

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ
ΝΟΣΟΣΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Σπουδαστές:
Μάλλιου Αγγελική
Χρήστου Γαρούφω

Εποπεύων Καθηγητής:
Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

ΠΑΤΡΑ, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με το πέρας της εκπόνησης της Πτυχιακής μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όσους στάθηκαν σημαντικοί αρωγοί σε αυτή μας την προσπάθεια.

Πρώτα απ' όλα, ευχαριστούμε τις οικογένειες μας που αυτά τα τέσσερα έτη των σπουδών μας, μας στηρίζουν συνεχώς ψυχολογικά και οικονομικά.

Έπειτα, τον Δρ Μπακάλη Νικόλαο που με την πολύτιμη βοήθεια του, συνεργασία και καθοδήγηση του, καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την εργασία μας, παρά τις τόσες δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε.

Επιπλέον, ευχαριστούμε θερμά τις Προϊστάμενες και Υπεύθυνες των Κλινικών μας, όπου μας βοήθησαν να συλλέξουμε δείγμα για την Έρευνα μας και μας παρείχαν όσες πληροφορίες θέλαμε ώστε να καταφέρουμε να διεκπεραιώσουμε την έρευνά μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μία άποψη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και αντανακλά ορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά, που σχετίζονται με τις έννοιες των προσδοκιών και των αξιών του. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει αναγνωριστεί ως συνισταμένη δέκα σημείων όπως ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, βοηθητικό προσωπικό, βοηθός νοσηλευτές, επάρκεια εξηγήσεων για διαδικασίες και θεραπείες, θόρυβο, καθαριότητα, φαγητό, υπηρεσίες συνοδών και προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.

Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από το Νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσια και σε ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας. Χρησιμοποιήθηκε στανταρισμένο ερωτηματολόγιο με 21 ερωτήσεις. Το δείγμα μας αποτέλεσαν 154 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.0.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ασθενών απάντησε ότι οι Νοσηλευτές είναι καλοί, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα όσον αφορά την εισαγωγή τους στην κλινική και την παροχή πληροφοριών κατά την εισαγωγή τους. Για την ποιότητα και την επιλογή του φαγητού στο δημόσιο τομέα απάντησαν μέτρια ενώ στον ιδιωτικό καλή. Σχετικά με το θόρυβο, τις ώρες επισκέψεων και την καθαριότητα απάντησαν καλή τόσο στο δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Σε ότι αφορούσε το Νοσηλευτικό προσωπικό, οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Μόνο στο χρόνο αναμονής μετά το χτύπημα του κουδουνιού, οι ασθενείς των δημόσιων νοσοκομείων απάντησαν πως είναι λίγο ευχαριστημένοι. Επίσης, στο δημόσιο τομέα οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι υπάρχουν ελλείψεις τεχνολογικού εξοπλισμού και φαρμάκων ενώ στον ιδιωτικό τομέα μεγάλη οικονομική επιβάρυνση. Τέλος, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διαμονή τους, σε δημόσια και ιδιωτικά, ήταν καλή.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

ABSTRACT

Patient satisfaction expresses an opinion about the quality of the provided health care and reflects certain quality features, which are related to the expectations and the personal values of the patient. Patient satisfaction has been acknowledged as the resultant of ten components such as medical care, nursing care, assisting staff, assistant nurses, adequate information of the medical procedures and treatments, noise level, cleanliness level, food quality, escort services, as well as the limit of expectations, regarding the quality and the form of these services.

The purpose of this research is to find and compare the patient satisfaction rating of the nursing staff between public and private hospitals in Greece. The research was conducted using a standard questionnaire, which consisted of 21 questions. Our statistical sample included 154 patients. The results of the research were analyzed using the statistical program SPSS 20.0.

The results of the research showed that the majority of the patients thinks that the nurses are good in both public and private health sector, regarding the patient admission to the clinic as well as the provided information during their admission. The quality and choice of food is believed to be moderate in the public and good in the private sector. Regarding the noise level, visiting hours and cleanliness, the patients respond that it is good in both health sectors. As for the nursing staff, most patients answered that they are very satisfied by both sectors. However, the patients claimed to be poorly satisfied by the waiting time after ringing the bell in both sectors. Additionally, patients think that there is a lack of technological equipment and medicines in the public sector, but also that the private health services are greatly costly. Finally, the quality of nursing care during their accomodation to both public and private hospitals is qualified as good.

In conclusion, patients are pleased regarding the health staff in the public, as well as the private health sector.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα	5

Κεφάλαιο 1

1.1. Εισαγωγή	7
1.2. Συστήματα Υγείας.....	8
1.2.1. Ορισμός-Σκοπός-Στόχοι-Χαρακτηριστικά	8
1.2.2. Νομοθετικό Πλαίσιο Συστήματος Υγείας.....	9
1.3. Δημόσια Νοσοκομεία	11
1.4. Ιδιωτικά Νοσοκομεία	15
1.5. Χρηματοδότηση Συστημάτων Υγείας στην Ελλάδα.....	18
1.6. Νοσηλευτική Φροντίδα	23
1.6.1. Ορισμός-Σκοπός- Παροχή.....	23
1.7. Νοσηλευτική Διεργασία	25
1.7.1. Ορισμός- Σκοπός	25
1.8. Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	26
1.8.1. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή.....	26
1.8.2. Εκπαίδευση Νοσηλευτών στην Ελλάδα.....	27
1.8.3. Τομείς Εργασίας Νοσηλευτών	28
1.9. Επαγγελματικά Θέματα Νοσηλευτών	29
1.9.1. Δικαιώματα- Καθήκοντα.....	29
1.9.2. Διορισμός.....	30
1.9.3. Ωράριο	32
1.9.4. Αμοιβές.....	33
1.10. Προβλήματα Οργάνωσης και Διοίκησης Νοσηλευτικού Τομέα.....	34
1.11. Ασθενείς	36
1.11.1. Ταξινόμηση ασθενών	36
1.11.2. Δικαιώματα και Υποχρεώσεις Ασθενών	36
1.11.3. Ενημέρωση Ασθενών	43
1.11.4. Ικανοποίηση ασθενών	45
1.11.5. Ρόλος Ικανοποίησης Ασθενών στην Πολιτική Παροχής Υγείας	47
1.11.6. Χρησιμότητα Ικανοποίησης Ασθενών	48
1.11.7. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ικανοποίησης Ασθενών.....	49
1.11.8. Σχέσεις Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας.....	51

Κεφάλαιο 2

2.1. Μέθοδος Έρευνας.....	57
2.2. Σχεδιασμός Έρευνας.....	57
2.3. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	58
2.4. Διαδικασία Έρευνας.....	60
2.5. Πληθυσμός-Δείγμα.....	61
2.6. Στατιστική Ανάλυση.....	62
2.7. Ποιοτική Ανάλυση.....	62

Κεφάλαιο 3

3.1. Δημογραφικά Στοιχεία.....	64
3.2. Αποτελέσματα Ερωτηματολογίων.....	66

Κεφάλαιο 4

4.1. Συζήτηση.....	76
4.2. Περιορισμοί της Έρευνας.....	80

Βιβλιογραφία.....	81
Παράρτημα Ι.....	93
Παράρτημα ΙΙ.....	94
Παράρτημα ΙΙΙ.....	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας από τους βασικούς κανόνες της ηθικής είναι ότι η ζωή είναι πολύτιμη. Πρωταρχικός σκοπός κάθε επιστήμονα και επαγγελματία υγείας είναι η προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Η νοσηλευτική είναι από τις κυριότερες επιστήμες, που ασχολείται με την φροντίδα του ασθενή και του υγιούς ατόμου. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Η ειδική ευθύνη συνίσταται στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία (Αθανάτου, 2004).

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την φροντίδα ανθρώπων κάθε ηλικίας, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, ασθενών και υγιών, υπό όλες τις συνθήκες, σε πλαίσια αυτονομίας και συνεργασίας. Η Νοσηλευτική περικλείει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και την φροντίδα ασθενών, αναπήρων και ετοιμοθάνατων ανθρώπων. Η προάσπιση, η προαγωγή ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, η συμμετοχή στη διοίκηση συστημάτων ασθένειας ή υγείας και η εκπαίδευση αποτελούν, επίσης, βασικούς νοσηλευτικούς ρόλους (ICN, 2006). Από τον παραπάνω αλλά και από άλλους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν δοθεί για τη νοσηλευτική προκύπτει πως δεν είναι απλά ένα επάγγελμα. Αποτελεί ένα δυναμικό σώμα, που έχει τη δυνατότητα να συνδυάζει γνώσεις από φυσικές, ανθρωπιστικές, κοινωνικές και ιατρικές επιστήμες και, ταυτόχρονα, να παράγει νέα γνώση μέσα από ένα πλήθος διεργασιών.

Άλλωστε, η ίδια η φιλοσοφία της φροντίδας υγείας, η οποία αποτελεί τον ύψιστο στόχο της Νοσηλευτικής και των άλλων επιστημών υγείας, εμπεριέχει τη μελέτη των ηθικών επιταγών, των μεθόδων και των ανθρώπων που συμβάλλουν στη διατήρησή της υγείας του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, ο αντικειμενικός σκοπός και το νόημα της φιλοσοφίας

της φροντίδας υγείας είναι ο συνδυασμός των άφθονων πληροφοριών που προέρχονται από τα συνεχώς μεταβαλλόμενα πεδία της κοινωνιολογίας, της βιοτεχνολογίας, της ιατρικής, της νοσηλευτικής και των άλλων επαγγελματίων υγείας. Ο Cochrane (1972) υποστηρίζει πως οι παρεμβάσεις υγείας και φροντίδας πρέπει να υπόκεινται σε συστηματική αξιολόγηση με χρήση αμερόληπτων μεθόδων και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει συνεχώς να αναθεωρούν και να αξιολογούν το επίπεδο των γνώσεων.

1.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Με τον όρο σύστημα υγείας ή υγειονομικό σύστημα εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με σκοπό την προαγωγή, επαναφορά και διατήρηση της υγείας (Θεοδώρου, 1999). Τελικός σκοπός του είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Στο σύστημα υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δομές, δημόσιες ή ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης (Χειλίδης, 2009). Σύμφωνα με το Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών (1976), ένας άλλος ορισμός για το σύστημα υγείας είναι αυτός που το θεωρεί ως το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών.

Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

Οι στόχοι των συστημάτων υγείας είναι η επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση, προστασία του εισοδήματος του ασθενή, μακροοικονομική αποδοτικότητα, ελευθερία επιλογής στους ασθενείς και αυτονομία στους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας (Mooney, 1984). Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρηση τους. Ένα σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει τους στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξη τους (Mooney, 1984).

Κύρια χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας είναι τα εξής:

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας
- Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας
- Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας
- Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών
- Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος
- Μέτρηση της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας (Mooney 1986, Τσιότρας 1998).

1.2.2. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1980 έγινε μια ακόμη σημαντική προσπάθεια για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», είχε κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό γιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού, τη σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.

Η μεταρρύθμιση αυτή στόχευε στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η τελική μεταρρύθμιση εισήχθη με το νόμο 1397/83. Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη νομική έκφραση της υιοθετημένης πολιτικής για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά το πρότυπο άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Οι σημαντικές ελλείψεις του νόμου 1397/1983 συμπληρώθηκαν με μεταγενέστερο νόμο, το Ν. 1579/8516 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και την ανάπτυξη του ΕΣΥ». Ο νόμος αυτός ρύθμιζε θέματα που ανέκυψαν από την προσπάθεια εφαρμογής της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Η κυβερνητική αλλαγή του 1990 χαρακτηρίστηκε από μια νέα μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο Ν. 2071/92 επιχείρησε σημαντικές αλλαγές στο Ν. 1397/83 διατηρώντας όμως την ιδέα ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Βελονάκη και Καλοκαιρινού, 2006). Ο νόμος 2519/97 διεπόταν επίσης από μεταρρυθμιστική λογική.

Η επόμενη προσπάθεια υγειονομικής μεταρρύθμισης έγινε με το νόμο 2889 του 2001. Ο νόμος αυτός επανέφερε τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ.) του Ν. 1397/83, δίδοντας όμως σε αυτά, πέρα από την ευθύνη χάραξης της πολιτικής υγείας στην περιφέρειά τους, και αρμοδιότητες διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής τους (Βελονάκη και Καλοκαιρινού, 2006).

Με το νόμο της αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (Ν. 3106/2003) προστέθηκε στο σκοπό σύστασης και λειτουργίας των ΠΕΣΥ η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας. Στο πλαίσιο τα ΠΕΣΥ μετονομάστηκαν σε ΔΥΠΕ (Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσίες του ΠΕΣΥ διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, με τον ορισμό Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Επόμενη νομοθετική ρύθμιση Ν. 3370/2005 μετονομάζει τα ΠΕΣΥ σε ΔΥΠΕ (Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών). Η δομή των ΔΥΠΕ συμπληρώθηκε με το Νόμο 3370/2005 με τη μεταφορά από την Περιφέρεια αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας και τη σύσταση της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, διευρύνοντας το εύρος του πεδίου δράσης

των αποκεντρωμένων θεσμών στην αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια (Βελονάκη και Καλοκαιρινού, 2006).

Επιπλέον, ο τελευταίος νόμος Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης» καθόρισε πολλά θέματα για τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας, όπως:

- Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων. Καθιερώνεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) τα τακτικά ιατρεία λειτουργούν καθημερινά τις πρωινές ώρες με τετράωρη τουλάχιστον υποχρεωτική παρουσία ειδικευμένων ιατρών. Ο γενικός σχεδιασμός και ο έλεγχος της ολοήμερης λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., πραγματοποιείται από τους Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών.
- Νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό – Νοσηλευτικό επάγγελμα
- Λειτουργία και διοίκηση φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Υποστήριξη πολίτη – Λογοδοσία – Εθελοντισμός
- Πρόνοια
- Μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους Δημόσιους χώρους
- Διατάξεις για την ψυχική υγεία
- Επιτροπή ιοντιζουσών και μη ιοντιζουσών ακτινοβολιών
- Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ).

1.3 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Όλα τα νοσοκομεία, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Κάθε νοσοκομείο λοιπόν απαρτίζεται από τέσσερις διευθύνσεις: Ιατρική, Νοσηλευτική,

Διοικητική και Τεχνική. Και οι τέσσερις υπηρεσίες είναι ισότιμες, αλλά με ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση, ενώ όλες εξαρτώνται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου (Κυριακίδου, 2005).

Ειδικότερα:

- **Ιατρική Υπηρεσία:** Η παροχή ιατρικής περίθαλψης στους ασθενείς του Νοσοκομείου είναι η σημαντικότερη απασχόληση του ιατρικού προσωπικού. Περιλαμβάνει επιπλέον ιατρικές υπηρεσίες που διαρθρώνονται σε τομείς, όπως παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός και ψυχιατρικός.
- **Νοσηλευτική Υπηρεσία:** Η κύρια δραστηριότητα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, όπως και της Ιατρικής, είναι η παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Παράλληλα όμως, για την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων, εκτελούνται διοικητικές - υποστηρικτικές εργασίες όπως για παράδειγμα η κατάρτιση του προγράμματος εργασίας, ο καταμερισμός της εργασίας των νοσηλευτών και η παραγγελία του γενικού συνταγολογίου του νοσηλευτικού υλικού και του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού από το φαρμακείο. Η οργάνωση και διοίκηση μιας Νοσηλευτικής μονάδας είναι πολύπλοκο έργο, καθώς ο προϊστάμενος έχει τον πλήρη συντονισμό της εργασίας και του προσωπικού του τμήματος. Όσον αφορά τη χωροταξική διαρρύθμιση της Νοσηλευτικής μονάδας, αυτή περιλαμβάνει διάφορους χώρους όπως, δωμάτιο νοσηλείας (για την προετοιμασία των νοσηλειών), άλλους απαραίτητους χώρους (γραφεία, κουζίνα, αποθήκη) και θαλάμους ασθενών (ο αριθμός εξαρτάται από τη δομή του νοσοκομείου).
- **Διοικητική Υπηρεσία:** Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται γύρω από δυο βασικούς άξονες στους οποίους εντάσσονται κατηγορίες δραστηριοτήτων που αφορούν τη διοικητική και την οικονομική λειτουργία του Νοσοκομείου. Οι διακριτές αυτές λειτουργίες οριοθετούνται στα πεδία ευθύνης της υποδιεύθυνσης διοικητικού και της υποδιεύθυνσης οικονομικού. Κάθε υποδιεύθυνση χωρίζεται σε τμήματα και κάθε τμήμα σε γραφεία ανάλογα με την εξειδίκευση και την έκταση των δραστηριοτήτων τους. Ιεραρχικά ανώτερος

είναι ο Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας, έπονται οι δύο Υποδιευθυντές (Διοικητικού και Οικονομικού) και τέλος ακολουθούν οι Προϊστάμενοι των τμημάτων και των γραφείων.

- Τεχνική Υπηρεσία: Η υπηρεσία έχει την ευθύνη προγραμματισμού και την εισήγηση εκτέλεσης έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου αλλά και για την προμήθεια του απαιτούμενου εξοπλισμού. Επίσης, καταρτίζει μελέτες για εκτέλεση έργων και την επιβλέπει. Ακόμη, ευθύνεται για την αρμονική λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, παροχής αερίων, παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και για την ομαλή κατάσταση των τεχνολογικών εγκαταστάσεων. Τέλος, μεριμνά για τη συντήρηση και λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού καθώς και των οχημάτων του νοσοκομείου (Γούλα 2007, Μπακάλης 2007).

Επίσης, σύμφωνα με τον Τούντα (2008) ο δημόσιος χαρακτήρας των νοσοκομείων ενισχύεται από τον έντονο κρατικό παρεμβατισμό, μέσα από τον οποίο επιδιώκεται:

- Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και του κοινωνικού ελέγχου.
- Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού ή συγκεκριμένων ηλικιακών και κοινωνικών ομάδων.
- Καθολική, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού.
- Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση, που προέρχεται είτε από τη γενική, τοπική φορολογία είτε από ασφαλιστικές εισφορές ή και από τις δύο πηγές, οι δε υπηρεσίες υγείας παρέχονται στον πολίτη δωρεάν.
- Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων, των ανθρώπινων και υλικών πόρων, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού έτσι ώστε να περιορίζονται οι περιφερειακές ανισότητες.

Τέλος, τα πλεονεκτήματα του δημόσιου χαρακτήρα των νοσοκομείων είναι πολλά. Ο Τούντας (2008) αναφέρει μερικά:

- Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή και διασφαλίζεται υψηλού βαθμού συνέχεια στη φροντίδα.
- Η άσκηση της ιατρικής δε διαστρεβλώνεται από την παρεμβολή του χρήματος, η δε συνεργασία μεταξύ γιατρών είναι καλή αφού ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος.
- Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης όλων των πολιτών ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής τους.
- Η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση, μέσω της οποίας τα τελευταία έτη επιχειρούνται σημαντικές κρατικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα προς την πλευρά της προσφοράς, για τον έλεγχο των δαπανών, την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, τη βελτίωση της ποιότητας, την περιφερικοποίηση των υπηρεσιών κ.ά.
- Ο κεντρικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών μέσω των οποίων τίθενται υγειονομικοί στόχοι και προτεραιότητες για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών, εξασφαλίζοντας παράλληλα δίκαιη κατανομή πόρων.
- Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα.

Εκτός από τα πλεονεκτήματα βέβαια, υπάρχουν και τα μειονεκτήματα στο δημόσιο τομέα. Παρακάτω αναφέρουμε κάποια από αυτά:

- Ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού
- Ελλιπής στελέχωση με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό
- Προβλήματα μεγάλων λιστών αναμονής
- Δυσκολία αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών
- Ανεπάρκεια εκπαίδευσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικών

- Χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών που δημιουργεί δυσπιστία και οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση και δεύτερης γνώμης από ιδιώτες
- Η απουσία συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας και της παραπομπής σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα οδηγεί στην υπερβολική οικονομική επιβάρυνση των ταμείων
- Παλαιά κτίρια που δεν ανταποκρίνονται στις σημερινές ανάγκες (Μάνιου και Ιακωβίδου, 2009 και Σούλης, 1999).

1.4. ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η χώρα διαθέτει μεγάλο αριθμό ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η πλειονότητα των ιατρών που δεν έχουν ενταχθεί σε κάποιο κέντρο υγείας ή δημόσιο νοσοκομείο, να αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, σύμφωνα με το Μπακάλη (2007) οι τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την αδυναμία του δημοσίου φορέα να τις παρακολουθήσει, δημιούργησαν ευκαιρίες ιδιωτικών επενδύσεων. Οι περισσότερες έγιναν στην διαγνωστική τεχνολογία λόγω της προβλεπόμενης υψηλής κερδοφορίας. Σήμερα τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα είναι εξοπλισμένα με τα πλέον ιατρικά μηχανήματα και μπορούν να προσφέρουν ακόμη και τις πιο σπάνιες εξετάσεις (Μπακάλης, 2007).

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στην μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός με ιδιαίτερη έμφαση στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό και τις ανθρώπινες σχέσεις (Μάνιου και Ιακωβίδου, 2009).

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δύο κατηγοριών: στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητά τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στον αριθμό και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στις μεγάλες πόλεις. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτόν του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη (Μάνιου και Ιακωβίδου, 2009).

Φυσικά, το ιδιωτικό σύστημα υγείας βασίζεται στην πλήρη ελευθερία ιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Αυτό προϋποθέτει την παραδοχή της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και το μηχανισμό των τιμών ως τον καθοριστικό παράγοντα παραγωγής και διανομής αυτών. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το δε θέμα υγειονομικής κάλυψης αποτελεί προσωπική και αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός. Με βάση αυτή την αρχή ο καθένας προσωπικά κρίνει και αποφασίζει εάν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Στην πρώτη περίπτωση, είτε ασφαρίζεται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ατομικά, επιλέγοντας το «πακέτο» υπηρεσιών που ο ίδιος κρίνει ότι τον ικανοποιεί και μπορεί να πληρώσει τα ασφάλιστρα, είτε ασφαρίζεται μέσω του εργοδότη του, ο οποίος του πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλίσεων. Στη δεύτερη περίπτωση που επιλέγει να μείνει ανασφάλιστος (άνεργος, φτωχός, νέος κλπ.), καλείται να αντιμετωπίσει από το ατομικό του εισόδημα τις δαπάνες που απαιτούνται κάθε φορά που κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι τιμές κλπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση, η δε κάλυψη των αναγκών του κάθε ασθενή εξαρτάται από τη δική του δυνατότητα να πληρώσει. Το σύστημα θεωρητικά εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στο γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής (Koontz και Donnell, 1976).

Βέβαια, μπορεί κανείς να εντοπίσει αρκετά μειονεκτήματα του ιδιωτικού συστήματος.

Τα σημαντικότερα από αυτά είναι:

- Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Έτσι δεν εξασφαλίζεται ποτέ καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, ενώ παρατηρείται μεγάλη ανομοιομορφία στο εύρος και στην έκταση των παροχών.
- Υποθάλλει την προκλητή ζήτηση από μέρους των γιατρών, οδηγώντας συχνά στην εκτέλεση άχρηστων επισκέψεων, εργαστηριακών εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά ένα πολύ μεγάλο μέρος των πολύτιμων εθνικών πόρων, χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης επιτείνεται ιδιαίτερα σήμερα που ο αριθμός των γιατρών αυξάνεται ραγδαία, η δε γεωγραφική τους κατανομή παραμένει άνιση (Σούλης, 1999).
- Επειδή βασίζεται στο κέρδος, είναι προσανατολισμένο κυρίως στη θεραπευτική παρέμβαση και την αποκατάσταση της βλάβης και καθόλου ή ελάχιστα στην πρόληψη. Από την άλλη επειδή λειτουργεί σ' ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες της υγείας περιορίζουν συχνά την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.
- Λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού σχεδιασμού, προγραμματισμού και χρηματοδότησης, δημιουργούνται έντονες γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας (γιατροί, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα). Επιπλέον σε υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται μη κερδοφόρες δύσκολα γίνονται επενδύσεις από το ιδιωτικό κεφάλαιο. Και στις δύο περιπτώσεις το κράτος παρεμβαίνει για να δώσει λύσεις (Kast και Rozenzweig 1972, Κυριόπουλος 1995).

Εν κατακλείδι, η σωστή χρηματοοικονομική διοίκηση και οργάνωση των ιδιωτικών νοσοκομείων σε συνδυασμό με την επαρκή χρηματοδότηση συμβάλλουν σε καλύτερες και ποιοτικότερες νοσηλευτικές υπηρεσίες για το κοινό.

1.5. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια λαμβάνει σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης και τέλος τα κριτήρια κατανομής τους (Αμακίδου και Αναγνωστοπούλου, 2009).

Το πρόβλημα της χρηματοδότησης και της οικονομικής αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας της Ελλάδας και των άλλων ευρωπαϊκών χωρών οφείλεται στην έλλειψη οικονομικών πόρων, στην άνιση κατανομή αυτών στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος υπηρεσιών, στην έλλειψη συντονισμού μεταξύ των προγραμμάτων του εθνικού φορέα υγείας, σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού και την αλματώδη ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας (Λιαρόπουλος, 2005).

Ο διαχωρισμός των προερχόμενων πόρων σε ιδιωτικούς και δημόσιους δεν επιφέρουν και την ανάλογη διάκριση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Το σημαντικότερο στοιχείο που αφορά τους δημόσιους πόρους είναι ότι οι πηγές προέλευσής τους είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων) και τέλος η εξωτερική βοήθεια, (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμια Τράπεζα, ΟΟΣΑ κλπ.). Πιο συγκεκριμένα (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001):

- Χρηματοδότηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό. Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge, αλλά συνεισφέρει λιγότερο ή περισσότερο και σε άλλες μορφές συστημάτων. Για παράδειγμα, στα περισσότερα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, το κράτος μέσω του κρατικού προϋπολογισμού επιδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων ή των νοσοκομείων, ενώ καλύπτει τις δαπάνες για εκπαίδευση, έρευνα, δημόσια υγεία κ.λπ.. Η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) καλύπτει κυρίως τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τις ανάγκες

για άπορους, άνεργους και ανάπηρους. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω του Υπουργείου Υγείας και δευτερευόντως μέσω άλλων υπουργείων. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταγράψει μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των συστημάτων υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πολύ επιγραμματικά αναφέρονται ως πλεονεκτήματα τα εξής:

- i. Έχουν μικρό διοικητικό κόστος, αφού δεν απαιτείται η δημιουργία επιπλέον μηχανισμών συλλογής των πόρων υγείας. Οι αναλογούντες πόροι για την υγεία συλλέγονται μέσω του υπάρχοντος μηχανισμού συλλογής των φόρων, σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας που βασίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται σημαντικά από τις απαιτούμενες διαδικασίες συλλογής των εισφορών και χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όταν ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι πολύ μεγάλος.
- ii. Κοστίζουν λιγότερο και οι πολιτικές ελέγχου των δαπανών είναι πιο αποτελεσματικές, σε αντίθεση με τα συστήματα στα οποία υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- iii. Είναι κοινωνικά πιο δίκαια αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται με βάση το εισόδημα, σε αντίθεση με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, όπου η προοδευτικότητα τους είναι περιορισμένη (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

Μειονεκτούν όμως σε σχέση με συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση γιατί:

- i. Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία συνήθως παρέχεται στον ασθενή δυνατότητα να επιλέξει, έστω και αν αυτό σημαίνει ότι θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι λόγω της γραφειοκρατίας του δημόσιου τομέα υπάρχουν μεγαλύτερες

δυσκολίες πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας, (λίστες αναμονής, ουρές κ.λπ.).

- ii. Βρίσκονται κάτω από τη συνεχή απειλή περικοπών στη χρηματοδότηση, γιατί εξαρτώνται άμεσα από τα δημόσια έσοδα και γιατί έχουν να ανταγωνιστούν με άλλα υπουργεία στη διεκδίκηση της χρηματοδότησης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη του συστήματος γίνεται δύσκολος.
 - iii. Ο ασθενής δε γνωρίζει τι τελικά πληρώνει για την υγεία του, με αποτέλεσμα να μην ενδιαφέρεται να περιορίσει την υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Στα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, ο κάθε ασθενής γνωρίζει τι πληρώνει κάθε μήνα για υγεία, με αποτέλεσμα θεωρητικά να περιορίζει τη ζήτηση (Λιαρόπουλος, 2005).
- Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση. Αν και η ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης αρχίζει από το 16^ο αιώνα, το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας εμφανίστηκε στη Γερμανία του Bismark το 1883. Το 1911 ο Lloyd George προσαρμοσε το πρόγραμμα αυτό στα δεδομένα της Μ. Βρετανίας και στη συνέχεια ακολούθησαν οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στις βασικές αρχές της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης αφού οι υποχρεωτικές εισφορές των υψηλόμισθων, επιδοτούν στην ουσία τις μικρές εισφορές των χαμηλόμισθων και όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στην ίδια δέσμη υπηρεσιών υγείας. Σήμερα η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων τύπου Bismark. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος αυτών καθορίζεται από το ίδιο το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση και υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου. Παρά τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα σχετικά με τον αριθμό των ασφαλιστικών ταμείων, το ύψος των εισφορών, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και το εύρος κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων, η

κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μια κλασσική μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, που στηρίζεται στους εργοδότες και εργαζόμενους (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

- Χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας πήρε μεγάλες διαστάσεις ιδιαίτερα μετά το 1960 και σήμερα αποτελεί στα ελεύθερα συστήματα υγείας την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ενώ έχει επικουρικό - συμπληρωματικό ρόλο στα υπόλοιπα. Οι πόροι της προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους είτε από τους εργοδότες, οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δε θεωρείται ως μια σοβαρή εναλλακτική πρόταση απέναντι στην κοινωνική ασφάλιση, αφού βασίζεται στην προσωπική ευθύνη αλλά και οικονομική δυνατότητα του ατόμου. Η ιδιωτική ασφάλιση, που αποτελεί μια μορφή ατομικής κάλυψης, παρέχεται μέσα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που δρουν ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά και επιδιώκουν το κέρδος. Οι εταιρείες αυτές προσφέρουν στην αγορά μια μεγάλη ποικιλία ασφαλιστικών καλύψεων, που συνήθως απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και εισοδήματα. Στα εθνικά συστήματα υγείας, είτε αυτά στηρίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση είτε στον κρατικό προϋπολογισμό, η ιδιωτική ασφάλιση παίζει ρόλο συμπληρωματικό μεν, αλλά συνεχώς αυξανόμενο. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφέρει συμπληρωματικές καλύψεις, που δεν προσφέρονται από το εθνικό σύστημα υγείας και συνήθως περιορίζονται σε εξασφάλιση καλύτερων ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσιών (μονόκλινα δωμάτια, τηλεόραση κλπ.) και κάλυψη του κινδύνου απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας. Γι' αυτό το λόγο απευθύνεται σε υψηλά εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού ή σε μεγάλες εταιρείες με πολλούς εργαζόμενους, που μπορούν και επιθυμούν να προσφέρουν συμπληρωματική ομαδική ασφάλιση υγείας στους εργαζόμενους τους (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

Ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αποτέλεσμα της επίδρασης βασικών παραγόντων, οι οποίοι προσδιορίζουν τον όγκο, την ποιότητα, την τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρά τις συνεχείς προσπάθειες εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας υπάρχουν ατέλειες και προβλήματα που αποτελούν εμπόδια στην ωρίμανση του και στην επίτευξη των αρχικών στόχων του. Η πολιτική χαμηλών τιμών νοσηλίων και του κλειστού νοσηλίου δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Χειλίδης, 2009).

Η μεγαλύτερη ίσως αδυναμία του συστήματος είναι ο μεγάλος αριθμός ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τα περισσότερα από αυτά έχουν μικρό αριθμό ασφαλισμένων, γεγονός που κάνει δύσκολη την επιβίωση τους, αφού για τη βιωσιμότητα τους απαιτείται μεγάλη πληθυσμιακή βάση ώστε να εξασφαλιστούν τα απαραίτητα έσοδα (Μπούρμαλη, 2007).

Ένα ακόμα μεγάλο πρόβλημα είναι η υπερπληθώρα ιατρών που διαθέτει η χώρα μας η οποία οδηγεί σε πολύ υψηλή ιδιωτική δαπάνη λόγω της σπατάλης στην κατανάλωση φαρμάκων και της διενέργειας μεγάλου αριθμού, υψηλού κόστους, διαγνωστικών εξετάσεων (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

Σύμφωνα με το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, άλλα προβλήματα στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων, η κατανομή πόρων, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η έλλειψη συντονισμού και οι αντιπαραγωγικές δαπάνες όπως είναι η κακή «εκμετάλλευση» του ανθρώπινου δυναμικού και η ανέγερση μεγάλων δαπανηρών μονάδων στα αστικά κέντρα. Επιπλέον, οι παράγοντες που σχετίζονται με τη ζήτηση μπορούν να επηρεάσουν τη χρηματοδότηση. Η αύξηση της ζήτησης προκαλεί και αύξηση δαπανών δεδομένου ότι δεν υπάρχει χρόνος για στοιχειώδη κεντρικό σχεδιασμό και προγραμματισμό. Για παράδειγμα, δημογραφικές αλλαγές του πληθυσμού, επιδημιολογικοί παράγοντες, οικονομικοί παράγοντες, αύξηση της διαθεσιμότητας και χωρίς έλεγχο προσπελασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας, ψυχοκοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες, ιδιομορφίες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας (Σούλης, 1999).

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στη σύγχρονη Ελλάδα κάθε άλλο παρά υγιής και οικονομικά βιώσιμος μπορεί να είναι. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση δεν είναι δυνατόν να λεχθεί με επιστημονική ακρίβεια πιο είναι το άριστο επίπεδο οικονομικών πόρων που πρέπει να δαπανώνται για την υγεία. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό πρέπει να αναζητηθεί στις ωφέλειες του πληθυσμού από τη χρήση των υπηρεσιών αλλά και τις διαδικασίες που επιλέγονται για να μεγιστοποιήσουν την ωφέλεια (Αμακίδου, 2009).

1.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1.6.1.ΟΡΙΣΜΟΣ – ΣΚΟΠΟΣ – ΠΑΡΟΧΗ

Η νοσηλευτική είναι μια πνευματική, σωματική, συναισθηματική και ηθική διεργασία, που περιλαμβάνει την αναγνώριση των νοσηλευτικών αναγκών· θεραπευτικές παρεμβάσεις και προσωπική φροντίδα, πληροφόρηση, εκπαίδευση, συμβουλές· σωματική και ψυχική υποστήριξη. Παράλληλα με την καθ' αυτού νοσηλευτική φροντίδα, η άσκηση της νοσηλευτικής περιλαμβάνει τη διοίκηση, τη διδασκαλία και την εκπαίδευση, την προώθηση της γνώσης και την ανάπτυξη πολιτικών υγείας. Η εννοιολογική προσέγγιση της "φροντίδας" όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα άτομα προβάλλει ουσιαστικά τη θέση ότι η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής επιστήμης στηρίζεται σε ιδανικά και πανανθρώπινες αξίες, ο σεβασμός των οποίων από τους επαγγελματίες Νοσηλευτές εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα και προάγει το νοσηλευτικό έργο προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Κοτρώτσιου και άλλοι, 2008)

Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα και στην "καρδιά" της νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας. Περιγράφεται ως "ανθρώπινο γνώρισμα", "ηθική υποχρέωση", "διαπροσωπική σχέση", "θεραπευτική παρέμβαση" και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις (Fosbinder 1994, Brilowski και Wendler 2005). Η νοσηλευτική φροντίδα

παρέχεται από άτομα εξειδικευμένα στον κλάδο της νοσηλευτικής, με σκοπό οι ασθενείς να έχουν την απαραίτητη για αυτούς φροντίδα, η οποία δεν είναι μόνο τεχνική (λειτουργική) αλλά και συναισθηματική (διαπροσωπική) (Παπασταύρου και άλλοι, 2010).

Οι μελέτες της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας άρχισαν το 1970 και συνεχίζονται ως τώρα. Κατά τη δεκαετία του 1980, νέα εργαλεία / ερωτηματολόγια αναπτύχθηκαν για τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας. Παρά την ύπαρξη πληθώρας εργαλείων περιγραφής της νοσηλευτικής φροντίδας και την εξέλιξη της ερευνητικής μεθοδολογίας, τα αποτελέσματα των ερευνών παραμένουν σταθερά αφού η διαφορά των απόψεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών παρουσιάζεται ίδια με τις προηγούμενες δεκαετίες (Παπασταύρου και άλλοι, 2010).

Το πρόγραμμα φροντίδας σκοπεύει να παρέχει ολοκληρωμένη υποστήριξη στο άτομο και στην οικογένεια βάσει σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πνευματικών, πολιτισμικών αναγκών. Η εφαρμογή του απαιτεί πλήρη επιστημονική κατάρτιση, γνώση της σύγχρονης και εφαρμοσμένης τεχνολογίας, οργάνωσης, άριστες επικοινωνιακές και διαπροσωπικές σχέσεις (Hickey 1990, Ραγιά 1995).

Στα τελευταία πενήντα χρόνια, έχουν αναπτυχθεί πολλές μορφές ή μέθοδοι παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, οι οποίοι κάθε φορά εξυπηρετούν συγκεκριμένους σκοπούς. Όπως η λειτουργική ή κατά εργασία νοσηλευτική, η ομαδική νοσηλευτική, η πρωτοβάθμια νοσηλευτική, η κατά περίπτωση ή κατά ασθενή μέθοδο, η κοινή πρακτική και η προσωπική διευθέτηση του ασθενούς (Swansburg και Swansburg, 1999). Είναι πολύ σημαντικοί μέθοδοι, καθώς βοηθούν στην σύνθεση και οργάνωση της φροντίδας υγείας. Κάθε ένα από αυτά τα συστήματα εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Sullivan, 1988). Η χρήση και η τροποποίηση τους μπορεί να αντιμετωπίσει τους στόχους τόσο κάθε οργανισμού υγείας, όσο και των εργαζόμενων νοσηλευτών και ασθενών τους (Kron, 1981).

1.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1.7.1. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΣΚΟΠΟΣ

Η νοσηλευτική διεργασία δεν είναι τίποτα περισσότερο από αυτό που η ίδια η λέξη υποδηλώνει, δηλαδή μια σειρά από εργασίες ή ενέργειες ή βήματα που έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο και οδηγούν στην επίλυση ενός νοσηλευτικού προβλήματος. Αλλά για να έχουν νοσηλευτικό περιεχόμενο, δηλαδή περιεχόμενο τέτοιο που να ανταποκρίνεται στον πυρήνα της νοσηλευτικής επιστήμης και να ικανοποιούν τις κεντρικές ιδέες της νοσηλευτικής, πρέπει η νοσηλευτική διεργασία να βασίζεται πάνω σε κάποια νοσηλευτική θεωρία (Μαντζούκας και Λαμπρινή, 2008).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να βοηθήσει το νοσηλευτή να διαχειρίζεται τη φροντίδα κάθε ασθενούς με επιστημονικό, ολιστικό και δημιουργικό τρόπο. Προϋπόθεση για την επιτυχία αυτού του στόχου είναι οι πολλές διανοητικές, τεχνικές, διαπροσωπικές, και ηθικές/νομικές ικανότητες του νοσηλευτή, καθώς και η θέληση να τις χρησιμοποιήσει δημιουργικά όταν εργάζεται με ασθενείς, ώστε να προάγει την ευεξία, να προλαμβάνει την ασθένεια, να αποκαταστήσει την υγεία και να διευκολύνει την αντιμετώπιση της διαταραγμένης λειτουργικότητας (Taylor και άλλοι, 2006).

Η νοσηλευτική διεργασία δεν έχει στόχο την αντικειμενική και γενικευμένη αντιμετώπιση των ατόμων, αλλά την υποκειμενική και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας. Η αφομοίωση και η ικανότητα εφαρμογής της πλέον κατάλληλης εκ των διάφορων νοσηλευτικών θεωριών προϋποθέτει υψηλό επίπεδο γνώσης και εμπειρίας από μεριάς των νοσηλευτών. Η εκπαίδευση στην Ελλάδα έχει αποκτήσει τεχνοκρατικό χαρακτήρα, αμελώντας την επιστημονική πτυχή της νοσηλευτικής. Ακόμη, θεωρείται ότι η εμπειρία αποκτάται μέσω της θεωρητικής και πρακτικής μύησης του νοσηλευτή σε καθιερωμένες και μη εξελισσόμενες τεχνικές φροντίδας. Ο καλλιεργούμενος παρωπιδισμός και η έλλειψη κριτικής ικανότητας, σε συνδυασμό με τις δυσκολίες πρόσβασης τους στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για την άμεση αναζήτηση έγκυρων ενδείξεων από συστηματικές ανασκοπήσεις και μεταanalύσεις, ωθεί το νοσηλευτή στην παροχή παραδοσιακής νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία δεν αντικαθίσταται από

τρέχουσες και αποτελεσματικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Νακάκης και Ουζούνη, 2008).

Σήμερα στην Ελλάδα, δυστυχώς δεν εφαρμόζεται η νοσηλευτική διεργασία στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Για να εφαρμοστεί η νοσηλευτική διεργασία χρειάζονται γνώση της νοσηλευτικής θεωρίας, νοσηλευτικό προσωπικό και χρόνος. Στα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι εφικτό να διαθέσει χρόνο για τη νοσηλευτική διεργασία διότι οι καθημερινές εργασίες που αντιστοιχούν σε κάθε νοσηλευτή είναι πολλές και η νοσηλευτική διεργασία θέλει αρκετό χρόνο για να γίνει για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Υπάρχουν ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να είναι λίγοι και οι ασθενείς που αναλογούν στον κάθε νοσηλευτή πολλοί. Βέβαια, με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας οι ασθενείς θα είχαν περισσότερη ατομική και ποιοτική φροντίδα. Όμως οι ασθενείς πλέον δεν αποτελούν προσωπική αλλά επαγγελματική ευθύνη και η αντιμετώπιση των προβλημάτων τους γίνεται με τυπικές μεθόδους, που αντιτίθεται στην διεξαγωγή μιας σωστής και προσαρμοσμένης νοσηλευτικής διεργασίας στα δεδομένα του εκάστοτε ασθενούς.

1.8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1.8.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η φροντίδα υγείας σήμερα είναι ένα μεγάλο και ιδιαίτερα περίπλοκο σύστημα, στο οποίο αντανακλώνται οι συντελούμενες κοινωνικές μεταβολές, οι αλλαγές στις ομάδες του πληθυσμού που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα, και αλλαγές στη φιλοσοφία που θέλει το σύστημα να επικεντρώνεται περισσότερο στην προαγωγή της υγείας παρά στην αντιμετώπιση της νόσου. Οι ρόλοι του νοσηλευτή έχουν διευρυνθεί και επεκταθεί ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών. Οι νοσηλευτές έχουν έναν τετραπλό ρόλο: παροχή φροντίδας, εκπαίδευση, διοίκηση και ερευνητές. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει αυτούς τους ρόλους με σκοπό την προαγωγή και τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης σοβαρών αναπηριών και του θανάτου από τον ασθενή σε οποιοδήποτε χώρο παροχής φροντίδας υγείας (LeMone και Burke, 2006).

1.8.2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι σπουδές στο αντικείμενο της νοσηλευτικής προάγουν την ανάπτυξη και τη μετάδοση των γνώσεων της νοσηλευτικής επιστήμης, με τη διδασκαλία και την εφαρμοσμένη έρευνα. Επίσης, παρέχουν στους φοιτητές τα απαραίτητα εφόδια για να εξασφαλίσουν την άρτια εκπαίδευση και κατάρτισή τους, για την επιστημονική και επαγγελματική τους σταδιοδρομία και εξέλιξη ως πολυδύναμων νοσηλευτών, υπεύθυνων για τη φροντίδα του ανθρώπου, την πρόληψη της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας.

Στην Ελλάδα η νοσηλευτική εκπαίδευση λαμβάνει χώρα στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Παν/μια, Τ.Ε.Ι.) των σχολών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας παρέχονται προγράμματα σπουδών νοσηλευτικής κατεύθυνσης τετραετούς φοιτήσεως. Η διάρκεια των σπουδών είναι 8 εξάμηνα ενώ τα μαθήματα κάθε έτους διδάσκονται σε δύο εξάμηνα και στο τέλος του εξαμήνου εξετάζονται γραπτώς. Μετά την ειδική εκπαίδευση και κλινική εμπειρία αποκτούν τον τίτλο νοσηλευτή στις παρακάτω ειδικότητες: χειρουργική, παθολογική, παιδιατρική και ψυχιατρική. Στα περισσότερα τμήματα νοσηλευτικής της χώρας, έχουν ξεκινήσει διαδικασίες αναδιάρθρωσης των προγραμμάτων σπουδών με στόχο την κοινή εκπαίδευση για όλους τους νοσηλευτές. Παρόλα αυτά, λόγω ελλείψεων των νομοθετικών διατάξεων, ίσως αργήσει να εφαρμοστεί ισάξιος βαθμός εκπαίδευσης για τους σπουδαστές των δύο ιδρυμάτων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η γενικότερη αναδιάρθρωση του εκπαιδευτικού συστήματος της Ελλάδας θα αναβαθμίσει την εκπαίδευση των νοσηλευτών μόνο αν συνοδευτεί με καθολική αναθεώρηση του προγράμματος σπουδών. Αναθεώρηση που απαλλάσσει την επιστημονική γνώση από τον καθ' αυτού τεχνοκρατικό χαρακτήρα που έχει αποκτήσει, δημιουργώντας προοπτικές για την εξέλιξη της, που εισάγει τις σύγχρονες και μη παραδοσιακές τεχνικές στην παρέμβαση του εκπαιδευόμενου νοσηλευτή, που διαχωρίζει τις διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης και ειδίκευσης και συντελεί μελλοντικά στην σαφή αναγνώριση και την αξιοκρατική κατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού στις θέσεις εργασίας.

Σήμερα, ο αριθμός των νοσηλευτών που διαθέτουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να προσεγγίζει κριτικά τις δημοσιευμένες νοσηλευτικές έρευνες, ώστε να μπορεί να αξιοποιεί τις κατάλληλες κατά περίπτωση ενδείξεις, είναι εξαιρετικά περιορισμένος στον κλινικό χώρο (ΑΔΕΔΥ). Επιπροσθέτως, μόνο ένας στους είκοσι από το νοσηλευτικό προσωπικό και ένας στους δέκα από το διοικητικό προσωπικό έχει μεταπτυχιακό τίτλο συναφή με το αντικείμενό του (Δρακόπουλος 2007). Το υψηλό ποσοστό των αποφοίτων λυκείου του διοικητικού προσωπικού θέτει ζητήματα για τη δυνατότητα εφαρμογής και αφομοίωσης από τους εργαζόμενους των σύγχρονων τεχνικών διοίκησης και διαχείρισης στις μονάδες υγείας και επιδρά δυσμενώς στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Ζευτινόγλου, 2006).

1.8.3. ΤΟΜΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές μπορούν να εργαστούν ως αυτοαπασχολούμενοι αλλά και ως στελέχη:

- της νοσηλευτικής φροντίδας στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.
- της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα αντίστοιχα προγράμματα που παρέχουν τα Α.Ε.Ι.
- της νοσηλευτικής σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διεθνείς οργανισμούς

Φυσικά, οι πτυχιούχοι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα μπορούν να απασχοληθούν σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, σε υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε ιατρεία ιδρυμάτων και δημόσιων οργανισμών (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΙΚΑ, Σχολεία, Παν/μια, ΤΕΙ) και άλλα. Σε νοσοκομεία επίσης, μπορούν να γίνουν προϊστάμενοι τμήματος αφού συμπληρώσουν κάποια έτη εργασίας. Στο χώρο της εκπαίδευσης μπορούν να εργαστούν ως εκπαιδευτικό προσωπικό του Α.Ε.Ι.. Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα μπορούν να εργαστούν σε ιδιωτικά νοσοκομεία, γηροκομεία, βιομηχανίες, τράπεζες και αλλού.

1.9. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

1.9.1. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ - ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

Στην Ελλάδα, η κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών έγινε το 1989, σύμφωνα με τις διατάξεις του Προεδρικού Διατάγματος 351/1989 (Φ.Ε.Κ.23/26.1.89/τ.Α'), το οποίο δεν έχει υποστεί μέχρι σήμερα κάποια τροποποίηση. (Ενωση Νοσηλευτών Ελλάδος, 2011). Θα αναφέρουμε σύντομα κάποια από τα δικαιώματα των Νοσηλευτών, τα οποία είναι τα εξής:

- Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579/85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων
- Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες
- Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του
- Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος
- Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών την κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.

- Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.
- Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητας τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
- Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
- Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητας τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
- Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα.

Η βιβλιογραφία, έχει χαρακτηρίσει τα επαγγελματικά δικαιώματα των Νοσηλευτών ως γενικά, ασαφή και ελλιπή, τονίζοντας πως δεν εξαντλούν τις δυνατότητες του Νοσηλευτή. Αναφέρονται σε ένα γενικό περίγραμμα των καθηκόντων των Νοσηλευτών και δυστυχώς δεν κατοχυρώνεται η Νοσηλευτική διεργασία.

1.9.2. ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Ο διορισμός του νοσηλευτή στο δημόσιο τομέα ακολουθεί το σύστημα προσλήψεων νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ιδρύματα πρόνοιας. Στο πλαίσιο απλούστευσης και επιτάχυνσης των διαδικασιών πρόσληψης νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού των κατηγοριών Πανεπιστημιακής (ΠΕ), Τεχνολογικής (ΤΕ) σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ιδρύματα πρόνοιας κ.λπ.), το ΑΣΕΠ πρόκειται να ξεκινήσει στο προσεχές διάστημα την υλοποίηση ενός συστήματος προσλήψεων βάσει «Ετήσιου Κυλιόμενου Πίνακα Κατάταξης» (άρθρο 7 του νόμου 3868/2010).

Σκοπός του συστήματος είναι αφενός να εξυπηρετήσει άμεσα τις ανάγκες των φορέων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης οι οποίοι επείγονται για την κάλυψη των κενών οργανικών τους θέσεων και αφετέρου να διευκολύνει τους ίδιους τους υποψηφίους επιτρέποντάς τους να συμμετέχουν στις διαδικασίες πρόσληψης για θέσεις της ειδικότητάς τους χωρίς να χρειάζεται κάθε φορά να υποβάλουν ξανά τα απαιτούμενα για την απόδειξη των προσόντων τους δικαιολογητικά. Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, η «παραδοσιακή» προκήρυξη χωρίζεται πλέον σε δύο τμήματα, που αντιστοιχούν στα δύο επιμέρους στάδια της νέας διαδικασίας πρόσληψης ως εξής:

- Στο πρώτο στάδιο (προκήρυξη κατάρτισης Ετήσιου Κυλιόμενου Πίνακα Κατάταξης) καλούνται μία φορά το χρόνο οι υποψήφιοι που ενδιαφέρονται να καλύψουν θέσεις συγκεκριμένης ειδικότητας να υποβάλουν αίτηση ένταξης στον πίνακα της ειδικότητάς τους συνυποβάλλοντας τα απαιτούμενα από την προκήρυξη δικαιολογητικά (τίτλο σπουδών, άδεια άσκησης επαγγέλματος, δικαιολογητικά εμπειρίας κ.λπ.). Ο πίνακας αυτός οριστικοποιείται με τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και ισχύει μέχρι τη δημοσίευση του Ετήσιου Πίνακα της επόμενης χρονιάς.
- Στο δεύτερο στάδιο (προκήρυξη πλήρωσης θέσεων βάσει Ετήσιου Κυλιόμενου Πίνακα Κατάταξης) ανακοινώνονται έως τρεις φορές το χρόνο συγκεκριμένες θέσεις προς πλήρωση και καλούνται οι υποψήφιοι που έχουν ήδη ενταχθεί στον ισχύοντα Ετήσιο Πίνακα να υποβάλουν μόνο δήλωση προτιμήσεων, να δηλώσουν δηλαδή κατά σειρά προτίμησης σε ποιες από τις προκηρυσσόμενες θέσεις επιθυμούν να διοριστούν. Οι διοριστέοι, επομένως, θα αντλούνται από τον Ετήσιο Πίνακα με βάση τη σειρά κατάταξής τους σε συνδυασμό με τη δήλωση προτιμήσεών τους (ΑΣΕΠ, 2010).

Στο σύστημα ενσωματώνονται όλα τα σημεία ελέγχου και οι παράγοντες διασφάλισης αξιοπιστίας που διέκριναν την παλιά διαδικασία (εφαρμογή των κριτηρίων του άρθρου 18 του νόμου 2190/1994 για τη φθίνουσα κατάταξη των υποψηφίων στον Ετήσιο Πίνακα, πρόβλεψη για υποβολή ενστάσεων κτλ.), ενώ παράλληλα δημιουργείται μια δεξαμενή επιλέξιμων υποψηφίων έτοιμων προς διάθεση μόλις υπάρξει αίτημα πλήρωσης

θέσεων, χωρίς τη μεσολάβηση της επαναλαμβανόμενης και χρονοβόρας διαδικασίας υποβολής υποψηφιοτήτων και δικαιολογητικών. Επιπλέον, επειδή οι υποψήφιοι που περιλαμβάνονται σε δημοσιευμένο στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ετήσιο Πίνακα εντάσσονται αυτόματα και στον πίνακα του επόμενου έτους, δεν απαιτείται η υποβολή ούτε νέας αίτησης ένταξης ούτε δικαιολογητικών παρά μόνο στην περίπτωση κατά την οποία στο χρόνο που μεσολάβησε έχουν μεταβληθεί τυχόν προσόντα ή ιδιότητες (π.χ., έχουν αποκτηθεί και άλλοι τίτλοι σπουδών, έχει αυξηθεί ο χρόνος εμπειρίας κ.ά.), οπότε στην επόμενη προκήρυξη κατάρτισης Ετήσιου Πίνακα οι υποψήφιοι μπορούν να υποβάλουν νέα αίτηση προσκομίζοντας όμως μόνο τα απαιτούμενα για την απόδειξη της μεταβολής δικαιολογητικά. Έτσι, κάθε χρόνο ο Ετήσιος Κυλιόμενος Πίνακας Κατάταξης θα ανανεώνεται με νέους υποψηφίους και θα επικαιροποιείται όσον αφορά τα προσόντα των ήδη ενταγμένων σε αυτόν υποψηφίων (ΣΕΠ, 2010). Τέλος, η πρόσληψη ενός νοσηλευτή στον ιδιωτικό τομέα υγείας ακολουθεί την εκάστοτε πολιτική προσλήψεων ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού.

1.9.3. ΩΡΑΡΙΟ

Πρόσφατα τέθηκε σε ισχύ ο Νόμος 3979/2011 (ΦΕΚ Α' 138/16.6.2011) που ισχύει για το ωράριο του νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 του ως άνω Νόμου, η παράγραφος 5 του άρθρου 1 της πράξης νομοθετικού περιεχομένου του Προέδρου της Δημοκρατίας "περί καθιέρωσης πενθήμερου εβδομάδος εργασίας των δημόσιων εν γένει υπηρεσιών και ρυθμίσεων συναφών θεμάτων", που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του Ν.1157/1981 (Α' 126), οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας ορίζονται σε σαράντα (40). Ο νοσηλευτής σύμφωνα με το Νόμο είναι υποχρεωμένος να εργάζεται 40 ώρες την εβδομάδα. Δηλαδή οχτώ ώρες ημερησίως, πέντε μέρες την εβδομάδα με κυκλικό ωράριο που σημαίνει εναλλαγή βαρδιών (πρωινά, απογευματινά, νυχτερινά). Η εργασία κατά βάρδιες είναι η μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλον στις ίδιες θέσεις εργασίας με ορισμένο ρυθμό (Μανουσάκης, 2011).

1.9.4. ΑΜΟΙΒΕΣ

Στον Ν. 4024/2011 «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015» (ΦΕΚ Α' 226/27-10-2011) προβλεπόταν η μη προσμέτρηση για τη μισθολογική εξέλιξη του υπαλλήλου του πλεονάζοντος χρόνου που απέμενε μετά την αρχική του ένταξη στο βαθμολόγιο. Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, οι θέσεις όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ), Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) κατατάσσονται σε έξι συνολικά βαθμούς κατά φθίνουσα σειρά ως εξής: Βαθμός Α', Βαθμός Β', Βαθμός Γ', Βαθμός Δ', Βαθμός Ε', Βαθμός ΣΤ'. Με την πρόσφατη ψήφιση του νέου Νόμου 4038/2012 καταργείται από τότε που ίσχυσε η μη προσμέτρηση για τη μισθολογική εξέλιξη του υπαλλήλου του πλεονάζοντος χρόνου που απέμενε μετά την αρχική του ένταξη στους οικείους βαθμούς. Κατόπιν αυτών, τυχόν χρόνος που πλεονάζει μετά την αρχική κατάταξη του υπαλλήλου θα λαμβάνεται υπόψη για τη συμπλήρωση της διετίας ή τριετίας (ανάλογα με τον βαθμό) για τη χορήγηση του επόμενου μισθολογικού κλιμακίου του ίδιου βαθμού. Παράλληλα, σύμφωνα με νέα εγκύκλιο του υπουργείου Οικονομικών, εφόσον με τις νέες διατάξεις προκληθεί μείωση στις αποδοχές του υπαλλήλου μεγαλύτερη από το 25% του συνόλου των αποδοχών που ελάμβανε τον τελευταίο μήνα πριν από την έναρξη ισχύος του νέου μισθολογίου, είτε από την οργανική του θέση είτε από τη θέση στην οποία είναι αποσπασμένος, αυτή η μείωση κατανέμεται ως εξής:

- 25% μείωση από 1/11/2011 επί των συνολικών αποδοχών που ελάμβαναν οι δικαιούχοι κατά τον τελευταίο μήνα πριν από την έναρξη ισχύος του νέου μισθολογίου.
- Η υπερβάλλουσα μείωση κατανέμεται ισόποσα σε χρονικό διάστημα δύο ετών από τη λήξη του πρώτου έτους εφαρμογής (30/10/2012), δηλαδή από 1/11/2012.

Ενδεικτικά, οι μεικτές αμοιβές των νοσηλευτών ΤΕ και ΠΕ στον δημόσιο τομέα από την 11^η Φεβρουαρίου 2012 είναι οι εξής:

- ΤΕ κατηγορία: Βαθμός ΣΤ 1037 € Βαθμός Ε: 1ο κλιμάκιο 1141, 2ο κλιμάκιο 1164, Βαθμός Δ: 1ο κλιμάκιο 1312, 2ο κλιμάκιο 1338 , 3ο κλιμάκιο 1365, Βαθμός Γ: 1ο κλιμάκιο 1509, 2ο κλιμάκιο 1539, 3ο κλιμάκιο 1570, 4ο κλιμάκιο 1601, Βαθμός Β 1811, Βαθμός Α 1992.
- ΠΕ κατηγορία: Βαθμός ΣΤ 1092, Βαθμός Ε: 1ο κλιμάκιο 1201, 2ο κλιμάκιο 1225, Βαθμός Δ: 1ο κλιμάκιο 1381, 2ο κλιμάκιο 1409, 3ο κλιμάκιο 1437, Βαθμός Γ: 1ο κλιμάκιο 1588, 2ο κλιμάκιο 1620, 3ο κλιμάκιο 1652, 4ο κλιμάκιο 1685, Βαθμός Β 1906, Βαθμός Α 2096 (ΕΝΕ, 2012).

Τέλος, οι αμοιβές ενός νοσηλευτή στον ιδιωτικό τομέα υγείας κυμαίνονται:

- ο κατώτατος μισθός στα 586 ευρώ για τους άνω των 25 μετά το Μνημόνιο ΙΙ
- η ελάχιστη αμοιβή στα 510,9 για κάτω των 25 ετών, ενώ

Αξίζει να σημειωθεί ότι 751 ευρώ ήταν ο κατώτατος για όλους πριν από το μνημόνιο ΙΙ και φτάνει έως 1150 περίπου. Ανάλογα με τα χρόνια προϋπηρεσίας, αυξάνεται ο μισθός.

1.10. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Παρότι η εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας βασισμένη σε ενδείξεις είναι επιβεβλημένη επιστημονικά και ηθικά, ωστόσο η εφαρμογή της στην Ελλάδα παρουσιάζει δυσχέρειες σε πολλά επίπεδα, άμεσα συνυφασμένα και εξαρτώμενα από τη διοικητική διεργασία και τις ιδιότητες του διοικητικού προσωπικού (Νακάκης και Ουζούνη, 2008).

Το πρώτο βασικό πρόβλημα είναι τα κενά στις οργανικές θέσεις τους. Η μη κάλυψη των κενών θέσεων έχει ως αποτέλεσμα τον υπερβολικό φόρτο εργασίας του υπηρετούντος προσωπικού, την εντατικοποίηση της προσπάθειας σε συνθήκες πίεσης χρόνου και την εργασία πέρα από το τακτικό ωράριο. Ακόμη, οι προβλεπόμενες καταργήσεις και συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων, αναμένεται, όπως δείχνουν και διεθνείς μελέτες,

να επιφέρουν αύξηση των αγχωτικών και στρεσογόνων καταστάσεων λόγω και της αβεβαιότητας που αναπτύσσεται από την πλευρά των εργαζομένων, αλλά και της αβεβαιότητας ως προς τις νέες εργασιακές συνθήκες που θα προκύψουν (Ζευτινόγλου, 2006). Θα πρέπει συνεπώς ο σχεδιαζόμενος μετασχηματισμός του νοσοκομειακού χάρτη της χώρας να επιδιωχθεί με τρόπο, ώστε να πετύχει την ισόρροπη διαχείριση των αναγκών των νέων μονάδων σε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά ταυτόχρονα να προσέξει ιδιαίτερα τις σχέσεις και το περιβάλλον εργασίας. Στην προσπάθεια αυτή δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί και το θέμα του εκσυγχρονισμού των κτιριακών και τεχνολογικών εγκαταστάσεων των υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι συνδέεται άμεσα με την ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος εργασίας. Προς την ίδια κατεύθυνση, η ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων είναι ένα μέτρο το οποίο θα συμβάλλει στη διευκόλυνση του έργου των εργαζομένων.

Ο παραπάνω προβληματισμός συνδέεται στενά με το δεύτερο καίριο πρόβλημα των νοσοκομείων που σχετίζεται με την ύπαρξη κανονισμών λειτουργίας και καθηκοντολογίων. Η απουσία σαφούς διαχωρισμού καθηκόντων και, κατ' επέκταση, η συγκεχυμένη κατανομή των αρμοδιοτήτων που δεν βασίζεται σε απαιτούμενο επίπεδο γνώσης και εμπειρίας αναγκάζει τους νοσηλευτές να εργάζονται κάτω από πιεστικές προθεσμίες για να ανταποκριθούν στις ανάγκες που προκύπτουν στην εργασία τους, ενώ συχνά εργάζονται και πέραν του ωραρίου τους για να ανταποκριθούν στις εργασίες που τους έχουν αναθέσει. Παράλληλα δεν ενημερώνονται έγκαιρα για τις επιστημονικές αλλαγές που έχουν σχέση με την εκτέλεση των καθηκόντων τους καθώς και για τις διοικητικές και υπηρεσιακές αλλαγές στον χώρο εργασίας τους.

Η έλλειψη κεντρικής νοσηλευτικής πολιτικής και η απουσία διαμόρφωσης από την νοσηλευτική διοικητική πυραμίδα, κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας βασισμένης σε έγκυρες ενδείξεις, κάνει τις όποιες προσπάθειες των νοσηλευτών προς αυτήν την κατεύθυνση μεμονωμένες και με περιορισμένη αποτελεσματικότητα (Ζευτινόγλου, 2006).

1.11. ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1.11.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί αλλαγή στη νοοτροπία των ασθενών, γεγονός που τεκμηριώνεται από ανάλογες έρευνες. Οι ασθενείς ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- Παθητικοί ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί βλέπουν τον εαυτό τους ως θύμα των περιστάσεων. Σπάνια επιζητούν ενεργά ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους και για τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, όσο διαρκεί η θεραπεία. Πεθαίνουν γρηγορότερα από τους ασθενείς των δύο επόμενων κατηγοριών.
- Ενδιαφερόμενοι ασθενείς. Ακούν προσεκτικά αυτά που τους λένε οι γιατροί και σχολιάζουν τις πληροφορίες που τους δίνονται. Στο τέλος οι ασθενείς αυτοί κάνουν πάντα ότι τους λέει ο γιατρός, εκτός από την περίπτωση που πρέπει να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Οι ασθενείς αυτοί ανήκουν στους αγαπημένους ασθενείς των γιατρών.

Συνειδητοποιημένοι και ενεργητικοί ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί παίρνουν την ευθύνη για την υγεία τους. Απέναντι στον γιατρό τους είναι απαιτητικοί και δεν θα δίσταζαν να αλλάξουν γιατρό ή προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, αν δεν ήταν ικανοποιημένοι. Αυτοί οι ασθενείς βλέπουν τους εαυτούς τους ως καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και σαν τέτοιοι έχουν απαιτήσεις και προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας (Failberg 1998, Νταφογιάννη και Νεστορίδου 2004).

1.11.2. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα δικαιώματα του ασθενούς, ζήτημα άμεσα συνδεδεμένο με τα ανθρώπινα δικαιώματα, συνιστούν ολόένα και περισσότερο τα τελευταία έτη, σημαντικό πεδίο ανάπτυξης νομοθετικών πρωτοβουλιών σε πολλές χώρες. Η εφαρμογή τους συνδέεται άμεσα με την διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στον χώρο της υγείας και την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των χρηστών που απευθύνονται στις

υπηρεσίες αυτές. Εμπνεόμενα από πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά, τα δικαιώματα του ασθενούς, συμπορεύονται και με τις σύγχρονες απαιτήσεις του ασθενούς, ο οποίος στις μέρες μας είναι πιο ενημερωμένος και συχνά και πιο κατηγορηματικός σε αποφάσεις που άπτονται της υγειονομικής φροντίδας του. Επιθυμεί να λαμβάνει διαβεβαιώσεις ότι η θεραπεία που ακολουθεί είναι η κατάλληλη και η αποτελεσματικότερη, ενώ δεν διστάζει πλέον, όταν θεωρεί ότι η φροντίδα που λαμβάνει δεν είναι η καλύτερη, να αλλάξει γιατρό ή ακόμα σε περίπτωση ιατρικών λαθών, να προσφύγει στην δικαιοσύνη. Ο ασθενής, σαν καταναλωτής υπηρεσιών αναμφισβήτητα έχει το δικαίωμα να ακουστεί η άποψη του, να ενημερωθεί για όλες τις σχετικές παραμέτρους αναφορικά με την υγεία του, να κάνει τις επιλογές του και να νιώθει ασφαλής σε ζητήματα που άπτονται της υγειονομικής φροντίδας του. Όσον αφορά το περιεχόμενο των δικαιωμάτων των ασθενών, αυτά σε γενικές γραμμές αναφέρονται στο δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση, ιδιωτικότητα, συναίνεση και ολοκληρωμένη φροντίδα και θεραπεία.

Κάθε ασθενής έχει ορισμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 47 του Ν. 2071/ 1992 και την ισχύουσα νομοθεσία Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 165/21-8-1997), μερικά από αυτά είναι τα εξής:

- οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο Νοσοκομείο (άρθρο 4 παράγραφος 1 & 2, άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος).
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου του και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του.
- Ο ασθενής, ανάλογα με τις προϋποθέσεις που θέτει ο ασφαλιστικός οργανισμός, δικαιούται και την αντίστοιχη κατηγορία κλίνης στο Νοσοκομείο, με την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει να ενημερωθεί σε ότι αφορά στην κατάσταση της υγείας του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων της κατάστασής του και να παίρνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν το μετέπειτα βίο του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη σύγκληση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να εξεταστεί η περαιτέρω κατάσταση της υγείας του και κυρίως επί σοβαρών περιπτώσεων ασθενειών.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεών του.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση σ' αυτόν συμβολαιογράφου ή άλλου δημόσιου λειτουργού προς τακτοποίηση οποιασδήποτε υπόθεσής του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα επισκεπτηρίου, στις καθορισμένες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ώρες, συγγενών ή φίλων του. Κατ' εξαίρεση και ιδίως σε περιπτώσεις βαρέων περιστατικών, τα οποία χρήζουν συνεχούς παρουσίας ενός ατόμου, επιτρέπεται με γραπτή άδεια του Διευθυντή γιατρού της Κλινικής ή του νόμιμου αναπληρωτή του και με έγκριση του Διοικητικού Διευθυντή του Νοσοκομείου η είσοδος και η συνεχής παραμονή των ανωτέρω ατόμων στο πλευρό του ασθενούς. Επίσης, στα παιδιατρικά τμήματα επικρατεί η αρχή, σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται με γραπτή άδεια των αρμοδίων ανωτέρω οργάνων του Νοσοκομείου η συνεχής παραμονή της μητέρας πλησίον του ασθενούς παιδιού της, προκειμένου αυτό να μη στερηθεί τη μητέρα του και διακοπεί η επαφή μεταξύ τους, αλλά και για να το περιποιούνται συνεχώς – τόσο η ίδια όσο και το προσωπικό της Κλινικής. Εκτός όμως αυτών υπάρχουν και περιπτώσεις κατά τις οποίες, εάν ο γιατρός κρίνει ότι ο ασθενής, λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής του, δεν επιτρέπεται να καταπονείται από τυχόν

επισκέψεις συγγενών του, είναι δυνατό ν' απαγορεύσει τελείως το επισκεπτήριο, αναρτώντας μάλιστα ειδική πινακίδα προς τούτο στην είσοδο του θαλάμου του.

- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του, σε περίπτωση ανικανότητάς του, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν από την εφαρμογή σ' αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εκτέλεση των πράξεων αυτών γίνεται στον ασθενή μετά από συγκατάθεσή του, η οποία μπορεί ν' ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται πλήρως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή ν' απορρίψει κάθε συνεργασία του, που αποβλέπει σε ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η συναίνεσή του αυτή για τη συνεργασία του μπορεί να ανακληθεί επίσης ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Γι' αυτό, κάθε στοιχείο ή έγγραφο του φακέλου του θα πρέπει να είναι απόλυτα εγγυημένο ως προς τη φύλαξή του, ισχύοντος προς τούτο του ιατρικού απορρήτου προς κάθε τρίτο. Κατ' εξαίρεση, πληροφορίες ιατρικού χαρακτήρα μπορούν να δοθούν στον ενδιαφερόμενο μόνο από τον αρμόδιο γιατρό (Ν. 1599/1986 άρθρο 16 παράγραφος 5 εδάφιο 2).
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα εγγράφως ή προφορικώς να διαμαρτυρηθεί ή να καταθέσει ενστάσεις και ακολούθως να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα για οποιοδήποτε λόγο, ο οποίος ανάγεται στον ίδιο, να ζητήσει από το θεράποντα γιατρό του να εξέλθει του Νοσοκομείου, διακόπτοντας τη θεραπεία της νόσου του για την οποία εισήχθη προς τούτο. Στην περίπτωση αυτή, καλείται ο ίδιος από το γιατρό της Κλινικής να υπογράψει στο βιβλίο νοσηλείας ότι εξέρχεται οικειοθελώς και με δική του αποκλειστική ευθύνη. Σε περίπτωση όμως που ο ίδιος έχει διανοητική ανικανότητα, τότε καλείται από το θεράποντα γιατρό το άτομο το οποίο έχει την κατά νόμο επιμέλειά του να αποφασίσει για την τύχη του.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δωρίσει όργανο του σώματός του για θεραπευτικούς σκοπούς σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, υπογράφοντας σχετική δήλωση συγκατάθεσης.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δώσει τη σορό του μετά θάνατο για εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς, υπογράφοντας σχετική προς τούτο δήλωση.

Κάθε ασθενής έχει υποχρεώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992 και την ισχύουσα νομοθεσία Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 165/21-8-1997), οι οποίες είναι οι εξής:

- Ο ασθενής υποχρεούται να πειθαρχεί και να εφαρμόζει τον κανονισμό του Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύεται. Ειδικότερα, ορισμένες από τις βασικές διατάξεις του κανονισμού αυτού είναι οι ακόλουθες. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να:
 - Ø καπνίζει εντός του θαλάμου νοσηλείας. Αντιθέτως και εφόσον αυτό του το επιτρέπει ο θεράπων γιατρός, μπορεί να καπνίζει στους ειδικούς γι' αυτό χώρους του Νοσοκομείου.
 - Ø παίζει τυχερά παιχνίδια.
 - Ø θορυβεί ή να κάνει χρήση μουσικών οργάνων εντός του Νοσοκομείου.
 - Ø κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών.
 - Ø εισέρχεται στα γραφεία των γιατρών ή άλλων Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, στους βοηθητικούς χώρους, όπου δεν έχουν καμία εντολή να μεταβούν, σε άλλους θαλάμους νοσηλείας και μάλιστα σ' αυτούς όπου νοσηλεύονται λοιμώδη περιστατικά ή βαρέως πάσχοντες ή όπου αλλού τηρούνται όροι ασηψίας.
 - Ø συμπεριφέρεται απρεπώς στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του Νοσοκομείου.
- Ο ασθενής υποχρεούται να παραμείνει εντός του Νοσοκομείου καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και μόνον όταν ειδικοί λόγοι επιβάλλουν την

προσωρινή έξοδό του απ' αυτό, μπορεί να ζητήσει άδεια από το Διευθυντή γιατρό της Κλινικής όπου νοσηλεύεται ή από το νόμιμο αναπληρωτή του και εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του. Σε περίπτωση όμως κατά την οποία ο ασθενής εξέλθει του Νοσοκομείου χωρίς την άδεια της Κλινικής, τότε θεωρείται ότι εξέρχεται με δική του ευθύνη και, στη συνέχεια, θα υποστεί τις νόμιμες κυρώσεις, δηλαδή την υποχρεωτική έξοδό του από το Νοσοκομείο, με πειθαρχικό εξιτήριο, και φυσικά μόνο στην περίπτωση κατά την οποία η κατάσταση της υγείας του δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο. Για το λόγο αυτόν, ο ασθενής, ευθύς αμέσως μετά την είσοδό του στο Νοσοκομείο, υποχρεούται να παραδώσει όλον τον ιματισμό της εξόδου που φέρει μαζί του, καθώς και κάθε άλλο προσωπικό αντικείμενο, στην ειδική Υπηρεσία του Ιδρύματος, το ιματιοφυλάκιο της Κλινικής.

- Ο ασθενής υποχρεούται, ευθύς μετά την είσοδό του στο Νοσοκομείο, να δηλώσει στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών, διαμέσου της Προϊσταμένης της Κλινικής όπου νοσηλεύεται, τον ασφαλιστικό του φορέα, εφόσον είναι ασφαλισμένος, ή ότι θα καταβάλει ο ίδιος όλες τις δαπάνες νοσηλείας του.
- Ο ασθενής υποχρεούται να εφαρμόζει τις εντολές των ιατρών του και να εκτελεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή.
- Ο ασθενής υποχρεούται να λαμβάνει την παρεχόμενη από το Νοσοκομείο τροφή, απαγορευομένης της λήψης από αυτόν κάθε άλλης τροφής που προσφέρεται σ' αυτόν από τους οικείους του, προς αποφυγή αλλοίωσης του διαιτολογίου του, το οποίο καθορίζεται από το θεράποντα γιατρό.
- Ο ασθενής οφείλει, ευθύς μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, να δώσει στον αρμόδιο γιατρό της Κλινικής όπου θα νοσηλευθεί πλήρες ιστορικό της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει υποχρέωση, σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή μερική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης, να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης προς τούτο. Σε περιπτώσεις διανοητικής ανικανότητας αυτού ή σε επείγουσες καταστάσεις, όπου ο ασθενής δεν έχει

επαφή με το περιβάλλον, ζητείται η συγκατάθεση του κηδεμόνα ή του πλησιέστερου συγγενή ή του προσώπου το οποίο έχει την επιμέλειά του.

Ειδικότερα για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 και βάσει του άρθρου 1 του Ν. 2519/1997 έχει ιδρυθεί:

- Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και την εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά. Τα νοσοκομεία σήμερα έχουν αυτές τις υπηρεσίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την προστασία δικαιωμάτων των ασθενών και διευθετούν όποια παράπονα ή καταγγελίες γίνονται.
- Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, αποτελούμενη από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και εκπροσώπους διαφόρων επαγγελματικών, επιστημονικών, αθλητικών, κοινωνικών και συνδικαλιστικών φορέων. Η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της μπορεί να επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένης καταγγελίας ή και αυτόβουλα για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή, αποφαινεται για τη μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το πόρισμά της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες και, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή (Αλεξιάδης, 2000). Αυτό το τμήμα εφαρμόζεται σήμερα και σε ιδιωτικά αλλά και σε δημόσια νοσοκομεία. Η Επιτροπή με ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από τους ασθενείς διαπιστώνουν τυχόν παράπονα και φροντίζουν να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να εξαλειφτούν παράπονα ή καταγγελίες των ασθενών.

1.11.3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όπως διαπιστώθηκε, και από τις αρμοδιότητες των ανωτέρω οργάνων, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών διέρχεται σε αρχικό στάδιο από την ενημέρωση και πληροφόρηση τους. Είναι φυσικό ότι η προαγωγή της ποιότητας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών μπορεί να επιτευχθεί από την πολιτική βούληση του εκάστοτε κυβερνητικού σχήματος, αλλά κυρίως, από την αμφισβήτηση των πράξεων του ανθρώπινου δυναμικού και της διοίκησης του νοσοκομείου από τους ασθενείς και συνεπακόλουθα από τη διεκδίκηση καλύτερης υγειονομικής συμπεριφοράς και πράξεων από την πλευρά τους (Τσιριντάνη και άλλοι τρεις, 2010). Είναι λογικό λοιπόν, η αμφισβήτηση και η διεκδίκηση να μην μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη γνώση των δικαιωμάτων αυτών. Σε ότι αφορά, το μέγεθος και το είδος της αμφισβήτησης αλλά και της διεκδίκησης, τούτο εξαρτάται από τις αδυναμίες του νοσοκομειακού συστήματος να προσφέρει ποιοτικές παροχές, δηλαδή εξαρτάται για παράδειγμα από την ύπαρξη ή όχι ενημέρωσης του ασθενή, από τη συμπεριφορά του προσωπικού, από τον τρόπο άσκησης του ιατρό-νοσηλευτικού έργου, από τις εργαστήριο-διαγνωστικές διαδικασίες ή ακόμη από την ξενοδοχειακή κατάσταση της εκάστοτε νοσοκομειακής μονάδας (Koontz και Donnell, 1976).

Είναι κοινή διαπίστωση ότι μεγάλο ποσοστό της δυσαρέσκειας των ασθενών σε ένα νοσοκομείο προέρχεται από την:

- Αδυναμία ανταπόκρισης τους σε βασικές λειτουργίες και κανόνες του Νοσοκομείου
- Αδυναμία διεκπεραίωσης πολυδαίδαλων ασφαλιστικών διαδικασιών
- Άσκοπη περιπλάνηση αυτών στην εύρεση του κτιρίου, του τμήματος ή του ιατρού που τους ενδιαφέρει
- Δυσκολία διεκπεραίωσης διοικητικών υποχρεώσεων απέναντι στο Νοσοκομείο (Γούλα, 2007).

Έτσι, η υποχρέωση του επιχειρησιακού-νοσοκομειακού συστήματος, είτε πρόκειται για δημόσιο είτε για ιδιωτικό τομέα, είναι η έκδοση, η διανομή έντυπου υλικού και η

ανάρτηση στο διαδίκτυο κάθε πληροφορίας που θα βοηθά στην εξυπηρέτηση των ασθενών και στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών. Το έντυπο συνήθως περιλαμβάνει πληροφορίες: γενικές, για τομείς και τμήματα, για τη διαδικασία και τη λειτουργία της νοσηλείας, για την μονάδα εντατικής θεραπείας και τη μονάδα νόσων και εμφραγμάτων, για διακομιδές, για τα Γραφεία Υποδοχής Ασθενών και Επικοινωνίας Πολιτών και για Ασφαλιστικές και Οικονομικές Υποχρεώσεις. Το έντυπο ενημέρωσης του ασθενή, μπορεί να χαρακτηριστεί ως καθαρά επικοινωνιακού τύπου, τούτο όμως κρίθηκε σκόπιμο ώστε να παρέχει στα αρμόδια γραφεία τη δυνατότητα ανάπτυξης ανάλογου πληροφοριακού υλικού (Γούλα, 2007).

Η ενημέρωση των ασθενών και γενικότερα η ενημέρωση του πληθυσμού για τις προσφερόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες δεν οριοθετείται στην έκδοση μόνο ενημερωτικών έντυπων. Η ενημέρωση αποτελεί μία σύνθετη διοικητική διαδικασία που αφορά τα ειδικά γραφεία Υποδοχής και Επικοινωνίας των Ασθενών καθώς και αυτό των Δημοσίων Σχέσεων. Η ενημέρωση-πληροφόρηση μπορεί να πραγματοποιείται ηλεκτρονικά μέσω διαδικτύου, μέσω ενημερωτικών εκπομπών ή μέσω του ημερήσιου τύπου. Το Γραφείο Δημοσίων Σχέσεων υπάρχει στα νοσοκομεία και μπορεί να συμβάλλει στην ενημέρωση και πληροφόρηση των πολιτών με τη διοργάνωση ειδικών ημερίδων ή ακόμη με τη διοργάνωση ειδικών σεμιναρίων για πληθυσμιακές κατηγορίες με ειδικά προβλήματα όπως άτομα με νεοπλασίες, ανάπηρα άτομα, αιμοκαθαιρόμενους, μεταμοσχευμένους, κ.ά.

Η ενημέρωση και η πληροφόρηση των ασθενών, βοηθά στην ικανοποίηση των ασθενών, στην αλλαγή νοοτροπίας και συμπεριφοράς των ασθενών αλλά και των συγγενών, τον ασθενή στη σύγκριση των προσφερομένων υπηρεσιών και προβλέπει τις απαιτήσεις και τις νέες ανάγκες των ασθενών ανάλογα με την εξέλιξη του οικονομικού, κοινωνικού και πολιτισμικού επιπέδου των ασθενών (Γούλα, 2007). Τα τέσσερα αυτά σημεία του όλου πλαισίου της ενημέρωσης και της πληροφόρησης των ασθενών, δημιουργούν μία αμφίδρομη σχέση μεταξύ αυτών και του προγραμματισμού-σχεδιασμού επιχειρησιακών-νοσοκομειακών συστημάτων, με κατάληξη τη βελτίωση του προγραμματισμού και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομειακών συστημάτων (Τσιριντάνη

και άλλοι τρεις, 2010). Ο βαθμός ενημέρωσης και εξυπηρέτησης των ασθενών αντανακλά το βαθμό οργάνωσης και προγραμματισμού μιας νοσοκομειακής μονάδας κάτι που δημιουργεί θεμελιώδη διοικητική υποχρέωση ανάπτυξης του πλαισίου ή του συστήματος ενημέρωσης-πληροφόρησης των πολιτών – ασθενών (Koontz και Donnell, 1976).

1.11.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση, όπως και άλλες ψυχολογικές έννοιες, είναι εύκολο να την κατανοήσεις, αλλά δύσκολο να την ορίσεις. Η έννοια της ικανοποίησης συγγέεται με παρόμοιες έννοιες, όπως τη χαρά, τη στοργή και την ποιότητα ζωής. Δεν είναι ένα προϋπάρχον φαινόμενο με μετρήσιμα χαρακτηριστικά, αλλά μια κριτική των ανθρώπων που διαμορφώνεται παροδικά και αντανακλά τις εμπειρίες τους. Ένας απλός και πρακτικός ορισμός της ικανοποίησης θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι ο βαθμός, στον οποίο οι επιθυμητοί στόχοι έχουν πραγματοποιηθεί. Η ικανοποίηση των ασθενών-πελατών είναι μια στάση, ένας γενικός προσανατολισμός του ατόμου απέναντι στη συνολική εμπειρία της παροχής της υγείας. Περιλαμβάνει τις διανοητικές και συναισθηματικές όψεις του ατόμου και σχετίζεται με προηγούμενες εμπειρίες, προσδοκίες και κοινωνικά δίκτυα (Keegan, 2002).

Τα τελευταία χρόνια, οι επιστήμονες υγείας εστιάζουν στις προσωπικές ανάγκες των ασθενών και στην ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αν και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έννοια που δεν έχει κοινά οριστεί (Bond και Thomas, 1992). Σύμφωνα με τον Donabedian (1970), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μία άποψη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και αντανακλά ορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά, που συσχετίζονται με τις έννοιες των προσδοκιών και των αξιών του.

Άλλοι ερευνητές προσπάθησαν να δώσουν ορισμούς για την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. «*Η ικανοποίηση αποτελεί μια αντενέργεια του ασθενή στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των*

αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών» (Pascoe, 1983: 189). Έχει αναγνωριστεί η ικανοποίηση των ασθενών ως συνιστώσα δέκα σημείων: ιατρική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, βοηθητικό προσωπικό, βοηθούς νοσηλευτές, επάρκεια επεξηγήσεων για διαδικασίες και θεραπείες, θόρυβο, καθαριότητα, φαγητό, υπηρεσίες συνοδών και προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών (Abramowitz και άλλοι, 1987).

Άλλοι ερευνητές όπως ο Meterko και οι συνεργάτες του (1990) και οι Carey & Seibert (1993) υποστηρίζουν την υπόσταση πεδίων ικανοποίησης, τα εξής: άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας, διαδικασίες εισαγωγής – χρέωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης, ευγένεια, θρησκευτικές ανάγκες, ιατρικό προσωπικό, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και υπόλοιπο προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, υποδοχή ασθενών και διατροφή.

Επίσης, ερευνητές ικανοποίησης ασθενών από νοσοκομειακές υπηρεσίες μετρούν τη συνολική ικανοποίησή τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, με ποσοτικά δεδομένα που εκφράζουν το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, σε αντίθεση με άλλες που αξιολογούνται ορισμένες διαστάσεις, για παράδειγμα η παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας (Cleary & McNeil, 2008).

Τέλος, η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι πολυσύνθετη έννοια και είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί ποσοτικά. Για την ποσοτική μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών υπάρχουν αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης όπως το εργαλείο μέτρησης PSI ή κλίμακα Risser, το εργαλείο μέτρησης των Abdallah και Levine (Copeland-Carr και Scholle, 2000). Έτσι, είναι δυνατό να προκύψουν αποτελέσματα και να αξιοποιηθούν ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και ο ασθενής να είναι ικανοποιημένος απ' αυτές (Ferguson και Ferguson, 2003).

1.11.5. ΡΟΛΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ικανοποίηση ασθενών μπορεί να αποτελέσει έναν οδηγό για την χάραξη της πολιτικής υγείας. Ένας προσδιοριστικός παράγοντας για την διαμόρφωση της πολιτικής είναι η γενική απαίτηση των ασθενών για καλύτερη ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έτσι η ικανοποίηση ασθενών αποτελεί βασικό στοιχείο για την διαμόρφωσης ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας και είναι λογικό, η εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών να γίνεται με βάση τους ασθενείς, οι οποίοι είναι οι τελικοί αποδέκτες αυτών (Coulter και Cleary, 2001).

Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο έρευνας, διαχείρισης και σχεδιασμού της πολιτικής παροχής υγείας. Η ικανοποίηση είναι βασική και αποτελεί μέτρο της ποιότητας της φροντίδας γιατί παρέχει πληροφορίες σχετικές με την επιτυχία του παρέχοντα υπηρεσίες υγείας να ικανοποιήσει τις αξίες και τις προσδοκίες των πελατών του (Papanikolaou και Ntani, 2008).

Επίσης, στην χάραξη πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να συμβάλλει η αναγνώριση παραγόντων που οι ασθενείς θεωρούν ότι βελτιώνουν τις υπηρεσίες υγείας καθιστώντας τις πιο ποιοτικές, όπως οι ξενοδοχειακές ανέσεις, η τεχνολογική υποδομή, οι σύγχρονες ιατρικές υπηρεσίες, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η διοίκηση, το περιβάλλον του νοσοκομείου. Βέβαια, αυτές οι εκτιμήσεις ίσως οδηγήσουν σε υψηλότερα νοσοκομειακά κόστη, αλλά έχει αποδειχθεί πλέον ότι η ακριβότερη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν οδηγεί απαραίτητα σε καλύτερη ποιότητα και κλινική αποτελεσματικότητα (Polyzos και άλλοι, 2005). Έτσι, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των αναγκών μπορεί να λειτουργήσει και στον αντίποδα της παραπάνω θεώρησης και να συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών και στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Η πολιτική παροχής υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε έρευνες ικανοποίησης ασθενών, αν και είναι δύσκολες στη διεξαγωγή τους, καθώς σε επίπεδο οργανισμών υγείας, συμβάλλουν στη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας και διευκολύνουν στην

αναγνώριση της χαμηλής ποιότητας παροχής φροντίδας υγείας για περαιτέρω έρευνα, αλλά και σε εθνικό επίπεδο βοηθούν στην εκτίμηση της ποιότητας και τον σχηματισμό κατάλληλης πολιτικής (Coulter και Cleary, 2001).

1.11.6. ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ειδικοί στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμφωνούν στην αναγνώριση, στον προσδιορισμό και στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ένας έγκυρος δείκτης ποιότητας της φροντίδας (JCAHO 1991, Bond και Thomas 1992). Πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder – Pelz, 1982).

Πολλοί παράγοντες έχουν καταστήσει σημαντική την χρήση της ικανοποίησης των ασθενών για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και οδήγησαν στο να δοθεί έμφαση σ' αυτή, όπως:

- Η δυνατότητα εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων
- Η εξέλιξη στην τεχνολογία και στην οργάνωση των συστημάτων φροντίδας με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους
- Η ευεξία του ασθενή
- Οι αυξανόμενες ανάγκες και απαιτήσεις καταναλωτών – ασθενών και η αλλαγή της στάσης, τους από παθητικό προς ενεργητικό ρόλο (McDonnell και Nash 1990, Scardina 1994)
- Οι οικονομικοί περιορισμοί
- Το αυξανόμενο οικονομικό κόστος της παροχής υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Scardina, 1994)
- Το κλίμα του καταναλωτισμού έχει οδηγήσει σε έντονο ανταγωνισμό των οργανισμών υγείας (Guzman, 1988)

Συνοψίζοντας, η χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική και έχει πρακτική εφαρμογή στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, στην αξιολόγηση των συμβουλευτικών παρεμβάσεων, στη λήψη διοικητικών αποφάσεων, στην αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, διοίκηση προσωπικού, προσέλκυση ασθενών – πελατών (marketing) και στη διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

1.11.7. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του. Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις και την εξυπηρέτηση (Teiberg και Porter, 2006).

Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως φύλο, επάγγελμα, ηλικία, εισόδημα, εκπαίδευση, κοινωνική θέση επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη φροντίδα που επιπλέον συσχετίζονται με την επιλογή της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των

υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής (Ραφτόπουλος, 2002).

- Επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπειών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι νοσηλευτές εφόσον αντιληφθούν τις ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Elleuch, 2007).
- Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Εδώ περιλαμβάνονται στοιχεία όπως: η ευκολία πρόσβασης του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας, ο χρόνος και η σειρά αναμονής για την εισαγωγή του, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες μέχρι ο ασθενής να εξασφαλίσει κρεβάτι, η προετοιμασία του ασθενούς για την διενέργεια εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων, η παροχή φαρμάκων, η υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η επικοινωνία του προσωπικού με την οικογένεια, η διατροφή, η καθαριότητα του δωματίου, το ωράριο του επισκεπτηρίου, η επίπλωση, η θέρμανση, οι οδηγίες κατά την αναχώρηση, η διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων.
- Προσδοκίες των ασθενών. Έρευνες απέδειξαν ότι η ικανοποίηση συμπορεύεται και εκπορεύεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή. Συγκεκριμένα, όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών, τότε αισθάνονται ικανοποιημένοι, ενώ στην αντίθετη περίπτωση είναι δυσαρεστημένοι (Θεοδοσοπούλου και Ραφτόπουλος, 2002).
- Σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή. Η σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας. Η φιλική ατμόσφαιρα, το ενδιαφέρον, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια μπορεί να παρακάμψει τον φόβο και το άγχος του ασθενή για τη νόσο. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη, διότι ακόμη και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή και ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών

αποτελεσμάτων ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι απίθανο να ικανοποιηθεί ο ασθενής αν δεν τον μεταχειρίζονται αξιοπρεπώς, χωρίς συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία και κατανόηση (Τσελέπη, 2000).

1.11.8 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα στην υγεία παρουσιάζεται για πρώτη φορά στην αρχαιότητα στα κείμενα του Ιπποκράτη, ο οποίος αναφέρει πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να αποτελεί μια κύρια επιδίωξη του ιατρικού επαγγέλματος. Φυσικά, στα νεότερα χρόνια, στα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι επιστήμονες υγείας κατευθύνθηκαν στην αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών στην καθημερινή κλινική πρακτική και στον σχηματισμό κανόνων για τη διασφάλιση της ποιότητας (Osterfeld, 1994).

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας μπορεί να προσδιοριστεί σήμερα με πολλούς τρόπους. Είναι μια έννοια που συνεχώς μεταβάλλεται και προσαρμόζεται, ως αποτέλεσμα της δημιουργίας νέων αναγκών και προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Μια γενικότερη προσέγγιση συνδέει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών (Σαρρής, 2008). Η απαίτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες να καλύπτουν τις προσδοκίες των χρηστών τους, οδήγησε σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησής τους (Crawford 1996,Turnbull 1999).

Η κυρίαρχη θεώρηση στην έρευνα της ικανοποίησης βασίζεται στη θεωρία διάψευσης των προσδοκιών (disconfirmation of expectations) των πελατών, η οποία προτάθηκε από τον Oliver (1960) μπορεί να παραφραστεί για τους ασθενείς και τις υπηρεσίες υγείας. Στο πλαίσιο του εν λόγω μοντέλου, η ικανοποίηση του ασθενούς διαμορφώνεται μέσω της σύγκρισης της αντιλαμβανόμενης αποδοτικότητας και των προσδοκιών για τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής υπηρεσίας που παρέλαβε. Επαλήθευση των προσδοκιών σημαίνει ότι η αποδοτικότητα είναι μεγαλύτερη των προσδοκιών και οδηγεί σε ικανοποίηση, ενώ η κατώτερη των προσδοκιών αποδοτικότητα συνεπάγεται διάψευση

των προσδοκιών και, τελικά, δυσαρέσκεια του ασθενούς. Εάν η υπηρεσία αποδίδει ως αναμενόταν, τότε η παραπάνω σύγκριση οδηγεί σε μερική ικανοποίηση ή αδιαφορία του ασθενούς.

Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποσπάσουν τις απαντήσεις των ασθενών, σχετικά με τις προσδοκίες τους. Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μία βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει σε εκείνα τα στοιχεία της φροντίδας που έχουν προσδιοριστεί από τις διάφορες έρευνες της ικανοποίησης του ασθενούς ως πλευρές ή διαστάσεις αυτής, τους λειτουργικούς, δηλαδή, ορισμούς. Οι διαστάσεις αυτές σχετίζονται με τους ακόλουθους παράγοντες: τέχνη της φροντίδας, τεχνική ποιότητα της φροντίδας, ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης που δημιουργείται μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, προσβασιμότητα/άνεση, φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, εμπιστευτικότητα, συνέχεια και αποδοτικότητα της φροντίδας, ασφάλεια, παροχή πληροφόρησης, θόρυβος, καθαριότητα, ποιότητα της τροφής (Παπαγεωργίου, 2006).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο στην ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα. Ως εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και της κάλυψης των εσωτερικών αναγκών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Τα αποτελέσματα ερευνών υποδεικνύουν, ότι οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση της συνεργασίας. Εξάλλου, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στην θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας. Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το σημείο, όπου οι

γενικές και οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των ασθενών ταυτίζονται και εξαρτάται άμεσα από το κλινικό αποτέλεσμα (Κουτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Επίσης, ο Karydis και οι συνεργάτες του (2001) υποστηρίζουν πως η εκτίμηση της άποψης των ασθενών για την παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μια δύσκολη διαδικασία γιατί ο ασθενής που λαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας δεν το επιθυμεί, κυριεύεται από ανασφάλεια και άγχος, αβεβαιότητα για το πότε, που και πώς θα θεραπευτεί αλλά και για την πορεία της κλινικής του εικόνας. Επίσης, οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν τις ανάγκες τους και δεν μπορούν να συσχετίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με άλλες υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Μανιαδάκης και Υφαντόπουλος, 1996). Επιπλέον, από τους Bellack και O'Neil (2000) έχει επισημανθεί πως η ικανοποίηση των ασθενών ίσως να θεωρείται αμφίβολου οφέλους στη διευκόλυνση της ιατρικής αντιμετώπισής τους εφόσον δεν διαθέτουν την ανάλογη μόρφωση, ψυχραιμία αλλά και την κλινική εμπειρία.

Σήμερα, οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας επιβεβαιώνουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να αποτελέσει ένα δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης, 2003). Έτσι, ερευνητές εμπλέκουν την έννοια της ποιότητας με αυτή της ικανοποίηση του ασθενή. Κατά τον Yucelt (1994), η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας, καθώς η τελική επαλήθευση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση της φροντίδας υγείας συνδέεται με την ικανοποίηση του ασθενή. Επίσης, οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας, τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, τη συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τη συνολική εικόνα του οργανισμού (Yucelt, 1994). Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler και Clarke, 1987). Έτσι, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να την κρίνουν ακόμα και από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις και την εξυπηρέτηση (Teiberg και άλλοι, 1994).

Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, αναγνωρίζεται, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά αποτελεί ένα από τους σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, προς αυτόν το σκοπό, θα συμβάλλει η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Μερκούρης, 1996).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στο πλαίσιο αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, στη χώρα μας, οι αντίστοιχες προσπάθειες είναι πολύ λίγες και αποσπασματικές (Τσιριντάνη, 2010). Ο Vuori (1999) διερεύνησε λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι:

- η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρο σε χώρο. Εξαρτάται, ακόμα, από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.
- η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται
- οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας
- οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις
- οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους,

Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και, ειδικότερα, με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα, όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες. Όμως, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και στην

αξιολόγηση ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας (Κουτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα για την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, είναι πολύ συγκεκριμένες. Δηλαδή ερευνούν απόψεις ασθενών που ανήκουν στην κατηγορία του ίδιου προβλήματος υγείας ή ερευνούν απόψεις ασθενών μέσα σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο. Λιγότερες είναι οι μελέτες που εξετάζουν την ικανοποίηση των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία και πιο λίγες αυτές που εξετάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και σε ιδιωτικά αλλά και σε δημόσια.

Σύμφωνα με τον Αλετρά και τους συναδέλφους του (2009), έρευνα μελέτησε την ικανοποίηση 4209 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε 118 νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα με τα δικά μας. Πρώτον, η μελέτη εκείνη εκτίμησε την ικανοποίηση των ασθενών σε πολλές νοσοκομειακές μονάδες. Δεύτερον, παρουσίασε τα αποτελέσματα υπό μορφή ποσοστών ικανοποιημένων και δυσαρεστημένων ασθενών. Παρόλα αυτά, τεκμηρίωσε υψηλούς βαθμούς ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και κάπως χαμηλότερους από το διοικητικό προσωπικό και τις ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσίες των νοσοκομείων.

Άλλη μελέτη σε δημόσια νοσοκομεία της Αττικής (Καλογεροπούλου, 2011), αναφέρει σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση γενικά αλλά και στις επιμέρους διαστάσεις-ερωτήσεις συγκριτικά με ό,τι κατέγραψε η δική μας.

Επίσης, σε παρόμοια έρευνα που έγινε στην Κύπρο (Θεοδώρου, Μακρής και Middleton, 2010) σε δημόσια νοσοκομεία οι ασθενείς εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα. Περισσότερο ικανοποιημένοι εμφανίστηκαν οι ασθενείς με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και με την καθαριότητα. Λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και ειδικότερα από το φαγητό και το χρόνο για

ξεκούραση. Να σημειωθεί ότι η χαμηλή ικανοποίηση από ξενοδοχειακές μονάδες και την πληροφόρηση συμφωνεί με τα διεθνή δεδομένα.

Η δική μας έρευνα σκοπό είχε:

- να διαπιστώσουμε την ικανοποίηση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό
- να συγκρίνουμε την ποιότητα φροντίδας των ασθενών στο δημόσιο τομέα σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα
- να προταθούν αλλαγές, όπου και αν χρειάζεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009) η έννοια μέθοδος αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένας ερευνητής οδηγείται στη γνώση αναφορικά με το υπαρκτό και προχωρά στη σύνδεση θεωριών με την εμπειρία. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Ιούνιο και Ιούλιο του 2012. Η μέθοδος της μελέτης στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται οι μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στόχος της έρευνάς μας, ήταν η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για την παρεχόμενη Νοσηλευτική φροντίδα σε Ιδιωτικά και σε Δημόσια νοσοκομεία.

Για την διαχείριση μιας αναλυτικής και αποτελεσματικής έρευνας, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε Δημόσια και σε Ιδιωτικά νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής.

2.2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, χρησιμοποιήθηκε ο περιγραφικός σχεδιασμός έρευνας, ο οποίος σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Επιπροσθέτως, ο Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρει ότι η περιγραφική έρευνα μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Κατά τον Δαρβίρη (2009) η αξία των ποσοτικών ερευνητικών πορισμάτων έγκειται:

- στο ότι αυτά μπορούν υπό ορισμένες συνθήκες να γενικευτούν ως συμπεράσματα που ισχύουν για το γενικό πληθυσμό και
- στο ότι αυτά αποτελούν αποτελέσματα «αντικειμενικών» (στατιστικών και μαθηματικών) αναλύσεων.

Επιπροσθέτως, η ποσοτική μέθοδος σύμφωνα με τους Burns και Grove (1987) είναι η ερευνητική μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται για να περιγράψει και να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδος για την ανάπτυξη της επιστήμης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο μεταφράσαμε και έχει ξαναχρησιμοποιηθεί για παρόμοια έρευνα στο εξωτερικό. Το ερωτηματολόγιο περιέχει συνολικά 25 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 4 αφορούν δημογραφικά στοιχεία.

2.3. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Το πιο διαδεδομένο εργαλείο και όργανο μέτρησης της ποσοτικής έρευνας, είναι το ερωτηματολόγιο. Κατά τον Δημητρόπουλο (1994), το ερωτηματολόγιο συνθέτει ένα τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπλέον, η Σαχίνη-Καρδάση (2004) παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα των ερωτηματολογίων:

- Είναι λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για τη διαχείρισή τους.
- Παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας.
- Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή.
- Συλλογή περισσότερων πληροφοριών.

- Μειώνει τα λάθη της συνέντευξης.

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων:

- Να αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- Να αποφεύγεται η χρήση όρων που καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- Θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας.
- Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις-κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.
- Το λεξιλογικό και η συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση του περιεχόμενου της ερώτησης.

Παρόλα αυτά, το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα:

- Δυσκολία συμπλήρωσης
- Χαμηλός αριθμός ανταπόκρισης
- Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντα στην έρευνα
- Ο ερωτώμενος δεν έχει τη δυνατότητα να του δοθούν διευκρινίσεις (Clifford και Cough, 1990).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας έχει ξαναχρησιμοποιηθεί σε παλαιότερη έρευνα και έχει μεταφραστεί από τον εισηγητή-καθηγητή μας. Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δύο μέρη. Οι ασθενείς απαντούσαν στις ερωτήσεις, χρησιμοποιώντας κλίμακα Likert (αρκετά, ελάχιστα, καθόλου) και διχοτομικές ερωτήσεις (ναι, όχι). Οι ερωτήσεις συνολικά ήταν 25, από τις οποίες μόνο μία ήταν ανοικτού τύπου και αφορούσε τα σχόλια που έχουν να κάνουν οι ασθενείς για οτιδήποτε σχετικά με τη διαμονή τους στο νοσοκομείο που νοσηλεύονται. Στο 1^ο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ασθενείς απαντούσαν σε μερικές δημογραφικές ερωτήσεις και στο 2^ο μέρος σε 21 συνολικά ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στην κλινική που νοσηλεύονται.

2.4.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα, πραγματοποιήθηκε σε Ιδιωτικά και Δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Μετά την επιλογή των νοσοκομείων στάλθηκαν γραπτές αιτήσεις στα Επιστημονικά Συμβούλια των συγκεκριμένων νοσοκομείων, τα οποία περιλάμβαναν εκτός από την αίτηση, το ερωτηματολόγιο της έρευνας μας και βεβαίωση ότι είμαστε φοιτήτριες στο ΤΕΙ Πάτρας. Ένα μήνα αργότερα, μερικά από τα νοσοκομεία που είχαμε επιλέξει μας τηλεφώνησαν και μας ζήτησαν, επιπλέον, ενυπόγραφη βεβαίωση από τον Επιβλέπον Καθηγητή μας. Δώσαμε όλα τα απαραίτητα έγγραφα και παρόλα αυτά **δεν** μας δόθηκε έγκριση από τα νοσοκομεία.

Ενημερώθηκαν οι προϊσταμένες των τμημάτων μας και πρόθυμα μας βοήθησαν ώστε να προσεγγίσουμε ασθενείς για την έρευνα. Βέβαια, πήγαμε και σε άλλα νοσοκομεία της Αθήνας (ιδιωτικά και δημόσια) και καταφέραμε να συλλέξουμε δείγμα. Επιλέξαμε ασθενείς από διάφορες κλινικές (παθολογικές-χειρουργικές-ΤΕΠ) ώστε τα δείγματα να ποικίλουν. Δεν είχαμε τη δυνατότητα να συλλέξουμε δείγμα και από άλλες κλινικές χωρίς την έγκριση. Εξαίρεση αποτέλεσαν ασθενείς που ήταν πολύ σοβαρή η κατάσταση της υγείας τους.

2.5. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ

Η δειγματοληψία αποτελεί μία από τις πλέον ουσιαστικές διαδικασίες στα πλαίσια σχεδιασμού και εφαρμογής μιας έρευνας. Ο όρος δειγματοληψία αναφέρεται σε όλες τις ενέργειες, τεχνικές και διαδικασίες που θα πραγματοποιήσει ο ερευνητής προκειμένου να συλλέξει δείγμα, το οποίο θα πρέπει απαραίτητα να είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου (Δαρβίρη, 2009). Είναι αλήθεια ότι δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό. Παρόλα αυτά, η Σαχίνη-Καρδάση (2004), υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι σε άλλες.

Στην έρευνα μας, χρησιμοποιήσαμε δειγματοληψία ευκολίας, λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία (*accidental or convenience sampling*), επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Προκειμένου να ελαττώσουμε το λάθος στην έρευνα μας, συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό (ασθενείς). Συλλέξαμε 154 ερωτηματολόγια από ασθενείς διάφορων ηλικιών και σε διαφορετικές κλινικές. Δεν αποτέλεσαν εξαίρεση, όσοι δεν ήξεραν να διαβάζουν και να γράφουν ή λόγω ηλικίας αδυνατούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο διότι τους βοηθήσαμε εμείς.

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος “Rule of Thump” που απαιτεί τουλάχιστον τόσους συμμετέχοντας όσες και οι μεταβλητές που εξετάζονται. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 21 ερωτήσεις (μεταβλητές). Άρα ο ελάχιστος αριθμός ήταν 21 συμμετέχοντες. Μετά από συνεννόηση με τον Καθηγητή μας αυξήσαμε το μέγεθος του δείγματος. Μοιράστηκαν 154 ερωτηματολόγια και συλλέξαμε τα 154 (βαθμός ανταπόκρισης, 100%).

2.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική, αποτελεί δομική έννοια της ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων, και επομένως η μη απόδοση σε αυτήν ενός ορισμού θα ήταν σημαντική παράλειψη. Με τον όρο στατιστική λοιπόν, ορίζεται το σύνολο των τυποποιημένων αναλυτικών επιστημονικών μεθόδων των αξιοποιούμενων για την ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων και ποιοτικών χαρακτηριστικών (Δαρβίρη, 2009).

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0. Στην παρούσα φάση επιλέξαμε περιγραφική ανάλυση.

2.7. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ποιοτική έρευνα, αναπτύσσει νέες θεωρίες ή διερευνά και απορρίπτει ήδη υπάρχουσες, καθώς και μελετά νέα ή άγνωστα γνωστικά αντικείμενα, συμπεριφορές και φαινόμενα. Οι ποιοτικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις παρέχουν τη δυνατότητα καταγραφής, ανάλυσης και ερμηνείας φαινομένων και συμπεριφορών (Δαρβίρη, 2009).

Η τεχνική ανάλυσης περιεχομένου, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ποιοτικές μεθόδους, καθώς επιτρέπει τη συστηματική και αντικειμενική διερεύνηση και ανάλυση του γραπτού λόγου. Ουσιαστικά, ο ερευνητής, αναζητά σε κάθε διαθέσιμη πηγή τις λέξεις-φράσεις και νοήματα με απώτερο στόχο την περιγραφή και ανάδειξη νοημάτων και μηνυμάτων που προκύπτουν από αυτά τα κείμενα και εν συνεχεία από την εξαγωγή ανάλογων συμπερασμάτων που αποτελεί και τον τελικό σκοπό της μελέτης (Δαρβίρη, 2009).

Στο ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας, υπήρχε μια ερώτηση ανοιχτού τύπου για οποιεσδήποτε παρατηρήσεις σχετικά με τη διαμονή στην κλινική. Από τους 154 ερωτηθέντες, στη ερώτηση απάντησαν οι 78. Αφού η κάθε απάντηση γράφτηκε, εφαρμόσαμε την μέθοδο “συμπερασματικής ανάλυσης περιεχομένου” κατά την οποία οι ερευνητές οργανώνουν και τοποθετούν τα δεδομένα σε κατηγορίες ή θεματικές ενότητες

αποφεύγοντας τυχόν επικάλυψη μεταξύ των κατηγοριών. Για παράδειγμα, στο Δημόσιο τομέα μερικές από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν: η έλλειψη ιατρών, ελλείψεις νοσηλευτών, δεν υπάρχουν φάρμακα, τα κτίρια θέλουν ανακαίνιση, καμία ανταπόκριση στο χτύπημα κουδουνιού, δεν υπάρχει τεχνολογικός εξοπλισμός, κακής ποιότητας κρεβάτια, έλλειψη καθαριότητας ενώ στον Ιδιωτικό τομέα η πλειοψηφία των ασθενών έκανε παράπονα για οικονομικά θέματα και για περιττές εξετάσεις που γίνονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στα παρακάτω αποτελέσματα θα αντιπαραθέσουμε τις ερωτήσεις ανά φορέα (δημόσιο και ιδιωτικό) .

3.1.Δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 1: Φύλο ασθενή.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΤΡΑΣ	72	20	92
	ΓΥΝΑΙΚΑ	44	18	62
Total		116	38	154

Τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άντρες.

Πίνακας 2: Ηλικία ασθενή.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΗΛΙΚΙΑ	<16	3	3	6
	16-25	24	4	28
	26-50	47	21	68
	51-65	27	9	36
	>65	15	1	16
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς κυμαίνονταν από 26 έως 50 ετών τόσο στον δημόσιο όσο

στον ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 3: Κλινική που νοσηλεύονται οι ασθενείς.

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
Ω.Ρ.Λ	4	1	5
ΘΩΡΑΚ/ΓΙΚΗ	10	1	11
Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	44	12	56
ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΚΗ	3	5	8
Α' ΠΝΕΥΜ/ΓΙΚΗ	4	2	6
Τ.Ε.Π.	9	0	9
Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5	0	5
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	30	7	37
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	5	8	13
ΝΕΥΡΟΧ/ΓΙΚΗ	2	1	3
ΚΑΡΔΙΟΧ/ΓΙΚΗ	0	1	1
Total	116	38	154

Το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών νοσηλεύονταν στο χειρουργικό και παθολογικό τομέα.

3.2.Αποτελέσματα ερωτηματολογίων

Πίνακας 1: Πόσο καλοί ήταν οι νοσηλευτές καλωσορίζοντας στην κλινική.

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total	
	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ		
ΕΡΩΤ.1	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟΙ	29	7	36
	ΚΑΛΟΙ	51	29	80
	ΜΕΤΡΙΟΙ	31	2	33
	ΟΧΙ ΚΑΛΟΙ	5	0	5
	Total	116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα απάντησαν **καλοί**.

Πίνακας 2: Πόσο καλοί ήταν οι νοσηλευτές παρέχοντας πληροφορίες για την κλινική.

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total	
	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ		
ΕΡΩΤ.2	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟΙ	19	4	23
	ΚΑΛΟΙ	58	25	83
	ΜΕΤΡΙΟΙ	29	9	38
	ΟΧΙ ΚΑΛΟΙ	10	0	10
	Total	116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν **καλοί** και στο δημόσιο αλλά και στον ιδιωτικό τομέα.

Πίνακας 3: Πόσο καλοί ήταν οι νοσηλευτές όσον αφορά το σεβασμό των αποφάσεων σας.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.3	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟΙ	18	12	30
	ΚΑΛΟΙ	36	17	53
	ΜΕΤΡΙΟΙ	55	9	64
	ΟΧΙ ΚΑΛΟΙ	7	0	7
Total		116	38	154

Στο **δημόσιο** οι ασθενείς απάντησαν **μέτριοι**, ενώ στο **ιδιωτικό καλοί**.

Πίνακας 4: Πόσο καλοί ήταν οι νοσηλευτές όσον αφορά το σεβασμό στην αξιοπρέπεια σας.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.4	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟΙ	17	10	27
	ΚΑΛΟΙ	57	23	80
	ΜΕΤΡΙΟΙ	36	5	41
	ΟΧΙ ΚΑΛΟΙ	6	0	6
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό απάντησαν **καλοί**.

Πίνακας 5: Πώς θα εκτιμούσατε την ποιότητα του φαγητού.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.5	ΑΡΙΣΤΗ	5	6	11
	ΚΑΛΗ	30	23	53
	ΜΕΤΡΙΑ	54	9	63
	ΦΤΩΧΙΚΗ	27	0	27
Total		116	38	154

Στο **δημόσιο** οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν **μέτρια**, ενώ στο **ιδιωτικό** **καλή**.

Πίνακας 6: Πώς θα εκτιμούσατε την επιλογή του φαγητού.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.6	ΑΡΙΣΤΗ	5	10	15
	ΚΑΛΗ	27	25	52
	ΜΕΤΡΙΑ	67	3	70
	ΦΤΩΧΙΚΗ	17	0	17
Total		116	38	154

Στο **δημόσιο** οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν **μέτρια**, ενώ στο **ιδιωτικό** **καλή**.

Πίνακας 7: Πώς θα εκτιμούσατε την καθαριότητα της κλινικής.

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.7			
ΑΡΙΣΤΗ	8	10	18
ΚΑΛΗ	52	20	72
ΜΕΤΡΙΑ	43	8	51
ΦΤΩΧΙΚΗ	13	0	13
Total	116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα απάντησαν **καλή**.

Πίνακας 8: Πώς θα εκτιμούσατε τις ώρες επισκέψεως.

	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.8			
ΑΡΙΣΤΗ	11	8	19
ΚΑΛΗ	71	25	96
ΜΕΤΡΙΑ	25	5	30
ΦΤΩΧΙΚΗ	9	0	9
Total	116	38	154

Σε δημόσιο αλλά και σε ιδιωτικό τομέα, οι πιο πολλοί ασθενείς απάντησαν **καλή**.

Πίνακας 9: Πώς θα εκτιμούσατε το θόρυβο στην κλινική.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.9	ΑΡΙΣΤΗ	12	11	23
	ΚΑΛΗ	52	20	72
	ΜΕΤΡΙΑ	43	7	50
	ΦΤΩΧΙΚΗ	9	0	9
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα απάντησαν **καλή**.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Πίνακας 10: Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο που σας αντιμετώπισαν.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.10	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	31	14	45
	ΠΟΛΥ	49	20	69
	ΛΙΓΟ	28	4	32
	ΚΑΘΟΛΟΥ	8	0	8
Total		116	38	154

Σε δημόσιο αλλά και σε ιδιωτικό τομέα, οι πιο πολλοί ασθενείς απάντησαν **πολύ**.

Πίνακας 11: Είστε ικανοποιημένοι από τις γνώσεις τους.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.11	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	20	8	28
	ΠΟΛΥ	60	22	82
	ΛΙΓΟ	29	8	37
	ΚΑΘΟΛΟΥ	7	0	7
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα απάντησαν **πολύ**.

Πίνακας 12: Είστε ικανοποιημένοι από το χρόνο να απαντήσουν στο κουδούνι.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.12	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	10	8	18
	ΠΟΛΥ	36	27	63
	ΛΙΓΟ	55	3	58
	ΚΑΘΟΛΟΥ	15	0	15
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς στο **δημόσιο** τομέα απάντησαν **λίγο**, ενώ στο **ιδιωτικό** απάντησαν **πολύ**.

Πίνακας 13: Είστε ικανοποιημένοι από την ψυχολογική υποστήριξη που σας παρείχαν.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.13	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	10	23
	ΠΟΛΥ	50	24	74
	ΛΙΓΟ	47	4	51
	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	0	6
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα απάντησαν **πολύ**.

Πίνακας 14: Είστε ικανοποιημένοι από το χρόνο φροντίδας που διέθεταν για τη φροντίδα σας.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.14	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	3	16
	ΠΟΛΥ	73	26	99
	ΛΙΓΟ	27	9	36
	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	0	3
Total		116	38	154

Οι πιο πολλοί ασθενείς απάντησαν **πολύ** και στο δημόσιο αλλά και στο ιδιωτικό.

Πίνακας 15: Είστε ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που σας έδωσαν σχετικά με την βελτίωση της υγείας σας.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.15	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	6	19
	ΠΟΛΥ	54	22	76
	ΛΙΓΟ	35	10	45
	ΚΑΘΟΛΟΥ	14	0	14
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα απάντησαν **πολύ**.

Πίνακας 16: Σας ενημέρωσαν για τους λόγους που πρέπει να παραμείνετε στην κλινική.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.16	ΝΑΙ	93	37	130
	ΟΧΙ	23	1	24
Total		116	38	154

Σε δημόσιο και σε ιδιωτικό τομέα, οι πιο πολλοί ασθενείς απάντησαν **ναι**.

Πίνακας 17: Εάν κάνατε εξετάσεις, σας ενημέρωσαν για το σκοπό των εξετάσεων.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.17	ΝΑΙ	84	34	118
	ΟΧΙ	32	4	36
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό απάντησαν **ναι**.

Πίνακας 18: Εάν κάνατε εξετάσεις, σας ενημέρωσαν για τα αποτελέσματα.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.18	ΝΑΙ	60	32	92
	ΟΧΙ	56	6	62
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς σε δημόσιο και σε ιδιωτικό τομέα απάντησαν **ναι**.

Πίνακας 19: Σας έδωσαν πληροφορίες για την επιστροφή σας στο σπίτι.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.19	ΝΑΙ	72	32	104
	ΟΧΙ	44	6	50
Total		116	38	154

Σε δημόσιο και σε ιδιωτικό τομέα, οι πιο πολλοί ασθενείς απάντησαν **ναι**.

Πίνακας 20: Πόσο καλή ήταν η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διαμονή σας στην κλινική.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Total
		ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ	
ΕΡΩΤ.20	ΑΡΙΣΤΗ	16	9	25
	ΚΑΛΗ	52	27	79
	ΜΕΤΡΙΑ	37	2	39
	ΦΤΩΧΙΚΗ	11	0	11
Total		116	38	154

Οι περισσότεροι ασθενείς τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό απάντησαν **καλή**.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών που έχουν νοσηλευθεί σε νοσοκομείο λαμβάνει μεγάλη σημασία στη χώρα μας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας τις τελευταίες δεκαετίες αποτελεί σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Ειδικότερα, η αποτύπωση της άποψης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες μπορεί σε συνδιασμό με κλινικές μελέτες, να προσφέρει ασφαλή συμπεράσματα για τη λειτουργία διαφορετικών οργανισμών υγείας και επιπέδων υγειονομικής φροντίδας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η καταγραφή της ικανοποίησης των χρηστών από τη φροντίδα που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία καθώς αποτυπώνει την αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ. Επίσης, συμβάλλει στον εντοπισμό προβλημάτων, βοηθά στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης (Λαζάρου, 2001).

Από την άλλη, υπάρχει αμφισβήτηση ως προς τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας πως οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν, αυτό που επιθυμούν δεν είναι πάντα αυτό που έχουν ανάγκη, ενώ άλλες φορές δεν είναι ειλικρινείς είτε γιατί βρίσκονται εξαρτημένοι από τους ιατρούς και το νοσοκομείο είτε γιατί η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση επηρεάζει την κρίση τους (Τούντας, 2008). Επίσης, οι παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική άποψη και την ικανοποίηση των ασθενών είναι, μεταξύ άλλων, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, ο χρόνος παραμονής τους στην κλινική, η οικογενειακή τους κατάσταση και ιδιαίτερα το μορφωτικό τους επίπεδο (Tucker 2000, Cho 2007).

Για τους παραπάνω λόγους, η εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, σύμφωνα με τον Πολύζο και τους συνεργάτες του (2004), δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η καθιέρωση συστημάτων αξιολόγησης της φροντίδας που παρέχεται ενδέχεται να ενεργοποιήσει όλο τον οργανισμό (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικές υπηρεσίες, τεχνικό προσωπικό), αλλά και τους ασθενείς ώστε να ανταποκρίνονται σε έρευνες αξιολόγησης, χωρίς καχυποψία, με

ελικρινή διάθεση και κυρίως με το όραμα της βελτίωσης του οργανισμού, μέσα από την αλλαγή στάσεων, απόψεων και κουλτούρας.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων της Αττικής. Βάσει των ευρημάτων, η πλειονότητα των χρηστών παραμένει ικανοποιημένη από την παροχή υπηρεσιών. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν συγκεκριμένοι τομείς, οι οποίοι χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης. Ειδικότερα, όσον αφορά στη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, φαίνεται ότι οι ασθενείς αξιολογούν την ενημέρωση που πρέπει να τους παρέχεται για την κατάσταση της υγείας τους, το σκοπό και το είδος των διαγνωστικών και των θεραπευτικών πράξεων και τη φαρμακευτική αγωγή, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του χρήστη.

Σύμφωνα με τους Steven και Douglas (1988), η επικοινωνία ασθενούς-ιατρού και η πληροφόρηση για τη νόσο αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης, όσο η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενούς, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του δεύτερου. Επομένως θεωρείται σκόπιμο να αναπτύσσονται πολιτικές που στοχεύουν στην αναλυτική ενημέρωση για την εξέλιξη της νόσου και την αντιμετώπιση της.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, οι ασθενείς φαίνεται αξιολογούν την προθυμία, την ευγένεια, την ανταπόκριση και την παροχή αποτελεσματικής και εξειδικευμένης φροντίδας και θεωρούν ότι απαιτεί μικρό βαθμό βελτίωσης σε σχέση με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την επαφή που διατηρεί το νοσηλευτικό προσωπικό με τους ασθενείς, η οποία είναι συχνότερη από εκείνη που αναπτύσσεται με τους ιατρούς, που περιορίζεται από ιατρικές επισκέψεις.

Στην έρευνά μας φαίνεται ότι οι ασθενείς των δημόσιων νοσοκομείων είναι λίγο ευχαριστημένοι όσον αφορά το χρόνο για να απαντήσει στο κουδούνι το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στα ιδιωτικά είναι πολύ. Αυτό οφείλεται στις ελλείψεις νοσηλευτικού

προσωπικού που υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία. Οι νοσηλευτές έχουν πολλές αρμοδιότητες και δεν έχουν χρόνο να διαθέσουν στους ασθενείς, με αποτέλεσμα να υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας και να μην εφαρμόζονται οι βασικές νοσηλευτικές αρχές επομένως οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Άρα είναι επιτακτική ανάγκη, παρά την οικονομική κρίση, να γίνουν προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο τομέα.

Σχετικά με το διοικητικό προσωπικό, φαίνεται ότι οι ασθενείς εκτιμούν την ευγένεια και το χρόνο διεκπεραίωσης της εργασίας, ενώ ως σημαντικότερο πρόβλημα καταδεικνύουν τον υψηλό χρόνο αναμονής. Η πλήρης καταγραφή των διαδικασιών και η αναζήτηση των αιτιών που προκαλεί τις καθυστερήσεις θα αποτελούσε ένα τρόπο αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος.

Συνοπτικά, οι αδυναμίες και τα προβλήματα που αποτυπώνονται στο βαθμό ικανοποίησης αφορούν σε οργανοδιοικητικές λειτουργίες που σχετίζονται με τη φύση των υπηρεσιών ενώ έχουν σχέση συνήθως με την ξενοδοχειακή υποδομή.

Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Νιάκα και Γαρδέλλη (2000), η οποία έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή για τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες (95%) αλλά χαμηλή για τις ξενοδοχειακές (55%). Αυτό σημαίνει ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται ευχαριστημένοι όσον αφορά στη συμπεριφορά και στο έργο των επαγγελματιών υγείας, αλλά αναγνωρίζουν προβλήματα σχετικά με την ξενοδοχειακή υποδομή και το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών που στηρίζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Η δυσαρέσκεια καθίσταται εντονότερη στα νεαρά άτομα, που είναι κάτοικοι του λεκανοπεδίου Αττικής, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους της λοιπής Ελλάδας. Οι νέοι χρήστες υπηρεσιών υγείας, ανώτερων κοινωνικοοικονομικών επιπέδων, έχουν υψηλότερες απαιτήσεις και προσδοκίες, ενώ εκφράζουν μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης.

Οι Καμπαντάη και Νιάκας (2004) απέδειξαν στην έρευνα τους ότι οι ασθενείς δείχνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης όσον αφορά την επικοινωνία και την κατανόηση του προσωπικού υγείας. Η δυσαρέσκεια που διαφαίνεται από την έρευνα αφορούσε σε

διοικητικές και διαχειριστικές λειτουργίες των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την πρόσβαση, τις λίστες αναμονής και την οργάνωση των υπηρεσιών και ήταν εντονότερη στα άτομα με υψηλή μορφωτικό επίπεδο, καθώς τα συγκεκριμένα άτομα παρουσιάζουν αυξημένες προσδοκίες.

Επίσης, έρευνα των Παπαγιαννοπούλου και άλλων (2008), έδειξε ότι οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών, θέση που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι, όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση εάν θα συνέστηναν το νοσοκομείο σε κάποιο δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα, στη συντριπτική τους πλειοψηφία απαντούν θετικά.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα. Ως εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και της κάλυψης των εσωτερικών αναγκών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση της συνεργασίας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των αναγκών συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών και στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία. Τέλος, επικρατεί η άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έγκυρο δείκτη της ποιοτικής φροντίδας.

Τέλος, η έρευνα των Crow και άλλοι (2002) έδειξε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά λαμβάνουν. Αντίστοιχα, οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζονται από παλαιότερες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο, από την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και από το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο.

Συνοψίζοντας, εκτιμάται ότι τα σημαντικότερα προβλήματα αποδοτικότητας των ελληνικών νοσοκομείων, σύμφωνα με την άποψη των ασθενών, έγκειται στην έλλειψη ικανοποίησης των βασικών αναγκών τους, όπως η στέγαση, η σίτιση και η υγιεινή. Συγκεκριμένα οι ασθενείς θεωρούσαν ότι οι άσχημες συνθήκες διαμονής, η έλλειψη καθαριότητας, οι ελλείψεις τεχνολογικού εξοπλισμού και τα παλαιά κτίρια αποτελούν τις σημαντικότερες ελλείψεις των νοσοκομείων του ελληνικού συστήματος υγείας.

Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών για τη βελτίωση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ειδικά για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Αυτός είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο οι έρευνες αυτές πρέπει να υιοθετηθούν από νοσοκομεία σε συνεργασία με ακαδημαϊκά ιδρύματα καθώς και με τις αντίστοιχες ΔΥΠΕ της χώρας.

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Λόγω έλλειψης χρόνου, οικονομικών συνθηκών και άρνησης από τη διοίκηση των νοσοκομείων το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό. Καλό θα ήταν στο μέλλον να γίνουν έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα. Επίσης, λόγω της διεξαγωγής της έρευνας μόνο σε νοσοκομεία της περιφέρειας Αττικής, τα συμπεράσματα δεν μπορούν να αντιπροσωπεύουν το σύνολο των ασθενών όπως αν γινόταν σε όλη την Ελλάδα. Τέλος, αν και χρησιμοποιήθηκε σε πιλοτική μορφή το ερωτηματολόγιο και έδειξε καλά στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας, θα πρέπει στο μέλλον να ξαναελεγχθεί για τις παραπάνω έννοιες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abramowitz S, Cote AA και Berry E (1987) Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. Quality Review Bulletin, 13(4): 122-130.

Αδαμακίδου Θ και Αναγνωστοπούλου-Καλοκαιρινού Α (2009) Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 48(1):37-49.

ΑΔΕΔΥ, Διαρθρωτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα. Συμπερασματικές διαπιστώσεις και προτάσεις πολιτικής. (www.poedhn.gr/upload/art579.doc)

Αθανάτου Ε (2007) Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές και Ειδικές νοσηλείες, Έκδοση 16^η αναθεωρημένη, Αθήνα.

Αλεξιάδης Α (2000) Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 17(1): 101-108.

ΑΣΕΠ, Δελτίο Τύπου. Νέο Σύστημα Πρόσληψης Νοσηλευτικού & Παραϊατρικού Προσωπικού Βάσει «Ετησίου Κυλιόμενου Πίνακα Κατάταξης», 29/12/2010, Διαθέσιμο:
http://www.asep.gr/asep/site/home/LC+Menu/ENHMEROSI/deltia+tipou/2010/12_2010/29_12_2010_8.csp

Βελονάκη Β και Καλοκαιρινού Α (2006) Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 45(4):491–499.

- Bellack JP και O' Neil EH (2000) Recreating nursing practice for a new century: Recommendations and implications of the Pew Health Professions Commissions Final Report. *Nursing and Health Care Perspectives*, 21(1):14-21
- Bond S και Thomas LH (1992) Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (1): 52-63
- Brilowski GA και Wendler MC (2005) An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50:641-650
- Burns N και Grove G (1987) *Nursing Research*. WB Saunders, Philadelphia
- Carey RG και Seibert JH (1993) A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31 (9): 834–845
- Cho SH και Kim CY (2007) Trends in patient satisfaction from 1989-2003: Adjusted for patient characteristics. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37:171-178
- Cleary PD και McNeil BJ (2008) In this review of the theoretical and empirical work on patient, *Inquiry*, 25(1):25-36
- Clifford C και Cough S (1990) *Nursing Research: a skill - based introduction*. Prentice-Hall, New York
- Cochrane A L (1972) *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (2nd ed.), London: Nuffield Provincial Hospitals Trust (published 1989)
- Copeland-Carr V και Scholle SH (2000) Patient satisfaction and African American women. A missing link in health services research. *African American Research Perspectives*, 6(2): 48-56

- Γούλα Α (2007) Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου: η ελληνική εμπειρία και πρακτική. Αθήνα: Παπαζήσης, 199-237
- Coulter A και Cleary PD (2001) Patients' experiences with hospital care in five countries, *Health Affairs*, 20 (3): 244-52
- Crawford MJ και Kessel A (1996) Not listening to patients – the use and misuse of patient satisfaction studies. *Int J Soc Psychiatry*, 45:1-6
- Δαρβίρη Χ (2009) Μεθοδολογία Έρευνας στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
- Δημητριάδη Ζ (2000) Μεθοδολογία έρευνας. Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα
- Δημητρόπουλος Ε (1994) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Δικαίωση της ΠΟΕΔΗΝ στο ωράριο υγειονομικών (2011), Υγειονομικό Βήμα, τεύχος 47, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2011
- Donabedian AK (1970) Patient care evaluation. *Hospitals*, 44 (1): 131-136
- Elleuch A (2008) Patient satisfaction in Japan International. *Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (7): 692-705
- ENE, Αλλαγές στο νέο μισθολόγιο του Δημοσίου, 14/03/2012, Διαθέσιμο: <http://www.enekritis.gr/article178.html>
- Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, Νέα, Παρεμβάσεις, «Αρμοδιότητες Νοσηλευτών» (5/4/2011)

Failberg LH (1998) Patients Rights. In: European Health Care Reforms: Citizens Choice and Patients Rights. WHO/EURO (ed). Copenhagen 11-20

Ferguson GH και Ferguson WF (2003) As patients see us. Nursing Management, 14(8): 20-21

Fosbinder D (1994) Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. Journal Advanced of Nursing, 20:1085-1093

Η ΕΝΕ περιγράφει τις νοσηλευτικές πράξεις (2012), Ο ρυθμός της Υγείας. Μηνιαία εφημερίδα της Ένωσης Νοσηλευτών της Ελλάδος, Έτος 4^ο, Ιανουάριος 2012

Θεοδώρου Μ (1999) Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, τόμος Γ, Πάτρα

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ και Σούλης Σ (2001) Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης, 135-178.

Θεοδώρου Μ, Μακρής Μ και Middleton Ν (2011) Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(2):234-244

Guzman PM, Sliepcevich EM, Lacey EP, Vitello EM, Matten MR, Woehike PL και Wright WR (1988) Tapping patients satisfaction: A strategy for quality assessment. Patient Education and Counseling, 12 (3): 225-233

International Council of Nurses (ICN). (2006). The ICN Code of Ethics for Nurses. www.icn.ch. Πρόσβαση 16/7/2012

- Ignatavicius D, Workman M και Βασιλειάδου Α (2006) Παθολογική - Χειρουργική νοσηλευτική: Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, Τόμος Ι, 5η Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 14-21
- JCAHO - Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, Accreditation manual for hospitals 1992. Chicago IL, 1991, 112-128
- Karydis A, Komboli-Kontovazenitis M, Hatzigeorgiou D και Panis V (2001) Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of the dental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (5): 409-416
- Kast F και Rozenzweig J (1972) General system theory: Applications for organization and management. *Academy of Management Journal*, 15 (4): 447-465
- Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), 1976. Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976 - 1980. Αθήνα: Υγεία, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, 37-71
- Keegan O, McDarby V, Tansey A και McGee H (2003) Community involvement in A/E satisfaction survey. *Submitted for publication*.
- Koontz H και Donnell C (1976) Οργάνωση και διοίκηση. Μία συστημική και ενδεχομενική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών. Αθήνα: Παπαζήσης, 26 (from international student edition).
- Kotler P και Keller KL (2006) *Marketing Management*. 12th Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall, 186
- Κοτρώτσιου Σ, Παραλίκας Θ, Παπαθανασίου Ι, Λαχανά Ε, Κυπαρίση Γ και Ριζούλης Α (2008) Η έννοια της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 7(1):57-71

- Κοτσαγιώργη Ι και Γκέκα Κ (2010) Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 9 (4):399-408
- Κουτσιουμπέλης (2011) Ποιοτικά και διαρθρωτικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού του δημόσιου υγειονομικού τομέα, Ημερίδα ΠΟΕΔΙΝ (20/12/2011)
- Kron T (1981) The management of patient care Putting leadership skills to work, 5th ed, Saunders company, Philadelphia
- Κυριόπουλος Γ (1995) Η πολιτική της υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα
- Λαχανά Ε (2007) Οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων Υγείας. Ένα χρήσιμο εργαλείο στη λήψη αποφάσεων. Νοσηλευτική, 46(3):367-373
- Λαζάρου Π.Ν (2001) Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας, 12(68),23-24.
- LeMone P και Burke K (2006) Παθολογική - Χειρουργική νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 5-7, 17-18
- Λιαρόπουλος Λ (2005) Οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, σελ. 151-153
- Linder-Pelz S (1982) Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. Soc Sci Med, 16 (5):583-9
- Μανιαδάκης Ν και Υφαντόπουλος Γ (1996) Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 13 (1): 1-11

- Μάνιου Μ και Ιακωβίδου Ε (2009) Η σημερινή εικόνα έναντι των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(4):380-400
- Μαντά Ν και Ντάνο Α (1994) Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών εργασιών. Εκδόσεις Σύγχρονη εκδοτική, Αθήνα
- Μαντζούκας Σ και Λαμπρινή Ζ (2008) Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο την Roper-Logan-Tierney και η εφαρμογή του στην κλινική πράξη. Νοσηλευτική, 47(1):21-36
- McDonnel C και Nash JG (1990) Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. Quality Review Bulletin, 16 (5): 182-188
- Μερκούρης Α (1996) Η ικανοποίηση του ασθενή, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα
- Merkouris A, Papathanasoglou E και Lemonidou C (2003) *Evaluation of patient satisfaction with nursing care quantitative or qualitative approach?* International Journal of Nursing Studies, 41(4):355-367
- Meterko M, Nelson EC και Rubin HR (1990) Patients judgments of hospital quality. Medical Care, 28 (9): 1-56
- Mooney G (1984) Equity in health care: Confronting the confusion. Aberdeen: Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper, 11 (82): 1-25
- Mooney G (1986) Economics, Medicine and Health Care. Sussex: Wheatsheaf Books Ltd, 4-45
- Μπακάλης Ν (2007) Κοινωνική Νοσηλευτική. Σημειώσεις Μαθήματος, ΑΤΕΙ Πάτρας

- Μπακάλης Ν (2010) Νοσηλευτική Νομοθεσία και Δεοντολογία. Σημειώσεις μαθήματος, ΑΤΕΙ Πάτρας
- Μπακάλης Ν, Κουρκούλη Ε, Μπλέτα Π, Πίσσα-Δημητρίου Δ και Μπατσολάκη Μ (2012) Οι απόψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με την παρεχόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 51(1):55-62
- Μπούρμαλη Μ (2007) Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, Θεσσαλονίκη
- Νακάκης Κ και Ουζούνη Χ (2008) Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις. Μια νέα προοπτική για την Ελληνική Νοσηλευτική, τόμος 7^{ος}, τεύχος 3^ο, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2008
- Νανιόπουλος Κ (2010), Σύγχρονος Νοσηλευτής, τεύχος 14, Απρίλιος-Ιούνιος 2010
- Νταφογιάννη Χ και Νεστορίδου Α (2004) Φροντίδα ασθενών με ειδικά προβλήματα υγείας. Αθήνα: Έλλην, 223-240.
- Oliver RL (1980) A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res*, 17:495–507
- Osterfeld E (1994) Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam: Kluwer, 19-34
- Παπαγεωργίου Δ (2006) Σύγκριση απόψεων ασθενών με αναπνευστικό πρόβλημα και επαγγελματιών υγείας σχετικά με το επίπεδο φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική*, 45(4):527-535

- Papanikolaou V και Ntani Sp (2008) Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (6): 548-561
- Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ, Τσαγκάρη Χ, Μερκούρης Α, Κάρλου Χ, Palese Α, Tomietto Μ, Balong Ζ, Suhonen R, Leino-Kilpi Η, Jarosova D και Πατηράκη Ε (2010) Η Έννοια της φροντίδας: αποτελέσματα από μία πιλοτική ερευνητική εργασία. *Νοσηλευτική*, 49(4):406-417
- Παρασκευόπουλος Ι (1985) *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*, Αθήνα
- Pascoe G (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6 (3/4): 189
- Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημακοπούλου Ι και Υφαντόπουλος Ι (2004) Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3),284-256
- Polyzos N, Mylonakis J, Mpartzokas D, Yfantopoulos J και Mougia V (2005) Factors Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction.” *European Journal of Scientific Research*, 11 (2): 131-144
- Ραγιά Α (2006) Η νοσηλευτική του ανθρώπου ως μοναδικού προσώπου. *Νοσηλευτική*, 45(1):19-24
- Ραφτόπουλος Β και Θεοδοσοπούλου Ε (2001) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, *Νοσηλευτική*, 40 (1): 8-23

- Ραφτόπουλος Β (2002) Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 89-91
- Σαββοπούλου Γ (1999) «Βασική Νοσηλευτική. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση», Αθήνα
- Σαμπουτζή-Κρέπια Δ (2001) Νοσηλευτική, μια καινοφανής προσέγγιση, Νοσηλευτική, 40(3): 14-21
- Σαμπουτζή-Κρέπια Δ (2008) Η διαχείριση του στρες, Έκδοση Β, Εκδόσεις "Ελλην"
- Σαρρής Μ, Γούλα Α, Γκιόκα Β και Σούλης Σ (2008) Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ*, 25:201–208
- Σαχίνη - Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία Έρευνας-εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Scardina SA (1994) SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 8 (2): 38-46
- Σεμερτζιάδη Μ, Γαλάνης Π και Σίσκου Ο (2011) Διεύρυνση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση Ιδιωτικής έναντι Δημόσιας περίθαλψης σε επαρχιακές πόλεις. *Νοσηλευτική*, 50(4):410-420
- Sende P (1990) *The 5th discipline: the art and practice of the learning organization*, New York: Currency Doubleday
- Σούλης Σ (1999) *Οικονομική της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

- Sullivan E και Decker P (1988) *Effective management in Nursing*. 2nd ed, Addison Wesley Publishing Company
- Swanwburg R C και Swanwburg R J (1999) *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία*. Έκδοση Β', Επιμέλεια Αποστολόπουλου Ε, Εκδόσεις «ΛΑΓΟΣ», Αθήνα
- Taylor C, Lillis C, LeMone P, Λεμονίδου Χ και Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε (2006) *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής: η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*. Τόμος Ι. Αθήνα: Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 33-35
- Teiberg EO και Porter ME (2006) *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press, 1, 258
- Τούντας Γ (2003) Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5),523-546
- Τούντας Γ (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία
- Τσελέπη Χ (2000) Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας, Τομ. Α, Ε.Α.Π., Πάτρα, 158-164
- Τσιότρας Γ, Μποχώρης Γ και Σκορδή Α (1998) *Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα*. Αθήνα: Συνέδριο Η ποιότητα στο χώρο της υγείας, 8-14
- Τσιριντάνη Μ, Γιοβάνης Α, Μπινιώρης Σ και Γούλα Α (2010) Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1):40-52

- Tucker JL 3rd και Kelley VA (2000) The influence of patient sociodemographic characteristics on patient satisfaction, *Mil Med*,165:72-76
- Turnbull JE και Hembree WF (1999) Consumer information, patient satisfaction surveys and public reports. *Am J Qual*, 11:1829–1843
- Vuori H (1999) Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3):106-8
- Yucelt U (1994) An Investigation of Causes of Patient Satisfaction / Dissatisfaction with Medical Services, *Health Marketing Quarterly*, 12 (2): 11-27
- Χαραμπίδου Ε (2000) Νέο ξεκίνημα για τη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 2:113-118
- Χειλίδης Η (2009) Η πρόκληση των Συστημάτων Υγείας απέναντι στην παγκόσμια κοινωνικο-οικονομική κρίση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 20 (119): 1-10



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πάτρα 16/05/2012

Βεβαίωση ερευνητικής εργασίας των φοιτητριών Μάλλιου Αγγελική και Χρήστου Γαρούφω

Βεβαιώνω, ως εισηγητής καθηγητής, ότι οι παραπάνω φοιτήτριες νοσηλευτικής έχουν αναλάβει θέμα πτυχιακής «Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας», στα πλαίσια του Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος μας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε τις απόψεις των ασθενών με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελληνικής Επικράτειας. Για την συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιείται στανταρισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε στο εξωτερικό και έχει μεταφραστεί από την ερευνητική ομάδα υπό την επίβλεψη μου.

Ευελπιστώ στη θετική σας απάντηση για πραγματοποίηση της έρευνας στο νοσοκομείο σας.

Για οποιαδήποτε ερώτηση/διευκρίνιση μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Με εκτίμηση,

Δρ. Νικόλαος Α. Μπακάλης

Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής

Τηλ: 2610-369054/6938053217

E-mail: nikosbakalis@teipat.gr

ΑΙΤΗΣΗ

Των:

ΜΑΛΛΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
Του ΧΑΡΙΛΑΟΥ

ΠΡΟΣ

ΧΡΗΣΤΟΥ ΓΑΡΟΥΦΩ
Του ΒΑΓΓΕΛΗ

ΥΠΟΨΙΝ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Παρακαλούμε, όπως μας εγκρίνεται τη διενέργεια στη Γ. Κλινική σας, μη παρεμβατικής έρευνας με θέμα «Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας», στα πλαίσια της Πτυχιακής μας εργασίας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Νικόλαου Μπακάλη, στο τμήμα νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Η συλλογή των πληροφοριών θα γίνει με ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλά νοσοκομεία του εξωτερικού για να καταγράψει απόψεις των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί από τον εισηγητή καθηγητή μας και έχει ξαναχρησιμοποιηθεί για παρόμοιο σκοπό στη χώρα μας.

Επισυνάπτουμε σχετικό ερωτηματολόγιο.

Ημ/νία: 22/3/2012

Με
εκτίμηση,
Οι αιτούσες
Μάλλιου Αγγελική και Χρήστου Γαρούφω

ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ

Πόσο καλή ήταν η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διαμονή σας στη (X) κλινική;

Άριστη	Καλή	Μέτρια	Φτωχική
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Η ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ

Παρακαλώ χρησιμοποιήστε τον παρακάτω χώρο για οποιαδήποτε σχόλια θέλετε να κάνετε σχετικά με τη διαμονή σας στη κλινική.

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο και την προσπάθειά σας να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο.

ΒΑΖΟΝΤΑΣ ΠΡΩΤΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει κατασκευαστεί με σκοπό να μάθουμε πόσο ικανοποιημένοι είστε με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη κλινική που νοσηλεύεστε.

Παρακαλώ βοηθήστε μας με την συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου. Θα μας δώσει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που λάβατε.

Εκτός των απαντήσεων στις ερωτήσεις, θα έχετε την δυνατότητα να προσθέσετε τα προσωπικά σας σχόλια στο τέλος του ερωτηματολογίου.

Εάν είστε ο συγγενείς ή φίλος του ασθενή που δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, τότε σας παρακαλούμε να το συμπληρώσετε εσείς, εκφράζοντας τις απόψεις του.

Όλες οι απαντήσεις σας θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες. Το όνομα σας και η διεύθυνση σας δεν χρειάζονται.

Ευχαριστούμε για την βοήθεια σας !!!

Παρακαλώ βάλτε (X) στο κουτί που σας εκπροσωπεί

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

Είστε

Άνδρας Γυναίκα

Η ηλικία σας

κάτω από 16 16-25 26-50 51-65 πάνω από 65

Νοσοκομείο _____

Κλινική _____

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

Παρακαλώ πείτε μας πόσο

καλοί ήταν οι νοσηλευτές

Πολύ καλοί **Καλοί** **Μέτριοι** **Όχι καλοί**

Καλωσορίζοντας στην κλινική

Παρέχοντας πληροφορίες κατά την εισαγωγή στην κλινική

Σεβασμός στις αποφάσεις σας

Σεβασμός στην αξιοπρέπεια σας

Πως θα εκτιμούσατε **Άριστη** **Καλή** **Μέτρια** **Φτωχική**

Την ποιότητα του φαγητού

Την επιλογή φαγητού

Καθαριότητα της κλινικής

Τις ώρες επίσκεψης

Το θόρυβο στη κλινική

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Είστε ικανοποιημένοι **Πάρα πολύ** **Πολύ** **Λίγο** **Καθόλου**

από τον τρόπο που σας αντιμετώπισαν

από τις γνώσεις τους

από τον χρόνο να απαντήσουν το κουδούνι

την ψυχολογική υποστήριξη που σας παρείχαν

από τον χρόνο που διέθεταν για την φροντίδα σας

από την ενημέρωση που σας έδωσαν σχετικά με την βελτίωση της υγείας σας

Παρακαλώ απαντήστε **Ναι** **Όχι**

Σας ενημέρωσαν για τους λόγους που πρέπει να μείνετε στη κλινική;

Εάν κάνατε εξετάσεις, σας ενημέρωσαν
α) για το σκοπό των εξετάσεων;
β) για τα αποτελέσματα;

Σας έδωσαν πληροφορίες για την επιστροφή σας στο σπίτι;