

ΑΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΤΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΜΙΧΕΛΑΡΑΚΗ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΜΥΛΩΝΟΠΟΥΛΟΥ
ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΣΧΕΤΑΚΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή εργασία έχει θέμα τα δικαιώματα των ασθενών και συγκεκριμένα την πληροφόρηση, ένα από τα σημαντικότερα δικαιώματα που για πολλά χρόνια βρίσκεται σε αποσύνθεση. Η εργασία περιλαμβάνει το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό μέρος.

Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει την εισαγωγή, την ιστορική αναδρομή των δικαιωμάτων των ασθενών, την νομοθεσία στην Ευρώπη (χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων, βασικές ευρωπαϊκές αρχές των δικαιωμάτων των ασθενών), την νομοθεσία στην Ελλάδα (δικαιώματα –υποχρεώσεις των ασθενών, σύσταση γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη, σύσταση τριμελούς επιτροπής προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη) και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Το δεύτερο μέρος είναι το ερευνητικό το δείγμα του οποίου αποτέλεσαν 150 ασθενείς από ένα μεγάλο νοσοκομείο της Κρήτης καθώς και 150 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού από το ίδιο νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών για την πληροφόρηση και η σύγκριση των απόψεων αυτών.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	10
3. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	17
Χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων.....	18
Ευρωπαϊκές βασικές αρχές των δικαιωμάτων των ασθενών.....	28
4. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	34
Δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς.....	35
Υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς.....	41

Σύσταση Γραφείου Επικοινωνίας με τον πολίτη.....	45
Σύσταση Τριμελούς Επιτροπής Προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη.....	46
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πληροφόρηση είναι ένα από τα σπουδαιότερα δικαιώματα των ασθενών. Δικαίωμα όπου στην Ελλάδα για πολλά χρόνια βρίσκεται σε πλήρη αποσύνθεση. Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της πολιτείας και των άλλων φορέων αυξάνεται. Τα δικαιώματα των ασθενών είναι νομικά κατοχυρωμένα διεθνώς από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που υιοθετήθηκε το 1994. Στην Ελλάδα τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονται από διεθνείς διακηρύξεις και συμβάσεις στις οποίες βασίζεται η νομική τους κατοχύρωση. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας από το 1978 άρχισε μια προσπάθεια ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στο Νόμο 2071/92 στην Ελλάδα.

Η πληροφόρηση είναι ένα από τα σημαντικά δικαιώματα των ασθενών, ένα τεράστιο κεφάλαιο για την αποτελεσματική διεκπεραίωση όσον αφορά την κατάσταση υγείας του ασθενή:

- Πόσο σωστά είναι πληροφορημένος ένας ασθενής για την κατάστασή του;
- Τη φαρμακευτική του αγωγή;
- Τις διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται;
- Τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν από διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις;

- Το πόσο σωστά παρέχονται οι πληροφορίες στον ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό;

Όλα αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα τα οποία θα ασχοληθούμε κατά τη διεκπεραίωση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Οι επιμέρους σκοποί της εργασίας είναι η αξιολόγηση των απόψεων των νοσηλευτών και των ασθενών για την πληροφόρηση, η σύγκριση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού- ασθενών και την διερεύνηση της συσχέτισης των ανωτέρω απόψεων με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

Η μεθοδολογία και το υλικό για την πραγματοποίηση της πτυχιακής είναι η πραγματοποίηση μελέτης για ένα δείγμα ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με συνεντεύξεις μέσω ερωτηματολογίου όπου κατασκευάστηκε μέσω μελέτης έρευνας των Leino Kilpi και Αν. Μερκούρη.

Η θέση και τα δικαιώματα των ασθενών έχουν παρουσιαστεί κεντρικά στη συζήτηση που έλαβε χώρα πάνω από δύο δεκαετίες σε θέματα περί βιοηθικής. Η αυξανόμενη διεθνώς προσοχή είναι απεικονισμένη και σε άλλα έγγραφα όπως «Διακήρυξη για την προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη» εκλεγμένη το Μάρτιο του 1994 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις έχουν υποστηρίξει επίσης τα δικαιώματα και τα

ενδιαφέροντα των ασθενών με σκοπό να τα καταστήσουν έγκυρα (Leemen, 1994).

Μια σειρά από νόμους που αφορούν τη θέση και τα δικαιώματα των ασθενών έχουν εκλεγεί στην Ευρώπη, σε χώρες όπως τη Φιλανδία, την Ολλανδία, την Ισλανδία και τη Λιθουανία. Η σημασία της ανθρωποκεντρικής προσεγγίσεως είναι επίσης αναγνωρισμένη και σε άλλες πτυχές της φροντίδας υγείας, ειδικά στις εκτιμήσεις της ποιότητας της φροντίδας βασισμένης στις ικανοποιητικές απόψεις του ασθενή.

Η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη αντιπροσωπεύεται από τις νοσηλεύτριες (Π.Ο.Υ 1997). Ο σκοπός του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι να:

- προωθεί και να υποστηρίζει την υγεία των ασθενών,
- ενισχύει τις δεξιότητες της αυτοφροντίδας τους,
- βοηθά να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και να υποστηρίζει το θάνατό τους.

Ευρύτερα οι νοσηλεύτριες έχουν επίσης μια υποχρέωση: να προωθούν την αξία της υγείας στην κοινωνία. Όλα αυτά σημαίνουν ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να δουλεύουν πολύ στενά με τους ασθενείς τους. Πρέπει να είναι κατάλληλες και να βασίζουν την εργασία τους στην νοσηλευτική

έρευνα και την επιστήμη. Εντούτοις, η νοσηλευτική έρευνα παραμένει λιγότερο ανεπτυγμένη σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες. Αναγνωρίζοντας αυτή την ανεπάρκεια έχει δημοσιευτεί πρόσφατα ένα σύνολο από συστάσεις στο πώς η νοσηλευτική έρευνα πρέπει να οργανωθεί στην Ευρώπη. Ειδικά η έμφαση έχει δοθεί στο να βελτιωθούν ποιοτικά τα πρότυπα της νοσηλευτικής φροντίδας και να αξιολογηθούν αυτά με τη βοήθεια των εμπειρικών ερευνών.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι πολύ κοινές στην καθημερινή πρακτική. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να περιγράφονται με διαφορετικούς τρόπους: η αυτονομία και η ιδιωτικότητα του ασθενή «παρουσιάζονται» στους περισσότερους από αυτούς. Δεν υπάρχει εκτενής και συστηματική έρευνα σχετικά με τις εκβάσεις των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Όμως η νοσηλευτική λογοτεχνία σκοπεύει να προβάλλει τα ηθικά προβλήματα σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την αυτονομία και ιδιωτικότητα των ασθενών.

Η νοσηλευτική πραγματοποιείται σε ένα πολυσύνθετο εργασιακό περιβάλλον το οποίο δίνει αφορμή για ποικίλα και συχνά περίπλοκα ηθικά προβλήματα. Πολλές πελατειακές ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι και τα εξαρτημένα άτομα είναι επίσης αρκετά υποτελείς όσον αφορά στην φροντίδα που λαμβάνουν. Μερικοί ασθενείς μπορεί ακόμα να έχουν

πρακτικές δυσκολίες στην αυτονομία τους εξαιτίας διανοητικών προβλημάτων.

Ευρύτερα στο αυξανόμενο τεχνολογικό περιβάλλον που ανήκει το σύγχρονο νοσοκομείο οι ασθενείς μπορεί να αποκλείονται από την απόφαση και εργασία της φροντίδας τους επειδή οι όποιες αποφάσεις που λαμβάνονται μπορεί να χρήζουν ειδικής ιατρικής γνώσης. Μια τέτοια περίπτωση ισχύει στους χειρουργημένους ασθενείς.

Είναι σημαντικό να μην απευθύνεται η ερώτηση για την αυτονομία του ασθενή από πολύ στενή προοπτική. Διάφοροι πολυσύνθετοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την θεραπεία του ασθενή. Καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να σέβεται την αυτονομία του ασθενή, αλλά την ίδια ώρα πρέπει να προλαμβάνει τον ασθενή από βλαβερές καταστάσεις για τον εαυτόν του και για άλλους. Αυτό συνεπάγεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αντικείμενο με ηθικές διαμάχες καθημερινά με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στην εργασία του όσον αφορά στην αυτόνομη – ενισχυτική μέθοδο – πρακτική. Από την άλλη πλευρά, η σημασία των αντιλήψεων για την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την πληροφορημένη συναίνεση είναι από μόνη της περίπλοκη και συνεπώς δύσκολο να πραγματοποιηθεί στην πρακτική

2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα δικαιώματα των ασθενών ανήκουν στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των ηθικών δηλαδή δικαιωμάτων που δικαιούται να έχει ο άνθρωπος με βάση την ανθρώπινη υπόστασή του. Τα δικαιώματα των ασθενών ή των ευρύτερα χρηστών Υπηρεσιών Υγείας είναι ένα θέμα που βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων των σύγχρονων κοινωνιών.

Το θέμα των δικαιωμάτων των ασθενών απασχολούσε από αρχαιοτάτων χρόνων τις κοινωνίες και εμμέσως με τα δικαιώματα αυτά καθορίζονταν και οι υποχρεώσεις των ιατρών. Τα δικαιώματα των ασθενών προασπίζονται εμμέσως και από τον όρκο του Ιπποκράτη όπου γίνεται λόγος για το ιατρικό απόρρητο. Στον όρκο του Ιπποκράτη προστατεύονται τα δικαιώματα των ασθενών και επιβάλλουν στο γιατρό το σεβασμό της αξιοπρέπειάς των ασθενών. Στα κείμενα αυτά οικοδομούνται στο σύνολό τους, σχεδόν όλοι οι κανόνες της βιοηθικής. Βέβαια, η ιπποκρατική διδασκαλία αναφέρεται κυρίως στις υποχρεώσεις των γιατρών απέναντι στον ασθενή. Οι συμβουλές και νουθεσίες που δίνονται στο γιατρό διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του γιατρού απέναντι στον

ασθενή (Μεράκου, 1999, 161-2)

Κατά τη δεκαετία του '70, οι εκστρατείες ενημέρωσης που έγιναν στην Αμερική από τα κινήματα για τα δικαιώματα του ασθενή οδήγησαν σε ριζικές αλλαγές των ηθικών κανόνων και κατέληξαν το 1973 στη ψήφιση, από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Εταιρεία (American Hospital Association) του πρώτου επίσημου κειμένου για τα δικαιώματα των ασθενών. Πρόκειται για τον Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς (Patients' Bill of Rights), ο οποίος αναγνωρίζεται διεθνώς ως ο ακρογωνιαίος λίθος στην πορεία κωδικοποίησής τους.

Στον Ευρωπαϊκό χώρο, η πρώτη διατύπωση των δικαιωμάτων των ασθενών έγινε σε ένα Γαλλικό διάταγμα του 1974, που όριζε τον Χάρτη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών. Το 1979 ακολούθησε η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, με την έκδοση του Νοσοκομειακού Κώδικα. Έκτοτε, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών έγινε αντικείμενο πολλών διεθνών οργανισμών, αλλά και της εσωτερικής έννομης τάξης των κρατών.

Δηλαδή κατά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο δόθηκε έμφαση

στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Γι' αυτό και το 1973 ψηφίστηκε στις ΗΠΑ μετά από την πίεση των κινημάτων για τα δικαιώματα των ασθενών ο «Κώδικας Δικαιωμάτων του ασθενούς». Ο «Χάρτης των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών» ψηφίστηκε στη Γαλλία το 1974 και κατά την ίδια χρονιά ψηφίστηκε και ο «Ευρωπαϊκός χάρτης για τα δικαιώματα των ασθενών» από τη Νοσοκομειακή επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (Μεράκου, Γκαράνη- Παπαδάτου, 1999, 161-2)

Στην Ελλάδα το 1992 διατυπώθηκαν με Νόμο (2071/άρθρο 47) «Τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς» και είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που ψήφισε τέτοια διάταξη σε Νόμο. Επειδή όμως στην πράξη οι διατάξεις του άρθρου αυτού δε λειτούργησαν ουσιαστικά, το 1997 με το Νόμο 2519 καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και αρχίζει η προώθηση και διάδοση του θεσμού. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

α) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου και

β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Δύο χρόνια μετά, με το Νόμο 2716/99, συνίσταται και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές και το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Σημειώνεται ότι σε κάθε νοσοκομείο δημιουργήθηκαν και λειτουργούν γραφείο με το οποίο γίνεται επικοινωνία με τον Πολίτη και επιτροπή για την προάσπιση των δικαιωμάτων του πολίτη. Το 1998 με το νόμο 2619 κυρώθηκε από τη Βουλή η «Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική».

Τα δικαιώματα των ασθενών δικαιούνται οι ασθενείς ως ανθρώπινες υποστάσεις για την αξιοπρέπειά τους, αλλά, « *... το να είσαι αξιοπρεπής όταν είσαι άρρωστος είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο και αυτός είναι ένας από τους κύριους λόγους που εξηγούν γιατί η υγεία, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι ισοδύναμα*» (Goldsmith MF, 1993, 270:553)

Τα δικαιώματα των ασθενών, όπως έχουν διατυπωθεί σε διεθνή κείμενα και κατοχυρωθεί στις εθνικές νομοθεσίες, μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες:

(α) τα δικαιώματα του ασθενή -που αποτελούν και το αντικείμενο αυτής της εργασίας- όπως τα δικαιώματα ενημέρωσης, συγκατάθεσης, προστασίας του ιατρικού απόρρητου και

(β) τα κοινωνικά δικαιώματα, που εκφράζονται κυρίως με το δικαίωμα στη φροντίδα υγείας.

Τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή στοχεύουν στην προστασία της ιδιωτικής σφαίρας και ελευθερίας, δηλαδή στην προστασία της ελεύθερης βούλησης και αυτονομία του (Leenen et al, 1993, p.4-6)

Τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονται και από τις διατάξεις του αστικού και ποινικού δικαίου. Η δεύτερη ομάδα δικαιωμάτων, τα κοινωνικά δικαιώματα, έχουν σκοπό την εγγύηση συμμετοχής του ατόμου στα επιτεύγματα και στις δραστηριότητες της κοινωνίας. Στο χώρο της υγείας συνδέονται με την πολιτική υγείας που ακολουθείται και την οργάνωση και διοίκηση των μονάδων

φροντίδας υγείας. Αποτελούν σχετικά καινούργια ομάδα δικαιωμάτων, στη διαμόρφωση της οποίας συνέβαλαν οι σκοποί του ευρωπαϊκού γραφείου της ΠΟΥ «Υγεία για Όλους». Από νομικής πλευράς αποτελούν περισσότερο μέρος του διοικητικού δικαίου, ενώ τα δικαστήρια παίζουν μικρό ρόλο στην προστασία τους. Σήμερα, υπάρχει αντίφαση μεταξύ του συνταγματικού δικαιώματος των πολιτών για ελεύθερη πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και της ικανότητας της πολιτείας να αντιμετωπίσει το κόστος.

Ο όρος δικαίωμα ασθενούς, αν και βρίθει ως υποχρέωση του θεραπευτή, λείπει από τα ιπποκρατικά κείμενα, πρόωμη ίσως εποχή για μια μεταγενέστερη έννοια, που απόκτησε νόημα μέσα από τις κοινωνικές διεκδικήσεις ανά τους αιώνες. Τον όρο αυτό χρησιμοποίησε πολύ αργότερα ο θεολόγος Thomas Gisborne (1758-1846) στο βιβλίο του με θέμα τα καθήκοντα του πολίτη. Στο κεφάλαιο «Καθήκοντα του Ιατρού προς τον άρρωστο» αναφέρεται ό,τι ο άρρωστος έχει δικαιώματα και ο γιατρός οφείλει να αφιερώσει όλες τις ικανότητές του στη θεραπεία της ασθένειας, χωρίς να επηρεάζεται από ιδιωτικά συμφέροντα ή προσωπικές επιθυμίες.

Κάποιοι άλλοι μελετητές (Fluss SS, 1993, 4-11) αναφέρουν ότι το πρώτο δικαίωμα του ασθενή εξαγγέλθηκε το 1793, όταν η Γαλλική Εθνοσυνέλευση όρισε ότι «κάθε ασθενής δικαιούται να έχει δικό του κρεβάτι» και ότι «τα κρεβάτια πρέπει να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 3 πόδια» (Fluss SS, 1993, 4-11). Πλέον το κύριο δικαίωμα των ασθενών, το δικαίωμα της ενημερωμένης ή συνειδητής, όπως καλείται, συγκατάθεσης αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1947 στον κώδικα της Νυρεμβέργης. Ο θεσμός της ενημερωμένης συγκατάθεσης αναφέρεται επίσης με σαφήνεια στη διακήρυξη του Ελσίνκι για τον πειραματισμό στον άνθρωπο, η οποία υιοθετήθηκε το 1964 από την Παγκόσμια Ιατρική Εταιρεία (World Medical Association).

3 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Πρώτη προσπάθεια σε διεθνές πεδίο γίνεται το έτος 1973, όπου στις ΗΠΑ ψηφίζεται ο πρώτος Κώδικας Δικαιωμάτων των Ασθενών, ενώ λίγο αργότερα, το 1974, στη Γαλλία εκδίδεται ο Χάρτης των Δικαιωμάτων και των Υποχρεώσεων των Ασθενών. Το ίδιο έτος, η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψηφίζει τον Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα Δικαιώματα των Ασθενών. Όμως, 20 έτη αργότερα, το 1994, το Περιφερειακό Γραφείο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στο Άμστερνταμ εκδίδει τη Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη.

Στη σημερινή Ευρώπη πολλή έμφαση έχει δοθεί στα ανθρώπινα δικαιώματα. Για παράδειγμα η ιδιότητα μέλους του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι υπό όρους η ενημέρωση του κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Συνθήκης για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτό είναι βασισμένο στο άρθρο 3 του Νομοθετήματος του Συμβουλίου της Ευρώπης στον καταστατικό κανόνα αρχής των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Στο πλαίσιο του συμβουλίου της Ευρώπης, το κύριο όργανο στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι η Ευρωπαϊκή Συνθήκη για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των

θεμελιωδών ελευθεριών, υπογεγραμμένη στη Ρώμη την 4^η Νοεμβρίου 1950.

Τα δικαιώματα και οι θεμελιώδεις ελευθερίες που είναι εγγυημένες από το συμβούλιο είναι:

- το δικαίωμα στη ζωή
- το δικαίωμα στην ελευθερία και στην ασφάλεια του ατόμου
- το δικαίωμα στην ελευθερία ιδέα – αντίληψη
- το δικαίωμα στην συνείδηση και θρησκεία και
- το δικαίωμα στην ελεύθερη έκφραση.

ΧΑΡΤΗΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Ο Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων ο οποίος διακηρύχθηκε στη Ευρωπαϊκή Ένωση, προκηρύχθηκε στη Νίκαια, στις 7 Δεκεμβρίου 2000, και συνθέτει τις κοινές αξίες των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με το χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων επιδιώκεται η ενίσχυση και η προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων, υπό το πρίσμα των κοινωνικών αλλαγών, της κοινωνικής προόδου και των επιστημονικών και τεχνολογικών εξελίξεων .

Μετά την πενήκοστή επέτειο της παγκόσμιας προκήρυξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, άρχισε να συζητείται η κατάρτιση ενός πίνακα θεμελιωδών δικαιωμάτων, που θα περιελάμβανε τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα των Ευρωπαίων πολιτών βάσει, μεταξύ άλλων, της νομολογίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου του Στρασβούργου.

Το χρονοδιάγραμμα που ακολουθήθηκε για την κατάρτιση του πίνακα θεμελιωδών δικαιωμάτων:

Στις 3 και 4 Ιουνίου 1999 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Κολωνίας συγκέντρωσε τα θεμελιώδη δικαιώματα που ίσχυαν σε επίπεδο Ένωσης σε έναν χάρτη για να τα διαδώσει όσο το δυνατόν περισσότερο. Ο χάρτης αυτός περιλαμβάνει τις γενικές αρχές που περιέχονται στην σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1950, αλλά εκείνες που προκύπτουν από την κοινή συνταγματική παράδοση των κρατών μελών, τα θεμελιώδη δικαιώματα των πολιτών της Ένωσης και τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα όπως προβλέπονται στον Ευρωπαϊκό κοινωνικό χάρτη και στον Κοινοτικό χάρτη θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων, καθώς και τις αρχές που προκύπτουν από τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Στις 15 και 16 Οκτωβρίου 1999 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Τάμπερε δημιούργησε ένα χώρο ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Με αυτό τον τρόπο καθορίστηκε η σύνθεση, η μέθοδος εργασίας και οι πρακτικές λεπτομέρειες του οργάνου με το οποίο εκπονείται το σχέδιο του Χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων.

Στις 17 Δεκεμβρίου 1999 συστάθηκε το ανάλογο όργανο, το οποίο και έλαβε το όνομα της Συνέλευσης. Στις 2 Οκτωβρίου 2000 εγκρίθηκε το σχέδιο. Στις 13 και 14 Οκτωβρίου 2000 εγκρίθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Μπιαρίτζ το σχέδιο και το διαβιβάστηκε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και την Επιτροπή. Στις 14 Νοεμβρίου 2000 και 6 Δεκεμβρίου 2000 το Κοινοβούλιο και η Επιτροπή συμφωνούν αντίστοιχα. Τέλος, στις 7 Δεκεμβρίου 2000 οι πρόεδροι του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, του Συμβουλίου και της Επιτροπής υπέγραψαν και διακήρυξαν επίσημα το Χάρτη εξ ονόματος των τριών θεσμικών οργάνων στη Νίκαια. Οι αρχηγοί κρατών και κυβερνήσεων δεν συμπεριέλαβαν στη συνθήκη καμία αναφορά στο Χάρτη καθώς το κείμενο αυτό δεν έχει καμία δέσμευση ή νομική αξία.

Με το Χάρτη για πρώτη φορά, τα δικαιώματα συγκεντρώθηκαν σε ένα μόνο έγγραφο. Με αυτό τον τρόπο παρέχεται διαφάνεια και σαφήνεια στα θεμελιώδη

δικαιώματα και ελευθερίες, και αναπτύσσεται η έννοια του πολίτη της Ένωσης, καθώς και δημιουργείται ένας χώρος ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης (όπως επιβεβαιώνεται στο προοίμιο του χάρτη). Ο χάρτης ενισχύει την νομική ασφάλεια όσον αφορά την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων, η οποία μέχρι σήμερα εξασφαλίζεται μόνο από τη νομολογία του Δικαστηρίου και από το άρθρο 6 της συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο χάρτης περιλαμβάνει ένα εισαγωγικό προοίμιο και 54 άρθρα που κατανέμονται σε 7 κεφάλαια:

Κεφάλαιο I, αναφέρεται στην Αξιοπρέπεια

- ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- δικαίωμα στη ζωή,
- δικαίωμα στην ακεραιότητα του προσώπου
- απαγόρευση των βασανιστηρίων και των απάνθρωπων εξευτελιστικών ποινών ή μεταχείρισης

- απαγόρευση της δουλείας και της καταναγκαστικής εργασίας

Κεφάλαιο II, αναφέρεται στην Ελευθερία

- δικαίωμα στην ελευθερία και την ασφάλεια
- σεβασμός της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής
- προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα
- δικαίωμα γάμου και δικαίωμα ίδρυσης οικογένειας
- ελευθερία σκέψης συνείδησης και θρησκείας
- ελευθερία έκφρασης και πληροφόρησης
- ελευθερία του συνέρχεσθαι και συνεταιρίζεσθαι
- ελευθερία των τεχνών και των επιστημών
- δικαίωμα εκπαίδευσης
- επαγγελματική ελευθερία και δικαίωμα στην εργασία
- ελευθερία ίδρυσης επιχείρησης
- δικαίωμα ιδιοκτησίας
- δικαίωμα ασύλου
- προστασία σε περίπτωση απομάκρυνσης, επαναπροώθησης και απέλασης.

Κεφάλαιο III αναφέρεται στην Ισότητα

- ισότητα έναντι του νόμου
- μη διάκριση, πολιτισμική, θρησκευτική και γλωσσική πολυμορφία
- ισότητα ανδρών και γυναικών
- δικαιώματα του παιδιού
- δικαιώματα των ηλικιωμένων
- ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες

Κεφάλαιο IV αναφέρεται στην Αλληλεγγύη

- δικαίωμα στην πληροφόρηση και στη διαβούλευση με τους εργαζομένους στο πλαίσιο της επιχείρησης
- δικαίωμα διαπραγματεύσεων και συλλογικών ενεργειών
- δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες ευρέσεως εργασίας
- , προστασία έναντι αδικαιολόγητης απόλυσης
- δίκαιοι και ισότιμοι όροι εργασίας
- απαγόρευση της εργασίας των παιδιών και προστασία των εργαζόμενων νέων
- οικογενειακή και επαγγελματική ζωή
- κοινωνική ασφάλεια και κοινωνική αρωγή προστασία της υγείας
- πρόσβαση σε υπηρεσίες γενικού οικονομικού ενδιαφέροντος
- προστασία του περιβάλλοντος
- προστασία των καταναλωτών

Κεφάλαιο V αναφέρεται στην Ιθαγένεια

- δικαίωμα του εκλέγειν και του εκλέγεσθαι κατά τις εκλογές του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου
- δικαίωμα του εκλέγειν και του εκλέγεσθαι κατά τις δημοτικές εκλογές
- δικαίωμα χρηστής διαχείρισης
- δικαίωμα πρόσβασης στα έγγραφα
- διαμεσολαβητής
- δικαίωμα αναφοράς
- ελεύθερη κυκλοφορία και διαμονή
- διπλωματική και προξενική προστασία

Κεφάλαιο VI αναφέρεται στη Δικαιοσύνη

- δικαίωμα πραγματικής προσφυγής και αμερόληπτου δικαστηρίου,
- τεκμήριο αθωότητας και δικαιώματα υπεράσπισης,
- αρχές νομιμότητας και αναλογικότητας αξιόποινων πράξεων και ποινών,
- δικαίωμα του προσώπου να μην δικάζεται ή να μην τιμωρείται ποινικά δύο φορές για την ίδια αξιόποινη πράξη

Κεφάλαιο VII αναφέρεται σε Γενικές διατάξεις.

Σημειώνεται ότι ενώ τα προαναφερθέντα δικαιώματα αναγνωρίζονται για κάθε φυσικό πρόσωπο, ωστόσο, υπάρχουν κάποιες κατηγορίες ατόμων με ιδιαίτερες ανάγκες (των παιδιών, των ηλικιωμένων, των αναπήρων). Εξάλλου, βάση του πέμπτου κεφαλαίου γίνεται αναφορά στην Ιθαγένεια του Ευρωπαίου πολίτη και γίνεται πρόβλεψη στην ειδική κατάστασή του και αναφέρει ορισμένα δικαιώματα που ήδη προβλέπονται στις Συνθήκες *(ελεύθερη κυκλοφορία και διαμονή, δικαίωμα του εκλέγειν και του εκλέγεσθαι, δικαίωμα αναφοράς, εισάγοντας το δικαίωμα της χρηστής διοίκησης)*

Επίσης στο Χάρτη λαμβάνονται υπόψη οι εξελίξεις της κοινωνίας, πέραν των κλασικών δικαιωμάτων *(δικαίωμα στη ζωή, ελευθερία της έκφρασης, δικαίωμα πραγματικής προσφυγής)* και αναφέρει δικαιώματα που δεν περιλαμβάνονταν στη σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1950 (προστασία των δεδομένων, βιοηθική). Επιπλέον, υιοθετεί μια πιο σύγχρονη γλώσσα σύμφωνα με ορισμένες εθνικές νομοθεσίες, αναγνωρίζει άλλους τρόπους πλην του γάμου για την ίδρυση οικογένειας και δεν μιλά πλέον για γάμο μεταξύ ανδρών και γυναικών, αλλά απλώς για γάμο.

Με τις γενικές διατάξεις καθορίζονται οι δεσμοί μεταξύ του Χάρτη της Ευρωπαϊκής Σύμβασης ανθρωπίνων δικαιωμάτων (ΕΣΑΔ), και το πεδίο εφαρμογής του Χάρτη. Ο Χάρτης εφαρμόζεται στα ευρωπαϊκά όργανα τηρούμενης της αρχής της επικουρικότητας και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να επεκτείνει τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα που τους αναθέτουν οι Συνθήκες. Οι αρχές του Χάρτη εφαρμόζονται στα κράτη μέλη (στις κεντρικές και στις περιφερειακές και τοπικές αρχές) όταν εφαρμόζουν την κοινοτική νομοθεσία.

Εξάλλου, η υποχρέωση των κρατών μελών να τηρούν τα θεμελιώδη δικαιώματα στο πλαίσιο της κοινοτικής νομοθεσίας είχε ήδη επιβεβαιωθεί από τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου.

Ο πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής κ. Romano Prodi και ο επίτροπος για τη δικαιοσύνη και τις εσωτερικές υποθέσεις, κ. Antonio Vitorino, στο υπόμνημα της Επιτροπής, της 21ης Μαρτίου 2001, διακήρυξαν ότι ο Χάρτης πρέπει να αποτελεί σημείο αναφοράς για τις μελλοντικές δράσεις της Επιτροπής. Κάθε νέος νόμος ή νομοθετική πράξη που σχετίζεται με τα θεμελιώδη δικαιώματα θα περιλαμβάνει την ακόλουθη επίσημη διακήρυξη: "Η παρούσα πράξη τηρεί τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις αρχές που αναγνωρίζονται κυρίως από τον Χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης" .

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, στις 12/2001, συνήλθε στο Λάκεν του Βελγίου και αποφάσισε να συγκαλέσει συνέλευση για το μέλλον της Ευρώπης, υπό την προοπτική της προσεχούς διακυβερνητικής διάσκεψης. Η δήλωση του Λάκεν καθόριζε ότι ένα από τα κύρια καθήκοντα της συνέλευσης ήταν να αποφανθεί σχετικά με την ενδεχόμενη ενσωμάτωση του Χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων στο ευρωπαϊκό δίκαιο. Επίσης αναφέρθηκε εάν η Ένωση έπρεπε ή όχι να προσχωρήσει στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η Συνέλευση συνήλθε για πρώτη φορά στις 28/2/2002, υπό την προεδρία του κ. Valéry Giscard d'Estaing. Στις 18 Ιουλίου 2003, υποβλήθηκε από την Ευρωπαϊκή Συνέλευση σχέδιο συνθήκης με το οποίο θα στηρίζεται ένα σύνταγμα της Ευρώπης. Με την συμπερίληψη του Χάρτη στη βασική συνθήκη το καθιστά νομικά δεσμευτικό. Στις 4 Οκτωβρίου 2003,

η διακυβερνητική διάσκεψη (ΔΔ) όπου συνήλθαν οι αρχηγοί κρατών και κυβερνήσεων των κρατών μελών και των προσχωρούσων κρατών, ενέκρινε το κείμενο του συντάγματος αλλά δεν κατέληξε σε συμφωνία.

Σημειώνεται ότι ο Χάρτης, είναι αντικείμενο συστηματικής επίκλησης στις αποφάσεις των γενικών εισαγγελέων, και έχει επηρεάσει επανειλημμένα τις αποφάσεις του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΔΕΚ). Τα συμπεράσματα των γενικών εισαγγελέων δεν δεσμεύουν το Δ. Ε. Κ. αλλά προτείνουν νομικές λύσεις που μπορούν να

το επηρεάσουν. Τα συμπεράσματα αυτά αναφέρονται μερικές φορές στον Χάρτη περιθωριακά, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις οι γενικοί εισαγγελείς τα χρησιμοποιούν για να ερμηνεύσουν τα θεμελιώδη δικαιώματα, υπενθυμίζοντας παρά ταύτα ότι δεν έχουν δεσμευτική ισχύ. Η απουσία νομικού καθεστώτος του Χάρτη δεν σημαίνει ωστόσο ότι αυτός δεν παράγει αποτελέσματα. Οι τρεις γενικοί εισαγγελείς κ. Tizzano, Liger και Mischo προκήρυξαν ότι "ο Χάρτης έχει αναμφισβήτητα θέσει τα δικαιώματα που προβλέπει στο ανώτατο επίπεδο των κοινών αξιών των κρατών μελών".

Βάση της εκθέσεως του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για την κατάσταση των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (2000), εισήγαγε σε δίκτυο εμπειρογνώμονες που είναι αυθεντίες σε θέματα θεμελιωδών δικαιωμάτων, ώστε αυτοί να είναι σε θέση να αξιολογήσουν την εφαρμογή κάθε ενός από τα δικαιώματα που προβλέπει ο Χάρτης. Το αγγλικό και το γαλλικό δίκτυο που συστάθηκε στις 22 Σεπτεμβρίου 2002 και στις 31 Μαρτίου 2003 υπέβαλε την πρώτη "Έκθεση για την κατάσταση των θεμελιωδών δικαιωμάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη της" το 2002. Η έκθεση αυτή αποτελεί σύνθεση των εθνικών εκθέσεων που καταρτίζει κάθε ένας από τους εμπειρογνώμονες και περιλάμβανε συστάσεις προς τα θεσμικά όργανα και τα κράτη μέλη.

3.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

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

α. Το δικαίωμα στην πληροφόρησή του.

Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα της πλήρους ενημέρωσής του όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του. Η ενημέρωση μπορεί να γίνεται είτε στον ίδιο, είτε στο νόμιμο εκπρόσωπό του. Πληροφορίες μπορούν να αποκρυφθούν από ασθενείς κατ' εξαίρεση, όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστεύεται ότι, χωρίς να υπάρχει καμία προσδοκία για προφανή οφέλη, οι εν λόγω πληροφορίες θα προξενήσουν σε αυτούς σοβαρή βλάβη. Επίσης, οι ασθενείς, όταν απευθύνονται σε Υπηρεσίες Υγείας, θα πρέπει να πληροφορούνται την ταυτότητα και την επαγγελματική ιδιότητα των ατόμων που τους παρέχουν Υπηρεσίες Υγείας. (Ν. 2716/1999, ΦΕΚ Τεύχος Α' 96/17-5-1999)

β. Το δικαίωμα της συναίνεσης.

Η ύπαρξη της συναίνεσης του ασθενούς είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε ιατρική πράξη. Σε περίπτωση άρνησης ή διακοπής της ιατρικής παρέμβασης, θα πρέπει να εξηγούνται στον ίδιο οι συνέπειες αυτής. Όταν ένας ασθενής δεν είναι ικανός να εκφράσει την επιθυμία του, ενώ η ιατρική παρέμβαση κρίνεται επείγουσα, τότε η συναίνεση του ασθενούς υποτίθεται ότι υπάρχει, εκτός εάν προηγουμένως είχε ο ίδιος δηλώσει την άρνησή του για παρόμοια περίπτωση. Επίσης, όταν η συναίνεση του νόμιμου αντιπροσώπου του ασθενούς καθυστερεί να δοθεί, ενώ η ιατρική παρέμβαση κρίνεται άκρως επείγουσα, τότε αυτή μπορεί να γίνει.

Πάντως, κατά τη διαδικασία λήψης της απόφασης για τη συναίνεση του αντιπροσώπου, ο ασθενής (είτε είναι ενήλικος είτε είναι ανήλικος) θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία αυτή στη μεγαλύτερη έκταση που επιτρέπει η δυνατότητά του. Όταν ο νόμιμος αντιπρόσωπός του αρνείται να συναινέσει και η ιατρική παρέμβαση πρέπει να γίνει αμέσως, τότε η απόφαση πρέπει να παραπέμπεται σε δικαστήριο ή σε κάποια μορφή διαιτησίας.(Ευρωπαϊκή Συμβουλευτική Επιτροπή για τα δικαιώματα των ασθενών)

γ. Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας και προστασίας της ιδιωτικής ζωής.

Κάθε πληροφορία που αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς αλλά και κάθε άλλη πληροφορία προσωπικής φύσης πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμη και μετά το θάνατό του. Εμπιστευτική πληροφορία μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο αν ο ασθενής δώσει ρητά τη συναίνεσή του ή αν ο Νόμος σαφώς παρέχει το δικαίωμα αυτό.

Όλα τα στοιχεία αναγνώρισης του ασθενούς πρέπει να προστατεύονται, καθώς επίσης και ανθρώπινες ουσίες, από τις οποίες είναι δυνατό να προκύψουν στοιχεία αναγνώρισης. Επίσης, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά τους αρχεία και σε οποιοδήποτε άλλο αρχείο στο οποίο περιέχονται στοιχεία για τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα τους.

Δεν είναι δυνατή διείσδυση στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, εκτός εάν αυτό, σε συνδυασμό με τη συναίνεση του ίδιου, μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα αυτού.

Ιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν μόνον όταν επιδεικνύεται κατάλληλος σεβασμός στην ιδιωτική ζωή του

ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι στις ιατρικές παρεμβάσεις παρίστανται αποκλειστικά εκείνα τα άτομα τα οποία είναι αρμόδια για την αποκατάσταση της υγείας του, εκτός αν ο ασθενής συναινεί ή απαιτεί κάτι άλλο.

δ. Το δικαίωμα στη φροντίδα και θεραπεία.

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

Το 1997 τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης κατήρτισαν και υπέγραψαν τη σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές

της Βιολογίας και της Ιατρικής. Στη συνέχεια, η σύμβαση αυτή κυρώθηκε από τη Βουλή των Ελλήνων με το Ν. 2619/1998. Σύμφωνα με τις διατάξεις της σύμβασης αυτής, τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρωπίνου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρωπίνου όντος, Χωρίς διάκριση σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Επίσης, τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρωπίνου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνο του κοινωνικού συμφέροντος ή της Επιστήμης. (Αλεξιάδης, 2000, 106-7)

4 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κάθε ασθενής νοσηλευόμενος σε Δημόσιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα έχει ορισμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις, σύμφωνα με ης διατάξεις του άρθρου 47 του Ν. 2071/ 1992 και την ισχύουσα νομοθεσία και νομολογία. Αυτά είναι τα εξής:

Δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς

- Όλοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο νοσοκομείο σύμφωνα με το άρθρο 4 παράγραφος 1 & 2 σε συνδυασμό με το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του.

Το δικαίωμα της προσέγγισης στις υγειονομικές υπηρεσίες ουσιαστικά εξαρτάται από γεωγραφική τοποθέτηση του παροχέα των υγειονομικών υπηρεσιών. Δηλαδή ο παροχέας των υγειονομικών υπηρεσιών οφείλει να βρίσκεται σε λογική

απόσταση από τον πολίτη που βρίσκεται σε υγειονομική ανάγκη, παρά το γεγονός ότι η έννοια της εγγύτητας είναι σχετική και υποκειμενική επιπλέον το δικαίωμα της προσέγγισης στις υγειονομικές υπηρεσίες εξαρτάται και από το κατά πόσο ο συγκεκριμένος παροχές διαθέτει μια απαραίτητη ειδικότητα για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης υγειονομικής ανάγκης, δηλαδή εξαρτάται από τη λειτουργικότητα του παροχέα. Οι δύο αυτές παράμετροι της υγειονομικής περίθαλψης δρουν συμπληρωματικά , ειδάλλως το δικαίωμα πρακτικά καταργείται (Καραγιάννη et al, 2004, 28)

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου του και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του.

Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας συνάδει με τις Συνταγματικές επιταγές και πρόκειται για μια προσπάθεια εστιασμού. Βέβαια η γενική θεώρηση της έννοιας δεν επιτρέπει την εφαρμογή του δικαιώματος *in extractis*. Ενώ η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς ως πολίτη και η εφαρμογή του σε όλο το εύρος βελτιώνει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από την κλινική πράξη έως την ξενοδοχειακή υποστήριξη. (Καραγιάννη et al, 2004, 29)

- Ο ασθενής, ανάλογα με τις προϋποθέσεις που θέτει ο ασφαλιστικός οργανισμός, δικαιούται και την αντίστοιχη κατηγορία κλίνης στο Νοσοκομείο, με την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν. Σε περίπτωση που ο ίδιος έχει μερική ή ολική διανοητική ανικανότητα, τότε το δικαίωμα αυτό το ασκεί το άτομο το οποίο έχει κατά νόμο την επιμέλειά του.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει να ενημερωθεί σε ό,τι αφορά στην κατάσταση της υγείας του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων της κατάστασής του και να παίρνει αποφάσεις ο ίδιος ή

να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν το μετέπειτα βίο του.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη σύγκληση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να εξεταστεί η περαιτέρω κατάσταση της υγείας του και κυρίως επί σοβαρών περιπτώσεων ασθενειών.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεών του.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση σ' αυτόν συμβολαιογράφου ή άλλου δημόσιου λειτουργού προς τακτοποίηση οποιασδήποτε υπόθεσής του.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα επισκεπτηρίου, στις καθορισμένες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ώρες, συγγενών ή φίλων του. Κατ' εξαίρεση και ιδίως σε περιπτώσεις βαρέων

περιστατικών, τα οποία χρήζουν συνεχούς παρουσίας ενός ατόμου, επιτρέπεται με γραπτή άδεια του Διευθυντή γιατρού της Κλινικής ή του νόμιμου αναπληρωτή του και με έγκριση του Διοικητικού Διευθυντή του νοσοκομείου η είσοδος και η συνεχής παραμονή των ανωτέρω ατόμων στο πλευρό του ασθενούς. Επίσης, στα παιδιατρικά τμήματα επικρατεί η αρχή, σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται με γραπτή άδεια των αρμοδίων ανωτέρω οργάνων του νοσοκομείου η συνεχής παραμονή της μητέρας πλησίον του ασθενούς παιδιού της, προκειμένου αυτό να μη στερηθεί τη μητέρα του και διακοπεί η επαφή μεταξύ τους, αλλά και για να το περιποιούνται συνεχώς - τόσο η ίδια όσο και το προσωπικό της Κλινικής. Εκτός όμως αυτών υπάρχουν και περιπτώσεις κατά τις οποίες, εάν ο γιατρός κρίνει ότι ο ασθενής, λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής του, δεν επιτρέπεται να καταπονείται από τυχόν επισκέψεις συγγενών του, είναι δυνατό ν' απαγορεύσει τελείως το επισκεπτήριο, αναρτώντας μάλιστα ειδική πινακίδα προς τούτο στην είσοδο του θαλάμου του.

- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του, σε περίπτωση ανικανότητάς του, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν από την εφαρμογή σ' αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εκτέλεση των πράξεων αυτών γίνεται

στον ασθενή μετά από συγκατάθεσή του, η οποία μπορεί ν' ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται πλήρως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή ν' απορρίψει κάθε συνεργασία του, που αποβλέπει σε ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η συναίνεσή του αυτή για τη συνεργασία του μπορεί να ανακληθεί επίσης ανά πάσα στιγμή.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Γι' αυτό, κάθε στοιχείο ή έγγραφο του φακέλου του θα πρέπει να είναι απόλυτα εγγυημένο ως προς τη φύλαξή του, ισχύοντος προς τούτο του ιατρικού απορρήτου προς κάθε τρίτο. Κατ' εξαίρεση, πληροφορίες ιατρικού χαρακτήρα μπορούν να δοθούν στον ενδιαφερόμενο μόνο από τον αρμόδιο γιατρό (Ν. 1599/1986 άρθρο 16 παράγραφος 5 εδάφιο 2).

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα εγγράφως ή προφορικώς να διαμαρτυρηθεί ή να καταθέσει ενστάσεις και ακολούθως να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα για οποιοδήποτε λόγο, ο οποίος ανάγεται στον ίδιο, να ζητήσει από το θερά-

ποντα γιατρό του να εξέλθει του νοσοκομείου, διακόπτοντας τη θεραπεία της νόσου του για την οποία εισήχθη προς τούτο. Στην περίπτωση αυτή, καλείται ο ίδιος από το γιατρό της Κλινικής να υπογράψει στο βιβλίο νοσηλείας ότι εξέρχεται οικειοθελώς και με δική του αποκλειστική ευθύνη. Σε περίπτωση όμως που ο ίδιος έχει διανοητική ανικανότητα, τότε καλείται από το θεράποντα γιατρό το άτομο το οποίο έχει την κατά νόμο επιμέλειά του να αποφασίσει για την τύχη του.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δωρίσει όργανο του σώματός του για θεραπευτικούς σκοπούς σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, υπογράφοντας σχετική δήλωση συγκατάθεσης.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δώσει τη σορό του μετά θάνατο για εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς, υπογράφοντας σχετική προς τούτο δήλωση. (Αλεξιάδης, 2000).

Υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής υποχρεούται να πειθαρχεί και να εφαρμόζει τον κανονισμό του Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύεται. Ειδικότερα, ορισμένες από τις βασικές διατάξεις του κανονισμού αυτού είναι οι ακόλουθες:

α. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να καπνίζει εντός του θαλάμου νοσηλείας. Αντιθέτως και εφόσον αυτό του το επιτρέπει ο θεράπων γιατρός, μπορεί να καπνίζει στους ειδικούς γι' αυτό χώρους του νοσοκομείου.

β. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να παίζει τυχερά παιχνίδια.

γ. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να θορυβεί ή να κάνει χρήση μουσικών οργάνων εντός του νοσοκομείου.

δ. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών.

ε. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να εισέρχεται στα γραφεία των γιατρών ή άλλων Υπηρεσιών του νοσοκομείου, στους βοηθητικούς χώρους, όπου δεν έχουν καμία εντολή να μεταβούν, σε άλλους θαλάμους νοσηλείας και μάλιστα σ' αυτούς όπου νοσηλεύονται λοιμώδη περιστατικά ή βαρέως πάσχοντες ή όπου αλλού τηρούνται όροι ασηψίας.

στ. Δεν επιτρέπεται ο ασθενής να συμπεριφέρεται απρεπώς στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.

2.Ο ασθενής υποχρεούται να παραμείνει εντός του νοσοκομείου καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και μόνον όταν ειδικοί λόγοι επιβάλλουν την προσωρινή έξοδό του απ' αυτό, μπορεί να ζητήσει άδεια από το Διευθυντή γιατρό της Κλινικής όπου νοσηλεύεται ή από το νόμιμο αναπληρωτή του και εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του. Σε περίπτωση όμως κατά την οποία ο ασθενής εξέλθει του νοσοκομείου χωρίς την άδεια της κλινικής, τότε θεωρείται ότι εξέρχεται με δική του ευθύνη και, στη συνέχεια, θα υποστεί τις νόμιμες κυρώσεις, δηλαδή την υποχρεωτική έξοδό του από το νοσοκομείο, με πειθαρχικό εξιτήριο, και φυσικά μόνο στην περίπτωση κατά την οποία

η κατάσταση της υγείας του δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο. Για το λόγο αυτόν, ο ασθενής, ευθύς αμέσως μετά την είσοδό του στο νοσοκομείο, υποχρεούται να παραδώσει όλον τον ιματισμό της εξόδου που φέρει μαζί του, καθώς και κάθε άλλο προσωπικό αντικείμενο, στην ειδική Υπηρεσία του Ιδρύματος, το ιματιοφυλάκιο της κλινικής.

3.Ο ασθενής υποχρεούται, ευθύς μετά την είσοδό του στο νοσοκομείο, να δηλώσει στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών, διαμέσου της Προϊσταμένης της Κλινικής όπου νοσηλεύεται, τον ασφαλιστικό του φορέα, εφόσον είναι ασφαλισμένος, ή ότι θα καταβάλει ο ίδιος όλες τις δαπάνες νοσηλείας του.

4.Ο ασθενής υποχρεούται να εφαρμόζει τις εντολές των γιατρών του και να εκτελεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή.

5.Ο ασθενής υποχρεούται να λαμβάνει την παρεχόμενη από το νοσοκομείο τροφή, απαγορευομένης της λήψης από αυτόν κάθε άλλης τροφής που προσφέρεται σ' αυτόν από τους οικείους του, προς αποφυγή αλλοίωσης του διαιτολογίου του, το οποίο καθορίζεται από το θεράποντα γιατρό.

6.Ο ασθενής οφείλει, ευθύς μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, να δώσει στον αρμόδιο γιατρό της κλινικής όπου θα νοσηλευθεί πλήρες ιστορικό της ασθένειάς του.

7.Ο ασθενής έχει υποχρέωση, σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή μερική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης, να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης προς τούτο. Σε περιπτώσεις διανοητικής ανικανότητας αυτού ή σε επείγουσες καταστάσεις, όπου ο ασθενής δεν έχει επαφή με το περιβάλλον, ζητείται η συγκατάθεση του κηδεμόνα ή του πλησιέστερου συγγενή ή του προσώπου το οποίο έχει την επιμέλειά του (Αλεξιάδης, 2000).

4.3 Σύσταση Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργεί Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη, υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του ΔΣ . Το Γραφείο λειτουργεί εκτός από τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και κατά ης ώρες του επισκεπτηρίου. Σης εφημερίες, ως Γραφείο Επικοινωνίας λειτουργεί η Γραμματεία Επειγόντων Περιστατικών.

4.4 Σύσταση Τριμελούς Επιτροπής Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη

Εξάλλου, με την ίδια διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 2519/1997 συγκροτείται κατά νοσοκομείο Ειδική Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη, με αρμοδιότητα αλλά και υποχρέωση να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα. Επίσης, ορίζεται ότι στην Επιτροπή αυτή συμμετέχει και εκπρόσωπος του Σωματίου Φίλων του νοσοκομείου, όπου έχει συσταθεί τέτοιο Σωματείο, με σκοπό την εθελοντική στήριξη του έργου του νοσοκομείου.

Τα ΔΣ των νοσοκομείων μεριμνούν για την ενημέρωση των νοσηλευομένων και γενικά των προσερχομένων στα νοσοκομεία και για τα δικαιώματά τους (Αλεξιάδης, 2000).

5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ

- ❖ Σύμφωνα με τους Λεμονίδου et al, (2003) από αρχαιοτάτων χρόνων είχε δοθεί σημασία στην ηθική στην φροντίδα υγείας. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι στον Ευαγγελισμό, για πρώτη φορά ιδρύθηκε νοσηλευτική σχολή για την εκπαίδευση των νοσηλευτών (Λεμονίδου et al, 2003, μέρος Α’).

Σύμφωνα με τους Λεμονίδου et al, (2003) οι νομικοί κανόνες στην Ελλάδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη μελέτη των ηθικών θεμάτων. Αυτό συμβαίνει γιατί τα νομικά και τα ηθικά πρότυπα αναπτύσσονται μέσα στο ίδιο ιστορικό, κοινωνικό, πολιτιστικό και φιλοσοφικό πλαίσιο. Βέβαια υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην ηθική και στο νόμο. Πολλές νοσηλευτικές ενέργειες είναι ηθικές, άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι νομικές, άλλες πιθανόν να είναι ηθικές χωρίς να είναι νομικές και αντίστροφα. Αρχικά η ηθική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας συνδέθηκε με την καλή συμπεριφορά των «καλών γυναικών» και στην καλή τους συμπεριφορά. Δηλαδή εστιαζόταν στους καλούς τους τρόπους και στην υπακοή στους ιατρούς, στην αφοσίωση στους κανόνες και τις πολιτικές του ιδρύματος και στη δέσμευσή τους προς τους ασθενείς ότι θα διασφαλίσουν της αποφυγή βλάβης (και είναι και η πρώτη ένδειξη για το ρόλο του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς και τη δέσμευση του

για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα). Με τη διαχρονική εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης καταρτίστηκε και ο Κώδικας Νοσηλευτικής Ηθικής, όπου περιλαμβάνονται κείνα με αξίες και αρχές για ηθικές ενέργειες.

Πλέον η ικανότητα στη νοσηλευτική πρακτική καθορίζεται και διατηρείται όχι μόνο από τον κώδικα δεοντολογίας, αλλά και από διάφορους νόμους, από εκπαιδευτικά προγράμματα και από την άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Σήμερα οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν όλο και πιο πολύπλοκα ηθικά διλήμματα και προκλήσεις. Γι' αυτό και η πολιτεία πρέπει να προχωρήσει στην κάλυψη των κενών νοσηλευτικών θέσεων και τη θεσμοθέτηση του Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου για να δώσει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να ασκήσουν τη Νοσηλευτική με ηθικό τρόπο. Ο έλεγχος του επαγγέλματος ασκείται από τη νοσηλευτική κοινότητα η οποία και συγκεκριμενοποιεί τα όρια άσκησης της Νοσηλευτικής βάση των εξελίξεων του χώρου (Λεμονίδου et al, 2003, μέρος Β').

- ❖ Κατά τους Σαρρή et al (6/2002), για την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας χρειάζεται μια ολιστική θεώρηση του ασθενούς ως υποκειμένου υγείας. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας και των ασθενών καθώς και μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας. Η ποιότητα της επικοινωνίας είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών και του

προσωπικού. Τόσο η επικοινωνία όσο και η διαχείριση της πληροφορίας ενεργούν θετικά στη συλλογική διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Γι'αυτό και ο φάκελος θεραπείας και φροντίδας υγείας είναι ένας αναλυτής των οδών επικοινωνίας και της ιεράρχησης των αξιών και των λειτουργιών (Σαρρή et al, 6/2002).

- ❖ Σύμφωνα με τη Ραγιά, (Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2002) η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες έχουν σημαίνουσα σημασία στο χώρο των υπηρεσιών υγείας και στο χώρο της υγείας γενικά. Η δεοντολογία και οι ανθρώπινες αξίες επηρεάζουν τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις ηθικές επιλογές για την προστασία και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όταν είναι υγιής αλλά και όταν είναι ασθενής ή ανάπηρος και εξασφαλίζουν με αυτό τον τρόπο άριστη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Με την νοσηλευτική δεοντολογία που θεσμοθετήθηκε με Προεδρικό Διάταγμα και βασίζεται στο Διεθνή Κώδικα, αλλά και στα εθνικά δεδομένα, συγκεκριμενοποιείται η συμπεριφορά και οι σχέσεις συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού για την άριστη και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Ιδιαίτερη σημασία στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας δίδεται ως προς την καλλιέργεια του νοσηλευτή, ως προς το Νοσηλευτικό Απόρρητο και ως προς την ευθύνη και

την συνεργασία που υπάρχει από το νοσηλευτικό προσωπικό (Ραγιά, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2002)

- ❖ Σύμφωνα με την Πατιστέα (Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2002) για την ποιοτικότερη παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών απαιτείται η ανάπτυξη ερωτηματολογίων και με άλλα ποσοτικά όργανα με τα οποία προσεγγίζεται το φαινόμενο της φροντίδας με τρόπο που να είναι συμβατός με τις πολιτιστικά διαμορφωμένες αντιλήψεις, στάσεις και προοπτικές γύρω από τα υγειονομικά ζητήματα που απασχολούν τη σύγχρονη ελληνική κοινωνία. Επίσης χρειάζεται αυξημένη προσοχή κατά την εκτίμηση των επιπέδων αξιοπιστίας και εγκυρότητας της ελληνικής έκδοσης των ποσοτικών μεθόδων διερεύνησης της νοσηλευτικής φροντίδα πριν αυτές χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς (Πατιστέα, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2002, 301-310)

- ❖ Σύμφωνα με τους Λεμονίδου et al (Ιανουάριος- Μάρτιος 2004), υπάρχει χαμηλή συμμετοχή των ασθενών στην αυτονομία τους και αυτό δείχνει ότι πρέπει να υπάρχει βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών / μαιευτών σε θέματα κλινική ηθικής, για να βελτιωθεί η ηθική ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με την μελέτη που έγινε οι νοσηλευτές υποεκτιμούν την ανάγκη των ασθενών για αυτονομία δηλαδή για πληροφόρηση και

για συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων. Η υποεκτίμηση αυτή οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευσή τους σε θέματα ηθικής. Επίσης η πρόσληψη προσωπικού δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ιδιαίτερα πρακτικών νοσοκόμων στα ιδρύματα χρόνιων πασχόντων, θα πρέπει να αντικατασταθεί με προσλήψεις νοσηλευτών προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδα και να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ηθική της διάσταση. Κατά την Λεμονίδου et al η κλινική νοσηλευτική πρακτική πρέπει να βασίζεται σε ηθικές αρχές και να λαμβάνει υπόψη τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος θα πρέπει να δοθούν στους νοσηλευτές περισσότερες ευκαιρίες και κίνητρα για έρευνα. Με αυτό τον τρόπο θα είναι περισσότερο ποιοτική η φροντίδα των ασθενών και θα έχει περισσότερο κύρος η νοσηλευτική φροντίδα. Τα συμπεράσματα όμως από την έρευνα επιδέχονται τροποποίηση γιατί το δείγμα δεν ήταν αρκετά μεγάλο αφενός, και αφετέρου δεν ήταν αρκετά αντιπροσωπευτικό (Λεμονίδου et al, Ιανουάριος-Μάρτιος 2004, σελ. 84-99)

- ❖ Σύμφωνα με τους Λεμονίδου et al, (Απρίλιος- Ιούνιος, 2001), το μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον (δηλαδή του λειτουργικό σύστημα εργασίας, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού) αλλά και το ιατρικό πατερναλιστικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας δε δίνουν την ευκαιρία στους νοσηλευτές να εξετάσουν περισσότερο τις ηθικές αρχές της

φροντίδας και να εφαρμόσουν μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση με βάση τις μοναδικές ανάγκες των ασθενών. Γι'αυτό και συνιστάται η καλύτερη εκπαίδευση των νοσηλευτών για τα ηθικά θέματα και την εφαρμογή τους στην κλινική πρακτική (Λεμονίδου et al, Απρίλιος- Ιούνιος, 2001, σελ. 92-101).

- ❖ Κατά τους Δάλλα- Βοργιά et al (8/1985), η συγκατάθεση, ως νομική και πραγματική κατάσταση από τη μεριά της ιατρικής ρυθμίζει και ελέγχει αφ'ενός την συνειδητή ανάληψη του κινδύνου και αφ'ετέρου την παραβίαση του απόρρητου και με αυτό τον τρόπο εκφράζεται το δικαίωμα του ατόμου να έχει διασφαλισμένη ιδιωτική ζωή. Για να είναι η συγκατάθεση ισχυρή, πρέπει να είναι συνειδητή, και για να είναι συνειδητή θα πρέπει να δίνεται ενήμερη που να καλύπτει τους ουσιώδεις και πραγματικούς κινδύνους. Να είναι σαφής και να προηγείται της πράξης για την οποία δίδεται. Να δίδεται από πρόσωπο που έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται σε τι συναινεί και το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να έχει αυτή του η συναίνεση. Και τέλος θα πρέπει αν ανταποκρίνεται στην αληθινή βούληση του ατόμου που τη δίδει, δηλαδή θα πρέπει να μην είναι προϊόν πλάνη βίας ή απειλής. Με την συνειδητή συγκατάθεση εξασφαλίζεται το δικαίωμα της αυτονομίας του ατόμου που είναι και η βασική προϋπόθεση για την ιατρική έρευνα και πράξη.

Σημειώνεται ότι για να μπορέσει να συναινέσει ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει την αλήθεια για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και να έχει ενημερωθεί για όλες τις πτυχές αντιμετώπισής του. Βέβαια η ενημέρωση που θα έχει εξαρτάται από το κάθε ασθενή ξεχωριστά και θα πρέπει να διέπεται από σεβασμό και αγάπη ανθρώπου προς άνθρωπο. Όταν όμως υφίστανται επείγουσες περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συναινέσει ο γιατρός ενεργεί αυτοβούλως, επικαλούμενος θεραπευτικό προνόμιο (therapeutic privilege). Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί θεραπευτικό προνόμιο όταν κατά τη γνώμη του τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια του ασθενούς ενεργούν εναντίον του συμφέροντος του ασθενούς.

Τέλος ο ιατρός μπορεί να ενεργήσει ενάντια στην γνώμη του προσώπου όταν κρίνει ότι κινδυνεύει η ζωή του. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός μπορεί να επέμβει αυτογνωμόνως και συγκεκριμένα εάν ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο από απόπειρα αυτοκτονίας, από απεργίας πείνας, από κίνδυνο μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων (Δαλλα- Βοργιά et al, 8/1985, σελ.383-6).

❖ Ανάλογη άποψη για την σημασία και την αξία της συναινέσεως στην ιατρική πράξη έχει και ο Καράμπελας, (1988, 524-8). Ο ιατρός δεν έχει δικαίωμα, χωρίς τη συναίνεση και πολύ περισσότερο μετά την άρνηση του ασθενούς να τον θεραπεύσει. είναι απαραίτητο ο ασθενής να το ζητήσει ρητά ή σιωπηρά και ακόμη να συγκατίθεται για τις ενέργειες του ιατρού του και ιδίως για εκείνες τις ενέργειες με τις οποίες θα διασωθεί η ζωή του. Συγκεκριμένα, ο ιατρός ευθύνεται για την περίθαλψη του ασθενούς, η περίθαλψη του ασθενούς μπορεί να γίνει είτε με σύμβαση έργου είτε η με σύμβαση εργασίας ή και χωρίς σύμβαση, παρά τις διατάξεις περί διοικήσεως αλλοτρίων.

Ειδικότερα, ο γιατρός μπορεί να ανέλαβε την περίθαλψη με:

(α) Σύμβαση που έγινε (και άτυπα) μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς ή των αντιπροσώπων του όταν ο ίδιος αδυνατεί. Η σύμβαση αυτή θα έχει τη μορφή της σύμβασης έργου, όταν ο γιατρός αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενεργήσει κάποια ιατρική πράξη και ευθύνεται αν δεν την ενεργήσει με τη «δέουσα προσοχή και επιμέλεια» (*lege artis*), όχι, όμως, για το αποτέλεσμα, δηλαδή, ο γιατρός έχει υποχρέωση επιμελείας και όχι υποχρέωση αποτελέσματος.

(β) Σύμβαση που έγινε μεταξύ του κάθε μορφής

νοσηλευτηρίου, στο οποίο ο γιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες του και του ασθενούς που συμβάλλεται μ' αυτό (μίσθωση εργασίας γιατροί).

(γ) Να ανέλαβε, χωρίς να του ζητηθεί από τον ασθενή, την περίθαλψή του, κατά τις διατάξεις περί διοικήσεως αλλοτρίων του Αστικού Κώδικα⁷, όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις που ορίζονται σ' αυτές τις διατάξεις, λόγου χάρη ο γιατρός διαπιστώνει ότι ο διπλανός του, τον οποίο κανείς δεν συνοδεύει, ξαφνικά έπεσε σε κώμα. Κατά το άρθρο 307 του Π.Κ., πρέπει να του παράσχει όποια περίθαλψη μπορεί. Έτσι, όμως, το πρόσωπο αυτό γίνεται ασθενής του'.

Η συναίνεση του παθόντος, για την διενέργεια μιας πράξης στο σώμα του, έχει διαφορετικές έννομες συνέπειες, ανάλογα με τη συγκεκριμένη περίπτωση.

Ειδικότερα η συναίνεση:

(α) Άλλοτε αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης, δηλαδή, η συμπεριφορά του δράστη, λόγω της συναίνεσης του παθόντος, δεν είναι άδικη. Τέτοια περίπτωση είναι η πρόκληση ασήμαντης ή εντελώς ελαφράς ή και απλής σωματικής κάκωσης ή βλάβης της υγείας κάποιου, ύστερα από τη συναίνεσή του, με την προϋπόθεση, όμως, ότι η πράξη αυτή δεν θα είναι αντίθετη με τα χρηστά ήθη.

(β) Άλλοτε αποτελεί λόγο ηπιότερης ποινικής μεταχείρισης του δράστη, όπως στη λεγόμενη «ανθρωποκτονία με συναίνεση» (ευθανασία). Στην περίπτωση αυτή, λόγω της συναίνεσης του παθόντος, εφόσον συνυπάρχουν και οι άλλες προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος 16, η θανάτωση ανθρώπου με πρόθεση, τιμωρείται πάρα πολύ ηπιότερα, απ' ό,τι αν δεν υπήρχε η συναίνεση. Το ίδιο συμβαίνει και στην τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης με τη συναίνεση της εγκύου.

(γ) Σε άλλες περιπτώσεις, που δεν ενδιαφέρουν στην περίπτωση που μας απασχολεί, η ύπαρξη συναίνεσης αποτελεί στοιχείο για τη θεμελίωση ορισμένου εγκλήματος, όπως στην αποπλάνηση γιατί, χωρίς τη συγκατάθεση του θύματος η πράξη του δράστη θα είναι βιασμός, δηλαδή έγκλημα πολύ βαρύτερα τιμωρούμενο.

- Η συναίνεση του ασθενούς, για να είναι έγκυρη, πρέπει να είναι σοβαρή, από ικανό για να συναινέσει πρόσωπο και αποτέλεσμα ελεύθερης βούλησης και όχι προϊόν πλάνης, απάτης ή βίας.
- Η συναίνεση μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή, αρκεί να μπορεί να αποδειχθεί αν προκύψει ανάγκη, πάντως η συναίνεση για πράξη που αντίκειται στα χρηστά ήθη δεν έχει έννομα αποτελέσματα παρά δείγματος χάρη η συναίνεση για ενέργεια ιατρικής πράξης που αποβλέπει στο να απαλλαγεί από τη στράτευση ή για να εισπράξει ασφάλιστρα.
- Η συναίνεση πρέπει να δοθεί πριν γίνει η πράξη.

- Η συναίνεση μπορεί πάντοτε ελεύθερα να ανακληθεί οποτεδήποτε, με δήλωση, προφορική ή γραπτή, του ασθενούς. Για κάθε ιατρική πράξη, είτε αποβλέπει στη διάγνωση είτε στη θεραπεία είτε απλώς στη συντήρηση της ζωής του ασθενούς είτε, τέλος, αποβλέπει στην προληπτική ιατρική, πρέπει να ενεργείται: **α.** Σύμφωνα με τους κοινώς παραδεκτούς κανόνες της επιστήμης. Αν είναι δυνατές περισσότερες από μια πράξεις, πρέπει να επιλεγεί αυτή που θα είναι η περισσότερο κατάλληλη (ενδεδειγμένη) στη συγκεκριμένη περίπτωση και από άποψη αποτελέσματος και κινδύνων αλλά και συνεπειών, και **β.** αφού δοθεί προηγουμένως η συναίνεση του ασθενούς. Για να είναι έγκυρη η συναίνεση του ασθενούς, πρέπει ο ασθενής να μπορεί στον κρίσιμο χρόνο να έχει ικανότητα να αντιλαμβάνεται, να κρίνει και να αποφασίζει ελεύθερα, δηλαδή να έχει ελεύθερη βούληση. Αν αρνείται ο ασθενής δεν πρέπει να γίνει η ιατρική πράξη παρά τα όποια δυσμενή αποτελέσματα που μπορεί να έχει η άρνησή του αυτή. Σημειώνεται ότι για να είναι, όμως, σε θέση να συναινέσει ή να αρνηθεί ο ασθενής, πρέπει απαραίτητα προηγουμένως να ενημερωθεί σχετικά, με σαφήνεια και ακρίβεια, πλήρως:

- για τη διάγνωση
- για την πρόγνωση
- για τη θεραπεία που κρίνεται απαραίτητη για την αποκατάσταση της υγείας του
- τη διάσωση της ζωής του ή για την αποφυγή αναπηρίας, μόνιμης ή πρόσκαιρης, πολύ ή όχι σοβαρής.

Ειδικότερα, πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για όλα τα ενδεχόμενα και τις συνέπειες που θα έχει η διενέργεια της ιατρικής πράξης, που του προτείνεται να γίνει είτε για διαγνωστικούς είτε για θεραπευτικούς λόγους κ.λπ., αλλά και η μη ενέργειά της.

Πρέπει, δηλαδή, να πληροφορηθεί ο ασθενής, κατά τρόπο που να αντιλαμβάνεται:

- ✓ από τι πάσχει
- ✓ για το είδος της επεμβάσεως ή άλλης ενέργειας που πρέπει να γίνει
- ✓ για τους κινδύνους που μπορεί να προκληθούν αν δεν γίνει η πράξη αυτή (επέμβαση κ.λ.π.).

Ακόμη πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για τα βέβαια ή πιθανά αποτελέσματα της ιατρικής πράξεως που του προτείνεται π.χ. μόνιμες αναπηρίες (όπως σωματική αναπηρία) και για τις πιθανές επιπλοκές. Ο γιατρός, πρέπει να θέσει υπόψη του ασθενούς όλα τα παραπάνω στοιχεία για να μπορέσει να αποφασίσει με γνώση των όποιων συνεπειών. Φυσικά αναφερόμαστε στον μέσο συνετό ασθενή. Αν ο ασθενής θέλει να μάθει και λεπτομέρειες τις

οποίες μάλιστα αντιλαμβάνεται, πρέπει να τις πληροφορείται.

Όταν ο γιατρός κρίνει ότι η ενημέρωση του ασθενούς του είναι ενδεχόμενο να έχει δυσμενή αποτελέσματα, πραγματικά θα βρεθεί σε πολύ δύσκολη θέση και αυτό συμβαίνει όχι σπάνια. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός βρίσκεται σε κατάσταση σύγκρουσης καθηκόντων. Αυτό γιατί ο γιατρός έχει καθήκον να σώσει τη ζωή του ασθενούς του, όπως ο ίδιος ο ασθενής του το ζήτησε αυτό. Αλλά έχει και καθήκον να τον ενημερώσει, για να δώσει τη συγκατάθεσή του ο ασθενής για την ενέργεια της αναγκαίας ιατρικής πράξεως, η οποία, όμως, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη διάσωση της ζωής του αλλά και μια αναπηρία βαριάς μορφής. Αν γνώριζε ο ασθενής ότι η αναπηρία αυτή ήταν το βέβαιο ή απλώς ενδεχόμενο αποτέλεσμα των προτεινόμενων ιατρικών πράξεων, δεν θα δεχόταν ή ίσως να μην δεχόταν να διενεργηθεί η πράξη αυτή αλλά θα προτιμούσε το θάνατο ή άλλη ιατρική πράξη που θα ήταν λιγότερο όμως αποτελεσματική. Κάτι τέτοιο είναι πολύ ενδεχόμενο να υποστηρίζει ο ασθενής (ή οι οικείοι του) όταν θα ζητήσει ευθύνες από το γιατρό γιατί δεν τον ενημέρωσε γι' αυτό το ενδεχόμενο.

Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός πρέπει να προστατεύσει το ανώτερης αξίας αγαθό από τα δυο παραπάνω αγαθά του ασθενούς του. Ζήτημα βέβαια γεννάται ως προς το ποιο είναι ανώτερο αγαθό: Η ζωή ή η ελευθέρια του ασθενούς να αποφασίζει για τον εαυτό του; Η πολιτεία, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, προστατεύει και το αγαθό της ζωής

και το αγαθό της αυτοδιαθέσεως της ζωής. Η συναίνεση του ασθενούς έχει σχέση με το δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως της ζωής, δηλαδή, σεβασμού της προσωπικής ελευθερίας.

Αν, όμως, ο γιατρός προτιμήσει το κατώτερης αξίας αγαθό, λόγω της ψυχικής πίεσης που του άσκησε το περιστατικό αυτό, η πράξη αυτή δεν μπορεί να του καταλογιστεί, σύμφωνα με τη διάταξη περί κατάστασης ανάγκης του ποινικού κώδικα που αίρει τον καταλογισμό, που εφαρμόζεται στην περίπτωση αυτή κατ' αναλογία.

Αν ο γιατρός προτιμήσει και σεβαστεί το ανώτερης αξίας αγαθό και, επομένως, παραβιάσει το άλλο (το κατώτερης αξίας αγαθό), για τη συμπεριφορά του αυτή δεν θα ελεγχθεί ποινικώς γιατί δεν είναι άδικη η συμπεριφορά του αυτή σύμφωνα με τη διάταξη περί κατάστασης ανάγκης του π.κ. (Καράμπελας, 1988, 524-528)

Κατά το Δαμιανίδη (1993, 189-195), υπάρχει ασυμμετρία ανάμεσα στην επικοινωνία του ιατρού και του ασθενούς. Συγκεκριμένα σε πολλούς ασθενείς αποκρύπτονται πληροφορίες κατά την κλινική τους εξέταση. Αυτό συμβαίνει γιατί πολλοί ασθενείς δε δίνουν πληροφορίες κατά τη λήψη του ιστορικού του πριν αλλά και μετά από

την κλινική εξέταση στα ιατρεία πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Σημειώνεται ότι παρά τη χρήση απλών λέξεων και προτάσεων που είναι κατανοητά και από άτομα χαμηλή μόρφωσης, δε μπορεί να υπάρξει καλή συνεργασία τους ασθενούς με τον εξετάζοντα ιατρό. Αλλά η ποιότητα της σχέσης ιατρού- ασθενή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την έκταση της επικοινωνίας, την ενημέρωση του ιατρού για τα προβλήματα του ασθενούς και την ικανοποίηση του ασθενούς από την προσφερόμενη ιατρική φροντίδα.

Σε μελέτη που αναφέρει ο Δαμιανίδης κάποιο ποσοστό των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εξέφρασαν την ικανοποίησή τους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ήταν δυσαρεστημένοι ως προς το βαθμό επικοινωνίας τους με το ιατρό και αυτό οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωσή τους για τα προβλήματα υγείας τους αλλά και το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην επικοινωνία με το ασθενή ο ιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τις προσδοκίες και τα αισθήματα και τους φόβους του δηλαδή να συνεκτιμάται και η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Η σωστή επικοινωνία ιατρού της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και του ασθενούς προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή και των δύο.

Με αυτό τον τρόπο το δικαίωμα κάθε ανθρώπου που ορίζεται ως το «the right to be born normal» κατοχυρώνεται (Δαμιανίδη, 1993, 189-195).

Κατά τους Λεμονίδου et al, 1999, με τη χρήση δείγματος μελέτης που αποτελείται από ασθενείς και νοσηλευτές από χειρουργικά, μαιευτικά και τμήματα ηλικιωμένων. Με τη συλλογή στοιχείων με ερωτηματολόγια και με την συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων αναπτύχθηκαν οι έννοιες της αυτονομίας, της ατομικότητας και της πληροφορημένης συναίνεσης στην νοσηλευτική. Με αυτό τον τρόπο αναπτύσσεται κοινή βάση γνώσεως σχετικά με την έννοια αυτονομία ατομικότητα και πληροφορημένη συναίνεση και αναγνωρίζονται και περιγράφονται οι διαφορές και τα προβλήματα αυτών των εννοιών στις Ευρωπαϊκές χώρες, όπως είναι η Φιλανδία, η Αγγλία, η Γερμανία, η Ισπανία και η Ελλάδα.

Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο αναπτύσσονται προγράμματα διδασκαλίας των αποτελεσμάτων της έρευνας, για τους νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας. Και αναπτύσσονται οι μέθοδοι διδασκαλίας ηθικής και δεοντολογίας στη νοσηλευτική εκπαίδευση σε όλη την Ευρώπη.

Επιπλέον, καθώς οι ασθενείς στα νοσοκομεία είναι αυτόνομα άτομα, των οποίων η ατομικότητα θα πρέπει να προστατεύεται και τα οποία θα πρέπει να συγκαίθενται για να γίνουν οι διάφορες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Εάν αυξηθεί η αυτονομία των ασθενών, θα πρέπει και να αυξηθούν και οι δυνατότητές τους για αυτοφροντίδα και να βελτιωθεί η ποιότητα της παροχής φροντίδας. Για να γίνουν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει οι νοσηλευτές να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και να έχουν τις

κατάλληλες γνώσεις.

Επιπλέον θα πρέπει να συνεργάζονται στενά με τους θεράποντες ιατρούς. (Λεμονίδου et al, 1999,209-215).

Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς εξετάζεται από τον Αλεξιάδη, 1999. Άλλωστε ένα από τα βασικά προβλήματα λειτουργίας των Νοσοκομείων ήταν η έλλειψη ενός καταστατικού χάρτη των δικαιωμάτων του πολίτη και η προστασία των. Τα θεμελιώδη δικαιώματα του ασθενούς προασπίζονται και από τον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος και σήμερα αποτελεί τη βάση του Κώδικα Ιατρική Δεοντολογίας.

Η θεσμοθέτηση των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς έγκειται στην αδυναμία των Υπηρεσιών Υγείας να αντιμετωπίσουν τους προβληματισμούς πάνω σε καίρια προβλήματα, λόγω έλλειψης ενός ειδικού νομικού πλαισίου δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ασθενών, με αποτέλεσμα τις διαρκείς συγκρούσεις και τριβές στο χώρο της Υγείας. Από την έλλειψη θεσμοθετημένου πλαισίου δημιούργησε ένα κλίμα ανασφάλειας για τους ασθενείς των Νοσοκομείων και των λοιπών μονάδων Υγείας, και για τα Νοσοκομεία αυτό δημιούργησε διαρκή αναταραχή. Το κλίμα ανασφάλειας έγκειται στο γεγονός ότι κανείς αρμόδιος υπηρεσιακός παράγοντας των ιδρυμάτων αυτών δε γνωρίζει μέχρι που θα φθάσουν οι απαιτήσεις των νοσηλευόμενων ασθενών και ποια θα είναι τα δικαιώματα τους επί των ζητημάτων της Υγείας. Από τη μεριά τους οι

ασθενείς θέτουν παράλογες αξιώσεις απαιτώντας και άμεση ικανοποίησή τους, μη γνωρίζοντας τα δικαιώματά τους και αυτό προκαλεί σοβαρή δυσλειτουργία. (Αλεξιάδης, 1999, σελ. 101-8)

Το νομοθετικό αυτό κενό στο χώρο της Υγείας ήρθε να καλύψει κατά ένα μέρος ο συνταγματικός νομοθέτης. Στο άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος ορίζεται ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας ... ». Από τη διάταξη αυτή απορρέει η υποχρέωση του Κράτους να λαμβάνει όλα τα προσήκοντα μέτρα για την προστασία του θεμελιώδους αυτού κοινωνικού δικαιώματος του πολίτη στην Υγεία. Παράλληλα, το 1983, ο Ν. 1397 στο άρθρο 1 ενισχύει το δικαίωμά του αυτό, χωρίς καμία διάκριση για όλους τους πολίτες, ορίζοντας ότι όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν το ίδιο δικαίωμα στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση και τον τόπο της κατοικίας τους. (Αλεξιάδη, 2000, σελ. 101-8)

Διέξοδο στο πρόβλημα έδωσε ο Ν. 2071/1992, όπου στο άρθρο 47 καθιερώνει για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, δίνοντας έτσι λύση σε ένα χρονίζον πρόβλημα. Παράλληλα, με τη διάταξη του άρθρου 1 του ίδιου Νόμου, αντικαθίσταται η διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 1397/1983 και έτσι το Κράτος έχει πλέον την

υποχρέωση να εξασφαλίσει το δικαίωμα και τη δυνατότητα του κάθε πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Όμως, μεταγενέστερα, με το Ν. 2194/1994 επαναφέρεται σε ισχύ η διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 1397/ 1983, βάσει της οποίας ο πολίτης μπορεί με πλήρη ισονομία να απολαμβάνει του δικαιώματός του στην Υγεία, σύμφωνα με τις αρχές και τη φιλοσοφία του Νόμου αυτού.

Λίγα χρόνια αργότερα, ο νομοθέτης, με τη διάταξη του άρθρου 1 του Ν. 2519/1997, καθόρισε το ειδικό νομικό πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς, ιδρύοντας ειδική υπηρεσία και επιτροπή προστασίας τού. Παράλληλα, συστήθηκε κατά Νοσοκομείο γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη, με αρμοδιότητα την ενημέρωσή του όσον αφορά τα δικαιώματά του.

Όμως, από τα ανωτέρω αναφερθέντα προκύπτει ότι ο νομοθέτης προσδιόρισε μόνο τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, ενώ θα έπρεπε να προσδιορίσει και ης υποχρεώσεις τού. (Αλεξιάδη, 2000, σελ. 101-8

Από τη μελέτη όμως των δικαιωμάτων αυτών, και από τον κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου, απορρέουν και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς, οι οποίες όμως

στην πλειονότητά τους, σήμερα, δυστυχώς δεν τηρούνται.
(Αλεξιάδη, 2000, σελ. 101-8

Η ενημέρωση του ιατρικού κλάδου για τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς είναι βέβαιο ότι θα συμβάλει θετικά στην αντιμετώπιση του ίδιου του ασθενούς από τους θεράποντες γιατρούς του, αφού αυτοί θα γνωρίζουν μέχρι ποίου ορίου θα μπορούν να επιμείνουν σε διάφορα ζητήματα που τον αφορούν. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται συνεργασία μεταξύ Υπηρεσιών Υγείας και ασθενών, αφού η κάθε πλευρά γνωρίζει εκ των προτέρων η πρέπει να πράξει και η να παραλείψει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Goldsmith MF, 1993, Health and Human Rights Inseperable, JAMA, 270:553 στο Μεράκου, Γκαράνη- Παπαδάτου, 1999, Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα Υγείας, Ιατρική, 75(2), 161-8
2. Leenen et al, 1993, The Rights if patients in Europe. WHO/EURO, Kluwer Law and Taxation Publishers, Deventer στο Μεράκου, Γκαράνη- Παπαδάτου, 1999, Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα Υγείας, Ιατρική, 75(2), 161-8
3. Fluss SS, 1993, Comparative Interview of international and national developments in regard to patients' rights legislation. WHO/EURO (ed) Geneva, 4-11 στο Μεράκου, Γκαράνη- Παπαδάτου, 1999, Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα Υγείας, Ιατρική, 75(2), 161-8
4. Μεράκου, Γκαράνη- Παπαδάτου, 1999, Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα Υγείας, Ιατρική, 75(2), 161-8

5. Λεμονίδου et al, 2003, Διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης των κωδικών νοσηλευτικής ηθικής και δεοντολογίας και της σχετικής νομοθεσίας στην Ελλάδα: Μέρος Β', Νοσηλευτική 42 2, 150-6

6. Σαρρή et al, 6/2002, Επικοινωνία και διαχείριση πληροφορίας στις υπηρεσίες υγείας: από τον ιατρικό φάκελο στο φάκελο φροντίδας υγείας, Νοσηλευτική 2, 174-184

7. Ραγιά, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2002, Νοσηλευτική δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας, Νοσηλευτική 3: 266-273

8. Πατιστέα, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, 2002, Περιγραφή και κριτική αξιολόγηση των ποσοτικών οργάνων μελέτης της έννοιας «φροντίδα», Νοσηλευτική 3: 301-310

9. Λεμονίδου et al, Ιανουάριος- Μάρτιος 2004, Απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Νοσηλευτική 43 1, σελ. 84-99

10. Λεμονίδου et al, Απρίλιος- Ιούνιος, 2001, Ηθικά θέματα στη Νοσηλευτική: πιλοτική μελέτη, Νοσηλευτική 2, σελ. 92-10

11. Δαλλα- Βοργιά et al, 8/1985, Συνειδητή συγκατάθεση σε θεραπεία ή έρευνα, Materia Medica Graeca, Τόμος 13, τεύχος 4, σελ.383-6

12. Δαμιανίδη, 1993, Ασυμμετρία στην επικοινωνία Γιατρού –Ασθενούς : Απόκρυψη πληροφοριών από ασθενεί κατά την κλινική εξέτασή τους, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 4, 189-195

13. Καράμπελας, 1988, Τόμος 5, Τεύχος 6, Συναίνεση στην Ιατρική Πράξη, Νοέμβριος- Δεκέμβριος, σελ.524-7

14. Λεμονίδου et al, 1999, οι έννοιες της αυτονομίας, ατομικότητας και πληροφορημένης συναίνεσης στη νοσηλευτική, Νοσηλευτική 3: 209-215

15. Ν. 2716/1999, ΦΕΚ Τεύχος Α' 96/17-5-1999

16. Αλεξιάδης, Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17 (1): 101-108

17. http://europa.eu/pol/health/index_el.htm

18. [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000X1218\(01\):EL:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000X1218(01):EL:HTML)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ

Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ

ΓΩΝΙΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΝ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1.Μεθοδολογία

Στην μελέτη αυτή έχουμε ως στόχο να ερευνήσουμε την πληροφόρηση που δέχονται οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Η έρευνα δεν εξετάζει την άποψη των ασθενών μόνο αλλά ως προς το θέμα αυτό αλλά και από την οπτική γωνία των νοσηλευτών, δηλαδή εξετάζουμε αν οι ίδιοι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση στους ασθενείς και σε ποιους τομείς. Για την άντληση των κατάλληλων λοιπών πληροφοριών για το θέμα αυτό αναπτύξαμε με βάση τη βιβλιογραφία δύο ερωτηματολόγια, ένα για το δείγμα των νοσηλευτών και ένα για το δείγμα των ασθενών. Με την χρήση αυτών των ερωτηματολογίων γίνεται η κατάλληλη συλλογή των πληροφοριών που παραθέτουμε παρακάτω. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με περιγραφική στατιστική και τη δοκιμασία t-test.

2.Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσαν 150 ασθενείς από ένα μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο της Κρήτης καθώς και 150 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού από το ίδιο νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης.

3. Ερωτηματολόγιο-Σχεδιασμός

Το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για το σκοπό της έρευνας αυτής περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις χωρίς να περιλαμβάνουμε και τις δημογραφικές ερωτήσεις. Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε βιβλιογραφικά δεδομένα, σε ομάδα ειδικών καθώς και σε πιλοτική μελέτη που έγινε σε 10 ασθενείς και 10 νοσηλευτές.

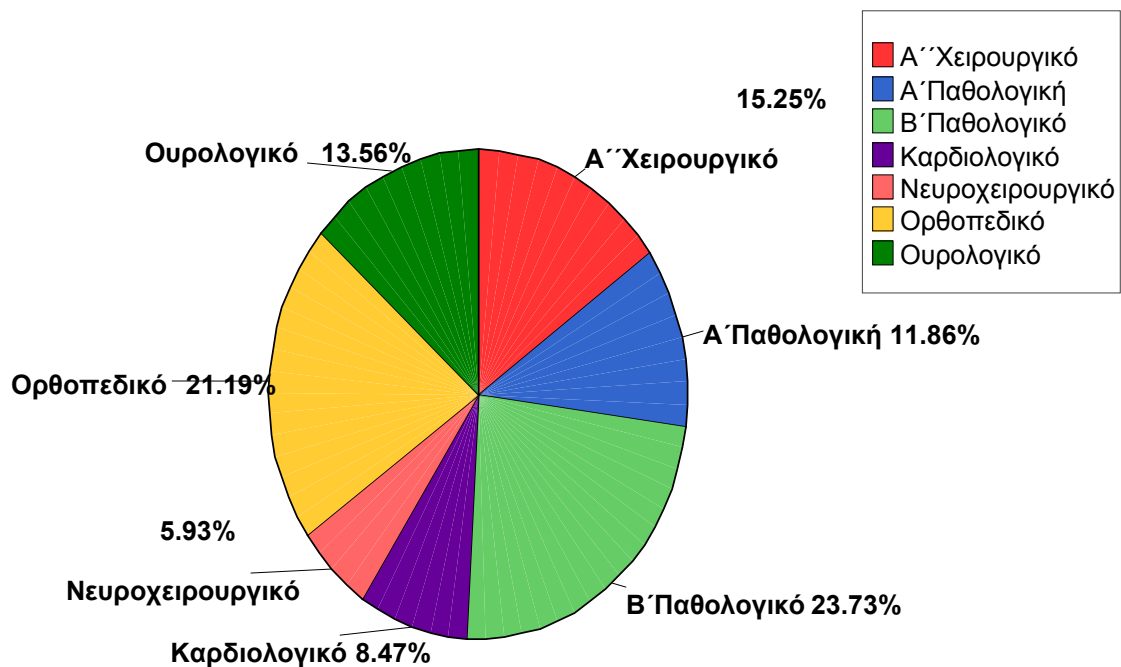
4. Περιγραφή Δεδομένων

Το κάθε ερωτηματολόγιο έχει 19 μεταβλητές. Η μεταβλητή τμήμα του νοσοκομείου είναι μια κατηγορική μεταβλητή και μας πληροφορεί για τα τμήματα. Η μεταβλητή κατηγορία προσωπικού έχει 3 επίπεδα και αντιπροσωπεύονται στο πρόγραμμα ανάλογα με τους αριθμούς 1, 2, 3. Η μεταβλητή «ποιες είναι οι γνώσεις σας για τα ηθικά προβλήματα και την αντίστοιχη νομοθεσία έχει πέντε επίπεδα, το επίπεδο πάρα πολλές, το επίπεδο πολλές, το επίπεδο μέτριες το επίπεδο λίγες και το επίπεδο πολύ λίγες τα οποία αντιπροσωπεύονται στο πρόγραμμα με τις τιμές 1, 2, 3, 4 και 5 αντίστοιχα. Η μεταβλητή «τις γνώσεις αυτές τις απέκτησα» έχει τέσσερα επίπεδα, το επίπεδο βασικές σπουδές, το επίπεδο μεταπτυχιακές σπουδές, το επίπεδο συνεχιζόμενη κατάρτιση και το επίπεδο ΜΜΕ, περιοδικά τα οποία αντιπροσωπεύονται στο πρόγραμμα με τις τιμές 1,2, 3 και 4 αντίστοιχα. Οι μεταβλητές που αφορούν την ερώτηση τρία έχει τέσσερα επίπεδα, το επίπεδο καθόλου, το επίπεδο λίγο, το επίπεδο αρκετά και το επίπεδο πολύ τα οποία αντιπροσωπεύονται στο πρόγραμμα με τις τιμές 1,2, 3 και 4 αντίστοιχα. Η ερώτηση 4 έχει δύο επίπεδα ενώ η ερώτηση 5 είναι ανοικτού τύπου ερώτηση. Όμοια καταχωρίσαμε τις ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο των ασθενών.

5. Περιγραφική στατιστική

Νοσοκομειακοί ασθενείς

Τμήμα



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι ισόνομη σχετικά κατανομή των ασθενών μεταξύ των διάφορων τμημάτων του νοσοκομείου.

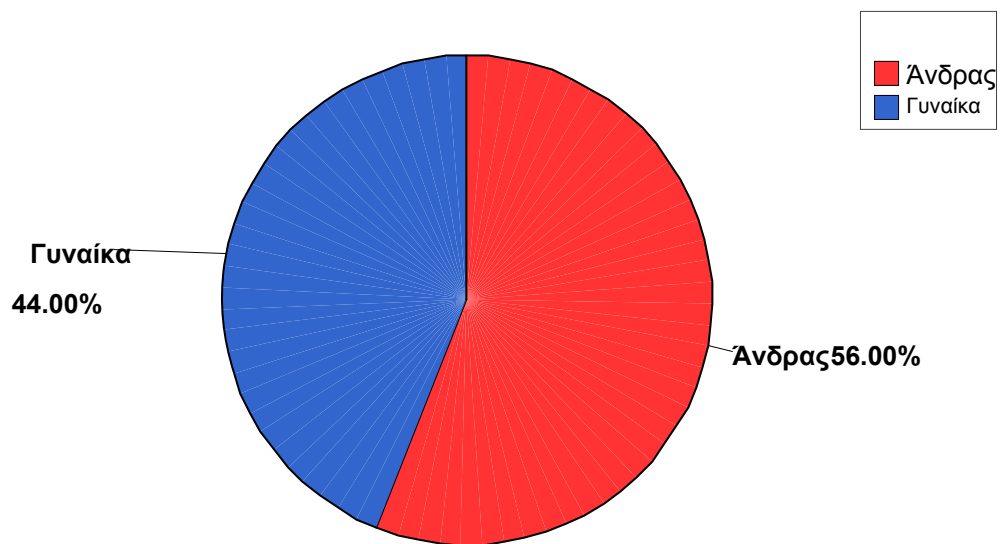
Συγκεκριμένα το 23,73% του δείγματος προέρχεται από το Β' παθολογικό τμήμα, το 15,25% από το Α' χειρουργικό τμήμα, το 13,56% από το ουρολογικό τμήμα και ακολουθούν τα υπόλοιπα τμήμα με μικρότερα ποσοστά.

Ηλικία

N	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ. Ο	ΣΤ.ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΗΛΙΚΙΑ 150 150	15.00	78.00	45.8267	15.79557

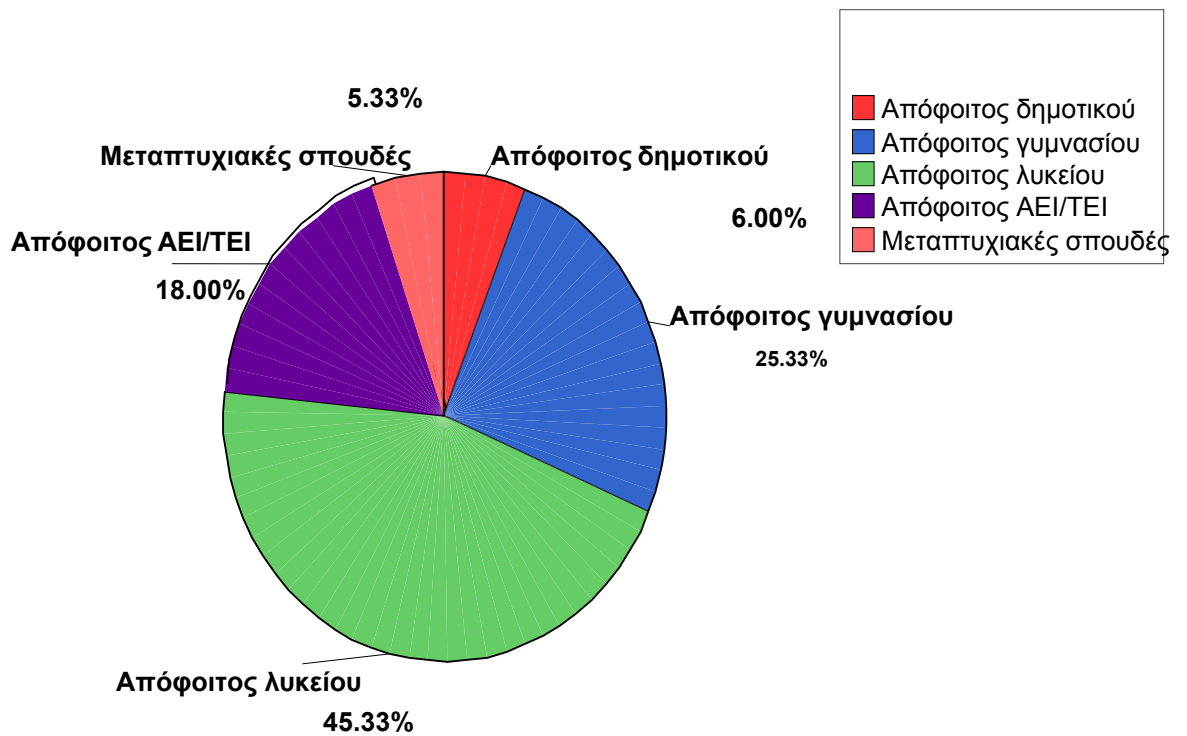
Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 45,8267 χρόνια, ενώ ο μικρότερος σε ηλικία ασθενής είναι 15 ετών και ο μεγαλύτερος 78 ετών.

Φύλο



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το 56% του δείγματος των ασθενών είναι άνδρες και το 44% γυναίκες.

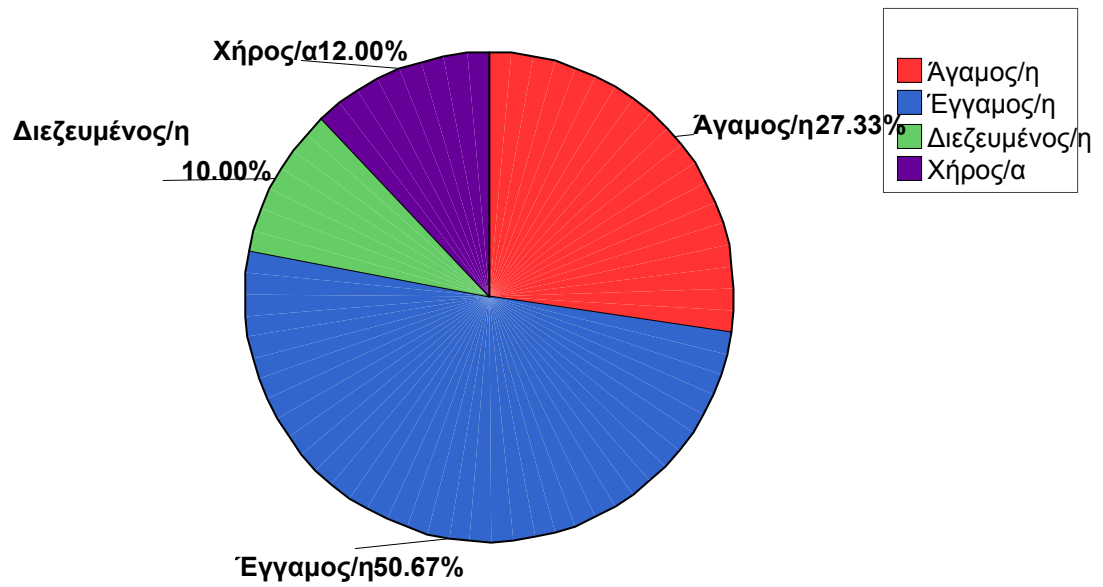
Σπουδές



Από το παραπάνω γράφημα βλέπουμε την κατανομή του δείγματος των ασθενών

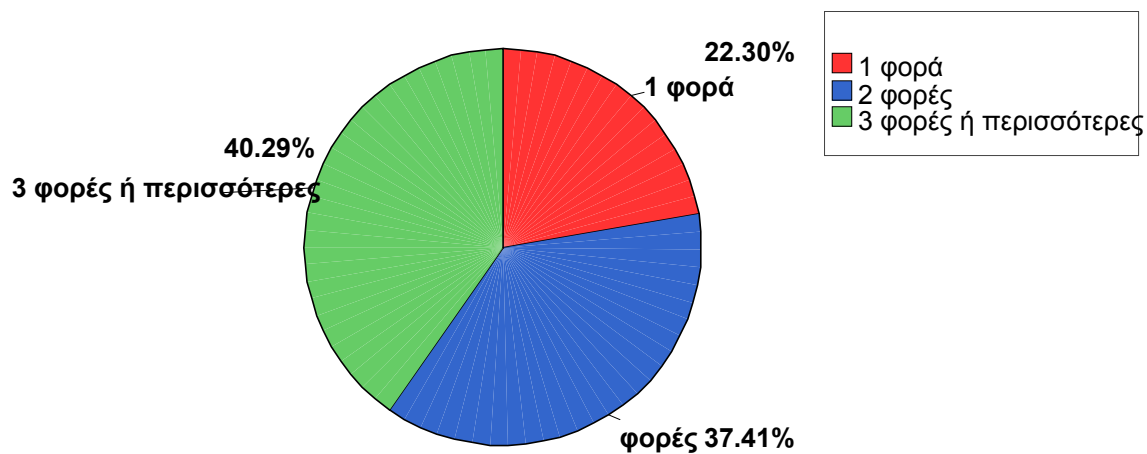
ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Το 45,33% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 25,33% απόφοιτοι γυμνασίου, το 18% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 6% απόφοιτοι δημοτικού και το 5,33% έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές.

Οικογενειακή κατάσταση



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το 50,67% του δείγματος των ασθενών είναι έγγαμοι, το 27.33% άγαμοι, το 12% χήροι και το 10% χωρισμένοι.

Έχετε εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο;



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε το 40,29% του δείγματος των ασθενών έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο τουλάχιστον τρεις φορές, το 37,41% έχει εισαχθεί ακριβώς δύο και το 22,3% έχει εισαχθεί ακριβώς μια φορά.

Πόσο πληροφορημένος/η πιστεύετε ότι είσαστε

1. Κατά την είσοδο σας στο τμήμα (προσανατολισμός στο χώρο της κλινικής, δικαιώματα ασθενών)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	45	30.0	30.0	30.0
Λίγο	57	38.0	38.0	68.0
Αρκετά	43	28.7	28.7	96.7
Πολύ	5	3.3	3.3	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $28,7\%+3,3\% = 32\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι κατά την είσοδο τους στο τμήμα ενώ το $30\%+38\% = 68\%$ είναι καθόλου ή λίγο πληροφορημένοι.

2. Για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία (δηλαδή να σας λένε για το είδος, δόση, παρενέργειες των φαρμάκων)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καθόλου	4	2.7	2.7	2.7
Λίγο	42	28.0	28.0	30.7
Αρκετά	94	62.7	62.7	93.3
Πολύ	10	6.7	6.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $62,7\%+6,7\% = 69,4\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία ενώ το $2,7\%+28\% = 30,7\%$ είναι καθόλου ή λίγο πληροφορημένοι.

3.Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων (δηλαδή να σας λένε πόση θερμοκρασία, πόσους σφυγμούς, πόσες αναπνοές και πόση αρτηριακή πίεση έχετε)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	6	4.0	4.0	4.0
Λίγο	38	25.3	25.5	29.5
Αρκετά	83	55.3	55.7	85.2
Πολύ	22	14.7	14.8	100.0
Σύνολο	149	99.3	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	1	.7		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $55,7\%+14,8\% = 70,5\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι κατά την λήψη των ζωτικών σημείων ενώ το $4\%+25,5\% = 29,5\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

4.Κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων (δηλαδή να σας πληροφορήσουν για το είδος της εξέτασης, το σκοπό, για την προετοιμασία και για το τι θα γίνει κατά την διάρκεια της εξέτασης)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	8	5.3	5.3	5.3
Λίγο	60	40.0	40.0	45.3
Αρκετά	64	42.7	42.7	88.0
Πολύ	18	12.0	12.0	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $42,7\%+12\% = 54,7\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ενώ το $5,3\%+40\% = 45,3\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

5.Για το διαιτολόγιο (δηλαδή για το είδος και για την ποσότητα των φαγητών που πρέπει να τρώτε)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	27	18.0	18.0	18.0
Λίγο	96	64.0	64.0	82.0
Αρκετά	23	15.3	15.3	97.3
Πολύ	4	2.7	2.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $15,3\%+2,7\% = 18\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για το διαιτολόγιο ενώ το $18\%+64\% = 82\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

6.Για την προσωπική σας υγιεινή (δηλαδή για το πώς θα κάνετε καθαριότητα σώματος)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	46	30.7	30.9	30.9
Λίγο	96	64.0	64.4	95.3
Αρκετά	5	3.3	3.4	98.7
Πολύ	2	1.3	1.3	100.0
Σύνολο	149	99.3	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	1	.7		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $3,4\%+1,3\% = 4,7\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για την προσωπική τους υγιεινή ενώ το $30,9\%+64,4\% = 95,3\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

7.Για την αντιμετώπιση του πόνου (δηλαδή να σας πληροφορήσουν για θέσεις ανακούφισης του πόνου και φάρμακα που δίνονται)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	34	22.7	22.7	22.7
Λίγο	79	52.7	52.7	75.3
Αρκετά	33	22.0	22.0	97.3
Πολύ	4	2.7	2.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $22\%+2,7\% = 24,7\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για την αντιμετώπιση του πόνου ενώ το $22,7\%+52,7\% = 75,3\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

8.Για την διούρηση και την αφόδευση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	40	26.7	26.7	26.7
Λίγο	73	48.7	48.7	75.3
Αρκετά	36	24.0	24.0	99.3
Πολύ	1	.7	.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $0,7\%+24\% = 24,7\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για την διούρηση και την αφόδευση ενώ το $26,7\%+48,7\% = 75,4\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

9.Για την κινητικότητα (δηλαδή για το αν και πόσο συχνά θα πρέπει να κινείστε)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	42	28.0	28.0	28.0
Λίγο	81	54.0	54.0	82.0
Αρκετά	22	14.7	14.7	96.7
Πολύ	5	3.3	3.3	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

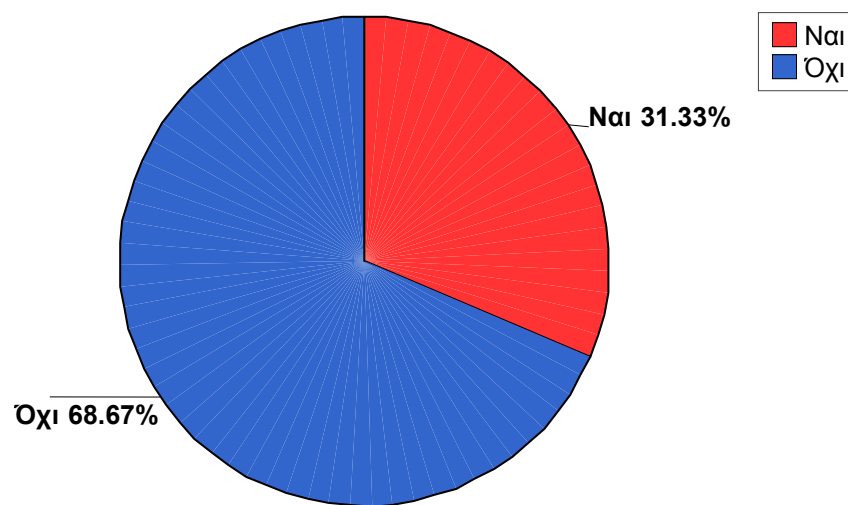
Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $14,7\%+3,3\% = 18\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για την κινητικότητα ενώ το $28\%+54\% = 82\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

10.Από την λήψη αίματος για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων (δηλαδή για την διαδικασία και για το σκοπό της λήψης του αίματος)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	34	22.7	22.7	22.7
Λίγο	29	19.3	19.3	42.0
Αρκετά	66	44.0	44.0	86.0
Πολύ	21	14.0	14.0	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $44\%+14\% = 58\%$ του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι από την λήψη αίματος για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων ενώ το $22,7\%+19,3\% = 42\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

Γενικά πιστεύετε ότι η πληροφόρηση των νοσηλευτών είναι επαρκής;



Από το παραπάνω γράφημα βλέπουμε ότι το μόνο το 31,33% του δείγματος των ασθενών θεωρεί ότι η πληροφόρηση των νοσηλευτών είναι επαρκής ενώ το 68,67% έχει αντίθετη άποψη.

Αν όχι αναφέρετε δύο παράγοντες που πιστευτέ ότι την επηρεάζουν;

Κάποιοι παράγοντες που αναφέρονται είναι ότι δεν υπάρχει χρόνος αρκετός για επικοινωνία, έλλειψη προσωπικού, φόρτος εργασίας και έλλειψη ενδιαφέρον

	N	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ.Ο	ΣΤΑΘ.ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΕΡΩΤ.3 ΛΗΨΗ Ζ.Σ	149	1,00	4,00	2,8121	,72939
ΕΡΩΤ.2 ΦΑΡΜΑΚΑ	150	1,00	4,00	2,7333	,62031
ΕΡΩΤ.4 ΔΙΑΓΝ.ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	150	1,00	4,00	2,6133	,76664
ΕΡΩΤ.10 ΛΗΨΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	150	1,00	4,00	2,4933	,99493
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	148	1,00	3,30	2,2446	,42878
ΕΡΩΤ.1 ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	150	1,00	4,00	2,0533	,84464
ΕΡΩΤ.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	150	1,00	4,00	2,0467	,74489
ΕΡΩΤ.5 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ	150	1,00	4,00	2,0267	,66501
ΕΡΩΤ.8 ΔΙΟΥΡΗΣΗ- ΑΦΟΛΕΥΣΗ	150	1,00	4,00	1,9867	,73262
ΕΡΩΤ.9 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	150	1,00	4,00	1,4333	,74785
ΕΡΩΤ.6 ΠΡΟΣΩΠ.ΥΓΙΕΙΝΗ	149	1,00	4,00	1,7517	,58014

Δεδομένου ότι η μέση τιμή των αριθμών 1, 2, 3 και 4 είναι ίση με 2,5 βλέπουμε ότι οι ερωτήσεις στις οποίες οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι είναι οι εξής: “Για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία (δηλαδή να σας λένε για το είδος, δόση, παρενέργειες των φαρμάκων)”, “Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων (δηλαδή να σας λένε πόση θερμοκρασία, πόσους σφυγμούς, πόσες αναπνοές και πόση αρτηριακή πίεση έχετε)”, “Κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων (δηλαδή να σας πληροφορήσουν για το είδος της εξέτασης, το σκοπό, για την προετοιμασία και για το τι θα γίνει κατά την διάρκεια της εξέτασης)” και την “Από την λήψη αίματος για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων (δηλαδή για την διαδικασία και για το σκοπό της λήψης του αίματος)”. Επίσης βλέπουμε ότι η συνολική μεταβλητή που αντιπροσωπεύει και τις δέκα ερωτήσεις έχει μέση τιμή (2,24) κάτω από 2,5 το οποίο σημαίνει ότι δεν είναι γενικά ικανοποιημένοι οι ασθενείς.

Νοσηλευτικό προσωπικό

Τμήμα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
A΄Χειρουργικό	14	9.3	9.3	9.3
B΄Χειρουργικό	15	10.0	10.0	19.3
A΄Παθολογικό	13	8.7	8.7	28.0
B΄Παθολογικό	17	11.3	11.3	39.3
Παιδιατρικό	14	9.3	9.3	48.7
Πνευμονολογικό	13	8.7	8.7	57.3
Καρδιολογικό	14	9.3	9.3	66.7
Μαιευτικό-Γυναικολογ	12	8.0	8.0	74.7
Ογκολογικό	5	3.3	3.3	78.0
Νευροχειρουργικό	7	4.7	4.7	82.7
Νευρολογικό	1	.7	.7	83.3
Ορθοπαιδικό	13	8.7	8.7	92.0
Ουρολογικό	8	5.3	5.3	97.3
ΩΡΛ	4	2.7	2.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

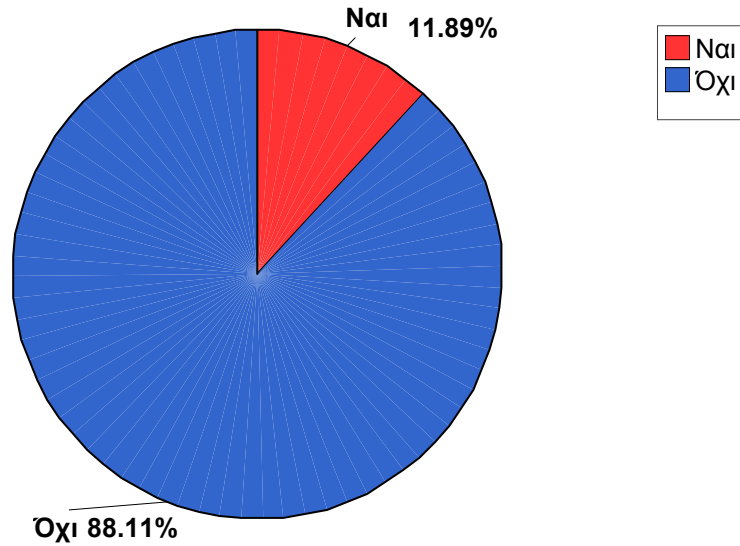
Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σχεδόν ισοκατανεμημένη δηλαδή ότι έχουμε ένα δείγμα νοσηλευτών αντιπροσωπευτικό για όλα τα τμήματα σχεδόν.

Εκπαίδευση προσωπικού

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΠΕ	13	8.7	8.7	8.7
ΤΕ	65	43.3	43.3	52.0
ΔΕ	72	48.0	48.0	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 48% του δείγματος των νοσηλευτών έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 43,3% τεχνολογική εκπαίδευση και το 8.7% πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Μεταπτυχιακές σπουδές



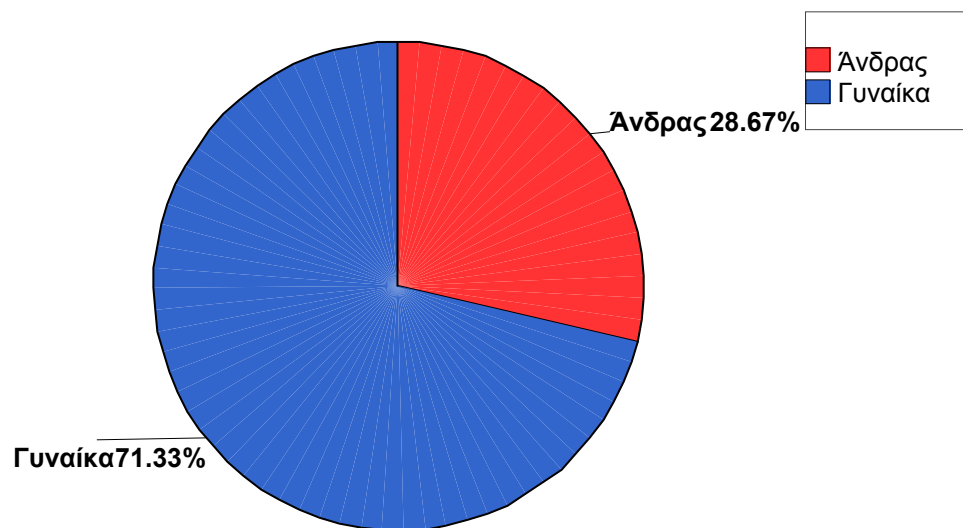
Από το παραπάνω γράφημα βλέπουμε ότι μόνο το 11,89% του δείγματος των νοσηλευτών έχει κάνει μεταπτυχιακές σπουδές ενώ το συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του 88,11% δεν έχει κάνει.

Ηλικία και προϋπηρεσία

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο	Σταθ. απόκλιση
ΗΛΙΚΙΑ	142	13.00	54.00	36.8662	6.15777
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	140	1.00	45.00	11.4214	6.38801

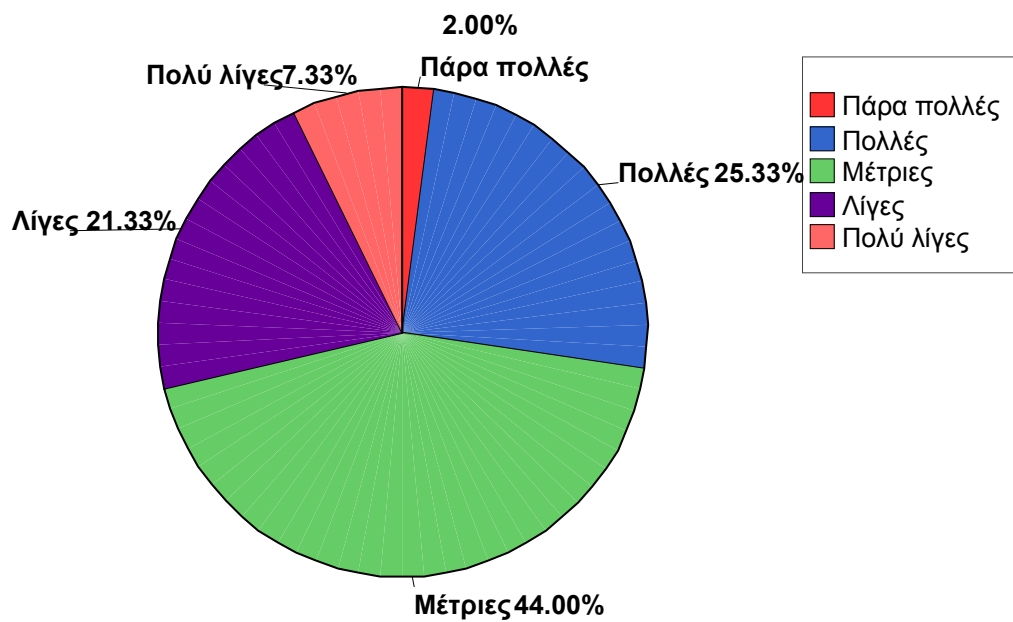
Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία του δείγματος των νοσηλευτών είναι τα 37 χρόνια και η μέση προϋπηρεσία που έχουν είναι γύρω στα 11,5 χρόνια.

Φύλο



Από το παραπάνω γράφημα βλέπουμε ότι το 71,33% του δείγματος των νοσηλευτών είναι γυναίκες και το 28,67% άνδρες.

Ποιες είναι οι γνώσεις σας για τα ηθικά προβλήματα και την νομοθεσία;



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι το 44% του δείγματος έχει μέτριες γνώσεις πάνω σε αυτό το θέμα ενώ το $25,33\%+2\%=27,33\%$ έχει τουλάχιστον πολλές και το $7,33\%+21,33\%=28,66\%$ του δείγματος έχει τουλάχιστον λίγες.

Τις γνώσεις αυτές τις απέκτησα κύρια από:



Από το παραπάνω γράφημα βλέπουμε ότι τις γνώσεις που αφορούν ηθικά ζητήματα έχουν αποκτηθεί για το 74,67% του δείγματος από τις βασικές σπουδές, για το 10,67% από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση, για το 7,33% από μεταπτυχιακές σπουδές και από το υπόλοιπο 7,33% από τα περιοδικά και τα ΜΜΕ.

Πόσο πιστεύετε ότι πληροφορείτε τον ασθενή;

1. Κατά την είσοδο του στο τμήμα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	13	8.7	8.7	8.7
Λίγο	73	48.7	48.7	57.3
Αρκετά	57	38.0	38.0	95.3
Πολύ	7	4.7	4.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $4,7\%+38\% = 42,7\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν ότι πληροφορούν τουλάχιστον αρκετά τους ασθενείς κατά την είσοδο τους στο τμήμα ενώ το $8,7\%+48,7\% = 57,3\%$ τουλάχιστον λίγο.

2.Για τα φάρμακα που του χορηγούνται κατά την κατά την νοσηλεία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	4	2.7	2.7	2.7
Λίγο	33	22.0	22.0	24.7
Αρκετά	99	66.0	66.0	90.7
Πολύ	14	9.3	9.3	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $66\%+9,3\% = 75,3\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν τουλάχιστον αρκετά ότι πληροφορούν τους ασθενείς για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία ενώ το $2,7\%+22\% = 24,7\%$ τουλάχιστον λίγο.

3. Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	8	5.3	5.4	5.4
Λίγο	32	21.3	21.5	26.8
Αρκετά	95	63.3	63.8	90.6
Πολύ	14	9.3	9.4	100.0
Σύνολο	149	99.3	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	1	.7		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $63,8\%+9,4\% = 73,2\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς κατά την λήψη των ζωτικών σημείων ενώ το $5,4\%+21,5\% = 26,9\%$ είναι λίγο.ή καθόλου

4. Κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	8	5.3	5.3	5.3
Λίγο	63	42.0	42.0	47.3
Αρκετά	58	38.7	38.7	86.0
Πολύ	21	14.0	14.0	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $38,7\%+14\% = 52,7\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ενώ το $5,3\%+42\% = 47,3\%$ λίγο.ή καθόλου

5.Για το διαιτολόγιο του

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	29	19.3	19.3	19.3
Λίγο	80	53.3	53.3	72.7
Αρκετά	28	18.7	18.7	91.3
Πολύ	13	8.7	8.7	100.0
Σύνολο	150	100.0	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $18,7\%+8,7\% = 27,4\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για το διαιτολόγιο ενώ το $19,3\%+53,3\% = 72,7\%$ είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

6.Για την προσωπική του υγιεινή

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	37	24.7	24.8	24.8
Λίγο	85	56.7	57.0	81.9
Αρκετά	24	16.0	16.1	98.0
Πολύ	3	2.0	2.0	100.0
Σύνολο	149	99.3	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	1	.7		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $16,1\%+2\% = 18\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για την προσωπική τους υγιεινή ενώ το $24,8\%+57\% = 81,9\%$ λίγο.ή καθόλου

7.Για την αντιμετώπιση του πόνου

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	2	1.3	1.4	1.4
Λίγο	65	43.3	44.2	45.6
Αρκετά	70	46.7	47.6	93.2
Πολύ	10	6.7	6.8	100.0
Total	147	98.0	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	3	2.0		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $6,8\%+47,6\% = 54,4\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για την αντιμετώπιση του πόνου ενώ το $1,4\%+44,2\% = 45,4\%$ λίγο ή καθόλου

8.Για την διούρηση και την αφόδευση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	37	24.7	25.2	25.2
Λίγο	75	50.0	51.0	76.2
Αρκετά	29	19.3	19.7	95.9
Πολύ	6	4.0	4.1	100.0
Σύνολο	147	98.0	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	3	2.0		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $4,1\%+19,7\% = 23,8\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για την διούρηση και την αφόδευση ενώ το $25,2\%+51\% = 76,2\%$ λίγο ή καθόλου

9.Για την κινητικότητα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	42	28.0	28.6	28.6
Λίγο	67	44.7	45.6	74.1
Αρκετά	31	20.7	21.1	95.2
Πολύ	7	4.7	4.8	100.0
Σύνολο	147	98.0	100.0	
τυχαίο σφάλμα	3	2.0		
Σύνολο	150	100.0		

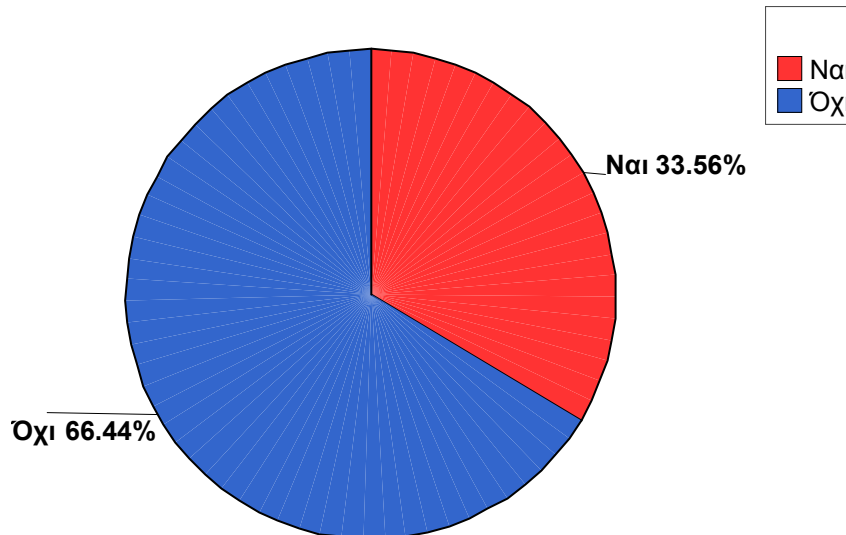
Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $21,1\%+4,8\% = 25,9\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για την κινητικότητα ενώ το $28.6\%+45,6\% = 74,2\%$ λίγο ή καθόλου.

10.Κατά την λήψη αίματος για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Καθόλου	35	23.3	23.5	23.5
Λίγο	54	36.0	36.2	59.7
Αρκετά	42	28.0	28.2	87.9
Πολύ	18	12.0	12.1	100.0
Σύνολο	149	99.3	100.0	
Τυχαίο σφάλμα	1	.7		
Σύνολο	150	100.0		

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το $12,1\%+28,2\% = 40,3\%$ του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς κατά την λήψη αίματος για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων ενώ το $23,5\%+36,2\% = 59,7\%$ λίγο ή καθόλου.

Γενικά πιστεύετε ότι η πληροφόρηση των ασθενών είναι επαρκής;



Από το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι μόνο το 33,56% του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύει ότι η πληροφόρηση των ασθενών είναι επαρκής ενώ οι υπόλοιποι έχουν αντίθετη άποψη.

Αν όχι αναφέρετε δύο παράγοντες που πιστευτέ ότι την επηρεάζουν;

Κάποιοι παράγοντες που αναφέρουν οι νοσηλευτές είναι όπως για να μην επιδεινώνεται η κατάσταση τους είτε λόγω φόρτου εργασίας είτε λόγω έλλειψης χρόνου επικοινωνίας είτε λόγω διστακτικότητας των ασθενών να ρωτήσουν είτε λόγω του ότι δεν έχουν αρμοδιότητα να πληροφορήσουν τους ασθενείς.

Στατιστικά νοσηλευτών

	N	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ.Ο	ΣΤΑΘ.ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΕΡΩΤ.6 ΠΡΟΣ.ΥΓΙΕΙΝΗ	149	1,00	4,00	1,9530	,70073
ΕΡΩΤ.9 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	147	1,00	4,00	2,0204	,83148
ΕΡΩΤ.8 ΔΙΟΥΡΗΣΗ- ΑΦΟΔΕΥΣΗ	147	1,00	4,00	2,0272	,78466
ΕΡΩΤ.5 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ	150	1,00	4,00	2,1667	,83880
ΕΡΩΤ.10 ΛΗΨΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	149	1,00	4,00	2,2886	,96068
ΣΥΝΟΛ.ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	142	1,30	4,00	2,3500	,48972
ΕΡΩΤ.1 ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	150	1,00	4,00	2,3867	,71218
ΕΡΩΤ.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	147	1,00	4,00	2,5986	,63742
ΕΡΩΤ.4 ΔΙΑΓΝ.ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	150	1,00	4,00	2,6133	,79247
ΕΡΩΤ.3 ΛΗΨΗ Ζ.Σ	149	1,00	4,00	2,7718	,68892
ΕΡΩΤ.2 ΦΑΡΜΑΚΑ	150	1,00	4,00	2,8200	,62466

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι προσφέρουν ικανοποιητική πληροφόρηση για εξής ερωτήσεις: “ Για την αντιμετώπιση του πόνου”, “Κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων”, “Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων” και την “Για τα φάρμακα που του χορηγούνται κατά την κατά την νοσηλεία”. Για τις υπόλοιπες έχουμε έλλειψη ικανοποιητικής πληροφόρησης. Αυτό φαίνεται και από την συνολική μεταβλητή που έχει μέση τιμή ίση με 2,35 η οποία είναι κάτω από 2,5.

Έλεγχος T – test

Σε αυτόν τον έλεγχο θα εξετάσουμε πρώτα αν οι μέσες τιμές των απαντήσεων νοσηλευτών και ασθενών στις δέκα ερωτήσεις και στην μεταβλητή που αντιπροσωπεύει το σύνολο των απαντήσεων τους διαφέρουν ή όχι. Έτσι θα δούμε αν συμφωνούν ή διαφωνούν μεταξύ τους. Επίσης θα εξετάσουμε αν οι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία (πρώτα θα πρέπει να κατηγοριοποιηθεί αυτή η μεταβλητή) και η εκπαίδευση διαφοροποιούν τις απαντήσεις των νοσηλευτών και των ασθενών. Για την ηλικία και την εκπαίδευση ο έλεγχος θα γίνει μέσω της ανάλυσης διασποράς. Έχουμε λοιπόν:

Έλεγχος μεταξύ νοσηλευτών - ασθενών

		N	M.O	P
ΕΡΩΤ.1 ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ	Ασθενείς	150	2,0533	,000
	Νοσηλευτές	150	2,3867	,000
ΕΡΩΤ.2 ΦΑΡΜΑΚΑ	Ασθενείς	150	2,7333	,229
	Νοσηλευτές	150	2,8200	,229
ΕΡΩΤ.3 ΛΗΨΗ Ζ Σ	Ασθενείς	149	2,8121	,625
	Νοσηλευτές	149	2,7718	,625
ΕΡΩΤ.4 ΔΙΑΓΝ. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Ασθενείς	150	2,6133	1,000
	Νοσηλευτές	150	2,6133	1,000
ΕΡΩΤ.5 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ	Ασθενείς	150	2,0267	,110
	Νοσηλευτές	150	2,1667	,110
ΕΡΩΤ.6 ΠΡΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗ	Ασθενείς	149	1,7517	,007
	Νοσηλευτές	149	1,9530	,007
ΕΡΩΤ.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ	Ασθενείς	150	2,0467	,000
	Νοσηλευτές	147	2,5986	,000
ΕΡΩΤ.8 ΔΙΟΥΡΗΣΗ- ΑΦΟΔΕΥΣΗ	Ασθενείς	150	1,9867	,646
	Νοσηλευτές	147	2,0272	,646
ΕΡΩΤ.9 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ασθενείς	150	1,9333	,343
	Νοσηλευτές	147	2,0204	,344
ΕΡΩΤ.10 ΛΗΨΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	Ασθενείς	150	2,4933	,071
	Νοσηλευτές	149	2,2886	,071
ΣΥΝ.ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Ασθενείς	148	2,2446	,045
	Νοσηλευτές	142	2,3500	,046

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφορές στις μέσες τιμές των απαντήσεων μόνο στις ερωτήσεις 1 και 2 δηλαδή στις ερωτήσεις ‘‘Κατά την είσοδο σας στο τμήμα (προσανατολισμός στο χώρο της κλινικής, δικαιώματα ασθενών)’’ και ‘‘Για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία (δηλαδή να σας λένε για το είδος, δόση, παρενέργειες των φαρμάκων)’’. Επίσης από τον προηγούμενο πίνακα βλέπουμε ότι οι νοσηλευτές (2,3867) πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι πληροφορούν καλά τους ασθενείς κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο έναντι των ασθενών που πιστεύουν ότι δεν πληροφορούνται επαρκώς. Υπάρχει διάσταση απόψεων πάνω σε αυτό το θέμα. Επίσης υπάρχει διάσταση απόψεων για την πληροφόρηση πάνω στα φάρμακα. Οι ασθενείς πιστεύουν ότι πληροφορούνται καλά έναντι των νοσηλευτών που το πιστεύουν σε μικρότερο βαθμό ότι τους πληροφορούν καλά. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν υπάρχει διάσταση απόψεων. Αντιθέτως βλέπουμε απόλυτη ταύτιση. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού με το νοσηλευτικό προσωπικό να πιστεύει ότι οι ασθενείς έχουν λάβει περισσότερο πληροφόρηση από ότι οι ίδιοι πιστεύουν....

Συμπεράσματα

Από την παραπάνω ανάλυση έχουμε: Παρατηρήσαμε ότι είναι ισόνομη σχετικά κατανομή των ασθενών μεταξύ των διάφορων τμημάτων του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα το 23,73% του δείγματος προέρχεται από το Β΄ παθολογικό τμήμα, το 15,25% από το Α΄ χειρουργικό τμήμα, το 13,56% από το ουρολογικό τμήμα και ακολουθούν τα υπόλοιπα τμήμα με μικρότερα ποσοστά. Ακόμα η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 45,8267 χρόνια, ενώ ο μικρότερος σε ηλικία ασθενής είναι 15 ετών και ο μεγαλύτερος 78 ετών. Το 56% του δείγματος των ασθενών είναι άνδρες

και το 44% γυναίκες. Επιπλέον είδαμε την κατανομή του δείγματος των ασθενών ως προς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Το 45,33% είναι απόφοιτοι λυκείου, το 25,33% απόφοιτοι γυμνασίου, το 18% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 6% απόφοιτοι δημοτικού και το 5,33% έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές. Ακόμα για αυτό το δείγμα το 50,67% του δείγματος των ασθενών είναι έγγαμοι, το 27,33% άγαμοι, το 12% χήροι και το 10% χωρισμένοι. Τέλος είδαμε ότι το 40,29% του δείγματος των ασθενών έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο τουλάχιστον τρεις φορές, το 37,41% έχει εισαχθεί ακριβώς δύο και το 22,3% έχει εισαχθεί ακριβώς μια φορά.

Όσον αφορά το δείγμα των νοσηλευτών παρατηρούμε ότι το 48% του δείγματος των νοσηλευτών έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 44,3% τεχνολογική εκπαίδευση και το 8,7% πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Είδαμε ότι μόνο το 11,89% του δείγματος των νοσηλευτών έχει κάνει μεταπτυχιακές σπουδές ενώ το συντριπτικό ποσοστό της τάξεως του 88,11% δεν έχει κάνει. Ακόμα η μέση ηλικία του δείγματος των νοσηλευτών είναι τα 37 χρόνια και η μέση προϋπηρεσία που έχουν είναι γύρω στα 11,5 χρόνια. Το 71,33% του δείγματος των νοσηλευτών είναι γυναίκες και το 28,67% άνδρες. Επίσης η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σχεδόν ισοκατανομημένη δηλαδή ότι έχουμε ένα δείγμα νοσηλευτών αντιπροσωπευτικό για όλα τα τμήματα σχεδόν.

Όσον αφορά την πληροφόρηση

- ✓ Το 32% του δείγματος των ασθενών είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι κατά την είσοδο τους στο τμήμα ενώ το 68% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.
- ✓ Το 42,7% του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν ότι πληροφορούν αρκετά ή πολύ τους ασθενείς κατά την είσοδο τους στο τμήμα ενώ το 57,3% λίγο ή καθόλου.
- ✓ Ακόμα το 69,4% του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία ενώ το 30,7% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

- ✓ Το 75,3% του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία ενώ το 24,7% λίγο ή καθόλου.
- ✓ Επιπλέον το 70,5% του δείγματος των ασθενών είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι κατά την λήψη των ζωτικών σημείων ενώ το 29,5% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.
- ✓ Το 73,2% του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς κατά την λήψη των ζωτικών σημείων ενώ το 26,9% είναι λίγο ή καθόλου.
- ✓ Ακόμα το 54,7% του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ενώ το 45,3% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.
- ✓ Το 52,7% του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ενώ το 5,3%+42% = 47,3% λίγο ή καθόλου.
- ✓ Το 18% του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για το διαιτολόγιο ενώ το 82% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.
- ✓ Επιπρόσθετα το 27,4% του δείγματος των νοσηλευτών πιστεύουν αρκετά ή πολύ ότι πληροφορούν τους ασθενείς για το διαιτολόγιο ενώ το 72,7% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι .
- ✓ Το 4,7% του δείγματος είναι αρκετά ή πολύ πληροφορημένοι για την προσωπική τους υγιεινή ενώ το 95,3% είναι λίγο ή καθόλου πληροφορημένοι.

Ακόμα έχουμε ότι οι ερωτήσεις στις οποίες οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι είναι οι εξής: “Για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία (δηλαδή να σας λένε για το είδος, δόση, παρενέργειες των φαρμάκων)”, “Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων (δηλαδή να σας λένε πόση θερμοκρασία, πόσους σφυγμούς, πόσες αναπνοές και πόση αρτηριακή πίεση έχετε)”, “Κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων (δηλαδή να σας πληροφορήσουν για το είδος της εξέτασης, το σκοπό, για

την προετοιμασία και για το τι θα γίνει κατά την διάρκεια της εξέτασης)'' και την ''Από την λήψη αίματος για την διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων (δηλαδή για την διαδικασία και για το σκοπό της λήψης του αίματος)''. Επίσης βλέπουμε ότι η συνολική μεταβλητή που αντιπροσωπεύει και τις δέκα ερωτήσεις έχει μέση τιμή (2,24) κάτω από 2,5 το οποίο σημαίνει ότι δεν είναι γενικά ικανοποιημένοι οι ασθενείς. Ενώ για τους νοσηλευτές βλέπουμε ότι πιστεύουν ότι προσφέρουν ικανοποιητική πληροφόρηση για εξής ερωτήσεις: '' Για την αντιμετώπιση του πόνου'', ''Κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων'', ''Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων'' και την ''Για τα φάρμακα που του χορηγούνται κατά την κατά την νοσηλεία''. Για τις υπόλοιπες έχουμε έλλειψη ικανοποιητικής πληροφόρησης. Αυτό φαίνεται και από την συνολική μεταβλητή που έχει μέση τιμή ίση με 2,35 η οποία είναι κάτω από 2,5. Τώρα όσον αφορά αν υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών βλέπουμε ότι έχουμε μόνο στις ερωτήσεις ''Κατά την είσοδο σας στο τμήμα (προσανατολισμός στο χώρο της κλινικής, δικαιώματα ασθενών)'' και ''Για τα φάρμακα κατά την νοσηλεία (δηλαδή να σας λένε για το είδος, δόση, παρενέργειες των φαρμάκων)''. Οι νοσηλευτές πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι πληροφορούν καλά τους ασθενείς κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο έναντι των ασθενών που πιστεύουν ότι δεν πληροφορούνται επαρκώς. Υπάρχει διάσταση απόψεων πάνω σε αυτό το θέμα. Επίσης υπάρχει διάσταση απόψεων για την πληροφόρηση πάνω στα φάρμακα. Οι ασθενείς πιστεύουν ότι πληροφορούνται καλά έναντι των νοσηλευτών που το πιστεύουν σε μικρότερο βαθμό ότι τους πληροφορούν καλά. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν υπάρχει διάσταση απόψεων.

Βιβλιογραφία

Andy Field ''Discovering Statistics with Spss'' Sage Publications, 2005