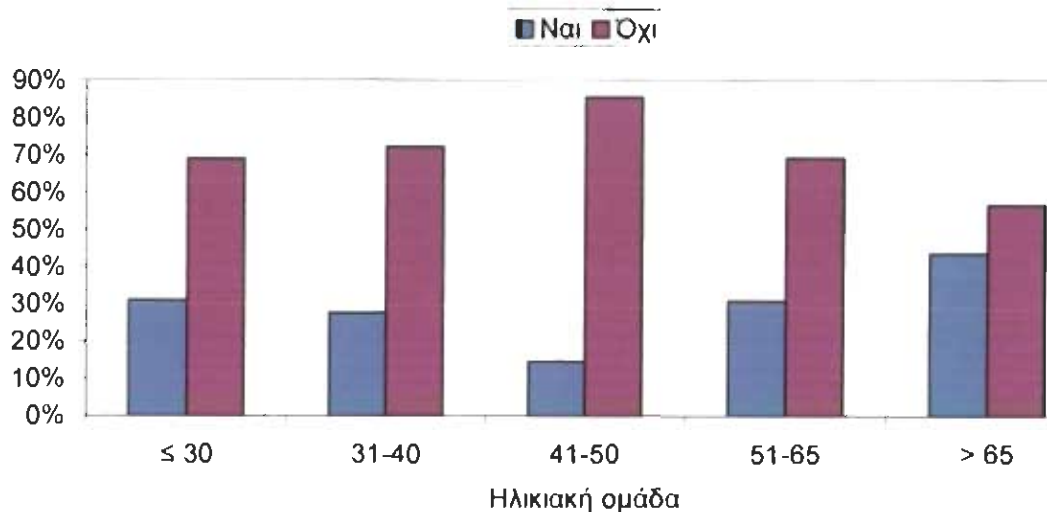
Πίνακας 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για την ποικιλία τροφής στο νοσοκομείο.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Ναι	22	22	7	16	20	87
	31,0%	27,8%	14,6%	30,8%	43,5%	29,4%
Όχι	49	57	41	36	26	209
	69,0%	72,2%	85,4%	69,2%	56,5%	70,6%
Σύνολο	71	79	48	52	46	296
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 9,69$ B.E. = 4 $p < 0.05$

Αν και η πλειοψηφία όλων των ηλικιακών ομάδων συμφωνεί για την απουσία ποικιλίας τροφής εντούτοις η στατιστική σημαντικότητα έγκειται στην διάθεση «κατανόησης» που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους.

Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για την ποικιλία τροφής στο νοσοκομείο.



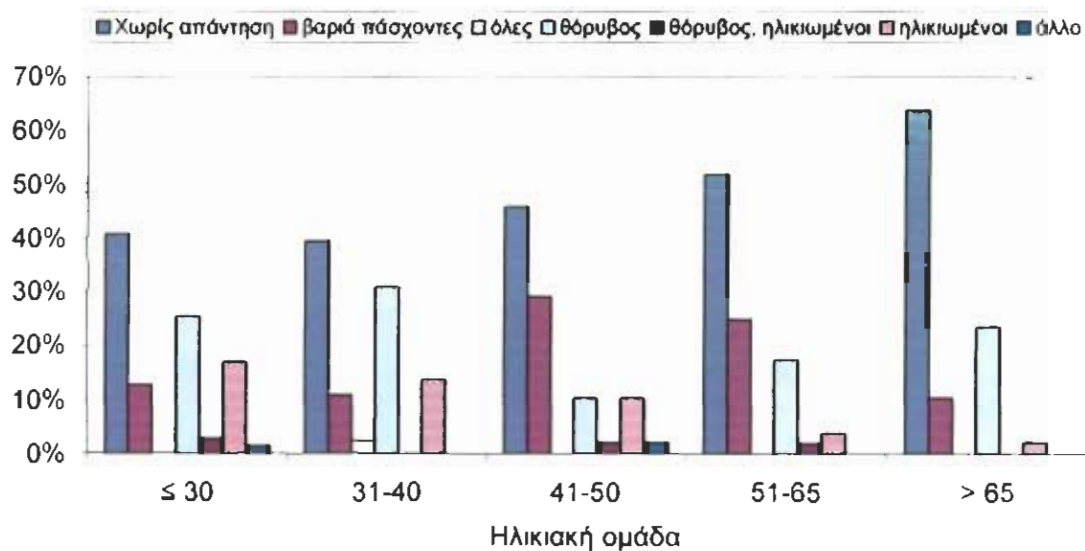
Πίνακας 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τις κυριότερες αιτίες προβλημάτων συμβίωσης.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Χωρίς απάντηση	29	32	22	27	30	140
	40,8%	39,5%	45,8%	51,9%	63,8%	46,8%
Βαριά πάσχοντες	9	9	14	13	5	50
	12,7%	11,1%	29,2%	25,0%	10,6%	16,7%
Όλες οι αιτίες	0	2	0	0	0	1
	,0%	2,4%	,0%	,0%	,0%	,3%
Βαριά πάσχοντες, Ηλικιωμένοι	0	2	0	0	0	2
	,0%	2,5%	,0%	,0%	,0%	,7%
Θόρυβος	18	25	5	9	11	68
	25,4%	30,9%	10,4%	17,3%	23,4%	22,7%
Θόρυβος, ηλικιωμένοι	2	0	1	1	0	4
	2,8%	,0%	2,1%	1,9%	,0%	1,3%
Ηλικιωμένοι	12	11	5	2	1	31
	16,9%	13,6%	10,4%	3,8%	2,1%	10,4%
Άλλο	1	0	1	0	0	2
	1,4%	,0%	2,1%	,0%	,0%	,7%
Σύνολο	71	81	48	52	47	299
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 47,092$ B.E. = 32 $p < 0,05$

Οι μέσες ηλικίες θεωρούν σαν κυριότερη αιτία προβλημάτων συμβίωσης την ύπαρξη βαριά πασχόντων ασθενών στους θαλάμους. Οι μεγαλύτερες ηλικίες θεωρούν ως πρόβλημα τον θόρυβο ενώ οι νεότεροι θεωρούν ότι και η συν-νοσηλεία με ηλικιωμένους είναι επίσης μια αιτία.

Σχήμα 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τις κυριότερες αιτίες προβλημάτων συμβίωσης.

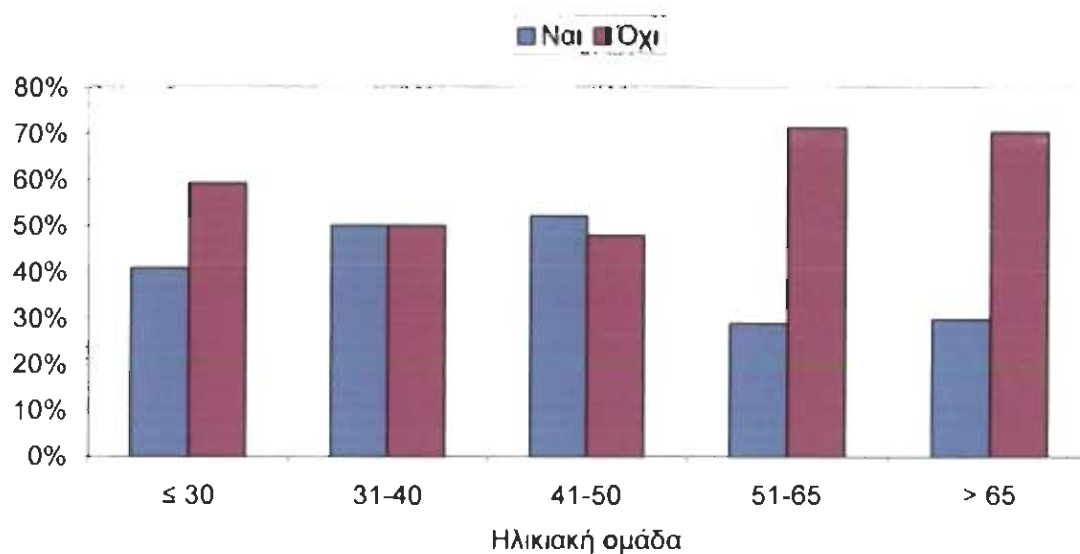


Πίνακας 46: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για προβληματική ώρα επισκεπτηρίου.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Ναι	29 40,8%	40 50,0%	25 52,1%	15 28,8%	14 29,8%	123 41,3%
Όχι	42 59,2%	40 50,0%	23 47,9%	37 71,2%	33 70,2%	175 58,7%
Σύνολο	71 100,0%	80 100,0%	48 100,0%	52 100,0%	47 100,0%	298 100,0%
	$\chi^2 = 10,704$		B.E. = 4	$p < 0,05$		

Είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν θεωρεί προβληματική την ώρα του επισκεπτηρίου, σε σχέση με τους νεότερους που το δείγμα είναι σχεδόν μοιρασμένο.

Σχήμα 46: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα και την άποψή τους για προβληματική ώρα επισκεπτηρίου.



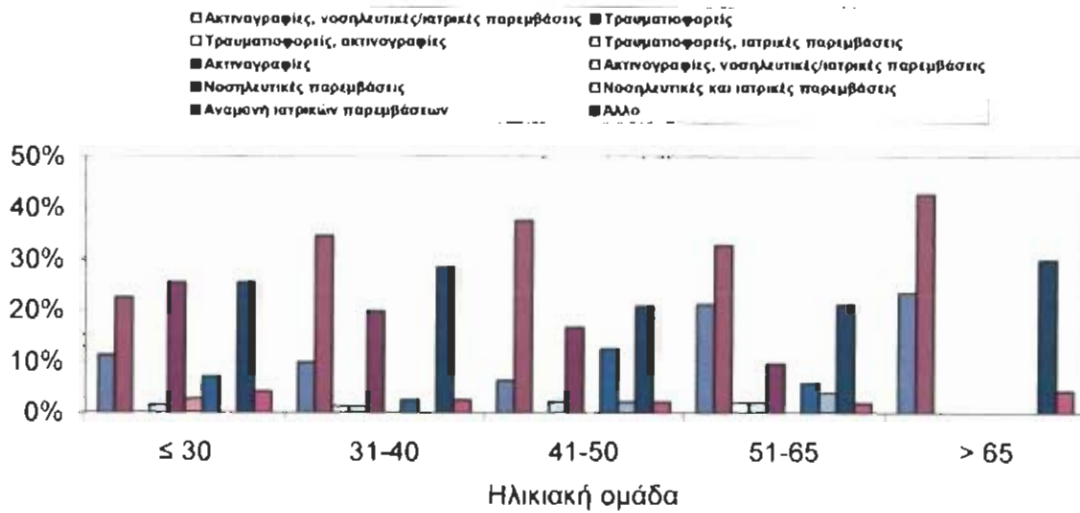
Πίνακας 47: Κατανομή του δείγματος με βάση την ηλικιακή ομάδα και τις κυριότερες αιτίες καθυστερήσεων για τον διαγνωστικό έλεγχο.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Τραυματισμοί	8 11,3%	8 9,9%	3 6,3%	11 21,2%	11 23,4%	41 13,7%
Τραυματισμοί, Ακτινογραφίες	16 22,5%	28 34,6%	18 37,5%	17 32,7%	20 42,6%	99 33,1%
Τραυματισμοί, ιατρική παρέμβαση	0 0,0%	1 1,2%	0 0,0%	1 1,9%	0 0,0%	2 0,7%
Ακτινογραφίες	1 1,4%	1 1,2%	1 2,1%	1 1,9%	0 0,0%	4 1,3%
Ακτινογραφίες, νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση	18 25,4%	16 19,8%	8 16,7%	5 9,6%	0 0,0%	47 15,7%
Νοσηλευτική παρέμβαση	2 2,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,7%
Νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση	5 7,0%	2 2,5%	6 12,5%	3 5,8%	0 0,0%	16 5,4%
Ιατρική παρέμβαση	0 0,0%	0 0,0%	1 2,1%	2 3,8%	0 0,0%	3 1,0%
Άλλο	18 25,4%	23 28,4%	10 20,8%	11 21,2%	14 29,8%	76 25,4%
Σύνολο	3 4,2%	2 2,5%	1 2,1%	1 1,9%	2 4,3%	9 3,0%
	71 100,0%	81 100,0%	48 100,0%	52 100,0%	47 100,0%	299 100,0%

$\chi^2 = 54,148$ B.E. = 36 $p < 0.05$

Αν και η στατιστική σημαντικότητα μπορεί να αμφισβητηθεί εξαιτίας του μεγέθους του πίνακα, μπορούν να διαπιστωθούν διαφορές στις απόψεις. Για παράδειγμα το 42,6% των ηλικιωμένων σε σχέση με ένα 22,5% των νέων θεωρεί ως αιτία καθυστέρησης την διαθεσιμότητα των τραυματισμών.

Σχήμα 47: Κατανομή του δείγματος με βάση την ηλικιακή ομάδα και τις κυριότερες αιτίες καθυστερήσεων για τον διαγνωστικό έλεγχο.



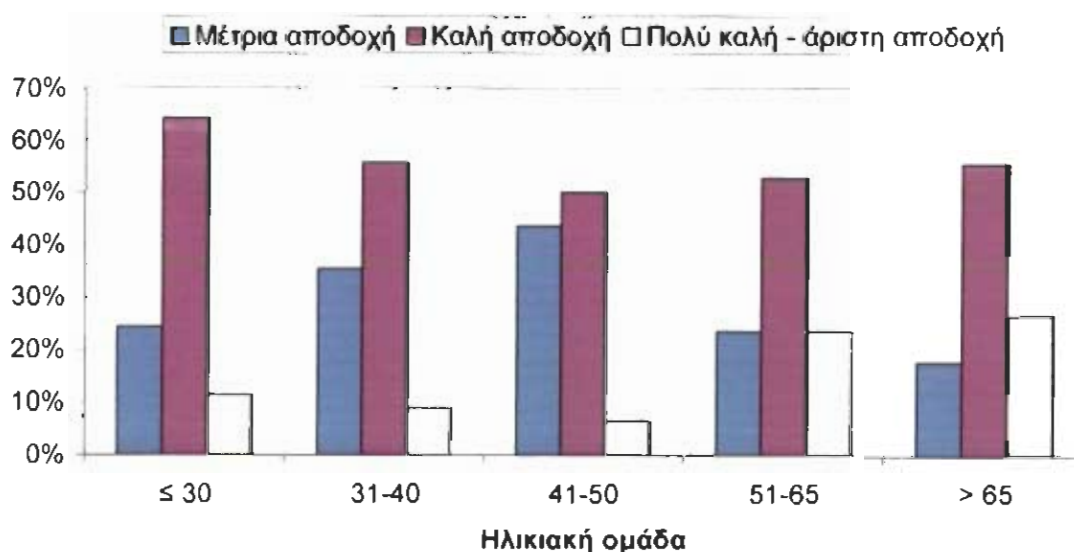
Πίνακας 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον βαθμό αποδοχής του νοσοκομείου.

	Ηλικιακή ομάδα					Σύνολο
	≤ 30	31-40	41-50	51-65	> 65	
Μέτρια αποδοχή	17	28	20	12	8	85
	24,3%	35,4%	43,5%	23,5%	17,8%	29,2%
Καλή αποδοχή	45	44	23	27	25	164
	64,3%	55,7%	50,0%	52,9%	55,6%	56,4%
Πολύ καλή – άριστη αποδοχή	8	7	3	12	12	42
	11,4%	8,9%	6,5%	23,5%	26,7%	14,4%
Σύνολο	70	79	46	51	45	291
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 20,365$ B.E. = 8 $p < 0,05$

Η σημαντικότητα βρίσκεται στο ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία αποδέχονται θετικότερα από τους νέους την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Σχήμα 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον βαθμό αποδοχής του νοσοκομείου.

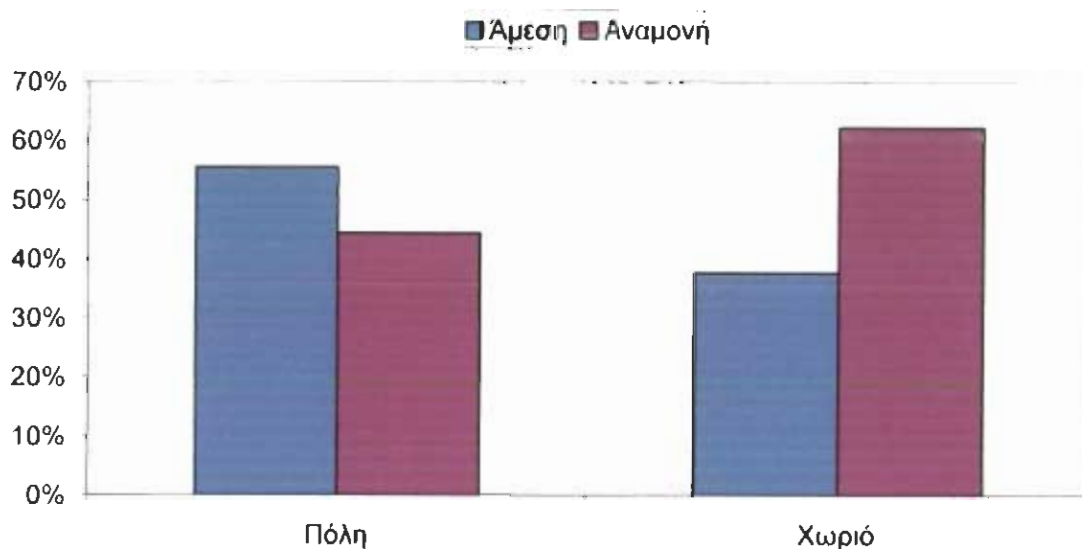


Πίνακας 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και τον χρόνο εξέτασης που δήλωσαν.

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Πόλη	Χωριό	
Άμεση	129 55,6%	26 37,7%	155 51,5%
Αναμονή	103 44,4%	43 62,3%	146 48,5%
Σύνολο	232 100,0%	69 100,0%	301 100,0%
$\chi^2 = 6,839$		B.E. = 1	$p < 0,05$

Η διαφορά βρίσκεται στο ότι οι διαμένοντες σε χωριά δήλωσαν ότι ανέμεναν προκειμένου να εξετασθούν. Αντίθετα η πλειοψηφία όσον διαμένουν σε πόλεις δήλωσε ότι εξετάσθηκαν άμεσα.

Σχήμα 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και τον χρόνο εξέτασης που δήλωσαν.



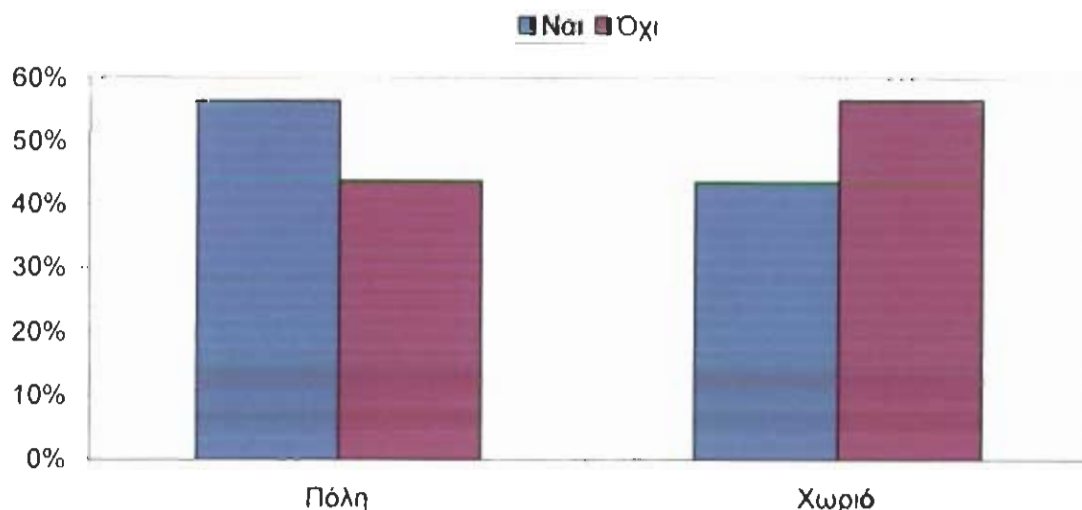
Πίνακας 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την ύπαρξη προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς.

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Πόλη	Χωριό	
Ναι	130 56,3%	30 43,5%	160 53,3%
Όχι	101 43,7%	39 56,5%	140 46,7%
Σύνολο	231 100,0%	69 100,0%	300 100,0%

$\chi^2 = 3,497$ B.E. = 1 $p = 0,06$

Και εδώ έχουμε διαφορά απόψεων ανάμεσα σε όσους διαμένουν σε πόλεις η χωριά. Οι κάτοικοι πόλεων θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους κατοίκους των χωριών ότι αντιμετώπισαν προβλήματα συμβίωσης. Αυτό είναι εν' μέρει κατανοητό αν λάβουμε υπ' όψιν τον απομονωτισμό και τις «ιδιοτροπίες» που χαρακτηρίζουν τους κατοίκους των πόλεων. Η διαφορά μπορεί να μην είναι στατιστικά σημαντική (αφού $P > 0,05$) αλλά η τάση του δείγματος είναι ξεκάθαρη και κάποια συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν.

Σχήμα 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την ύπαρξη προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς.

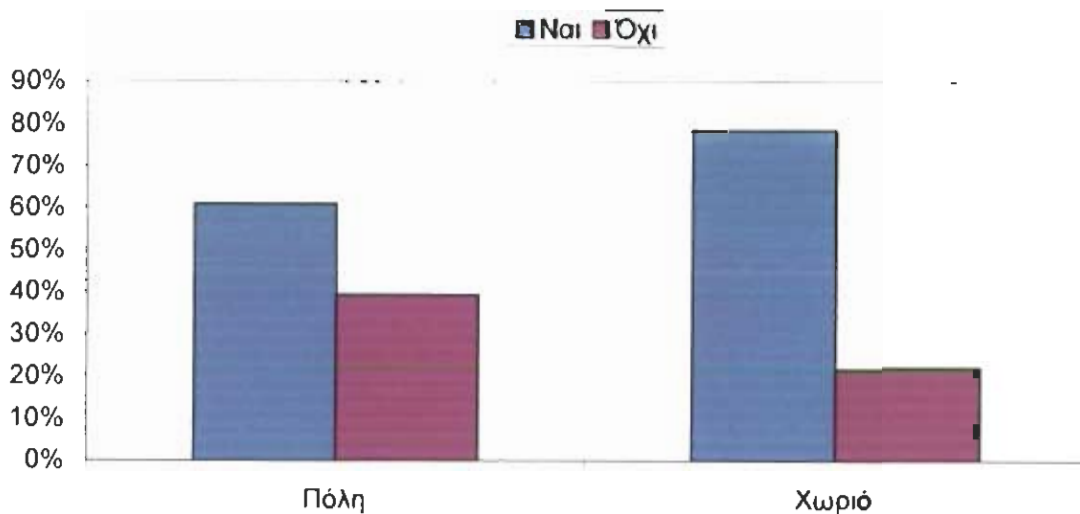


Πίνακας 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και εάν θεωρούν απαραίτητη την παρουσία συνοδού στον θάλαμο.

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Πόλη	Χωριό	
Ναι	141 60,8%	54 78,3%	195 64,8%
Όχι	91 39,2%	15 21,7%	106 35,2%
Σύνολο	232 100,0%	69 100,0%	301 100,0%
$\chi^2 = 7,127$		B.E. = 1	$p = 0,08$

Η στάση των κατοίκων του χωριού θεωρείται απόλυτα κατανοητή στην ερώτηση αυτή δεδομένου ότι βρίσκονται μακρύτερα από τον τόπο διαμονής των και επιζητούν την βοήθεια αλλά και την υποστήριξη του συνοδού.

Σχήμα 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και εάν θεωρούν απαραίτητη την παρουσία συνοδού στον θάλαμο.

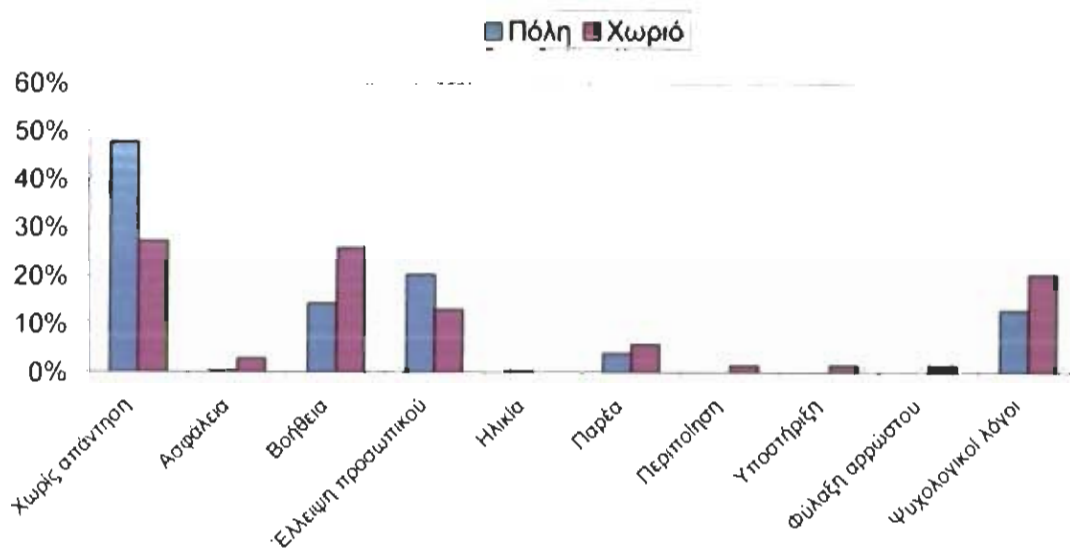


Πίνακας 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και τον λόγο παραμονής συνοδού στον θάλαμο.

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Πόλη	Χωριό	
Χωρίς απάντηση	111 47,8%	19 27,5%	130 43,2%
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	1 ,4%	2 2,9%	3 1,0%
ΒΟΗΘΕΙΑ	33 14,2%	18 26,1%	51 16,9%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	47 20,3%	9 13,0%	56 18,6%
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	1 ,4%	0 ,0%	1 ,3%
ΠΑΡΕΑ	9 3,9%	4 5,8%	13 4,3%
ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ	0 ,0%	1 1,4%	1 ,3%
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	0 ,0%	1 1,4%	1 ,3%
ΦΥΛΑΞΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	0 ,0%	1 1,4%	1 ,3%
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	30 12,9%	14 20,3%	44 14,6%
Σύνολο	232	69	301
	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2 = 27,040$	B.E. = 9	$p = 0,01$	

Η στατιστική σημαντικότητα βρίσκεται στους διαφορετικούς λόγους για την παρουσία συνοδού που προβάλλονται από τους κατοίκους των χωριών ή της πόλης (πχ περισσότερο η ανάγκη βοήθειας παρά η έλλειψη προσωπικού).

Σχήμα 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και τον λόγο παραμονής συνοδού στον θάλαμο.

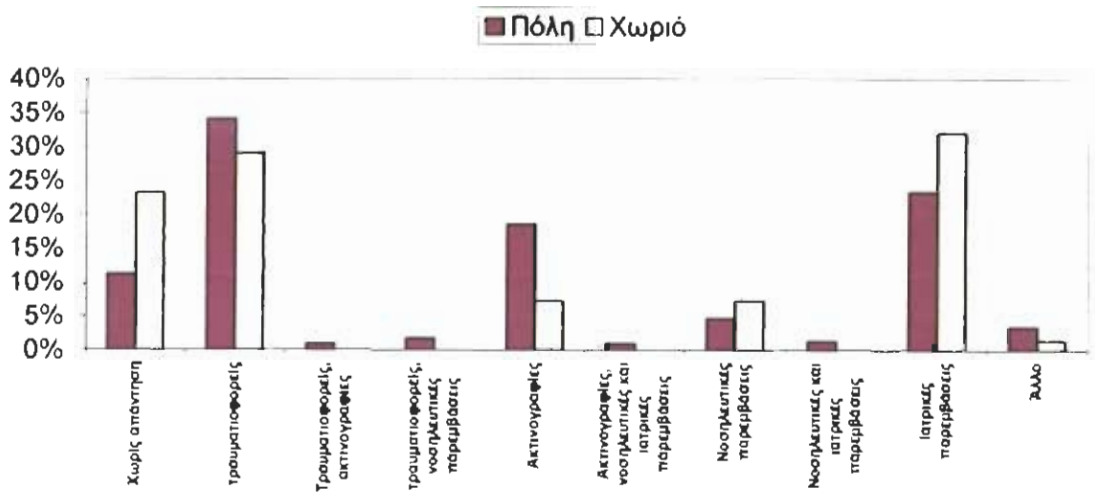


Πίνακας 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και ποίες θεωρούν κυριότερες αιτίες καθυστερήσεων για τον διαγνωστικό έλεγχο.

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Πόλη	Χωριό	
Χωρίς απάντηση	26 11,2%	16 23,2%	42 14,0%
Τραυματιοφορείς	79 34,1%	20 29,0%	99 32,9%
Τραυματιοφορείς, Ακτινογραφίες	2 ,9%	0 ,0%	2 ,7%
Τραυματιοφορείς, ιατρική παρέμβαση	4 1,7%	0 ,0%	4 1,3%
Ακτινογραφίες	43 18,5%	5 7,2%	48 15,9%
Ακτινογραφίες, ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση	2 ,9%	0 ,0%	2 ,7%
Νοσηλευτική παρέμβαση	11 4,7%	5 7,2%	16 5,3%
Νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση	3 1,3%	0 ,0%	3 1,0%
Ιατρική παρέμβαση	54 23,3%	22 31,9%	76 25,2%
Άλλο	8 3,4%	1 1,4%	9 3,0%
Σύνολο	232	69	301
	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2 = 16,307$	B. E. = 9	$p = 0,06$	

Και εδώ παρατηρούμε κάποιες διαφορές ως προς τις αιτίες καθυστερήσεων. Αν και δεν έχουμε στατιστική σημαντικότητα παρατηρούμε τάση του δείγματος.

Σχήμα 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και ποιές θεωρούν κυριότερες αιτίες καθυστερήσεων για τον διαγνωστικό έλεγχο.



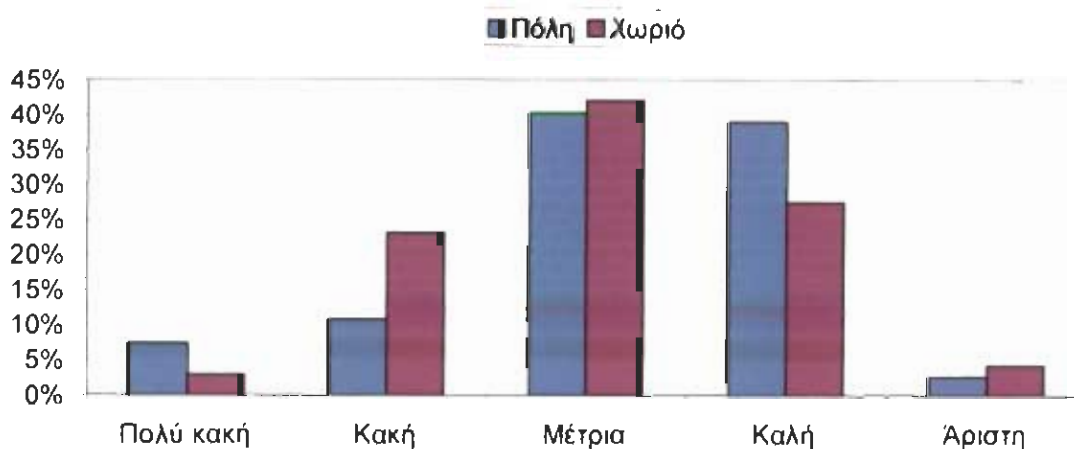
Πίνακας 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την άποψή τους για την αποτελεσματικότητα των δημοσίων έναντι των ιδιωτικών νοσοκομείων.

	Τόπος διαμονής		Σύνολο
	Πόλη	Χωριό	
Πολύ κακή	17 7,4%	2 2,9%	19 6,3%
Κακή	25 10,8%	16 23,2%	41 13,7%
Μέτρια	93 40,3%	29 42,0%	122 40,7%
Καλή	90 39,0%	19 27,5%	109 36,3%
Άριστη	6 2,6%	3 4,3%	9 3,0%
Σύνολο	231 100,0%	69 100,0%	300 100,0%

$\chi^2 = 10,106$ B.E. = 4 $p < 0,05$

Οι διαμένοντες σε χωριά δίνουν θετικότερη ψήφο στα δημόσια νοσοκομεία από ότι οι διαμένοντες στην πόλη. Αυτή είναι και η αιτία της διαφορετικότητας των απαντήσεων.

Σχήμα 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την άποψή τους για την αποτελεσματικότητα των δημοσίων έναντι των ιδιωτικών νοσοκομείων.

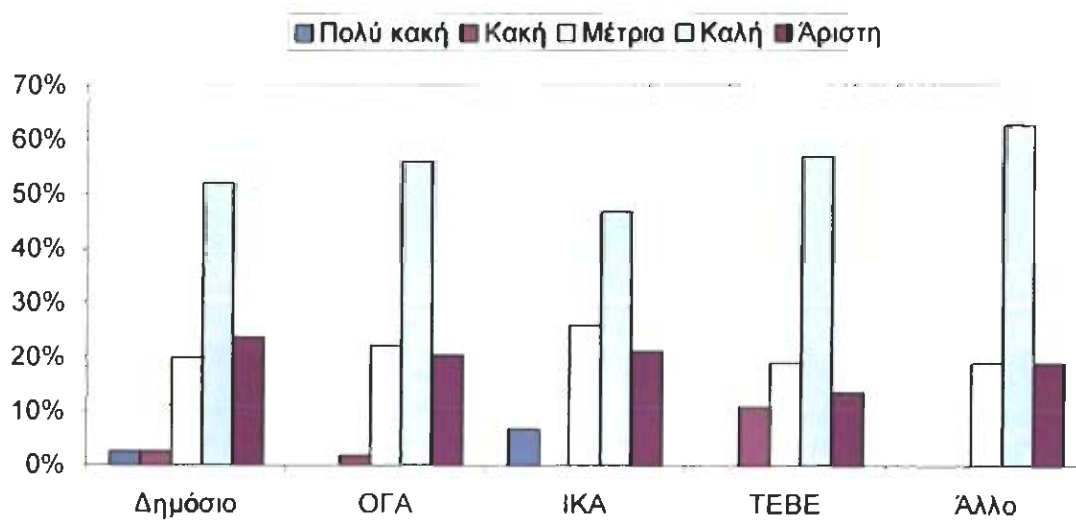


Πίνακας 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και την άποψή τους για την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

	Ασφαλιστικός φορέας					Σύνολο
	Δημόσιο	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΤΕΒΕ	Άλλο	
Πολύ κακή	2 2,5%	0 ,0%	7 6,7%	0 ,0%	0 ,0%	9 3,0%
Κακή	2 2,5%	1 1,7%	0 ,0%	4 10,8%	0 ,0%	7 2,3%
Μέτρια	16 19,8%	13 22,0%	27 25,7%	7 18,9%	3 18,8%	66 22,1%
Καλή	42 51,9%	33 55,9%	49 46,7%	21 56,8%	10 62,5%	155 52,0%
Άριστη	19 23,5%	12 20,3%	22 21,0%	5 13,5%	3 18,8%	61 20,5%
Σύνολο	81 100,0%	59 100,0%	105 100,0%	37 100,0%	16 100,0%	298 100,0%
$\chi^2 = 25,904$ B.E. = 16 $p < 0,05$						

Αν και η στατιστική σημαντικότητα είναι αμφισβητούμενη εντούτοις μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλισμένων στο ΤΕΒΕ ή σε άλλα ταμεία έχει θετική άποψη για την συμπεριφορά του προσωπικού.

Σχήμα 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και την άποψή τους για την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.



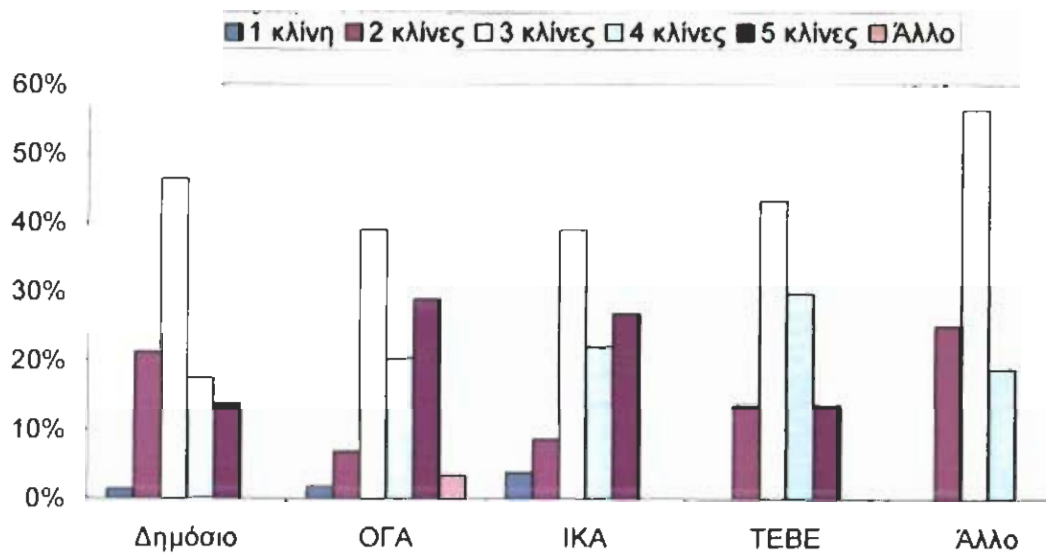
Πίνακας 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και τον αριθμό των κρεβατιών στον θάλαμο νοσηλείας.

	Ασφαλιστικός φορέας					Σύνολο
	Δημόσιο	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΤΕΒΕ	Άλλο	
1 κλίνη	1 1,3%	1 1,7%	4 3,8%	0 ,0%	0 ,0%	6 2,0%
2 κλίνες	17 21,3%	4 6,8%	9 8,6%	5 13,5%	4 25,0%	39 13,1%
3 κλίνες	37 46,3%	23 39,0%	41 39,0%	16 43,2%	9 56,3%	126 42,4%
4 κλίνες	14 17,5%	12 20,3%	23 21,9%	11 29,7%	3 18,8%	63 21,2%
5 κλίνες	11 13,8%	17 28,8%	28 26,7%	5 13,5%	0 ,0%	61 20,5%
Άλλο	0 ,0%	2 3,4%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 ,7%
Σύνολο	80 100,0%	59 100,0%	105 100,0%	37 100,0%	16 100,0%	297 100,0%

$$\chi^2 = 33,462 \quad \text{B.E.} = 20 \quad p < 0,05$$

Και εδώ παρατηρούμε διαφορές όπως για παράδειγμα ότι κανένας ασθενής ασφαλισμένος στο ΤΕΒΕ δεν νοσηλεύεται σε μονόκλινο δωμάτιο.

Σχήμα 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και τον αριθμό των κρεβατιών στον θάλαμο νοσηλείας.

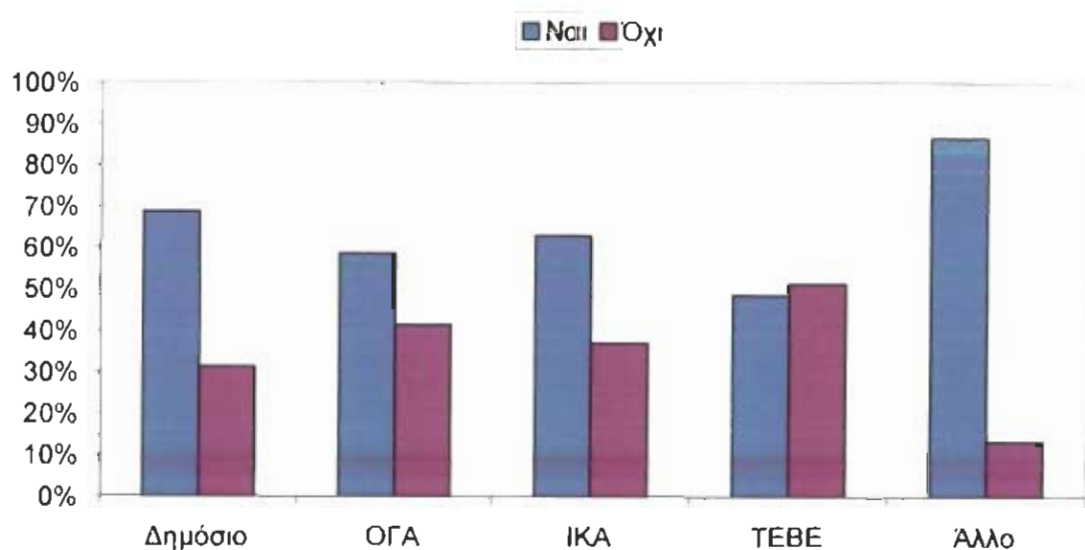


Πίνακας 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και εάν θεωρού άμεσο τον χρόνο διεκπεραίωσης.

	Ασφαλιστικός φορέας					Σύνολο
	Δημόσιο	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΤΕΒΕ	Άλλο	
Ναι	55 68,8%	34 58,6%	66 62,9%	18 48,6%	13 86,7%	186 63,1%
Όχι	25 31,3%	24 41,4%	39 37,1%	19 51,4%	2 13,3%	109 36,9%
Σύνολο	80 100,0%	58 100,0%	105 100,0%	37 100,0%	15 100,0%	295 100,0%
$\chi^2 = 8,491$ B.E. = 4 $p = 0,07$						

Και εδώ παρατηρούμε κάποιες διαφοροποιήσεις. Η πλειοψηφία των ασφαλισμένων στο ΤΕΒΕ δεν θεώρησαν άμεσο τον χρόνο διεκπεραίωσης.

Σχήμα 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και εάν θεωρούν άμεσο τον χρόνο διεκπεραίωσης.



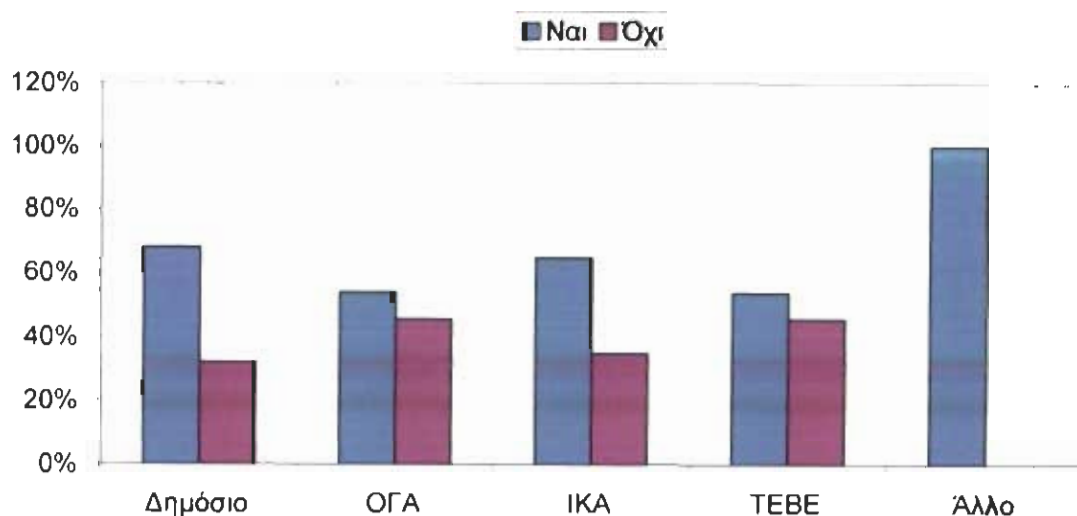
Πίνακας 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και την άποψή τους για επαρκή ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.

	Ασφαλιστικός φορέας					Σύνολο
	Δημόσιο	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΤΕΒΕ	Άλλο	
Ναι	55 67,9%	32 54,2%	68 64,8%	20 54,1%	16 100,0%	191 64,1%
Όχι	26 32,1%	27 45,8%	37 35,2%	17 45,9%	0 ,0%	107 35,9%
Σύνολο	81 100,0%	59 100,0%	105 100,0%	37 100,0%	16 100,0%	298 100,0%

$\chi^2 = 13,605$ B.E. = 4 $p < 0,05$

Και εδώ υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις (π.χ. το σύνολο των ασφαλισμένων σε «άλλο» φορέα έχουν θετική άποψη).

Σχήμα 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και την άποψή τους για επαρκή ενημέρωση σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς.



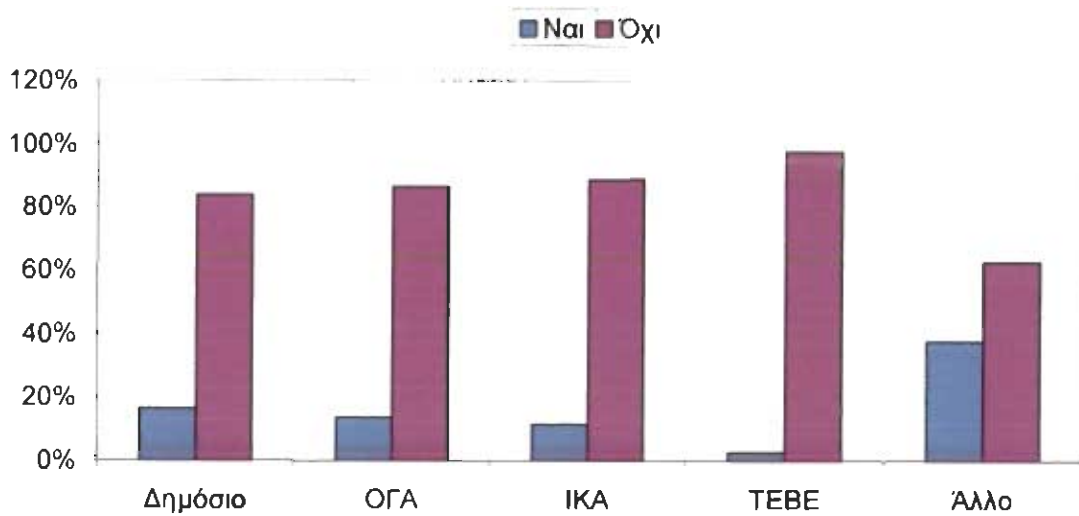
Πίνακας 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και εάν διαπίστωσαν παρουσία της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο.

	Ασφαλιστικός φορέας					Σύνολο
	Δημόσιο	ΟΓΑ	ΙΚΑ	ΤΕΒΕ	Άλλο	
Ναι	13 16,3%	8 13,6%	12 11,4%	1 2,7%	6 37,5%	40 13,5%
Όχι	67 83,8%	51 86,4%	93 88,6%	36 97,3%	10 62,5%	257 86,5%
Σύνολο	80 100,0%	59 100,0%	105 100,0%	37 100,0%	16 100,0%	297 100,0%

$\chi^2 = 12,515$ B.E. = 4 $p < 0,05$

Και εδώ παρατηρούνται διαφορές στα ποσοστά όσων διαπίστωσαν ή όχι την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο ίδρυμα που νοσηλεύτηκαν.

Σχήμα 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα και εάν διαπίστωσαν παρουσία της κοινωνικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο.



4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μελέτες που αφορούν θέματα πάνω στις απόψεις των νοσηλευομένων ασθενών και την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, όλο και περισσότερο αυξάνονται σε κράτη της Ευρώπης και των Η.Π.Α. Αντίθετα στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν σε πολύ περιορισμένο αριθμό. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να εξηγηθούν οι απόψεις των νοσηλευομένων ασθενών, κυρίως από τα νοσοκομεία της Αχαΐας και ένα δείγμα από νοσοκομείο των Αθηνών.

Η έρευνα έγινε μεταξύ Ιουλίου-Οκτώβριο 2004, ερωτήθηκαν 301 ασθενείς στα νοσοκομεία Γ.Κ.Ν.Π «Άγιος Ανδρέας», Π.Γ.Ν «Ρίου», Γ.Κ.Ν Αιγίου και στο νοσοκομείο Αθηνών «Ερυθρός Σταυρός». Από τους 301 ασθενείς 155 ήταν γυναίκες (51,5%) και 146 ήταν άνδρες (48,5%).

Το 45,5% ήταν έγγαμοι και το 32,9% ήταν άγαμοι.

Η ηλικιακή ομάδα με τη μεγαλύτερη εκπροσώπηση στο δείγμα, είναι αυτή ανάμεσα 30-40 ετών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό διαμένει σε πόλεις, ενώ σχεδόν ένας στους πέντε, δηλώνει τόπο διαμονής στο χωριό.

Οι πλειοψηφικές ομάδες των ασφαλισμένων ανήκουν κυρίως στο Ι.Κ.Α με ποσοστό 34,9% και στο Δημόσιο με ποσοστό 26,9% και τρίτη ομάδα αυτή του Ο.Γ.Α.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, δηλώνουν απόφοιτοι Λυκείου και ακολουθούν οι απόφοιτοι του Δημοτικού. Τα ποσοστά αυτά είναι συνακόλουθα των ηλικιακών κατανομών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευομένων, 64,8%, δηλώνει το Ι.Χ σαν μέσο μεταφοράς στο νοσοκομείο και μόνο το 28,9% μεταφέρεται με ασθενοφόρο.

Ο χρόνος εξέτασης του ασθενή κατά την άφιξή του στο νοσοκομείο, ξεκινά από 30 λεπτά και φθάνει στις 3 ώρες.

Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού με ποσοστό 46,2% θεωρείται καλή, μέτρια με 28,6% και κακή έως πολύ κακή με ποσοστό 9,7%. Άριστη συμπεριφορά δηλώνει μόνο το 15,6%.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, το 52,2% τη χαρακτηρίζει καλή, το 21,9% μέτρια και το 20,6% άριστη, ενώ μόλις το 5,3% τη χαρακτηρίζει κακή ως πολύ κακή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος νοσηλευόταν στην Ορθοπεδική κλινική, με την Παθολογική και τη Χειρουργική να ακολουθούν.

Το 42,9% που αποτελεί και την πλειοψηφία, δηλώνει ότι νοσηλεύτηκε σε τρικόλινους θαλάμους και ακολουθεί το 41,3%, όπου νοσηλεύτηκε σε θαλάμους τεσσάρων και πέντε κλινών, ενώ μόλις το 2,0%, δηλώνει ιδιωτικό θάλαμο.

Η πλειοψηφία δηλώνει μέτρια ως άριστη την εξυπηρέτηση όσον αφορά την κατατόπιση του θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 66,7% και ένα 33,2% την χαρακτηρίζει άσχημη.

Η πλειοψηφία δεν φαίνεται να έχει παράπονα από το νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά την επικοινωνία, γι' αυτό και την χαρακτηρίζει θετικά με ποσοστό 73,0% καλή ως άριστη, ενώ τη θεωρεί μέτρια το 22,0% και κακή ως πολύ κακή το 5,1%.

Σχετικά με την ευγένεια του προσωπικού, η πλειοψηφία θεωρεί ότι το προσωπικό συμπεριφέρεται με ευγένεια. Πολύ κακή ή κακή τη θεωρεί το 3,7%.

Στην ερώτηση για την άποψή τους για το σεβασμό του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς, τα ποσοστά δείχνουν θετικά 78,4% απάντησαν καλή ή άριστη, ενώ μέτρια το 16,6% και πολύ κακή ή κακή το 5,0%.

Ανάλογα είναι και τα ποσοστά όσον αφορά το σεβασμό που έδειξε το ιατρικό προσωπικό στον ασθενή. Δηλαδή θετικά 74,1% καλή ή άριστη και μόλις το 6,0% πολύ κακή ή κακή.

Σχετικά με την καθαριότητα στο θάλαμο, μπορούμε να επισημάνουμε ότι η πλειοψηφία δεν εκφράζεται θετικά για την καθαριότητα του θαλάμου (51,2%) πολύ κακή έως μέτρια. Το 43,9% τη θεωρεί καλή.

Όσον αφορά την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής, το μεγαλύτερο ποσοστό την κρίνει από μέτρια ως πολύ κακή (66,3%), καλή το 32% και άριστη μόνο το 1,7%.

Στην ερώτηση για την καθαριότητα στους κοινόχρηστους χώρους, πλειοψηφία έχει θετική άποψη για τα ιδρύματα που νοσηλεύτηκε.

Το 68,7% του δείγματος θεωρεί την ποιότητα της τροφής από μέτρια ως πολύ κακή, ή ένας στους τρεις την χαρακτηρίζει καλή ως άριστη.

Η μεγάλη πλειοψηφία θεωρεί ότι δεν υπάρχει ποικιλία τροφής στα ιδρύματα που νοσηλεύτηκε.

Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη προβλημάτων συμβίωσης με τους άλλους ασθενείς, η πλειοψηφία θεωρεί ότι υπάρχουν προβλήματα στους θαλάμους των ασθενών.

Κύρια αίτια κακής συμβίωσης η πλειοψηφία θεωρεί τους θορύβους αλλά και την συν-νοσηλεία με βαριά πάσχοντες. Επίσης ένας στους δέκα θεωρεί πρόβλημα και την παρουσία ηλικιωμένων ασθενών στους θαλάμους. Εδώ διαπιστώσαμε ότι οι μέσες ηλικίες, θεωρούν σαν κυριότερη αιτία προβλημάτων την ύπαρξη βαριά πασχόντων ασθενών στους θαλάμους. Οι μεγαλύτερες ηλικίες τον θόρυβο στους θαλάμους.

Το 64,8% θεωρούν ότι η παρουσία του συνοδού είναι απαραίτητη στο θάλαμο και το 35,2% δεν τη θεωρούν απαραίτητη.

Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο τη θεωρούν απαραίτητη, είναι η έλλειψη προσωπικού και συνακόλουθα η βοήθεια στον ασθενή που μπορεί να προσφέρει ο συνοδός. Το 14,6% δηλώνει ότι είναι απαραίτητη η συνοδεία συνοδού για ψυχολογικούς λόγους. Σημαντικό είναι να επισημάνουμε ότι στην ανάλυση της στατιστικής για τους λόγους που προβάλλονται για την παρουσία συνοδού, υπάρχουν διαφορετικοί λόγοι ανάμεσα στους κατοίκους των χωριών από τις πόλεις (π.χ περισσότερο η ανάγκη βοήθειας σε αυτούς που προέρχονται από χωριό και σε αυτούς που προέρχονται από πόλεις περισσότερο η έλλειψη προσωπικού).

Στην ερώτηση για τον χρόνο διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, η πλειοψηφία βρήκε ικανοποιητικό το χρόνο, ενώ ένα 36,5% όχι.

Ο κύριος λόγος καθυστερήσεων για τον διαγνωστικό έλεγχο, αφορούσε τη μη διαθεσιμότητα των τραυματιοφορέων, αλλά και καθυστερήσεις ιατρικών παρεμβάσεων.

Στις απαντήσεις σχετικά με την επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς από το ιατρικό προσωπικό, το 63,8%, θεωρεί επαρκή την ενημέρωση, ενώ το 36,2%, όχι.

Πάρα πολύ σημαντικό είναι το αποτέλεσμα που προέκυψε από την έρευνά μας για την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου. Το 86,7% με συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν διαπίστωσε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου. Αυτό μας προβλημάτισε ιδιαίτερα γιατί υπάρχει κοινωνική υπηρεσία σε όλα τα νοσοκομεία όπου έγινε η έρευνα. Με τι ασχολείται άραγε και ποιος ο ρόλος της στα νοσοκομεία, όταν δεν δηλώνει καν την παρουσία της στους ασθενείς;

Για την αποτελεσματικότητα των δημοσίων νοσοκομείων, έναντι των ιδιωτικών, το 60,7% δηλώνει από πολύ κακή ως μέτρια, ενώ καλή ως άριστη τη χαρακτηρίζει το υπόλοιπο 39,2%.

Τελικά την εικόνα που έχει η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών (82,8), είναι ότι τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας είναι υποδεέστερα έναντι του εξωτερικού.

Στην συνέχεια εξετάσαμε στατιστικά τη διαφορετικότητα των απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων, με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, τον τόπο διαμονής και τον ασφαλιστικό φορέα.

Οι απαντήσεις που ήταν στατιστικά σημαντικές για την έρευνά μας, στην δοκιμασία χ^2 παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Σχετικά με την κατατόπιση του θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, η κατανομή του δείγματος μας δείχνει ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν θετικότερη άποψη. Αυτό είναι αναμενόμενο αν λάβουμε υπόψιν, ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν μεγαλύτερη υπομονή από τους νεότερους.

Διαπιστώσαμε ότι η πλειοψηφία όλων των ηλικιών, συμφωνεί με την απουσία ποικιλίας τροφής στα νοσοκομεία.

Στην κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής και την άποψή τους για την αποτελεσματικότητα των δημοσίων έναντι των ιδιωτικών

νοσοκομείων, διαπιστώσαμε ότι οι διαμένοντες στα χωριά δίνουν θετικότερη ψήφο στα δημόσια νοσοκομεία από ότι οι διαμένοντες στην πόλη.

Σε ότι αφορά τον ασφαλιστικό φορέα και την άποψή τους για τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, σε όλα τα ταμεία το μεγαλύτερο ποσοστό έχει θετικά άποψη με μια διαφορά ότι στο ΤΕΒΕ έχουν θετικότερη άποψη.

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμμεριζόμενοι τις απόψεις των νοσηλευτών και τις συζητήσεις που είχαμε μαζί τους και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, θα θέλαμε να κάνουμε ορισμένες προτάσεις πιστεύοντας ότι θα συμβάλλουμε στην ευαισθησία των ιθυνόντων για την οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων και την λήψη αποφάσεων και μέτρων για την βελτίωσή τους, με κύριο σκοπό την αρτιότερη ποιοτική και ολιστική φροντίδας του αρρώστου στο χώρο του νοσοκομείου.

Οι προτάσεις μας έχουν ως εξής:

↓ Να γίνει αποκατάσταση του ενιαίου management των νοσοκομείων με την ανάθεση της διοίκησης-διαχείρισης τους σε ικανούς managers, που η επιλογή τους όμως θα γίνει αποκλειστικά με κίνητρα για την επίτευξη αποτελεσμάτων.

↓ Να δοθεί μεγάλη προσοχή στη διοικητική οργάνωση. Από αυτήν καθορίζεται η ιεραρχική διαβάθμιση του προσωπικού, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα.

↓ Ο αρμόδιος φορέας να αναπτύξει προγράμματα ελέγχου και εξασφάλισης ποιότητας; Της νοσηλευτικής φροντίδας.

↓ Καθηκοντολόγια προσωπικού κατά ειδικότητα, «ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση». Πουθενά μέχρι σήμερα δεν έχουν οριστεί τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των εργαζομένων στα νοσοκομεία κατά ειδικότητα. Το μοιραίο αποτέλεσμα είναι να κάνει ο καθένας ό,τι θέλει ή να μην κάνει τίποτα.

↓ Πρόσληψη περισσότερου νοσηλευτικού προσωπικού με ανώτερη εκπαίδευση. Οι χώρες που έχουν την καλύτερη κάλυψη σε υπηρεσίες της υγείας, έχουν περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό από ότι ιατρούς.

↓ Το Ε.Σ.Υ να αμείψει πλουσιοπάροχα όσους δουλεύουν με ποιότητα και επάρκεια για την υπηρεσία του ελληνικού λαού.

✚ Να υπάρχει πρόγραμμα συνεχής ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης.

✚ Να δοθεί περισσότερο βάρος στην καθαριότητα των εσωτερικών χώρων του νοσοκομείου και ειδικά στους θαλάμους και τις τουαλέτες.

✚ Τα νοσοκομεία να έχουν πλήρη εξοπλισμό για την διεκπεραίωση των εξετάσεων σε ικανοποιητικό χρόνο και στη μείωση της ταλαιπωρίας των ασθενών.

✚ Σημασία επίσης, πρέπει να δοθεί και στις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων. Γιατί τα μεγάλα και τεχνολογικά προηγμένα κτίρια νοσοκομείων δίνουν στους ανθρώπους μια αρνητική εικόνα και εμφανίζονται λιγότερο σαν ανθρώπινες κατοικίες και περισσότερο σαν κτίρια εργοστασίων.

✚ Μια και ενιαία Πανεπιστημιακή σχολή της νοσηλευτικής, προκειμένου να υπάρξει ολοκληρωτική αναβάθμιση του επαγγέλματος.

✚ Πρέπει τη νύχτα να υπάρχουν ικανοί προϊστάμενοι, για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου και την ασφάλεια των αρρώστων.

✚ Όπως είναι γνωστό, τη νύχτα δε λειτουργεί καμία άλλη υπηρεσία παρά μόνον η νοσηλευτική.

✚ Η κοινωνική υπηρεσία να κάνει αισθητή την παρουσία της και να εκπληρώνει το έργο που αντιστοιχεί στον τομέα της.

✚ Πρέπει εμείς οι νοσηλευτές να εφαρμόζουμε στην πράξη τις γνώσεις και να προσφέρουμε φροντίδα με αγάπη.

✚ Να εφαρμόζουμε τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας και ως νοσηλεύτριες να δουλεύουμε με ευσυνειδησία.

✚ Να υπάρχει σεβασμός στον ασθενή-άνθρωπο σαν ολοκληρωμένη προσωπικότητα και όχι σαν άψυχο αντικείμενο που έπεσε στα χέρια μας.

6. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

Θήλυ () Άρρεν ()

2. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος () Άγαμος () Διαζευγμένος () Χήρος/α ()

3. Ηλικία ()

4. Τόπος διαμονής

Πόλη () Χωριό ()

5. Πόσος είναι ο πληθυσμός σας στον τόπο διαμονής σας;

2.000-10.000 () Άνω 100.000 () Αθήνα () Πειραιάς () Θεσσαλονίκη ()
Πάτρα ()

6. Τί είδους ασφάλεια έχετε;

Δημόσιο () ΟΓΑ () ΙΚΑ () ΤΕΒΕ () Άλλο ()

7. Γραμματικές γνώσεις του ιδίου.

Αγράμματος () Δημοτικό () Γυμνάσιο () Λύκειο () ΤΕΙ () ΑΕΙ ()

Γραμματικές γνώσεις του πατέρα.

Αγράμματος () Δημοτικό () Γυμνάσιο () Λύκειο () ΤΕΙ () ΑΕΙ ()

Γραμματικές γνώσεις της μητέρας.

Αγράμματος () Δημοτικό () Γυμνάσιο () Λύκειο () ΤΕΙ () ΑΕΙ ()

8. Με ποιο τρόπο έγινε η μεταφορά σας στο νοσοκομείο;

Ι.Χ () Ασθενοφόρο () Άλλο _____

9. Η εξέτασή σας ήταν

Άμεση () Αναμονή ()

10. Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού στα εξωτερικά ιατρεία ήταν
Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

11. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού στα εξωτερικά ιατρεία ήταν
Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

12. Η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς σας στην κλινική ήταν άμεση
Ναι() Όχι() Άλλο_____

13. Κλινική_____

14. Ο θάλαμός σας διαθέτει
1 κλίνη() 2 κλίνες() 3 κλίνες() 4 κλίνες() 5 κλίνες() Άλλο_____

15. Με την εισαγωγή σας στην κλινική σας η ενημέρωση(κατατόπιση) του
θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν:
Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

16. Η επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική σας ήταν:
Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

17. Η ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική σας ήταν:
Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

18. Ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον ασθενή ήταν:
Πολύ κακός() Κακός() Μέτριος() Καλός() Άριστος()

19. Ο τρόπος προσέγγισης του προβλήματός σας εκ μέρους των γιατρών
ήταν:
Πολύ κακός() Κακός() Μέτριος() Καλός() Άριστος()

20.Ο σεβασμός του ιατρικού προσωπικού απέναντι στον ασθενή ήταν:

Πολύ κακός() Κακός() Μέτριος() Καλός() Άριστος()

21.Η καθαριότητα του θαλάμου είναι:

Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

22.Η καθαριότητα του αποχωρητηρίου είναι:

Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

23.Η καθαριότητα των διαδρόμων και των δημοσίων χώρων του νοσοκομείου είναι:

Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

24.Η ποσότητα και η ποιότητα της τροφής είναι:

Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

25.Υπάρχει ποικιλία τροφής:

Ναι () Όχι()

26. Δημιουργούνται προβλήματα από τη συμβίωσή σας με τους υπόλοιπους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο;

Ναι() Όχι()

Αν ναι οι κύριες αιτίες είναι:

Νοσηλεία μα βαριά πάσχοντες ()

Πρόβλημα θορύβου στο θάλαμο ()

Νοσηλεία με ηλικιωμένους ()

Άλλο _____

27.Ποιο είναι το σύστημα της κλινικής όσον αφορά το επισκεπτήριο;

Περιορισμένο() Απεριόριστο()

28.Η ώρα του επισκεπτηρίου σας δημιουργεί πρόβλημα;

Ναι() Όχι()

29. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του νοσοκομείου;

Ναι() Όχι()

30. Ο χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο;

Ναι() Όχι()

31. Κυριότερες καθυστερήσεις για διαγνωστικό έλεγχο συμβαίνουν από:

Τραυματισμοί ()

Ακτινογραφίες ()

Αναμονή νοσηλευτικών παρεμβάσεων ()

Αναμονή ιατρικών παρεμβάσεων ()

Άλλο _____

32. Πιστεύετε ότι έχετε την επαρκή ενημέρωση της εξέλιξης της ασθένειά σας;

Ναι() Όχι()

33. Διαπιστώσατε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου;

Ναι() Όχι()

34. Πιστεύετε ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών είναι:

Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

35. Έναντι του εξωτερικού είναι:

Πολύ κακή() Κακή() Μέτρια() Καλή() Άριστη()

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την εργασία μας αυτή και ειδικά με την έρευνά μας, θελήσαμε να δούμε και να αναδείξουμε τα προβλήματα που εντοπίζονται στο χώρο της υγείας και πιο συγκεκριμένα στα κρατικά νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με γνώμονα, πάντοτε, τον ασθενή και το πώς αυτός βιώνει από την πλευρά του αυτά τα προβλήματα, σχέσεις και συμπεριφορές καθώς και την αντιμετώπισή του από τους ανθρώπους που ασχολούνται με την υγεία του, έτσι ώστε εμείς που εργαζόμαστε πάνω στην υγεία, στα πλαίσια της επιστήμης, να λάβουμε υπόψη μας τα αρνητικά και τα θετικά στοιχεία που προκύπτουν από την έρευνα αυτή, ώστε να μπορέσουμε να βάλουμε ένα μικρό λιθαράκι προς τη βελτίωση των νοσοκομείων και να δούμε τον ασθενή ως ολοκληρωμένη ανθρώπινη οντότητα.

Προσπαθήσαμε πολύ για τούτο το εκπόνημα και κάναμε ό,τι μπορέσαμε καλύτερο. Γι' αυτό θα θέλαμε να μας δικαιολογηθούν πιθανά λάθη ή και παραλήψεις.

Τελειώνοντας, θέλουμε να επισημάνουμε ως νοσηλευτές, ότι η ενασχόλησή μας με την υγεία, την αρρώστια, τη ζωή και το θάνατο, επιβάλλουν την πιο ενεργό συμμετοχή μας στο κοινωνικοπολιτικό γίγνεσθαι και μια φιλοσοφικο-νοσηλευτική –όχι μονοδιάστατη- προσέγγιση της υγείας και της αρρώστιας.

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη, τέχνη και αγάπη.

«Ωφελείν ή μη βλάπτειν»

Ιπποκράτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζέρβα Θεοδώρα: «*Η ικανοποίηση των πολιτών με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα*». Μεταπτυχιακή εργασία. Αθήνα 2001, σελ. 1-2.
2. Παπαδημητρίου Παναγιώτα: «*Εκτίμηση αποτελεσμάτων των υπηρεσιών υγείας*». Μεταπτυχιακή εργασία. Ιανουάριος 1998, σελ. 14-15.
3. Σαββοπούλου Γ. Γεωργία: «*Βασική νοσηλευτική. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*». Αθήνα 1999, σελ.29-30,141-147,259-285.
4. Αντωνία Τριχοπούλου και Δημήτρης Τριχόπουλος: «*Προληπτική ιατρική*». Αθήνα 1986, σελ. 27-28.
5. Λιαρόπουλος Λ.: «*Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ευκαιρίες και προβλήματα*». Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 5, τεύχος 1(26). Αθήνα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1994, σελ.57.
6. Πυρπασόπουλος Μ.: «*Το Ε.Σ.Υ. απ' την ίδρυσή του μέχρι σήμερα*». Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 7, τεύχος 5(42). Αθήνα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1996, σελ.19-32.

7. Κονδύλης Κ.: «Για μια καλύτερη οργάνωση νοσοκομείου Ε.Σ.Υ.». Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 5, τεύχος 3(28). Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 1994, σελ 63.
8. Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 4, τεύχος 4(23). Αθήνα, Ιούλιος-Αύγουστος 1993, σελ.34-40.
9. Σιγάλας Ι.: «Το νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, Σήμερα, Αύριο». Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 4, τεύχος 4(23). Αθήνα, Ιούλιος-Αύγουστος 1993, σελ. 19-25.
10. Γεωργούση Π.: «Βασική νοσηλευτική 1». Σημειώσεις διδασκαλίας. Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τμήμα νοσηλευτικής. Πάτρα 1999, σελ. 18-28, 98-108.
11. Παπαοικονόμου-Αποστολοπούλου Α. Κ.: «Αποστολή και λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου III». Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β.. Αθήνα 1981, σελ.77-80.
12. Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 3, τεύχος 3(16). Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 1992, σελ. 34-37.
13. Μαλγαρινού Μ. Α.-Κωνσταντινίδου Σ. Φ.: «Γενική παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική». Τόμος Α. Έκδοση δέκατη ένατη. Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ». Αθήνα 1987, σελ. 14-43.
14. Παπαοικονόμου-Αποστολοπούλου Α. Κ.: «Αποστολή και λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου IV». Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β.. Αθήνα 1989, σελ.22.

15. Περιοδικό «*Επιθεώρηση Υγείας*», τόμος 1, τεύχος 4. Αθήνα, Μάιος- Ιούνιος 1990, σελ. 42-45.
16. Ραγιά Χρ.Α.: «*Βασική νοσηλευτική*». Έκδοση "Β. Αθήνα 1991, σελ. 14-27,67-88,99-111,355-366.
17. Henderson V.Q "*The nature of nursing*". N.York: The Macmillan Co 1996, sel.15.
18. Γεωργάκη Α.-Νάνουκ.: «*Νοσηλευτική Ι*», Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β. Αθήνα 1987, σελ. 8-25.
19. Ρούσσος Ν. Χρ.: «*Ιστορία του νοσηλευτικού επαγγέλματος*». Εκδόσεις Διεθνής-Ελληνική. Αθήνα 1991, σελ. 42-78.
20. Surclifle D.: "*Is nursing more of an art than a science*". Nursing mirror 1980, σελ.. 40.
21. Τασολυλα Β.: «*Θεωρίες νοσηλευτικής*». Σημειώσεις διδασκαλίας. Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τμήμα νοσηλευτικής. Πάτρα 1995, σελ. 9-41.
22. Λιαρόπουλος Λ.: «*Νομοθεσία στη νοσηλευτική και διεθνείς οργανισμοί*». Σημειώσεις διδασκαλίας. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, τμήμα νοσηλευτικής. Αθήνα 1991.
23. Γεωργάκη Α. Γ.: «*Δεοντολογία της νοσηλευτικής*». Σημειώσεις διδασκαλίας;. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, τμήμα νοσηλευτικής. Αθήνα 1983.

24. Γεωργοπούλου Σ.-Καρούντζου Γ.-Κασταριώτη Μ.-Μουρίκη Μ.:
*«Η στάση των τελειοφοίτων νοσηλευτών απέναντι στην
εκπαίδευσή τους και στο επάγγελμά τους»*. Πτυχιακή εργασία.
Εκδόσεις Τ.Ε.Ι Πάτρας, τμήμα νοσηλευτικής. Πάτρα 1998, σελ.
25-60.
25. Πλάτη Δ. Χρ.: *«Προτεινόμενο σχέδιο καθαρισμού ευθυνών και
καθηκόντων νοσηλευτικού προσωπικού»*. Περιοδικό
νοσηλευτικής, τεύχος 1. Ιανουάριος- Μάρτιος 1990. Εκδόσεις
ΕΣΔΝΕ.

