

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ / ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ
ΤΟΥ ΠΑ.Γ.Ν.Η.**

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΡΙΓΩΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΑΣΩΤΑΚΗ ΚΛΑΙΡΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν για την συγγραφή της, και ιδιαίτερα την κα. Μαρία Τριγώνη, υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας, της οποίας η καθοδήγηση και το ενδιαφέρον έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην πορεία διεξαγωγής και ολοκλήρωσης του συγκεκριμένου έργου.

Ευχαριστώ, επίσης τον διοικητή του ΠΑ.Γ.Ν.Η κο. Γούναρη και το Συμβούλιο Διοίκησης, για την θετική του ανταπόκριση όσο αφορά την πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της πτυχιακής εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου.

Τους νοσηλευόμενους ασθενείς που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό τμήμα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αναπληρωτή καθηγητή πανεπιστημίου Κρήτης και αναπληρωτή Δ/ντή ΠΕ.Σ.Υ.Π. Κρήτης κο. Χ. Λιονή και την ομάδα του καθώς φρόντισαν να δοθεί η άδεια από το ιατρικό κέντρο της Νέας Υόρκης STONY BROOK για να χρησιμοποιήσουμε το ερωτηματολόγιο στην παρούσα έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	7
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	7
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	7
1.3 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	8
1.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	10
1.5 ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	13
2. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
2.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	19
2.2 ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	20
2.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.4 Ε.Σ.Υ. ΕΛΛΑΔΑΣ.....	24
2.5 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	25
2.6 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	27
3. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	31
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	31
3.2 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ	31
3.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ	33
3.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ	36
3.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	38
4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ	40
4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ...	40
4.2 ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	42
4.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	45
4.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	48
4.5 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	51
4.7 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	53

5. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ.....	54
5.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	54
5.2 ΟΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	55
5.3 ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ.....	57
5.4 ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	58
5.5 ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ	58
5.6 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ QUEENSLAND	59
5.7 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΣΙΔΝΕΥ	60
5.8 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗ ΒΙΚΤΟΡΙΑ	61
6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	63
6.1.ΣΚΟΠΟΣ	63
6.2.ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	63
6.3 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ Ή ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ	63
6.4. ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	64
6.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	64
6.6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	65
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	66
7.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	66
7.2 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	70
7.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	76
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	89

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της εργασίας αυτής, αφορά την ικανοποίηση των χρηστών / νοσηλευομένων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Η αφορμή που με οδήγησε στην επιλογή του θέματος ήταν η εμπειρία που αποκόμισα κατά την διάρκεια των ΣΤ΄ και Ζ΄ εξαμήνων εργαστηριακής άσκησης στην Κοινωνική Υπηρεσία του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Αργότερα και κατά την διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στον ίδιο χώρο με την καθημερινή ενασχόληση μου με τους ασθενείς-εξυπηρετούμενους, την εμπλοκή μου στην προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που αντιμετώπιζαν, καθώς και τη συναναστροφή μου με τους συνοδούς των ασθενών ήρθα ως ένα βαθμό αντιμέτωπη με τα προβλήματα, τις δυσκολίες και τις ποικίλες ανάγκες που αντιμετωπίζουν τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και τα μέλη των οικογενειών τους.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται περισσότερες από 1.000 δημοσιεύσεις κάθε χρόνο, οι οποίες αφορούν τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή. Δυστυχώς στην χώρα μας η βασική αυτή μεταβλητή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν έχει ακόμη συστηματικά διερευνηθεί, παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από το σύστημα υγείας¹. Έτσι, αποφάσισα να ασχοληθώ με το θέμα αυτό καθώς θεωρώ ότι παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον και δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο άλλης πτυχιακής εργασίας από σπουδαστές του τμήματος μας.

¹ ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Νοσηλευτική 41(1):65-80,2002

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρακάτω παρουσιάζεται μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών/νοσηλευομένων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Η μελέτη περιλαμβάνει δύο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι ορισμοί της υγείας και της ασθένειας, η ιστορία της υγείας και της ασθένειας και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Επίσης, γίνεται λόγος για τις δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και ασθένειας το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει την πολιτική στο χώρο της υγείας. Γίνεται αναφορά στον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, στην πολιτική για την υγεία που επικρατεί στον ελληνικό χώρο, και στα συστήματα υγείας. Επίσης, το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει το Ε.Σ.Υ. Ελλάδας το περιφερειακό σύστημα υγείας και πρόνοιας καθώς και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά τον ορισμό της χρόνιας ασθένειας, στα στάδια αντίδρασης του ασθενή με χρόνια νόσο και στις ψυχοκοινωνικές επιπλοκές της χρόνιας νόσου. Επίσης γίνεται λόγος για την ποιότητα των ασθενών με χρόνια νόσο καθώς και για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιγράφει την ικανοποίηση του ασθενή από τη νοσηλεία του. Αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή, γίνεται λόγος για τη σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου καθώς και για την επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στους κοινωνικούς ρόλους στη θεραπευτική διεργασία και στα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και ιδιαίτερα του ασθενή με χρόνια νόσο.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται λόγος για την ποιότητα στον τομέα της υγείας και για τα αποτελέσματα από έρευνες για την ικανοποίηση νοσοκομειακών ασθενών από νοσοκομεία της Ελλάδας και του εξωτερικού.

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

Το δεύτερο μέρος, το ερευνητικό αναφέρεται στο σκοπό της έρευνας και στη μεθοδολογία της. Περιλαμβάνει τα αποτελέσματα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. για την ικανοποίηση των ασθενών με χρόνια νόσο από τη νοσοκομειακή φροντίδα., συμπεράσματα, πίνακες και προτάσεις.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1.ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαμόρφωσε το 1946 τον δικό του ορισμό, που αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο γνωστή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της υγείας. Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Π.Ο.Υ, υγεία είναι: «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας». Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται πρώτα απ' όλα δυο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται, επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική.² Ο ορισμός της «υγείας», συνεπώς, εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου.³

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Το δεύτερο σκέλος του ορισμού του Π.Ο.Υ για την υγεία, που αναφέρεται στην απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας παραπέμπει στον αρνητικό προσδιορισμό της υγείας. Η αρρώστια αποτελεί είτε παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους, είτε παρουσία καθορισμένων παθολογικών αλλοιώσεων. Ο προσδιορισμός της γίνεται με τρία κλασικά ιατρικά κριτήρια. Το πρώτο αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου, το δεύτερο του εντοπισμό μίας βλάβης (συνήθως σε επίπεδο οργάνου)

² ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 30 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

³ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. η ψυχολογία στο χώρο της υγείας σελ.11, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.

και το τρίτο το σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μια αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα⁴

1.3 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στο μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας οι μεταφυσικές αντιλήψεις, μαγικές ή θρησκευτικές, κυριαρχούσαν στην ερμηνεία του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Στις πρωτόγονες κοινωνίες τα στοιχεία της φύσης, οι ψυχές των νεκρών, τα άψυχα αντικείμενα θεωρούνταν αιτίες για τη διατήρηση της υγείας και την πρόκληση της αρρώστιας.⁵

Οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών ήταν οι Αρχαίοι Έλληνες. Η Ιπποκράτεια παράδοση αποτέλεσε την αφετηρία μιας νατουραλιστικής προσέγγισης, θεμελιωμένης στην αρχαία φυσιοκρατική σκέψη, στην οποία βασίστηκε η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα με την παράδοση αυτή, η υγεία καθορίζεται με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος και την ατομική συμπεριφορά. Από την «εξωτερική» ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και το περιβάλλον εξαρτάται η «εσωτερική» ισορροπία των τεσσάρων «χυμών» του ανθρώπινου σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης και της κίτρινης χολής. Ο Ιπποκράτης συχνά αναφέρεται στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν τον σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προσανατολισμό της Ιπποκράτειας σκέψης. Η Ιπποκράτεια θεώρηση της υγείας επηρέασε βαθιά την άσκηση της ιατρικής στα χρόνια που ακολούθησαν.⁶

Στο Μεσαίωνα χάνεται μεγάλο μέρος της γνώσης που αποκτήθηκε την περίοδο της Αρχαίας Ελλάδας στο χώρο της υγείας. Σε αυτό συνέβαλε ουσιαστικά η θέση της Ρωμαιο-Καθολικής Εκκλησίας η οποία θεωρούσε ότι είναι η μόνη υπεύθυνη για τη μελέτη του νου και των κοινωνικών προβλημάτων, ενώ ο ρόλος του γιατρού έπρεπε να περιορίζεται μόνο στη θεραπεία της ασθένειας.⁷

⁴ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 41 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

⁵ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 16 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

⁶ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 17-18 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

⁷ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ. σημειώσεις κοινωνιολογίας Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ. 6, 2000-2001.

Ο μερκαντισμός του 17^{ου} αιώνα και ο διαφωτισμός του 18^{ου} αιώνα, που είχαν έντονα κοινωνικό και «εκσυγχρονιστικό» χαρακτήρα, αν και δεν κατάφεραν να ανανεώσουν την ιατρική με τους ταχείς ρυθμούς που κυριάρχησαν, αργότερα κατά τον 19^ο αιώνα έθεσαν όμως για πρώτη φορά το ζήτημα του ρόλου της υγείας στη διαμόρφωση εθνικής και αναπτυξιακής πολιτικής. Το επίπεδο υγείας ενός λαού θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας για την πολιτική και οικονομική ευρωστία του κράτους, ενώ ταυτόχρονα γεννήθηκε η αισιοδοξία ότι ο άνθρωπος είναι σε θέση να καταπολεμήσει την αρρώστια και, κυρίως, το μείζον πρόβλημα της εποχής εκείνης, τις επιδημίες.

Σε αυτό το γενικότερο κλίμα, ολοένα και περισσότεροι ερευνητές άρχισαν να μελετούν τις επιπτώσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία. Η ταχύρυθμη εκβιομηχάνιση και αστικοποίηση οδηγούσε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στην εξαθλίωση, σε απάνθρωπες συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Οι συνθήκες αυτές, οδήγησαν στην γέννηση εννοιών όπως η κοινωνική ιατρική και η δημόσια υγεία.

Η ανάπτυξη του κινήματος της δημόσιας υγείας ήταν φυσικό να επηρεάσει και τις αντιλήψεις, της εποχής εκείνης για την υγεία. Κοινωνικοί μεταρρυθμιστές, πολιτικοί, φιλελεύθεροι γιατροί, απαίτησαν να αναγνωριστεί η ευθύνη της κοινωνίας στην προστασία του περιβάλλοντος και στην εξασφάλιση της υγείας υποστηρίζοντας παράλληλα ότι η ιατρική είναι κυρίως κοινωνική επιστήμη.

Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και τις αρχές του 20^{ου}, οι μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής, και ειδικότερα της μικροβιολογίας, οδήγησαν σε εξασθένιση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής και σε αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, που στηριζόταν κυρίως στα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Το ανθρώπινο σώμα κατοχυρώθηκε ως «μηχανή». Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η επικράτηση ενός βιοϊατρικού μοντέλου σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα.⁸

⁸ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 22-23 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

1.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

Σήμερα είναι πλέον κοινός τόπος ότι η κατάσταση της υγείας του ατόμου επηρεάζεται όχι μόνο από βιολογικούς ή γενετικούς παράγοντες, αλλά και από ψυχολογικούς παράγοντες, από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και από το σύστημα υγείας μιας χώρας.⁹

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στην υγεία με διάφορους τρόπους. Οι οικονομικές δυνατότητες κάθε ατόμου ή κάθε ομάδας ατόμων, η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας, και βέβαια ο πολιτισμός που σφραγίζει την ουδετερότητα και τη διαφορετικότητα κάθε κοινωνίας, αποτελούν μείζονος σημασίας παράγοντες που επιδρούν στην υγεία.¹⁰

Το περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην προστασία της υγείας και στην πρόληψη της αρρώστιας. Το φυσικό περιβάλλον, όπου ζει ο άνθρωπος, αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του. Ο άνθρωπος και το περιβάλλον συναποτελούν ένα ευρύτερο σύστημα. Η έννοια του περιβάλλοντος δεν περιλαμβάνει, όμως, μόνο το φυσικό περιβάλλον. Επιδράσεις στην υγεία ασκεί επίσης το κοινωνικό, το οικονομικό και το πολιτισμικό περιβάλλον, ενώ ορισμένοι ερευνητές αναφέρονται ξεχωριστά και στις επιδράσεις που ασκεί το πολιτικό και το προσωπικό / βιολογικό περιβάλλον του ατόμου. Όλα αυτά τα περιβάλλοντα, εκτός από την άμεση και καθοριστική επίδραση που ασκούν στην ανθρώπινη υγεία, επιδρούν και έμμεσα, επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό την ανθρώπινη συμπεριφορά σε όλους τους τομείς.¹¹ Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, όταν τα άτομα έχουν προσαρμοστεί στο περιβάλλον και το περιβάλλον δεν δημιουργεί ασυνήθεις κινδύνους ή υπερβολικές απαιτήσεις, τα άτομα είναι σε θέση να διατηρούν μια δυναμική ισορροπία, και έτσι να είναι υγιή.

⁹ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ. σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ.16, 2000-2001.

¹⁰ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 125 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

¹¹ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 85-86 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

Τα τελευταία χρόνια έχει ανανεωθεί το ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ των δύο φύλων και της ασθένειας. Ο άνδρας σαν οργανισμός είναι πιο ευάλωτος από ότι η γυναίκα και αυτό πολύ πριν εκτεθεί στους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους και στις ψυχοπιεστικές καταστάσεις της μετέπειτα ζωής του. Οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες και ως προς τις κυριότερες αιτίες θανάτου, όπως καρδιοπάθειες, καρκίνος, ασθένειες εγκεφαλικών αγγείων, ατυχήματα. Αντίθετα οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα από ασθένειες και ανικανότητες διαφόρων μορφών, αλλά τα προβλήματα υγείας από τα οποία υποφέρουν συνήθως δεν είναι ούτε τόσο σοβαρά, ούτε τόσο απειλητικά για την επιβίωση τους.¹²

Κοινωνικοί θεσμοί, όπως η οικογένεια και η εκπαίδευση, καθώς και η κοινωνική οργάνωση, η θέση στην κοινωνική ιεραρχία και οι αντίξοες κοινωνικές συνθήκες, επιδρούν σημαντικά στην υγεία. Η οικογένεια, εκτός από την ασφάλεια, την καθοδήγηση και τη βοήθεια που προσφέρει στα μέλη της, επηρεάζει θετικά και την υγεία τους. Η επίδραση αυτή είναι πιο έντονη στα παιδιά.¹³

Η εκπαίδευση αποτελεί επίσης κοινωνικό θεσμό που επιδρά στην υγεία. Η εκπαίδευση συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης, καθώς και στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου. Ενισχύει ακόμα την κοινωνική υπευθυνότητα, διαμορφώνει και μεταδίδει την πολιτισμική ταυτότητα.¹⁴

Το κοινωνικό στρες έχει άμεση σχέση με την υγεία. Το στρες δεν θεωρείται βέβαια ψυχική νόσος, είναι όμως σημαντικός παράγοντας για τη δημιουργία σωματικής ή ψυχικής νόσου. Το στρες ορίζεται ως η απάντηση του οργανισμού σε εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα και συνοδεύεται από σύνολο φυσιολογικών αλλαγών και οργανικών συμπτωμάτων. Το άτομο θεωρεί ότι τα ερεθίσματα αυτά θέτουν σε κίνδυνο την επιβίωση του, είτε πολύ άμεσα, όταν η απειλή προέρχεται από συγκεκριμένα άτομα ή αντικείμενα, είτε έμμεσα, όταν το άτομο αισθάνεται απειλούμενο βιώνοντας συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (όπως ανταγωνισμός στην εργασία). Οποσδήποτε η ίδια κοινωνική κατάσταση, τα ίδια αντικείμενα ή άτομα

¹² ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ. σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης- τμήμα νοσηλευτικής, σελ.16, 2000-2001.

¹³ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 140 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

¹⁴ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 144 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

δεν αποτελούν απειλές για όλους και δεν προκαλούν την ίδια απάντηση, δηλαδή η ποιότητα της ψυχικής έντασης είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο. Χρόνιο στρες μπορεί να δημιουργήσει άγχος.

Κοινωνικές καταστάσεις που είναι στρεσογόνες, όπως: διαζύγιο, συνθήκες εργασίας, χηρεία, ανεργία κ.τ.λ. μπορεί να οδηγήσουν σε ασθένεια, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μακροχρόνιου στρες. Κυρίως αυτό το οποίο είναι καθοριστικό είναι η ανικανότητα του ανθρώπινου οργανισμού να απαντήσει αποτελεσματικά σε μια κοινωνική κατάσταση.¹⁵

Ακόμη η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη . Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει σαφής αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία κάθε χώρας και την υγεία του πληθυσμού της. Μέχρι και τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους.

Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, εφόσον παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, για επαρκή διατροφή, καθώς και για πολλούς άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες.¹⁶

Εκτός όμως από την οικονομία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, και κυρίως η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης. Η σημασία αυτών των παραγόντων, και κυρίως της σχέσης της οικονομίας με την κοινωνική οργάνωση, έχουν οδηγήσει πολλούς ερευνητές να προσεγγίζουν τα ζητήματα αυτά από τη σκοπιά της «κοινωνικοοικονομικής κατάστασης» του ατόμου, που συνδυάζει την οικονομία με την κοινωνική θέση- χωρίς αυτό να αναιρεί την επίδραση που καθεμιά χωριστά ασκεί στην υγεία.¹⁷

¹⁵ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ. σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ.26, 2000-2001.

¹⁶ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 156 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

¹⁷ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 125 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

Επίσης η εργασία επηρεάζει την υγεία έμμεσα και άμεσα. Έμμεσα, διαμορφώνοντας σε σημαντικό βαθμό το εισόδημα, που, όπως ήδη τονίστηκε, επιδρά αποφασιστικά στην υγεία. Η εργασία επιδρά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση, στον βασικό προσανατολισμό και στον εγκοινωνισμό του ατόμου. Ακόμα, η εργασία αποτελεί μέτρο κοινωνικής κατάταξης και κοινωνικής αναγνώρισης. Τέλος, ένα μεγάλο μέρος της κοινωνικής δραστηριότητας και της ψυχολογικής εμπειρίας συντελείται στο εργασιακό περιβάλλον.¹⁸

1.5 ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας α) το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και β) το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που αποτελεί μια νέα προσέγγιση.¹⁹

A. ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το φυσιολογικό.²⁰ Το σύγχρονο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας στηρίζεται ως ένα βαθμό, στον κλασικό δυϊσμό του Καρτέσιου, ο οποίος θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα ως «μηχανή» που μπορεί να γίνει κατανοητή όταν αναλυθούν τα τμήματα που την αποτελούν. Όταν αυτή η «οργανική μηχανή» δεν λειτουργεί φυσιολογικά, τότε το άτομο θεωρείται άρρωστο. Από την εποχή του Καρτέσιου, η προσοχή της ιατρικής επιστήμης στράφηκε αποκλειστικά στη μελέτη των οργάνων και λειτουργιών του σώματος υπό το πρίσμα της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας. Το αποτέλεσμα αυτού του προσανατολισμού ήταν να σημειωθούν, στο 19^ο αιώνα, σημαντικά άλματα στο χώρο της βιολογίας και στους κλάδους της χημείας και της φυσικής. Γνωστός για τις έρευνες του, ο Louis

¹⁸ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, σελ. 173 Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

¹⁹ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 11, ελληνικά γράμματα 1999.

²⁰ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

Pasteur ανακάλυψε και απομόνωσε μικρόβια που αποτελούσαν την αιτία μεταδοτικών ασθενειών. Ανέπτυξε τη «μικροβιακή θεωρία» των παθήσεων και υποστήριξε ότι κάθε αρρώστια οφείλεται στη δράση συγκεκριμένων μικροοργανισμών. Η άποψη ότι μία πάθηση οφείλεται σε έναν κυρίως παράγοντα ήταν απόλυτα ευθυγραμμισμένη με την καρτεσιανή λογική. Ο εντοπισμός αυτού του παράγοντα θα συνέβαλλε στη διάγνωση της βλάβης ή της δυσλειτουργίας σε οργανικό επίπεδο. Σύμφωνα, λοιπόν, με το γραμμικό τρόπο σκέψης που διακρίνει το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας « κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, πάθηση) έχει μια συγκεκριμένη αιτία». Αρκεί να βρεθεί η αιτία για τη εξηγηθεί οποιοδήποτε οργανικό φαινόμενο.

Το βιοϊατρικό μοντέλο χαρακτηρίζει μέχρι και σήμερα το μεγαλύτερο μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής, χαρακτηριστικό της οποίας είναι ότι επικεντρώνεται στο βιολογικό επίπεδο, παραγνωρίζοντας το ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που επηρεάζουν την ανάπτυξη και αντιμετώπιση της αρρώστιας.²¹ Η προσέγγιση αυτή αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας ενώ φαίνεται αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης.²²

Παρ' όλους τους περιορισμούς της βιοϊατρικής προσέγγισης, η συμβολή της στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης είναι αναμφισβήτητη. Οι λεπτομερείς γνώσεις των βιολογικών λειτουργιών στο κυτταρικό και μοριακό επίπεδο οδήγησαν στην ανάπτυξη της φαρμακοθεραπείας. Στην αρχή ανακαλύφθηκαν εμβόλια για τις μικροβιακές ή βακτηριακές παθήσεις και, στη συνέχεια, εμβόλια για ιογενείς αρρώστιες. Η ανακάλυψη της πενικιλίνης συνέβαλε στην καθιέρωση και χρήση αντιβιοτικών, ενώ στη δεκαετία του 1950 διαδόθηκαν τα ψυχοφάρμακα (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά) που άρχισαν να αντικαθιστούν τεχνικές όπως το ηλεκτροσόκ και μείωσαν το χρόνο παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία. Επιτυχία σημειώθηκε επίσης και στον τομέα της ενδοκρινολογίας με την ανακάλυψη της κορτιζόνης, αλλά και της ινσουλίνης που έδωσε τη δυνατότητα να σωθούν αναρίθμητοι διαβητικοί από τις επιπλοκές της αρρώστιας.²³

²¹ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 13-15, ελληνικά γράμματα 1999.

²² ΤΟΥΝΤΑΣ Γ , κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 24, Αθήνα 2000.

²³ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 15, ελληνικά γράμματα 1999.

Στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα η ιατρική επιστήμη και τα νοσοκομεία γνώρισαν ραγδαία ανάπτυξη και μεγάλες αλλαγές. Η ακτινολογία, η μικροβιολογία, η αντισηψία καθώς και πολλά άλλα τεχνολογικά και επιστημονικά επιτεύγματα οδήγησαν σε έκρηξη των χειρουργικών ειδικοτήτων και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.²⁴

Οι σημαντικές κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης, συνέβαλαν στη σημαντική αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης του ανθρώπου και στην εξαφάνιση ορισμένων προβλημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση σε σημαντικό βαθμό της περιγεννητικής και της βρεφικής θνησιμότητας. Όμως νέα προβλήματα υγείας ανέκυψαν από αρρώστιες που δεν ήταν πλέον οξείες και θανατηφόρες, αλλά χρόνιες.

Η πρόοδος αυτή είχε ταυτόχρονα και αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης όσο και στην ποιότητα ζωής του αρρώστου.

Ο τεχνοκρατικός χαρακτήρας της σύγχρονης ιατρικής, καθώς και ο εξουσιαστικός της λόγος, διαμόρφωσε σταδιακά απρόσωπη σχέση μεταξύ γιατρού και αρρώστου, με τον ασθενή να βρίσκεται σε παθητική κατάσταση κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών και προϊόντων, χωρίς γνώση, χωρίς άποψη και – κυρίως- χωρίς συμμετοχή. Ένα άλλο πρόβλημα που προέκυψε από την πρόοδο της τεχνολογίας αφορά την ποιότητα ζωής που μερικές φορές τα τεχνητά μέσα δεν διαθέτουν.²⁵

Η αδυναμία της ιατρικής να δει τον άνθρωπο στην ολότητα του, να κατανοήσει τον ανθρώπινο οργανισμό ως πολύπλοκο και λεπτά ισορροπημένο σύστημα οργανικών, ψυχικών και συναισθηματικών λειτουργιών, συμπαρέσυρε το νοσοκομείο στην υποβάθμιση του ανθρώπινου παράγοντα και στην παραγνώριση της σημασίας που έχουν τα ίδια τα θεραπευτικά αποθέματα του ανθρώπινου οργανισμού.²⁶

Μια ακόμη αρνητική συνέπεια από την αλματώδη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης αφορά την αύξηση των αποκαλούμενων « ιατρογενών νόσων» δηλαδή καταστάσεων που προκαλούνται από την κακή χρήση μηχανών ή και φαρμάκων. Ο μεγαλύτερος ίσως κίνδυνος στην περίπτωση αυτή προέρχεται από την αλόγιστη και ανεξέλεγκτη

²⁴ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 198, Αθήνα 2000.

²⁵ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 15-16, ελληνικά γράμματα 1999.

²⁶ΤΟΥΝΤΑΣ Γ , κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 198, Αθήνα 2000.

χρήση φαρμάκων που μερικές φορές χορηγούνται με ελαστική ιατρική παρακολούθηση.

Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας τους, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η πρόγνωση είναι βαριά. Επιπλέον, η αποκατάσταση μιας οργανικής δυσλειτουργίας δεν ισοδυναμεί πάντοτε με την αποκατάσταση της υγείας, καθώς παραγνωρίζονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στην επανεμφάνιση μιας νέας οργανικής ή ψυχικής διαταραχής.²⁷

Μια άλλη σημαντική διάσταση του βιοϊατρικού μοντέλου είναι η τάση για συνεχή διεύρυνση των τομέων αρμοδιότητας της ιατρικής.²⁸ Η αδυναμία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να παρακολουθήσει τις διαρκώς αυξανόμενες γνώσεις της επιστήμης οδήγησε στην αναγκαιότητα ανάπτυξης ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα η προσοχή και το ενδιαφέρον κάθε «ειδικού» να στραφεί αποκλειστικά στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου, χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή στο σύνολο του.²⁹

Για όλους αυτούς τους λόγους, το βιοϊατρικό μοντέλο μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο όχι μόνο για τη σχετική αναποτελεσματικότητα της σύγχρονης ιατρικής, αλλά και για την παραγωγή πολύπλευρων ιατρογενών κινδύνων.³⁰

B. ΟΛΙΣΤΙΚΟ Η΄ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Χάρη, στον προβληματισμό που γέννησε η κρίση της ιατρικής, άρχισε να κλονίζεται τα τελευταία χρόνια το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο που επέβαλε η σύγχρονη ιατρική επιστήμη. Οι διεργασίες που δρομολογήθηκαν έκτοτε προσανατόλισαν τις αναζητήσεις, σε νέες κατευθύνσεις. Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού

²⁷ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 16-17, ελληνικά γράμματα 1999.

²⁸ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 200, Αθήνα 2000.

²⁹ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 16, ελληνικά γράμματα 1999.

³⁰ ΤΟΥΝΤΑΣ Γ , κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 200, Αθήνα 2000.

περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς τέθηκαν στο κέντρο του ενδιαφέροντος αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου, υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας.³¹

Η ολιστική θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας δίνει περισσότερο βάρος στην κοινωνική τους διάσταση υποστηρίζοντας ότι η αρρώστια δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό φαινόμενο. Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ « ως η πλήρης σωματική, ψυχική, και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» δεν κρίνεται πλέον απόλυτα επαρκής για να καλύψει τις σύγχρονες προσεγγίσεις της υγείας και της αρρώστιας. Η ολιστική προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμάται ότι η υγεία συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό), ενώ επηρεάζεται ταυτόχρονα από τη βιολογική υπόσταση του ατόμου (γενετική προδιάθεση). Στο πλαίσιο αυτό, αρρώστια εκλαμβάνεται ως μία αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται από το περιβάλλον.³²

Το μοντέλο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως τις δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δεν θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή. Η κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον το οποίο με τη σειρά του διαρκώς μεταβάλλεται. Με λίγα λόγια η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.³³ Θα αποτελούσε σαφή αποπτώχευση της υγείας ως έννοια, αν ο ορισμός της επικεντρωνόταν μόνο στις διαστάσεις που μπορούν να προσδιοριστούν βιοϊατρικά και να μετρηθούν όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα.³⁴

³¹ΤΟΥΝΤΑΣ Γ , κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 16, Αθήνα 2000.

³²ΣΑΡΡΗΣ Μ, κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 68, Παπαζήση, Αθήνα 2001.

³³ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 17, ελληνικά γράμματα 1999.

³⁴ΤΟΥΝΤΑΣ Γ , κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, σελ 24, Αθήνα 2000.

Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης, η αρρώστια αποτελεί «προειδοποίηση» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Δεν θεωρείται κάτι «κακό» ούτε αποτελεί «εχθρό» που πρέπει, πάση θυσία, να καταπολεμηθεί για να αποκατασταθεί η υγεία. Αντίθετα, γίνεται αντιληπτή ως «μήνυμα» του οργανισμού ή «σήμα» κινδύνου που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η ανισορροπία δεν οφείλεται σε μια μόνο συγκεκριμένη αιτία, αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο.

Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές» καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος. Ωστόσο στην κλινική πράξη συχνά οι « ψυχοσωματικές » διαταραχές διαφοροποιούνται από τις «σωματοψυχικές». Ως ψυχοσωματικά φαινόμενα ορίζονται τα οργανικά προβλήματα που οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ σωματοψυχικά φαινόμενα αποκαλούνται τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από οργανικές διαταραχές.

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, γεγονός που απαιτεί μια ολιστική παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο (οργανικό και ψυχολογικό), σε κοινωνικό επίπεδο και μερικές φορές σε οικολογικό επίπεδο. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συνεργαστεί με ειδικούς από το χώρο της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής εργασίας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άρρωστου ατόμου. Παράλληλα όμως προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Τον καλεί να αναθεωρήσει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να αναλάβει την ευθύνη να τροποποιήσει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να προωθήσει άλλες που συμβάλλουν στην πρόληψη και διατήρηση της καλής του υγείας. Επίσης επιδιώκει να κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δυναμικής που αναπτύσσει ο άρρωστος με σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος τους.³⁵

³⁵ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ18-19, ελληνικά γράμματα 1999.

2. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αμέσως μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, εκδηλώθηκε η ανάγκη για μια συντονισμένη δράση όλων των κρατών στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής επιτεύχθηκε με την σύσταση και λειτουργία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1946), που μέχρι τις μέρες μας αποτελεί την συντονιστική αρχή στο διεθνή τομέα της υγείας.³⁶

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π. Ο. Υ) αποτελεί το ηγετικό συντονιστικό όργανο της διεθνούς κοινότητας στον υγειονομικό τομέα. Οι αποφάσεις του αν και εκφράζουν τα κράτη – μέλη και αποτελούν τη συνισταμένη της διεθνούς συνεργασίας, δεν είναι δεσμευτικές. Παρ' όλα αυτά η συνεισφορά του στη χάραξη της πολιτικής υγείας ασκεί σημαντικές επιδράσεις στις εθνικές πολιτικές. Η διατύπωση του ολιστικού ορισμού για την υγεία ως πλήρους κατάστασης φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, ήταν η απαρχή μιας σειράς θετικών εξελίξεων για τις αντιλήψεις, το περιεχόμενο και την πολιτική για την υγεία.

Την τελευταία δεκαετία ο Π. Ο. Υ διατυπώνει μια νέα αντίληψη για τον υγειονομικό τομέα κάτω από το σύνθημα «Υγεία για όλους το έτος 2000» μέσα από την στροφή και ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η αντίληψη αυτή, που είναι αποτέλεσμα της διεθνούς συνεργασίας και εμπεριέχει τον κοινωνικό προσανατολισμό της ιατρικής παράλληλα με την ανάπτυξη των προληπτικών μεθόδων παρέμβασης, προέρχεται:

- α) Από τη στασιμότητα του επιπέδου υγείας των αναπτυγμένων χωρών παρά την αλματώδη ανάπτυξη των θεραπευτικών και διαγνωστικών μεθόδων της παρεμβατικής ιατρικής και τις υψηλές δαπάνες υγείας.
- β) Από τη σχετικά μικρή βελτίωση του επιπέδου υγείας των περισσότερων αναπτυσσόμενων χωρών που παρατηρείται για αρκετές δεκαετίες.

³⁶ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ, Υγεία για όλους το 2000 και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ουτοπία, παγίδα ή εφικτός στόχος, ιατρική, τεύχ.42, σελ.255-263,1982

γ) Από τη θεαματική βελτίωση του επιπέδου υγείας ορισμένων αναπτυσσόμενων χωρών που ακολούθησαν μια πολιτική πρόληψης των ασθενειών και στηρίχθηκαν ουσιαστικά στην ενημέρωση και τη συνεργασία του πληθυσμού στο επίπεδο της κοινότητας.

Συμπερασματικά, η νέα αντίληψη, η φιλοσοφία και το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας θα μπορούσε με βάση τις διακηρύξεις του Π. Ο. Υ, να συνοψισθεί ως εξής: Η υγεία είναι μία πλήρης κατάσταση ισορροπίας του ατόμου (φυσική, πνευματική, κοινωνική) η οποία επηρεάζεται όχι μόνο από την παροχή των ιατρικών φροντίδων, αλλά από ένα πλήθος παραγόντων της κοινωνικό – οικονομικής ζωής, οι οποίοι επιδρούν θετικά ή αρνητικά στο άτομο και στον πληθυσμό. Οι λόγοι αυτοί επιβάλλουν την ταυτόχρονη ανάπτυξη των προληπτικών μεθόδων σε συνδυασμό με την ανάπτυξη συνεργασίας και συντονισμού όλων των δραστηριοτήτων, όπως αυτές εκφράζονται στους επί μέρους τομείς της κοινωνικής ζωής. Παράλληλα απαιτείται η συνεργασία, συμμετοχή και δράση του ατόμου και της κοινότητας στον σχεδιασμό, τη λήψη αποφάσεων και την υλοποίηση των προγραμμάτων που σχετίζονται με την ύπαρξη, διατήρηση και αναπαραγωγή της ανθρώπινης ζωής.³⁷

2.2 ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το 1983 ορόσημο αποτέλεσε η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Ήταν η πρώτη ουσιαστικά ολοκληρωμένη πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε ποτέ στη χώρα στην Ελλάδα.

Η νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. του 1983 ήταν βασικά προσανατολισμένη στην αποκέντρωση του συστήματος και στην εισαγωγή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, στην αναμόρφωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Δραστικές ρυθμίσεις περιλάμβαναν τη διοικητική διάρθρωση των νοσοκομείων τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών με την καθιέρωση της «αποκλειστικής απασχόλησης», την ανάπτυξη των αποκεντρωμένων κέντρων υγείας στην περιφέρεια, μηχανισμούς σχεδιασμού και αποκέντρωσης υπηρεσιών. Κεντρική φιλοσοφία του Ε. Σ. Υ αποτέλεσε η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης παροχής καθολικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους

³⁷ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΝΙΑΚΑΣ Δ. θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, σελ. 44-45, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994.

πολίτες του, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και εισοδήματος. Η εγκαθίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων απαγορεύτηκε. Προβλέφθηκε επίσης μια πολιτική συγχώνευσης της χρηματοδότησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, πολιτική που κρίθηκε απαραίτητη για το συντονισμό, ορθολογικοποίηση, αναδιανομή και συγκράτηση της αυξανόμενης ζήτησης των υπηρεσιών.³⁸

Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνοδεύτηκε από σημαντική μεγέθυνση των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων και από ευρεία αναδιάρθρωση οργανωτικού, οικονομικού και χρηματοδοτικού. Πριν το γεγονός, ότι το εγχείρημα αυτό παρέμεινε σε ένα μεταβατικό στάδιο, εντούτοις προσέφερε μια πλούσια εμπειρία κοινωνικού, πολιτικού, επιστημονικού και τεχνικού προβληματισμού.

Αναμφίβολα, η προσπάθεια αυτή, εργώδης και επίπονη, συνεισέφερε θετικά αποτελέσματα, όπως η ισότητα στην πρόσβαση προς τις υπηρεσίες υγείας, ο περιορισμός των περιφερειακών και κοινωνικών ανισοτήτων και η αύξηση του κατά κεφαλήν διανεμόμενου πραγματικού οφέλους σε υπηρεσίες υγείας, αλλά προκάλεσε και παρενέργειες. Έλλειψη σταθερής πολιτικής συνέπειας, καθαρών προτεραιοτήτων, ουσιαστικού σχεδιασμού, οργανωτικής υποδομής, διοικητικών μηχανισμών, αποδοτικής χρηματοδότησης, μακροπρόθεσμης υποστήριξης από τον ιατρικό κόσμο, ελέγχου του κόστους, αξιολόγησης της δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας, είναι μερικές από τις αιτίες της αποτυχίας. Η δημιουργία του Ε. Σ. Υ αποτελεί την πρώτη – και τελευταία μέχρι σήμερα – μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Δυστυχώς, το σύστημα δεν κατάφερε να εκπληρώσει μεγάλο μέρος από τους στόχους του. Δεν κατάφερε – αν προσπάθησε ποτέ – να κερδίσει την εμπιστοσύνη και την υποστήριξη των πολιτών.³⁹

2.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας, διαμορφωμένο μέσα σε συγκεκριμένο ιδεολογικό και πολιτικό πλαίσιο, αποτελεί «ένα κοινωνικοοικονομικό υποσύστημα που εμπεριέχει ένα σύνολο

³⁸ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα και αυταπάτη, σελ. 164-165, Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1997.

³⁹ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα και αυταπάτη, σελ. 167, Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1997.

μηχανισμών από τους οποίους παράγονται ενέργειες κανόνες και διαδικασίες, που αποσκοπούν στην παραγωγή, διανομή και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας». Τα συστήματα υγείας αποσκοπούν στην προστασία της υγείας του πληθυσμού μέσα από την παραγωγή και την διανομή υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό απαιτείται συντονισμός των ανθρώπινων, των υλικών και των οικονομικών πόρων και υψηλού επιπέδου οργάνωση και διαχείριση των ανωτέρω παραγόντων προκειμένου να επιτευχθεί υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας με όσο το δυνατό μικρότερο κόστος.⁴⁰

Στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, η παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.⁴¹

A. ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στα εθνικά συστήματα υγείας η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβαρύνσεις στο σημείο της χρήσης για τους πολίτες. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τον δημόσιο προϋπολογισμό.

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση των αναγκών και την επίτευξη της ίσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είναι ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος και η μέθοδος χρηματοδότησης και διανομής των οικονομικών πόρων.⁴²

⁴⁰ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, Οικονομικά και πολιτικές των υπηρεσιών υγείας,σελ.23-39,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας,Αθήνα,1992

⁴¹ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σελ. 41, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1991.

⁴² ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, σελ 71-72, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.

B. ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας έχει μία σημαντική παράδοση και ασκεί ακόμη και σήμερα ένα μεγάλο ρόλο. Η αδυναμία ή και αδιαφορία του κράτους στην ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών ήταν επόμενο να προκαλέσει το επιχειρηματικό ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα.⁴³

Στον ιδιωτικό τομέα, η πρόσβαση είναι σχετικά «ελεύθερη» όπου όμως λειτουργεί ο περιορισμός της άμεσης πληρωμής καθώς και μια σειρά μηχανισμών οι οποίοι οδηγούν σε πρόσθετες πληρωμές και αμοιβές διαμεσολάβησης. Επίσης, δεν λειτουργεί μηχανισμός παραπομπής, προσανατολισμού και παρακολούθησης του ασθενούς, στα επόμενα επίπεδα της περίθαλψης, όπως συμβαίνει σε πολλά συστήματα χωρών της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης.⁴⁴

Παρά τους σοβαρούς περιορισμούς που επέβαλλε ο νόμος για το Ε.Σ.Υ ο ιδιωτικός τομέας υγείας είχε μια σημαντική ανάπτυξη παράλληλα με την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα. Πρώτον, ο μεγάλος αριθμός των Ελλήνων γιατρών βρίσκει διέξοδο στην άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής και δεύτερον, μία πληθώρα διαγνωστικών κέντρων υψηλής τεχνολογίας κατέκλυσαν την αγορά των υπηρεσιών υγείας.⁴⁵

Γ. ΜΙΚΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα μικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας / ασθένειας και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Στα περισσότερα μικτά υγειονομικά συστήματα η προσφορά των υγειονομικών υπηρεσιών παρέχεται σε επίπεδο προμηθευτών από ένα μικτά πλαίσιο. Αυτό περιλαμβάνει γιατρούς που ασκούν ελεύθερα την ιατρική και αμείβονται κατά περίπτωση, γιατρούς που αποζημιώνονται με μισθό ή κατά κεφαλή και εκτείνεται σε

⁴³ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ , ΝΙΑΚΑΣ Δ, Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σελ. 48, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1991.

⁴⁴ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής περίθαλψης. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 12, τεύχ.4, σελ169-188,2000

⁴⁵ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, Δ. ΝΙΑΚΑΣ , Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, σελ. 49-50, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1991

νοσοκομειακές υπηρεσίες, οι οποίες προσφέρονται από τον δημόσιο, τον ιδιωτικό ή τα φιλανθρωπικά και τα άλλα ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.⁴⁶

2.4 Ε.Σ.Υ. ΕΛΛΑΔΑΣ

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για τον σχεδιασμό, έλεγχο και οργάνωση του συστήματος υγείας έγινε το 1956 με το νόμο « Περί οργάνωσης της ιατρικής περιθάλψεως ». Στην ουσία όμως αυτός ο νόμος δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Ακολούθησε το πρωτοποριακό για την εποχή του νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980), το οποίο ποτέ δεν ψηφίστηκε από τη βουλή. Το 1983 ψηφίζεται ο νόμος 1397, με τον οποίο τίθενται οι βάσεις για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ). Το Ελληνικό Ε.Σ.Υ χρησιμοποίησε ως πρότυπο το αντίστοιχο Αγγλικό.

Οι βασικές αρχές του νόμου 1397 του 1983 ήταν ότι:

- η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό,
- όλοι έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη (δυνατότητες ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας)
- το κράτος έχει υποχρέωση να αναλάβει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας,
- πρέπει να υπάρχει λαϊκή συμμετοχή στο σχεδιασμό, προγραμματισμό και έλεγχο του συστήματος.

Σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές μεταφέρονται όλοι οι συντελεστές παραγωγής των υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα. Έτσι όλα τα νοσοκομεία γίνονται κρατικά (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου), δίνεται ιδιαίτερη σημασία την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας και την στήριξη της ειδικότητας του γενικού γιατρού και γίνεται προσπάθεια σχεδιασμού και ορθολογικότερης κατανομής των πόρων υγείας με τη βοήθεια των γνωμοδοτικών οργάνων του ΚΕΣΥ και των ΠΕ.Σ.Υ.Π.⁴⁷

⁴⁶ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, σελ 68, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.

⁴⁷ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ, Σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ. 60, 2000-2001.

2.5 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Σε κάθε περιφέρεια της χώρας σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθμόν 2889 συγκροτείται περιφερειακό σύστημα υγείας ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Οι υγειονομικές περιφέρειες αντιστοιχούν κατά βάση στις διοικητικές περιφέρειες πλην Κεντρικής Μακεδονίας και της Αττικής., για τις οποίες θα ισχύσουν ειδικές ρυθμίσεις. Δεν αποκλείονται ειδικότερες ρυθμίσεις κατά την διάρκεια εφαρμογής της μεταρρύθμισης, με γνώμονα την εξυπηρέτηση των πολιτών. Σε κάθε ΠΕΣΥΠ υπάγονται όλες οι μονάδες ΕΣΥ κάθε περιφέρειας όπως νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.τ.λ.

Το ΠΕΣΥΠ διοικείται από διοικητικό συμβούλιο με προεδρικό – γενικό διευθυντή και δυο αναπληρωτές γενικούς διευθυντές, το οποίο ασκεί κατά το νόμο διοίκηση και εποπτεία όλων των μονάδων ΕΣΥ της περιφέρειας στις αντίστοιχες έδρες των περιφερειών. Συγκροτείται σε δυο βασικές διευθύνσεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και επιμέρους τμήματα. Οι πρόεδρος – γενικός διευθυντής του ΠΕΣΥΠ διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και μετά από έγκριση της ειδικής επιτροπής της βουλής.

Το ΠΕΣΥΠ συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική υγείας στην περιφέρεια. Σκοπεύει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης υγείας στην περιφέρεια. Επίσης εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας και συντάσσει τον ενοποιημένο ισολογισμό και απολογισμό στο τέλος της χρήσης. Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων υγείας με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.

Μεριμνά για την εισαγωγή του ενιαίου λογιστικού σχεδίου στα νοσοκομεία και για την εκπόνηση και επικαιροποίηση του υγειονομικού χάρτη της περιφέρειας. Προτείνει την συγχώνευση, την μεταφορά ή την κατάργηση μονάδων ή κλινικών και την δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονάδων.

Συνιστά αυτοτελών ή από κοινού με ΠΕΣΥΠ άλλης περιφέρειας, ανώνυμες εταιρίες με σκοπό τη διαχείριση των προμηθειών ή ομώνυμες τεχνικές εταιρίες για την ανάπτυξη και συντήρηση κτιριακών υποδομών, καθώς και για άλλες υποστηρικτικές λειτουργίες των νοσοκομείων και κέντρων υγείας (π.χ. διαχείριση τροφοδοσίας, καθαριότητας, ασφάλειας κ.τ.λ.). Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού ανάμεσα στις μονάδες της περιφέρειας με βάση τις πραγματικές ανάγκες.

Παρακολουθεί την εξέλιξη του προσωπικού και των αναγκών στις μονάδες υγείας με δυνατότητα άμεσης κάλυψης κενών θέσεων, στα πλαίσια του προϋπολογισμού. Εγκρίνει και παρακολουθεί την υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού. Επίσης μεριμνά για την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος καθώς και για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας.

Συγκροτεί και εποπτεύει επιτροπές αξιολόγησης, εξέλιξης και προσλήψεων. Επίσης συγκροτεί το πειθαρχικό του συμβούλιο, το οποίο λειτουργεί σε επίπεδο νοσοκομείου. Τέλος, αναπτύσσει συστήματα ελέγχου και αξιολόγησης των προμηθειών με στόχο την καταπολέμηση της σπατάλης και της αδιαφάνειας.⁴⁸

Ένας από τους κύριους στόχους του νόμου του 1983 για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν η ορθή κατανομή των πόρων υγείας με την εφαρμογή της περιφερειοποίησης και της αποκέντρωσης. Δημιουργήθηκαν για το σκοπό αυτό 8 – 10 υγειονομικές περιφέρειες των οποίων έπρεπε να διαπιστωθούν οι ανάγκες για παροχή ανάλογων υπηρεσιών υγείας. Οι υγειονομικές αυτές περιφέρειες έχουν χαρακτήρα γεωγραφικό και όχι πληθυσμιακό και δε κάθε μία αντιστοιχεί ένα Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας. Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π έχουν μια εκπροσώπηση ανάλογη με εκείνη του ΚΕΣΥ, αλλά σε περιφερειακό επίπεδο. Όμως δεν τους δίδεται η δυνατότητα να αποφασίζουν αυτόνομα, έχουν δηλαδή και αυτά γνωμοδοτικό χαρακτήρα.⁴⁹

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.Π).
2. Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού, β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια τους, και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγράμματος υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ. Σ. Υ.

⁴⁸ www.ypep.gr

⁴⁹ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ. σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ. 65-66, 2000-2001.

3. Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ, με δική τους πρωτοβουλία, ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.
4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ.Π ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους, μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ, έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.
5. Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ.Π για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νόμο τους.

Με το άρθρο 3 του Ν. 1397/1983 προβλέπεται η σύσταση στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας, Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.Π). Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π είναι γνωμοδοτικό όργανα του Ε.Σ.Υ σε περιφερειακό επίπεδο και αποτελούν εκπλήρωση της αρχής της λαϊκής συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Η λαϊκή συμμετοχή αποφασίζεται με την συνεργασία, τόσο των εκπροσώπων των παραγωγών, όσο και των καταναλωτών υγείας με τους εκπροσωπούντες του κρατικού φορέα.

Τα ΠΕ.Σ.Υ.Π γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ που έχει μεν νομοθετηθεί επιγραμματικά ως «ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο» του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, πλην όμως, έχει κατά το νόμο, ουσιαστικά πολλές αποφασιστικές αρμοδιότητες σε θέματα εθνικού προγραμματισμού και γενικού συντονισμού και ελέγχου. Με τα ΠΕ.Σ.Υ.Π γίνεται αποκέντρωση του ΚΕ.Σ.Υ και των υπηρεσιών υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.⁵⁰

2.6 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το σχέδιο οργάνωσης των υπηρεσιών με τα τρία επίπεδα φροντίδων που αφορά συγκεκριμένες περιφέρειες με την ανάλογη πληθυσμιακή σύνθεση αποτελεί κλασσική οργανωτική δομή των εθνικών συστημάτων υγείας και έχει υιοθετηθεί από τον

⁵⁰ ΑΝΑΠΛΙΩΤΗ-ΒΑΖΑΙΟΥ Ε, παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και εθνικά συστήματα, σελ. 119-120, Αθήνα, 1985.

Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια απαραίτητη δομή που επιτυγχάνει τα μέγιστα δυνατά ιατρικά και οικονομικά αποτελέσματα.⁵¹

A. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η Π.Φ.Υ είναι ουσιώδης φροντίδα υγείας και στηρίζεται σε πρακτικές και επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες προσιτές σε όλους με την πλήρη συμμετοχή όλων. Το κράτος ή οι κοινότητες πρέπει να αναλαμβάνουν την οικονομική κάλυψη σε κάθε στάδιο ανάπτυξης μέσα σ' ένα πνεύμα ευθύνης και αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος της ψώρας, του οποίου είναι ο κεντρικός μοχλός και το κύριο επίκεντρο, όσο και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας σε όλη την έκταση της. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας το πλησιέστερα εκεί όπου ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο στοιχείο ενός συνεχούς προγράμματος υγειονομικής φροντίδας.⁵²

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχει υπηρεσίες υγείας σε όλο τον πληθυσμό με βάση τις πραγματικές ανάγκες του και σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία, και συμβάλει στην ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας στο σπίτι και αποκατάστασης – επανένταξης. Μεταθέτει δε το ενδιαφέρον των υπηρεσιών στην προάσπιση της υγείας και στην πρόληψη της αρρώστιας, επικεντρώνει ολιστικά στον άνθρωπο και αναπτύσσει τη συνεχή σχέση με τον ασθενή στο περιβάλλον του – αποτελεί δηλαδή το νέο παράδειγμα στην Ιατρική Επιστήμη.

Βασικό χαρακτηριστικό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π. Φ. Υ) είναι η λειτουργία της ομάδας υγείας σε ένα σαφώς προσδιορισμένο πληθυσμό ευθύνης. Για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων της, η ομάδα υγείας εργάζεται στην κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης τόσο της ίδιας όσο και της κοινότητας στη φιλοσοφία και τις αρχές της ΠΦΥ, αποτυπώνει τα χαρακτηριστικά και εκτιμά τις ανάγκες της κοινότητας, ώστε να μπορέσει να σχεδιάσει τις δραστηριότητες της και να παρέχει

⁵¹ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, σελ 72, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.

⁵² ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA-ATA, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τεύχος 1,σελ.2-3.1986

τις υπηρεσίες της με βάση τις πραγματικές ανάγκες, αλλά και να τεκμηριώσει και να αξιολογήσει διαχρονικά τη λειτουργία της.⁵³

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους Υγειονομικούς Σταθμούς, τα Κέντρα Υγείας, τις κινητές μονάδες, τα εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και τον ιδιωτικό τομέα υγείας.⁵⁴

B. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η δευτεροβάθμια φροντίδα αφορά την περίθαλψη των ασθενών σε νοσοκομεία που καλύπτουν βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα, τα οποία χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία.⁵⁵

Τα ήδη υπάρχοντα νοσοκομεία διακρίνονται σε Ν. Π. Δ. Δ, Ν. Π. Ι. Δ και ιδιωτικές κλινικές. ΝΠΙΔ θεωρούνται τα ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (π.χ. Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο). Το υπουργείο Υγείας εποπτεύει τη λειτουργία και την οικονομική διαχείριση όλων των νοσοκομείων.

Επίσης τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά (τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες) και ειδικά (τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία ειδικότητα). Φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι τα νομαρχιακά νοσοκομεία. Τα νομαρχιακά είναι γενικά νοσοκομεία, λειτουργούν σε κάθε νομό και καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού του νομού χωρίς όμως να περιορίζονται μόνο σ' αυτόν.

Σύμφωνα με το νόμο Ε.Σ.Υ κάθε νοσοκομείο διακρίνεται σε τρεις τομείς: α) ιατρικό, β) νοσηλευτικό, γ) διοικητικό. Ο κάθε τομέας αποτελείται από ένα σύνολο υπηρεσιών.⁵⁶

⁵³ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, σελ 141-142, Θεμέλιο, Αθήνα, 1995.

⁵⁴ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ, Σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ. 61, 2000-2001.

⁵⁵ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, σελ 72, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.

⁵⁶ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ, Σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, σελ. 64, 2000-2001.

Γ. ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη αφορά σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα τα οποία απαιτούν υψηλό επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων.⁵⁷

Η Τριτοβάθμια Περίθαλψη παρέχεται συνήθως από τα περιφερειακά νοσοκομεία. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν το νοσοκομεία με πανεπιστημιακές κλινικές, τα οποία αναλαμβάνουν συν τοις άλλοις και την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.⁵⁸

Στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας η πρόσβαση των πολιτών δεν υπόκειται σε διοικητικούς ή οργανωτικούς φραγμούς και παρά την κυριαρχία του δημόσιου τομέα και την ανάπτυξη των υποδομών, παρατηρείται μια ασυμβατότητα ανάμεσα στις δυνατότητες της προσφοράς και στην ζήτηση υπηρεσιών, ιδιαίτερα στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα. Επίσης, δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας από την πρωτοβάθμια περίθαλψη ή εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι και η νοσηλεία ημέρας.⁵⁹

⁵⁷ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, σελ 72, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.

⁵⁸ ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ, Σημειώσεις κοινωνιολογίας, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης - Τμήμα νοσηλευτικής, σελ. 61, 2000-2001.

⁵⁹ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σελ. 169-188, τόμος 12, τεύχ. 4, 2000.

3. ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η σύνθετη φύση της χρόνιας ασθένειας επηρέασε το βαθμό δυσκολίας για την εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις των χρόνιων ασθενειών. Πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν την «χρόνια ασθένεια» και έδωσαν διάφορους ορισμούς.

Χρόνια ασθένεια σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Commission of Chronic Illness (Mayo 1956), είναι όλες οι βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό που έχει κάποιο άτομο με ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά α) είναι διαρκή, β) αφήνουν υπόλοιπο αναπηρίας, γ) προκλήθηκαν από μη αναστρέψιμες παθολογικές αλλοιώσεις, δ) το άτομο χρειάζεται για μεγάλη χρονική περίοδο επίβλεψη και φροντίδα.

Ένας άλλος ορισμός, ο ορισμός της Coe (1970), ορίζει την χρόνια ασθένεια ως εξής: Χρόνια ασθένεια είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματος του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτά έχουν τις ρίζες τους, α) στην ίδια την ασθένεια, β) στο περιβάλλον, γ) στον ανθρώπινο πληθυσμό.⁶⁰

3.2 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ

Τα άτομα και οι οικογένειες με τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας ακολουθούν τη διαδικασία πένθους που έχει διάφορα στάδια. Ασθενής και μέλη της οικογένειας του βιώνουν απώλειες που σχετίζονται με την απώλεια την υγείας και την σωματικής λειτουργίας, την απώλεια της ενεργού συμβολής και της παρουσίας στο σπίτι ενός συντρόφου ή ενός γονέως, με την απώλεια των προνομίων του κοινωνικού ρόλου του ασθενούς και όλων όσων απορρέανε από τον κοινωνικό αυτό ρόλο, αφορούν

⁶⁰ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ Δ, χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, σελ.23, Έλλην, Αθήνα,1998.

ακόμα σε πληθώρα συναισθηματικών και οικονομικών απωλειών. Τα στάδια της διαδικασίας πένθους περιγράφονται ως εξής:⁶¹

Στο στάδιο της διάγνωσης. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του αρρώστου και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Ακόμα και αν υπήρχαν υποψίες σχετικά με την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης αρρώστιας, ανακοίνωση της διάγνωσης παραμένει μια εμπειρία που συγκλονίζει. Οι χειρότεροι φόβοι του ατόμου επιβεβαιώνονται και μπροστά του εκτείνεται ένα αβέβαιο μέλλον. Κανείς δεν μπορεί να του παράσχει εγγυήσεις.⁶²

Το στάδιο αυτό ακολουθείται από το στάδιο της άρνησης, όπου ο άρρωστος και η οικογένειες αρνούνται να αποδεχθούν το γεγονός. Η μεταβολή, αλλά κυρίως το απότομο της μεταβολής της υγείας του δημιουργεί στον ασθενή συμπεριφορά άρνησης. Έτσι, συχνά οι ασθενείς είτε αποσιωπούν τα συμπτώματα της πάθησης τους, είτε τα υποβαθμίζουν. Ακόμα και αν τους δώσουν την πρέπουσα σημασία, προσφύγουν στο γιατρό και πληροφορηθούν για το πρόβλημα υγείας τους, συχνά το απορρίπτουν.⁶³ «Όχι, δεν μπορεί να είναι αλήθεια», είναι η συνήθης αντίδραση ατόμων και οικογενειών, θεωρούν ότι κάποιες διαδικασίες αποκατάστασης δεν τους αφορούν, τρέχουν από ιατρείο σε ιατρείο, με την ελπίδα πως κάποιος θα τους πει κάτι διαφορετικό, πως έγινε κάποιο λάθος.

Στο στάδιο του θυμού άρρωστος και οικογένειες βιώνουν και εκφράζουν θυμό, που είναι μια φυσιολογική και ανθρώπινη αντίδραση, μια διαμαρτυρία. Ο ασθενής είναι θυμωμένος γιατί η καθημερινή του ζωή και τα σχέδια για το μέλλον ανατράπηκαν ξαφνικά. Οι περισσότεροι άνθρωποι εκφράζουν αυτό το θυμό στο περιβάλλον τους, παραπονιούνται για το σύστημα υγείας, για τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, καβγαδίζουν συχνά με το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, ενώ άλλοι στρέφουν την οργή τους σε μεταφυσικά επίπεδα, στο θεό, στην τύχη.

⁶¹ ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ Δ, χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, σελ.28, Έλλην, Αθήνα,1998.

⁶² ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ. 112, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα,1999.

⁶³ ΧΡΥΣΟΣ Δ. Ν., Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, ιατρική 81(5),σελ438-446,2002

Στο στάδιο της απόσυρσης, θρήνου και κατάθλιψης ασθενής και οικογένεια θρηνούν για τις απώλειες που υπέστησαν και στο στάδιο αυτό είναι δυνατόν ασθενής και οικογένεια του να μην εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας, να μην εφαρμόζουν τις θεραπείες που τους έχουν συσταθεί και να περνούν μια φάση κατάθλιψης.

Στο στάδιο της διαπραγμάτευσης άρρωστος και οικογένεια αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι η αρρώστια είναι ένα αμετάκλητο γεγονός και είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σ' όλους τους ανθρώπους, για να καταλήξουν στο "γιατί όχι και σε μένα;" Τότε, αρχίζει η διαδικασία διαπραγμάτευσης. Η διαπραγμάτευση είναι μια προσπάθεια να υπερνικηθεί η κρίση και να καλυτερέψει η κατάσταση.

Το τελικό στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής / αντιμετώπισης. Άρρωστος και οικογένεια αποδέχονται το γεγονός και αντιμετωπίζουν τη ζωή λαμβάνοντας το υπ' όψιν, γίνονται συνεργάσιμοι και πειθαρχούν στις συνιστώμενες θεραπείες.

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί μια υπολειμματική κατάσταση που δεν είναι δυνατόν να θεραπευθεί άμεσα. Το άτομο συνήθως βιώνει δυσλειτουργίες σε περισσότερα από ένα συστήματα. Η διαδικασία πένθους διαρκεί πολύ και το άτομο μπορεί να παλινδρομεί μεταξύ αισθημάτων αδυναμίας, απελπισίας, εξάρτησης καθώς συνεχώς βιώνει περιορισμούς στη καθημερινή ζωή του. Κάθε επιδείνωση της κατάστασης σημαίνει την έναρξη ενός νέου κύκλου πένθους και αυτός ο φαύλος κύκλος μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο πένθος που περιγράφεται σαν επαναλαμβανόμενα κύματα πένθους ή σαν το χτίσιμο ενός τοίχου με τη στοίχιση πανομοιότυπων τούβλων. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.⁶⁴

3.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Επειδή η αρρώστια μειώνει τις σωματικές και κάποτε τις πνευματικές δυνάμεις του ατόμου, η ισορροπία στις σχέσεις του (οικογενειακές, κοινωνικές, με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) διασαλεύεται. Η στήριξη, άλλωστε, που δέχεται ο ασθενής είτε από το οικογενειακό είτε από το κοινωνικό περιβάλλον (π. χ εργασιακές συνθήκες, παροχές) δεν είναι πάντα η αρμόζουσα και συνήθως είναι ανεπαρκής. Όλα αυτά σε συνδυασμό με τις προκαταλήψεις του ασθενή (π. χ για την αρρώστια,

⁶⁴ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ Δ, χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, σελ 28-.30, Έλλην, Αθήνα, 1998

τους γιατρούς) διαμορφώνουν μια συμπεριφορά που πολλές φορές δυσχεραίνει το θεραπευτικό έργο.

Το φόβο τους για την αρρώστια πολλοί άρρωστοι τον εκδηλώνουν με ευερεθιστότητα και εχθρικότητα προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Δε συνεργάζονται, κατακρίνουν όλες τις ενέργειες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και μπορεί να απειλούν με μηνύσεις

Μερικοί άρρωστοι, κατά τα άλλα, είναι ευγενείς, είναι υπερβολικά απαιτητικοί και ζητούν να μονοπωλήσουν την προσοχή του γιατρού και του προσωπικού. Συνήθως είναι σχολαστικοί και δύσκαμπτοι χαρακτήρες που επιμένουν στην επικράτηση δικών τους απόψεων θεραπείας, διαίτας κ. λ. π και δεν συμμορφώνονται εύκολα προς τις υποδείξεις των θεραπειών.

Προβληματικότεροι είναι οι πολύ εξαρτημένοι άρρωστοι οι οποίοι αφήνονται τελείως παθητικά στη φροντίδα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χωρίς καμία δική τους συμμετοχή ή υποβοήθηση. Ένας βαθμός εξάρτησης βοηθά στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης και στη συμμόρφωση, αλλά η υπερβολή οδηγεί σε προσκόλληση στα θεραπευτικά σχήματα, σε παρατεταμένες νοσηλείες με παράλληλη κούραση του προσωπικού.

Η απαισιόδοξη τοποθέτηση απέναντι στη σωματική νόσο δυσχεραίνει το θεραπευτικό έργο και επιπλέκει με σωματικά συμπτώματα καταθλιπτικής σειράς. Αν δε γίνει έγκαιρος βοηθητικός χειρισμός σε αρρώστους που έχουν υιοθετήσει μια τέτοια στάση, καταλήγουν υποχονδριακοί απασχολούμενοι διαρκώς με την υγεία τους, αναφέροντας συνεχώς συμπτώματα και εγκαταλείποντας άλλα σημαντικά ενδιαφέροντα τους.

Τα αισθήματα της ματαιώσης και της απώλειας που βιώνει ο ασθενής του αποστερούν σ' ένα σημαντικό βαθμό την αυτοεκτίμηση, το αίσθημα ασφάλειας και επάρκειας. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση θλίψης ή κατάθλιψης. Η κατάθλιψη σε συνδυασμό με ανάγκες της θεραπείας (π. χ περιοδικές νοσηλείες, ανάγκη απομόνωσης για αποφυγή λοιμώξεων, ακτινοβολίες) οδηγεί τον ασθενή σε κοινωνική απομόνωση.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός της επιβάρυνσης του χρόνιου αρρώστου με το «ρόλο του ασθενή». Ο ρόλος διαμορφώνει ορισμένες προσδοκίες από μέρους του ασθενή, όπως είναι η απαλλαγή του από ορισμένες προνοσηρές υποχρεώσεις και η αναζήτηση βοήθειας από τον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος αυτός είναι

επιφορτισμένος με στιγματισμό καθώς συχνά οι γύρω ζητούν από τον άρρωστο εξηγήσεις για τη διαφορετικότητα του (π. χ στον τρόπο που περπατάει, που μιλάει ή που τρώει) γεγονός που υπενθυμίζει σταθερά στον άρρωστο ότι δεν είναι «φυσιολογικός». Οι ασθενείς προσπαθούν να δημιουργήσουν μια όσο το δυνατόν «φυσιολογική» εμφάνιση, ώστε να μειώσουν το βαθμό της εμπειρίας του στιγματισμού.

Κατά πόσον ο ασθενής θα αποδεχθεί απόλυτα το ρόλο του εξαρτάται από την αλληλεπίδραση των παραγόντων που συνδέονται με τον ίδιο, την αρρώστια του και το στενότερο ή ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο. Οι μεταβολές που συνεπάγεται στις σχέσεις ο ρόλος του ασθενή οπωσδήποτε γίνονται εντονότερα αισθητές στον οικογενειακό και εργασιακό χώρο. Για παράδειγμα, η ανικανότητα για εργασία λόγω νόσου ενός συζύγου – πατέρα συνεπάγεται μεγαλύτερες ευθύνες για τη σύζυγο, περιορισμό των οικογενειακών διασκεδάσεων και των άλλων κοινωνικών δραστηριοτήτων της οικογένειας, αυξημένα καθήκοντα για τα παιδιά, μείωση του οικογενειακού εισοδήματος κ. τ. λ. Είναι φανερό δηλαδή ότι το κύριο χαρακτηριστικό είναι η υποβάθμιση του ρόλου του ίδιου του ασθενή και η αντιστροφή ρόλων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μια χρόνια πάθηση συνεπώς επιφέρει επαγγελματικές απώλειες, οικονομική επιβάρυνση, πιθανή διατάραξη συζυγικών, οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων. Όλα αυτά απαιτούν ιδιαίτερες δυνάμεις από τη μεριά του ασθενή και της οικογένειας του, ώστε να αναδιοργανώσει τη ζωή του με αρμονικό τρόπο. Επίσης χρειάζεται κατάλληλη κοινωνική στήριξη.

Σπάνια σε ορισμένους ασθενείς εμφανίζεται το αίσθημα ικανοποίησης κέρδους σε σχέση με την αρρώστια. Είναι μια κατάσταση που συνήθως έχει ασυνείδητα κίνητρα και συνδέεται άμεσα με την προσωπικότητα του ασθενούς και τον τρόπο με τον οποίο τον αντιμετωπίζει το περιβάλλον του. Οι συνθήκες της ασθένειας αποτελούν μια απόλυτα αποδεκτή δικαιολογία για τη ματαίωση συγκρουσιολογικών καταστάσεων ή πράξεων. Παρέχουν δηλαδή ένα «άλλοθι» στον ασθενή που μπορεί να έχει τη διακριτική ικανότητα (όσο το επιτρέπει ο λειτουργικός περιορισμός της αρρώστιας του) να αποφεύγει ή να επιδιώκει την ικανοποίηση των ενορμήσεων του (σεξουαλικού, επιθετικού ή εξαρτητικού χαρακτήρα) χωρίς το συνηθισμένο κόστος της ενδοψυχικής σύγκρουσης και της διαπροσωπικής προστριβής. Τέτοιες συνθήκες δημιουργούν μια κατάσταση δευτερογενούς κέρδους, την οποία ο ασθενής μπορεί να απολαμβάνει.

Τέλος πολλοί ασθενείς, είτε από την αρχή της αρρώστιας τους είτε πιο συχνά μετέπειτα, δεν παρουσιάζουν καμία αξιόλογη συναισθηματική κατάσταση σε σχέση

με την αρρώστια. Η έλλειψη συγκεκριμένων αισθημάτων είναι δυνατό να οφείλεται σε διάφορους κατά περίπτωση λόγους που είναι ανάγκη να διερευνώνται. Μπορεί π. χ να οφείλεται σε ελλιπή κατανόηση των διαστάσεων του ιατρικού προβλήματος, συνήθως σε συνδυασμό με απουσία υποκειμενικών συμπτωμάτων. Σε λίγες περιπτώσεις, μπορεί να οφείλεται σε αδιαφορία στα πλαίσια παρεμπόπτουσας ψύχωσης και στις πιο πολλές στην επιτυχή κινητοποίηση και δράση των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών, που λειτουργούν φυσιολογικά. Σχεδόν κάθε ασθενής κινητοποιεί σε ασυνείδητο επίπεδο αυτούς τους μηχανισμούς χωρίς δηλαδή να είναι συνήθως ενήμερος για την παρουσία τους. Μ' αυτούς επιτυγχάνεται, άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό η μείωση της ενδοψυχικής αναστάτωσης που επέρχεται σαν απάντηση σε οποιαδήποτε ψυχοπιεστική κατάσταση. Το πόσο αποτελεσματικοί είναι κατά περίπτωση οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί εξαρτάται από το είδος τους, τη διάρκεια δράσης τους και την ένταση της ψυχοπιεστικής κατάστασης που καλούνται να καταστείλουν.⁶⁵

3.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ

Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Η μεγαλύτερη ίσως πρόκληση για τον άρρωστο είναι να μάθει να «ζει» με την ασθένεια του, τις απαιτήσεις της θεραπείας, την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές που παρουσιάζει. Οι αλλαγές που βιώνει στην καθημερινή του ζωή μπορεί να είναι σημαντικές τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους. Το άτομο αναζητά μια νέα ισορροπία στις καινούριες συνθήκες ζωής και προσπαθεί να συγκεράσει τις ικανότητες του.

Η εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού ζωής του παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από «ποιότητα ζωής». Η «ποιότητα ζωής» εξαρτάται από τις στρατηγικές που θα ενεργοποιήσει το άτομο για να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις που προβάλλει η χρόνια ασθένεια σε τέσσερις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό, τον εργασιακό, και τον οργανικό.

⁶⁵www.nursing.gr/chronia.htm

Ο ψυχολογικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την αντίληψη που έχει ο ασθενής για την αρρώστια και τον ίδιο του τον εαυτό. Όταν οι στρατηγικές που ενεργοποιεί είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προβάλλει η χρόνια ασθένεια, τότε διατηρεί μια θετική εικόνα εαυτού. Όταν βιώνει αυξημένο άγχος και κατάθλιψη εξαιτίας της κατάστασης του, τότε η αυτοεκτίμηση του μειώνεται, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η προσαρμογή του στις διάφορες καταστάσεις που συνδέονται με την πορεία του.

Ο κοινωνικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τις κοινωνικές σχέσεις που το άτομο διαμορφώνει με το περιβάλλον. Όταν πάσχει από ασθένεια που συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και προκαταλήψεις, οι φόβοι του αρρώστου μήπως εγκαταλειφθεί ή περιθωριοποιηθεί επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους. Η ποιοτική στήριξη που παρέχουν συγγενείς και φίλοι, καθώς και η ικανότητα του αρρώστου να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες, συμβάλουν θετικά στην ποιότητα της ζωής του. Όμως σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ερωτικές σχέσεις. Άτομα που στερούνται φυσικής επαφής, τρυφερότητας και στενών δεσμών, καθώς και εκείνα που ζουν με το διαρκή φόβο της ανικανότητας ή της απόρριψης από τον ερωτικό τους σύντροφο, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην κατάθλιψη.

Ο εργασιακός τομέας μπορεί να αποτελέσει πηγή σημαντικών ικανοποιήσεων για ένα άτομο που λειτουργεί αποτελεσματικά, τροφοδοτείται από τα επιτεύγματα του και από την αναγνώριση που δέχεται από συναδέλφους, πελάτες ή και προϊσταμένους. Παρ' όλα αυτά, η επανένταξη του στον εργασιακό χώρο προϋποθέτει μια ρεαλιστική αξιολόγηση των ρόλων που αναλαμβάνει, ώστε να διατηρήσει, να τροποποιήσει ή να παραιτηθεί από ορισμένες ευθύνες. Η ικανοποιητική λειτουργία του αρρώστου στον εργασιακό χώρο, δεν αφορά μόνο την απόδοση του σ' αυτόν, αλλά περιλαμβάνει την ενεργό συμμετοχή του στη ζωή του σπιτιού και στις οικιακές ευθύνες. Όταν εξαρτάται από άλλους για τις απαραίτητες καθημερινές του ανάγκες (ψώνια, μαγείρεμα, πλύσιμο κ. τ .λ.), τότε οι ρόλοι και τα καθήκοντα που αναλαμβάνει μειώνονται και μαζί με αυτά και η αυτοεκτίμηση του. Μερικές φορές η υπερπροστασία των συγγενών ή συναδέλφων παρεμποδίζει τον άρρωστο να αξιοποιήσει το δυναμικό του και δημιουργεί σχέσεις εξάρτησης που επηρεάζουν αρνητικά το ηθικό του.

Ο οργανικός τομέας είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη φύση, τη σοβαρότητα και την εξέλιξη της αρρώστιας, αλλά και τις επιπτώσεις της θεραπείας. Όταν μάλιστα ο ασθενής πονά και υποφέρει, επηρεάζεται η ικανότητα του να λειτουργήσει στους

υπόλοιπους τομείς, με αποτέλεσμα να αυξάνονται το άγχος και η κατάθλιψη του και να περιορίζονται οι κοινωνικές του σχέσεις. Επιπλέον, αυξάνονται η δυσφορία και η αδυναμία του, ιδιαίτερα όταν η οικογένεια επικεντρώνεται στα συμπτώματα και ασχολείται αποκλειστικά με τα παράπονα του αρρώστου. Το ευαισθητοποιημένο προσωπικό υγείας μπορεί να παίξει ένα σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό των παραγόντων που ενισχύουν τη δυσφορία του αρρώστου και στην εξεύρεση μεθόδων ή στρατηγικών που στοχεύουν να τον ανακουφίσουν από συμπτώματα ή και παρενέργειες της θεραπείας.

Η «ποιότητα ζωής» είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και εξαρτάται από τις στρατηγικές που ενεργοποιεί το άτομο. Αυτές οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές όταν προωθούν τη λειτουργία του αρρώστου σε βασικούς ρόλους της καθημερινής του ζωής, όταν συμβάλουν στην συνεργασία του στη θεραπεία και όταν μειώνουν το άγχος και τη δυσφορία του. Ιδιαίτερη σημασία έχει και η ικανότητα του αρρώστου να διατηρεί μια αίσθηση αισιοδοξίας και ελπίδας. Όταν βιώνει μια αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς που συνοδεύεται από παθητικότητα, αρνητικές προσδοκίες και απόγνωση, τότε επηρεάζεται αρνητικά όχι μόνο η προσαρμογή του, αλλά και η εξέλιξη της υγείας του.⁶⁶

3.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Οι χρόνιες ασθένειες και η αντιμετώπιση τους αποτελούν ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες, καθώς λόγω των αυξημένων αναγκών τους οι χρόνιοι ασθενείς επιβαρύνουν τις υπηρεσίες υγείας και ανεβάζουν το κόστος.⁶⁷

Ενώ κάθε ασθένεια έχει διαφορετική εκδήλωση συμπτωμάτων και κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά τη νόσο του, υπάρχει μια πλειάδα κοινών προβλημάτων που βιώνουν οι χρόνιοι ασθενείς ανεξάρτητα από τη νόσο την οποία πάσχουν.

⁶⁶ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ. 122-123, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1999.

⁶⁷DROTAR D, Psychological perspectives in chronic childhood illness, J. Pediatr Psychol, 6:211-228, 1981

Οι Muss and Tsu και ο Muller, προσδιόρισαν μια σειρά κανόνων που αναφέρονται στα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται από τους χρόνιους ασθενείς και τις οικογένειες τους για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας. Οι κανόνες αυτοί αποτελούν ένα χρήσιμο οδηγό για τους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδες σε χρόνιους ασθενείς και μπορούν να χωρισθούν σε δύο κατηγορίες. Στους συνδεδεμένους με την χρόνια ασθένεια προσαρμοστικούς κανόνες και στους γενικούς κανόνες για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας.

Συνδεδεμένοι με την ασθένεια προσαρμοστικοί κανόνες

- A) Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ή άλλων παραμέτρων της ασθένειας που συνδέονται με την έκπτωση φυσικών λειτουργιών.
- B) Χειρισμός της όλης ενοχλητικής κατάστασης.
- Γ) Τήρηση ενός προγράμματος θεραπευτικής αγωγής
- Δ) Διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων με τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδες υγείας.

Γενικοί κανόνες για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας

- A) Τροποποιήσεις στην καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής.
- B) Χειρισμός συναισθημάτων.
- Γ) Διαδικασίες πένθους συνδεδεμένες με τις απώλειες που συνοδεύουν τη χρόνια ασθένεια.
- Δ) Διατήρηση θετικής αυτοεικόνας.
- Ε) Αντιμετώπιση των αλλαγών ρόλων.
- ΣΤ) Διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων με άτομα της οικογένειας και φίλους.
- Ζ) Συνεχής προσπάθεια για την αντιμετώπιση ενός αβέβαιου μέλλοντος και της απειλής απώλειας λειτουργιών του σώματος.
- Η) Διατήρηση της αίσθησης ότι το άτομο διατηρεί τον έλεγχο της όλης κατάστασης.
- Θ) Διατήρηση της ελπίδας.
- Ι) Αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος.⁶⁸

⁶⁸ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ- ΚΡΕΠΙΑ Δ, Χρόνια ασθένεια και οικογένεια:Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Νοσηλευτική 35(3):152-158,1996

4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ

4.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η θεραπευτική σχέση σχεδόν πάντοτε εκλαμβάνεται ως μια ιδιόμορφη κοινωνική σχέση που διαμορφώνεται από δύο άτομα: α) τον άρρωστο με την αρρώστια του και β) το θεραπευτή με τις ειδικές του γνώσεις και την τεχνική που κατέχει. Στην πραγματικότητα όμως, η σχέση θεραπευτή – αρρώστου εξαρτάται επίσης από τις κοινωνικές δομές και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή αναπτύσσεται.⁶⁹

Ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι J. FOX και D.STORMS υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών σχετίζονται με τα επίπεδα της ικανοποίησης τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι παράγοντες που δείχνουν να έχουν σχέση είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει ο ασθενής και η περιοχή στην οποία ζει.

Ο R. FITPATRICK αναφέρει ότι η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες.⁷⁰

Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας αφορούν: **α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών** που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας

⁶⁹ ΣΑΡΡΗΣ Μ, Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 238, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

⁷⁰ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Νοσηλευτική 41(1):65-80,2002

στον άρρωστο και **β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση** που δείχνει για τον ασθενή.⁷¹

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων επαγγελματία υγείας – αρρώστου και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους. Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον άρρωστο και την υποκειμενική του ευεξία, η ενημέρωση του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει.

Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας άρρωστος αποτελεί, εξάλλου, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα. Οι επαγγελματίες υγείας, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, ιδίως όταν πρόκειται για τα «κακά – άσχημα νέα», είτε γιατί, πιθανόν, να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του. Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, οι οποίες επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη θεραπευτικά διαδικασία.⁷²

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η ικανοποίηση του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικό γι' αυτόν. Ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν.⁷³

⁷¹ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. , Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.175, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα , 1999.

⁷² ΣΑΡΡΗΣ Μ, Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 247, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

⁷³ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. , Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.192, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα , 1999.

4.2 ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό. Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία, και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των «ειδικών» είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας μ' αυτό τον τρόπο βαθύτερη γνώση της ψυχικής του κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή τη γνώση εποικοδομητικά.⁷⁴

Κατά το βιοϊατρικό πρότυπο ως αρρώστια αξιολογείται μόνο ότι σχετίζεται με την πρωταρχική βιολογική διαταραχή. Οι αντιλήψεις του ασθενούς για την πάθηση του παρουσιάζουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τον ιατρό που προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση του με τον ασθενή.⁷⁵ Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση. Πολλοί ασθενείς υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημα τους είναι καθαρά οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Υποτάσσονται στο βιοϊατρικό μοντέλο, γιατί φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και γιατί αρνούνται να τροποποιήσουν τις συνήθειες και τη συμπεριφορά που βλάπτει την υγεία τους. Έτσι, λοιπόν, εναποθέτουν την ευθύνη στους «ειδικούς» τους οποίους και καθιστούν αποκλειστικά υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους. Σε άλλες

⁷⁴ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 20,ελληνικά γράμματα,1999

⁷⁵ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. Ν. ,ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική 82(1):44-56,2002

περιπτώσεις αποφεύγουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας.

Αυτή η άνιση σχέση ενισχύεται τόσο από το προσωπικό υγείας, όσο και από τον άρρωστο. Μερικές φορές μοιάζει να έχει, βραχυπρόθεσμα, ικανοποιητικά αποτελέσματα. Όμως στο βάθος δεν είναι τόσο «θεραπευτική», καθώς αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής, ενώ συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του.⁷⁶Μολονότι κατά βάση μοντέλο αναγωγικό και παρά το γεγονός ότι η κοινωνία οφείλει στο πρότυπο αυτό τα μεγάλα ιατρικά επιτεύγματα, δε φαίνεται πλέον να ικανοποιεί τις σύγχρονες απαιτήσεις.⁷⁷

Αντίθετα, στα πλαίσια της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο ασθενής μπορεί να μάθε να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες και παράλληλα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές.

Η σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας δεν χαρακτηρίζεται από την επιβολή μιας άκαμπτης ιεραρχίας, αλλά διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας. Η συνεργασία αυτή αποβλέπει στη βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην ανάπτυξη της αρρώστιας και επηρεάζουν την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου. Η θεραπευτική παρέμβαση γίνεται σε πολλά επίπεδα, από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, που απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο άμεσο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται η ασθένεια. Η σχέση που το προσωπικό υγείας διαμορφώνει με τον άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα είναι αμφίδρομη.⁷⁸

⁷⁶ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 20,ελληνικά γράμματα,1999

⁷⁷ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. Ν., ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική 82(1):44-56,2002

⁷⁸ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 21,ελληνικά γράμματα,1999

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις της ζωής του αρρώστου, τόσο τις βιολογικές όσο και τις ψυχολογικές και τις κοινωνικές. Η νόσος δεν αρχίζει και δεν τελειώνει σε ένα φυσικό σημείο / σύμπτωμα, αλλά αποτελεί συνάρτηση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Θεωρείται ότι πάσχει το άτομο ως σύνολο και όχι μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία. Η θεώρηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, ο ιατρός διακατέχεται από μια ευρεία ολιστική αντίληψη για τη νόσο και το ρόλο του και θεωρεί τη σχέση του με τον ασθενή κοινωνικά ισότιμη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς.⁷⁹

Οι προαναφερθείσες ιδεολογίες έρχονται συχνά σε αντίθεση με τις πρακτικές της σύγχρονης ιατρικής, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί γνώσεις ψυχολογίας και δεξιότητες επικοινωνίας.

Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην υποκειμενικότητα τόσο του αρρώστου, όσο και του επαγγελματία που τον φροντίζει. Με άλλα λόγια, η προσοχή στρέφεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αρρώστου, στην αντίληψη που έχει για την αρρώστια και τη θεραπεία της, καθώς και στη σχέση που διαμορφώνει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Από την άλλη πλευρά, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται και στον επαγγελματία της υγείας, στα κίνητρα που τον ωθούν σε αυτό το επάγγελμα, στις αντιλήψεις που διαμορφώνει για το ρόλο του, για την αρρώστια και την υγεία, στις προσδοκίες που έχει από τη σχέση του με τους ασθενείς και στη στάση που τηρεί απέναντι τους.

Η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις στην όλη πορεία της ασθένειας. Ο άρρωστος δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας που τον φροντίζουν εκφράζουν πολλές φορές με τη συμπεριφορά τους κάτι διαφορετικό από εκείνο που μεταφέρουν με τα λόγια. Είναι λοιπόν σημαντικό να κατέχουν τις απαραίτητες ψυχολογικές γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον άρρωστο και το

⁷⁹ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. Ν., ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική 82(1):44-56,2002

περιβάλλον του. Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν τις ικανότητες, αλλά και τα όρια τους, και να παραμένουν ανοιχτοί σε μια διεργασία αυτογνωσίας που τους βοηθά να συνειδητοποιήσουν πώς επηρεάζονται από την αρρώστια, τον πόνο, την αναπηρία, το θάνατο και άλλες εμπειρίες που βιώνουν στα πλαίσια του χώρου της υγείας.⁸⁰

Λόγω των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών του καθενός από τα δύο βασικά ιατρικά πρότυπα, φαίνεται ότι κανένα από αυτά δεν μπορεί να προταθεί με αποκλεισμό του άλλου. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι επιλεκτικό και να αντλεί από το καθένα τα στοιχεία εκείνα που θεωρεί ότι είναι ωφέλιμα για κάθε περίπτωση ασθενούς.⁸¹

4.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κάθε επικοινωνία εμπεριέχει ένα νοηματικό περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση. Αναφέρεται στη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, αρρώστου και ιατρού, πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό, αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Μία συζήτηση αποτελεί σειρά μη διακοπτόμενων ανταλλαγών μηνυμάτων. Κάθε επικοινωνία μεταξύ δύο ατόμων έχει μια «ιστορία» και επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων που μπορεί να βασίζονται στις αρχές της ισότητας ή της ανισότητας. Η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία δύο ανθρώπων συλλαμβάνεται με μία ή και περισσότερες από τις πέντε αισθήσεις. Τα μηνύματα στην επικοινωνία μεταφέρονται από το ένα πρόσωπο στο άλλο με:

- 1) Τον προφορικό λόγο, το ρυθμό, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής.
- 2) Τη γλώσσα του σώματος, βλέμμα, χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου, στάση σώματος, τήρηση σωματικών αποστάσεων, σωματική επαφή, ντύσιμο.⁸²

⁸⁰ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ 23, ελληνικά γράμματα, 1999

⁸¹ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. Ν., ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική 82(1):44-56, 2002

⁸² ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ Δ, χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, σελ 103, Έλλην, Αθήνα 1998.

Έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των αρρώστων παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με την ικανότητα των γιατρών να εγκαθιστούν μη λεκτική επικοινωνία.⁸³

A. Η ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Στο λεκτικό επίπεδο οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον άρρωστο να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας υγείας του παρέχει τον κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται.

Αρχικά, οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν στον άρρωστο την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Έτσι, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μοιραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Οι κλειστές ερωτήσεις, αντίθετα, οδηγούν το άτομο να απαντήσει με μια ή δύο προκαθορισμένες λέξεις (ναι ή όχι) και μ' αυτό τον τρόπο περιορίζουν τη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, όπως για παράδειγμα, για τον προσδιορισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών.

Επίσης, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες δίνονται γενικές κατευθύνσεις στη συζήτηση και παρέχοντας την ευκαιρία επικέντρωσης σ' ένα συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, όταν τίθενται ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες ερωτήσεις, τότε οι απαντήσεις μπορεί να είναι συγκεχυμένες.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρείται ουδετερότητα σε όσα λέει ο άρρωστος και να αποφεύγονται σχόλια που επηρεάζουν το άτομο και προκαταλαμβάνουν την κατεύθυνση της συζήτησης. Οι ερωτήσεις που θέτει ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να επικεντρώνονται στο περιεχόμενο των θεμάτων που εκφράζει ο ασθενής.

Τέλος, η αποδοχή της σιωπής του αρρώστου μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Παρέχει στο άτομο το χρόνο και την ευκαιρία να έρθει σε επαφή με βαθύτερα συναισθήματα ή σκέψεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει σε αμηχανία το

⁸³ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. Ν., ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική, 82(1):44-56, 2002

προσωπικό υγείας που δυστυχώς παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το κενό.⁸⁴

B. Η ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Στο μη λεκτικό επίπεδο η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλον εξαρτάται από την άνεση που νιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η συχνότητα της αμοιβαίας οπτικής επαφής.

Η απόσταση μεταξύ δύο ατόμων, η θέση του καθενός και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλο. Εξίσου σημαντική είναι και η συμβολική χρήση του χώρου – για παράδειγμα το πώς ένα μέλος του προσωπικού παρεμβαίνει στο φυσικό και σωματικό χώρο του αρρώστου.

Η στάση, οι κινήσεις του σώματος και οι χειρονομίες δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής. Ταυτόχρονα εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή. Όταν η συναισθηματική διάθεση βρίσκεται σε συμφωνία με το λεκτικό περιεχόμενο, ενισχύονται τα λεγόμενα του ομιλητή, ενώ όταν διαφέρει, τα μηνύματα που μεταδίδονται είναι αντιφατικά, «διπλά» και λειτουργούν συγχυτικά στην επικοινωνία. Όταν το προσωπικό υγείας προσεγγίζει τον άρρωστο και ταυτόχρονα εκφράζει μέσα από το σώμα και τις κινήσεις του μια άνεση, τότε ενισχύει την αίσθηση εμπιστοσύνης και ασφάλειας του αρρώστου. Τα μηνύματα που ο επαγγελματίας εκπέμπει με το σώμα του δηλώνουν πόσο ενδιαφέρεται να ακούσει και πόσο προσεκτικά παρακολουθεί όσα εκφράζει ο άρρωστος.⁸⁵

⁸⁴ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. , Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.178-179, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα , 1999.

⁸⁵ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. , Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.177-178, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα , 1999.

4.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Διερευνώντας τη θεραπευτική σχέση μεταξύ προσωπικού υγείας – ασθενή ως μια κοινωνική σχέση, ανιχνεύονται οι κοινωνικές αξίες και ρόλοι, οι αντιλήψεις και πεποιθήσεις, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις, οι στάσεις και οι γνώμες που περιβάλλουν και παρεμβαίνουν στη σχέση αυτή. Η θεραπευτική σχέση μπορεί να αναλυθεί ως ένα σύστημα αναμενόμενων κοινωνικών συμπεριφορών.⁸⁶

Το είδος της αρρώστιας και η κατάσταση της υγείας του αρρώστου επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του προσωπικού και του αρρώστου. Όταν η πάθηση είναι χρόνια, αλλά σταθερή, ο άρρωστος είναι σε θέση να ενημερώνεται και να δημιουργεί νέες γνώσεις για τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να «υπερβαίνει» συχνά την επάρκεια του προσωπικού, να γίνεται ο ίδιος ειδικός του εαυτού του και να έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει συμπτώματα, ενδείξεις ή άλλα σημεία της αρρώστιας του. Η ιδιαιτερότητα αυτή είναι εκείνη που του επιτρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στη διαχείριση της σχέσης του με το προσωπικό υγείας.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη διαμόρφωση της σχέσης επαγγελματία υγείας- αρρώστου είναι ο χώρος στον οποίο επιχειρείται η αντιμετώπιση της αρρώστιας και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Ο παράγοντας αυτός είναι εκείνος που επηρεάζει, σε σημαντικό βαθμό, τη διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου που αναπτύσσονται μεταξύ προσωπικού – αρρώστου.

Η φύση της αρρώστιας και ο χώρος θεραπείας και φροντίδας αποτελούν τους ισχυρότερους παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο τη σχέση του προσωπικού με τον άρρωστο. Οι παράγοντες αυτοί είναι που δημιουργούν τις διαφοροποιήσεις των σχέσεων της ενεργητικότητας / παθητικότητας, της καθοδήγησης / συνεργασίας ή της αμοιβαίας συμμετοχής.

Όμως δεν είναι μόνο αυτοί οι παράγοντες που ασκούν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ προσωπικού και αρρώστων. Οι αντιλήψεις που έχουν οι λειτουργοί υγείας, για την αρρώστια και τον άρρωστο, τα στοιχεία της προσωπικότητας του αρρώστου καθώς και άλλοι κοινωνικοί προσδιοριστές

⁸⁶ ΣΑΡΡΗΣ Μ, Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 239, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου από τους νοσηλευτές, όπως και από τους γιατρούς παρ' όλο που υποτίθεται ότι δεν πρέπει να την επηρεάζουν.

Η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας καθορίζεται από ιδιαίτερους κανόνες. Η εκπαίδευση του έχει προσδώσει στον ίδιο μια ορισμένη εικόνα της κοινωνίας και του ασθενή. Με την εικόνα του λειτουργού υγείας συνδέονται αξίες όπως γνώση, ισχύς, κύρος και κοινωνική αναγνώριση. Παρεμβαίνει σε μία κατάσταση κρίσης, αναλαμβάνοντας, παράλληλα, την ευθύνη της αποτελεσματικής της διαχείρισης. Οι άνθρωποι προσφεύγουν σε αυτόν γιατί προσδοκούν τη θεραπεία τους και ενίοτε την ίαση των προβλημάτων υγείας τους.

Μαρτυρίες ασθενών αλλά και η εμπειρία από την καθημερινότητα του τρόπου παροχής φροντίδας υπογραμμίζουν τη διαπίστωση ότι η συμπεριφορά και η στάση των λειτουργών υγείας επηρεάζεται και από κοινωνικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Η ηλικία: Οι γηραιότεροι άρρωστοι συχνά «αγνοούνται» ή παραμελούνται έναντι των νεότερων.

2. Η κοινωνική θέση: Οι άρρωστοι από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις συνήθως λαμβάνουν λιγότερη προσοχή, συμπάθεια ή εξυπηρέτηση.

3. Το φύλο: Οι ενήλικοι άνδρες, ιδίως της παραγωγικής ηλικίας, ενημερώνονται καλύτερα και δέχονται με διαφορετικό τρόπο την νοσηλευτική φροντίδα έναντι των γυναικών.

4. Η φυλετική καταγωγή: Οι άρρωστοι με διαφορετική φυλετική καταγωγή υφίστανται συχνά «λεπτές» φυλετικές διακρίσεις στη φροντίδα υγείας έναντι των άλλων της πλειοψηφούσας ή «υπερέχουσας» φυλετικής σύνθεσης του πληθυσμού⁸⁷.

Η συμπεριφορά του αρρώστου συνδέεται με πολιτισμικά πρότυπα, με αξίες, με την κοινωνική τάξη ή ομάδα στην οποία ανήκει, με τις κοινωνικές θέσεις και τους κοινωνικούς ρόλους, των οποίων είναι φορέας. Ένα άτομο δεν είναι άρρωστο

⁸⁷ Μ. ΣΑΡΡΗΣ , Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 239, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

οπουδήποτε, εκτός ορίων, εκτός χώρου και χρόνου. Αντίθετα, βρίσκεται, πάντοτε, μέσα σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό, θεσμικό και κοινωνικό πλαίσιο.⁸⁸

Ο Parsons, στηριζόμενος στη διαπίστωση ότι η αρρώστια δημιουργεί προβλήματα τόσο στον ίδιο τον άρρωστο, όσο και στην κοινωνική διάρθρωση και τάξη, υποστήριξε την άποψη ότι η αρρώστια συνιστά ένα κοινωνικό πρόβλημα στο πλαίσιο του οποίου αναδύονται κοινωνικοί ρόλοι. Οι ρόλοι αυτοί που ασκούνται μέσα και γύρω από την θεραπευτική σχέση, εκφράζονται κυρίως με τέσσερις όψεις.

1. Οι άρρωστοι απαλλάσσονται από τις συνήθειες, υποχρεώσεις τους.
2. Οι άρρωστοι θεωρούνται από τους άλλους, αλλά και από τους εαυτούς τους αδύναμοι και ανήμποροι να ανακάμψουν, στηριζόμενοι στις δικές τους δυνάμεις και προσπάθειες.
3. Οι άρρωστοι οφείλουν να επιθυμούν την επιστροφή στην προ της εκδήλωσης της νόσου, φυσιολογική κατάσταση της υγείας τους, αντιμετωπίζοντας την αρρώστια και τις τυχόν επιπλοκές της.
4. Οι άρρωστοι οφείλουν να αναζητούν ιατρική φροντίδα και να συνεργάζονται με τον γιατρό για την αντιμετώπιση της αρρώστιας τους.

Ο ρόλος του αρρώστου είναι επομένως συμπληρωματικός του ρόλου του επαγγελματία υγείας, ο οποίος είναι υποχρεωμένος να διασφαλίσει την προς αυτόν εκχώρηση από τον άρρωστο σημαντικού μέρους της ζωής του. Η διαχείριση της σχέσης προσωπικού υγείας – αρρώστου, η αντιμετώπιση της αρρώστιας και οι ρόλοι που αναπτύσσονται, μέσω αυτής, καθορίζονται, σε μεγάλο βαθμό, από την συμπεριφορά του προσωπικού, δεδομένης της ισχύος που διαθέτει.⁸⁹

⁸⁸ Μ. ΣΑΡΡΗΣ , Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 239, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

⁸⁹ ΣΑΡΡΗΣ Μ , Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, σελ 145, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.

4.5 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η Διακήρυξη για τα δικαιώματα του ασθενούς απευθύνεται σε υγειονομικούς και πολίτες και έχει σαν βασικό σκοπό τη βελτίωση της συνεργασίας τους σε θέματα που αφορούν την υγεία και την ασθένεια.⁹⁰ Σαν ένα τέτοιο εργαλείο θεωρώ ότι θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί στο κεφάλαιο αυτό.

Σύμφωνα με το άρθρο 47 του Νόμου 2071 / 1992 τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς είναι:

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, 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 του πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ.3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν

⁹⁰ ΛΙΟΝΗΣ Χ., ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Φ, ΣΑΡΟΥΛΑΚΗ Ν, Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 8,τεύχ.4, 1996

ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.⁹¹

4.6 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα δικαιώματα του χρόνιου ασθενή είναι:

- Δικαίωμα να υπάρχουν οι απαραίτητες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του.
- Δικαίωμα να αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες υγείας με ολιστική προσέγγιση.
- Δικαίωμα να του παρέχεται χρόνος για συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας.
- Δικαίωμα στην ενημέρωση για τα στάδια της ασθένειας του, τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση τους.
- Δικαίωμα συναπόφασης στη θεραπεία και στη φροντίδα.
- Δικαίωμα πληροφόρησης για εναλλακτικές μορφές θεραπείας.
- Δικαίωμα για υποστήριξη από το κράτος.⁹²

⁹¹ <http://lawbd.intrasoftnet.com>

⁹² ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ Δ, Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα,σελ30,Έλλην,1998

4.7 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο ασθενής ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας έχει τις ακόλουθες υποχρεώσεις.

- Την υποχρέωση να υιοθετεί υγιεινούς τρόπους ζωής, όπως η άσκηση, η υγιεινή διατροφή και η αποφυγή του καπνίσματος, έτσι ώστε να μεγιστοποιεί την υγεία του και να βελτιώνει την καλή φυσική του κατάσταση.
- Την υποχρέωση να συμμετάσχει σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.
- Την υποχρέωση να συνεργάζεται με τον γιατρό του , ώστε να δημιουργηθεί ένα κοινά αποδεκτό θεραπευτικό πρωτόκολλο.
- Την υποχρέωση να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση σχετικά με το ιατρικό του ιστορικό και να εκφράζει καθαρά τις ανάγκες του και τη θέληση του.
- Την υποχρέωση να χρησιμοποιεί το σύστημα των παραπόνων και των επιτροπών εμπειρογνομόνων για να εκφράσει τη δυσαρέσκεια του από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας .
- Την υποχρέωση να αποφεύγει ασθένειες που είναι γνώστης ότι μπορούν να είναι μεταδοτικές.
- Την υποχρέωση να αναγνωρίζει ότι η ιατρική επιστήμη έχει όρια και ότι βρίσκετε σε διαρκή εξέλιξη.
- Το ιατρικό προσωπικό είναι άνθρωποι με όλα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχει και ο ασθενής και μπορούν να κάνουν λάθη όπως και αυτός.
- Την υποχρέωση να σέβεται το ιατρικό και άλλο προσωπικό υγείας και τους άλλους ασθενείς.
- Την υποχρέωση να είναι συνεπής ως προς τις όποιες οικονομικές εκκρεμότητες του με το σύστημα υγείας.
- Την υποχρέωση να τηρεί τους όρους λειτουργίας και διαχείρισης ενός συστήματος υγείας, δημόσιου ή ιδιωτικού.
- Την υποχρέωση να αναφέρει όποιες περιπτώσεις μη επαγγελματικής και μη δεοντολογικής συμπεριφοράς από τους γιατρούς, και άλλο ιατρικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό.⁹³

⁹³ <http://lawbd.intrasoftnet.com>

5. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

5.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν, οι αξιολογήσεις της ποιότητας βασίζονταν αποκλειστικά στην άποψη του προσωπικού. Σήμερα, όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.⁹⁴

Η ποιότητα αποτελεί θέμα αυξανόμενης σπουδαιότητας για τον τομέα της υγείας. Συγχρόνως η παροχή μιας φροντίδας ποιότητας αποτελεί ένα ευρύτερο πρόβλημα⁹⁵. Στο χώρο της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας αποσκοπεί στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης περίθαλψης και φροντίδας με διαδικασίες που να σέβονται την ανθρώπινη οντότητα και που να κατοχυρώνουν την ορθολογική κατανομή των πόρων.⁹⁶

Ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος αλλά και υποκειμενικός. Για τις υπηρεσίες υγείας ο Thomson όρισε την ποιότητα ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενή, το κόστος και την αποτελεσματικότητα. Επίσης ο Αμερικανός Α. DONABEDIAN, πρωτοπόρος σε θέματα ποιότητας, διαμόρφωσε μεταξύ των άλλων τον κλασσικό ορισμό της ποιότητας ως «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του

⁹⁴ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Α, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ, Ικανοποίηση ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες:Βιβλιογραφική ανασκόπηση,Νοσηλευτική37(1):4-26,1998

⁹⁵NELSON R.A. Η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. Επιθεώρηση Υγείας,7,5:23,44,1996

⁹⁶BARIC L:Αξιολόγηση και διασφάλιση ποιότητας στην προαγωγή και αγωγή υγείας. Νέα Γενιά,19:12,1998

ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης»⁹⁷

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας είναι ένα σημαντικό θέμα. Οι ασθενείς απαιτούν να είναι πληροφορημένοι και το σύστημα υγείας κριτικάρεται δημόσια και αμφισβητείται. Επιπλέον καθώς το κόστος της φροντίδας υγείας αυξάνεται ραγδαία, είναι αναγκαίο ένα καλά αναπτυγμένο σύστημα πληροφοριών για τη μέτρηση της ποιότητας.⁹⁸

Ένας από τους πλέον σύγχρονους τρόπους διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο νοσοκομειακό χώρο είναι η αποτύπωση της γνώμης των νοσηλευόμενων ασθενών που δέχονται τις υπηρεσίες. Η αποτύπωση της γνώμης σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, πραγματοποιείται με δομημένα ερωτηματολόγια, τα οποία επιχειρούν να μετρήσουν την ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας. Η αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή, που αποτελεί συστατικό στοιχείο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, είναι η πλέον βασική μεταβλητή που λαμβάνεται υπ' όψη στις αλλαγές διοίκησης και διαχείρισης που πραγματοποιούν σήμερα τα περισσότερα συστήματα υγείας.⁹⁹

5.2 ΟΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας στη δυναμική βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης όπου πολλοί προμηθευτές βρίσκονται αντιμέτωποι με τις τέμνουσες δαπάνες ενώ διατηρούν τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Οι ασθενείς οι εργοδότες, οι επιχειρησιακές ομάδες, τα σχέδια υγείας και οι ασφαλιστές διερευνούν την παράδοση της φροντίδας, την ποιότητα και την προοπτική κόστους. Στο σημερινό περιβάλλον της ρυθμισμένης φροντίδας, με το μικρότερο μήκος παραμονής και τον αυξανόμενο αριθμό εξωτερικών ασθενών, οι προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης ανταγωνίζονται για να διατηρήσουν μια ισχυρή βάση ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα οργανικό συστατικό στον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος

⁹⁷ΠΛΑΤΗ Χ, ΠΡΙΑΜΗ Μ. Εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα υγείας: τάσεις και προοπτικές. Νοσηλευτική.2:100-106,1997

⁹⁸ΚΡCΖΑΛ Α. Quality definition by different interest groups. Hospitals Management Inter.σελ 83-85,1996

⁹⁹ΝΙΑΚΑΣ Δ, ΓΑΡΔΕΛΗΣ Χ, Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, Ιατρική,77(5):464-470,2000

και τις υπηρεσίες.¹⁰⁰ Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι μια σύνθετη στοιχειώδης εργασία απαιτεί απλά ένα σχετικό ερωτηματολόγιο και τα αποτελέσματα.¹⁰¹

Ο A.DONABEDIAN ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί ένα δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. τη δεκαετία του '50 και ακολούθησαν άλλες μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία τη δεκαετία του '60.

Στο μεσοδιάστημα από τα τέλη της δεκαετίας του '60 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70, περίπου 200 έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών πραγματοποιήθηκαν στην Μεγάλη Βρετανία.¹⁰²

Τα τελευταία χρόνια οι σχετικές έρευνες σε διεθνή κλίμακα έχουν πολλαπλασιαστεί και πολλές από αυτές αποσκοπούν στη δημιουργία μιας δεξαμενής πληροφοριών, η οποία μπορεί να κινητοποιήσει τους μηχανισμούς παρέμβασης για τη βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας των φροντίδων υγείας, όπως επίσης να προάγει την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας. Ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Δυτική Ευρώπη, τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται ενδιαφέρουσα επιστημονική δραστηριότητα προς αυτή την κατεύθυνση. Η στάση των καταναλωτών υγείας απέναντι στη συμπεριφορά των γενικών και ειδικών γιατρών παρουσιάζει ενδιαφέρον και έχει αποτιμηθεί η ιατρική επιστημονική διαχειριστική και οικονομική συμπεριφορά των γιατρών σε σχέση με το κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο των ασθενών ή ακόμα συσχετίζουν την ικανοποίηση με το εισόδημα.¹⁰³

Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν έχουν επισημανθεί μελέτες ή έρευνες που σχετίζονται με τη διερεύνηση της στάσης των καταναλωτών υγείας ή τη μέτρηση της

¹⁰⁰ www.hrsolutionsinc.com/ov/overture-pss.htm

¹⁰¹ www.aaos.org/wordhtml/mndcare/patsatis.htm

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

¹⁰³ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. σελ 22, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994

ικανοποίησης.¹⁰⁴ Δυστυχώς, στη χώρα μας η βασική αυτή μεταβλητή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν έχει ακόμη συστηματικά διερευνηθεί, παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από το σύστημα υγείας.¹⁰⁵

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια συσχέτισης των αποτελεσμάτων από τις έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών στα διάφορα νοσοκομεία

5.3 ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Η μελέτη βασίζεται σε προκαταρκτική έρευνα και συνιστά την πρώτη απόπειρα στον ελληνικό χώρο προς την κατεύθυνση αυτή. Η έρευνα αποσκοπεί να αναδείξει πλευρές των νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και ταυτόχρονα να συμβάλει στην ανάδειξη τέτοιων μετρήσεων ως χρήσιμων διαδικασιών καθημερινής χρήσης, ώστε με τις πληροφορίες που παρέχονται να παρακινούν τα διευθυντικά στελέχη για βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγιο, το οποίο λήφθηκε ταυτόχρονα σε τυχαίο δείγμα νοσοκομειακού πληθυσμού 583 ατόμων από 17 νοσηλευτήρια της επικράτειας. Το ερωτηματολόγιο 24 ερωτήσεων, ήταν ανώνυμο και κλειστού τύπου.¹⁰⁶

Από την έρευνα συνάγεται ότι ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών διαφοροποιείται στα διάφορα διαμερίσματα της χώρας και επίσης διαφοροποιούνται οι διάφορες συνιστώσες των νοσοκομειακών υπηρεσιών στο ιατρικό, νοσηλευτικό, ξενοδοχειακό και διοικητικό επίπεδο.

Είναι αξιοσημείωτο ότι επιβεβαιώνονται εμπειρικές διαπιστώσεις σχετικά με το χαμηλό δείκτη ικανοποίησης σε βασικές νοσοκομειακές λειτουργίες, όπως κατάσταση

¹⁰⁴ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. σελ 20, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994

¹⁰⁵ ΝΙΑΚΑΣ Δ, ΓΑΡΔΕΛΗΣ Χ, Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, Ιατρική, 77(5):464-470, 2000

¹⁰⁶ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. σελ 12, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994

θαλάμου, διατροφή, καθαριότητα, επικοινωνία, οργάνωση κ. τ. λ, ενώ ο δείκτης από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι υψηλού βαθμού.¹⁰⁷

5.4 ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΕΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με δημογραφικά- κοινωνικά στοιχεία, παραδιδόταν κατά την έξοδο ασθενών και επιστρεφόταν, από όσους το επιθυμούσαν συμπληρωμένο μέσω ταχυδρομείου. Συγκεντρώθηκαν 300 πλήρη ερωτηματολόγια, ένα μέγεθος δείγματος ικανοποιητικό, αφού αντιπροσώπευε το 1% των νοσηλευθέντων ασθενών για ένα χρόνο.

Τα συμπεράσματα από την έρευνα αυτή δείχνουν ότι οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι ικανοποιημένοι με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με παρεμβάσεις μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης.¹⁰⁸

5.5 ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Η έρευνα αυτή στηρίχθηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Αθήνας. Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούσαν στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και τη μέτρηση ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα

¹⁰⁷ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. σελ 22, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994

¹⁰⁸ ΝΙΑΚΑΣ Δ, ΓΑΡΔΕΛΗΣ Χ, Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, Ιατρική, 77(5):464-470, 2000

προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.¹⁰⁹

Όπως παρατηρούμε, λοιπόν, από μια σειρά δημοσιευμένων εργασιών ικανοποίησης ασθενών στον Ελληνικό χώρο είναι γεγονός ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η σύγχρονη λειτουργία τους, τα αποτελέσματα των ερευνών συνηγορούν, σε μεγάλο βαθμό στο αντίθετο.

Σε αντιδιαστολή με τα αποτελέσματα των προηγούμενων ερευνών, η ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτή προκύπτει από ευρωπαϊκές έρευνες που αφορούν όμως το γενικό πληθυσμό, εμφανίζεται να είναι χαμηλού βαθμού. Η χαμηλή ικανοποίηση του Ελληνικού γενικού πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας που παρουσιάζεται μεταξύ των ευρωπαϊκών πολιτών, σχετίζεται ίσως με τις απόψεις – στάσεις του γενικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει ως δυνητικός χρήστης όλες τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές και όχι με την παροχή εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών που ερευνούν οι παρούσες μελέτες.¹¹⁰

5.6 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ QUEENSLAND

Με σκοπό να ερευνηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών για τη φροντίδα και τη θεραπεία που παρέχεται από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία του Queensland, μια πιλοτική έρευνα για την ικανοποίηση ασθενών διεξήχθη εκ μέρους του Οργανισμού Υγείας στο Queensland, τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο του 2001. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα ήταν αυτοί που πέρασαν τουλάχιστον μία νύχτα στα νοσοκομεία που συμμετείχαν στην έρευνα κατά τη

¹⁰⁹ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΔΟΥΛΓΕΡΑΣ Α, ΚΟΝΤΟΣ Δ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα:αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας,14(3):114-118,2002

¹¹⁰ ΝΙΑΚΑΣ Δ, ΓΑΡΔΕΛΗΣ Χ, Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας,Ιατρική,77(5):464-470,2000

διάρκεια Μαΐου – Ιουνίου 2001 και είχαν πάρει εξιτήριο για το σπίτι τους. Τυχαίο δείγμα ασθενών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα έλαβαν ταχυδρομικώς ένα ερωτηματολόγιο το οποίο ήταν σχεδιασμένο για να εκτιμήσει τις αντιλήψεις για συγκεκριμένες πλευρές της νοσοκομειακής φροντίδας. Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν ανώνυμα.

Συνολικά 23.644 ερωτηματολόγια ταχυδρομήθηκαν σε ασθενείς με διαμονή μιας νύχτας, που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας στα συμμετέχοντα (στην έρευνα) δημόσια νοσοκομεία στο Queensland. Επιστράφηκαν και επεξεργάστηκαν 10.414 έγκυρα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Είκοσι επτά ξεχωριστές ερωτήσεις νοσοκομειακής φροντίδας ποίκιλλαν από υπηρεσίες πριν την εισαγωγή έως τις υπηρεσίες διακανονισμού μετά το εξιτήριο.

Συνολικά μπορεί να ειπωθεί ότι τα δημόσια νοσοκομεία στο Queensland παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα για την υγεία. Οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την παραμονή τους και βαθμολογούν συγκεκριμένους τομείς της φροντίδας ευνοϊκά. Η περιοχή με την καλύτερη απόδοση των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι οι γενικές πληροφορίες στους ασθενείς και η πιο αδύναμη είναι αυτή της εξόδου και το τι ακολουθεί μετά. Σύμφωνα με συγκεκριμένες πλευρές της νοσοκομειακής φροντίδας εξαιρετική απόδοση είναι προφανής για τις αντιλήψεις για τη στάση του προσωπικού που του απευθύνθηκε λόγος πριν την εισαγωγή, τη στάση του προσωπικού στην εισαγωγή, την εξυπηρητικότητα του προσωπικού και την καθαριότητα των δωματίων. Όμως, η επανατροφοδότηση των ασθενών είναι λίγο λιγότερο ευνοϊκή γύρω από τις εξηγήσεις των παρενεργειών των φαρμάκων, την εξήγηση των διαδικαστικών του νοσοκομείου, ξεκούραση στα νοσοκομεία, τα γεύματα, φύλαξη της ιδιωτικής ζωής και τις υπηρεσίες και τη φροντίδα που κανονίζεται για μετά το εξιτήριο.¹¹¹

5.7 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΣΙΔΝΕΥ

Η έρευνα σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και πραγματοποιήθηκε μεταξύ Ιουνίου – Οκτωβρίου 1993 στο χειρουργικό θάλαμο. Εκατό ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τυχαία στους ασθενείς στο θάλαμο. Το ερωτηματολόγιο αποτελέστηκε από 24 ερωτήσεις που στην πλειοψηφία τους ήταν

¹¹¹ www.health.qld.gov.au/quality/publications/patientsatisfactionreport.pdf

κλειστές ερωτήσεις. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι οι απαντήσεις θα παρέμεναν ανώνυμες.

Συνολικά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει στους ασθενείς ικανοποιητικές εξηγήσεις και την εκπαίδευση στους περισσότερους τομείς. Ακόμη τόνισαν την ανάγκη να αυξηθεί η συμμετοχή των ασθενών / οικογενειών τους στο θάλαμο τις περιόδους επικοινωνίας και εκπαίδευσης.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο θάλαμο είναι το επίπεδο του θορύβου. Ο μεγάλος αριθμός καταγγελιών των ασθενών που λαμβάνονται για το επίπεδο θορύβου του θαλάμου δείχνει την ανάγκη για την προσοχή σε αυτό το πρόβλημα.¹¹²

5.8 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗ ΒΙΚΤΟΡΙΑ

Η έρευνα αυτή περιλαμβάνει 92 δημόσια νοσοκομεία στη Βικτόρια . Στοχεύει να παρέχει μια ακριβή αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Οι συγκεκριμένοι στόχοι της έρευνας για την ικανοποίηση των ασθενών είναι: η μέτρηση της γενικής ικανοποίησης των ασθενών, η εκτίμηση της γενικής φροντίδας που έλαβαν, η ανατροφοδότηση σε συγκεκριμένες πτυχές της παραμονής τους στο νοσοκομείο που περιλαμβάνει: την αποδοχή του χρόνου παραμονής για την εισαγωγή, την επάρκεια των πληροφοριών στην εισαγωγή, την ευγένεια και επικοινωνία των γιατρών και νοσοκόμων, τη διαθεσιμότητα γιατρών, και νοσοκόμων, την ευγένεια του μη – ιατρικού προσωπικού, τη συμπόνια όλου του προσωπικού, την καθαριότητα των δωματίων, την αναπνευστική ατμόσφαιρα, την ποιότητα του φαγητού, τα παράπονα για το νοσοκομείο και την προθυμία για επιστροφή στο ίδιο νοσοκομείο.

Συνολικά, υπάρχουν πολλά ισχυρά αποτελέσματα και μερικές περιοχές που προσδιορίζονται για την περαιτέρω βελτίωση. Τα ισχυρά αποτελέσματα είναι ξεχωριστά στις εκτιμήσεις για την γενική προσοχή, τη συμπνετική, την τοποθέτηση όλου του προσωπικού, τον τρόπο και την επικοινωνία γιατρών και νοσοκόμων, τις διαδικασίες για την εισαγωγή και αποδοχή που παρέχονται στους ασθενείς που χρειάζονται βοήθεια στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες. Πολλά

¹¹² www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1995/a03.html

αποτελέσματα δείχνουν ότι το περισσότερο προσωπικό που εργάζεται στα Βικτοριανά δημόσια νοσοκομεία εκτελεί τα καθήκοντα του σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Οι περιοχές που προσδιορίζονται για την αναθεώρηση ή την πιθανή βελτίωση περιλαμβάνουν την επικοινωνία με τους νεώτερους ασθενείς (ιδιαίτερα άτομα 18 – 24 ετών), την ενημέρωση στην απαλλαγή, την επικοινωνία με τους ασθενείς χειρουργικών επεμβάσεων μη – έκτακτης ανάγκης για τον πιθανό πόνο, τις διαδικασίες και τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης, την έλλειψη αναπνευστικής ατμόσφαιρας στους θαλάμους, το χρόνο αναμονής για την άφιξη των ασθενών και μερική μεταβλητότητα στα πρότυπα καθαριότητας και στα γεύματα.

Υπάρχουν μερικά σημάδια ότι οι θελκτικότητες και οι δυνατότητες δεν συναντούν τις προσδοκίες σε μερικά νοσοκομεία και μπορεί να απαιτήσουν πρόσθετα στοιχεία συμπεριφοράς και εξοπλισμό για βελτίωση. Εντούτοις, αρκετές από τις περιοχές που τονίζονται για τη βελτίωση δεν πρέπει να απαιτήσουν τη σημαντική είσοδο των στοιχείων συμπεριφοράς για να κάνουν τη βελτίωση, ιδιαίτερα στις περιοχές παροχής επικοινωνίας και πληροφοριών.

Εάν οι περιοχές για τη βελτίωση που σημειώνεται μπορούν να ενεργήσουν αποτελεσματικά, τα γενικά επίπεδα για την ικανοποίηση των ασθενών είναι πιθανό να αυξηθούν.¹¹³

¹¹³ www.dhs.vic.gov.au/ahs/archive/patsat/4.htm

ΜΕΡΟΣ 2^ο

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1.ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφεί από τους ίδιους τους χρήστες υγείας με χρόνια νόσο η παρεχόμενη φροντίδα και να αξιολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες στο ΠΑ.Γ.Ν.Η. Επίσης η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την νοσοκομειακή τους περίθαλψη.

6.2.ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα εκπονείται στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, όπως προβλέπεται από το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης. Μέσα από τη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών/νοσηλευομένων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του ΠΑ.Γ.Ν.Η επιδιώκεται η προσέγγιση του θέματος της ικανοποίησης των ασθενών και της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Με αυτό τον τρόπο η μελέτη αυτή θα βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και στον προσδιορισμό των ευκαιριών για βελτίωση.

6.3 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ Ή ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Οι βασικές υποθέσεις που επιδιώκονται να εξεταστούν μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι οι εξής:

Α. Οι ασθενείς υγείας με χρόνια νόσο είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια εισαγωγής τους σε κλινικές του ΠΑ.Γ.Ν.Η

Β. Το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν κατά τη διάρκεια εισαγωγής τους στο νοσοκομείο.

Η επαλήθευση ή η διάψευση των παραπάνω υποθέσεων θα αποδειχθεί μέσα από τα αποτελέσματα των ερευνητικών δεδομένων και κατ' επέκταση την επεξεργασία τους.

6.4. ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ΠΑ.Γ.Ν.Η σε κλινικές όπου νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια νόσο (καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα) κατά τη διάρκεια από 1 Οκτωβρίου- 31 Οκτωβρίου 2003. Εκατό έντεκα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τυχαίο δείγμα ασθενών που νοσηλεύονταν στις παρακάτω κλινικές:

- Παθολογική Ογκολογική Κλινική (ΠΟΓΚ)
- Χειρουργική Ογκολογική Κλινική (ΧΟΓΚ)
- Νευρολογική Κλινική
- Νεφρολογική
- Ρευματολογική
- Τμήμα Νεφρού
- Τμήμα Περιτοναϊκής Κάθαρσης

Οι ασθενείς ενημερώθηκαν γραπτά και δέχτηκαν να πάρουν μέρος στη διαδικασία της έρευνας απαντώντας στις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε μετά το τέλος της νοσηλείας τους και όταν πλέον είχαν πάρει εξιτήριο.

6.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία περιλάμβαναν κυρίως κλειστές ερωτήσεις. Τα ερωτηματολόγια βασίστηκαν σε έρευνα που έγινε για την ικανοποίηση των ασθενών στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο και ιατρικό κέντρο STONY BROOK της Νέας Υόρκης. Το ερωτηματολόγιο(εργαλείο έρευνας Satisfaction Measurement) για να χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα πήρε ειδική άδεια από την PRESS GANEY ,2000 PRESS, Ganey Associates INC, All Rights Reserved CL#0000<IN0001-00-GK-00/00 ο κ.Λιονής αναπληρωτής καθηγητής κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής πανεπιστημίου Κρήτης και αναπληρωτής

Διευθυντής ΠΕ.Σ.Υ.Π Κρήτης. Από τον κ. Λιονή δόθηκε άδεια για να χρησιμοποιήσουμε το ερωτηματολόγιο στην παρούσα έρευνα.

6.6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την πραγματοποίηση της έρευνας αντιμετωπίσα δυσκολίες καθώς απευθύνθηκα σε άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο και η σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση δεν ήταν καλή. Έτσι 20 από τους ασθενείς αρνήθηκαν να απαντήσουν επειδή δεν ένιωθαν καλά ή βιάζονταν για να φύγουν.

Όσον αφορά την πρόσβαση μου στις κλινικές δεν αντιμετωπίσα κανένα πρόβλημα καθώς είχα σχετική έγκριση από το Διοικητή και το Συμβούλιο Διοίκησης του Νοσοκομείου για τη Διεξαγωγή της έρευνας.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Έπειτα από ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα.

7.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα αποτελείται από 111 ασθενείς χρήστες των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν οι κλινικές χρόνιων παθήσεων του ΠΓΝΗ. Ο αριθμός των ασθενών από κάθε Κλινική επιλέχτηκε με βάση την δυναμικότητα της. Οι κλινικές αυτές είναι Τμήμα Νεφρού (24,3% των περιπτώσεων του δείγματος), Παθολογική Ογκολογική Κλινική (ΠΟΓΚ, 22,4%), Χειρουργική Ογκολογική Κλινική (ΧΟΓΚ, 16,2%), Νευρολογική Κλινική (14,4%), Αιματολογική (9%), ενώ το υπόλοιπο 13,5% του δείγματος μοιράζεται στις Νεφρολογική, ΣΦΠΚ και Ρευματολογική Κλινική.

Κλινική

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Νεφρολογική	6	5,4
Νευρολογική	16	14,4
Ρευματολογική	3	2,7
Αιματολογική	10	9,0
Τμήμα νεφρού	27	24,3
ΣΦΠΚ	6	5,4
ΠΟΓΚ	25	22,5
ΧΟΓΚ	18	16,2
Σύνολο	111	100,0

Οι ασθενείς που αποτελούν το δείγμα είναι 59 γυναίκες ποσοστό που καλύπτει το 53,2% και 52 άνδρες με ποσοστό 46,8%

Φύλο			Ηλικία		
	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %		Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Ανδρας	52	46,8	0 - 24	6	5,4
Γυναίκα	59	53,2	25 - 34	16	14,4
Σύνολο	111	100,0	35 - 44	8	7,2
			45 - 54	6	5,4
			55 - 64	26	23,4
			65 και άνω	49	44,1
			Σύνολο	111	100,0

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα οι ηλικίες των ερωτώμενων ποικίλουν. Το 67,5% έχουν ηλικία 55 ετών και πάνω. Πιο συγκεκριμένα, το 44,1% του δείγματος είναι 65 ετών και πάνω, το 23,4% είναι 55 – 64, το 5,4% είναι 45-54 ετών, 7,2% 35-44 ετών, το 14,4% 25-34 ετών και το 5,4% από 0-24 ετών.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι έγγαμοι (73,9%), δεκατρία άτομα (11,7%) βρίσκονται σε χηρεία, δύο άτομα (1,8%) έχουν χωρίσει, ενώ 12,6% δεν έχει παντρευτεί ποτέ.

Οικονομική κατάσταση

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ καλή	3	2,7
Καλή	22	19,8
Μέτρια	67	60,4
Κακή	14	12,6
Πολύ κακή	5	4,5
Σύνολο	111	100,0

Σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ασθενών, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος 67 άτομα (60,4%) έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση, 22 από αυτούς (19,8%) έχουν καλή, 3 με ποσοστό 2,7% πολύ καλή, 14 ερωτώμενοι (12,6%) κακή και 5 άτομα (4,5%) πολύ κακή

Εκπαιδευτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Αναλφάβητος	18	16,2
Απόφοιτος Δημοτικού	52	46,8
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	13,5
Απόφοιτος Λυκείου	13	11,7
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	5	4,5
Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	4	3,6
Άλλο	4	3,6
Σύνολο	111	100,0

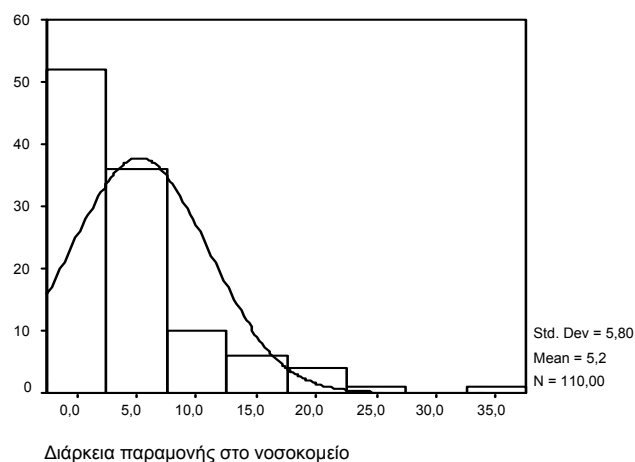
Η πλειοψηφία των ασθενών ποσοστό 46,8% (52 άτομα) είναι απόφοιτοι του Δημοτικού ενώ οι αναλφάβητοι καλύπτουν το 16,2% του δείγματος (18 άτομα). Απόφοιτοι του Γυμνασίου παρουσιάσθηκαν 15 άτομα με ποσοστό 13,5%, λυκείου 13 άτομα (11,7%) και 9 άτομα είναι απόφοιτοι ανώτερων και ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με συνολικό ποσοστό στο δείγμα 8,1% ενώ 4 άτομα δήλωσαν ότι έχουν αποφοιτήσει από κάποια άλλη σχολή.

Ασφαλιστικός Φορέας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Ι.Κ.Α.	39	35,1
Ο.Γ.Α.	53	47,7
Τ.Ε.Β.Ε.	2	1,8
Δημόσιο	11	9,9
Άλλο	6	5,4
Σύνολο	111	100,0

Ο πιο συνήθης ασφαλιστικός φορέας είναι ο Ο.Γ.Α. (47,7%), ενώ μεγάλο επίσης μέρος του δείγματος είναι ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α. (35,1%).

Ο μέσος χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο των ασθενών που ερωτήθηκαν είναι 5,23 ημέρες, με ελάχιστη παραμονή 1 ημέρα και μέγιστη παραμονή 34 ημέρες. Όπως φαίνεται και στο παρακάτω ιστόγραμμα, μεγάλες συχνότητες παρατηρούνται στις 0 έως 5 ημέρες, το οποίο εξηγείται από το γεγονός ότι σχεδόν ένας στους τρεις από τους ασθενείς που ρωτήθηκαν είναι από το Τμήμα Νεφρού. Επίσης μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων (76%) δήλωσε ότι δεν νοσηλεύτηκε για πρώτη φορά στο ΠΓΝΗ και σχεδόν το 37% έκανε έκτακτη εισαγωγή στο νοσοκομείο.



Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις συχνότητες των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση που αφορούσε στην κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με τους συνομήλικούς τους.

Κατάσταση της υγείας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ καλή	3	2,7
Καλή	26	23,4
Κανονική	37	33,3
Κακή	32	28,8
Πολύ κακή	13	11,7
Σύνολο	111	100,0

Ένας στους τρεις δήλωσε ότι θεωρεί την κατάσταση της υγείας του 'Κανονική', ενώ περίπου 23% θεωρούν την υγεία τους καλή και 2,7% πολύ καλή, σε σχέση με τους συνομήλικούς τους. Οι ασθενείς που δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι σε κακή κατάσταση, πλησιάζουν το 29%, ενώ 11,8% θεωρούν ότι η υγεία τους είναι σε πολύ κακή κατάσταση.

Όσο αφορά την πληροφόρηση για σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και τη δωρεά οργάνων, οι απαντήσεις ήταν αρνητικές στην πλειοψηφία, με 91% και 94% αντίστοιχα.

7.2 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Κοιτώντας τους πίνακες των συχνοτήτων των απαντήσεων παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία των ερωτήσεων οι χρήστες είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι κλινικές του ΠΓΝΗ. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις συχνότητες αυτές για όλες τις ειδικές ερωτήσεις.

Ποσοστό (%) συχνοτήτων των απαντήσεων στις ειδικές ερωτήσεις	Πολύ ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Ουδέτερος	Δυσανεστημένος	Πολύ Δυσανεστημένος
ΕΙΣΑΓΩΓΗ					
Ταχύτητα διαδικασίας εισαγωγής	35,1	55,0	3,6	4,5	1,8
Ευγένεια του ατόμου που διεκπεραίωσε την εισαγωγή	54,1	41,1	3,6	-	0,9

Παρατηρούμε στον παραπάνω πίνακα ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι 'ικανοποιημένοι' ή 'πολύ ικανοποιημένοι' με τη διαδικασία της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, με ποσοστό 90,1% για την ταχύτητα εισαγωγής και 95,2% για την ευγένεια του ατόμου που διεκπεραίωσε την εισαγωγή. Αξίζει να σημειώσουμε ότι μονάχα 0,9% των ερωτηθέντων δήλωσαν δυσαρεστημένοι με το προσωπικό κατά τη διαδικασία της εισαγωγής.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					
Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός	56,8	36,0	2,7	4,5	-
Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας	62,2	35,1	-	2,7	-
Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός	62,2	32,4	-	4,5	0,9
Φιλικότητα / ευγένεια γιατρού	73,9	25,2	0,9	-	-
Ικανότητες γιατρού	68,5	27,0	4,5	-	-

Το ποσοστό ικανοποίησης αυξάνεται ακόμη περισσότερο όσο αφορά στο ιατρικό προσωπικό. Σχετικά με το χρόνο που αφιέρωσε ο γιατρός, 56,8% δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» και 36% απλά 'ικανοποιημένοι', ενώ 4,5% φαίνονται 'δυσαρεστημένοι'. Σχετικά με το ενδιαφέρον στις ερωτήσεις των ασθενών, μονάχα 2,7% έμειναν 'δυσαρεστημένοι', ενώ το υπόλοιπο 97,3% δεν είχαν κανένα παράπονο από το γιατρό. Η ενημέρωση που παρείχαν οι γιατροί στους ασθενείς τους ικανοποίησε το 95% σχεδόν των ερωτηθέντων, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 5,4% ένιωσαν ότι η ενημέρωση δεν

ήταν αρκετή. Όσον αφορά στην φιλικότητα και ευγένεια του γιατρού 74% σχεδόν του δείγματος δηλώνουν ‘πολύ ικανοποιημένοι’, 25% ‘ικανοποιημένοι’, και μόλις 1 άτομο δηλώνει ουδέτερος/η. Τέλος, η ικανότητες του γιατρού που τους εξέτασε ικανοποίησε το 95,5% των ασθενών.

Ποσοστό (%) συχνότητων των απαντήσεων στις ειδικές ερωτήσεις	Πολύ Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Ουδέτερος	Δυσανεστημένος	Πολύ Δυσανεστημένος
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ					
Φιλικότητα / ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού	77,5	18,9	2,7	0,9	-
Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε	80,2	16,2	2,7	0,9	-
Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας	75,7	18,9	2,7	2,7	-
Πληροφορίες που σας παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό	69,4	24,3	3,6	2,7	-
Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού	71,2	23,4	3,6	1,8	-

Υψηλά ποσοστά ικανοποίησης παρατηρούμε και όσον αφορά τις ερωτήσεις που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό. Σχετικά με την ευγένεια και φιλικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, με ποσοστό ικανοποίησης 96,4% (‘ικανοποιημένοι’ – 77,5%, έως ‘πολύ ικανοποιημένοι’). Σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, 80,2% δήλωσαν ‘πολύ ικανοποιημένοι’, και 16,2% απλά ‘ικανοποιημένοι’. Η προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή, ικανοποίησε 94,6%, ενώ 2,7% δήλωσαν ‘δυσανεστημένοι’. Όσον αφορά τις πληροφορίες που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό, επίσης πολύ μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 93,7% του δείγματος έμειναν ευχαριστημένοι. Τέλος, οι ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού ικανοποίησαν 94,6% των ερωτηθέντων.

ΦΑΓΗΤΟ					
Πληροφόρηση σχετικά με την ειδική διαίτα που ακολουθήθηκε	7,2	71,2	14,4	6,3	0,9
Θερμοκρασία φαγητού	6,3	51,2	16,2	20,7	5,4
Ποιότητα φαγητού	6,3	46,8	17,1	18,0	11,7
Ευγένεια του ατόμου που σερβίρει το φαγητό σας	44,1	41,4	9,0	3,6	1,8

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών των κλινικών χρόνιων παθήσεων, μειώνεται αισθητά όσον αφορά το φαγητό που τους προσφέρεται. Η πληροφόρηση σχετικά με την ειδική διαίτα,

που πιθανόν να ακολουθήθηκε, ικανοποίησε σχεδόν τέσσερις στους πέντε ασθενείς που ρωτήθηκαν, ενώ μεγάλο μέρος του δείγματος, δήλωσε ουδέτερος/η (14,4%). Σχετικά με τη θερμοκρασία και την ποιότητα του φαγητού, παρατηρούμε μεγάλο ποσοστό δυσαρέσκειας, με 26,1% και 29,7%, αντίστοιχα ('δυσανεστημένοι' έως 'πολύ δυσαρεστημένοι'). Επίσης, μεγάλο ποσοστό έμειναν ουδέτεροι, καθώς όπως δήλωσαν, απέφυγαν να φάνε στο νοσοκομείο και χρησιμοποίησαν φαγητό από άλλες πηγές (σπίτι). Τα ποσοστά μεταβάλλονται και πάλι, όταν ρωτήθηκαν για την ευγένεια του ατόμου που σερβίρει το φαγητό, καθώς, 85,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν ικανοποιημένοι.

Ποσοστό (%) συχνότητων των απαντήσεων στις ειδικές ερωτήσεις	Πολύ	Ικανοποιημένος	Ουδέτερος	Δυσανεστημένος	Πολύ	Δυσανεστημένος
	Πολύ	Ικανοποιημένος	Ουδέτερος	Δυσανεστημένος	Πολύ	Δυσανεστημένος
ΔΩΜΑΤΙΟ / ΘΑΛΑΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ						
Διακόσμηση του δωματίου	24,3	51,4	5,4	11,7	7,2	
Καθαριότητα δωματίου	36,0	55,9	3,6	3,6	0,9	
Ευγένεια του ατόμου που καθάρισε το δωμάτιό σας	56,4	37,3	3,6	1,8	0,9	
Θερμοκρασία δωματίου	30,6	57,7	2,7	7,2	1,8	
Επίπεδο θορύβου μέσα και γύρω από το δωμάτιο	18,2	45,5	5,5	24,5	6,4	
Λειτουργία εξοπλισμού δωματίου	11,7	64,0	6,3	14,4	3,6	

Όπως και με το φαγητό, ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών του ΠΓΝΗ σχετικά με το δωμάτιο / θάλαμο νοσηλείας είναι μειωμένος. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη διακόσμηση 24,3% είναι 'πολύ ικανοποιημένοι', 51,4% απλά 'ικανοποιημένοι' και 19,1% 'δυσανεστημένοι' έως 'πολύ δυσαρεστημένοι'. Σχετικά με την καθαριότητα του δωματίου και την ευγένεια του ατόμου που καθάρισε το δωμάτιο, 91,9% και 93,7% αντίστοιχα, δήλωσαν ικανοποιημένοι. Σχετικά με τη θερμοκρασία του δωματίου, 88,3% έμειναν ευχαριστημένοι, ενώ 9% δήλωσαν κάποια δυσαρέσκεια. Η δυσαρέσκεια αυτή αυξάνεται όσον αφορά το θόρυβο στον περιβάλλοντα χώρο, με έναν στους τρεις ερωτηθέντες να δηλώνουν δυσαρεστημένοι. Τέλος, η λειτουργία του εξοπλισμού άφησε ευχαριστημένους το 75,7% του δείγματος, ενώ 18% είχαν αντίθετη άποψη.

Ποσοστό (%) συχνοτήτων των απαντήσεων στις ειδικές ερωτήσεις

	Πολύ Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Ουδέτερος	Δυσανεστημένος	Πολύ Δυσανεστημένος
ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ					
Εξυπηρετικότητα του ατόμου στο γραφείο πληροφοριών	20,9	66,4	9,1	2,7	0,9
Παροχή διευκολύνσεων και άνεση στους επισκέπτες	17,3	60,9	10,0	10,0	1,8
Συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους επισκέπτες σας	23,6	60,9	10,9	4,5	-
Πληροφόρηση που δόθηκε στην οικογένειά για την κατάστασή σας και τη θεραπεία σας	22,7	56,4	19,1	0,9	0,9

Σχετικά με την αντιμετώπιση των επισκεπτών και των οικογενειών των ερωτηθέντων, ο βαθμός ικανοποίησης είναι αρκετά υψηλός, με τη διαφοροποίηση ότι, σε αντίθεση με τις ερωτήσεις που αφορούν στο προσωπικό, η πλειοψηφία συγκεντρώνεται στους απλά 'ικανοποιημένους' και όχι στους 'πολύ ικανοποιημένους'. Σχετικά με την εξυπηρετικότητα του ατόμου στο γραφείο πληροφοριών, 20,9% έμειναν 'πολύ ικανοποιημένοι', 66,4% έμειναν 'ικανοποιημένοι', ενώ 3,6% δήλωσαν δυσανεστία. Όσον αφορά την παροχή διευκολύνσεων, το ποσοστό δυσανεστίας αυξήθηκε στο 12% περίπου, ενώ 78% ήταν ευχαριστημένοι. Τέλος, η συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους επισκέπτες των ασθενών και η πληροφόρηση που δόθηκε σε αυτούς ικανοποίησε το 84,5% και 79,1% αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι στις ερωτήσεις σχετικά με τους επισκέπτες τα ποσοστά των 'ουδέτερων' κυμαίνονται από 9% έως 19%, καθώς μεγάλος αριθμός των ασθενών επισκέπτονται το νοσοκομείο μόνοι τους, όπως για παράδειγμα, οι χρήστες του τεχνητού νεφρού.

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ					
Σε ποιο βαθμό αισθανθήκατε έτοιμος-η για εξιτήριο	18,0	63,1	3,6	12,6	2,7
Ταχύτητα διαδικασίας εξόδου από το νοσοκομείο από τη στιγμή που σας είπαν ότι μπορείτε να πάτε σπίτι σας	28,2	58,2	11,8	0,9	0,9
Οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με το πώς να φροντίσετε τον εαυτό σας στο σπίτι	25,2	55,0	10,8	6,3	2,7
Βοήθεια για την διευθέτηση παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στο σπίτι	5,8	31,1	54,4	7,8	1,0

Παρεμφερή εικόνα παρουσιάζουν και οι ερωτήσεις σχετικά με την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Οι μεγαλύτερες συχνότητες των απαντήσεων παρουσιάζονται στην κατηγορία 'ικανοποιημένος', με εξαίρεση την ερώτηση που αφορά στη βοήθεια για την διευθέτηση παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στο σπίτι, η οποία δεν αντιστοιχούσε στο 54,4% του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας (15,3%) παρατηρείται στην ερώτηση σχετικά με το βαθμό που οι ερωτηθέντες ασθενείς ένιωθαν έτοιμοι για εξιτήριο, ενώ 81,1% δήλωσαν ικανοποιημένοι στην ίδια ερώτηση. Όσον αφορά στην ταχύτητα της διαδικασίας εξόδου 82,4% δήλωσαν ικανοποιημένοι, ενώ σχετικά με τις οδηγίες που δόθηκαν για τη φροντίδα μετά την έξοδο 80,2% έμειναν ευχαριστημένοι.

Ποσοστό (%) συχνότητων των απαντήσεων στις ειδικές ερωτήσεις	Πολύ Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Ουδέτερος	Δυσανεστημένος	Πολύ Δυσανεστημένος
Γενική όψη περιβάλλοντος νοσοκομείου	30,6	59,5	2,7	6,3	0,9
Πόσο καλά συνεργάστηκε το προσωπικό για να σας φροντίσει	41,4	53,2	3,6	0,9	0,9
Πιθανότητα να συστήσετε το νοσοκομείο σε άλλους	37,8	59,5	0,9	0,9	0,9
Γενική αξιολόγηση της φροντίδας που σας παρείχε το νοσοκομείο	40,4	56,9	0,9	1,8	-
Αντιμέτωπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απορρήτου	12,6	43,2	41,4	1,8	0,9
Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές / ψυχικές σας ανάγκες	18,0	73,0	5,4	3,6	-
Ανταπόκριση στις ανησυχίες / παράπονά σας κατά την παραμονή σας	21,6	69,4	3,6	5,4	-
Παροχή δυνατότητας να συμμετάσχετε στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία σας	7,3	36,7	48,6	6,4	0,9

Τελειώνοντας την ανάλυση των συχνότητων στις ειδικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, μπορούμε να παρατηρήσουμε μικρή μεταβλητότητα από τις άλλες κατηγορίες ερωτήσεων. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται και πάλι στους ικανοποιημένους χρήστες των υπηρεσιών. Η γενική όψη του νοσοκομείου ικανοποιεί εννέα στους δέκα ερωτηθέντες, και η πιθανότητα να συστήσουν το νοσοκομείο σε άλλους είναι 97,3%. Η συνεργασία του προσωπικού και γενικότερα η φροντίδα που παρείχε το νοσοκομείο ικανοποίησε το 94,6% του δείγματος, ενώ μόλις 1,8% δεν έμειναν ικανοποιημένοι. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91%) δήλωσαν ευχαριστημένοι από το βαθμό που το προσωπικό ικανοποίησε τις

συναισθηματικές / ψυχικές τους ανάγκες και ανταποκρίθηκε στις ανησυχίες και τα παράπονά τους, με ποσοστά δυσαρέσκειας που δεν ξεπερνούν το 3,6% και 5,4% αντίστοιχα. Όσον αφορά την αντιμετώπιση του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απορρήτου η τάση παραμένει η ίδια, με τη διαφορά ότι μεγάλο ποσοστό να κρατά ουδέτερη στάση, καθώς όπως σχολίασαν οι ίδιοι οι ασθενείς δεν μπορούν να γνωρίζουν εάν το προσωπικό τηρεί το προσωπικό απόρρητο. Τέλος, η παροχή δυνατότητας να συμμετάσχουν οι ασθενείς σε αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία τους συγκεντρώνει μεγάλη συχνότητα ουδέτερων απαντήσεων, καθώς οι ερωτηθέντες εμπιστεύονται την κρίση των γιατρών.

Παρατηρούμε ότι λίγες είναι οι περιπτώσεις δυσαρέσκειας σε όλες τις ερωτήσεις. Οι απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν σε προσωπικό του νοσοκομείου, είτε ιατρικό, ή νοσηλευτικό, ή βοηθητικό, συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένων χρηστών / νοσηλευομένων. Έτσι, οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν στο φαγητό και στο δωμάτιο / θάλαμο νοσηλείας συγκεντρώνουν εμφανώς μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας (δεν ισχύει το ίδιο για τις ερωτήσεις 17δ και 18γ). Αντίθετα, στις ερωτήσεις που αφορούν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τα ποσοστά δυσαρεστημένων χρηστών είναι ελάχιστα έως ανύπαρκτα.

Στο τέλος των ειδικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου υπήρχε μία ανοιχτή ερώτηση όπου οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να κάνουν κάποια σχόλια σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου. Λίγοι ήταν αυτοί που έκαναν κάποιο συμπληρωματικό σχόλιο. Ειδικότερα, τέσσερις ασθενείς της Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής (ΠΟΓΚ) επισήμαναν το γεγονός ότι νοσηλεύτηκαν σε κοινό θάλαμο με ασθενείς τελικού σταδίου, το οποίο συνέβαλε αρνητικά στην ψυχολογική τους κατάσταση. Σημαντικό να παρατηρήσουμε είναι το ότι αυτοί οι ασθενείς που παραπονέθηκαν προέρχονται από ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο. Άλλα σχόλια που έγιναν, από δύο ασθενείς του τμήματος νεφρού, περιορίστηκαν στη χαμηλή ποιότητα του φαγητού.

Υπολογίζοντας το σύνολο των υποκατηγοριών των ειδικών ερωτήσεων, δημιουργήσαμε οκτώ νέες συνεχείς μεταβλητές, τις οποίες στη συνέχεια υποβάλαμε σε έλεγχο υποθέσεων, για να διερευνήσουμε εάν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών του ΠΓΝΗ. Οι πινάκες στην επόμενη σελίδα παρουσιάζουν τα αποτελέσματα αυτά:

Φύλο

	F	Sig.
Εισαγωγή	,236	,628
Ιατρικό προσωπικό	,356	,552
Νοσηλευτικό προσωπικό	,174	,677
Φαγητό	,014	,905
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	,006	,939
Επισκέπτες και Οικογένεια	3,891	,051
Έξοδος από το νοσοκομείο	,579	,449
Γενική αξιολόγηση	1,082	,301

Ηλικία

	F	Sig.
Εισαγωγή	3,313	,008
Ιατρικό προσωπικό	4,214	,002
Νοσηλευτικό προσωπικό	2,002	,084
Φαγητό	3,141	,011
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	4,914	,000
Επισκέπτες και Οικογένεια	6,284	,000
Έξοδος από το νοσοκομείο	,783	,564
Γενική αξιολόγηση	2,922	,017

Εκπαιδευτικό Επίπεδο

	F	Sig.
Εισαγωγή	5,562	,000
Ιατρικό προσωπικό	2,608	,021
Νοσηλευτικό προσωπικό	4,380	,001
Φαγητό	1,400	,222
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	5,383	,000
Επισκέπτες και Οικογένεια	6,715	,000
Έξοδος από το νοσοκομείο	2,082	,062
Γενική αξιολόγηση	4,433	,001

Οικονομική Κατάσταση

	F	Sig.
Εισαγωγή	1,681	,160
Ιατρικό προσωπικό	1,084	,368
Νοσηλευτικό προσωπικό	1,021	,400
Φαγητό	1,147	,339
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	1,080	,370
Επισκέπτες και Οικογένεια	2,493	,047
Έξοδος από το νοσοκομείο	1,989	,102
Γενική Αξιολόγηση	1,638	,170

Ο παραμετρικός έλεγχος υποθέσεων που χρησιμοποιήσαμε ήταν ανάλυση διακύμανσης (Analysis of Variance). Οι έλεγχοι με στατιστική σημαντικότητα, θέτοντας επίπεδο βεβαιότητας $\alpha=5\%$, είναι αυτοί με πιθανότητα $p<0,05$. Επομένως, υπάρχουν στατιστικά στοιχεία που επιβεβαιώνουν τη θεωρητική υπόθεση ότι η ηλικία επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης για την εισαγωγή, το ιατρικό προσωπικό, το φαγητό, το δωμάτιο/ θάλαμο νοσηλείας, την αντιμετώπιση των επισκεπτών/ οικογένειας, καθώς και τη γενική αξιολόγηση του νοσοκομείου. Επίσης, σημαντικά στατιστικά στοιχεία βρέθηκαν να επιβεβαιώνουν τη θεωρητική υπόθεση ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών του ΠΓΝΗ για την εισαγωγή, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το δωμάτιο/ θάλαμο νοσηλείας, την αντιμετώπιση των επισκεπτών/ οικογένειας, και την γενική αξιολόγηση. Τέλος, με πιθανότητα μόλις $p=0,047$, η οικονομική κατάσταση βρέθηκε να επηρεάζει την ικανοποίηση για την αντιμετώπιση των επισκεπτών/ οικογένειας του ασθενή.

7.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕ ΗΛΙΚΙΑ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι ερωτήσεις που αφορούν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και δύο ερωτήσεις από τη γενική αξιολόγηση, σε συνδυασμό με τις τρεις βασικές μεταβλητές ηλικία,

εκπαιδευτικό επίπεδο και οικονομική κατάσταση, υποβλήθηκαν σε έλεγχο υποθέσεων χ^2 . Αρχικά, δημιουργήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου, για κάθε ένα συνδυασμό και, στη συνέχεια, υπολογίστηκαν τα στατιστικά χ^2 για όλα τα ζεύγη. Οι συνδυασμοί, των οποίων ο έλεγχος βρέθηκε στατιστικά σημαντικός, είναι τα εξής:

1. 'Ηλικία' και 'Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός', $\chi^2=27,882$ $\rho=0,022$

Statistics: % within Ηλικία

Ηλικία	Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός			
	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
0 - 24	66,7%	33,3%		
25 - 34	62,5%	37,5%		
35 - 44	37,5%	50,0%	12,5%	
45 - 54	50,0%	50,0%		
55 - 64	38,5%	34,6%	7,7%	19,2%
65 και άνω	67,3%	32,7%		
Total	56,8%	36,0%	2,7%	4,5%

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει το ποσοστό απαντήσεων στην ερώτηση για τον χρόνο που διέθεσε ο γιατρός στον ερωτώμενο ασθενή, για κάθε ένα ηλικιακό γκρουπ. Έτσι, παρατηρούμε ότι οι 'δυσανεστημένοι' είναι 55-64 ετών και αποτελούν το 19,2% της ηλικιακής τους ομάδας. Επίσης, μπορούμε να σημειώσουμε ότι, οι ερωτώμενοι που ανήκουν στα «ενδιάμεσα» ηλικιακά γκρουπ (35-44 και 45-54) τείνουν να είναι πιο 'κριτικοί' όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς συγκεντρώνουν μικρότερες συχνότητες 'πολύ ικανοποιημένων'.

2. 'Ηλικία' και 'Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός', $\chi^2=25,996$ $\rho=0,038$

% within Ηλικία

Ηλικία	Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός			
	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η
0 - 24	66,7%	33,3%		
25 - 34	43,8%	43,8%	12,5%	
35 - 44	50,0%	25,0%	12,5%	12,5%
45 - 54	33,3%	66,7%		
55 - 64	61,5%	30,8%	7,7%	
65 και άνω	73,5%	26,5%		
Total	62,2%	32,4%	4,5%	,9%

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά που αντιστοιχούν στο βαθμό ικανοποίησης για κάθε ένα από τα ηλικιακά γκρουπ, σχετικά με την ενημέρωση που παρείχε

ο γιατρός στους ασθενείς. Ομοίως με τον προηγούμενο πίνακα, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που ανήκουν σε «ενδιάμεσες» ηλικιακές ομάδες, συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας, ενώ το ποσοστό 'πολύ ικανοποιημένων' είναι μικρότερο.

3. Ηλικία και Φιλικότητα/ ευγένεια γιατρού, $\chi^2=19,428$ $p=0,035$

% within Ηλικία

		Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού		
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η
Ηλικία	0 - 24	83,3%	16,7%	
	25 - 34	56,3%	43,8%	
	35 - 44	62,5%	25,0%	12,5%
	45 - 54	50,0%	50,0%	
	55 - 64	76,9%	23,1%	
	65 και άνω	81,6%	18,4%	
Total		73,9%	25,2%	,9%

Ο πίνακας παρουσιάζει τα ποσοστά ικανοποίησης σχετικά με την φιλικότητα κα ευγένεια του γιατρού για κάθε μία ηλικιακή ομάδα. Παρατηρούμε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στους νέους ανθρώπους (0-24), καθώς επίσης και στους ηλικιωμένους από 55 και άνω. Επίσης πρέπει να σημειώσουμε ότι δεν υπάρχουν περιπτώσεις δυσαρεστημένων, γι' αυτό και δεν περιέχονται στον πίνακα..

4. 'Ηλικία' και 'Ικανότητες νοσηλευτικού προσωπικού', $\chi^2=38,461$ $p=0,001$

% within Ηλικία

		Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Ηλικία	0 - 24	33,3%	33,3%	33,3%	
	25 - 34	75,0%	12,5%	12,5%	
	35 - 44	62,5%	25,0%		12,5%
	45 - 54	66,7%	16,7%		16,7%
	55 - 64	73,1%	26,9%		
	65 και άνω	75,5%	24,5%		
Total		71,2%	23,4%	3,6%	1,8%

Τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού, ανά ηλικιακή ομάδα, δείχνουν τις μικρότερες ηλικίες (0-24 και 25-34) να κρατούν ουδέτερη στάση, τις «ενδιάμεσες» ηλικίες (35-44 και 45-54) να είναι οι μόνοι που δηλώνουν κάποια δυσαρέσκεια, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες (55 και άνω) να εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης.

5. Εκπαιδευτικό επίπεδο και Φιλικότητα/ ευγένεια γιατρού, $\chi^2=22,011$ $\rho=0,037$

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού		
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	94,4%	5,6%	7,7%
	Απόφοιτος Δημοτικού	76,9%	23,1%	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	53,3%	46,7%	
	Απόφοιτος Λυκείου	46,2%	46,2%	
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	60,0%	40,0%	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	100,0%		
	Άλλο	100,0%		
Total		73,9%	25,2%	,9%

Η επόμενη παράμετρος που μας ενδιαφέρει, μετά την ηλικία, είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει τα ποσοστά ικανοποίησης για κάθε ένα εκπαιδευτικό επίπεδο. Εδώ παρατηρούμε ότι, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ποσοστά δυσαρέσκειας, καθώς το εκπαιδευτικό επίπεδο ανεβαίνει, ο βαθμός ικανοποίησης αλλάζει. Πιο συγκεκριμένα, οι 'Αναλφάβητοι' δηλώνουν 'πολύ ικανοποιημένοι' σε ποσοστό 94,4%, οι 'Απόφοιτοι Δημοτικού' σε ποσοστό 76,9%, οι 'Απόφοιτοι Γυμνασίου' σε ποσοστό 53,3% και οι 'Απόφοιτοι Λυκείου' σε ποσοστό 46,2%. Η εικόνα αλλάζει για της επόμενες τρεις κατηγορίες, διότι οι περιπτώσεις αποφοίτων ΤΕΙ και ΑΕΙ και άλλων σχολών είναι πολύ μικρότερες σε αριθμό (5, 4 και 4 άτομα αντίστοιχα).

6. Εκπαιδευτικό επίπεδο και Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας, $\chi^2=33,588$ $\rho=0,014$

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	83,3%	16,7%	6,7%	15,4%
	Απόφοιτος Δημοτικού	80,8%	19,2%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	80,0%	13,3%		
	Απόφοιτος Λυκείου	46,2%	23,1%		
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	60,0%	40,0%		
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	50,0%	25,0%		
	Άλλο	100,0%			
Total		75,7%	18,9%	2,7%	2,7%

Όσον αφορά στην προσοχή που δόθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό στις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενή, τα ποσοστά ικανοποίησης, ανά εκπαιδευτικό επίπεδο, ακολουθούν

την ίδια περίπτωση τάση. Τα ποσοστά 'πολύ ικανοποιημένων' είναι μεγαλύτερα για τους ασθενείς/ χρήστες που έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ οι λίγες περιπτώσεις δυσαρέσκειας εκφράζονται από απόφοιτους ΑΕΙ και Λυκείου.

7. Εκπαιδευτικό επίπεδο και Πληροφορίες που σας παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό, $\chi^2=37,876$ $\rho=0,004$

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Πληροφορίες που σας παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	83,3%	16,7%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	73,1%	26,9%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	80,0%	13,3%		6,7%
	Απόφοιτος Λυκείου	38,5%	30,8%	23,1%	7,7%
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	40,0%	40,0%	20,0%	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	50,0%	25,0%		25,0%
	Άλλο	75,0%	25,0%		
Total		69,4%	24,3%	3,6%	2,7%

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης των ερωτώμενων σχετικά με τις πληροφορίες που τους παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι αναλφάβητοι και οι απόφοιτοι δημοτικού παρουσιάζουν και πάλι μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης, ενώ οι απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου και ΑΕΙ εκφράζουν μια μικρή δυσαρέσκεια. Οι απόφοιτοι ΤΕΙ και άλλων τεχνικών σχολών εμφανίζονται ικανοποιημένοι, όμως, όπως προαναφέραμε, τα ποσοστά αυτά δεν είναι ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικά, αφού οι περιπτώσεις είναι λίγες.

8. Εκπαιδευτικό επίπεδο και Ικανότητες νοσηλευτικού προσωπικού, $\chi^2=37,180$ $\rho=0,006$

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	83,3%	16,7%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	73,1%	26,9%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	80,0%	6,7%	13,3%	
	Απόφοιτος Λυκείου	30,8%	38,5%	15,4%	15,4%
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	80,0%	20,0%		
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	50,0%	50,0%		
	Άλλο	100,0%			
Total		71,2%	23,4%	3,6%	1,8%

Η συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ικανοποίησης από τις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται στον παραπάνω πίνακα. Τα αποτελέσματα δεν

ακολουθούν την τάση που περιγράψαμε παραπάνω, σχετικά με την προσοχή και τις πληροφορίες που δόθηκαν, αλλά παρατηρούμε ποσοστά δυσαρέσκειας μονάχα από τους απόφοιτους Λυκείου. Σε γενικές γραμμές όμως η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού.

9. Εκπαιδευτικό επίπεδο και Αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απορρήτου, $\chi^2=57,337$ $\rho=0,000$

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου				
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	22,2%	44,4%	33,3%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	13,5%	48,1%	38,5%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου		33,3%	66,7%		
	Απόφοιτος Λυκείου		46,2%	53,8%		
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	25,0%	50,0%		25,0%	
	Άλλο	25,0%	25,0%	50,0%		
Total		12,6%	43,2%	41,4%	1,8%	,9%

Στον πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης του δείγματος σχετικά με την αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απορρήτου, για κάθε ένα εκπαιδευτικό επίπεδο. Ο μεγάλος αριθμός ατόμων που δήλωσαν ουδέτεροι, ειδικά στα πιο χαμηλά εκπαιδευτικά επίπεδα, δεν μας επιτρέπουν να έχουμε σαφή εικόνα για το βαθμό ικανοποίησης. Παρ' όλ' αυτά, είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε, ότι οι περιπτώσεις δυσανεστημένων συγκεντρώνονται στους απόφοιτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ακόμη αξιοσημείωτο είναι ότι στους απόφοιτους ΑΕΙ δεν υπάρχουν ασθενείς με ουδέτερη άποψη, το οποίο υποδηλώνει ότι κατάλαβαν καλύτερα την ερώτηση και είναι πιο κριτικοί απέναντι σε θέματα προσωπικού απορρήτου.

10. Οικονομική κατάσταση και ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός, $\chi^2=31,086$ $\rho=0,002$

% within Οικονομική κατάσταση

		Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	33,3%		66,7%	
	Καλή	63,6%	36,4%		
	Μέτρια	59,7%	34,3%	4,5%	1,5%
	Κακή	78,6%	21,4%		
	Πολύ κακή	60,0%	40,0%		
Total		62,2%	32,4%	4,5%	,9%

Η τρίτη παράμετρος που εξετάσαμε ήταν η οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων χρηστών των υπηρεσιών υγείας του ΠΓΝΗ. Στον έλεγχο υποθέσεων των υποομάδων των ερωτήσεων, τα στοιχεία του δείγματος δεν ήταν επαρκή για να στηρίξουμε την θεωρητική υπόθεση και έτσι η οικονομική κατάσταση δε βρέθηκε να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Παρ' όλ' αυτά, η συσχέτιση με την ερώτηση για την ενημέρωση που παρείχε ο γιατρός ήταν θετική, και τα ποσοστά ικανοποίησης ανά κατηγορία οικονομικής κατάστασης φαίνονται στον παραπάνω πίνακα. Αυτό που μπορούμε να παρατηρήσουμε είναι ότι οι πλειοψηφία αυτών που έχουν 'πολύ καλή' οικον. κατάσταση έμειναν δυσαρεστημένοι από την ενημέρωση που τους παρείχε ο γιατρός, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 'πολύ ικανοποιημένων' εμφανίζεται στα άτομα με 'κακή' οικονομική κατάσταση.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια είχε ως σκοπό την διερεύνηση με συστηματικό και αξιόλογο τρόπο το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ενός μεγάλου τριτοβάθμιου νοσοκομείου της περιοχής της Κρήτης του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

Το θέμα της ικανοποίησης του ασθενή από την παρεχόμενη σ' αυτόν φροντίδα έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις προσδοκίες τις αξίες και τις στάσεις, δηλαδή υποστηρίζεται ότι η ικανοποίηση ενός ασθενή από την φροντίδα του, είναι συνάρτηση όσων το άτομο πιστεύει ότι αποκομίζει από τη φροντίδα του και του βαθμού που τα αποτελέσματα αυτά είναι όντως επιθυμητά ή ανεπιθύμητα για τον ίδιο. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι ασθενείς εκφράζουν την ικανοποίησή τους όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας τους εκπληρώνει τις προσδοκίες τους. Επαγωγικά, λοιπόν, η δυσαρέσκεια είναι, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το εκφρασμένο αποτέλεσμα της μη εκπλήρωσης των προσδοκιών τους.

Στον αντίποδα αυτής της θεωρίας, βρίσκονται εκείνοι οι ερευνητές που ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες και στην ικανοποίηση, αφού εξακολουθούν να υπάρχουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης ακόμη και όταν δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες των ασθενών.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών σχετίζονται με τα επίπεδα ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι παράγοντες που δείχνουν να έχουν σχέση είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών ,η ποιότητα με την ποσότητα των πληροφοριών καθώς και το ενδιαφέρον και η κατανόηση που δείχνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στις ανάγκες των ασθενών.¹¹⁴

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνεται η υπόθεση εργασίας ότι οι χρήστες / νοσηλευόμενοι ασθενείς με χρόνια νόσο είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ΠΑ.Γ.Ν.Η.

¹¹⁴ ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, νοσηλευτική 41(1):65-80, 2002

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώνουμε ότι αν και η γενικότερη αντίληψη που επικρατεί είναι ότι τα δημόσια νοσοκομεία υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και η σύγχρονη λειτουργία τους, η μέτρηση της ικανοποίησης από τη νοσοκομειακή φροντίδα που παρέχουν κλινικές που φιλοξενούν άτομα με χρόνια νόσο στο ΠΑ.Γ.Ν.Η οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Η ικανοποίηση των ασθενών εμφανίζεται πολύ υψηλή. Έτσι οι ασθενείς με χρόνια νόσο βαθμολογούν συγκεκριμένες πλευρές της φροντίδας ευνοϊκά και είναι ικανοποιημένοι με την παραμονή τους στο νοσοκομείο συνολικά. Παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που αφορούν το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό ή νοσηλευτικό) συγκεντρώνουν μεγάλα ποσοστά ικανοποιημένων χρηστών / νοσηλευόμενων ασθενών. Οι διαπιστώσεις αυτές σημαίνουν ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με χρόνια νόσο είναι ικανοποιημένοι από το έργο των θεραπειών τους και εκφράζουν αυτή την ικανοποίηση δίνοντας υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στις αντίστοιχες ερωτήσεις. Οι ασθενείς με χρόνια νόσημα επισκέπτονται συχνά το νοσοκομείο και έτσι έχουν αποκτήσει μια διαφορετική σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, εξαιρετική απόδοση είναι προφανής όσον αφορά τις αντιλήψεις των ασθενών με χρόνια νόσο για τις υπηρεσίες που παρέχει το βοηθητικό και διοικητικό προσωπικό. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς αναγνωρίζουν την ύπαρξη προβλημάτων στο νοσοκομειακό χώρο που δεν συνδέονται άμεσα με το νοσηλευτικό και ιατρικό έργο. Αντίθετα τα προβλήματα αυτά συνδέονται με το φαγητό, το δωμάτιο / θάλαμο νοσηλείας και μια αποτελεσματική διοίκηση θα μπορούσε να αντιμετωπίσει. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι η δυσαρέσκεια από την πλευρά των χρηστών αφορά κυρίως στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας και λιγότερο σε αυτή καθ' αυτή την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και το ιατρονοσηλευτικό έργο.

Η υπόθεση εργασίας ότι το φύλο επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών δεν επιβεβαιώνεται σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία. Έτσι άνδρες και γυναίκες εμφανίζουν αντίστοιχα επίπεδα ικανοποίησης για τις κατηγορίες των υπηρεσιών υγείας

Αντίθετα υπάρχουν στατιστικά στοιχεία που επιβεβαιώνουν την υπόθεση εργασίας ότι η ηλικία επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης για την εισαγωγή, το ιατρικό προσωπικό το φαγητό, το δωμάτιο /θάλαμο νοσηλείας, την αντιμετώπιση των επισκεπτών / οικογένειας καθώς και τη γενικότερη αξιολόγηση. Στον έλεγχο υποθέσεων που υποβλήθηκαν ερωτήσεις που αφορούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την γενική αξιολόγηση παρατηρούμε ότι η δυσαρέσκεια ως προς τα συγκεκριμένα προβλήματα γίνεται εντονότερη σε ασθενείς ηλικίας από 25-54 ετών οι οποίοι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και μεγαλύτερες απαιτήσεις από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ οι νεότεροι ασθενείς ηλικίας από 0-24 ετών καθώς και οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Οι πολύ νέοι ασθενείς

που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο δεν είναι ακόμη «κοινωνικοποιημένοι» στους κανόνες και στις νόρμες συμπεριφοράς που απαιτεί η «κοινωνία του νοσοκομείου» και επιπλέον δεν έχουν μεγάλη εμπειρία από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους είναι γεγονός από μια σειρά δημοσιευμένων εργασιών ικανοποίησης ότι έχουν κατά κανόνα λιγότερες απαιτήσεις και εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης.¹¹⁵

Επίσης σημαντικά στατιστικά στοιχεία βρέθηκαν να επιβεβαιώνουν τη θεωρητική υπόθεση ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών/νοσηλευομένων ασθενών του ΠΑ.Γ.Ν.Η. για την εισαγωγή, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το δωμάτιο θάλαμο νοσηλείας, την αντιμετώπιση των επισκεπτών/ οικογένειας και την γενική αξιολόγηση. Στον έλεγχο υποθέσεων για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τη γενική αξιολόγηση εμφανίζονται ποσοστά δυσαρέσκειας σε απόφοιτους Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (αναλφάβητοι και απόφοιτοι του δημοτικού) εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης..

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση τα στοιχεία του δείγματος δεν ήταν επαρκή για να στηρίξουμε την υπόθεση εργασίας και έτσι η οικονομική κατάσταση δεν βρέθηκε να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών με χρόνια νόσο. Παρ' όλα αυτά στον έλεγχο υποθέσεων η συσχέτιση με την ενημέρωση που παρείχε ο γιατρός βγήκε θετική και έτσι τα άτομα με πολύ καλή οικονομική κατάσταση εκφράζουν δυσαρέσκεια ενώ τα άτομα με κακή οικονομική κατάσταση εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης .

Παρά τις ενστάσεις που μπορούν ν' αναπτυχθούν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα υποκειμενικό θέμα και εξαρτάται από τις γενικότερες αντιλήψεις τους οι διαφοροποιήσεις στην ικανοποίηση κρίνονται σημαντικές για τη διοίκηση του νοσοκομείου και τις υπεύθυνες αρχές. Η αναγκαιότητα των ερευνών για την ικανοποίηση είναι δεδομένη καθώς συνιστούν τρόπο έκφρασης και αποτύπωση της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των πολιτών και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη χάραξη πολιτικής υγείας.

Ακολουθώντας το παράδειγμα ξένων χωρών οι διευθυντές των νοσοκομείων και το προσωπικό πρέπει να ενθαρρυνθούν να χρησιμοποιήσουν τα αποτελέσματα ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών, για να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών στα

¹¹⁵ ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, νοσηλευτική 41(1):65-80, 2002

νοσοκομεία και όχι για να μετρήσουν την αποδοτικότητα του προσωπικού. Τα δημόσια νοσοκομεία χρειάζονται περισσότερες έρευνες ικανοποίησης σε συχνά χρονικά διαστήματα καθώς οι σχετικές πληροφορίες που πηγάζουν από τις έρευνες υποστηριζόμενες και από άλλες υποκειμενικές πληροφορίες, θα βοηθούσαν περαιτέρω ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η συνεχής βελτίωση είναι ο καλύτερος τρόπος να εξασφαλιστεί η υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς. Αυτό θα βοηθήσει στην προσέλκυση νέων ασθενών, στην αύξηση των ασθενών επανάληψης, σε μεγαλύτερο ανταγωνισμό με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας με αποτέλεσμα τα δημόσια νοσοκομεία να ορθοποδήσουν χρηματοοικονομικά μακροπρόθεσμα.

Επιπλέον η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι μια πλευρά που χρειάζεται προσοχή καθώς θα βοηθούσε να μειωθούν ακόμη περισσότερο τα ποσοστά δυσαρεστημένων ατόμων. Η ευαισθητοποίηση των γιατρών και των νοσηλευτών στο κόστος των ιατρικών πράξεων θα προωθήσει την βελτίωση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας του κλινικού έργου. Η προσέγγιση αυτή απαιτεί τη χρησιμοποίηση στρατηγικών αγωγής υγείας και τη χρήση συμβουλευτικών δεξιοτήτων, ώστε να βοηθήσουν τον ασθενή και την οικογένεια του στη διαδικασία της αλλαγής του συνήθους τρόπου ζωής που μέχρι πριν την εκδήλωση της χρόνιας ασθένειας ακολουθούσαν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999.
- ΑΝΑΠΛΙΩΤΗ-ΒΑΖΑΙΟΥ Ε, παγκόσμιες αποδοχές στην υγεία και εθνικά συστήματα, Αθήνα, 1985.
- ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ALMA- ΑΤΑ, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τεύχος 1,1986
- ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Νοσηλευτική 41(1) 2002
- ΚΟΥΚΟΥΛΗ Σ. σημειώσεις κοινωνιολογίας Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης – τμήμα νοσηλευτικής, 2000-2001.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής περίθαλψης. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 12, τεύχ.4, 2000
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα , 1995.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ, Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1991.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, Οικονομικά και πολιτικές των υπηρεσιών υγείας. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας,Αθήνα,1992
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα και αυταπάτη, Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1997.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα,1994
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΝΙΑΚΑΣ Δ. θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1994.
- ΛΙΟΝΗΣ Χ., ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Φ, ΣΑΡΟΥΛΑΚΗ Ν, Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τόμος 8,τεύχ.4, 1996
- ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Α, ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ, Ικανοποίηση ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες:Βιβλιογραφική ανασκόπηση,Νοσηλευτική37(1): 1998
- ΝΙΑΚΑΣ Δ, ΓΑΡΔΕΛΗΣ Χ, Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας,Ιατρική,77(5):464-470,2000
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. Ν. ,ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Ι. Γ., Η σχέση ιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας, Ιατρική 82(1) 2002
- ΠΛΑΤΗ Χ, ΠΡΙΑΜΗ Μ. Εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα υγείας: τάσεις και προοπτικές.Νοσηλευτική.2: 1997
- ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ Δ, χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, Έλλην, Αθήνα,1998.
- ΣΑΡΡΗΣ Μ, κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Παπαζήση, Αθήνα 2001.

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΔΟΥΛΓΕΡΑΣ Α, ΚΟΝΤΟΣ Δ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα:αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας,14(3): 2002

ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. κοινωνία και υγεία, Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ, Υγεία για όλους το 2000 και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ουτοπία, παγίδα ή εφικτός στόχος, ιατρική, τεύχ.42, 1982

ΧΡΥΣΟΣ Δ. Ν., Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, ιατρική 81(5), 2002

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BARIC L:Αξιολόγηση και διασφάλιση ποιότητας στην προαγωγή και αγωγή υγείας. Νέα Γενιά,19, 1998

DROTAR D, Psychological perspectives in chronic childhood illness,J.Pediatr Psychol,1981

KRCZAL A. Quality definition by different interest groups. Hospitals Management Inter, 1996

NELSON R.A. Η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. Επιθεώρηση Υγείας,7:5,1996

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

<http://lawbd.intrasoftnet.com>

www.aaos.org/wordhtml/mndcare/patsatis.htm

www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1995/a03.html

www.dhs.vic.gov.au/ahs/arhive/patsat/4.htm

www.health.qld.gov.au/quality/publications/patientsatisfactionreport.pdf

www.hrsolutionsinc.com/ov/overture-pss.htm

www.nursing.gr/chronia.htm

www.ypep.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηράκλειο 1/10/2003

Αγαπητέ/ ή Κύριε, Κυρία

Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας που έχει ως θέμα «Η ικανοποίηση των χρηστών / νοσηλευομένων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του Π.Α.Γ.Ν.Η.» θα πραγματοποιηθεί έρευνα έπειτα από σχετική έγκριση από τον διοικητή του Π.Α.Γ.Ν.Η. κ.Γούναρη (απόφαση 245/2003).

Η έρευνα θα γίνει στη χειρουργική ογκολογική κλινική (ΧΟΓΚ),στη παθολογική ογκολογική κλινική (ΠΟΓΚ), στη νεφρολογική ,στη νευρολογική, στη ρευματολογική ,στην αιματολογική, στο τμήμα νεφρού και στο τμήμα περιτοναϊκής κάθαρσης.

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφεί από τους ίδιους τους χρήστες υγείας με χρόνια νόσο η παρεχόμενη φροντίδα και να αξιολογηθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες του Π.Α.Γ.Ν.Η.

Θα ήθελα να επικοινωνήσω μαζί σας για να καταγραφούν οι απόψεις σας για το θέμα. Όλες οι πληροφορίες που θα δώσετε, θα καταγραφούν και θα μεταχειριστούν με απόλυτη εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια. Η συμβολή σας θα είναι πολύ σημαντική για την διερεύνηση του θέματος.

Παρακαλώ να δεχτείτε τις ευχαριστίες μας για την συμμετοχή σας .

Με εκτίμηση

Η καθηγήτρια
ΤΡΙΓΩΝΗ ΜΑΡΙΑ

Η σπουδάστρια
ΚΑΣΩΤΑΚΗ ΚΛΑΙΡΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. ΦΥΛΟ

Άνδρας

Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ

0-24

25-34

35-44

45-54

55-64

65 και άνω

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Αναλφάβητος

Απόφοιτος δημοτικού

Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου

Απόφοιτος Τ.Ε.Ι

Απόφοιτος Α.Ε.Ι

Άλλο

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Έγγαμος /η

Άγαμος /η

Διαζευγμένος /η

Χήρος /α

Άλλο.....

5. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

Πολύ κακή

6. ΑΣΦΑΛΙΣΗ

- Ανασφάλιστος
- Ι.Κ.Α
- Ο.Γ.Α
- Τ.Ε.Β.Ε
- Δημόσιο
- Ασφάλεια Πρόνοιας
- Ιδιωτική ασφάλιση
- Πληρώνω με δικά μου χρήματα
- Άλλο

B. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

7. Αριθμός ημερών στο νοσοκομείο

Ημέρες

8. Σε σύγκριση με τους συνομήλικους σας πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα;

- Πολύ κακή
- Κακή
- Κανονική
- Καλή
- Πολύ καλή

9. Είναι η πρώτη σας παραμονή εδώ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

10. Ήταν η εισαγωγή σας έκτακτη;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

11. Σε θάλαμο πόσων κλινών νοσηλευτήκατε;

- Με ένα
- Με δύο
- Με τρία
- Με τέσσερα
- Με πέντε
- Με έξι
- Πάνω από έξι

12.Σας έδωσε κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13.Πληροφορηθήκατε σχετικά με τη δωρεά οργάνων;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Γ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Σημειώστε (με χ σε κάθε ερώτηση) αν είστε:

1. πολύ ικανοποιημένος/η
2. ικανοποιημένος/η
3. ουδέτερος/η
4. δυσαρεστημένος/η
5. πολύ δυσαρεστημένος/η

14. ΕΙΣΑΓΩΓΗ						
A	ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1	2	3	4	5
B	Ευγένεια του ατόμου που διεκπεραίωσε την εισαγωγή	1	2	3	4	5

15.ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ						
A	Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός	1	2	3	4	5
B	Ενδιαφέρον γιατρού για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας	1	2	3	4	5
Γ	Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός	1	2	3	4	5
Δ	Φιλικότητα/ ευγένεια γιατρού	1	2	3	4	5
E	Ικανότητες του γιατρού	1	2	3	4	5

16.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ						
A	Φιλικότητα /ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού	1	2	3	4	5
B	Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε	1	2	3	4	5
Γ	Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές σας ανάγκες	1	2	3	4	5
Δ	Πληροφορίες που σας παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό	1	2	3	4	5
E	Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού	1	2	3	4	5

17. ΦΑΓΗΤΟ						
A	Πληροφόρηση σχετικά με την ειδική διαίτα που ακολουθήθηκε	1	2	3	4	5
B	Θερμοκρασία φαγητού(το φαγητό είναι κρύο ή ζεστό ,όπως πρέπει)	1	2	3	4	5
Γ	Ποιότητα του φαγητού	1	2	3	4	5
Δ	Ευγένεια του ατόμου που σερβίρει το φαγητό σας	1	2	3	4	5

18. ΔΩΜΑΤΙΟ ΘΑΛΑΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ						
A	Διακόσμηση του δωματίου	1	2	3	4	5
B	Καθαριότητα δωματίου	1	2	3	4	5
Γ	Ευγένεια του ατόμου που καθάρισε το δωμάτιό σας	1	2	3	4	5
Δ	Θερμοκρασία δωματίου	1	2	3	4	5
E	Επίπεδο θορύβου μέσα και γύρω από το δωμάτιο	1	2	3	4	5
Z	Λειτουργία εξοπλισμού δωματίου (τηλεόραση, κουμπί κλήσης νοσοκόμου, φώτα, κρεβάτι κ.τ.λ.)	1	2	3	4	5

19. ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ						
A	Εξυπηρετικότητα του ατόμου στο γραφείο πληροφοριών	1	2	3	4	5
B	Παροχή διευκολύνσεων και άνεση στους επισκέπτες	1	2	3	4	5
Γ	Συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους επισκέπτες σας	1	2	3	4	5
Δ	Πληροφόρηση που δόθηκε στην οικογένεια σας για την κατάσταση σας και τη θεραπεία σας	1	2	3	4	5

20. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ						
A	Σε ποιο βαθμό αισθανθήκατε ότι είσατε έτοιμος /η για εξιτήριο	1	2	3	4	5
B	Ταχύτητα διαδικασίας εξόδου από το νοσοκομείο από την στιγμή που σας είπαν ότι μπορείτε να πάτε στο σπίτι σας	1	2	3	4	5
Γ	Οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με το πώς να φροντίσετε τον εαυτό σας στο σπίτι	1	2	3	4	5
Δ	Βοήθεια για την διευθέτηση παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στο σπίτι (αν χρειάζονται)	1	2	3	4	5

21.ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ						
A	Γενική όψη περιβάλλοντος νοσοκομείου	1	2	3	4	5
B	Πόσο καλά συνεργάστηκε το προσωπικό για να σας φροντίσει	1	2	3	4	5
Γ	Πιθανότητα να συστήσετε το νοσοκομείο σε άλλους	1	2	3	4	5
Δ	Γενική αξιολόγηση της φροντίδας που σας παρείχε το νοσοκομείο	1	2	3	4	5
E	Αντιμέτωπιση από μέρος του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου	1	2	3	4	5
Z	Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές ανάγκες σας	1	2	3	4	5
H	Ανταπόκριση στις ανησυχίες/παράπονα σας κατά την παραμονή σας	1	2	3	4	5
Θ	Παροχή δυνατότητας να συμμετάσχετε στις αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία σας	1	2	3	4	5

22.ΣΧΟΛΙΑ.....
.....
.....
.....

Β. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (SPSS Output)

Κλινική

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Νεφρολογική	6	5,4
Νευρολογική	16	14,4
Ρευματολογική	3	2,7
Αιματολογική	10	9,0
Τμήμα νεφρού	27	24,3
ΣΦΠΚ	6	5,4
ΠΟΓΚ	25	22,5
ΧΟΓΚ	18	16,2
Σύνολο	111	100,0

Συχνότητες δημογραφικών και εισαγωγικών ερωτήσεων

Ηλικία

Φύλο

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Άνδρας	52	46,8
Γυναίκα	59	53,2
Σύνολο	111	100,0

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
0 - 24	6	5,4
25 - 34	16	14,4
35 - 44	8	7,2
45 - 54	6	5,4
55 - 64	26	23,4
65 και άνω	49	44,1
Σύνολο	111	100,0

Εκπαιδευτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Αναλφάβητος	18	16,2
Απόφοιτος Δημοτικού	52	46,8
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	13,5
Απόφοιτος Λυκείου	13	11,7
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	5	4,5
Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	4	3,6
Άλλο	4	3,6
Σύνολο	111	100,0

Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Έγγαμος-η	82	73,9
Άγαμος-η	14	12,6
Διαζευγμένος-η	2	1,8
Χήρος-α	13	11,7
Σύνολο	111	100,0

Οικονομική κατάσταση

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ καλή	3	2,7
Καλή	22	19,8
Μέτρια	67	60,4
Κακή	14	12,6
Πολύ κακή	5	4,5
Σύνολο	111	100,0

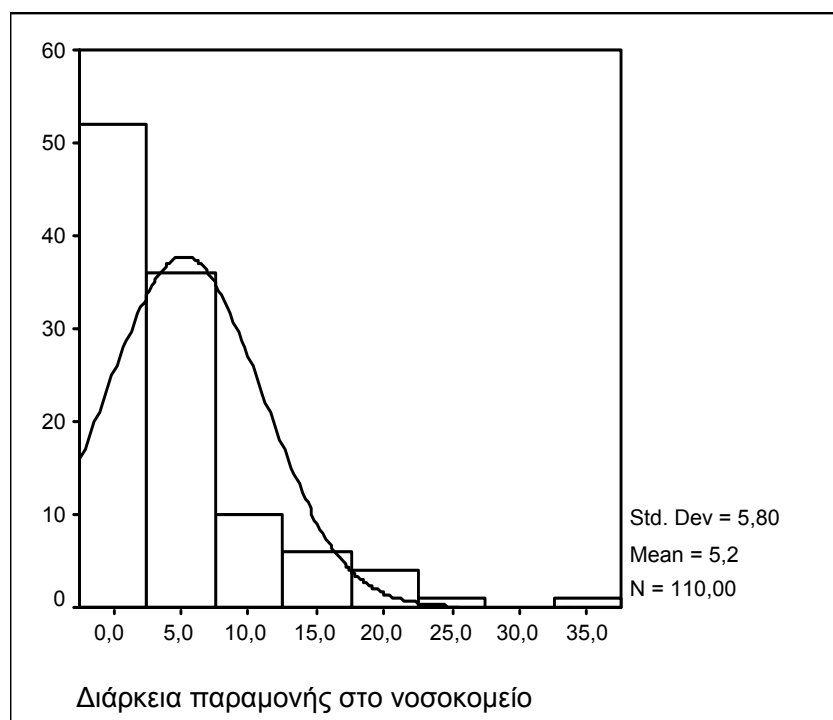
Ασφαλιστικός Φορέας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Ι.Κ.Α.	39	35,1
Ο.Γ.Α.	53	47,7
Τ.Ε.Β.Ε.	2	1,8
Δημόσιο	11	9,9
Άλλο	6	5,4
Σύνολο	111	100,0

Κατάσταση της υγείας**Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο**

	Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο
Minimum	1
Maximum	34
Mean	5,23
Std. Deviation	5,80

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ καλή	3	2,7
Καλή	26	23,4
Κανονική	37	33,3
Κακή	32	28,8
Πολύ κακή	13	11,7
Σύνολο	111	100,0

**Πρώτη παραμονή στο νοσοκομείο**

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Όχι	84	75,7
Ναι	27	24,3
Σύνολο	111	100,0

Έκτακτη εισαγωγή στο νοσοκομείο;

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Όχι	70	63,1
Ναι	41	36,9
Σύνολο	111	100,0

Αριθμός κλινών του θαλάμου νοσηλείας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
2	21	18,9
3	27	24,3
4	2	1,8
5	4	3,6
6	33	29,7
Πάνω από 6	24	21,6
Σύνολο	111	100,0

Υπήρξε πληροφόρηση σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών;

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Όχι	101	91,0
Ναι	10	9,0
Σύνολο	111	100,0

Υπήρξε πληροφόρηση σχετικά με τη δωρεά οργάνων

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Όχι	104	93,7
Ναι	7	6,3
Σύνολο	111	100,0

Εισαγωγή

Ταχύτητα διαδικασίας εισαγωγής

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	39	35,1
Ικανοποιημένος/η	61	55,0
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	5	4,5
Πολύ δυσανεστημένος/η	2	1,8
Σύνολο	111	100,0

Ευγένεια του ατόμου που διεκπεραίωσε την εισαγωγή

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	60	54,1
Ικανοποιημένος/η	46	41,4
Ουδέτερος/η	4	3,6
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Ιατρικό προσωπικό

Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	63	56,8
Ικανοποιημένος/η	40	36,0
Ουδέτερος/η	3	2,7
Δυσανεστημένος/η	5	4,5
Σύνολο	111	100,0

Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	69	62,2
Ικανοποιημένος/η	39	35,1
Δυσανεστημένος/η	3	2,7
Σύνολο	111	100,0

Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	69	62,2
Ικανοποιημένος/η	36	32,4
Δυσανεστημένος/η	5	4,5
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	82	73,9
Ικανοποιημένος/η	28	25,2
Ουδέτερος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Ικανότητες του γιατρού

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	76	68,5
Ικανοποιημένος/η	30	27,0
Ουδέτερος/η	5	4,5
Σύνολο	111	100,0

Νοσηλευτικό προσωπικό

Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	86	77,5
Ικανοποιημένος/η	21	18,9
Ουδέτερος/η	3	2,7
Δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	89	80,2
Ικανοποιημένος/η	18	16,2
Ουδέτερος/η	3	2,7
Δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	84	75,7
Ικανοποιημένος/η	21	18,9
Ουδέτερος/η	3	2,7
Δυσανεστημένος/η	3	2,7
Σύνολο	111	100,0

Πληροφορίες που σας παρέιχε το νοσηλευτικό προσωπικό

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	77	69,4
Ικανοποιημένος/η	27	24,3
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	3	2,7
Σύνολο	111	100,0

Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	79	71,2
Ικανοποιημένος/η	26	23,4
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	2	1,8
Σύνολο	111	100,0

Φαγητό

Ιληροφόρηση σχετικά με την ειδική διαίτα που ακολουθήθηκε

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	8	7,2
Ικανοποιημένος/η	79	71,2
Ουδέτερος/η	16	14,4
Δυσανεστημένος/η	7	6,3
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Θερμοκρασία φαγητού

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	7	6,3
Ικανοποιημένος/η	57	51,4
Ουδέτερος/η	18	16,2
Δυσανεστημένος/η	23	20,7
Πολύ δυσανεστημένος/η	6	5,4
Σύνολο	111	100,0

Ποιότητα του φαγητού

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	7	6,3
Ικανοποιημένος/η	52	46,8
Ουδέτερος/η	19	17,1
Δυσανεστημένος/η	20	18,0
Πολύ δυσανεστημένος/η	13	11,7
Σύνολο	111	100,0

Ευγένεια του ατόμου που σερβίρει το φαγητό σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	49	44,1
Ικανοποιημένος/η	46	41,4
Ουδέτερος/η	10	9,0
Δυσανεστημένος/η	4	3,6
Πολύ δυσανεστημένος/η	2	1,8
Σύνολο	111	100,0

Δωμάτιο/θάλαμος νοσηλείας

Διακόσμηση του δωματίου

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	27	24,3
Ικανοποιημένος/η	57	51,4
Ουδέτερος/η	6	5,4
Δυσανεστημένος/η	13	11,7
Πολύ δυσανεστημένος/η	8	7,2
Σύνολο	111	100,0

Καθαριότητα δωματίου

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	40	36,0
Ικανοποιημένος/η	62	55,9
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	4	3,6
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Ευγένεια του ατόμου που καθάρισε το δωμάτιό σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	62	56,4
Ικανοποιημένος/η	41	37,3
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	2	1,8
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	110	100,0

Θερμοκρασία δωματίου

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	34	30,6
Ικανοποιημένος/η	64	57,7
Ουδέτερος/η	3	2,7
Δυσανεστημένος/η	8	7,2
Πολύ δυσανεστημένος/η	2	1,8
Σύνολο	111	100,0

Επίπεδο θορύβου μέσα και γύρω από το δωμάτιο

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	20	18,2
Ικανοποιημένος/η	50	45,5
Ουδέτερος/η	6	5,5
Δυσανεστημένος/η	27	24,5
Πολύ δυσανεστημένος/η	7	6,4
Σύνολο	110	100,0

Λειτουργία εξοπλισμού δωματίου

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	13	11,7
Ικανοποιημένος/η	71	64,0
Ουδέτερος/η	7	6,3
Δυσανεστημένος/η	16	14,4
Πολύ δυσανεστημένος/η	4	3,6
Σύνολο	111	100,0

ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ξεπηρετικότητα του ατόμου στο γραφείο πληροφοριών

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	23	20,9
Ικανοποιημένος/η	73	66,4
Ουδέτερος/η	10	9,1
Δυσανεστημένος/η	3	2,7
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	110	100,0

Παροχή διευκολύνσεων και άνεση στους επισκέπτες

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	19	17,3
Ικανοποιημένος/η	67	60,9
Ουδέτερος/η	11	10,0
Δυσανεστημένος/η	11	10,0
Πολύ δυσανεστημένος/η	2	1,8
Σύνολο	110	100,0

Συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στους επισκέπτες σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	26	23,6
Ικανοποιημένος/η	67	60,9
Ουδέτερος/η	12	10,9
Δυσανεστημένος/η	5	4,5
Total	110	100,0

Πληροφόρηση που δόθηκε στην οικογένειά σας για την κατάσταση σας και τη θεραπεία σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	25	22,7
Ικανοποιημένος/η	62	56,4
Ουδέτερος/η	21	19,1
Δυσανεστημένος/η	1	,9
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	110	100,0

Έξοδος από το νοσοκομείο

ε ποιο βαθμό αισθανθήκατε ότι είσατε έτοιμος-η για εξιτήριο

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	20	18,0
Ικανοποιημένος/η	70	63,1
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	14	12,6
Πολύ δυσανεστημένος/η	3	2,7
Σύνολο	111	100,0

Γαχύτητα διαδικασίας εξόδου από το νοσοκομείο από τη στιγμή που σας είπαν ότι μπορείτε να πάτε σπίτι σας

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	31	28,2
Ικανοποιημένος/η	64	58,2
Ουδέτερος/η	13	11,8
Δυσανεστημένος/η	1	,9
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	110	100,0

Οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με το πως να φροντίσετε τον εαυτό σας στο σπίτι

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	28	25,2
Ικανοποιημένος/η	61	55,0
Ουδέτερος/η	12	10,8
Δυσανεστημένος/η	7	6,3
Πολύ δυσανεστημένος/η	3	2,7
Σύνολο	111	100,0

Βοήθεια για την διευθέτηση παροχής υπηρεσιών περίθαλψης στο σπίτι

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	6	5,8
Ικανοποιημένος/η	32	31,1
Ουδέτερος/η	56	54,4
Δυσανεστημένος/η	8	7,8
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	1,0
Σύνολο	103	100,0

Γενική Αξιολόγηση

Γενική όψη περιβάλλοντος νοσοκομείου

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	34	30,6
Ικανοποιημένος/η	66	59,5
Ουδέτερος/η	3	2,7
Δυσανεστημένος/η	7	6,3
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Πόσο καλά συνεργάστηκε το προσωπικό για να σας φροντίσει

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	46	41,4
Ικανοποιημένος/η	59	53,2
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	1	,9
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Πιθανότητα να συστήσετε το νοσοκομείο σε άλλους

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	42	37,8
Ικανοποιημένος/η	66	59,5
Ουδέτερος/η	1	,9
Δυσανεστημένος/η	1	,9
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

Γενική αξιολόγηση της φροντίδας που σας παρείχε το νοσοκομείο

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	44	40,4
Ικανοποιημένος/η	62	56,9
Ουδέτερος/η	1	,9
Δυσανεστημένος/η	2	1,8
Σύνολο	109	100,0

Αντιμετώπιση από μέρος του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	14	12,6
Ικανοποιημένος/η	48	43,2
Ουδέτερος/η	46	41,4
Δυσανεστημένος/η	2	1,8
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	111	100,0

**Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου
κανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες**

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	20	18,0
Ικανοποιημένος/η	81	73,0
Ουδέτερος/η	6	5,4
Δυσανεστημένος/η	4	3,6
Σύνολο	111	100,0

**Ανταπόκριση στις ανησυχίες/παράπονά σας κατά την
παραμονή σας**

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	24	21,6
Ικανοποιημένος/η	77	69,4
Ουδέτερος/η	4	3,6
Δυσανεστημένος/η	6	5,4
Σύνολο	111	100,0

**Παροχή δυνατότητας να συμμετάσχετε στις αποφάσεις
σχετικά με τη θεραπεία σας**

	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα %
Πολύ ικανοποιημένος/η	8	7,3
Ικανοποιημένος/η	40	36,7
Ουδέτερος/η	53	48,6
Δυσανεστημένος/η	7	6,4
Πολύ δυσανεστημένος/η	1	,9
Σύνολο	109	100,0

Μέση Τιμή και Τυπική Απόκλιση

Descriptive Statistics

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Εισαγωγή	3,35	1,28
Ιατρικό προσωπικό	7,20	2,64
Νοσηλευτικό προσωπικό	6,59	2,69
Φαγητό	9,50	2,78
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	12,39	3,73
Επισκέπτες και Οικογένεια	8,12	2,26
Έξοδος από το νοσοκομείο	8,83	2,35
Γενική αξιολόγηση	15,60	3,68

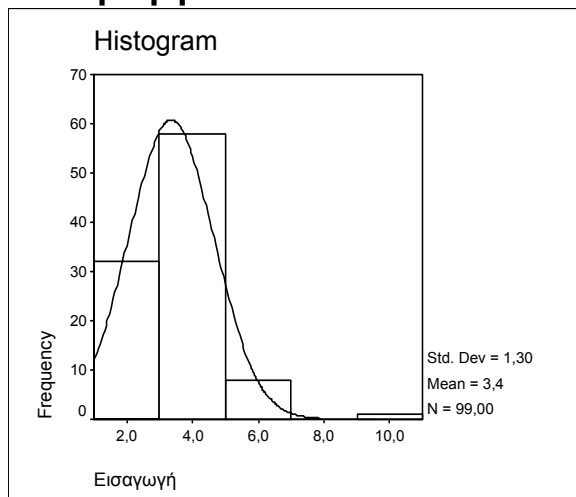
Σύνολο συχνοτήτων υποομάδων

Tests of Normality

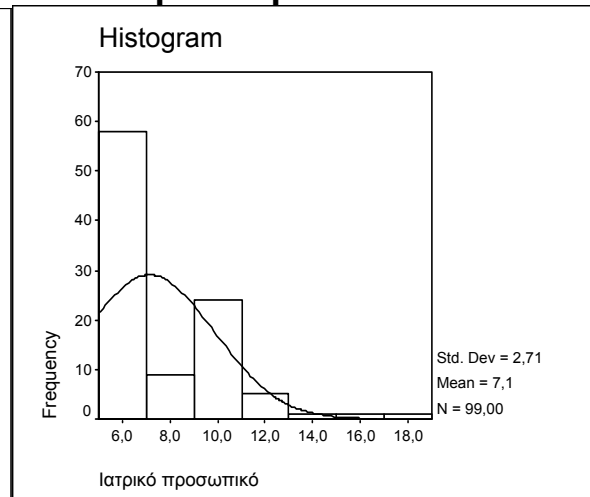
	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Εισαγωγή	,218	99	,000
Ιατρικό προσωπικό	,260	99	,000
Νοσηλευτικό προσωπικό	,333	99	,000
Φαγητό	,169	99	,000
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	,077	99	,156
Επισκέπτες και Οικογένεια	,187	99	,000
Έξοδος από το νοσοκομείο	,167	99	,000
Γενική αξιολόγηση	,118	99	,002

a. Lilliefors Significance Correction

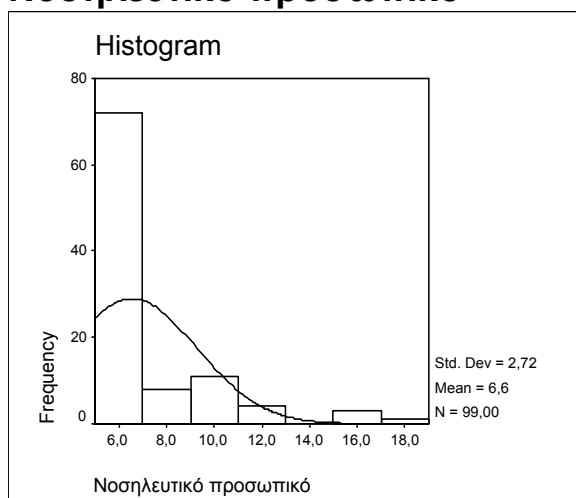
Εισαγωγή



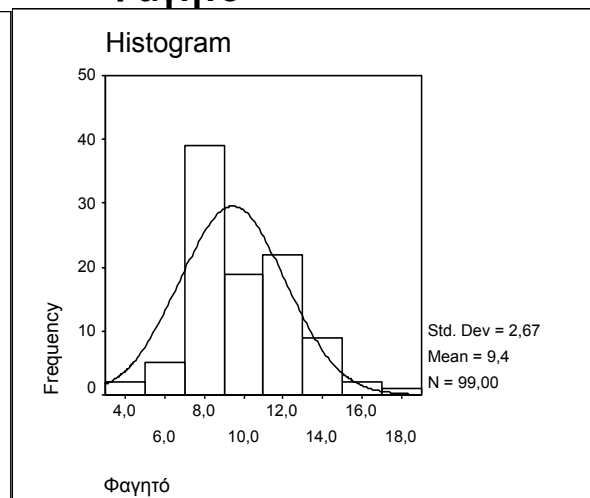
Ιατρικό προσωπικό



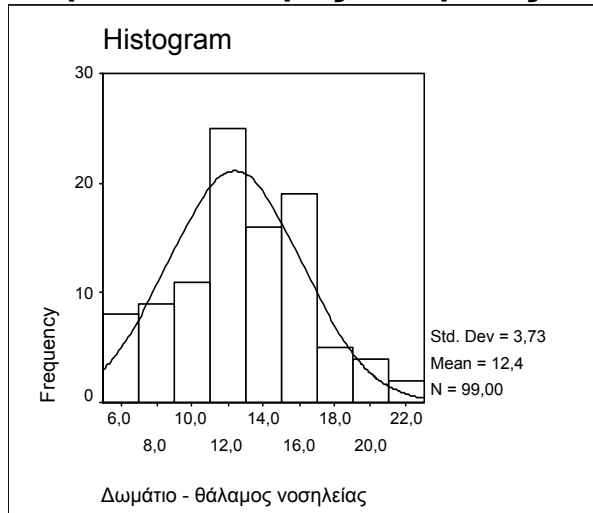
Νοσηλευτικό προσωπικό



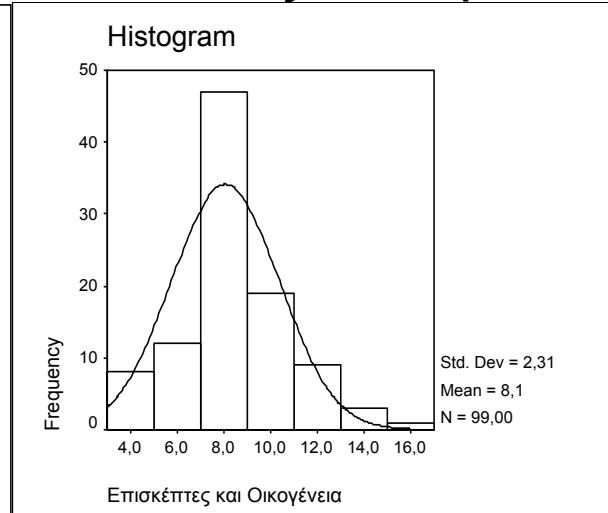
Φαγητό



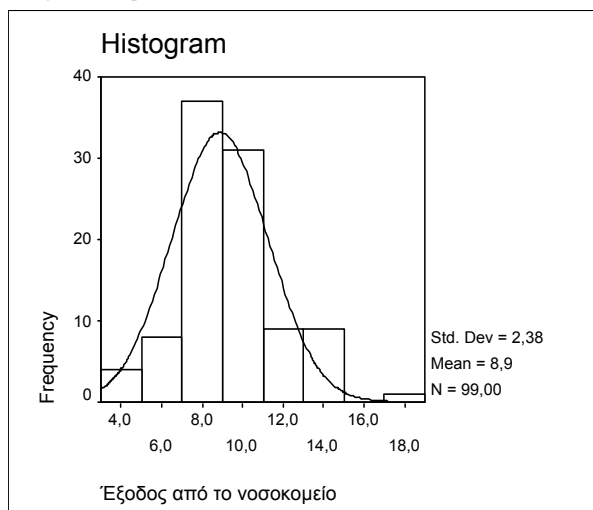
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας



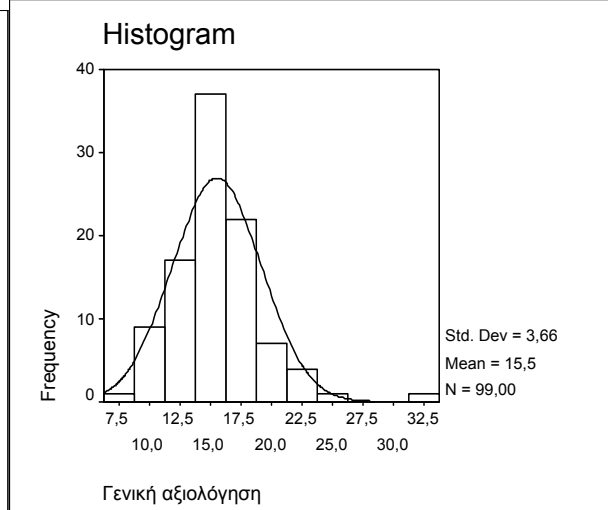
Επισκέπτες και Οικογένεια



Έξοδος από το νοσοκομείο



Γενική αξιολόγηση



Analysis of Variance (ANOVA)

Φύλο

	F	Sig.
Εισαγωγή	,236	,628
Ιατρικό προσωπικό	,356	,552
Νοσηλευτικό προσωπικό	,174	,677
Φαγητό	,014	,905
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	,006	,939
Επισκέπτες και Οικογένεια	3,891	,051
Έξοδος από το νοσοκομείο	,579	,449
Γενική αξιολόγηση	1,082	,301

Ηλικία

	F	Sig.
Εισαγωγή	3,313	,008
Ιατρικό προσωπικό	4,214	,002
Νοσηλευτικό προσωπικό	2,002	,084
Φαγητό	3,141	,011
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	4,914	,000
Επισκέπτες και Οικογένεια	6,284	,000
Έξοδος από το νοσοκομείο	,783	,564
Γενική αξιολόγηση	2,922	,017

Εκπαιδευτικό Επίπεδο

	F	Sig.
Εισαγωγή	5,562	,000
Ιατρικό προσωπικό	2,608	,021
Νοσηλευτικό προσωπικό	4,380	,001
Φαγητό	1,400	,222
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	5,383	,000
Επισκέπτες και Οικογένεια	6,715	,000
Έξοδος από το νοσοκομείο	2,082	,062
Γενική αξιολόγηση	4,433	,001

Οικονομική Κατάσταση

	F	Sig.
Εισαγωγή	1,681	,160
Ιατρικό προσωπικό	1,084	,368
Νοσηλευτικό προσωπικό	1,021	,400
Φαγητό	1,147	,339
Δωμάτιο - θάλαμος νοσηλείας	1,080	,370
Επισκέπτες και Οικογένεια	2,493	,047
Έξοδος από το νοσοκομείο	1,989	,102
Γενική Αξιολόγηση	1,638	,170

Συσχετίσεις: Ιατρικό προσωπικό Ηλικία*Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός

Statistics: % within Ηλικία

Ηλικία	Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός			
	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η
0 - 24	66,7%	33,3%		
25 - 34	62,5%	37,5%		
35 - 44	37,5%	50,0%	12,5%	
45 - 54	50,0%	50,0%		
55 - 64	38,5%	34,6%	7,7%	19,2%
65 και άνω	67,3%	32,7%		
Total	56,8%	36,0%	2,7%	4,5%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,882 ^a	15	,022
Likelihood Ratio	26,111	15	,037
Linear-by-Linear Association	,000	1	,984
N of Valid Cases	111		

a. 18 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Ηλικία * Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας

Crosstab

Count

		Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας			Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	
Ηλικία	0 - 24	4	2		6
	25 - 34	9	7		16
	35 - 44	2	5	1	8
	45 - 54	3	3		6
	55 - 64	15	9	2	26
	65 και άνω	36	13		49
Total		69	39	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,899 ^a	10	,178
Likelihood Ratio	14,016	10	,172
Linear-by-Linear Association	1,902	1	,168
N of Valid Cases	111		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Ηλικία * Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός

% within Ηλικία

		Ενημέρωση που σας παρείχε ο γιατρός			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η
Ηλικία	0 - 24	66,7%	33,3%		
	25 - 34	43,8%	43,8%	12,5%	
	35 - 44	50,0%	25,0%	12,5%	12,5%
	45 - 54	33,3%	66,7%		
	55 - 64	61,5%	30,8%	7,7%	
	65 και άνω	73,5%	26,5%		
Total		62,2%	32,4%	4,5%	,9%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,996 ^a	15	,038
Likelihood Ratio	19,601	15	,188
Linear-by-Linear Association	5,802	1	,016
N of Valid Cases	111		

a. 18 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Ηλικία * Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού

% within Ηλικία

		Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού		
		Πολύ ικανοποιη μένος/η	Ικανοποιη μένος/η	Ουδέτερος/η
Ηλικία	0 - 24	83,3%	16,7%	
	25 - 34	56,3%	43,8%	
	35 - 44	62,5%	25,0%	12,5%
	45 - 54	50,0%	50,0%	
	55 - 64	76,9%	23,1%	
	65 και άνω	81,6%	18,4%	
Total		73,9%	25,2%	,9%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,428 ^a	10	,035
Likelihood Ratio	11,323	10	,333
Linear-by-Linear Association	3,283	1	,070
N of Valid Cases	111		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Ηλικία * Ικανότητες του γιατρού

Crosstab

Count

		Ικανότητες του γιατρού			Total
		Πολύ ικανοποιη μένος/η	Ικανοποιη μένος/η	Ουδέτερος/η	
Ηλικία	0 - 24	5		1	6
	25 - 34	9	7		16
	35 - 44	4	2	2	8
	45 - 54	3	3		6
	55 - 64	19	7		26
	65 και άνω	36	11	2	49
Total		76	30	5	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,953 ^a	10	,056
Likelihood Ratio	16,640	10	,083
Linear-by-Linear Association	1,636	1	,201
N of Valid Cases	111		

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός

Crosstab

Count

		Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	16	2			18
	Απόφοιτος Δημοτικού	26	20	2	4	52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	5		1	15
	Απόφοιτος Λυκείου	5	7	1		13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	3	2			5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	1	3			4
	Άλλο	3	1			4
Total		63	40	3	5	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,650 ^a	18	,479
Likelihood Ratio	20,634	18	,298
Linear-by-Linear Association	,284	1	,594
N of Valid Cases	111		

a. 21 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας

Crosstab

Count

		Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας			Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	15	3		18
	Απόφοιτος Δημοτικού	33	18	1	52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	5	1	15
	Απόφοιτος Λυκείου	4	8	1	13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	1	4		5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	4			4
	Άλλο	3	1		4
Total		69	39	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,597 ^a	12	,128
Likelihood Ratio	19,106	12	,086
Linear-by-Linear Association	1,431	1	,232
N of Valid Cases	111		

a. 14 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Ενημέρωση που σας παρέιχε ο γιατρός

Crosstab

Count

		Ενημέρωση που σας παρέιχε ο γιατρός				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	14	4			18
	Απόφοιτος Δημοτικού	34	18			52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	9	5	1		15
	Απόφοιτος Λυκείου	5	5	2	1	13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	1	3	1		5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	4				4
	Άλλο	2	1	1		4
Total		69	36	5	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,606 ^a	18	,053
Likelihood Ratio	25,804	18	,104
Linear-by-Linear Association	8,047	1	,005
N of Valid Cases	111		

a. 22 cells (78,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού		
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	94,4%	5,6%	
	Απόφοιτος Δημοτικού	76,9%	23,1%	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	53,3%	46,7%	
	Απόφοιτος Λυκείου	46,2%	46,2%	7,7%
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	60,0%	40,0%	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	100,0%		
	Άλλο	100,0%		
Total		73,9%	25,2%	,9%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,011 ^a	12	,037
Likelihood Ratio	21,161	12	,048
Linear-by-Linear Association	1,204	1	,272
N of Valid Cases	111		

a. 16 cells (76,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Ικανότητες του γιατρού

Crosstab

Count

		Ικανότητες του γιατρού			Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	14	4		18
	Απόφοιτος Δημοτικού	37	13	2	52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	10	5		15
	Απόφοιτος Λυκείου	6	5	2	13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	1	3	1	5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	4			4
	Άλλο	4			4
Total		76	30	5	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,347 ^a	12	,137
Likelihood Ratio	18,830	12	,093
Linear-by-Linear Association	,679	1	,410
N of Valid Cases	111		

a. 16 cells (76,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Οικονομική κατάσταση * Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός

Crosstab

Count

		Χρόνος που σας αφιέρωσε ο γιατρός				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	2	1			3
	Καλή	12	10			22
	Μέτρια	36	24	3	4	67
	Κακή	10	3		1	14
	Πολύ κακή	3	2			5
Total		63	40	3	5	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,976 ^a	12	,917
Likelihood Ratio	8,382	12	,755
Linear-by-Linear Association	,001	1	,975
N of Valid Cases	111		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Οικονομική κατάσταση * Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας

Crosstab

Count

		Ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες σας			Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	1	2		3
	Καλή	15	6	1	22
	Μέτρια	38	27	2	67
	Κακή	12	2		14
	Πολύ κακή	3	2		5
Total		69	39	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,503 ^a	8	,591
Likelihood Ratio	7,339	8	,501
Linear-by-Linear Association	,995	1	,318
N of Valid Cases	111		

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Οικονομική κατάσταση * Ενημέρωση που σας παρέιχε ο γιατρός

% within Οικονομική κατάσταση

		Ενημέρωση που σας παρέιχε ο γιατρός			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Δυσσαρεστημένος/η	Πολύ δυσσαρεστημένος/η
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	33,3%		66,7%	
	Καλή	63,6%	36,4%		
	Μέτρια	59,7%	34,3%	4,5%	1,5%
	Κακή	78,6%	21,4%		
	Πολύ κακή	60,0%	40,0%		
Total		62,2%	32,4%	4,5%	,9%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31,086 ^a	12	,002
Likelihood Ratio	15,669	12	,207
Linear-by-Linear Association	2,822	1	,093
N of Valid Cases	111		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Οικονομική κατάσταση * Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού

Crosstab

Count

		Φιλικότητα/ευγένεια γιατρού			Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	2	1		3
	Καλή	14	8		22
	Μέτρια	49	17	1	67
	Κακή	12	2		14
	Πολύ κακή	5			5
Total		82	28	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,809 ^a	8	,778
Likelihood Ratio	6,366	8	,606
Linear-by-Linear Association	3,248	1	,072
N of Valid Cases	111		

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Οικονομική κατάσταση * Ικανότητες του γιατρού

Crosstab

Count		Ικανότητες του γιατρού			Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	1	2		3
	Καλή	14	8		22
	Μέτρια	47	15	5	67
	Κακή	12	2		14
	Πολύ κακή	2	3		5
Total		76	30	5	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,967 ^a	8	,204
Likelihood Ratio	12,025	8	,150
Linear-by-Linear Association	,298	1	,585
N of Valid Cases	111		

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Συσχετίσεις: Νοσηλευτικό προσωπικό

Ηλικία * Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Crosstab

Count		Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	
Ηλικία	0 - 24	4	1	1		6
	25 - 34	11	3	2		16
	35 - 44	6	2			8
	45 - 54	3	3			6
	55 - 64	20	5		1	26
	65 και άνω	42	7			49
Total		86	21	3	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,749 ^a	15	,145
Likelihood Ratio	16,887	15	,326
Linear-by-Linear Association	4,564	1	,033
N of Valid Cases	111		

a. 19 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Ηλικία * Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε

Crosstab

Count		Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεσθημένος/η	
Ηλικία	0 - 24	3	2	1		6
	25 - 34	13	1	2		16
	35 - 44	7	1			8
	45 - 54	3	3			6
	55 - 64	21	4		1	26
	65 και άνω	42	7			49
Total		89	18	3	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,772 ^a	15	,069
Likelihood Ratio	19,497	15	,192
Linear-by-Linear Association	3,581	1	,058
N of Valid Cases	111		

a. 19 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Ηλικία * Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας

Crosstab

Count		Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεσθημένος/η	
Ηλικία	0 - 24	4	1	1		6
	25 - 34	10	4	1	1	16
	35 - 44	5	2	1		8
	45 - 54	4	1		1	6
	55 - 64	20	5		1	26
	65 και άνω	41	8			49
Total		84	21	3	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,782 ^a	15	,224
Likelihood Ratio	16,167	15	,371
Linear-by-Linear Association	5,949	1	,015
N of Valid Cases	111		

a. 19 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Ηλικία * Πληροφορίες που σας παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό

Crosstab

Count		Πληροφορίες που σας παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεσθημένος/η	
Ηλικία	0 - 24	3	2		1	6
	25 - 34	8	5	2	1	16
	35 - 44	5	2	1		8
	45 - 54	4	1		1	6
	55 - 64	19	6	1		26
	65 και άνω	38	11			49
Total		77	27	4	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,644 ^a	15	,117
Likelihood Ratio	19,157	15	,207
Linear-by-Linear Association	10,396	1	,001
N of Valid Cases	111		

a. 18 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Ηλικία * Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού

% within Ηλικία

		Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεσθημένος/η
Ηλικία	0 - 24	33,3%	33,3%	33,3%	
	25 - 34	75,0%	12,5%	12,5%	
	35 - 44	62,5%	25,0%		12,5%
	45 - 54	66,7%	16,7%		16,7%
	55 - 64	73,1%	26,9%		
	65 και άνω	75,5%	24,5%		
Total		71,2%	23,4%	3,6%	1,8%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,461 ^a	15	,001
Likelihood Ratio	25,479	15	,044
Linear-by-Linear Association	6,033	1	,014
N of Valid Cases	111		

a. 18 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Crosstab

Count		Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού				Total
		Πολύ ικανοποιη μένος/η	Ικανοποιη μένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστ ημένος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	16	2			18
	Απόφοιτος Δημοτικού	42	10			52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	11	3	1		15
	Απόφοιτος Λυκείου	7	4	1	1	13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	3	1	1		5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	3	1			4
	Άλλο	4				4
Total		86	21	3	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,454 ^a	18	,257
Likelihood Ratio	17,182	18	,511
Linear-by-Linear Association	2,600	1	,107
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε

Crosstab

Count		Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε				Total
		Πολύ ικανοποιη μένος/η	Ικανοποιη μένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστ ημένος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	16	2			18
	Απόφοιτος Δημοτικού	42	10			52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	13	1	1		15
	Απόφοιτος Λυκείου	6	5	1	1	13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	4		1		5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	4				4
	Άλλο	4				4
Total		89	18	3	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,271 ^a	18	,074
Likelihood Ratio	23,772	18	,163
Linear-by-Linear Association	1,123	1	,289
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	83,3%	16,7%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	80,8%	19,2%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	80,0%	13,3%	6,7%	
	Απόφοιτος Λυκείου	46,2%	23,1%	15,4%	15,4%
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	60,0%	40,0%		
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	50,0%	25,0%		25,0%
	Άλλο	100,0%			
Total		75,7%	18,9%	2,7%	2,7%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,588 ^a	18	,014
Likelihood Ratio	26,022	18	,099
Linear-by-Linear Association	5,815	1	,016
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Πληροφορίες που σας παρέιχε το νοσηλευτικό προσωπικό

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Πληροφορίες που σας παρέιχε το νοσηλευτικό προσωπικό			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	83,3%	16,7%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	73,1%	26,9%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	80,0%	13,3%		6,7%
	Απόφοιτος Λυκείου	38,5%	30,8%	23,1%	7,7%
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	40,0%	40,0%	20,0%	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	50,0%	25,0%		25,0%
	Άλλο	75,0%	25,0%		
Total		69,4%	24,3%	3,6%	2,7%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,876 ^a	18	,004
Likelihood Ratio	29,004	18	,048
Linear-by-Linear Association	8,578	1	,003
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού			
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	83,3%	16,7%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	73,1%	26,9%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου	80,0%	6,7%	13,3%	
	Απόφοιτος Λυκείου	30,8%	38,5%	15,4%	15,4%
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	80,0%	20,0%		
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	50,0%	50,0%		
	Άλλο	100,0%			
Total		71,2%	23,4%	3,6%	1,8%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,180 ^a	18	,005
Likelihood Ratio	31,720	18	,024
Linear-by-Linear Association	2,631	1	,105
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Οικονομική κατάσταση * Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Crosstab

Count

		Φιλικότητα/ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	1	2			3
	Καλή	16	4	2		22
	Μέτρια	53	12	1	1	67
	Κακή	12	2			14
	Πολύ κακή	4	1			5
Total		86	21	3	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,724 ^a	12	,640
Likelihood Ratio	8,240	12	,766
Linear-by-Linear Association	2,290	1	,130
N of Valid Cases	111		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Οικονομική κατάσταση * Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε

Crosstab

Count		Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε αυτά που ζητήσατε				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	3				3
	Καλή	17	3	2		22
	Μέτρια	52	13	1	1	67
	Κακή	13	1			14
	Πολύ κακή	4	1			5
Total		89	18	3	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,193 ^a	12	,845
Likelihood Ratio	7,561	12	,818
Linear-by-Linear Association	,458	1	,499
N of Valid Cases	111		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Οικονομική κατάσταση * Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας

Crosstab

Count		Προσοχή που δόθηκε στις ειδικές ανάγκες σας				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	1	1	1		3
	Καλή	16	3	2	1	22
	Μέτρια	52	13		2	67
	Κακή	12	2			14
	Πολύ κακή	3	2			5
Total		84	21	3	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,065 ^a	12	,066
Likelihood Ratio	14,323	12	,281
Linear-by-Linear Association	2,541	1	,111
N of Valid Cases	111		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Οικονομική κατάσταση * Πληροφορίες που σας παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό

Crosstab

Count		Πληροφορίες που σας παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	1	2			3
	Καλή	15	4	1	2	22
	Μέτρια	46	17	3	1	67
	Κακή	12	2			14
	Πολύ κακή	3	2			5
Total		77	27	4	3	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,110 ^a	12	,606
Likelihood Ratio	9,706	12	,642
Linear-by-Linear Association	2,184	1	,139
N of Valid Cases	111		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Οικονομική κατάσταση * Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού

Count

Count		Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	1	1		1	3
	Καλή	16	3	3		22
	Μέτρια	48	17	1	1	67
	Κακή	11	3			14
	Πολύ κακή	3	2			5
Total		79	26	4	2	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,648 ^a	12	,006
Likelihood Ratio	14,425	12	,274
Linear-by-Linear Association	2,605	1	,107
N of Valid Cases	111		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Συσχετίσεις: Γενική Αξιολόγηση

Ηλικία * Αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απορρήτου

Crosstab

Count		Αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απορρήτου					Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	Πολύ δυσάρεστος/η	
Ηλικία	0 - 24		2	4			6
	25 - 34	2	5	7	1	1	16
	35 - 44	1	2	4	1		8
	45 - 54	1	1	4			6
	55 - 64	2	14	10			26
	65 και άνω	8	24	17			49
Total		14	48	46	2	1	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,125 ^a	20	,334
Likelihood Ratio	18,954	20	,525
Linear-by-Linear Association	6,579	1	,010
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (76,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Ηλικία * Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες

Crosstab

Count		Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	
Ηλικία	0 - 24	1	4	1		6
	25 - 34	4	11		1	16
	35 - 44	2	6			8
	45 - 54	1	4		1	6
	55 - 64	6	15	3	2	26
	65 και άνω	6	41	2		49
Total		20	81	6	4	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,273 ^a	15	,432
Likelihood Ratio	16,571	15	,345
Linear-by-Linear Association	,056	1	,812
N of Valid Cases	111		

a. 19 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου

% within Εκπαιδευτικό επίπεδο

		Αντιμετώπιση από μέρους του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου				
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος ημένος/η	Πολύ δυσάρεστος ημένος/η
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	22,2%	44,4%	33,3%		
	Απόφοιτος Δημοτικού	13,5%	48,1%	38,5%		
	Απόφοιτος Γυμνασίου		33,3%	66,7%		
	Απόφοιτος Λυκείου		46,2%	53,8%		
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	25,0%	50,0%		25,0%	
	Άλλο	25,0%	25,0%	50,0%		
Total		12,6%	43,2%	41,4%	1,8%	,9%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57,337 ^a	24	,000
Likelihood Ratio	34,105	24	,083
Linear-by-Linear Association	2,841	1	,092
N of Valid Cases	111		

a. 26 cells (74,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Εκπαιδευτικό επίπεδο * Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες

Crosstab

Count		Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσανεστημένος/η	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	4	13	1		18
	Απόφοιτος Δημοτικού	8	41	2	1	52
	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	11	1		15
	Απόφοιτος Λυκείου	2	8	1	2	13
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	1	3		1	5
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι.	1	2	1		4
	Άλλο	1	3			4
Total		20	81	6	4	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,928 ^a	18	,598
Likelihood Ratio	12,459	18	,823
Linear-by-Linear Association	,874	1	,350
N of Valid Cases	111		

a. 23 cells (82,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Οικονομική κατάσταση * Αντιμετώπιση από μέρος του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου

Crosstab

Count		Αντιμετώπιση από μέρος του προσωπικού σε θέματα ιδιωτικότητας και προσωπικού απόρρητου				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Πολύ δυσαρεστημένος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή		1	2		3
	Καλή	2	9	10	1	22
	Μέτρια	8	32	25	1	67
	Κακή	4	4	6		14
	Πολύ κακή		2	3		5
Total		14	48	46	2	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,449 ^a	16	,934
Likelihood Ratio	9,180	16	,906
Linear-by-Linear Association	,541	1	,462
N of Valid Cases	111		

a. 18 cells (72,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Οικονομική κατάσταση * Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες

Crosstab

Count

		Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του νοσοκομείου ικανοποίησε τις συναισθηματικές/ψυχικές σας ανάγκες				Total
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	Δυσάρεστος/η	
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή		2	1		3
	Καλή	3	19			22
	Μέτρια	13	46	4	4	67
	Κακή	3	11			14
	Πολύ κακή	1	3	1		5
Total		20	81	6	4	111

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,762 ^a	12	,387
Likelihood Ratio	13,474	12	,336
Linear-by-Linear Association	,191	1	,662
N of Valid Cases	111		

a. 16 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.