



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

**«ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



Σπουδάστριες:

Κρητικού Ειρήνη
Μιγαδάκη Ευαγγελία
Νεοφωτίστου Αυγουστίνα

Επιβλέπων καθηγητής:

ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ,
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Ηράκλειο 2009



**Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής**

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

**«ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**



Σπουδάστριες:

Κρητικού Ειρήνη
Μιγαδάκη Ευαγγελία
Νεοφωτίστου Αυγουστίνα

Επιβλέπων καθηγητής:

ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ,
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

Ηράκλειο 2009

Ευχαριστίες

Μετά την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν και στάθηκαν δίπλα μας καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησής της.

Ευχαριστούμε τον καθηγητή μας κο Γεώργιο Κριτωτάκη για την πολύτιμη βοήθεια και τη καθοδήγηση του σε όλη τη διάρκεια της δημιουργίας της πτυχιακής εργασίας μας.

Ευχαριστούμε όλους τους καθηγητές μας όλα αυτά τα χρόνια και ιδιαίτερα της κ. Ζαχαρένια Ανδρουλάκη, κ. Σταυροπούλου Αρετή, κ. Δαφέρμου Μαρία, κο. Ροβίθη Μιχάλη και κο. Ζηδιανάκη Ζαχαρία, για τις γνώσεις και τις συμβουλές που μας μετέδωσαν όλα τα χρόνια των σπουδών μας και μας κατέστησαν ικανές να ασκούμε τη Νοσηλευτική πράξη σε συνδιασμό με τις θεωρητικές γνώσεις.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την αμέριστη συμπαράσταση, κατανόηση και υποστήριξη τους ολή αυτή τη τόσο δύσκολη και ψυχοφθόρα περίοδο.

Σας Ευχαριστούμε πολύ

Κρητικού Ειρήνη

Μιγαδάκη Ευαγγελία

Νεοφωτίστου Αυγουστίνα



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	Σελ. 3
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	4
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	8
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Κοινωνικοί Προσδιοριστές της Υγείας	10
1.1 Κοινωνικοί Προσδιοριστές Της Υγείας.....	12
1.2 Φυσικό Περιβάλλον Και Υγεία.....	13
1.3 Εκπαίδευση Και Υγεία.....	14
1.4 Οικονομική Κατάσταση Και Υγεία.....	16
1.5 Κοινωνικές Ανισότητες Στη Νοσηρότητα Και Θνησιμότητα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το κοινωνικό κεφάλαιο.....	21
2.1 Εισαγωγή.....	23
2.2 Σύντομη Ιστορική Αναδρομή Του Όρου.....	24
2.3 Ορισμοί Του Κοινωνικού Κεφαλαίου Και Ερμηνεία.....	25
2.4 Πως δημιουργείται το Κοινωνικό Κεφάλαιο	27
2.4.1 Τύποι του Κοινωνικού Κεφαλαίου.....	27
2.4.2 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες.....	29
2.5 Γιατί Κοινωνικό Κεφάλαιο;.....	30
2.5.1 Ποια η Σχέση Του Κοινωνικού Κεφαλαίου Με Την Υγεία.....	31

2.6 Μέτρηση Του Κοινωνικού Κεφαλαίου.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πολιτική της	34
Υγείας.....	
3.1 Η πολιτική της υγείας.....	36
3.2 Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	36
3.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	38
3.4 Κύριοι Στόχοι Του ΕΣΥ.....	39
3.5 Προϋπάρχουσες Ρυθμίσεις – Μορφές Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα.....	39
3.6 Επίλογος.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Υπηρεσίες Υγείας.....	41
4.1 Ποιοί Παράγοντες Επιδρούν Στη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας.....	43
4.2 Ταξινόμηση Υπηρεσιών Υγείας.....	47
4.3 Οργάνωση Των Υπηρεσιών Υγείας.....	48
4.4 Πρόσβαση Στις Υπηρεσίες Υγείας(Δημόσιες & Ιδιωτικές).....	50
4.5 Ανισότητα Στην Πρόσβαση Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:Εγκυμοσύνη και Υπηρεσίες υγείας.....	55
Εγκυμοσύνη & Ευκαιρίες Επιλογής & Πρόσβασης Σε Δημόσιες & Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας.....	57

<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :	62
Περίληψη.....	
6.1	64
Σκοπός.....	
.....	
6.2 Υλικό και	64
Μέθοδος.....	
6.3	64
Αποτελέσματα.....	
.....	
6.4 Συμπεράσματα	65
.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σκοπός μελέτη και Ερευνητικά ερωτήματα.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Υλικό και	69
Μέθοδος.....	
8.1 Είδος	71
μελέτης.....	
.....	
8.2 Ερευνητικό	71
πεδίο.....	
8.3 Πληθυσμός	71

στόχος.....	
8.4 Ερευνητικό εργαλείο.....	71
8.5 Στατιστική ανάλυση.....	73
.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αποτελέσματα	74
.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Συζήτηση και Συμπεράσματα.....	100
.....	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	109
.....	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:	
.....	
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	110
.....	
Ξένη Βιβλιογραφία.....	112
.....	
Δευθύνσεις Διαδικτίου.....	113
.....	
Ερωτηματολόγιο	

Β.Γ.Ν.Η : Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ε.Σ.Υ. : Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ε.Π.Δ. : Εθνικό Παρατηρητήριο Διακρίσεων

Ν.Π.Δ.Δ. : Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

Ν.Π.Ι.Δ : Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου

Ο.Α.Ε.Δ : Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού

Ο.Ο.Σ.Α. : Οργανισμός Οικονομικής Ανάπτυξης & Συνεργασίας

Π.Α.Γ.Ν.Η. : Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Π.Ο.Υ : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο.Ε.С.Д : Organisation For Economic Co- operation and Development

W.H.O. : World Health Organization

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Κοινωνικοί Προσδιοριστές της Υγείας

1.1 Κοινωνικοί Προσδιοριστές Της Υγείας.....	ΣΕΛ. 12
1.2 Φυσικό Περιβάλλον Και Υγεία.....	13
1.3 Εκπαίδευση Και Υγεία.....	14
1.4 Οικονομική Κατάσταση Και Υγεία.....	16
1.5 Κοινωνικές Ανισότητες στη Νοσηρότητα και στη Θνησιμότητα.....	17

1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία του ατόμου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, πηγαίνει σχολείο, μαθαίνει να φροντίζει τον εαυτό του, αργότερα εργάζεται και ζει. Επειδή όμως τα άτομα είναι διαφορετικά το ένα από το άλλο είναι φανερό ότι και οι κοινωνίες διαφέρουν η μια από την άλλη και οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι άνισα κατανομημένοι σε αυτές. Από όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και οι οποίοι θα αναφερθούν παρακάτω, αυτοί που φαίνεται να είναι σημαντικότεροι είναι η κοινωνική θέση που κατέχει ένα άτομο, η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου (η οποία έχει άμεση σχέση με την κοινωνική του θέση) και οι κοινωνικές αξίες απέναντι στην υγεία και τη αρρώστια με τις οποίες καθορίζονται ειδικές συμπεριφορές απέναντι στις παραπάνω έννοιες (Τούντας και Φρισήρας 1996) .

Όπως αναφέρεται στην διάλεξη του κυρίου Τάσου Φιλαλήθη αναπληρωτή καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης στο μάθημα “Επιστήμονας Πολίτης” έτος 2006 έως 2007 οι προσδιοριστές της υγείας είναι:

1. Εισόδημα και κοινωνική θέση
2. Εκπαίδευση
3. Φυσικό περιβάλλον
4. Κοινωνικά δίκτυα
5. Τρόπος ζωής
6. Ατομικά γενετικά χαρακτηριστικά
7. Φύλο
8. Υπηρεσίες υγείας



1.2 ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας “ υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας”. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, οι παράγοντες που επιδρούν στη αρρώστια και την απουσία αναπηρίας μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 κατηγορίες όπως φαίνεται παρακάτω.

- Βιολογικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο και κληρονομικότητα)

- Ευρύτεροι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.
- Παράγοντες άμεσου περιβάλλοντος (κατοικία, εργασία, υπηρεσίες υγείας)
- Οι στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στην αρρώστια και τη υγεία

Σήμερα το φυσικό περιβάλλον είναι εξαιρετικά σύνθετο και αλλάζει συνεχώς. Παράγοντες που επηρέαζαν την υγεία παλαιότερα έχουν εκλείψει, ενώ νέοι γεννιούνται συνεχώς και με γρήγορους ρυθμούς. Οι απειλές του περιβάλλοντος κατά της υγείας δεν αφορούν μονάχα την επίδραση των βιολογικών, χημικών και φυσικών παραγόντων στην ζωή του ατόμου αλλά και τη γενικότερη υποβάθμιση της ζωής όπως αυτή φαίνεται μέσα από την ποιότητα του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο. Αυτή η ποιότητα καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις ανθρώπινες προσπάθειες για οικονομική ευμάρεια και ανάπτυξη. Τέτοιες δραστηριότητες συνήθως σχετίζονται άμεσα με την εκμετάλλευση του εδάφους, του νερού και του αέρα καθιστώντας τα αρκετές φορές μη ικανά να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ανθρώπινων οργανισμών. Στα λοιμώδη νοσήματα του παρελθόντος καθώς και τα εκφυλιστικά νοσήματα του παρόντος (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνοι, ατυχήματα) θα προστεθούν και οι μεγάλοι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι που εγκυμονεί το μέλλον (φαινόμενο θερμοκηπίου, υποβάθμιση του ύδατος και του εδάφους, η αραίωση του όζοντος, παραγωγή τοξικών προϊόντων) καθώς επίσης και οι φυσικές καταστροφές οι οποίες συμβάλουν με την σειρά τους στη δημιουργία ανισοτήτων στις ανθρώπινες κοινωνίες. Όλα τα παραπάνω εκτός από τις καθοριστικές αλλοιώσεις που κάνουν στη υγεία των ατόμων επιδρούν επίσης και στην συμπεριφορά των ανθρώπων σε όλους τους τομείς (Τούντας 1998).

1.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η εκπαίδευση αποτελεί και αυτή κοινωνικό θεσμό ο οποίος επιδρά στη υγεία. Η εκπαίδευση του ατόμου το βοηθά στη κοινωνική ανέλιξη σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα καθώς επίσης και στην προσωπική ολοκλήρωση του ατόμου. Το σχολείο αποτελεί το σημαντικότερο μέσο κοινωνικοποίησης μετά τη οικογένεια καθώς επιδρά επίσης στην ψυχική ισορροπία του ατόμου. Η σχολική εκπαίδευση συμπεριλαμβάνει τις ηθικές αξίες, τις πεποιθήσεις καθώς και τις προτεραιότητες κάθε κοινωνίας που επηρεάζουν σημαντικά την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Η σχολική εκπαίδευση μεταδίδει στους εκπαιδευόμενους πρότυπα που σχετίζονται με υγιείς τρόπους ζωής (κάπνισμα, διατροφή, φυσική κατάσταση, φροντίδα σώματος). Αξίζει να αναφερθεί από τη στιγμή που η εκπαίδευση επιδρά στη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου είναι βέβαια ότι επιδρά σημαντικά και στην υγεία του ατόμου. Η εκπαίδευση παρέχει γνώσεις και δεξιότητες σε θέματα υγείας. Η σωστή διατροφή, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η ορθή χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελούν σημαντικά εφόδια υγείας που παρέχονται από την εκπαιδευτική διαδικασία είτε αυτή είναι πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση (Τούντας 2007).



1.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Περισσότερα χρήματα μπορεί να σημαίνει και καλύτερη υγεία? Έτσι φαίνεται ότι πιστεύουν οι έλληνες σύμφωνα με ένα άρθρο της εφημερίδας Καθημερινή (δημοσίευση στις 26\06\2002) από την κυρία Πέννυ Μπουλούτζα η οποία αναφέρει ότι όσο υψηλότερα είναι τα εισοδήματα και η κοινωνική θέση των ελλήνων πολιτών τόσο καλύτερα αξιολογούν οι ίδιοι την υγεία τους καθώς επίσης χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας. Πρέπει να αναφερθεί ότι τα παραπάνω αποτελούν συμπεράσματα μιας έρευνας με θέμα “Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον ελληνικό πληθυσμό” που πραγματοποιήθηκε από τον Τομέα Οικονομικών της εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας με την συνεργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η έρευνα διεξήχθη το διάστημα από το Δεκέμβριο του 2000 έως και τον Μάιο του 2001 με την μορφή 2 ερωτηματολογίων σε δείγμα 1.819 άτομα. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την

έρευνα οι Έλληνες πιστεύουν κατά μέσο όρο ότι έχουν καλή υγεία (7,8 με άριστα το 10). Ωστόσο παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως η εκπαίδευση και το εισόδημα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το εισόδημα επηρεάζει περισσότερο τους άντρες παρά τις γυναίκες και ιδιαίτερα στις ηλικίες 40 έως 59. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι η μείωση των οικονομικών ανισοτήτων μπορεί να βελτιώσει την υγεία των κατώτερων κοινωνικά στρωμάτων ενώ μπορεί να επηρεάσει θετικά και τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα (Τούντας 2008).



1.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τις σημειώσεις της κυρίας Κουκούλη από το μάθημα της Κοινωνιολογίας της Υγείας του ΤΕΙ νοσηλευτικής (2007) δύο είναι οι πιο σημαντικές έρευνες πάνω στο θέμα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία η πρώτη έγινε από τους Townsend Davidson το 1982 και η δεύτερη από τον Marmott και τους συνεργάτες του το 1984, 1991.

Η πρώτη έρευνα των Townsend και Davidson έλαβε χώρα στην Αγγλία και δημοσιεύτηκε με τον τίτλο “Μαύρη Βίβλος” (Black Report).

Η έρευνα αυτή αφορά τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των 5 κοινωνικών τάξεων της Βρετανίας (I επαγγελματίες, II μεσαία τάξη, III ειδικευμένοι ή μη χειρώνακτες, IV ειδικευμένοι χειρώνακτες, V μερικώς ειδικευμένοι χειρώνακτες ή ανειδίκευτοι χειρώνακτες) καθώς και τις διαφορές που έχουν αυτές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι τα παρακάτω:

1. Συνολικοί δείκτες θνησιμότητας

Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ θνησιμότητας και κοινωνικής τάξης σε όλες τις ηλικίες. Και επιπλέον ότι τα άτομα τις ομάδας των ανειδίκευτων χειρωνακτών έχει αρκετά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ότι άτομα άλλων κοινωνικών ομάδων που βρίσκονται ανώτερα στην ιεραρχική κλίμακα.

2. Αιτίες θανάτου ανεξαρτήτου ηλικίας

Ασθένειες όπως ήταν η καρδιακές παθήσεις, το έλκος στομάχου, καρκίνος πνεύμονα, και οι αγγειακές αλλοιώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος ενοχοποιούνταν κυρίως για τους θανάτους ανδρών των κοινωνικών τάξεων IV και V παρά σε πιο ανώτερες κοινωνικές τάξεις(I, II). Αν και στις γυναίκες δεν εμφανίζονται ουσιαστικές διαφορές φαίνεται ότι ενοχοποιούνται οι ίδιοι παράγοντες.

3. Νεογνική και βρεφική θνησιμότητα

Τα νεογνά της τάξης των ανειδίκευτων χειρωνακτών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους από ότι τα νεογνά των επαγγελματιών. Στα μωρά έως ενός έτους η αναλογία τους είναι 3 θάνατοι στην πέμπτη τάξη (ανειδίκευτοι χειρώνακτες), 2 θάνατοι στην τέταρτη τάξη (ειδικευμένοι χειρώνακτες) και 1 θάνατος στη πρώτη τάξη (επαγγελματίες). Τέλος για τα παιδιά από 1 έως 14 ετών θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα παιδιά των ανειδίκευτων χειρωνακτών διατρέχουν

μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από πνιγμό, πυρκαγιά ή πτώση από ότι τα παιδιά της τάξης των επαγγελματιών και αυτό γιατί οι γονείς λόγω της φύσης της δουλειάς του φαίνεται να μη δίνουν αρκετή προσοχή στα παιδιά τους.

4. Χρήση υπηρεσιών υγείας

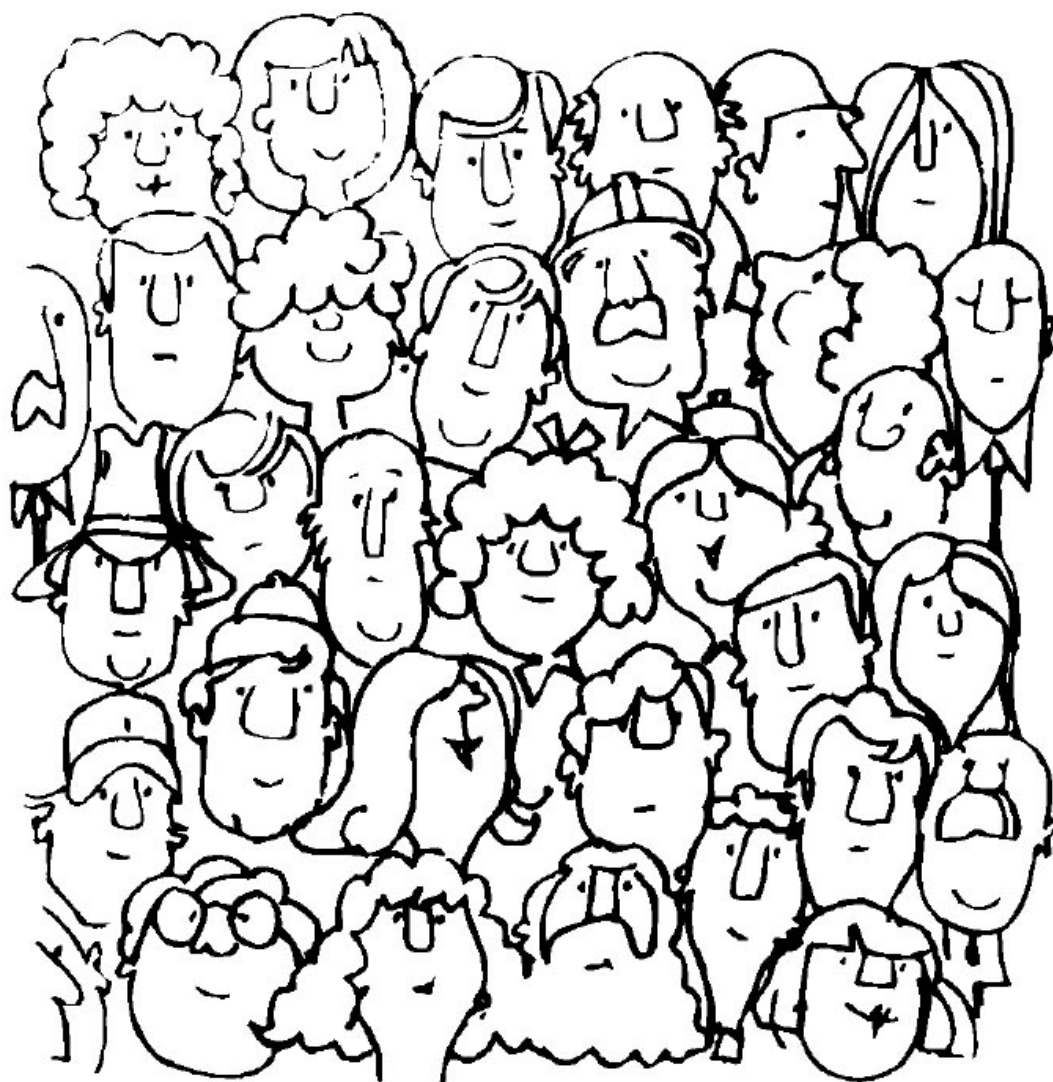
Τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα χρησιμοποιούν περισσότερο την προληπτική ιατρική από ότι τα άτομα κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων. Ακόμα τα άτομα των ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων αξιοποιούν καλύτερα το χρόνο της ιατρικής εξέτασης και έχουν τη δυνατότητα να περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση της υγείας τους από ότι τα άτομα κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων και αυτό βοηθάει περισσότερο στην αποκατάσταση της υγείας τους.

Στην έρευνα του ο Marmott και οι συνεργάτες του το 1984 και 1991 ουσιαστικά επέκτειναν και ενίσχυσαν τα αποτελέσματα της Μαύρης Βίβλου. Ανίχνευσαν δε συγκεκριμένα την ομάδα των δημοσίων υπαλλήλων γραφείου στην Βρετανία. Ο κύριος στόχος ήταν να μελετήσουν τις διαφορές της θνητότητας και θνησιμότητας της συγκεκριμένης ομάδας ατόμων.

Στην πρώτη έρευνα το 1984 τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που βρίσκονταν στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα της κατηγορίας αυτής είχαν 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες θνησιμότητας από ότι τα άτομα στα ανώτερα σημεία της ομάδας αυτής. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι οι διαφορές αυτές ήταν ακόμα μεγαλύτερες σε εθνικό επίπεδο στο γενικό πληθυσμό.

Στη δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Marmott και τους συνεργάτες του το 1991 στον ίδιο πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι κάθε ομάδα είχε χειρότερη υγεία από αυτή που βρισκόταν πάνω από αυτή στην ιεραρχία. Το πρώτο που διαπίστωσαν οι ερευνητές είναι ότι υπάρχει μια κοινωνική διαβάθμιση όσο αφορά τη νοσηρότητα και τη

θνησιμότητα σε γενικό επίπεδο. Αυτό συμβαίνει διότι ενώ στα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν υπάρχει φτώχεια, αυτοί που ανεβαίνουν τη κοινωνική κλίμακα έχουν χειρότερη υγεία από αυτούς που βρίσκονται ακριβώς στη κορυφή. Ενώ αυτή η βαθμίδωση συνεχίζεται μέχρι τα κατώτερα σημεία της κλίμακας. Διαπίστωση της έρευνας του Marmott (1991) ήταν ότι τα παραπάνω αποτελέσματα ισχύουν και για τη νοσηρότητα και για τη θνησιμότητα σε όλον το πληθυσμό (Κουκούλη 2007).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το κοινωνικό κεφάλαιο

2.1 Εισαγωγή.....	ΣΕΛ 23
2.2 Σύνοψη Ιστορική Αναδρομή Του Όρου.....	24
2.3 Ορισμοί Του Κοινωνικού Κεφαλαίου Και Ερμηνεία.....	25
2.4 Πως δημιουργείται Το Κοινωνικό Κεφάλαιο	27
2.4.1 Τύποι του κοινωνικού κεφαλαίου	27
2.4.2 Οι Προσδιοριστικοί Παράγοντες.....	29
2.5 Γιατί Κοινωνικό Κεφάλαιο;.....	30
2.5.1 Ποια η Σχέση Του Κοινωνικού Κεφαλαίου Με Την Υγεία.....	31
2.6 Μέτρηση Του Κοινωνικού Κεφαλαίου.....	32

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί το κατάλληλο μέσο στην προσπάθειά να ερμηνευθούν και να αιτιολογηθούν υγειονομικά αποτελέσματα και μεταβλητές. Η καταλληλότητά του προκύπτει από το γεγονός ότι πρόκειται για μια διαδικασία που αφορά όλους τους πολίτες, ίδιας ή διαφορετικής κοινωνικο-οικονομικής τάξης ή πολιτισμικής καταγωγής, που συνδέονται κοινωνικά και δημιουργούν κοινωνικά δίκτυα. Στόχος του κοινωνικού κεφαλαίου είναι το γενικό συμφέρον, το οποίο στηρίζεται σε παράγοντες όπως είναι η εμπιστοσύνη, η αμοιβαιότητα, η συνεργασία, η αλληλεγγύη και η συλλογική δράση των πολιτών. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να διαμορφώνουν και να τροποποιούν δείκτες υγειονομικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης (Κριτσωτάκης 2008).

Προκειμένου να υπάρχει μια πιο σαφή εικόνα για το τί είναι κοινωνικό κεφάλαιο και γιατί έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ειδικών, θα γίνει μια σύντομη ιστορική αναφορά και θα παρουσιαστούν διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις του όρου. Στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης για το πώς δημιουργείται το κοινωνικό κεφάλαιο, πώς επιτυγχάνεται η συσσώρευση του κοινωνικού κεφαλαίου και ποιοι είναι οι τύποι του. Έπειτα θα γίνει αναφορά στο ερώτημα «Γιατί κοινωνικό κεφάλαιο;» και ποια η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία. Τέλος, αναφορά θα γίνει και στην μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου.

2.2 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Συχνά στις κοινωνικές επιστήμες συναντάται μια έννοια για την οποία δεν υπάρχει αντίστοιχος περιγραφικός όρος, και το αντίστροφο, η ύπαρξη κάποιου όρου ο οποίος δεν μπορεί να σταθεί εννοιολογικά. Τα τελευταία χρόνια ο όρος «κοινωνικό κεφάλαιο» φαίνεται να προσελκύει το ενδιαφέρον των ερευνητών σε διάφορα επιστημονικά πεδία. Η τάση αυτή απορρέει από την ιδέα ότι οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων είναι αξιοσημείωτες και μπορούν να επηρεάσουν θετικά τόσο οικονομικές όσο και διαπροσωπικές εκφράσεις της ανθρώπινης συνύπαρξης (Κριτσωτάκης 2008).

Σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο αρχίζει να χρησιμοποιείται, έμμεσα, ήδη από το 1832 όταν ο Alexis de Tocqueville σχολίαζε ότι η Αμερικάνικη Δημοκρατία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στις οργανώσεις και τις ομάδες που συστήνονται χωρίς οι πολίτες να είναι θεσμικά υποχρεωμένοι (Whiteley 1999). Επίσης ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο Marx (1867), ο John Bates Clark (1885) και ο Alfred Marshall (1890) έχουν αναφερθεί στο έργο τους στο κοινωνικό κεφάλαιο (Farr 2004, Szreter & Woolcock 2004). Σύμφωνα με τον Farr (2004), ο Marx στο έργο του «Το Κεφάλαιο» (1867) παρότρυνε τους εργάτες να οργανωθούν σε ομάδες γεγονός που θα τους βοηθούσε να διεκδικήσουν πιο αποτελεσματικά τα αιτήματά τους.

Επίσης, σύμφωνα με τον Farr (2004) επικρατεί η άποψη ότι ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του αιώνα από τον παιδαγωγό και φιλόσοφο Dewey (1900, 1909, 1915) και από την επίσης παιδαγωγό Hanifan (1916) (2008).

Ο Dewey, θεωρείται ο πατέρας του «Κοινωνικού» ή «Κριτικού Προγραμματισμού». Πρόκειται για ένα κίνημα που εμφανίστηκε στις αρχές του αιώνα και σκοπό είχε να βελτιώσει συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις ή ανισότητες μέσα από μια διαδικασία εποικοδομητικής κριτικής.

Ο Durkheim (1902) στο βιβλίο του «Αυτοκτονία», διερευνά το φαινόμενο των αυτοκτονιών και επισημαίνει πως ορισμένα κοινωνικά δίκτυα (π.χ. ομάδες καθολικών) αποτρέπουν άτομα από αυτοκτονίες εγωιστικού τύπου.

Στη συνέχεια, για μερικές δεκαετίες, ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο εξαφανίζεται από την τρέχουσα φρασεολογία. Την δεκαετία του '60 χρησιμοποιήθηκε ξανά μόνο μια φορά από την οικονομολόγο Jacobs (Jacobs, 1961) στο βιβλίο της «Η ζωή και ο θάνατος των μεγάλων Αμερικανικών Πόλεων». Στο βιβλίο της αυτό η Jacobs υποστήριζε ότι τα κοινωνικά δίκτυα είναι αυτά που δημιουργούν και συντηρούν το κοινωνικό κεφάλαιο και στηρίζουν την οικονομική ανάπτυξη των πόλεων.

Αργότερα, από τα μέσα της δεκαετίας του '70 ο όρος αρχίζει να χρησιμοποιείται ξανά αλλά και ασαφώς. Τελικά, από τα μέσα και τέλη της δεκαετίας του '80 ο όρος αρχίζει να χρησιμοποιείται με την σημερινή του έννοια. Σ' αυτό συνετέλεσαν οι εργασίες των Loury, Bourdieu και Coleman (Κριτσωτάκης 2008).

2.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Το κοινωνικό κεφάλαιο εκφράζει το γεγονός ότι οι ανθρώπινες σχέσεις είναι ωφέλιμες και συνεπώς έχουν χρηστική αξία και σημασία.

Σήμερα, η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου εκλαμβάνεται διαφορετικά από τον κάθε ερευνητή, στηριζόμενος στα επί μέρους ενδιαφέροντά του. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, για το τι είναι κοινωνικό κεφάλαιο. Έτσι κρίνεται αναγκαία η προσωρινή υιοθέτηση ενός σύνθετου ορισμού που να λαμβάνει υπ' όψη τη χρήση του όρου από διαφορετικούς συγγραφείς. Σύμφωνα με αυτή την παρατήρηση, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι «η ικανότητα να εξασφαλίζει

κανείς ωφελήματα μέσα από τη συμμετοχή σε δίκτυα και άλλες κοινωνικές δομές»(Κονιόρδος 2004).

Το κοινωνικό κεφάλαιο συναντά αρκετές δυσκολίες στον προσδιορισμό του τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο και αυτός είναι και ο λόγος που δεν έχει μελετηθεί επαρκώς μέχρι σήμερα. Τα τελευταία χρόνια κεντρίζει ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Ένας από τους πιο γνωστούς ορισμούς του κοινωνικού κεφαλαίου είναι αυτός του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ): « Σαν κοινωνικό κεφάλαιο ορίζονται τα δίκτυα και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των ανθρώπων και τα οποία μαζί με τους κοινούς κοινωνικούς κώδικες, τις κοινές αξίες και αντιλήψεις διευκολύνουν την συνεργασία και προάγουν το κοινωνικό όφελος ». Το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί σαν συγκολλητικός παράγοντας, «κόλλα», που κρατά ενωμένες τις κοινωνίες. Αντίθετα, όταν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι απών, εμφανίζονται φαινόμενα ρατσισμού, ατομικισμού και εγωκεντρισμού που τείνουν να καταστρέψουν τις κοινωνικές σχέσεις (Τακτικός 2008).

Ο ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου κατά τον ΟΟΣΑ, δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε έννοιες οι οποίες χαρακτηρίζουν το κοινωνικό κεφάλαιο και προωθούν τη συλλογική δραστηριότητα, με τελικό σκοπό την αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Όλοι οι πολίτες είναι υπεύθυνοι για την δημιουργία του κοινωνικού κεφαλαίου μέσω της δημιουργικότητας και της προσφοράς τους. (Μητσοτάκης 2004).

Έννοιες οι οποίες χαρακτηρίζουν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι η συνεργασία, ο εθελοντισμός, η αμοιβαιότητα, η αλληλεγγύη, το αίσθημα της κοινωνικής ασφάλειας, οι ισχυρές ανθρώπινες σχέσεις, κ.ά.. Όλα αυτά είναι απαραίτητα στοιχεία για την γεφύρωση των κοινωνικών ρωγμών με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και μεγιστοποίηση του κοινωνικού εισοδήματος προς αμοιβαίο κοινωνικό όφελος. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι λεγόμενες «Κοινωνίες των Πολιτών» κατέχουν το πιο ισχυρό κοινωνικό

κεφάλαιο. Αυτό γιατί οι κοινωνίες αυτές βασίζονται σε αξίες όπως είναι η ισότητα, η δικαιοσύνη, η αλληλεγγύη, η συμμετοχικότητα, η συνεργασία, η ακεραιότητα και το ήθος (Τούντας 2007 και Τακτικός 2008).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, σύμφωνα με την έννοια που έχουν δώσει στον όρο οι P. Bourdieu, J. Coleman και R. Putnam το κοινωνικό κεφάλαιο εκφράζεται ως ένα σύνολο μη οικονομικών πόρων που αποδίδονται στα άτομα, είτε μεμονωμένα είτε σε δίκτυα ατόμων, και χαρακτηρίζονται από έννοιες οι οποίες προάγουν και διευκολύνουν τη συνεργασία και τη συλλογική δράση των πολιτών, με στόχο το γενικό συμφέρον. Επομένως το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι ωφέλιμο τόσο από οικονομικής όσο και από κοινωνικής άποψης (Καραμάνου 2006).

2.4 ΠΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.4.1 Τύποι του κοινωνικού κεφαλαίου

Βασική συστατική ουσία του κοινωνικού κεφαλαίου αποτελούν τα κοινωνικά δίκτυα. Τα κοινωνικά δίκτυα παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους, οι οποίες οφείλονται στην διαφορετική σύσταση των κοινωνικών ομάδων μέσα στις οποίες αναπτύσσονται. Όταν γίνεται αναφορά στα κοινωνικά δίκτυα εννοούνται τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους, τους συνεργάτες και γενικά τους γνωστούς που έχει ένα άτομο και οι οποίοι το βοηθούν να διατηρήσει την κοινωνική του ταυτότητα, του παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη, υλική ενίσχυση, δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες και τέλος το παροτρύνουν να δημιουργήσει νέες κοινωνικές επαφές (Μητσοτάκης 2004 και Παπάνης 2007).

Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι κοινωνικού κεφαλαίου:

1. BONDING Social Capital - Ισχυρό / Αποκλειστικό κοινωνικό κεφάλαιο:

Αφορά τις σχέσεις και τους δεσμούς που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας, μεταξύ φίλων (οι κολλητοί...) ή μεταξύ των μελών

ίδιας ομάδας. Οι σχέσεις αυτές στηρίζονται στο σεβασμό, την εμπιστοσύνη και την φιλία και είναι πολύ σημαντικές για την επιβίωση της κοινωνίας.

2. BRIDGING Social Capital - Έμμεσο / Γεφυροποιό κοινωνικό κεφάλαιο:

Πρόκειται για χαλαρές σχέσεις εμπιστοσύνης που αναπτύσσονται μεταξύ συνεργατών στον εργασιακό χώρο ή συνεργατών στα πλαίσια κοινωνικών ομάδων (π.χ. αθλητικά σωματεία), μεταξύ διαφορετικών εθνικών ομάδων, ηλικιών ή και κρατών (διαπολιτισμική συνεργασία). Αυτού του είδους οι σχέσεις επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική και οικονομική εξέλιξη των ατόμων.

3. LINKING Social Capital – Ιεραρχικό / διασυνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο:

Αναφέρεται στις σχέσεις ανάμεσα σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτικά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα αφορά τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ατόμων που ανήκουν σε κάποιο ιεραρχικά δομημένο σύστημα από το οποίο απορρέει εξουσία. (π.χ. η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ενός πολίτη που αναζητεί εργασία μέσω του τοπικού γραφείου του ΟΑΕΔ και του υπαλλήλου που χειρίζεται τη υπόθεση) (Aldridge & Halpen 2002).

Προχωρώντας σε ένα σωστό συνδυασμό των τριών παραπάνω μορφών κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να επιτευχθεί η βιώσιμη ανάπτυξη των τοπικών κοινοτήτων. Αυτή με τη σειρά της θα παρέμβει ουσιαστικά στην γενικότερη ανάπτυξη – κοινωνική, πολιτιστική, επιστημονική, επαγγελματική, πολιτική και οικονομική στην Ελλάδα (Μητσοτάκης 2004 και Καραμάνου 2006).

2.4.2 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες

Ο Bourdieu (1986) διέκρινε τέσσερις διαφορετικές μορφές κεφαλαίου: το ανθρώπινο, το οικονομικό, το φυσικό και το κοινωνικό. Οι τέσσερις αυτές μορφές κεφαλαίου διαθέτουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους,

ωστόσο παρουσιάζουν μια σημαντική διαφορά. Η διαφορά αυτή έγκειται στο ότι για την δημιουργία του κοινωνικού κεφαλαίου απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ δύο τουλάχιστον ατόμων (συνήθως μιας μεγάλης ομάδας ατόμων). Η διαδικασία της αλληλεπίδρασης είναι περίπλοκη και επηρεάζεται από ιστορικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να ακμάσει το κοινωνικό κεφάλαιο είναι η εθελοντική συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ των ατόμων. Η δημιουργία και διατήρηση ισχυρού κοινωνικού κεφαλαίου βοηθάει στην επίλυση των διαφορών και στον πλουραλισμό απόψεων.

Ανακεφαλαιώνοντας, γίνεται κατανοητό ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν το κοινωνικό κεφάλαιο και βοηθούν στη συσσώρευσή του είναι οι εξής:

1. Εθελοντική συμμετοχή των ατόμων ή ομάδων σε δίκτυα, η οποία θα στηρίζεται στην ισότητα των μελών.

2. Εμπιστοσύνη: επιτρέπει στο άτομο να ρισκάρει, αφού γνωρίζει ότι οι υπόλοιποι θα τον υποστηρίξουν ή δεν θα τον υπονομεύσουν.

3. Αμοιβαιότητα: Τα άτομα ενεργούν προς όφελος άλλων, χωρίς να υπολογίζουν το προσωπικό τους κόστος και περιμένοντας ανταπόδοση όταν αυτοί το χρειαστούν, σε απροσδιόριστο χρόνο στο μέλλον.

4. Κανόνες (νόρμες): Πρόκειται για άγραφους, συνήθως, αλλά κατανοητούς κοινωνικούς κανόνες και αρχές που επιτρέπουν ανεπίσημο κοινωνικό έλεγχο χωρίς την θεσμική επιβολή κυρώσεων (Halpern 2001).

5. Κοινότητα: δεν ανήκει σε κανένα αλλά αξιοποιείται από όλους (Putnam 1993).

6. Ανθρώπινο και Κοινωνικό κεφάλαιο: Το ανθρώπινο κεφάλαιο (π.χ. ομαδική εργασία, ικανότητα επικοινωνίας) υποβοηθάει το κοινωνικό κεφάλαιο.

Άρα επενδύσεις στο ανθρώπινο κεφάλαιο συμβάλλουν στην ανάπτυξη και των δύο τύπων κεφαλαίου (OECD 2001 και Καραμάνου 2006).

2. 5 ΓΙΑΤΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Οι σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων (κράτος, πολίτης, τοπικές κοινωνίες, επαγγελματικές ενώσεις, επιστημονικές εταιρίες, εθελοντικές οργανώσεις) εξαρτώνται αποκλειστικά και σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα διακυβέρνησης μιας κοινωνίας αλλά και από το παραγόμενο έργο. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι χώρες με υψηλά επίπεδα συμμετοχής των πολιτών στα κοινά και εμπιστοσύνης στις σχέσεις με το κράτος παρουσιάζουν υψηλή αποδοτικότητα κυβερνητικού έργου (Μητσοτάκης 2004).

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι μοντέρνες και αποδοτικές κοινωνίες βασίζονται για την ανάπτυξή τους σε τέσσερις διαφορετικές μορφές κεφαλαίου:

- ❖ Ανθρώπινο κεφάλαιο
- ❖ Οικονομικό κεφάλαιο
- ❖ Φυσικό κεφάλαιο
- ❖ Κοινωνικό κεφάλαιο

Όπως αναφέρεται και στο πρώτο μέρος της εργασίας , το κοινωνικό κεφάλαιο έχει μελετηθεί πολύ λιγότερο από τις άλλες μορφές κεφαλαίου παγκοσμίως. Γι' αυτό και σήμερα έχει ενταθεί το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για την μελέτη του (Μητσοτάκης 2004).

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα εμπειρικών ερευνών διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερο είναι ένα δίκτυο και όσο συχνότερη είναι η επαφή των μελών του τόσο πιο αποτελεσματική είναι η βοήθεια που προσφέρουν (π.χ. εύρεση εργασίας στα μέλη τους όταν την χρειάζονται). Από την άλλη πλευρά τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν διαύλους μεταφοράς πληροφοριών τόσο στους

εργαζόμενους όσο και στους εργοδότες με αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγικότητας (Παπάνης 2007).

2.5.1 Ποια η σχέση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Υγεία

Η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου μιας κοινότητας με το επίπεδο υγείας της κοινότητας έχει μελετηθεί εκτενώς (Boswell-Purdy 2001 και Μητσοτάκης 2004).

Στο σημείο αυτό σημαντική παρατήρηση είναι το εξής: Όταν οι πολίτες αισθάνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας και οι ενέργειές τους έχουν αντίκρισμα στο κοινωνικό όφελος τότε το επίπεδο ποιότητας της υγείας θα είναι υψηλό. Οι πολίτες οι οποίοι έχουν αρκετές κοινωνικές επαφές και είναι δραστήρια μέλη της κοινωνίας έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας από αυτούς που δεν έχουν κοινωνικές επαφές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εμφάνιση αρκετών ασθενειών σχετίζεται άμεσα με το κοινωνικό – οικονομικό προφίλ της κοινότητας (Worsley 2001 και Μητσοτάκης 2004).

Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της ανάπτυξης μιας ψυχικής νόσου σε άτομα συγκεκριμένων κοινοτήτων. Όπως αναφέρεται και παραπάνω, οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ συγγενών και φίλων (Ισχυρό / Αποκλειστικό κοινωνικό κεφάλαιο) είναι πολύ σημαντικές για την διατήρηση και τη βιωσιμότητα της κοινωνίας. Ωστόσο, η αξία που έχει το Έμμεσο / Γεφυροποιό κοινωνικό κεφάλαιο σε ότι αφορά την ποιότητα υγείας και την διάρκεια της ζωής είναι τεκμηριωμένο βιβλιογραφικά (π.χ. έμμεσου κοινωνικού κεφαλαίου αποτελούν οι ομάδες υποστήριξης καρκινοπαθών, οι οποίες δημιουργούνται από καρκινοπαθείς) (Μητσοτάκης 2004).

Το 1993 πραγματοποιήθηκε μια συγκριτική μελέτη σε διάφορες περιοχές της Ιταλίας που σκοπό είχε να εκτιμηθούν οι επιπτώσεις στην υγεία από τη συμμετοχή των κατοίκων στη ζωή της κοινότητας. Στα πλαίσια της έρευνα αυτής υπήρχαν περιοχές (κοινωνίες των πολιτών) στις οποίες λειτουργούσαν περισσότερα σωματεία, χορωδίες, ομάδες ποδοσφαίρου, οι κάτοικοι διάβαζαν

περισσότερο τις εφημερίδες και έδειχναν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα κοινά και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους συμπολίτες τους. Από την άλλη μεριά, υπήρχαν περιοχές (κοινωνίες μη πολιτών) με αυστηρή ιεραρχία, τα δημόσια θέματα αποτελούσαν ευθύνη ειδικών, παρατηρούνταν φαινόμενα διαφθοράς, παραβίασης των νόμων και οι περισσότεροι κάτοικοι αισθάνονταν αδύναμοι και θύματα εκμετάλλευσης.

Η πιο σημαντική διαπίστωση της μελέτης αυτής ήταν ότι τα ποσοστά της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας ήταν πολύ λιγότερα στις περιοχές της πρώτης κατηγορίας σε σχέση με τις περιοχές της δεύτερης κατηγορίας (Τούντας 2007).

2.6 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Στην Ελλάδα η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου δεν είναι κάτι εύκολο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι διατίθενται ελάχιστα στοιχεία όσον αφορά τους δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου (π.χ. κοινωνικά δίκτυα), τους αιτιολογικούς παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου (π.χ. αξίες και κώδικες συμπεριφοράς, κ.λπ.) και τους δείκτες αποτελέσματος που προκύπτουν από την ύπαρξη ή όχι του κοινωνικού κεφαλαίου (αίσθηση αξιοκρατίας και σεβασμού από το κράτος, αίσθηση ασφάλειας, βελτίωση της ποιότητας υγείας, κ.λπ.)

Για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου απαιτούνται τουλάχιστον τρεις αλληλοσυνδεόμενες διαστάσεις:

Μέτρηση (ποσοτική και ποιοτική) των αιτιολογικών παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου όπως τον βαθμό συμμετοχής σε οργανωμένες επίσημες και ανεπίσημες κοινωνικές ομάδες (από πολιτικά κόμματα μέχρι αθλητικά σωματεία), την αίσθηση εμπιστοσύνης απέναντι στους θεσμούς και στους ανθρώπους, κ.λπ.

Μέτρηση αυτών καθ' αυτών των ποσοτικών χαρακτηριστικών του κοινωνικού κεφαλαίου (π.χ. αριθμός εθελοντικών και μη κυβερνητικών

οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα).Σ' αυτή την κατεύθυνση κινείται ήδη η Ελληνική πολιτεία.

Μέτρηση των δεικτών αποτελέσματος που σχετίζονται με την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου. (πχ αύξηση εθελοντικών οργανώσεων που σχετίζονται με την πρόληψη και προαγωγή της υγείας σε μια τοπική κοινωνία).

Προκειμένου να μετρηθεί και να αναλυθεί το κοινωνικό κεφάλαιο στην Ελλάδα θα πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί βασικό μεθοδολογικό εργαλείο της εργασίας και προκύπτει από το σκελετό των ερωτηματολογίων για το κοινωνικό κεφάλαιο της Διεθνούς Τράπεζας (Μητσοτάκης 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Περιεχόμενα



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πολιτική της Υγείας

3.1 Η πολιτική της υγείας.....	ΣΕΛ 36
3.2 Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	36
3.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	38
3.4 Κύριοι Στόχοι Του ΕΣΥ.....	39
3.5 Προϋπάρχουσες Ρυθμίσεις – Μορφές Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα.....	39
3.6 Επίλογος.....	40

3.1 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ορισμός

Η πολιτική υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) συνιστάται στο σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα υγείας της χώρας της, με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τους κυριότερους τρόπους επίτευξης αυτών (WHO 1998).

Η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας δεν συνιστά μια «απομονωμένη» οργανωτική και διοικητική διαδικασία αλλά αντίθετα αποτελεί μέρος ευρύτερων δομικών αλλαγών –μεταρρυθμίσεων που λαμβάνουν χώρα στο κοινωνικό πεδίο. Επηρεάζεται έντονα από πολιτικούς, ιδεολογικούς, κοινωνικούς, θεσμικούς, ιστορικούς καθώς και οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ’ όψιν από τους αναλυτές και τους εισηγητές πολιτικής, όσον αφορά την μέτρηση των αποτελεσμάτων που θα επιφέρουν οι αλλαγές – μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας (Κουρή 2008).

3.2 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών Υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές Συστημάτων Υγείας:

1. Το ιδιωτικό ή φιλελεύθερο, που λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς και τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και επιβάρυνση, όπως αυτό αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται κατ’ εξοχήν στις Η.Π.Α.

2. Το κρατικό ή Δημόσιο, που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, γνωστό και ως μοντέλο του Beveridge, που αναπτύχθηκε στην Μ. Βρετανία.
3. Το Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο στηρίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, που χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων, γνωστό και ως μοντέλο του Bismarck, που αναπτύχθηκε στην Γερμανία.

Έτσι στην Ελλάδα το Κρατικό μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) έχει χαρακτηριστικά ενός μεικτού συστήματος υγείας. Έτσι περιέχει χαρακτηριστικά του Κρατικού προτύπου της Εθνικής Υπηρεσίας της Μ. Βρετανίας, με χρηματοδότηση της μισθοδοσίας προσωπικού, του εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας και των έργων από το κράτος μέσω προγραμμάτων δημοσίων επενδύσεων ή μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων. Επίσης όμως περιέχει και χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας του μοντέλου της Κοινωνικής Ασφάλισης της Γερμανίας, με χρηματοδότηση, μέσω , των ασφαλιστικών εισφορών εργοδοτών, ασφαλισμένων ή και του κράτους στα πλαίσια τριμερούς χρηματοδότησης(Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος και Ασλανίδης 2007).

3.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την οργάνωση ενός εθνικού συστήματος υγείας έγινε το 1956 Περί οργάνωσης της Ιατρικής

Περιθάλψεως, στην ουσία βέβαια αυτός ο νόμος δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Ακολουθεί το πρωτοποριακό νομοσχέδιο Δοξιάδη το οποίο δεν ψηφίστηκε από τη βουλή. Έπειτα το 1983 ψηφίζεται ο νόμος 1397 με τον οποίο τίθενται οι βάσεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Οι βασικές αρχές του νόμου 1397 του 1983 ήταν ότι

- 1) Η υγεία είναι κοινό αγαθό
- 2) Όλοι έχουν δικαίωμα στην περίθαλψη (δυνατότητες ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας)
- 3) Το κράτος έχει υποχρέωση να αναλάβει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- 4) Πρέπει να υπάρχει λαϊκή συμμετοχή στο σχεδιασμό, προγραμματισμό και έλεγχο του συστήματος.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό.

Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού.

Από την πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. (Κυριόπουλος και Οικονόμου 2003)

3.4 ΚΥΡΙΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΕΣΥ

1. Η καθολική, πλήρης και ισότιμη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού.

2. Η χρηματοδότηση του συστήματος από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας), αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση (μέσω τριμερούς χρηματοδότησης από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και κράτους).

3. Η κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών παραγωγής, που βασικά ανήκουν στο κράτος.

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ στην Ελλάδα, στην προσπάθειά του να επιτύχει τους στόχους του, είναι ότι οι κυβερνήσεις νομοθετούν για ζητήματα πολιτικής Υγείας, έχοντας κατά νου μόνο το Δημόσιο Τομέα και ειδικότερα τα Νοσοκομεία. Έτσι, ο Ιδιωτικός Τομέας αναπτύσσεται ανεξάρτητα και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των δύο αυτών τομέων έχει τελικά ζημιογόνες συνέπειες, τόσο για τους πολίτες όσο και για το σύστημα (Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος και Ασλανίδης 2007).

3.5 ΠΡΟΫΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ - ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΜΠΡΑΞΗΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ & ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Η εμπειρία της εφαρμογής των διατάξεων Ν. 2646 / 98, Ν. 2955 / 01, Ν. 3204 / 03, ΠΔ 346 /98, ΠΔ 18 / 2000, έχει ήδη δώσει θετικά αποτελέσματα, καθώς τα Νοσοκομεία ανέθεσαν το έργο της καθαριότητας και της φύλαξης των κτιρίων τους σε ιδιωτικούς φορείς, με διατήρηση, αν όχι βελτίωση, των αντίστοιχων υπηρεσιών και περιορισμό του κόστους κατά 20 % περίπου. Ακόμη, με τις ίδιες διατάξεις δόθηκε η δυνατότητα στα Νοσοκομεία να αναθέσουν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου την τροφοδοσία και τη σίτιση σε ιδιωτικούς φορείς. Μέσω των συμβάσεων αυτών εξασφαλίστηκε επιπλέον ο αναγκαίος χρόνος για την κατασκευή πεπαλαιωμένων υποδομών των μαγειρείων, ένα πρόσθετο δηλαδή διαχρονικό όφελος για το νοσοκομείο.

Φαίνεται ότι η Σύμπραξη του Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα θα αποτελέσει το απαραίτητο εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης (Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος και Ασλανίδης 2007).

3.6 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

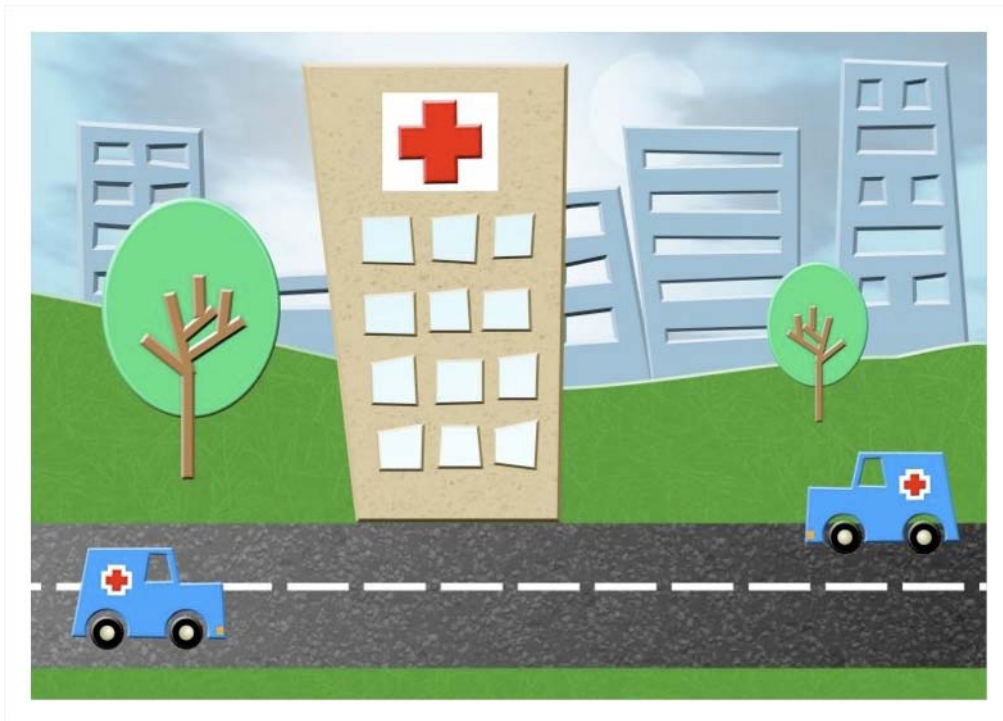
Σε διεθνές επίπεδο για σύγχρονη πολιτική της υγείας, προβάλλεται αναγκαία η ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Τομέα, μέσα από την προσπάθεια σύζευξης της αποδοτικής και αποτελεσματικής αξιοποίησης πόρων και ισότιμης κατανομής αυτών. Σκοπός είναι η μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους και η άρση των οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Κανένα υγειονομικό σύστημα σε καμιά χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους για να εξασφαλίσει πλήρη κάλυψη των αυξανόμενων απαιτήσεων στο τομέα της Υγείας. Κάθε χώρα διαμορφώνει την πολιτική της για την Υγεία σε σχέση με το οικονομικό – πολιτιστικό της κεφάλαιο και τον ορθολογικό ή μη χαρακτήρα των επιλογών που προκρίνονται. Οι Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα δεν αποτελούν πανάκεια, αλλά θα χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά, προκειμένου να καλυφθεί η απόσταση που χωρίζει την Ελλάδα από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης (Χατζητόλιος, Ζαμπίτης, Σανιδάς, Ζαφειρόπουλος και Ασλανίδης 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Υπηρεσίες Υγείας



4.1 Ποιοι Παράγοντες Επιδρούν στη Χρήση Υπηρεσιών Υγείας.....	43
4.2 Ταξινόμηση Υπηρεσιών Υγείας.....	47
4.3 Οργάνωση Των Υπηρεσιών Υγείας.....	48
4.4 Πρόσβαση Στις Υπηρεσίες Υγείας(Δημόσιες & Ιδιωτικές).....	50
4.5 Ανισότητα Στην Πρόσβαση Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	52

4.1 ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Από μελέτες που έγιναν τις δεκαετίες του 50 και 60 παρατηρείται ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικά βαθμίδων χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας από εκείνα των υψηλότερα κοινωνικών

βαθμίδων. Αυτή η συμπεριφορά οφείλεται κυρίως στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχουν τα άτομα κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων όπως οι μοιρολατρίστικη αντιμετώπιση της ζωής, απόδοση μικρής αξίας στις ασθένειες δεδομένου ότι σε αυτές τις κοινωνικές τάξεις οι ασθένειες αποτελούν συχνό φαινόμενο. Από την άλλη τα άτομα των υψηλότερων κοινωνικών στρωμάτων αναγνωρίζουν πολύ γρήγορα παθολογικά συμπτώματα για τα οποία αναζητούν ιατρική βοήθεια. Τέλος σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες για τη χρήση υπηρεσιών υγείας ήταν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο φόβος καθώς και η αναζήτηση ποιο μέλος της οικογένειας χρήζει περισσότερη ανάγκη ιατρικής βοήθειας (π.χ πολύ νέοι και τα άτομα ζωτικής σημασίας για την οικογένεια). Αξίζει να αναφερθεί η διαφορά στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών στρωμάτων. Επομένως, τα άτομα ανώτερων κοινωνικά στρωμάτων φαίνεται να χρησιμοποιούσαν ευκολότερα τις υπηρεσίες υγείας επιζητώντας την πρόληψη (πριν να εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα ασθενειών) ενώ άτομα κατώτερων κοινωνικά στρωμάτων φαίνεται να μην κάνουν χρήση της προληπτικής ιατρικής αλλά της ιατρικής φροντίδας συμπτωματικού χαρακτήρα (δηλαδή αφού εμφανίζονται τα συμπτώματα της νόσου).

Οι αιτίες για την μικρή χρήση υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και για την συμπτωματικού χαρακτήρα φροντίδα υγείας που έχουν τα άτομα κατώτερου κοινωνικού στρώματος φαίνεται να οφείλεται:

⇒ Στα οικονομικά των ατόμων (το κόστος των υπηρεσιών υγείας καθώς και το κόστος μετακίνησης σε αυτές)

⇒ Διαφορετικές στάσεις και πιστεύω (τα άτομα κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων δεν χρησιμοποιούν συχνά υπηρεσίες υγείας εξαιτίας της αρνητικής στάσης προς τους

γιατρούς, καθώς και εξαιτίας της μοιρολατρίστικης στάσης απέναντι στη ζωή)

⇒ Οργανωτικοί φραγμοί του συστήματος υγείας (η απόσταση της κατοικίας του ατόμου από τις υπηρεσίες υγείας, η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου με το σύστημα υγείας, η ύπαρξη οικογενειακού γιατρού) (Κουκούλη 2007)

Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της αντίστοιχης ζήτησης οδηγεί στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρθηκε το 1968 από τον Andersen R.

“η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων που δημιουργούν διαφορές αφενός στην αρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στη έκταση της χρησιμοποίησης από αυτούς που επιτυγχάνουν πρόσβαση.

⇒ *Στη πρώτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους γιατρούς.*

⇒ *Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές όπως το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.*

⇒ *Τέλος στη τρίτη κατηγορία ανήκουν μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας.*

Μια πιο πρόσφατη αναφορά στους παράγοντες που επιδρούν στη χρήση υπηρεσιών υγείας έγινε από τον Borras J.M, το 1994 οι παράγοντες που συντελούν στην χρήση υπηρεσιών υγείας

- Δημογραφικοί
- Κοινωνικοοικονομικοί
- Επιδημιολογικοί

- Παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος

Αναλύοντας τα παραπάνω, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως ηλικία το φύλο. Αξίζει να αναφερθεί ότι η δημογραφική γήρανση συνδέεται με μεγαλύτερες ανάγκες για χρήση υπηρεσιών υγείας και επομένως αυξημένη χρήση τους λόγω της ύπαρξης κυρίως χρόνιων νοσημάτων.

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο εργάζεται, και ζει το άτομο ενώ περιλαμβάνει και παράγοντες όπως το εισόδημα, η κοινωνική θέση και η εκπαίδευση. Συμπερασματικά, μετά από μελέτη αρκετών ερευνών, τα άτομα μεγαλύτερων κοινωνικών θέσεων με υψηλότερα εισοδήματα επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων ενώ άτομα με χαμηλό εισόδημα επισκέπτονται συνηθέστερα τα γενικά νοσοκομεία.

Οι επιδημιολογικοί παράγοντες είναι καθοριστικής σημασίας για τη χρήση υπηρεσιών υγείας

Τέλος τα δομικά χαρακτηριστικά αφορούν φυσικά τη δομή των υπηρεσιών υγείας σε κομμάτια όπως η χρηματοδότηση τους, η οργάνωση, το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης των ατόμων.

Στην Ελλάδα οι κυριότεροι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να επιδρούν στη χρήση υπηρεσιών υγείας είναι το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων της κοινωνίας. Επίσης σημαντική επίδραση έχει η δομή του συστήματος υγείας καθώς επίσης και η δομή και η κάλυψη των ασφαλιστικών φορέων.

Τέλος το κόστος μετακίνησης επηρεάζει αρνητικά τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα. η έλλειψη επίσης πληροφοριών και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οδηγούν τα άτομα στο να κάνουν εσφαλμένες

κρίσεις για τα επίπεδα της υγείας τους (Κέντρο Μελετών δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Αθηνών 2000).



4.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (1999) οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι:

- ⇒ Η επάρκεια των ανθρώπινων πόρων
- ⇒ Η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων
- ⇒ Το επιδημιολογικό πρότυπο
- ⇒ Κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη

Ακόμα θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε:

- ⇒ Ιδρυματικές (νοσοκομειακές)
- ⇒ Υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και
- ⇒ Υπηρεσίες Πρωτογενούς περίθαλψης

Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα κέντρα Πρωτογενούς πρόληψης αποτελούν την ανοικτή περίθαλψη, που έχει σαν σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ατόμων στα πλαίσια της κοινότητας ώστε να περιορισθεί η υπερβολική χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών (Διακήρυξη της Άλμα Άτα 1978 και Τριχόπουλος 1982).

Το ελληνικό σύστημα υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck βάσει του άρθρου 10 του νόμου 1397/83 *Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση* με τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης να προσφέρουν παροχές σε είδος (εξωνοσοκομειακές, νοσοκομειακές, και φαρμακευτικές) είτε σε χρήμα (επιδόματα ασθενείας, ή ατυχημάτων) είτε συνδυασμό τους.

4.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχουν τρεις βαθμίδες στη φροντίδα υγείας (Κουκούλη 2007)

- I. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πρωτοβάθμια Περίθαλψη)
- II. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δευτεροβάθμια Περίθαλψη)

III. Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τριτοβάθμια Περίθαλψη)

Πρωτοβάθμια φροντίδα ή αλλιώς Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

παρέχεται από Υγειονομικούς Σταθμούς, Κέντρα Υγείας, τις κινητές μονάδες, τα εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι Υγειονομικοί σταθμοί είναι τα περιφερειακά ιατρεία και τα αγροτικά ιατρεία τα οποία μπορεί να στελεχώνονται από τελειόφοιτους της ιατρικής οι οποίοι κάνουν το αγροτικό τους αλλά και από ειδικευμένους γιατρούς. Τα Κέντρα Υγείας διακρίνονται σε αστικού και μη αστικού τύπου ή κέντρα υγείας υπαίθρου. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως και τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων. Τα ιδιωτικά ιατρεία παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας αναφέρονται στους γιατρούς (ειδικευμένους) οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα (Κουκούλη 2007).

Η Πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα που έχουν σαν σκοπό την αποφυγή της έναρξης των παθολογικών συμπτωμάτων που θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας νόσου ή ακόμα και στον ίδιο το θάνατο. Συνήθως στο στάδιο αυτό στόχος γίνονται οι αιτίες των νοσημάτων, είτε με την αποφυγή διαφόρων κακών συνηθειών , όπως η αποχή από το κάπνισμα ή το αλκοόλ ή η εξουδετέρωση τους όπως η απεντόμωση σε εκτάσεις γης ή η απολύμανση του πόσιμου νερού (Ανδρουλάκη 2007)

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ή Δευτερογενής πρόληψη

παρέχεται στα νοσοκομεία τα οποία διακρίνονται σε ΝΠΔΔ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου), ΝΠΙΔ (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου) και ιδιωτικές κλινικές, κάτω από την εποπτεία και την οικονομική διαχείριση του υπουργείου Υγείας. Ειδικά, παροχή της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας παρέχεται από τα νομαρχιακά νοσοκομεία,

τα οποία είναι γενικά νοσοκομεία, λειτουργούν ανά νομό χωρίς σαφώς να περιορίζονται στα όρια του νομού στον οποίο απευθύνονται και μόνο (Κουκούλη 2007).

Στη Δευτερογενή πρόληψη ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν αρχίσει ήδη οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στον προσυμπτωματικό έλεγχο των νοσημάτων όπως είναι ο κυτταρολογικός έλεγχος κατά Παπανικολάου (test- Pap) για την ανίχνευση του καρκινώματος της μήτρας. (Ανδρουλάκη 2007).

Τέλος έχουμε την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή Τριτογενή Πρόληψη η οποία παρέχεται από τα Περιφερειακά νοσοκομεία τα οποία είναι νοσοκομεία με πανεπιστημιακές κλινικές, που συν τοις άλλοις αναλαμβάνουν και την εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη εκπαιδευτική διαδικασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τους (Κουκούλη 2007).

Στην Τριτογενή Πρόληψη αναφέρονται τα μέτρα που αφορούν την επανεξέταση των χρόνιων αρρώστων ή αναπήρων στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον και στην καλύτερη δυνατή αποκατάσταση της υγείας τους και την επανένταξη τους στην κοινωνία (σπίτι, γειτονιά, εργασία, κοινωνικός περίγυρος) (Ανδρουλάκη 2007).

4.4 ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ)

Τα νοσοκομεία ιστορικά συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Πριν τη πρόοδο της ιατρικής, που συντελέσθη κυρίως κατά το 19ο και τον 20ο αιώνα, στόχος του νοσοκομείου δεν ήταν να θεραπεύσει τον άρρωστο όπως έλεγε η Florence Nightingale, αλλά να τον προστατέψει από επιδείνωση της ασθένειας του και να προφυλάξει την υπόλοιπη κοινωνία από την ασθένεια του νοσούντος. Συνεπώς τα νοσοκομεία την περίοδο αυτή ήταν φιλοξενητήρια και όχι

θεραπευτήρια. Θεραπεία και ίαση τελούνταν στο σπίτι του ασθενούς. Χρήση των νοσοκομείων έκαναν οι φτωχοί αφού οι πλούσιοι είχαν το προνόμιο της κατ' οίκον νοσηλείας και κατ' επέκταση της θεραπείας. Με την πρόοδο όμως της ιατρικής επιστήμης τα νοσοκομεία-φιλοξενητήρια γίνονται νοσοκομεία-νοσηλευτήρια και θεραπευτήρια καλύπτοντας ανάγκες όλης της κοινωνίας (Δικαίος 2008).

Παραπάνω έγινε αναφορά γενικότερα στην Πολιτική της Υγείας στην Ελλάδα και έγινε κατανοητό ότι οι δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σκοπίμως συνυπάρχουν και συνεργάζονται, καθώς εξυπηρετούν το κρατικό συμφέρον αφού το ίδιο το κράτος δεν έχει τη δυνατότητα να στηρίξει από μόνο του σε ικανοποιητικά επίπεδα το τομέα της υγείας. Ποιος είναι όμως ο σκοπός του δημόσιου νοσοκομείου και ποιος του ιδιωτικού.

Σκοποί του δημόσιου νοσοκομείου είναι:

- α) η χαμηλή θνησιμότητα των χρηστών του
- β) η σύντομη μέση διάρκεια νοσηλείας
- γ) το μηδενικό ή έστω χαμηλό ποσοστό επανεισαγωγών
- δ) η προστασία της αξιοπρέπειας του χρήστη
- ε) η ικανοποίηση του χρήστη από τις συνθήκες διαβίωσης κατά τη διάρκεια παραμονής νοσηλείας και
- στ) η προστασία, αποφυγή κατασπατάλησης του δημοσίου χρήματος.

Τέλος στους σκοπούς αυτούς μπορεί να προστεθεί και η υποχρέωση του δημόσιου νοσοκομείου για δημόσια λογοδοσία και δημόσιο έλεγχο. Από την άλλη μεριά ένα ιδιωτικό νοσοκομείο έχει ως σκοπό το κέρδος και αυτό είναι απολύτως νόμιμο.

Από πολιτικής σκοπιάς και τα δύο μεγάλα κόμματα του δικομματικού συστήματος της Ελλάδας, συμφωνούν στην ύπαρξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο να λειτουργεί επαρκώς αλλά αφήνει αρκετό χώρο και στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (διαγνωστικά εργαστήρια και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και δευτερευουσών ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, κυρίως μαιευτηρίων) (Σουλιώτης 2008).



4.5 ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το σημαντικότερο των δικαιωμάτων όλων των ανθρώπων που υπάρχουν στη γη είναι το δικαίωμα στη ΖΩΗ. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) “Ίσότητα στην υγεία” σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες υγείας, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους.

Παρ’ όλα αυτά όμως ένα από τα βασικά προβλήματα της πολιτικής της υγείας στην Ελλάδα είναι η ανισότητα που υπάρχει στην πρόσβαση και χρήση ορισμένων υπηρεσιών υγείας (Σουλιώτης 2007), αυτό αφορά κυρίως άτομα που βρίσκονται στη βάση της εισοδηματικής πυραμίδας.

Σύμφωνα με το Εθνικό Παρατηρητήριο Διακρίσεων (ΕΠΔ) όπως αναφέρει στη Διπλωματική του Εργασία ο Σταμάτης Βαρδαρός ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008:

« οι περισσότερες δυσκολίες στην πρόσβαση των μειονεκτικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας και ανεπάρκειας του ίδιου του συστήματος υγείας, παρά συγκεκριμένων «διακριτικών» συμπεριφορών. Αυτό είναι εμφανές τόσο στη σχετική νομολογία, όσο και κατά την καθημερινή εφαρμογή αυτής, επιβαρύνοντας

σημαντικά τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Σε θεσμικό επίπεδο και σε αντίθεση με το πνεύμα του Συντάγματος ο νόμος προβαίνει σε διάκριση προς τους μετανάστες ή ωθεί το ιατρικό προσωπικό στην υιοθέτηση πρακτικών και συμπεριφορών διάκρισης προς αυτούς ωστόσο σύμφωνα με τους εμπλεκόμενους φορείς το προσωπικό υγείας δεν επιδεικνύει τουλάχιστον συστηματικά ρατσιστικές συμπεριφορές έναντι ευάλωτων ομάδων. Οι ανεπάρκειες του ίδιου του συστήματος, με βασικό σημείο αναφοράς τα νοσοκομεία, είναι εκείνες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μειονεκτικών ομάδων στο σύστημα υγείας, παρά οι μεμονωμένες συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώνεται ότι τα νοσοκομεία είναι ανεπαρκή σε αριθμό - καθώς ο αριθμός των μεταναστών αυξάνεται - όπως επίσης και σε διευκολύνσεις, ενώ απουσιάζει και η κατάλληλη υποδομή για την πρόσβαση των ασθενών με κινητικές δυσκολίες σε σημεία των νοσοκομείων (π.χ. ράμπες ή πινακίδες σε γραφή μπράιτ). Επιπλέον τα νοσοκομεία παρουσιάζουν ελλειπή στελέχωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού δεν γνωρίζει τις ανάγκες και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ευάλωτες ομάδες και οι μετανάστες στην Ελλάδα.»

Πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι τροφοδοτούν και εντείνουν την ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές). Πριν όμως τους παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για την ύπαρξη ανισότητας στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, είναι ορθό να γίνει προηγουμένως μια αναφορά στην έννοια της ισότητας, συγκεκριμένα στην υγεία.

Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην πρόσβαση και χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων υγείας χωρίς διακρίσεις.

Υπάρχουν δύο τύποι ισότητας στην υγεία η κάθετη και η οριζόντια (Γείτονα και Κυριόπουλος, 1995).

1. Η κάθετη ισότητα αφορά την άνιση θεραπεία διαφορετικών καταστάσεων, για παράδειγμα η πνευμονία δεν είναι δυνατόν να έχει την ίδια θεραπεία με το κοινό κρυολόγημα.
2. Οριζόντια ισότητα είναι το δικαίωμα για ίδια θεραπεία μεταξύ ίδιων παθήσεων, για παράδειγμα για την αντιμετώπιση δύο ατόμων με πνευμονία πρέπει να λάβουν την ίδια θεραπεία ανεξάρτητα από τις διαφορές (κοινωνικές, οικονομικές, θρησκευτικές κλπ.) που τα δύο αυτά άτομα πιθανόν να έχουν. Πιο συγκεκριμένα η οριζόντια ισότητα δίνει βάρος στην αρχή της ίσης θεραπείας για ίση ανάγκη και αφορά τη πλευρά της πρόσβασης και χρησιμοποίησης. Η κάθετη ισότητα εστιάζεται στη πλευρά της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Είναι γεγονός όμως ότι σήμερα η αξιοκρατία είναι δύσκολο να τηρηθεί έως δεν υφίσταται και καθόλου σε πολλούς τομείς. Στους τομείς αυτούς συγκαταλέγεται και ο τομέας της υγείας.

Παράγοντες που συντελούν στην ανισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι ποικίλοι (η ηλικία, το φύλο, οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και η στάση απέναντι στους γιατρούς, το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, το επίπεδο υγείας, το «υπόδειγμα αντιλήψεων για την υγεία» όπως η προσωπικότητα, η κοινωνική τάξη, η γνώση για την ασθένεια και η πρότερη επαφή μαζί της) (Rosenstock 1969). Ακόμα, το πρόβλημα της γλώσσας θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες καθώς χαρακτηριστικό της Ελλάδας είναι ότι φιλοξενεί μεγάλο αριθμό μεταναστών διαφορετικών φυλετικών ομάδων. Ο χρηματισμός του ιατρικού προσωπικού (φακελάκι) αποτελεί επίσης ακόμα ένα παράγοντα που επηρεάζει την επιλογή της υπηρεσίας υγείας. Το θέμα της ανισότητας στο τομέα της υγείας γίνεται πιο έντονο όταν οι επαγγελματίες υγείας κάνουν διακρίσεις στους ασθενείς που έχουν ανάγκη τις επιστημονικές τους γνώσεις. Τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, αυτό ισχύει για όλους τους ασθενείς, Έλληνες ή όχι, και αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού.

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτου εθνικότητας, εθνότητας, χρώματος, θρησκείας έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δημόσιες και ιδιωτικές. Βασικό όμως εμπόδιο για τη χρήση τους είναι η έλλειψη χρημάτων και πολλές φορές και η έλλειψη προσωπικών διασυνδέσεων. Η φτώχεια είναι το εμπόδιο και όχι κάποια μορφή κοινωνικού στερεοτύπου (Βαρδαρός 2008).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:Εγκυμοσύνη και Υπηρεσίες υγείας

Εγκυμοσύνη: Ευκαιρίες Επιλογής & Πρόσβασης Σε
Δημόσιες & Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας ΣΕΛ 57

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ : ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εγκυμοσύνη για μια γυναίκα είναι ίσως η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της, μια καταπληκτική εμπειρία,. Οι αλλαγές δε που συντελούνται τόσο σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο όσο και στο συναισθηματικό κόσμο της μητέρας, είναι τεράστιες. Πέρα όμως από την όμορφη αυτή πλευρά της, η περίοδος της εγκυμοσύνης είναι αρκετά επικίνδυνη, κρύβει κινδύνους που θα μπορούσαν να στοιχίσουν τόσο τη ζωή του εμβρύου όσο και την ίδια τη ζωή της μητέρας. Για το λόγο αυτό η επιστήμη και η βιοϊατρική τεχνολογία ασχολείται ιδιαίτερα με την εγκυμοσύνη καθ' όλη τη διάρκεια της και στις μέρες μας η βρεφική θνησιμότητα έχει μειωθεί σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Από τα τέλη του 19 ου αιώνα έγιναν προσπάθειες ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες μητρότητας με την έκδοση του διατάγματος « περί συστάσεως σχολής δια τας μαίας», τη δεκαετία του 1830. Στις αρχές του 20 ου αιώνα οι εργαζόμενες μητέρες προστατεύονται νομοθετικά και το 1927 με το άρθρο 21 η μητρότητα στην Ελλάδα προστατεύεται συνταγματικά.

Τις τελευταίες δεκαετίες η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης έχει βελτιωθεί σημαντικά ενώ ο τοκετός έχει ιατροκοποιηθεί πλήρως. Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ποσοστό των καισαρικών τομών, οι οποίες σήμερα ανέρχονται στο 30-40%.

Η πλειοψηφία των γυναικών στην Ελλάδα γεννά σε ιδιωτικές κλινικές και όχι στα δημόσια νοσοκομεία παρά το γεγονός ότι αναλαμβάνουν μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση (Σαπουντζή και Κρέπια 25|12|2008).

Οι υπηρεσίες υγείας και οι ευκαιρίες επιλογής για κάθε έγκυο γυναίκα στις μέρες μας είναι πολλές, παρ' όλα αυτά όμως και οι έγκυες, όπως και οποιοσδήποτε άλλος άνθρωπος ασθενής ή μη, συναντά εμπόδια

όσον αφορά την πρόσβαση σε μαιευτήρια και γενικότερα σε υπηρεσίες υγείας που συνεισφέρουν στη φροντίδα της.

Το πιο σημαντικό εμπόδιο είναι αυτό της αδυναμίας καταβολής χρημάτων. Άλλα εμπόδια είναι:

1. η έλλειψη ασφάλισης
2. έλλειψη μεταφορικού μέσου
3. ύπαρξη και άλλων παιδιών στο σπίτι που χρειάζονται φροντίδα και η μητέρα είναι μόνη.

Στην έλλειψη ασφάλισης και στο υψηλό κόστος έρχεται να προστεθεί η έλλειψη ιατρικού και μαιευτικού προσωπικού για τις άπορες γυναίκες, επειδή πολλοί ιατροί αρνούνται να αναλάβουν γυναίκες με ταμείο απορίας.



Θέματα όχι μόνο οικονομικά, αλλά και πολιτισμικά και φύλου βάζουν φραγμούς στη αναζήτηση φροντίδας υγείας. Στις Η.Π.Α η ανομοιογένεια των φυλών και των κοινωνικοοικονομικών τάξεων υπάρχει και στον τομέα της υγείας. Το 14% των γυναικών δεν έχει ασφάλιση, περισσότερες από 5 εκ. έχουν τόσο ανεπαρκή ασφάλιση που

δεν περιλαμβάνει ούτε καν τη φροντίδα μητρότητας. Η Medicaid προσφέρει φροντίδα στις έγκυες γυναίκες αφού πληρούν κάποιες προϋποθέσεις, η φροντίδα αυτή λήγει μετά από 60 ημέρες από τον τοκετό.

Όσον αφορά τις φυλετικές διακρίσεις οι λευκοί έχουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν ιδιωτική ασφάλιση από τους ισπανόφωνους και τους αφροαμερικάνους. Οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι είναι πιθανότερο να μην έχουν ασφάλιση.

Όταν ένα έθνος γίνεται ολοένα και πιο ανομοιογενές φυλετικά, εθνολογικά και πολιτισμικά, η υγεία των μειονοτήτων αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας. Σε μερικούς πολιτισμούς, για παράδειγμα, οι γυναίκες θεωρούν τη περιφρούρηση της προσωπικής τους ζωής πολύ σημαντική και διστάζουν ακόμα και να γδυθούν, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν τη κλινική εξέταση. Άλλες γυναίκες στηρίζονται στους άντρες τους και αφήνουν αυτούς να αποφασίζουν για την υγεία τους. Οι θρησκευτικές δοξασίες μπορεί να επιβάλλουν ένα σχέδιο φροντίδας, όπως συμβαίνει με τα αντισυλληπτικά ή τις μεταγγίσεις αίματος. Κάποιοι άλλοι προτιμούν την παραδοσιακή ιατρική, την ομοιοπαθητική ή τις προσευχές.

Τέλος όσον αφορά το φύλο, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς ιατρού, μαίας επηρεάζεται από αυτό. Οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ απ' ότι οι άντρες. Επίσης το φύλο του ιατρού παίζει ρόλο. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες σε εξέταση τεστ ΠΑΠ και στις μαστογραφίες προτιμούν ο ιατρός να είναι γυναίκα. Φραγμό στην αναζήτηση φροντίδας υγείας μπορεί να αποτελέσει ο σεξουαλικός προσανατολισμός (Lowdermilk και Perry 2006).



Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Περίληψη

6.1 Σκοπός.....	ΣΕΛ 64
6.2 Υλικό και Μέθοδος.....	64
6.3 Αποτελέσματα.....	64
6.4 Συμπεράσματα	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Να αναδειχθεί η διαφορά στο κοινωνικό κεφάλαιο μεταξύ των εγκύων γυναικών που χρησιμοποιούν δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Υλικό – Μέθοδος: Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, που περιλαμβάνει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και απευθυνόταν σε έγκυες γυναίκες (Ελληνίδες και Αλλοδαπές) του νομού Ηρακλείου. Ο τοκετός των εγκύων γυναικών πραγματοποιήθηκε σε ένα από τα δημόσια νοσοκομεία (ΠΑΓΝΗ-ΒΓΝΗ) ή σε μία από τις δύο μεγαλύτερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές (Μητέρα-Ασκληπιείο). Το δείγμα περιλάμβανε περίπου 2500 έγκυες γυναίκες από τις οποίες οι 1600 πήραν ερωτηματολόγιο (οι υπόλοιπες αρνήθηκαν να συμμετέχουν). Από τα 1600 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν, επιστράφηκαν συμπληρωμένα 542. Από τα 542 ερωτηματολόγια στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 303 και αυτό γιατί τα υπόλοιπα 239 ερωτηματολόγια δεν ήταν πλήρως συμπληρωμένα. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι στην στατιστική ανάλυση που κάναμε δεν συμπεριλάβαμε τον παράγοντα «Σχέση με Εργασία». Αυτό συναίβει επειδή θέλαμε να έχουμε ένα ομοιογενές άθροισμα, καθ' ότι κάποιες γυναίκες δεν εργάζονται και επομένως δεν απάντησαν στις πέντε ερωτήσεις που αφορούν τον παράγοντα που προαναφέραμε.

Αποτελέσματα: Οι έγκυες γυναίκες που προτιμούν ιδιωτικά μαιευτήρια εμφανίζονται να έχουν υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο. Το συμπέρασμα αυτό οφείλεται στο ότι οι έγκυες γυναίκες:

1. Αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια από ότι στον δημόσιο τομέα.

2. Ο κοινωνικός τους περίγυρος τις ωθεί στην επιλογή ενός ιδιωτικού Μαιευτηρίου.

3. Ωθούνται από τα προσωπικά πιστεύωτους στον ιδιωτικό τομέα.

Από την άλλη πλευρά, έγκυες γυναίκες οι οποίες έχουν αυξημένη συμμετοχικότητα στα κοινά επιλέγουν δημόσια μαιευτήρια.

Συμπεράσματα: Το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο κοινωνικό κεφάλαιο των εγκύων γυναικών που επιλέγουν Ιδιωτικές ή Δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εκτός από τον παράγοντα «Σχέση με Οικογένεια και Φίλους» όπου παρατηρείται αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου των εγκύων γυναικών που προτιμούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ



Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Σκοπός μελέτης και Ερευνητικά ερωτήματα.....	ΣΕΛ 68
---	--------

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αναδιχθεί η διαφορά στο κοινωνικό κεφάλαιο μεταξύ των εγκύων γυναικών που χρησιμοποιούν ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα διεξήχθη στο νομό Ηρακλείου στα νοσοκομεία Βενιζέλειο, ΠαΓΝΗ, Μητέρα και Ασκληπείο.

Γίνεται προσπάθεια να απαντηθεί το εξής **ερευνητικό ερώτημα**:

Ποιοι κοινωνικοί παράγοντες επιρεάζουν την απόφαση των εγκύων γυναικών στο να επιλέξουν δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας;



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ



Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Υλικό και Μέθοδος

8.1. Είδος μελέτης.....	ΣΕΛ 71
8.2 Ερευνητικό πεδίο.....	.71
8.3 Πληθυσμός στόχος.....	.71
8.4 Ερευνητικό εργαλείο.....	.71
8.5 Στατιστική ανάλυση73

8.1 Είδος Μελέτης:

Η πτυχιακή αυτή μελέτη, αποτελεί μέρος μίας ευρύτερης προοπτικής μελέτης, της μελέτης «ΡΕΑ» (Μητέρας-Παιδιού) και βασίζεται σε αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

8.2 Ερευνητικό πεδίο:

Το ερευνητικό πεδίο της μελέτης αποτέλεσαν τα δημόσια νοσοκομεία (ΠΑΓΝΗ-ΒΓΝΗ) και οι δύο μεγαλύτερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές (Μητέρα-Ασκληπιείο) του νομού Ηρακλείου κατά τη χρονική περίοδο από τον Οκτώβριο 2007 μέχρι τον Οκτώβριο 2008.

8.3 Πληθυσμός στόχος:

Ο πληθυσμός στόχος ήταν οι έγκυες γυναίκες (Ελληνίδες και Αλλοδαπές) και τα παιδιά τους στο νομό Ηρακλείου, των οποίων ο τοκετός πραγματοποιήθηκε σε ένα από τα δημόσια νοσοκομεία (ΠΑΓΝΗ-ΒΓΝΗ) ή σε μία από τις δύο μεγαλύτερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές (Μητέρα-Ασκληπιείο). Το δείγμα αποτέλεσαν περίπου 2500 έγκυες γυναίκες του νομού Ηρακλείου. Από τις 2500 έγκυες γυναίκες οι 1600 δέχτηκαν να πάρουν ερωτηματολόγιο. Από τα 1600 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν, πήραμε πίσω συμπληρωμένα 542. Από τα 542 ερωτηματολόγια, στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 303 και αυτό γιατί τα υπόλοιπα 239 ερωτηματολόγια δεν ήταν πλήρως συμπληρωμένα.

8.4 Ερευνητικό εργαλείο:

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, είναι η Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου (Social Capital Questionnaire, SCQ), που αναπτύχθηκε στην Αυστραλία από τους Onyx & Bullen (2000).

Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που προέκυψε από πυρήνα 68 αρχικών ερωτήσεων που δοκιμάστηκαν ψυχομετρικά.

Αποτελείται, τελικά, από 36 ερωτήσεις, οι οποίες σχηματίζουν 8 παράγοντες που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου και συγκεκριμένα τις:

1. Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα
2. Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο
3. Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας
4. Σχέσεις με τους Γείτονες
5. Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους
6. Ανοχή στη Διαφορετικότητα
7. Εκτίμηση της Ζωής
8. Σχέσεις στην Εργασία

Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελείται από 6 παράγοντες:

1. Σχέση με οικογένεια και φίλους
2. Αξία της ζωής και του κοινωνικού φορέα
3. Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα
4. Ανοχή στη Διαφορετικότητα
5. Αίσθημα ασφάλειας
6. Σχέση με εργασία

Η μεγαλύτερη βαθμολογία σε μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, είναι ένδειξη περισσότερου Κοινωνικού Κεφαλαίου.

8.5 Στατιστική ανάλυση:

Επιστημονικός υπεύθυνος της μελέτης «ΡΕΑ» είναι ο κ. Μανώλης Κογεβίνας, Καθηγητής Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, ο οποίος έδωσε άδεια για χρήση και δημοσίευση των δεδομένων που θα προκύψουν από την παρούσα ανάλυση.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε σε δύο στάδια. Σε πρώτο στάδιο, έγινε η καταμέτρηση των ερωτηματολογίων και η απόρριψη των μη πλήρως συμπληρωμένων. Σε δεύτερο στάδιο μεταφέρθηκαν οι τιμές των δεδομένων, που προέκυψαν από τη διαδικασία του πρώτου σταδίου, σε καρτέλα του Microsoft Office Excel 2007.

Για να γίνει η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v. 16.0.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



Περιεχόμενα

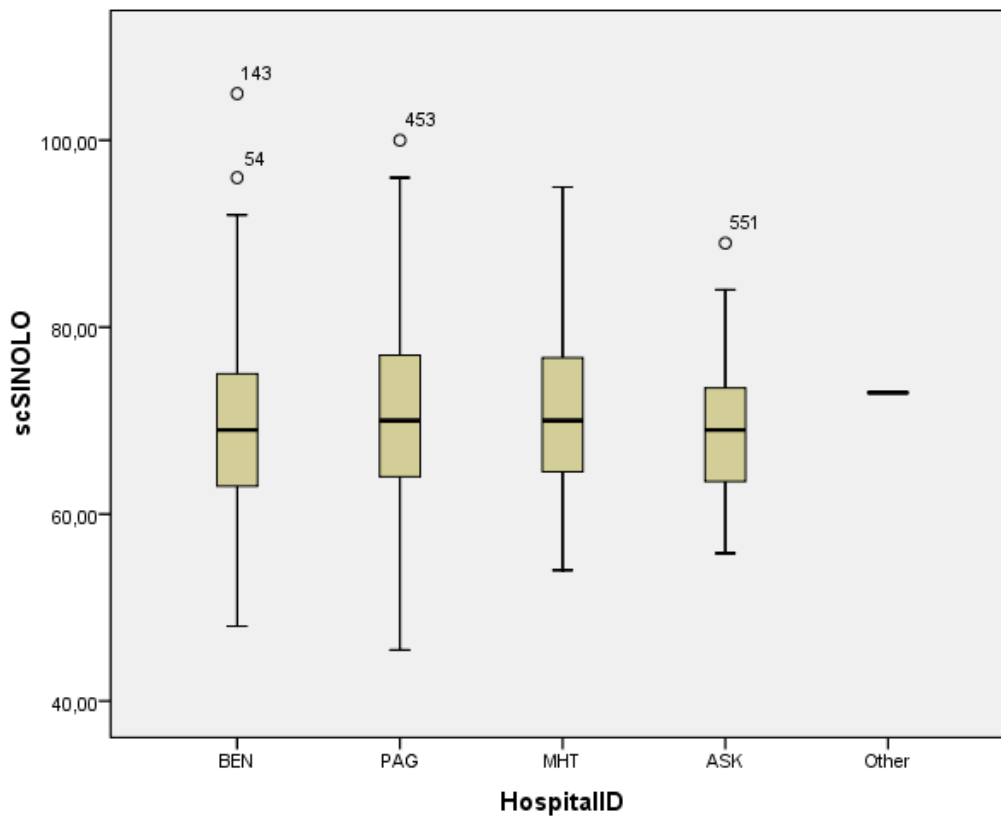
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Αποτελέσματα.....

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1 : Το Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο

	Διαθέσιμα ερωτηματολόγια		Απορριφθέντα Ερωτηματολόγια		Σύνολο	
	Αριθμός Ερωτηματολογίων (N)	Ποσοστό Ερωτηματολογίων (%)	Αριθμός Ερωτηματολογίων (N)	Ποσοστό Ερωτηματολογίων (%)	Αριθμός Ερωτηματολογίων (N)	Ποσοστό Ερωτηματολογίων (%)
BENIZEΛΕΙΟ	185	100,0%	0	0,0%	185	100,0%
ΠΑΓΝΗ	137	99,3%	1	0,7%	138	100,0%
ΜΗΤΕΡΑ	171	100,0%	0	0,0%	171	100,0%
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	48	100,0%	0	0,0%	48	100,0%
Άλλο	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%

Γράφημα 1: Το Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο



Από τα 542 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στις έγκυες γυναίκες, επιστράφηκαν συμπληρωμένα 185(100%) απο το BENIZEΛΕΙΟ νοσοκομείο, 137 (99.3%) απο το ΠαΓΝΗ, 171 (100%) απο το ΜΗΤΕΡΑ και 48 (100%) απο το ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ.

Όπως βλέπουμε στο παραπάνω γράφημα οι **μέσες τιμές** των αποτελεσμάτων της έρευνας για το σύνολο των παραγόντων είναι οι εξής:

1. BENIZEΛΕΙΟ : BEN=69,0625
2. ΠαΓΝΗ: ΠΑΓ=70,7421
3. ΜΗΤΕΡΑ: ΜΗΤ=70,7160
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ: ΑΣΚ=69,2264

Η περιοχή που περιέχει **όλες τις μεταβλητές εντός δύο σταθερών αποκλίσεων** απο τη μέση τιμή κυμαίνονται, για το

1. BENIZEΛΕΙΟ απο 67,6894(min) έως 70,4357(max),
2. ΠαΓΝΗ από 69,0215 (min) έως 72,4627 (max)
3. ΜΗΤΕΡΑ από 69,4088 (min) έως 72,0232 (max)
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ από 67,1254 (min) έως 71,3273 (max).

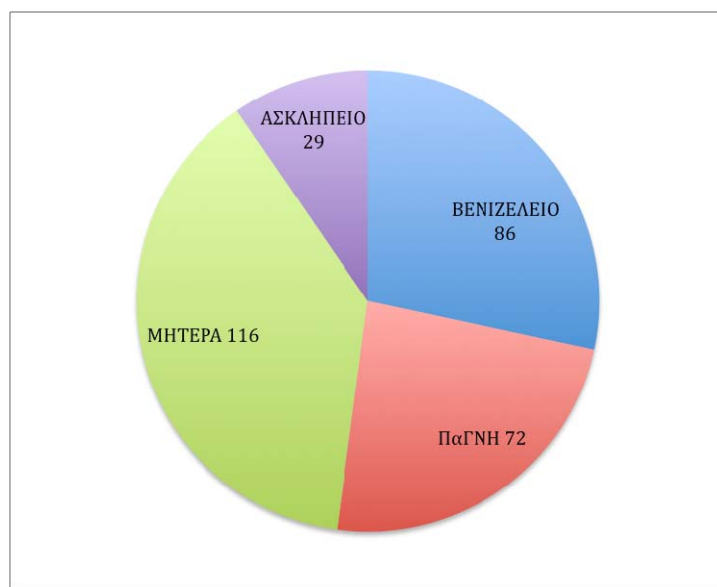
Το **εύρος διακύμανσης** των τιμών ανα νοσοκομείο είναι:

Μεγαλύτερη τιμή (max) BENIZEΛΕΙΟΥ	48,00	Μικρότερη τιμή (min) BENIZEΛΕΙΟΥ	105,00
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΠαΓΝΗ	45,47	Μικρότερη τιμή (min) ΠαΓΝΗ	100,00
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΜΗΤΕΡΑ	54,00	Μικρότερη τιμή (min) ΜΗΤΕΡΑ	95,00
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	55,80	Μικρότερη τιμή (min) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	89,00

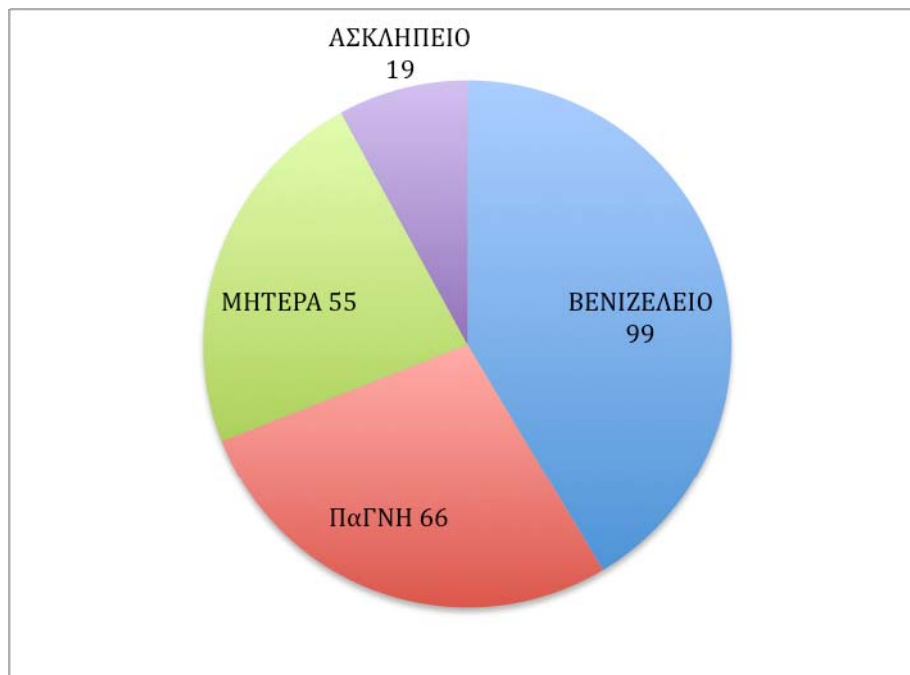
Πίνακας 2: Αριθμός Συμμετοχών

	Διαθέσιμα		Αποριφθέντα		Σύνολο	
	Αριθμός Ερωτηματολογίων (N)	Ποσοστό Ερωτηματολογίων (%)	Αριθμός Ερωτηματολογίων (N)	Ποσοστό Ερωτηματολογίων (%)	Αριθμός Ερωτηματολογίων (N)	Ποσοστό Ερωτηματολογίων (%)
ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	86	46,5%	99	53,5%	185	100,0%
ΠαΓΝΗ	72	52,2%	66	47,8%	138	100,0%
ΜΗΤΕΡΑ	116	67,8%	55	32,2%	171	100,0%
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	29	60,4%	19	39,6%	48	100,0%

Γράφημα 2.1: Αριθμός Διαθέσιμων Ερωτηματολογίων



Γράφημα 2.2: Αριθμός Απορριφθέντων Ερωτηματολογίων



Στον παραπάνω πίνακα αναγράφεται:

1. ο αριθμός των πλήρως συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα (Διαθέσιμα)
2. ο αριθμός των ερωτηματολογίων που δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης (Απορριφθέντα)
3. το σύνολο των ερωτηματολογίων που δώθηκαν προς αυτοσυμπλήρωση ανά νοσηλευτικό ίδρυμα (Σύνολο)

Αναλυτικότερα ανα νοσηλευτικό ίδρυμα έχουμε:

1. BENIZEΛΕΙΟ μοιράστηκαν 185 (Σύνολο) ερωτηματολόγια, παρελήφθησαν πλήρως συμπληρωμένα 86 (Διαθέσιμα) και 99 ελλιπώς συμπληρωμένα (Απορριφθέντα)
2. ΠαΓΝΗ μοιράστηκαν 138 (Σύνολο) ερωτηματολόγια, παρελήφθησαν πλήρως συμπληρωμένα 72 (Διαθέσιμα) και 66 ελλιπώς συμπληρωμένα (Απορριφθέντα)

3. ΜΗΤΕΡΑ μοιράστηκαν 171 (Σύνολο) ερωτηματολόγια, παρελήφθησαν πλήρως συμπληρωμένα 116 (Διαθέσιμα) και 55 ελλειπώς συμπληρωμένα (Απορριφθέντα)
4. ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ μοιράστηκαν 48 (Σύνολο) ερωτηματολόγια, παρελήφθησαν πλήρως συμπληρωμένα 29 (Διαθέσιμα) και 19ελλειπώς συμπληρωμένα (Απορριφθέντα)

T-test 1: Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο

Συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο					
	Άθροισμα παραγόντων	df	Μέσος όρος παραγόντων	F	Sig.
Μεταξύ των ομάδων	362,919	4	90,730	1,064	,374
Εσωτερικά των ομάδων	45801,197	537	85,291		
Σύνολο	46164,116	541			

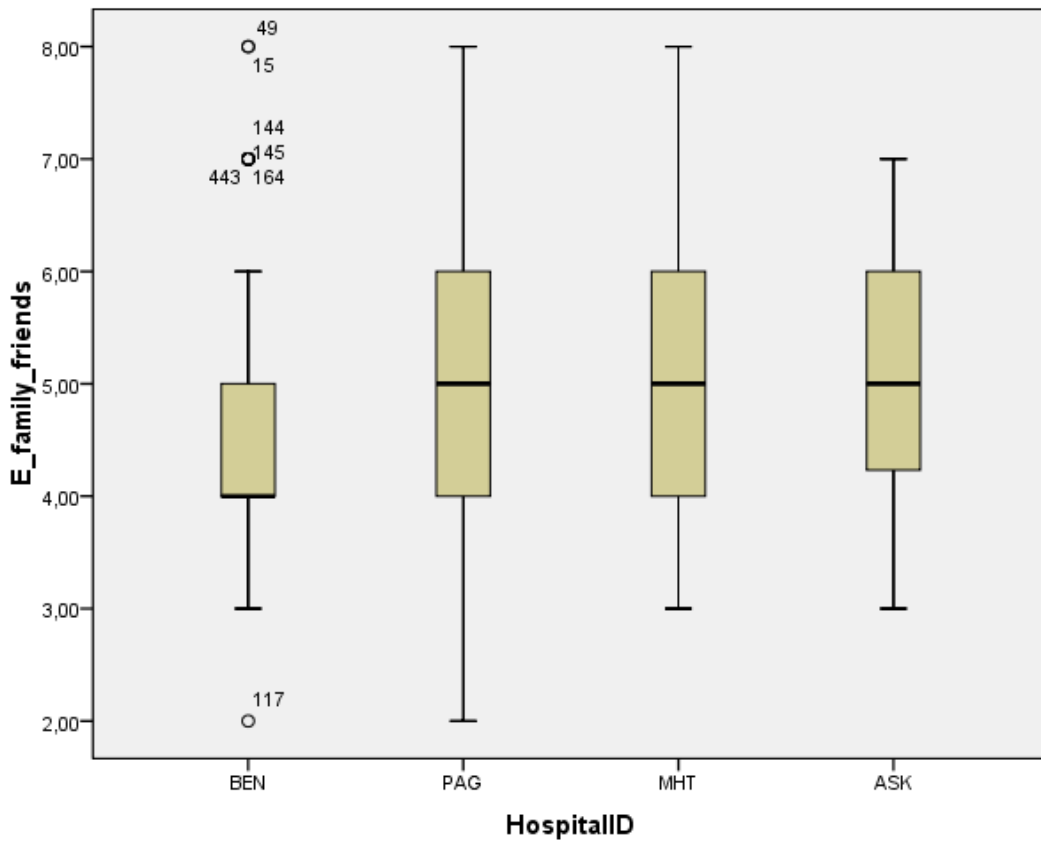
Έγινε T-test 1 και δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο των εγκύων γυναικών.

Πίνακας 3: Σχέση με οικογένεια και φίλους, E- FAMILY AND FRIENDS

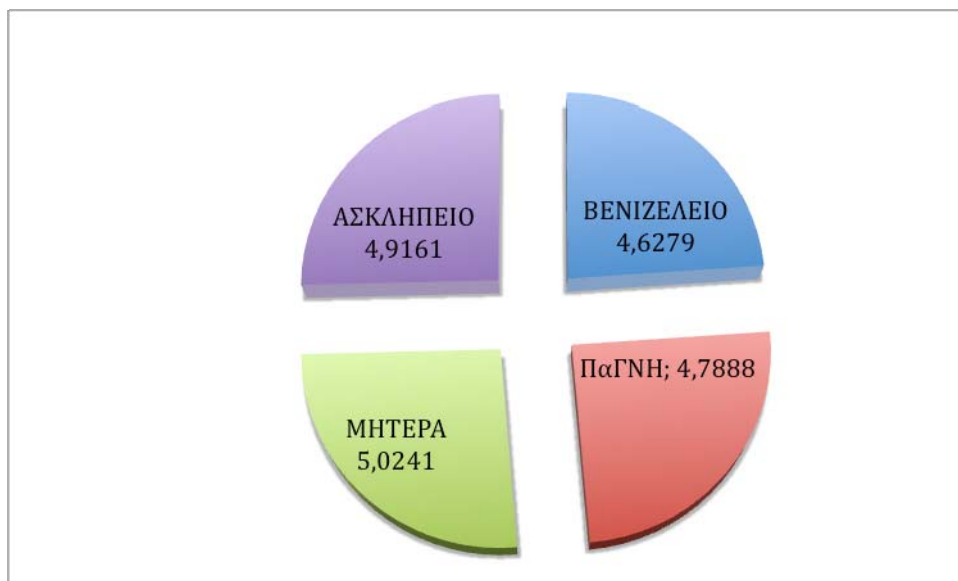
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	8,00	
ΠαΓΝΗ	Μέσος όρος	4,7889	
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	4,4697
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,1081
	Διαφορά	1,845	
	Σταθερή απόκλιση	1,35826	

	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)	2,00	
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	8,00	
ΜΗΤΕΡΑ	Μέσος όρος	5,0241	
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	4,8179
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,2304
	Διαφορά	1,257	
	Σταθερή απόκλιση	1,12126	
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)	3,00	
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	8,00	
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	Μέσος όρος	4,9161	
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	4,4980
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,3342
	Διαφορά	1,208	
	Σταθερή απόκλιση	1,09916	
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)	3,00	
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	7,00	

Γράφημα 3: Σχέση με οικογένεια και φίλους, E- FAMILY AND FRIENDS



Γράφημα 3.1: μέσων όρων παράγοντα E- FAMILY AND FRIENDS



Στο παραπάνω γράφημα οι **μέσες τιμές** των αποτελεσμάτων για τον παράγοντα **Σχέσεις με οικογένεια και φίλους** είναι οι εξής:

1. BENIZEΛΕΙΟ: BEN=4,6279
2. ΠαΓΝΗ: ΠΑΓ=4,7889
3. ΜΗΤΕΡΑ: ΜΗΤ=5,0241
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ: ΑΣΚ=4,9161.

Η περιοχή που περικλύει **όλες τις μεταβλητές εντός δύο σταθερών αποκλίσεων** από τη μέση τιμή κυμαίνεται για το νοσοκομείο:

1. BENIZEΛΕΙΟ από 4,4337(min) έως 4,9184(max)
2. ΠαΓΝΗ από 4,4697(min) έως 5,1081(max)
3. ΜΗΤΕΡΑ από 4,8179(min) έως 5,2304(max)
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ από 4,4980 (min) έως 5,3342(max).

Το **εύρος διακύμανσης** των τιμών για τον παράγοντα της σχέσης με οικογένεια και φίλους είναι ανα νοσοκομείο:

Μεγαλύτερη τιμή (max) BENIZEΛΕΙΟΥ	8	Μικρότερη τιμή (min) BENIZEΛΕΙΟΥ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΠαΓΝΗ	8	Μικρότερη τιμή (min) ΠαΓΝΗ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΜΗΤΕΡΑ	8	Μικρότερη τιμή (min) ΜΗΤΕΡΑ	3
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	7	Μικρότερη τιμή (min) ΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	3

T-test 2: Σχέση με οικογένεια και φίλους

Σχέση με οικογένεια και φίλους					
	Άθροισμα παραγόντων	df	Μέσος όρος παραγόντων	F	Sig.
Μεταξύ των ομάδων	26,609	4	6,652	4,511	,001
Εσωτερικά των ομάδων	793,403	538	1,475		
Σύνολο	820,012	542			

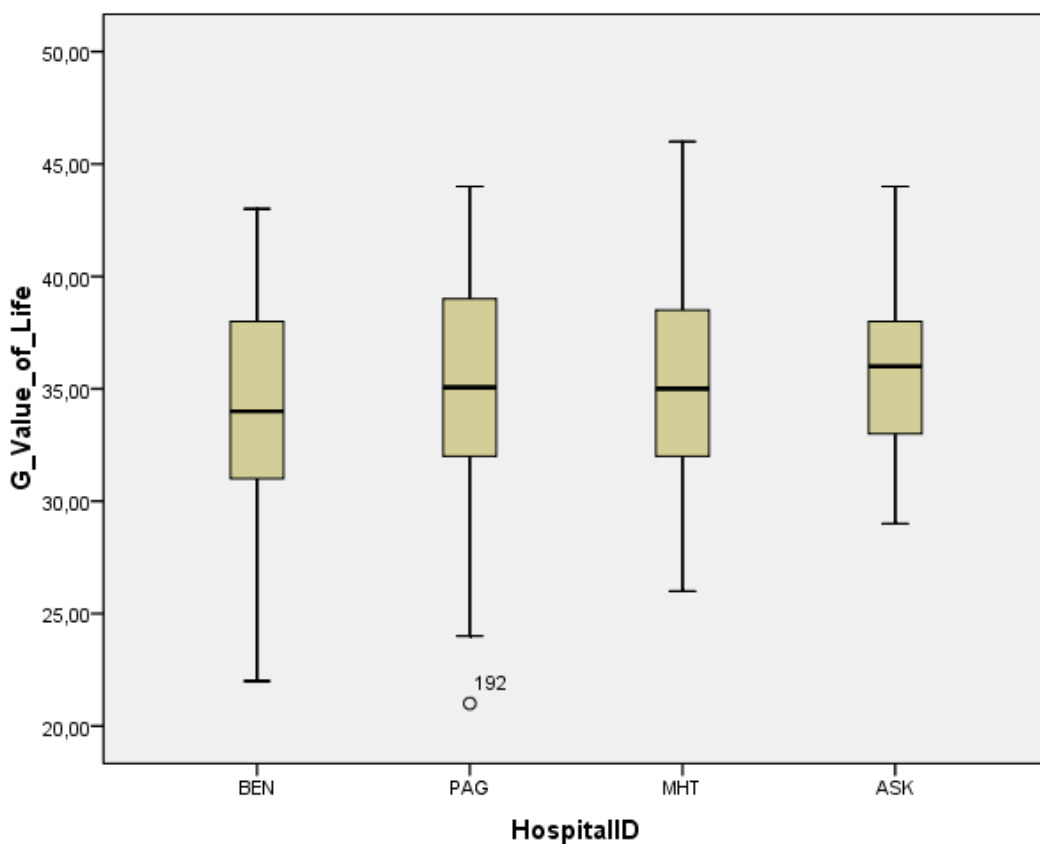
Έγινε t-test στο συγκεκριμένο παράγοντα και είδαμε ότι υπάρχει μια αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου των εγκύων γυναικών που επιλέγουν ιδιωτικά μαιευτήρια.

Πίνακας 4: Αξία της ζωής και του κοινωνικού φορέα . G- VALUE OF LIFE

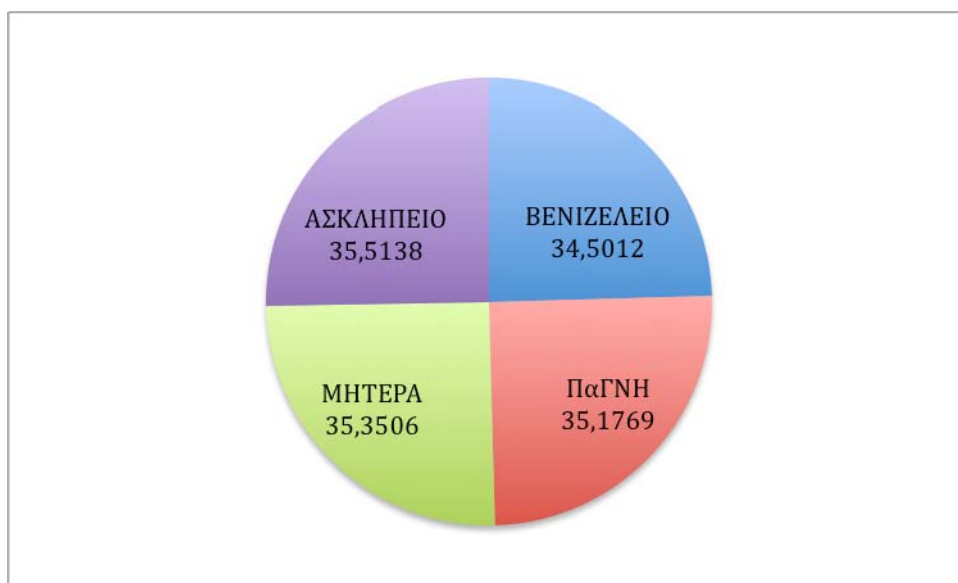
BENIZEΛΕΙΟ	Μέσος όρος		34,5012
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	33,5682
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	35,4341
	Διαφορά		18,934
	Σταθερή απόκλιση		4,35135
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)		22,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)		43,00
ΠαΓΝΗ	Μέσος όρος		35,1769
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	33,9594
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	36,3943
	Διαφορά		26,840

	Σταθερή απόκλιση	5,18076
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)	21,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	44,00
ΜΗΤΕΡΑ	Μέσος όρος	35,3506
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής
		34,6028 36,0983
	Διαφορά	16,531
	Σταθερή απόκλιση	4,06579
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)	26,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	46,00
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	Μέσος όρος	35,5138
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής
		34,0697 36,9579
	Διαφορά	14,413
	Σταθερή απόκλιση	3,79640
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης(min)	29,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)	44,00

**Γράφημα 4: Αξία της ζωής και του κοινωνικού φορέα,
G- VALUE OF LIFE**



Γράφημα 4.1: Μέσων όρων παράγοντα G- VALUE OF LIFE



Στο παραπάνω γράφημα οι **μέσες τιμές** των αποτελεσμάτων για τον παράγοντα **Αξία της ζωής και του κοινωνικού φορέα** ανα νοσηλευτικό ίδρυμα:

1. BENIZEΛΕΙΟ: BEN=34,5012
2. ΠαΓΝΗ: ΠΑΓ=35,1769
3. ΜΗΤΕΡΑ: ΜΗΤ=35,3506
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ: ΑΣΚ=35,5138.

Η περιοχή που περικλύει **όλες τις μεταβλητές εντός δύο σταθερών αποκλίσεων** από τη μέση τιμή κυμαίνεται για το νοσοκομείο:

1. BENIZEΛΕΙΟ από 33,5682(min) έως 35,4341(max)
2. ΠαΓΝΗ από 33,9594(min) έως 36,3943(max)
3. ΜΗΤΕΡΑ από 34,6028(min) έως 36,0983(max)
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ από 34,0697(min) έως 36,9579(max)

Το εύρος διακύμανσης των τιμών για τον παράγοντα της αξίας της ζωής και του κοινωνικού φορέα είναι:

Μεγαλύτερη τιμή (max) BENIZEΛΕΙΟΥ	43	Μικρότερη τιμή (min) BENIZEΛΕΙΟΥ	22
Μεγαλύτερη τιμή(max) ΠαΓΝΗ	45	Μικρότερη τιμή (min) ΠαΓΝΗ	21
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΜΗΤΕΡΑ	46	Μικρότερη τιμή (min) ΜΗΤΕΡΑ	26
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	44	Μικρότερη τιμή (min) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	29

T-test 3: Αξία της ζωής

	Αξία Της Ζωής				
	Άθροισμα παραγόντων	df	Μέσος όρος παραγόντων	F	Sig.
Μεταξύ των ομάδων	73,860	4	18,465	1,066	,373
Εσωτερικά των ομάδων	9306,017	537	17,330		
Σύνολο	9379,877	541			

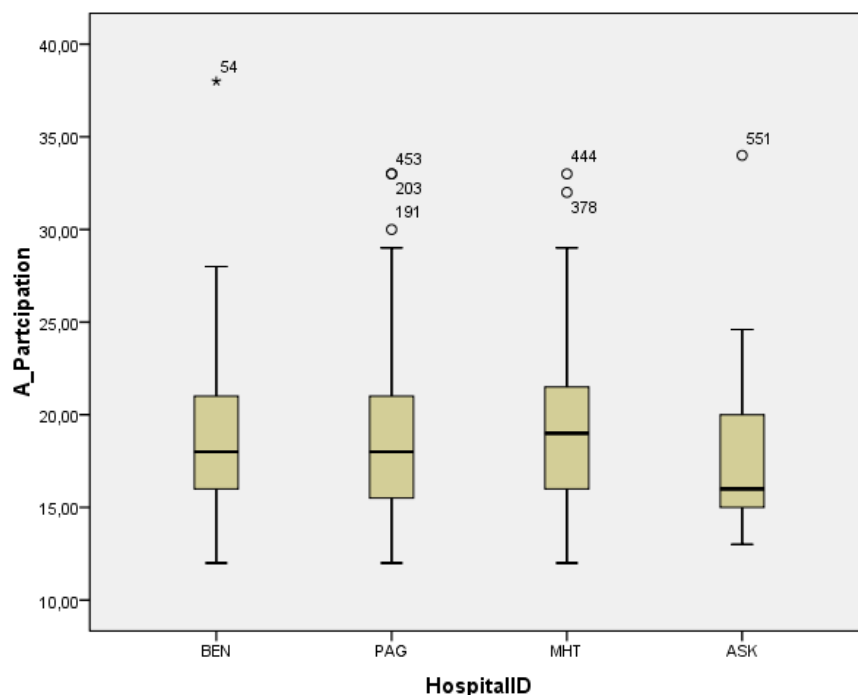
Έγινε t-test αλλά δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εγκύων γυναικών που χρησιμοποιούν ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 4: Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα, A - PARTICIPATION

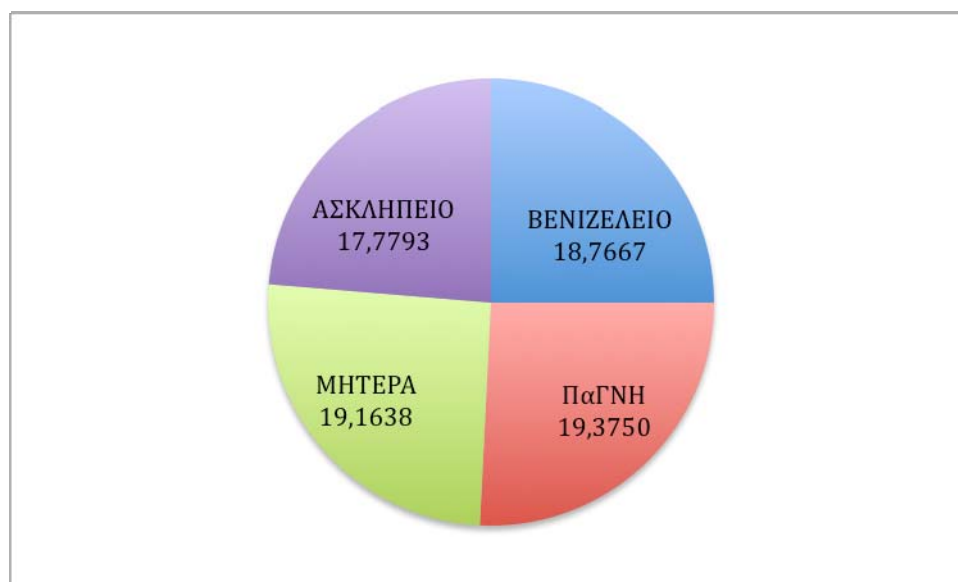
BENIZEΛΕΙΟ	Μέσος όρος		18,7667
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	17,8541
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	19,6793
	Διαφορά		18,118
	Σταθερή απόκλιση		4,25647
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		12,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		38,00
ΠαΓΝΗ	Μέσος όρος		19,3750
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	18,2371

		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	20,5129
	Διαφορά		23,449
	Σταθερή απόκλιση		4,84241
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		12,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		33,00
ΜΗΤΕΡΑ	Μέσος όρος		19,1638
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	18,4084
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	19,9192
	Διαφορά		16,869
	Σταθερή απόκλιση		4,10714
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		12,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		33,00
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	Μέσος όρος		17,7793
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	16,1257
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	19,4329
	Διαφορά		18,898
	Σταθερή απόκλιση		4,34720
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		13,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		34,00

Γράφημα 4: Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα, A PARTICIPATION



Γράφημα 4.1: μέσω των όρων A PARTICIPATION



Στο παραπάνω γράφημα οι μέσες τιμές των αποτελεσμάτων για τον παράγοντα **συμμετοχή στη τοπική κοινότητα** είναι ανα νοσηλευτικό ίδρυμα:

1. ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ: BEN=18,7667
2. ΠαΓΝΗ: ΠΑΓ=19,3750

3. ΜΗΤΕΡΑ: ΜΗΤ=19,1638

4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ: ΑΣΚ=17,7798.

Η περιοχή που περικλύει *όλες τις μεταβλητές εντός δύο σταθερών αποκλίσεων* από τη μέση τιμή κυμαίνεται για το:

1. ΒΕΝΙΖΕΛΙΕΟ από 17,8541(min) έως 19,6783(max)

2. ΠαΓΝΗ από 18,2371(min) έως 20,5129(max)

3. ΜΗΤΕΡΑ από 18,4084(min) έως 19,9192(max)

4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ από 16,1257(min) έως 19,4329(max)

Το *εύρος διακύμανσης* των τιμών για τον παράγοντα της συμμετοχής στη τοπική κοινότητα είναι ανα νοσοκομείο:

Μεγαλύτερη τιμή (max) ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ	38	Μικρότερη τιμή (min) ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ	12
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΠαΓΝΗ	33	Μικρότερη τιμή (min) ΠαΓΝΗ	12
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΜΗΤΕΡΑ	33	Μικρότερη τιμή (min) ΜΗΤΕΡΑ	12
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	34	Μικρότερη τιμή (min) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	13

T-test 4: Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα.

	Συμμετοχή Στη Τοπική Κοινότητα				
	Άθροισμα παραγόντων	df	Μέσος όρος παραγόντων	F	Sig.
Μεταξύ των ομάδων	63,457	4	15,864 ,924		,450
Εσωτερικά των ομάδων	9236,094	538	17,167		
Σύνολο	9299,551	542			

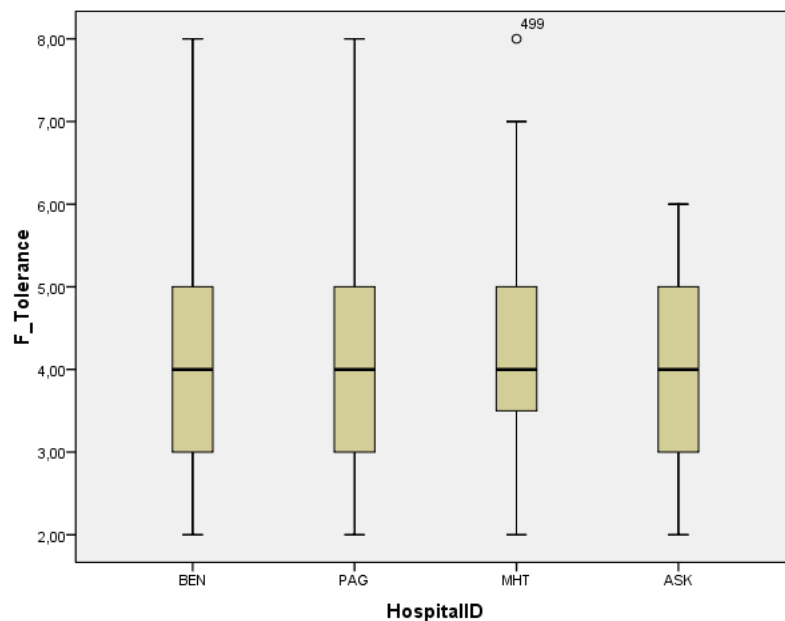
Έγινε t-test αλλά δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εγκύων γυναικών που χρησιμοποιούν ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 5 :Ανοχη στη Διαφορετικότητα, F - TOLERANCE

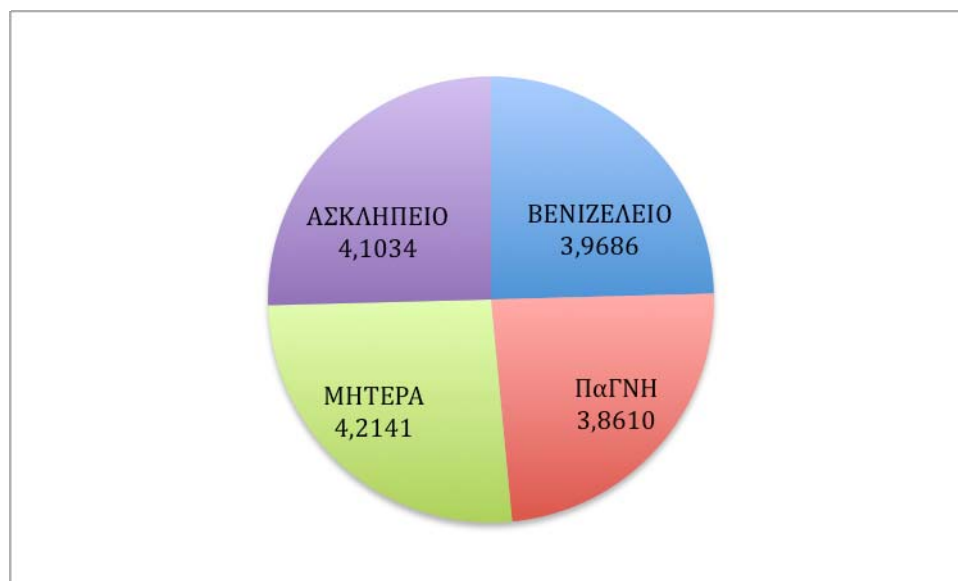
BENIZEΛΕΙΟ	Μέσος όρος		3,9686
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	3,6905
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	4,2467
	Διαφορά		1,682
	Σταθερή απόκλιση		1,29694
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης (min)		2,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)		8,00
ΠαΓΝΗ	Μέσος όρος		4,1926
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	3,8610
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	4,5242
	Διαφορά		1,991
	Σταθερή απόκλιση		1,41096
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης (min)		2,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)		8,00
ΜΗΤΕΡΑ	Μέσος όρος		4,2141

	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	3,9862
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	4,4420
	Διαφορά		1,535
	Σταθερή απόκλιση		1,23911
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης (min)		2,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)		8,00
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	Μέσος όρος		4,1034
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	3,6123
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	4,5946
	Διαφορά		1,667
	Σταθερή απόκλιση		1,29131
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης (min)		2,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης(max)		6,00

Γράφημα 4: Ανοχή στη Διαφορετικότητα, F – TOLERANCE



Γράφημα 4.1: F – TOLERANCE



Στο παραπάνω γράφημα οι **μέσες τιμές** των αποτελεσμάτων του δείγματος μας για τον παράγοντα **Ανοχή στη Διαφορετικότητα** είναι οι εξής ανα νοσηλευτικό ίδρυμα:

1. ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ: BEN=3,9686
2. ΠαΓΝΗ: ΠΑΓ=4,1926
3. ΜΗΤΕΡΑ: ΜΗΤ=4,2141
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ: ΑΣΚ=4,1034.

Η περιοχή που περιλαμβάνει όλες τις **μεταβλητές εντός δύο σταθερών αποκλίσεων** από τη μέση τιμή κυμαίνονται:

1. BENIZEΛΕΙΟ από 3,6905(min) έως 4,2467(max)
2. ΠαΓΝΗ από 3,8610(min) έως 4,5242(max)
3. ΜΗΤΕΡΑ από 3,9862(min) έως 4,420(max)
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ από 3,6123(min) έως 4,5946(max)

Το **εύρος διακύμανσης** των τιμών για τον παράγοντα της Ανοχής στη διαφορετικότητα είναι ανα νοσοκομείο οι ακόλουθοι

Μεγαλύτερη τιμή (max) BENIZEΛΕΙΟΥ	8	Μικρότερη τιμή (min) BENIZEΛΕΙΟΥ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΠαΓΝΗ	8	Μικρότερη τιμή (min) ΠαΓΝΗ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΜΗΤΕΡΑ	7	Μικρότερη τιμή (min) ΜΗΤΕΡΑ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	6	Μικρότερη τιμή (min) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	2

T-test 5: Ανοχή στη διαφορετικότητα

	Ανοχή στη διαφορετικότητα				
	Άθροισμα παραγόντων	df	Μέσος όρος παραγόντων	F	Sig.
Μεταξύ των ομάδων	5,311	4	1,328	,783	,536
Εσωτερικά των ομάδων	912,194	538	1,696		
Σύνολο	917,504	542			

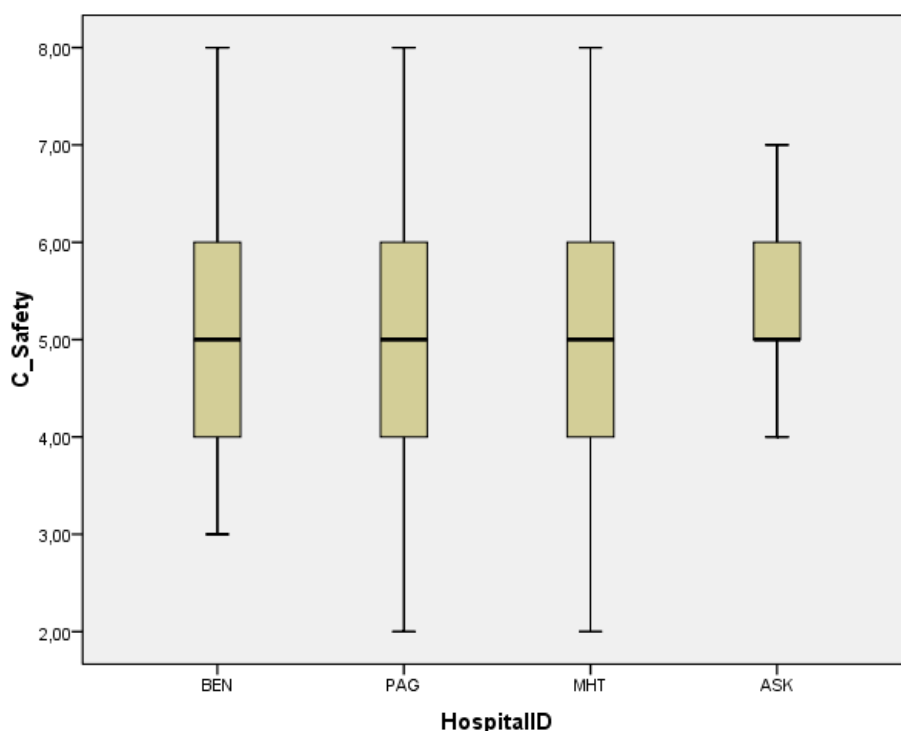
Έγινε t-test αλλά δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εγκύων γυναικών που χρησιμοποιούν ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 5: Αίσθημα ασφάλειας, C- safety.

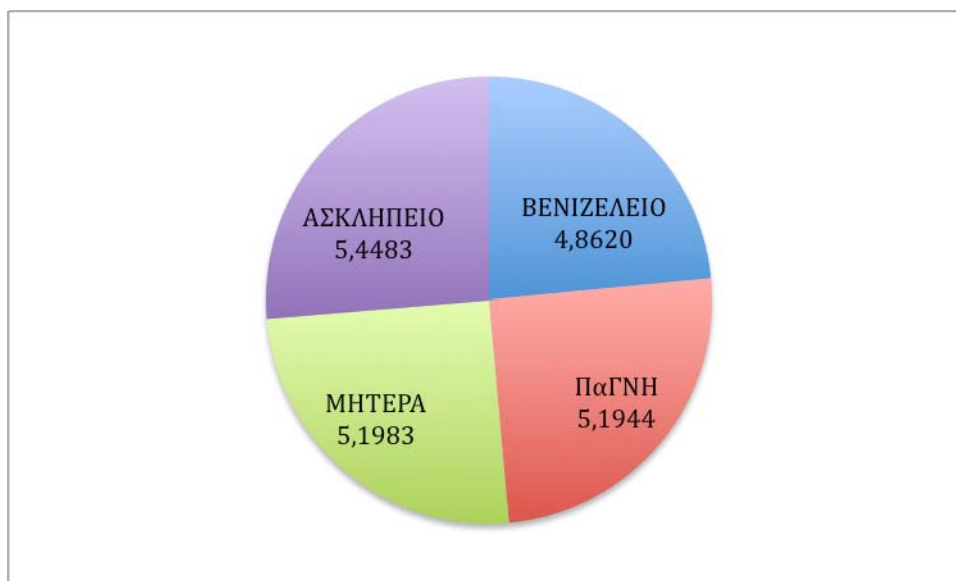
BENIZEΛΕΙΟ	Μέσος όρος		4,8620
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	4,6027
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,1214
	Διαφορά		1,463
	Σταθερή απόκλιση		1,20967
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		3,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		8,00
ΠαΓΝΗ	Μέσος όρος		5,1944
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	4,8469
		Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,5420
	Διαφορά		2,187
	Σταθερή απόκλιση		1,47885
	Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		2,00
	Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		8,00
ΜΗΤΕΡΑ	Μέσος όρος		5,1983
	95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	4,9604

	Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,4362
Διαφορά		1,673
Σταθερή απόκλιση		1,29360
Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		2,00
Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		8,00
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ	Μέσος όρος	5,4483
95% όρια εμπιστοσύνης της μέσης τιμής	Μικρότερη τιμή της μέσης τιμής	5,0876
	Μεγαλύτερη τιμή της μέσης τιμής	5,8089
Διαφορά		,899
Σταθερή απόκλιση		,94816
Κατώτερο τιμή του Εύρους Διακύμανσης		4,00
Ανώτερη τιμή του Εύρους Διακύμανσης		7,00

Γράφημα 5: Αίσθημα ασφάλειας, C- safety



Γράφημα 5.1 : μέσων όρων C- safety



Στο παραπάνω γράφημα οι **μέσες τιμές** των αποτελεσμάτων της έρευνας μας για τον **παράγοντα αίσθημα ασφάλειας** είναι οι εξής:

1. BENIZEΛΕΙΟ: BEN=4.8620
2. ΠαΓΝΗ: PAG=5,1944
3. ΜΗΤΕΡΑ: ΜΗΤ=5,1983
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ: ΑΣΚ=5,4483.

Η περιοχή που περιέχει όλες **τις μεταβλητές εντός δύο σταθερών αποκλίσεων** από τη μέση τιμή κυμαίνονται:

1. BENIZEΛΕΙΟ από 4,6027(min) έως 5,1214(max)
2. ΠαΓΝΗ από 4,8469 (min) έως 5,5420 (max)
3. ΜΗΤΕΡΑ από 4,9604 (min) έως 5,4362 (max)
4. ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ από 5,8089(min) έως 5,0876(max).

Το **εύρος διακύμανσης** των τιμών για τον παράγοντα του αισθήματος ασφάλειας είναι ανα νοσοκομείο οι ακόλουθοι

Μεγαλύτερη τιμή (max) BENIZEΛΕΙΟΥ	8	Μικρότερη τιμή (min) BENIZEΛΕΙΟΥ	3
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΠαΓΝΗ	8	Μικρότερη τιμή (min) ΠαΓΝΗ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΜΗΤΕΡΑ	8	Μικρότερη τιμή (min) ΜΗΤΕΡΑ	2
Μεγαλύτερη τιμή (max) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	7	Μικρότερη τιμή (min) ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΥ	4

T-test 5: Ανοχή στη διαφορετικότητα

	Αίσθημα ασφάλειας				
	Άθροισμα παραγόντων	df	Μέσος όρος παραγόντων	F	Sig.
Μεταξύ των ομάδων	14,690	4	3,673	1,838	,120
Εσωτερικά των ομάδων	1075,228	538	1,999		
Σύνολο	1089,918	542			

Έγινε t-test αλλά δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εγκύων γυναικών που χρησιμοποιούν ιδιωτικές ή δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



Συμπεράσματα της έρευνας

Το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο κοινωνικό κεφάλαιο των εγκύων γυναικών που επιλέγουν Ιδιωτικές ή Δημόσιες υπηρεσίες υγείας, εκτός από τον παράγοντα «Σχέση με Οικογένεια και Φίλους» όπου παρατηρείται αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου των εγκύων γυναικών που προτιμούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια.

Οι αποκλίσεις προς τον ιδιωτικό ή προς τον δημόσιο τομέα αντίστοιχα είναι πολύ μικρές, περίπου ίσες με 1,00.

Οι έγκυες γυναίκες που προτιμούν ιδιωτικά μαιευτήρια εμφανίζονται να έχουν υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο. Αυτό οφείλεται στο ότι οι έγκυες γυναίκες:

4. Αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια από ότι στον δημόσιο τομέα.
5. Ο κοινωνικός τους περίγυρος τις ωθεί στην επιλογή ενός ιδιωτικού Μαιευτηρίου.
6. Ωθούνται από τα προσωπικά «πιστεύω» τους στον ιδιωτικό τομέα.

Αντίθετα δημόσια μαιευτήρια επιλέγονται κυρίως από έγκυες γυναίκες οι οποίες έχουν αυξημένη συμμετοχικότητα στα κοινά.

Οι έγκυες γυναίκες ίσως νοιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια όταν χρησιμοποιούν τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται στο ότι υπάρχουν καλύτερες συνθήκες νοσηλείας. Το προσωπικό είναι πιο κοντά τους λόγω μικρού φόρτου εργασίας. Υπάρχουν καλύτερες και πιο αξιόπιστες τεχνολογικές υποδομές και αυτό κάνει την εξυπηρέτηση τους πιο γρήγορη και τη διαμονή τους πιο άνετη και ευχάριστη. Επιπλέον, παλαιότερη δυσάρεστη εμπειρία από τη χρήση δημόσιας υπηρεσίας υγείας να τις οδήγησε μετέπειτα σε χρήση ιδιωτικού μαιευτηρίου.

Τα προσωπικά □πιστεύω□, καθώς και η αξία που δίνει κάθε γυναίκα στη ζωή της φαίνεται να είναι ένας ακόμα παράγοντας για την επιλογή ιδιωτικού μαιευτηρίου. Αυτό στηρίζεται στη γενική άποψη ότι, □ ότι κοστίζει είναι και καλύτερο □. Στην άποψη αυτή, μπορεί να προστεθεί και το γεγονός ότι πολλές γυναίκες έχουν τη νοοτροπία ότι η παροχή χρημάτων στον ιδιωτικό τομέα, θέτει φραγμούς ως προς τη χρήση του (δεν έχουν όλοι πρόσβαση σε αυτόν) και το συνδέουν αυτό με καλύτερη φροντίδα. Τέλος πιστεύουν ότι τα ιδιωτικά μαιευτήρια στελεχώνονται από περισσότερο καταρτισμένη ομάδα υγείας.

Το δημόσιο τομέα υγείας βάση της έρευνας φαίνεται ότι προτιμούν γυναίκες οι οποίες έχουν αυξημένη συμμετοχικότητα στα κοινά. Οι γυναίκες αυτές συνηθίζουν να είναι μέλη σε τοπικούς συλλόγους, να συμμετέχουν σε εθελοντικές εργασίες της περιοχής τους και να βοηθάνε όποιον τις έχει ανάγκη. Έχουν ευαισθησία ως προς τον συνάθρωπό τους, είναι ανεκτικές και επομένως μπορούν να συμβιβαστούν με τις παροχές ενός δημοσίου νοσοκομείου.

Αναφορικά και με την βιβλιογραφία, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτου εθνικότητας, εθνότητας, χρώματος, θρησκείας έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δημόσιες και ιδιωτικές. Βασικό όμως εμπόδιο για τη χρήση τους είναι η έλλειψη χρημάτων και πολλές φορές και η έλλειψη προσωπικών διασυνδέσεων. Η **φτώχεια** είναι το εμπόδιο και όχι κάποια μορφή κοινωνικού στερεοτύπου(Βαρδαρός 2008).

Τέλος, στις μέρες μας, η μεγαλύτερη επένδυση είναι το ανθρώπινο κεφάλαιο, καθώς η υγεία ακόμα και στα πλαίσια της δημόσια φροντίδας έχει πλέον εμπορευματοποιηθεί.

Συντομη αναφορά στη σχέση της Νοσηλευτικής με το Κοινωνικό Κεφάλαιο

Είναι δύσκολο να περιγραφεί με σαφήνεια και ακρίβεια τι είναι Νοσηλευτική. Ένας απλός ορισμός της Νοσηλευτικής θα μπορούσε να είναι ο εξής: «Νοσηλευτική είναι η τέχνη και η επιστήμη παροχής φροντίδας στο άτομο τόσο σε καταστάσεις υγείας όσο και σε ασθένειας». Η φροντίδα αυτή μπορεί να περιλαμβάνει πολλές δραστηριότητες που ποικίλουν από πολύπλοκες τεχνικές διαδικασίες μέχρι κάτι που φαίνεται πολύ απλό όπως το κράτημα του χεριού ενός ασθενούς. Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες εστιάζουν στο άτομο και είναι ένας συνδυασμός της νοσηλευτικής τέχνη και επιστήμης. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής είναι η βάση των γνώσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ενώ η τέχνη είναι η κατάλληλη εφαρμογή της γνώσης.

Επίκεντρο της Νοσηλευτικής είναι το άτομο το οποίο δέχεται τη φροντίδα που ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις του ανθρώπου (βιολογική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική).

Η Νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της συνεχώς εξελισσόμενης κοινωνίας και ο Νοσηλευτής εθεωρείτο πάντοτε ως το άτομο που παρέχει φροντίδα υγείας.

Κύριοι στόχοι της Νοσηλευτικής είναι: η προαγωγή της ευεξίας, η πρόληψη της ασθένειας, η αποκατάσταση της υγείας και η επιτυχής αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή φροντίδας σε μια ποικιλία νοσηλευτικών ρόλων. Οι ρόλοι που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής είναι αυτοί του ατόμου που παρέχει φροντίδα υγείας, του δασκάλου, του συμβούλου, του ηγέτη, του ερευνητή, του συνηγόρου και του ατόμου που επικοινωνεί με τον άρρωστο και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι δραστηριότητες μέσα σε αυτούς τους ρόλους πραγματοποιούνται από το νοσηλευτή σε διαφορετικές

υπηρεσίες, όπως νοσοκομεία, οίκους ευγηρίας, ιατρεία, γραφεία, κινητές μονάδες και σπίτι. Σήμερα η φροντίδα υγείας παρέχεται ολοένα και περισσότερο εκτός νοσοκομείου στην κοινότητα. Όλες οι δραστηριότητες κατευθύνονται προς την μεγιστοποίηση της ευεξίας του ατόμου και της οικογένειάς του (Λεμονίδου και Πατηράκη – Κουρμπάνη 2002).

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται όλο και περισσότερο η αλληλεξάρτηση των τομέων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, καθώς οι κοινωνικές συνθήκες συχνά επηρεάζουν καθοριστικά την υγεία και το αντίστροφο. Ίσως οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να μην οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, όταν δεν συνοδεύονται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και στήριξης. Άρα οι ανάγκες του κάθε ατόμου πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενιαίες και αλληλένδετες και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας (Κουκούλη 2008).

Κύριος στόχος των δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, οργανώνονται και αναπτύσσονται στο πλαίσιο της κοινότητας στην οποία το άτομο – χρήστης των αντίστοιχων υπηρεσιών ζει και δραστηριοποιείται (Κουκούλη 2008).

Είναι δίκτυα τα οποία εντάσσονται στον κοινωνικό ιστό της τοπικής κοινωνίας και υποστηρίζονται από αυτή. Αυτό συνεπάγεται ότι αναπόφευκτα σχετίζονται με τις έννοιες της κοινότητας, της κοινωνικής ανάπτυξης και του κοινωνικού κεφαλαίου. Κοινωνίες με ισχυρούς δεσμούς των μελών τους και ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο, στις οποίες έχουν ήδη αναπτυχθεί δίκτυα συνεργασίας και σε άλλους τομείς, μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη και των δικτύων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, ενώ τα τελευταία με τη

σειρά τους μπορούν να ενισχύσουν περισσότερο την ανάπτυξη της ίδιας της κοινότητας (Κουκούλη 2008).

Η άποψη που επικρατεί σήμερα είναι ότι παρόμοια δίκτυα αναπτύσσονται καλύτερα σε μια κοινότητα με ισχυρή κοινωνική συνοχή, διαμορφώνουν νέους δεσμούς και συμβάλλουν σημαντικά στην περαιτέρω ισχυροποίηση του συνεκτικού ιστού της κοινότητας (Κουκούλη 2008).

Η κοινοτική ανάπτυξη πραγματοποιείται σε κοινότητες που στηρίζονται σε έννοιες όπως η κοινωνική δικαιοσύνη, η αμοιβαιότητα και η κοινωνική αλληλεγγύη, και στις οποίες έχουμε ενεργό συμμετοχή των πολιτών σε θέματα που επηρεάζουν τη ζωή τους (Ζαϊμάκης 2002).

Τα ολοκληρωμένα δίκτυα φροντίδας απαιτούν την συνεργασία των μελών τους σε μια ισότιμη βάση με κοινούς στόχους : συνεργασίας μεταξύ των φορέων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αλλά και μεταξύ των διαφορετικών επιστημόνων που συμμετέχουν (Mur - Veeman, Eijckelberg & Spreeuwenberg 2001; Mur – Veeman et al 2003; Mur – Veeman, van Raak & Paulus 2008).

Το υπάρχον κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει σημαντικά την δυναμική μιας κοινότητας και την ικανότητά της να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών της. Υπάρχουν τέσσερις διαστάσεις για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου: η πολιτική συμμετοχή (ενεργή συμμετοχή του πολίτη στα κοινά και η αλληλεπίδραση), η συμμετοχή στην κοινότητα (συμμετοχή στα επίσημα κοινοτικά δίκτυα), η συμμετοχή του σε άτυπα δίκτυα (δίκτυα κοινωνικής στήριξης, οικογενειακές σχέσεις, κοινωνικότητα) και ο βαθμός εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της τοπικής κοινωνίας (Putnam 1993; Putnam 2000; Healy 2002).

Οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες μεταβάλλονται συνεχώς καθώς αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα, λόγω της μεγαλύτερης ετερογένειας των πληθυσμών τους (π.χ. μετανάστες, πολύπλοκες ανάγκες των πολιτών τους). Σε ένα τέτοιο περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από έντονη ρευστότητα η έννοια της κοινότητας υπονομεύεται. Αυτό συνεπάγεται ότι η ανάπτυξη και η ισχυροποίηση της κοινότητας και του τοπικού κοινωνικού κεφαλαίου είναι μείζονος σημασίας για μια ολοκληρωμένη φροντίδα σε τοπικό επίπεδο. Η βάση πάνω στην οποία μελλοντικά θα δημιουργηθούν περισσότερο ολοκληρωμένα τοπικά δίκτυα υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι η ένταξη των ετερόκλητων ομάδων, η επίτευξη μεγαλύτερης συνοχής, σχέσεις αμοιβαιότητας και δεσμών εμπιστοσύνης (Κουκούλη 2008).



u13047443 images.google.gr

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της νοσηλευτικής είναι η **αναβάθμιση** των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία καθώς και την **εξασφάλιση** της πρόσβασης στους φορείς Υγείας. Αυτό μπορεί να το επιτύχει με την **αξιολόγηση** των ιδιαιτεροτήτων κάθε κοινωνίας χωριστά (φυσικό περιβάλλον, σχέσεις

μεταξύ των ατόμων κάθε κοινωνίας, οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική κατάσταση, συμμετοχή σε δραστηριότητες που ωφελούν το κοινό συμφέρον, θέσεις εργασίας, κ.α).

Μία ακόμα κατεύθυνση της νοσηλευτικής επιστήμης είναι η *εκπαίδευση*. Στη νοσηλευτική αυτό γίνεται μέσα από την *Αγωγή Υγείας*. Σκοπός της είναι η εκπαίδευση του κοινωνικού συνόλου έτσι ώστε να υιοθετήσει συμπεριφορές και απόψεις όχι μόνο στο στάδιο της πρόληψης αλλά και στη περίπτωση που υπάρχει ήδη ασθένεια με στόχο την προαγωγή της υγείας (σωστή ενημέρωση και ενεργούς συμμετοχής του αρρώστου στην επιτυχία κάθε θεραπευτικού σχήματος, ενθαρρύνουν τα άτομα σε θέματα αυτοελέγχου και αυτοφροντίδας).

Τα τελευταία χρόνια η νοσηλευτική επιστήμη κάνει πολλές προσπάθειες για την έρευνα του κοινωνικού κεφαλαίου και πώς αυτό επηρεάζει την ποιότητα της υγείας του ατόμου και ευρύτερα της κοινωνίας. Η προσπάθεια αυτή έγινε μέσα και από τη δική μας εργασία στην οποία θίγουμε το κοινωνικό κεφάλαιο μέσα από τους παράγοντες που ερευνήθηκαν, (α. Σχέση με οικογένεια και φίλους, β. Αξία της ζωής και του κοινωνικού φορέα, γ. Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα, δ. Ανοχή στη διαφορετικότητα, ε. Αίσθημα ασφάλειας), για την απάντηση του ερωτήματος « Γιατί οι έγκυες γυναίκες επιλέγουν δημόσιο η ιδιωτικό τομέα υγείας». Το αποτέλεσμα που προέκυψε από την έρευνα, αν και η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική, είναι ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει λίγο μεγαλύτερο κοινωνικό κεφάλαιο από το δημόσιο τομέα. Η έρευνα μας θα μπορούσε να ξανά εξεταστεί εκ νέου με περισσότερους παράγοντες. Θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν παράγοντες όπως η εθνικότητα, η θρησκεία, το επίπεδο εκπαίδευσης(πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), η οικογενειακή της κατάσταση (ανύπαντρη μητέρα, παντρεμένη, διαζευγμένη).

Παράρτημα

Ελληνική Βιβλιογραφία!!

1. Απόστολος Ι. Χατζητόλιος, Παναγιώτης ΣΤ. Ζαμπίτης, Αθανάσιος Α. Σανιδάς, Αθανάσιος Η. Ζαφειρόπουλος, Ιωάννης Γ. Ασλανίδης, (2007), «Πολιτική της Υγείας», Ιατρικό Βήμα, Φεβρουάριος – Μάρτιος 2007.
2. Καραμάνου, Άννα (2006), «Κοινωνικό Κεφάλαιο Και Μετανάστευση», Εργασία Άννας Καραμάνου, Αθήνα, 20 Φεβρουαρίου 2006.
3. Κονιόρδο, Σωκράτη (2004), «Κοινωνικό Κεφάλαιο και Κοινωνία των Πολιτών», *Κοινωνία Πολιτών*, Τεύχος 10 - Καλοκαίρι 2004
4. Κριτσωτάκης, Γ. (2008), «1. Εισαγωγή», στο 1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ, σ. 1.
5. Κριτσωτάκης, Γ. (2008), «1.1 Η έννοια και ο όρος», στο 1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ, σ. 1- 3.
6. Κριτσωτάκης, Γ. (2008), «1.1 Η έννοια και ο όρος», στο 1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ, σ. 1- 3.
7. Κουρή, Γαβριήλ Α.(2008), «Παγκρήτιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας : «Υγεία και Νέου»», Πρακτικά Συνεδρίου, Απριλίου 2008, σελ. 258-259.
8. Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999). Τα Οικονομικά της υγείας από το Α ως το Ω, Εξάντας, Αθήνα.
9. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΓΚΡΕΓΚΟΡΥ Σ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003
10. Κυριάκος Σουλιώτης Παγκρήτιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας
“Υγεία & Νέοι” 11-13/4/08, Θεματική Ενότητα: “Υπηρεσίες Υγείας” Το κόστος

ως Παράγοντας Ανισοτήτων στην πρόσβαση των νέων στις Υπηρεσίες Υγείας
σελ 217 παράγραφος 1 Αντί Παραμέτρου (Σουλιώτης 2000, Davaki and
Mossialos 2006, Δικαίος 2006, Δικαίος 2007, Κουρής 2007.

11. Μητσοτάκης, Κυριάκος (2004), «Ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου και ενεργοποίηση των πολιτών: μία νέα πολιτική», Άρθρο στην Φιλελεύθερη Έμφαση, Σεπτεμβρίου 2004.
12. Νιάκας,(1993), «Οι πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος σε σχέση με τις Διεθνείς Εξελίξεις», στο Γ. Κυριόπουλος – Δ. Νιάκας, Η πρόσκληση του ανταγωνισμού στον Υγειονομικό τομέα, ό. π.
- 13.Κώστας Δικαίος, Παγκρήτιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας “ Υγεία & Νέοι” 11-13/4/08, Θεματική Ενότητα: “Υπηρεσίες Υγείας” Μια εναλλακτική Προσέγγιση Στους Στόχους Του Management Και Στην Διαδικασία Ελέγχου Και Λογοδοσίας Των Δημόσιων Νοσοκομείων, σελίδα 202 παράγραφος 2, (Abel Smith 1964, Καριώτης 1992, Σιγάλας 1999, Wolper & Penia 2001, Fraser 2003)].
14. Μαίρη Γείτονα-Γιάννης Κυριόπουλος, « Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας» Έκδοση β΄. Επιμέλεια Α. Δόλγερας-Γ. Κυριόπουλος, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία)2006.Μέρος Α “Η ισότητα στις υπηρεσίες υγείας” σελ 42 “3. Εννοιολογικές προσεγγίσεις : Η Δυσχέρεια καθολικής αποδοχής και ποσοτικής διατύπωσης”
15. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ Μ.Π.Σ.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ. ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ Επιτροπή παρακολούθησης Επιβλέπουσα: Ο. Στασινοπούλου, Μέλη:
Μ.Κορασίδου, Χ. Οικονόμου Θέμα Όψεις (Αν)ισότητας και .ιάκρισης στο
Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): .ομική ατέλεια του συστήματος ή απόρροια
ατομικών συμπεριφορών; του Σταμάτη Βαρδαρού ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008)
16. Παπάνης, Ευστράτιος (2007), «Κοινωνικό Κεφάλαιο και Κοινωνική Ανάπτυξη», Ελληνική Κοινωνική Έρευνα, Σεπτέμβριος 2007.
17. Τακτικός, Βασίλης (2008), «Κοινωνικό κεφάλαιο και ανάπτυξη της κοινωνικής οικονομίας», Άρθρα Βασίλης Τακτικός, εφημερίδα Αγώνας της Κρήτης, Οκτώβριος 2008.
18. Τούντας, Γιάννης (2007), «Κοινωνικό περιβάλλον και υγεία»,

iatronet, Οκτωβρίου 2007.

19. Τούντας Γ. Φρισήρας Σ. Κοινωνικές ανισότητες στην Υγεία, Ιατρική 1996, 69:270-276
20. Σημειώσεις Κοινωνιολογίας Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης έτος 2007
21. Σημειώσεις Διδακτικής Αγωγής Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης έτος 2007
22. Φυσικό Περιβάλλον και Υγεία. Γ. Τούντα, Λ. Γεωργούλη. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 1998; 15(5):482

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Bourdieu P. The forms of capital. In: Halsey AH, Lauder H, Brown P, Stuart Wells A eds. Education: Culture, Economy, and Society. Oxford: Oxford University Press, 1997: 46–58.
2. Coleman J. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology 1988; 94: S95–S120.
3. DeSilva MJ, Harpham T, Tuan T, Bartolini R, Penny ME, Huttly SR. Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. Soc Sci Med 2006; 62: 941–953.
4. Deitra Leonard Lowdermilk - Shannon E. Perry, Νοσηλευτική Μητρότητας Έκδοση 6 2006, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Ενότητα Α΄: Εισαγωγή στη νοσηλευτική μητρότητας, σελίδα 8 κεφάλαιο 1, Σύγχρονη Νοσηλευτική Μητρότητας (παράγραφος: Προβλήματα πρόσβασης στη φροντίδα,)
5. Kritsotakis G, Koutis AD, Alegakis AK, Philalithis AE. Development of the social capital questionnaire in Greece. Res Nurs Health. 2008 Jun;31(3):217-25.
6. Kritsotakis G, Gamarnikow E. What is social capital and how does it relate to health? 2004 International Journal of Nursing Studies 41 (1), pp. 43-50

7. KYRIOPOYLOS, J. – TSALIKIS, G. (1993), «Public and Private Imperatives of Greek Health Policies», *Journal of Health Policy*, τχ. 26, σ. 105 – 117.
8. Mitchell R, Gleave S, Bartley M, Wiggins D, Joshi H. Do attitude and area influence health? A multilevel approach to health inequalities. *Health Place* 2000; 6: 67-79.
9. O'Brien MS, Burdsal CA, Molgaard CA. Further development of an Australian-based measure of social capital in a US sample. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1207-17.
10. Onyx J, Bullen P. Measuring social capital in five communities. *J Appl Behav Sci* 2000; 36: 23–42.
11. Poortinga W. Social capital: An individual or collective resource for health? *Soc Sci Med* 2006; 62: 292–302.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Άρθρα απο εφημερίδα Καθημερινή και ελευθεροτυπία
http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.02.2008,id=62193304nd
http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_23/11/2008_293074
2. Κέντρο Μελετών δημόσιας Υγείας Πανεπιστήμιο Αθηνών 2000(<http://www.stat-athens.aueb.gr/~jpan/diatrives/Zavras/chapter4.pdf>)
3. Κονιόρδο,Σωκράτη(2004),
http://www.koinoniapoliton.gr/site/content/view/220/27/lang,el_GR.UTF8/
4. Μητσοτάκης,Κυριάκος(2004), http://www.kmitsotakis.gr/doc_view.cfm?ID=288
5. Παπάνης,Ευστράτιος(2007),
http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blogpost_3100.html
6. Σχέση μόρφωσης και υγείας Τούντας Γιάννης, Αναπληρωτης Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3168

7. Τακτικός, Βασίλης (2008), <http://arthra-taktikos.blogspot.com/>
8. Τάσος Φιλαλήθης Αναπληρωτής καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης 'τος 2006 και 2007 <http://ph10.edu.physics.uoc.gr/ep2006/files/Health%20Greece.pdf>
9. Τούντας, Γιάννης (2007), http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3129
10. Τριχόπουλος Δ. , Επιδημιολογία. Αθήνα, εκδόσεις Γ. Παρισιανός, 1982:203204 <http://www.mednet.gr/archives/2000-4/pdf/351.pdf>
11. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια, Κ. Vehviläinen-Julkunen “Φροντίδα μητρότητας στην Ελλάδα” <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=17896>
12. Σταμάτης Βαρδαρός, Διπλωματική Εργασία <http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/967/1/vardaros.pdf>

