

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ικανοποίηση, Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Βιώσιμη
Ανάπτυξη: Απόψεις Εργαζομένων και Χρηστών της
Νοσοκομειακής Μονάδας του Ευαγγελισμού»**

Φοιτήτρια
Βασσάλου Ασημίνα
A.M. 20003

Τριμελής Επιτροπή

Επιβλέπουσα: Σαΐτη Άννα, Επίκουρη Καθηγήτρια

Μέλη: Τσίτουρας Αναστάσιος, Λέκτορας

Αρπελιώτης Κων/ος, Λέκτορας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη έρχεται να ολοκληρώσει την φοίτησή μου στο τμήμα της Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου. Για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας συνεισέφεραν πολλοί άνθρωποι, τους οποίους οφείλω να ευχαριστήσω.

Πρώτα απ' όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω την διεύθυνση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» για την συνεργασία της αλλά και όσους συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας που διεξήχθη, βοηθώντας με στην συγκέντρωση πολύτιμων πληροφοριών.

Εν συνεχεία, οφείλω να ευχαριστήσω τους κυρίους Τσίτουρα Αναστάσιο και Αμπελιώτη Κωνσταντίνο, διότι με τις συμβουλές και τις παρατηρήσεις τους συνεισέφεραν στην αρτιότερη δόμηση της πτυχιακής μου εργασίας. Επίσης, πρέπει να ευχαριστήσω την κυρία Σαρδιανού Ελένη που πρόσφερε ανιδιοτελώς την βοήθεια της όποτε και αν την ζήτησα.

Τέλος απευθύνω τις ευχαριστίες μου στο άτομο που με βοήθησε όσο κανένα άλλο, την επιβλέπουσα της πτυχιακής μου εργασίας την κυρία Σαϊτη Άννα. Η κυρία Άννα Σαϊτη με καθοδήγησε και με στήριξε, παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετώπισα, καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου μελέτης. Από μέρους μου οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Αθήνα, Φεβρουάριος 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	5
Κεφάλαιο Πρώτο : Βιώσιμη Υγειονομική Πολιτική και Διαχείριση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων	
1.1 Έννοια Και Περιεχόμενο Της Βιώσιμης Ανάπτυξης.....	8
1.2 Μέτρηση Της Βιώσιμης Ανάπτυξης Με Την Χρήση Δεικτών.....	13
1.3 Σχέση Βιώσιμης Ανάπτυξης Και Υγείας.....	20
1.4 Διαχείριση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων.....	24
1.5 Προβλήματα Διαχείρισης Των Νοσοκομειακών Απορριμμάτων Και Υγειονομικές Επιπτώσεις.....	24
1.6 Είδη Και Ποσότητα Νοσοκομειακών Απορριμμάτων.....	26
1.7 Στάδια Διαχείρισης Νοσοκομειακών Απορριμμάτων.....	29
1.7.1 Συλλογή Και Προσωρινή Αποθήκευση.....	29
1.7.2 Μεταφορά	32
1.7.3 Διάθεση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων.....	33
1.8 Περίληψη.....	38
Κεφάλαιο Δεύτερο : Σύστημα Παροχής Υγείας Και Ο Προσανατολισμός Της Ελληνικής Πολιτικής Υγείας	
2.1 Είδη Υγειονομικών Συστημάτων	39
2.2 Διαχρονική Εξέλιξη Της Πολιτικής Της Υγείας Στην Ελλάδα.....	41
2.3 Υγεία Και Τρέχουσα Ελληνική Πραγματικότητα.....	45
2.4 Περίληψη.....	51
Κεφάλαιο Τρίτο : Οργανωσιακή Διαδικασία: Ικανοποίηση Χρηστών Και Εργαζομένων Νοσοκομειακών Μονάδων	
3.1 Εισαγωγές Παρατηρήσεις.....	53
3.2 Ικανοποίηση Εργασίας.	54
3.3 Ικανοποίηση Χρηστών Νοσοκομειακών Μονάδων.....	63
Περίληψη.....	68

Κεφάλαιο Τέταρτο : Μεθοδολογική Προσέγγιση

4.1 Μεθοδολογία Έρευνας.....	70
4.2 Επιλογή Δείγματος.....	71
4.3 Τα Ερωτηματολόγια Των Εργαζομένων Και Των Χρηστών Νοσοκομειακών Μονάδων.....	72

Κεφάλαιο Πέμπτο : Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

5.1 Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Του Δείγματος.....	75
5.2 Χαρακτηριστικά Του Δείγματος Σε Σχέση Με Την Νοσοκομειακή Μονάδα Του Ευαγγελισμού Και Το Υγειονομικό Σύστημα.....	77
5.3 Επίπεδο Ικανοποίησης Εργαζομένων Και Χρηστών Της Νοσοκομειακής Μονάδας Του Ευαγγελισμού	84
5.4 Έλεγχος Ανεξαρτησίας Και Πίνακες Διπλής Εισόδου.....	95
5.5 Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis).....	107

Κεφάλαιο Έκτο : Συμπεράσματα και προτάσεις

116

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία.....	125
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	127

Παράρτημα Ι.....

132

Ερωτηματολόγια

Κωδικοποίηση Μεταβλητών

Περιγραφικά Μέτρα

Παράρτημα ΙΙ.....

150

Πίνακες Συχνοτήτων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης. Η ανάγκη υιοθέτησης των αρχών της κρίνεται πλέον επιτακτική, έχοντας ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου και του περιβάλλοντος, μακροπρόθεσμα. Τα περισσότερα κράτη παγκοσμίως και ειδικότερα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προσανατολίζονται σε στρατηγικές πολιτικής, με σκοπό την επίτευξη της βιωσιμότητας.

Η βιώσιμη ανάπτυξη βρίσκει εφαρμογή σχεδόν σε όλους τους τομείς λειτουργίας ενός κράτους σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Βιωσιμότητα ενός συστήματος λειτουργίας, όπως για παράδειγμα εκπαίδευσης, υγείας κ.α., υφίσταται μόνο όταν το σύστημα πρεσβεύει τις αρχές της βιώσιμης ανάπτυξης ενώ μέσω της πολιτικής (εκπαιδευτική, υγειονομική κ.λ.π.) που ακολουθείται από το κράτος, παράγονται προϊόντα και υπηρεσίες που καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών του παρόντος, αλλά και διασφαλίζουν την κάλυψη των αναγκών των μελλοντικών γενεών.

Κίνητρο για την πραγματοποίηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτέλεσε το ενδιαφέρον για την έννοια *βιώσιμη υγειονομική πολιτική*. Η σύνδεση της υγείας και την βιώσιμης ανάπτυξης είναι σχετικά πρόσφατη συγκριτικά με άλλους τομείς όπως για παράδειγμα το περιβάλλον, ενώ στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολλές εμπειρικές μελέτες και προγράμματα, τόσο από την επιστημονική όσο και από την πολιτική κοινότητα. Επίσης, ενδιαφέρον προκαλεί η προσπάθεια μέτρησης της βιωσιμότητας των νοσοκομειακών μονάδων και η εξαγωγή βάσιμων στατιστικών αποτελεσμάτων με στόχο την αξιολόγηση της αποδοτικότητας τους, προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.

Σκοπός την πτυχιακής εργασίας είναι η αξιολόγηση της βιωσιμότητας της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού, ως προς τον άνθρωπο και το περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα μετράται ο βαθμός της ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων, της νοσοκομειακής μονάδας του ευαγγελισμού, με σκοπό να αξιολογηθεί η απόδοση του νοσοκομείου και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, στόχος αποτελεί

η λήψη πληροφοριών, σχετικά με το κατά πόσο το νοσοκομείο λειτουργεί με ασφάλεια, απέναντι στους πολίτες και το περιβάλλον, σε σχέση με τη διαχείριση των μολυσματικών του απορριμμάτων.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της πτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκε η διάρθρωσή της σε έξη κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά στο περιεχόμενο της βιώσιμης ανάπτυξης, στον τρόπο μέτρησής της (δείκτες), ενώ αναλύονται οι σχέσεις που την συνδέουν με τον τομέα της υγείας. Επίσης, γίνεται αναφορά σε δραστηριότητες του νοσοκομείου, οι οποίες επιβαρύνουν το περιβάλλον και την υγεία, παρουσιάζονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων ενώ αναλύεται ο επιστημονικά ενδεδειγμένος τρόπος με τον οποίο πρέπει να διαχειρίζονται τα απορρίμματα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας. Αρχικά γίνεται συνοπτική αναφορά στα είδη των υγειονομικών συστημάτων που ισχύουν ενώ η ιστορική αναδρομή δείχνει την σχετικά πρόσφατη εξελικτική πορεία της Ελλάδας στον τομέα της υγείας. Επίσης αναλύεται η υφιστάμενη κατάσταση σε επίπεδο φορέων, υποδομής και ανθρώπινου δυναμικού καθώς και ασφαλιστικής κάλυψης με σκοπό την παρουσίαση της λειτουργίας του συστήματος και την παράθεση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει σε όλου τους τομείς

Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στην έννοια της ικανοποίησης του ατόμου σχετικά με τον τομέα της υγείας τόσο από την πλευρά των χρηστών όσο και των εργαζομένων. Επίσης, γίνεται αναφορά σε υπάρχουσες επιστημονικές μελέτες στο συγκεκριμένο τομέα και αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης την εργασίας σε προσωπικό νοσοκομειακών μονάδων και οι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο ικανοποίησης και την αξιολόγηση, των χρηστών, για υπηρεσίες υγείας.

Η δομή και τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζονται στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το δείγμα και το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, ενώ στο

πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα των κατανομών συχνοτήτων, του ελέγχου ανεξαρτησίας και της παραγοντικής ανάλυσης.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την θεωρητική και εμπειρική προσέγγιση του θέματος της πτυχιακής εργασίας παρατίθενται στο έκτο κεφάλαιο μαζί με τις προτάσεις για την βιώσιμη ανάπτυξη του νοσοκομείου και του συστήματος υγείας.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των βιβλιογραφικών πηγών που χρησιμοποιήθηκαν για την περάτωση της, αλλά και την επισύναψη στα παραρτήματα, πινάκων περιγραφικών μέτρων, συχνοτήτων, ερωτηματολογίων κ.α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΒΙΩΣΙΜΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ

1.1 Έννοια και Περιεχόμενο της Βιώσιμης Ανάπτυξης

Η βιώσιμη ανάπτυξη αποτελεί, πλέον, μια διαδεδομένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη έννοια σε επιστημονικούς και μη επιστημονικούς κύκλους. Παρ' όλο που η έννοια αυτή, σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, χαρακτηρίζεται ως απαραίτητη βάση για την περιγραφή στόχων, διαμόρφωση πολιτικής αλλά και κριτήριο αξιολόγησης της ανάπτυξης ενός 'χώρου'¹, εντούτοις αποτελεί μια από τις λιγότερο προσδιορισμένες και κατανοούμενες έννοιες. Όπως θα γίνει κατανοητό στην περαιτέρω ανάλυση της έννοιας, η βιώσιμη ανάπτυξη αποτελεί μια στρατηγική με στόχο την κατανόηση των σχέσεων μεταξύ της ανθρωπότητας και του περιβάλλοντος, καθώς και των επιμέρους σχέσεων που δημιουργούνται στην κοινωνία και στο οικονομικό σύστημα (Horwood, Mellon and O' Brien, 2003) . Πριν γίνει αναφορά στην έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός του όρου 'ανάπτυξη'.

Η ανάπτυξη αποτελεί μια σύνθετη έννοια και χρησιμοποιείται σε διάφορους τομείς ανάλογα με το περιεχόμενο (οικονομική, βιώσιμη, κοινωνική κ.α.) ή ακόμα και τον χώρο (τοπική, περιφερειακή κ.α.) (Χατζημιχάλης & Γκέκας, 2001). Ο όρος «ανάπτυξη» σχεδόν, ταυτίζεται με τον όρο της οικονομικής ανάπτυξης, η οποία συμβάλει στην αύξηση της ευημερίας και η μέτρησή της γίνεται συνήθως με βάση μερικά ποσοτικά κριτήρια ή μέτρα όπως είναι για παράδειγμα το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και το κατά κεφαλήν εισόδημα. Ο πλούτος, είναι ένας από τους προσδιοριστικούς παράγοντες την ανάπτυξης και αφορά τον τρόπο που κάνει γενικά τον πληθυσμό ποιο ευκατάστατο δηλαδή με καλύτερη ποιότητα ζωής, εκπαίδευση, υγεία, ελευθερία δικαιωμάτων και προσωπική ανάπτυξη (John and Abel, 2002). Γενικότερα, ο όρος «ανάπτυξη» αναφέρεται «είτε ως μια διαδικασία βελτίωσης σε σχέση με ένα καθορισμένο σύνολο αξιών ή

¹ Χώρας ή και περιοχής.

συγκρινόμενη με τα αντίστοιχα επίπεδα εξέλιξης διαφόρων χωρών, είτε ως μία συγκριτική κατάσταση ανάλογη των αξιών αυτών» (Σαΐτη, 2000: 111).

Η βάση της βιώσιμης ανάπτυξης προέρχεται από τον περιβαλλοντικό προβληματισμό που έχει δημιουργηθεί, τα τελευταία χρόνια, τόσο σε επιστημονικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο πολιτικής. Η περιβαλλοντική διάσταση της βιώσιμης ανάπτυξης αποτέλεσε βασικό στοιχείο 'νομιμοποίησης' της έννοιας αυτής σε παγκόσμιο επίπεδο (Δελλαδέτσιμας, 1997). Ήδη από την δεκαετία του '70 το περιβαλλοντικό ζήτημα προσεγγίζεται, από διεθνείς οργανισμούς, ως αναπόσπαστο στοιχείο της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Στην συνδιάσκεψη της Στοκχόλμης (1972) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), «Για το Ανθρώπινο Περιβάλλον», εδραιώνεται η πρόθεση ρύθμισης και παρέμβασης σε επίπεδο πολιτικής για την προστασία του περιβάλλοντος. Την επόμενη δεκαετία, στην Γενική συνέλευση του ΟΗΕ, με την λήψη της απόφασης 38/161/1983, δημιουργήθηκε η Επιτροπή για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη (World Commission of the Environment and Development - WCED) με όρους που είχαν διαμορφωθεί στο Παγκόσμιο Συνέδριο για το Περιβάλλον το 1982 (Conference of the United Nations). Το 1987 οι εργασίες της επιτροπής ολοκληρώθηκαν με κατάθεση της έκθεσης «Το κοινό μας Μέλλον» γνωστή ως «Έκθεση Brundtland». Το 1992, η Σύνοδος του Ρίο καταλήγει στις : α) Διακήρυξη για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη β) Agenda 21 και γ) Δήλωση Αρχών για την Διαχείριση, Διατήρηση και Βιώσιμη Ανάπτυξη των Δασών ενώ συνολικά για την επίτευξη Βιώσιμης Ανάπτυξης δημιουργείται ένας νέος φορέας «Η επιτροπή για την Βιώσιμη Ανάπτυξη» (UN Commission on Sustainable Development), στην οποία όλα τα κράτη μέλη δίνουν αναφορά, σε ετήσια βάση, ως προς την πρόοδο που σημειώνουν σε σχέση με την επίτευξη στόχων βιωσιμότητας (Λάσκαρις, 1996). Κατά συνέπεια, η βιώσιμη ανάπτυξη αποτελεί μια έννοια που μορφοποιήθηκε βάση μιας αμφίδρομης σχέσης μεταξύ περιβάλλοντος και πολιτικής των χωρών, παράλληλα, όμως, ενσωματώνει στοιχεία από διάφορες θεωρίες ανάπτυξης και πρότυπα πολιτικής ανεξάρτητα από τον τομέα περιβάλλον.

Ο πιο διαδεδομένος ορισμός της βιώσιμης ανάπτυξης προέρχεται από την έκθεση Brundtland (WCED 1987) που αναφέρει την βιώσιμη ανάπτυξη ως : «την ανάπτυξη που καλύπτει τις ανάγκες του παρόντος διασφαλίζοντας στις μελλοντικές γενιές την ικανότητα να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες»(AtKisson, 1996). Η έκθεση αυτή αποτελεί το έναυσμα για την ανάπτυξη και προώθηση του παγκόσμιου ενδιαφέροντος για την βιώσιμη ανάπτυξη σε επίπεδο έρευνας και πολιτικής, ενώ εμφανίζει μια συνολική αναπτυξιακή πρόταση που συνδυάζει οικονομική, περιβαλλοντική πολιτική καθώς και πολιτική κοινωνικών υπηρεσιών και υγείας (Δελλαδέτσιμας, 1997). Επίσης, ένας άλλος ορισμός που χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό και αναφέρεται στο βιβλίο *Caring for the Earth* (IUCN 1991), βιώσιμη ανάπτυξη είναι η : «ανάπτυξη που βελτιώνει την ποιότητα της ανθρώπινης ζωής στα πλαίσια των οικοσυστημάτων που της υποστηρίζουν»(Μπριασούλη, 1997:56). Κατά γενική ομολογία, οι έννοιες 'βιώσιμης ανάπτυξης' και 'βιωσιμότητας' είναι και χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες², υπάρχουν όμως διαφορές στους επιστημονικούς κύκλους καθώς μερικοί επιστήμονες και συγγραφείς, υποστηρίζουν, πως η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης ανταποκρίνεται στο κοινωνικό τομέα συνδυάζοντας τόσο τον περιβαλλοντικό όσο και τον οικονομικό. Ενώ, σε αντίθεση η έννοια της βιωσιμότητας αφορά μόνο περιβαλλοντικούς όρους (Drummond and Marsden, 1999).

Η βιώσιμη ανάπτυξη, σήμερα, αποτελεί διατυπωμένο στόχο πολιτικής των ανεπτυγμένων χωρών (Redclift, 2000). Καθώς, η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης αποτελείται από τρεις βασικές και αλληλεξαρτημένες διαστάσεις: τη περιβαλλοντική, την οικονομική και τη κοινωνική, είναι αναγκαία η χρήση κριτηρίων που προέρχονται από τις ανάγκες των παραπάνω διαστάσεων (AtKisson, 1996). Με βασικό πυρήνα επιδίωξης την παροχή, σε οποιοδήποτε χώρο και χρόνο, της δυνατότητας κάθε ατόμου για ποιοτική ζωή όπου θα περιλαμβάνει ευπρεπή διαβίωση, κοινωνική συμμετοχή, υγεία σε ένα

² Στην παρούσα πτυχιακή εργασία η δυο έννοιες χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες.

σωστό περιβάλλον δημιουργούνται τρεις βασικές ανάγκες (Sprangenberg, 2003):

1. *Περιβαλλοντική ανάγκη*: διασφάλιση περιβάλλοντος σε παγκόσμιο επίπεδο και μακροχρόνια.
2. *Κοινωνική ανάγκη*: ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής μέσω δικαιοσύνης μεταξύ ατόμων, χωρών, κοινωνικών ομάδων κ.λ.π.
3. *Οικονομική ανάγκη*: οικονομική ανάπτυξη στον βαθμό που θα διασφαλίζει την βιωσιμότητα.

Επίσης, είναι σημαντική η αναφορά στις βασικές αρχές της βιωσιμότητας που έχουν αποδοθεί διεθνώς (Μπριασούλη, 1997):

1. *Μελλοντικότητα*, που διασφαλίζει πως το φυσικό κεφάλαιο θα διατηρηθεί μέσω των διαστηριοτήτων του παρόντος και δεν θα εμποδίσει τις επόμενες γενιές να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους.
2. *Ισότητα*, που αναφέρεται στην πρόσβαση στο περιβαλλοντικό κεφάλαιο και στην δίκαιη κατανομή του κόστους που σχετίζεται με τις ανθρώπινες δραστηριότητες.
3. *Δημόσια συμμετοχή*, που αφορά το δικαίωμα συμμετοχής των πολιτών στην λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την βιώσιμη ανάπτυξη.
4. *Προστασία του περιβάλλοντος*, που εξασφαλίζει την ακεραιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και αναγνωρίζει την αξία διατήρησης του οικοσυστήματος, ως πόρο που ωφελούνται οι άνθρωποι από την χρήση του.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η οικονομική ανάπτυξη μπορεί να συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην βιωσιμότητα μπορεί, όμως, και να την υποσκελίζει. Ο οικονομικός τομέας δημιουργεί μια κινητήρια δύναμη πίσω από κάθε πρόβλημα, κατά συνέπεια με σωστή χρήση μπορεί να συμβάλει στην λύση των προβλημάτων (Hopwood, Mellor and O' Brien, 2002). Η δημιουργία πλούτου μπορεί μακροχρόνια να ικανοποιήσει κοινωνικές ανάγκες, όπως την παροχή εργασίας, υψηλό εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση και καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης, τομείς που αφορούν την κοινωνική βιωσιμότητα και ανάπτυξη μιας χώρας (Redglift, 2000). Η δημιουργία πλούτου, όμως, που σχετίζεται με την παραγωγή, δύναται να επιβαρύνει τομείς τις

περιβαλλοντικής βιωσιμότητας, όπως η κατανάλωση ενέργειας, η χρήση φυσικών πόρων, η δημιουργία ρυπαντών και απορριμμάτων κ.α. τομείς, όπου μια υπερβολική χρήση, λόγω την μεγάλης οικονομικής ανάπτυξης, δεν υποστηρίζεται από το οικοσύστημα. Αυτή η ανισότητα της βιωσιμότητας δείχνει πως η κοινωνική βιωσιμότητα απαιτεί ένα ελάχιστο όριο οικονομικής ανάπτυξης, ενώ η περιβαλλοντική ένα μέγιστο όριο. Πρέπει, λοιπόν, να υπάρχει μία ισορροπία μεταξύ κοινωνικών απαιτήσεων και περιβαλλοντικών ορίων (Spangenberg, 2003).

Η Βιώσιμη Ανάπτυξη υφίσταται μια διάκριση ως προς τους σκοπούς επίτευξης της μέσω της πολιτικής των διαφόρων χωρών. Έτσι, υπάρχει η Ασθενής Βιωσιμότητα (Soft Sustainability) και η Ισχυρή Βιωσιμότητα (Hard Sustainability) (Drummond and Marsden, 1999). Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ των δυο τύπων βιωσιμότητας.

Πίνακας 1

Ασθενής βιωσιμότητα	Ισχυρή βιωσιμότητα
Πρόληψη καταστροφών για την ανθρώπινη κοινωνία	Ανάπτυξη της κοινωνίας σε αρμονία με το περιβάλλον
Αποδοχή και χρήση υπάρχουσας τεχνολογίας	Αναζήτηση και εναλλακτικής τεχνολογίας
Ανθρωποκεντρική	Περιβαλλοντοκεντρική
Ανάγκες των γενεών να αντιμετωπίζονται ξεχωριστά	Ανάγκες των γενεών να υπολογίζονται μελλοντικά
Αντιμετώπιση μικρών περιβαλλοντικών ρίσκων	Αντιμετώπιση μεγάλων περιβαλλοντικών ρίσκων
Μικρές αλλαγές των υπαρχόντων πολιτικών συστημάτων, προς την βιωσιμότητα	Αλλαγή σε νέα πολιτικά συστήματα, προς την βιωσιμότητα

(Πηγή: Drummond and Marsden, 1999)

Επιπροσθέτως η διασφάλιση της βιωσιμότητας (κοινωνικής, οικονομικής και περιβαλλοντικής) σε παγκόσμιο επίπεδο είναι αναγκαία. Οι ανεπτυγμένες χώρες βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση με τις αναπτυσσόμενες

καθώς υπάρχει ο ενδεχόμενος κίνδυνος μείωσης του επιπέδου ευημερίας από μια μεταβολή της ροής των πρώτων υλών από τις αναπτυσσόμενες χώρες προς τις ανεπτυγμένες, από μια διαταραχή του διεθνούς εμπορίου ή ακόμα και από την μαζική μετανάστευση (Λάσκαρις, 1996). Οι ανεπτυγμένες χώρες, λοιπόν, οφείλουν να λαμβάνουν υπόψιν την βιώσιμη ανάπτυξη και να οργανώνονται πολιτικά όχι μόνο εντός των συνόρων τους αλλά και εκτός (Moldan and Billharz, 1998).

Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψιν τόσο τις τρεις προαναφερθέντες ανάγκες αλλά και τις βασικές αρχές μπορούν να δημιουργηθούν κατευθυντήριες γραμμές επιβάλλοντας πολιτικές προτάσεις με βασική επιδίωξη την βιώσιμη ανάπτυξη. Κατά συνέπεια πολιτικές κατευθυνόμενες προς την βιωσιμότητα απαιτούν (Bergstrom and Dobers, 2000): α) την ενσωμάτωση των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών στόχων σε μία στρατηγική όπου θα διασφαλίζει τους σκοπούς της κάθε μίας ξεχωριστά β) την εισαγωγή δεοντολογικού προσανατολισμού προς δίκαιη κατανομή οικονομικής, κοινωνικής, υγειονομικής και περιβαλλοντικής πολιτικής και γ) την επέκταση της πολιτικής με προοπτική την κάλυψη των περιφερειών και την μελλοντικών γενεών, ώστε να μην επωμιστούν το βάρος των δραστηριοτήτων του παρόντος.

Συνοψίζοντας, η βιώσιμη ανάπτυξη είναι ένας αμφιλεγόμενος όρος όπου δείχνει να αποτελεί ένα κοινό τόπο πολιτικής και επιστημονικής δράσης με σκοπό να ικανοποιήσει την ανάγκη του κοινωνικού συνόλου για ανοδική πορεία που θα εξασφαλίζει υψηλό βιοτικό επίπεδο και ευημερία, χωρίς να υποβαθμίζει το φυσικό περιβάλλον και να θέτει σε κίνδυνο την ευημερία των επόμενων γενεών.

1.2 Μέτρηση της Βιώσιμης Ανάπτυξης Με την Χρήση Δεικτών.

Η μέτρηση της απόδοσης της βιώσιμης ανάπτυξης πρέπει να μετριέται, καθώς μπορεί να δείξει σε ποιο επίπεδο ανάπτυξης βρίσκεται η κοινωνία αλλά και προς τα πού κατευθύνεται (Moldan and Billharz, 1998). Συγκεκριμένα η ανάγκη εύρεσης κατάλληλων μέτρων έγινε επιτακτική καθώς δεν ήταν

δυνατόν (Μπριασούλη, 1997): α) να γίνει εκτίμηση και αξιολόγηση των περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών συνθηκών μιας περιοχής σε παρόντικό χρόνο β) να προβλεφθούν πιθανές επιπτώσεις προτεινόμενων παρεμβάσεων σε μία περιοχή και γ) να προδιαγραφεί η αναπτυξιακή πορεία που θα έχει ως αποτέλεσμα την περιβαλλοντική και κοινωνικοοικονομική βιωσιμότητα.

Οι προσπάθειες να βρεθούν κατάλληλα μέτρα μέτρησης της βιωσιμότητας χρονολογούνται από τη δεκαετία του '80, όταν η Έκθεση Brundtland (WCED, 1987) εισήγαγε το θέμα, σαν ένα από τα σημαντικότερα αντικείμενα χρήσης για την λήψη πολιτικών αποφάσεων (Λάσκαρης, 1996). Επικεντρώνοντας στην πρακτική ερώτηση πώς θα μετρηθεί η βιωσιμότητα από όλες τις πλευρές της, δημιουργήθηκε μία ομάδα επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων (οικονομολόγοι, περιβαλλοντολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α.) με σκοπό την δημιουργία ενός συστήματος δεικτών και την απεικόνιση της λίστας των αντικειμένων προς μέτρηση (Spangenberg, 2002). Πρέπει να τονιστεί, πώς η τελική αναφορά γίνεται σε δείκτες και όχι μέτρα, καθώς η έννοια της βιωσιμότητας δεν είναι άμεσα μετρίσιμη ή παρατηρήσιμη και πώς οι δείκτες σχετίζονται με την αξιολόγηση και υπάρχουν με σκοπό την λήψη αποφάσεων και σχεδιασμού πολιτικής (Μπριασούλη, 1997). Λαμβάνοντας υπόψιν υπάρχουσα βιβλιογραφία πρωτεργατών όπως Hazel Henderson (The Oregon Benchmarks Program), οι επιστήμονες ένωσαν την γνώση τους και επιχειρηματολόγησαν πάνω σε διάφορες στρατηγικές μέτρησης, κριτήρια και λίστες καταλήγοντας σε τρεις τύπους δεικτών: περιβαλλοντικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί (AtKisson, 1996).

Ως τελικό στόχο πρέπει οι δείκτες να αντιπροσωπεύουν τα περιβαλλοντικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά μιας περιοχής και να χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των σημαντικότερων προβλημάτων, ώστε να διασφαλιστεί η βελτίωση και η ανάπτυξη περιοχών σύμφωνα με την βιωσιμότητα και τα κριτήρια διαχείριση των φυσικών αποθεμάτων (Roldan and Valdes, 2002). Για την επίτευξη αυτού του στόχου η δημιουργία των δεικτών έπρεπε να πληρεί τις ακόλουθες

προϋποθέσεις σύμφωνα με την Agenda 21 και τον Organization of Economic Cooperation and Development (OCDE)(Roldan and Valdes 2002, AtKisson 1996):

1. Πρέπει να συμβαδίζουν με την γενική ροπή της κοινωνίας που είναι μακροχρόνια θεμελιώδης για την περιβαλλοντική και κοινωνικοοικονομική ισορροπία.
2. Να είναι στατιστικά μετρήσιμοι και να ανταποκρίνονται τα δεδομένα τους για τουλάχιστον μια με δυο δεκαετίες.
3. Να είναι ελκυστικοί από τις τοπικές αρχές.
4. Να είναι γενικά κατανοητοί από τον μέσο άνθρωπο.
5. Διαθεσιμότητα και αξιοπιστία των πηγών που δίνουν πληροφορίες.
6. Χρήση πρόσφατων στατιστικών δεδομένων.
7. Ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει ποιοτικούς και ποσοτικούς όρους.

Αν και ο αριθμός των δεικτών (τρεις κατηγορίες) φαίνεται να είναι μικρός, στην πραγματικότητα υποστηρίζονται από δευτερεύοντες δείκτες (Sprangenberg, 2002). Όπως θα δειχθεί και παρακάτω μερικοί δείκτες ανήκουν σε περισσότερες από μια κατηγορίες ή εμφανίζονται ξεχωριστές κατηγορίες που περιλαμβάνουν τους δείκτες αυτούς (π.χ. κοινωνικοοικονομικοί δείκτες).

Περιβαλλοντικοί Δείκτες

Το περιβάλλον και η προστασία του είναι απαραίτητη προϋπόθεση στα πλαίσια της βιώσιμης ανάπτυξης. Στα τέλη του '60, σηματοδοτήθηκε η έναρξη σημαντικού ερευνητικού έργου για την δημιουργία περιβαλλοντικών δεικτών, καθώς οι δείκτες αυτοί κρίθηκαν σημαντικοί, στην ευρύτερη επιστημονική και πολιτική κοινότητα, για τον προσδιορισμό της ποιότητας του περιβάλλοντος (Λάσκαρις, 1996). Η χρησιμότητα αυτών των περιβαλλοντικών δεικτών είναι ουσιαστική, καθώς δίνουν πληροφορίες για μια περιοχή σε ότι αφορά το φυσικό περιβάλλον και τις επιπτώσεις των ανθρώπινων δραστηριοτήτων σε αυτό.

Οι περιβαλλοντικοί δείκτες αναφέρονται κυρίως σε ένα περιβαλλοντικό μέσο και η πλειοψηφία τους αφορά την ατμόσφαιρα, τον

αέρα, το νερό και το οικοσύστημα. Η θεωρητική βάση, λοιπόν, της δημιουργίας αυτών των δεικτών προέρχεται από επιστημονικά πεδία όπως: Επιστήμες της Ατμόσφαιρας, Περιβαλλοντικές επιστήμες, Εδαφολογία, Δασολογία, Θαλάσσια Οικολογία κ.α. (Μπριασούλη, 1997).

Πίνακας 2

Περιβαλλοντικοί Δείκτες
Εκπομπές διοξειδίου του άνθρακα
Εκπομπές αερίων θερμοκηπίου
Εκπομπές διοξειδίου του θείου
Εκπομπές οξειδίων του αζώτου
Μείωση στρατοσφαιρικού όζοντος
Νέες ποσότητες ουσιών μείωσης της στοιβάδας του όζοντος
Ποιότητα ποταμών
Χρήση υδατικών πόρων
Επεξεργασία υγρών αποβλήτων
Μεταβολές χρήσεων γης
Προστατευόμενες περιοχές
Στρες περιοχής, προστασία περιοχής
Απώλειες επιφανειακού εδάφους και γεωργικής γης
Ισοζύγια K, N, P στο έδαφος
Δείκτης χρήσης βιοκτόνων
Χρήση αζωτούχων λιπασμάτων
Κρίσιμα οικοσυστήματα
Δείκτες Ειδικών Οικοσυστημάτων
Καθαρή πρωτογενής παραγωγή
Τάσεις φυσικής διαταραχής δασών
Αναγέννηση μετά την υλοτομία
Χρήση δασικών πόρων
Ετήσια αναδάσωση, ετήσια αποδάσωση
Απειλούμενα είδη
Επίπεδα ρυπαντών σε βιοτικούς παράγοντες
Αλιεύσεις ψαριών
Αειφορία οικοσυστημάτων: παραγωγικότητα καλλιεργειών, παραγωγικότητα εδάφους, διάβρωση, ρυπαντές, μικροβιακοί παράγοντες, χρήση γης.
Δείκτες περιβαλλοντικής πίεσης
Παραγωγή αποβλήτων
Απόβλητα πόλεων
Διαχείριση αποβλήτων

(Πηγή: AtKisson, 1996 – Spangenberg, 2002 – Velena and Ellenbecker, 2001)

Στο Πίνακα 2 συνοψίζεται ένας σημαντικός αριθμός δεικτών από μέρος της υπάρχουσας βιβλιογραφίας³, καθ' ότι δεν είναι δυνατή η πλήρη αναφορά όλων των δεικτών.

Οικονομικοί Δείκτες

Παρ' όλο που οι οικονομικοί δείκτες δεν είναι τόσο διαδεδομένοι στην χρήση όσο οι περιβαλλοντικοί, εντούτοις κατέχουν ένα εξίσου σημαντικό υπόβαθρο με αυτούς. Αν και οι περισσότεροι αποτελούν κλασσικά οικονομικά μεγέθη που προσδιορίζουν την οικονομία μίας χώρας, ένας δείκτης δείχνει να είναι πιο σημαντικός από τους υπόλοιπους. Ο δείκτης είναι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν μιας χώρας χωρίς όμως τις περιβαλλοντικές απώλειες – γνωστό και ως «Πράσινο» Εθνικό Προϊόν. Γίνονται προσπάθειες να ληφθεί υπόψιν ο συγκεκριμένος δείκτης σε κάθε χώρα και να συμπεριληφθεί η αξία των περιβαλλοντικών πόρων, υφίσταται όμως διαφωνίες στην πρακτική του εφαρμογή του (Spangenberg, 2004). Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι οικονομικοί δείκτες.

Πίνακας 3

Οικονομικοί Δείκτες
Ετήσιος ρυθμός αύξησης του ΑΕΠ
Κατά κεφαλή ΕΑΠ
Καθαρό Εθνικό προϊόν, Καθαρές εθνικές επενδύσεις
Εθνικό Εισόδημα διορθωμένο για περιβαλλοντικές απώλειες
Ιδιωτική τελική κατανάλωση
Αναλογία όρων εμπορίου
Εξωτερικό χρέος
Παραγωγικότητα της οικονομίας
Αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας
Βιομηχανική παραγωγή
Ισχυρό και ασθενές κριτήριο αειφορίας
Σταθερότητα της ανάπτυξης
Ενεργειακή ένταση
Πυκνότητα ενεργειακής παραγωγής
Εμπόριο τροπικής ξυλείας
Επίπεδα υλοτόμησης
Πυκνότητα γεωργικής παραγωγής

(Πηγή: AtKisson, 1996 – Spangenberg, 2002 – Velena and Ellenbecker, 2001)

³ Ισχύει για όλους τους πίνακες δεικτών στο παρόν κεφάλαιο.

Κοινωνικοί Δείκτες

Μεγάλη ερευνητική προσπάθεια έχει αφιερωθεί στους κοινωνικούς δείκτες και βρίσκονται σε αρχικό στάδιο συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Ειδικότερα χρησιμοποιούνται δείκτες που εκτιμούν την ποιότητα ενώ περιλαμβάνονται και αόριστοι δείκτες που αφορούν την ανάπτυξη. Σε γενικές γραμμές, όλα τα κοινωνικά μεγέθη μπορούν να θεωρηθούν ως δείκτες κατά συνέπεια είναι δύσκολη η αποδοχή τους ως εργαλεία στην λήψη αποφάσεων πολιτικής (Spangenberg, 2002). Ο Πίνακας 3 αναφέρεται στους κοινωνικούς δείκτες. Επίσης, στον Πίνακα 4 αναγράφονται οι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες που όπως προαναφέρθηκε είναι δείκτες που συνδυάζουν στοιχεία για την αξιολόγηση τόσο από το οικονομικό όσο και από το κοινωνικό πεδίο βιωσιμότητας.

Πίνακας 4

Κοινωνικοί Δείκτες
Πληθυσμός και πληθυσμιακή πυκνότητα
Ποσοστά αστικού και αγροτικού πληθυσμού
Υποσιτισμός – Ποσοστό υποσιτιζόμενων παιδιών
Προσδοκία ζωής και ποσοστό παιδικής θνησιμότητας
Ποσοστό εγγραμμάτων
Δείκτης (index) ανθρώπινης ανάπτυξης
Πληθυσμός που επηρεάζεται από φυσικές καταστροφές
Ένταση χρήσης πόρων
Επίπεδο υγείας πληθυσμού
Κοινωνικές επιπτώσεις
Έλεγχος της ανάπτυξης
Διαδικασία σχεδιασμού
Ικανοποίηση των καταναλωτών
Ικανοποίηση των κατοίκων
Ελκυστικότητα
Κοινή γνώμη
Πληθυσμός πόλης που εξυπηρετείται από επεξεργασία υγρών αποβλήτων

(Πηγή: AtKisson, 1996 – Spangenberg, 2002 – Velena and Ellenbecker, 2001)

Πίνακας 5

Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες
Τάσεις στις μεταφορές
Επιβατικές μεταφορές, αποδοτικότητα καυσίμων, αστικές μεταφορές και χρήση Ι.Χ.
Ημερήσια χρήση αστικού νερού
Ποσοστό ανεργίας
Ποσοστό ενδεχόμενου φτώχειας
Βιομηχανικά ατυχήματα

(Πηγή: AtKisson, 1996 – Spangenberg, 2002 – Velena and Ellenbecker, 2001)

Οι δείκτες βιωσιμότητας δίνουν μια ζωνρή εικόνα μιας περιοχής όπου η ποιότητα ζωής είναι ουσιαστική, ενώ ο πληθυσμός της περιοχής αυτής βιώνει υγιώς τις προσωπικές του προσδοκίες (AtKisson, 1996). Επίσης, είναι σημαντικό οι δείκτες, αν εφαρμοστούν σε διαφορετικές περιοχές, να είναι δυνατή η σύγκριση και η αξιολόγηση της περιοχής που πλησιάζει ή ακόμα απομακρύνεται από τους στόχους της βιώσιμης ανάπτυξης (Moldan and Billharz, 1997). Επιπροσθέτως, η επιλογή των δεικτών σε κάθε περίπτωση λήψης δεδομένων, για μια ή περισσότερες περιοχές, διαφέρει ανάλογα το είδος της πληροφόρησης, την περιοχή κ.α. Σε έρευνα των Roldan and Valdes (2002), στο Μεξικό, σε επτά περιοχές που χαρακτηρίζονται από έντονη διαδικασία αστικοποίησης και βιομηχανοποίησης τις τρεις τελευταίες δεκαετίες⁴ χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες που φαίνονται στον Πίνακα 5.

Συνολικά, από τους δείκτες λίγοι είναι αυτοί που πληρούν τα κριτήρια και ανταποκρίνονται στην χρήση τους για την εκτίμηση της βιώσιμης ανάπτυξης. Αυτό οφείλεται στο ότι αρκετοί από τους δείκτες είναι τεχνικά ακατόρθωτοι να εφαρμοστούν, μερικοί είναι δυσνόητοι κατά συνέπεια δύσκολα αποδεκτοί από τους φορείς που λαμβάνουν αποφάσεις πολιτικής ενώ σε μερικούς δεν υπάρχουν ακόμα δεδομένα για να 'λειτουργήσουν' και να δώσουν πληροφορίες (AtKisson, 1996).

⁴ Περιοχές που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν από αγροτικές δραστηριότητες και κατείχαν πλούσια αποθέματα νερού και γης.

Πίνακας 6

Οικονομικοί δείκτες	Κοινωνικοί δείκτες	Περιβαλλοντικοί δείκτες
Κατά κεφαλήν εισόδημα	Εκπαίδευση (αναλφαβητισμός, επίπεδο εκπαίδευσης)	Υδρολογική ισορροπία
Εργασία	Υγεία (θνησιμότητα παιδιών, ιατρική φροντίδα)	Ποιότητα νερού
Κατανάλωση ρεύματος	Φτώχεια	Ποιότητα αέρα
	Διαθεσιμότητα πόσιμου νερού	Βλάστηση
	Διαθεσιμότητα ηλεκτρικού ρεύματος	Χρήση γης
	Υποδομή διαχείρισης λυμάτων	Διάβρωση
		Προστατευόμενες περιοχές

(Πηγή: Roldan and Valdes, 2002)

Συμπερασματικά οι δείκτες προσφέρουν ένα κοινό έδαφος για να αναπτυχθεί μια κοινή αντίληψη περί βιώσιμης ανάπτυξης και ενώ μπορεί να μην είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την παρούσα πολιτική μακροχρόνια μπορούν μέσω στοχοθετούμενων παρεμβάσεων να αποδώσουν σταθερή κληρονομιά για τις μελλοντικές γενιές.

1.3 Σχέση Βιώσιμης Ανάπτυξης και Υγείας.

Στις προηγούμενες ενότητες έγινε αναφορά στο περιεχόμενο της βιώσιμης ανάπτυξης και στους δείκτες που σχετίζονται με την εκτίμησή της. Επίσης, οι τρεις βασικές διαστάσεις (κοινωνική, οικονομική και περιβαλλοντική), αποτελούν πλέον βασικό πεδίο έρευνας και χρήσης σε ότι αφορά την λήψη αποφάσεων πολιτικής. Παρ' όλα αυτά, η έννοια της υγείας του κοινωνικού συνόλου και της βιώσιμης πολιτικής των υγειονομικών συστημάτων, δεν έχει βρει ακόμα πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη. Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια προσπάθεια προσδιορισμού των σχέσεων που απορρέουν μεταξύ βιώσιμης ανάπτυξης και υγείας, αν και η υπάρχουσα

βιβλιογραφία είναι ανεπαρκής και δυσεύρετη, προκειμένου να υπάρξει εκτενής ανάλυση των σχέσεων των εννοιών αυτών.

Στην Έκθεση Brundtland (WCED, 1987) αναφέρονται τομείς όπως ισότητα των μελών μίας κοινωνίας, δημόσια συμμετοχή αυτών, μελλοντικότητα και προστασία του περιβάλλοντος. Σε αυτούς τους τομείς η έννοια της υγείας δύνатаι να βρει εφαρμογή και μπορεί μακροπρόθεσμα να προσφέρει ένα βιώσιμο μέλλον στην ανθρώπινη κοινωνία (Douglas, 2004).

Οι σχέσεις μεταξύ των εννοιών που η βιώσιμη ανάπτυξη προσβεί και της έννοιας της υγείας, παρουσιάζονται αμφίδρομες και πολύπλευρες, σε γενικές γραμμές η προσπάθεια διατήρησης του φυσικού κεφαλαίου κι η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου κάθε κοινωνίας συνεπάγεται καλή υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η *κοινωνική ισότητα* απαιτεί ίση πρόσβαση, σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ασφαλιστικού συστήματος μιας χώρας, η *ενημερία και η ποιότητα ζωής* εξαρτάται από το επίπεδο υγείας άρα και από το υγειονομικό σύστημα που οφείλει να το διασφαλίσει στο καλύτερο δυνατό (Garcés, Rodénas and Sanjosé, 2002). Τέλος, η *οικονομική ανάπτυξη* κάθε οργανισμού και υπηρεσίας η οποία δεν είναι εφικτή με χαμηλή απόδοση του ανθρώπινου κεφαλαίου (ικανοποίηση εργαζόμενων) (Delisle et al., 2005). Άρα, για να επιτευχθεί βιώσιμη ανάπτυξη σε μία κοινωνία, απαιτείται πρόσβαση σε υπηρεσίες, μείωση κοινωνικών διαφορών, μείωση της βλάβης της υγείας και απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Douglas, 2004).

Μια άλλη σχέση που εμφανίζεται, μεταξύ υγειονομικού συστήματος και βιωσιμότητας, είναι η περιβαλλοντική σχέση. Η παραγωγή των απορριμμάτων ενός νοσοκομειακού οργανισμού απαιτεί βιώσιμη διαχείριση καθώς μπορεί να επηρεάσει τόσο την υγεία του πληθυσμού όσο και να επιβαρύνει το περιβάλλον.

Η υγεία του πληθυσμού μιας χώρας μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες. Υφίσταται, όμως μια κατηγοριοποίηση σε σχέση με το υγειονομικό σύστημα. Η πρώτη κατηγορία που σχετίζεται με το υγειονομικό σύστημα αφορά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών υγείας και την χρήση τα

τεχνολογικών, κλινικών και φαρμακευτικών πρακτικών αλλά και την φροντίδα που λαμβάνουν τα άτομα από το αντίστοιχο προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων και η δεύτερη κατηγορία, που δεν σχετίζεται με τον κλινικό τομέα, αφορά εξωγενείς παράγοντες όπως, σε γενικές γραμμές, τον τρόπο ζωής των ατόμων, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον κ.α. (Douglas, 2004). Ποιο αναλυτικά οι παράγοντες παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους παράγοντες και χρησιμοποιώντας δεδομένα που προέρχονται από τους ίδιους τους πολίτες είναι δυνατή η αξιολόγηση ενός συστήματος (Υγειονομικό) και η διάγνωση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει με σκοπό την εύρεση λύσεων. Όπως θα αναλυθεί και στο τρίτο κεφάλαιο, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης τόσο των εργαζομένων όσο και των χρηστών μιας νοσοκομειακής μονάδας, βάσιμα στατιστικά δεδομένα μπορούν να ληφθούν για την αποδοτικότητα και βιωσιμότητα του συγκεκριμένου οργανισμού.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και αναφέρονται στον παραπάνω πίνακα όπως για παράδειγμα, η απασχόληση, η επαγγελματική ανάπτυξη, το εισόδημα, οι συνθήκες και η ποιότητα του χώρου εργασίας, αποτελούν παράγοντες εξαρτημένους από τον βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων. Επίσης, η ικανοποίηση των καταναλωτών αφενός αποτελεί από μόνη της δείκτη κοινωνικής βιωσιμότητας (Πίνακας 4), αφετέρου μερικοί από τους παράγοντες υγείας αποτελούν και παράγοντες του βαθμού ικανοποίησης, όπως η παροχή υπηρεσιών υγείας και η κοινωνική ασφάλιση, κατά συνέπεια και αξιολόγηση της ποιότητας παροχής των υπηρεσιών.

Πίνακας 7

‘Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.’

Βιολογικοί Παράγοντες	• Ηλικία - Φύλλο • Γενετικοί Παράγοντες
Προσωπικοί Οικογενειακοί Τρόπος Ζωής	• Δομή της οικογένειας. • Εκπαίδευση. • Εισόδημα. • Είδος Απασχόλησης. • Επαγγελματική Ανάπτυξη. • Διατροφικές Συνήθειες. • Κάπνισμα- Αλκοόλ- Ναρκωτικές ουσίες. • Φυσική Άσκηση.
Κοινωνικοί	• Κουλτούρα. • Κοινωνικές Σχέσεις. • Κοινωνική Υποστήριξη.
Φυσικό Περιβάλλον	• Ποιότητα αέρα, νερού, εδάφους. • Ποιότητα χώρου Οικίας και Εργασίας • Ποιότητα περιοχής Διαμονής. • Συνθήκες Εργασίας. • Δίκτυο Μεταφοράς. • Διαχείριση απορριμμάτων.
Δημόσιες Υπηρεσίες	• Υπηρεσίες Υγείας (σε όλα τα επίπεδα). • Κοινωνικές υπηρεσίες. • Κοινωνική ασφάλιση. • Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. • Αστυνομικά μέτρα (πρόληψη εγκλήματος)
Δημόσια Πολιτική	• Δημοκρατία • Οικονομική, Κοινωνική, Περιβαλλοντική και Υγειονομική πολιτική.

(Πηγή : Douglas, 2004)

1.4 Διαχείριση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων.

Η διαχείριση των απορριμμάτων αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας ενός οργανισμού. Αντίστοιχα ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας προκειμένου να ανταποκρίνεται στον όρο «βιώσιμος» οφείλει να μην επιβαρύνει το περιβάλλον ενώ είναι υποχρεωμένος να διασφαλίζει την υγεία του κοινωνικού συνόλου τόσο εντός όσο και εκτός του οργανισμού. Λόγω της φύσης και του είδους των απορριμμάτων απαιτείται ειδική και προσεκτική διαχείριση, προκειμένου να υπάρχει ασφάλεια απέναντι στον άνθρωπο και το περιβάλλον.

Γενικότερα, ο συγκεκριμένος τομέας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα σε οργανωτικό, υγειονομικό και οικονομικό επίπεδο. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα προβλήματα και υγειονομικές επιπτώσεις της μη ορθολογικής διαχείρισης των απορριμμάτων, κατηγοριοποιούνται τα νοσοκομειακά απορρίμματα ενώ αναλύονται τα στάδια της σωστής διαχείρισης αυτών.

1.5 Προβλήματα Διαχείρισης Των Νοσοκομειακών Απορριμμάτων Και Υγειονομικές Επιπτώσεις

Η διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων πρέπει να αποτελεί μέρος του συστήματος οργάνωσης του οργανισμού διαφορετικά παρουσιάζονται μεγάλα προβλήματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το σύστημα διαχείρισης αφορούν τόσο το τεχνικό μέρος της διαδικασίας όσο και το οργανωτικό. Στο οργανωτικό κομμάτι η αρμοδιότητα της διαχείρισης συνήθως αποτελεί μέρος των πολλαπλών καθηκόντων ενός ατόμου ενώ παράλληλα υπάρχει έλλειψη συνεργασίας. Επίσης, εμφανίζεται ελλιπής ενημέρωση τόσο στο διοικητικό όσο και στο τεχνικό προσωπικό. Το τεχνικό κομμάτι κατά βάση αφορά την διαφορετική σύνθεση των απορριμμάτων με αποτέλεσμα την χρήση ιδιαίτερων χειρισμών και την μη ύπαρξη κοινού συστήματος αντιμετώπισης της συλλογής, μεταφοράς και διάθεσης των απορριμμάτων. Επιπλέον

υφίσταται οικονομική πίεση από την διοίκηση των νοσοκομείων αφήνοντας μόνο μικρό μέρος του προϋπολογισμού τους για την διαχείριση των απορριμμάτων (Patil and Shekdar, 2001).

Η μη ορθολογική διαχείριση νοσοκομειακών απορριμμάτων εμπεριέχει κινδύνους για τη δημόσια υγεία κατά συνέπεια πρέπει να ληφθούν υπόψιν βασικοί παράγοντες προκειμένου η διαχείριση να είναι ασφαλής. Οι παράγοντες αυτοί είναι :βιολογικοί, χημικοί και φυσικοί, αέριοι ρύποι, παράγοντες σε σχέση με την άμεση και έμμεση επαφή, την αποθήκη νερού και τα εφόδια τροφίμων. Γενικότερα, παθογόνοι οργανισμοί υπάρχουν στα νοσοκομειακά απορρίμματα και οι μεγαλύτερες συγκεντρώσεις τους βρίσκονται στην κατηγορία των μολυσματικών. Οι μικροοργανισμοί βρίσκουν ευνοϊκές συνθήκες για την ανάπτυξη τους και τον πολλαπλασιασμό τους (Muhich et al, 2003). Γίνεται φανερό, λοιπόν, πως η προφύλαξη από την μόλυνση πρέπει να αρχίζει από τον τόπο της παραγωγής.

Γενικά, για να είναι ένα σύστημα διαχείρισης νοσοκομειακών απορριμμάτων σύμφωνο με τα υγειονομικά κριτήρια πρέπει να αποβλέπει στην αποφυγή μολύνσεων κατά την μεταφορά ή προσωρινή αποθήκευση και στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου διασποράς παθογόνων μικροοργανισμών. Η τελική διάθεση περιλαμβάνει δύο εναλλακτικές λύσεις: την αποτέφρωση και την αποστείρωση. Οι λύσεις αυτές έχουν μεγάλη υγειονομική σημασία καθώς τα περισσότερα παθογόνα παράσιτα καταστρέφονται σε υψηλές θερμοκρασίες⁵ (Πανταζόπουλος, Σκορδίλης, 1988).

Κρίνεται, λοιπόν, αναγκαία η ενημέρωση του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού και η ανάληψη ευθύνης σωστής διαχείρισης και χειρισμού εκ μέρους τους. Παράλληλα, απαιτείται συνεργασία στην επίλυση πιθανών προβλημάτων με πρακτικούς, οικονομικούς και υγειονομικά αποδεκτούς τρόπους με τελικό στόχο την μείωση κινδύνων μόλυνσης ή μετάδοσης ασθενειών.

1.6 Είδη Και Ποσότητα Νοσοκομειακών Απορριμμάτων.

⁵ Παράδειγμα η Σαλμονέλα που προκαλεί γαστρεντερίτιδα καταστρέφεται στους 60°C, η ταινία που προκαλεί εντερικές λοιμώξεις καταστρέφεται στους 55°C κ.α.

Η ποσότητα και η σύνθεση των νοσοκομειακών απορριμμάτων αποτελούν βασικούς παράγοντες για την ορθολογική διαχείριση τους. Για λόγους υγιεινής και επιδημιολογίας απαιτούν ειδικό χειρισμό καθώς δεν διαφέρουν σημαντικά από τα άλλα απορρίμματα.

Είδη απορριμμάτων

Σε κάθε χώρα η κατηγοριοποίηση των απορριμμάτων διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο διαχωρισμού, δηλαδή αν γίνεται με βάση την σύνθεση, τον τόπο παραγωγής ή ακόμα και την διάθεση. Τα απορρίμματα που παράγονται στα νοσοκομεία γενικά χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες: 1) απορρίμματα που ομοιάζουν στα οικιακά (υπολείμματα φαγητών και κουζίνας, υλικά συσκευασίας, απορρίμματα από τα γραφεία, αποθήκες και κυλικεία κ.α.), 2) μολυσματικά (μέλη και όργανα σώματος, ρουχισμός, απορρίμματα από εργαστήρια και χειρουργεία) και 3) απορρίμματα που απαιτούν ειδικούς χειρισμούς (επικίνδυνα ραδιενεργά, εύφλεκτα, εκρηκτικά, χημικά και φάρμακα) (Migazaki and Une, 2005).

Στον παρακάτω Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα είδη των απορριμμάτων ανά τμήμα νοσοκομείου (Patil and Shekdar, 2001).

Επίσης τα νοσοκομειακά απορρίμματα κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την δυνατότητα διάθεσης τους σε τρεις ομάδες (Muhlich et al, 2003):

1^η ΟΜΑΔΑ: Απορρίμματα που διατίθενται με οποιαδήποτε μέθοδο.

- ♦ Όμοια με τα οικιακά.
- ♦ Αποστειρωμένα απορρίμματα από τα μικροβιολογικά εργαστήρια.
- ♦ Επίδεσμοι, πλαστικά και άλλα αντικείμενα μη χρήσιμα.

2^η ΟΜΑΔΑ: Απορρίμματα που πρέπει να καούν

- ♦ Μέλη σώματος, οργανικά απορρίμματα από παθολογικά τμήματα, χειρουργεία και τράπεζες αίματος.
- ♦ Είδη μιας χρήσεως όπου έχουν έρθει σε επαφή με το αίμα ή σωματικά υγρά ασθενών (επίδεσμοι, σύριγγες κ.α.).
- ♦ Απορρίμματα από τμήματα απομόνωσης όπως βιοχημικά και εργαστήρια.

3^η ΟΜΑΔΑ: Απορρίμματα που απαιτούν ειδικούς χειρισμούς

- ♦ Φάρμακα και χημικά που λόγο ποιότητας δεν μπορούν να μπουν στην 1^η ομάδα.
- ♦ Ειδικά απορρίμματα όπως εκρηκτικές ουσίες και εύφλεκτα υλικά.

Πίνακας 9

ΤΜΗΜΑ	ΠΑΡΑΓΟΜΕΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ
Διοικητικό	Απορρίμματα κυρίως από χαρτί
Γυναικολογικό	Κατεστραμμένος ρουχισμός, σύριγγες, βελόνες, μάσκες μιας χρήσης, γάντια χειρουργικά, πετσέτες, πάνες μιας χρήσης, πλακούντες κ.α
Τμήμα Α' Βοηθειών	Σπόγγοι, ιστοί σώματος, μάσκες μιας χρήσης, καθετήρες, εγχειρίδια αιμοληψίας, σωλήνες παροχέτευσης, αμπούλες κ.α.
Εργαστήρια	Μολυσμένα είδη από γυαλί, πετσέτες, δοκιμαστικοί σωλήνες, αστοί σώματος, όργανα και κόκαλα κ.α.
Δωμάτια απομονώσεως και δωμάτια ασθενών	Είδη από χαρτί με βλέννες και λευχήματα, ρουχισμός, μάσκες μιας χρήση, επίδεσμοι, υπολείμματα τροφών κ.α.
Χειρουργικό τμήμα	Χειρουργικά γάντια, μάσκες, γάζες, πλαστικά σωληνάκια, ιστοί και όργανα σώματος κ.α.
Κοινόχρηστοι χώροι	Υλικά συσκευασίας, χαρτοκιβώτια, μπουκάλια, χαρτιά υγιεινής, υπολείμματα τροφών, μπουκάλια, άχρηστα έπιπλα κ.α.

(Πηγή: Migazaki and Une, 2005)

Ποσότητες

Ο προσδιορισμός της ποσότητας των απορριμμάτων ενός οργανισμού υγείας είναι σημαντικός για την ορθολογική διαχείριση τους τόσο σε επίπεδο αποθήκευσης, μεταφοράς και διάθεσης. Μικρά νοσηλευτικά ιδρύματα, γηροκομεία και νευρολογικές κλινικές παράγουν μικρές σχετικές ποσότητες απορριμμάτων ενώ οι μεγαλύτερες ποσότητες παρατηρούνται σε γυναικολογικές κλινικές και μαιευτήρια. Γενικότερα στην αύξηση των ειδών χρήσης σε μια ιατρική πράξη αυξάνονται και οι ποσότητες των απορριμμάτων. Για τον προσδιορισμό της ποσότητας των νοσοκομειακών απορριμμάτων χρησιμοποιούνται παράμετροι όπως (Πανταζόπουλος, Σκορδίλης, 1988):

1. Το μέγεθος του νοσηλευτικού ιδρύματος (αριθμός κλινών).
2. Το είδος του νοσηλευτικού ιδρύματος (αριθμός και είδος τμημάτων).
3. Το είδος των εξετάσεων που πραγματοποιούνται, βάση εξοπλισμού, ανά τμήμα.

επίσης, η συνολική ποσότητα των παραγόμενων απορριμμάτων ενός νοσοκομείου προσδιορίζεται με το άθροισμα της παραγόμενης ποσότητας ανά ασθενή. Στον παρακάτω Πίνακα 10 δίνεται η παραγωγή νοσοκομειακών απορριμμάτων, ανεπτυγμένων χωρών, ανά άτομο (Chung and Lo, 2003).

Πίνακας 8

ΧΩΡΑ	KG ANA ATOMO THN MERA
Βέλγιο	1,4
Γαλλία	1,9
Γερμανία	0,4
Ελλάδα	1,4
Ιρλανδία	2,6
Ιταλία	1,0
Πορτογαλία	1,5
Ισπανία	0,6
Ηνωμένο Βασίλειο	5,5

(Πηγή: Chung and Lo , 2003)

1.7 Στάδια Διαχείρισης Νοσοκομειακών Απορριμμάτων

Η διαχείριση των απορριμμάτων αποτελείται από τα στάδια της συλλογής, προσωρινής αποθήκευσης, μεταφοράς και διάθεσης με τρόπο ώστε να είναι ασφαλείς για τη δημόσια υγεία και το περιβάλλον.

1.7.1 Συλλογή Και Προσωρινή Αποθήκευση

Στη συλλογή περιλαμβάνονται όλες οι εργασίες και τον εξοπλισμό που αφορούν στην συγκέντρωση και μεταφορά των νοσοκομειακών απορριμμάτων από τους τόπους παραγωγής τους μέχρι τον τόπο προσωρινής αποθήκευσης. Τα νοσοκομειακά απορρίμματα θα πρέπει να συλλέγονται όσο το δυνατό πλησιέστερα στον τόπο παραγωγής τους ενώ τα ειδικά δοχεία συλλογής δύνανται να χρησιμοποιηθούν για την ενδονοσοκομειακή μεταφορά. Κατά την διαδικασία της συλλογής πρέπει να παρεμποδίζεται η δημιουργία αέριων εκπομπών και η μετάδοση παθογόνων οργανισμών μέσω της άμεσης επαφής με τα χέρια ή τα ρούχα (Πανταζόπουλος, Σκορδίλης, 1988)

Η χρήση κατάλληλων τεχνικών μέσων όπως γάντια και πλαστικές σακούλες σε συνδυασμό με μεταλλικούς κάδους καλύπτει τις υγειονομικές απαιτήσεις. Τα χρησιμοποιούμενα μεταλλικά δοχεία πρέπει να έχουν ανεξάρτητο κάλυμμα ή συνδεδεμένο καπάκι που να εφαρμόζει πλήρως. Η επιφάνεια δε αυτών πρέπει να είναι λεία ώστε να είναι εύκολος ο καθαρισμός και η απολύμανσή τους. Ο καθαρισμός περιλαμβάνει πλύσιμο μέσω ατμού υπό πίεση ή νερού στους 85 °C και χρήση απορρυπαντικού. Η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνεται κατά βάση με μηχανικά μέσα και από άποψη υγιεινής αλλά και χρόνου (Muhlich et al, 2003).

Απορρίμματα από δωμάτια απομονώσεων πρέπει να συγκεντρώνονται σε πλαστικές σακούλες μέσα στα δωμάτια των ασθενών, να δένονται και να τοποθετούνται εκ νέου σε πλαστικές αδιαπέραστες σακούλες με την ένδειξη «μολυσματικό». Τα αιχμηρά κοφτερά αντικείμενα θα πρέπει να χειρίζονται ξεχωριστά σε κάθε τμήμα. Η συλλογή τους πρέπει να γίνεται αρχικά σε δοχεία σκληρού περιβλήματος και στην πορεία εντός πλαστικού σάκου με τα υπόλοιπα απορρίμματα (Migazaki and Une, 2005). Αυτός ο

τρόπος συλλογής προφυλάσσει το προσωπικό από τραυματισμό⁶ και επίσης ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος μόλυνσης από ασθένειες⁷.

Για τη διάθεση των υπολειμμάτων τροφών προτείνεται η χρήση σακούλας μέσα σε δοχεία. Σε περίπτωση λειτουργίας αποτεφρωτήρα για την τελική διάθεση προτείνεται η χρήσης πλαστικής σακούλας ενώ για την αποστείρωση με ατμό προτείνεται χρήση ειδικών χάρτινων σακουλών που παρουσιάζουν ικανοποιητική διαπερατότητα. Μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης όσον αφορά τον τρόπο συλλογής είναι (Patil and Shekdar, 2001):

- ♦ Συλλογή 0 : Καθόλου χρήση δοχείων και μεταφορά με αγωγούς απευθείας στον χώρο προσωρινής αποθήκευσης.
- ♦ Συλλογή 1 : Σακούλες πολυαιθυλενίου τοποθετημένες σε δοχεία.
- ♦ Συλλογή 2 : Μαύρες σακούλες απορριμμάτων που ομοιάζουν με τα οικιακά.
- ♦ Συλλογή 3: Μικροί κάδοι πλαστικοί, για την ξεχωριστή συλλογή αμπουλών και συριγγών.
- ♦ Συλλογή 4 : Βαρέλια μεταλλικά ή πλαστικά μεγάλου μεγέθους και χωρητικότητας περίπου 14 l.
- ♦ Συλλογή 5 : Σακούλες πολυαιθυλενίου που τοποθετούνται στα παραπάνω βαρέλια.
- ♦ Συλλογή 6 : Κόκκινες σακούλες πολυαιθυλενίου κατασκευασμένες για την συγκέντρωση μολυσματικών απορριμμάτων.
- ♦ Συλλογή 7 : Σακούλες με την ένδειξη πάνω «μολυσματικό» ή «επικίνδυνο» όπου μέσα τοποθετούνται οι κόκκινες σακούλες.
- ♦ Συλλογή 8 : Ειδικά δοχεία για εύφλεκτα υλικά.

⁶ Για την αποφυγή ατυχημάτων οι βελόνες ξανακαλύπτονται με την πλαστική της θήκη.

⁷ Ειδικότερα στην περίπτωση ασθενών με AIDS, οι σύριγγες απολυμαίνονται μετά την χρήση τους με απολυμαντικό (αλδεΐδη ή φαινόλη).

Προσωρινή αποθήκευση

Η προσωρινή αποθήκευση είναι η τοποθέτηση των νοσοκομειακών απορριμμάτων σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο με την κατάλληλη συσκευασία, μέχρι να πραγματοποιηθεί η μεταφορά για την διάθεσή τους. Για την προσωρινή αποθήκευση των απορριμμάτων των νοσηλευτικών οργανισμών, είναι απαραίτητη η ύπαρξη χώρων ειδικά διαμορφωμένων και εξοπλισμένων. Οι χώροι αυτοί σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να βρίσκονται κοντά στους χώρους διαμονής των ασθενών. Επίσης πρέπει να είναι εύκολα προσπελάσιμος στους οδηγούς του οχήματος μεταφοράς και να είναι προφυλαγμένος από την είσοδο ατόμων χωρίς άδεια (Chaaban, 2001).

Γενικά, οι χώροι προσωρινής αποθήκευσης πρέπει να διασφαλίζουν την στεγνή και δροσερή παραμονή των απορριμμάτων. Αυτό επιτυγχάνεται με τον επαρκή αερισμό και την σωστή επένδυση (πλακάκια στο δάπεδο και στους τοίχους). Επίσης πρέπει να διαθέτουν αποστραγγιστικό σύστημα έτσι ώστε να διευκολύνουν τον καθαρισμό και την απολύμανση τόσο του χώρου όσο και των δοχείων συλλογής των απορριμμάτων. Η παραμονή των απορριμμάτων στον χώρο προσωρινής αποθήκευσης απαιτεί δοχεία καλυμμένα, εύκολα στο πλύσιμο και τοποθετημένα σε σχάρα και σε απόσταση από το έδαφος. Ειδικότερα τα υπολείμματα τροφίμων πρέπει να μεταφερθούν στον συγκεκριμένο χώρο σε προκαθορισμένο χρόνο αλλιώς προβλέπεται κατάλληλη ψύξη⁸ για την προσωρινή αποθήκευση καθώς μειώνεται έτσι η παραγωγή οσμών, η προσέλκυση εντόμων και τρωκτικών και περιορίζεται η ανάπτυξη και διασπορά μικροοργανισμών. Ο χρόνος προσωρινής αποθήκευσης πρέπει να είναι σύντομος και να μην υπερβαίνει σε καμία περίπτωση τις τρεις ημέρες, για λόγους υγιεινής και ασφάλειας (Silva et al, 2005) .

⁸ Ο βαθμός της ψύξης εξαρτάται τόσο από το είδος των απορριμμάτων π.χ το αίμα και όργανα χρειάζονται βαθιά ψύξη.

1.7.2 Μεταφορά

Η μεταφορά είναι η διαδικασία για την απομάκρυνση των νοσοκομειακών απορριμμάτων από τον χώρο προσωρινής αποθήκευσης στις εγκαταστάσεις διάθεσης. Παράλληλα συμπεριλαμβάνονται και τα μέσα – εξοπλισμός που χρησιμοποιούνται. Η καθιέρωση κανόνων για την μεταφορά νοσοκομειακών απορριμμάτων κρίνεται ουσιαστική με σκοπό την προστασία από άμεσους ή έμμεσους κινδύνους για την υγεία. Τα μολυσματικά απορρίμματα είναι εκείνα που χρήζουν ιδιαίτερους χειρισμούς και όχι τόσο τα απορρίμματα που μοιάζουν με οικιακά. Οι κανόνες αυτοί συνοψίζονται στους εξής (Πανταζόπουλος, Σκορδίλης, 1988) :

1. Καθημερινή απομάκρυνση των απορριμμάτων από τα διάφορα τμήματα του οργανισμού.
2. Η μεταφορά των απορριμμάτων να γίνεται ανεξάρτητα από την μεταφορά του ρουχισμού και των καλυμμάτων των κλινών των ασθενών.
3. Καθημερινή μεταφορά των απορριμμάτων στην εγκατάσταση τελικής διάθεσης και σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή την μεταφορά στους προσωρινούς χώρους αποθήκευσης.
4. Τα δοχεία να είναι ειδικά κατασκευασμένα για την μεταφορά και να είναι εύκολη η απολύμανσή τους.

Αναλύοντας την μεταφορά των νοσοκομειακών απορριμμάτων κρίνεται αναγκαίος ο διαχωρισμός σε ενδονοσοκομειακή μεταφορά και εξωνοσοκομειακή μεταφορά επεξεργασμένων ή μη απορριμμάτων. Η ενδονοσοκομειακή ακολούθως χωρίζεται σε δυο είδη, την χειρονακτική μεταφορά και τη μεταφορά μέσω αυτόματου συστήματος. Στην χειρονακτική μεταφορά χρησιμοποιούνται τρέιλερς με μεταλλικά δοχεία⁹ ή κυλιόμενοι ιμάντες με τρέιλερς. Μετά το τέλος κάθε κύκλου μεταφοράς είναι απαραίτητος ο καθαρισμός των δοχείων και των τρέιλερς. Ο καθαρισμός αυτός είναι εύκολος σε περίπτωση που τα δοχεία περνούν αυτόματα από εγκαταστάσεις θερμικής απολύμανσης και αποστείρωσης μαζί με το περιεχόμενό τους. Στα κεντρικά συστήματα τα κεντρικά συστήματα

⁹ Το σύστημα αυτό χρησιμοποιείται και στην εξωνοσοκομειακή μεταφορά.

αυτόματης μεταφοράς παρουσιάζουν βασικά πλεονεκτήματα όπως μείωση του απασχολούμενου προσωπικού και μείωση πρόσθετων εγκαταστάσεων (για το καθάρισμα και το άδειασμα των δοχείων). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διατήρηση αρνητικής πίεσης σε ολόκληρο το σύστημα και φιλτράρισμα του αέρα στην έξοδο. Η χρήση τέτοιου είδους συστήματος παρ'όλα αυτά περιορίζεται στα ομοιάζοντα με τα οικιακά απορρίμματα και όχι σε απορρίμματα υψηλής περιεκτικότητας σε υγρασία ή μη επεξεργασμένα μολυσματικά (Migazaki and Une, 2005).

Κατά την ενδονοσοκομειακή μεταφορά μολυσματικών απορριμμάτων γίνεται χρήση πλαστικών σάκων και μεταλλικών δοχείων όπου οδηγούνται σε αποτεφρωτικό κλίβανο. Σε περίπτωση που υπάρχει αποστειρωτικός κλίβανος, τότε ειδικά δοχεία με απορρίμματα μεταφέρονται και αποστειρώνονται και στην συνέχεια τοποθετούνται προς απομάκρυνση μαζί με τα ομοιάζοντα στα οικιακά, τα οποία συλλέγονται σε συμβατικούς σάκους και οδηγούνται ή στον αποτεφρωτικό κλίβανο ή συγκεντρώνονται σε ειδικό χώρο για να παραληφθούν από την δημοτική υπηρεσία συλλογής (Patil and Shekdar, 2001).

Κατά την εξωνοσοκομειακή μεταφορά μολυσματικών απορριμμάτων χρησιμοποιούνται δοχεία μίας χρήσης υψηλού κόστους ή χρησιμοποιούνται containers όπου τα μεταφέρουν στον χώρο διάθεσης. Η μεταφορά δε των ομοιαζόντων οικιακών γίνεται μέσω της δημοτικής υπηρεσίας με την χρήση δοχείων χωρητικότητας 110-120 l. ή με containers με συμπιεστές, σε περίπτωση μεγάλου όγκου απορριμμάτων (Patil and Shekdar, 2001).

1.7.3 Διάθεση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων

Στον όρο διάθεση των απορριμμάτων περιλαμβάνονται μέθοδοι (χώρους με κατάλληλη υποδομή και εξοπλισμό) που έχουν σκοπό να καταστήσουν τα νοσοκομειακά απορρίμματα ακίνδυνα. Η κυριότερη μέθοδος διάθεσης των νοσοκομειακών απορριμμάτων είναι η καύση είτε σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα, είτε σε μία κεντρική μονάδα μιας περιοχής που υπάρχουν περισσότερα από ένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης σε μικρότερη

κλίμακα χρησιμοποιείται η αποστείρωση των απορριμμάτων και η τελική τους διάθεση στους χώρους απόθεσης οικιακών απορριμμάτων (Muhlich et al, 2003) .

Για τα μολυσματικά απορρίμματα χρησιμοποιείται η θερμική αποστείρωση. Οι μικροοργανισμοί μέσω την υψηλής θερμοκρασίας καταστρέφονται. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με θερμό αέρα θερμοκρασίας 160 – 200 °C είτε με ατμό στους 134°C και 3 Bar πίεση. Μετά από αυτή την διαδικασία τα απορρίμματα μεταφέρονται και διατίθενται με την μέθοδο την υγειονομικής ταφής. Η καύση είναι η πλέον χρησιμοποιημένη, ολοκληρωμένη και σίγουρη μέθοδος διάθεσης των νοσοκομειακών απορριμμάτων. Καύση είναι η πλήρης οξείδωση του προϊόντος σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό. Κατά την θερμική αυτή επεξεργασία παρατηρούνται φαινόμενα που λαμβάνουν χώρα εν μέρει παράλληλα και επηρεάζονται μεταξύ τους., αυτά είναι : ξήρανση, εξαέρωση, αεριοποίηση και τελικά καύση(Ibanez et al, 2000). Οι κλίβανοι καύσης των νοσοκομειακών απορριμμάτων αποτελούνται από τα εξής μέρη (αναφορικά) :

- ♦ Θάλαμο κυρίας καύσης
- ♦ Σύστημα τροφοδοσίας αέρα
- ♦ Επαγωγούς θερμότητας και αερίων
- ♦ Σχάρες.
- ♦ Περικάλυμμα.
- ♦ Εξοπλισμό πλήρωσης – αδειάσματος.
- ♦ Θάλαμο στάχτης.
- ♦ Εξαρτήματα για την κυκλοφορία αέρα.
- ♦ Σύστημα ρύθμισης.
- ♦ Εναλλακτή θερμότητας.
- ♦ Σύστημα καθαρισμού αερίων.

Ειδικότερα, ένας κλίβανος καύσης πρέπει να έχει υψηλό βαθμό απόδοσης, δυνατότητα καλού καθαρισμού, υψηλή αντοχή υλικών και μεγάλη διάρκεια ζωής, εύκολη ρύθμιση και χειρισμό, μικρό όγκο, χαμηλό κόστος αγοράς και συντήρησης. Επίσης, πρέπει να ληφθούν υπόψιν προβλήματα που

μπορεί να δημιουργηθούν με την χρήση της μεθόδου αποτέφρωσης. Οι εκπομπές σκόνης και αλογόνων είναι δυνατό να προκαλέσουν βλάβη στην υγεία του πληθυσμού εντός του νοσοκομείου αλλά και στις περιοχές κοντά στο νοσηλευτικό ίδρυμα, η ατελής καύση αποτελεί κίνδυνο μόλυνσης των εργατών λόγω πιθανών υπολειμμάτων των μολυσματικών απορριμμάτων και υπάρχει περίπτωση εμφάνισης δυσφορίας των χειριστών κατά την εκτέλεση των εργασιών (Ibanez et al, 2000).

Στον νόμο Αττικής, σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, λειτουργούν 36 δημόσια νοσοκομεία και 81 ιδιωτικά, παράγοντας περίπου 22 τόνους απορριμμάτων ημερησίως. Εκτός από την χρήση κλιβάνων που βρίσκονται στους χώρους των νοσοκομείων, την διάθεση και την αποτέφρωση των νοσοκομειακών απορριμμάτων έχει αναλάβει και ο Ενιαίος Σύνδεσμος Δήμων και Κοινοτήτων Νομού Αττικής (ΕΣΔΚΝΑ). Ο ΕΣΔΚΝΑ επιδιώκει αφ' ενός την εφαρμογή ενός ασφαλούς συστήματος μεταφοράς των μολυσματικών απορριμμάτων και αφ' ετέρου την κατασκευή μιας σύγχρονης κεντρικής μονάδας αποτέφρωσης μολυσματικών αποβλήτων που παράγονται στην Αττική (ΕΣΔΚΝΑ, www.esdkna.gr).

Έως το 1998, ο πυρολιτικός κλίβανος, της μονάδας αποτέφρωσης των νοσοκομειακών αποβλήτων, λειτουργούσε μερικώς ενώ σήμερα αξιοποιείται πλήρως, αποτεφρώνοντας περίπου 340,6 τόνους ετησίως, ποσοστό 4,42% των συνολικά παραγόμενων απορριμμάτων. Στον παρακάτω πίνακα 9 φαίνεται η κάθετη αύξηση του ποσού των απορριμμάτων προς καύση, μέσω μετρήσεων του ΕΣΔΚΝΑ.

Για το λειτουργικό κομμάτι της μεταφοράς και της διάθεσης των απορριμμάτων ο ΕΣΔΚΝΑ διαθέτει (με την βοήθεια του Υπουργείου Υγείας) δύο ειδικά διαμορφωμένα οχήματα ψυγεία που διασφαλίζουν την αποφυγή εξάπλωσης μολυσματικών παραγόντων. Σήμερα στο πρόγραμμα του ΕΣΔΚΝΑ συμμετέχουν 26 νοσοκομειακές μονάδες ενώ γίνεται προσπάθεια ευαισθητοποίησης και των υπολοίπων για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα (ΕΣΔΚΝΑ, www.esdkna.gr).

Πίνακας 9

ΕΤΟΣ	ΤΟΝΟΙ/ΕΤΟΣ
1991	54.863
1998	198.205
2000	340.365

(Πηγή: ΕΣΔΚΝΑ, www.esdkna.gr)

Ένα άλλο θέμα που αφορά τόσο την διασφάλιση της υγείας του ατόμου και την προστασία του περιβάλλοντος είναι η χρήση της αναισθησίας στα χειρουργεία και το κάπνισμα. Η *αναισθησία* έχει συνδεθεί τόσο με την ατμοσφαιρική ρύπανση αλλά περισσότερο με το θέμα υγείας των εργαζομένων. Αν και με την πάροδο του χρόνου η τεχνολογία των μηχανημάτων έχει βελτιωθεί με αποτέλεσμα το ποσοστό ρύπανσης να έχει μειωθεί, παρ' όλα αυτά ρύπανση του αέρα εξακολουθεί να υπάρχει.

Αέρια όπως ο αιθέρας και το χλωροφόρμιο που χρησιμοποιούνται στα μηχανήματα αναισθησίας διαρρέουν και διαχέονται στον αέρα στους χώρους των χειρουργείων. Ποσότητες αυτών των αερίων περνούν στο σώμα των εργαζομένων μέσω της εισπνοής προκαλώντας πρόβλημα στην υγεία των ατόμων. Μακροχρόνια αναισθησιολόγοι έχουν παραπονεθεί για πονοκεφάλους, κόπωση και ζαλάδες, συμπτώματα όμως που πολλοί ιατροί οφείλουν στις ατμοσφαιρικές συνθήκες εντός των χειρουργείων και στην πολύωρη ορθοστασία. Αν και δεν έχει γίνει ευρέως αποδεκτή, υπάρχει θεωρία πως αναισθητικά αέρια (αλοθένιο, αιθέρας) και παράγωγα τους, σε υψηλά ποσοστά, ευθύνονται για μείωση της πνευματικής διαύγειας και των γνωστικών λειτουργιών¹⁰ ή ακόμα και για ορισμένες μορφές καρκίνου. Προσπάθεια μείωσης της εκπομπής των αερίων έχει γίνει με την προσθήκη ειδικών φίλτρων (ξυλάνθρακα ή silica gel) ή με την χρήση μηχανημάτων εξαερισμού κοντά στα σημεία τοποθέτησης των μηχανημάτων, έχοντας επιτύχει μεγάλη μείωση όχι όμως εξάλειψη (Burn, 2000)

Σε σχέση με το περιβάλλον η εκπομπή αερίων που αντιδρούν με αλογόνα και οξειδίων του αζώτου συμβάλουν στην καταστροφή του όζοντος

¹⁰ Μειώνοντας και την απόδοση στην εργασία.

αλλά και στο φαινόμενο του θερμοκηπίου αν και γνωστή η συγκεκριμένη επίπτωση, οι ποσότητες που εκπέμπονται σε σχέση με τους άλλους «παραγωγούς» παρόμοιων αερίων θεωρείται αμελητέα και κατά συνέπεια δεν δίνεται σημασία. Είναι αμφίβολο κατά πόσο οι εργαζόμενοι σε χειρουργεία και κυρίως οι αναισθησιολόγοι γνωρίζουν τις πιθανές επιπτώσεις των αναισθητικών αερίων στην υγεία ή ακόμα και την περιβαλλοντική επιβάρυνση (Burn, 2000). Είναι σημαντική όμως η περαιτέρω έρευνα του συγκεκριμένου τομέα τόσο σε επίπεδο υγείας όσο και σε επίπεδο περιβάλλοντος, προκειμένου να υπάρχει πρόληψη σε κάτι που μπορεί να θεωρείται μη σημαντικό τώρα αλλά να κριθεί σημαντικό αργότερα.

Το *κάπνισμα* επίσης θεωρείται υπεύθυνο για την ρύπανση του αέρα, σε εξωτερικούς και εσωτερικούς χώρους, επιβαρύνοντας το περιβάλλον και την υγεία του ατόμου. Η ρύπανση οφείλεται στην καύση του καπνού των τσιγάρων παράγοντας μείγμα που περιέχει ουσίες κατανεμημένες τόσο σε σωματίδια όσο και σε αέρια. Οι πλειονότητα των ουσιών αποτελείται από κλασσικούς ρυπαντές όπως οξείδια του αζώτου (NO_x) και του άνθρακα (CO , CO_2) κ.α (Lee et al, 2002).

Σε επίπεδο υγείας, η έκθεση στον καπνό των τσιγάρων προκαλεί ενόχληση στα μάτια, στην μύτη και στον λαιμό ενώ αρκετά άτομα μπορούν να παρουσιάσουν άσθμα, αλλεργίες, αναπνευστικά προβλήματα μέχρι και καρκίνο του πνεύμονα σε μακροχρόνια έκθεση. Έρευνες όπως των Schlitt and Knoppel (1989) δείχνουν πως ένας παθητικός καπνιστής σε απόσταση 50cm. από ένα τσιγάρο εισπνέει δέκα φορές περισσότερο το καρβονυλικό μείγμα που παράγεται απ' ότι ο ίδιος ο καπνιστής (Halios et al, 2005). Γίνεται κατανοητό λοιπόν πως σε νοσοκομειακά ιδρύματα το κάπνισμα στους εσωτερικούς χώρους μπορεί να επηρεάσει τόσο το προσωπικό αλλά περισσότερο τους ασθενείς που η κατάσταση της υγείας τους είναι ήδη επιβαρημένη. Αν και το κάπνισμα σε χώρους του νοσοκομείου απαγορεύεται δια νόμου, πρέπει η απαγόρευση αυτή να γίνεται σεβαστή και να διασφαλίζεται από μέρους των εργαζομένων και των επισκεπτών.

1.8 Περίληψη

Συνοψίζοντας, είναι σαφές πως χρησιμοποιώντας ως βάση, για τη δημιουργία ενός βιώσιμου υγειονομικού συστήματος, την κοινωνική βιωσιμότητα και την ποιότητα ζωής, είναι αναγκαία η κατανόηση και η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του κοινωνικού συνόλου, με σκοπό την δημιουργία αναπτυξιακών προγραμμάτων υγειονομικής πολιτικής, τόσο σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, τα οποία μπορούν να επιτύχουν ευημερία, κατά συνέπεια και υψηλό επίπεδο υγείας, στους πολίτες και στις μελλοντικές γενιές.

Επίσης, η διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων δεν είναι απλά ένα τεχνικό πρόβλημα και πως ο σχεδιασμός της πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του γενικού σχεδιασμού των στερεών αποβλήτων. Βασική, είναι η ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης μέσω της συλλογής και αξιολόγησης στατιστικών στοιχείων σε κάθε νοσοκομειακή μονάδα και ο έλεγχος παραγόντων που επηρεάζουν την λειτουργία του συστήματος διαχείρισης των νοσοκομειακών απορριμμάτων. Μέσω της συνεχής αναβάθμιση των μονάδων διάθεσης (τεχνική κατάσταση, τρόπος λειτουργίας και δυνατότητα επεξεργασίας ή καταστροφής νοσοκομειακών απορριμμάτων) και της ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού είναι εφικτή η αποδοτικότερη και ασφαλέστερη λειτουργία του συστήματος διαχείρισης.

Η εύρεση και χρήση βιώσιμων λύσεων στην διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων είναι αναγκαία προκειμένου οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας να κρίνονται αποδοτικοί και ικανοί να αντεπεξέλθουν στις εκάστοτε ανάγκες μιας χώρας, διασφαλίζοντας τόσο την υγεία του κοινωνικού συνόλου όσο και την προστασία του περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Είδη Υγειονομικών Συστημάτων

Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασισμένο στο αξίωμα του Laissez-Faire ακολουθεί τον νόμο προσφοράς και ζήτησης, ενώ οι χρήστες με την ελευθερία της οικονομικής επιλογής ζητούν υπηρεσίες υγείας σε τιμές που διαμορφώνονται μέσω ισορροπίας σε τρεις αγορές (Υφαντόπουλος, 2003): νοσοκομειακής περίθαλψης, έξω-νοσοκομειακής περίθαλψης και φαρμακευτικής περίθαλψης. Οι βασικές αρχές του φιλελευθέρου συστήματος είναι οι ατομική ιδιοκτησία και η οικονομική ελευθερία. Το κύριο χαρακτηριστικό του φιλελεύθερου συστήματος είναι πως οι παροχές υγείας δίνονται μέσω του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης. Κατά συνέπεια η χρηματοδότηση του ατόμου προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία ενώ το είδος των παροχών διαφοροποιείται ανάλογα τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και τις επιλογές του ατόμου. Με βάση, όμως την διαφοροποίηση του εισοδήματος των καταναλωτών και της προσωπικής επιλογής, τίθεται το ερώτημα κατά πόσο το σύστημα αυτό διέπεται από τις αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας από όλους τους χρήστες.

Βασικός εκπρόσωπος του φιλελεύθερου συστήματος είναι οι ΗΠΑ αφού μόνο το 74% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, υπάρχει συγκέντρωση των μονάδων παροχής υγείας στα αστικά κέντρα, το σύστημα χαρακτηρίζεται από σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες (Οικονόμου, 2004). Τα τελευταία χρόνια, σημαντικά μεταρρυθμιστικά μέτρα λαμβάνουν οι ΗΠΑ με στόχο την μέγιστη αποδοτικότητα και την ελαχιστοποίηση του κόστους του υγειονομικού συστήματος. Τα μέτρα αυτά είναι «Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας» και «Οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών»(Υφαντόπουλος, 2003).

Μεικτό Σύστημα Υγείας – Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Στα πλαίσια της κοινωνικής δικαιοσύνης, ο Γερμανός καγκελάριος Bismark θέσπισε το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το 1880. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα, ενώ η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος προέρχεται από τα μέλη του, λόγω του υποχρεωτικού του χαρακτήρα. Τα βασικά χαρακτηριστικά του μεικτού συστήματος είναι (Υφαντόπουλος, 2003): η ολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με βάση την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση μέσω εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα και η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης. Επίσης, άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί η έντονη κρατική παρέμβαση που έχει στόχο την μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Λιαρόπουλος, 1997).

Με βασικούς εκπροσώπους τη Γαλλία και τη Γερμανία το μεικτό σύστημα διαχωρίζεται ως προς το «συμβολαιακό σύστημα» (Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία) και στο «σύστημα αποζημίωσης» (Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο). Στο συμβολαιακό σύστημα (contractual), η χρηματοδότηση προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ υπάρχει ασφαλιστικός φορέας. Επίσης, η παραγωγή υγειονομικής φροντίδας έχει δημόσιο χαρακτήρα και η αμοιβή των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας, προέρχεται βάση συμβάσεων με τον ασφαλιστικό φορέα. Στο σύστημα αποζημίωσης (reimbursement), ομοίως με το συμβολαιακό, η χρηματοδότηση προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ υφίσταται δημόσιος ασφαλιστικός φορέας. Οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είναι ιδιωτικού χαρακτήρα και αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στην συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (Οικονόμου, 2004).

Εθνικό Σύστημα Υγείας – Πρότυπο Beveridge

Το υπουργείο υγείας της Βρετανίας εφαρμόζει για πρώτη φορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το 1942, το οποίο χαρακτηρίζεται ως «ολοκληρωμένο

σύστημα» με κρατική χρηματοδότηση, με οργάνωση και διοίκηση κάθετης ιεραρχικής δομής, μονάδες υγείας δημόσιου χαρακτήρα και μισθοδοσία των προμηθευτών υγείας (Οικονόμου, 2004). Πιο συγκεκριμένα, με βάση τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού με αντίτιμο που καταβάλλεται μέσω της φορολογίας. Λαμβάνοντας υπόψη τις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού, χαράσσεται υγειονομική πολιτική από το κράτος. Σύμφωνα, λοιπόν, με τις ανάγκες των πολιτών του αστικού, ημιαστικού και αγροτικού χώρου, το σύστημα υγείας διαχωρίζεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο¹¹, προκειμένου να ανταποκριθεί και να καλύψει σε μεγαλύτερο βαθμό αυτές τις ανάγκες. Βασικό μειονέκτημα αποτελούν οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν. Το παράδειγμα την Βρετανίας ακολούθησαν η Σουηδία, η Ιταλία και η Ελλάδα (Υφαντόπουλος, 2003).

2.2 Διαχρονική Εξέλιξη Της Πολιτικής Της Υγείας Στην Ελλάδα.

Το πρώτο μισό του 19^{ου} αιώνα ο ελληνικός πληθυσμός πλήττονταν από επιδημίες και με σκοπό την αντιμετώπιση αυτών ιδρύονται από το κράτος υγειονομεία και λοιμοκαθακτήρια. Μετέπειτα η εποπτεία της δημόσιας υγείας ανατίθεται στο Υπουργείο Εσωτερικών, το οποίο θα λάβει μέτρα ελέγχου και επιτήρησης της υγείας, ενώ παράλληλα ιδρύονται η ιατρική σχολή στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και η σχολή για μαιείς. Κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα ιδρύονται και τίθενται σε λειτουργία, μέσω ιδιωτικής πρωτοβουλίας και χρηματοδότησης, νοσοκομειακές μονάδες όπως ο Ευαγγελισμός (1881), το Ζανείο του Πειραιά (1873) κ.α. Το υγειονομικό σύστημα του 19^{ου} αιώνα γενικότερα χαρακτηρίζεται από την μικρή παρέμβαση του κράτους και την ισχυρή ιδιωτική πρωτοβουλία.

Η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια του κράτους για έλεγχο και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας γίνεται με την ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως (Ν.748/1917) και με την εμφάνιση υποτυπώδους

¹¹ Τα επίπεδα του συστήματος υγείας αναλύονται εκτενέστερα στην ενότητα 2.3 που ακολουθεί.

κοινωνικής ασφάλισης υγείας εργαζόμενων με την ίδρυση ταμείων ανά επιχείρηση. Τον 20^ο αιώνα το υγειονομικό σύστημα δεν ανταποκρινόταν σε μεγάλο βαθμό στις ανάγκες του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2003). Η κοινωνική ασφάλιση ήταν ελλιπής σε πολλά επίπεδα, δεν υπήρχε ίση πρόσβαση των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και η υλικοτεχνική υποδομή ανεπαρκής για τα καλύψει τις εκάστοτε ανάγκες. Η οικονομική κρίση το 1930 εντείνει την ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα με σκοπό την καλύτερη οργάνωση, την κάλυψη όλων των εργαζόμενων και την προστασία του εισοδήματός τους. Επί κυβέρνηση Βενιζέλου ψηφίζεται ο νόμος Ν.5733/1932 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», ο οποίος τέθηκε σε λειτουργία το 1937 λόγω πτώσης της κυβέρνησης Βενιζέλου.

Μετά το τέλος του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, η Ευρώπη οργανώνεται και επεκτείνεται, στο πνεύμα της κοινωνικής ισότητας και αλληλεγγύης, κατοχυρώνοντας συνταγματικά το δικαίωμα του ευρωπαίου πολίτη στο αγαθό «υγεία». Σε αντίθεση, η Ελλάδα αδυνατεί να ακολουθήσει τις Ευρωπαϊκές εξελίξεις λόγω εσωτερικών ιδεολογικών αντιπαραθέσεων και πολιτικών αλλαγών με ποιο σημαντική την δικτατορία.

Την περίοδο της δικτατορίας, γίνεται μια προσπάθεια καθιέρωσης της υγείας ως δημόσιο αγαθό το 1970 μέσω του «Σχεδίου Πάτρας» με σκοπό την δημιουργία ενιαίου φορέα υγείας και περίθαλψης, μεταρρύθμιση όμως που δεν επιτράπη από την πολιτική εξουσία. Με την πτώση της δικτατορίας, η Ελλάδα ξεκινά την αναπτυξιακή της πορεία με αλλαγές και σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο του αναπτυξιακού προγράμματος 1976-1980 παρουσιάζεται η έκθεση του ΚΕΠΕ και το «Σχέδιο Δοξιάδη».

Έχοντας ως βασικό στόχο την κοινωνική ευημερία της Ελλάδας, η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) ορίζει και μελετά ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες (φύλο, ηλικία, γεωγραφικό διαμέρισμα κ.α.) της κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Επίσης, μελετάται το υγειονομικό σύστημα, σε επίπεδο ιατροφαρμακευτικών και νοσοκομειακών παροχών, ανά ασφαλιστικό φορέα

και αναφέρονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, όπως η ανεπαρκής χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων, η ανισότητα στην προσφορά υπηρεσιών και η διασπορά των διοικητικών οργάνων με συνέπεια την έλλειψη συντονισμού και οργάνωσης. Τέλος, με απώτερο σκοπό την δημιουργία ενός ορθολογικού και καλά οργανωμένου συστήματος υγείας παρουσιάζονται τρεις βασικές προτάσεις:

- ♦ Δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας.
- ♦ Ενοποίηση βασικών φορέων προστασίας υγείας και ειδικότερα κλάδων ασθένειας ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ, εφόσον επιθυμείται να προσχωρήσουν.
- ♦ Με οργανωτικό χαρακτήρα προτάσεις παρέμβασης του κράτους για χάραξη ουσιαστικής πολιτικής υγείας.

Έτσι, το 1976 μέσω της έκθεσης ΚΕΠΕ ο επιστημονικός προγραμματισμός της υγείας γίνεται πραγματικότητα. Την ίδια περίοδο άλλο ένα νομοσχέδιο, σύγχρονο για την εποχή του, παρουσιάζεται το «Σχέδιο Δοξιάδη». Ο Σπύρος Δοξιάδης με όραμα την δημιουργία νομοθετικών ρυθμίσεων, βασιζόμενων σε επιστημονικές προτάσεις, στον τομέα της υγείας δημιουργεί την Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ). Υπό την επίβλεψη του Δοξιάδη η ΟΠΥ συνέλεξε στοιχεία των υγειονομικών συστημάτων της Ευρώπης, ανέλυσε σε χρηματοοικονομικό επίπεδο τους πόρους και τις ροές από το κράτος και τον ιδιωτικό τομέα στα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ μελέτησε θέματα εκπαίδευσης και οργάνωσης του ανθρώπινου κεφαλαίου στο σύστημα υγείας με αποτέλεσμα της προσπάθειας την δημιουργία του νομοσχεδίου με τίτλο «Μέτρα προστασίας της υγείας». Το νομοσχέδιο Δοξιάδη πολεμήθηκε από πολλές πολιτικές παρατάξεις και με αναστολή κάθε φορά της εισαγωγής του στο κοινοβούλιο δεν ψηφίστηκε ποτέ (Υφαντόπουλος 2003). Παρ' όλα αυτά, αποτέλεσε βάση για μεταγενέστερες μεταρρυθμίσεις των δεκαετιών 1980 και 1990.

Το 1982 ο νόμος Ν.1278 απέβλεπε στην σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) που είχε συμβουλευτικό χαρακτήρα σε θέματα προγραμμάτων του Υπουργείου υγείας. Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος «Περί Εθνικού συστήματος Υγείας» όπου δηλώνεται ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας

είναι ευθύνη του κράτους και ότι το σύστημα έχει δημόσιο χαρακτήρα. Η νοσοκομειακή περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή. Η εξωνοσοκομειακή έχει ως βασικό στόχο την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας κοντά στον τόπο διαμονής των χρηστών και την αποφυγή εισαγωγών σε νοσοκομεία. Έτσι, περιφερειακά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία, πρωτοβάθμιο σύστημα, συνδέεται διοικητικά και λειτουργικά με το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο σύστημα. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά νοσοκομειακά ιδρύματα του δημόσιου τομέα που διακρίνονται σε Γενικά (Περιφερικά και Νομαρχιακά) και σε Ειδικά. Η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων βασίστηκε στο «κλειστό νοσήλιο», ρύθμιση κατά την οποία η αποζημίωση του χρήστη είναι πάγια, ανεξάρτητα από το είδος της νοσηλείας ή την παροχή υπηρεσιών με αποτέλεσμα βέβαια την εξάρτηση των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό αφού τα έσοδα ήταν μόνιμα λιγότερα από τα έσοδα. Επίσης, άλλα προβλήματα που δημιουργήθηκαν στον τομέα της υγείας την δεκαετία του '80 ήταν η δημιουργία μονοπωλίων σε νοσοκομειακές μονάδες του ιδιωτικού τομέα και η παραοικονομία στον δημόσιο τομέα, άτυπες αμοιβές ιατρών που αποτέλεσαν τελικά θεσμό μέχρι τις μέρες μας .

Η δεκαετία του '90 χαρακτηρίζεται από πολική αστάθεια επηρεάζοντας παράλληλα και το σύστημα υγείας της Ελλάδας. Το 1992 επιδιώκεται αλλαγή της φιλοσοφίας του υγειονομικού συστήματος. Οι παροχές υγείας αναλαμβάνονται τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα ενώ το ΚΕΣΥ εξακολουθεί να κατέχει συμβουλευτικό ρόλο στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η πρωτοβάθμια υγεία ανεξαρτητοποιείται διοικητικά από τα κέντρα υγείας, ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με σκοπό την κάλυψη επειγόντων περιστατικών, παρέχεται ατομικό βιβλιάριο υγείας και το βασικότερο η ελεύθερη επιλογή από τον χρήστη, νοσοκομείου και ιατρού (δημοσίου ή ιδιωτικού). Το 1994 με αλλαγή της κυβέρνησης η υγεία επανέρχεται στην αρχική της φιλοσοφία και τίθενται πάλι οι αρχικοί στόχοι του ΕΣΥ όπως αυτοί είχαν ψηφιστεί το 1983. Δεν υπήρχαν ουσιαστικές αλλαγές τα επόμενα

χρόνια παρ' ότι το 1997 έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ (Ν.2519/1997), διατάξεις που ποτέ δεν εφαρμόστηκαν.

Το 2000 δίνεται ένα νέο σχέδιο μεταρρύθμισης, «Υγεία για τον Πολίτη» όπου επιδιώκεται εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ με στόχο την βελτίωση υπηρεσιών υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Ειδικότεροι στόχοι αποτέλεσαν η ίση πρόσβαση των χρηστών, η πρόληψη, η φροντίδα και η περίθαλψη αυτών. Επίσης, βασική ήταν η διοικητική αποκέντρωση των μονάδων υγείας, η ορθολογική κατανομή των ανθρωπίνων πόρων και ο έλεγχος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο σύνολο τους.

2.3 Υγεία και Τρέχουσα Ελληνική Πραγματικότητα.

Ως «Πολιτική Υγείας» σύμφωνα με τον WHO (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) ορίζεται το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας. Εντάσσεται στην κοινωνική πολιτική και αποτελεί τμήμα της κρατικής πολιτικής κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται από την οικονομική της κατάσταση και από παραμέτρους όπως η κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής κ.α. (World Health Organization, www.euro.who.int)

Το όργανο που είναι υπεύθυνο για την χάραξη υγειονομικής πολιτικής είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Η ηγεσία αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, δυο Υφυπουργούς Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, τον Γενικό Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, τον Γενικό Γραμματέα Κοινωνικής Πρόνοιας και τον Ειδικό Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Μέσω σχεδιασμού, προγραμματισμού και ελέγχου αποστολή του Υπουργείου είναι: η προστασία και διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας του κοινωνικού συνόλου, η ίση πρόσβαση των πολιτών σε παροχή υπηρεσιών υγείας, η προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, μέτρα που προάγουν καλύτερη ποιότητα ζωής, έλεγχος και εκπαίδευση στον τομέα επαγγελματιών υγείας αλλά και στον τομέα παροχής αγαθών και υπηρεσιών με σκοπό την κάλυψη

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης η υπηρεσία είναι αρμόδια για την εισήγηση μέτρων στην Κυβέρνηση, την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε άλλα κράτη και σε διεθνείς οργανώσεις και τέλος με βάση τη συνεργασία της με άλλα Υπουργεία, υπηρεσίες και οργανισμούς έχει σαν στόχο την χάραξη κοινής πολιτικής υγείας.

```

graph TD
    KYBERNH[ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ] --> KEKY[ΚΕΚΥ]
    KYBERNH --> YP[ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ]
    KYBERNH --> YP2[ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ]
    KYBERNH --> EOP[ΕΟΦ]
    KYBERNH --> OKANA[ΟΚΑΝΑ]
    KYBERNH --> KEEA[ΚΕΕΑ]
    KYBERNH --> EOM[ΕΟΜ]

    YP --> YP1[ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ]
    YP --> YP2[ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ]
    YP --> YP3[ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ]
    YP --> EKAB[ΕΚΑΒ]

    YP1 --> G1[ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ]
    YP2 --> G2[ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ]
    YP3 --> G3[ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ]

    G1 --> G4[ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ]
    G2 --> G4
    G3 --> G4

    G4 --> YP4[ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ]
    G4 --> YP5[ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ & ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΕΙΣ]
    G4 --> YP6[ΠΡΟΝΟΙΑΣ]

    YP4 --> PEXH[ΠΕΣΥΠ]
    YP5 --> PEXH
    YP6 --> PEXH

    PEXH --> K1[ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ]
    PEXH --> K2[ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ]
    PEXH --> K3[ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ]
    PEXH --> K4[ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ]
    PEXH --> N1[ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΕΥ]
    PEXH --> N2[ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΕΥ]
    PEXH --> N3[ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΕΥ]

    EKAB --> KPA[ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΘΗΝΩΝ]
    KPA --> PPA[ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ]

    YP2 --> T1[ΤΑΜΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ]
    T1 --> D1[ΔΟΜΕΣ ΤΙΤΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ]
    D1 --> YP7[ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ (κυρίως ΠΦΥ)]
  
```

Το ΚΕΣΥ διατηρεί τον συμβουλευτικό του χαρακτήρα στο υπουργείο υγείας, μέλη του οποίου είναι εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας, των επαγγελματιών υγείας, των εργαζομένων και εργοδοτών και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Βασική αρμοδιότητα του είναι ο έλεγχος και η δημιουργία προγραμμάτων υγείας σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο. Επίσης, συμβουλευτικό χαρακτήρα έχουν επιτροπές των οργανισμών: ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Καταπολέμησης των Ναρκωτικών), ΚΕΕΛ (Κέντρο Έλεγχου

Ειδικών Λοιμώξεων), ΕΟΜ (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων) και ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων) (Οικονόμου, 2004).

Σε *πρωτοβάθμιο επίπεδο* οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από φορείς κυρίως του δημόσιου αλλά και του ιδιωτικού τομέα. Το σύστημα των φορέων αποτελείται από το ΕΣΥ, το ΕΚΑΒ, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης και τον ιδιωτικό τομέα.

Τα κέντρα υγείας, ως ανεξάρτητες διοικητικές υπηρεσίες, στελεχωμένα από ιατρούς, νοσηλευτικό διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό παρέχουν υπηρεσίες υγείας κυρίως στον αγροτικό χώρο. Ωστόσο αντιμετωπίζουν ουσιώδη προβλήματα σε επίπεδο αποδοτικότητας και λειτουργικότητας. Το ΕΚΑΒ με κεντρική υπηρεσία στην Αθηνά και παραρτήματα σε πόλεις της Ελλάδας (Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο, Λάρισα, Καβάλα κ.λ.π.) αναλαμβάνει επείγοντα περιστατικά με κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών (ασθενοφόρα, μοτοσικλέτες, αεροπορικά μέσα). Και αυτός ο φορέας, όμως, αντιμετωπίζει προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής και εξειδικευμένου προσωπικού. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με βασικότερο το ΙΚΑ, που διαθέτει δική του υγειονομική υποδομή, παρέχουν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες μέσα από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς που αμείβονται σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές. Επίσης, φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης έχουν ιδρύσει τοπικές ιατρικές μονάδες με παροχή ιατρικής φροντίδας σε δημότες από εθελοντές κατά βάση ιατρούς. Τέλος, ιδιωτικά ιατρικά, διαγνωστικά κέντρα παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Οικονόμου, 2004).

Η *δευτεροβάθμια υγεία* αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από δημόσια νοσοκομεία εντός και εκτός πλαισίου ΕΣΥ και από ιδιωτικά νοσοκομεία ενώ η *τριτοβάθμια* παρέχεται από πανεπιστημιακές κλινικές. Ενώ η δευτεροβάθμια υγεία έχει παρουσιάσει βελτίωση τις τελευταίες δεκαετίες ωστόσο εμφανίζει σημαντικά προβλήματα μειώνοντας την λειτουργικότητα και αποδοτικότητα της σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών μονάδων επιβαρύνοντας έτσι τις μονάδες των μεγάλων αστικών κέντρων της Ελλάδας. Επίσης, η διοικητική οργάνωση και

στελέχωση αντιμετωπίζει προβλήματα καθιστώντας δύσκολο τον προγραμματισμό και έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Οικονόμου, 2004). Η υλικοτεχνική υποδομή χαρακτηρίζεται ως ανεπαρκής και πεπαλαιωμένη βάση των σύγχρονων δεδομένων ενώ η οικονομική διαχείριση περιορίζεται στα αυξανόμενα ελλείμματα των μονάδων υγείας.

Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας, πάνω από το 60% (Λιαρόπουλος, 1997). Η σύνθεση και το μέγεθος του βασικότερου παραγωγικού συντελεστή παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και στην κάλυψη υφιστάμενων αναγκών. Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού έχει υπερδιπλασιαστεί οι ειδικότητες που επιλέγονται και η διασπορά τους στον γεωγραφικό χώρο είναι ασύμμετρες. Επίσης, παρουσιάζονται ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και προσωπικό τεχνικών ειδικοτήτων (στελέχη πληροφορικής, ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων) με επιπτώσεις στον εκσυγχρονισμό, σε επίπεδο τεχνολογίας, την δευτεροβάθμιας υγείας. Γίνεται προσπάθεια μέσω σχεδίου του Υπουργείου Υγείας για ορθολογικότερη κατανομή ανθρώπινου δυναμικού και προγραμματισμού σε νοσοκομειακές μονάδες. Το σχέδιο ονομάζεται 'Χάρτης Υγείας' και σκοπός του είναι: «Η ανάπτυξη της απαιτούμενης οργανωτικής, θεσμικής και πληροφοριακής υποδομής για την συστηματική συλλογή, διαχείριση και επεξεργασία δεδομένων με γεωγραφική αναφορά που θα παρέχει άμεση, έγκυρη και χαμηλού κόστους πληροφόρηση, ώστε να εξασφαλίζεται η τεκμηριωμένη χάραξη και άσκηση πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με γνώμονα την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των κατοίκων και επισκεπτών της Ελλάδας, καθώς και την έγκυρη ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες και προγράμματα υγείας» (Υπουργείο Υγείας, www.ypyp.gr). Ενδεικτικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 στο Παράρτημα I, οι υπάρχουσες θέσεις ιατρικών ειδικοτήτων στην νοσοκομειακή μονάδα του Ευαγγελισμού.

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί αντικείμενο κοινωνικής και πολιτικής διαμάχης ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό

τομέα. Η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της κοινωνικής ασφάλισης τίθεται υπό αμφισβήτηση λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της επιτρέποντας την διείσδυση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της ασφάλισης(Οικονόμου, 2004). Όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 10 οι δαπάνες της υγείας στην Ελλάδα τα έτη 1995 μέχρι 2000 είναι αυξανόμενες. Το 1995 το 4,8% του συνόλου των δαπανών υγείας (8,3%) ανήκει στον δημόσιο τομέα, ενώ το 3,4% στον ιδιωτικό, το 1997 είναι 4,9% και 3,6% αντίστοιχα και το 2000 είναι 5,2% (δημόσιες) και 3,9% (ιδιωτικές) στο 9,1% των συνολικών δαπανών. Βάση των στοιχείων λοιπόν του Υπουργείου Υγείας από το 1995 μέχρι το 2000 με ενδιάμεσες μικρές αυξομειώσεις τελικά υπάρχει μια σχεδόν παράλληλη αύξηση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (Οικονόμου, 2004). Τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι (Λιαρόπουλος, 1997):

- Η έλλειψη οικονομικών πόρων.
- Η κατανομή των πόρων.
- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος υπηρεσιών.
- Η έλλειψη συντονισμού.
- Αντιπαραγωγικές δαπάνες,

Πίνακας 10

‘Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ σύμφωνα με Υπουργείο Υγείας, 1995-2000’

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Δημόσιες Δαπάνες	4,8	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
Ιδιωτικές Δαπάνες	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9
Σύνολο	8,3	8,3	8,5	8,3	9,0	9,1

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2003, Οικονόμου, 2004.)

Πηγή χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα αποτελεί, μέσω φορολογίας και εισφορών, ο κρατικός προϋπολογισμός και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Πλεονεκτήματα την κοινωνικής ασφάλισης είναι η

μείωση του χάσματος ανάμεσα σε εισοδηματικές κατηγορίες και η ασφαλιστική κάλυψη σχεδόν όλων των χρηστών με χαμηλό κόστος υπηρεσιών. Παρ' όλα, αυτά η κοινωνική ασφάλιση εμφανίζει χαμηλή αποδοτικότητα λόγω της αναχρονιστική της δομής και λειτουργίας (Προβόπουλος, 1987).

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών και αγαθών, που η κοινωνική ασφάλιση αδυνατεί να προσφέρει. Με βασικά πλεονεκτήματα την αυξημένη αποδοτικότητα και την δυνατότητα επιλογής τόσο ασφαλιστικής εταιρίας όσο και πακέτων υπηρεσιών, οι χρήστες συχνά επιλέγουν παράλληλα μαζί με την δημόσια ασφάλιση και ιδιωτική λόγω μεγαλύτερης ικανοποίησης. Υπάρχουν, όμως, και μειονεκτήματα όπως η ένταση του φαινομένου του κοινωνικού ρατσισμού αλλά και η πιθανή παραπλάνηση των χρηστών με σκοπό την κερδοσκοπία, αφού η ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες δεν παύουν να λειτουργούν ως επιχειρήσεις στα πλαίσια μιας ανταγωνιστικής αγοράς με βασικό στόχο την αύξηση του κέρδους (Ρομπολής, 1994).

Υπάρχει σύγκρουση απόψεων περί οφέλους ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης τόσο στο οικονομικό όσο και στο κοινωνικό πεδίο. Για παράδειγμα, το χαρακτηριστικό της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης οδηγεί σε μείωση κοινωνικής αποδοτικότητας, διότι σχετίζεται άμεσα με τις προτιμήσεις και την ικανοποίηση των χρηστών. Οι διαφορετικές προτιμήσεις των καταναλωτών οδηγούν σε διαφοροποίηση του ρίσκου που θέλουν να πάρουν ή το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης που επιθυμούν. Αν η ασφαλιστική κάλυψη είναι προαιρετική (ιδιωτική) υπάρχει η δυνατότητα επιλογής του βαθμού και του είδους ασφάλισης, ενώ στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης, που είναι υποχρεωτική, ο βαθμός κάλυψης δεν διαφοροποιείται ανάλογα τις ανάγκες (χαμηλή ικανοποίηση καταναλωτών) και δεδομένου ότι συνοδεύεται με φορολογία του εισοδήματος, η κοινωνική αποδοτικότητα μειώνεται (Μπεαζόγλου, 1993). Γενικά, ο τομέας της ασφάλισης αποτελεί ένα ευρύ φάσμα μελετών και συζητήσεων που δεν δύναται να αναπτυχθεί πλήρως στην παρούσα πτυχιική εργασία, αφού

σκοπός είναι η παράθεση βασικών χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου τομέα.

2.4 Περίληψη

Μετά από πολλές πολιτικές ανακατατάξεις η μορφή του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα φαίνεται να αποτελεί ένα υβρίδιο συνδυάζοντας στοιχεία κατά βάση από το πρότυπο Beveridge αλλά και από το πρότυπο Bismark. Οι υπηρεσίες υγείας έχουν δημόσιο χαρακτήρα και παρέχονται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο από αρμόδια όργανα του κράτους. Το Υπουργείο Υγείας χαράσσει την πολιτική υγείας με βασικό στόχο να αποτελεί η προστασία της υγείας του κοινωνικού συνόλου και την προαγωγή καλύτερης ποιότητας ζωής. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας βασίζεται σε δημόσιες πληρωμές (φορολογία και κρατήσεις), ενώ είναι έντονη η παρουσία του ιδιωτικού τομέα μέσω της παροχής ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Σε γενικές βάσεις αντιμετωπίζονται πολλαπλά προβλήματα σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας, μεταξύ των οποίων έχουν αναφερθεί η διοικητική οργάνωση, η χρηματοδότηση, το ανθρώπινο δυναμικό, η υλικοτεχνική υποδομή κ.α. Προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το κράτος μέσω της δημιουργίας προγραμμάτων εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και την ανάπτυξη υλικοτεχνικών υποδομών και διοικητικών μηχανισμών, προσπαθεί να επιλύσει τα προβλήματα που όμως σε πολλές περιπτώσεις οι λύσεις οδηγούν σε αντίθετα αποτελέσματα.

Μια βιώσιμη υγειονομική πολιτική απαιτεί να ληφθούν υπόψη η αυξανόμενη ανεργία, η μειωμένη συμμετοχή στην παραγωγή του προϊόντος, η χρήση νέων τεχνολογιών, οι ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας κ.α., ενώ βασικός στόχος πρέπει να αποτελεί η μέγιστη κοινωνική και οικονομική αποδοτικότητα. Βέβαια, η μεγαλύτερη πρόκληση ενός βιώσιμου υγειονομικού συστήματος θα παραμείνει ο «εκσυγχρονισμός» της νοοτροπίας

του ανθρώπινου δυναμικού, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, έτσι ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών.

Συνοψίζοντας, ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα πολυδαίδαλο σύστημα φορέων και οργανισμών όπου σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πολιτικά, κοινωνικά και τεχνολογικά περιβάλλον, απαιτείται η άρτια συνεργασία και συμφωνία των φορέων αυτών στην χάραξη πολιτικής, προκειμένου να επιτευχθούν οι εκάστοτε στόχοι προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Η εκσυγχρονιστική στρατηγική είναι σημαντική για την Ελλάδα, αφού θα επιτρέψει στην χώρα να ανταποκριθεί στις προοπτικές της νέας Ευρωπαϊκής κοινωνικής διεύρυνσης και να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πολιτών της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ»

3.1 Εισαγωγές Παρατηρήσεις.

Τα τελευταία χρόνια η ανάγκη μέτρησης της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος γίνεται όλο και πιο επιτακτική καθώς το κράτος καλείται να ανταγωνιστεί τον ιδιωτικό τομέα σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Μέσω δεικτών αποδοτικότητας (οικονομική διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων, γραφειοκρατία, κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού κ.α.) και δεικτών ποιότητας (προσβασιμότητα, διαθεσιμότητα, ικανοποίηση ασθενών κ.α.) παρέχονται οι πληροφορίες για τις απαραίτητες προσαρμογές στους τομείς του υγειονομικού συστήματος, με σκοπό να αποδειχθεί βιώσιμο και οικονομικά αποδοτικό.

Οι δείκτες αποδοτικότητας χρησιμοποιούνται στην χάραξη πολιτικής της υγείας, καθώς δίνουν πληροφορίες για τις νοσοκομειακές μονάδες και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών στα πλαίσια της αγοράς. Παράλληλα, οι δείκτες ποιότητας είναι σημαντικοί στον τομέα απόδοσης, αφού μπορούν να μεταβληθούν και να επηρεάσουν την ποιότητα βελτιώνοντας την.

Με βάση την αντίληψη, πως η ποιότητα είναι καθοριστικός παράγοντας στην αποτυχία ή την αποτυχία ενός οργανισμού, γίνεται συνεχή προσπάθεια βελτίωσης των οργανισμών παροχής υγείας δίνοντας έμφαση στην ποιότητα υπηρεσιών. Για να γίνει, όμως, ουσιώδη αλλαγή στην ποιότητα, είτε αγαθών είτε υπηρεσιών, το προσωπικό και οι καταναλωτές πρέπει να μεταφερθούν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Εξάλλου, για να αποδειχθεί ένας οργανισμός βιώσιμος πρέπει να είναι ικανός να παράγει αγαθά και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των καταναλωτών.

Όπως θα δειχθεί στο παρόν κεφάλαιο, η ικανοποίηση των εργαζομένων ενός οργανισμού σχετίζεται άμεσα με την απόδοση ποιοτικών υπηρεσιών, ενώ αντίστοιχα η ικανοποίηση των καταναλωτών επηρεάζεται

από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Καθώς, λοιπόν, δίνεται η αλυσίδα αλληλεπίδρασης μεταξύ ποιότητας, εργαζομένων και καταναλωτών θα γίνει αντιληπτό, πως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης προσωπικού νοσοκομειακών μονάδων δίνουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης χρηστών των μονάδων αυτών.

Το παρόν κεφάλαιο αναλύει τις παραμέτρους: ικανοποίηση εργαζομένων, ικανοποίηση χρηστών (ασθενών) και ποιότητα υπηρεσιών νοσοκομειακών μονάδων, παρουσιάζοντας τις υπάρχουσες θεωρίες, δίνοντας τους εκάστοτε ορισμούς και αναλύοντας τους παράγοντες και τον τρόπο που αυτοί επηρεάζουν αυτές τις παραμέτρους.

3.2 Ικανοποίηση Εργασίας.

Το παραδοσιακό μοντέλο της ικανοποίησης εργασίας επικεντρώνεται σε όλα τα συναισθήματα που έχει το άτομο για την εργασία του. Αυτό που καθιστά την εργασία ικανοποιητική ή μη, δεν εξαρτάται μόνο από την φύση της ίδιας της εργασίας, αλλά και από τις προσδοκίες που έχει το άτομο στο τι θα του προσφέρει.

Στο έργο του Maslow προτείνεται ένα αναλυτικό μοντέλο ιεράρχησης των αναγκών του ανθρώπου με βάση ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Με βάση το μοντέλο αυτό οι ανάγκες είναι: η επιβίωση, η εξασφάλιση, η ταύτιση – αγάπη, η αυτόβεβαίωση και η αυτοπραγμάτωση. Αρχικά, η ικανοποίηση της εργασίας προσεγγίστηκε με βάση τη θεωρία του Maslow από τη σκοπιά της πληρότητας αυτών των αναγκών. Η προσέγγιση αυτή έγινε λιγότερο βάσιμη όταν δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο ότι η ικανοποίηση σχετίζεται περισσότερο με την διαδικασία αντίληψης και όχι με τις ανάγκες (Lu, While and Barriball, 2004).

Σε αντίθεση με την παραδοσιακή άποψη, οι Herzberg and Masner (1959) απέδωσαν μια θεωρία όπου η ικανοποίηση βασίζεται σε δυο παράγοντες: τον εσωτερικό και τον εξωτερικό. Ο εσωτερικός παράγοντας αναφέρεται ως κίνητρο και περιλαμβάνει: την έννοια της επίτευξης ενός στόχου, την αναγνώριση της προσφοράς εργασίας, την ίδια την εργασία και

την υπευθυνότητα. Ο εξωτερικός παράγοντας αναφέρεται στο σύνολο: της διοίκησης, της επίβλεψης, των οικονομικών απολαβών, των διαπροσωπικών σχέσεων που δημιουργούνται στο χώρο εργασίας και τις συνθήκες εργασίας μέσα σε αυτόν. Η θεωρία αυτή έδωσε τη βάση για περαιτέρω ερευνά του τομέα ικανοποίηση εργασίας (Lu, While and Barriball, 2004).

Ένας ορισμός που έχει δοθεί συνδυάζοντας τις απόψεις των Locke (1976), Wanous and Lawter (1972), O'Reilly, Chatman and Caldwell (1991) είναι πως «η ικανοποίηση εργασίας είναι η ευνοϊκή στάση ή ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που προέρχεται από την εργασία ενός ατόμου μεταξύ αυτού και του οργανισμού που του παρέχει την εργασία» (Ugboro and Obeng, 1999 : 253). Γενικότερα, η ικανοποίηση είναι ένας επηρεαζόμενος, από παράγοντες, προσανατολισμός που έχει ο εργαζόμενος για την δουλειά του και μπορεί να θεωρηθεί ως το ολικό συναίσθημα για την εργασία του μέσω των στάσεων (διάφορες οπτικές) που έχει το άτομο για την εργασία αυτή.

Η έρευνα του τομέα 'ικανοποίηση εργασίας' κρίνεται σημαντική καθώς σχετίζεται άμεσα με μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς.

Σε επίπεδο οργάνωσης, σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, είναι πιθανό η ικανοποίηση των εργαζομένων να έχει μεγαλύτερη επίδραση στον τομέα «ικανοποίηση καταναλωτών - πελατών» απ' ό,τι άλλοι παράγοντες καθώς η ικανοποίηση είναι θετικά συσχετισμένη με την αντίληψη περί ποιότητας υπηρεσιών από τους εργαζομένους αλλά και με τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τη σκοπιά των καταναλωτών. Είναι η βάση της θεωρίας του Heskett «υπηρεσίες - κέρδος» όπου αναλύει πως η απόδοση μιας εταιρίας ή ενός οργανισμού επηρεάζεται από την ικανοποίηση των καταναλωτών, η οποία εξαρτάται από την απόδοση των εργαζομένων που με την σειρά τους επηρεάζονται από την ικανοποίηση της εργασίας τους (Snipes et al 2003).

Επίσης, σε επίπεδο συμπεριφοράς υφίσταται άμεση συσχέτιση με την ικανοποίηση της εργασίας καθώς χαμηλή ικανοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική συμπεριφορά, όπως αφηρημάδα, έλλειψη συνεργασίας ή ακόμα και

επιθυμία αλλαγής του αντικειμένου ενασχόλησης. Βασική αιτία αυτής της συσχέτισης αποτελεί το γεγονός ότι σε προσωπικό επίπεδο η ικανοποίηση εργασίας σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου περί ποιότητας ζωής, με την επιρροή της εργασίας στον κοινωνικό και οικογενειακό του περίγυρο καθώς και με την επιρροή στη νοητική και φυσική του υγεία (Ugboro and Obeng 1999). Επιπροσθέτως, θετική εμφανίζεται να είναι και η σχέση, σε επίπεδο συμπεριφοράς, της ικανοποίησης των εργαζόμενων με την ικανοποίηση των ασθενών και τη συμμόρφωση αυτών με την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα – αγωγή, γεγονός που επηρεάζει την αξιολόγηση της νοσοκομειακής φροντίδας από την πλευρά των ασθενών, αλλά και συνεισφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην ιατρική θεραπεία (Seo, Ko and Price, 2003).

Μελέτες όπως των Seo et al. (2003) και Lu et al. (2004) έχουν δείξει, αντίστοιχα, σε νοσοκομειακές μονάδες (που αποτελούν οργανισμούς παροχής υπηρεσιών) πως υψηλά επίπεδα ικανοποίησης νοσοκομειακού προσωπικού μπορούν να βελτιώσουν την σχέση μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών, ενώ αντίθετα δυσαρεστημένο προσωπικό μεταφέρει την δυσαρέσκειά του στους ασθενείς. Διαφαίνεται, λοιπόν, η σπουδαιότητα έρευνας και μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης την εργασίας του προσωπικού ενός οργανισμού.

Η ικανοποίηση των εργαζομένων μπορεί να μετρηθεί ως «ο βαθμός του πόσο ευτυχισμένος είναι εργαζόμενος μέσα στην εργασία του και πόσο ικανοποιημένος είναι από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της» (Seo, Ko and Price 2003, Hackman and Oldman 1995). Τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης επιδρώντας στην συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Κατά συνέπεια, το βασικό περιεχόμενο της ικανοποίησης είναι ευρύ, διότι περιλαμβάνει χαρακτηριστικά τόσο της ίδιας της εργασίας, όσο και του εργασιακού περιβάλλοντος που οι εργαζόμενοι μπορεί να βρίσκουν ικανοποιητικό σε βαθμό που να πληρεί το άτομο ή απογοητευτικό με αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση του ατόμου (Snipes et al, 2003).

Παρακάτω αναλύονται όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά και οι παράγοντες που καθορίζουν και επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης της

εργασίας ενός εργαζόμενου. Πρέπει, όμως, να τονιστεί πως δεν υπάρχει διαφορά στον βαθμό σπουδαιότητας, γιατί όπως θα γίνει αντιληπτό, οι παράγοντες αυτοί είναι άμεσα συσχετισμένοι μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν αμφίδρομα σε σημείο που ακόμα και η κατηγοριοποίησή τους είναι δύσκολη.

Ένας από τους βασικούς παράγοντες είναι η εσωτερική ικανοποίηση (επιβράβευση) του ατόμου, δηλαδή το αίσθημα της επιτυχίας ως αποτέλεσμα της επίτευξης ενός στόχου. Η εσωτερική ικανοποίηση εξαρτάται ουσιαστικά από τη φύση της εργασίας, δηλαδή πως ο εργαζόμενος την αντιλαμβάνεται και από την προσωπικότητα του ατόμου όπου μέσω της απόκτησης θετικών εμπειριών παρέχονται κίνητρα. Παράγοντες που δίνουν κίνητρα, βάση έρευνας του Dieleman (2003), στη Νότια Κορέα, σε 530 εργαζομένους νοσοκομειακών μονάδων, αποτελούν η εκτίμηση και η υποστήριξη από τους συναδέλφους και προϊσταμένους του εργαζομένου, η αναγνώριση της προσφοράς από τους ασθενείς, η δυνατότητα εκπαίδευσης, οι συνθήκες εργασίας και ο μισθός¹². Είναι σημαντικό η εργασία να έχει ενδιαφέρον και να συμφωνεί με τις ιδεολογίες και τις αντίληψεις του εργαζομένου. Επίσης, σημαντικός είναι ο παράγοντας ικανότητα, εκ μέρους του εργαζομένου, να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του επιδέξια όντας παράλληλα υπεύθυνος για τις πράξεις του (Snipes et al, 2003).

Στον αντίποδα της εσωτερικής επιβράβευσης βρίσκεται η εξωτερική. Η εξωτερική επιβράβευση είναι ελεγχόμενη από τρίτους και αφορά κατά βάση την ανταμοιβή μέσω του συστήματος των προαγωγών, την αύξηση του μισθού ή ακόμα και μιας φιλοφρόνησης από προϊσταμένους (Ugboro and Obeng, 1999). Όπως φαίνεται και στην έρευνα των Snipes et al. (2004), σε 351 υπαλλήλους, στις ΗΠΑ, όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν ότι επιβραβεύονται για την απόδοσή τους αυξάνεται η αυτοπεποίθησή τους, βελτιώνεται η συνεργασία με τους συναδέλφους τους και καλλιεργείται η κουλτούρα για επιτυχία. Επίσης, η εξωτερική ανταμοιβή εδραιώνει την αφοσίωση του εργαζομένου στον οργανισμό, αυξάνει το ενδιαφέρον για τον ανθρώπινο περίγυρό του (συμπεριλαμβανομένων των ασθενών) και πληρεί τον

¹² Οι παράγοντες αυτοί, όπως θα δειχθεί και παρακάτω αποτελούν και παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων.

εργαζόμενο στον βαθμό που εκείνος αισθάνεται πως ο οργανισμός αναγνωρίζει και ικανοποιεί την ανάγκη του για αναγνώριση (Anderson, Rungtusanatham and Schroeder, 1994). Σε γενικό επίπεδο, υπάρχει μια ανταλλαγή πλεονεκτημάτων μεταξύ οργανισμού και προσωπικού. Ο οργανισμός δίνει αναγνώριση για την συνεισφορά του εργαζομένου και ο εργαζόμενος παρακινείται για να κάνει σωστά την δουλειά του σε ανταλλαγή αυτής της αναγνώρισης.

Έτσι, από πλευράς διοίκησης πιστεύεται πως το κλειδί για να δοθεί κίνητρο στους εργαζομένους είναι η ανταμοιβή με χρηματικά μέσα (αύξηση μισθών). Πρέπει, όμως, η ίδια η εργασία να δίνει ικανοποίηση, ο σκοπός αυτής να είναι ευχάριστος και να ολοκληρώνει τον εργαζόμενο. Η εσωτερική ικανοποίηση που αφορά την ψυχολογική ανταμοιβή και προέρχεται απλά από την εκτέλεση των καθηκόντων, οδηγεί τους υπάλληλους, που προσφέρουν υπηρεσίες, να αποκτούν κίνητρα μέσα από την φύση της εργασίας και να βρίσκουν καλύτερους τρόπους να εξυπηρετούν τους ασθενείς. Αυτός ο τρόπος ανταμοιβής είναι πολύ διαφορετικός από την εξωτερική ανταμοιβή που προέρχεται από τρίτους (προϊστάμενους και συναδέλφους). Και ενώ η εξωτερική επιβράβευση είναι εξίσου σημαντική, δεν είναι αρκετή για να διατηρήσει τον εργαζόμενο στο καλύτερο επίπεδο απόδοσής του, καθώς οι εργαζόμενοι επικεντρώνονται περισσότερο στο «χρηματικό έπαθλο» ή στην «θέση» που θα αποκτήσουν με αποτέλεσμα να είναι παραγωγικοί στο βαθμό που θα λάβουν την επιβράβευση και όχι στον βαθμό που υπό άλλες συνθήκες η συνείδηση τους θα επέβαλε (Snipes et al, 2003). Κατά συνέπεια, είναι πολύ σημαντικό να ενισχυθούν οι εσωτερικές ανταμοιβές, όπως για παράδειγμα η αντίληψη των εργαζομένων για την εργασία τους και την κοινωνική φύση αυτής, έχοντας την μεγαλύτερη θετική επιρροή στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Ένας άλλος παράγοντας είναι η αυτονομία, ο βαθμός δηλαδή που ο εργαζόμενος λαμβάνει αποφάσεις και ασκεί δύναμη στον εργασιακό του τομέα (Seo, Ko and Price, 2003). Θέματα που εμφανίζονται συχνά να έχουν σχέση με την αυτονομία, σε επίπεδο οργάνωσης, είναι ο συγκεντρωτισμός, ο

έλεγχος των δραστηριοτήτων και η συμμετοχή των εργαζομένων στην επίτευξη ενός στόχου. Έχει παρατηρηθεί από τους Ugboro et al. (2000) σε έρευνα με δείγμα 800 εργαζομένων, πως όσο μεγαλύτερη είναι η αυτονομία του προσωπικού τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση. Προϋπόθεση, όμως, για την αυτονομία αποτελεί η ενθάρρυνση από το διοικητικό προσωπικό στην ανάληψη πρωτοβουλιών, στην συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων και στην πρόσβαση πληροφοριών εκ μέρους των εργαζομένων. Γενικότερα, η διατήρηση ποιότητας στις παροχές υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα με την ανάληψη πρωτοβουλίας, διότι οι εργαζόμενοι αποκτούν αυτοπεποίθηση και ενδιαφέρον¹³, αυξάνεται η υπευθυνότητά τους με αποτέλεσμα να εντοπίζει και να ανταποκρίνονται με επιτυχία σε προβλήματα ποιότητας, ενώ η αίσθηση ελέγχου τους παροτρύνει να προβούν σε απαραίτητες αλλαγές για την βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών (Ugboro and Obeng, 1999).

Σημαντική παράμετρος είναι και η ψυχολογική κατάσταση του εργαζομένου, που εξαρτάται κατά βάση από το άγχος που προκαλείται στα πλαίσια της εργασίας. Το άγχος αποτελείται από διαστάσεις που αφορούν τον ψυχισμό του ατόμου και το εξωτερικό περιβάλλον. Οι διαστάσεις αυτές συνοψίζονται στο (Seo, Ko and Price, 2003):

- ♦ Βαθμό όπου οι προσδοκίες του εργαζομένου για τον ρόλο του δεν είναι ξεκάθαρες (αμφιβολία).
- ♦ Βαθμό όπου οι προσδοκίες του εργαζομένου για τον ρόλο του είναι ασυμβίβαστες(εσωτερική διαμάχη - ρουτίνα¹⁴).
- ♦ Βαθμό όπου οι απαιτήσεις της δουλειάς είναι υπερβολικές .
- ♦ Βαθμό όπου οι πόροι της εργασίας είναι χαμηλοί.

Το εργασιακό άγχος ,μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των επιβλαβών σωματικών και συναισθηματικών αποκρίσεων του εργαζόμενου ,όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού του έργου δεν ταιριάζουν με τις ικανότητες του,

¹³ Εδώ διαφαίνεται και η σχέση μεταξύ του παράγοντα εσωτερικής ικανοποίησης και της αυτονομίας.

¹⁴ Η ρουτίνα- μονοτονία προκύπτει με την επαλαμβανόμενη διαδικασία της εργασίας , με αποτέλεσμα την συνήθεια, την μείωση του ενδιαφέροντος και κατά συνέπεια την χαμηλή ικανοποίηση.

τις προσωπικές του ανάγκες, τις προσωπικές πεποιθήσεις του και τον φόρτο εργασίας. Συγκεκριμένα, οι Kalatantan et al. σε ερευνά που διεξήχθη στην Σαουδική Αραβία το 1999, σε δείγμα 302 ατόμων νοσοκομειακού προσωπικού, έδειξαν πως μεγάλο φόρτο εργασίας επηρεάζει αρνητικά και σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των εργαζομένων. Επίσης, το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε βαριά επιδείνωση της ψυχοσωματικής υγείας του ανθρώπου όπως και σε εργασιακή υπερκόπωση (burnout) (Clarke and Palmer, 1994). Συνήθως, αυτό το άγχος επηρεάζει το άτομο και εκτός χώρου εργασίας στην καθημερινότητα του και στην οικογενειακή του ζωή ενώ στον εργασιακό χώρο εκδηλώνεται μέσα από θυμό, ένταση, απομόνωση από συνάδελφους, έλλειψη συγκέντρωσης, ελλιπή παραγωγικότητα, έλλειψη οργανωτικότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παράγοντες που σχετίζονται με εργασιακό άγχος είναι (Mays and Gregor 1995, Ross and Altmajer 1994)):

- ♦ *Ο ρόλος του εργαζόμενου:* Όταν ο ρόλος εργασίας δεν είναι σύμφυτος με τις βαθύτερες προσωπικές ανάγκες του ατόμου τότε αντιλαμβάνεται το εργασιακό έργο ως καταναγκαστική εργασία και δεν μπορεί να αποδώσει. Παρατεταμένα οδηγεί σε συναισθήματα ματαιότητας και σε συναισθήματα κατάθλιψης.
- ♦ *Το περιβάλλον εργασίας:* Το περιβάλλον γενικότερα επηρεάζει την οποιαδήποτε παραγωγή έργου. Στην περίπτωση της επαγγελματικής απασχόλησης η διαρρύθμιση του χώρου, ο χρωματισμός του και η αρμονία που εμπνέει επηρεάζουν ασυνείδητα την διάθεση του ατόμου. Το κάπνισμα, σε συνδυασμό με οχλαγωγία και έλλειψη κλιματισμού μπορούν να επιφέρουν κατακόρυφη επιβράδυνση της παραγωγής έργου καθώς και αποσυντονισμό κινήσεων.
- ♦ *Η ανασφαλής επιχείρηση:* Όταν η ίδια η επιχείρηση δεν εμπνέει εμπιστοσύνη αυτό διαχέεται και στους εργαζόμενους της. Συνεχόμενες αλλαγές, υποσχέσεις που δεν ικανοποιούνται ή ικανοποιούνται αργά, προαγωγές που δεν θα συμβούν ποτέ δημιουργούν κλίμα καχυποψίας και ανασφάλειας. Αν ο εργαζόμενος δεν έχει την ανάλογη δομή προσωπικότητας τότε παραπαίει και χρειάζεται συναισθηματική στήριξη.

Είναι αντιληπτό, πως η προσαρμογή του συστήματος λειτουργίας μιας νοσοκομειακής μονάδας πρέπει να συμβαδίζει σε ένα μεγάλο ποσοστό με τις ψυχολογικές ανάγκες του προσωπικού και κυρίως των θεράποντων ιατρών, με σκοπό τη διευκόλυνση αυτών και κατά συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.

Το εργασιακό περιβάλλον τόσο από πλευράς χώρου και υλικοτεχνικής υποδομής, όσο και από πλευράς συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό, επηρεάζει την ικανοποίηση του εργαζομένου (Ugboro and Obeng, 1999). Η ικανοποίηση αυξάνεται όταν ο χώρος είναι εύκολα προσβάσιμος από άποψη τοποθεσίας, είναι ευχάριστος, παρέχει ασφάλεια και διευκολύνει την εργασία (επαρκής ιατρικός εξοπλισμός) όπως διαφαίνεται και μέσω έρευνας των Kalatantan et al. (1999) σε δείγμα 302 υπαλλήλων, στην Σαουδική Αραβία. Η συνεργασία αφ' ενός αναφέρεται στην συναδελφική υποστήριξη σε θέματα εργασίας και τις φιλικές – κοινωνικές σχέσεις εκτός δουλειάς, αφ' ετέρου στην βοήθεια των προϊσταμένων σε εργασιακά προβλήματα που πιθανόν να αντιμετωπίζει ένας εργαζόμενος και γενικότερα στην υποστήριξη της παραγωγικότητας εκ μέρους του διοικητικού προσωπικού. Ανάλογη είναι η έρευνα με δείγμα 351 εργαζομένους, των Snipes et al. (2004) στις ΗΠΑ όπου εμφανίζει θετική σχέση ικανοποίησης εργασίας και συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού.

Επίσης, σημαντικός παράγοντας είναι το σύστημα της διοίκησης πρέπει να διέπεται από αξιοκρατία. Όπως αποδεικνύουν οι Seo, Ko and Price (2004) με έρευνά τους στην Κορέα, σε 353 άτομα, όταν οι εργαζόμενοι αναγνωρίζουν πως οι ανταμοιβές και οι ποινές που δίνονται είναι ανάλογα με την επίδοση της εργασίας, τότε χαρακτηρίζουν το σύστημα δίκαιο και αυξάνεται η ικανοποίησή τους.

Η δυνατότητα ανάπτυξης σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση των εργαζομένων και την αύξηση την απόδοσης του ίδιου του οργανισμού. Η επαγγελματική ανάπτυξη περιλαμβάνει την απόκτηση και ανάπτυξη δεξιοτήτων και γνώσης, του προσωπικού, για την εξέλιξη των εφαρμογών στον τομέα της υγείας ενώ σε

έρευνα της Dalton (2004), που διεξήχθη σε πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αυστραλίας, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική, η ανάπτυξη σε εκπαιδευόμενο νοσοκομειακό προσωπικό (Dalton, 2004). Επίσης, βάση έρευνας των Parboteeah et al. (2005) σε δείγμα 498 εργαζομένων στις ΗΠΑ διαφαίνεται πως η συμμετοχή των εργαζομένων σε δραστηριότητες ανάπτυξης έχει θετικές επιπτώσεις σε συνολικό και ατομικό επίπεδο εργασίας. Συγκεκριμένα, η αύξηση της αυτοπεποίθησης και του αισθήματος αξίας που έχει ο εργαζόμενος στο σύνολο της εργασίας του, η απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων σχετικά με το αντικείμενο ενασχόλησης αυξάνουν την ικανοποίηση του σε επίπεδο προσωπικής προόδου (Parboteeah et al, 2005). Επιπροσθέτως, οι ευκαιρίες απόκτησης καινούργια γνώσης και η διαρκής εκπαίδευση επιτρέπει στους εργαζομένους να ενισχύσουν την γνώση τους, να διατηρούν κίνητρα και να αποκτήσουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για επαγγελματική πρόοδο. Σε συνολικό επίπεδο βελτιώνεται η σχέση μεταξύ των χρηστών του οργανισμού και του προσωπικού ενώ αυξάνεται η απόδοση του οργανισμού λόγω της καλύτερης γνώσης του κάθε υπαλλήλου στο αντικείμενο εργασίας του και κατά συνέπεια στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει (Seo, Ko and Price, 2003).

Επίσης, είναι αρκετά σημαντικό να αναφερθεί και η παράμετρος ικανοποίηση από τους ασθενείς. Όπως φαίνεται και από την έρευνα των Snipes et al. (2004) σε 351 υπαλλήλους στις ΗΠΑ, εργαζόμενοι που είναι ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά (ευγένεια, αποδοχή, δεκτικότητα) των ασθενών είναι πιο πιθανό να αυξήσουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών απέναντί τους.

Τέλος, οι οικονομικές απολαβές, σε επίπεδο διαχείρισης, αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα για την ικανοποίηση των εργαζομένων, επηρεάζοντας την συμπεριφορά. Είναι ισχυρότατος παράγοντας και παρέχει κίνητρα τόσο από πλευράς έντασης απασχόλησης και παραγωγικότητας όσο από πλευράς ωρών εργασίας (υπερωρίες). Στην περίπτωση, όμως, οργανισμών δημοσίου δικαίου, όπως και στην συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα που αναφέρεται η παρούσα πτυχιική μελέτη, δεν κατέχει ο οικονομικός

παράγοντας την ίδια σημαντική θέση, διότι οι αποδοχές από το κράτος είναι καθορισμένες ανεξάρτητα από τον τρόπο εργασίας, ενώ η διαφορά των μισθών στις βαθμίδες του προσωπικού δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή.

3.3 Ικανοποίηση Χρηστών Νοσοκομειακών Μονάδων.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην κρίση παροχής υπηρεσιών, σε πρόσφατες μελέτες, για να εξουδετερωθεί εν μέρει το ενδιαφέρον για το ιατρικό επάγγελμα και να προσανατολιστεί στην αντιμετώπιση του ασθενή ως καταναλωτή. Σύμφωνα με ορισμένες από αυτές, η πρόνοια υγείας αναμένεται να ανταποκρίνεται απευθείας στις ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενή. μερικές, όμως, δεν λαμβάνουν υπόψιν το γεγονός πως ορισμένοι ασθενείς δεν επιθυμούν να αντιμετωπίζονται ως πελάτες (Albana, Piechulek, and Sabir, 2001). Έχοντας συνδεθεί η ποιότητα υπηρεσιών με την απόδοση ενός οργανισμού και την ικανοποίηση των καταναλωτών. Αντίστοιχα, η αντίληψη των ασθενών περί ποιότητας είναι το κλειδί για την επιτυχία μιας νοσοκομειακής μονάδας (Choi et al, 2001).

Μέχρι τώρα, οι πληροφορίες για την ποιότητα παροχής των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας αντλούνταν από το προσωπικό με αποτέλεσμα πολλές φορές να είναι κατευθυνόμενες και να μην δίνουν τα σωστά στοιχεία (Gross, 2003). Η άποψη των ασθενών γίνεται όλο και περισσότερο σημαντική για το υγειονομικό σύστημα, αφού αποτελούν αξιόπιστες πηγές πληροφοριών. Είναι ικανοί κατά ένα μεγάλο ποσοστό να αξιολογήσουν την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και να αναφέρουν γεγονότα που αφορούν την διαδικασία της ιατρικής φροντίδας (Karadas et al, 2003).

Παρ' όλα αυτά, όμως, η αντίληψη και η κρίση της ποιότητας είναι ιδιαίτερα υποκειμενική και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται είναι διαφορετικά από φορά σε φορά και από ασθενή σε ασθενή. Παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, φαίνεται να επηρεάζουν την εκτίμηση της ποιότητας και την παρατήρηση τους συστήματος λειτουργίας αυτής, όπως τουλάχιστον υποστηρίζεται από έρευνα του Gross (2003), στο Ισραήλ, σε 1089 χρήστες νοσοκομειακών μονάδων.

Ακόμα και η χρήση ιδιωτικών μονάδων υγείας επηρεάζει την άποψη των ατόμων¹⁵ περί ποιότητας της δημόσιας υγείας (Albana, Piechulec and Sabir, 2001). Κατά συνέπεια, η ποιότητα και η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει ένα μέρος του συστήματος.

Η ικανοποίηση των ασθενών και ποιότητα των υπηρεσιών είναι αλληλένδετες έννοιες όπου η διάκριση και αποσαφήνισή τους δεν είναι ξεκάθαρη. Αυτό οφείλεται στο ότι πολλές φορές και οι δυο έννοιες έχουν ερμηνευτεί μέσω των προσδοκιών του καταναλωτή. Υφίσταται μια διαμάχη κατά πόσο είναι έννοιες ανταλλάξιμες ή συμπληρωματικές, δηλαδή αν η ικανοποίηση χαρακτηρίζει την ποιότητα ή αν από την ποιότητα προκύπτει ικανοποίηση. Η άποψη που υπερισχύει είναι πως η ποιότητα αποτελεί νοητική αξιολόγηση από τον ασθενή, ενώ η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα αυτής της αξιολόγησης (Choi et al, 2001).

Η ικανοποίηση ορίζεται ως: «η ανταπόκριση στην αξιολόγηση της διαφοράς μεταξύ των αρχικών προσδοκιών και της πραγματικής απόδοσης των υπηρεσιών – προϊόντος μετά την κατανάλωση». Διακρίνοντας έτσι μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών που δημιουργείται μέσω την αντίληψης και της ικανοποίησης που είναι επηρεαζόμενο πιστεύω, οδηγούμαστε σε μια σειρά αιτίου – αποτελέσματος όπου η ποιότητα υπηρεσιών τοποθετείται πριν την ικανοποίηση (Choi et al 2001, Tse and Wilton 1988).

Ως ποιότητα ιατρικών υπηρεσιών (φροντίδας) ορίζεται: «η φροντίδα που αναμένεται να μεγιστοποιηθεί, συμπεριλαμβάνοντας ως μέτρο την ευημερία του ασθενή, όταν εκείνος έχει λάβει υπόψιν του την ισορροπία του αναμενόμενου κόστους¹⁶ και ωφέλειας που εμφανίζεται στην διαδικασία της φροντίδας από όλες τις πλευρές» (Gross 2003, Danabedian 1989).

Ουσιαστικά, η ποιότητα της φροντίδας είναι ανάλογη της ικανοποίησης, δηλαδή προέρχεται από την σύγκριση της αντίληψης της απόδοσης των υπηρεσιών των αρχικών προσδοκιών με αυτές που αποδίδονται. Κατά συνέπεια, η μέτρηση της ικανοποίησης ή η αξιολόγηση της

¹⁵ Άτομα με πρόσθετη ασφάλιση (ιδιωτική) ή με υψηλό οικονομικό επίπεδο.

¹⁶ Ως κόστος εννοείται η ψυχοσωματική κόπωση και ο χρόνος.

ποιότητας δίνουν σχεδόν ταυτόσημες πληροφορίες για την απόδοση μιας νοσοκομειακής μονάδας.

Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να προσδιοριστεί συνδυάζοντας την αξιολόγηση δυο ξεχωριστών διαστάσεων: του τεχνολογικού μέρους και του λειτουργικού. Το τεχνολογικό περιλαμβάνει τον χώρο όπου 'παράγονται' οι υπηρεσίες και το λειτουργικό, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και οι διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται (Gross, 2003).

Από την παραδοσιακή ιατρική σκοπιά στόχος των νοσοκομειακών κέντρων είναι η αύξηση των πιθανοτήτων επιτυχίας των επιθυμητών αποτελεσμάτων με την χρήση πληροφοριών από το προσωπικό. Με επιφύλαξη χρησιμοποιούνται οι καταναλωτές για την μέτρηση της ποιότητας. Συγκεκριμένα, υπάρχει ένα χρονικό κενό μεταξύ της παροχής της ιατρικής περίθαλψης και της αναγνώρισης του αποτελέσματος. Επίσης, κάποια θέματα που αφορούν την εκτίμηση του αποτελέσματος είναι δύσκολο να αναλυθούν, διότι οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις να αξιολογήσουν κατά πόσο οι υπηρεσίες είναι σωστές ή ακόμα και απαραίτητες (Choi et al 2001). Ο ασθενής ουσιαστικά δεν δύναται να κρίνει το τεχνικό - ιατρικό μέρος της θεραπείας, δημιουργώντας έτσι ένα χάσμα μεταξύ της άποψης για ποιότητα των ασθενών και των ειδικών. Η κρίση του ασθενή για την ποιότητα βασίζεται στην σχέση μεταξύ θεραπευτή - θεραπευμένου. Επιπροσθέτως, λόγω του κενού, που προαναφέρθηκε, πολλοί ασθενείς δεν έχουν αρχικές προσδοκίες για το αποτέλεσμα και δεν είναι σίγουροι τι περιμένουν από την θεραπεία.

Η ικανοποίηση μπορεί γενικά να μετρηθεί μέσω των απόψεων των ασθενών για την ικανότητα του ιατρού σε επικοινωνιακό επίπεδο, για την φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό, για την διαμονή στον χώρο του νοσοκομείου, για την διαδικασία της νοσηλείας και για το αποτέλεσμα της θεραπείας.

Ο πιο ισχυρός δείκτης για την ικανοποίηση είναι η συμπεριφορά των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, έρευνες όπως των Ogboro and Obeng (2000), των Choi et al. (2004) στην Νότια Κορέα, Albana (2001) στο Μπαγκλαντές κ.α. δείχνουν πως η ικανότητα του νοσοκομειακού

προσωπικού να επικοινωνεί με τον ασθενή και να ενδιαφέρεται για την ψυχосυναισθηματική του κατάσταση φαίνεται να είναι πιο σημαντική από τις αμιγώς ιατρικές υπηρεσίες που περιλαμβάνουν την εξήγηση της φύσης του προβλήματος του ασθενούς, την παροχή ιατρικών συμβουλών κ.α. Από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής αναμένει ευγένεια και σεβασμό στην ηρεμία του, υποστήριξη και βοήθεια στις ανάγκες του και στην άμεση απόκριση στα αιτήματά του (Karadas et al 2003). Το πρόβλημα που συνήθως δημιουργείται είναι πως το προσωπικό (ιατρικό και νοσηλευτικό), καλύπτει τις ιατρικές και εν μέρει τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών και αποτυγχάνει να καλύψει τις συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες.

Ο τομέας της διαμονής στο νοσοκομείο και η διαδικασία φροντίδας, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες μετά τις διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών και προσωπικού. Η διαδικασία της φροντίδας σχετίζεται θετικά κυρίως με το χρόνο. Ο χρόνος αναμονής της εξέτασης ατόμων στα εξωτερικά ιατρεία, αλλά και σε άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, πρέπει να είναι μικρός, μειώνοντας την ταλαιπωρία των ασθενών (Karadas et al, 2004). Τα αποτελέσματα των εξετάσεων πρέπει και αυτά να δίνονται σύντομα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, αλλά και την διευκόλυνση των ιατρών στο έργο τους. Επίσης, κρίσιμος είναι ο χρόνος μεταφοράς στο νοσοκομείο από το ΕΚΑΒ αφού μια καθυστέρηση μπορεί να κοστίσει την ζωή του ασθενή. Ο Albana (Μπαγκλαντές) με ερευνά το 2001 σε δείγμα 1913 ασθενών δείχνει πως ο χρόνος αναμονής είναι θετικά και αντίστροφα συσχετισμένος με την ικανοποίηση. Όσο μικρότερος ο χρόνος τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση.

Η διαμονή στο νοσοκομείο, αφορά τον χώρο από πλευράς υλικοτεχνικής υποδομής. Η καθαριότητα των θαλάμων και των κοινόχρηστων χώρων είναι σημαντική προς αποφυγή λοιμώξεων και μετάδοση ασθενειών. Η ποιότητα και η επάρκεια των χώρων υγιεινής και του ξενοδοχειακού εξοπλισμού είναι απαραίτητη για την αριθμητική κάλυψη των ασθενών κάτω από αξιοπρεπείς συνθήκες¹⁷. Η ποιότητα του φαγητού πρέπει να είναι επαρκής και ελεγχμένη ώστε να καλύπτει τις ξεχωριστές διατροφικές

¹⁷ Χαρακτηριστική κατάσταση στα ελληνικά νοσοκομεία είναι η ύπαρξη κρεβατιών (ράντζα) στους διαδρόμους των νοσοκομείων.

ανάγκες του κάθε ασθενή (Karadas et al 2003). Αυτοί οι παράγοντες καθορίζουν κατά πόσο είναι ευχάριστη η διαμονή στο νοσοκομείο και κατά συνέπεια την ικανοποίηση του ασθενή. Επίσης, σημαντική είναι η προσβασιμότητα του νοσοκομείου από πλευράς τοποθεσίας και από κοινωνικής πλευράς(κάλυψη όλων των πληθυσμιακών ομάδων). Οι παράγοντες διαμονή και προσβασιμότητα επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών όπως αποδεικνύεται και από τον Karadas (2003) σε ερευνά που διεξήχθη στην Αγγλία με δείγμα 92 ασθενείς.

Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η αναφορά στον κόστος νοσηλείας. Παρότι αφορά δημόσια νοσοκομειακή μονάδα, η παροχή υγείας ως δημόσιο αγαθό, φαίνεται να έχει κάποιο κόστος. Το κόστος αυτό αναφέρεται σε έμμεσες χρεώσεις (φακελάκια) κυρίως στο ιατρικό προσωπικό αλλά και στο νοσηλευτικό, και σε επιπλέον χρεώσεις για συμπληρωματικές υπηρεσίες (αποκλειστικές νοσοκόμες).

Εκτός της ποιότητας των υπηρεσιών υπάρχει άλλη μια μεταβλητή που καθορίζει την ικανοποίηση του ασθενή: η αξία του 'προϊόντος υγείας'. Αν και στο τομέα της υγείας η αξία ως έννοια δεν έχει ερευνηθεί είναι σημαντική η εξακρίβωση της φύσης της σχέσης που έχει με την ικανοποίηση του καταναλωτή. Ως «αξία» ορίζεται η αξιολόγηση της χρησιμότητας των υπηρεσιών και της θυσίας που απαιτείται. Η χρησιμότητα αποτελεί ουσιαστικά το αποτέλεσμα της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και η θυσία το κόστος, η φυσική και ψυχολογική καταπόνηση και ο χρόνος. Όπως και η ποιότητα των υπηρεσιών, έτσι και η αξία βασίζεται στην αντίληψη. Αντίθετα, όμως, με την ποιότητα η αξία αποτελεί την διαφορά κόστους ωφέλειας. Μέχρι στιγμής, φαίνεται να υπάρχει θετική σχέση αξίας και ικανοποίησης, αφού προκειμένου να αυξηθεί η αξία της υγείας, απαιτείται βελτίωση των υπηρεσιών με παράλληλο αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης (Choi et al, 2001).

Συνοψίζοντας, η ικανοποίηση δίνει πληροφορίες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο για την βελτίωση του χώρου, της συμπεριφοράς του προσωπικού και τις μεθόδους θεραπείας λαμβάνοντας υπόψιν τις προσδοκίες

και τις αντιλήψεις των ασθενών. Αν και είναι κατανοητό πως οι παράγοντες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ποιότητας και την μέτρηση της ικανοποίηση διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και από χώρα σε χώρα, είναι αναγκαία η μελέτη τους καθώς και η διαφορά αντίληψης μεταξύ ειδικών και των ασθενών έτσι ώστε να υπάρχει ισορροπία.

3.4 Περίληψη

Η επαρκής και σωστή πληροφόρηση για την βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος είναι θεμελιώδη. Αν και ο τομέας της υγείας είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα της ασυμμετρίας των πληροφοριών που υπάρχουν, ωστόσο η μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών παροχής ιατρικών υπηρεσιών είναι εφικτή.

Σήμερα προκειμένου οι οργανισμοί να είναι ανταγωνιστικοί ,σ' ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, πρέπει να ενοποιήσουν την παραδοσιακή ιατρική προσέγγιση, όπου η αποτελεσματικότητα μετριέται από την πλευρά αυτών που την παρέχουν, με την αντίληψη και την γνώμη των ασθενών.

Η ικανοποίηση των εργαζομένων αποτελεί τον πιο ισχυρό παράγοντα καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών όπου με τη σειρά τους επηρεάζουν το ύψος της ικανοποίησης των ασθενών. Χαρακτηριστικά όπως η επιβράβευση, η αυτονομία, η ψυχολογική κατάσταση, το περιβάλλον και η δυνατότητα ανάπτυξης και εκπαίδευσης ελέγχουν την ικανοποίηση και επηρεάζουν την συμπεριφορά του προσωπικού, όπου ο συνδυασμός της συμπεριφοράς αυτής μαζί με το τεχνικό μέρος της νοσηλείας καθορίζει την ικανοποίηση του ασθενή και κατά συνέπεια την αξιολόγηση των υπηρεσιών.

Γενικά, η σχέση αλληλεπίδρασης που υπάρχει μεταξύ ικανοποίησης των εργαζομένων, ικανοποίηση των ασθενών και της ποιότητας δίνουν εμπεριστατωμένες πληροφορίες για την διάγνωση των δυσχερειών που είναι απαραίτητο να δρομολογηθούν από πλευράς τεχνικής υποδομής και υπηρεσιών, γεγονός που θα οδηγήσει σε σαφώς καλύτερη διαχείριση των προβλημάτων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

4.1 Μεθοδολογία Έρευνας.

Βασικός στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων την νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού και την εύρεση πιθανών σχέσεων μεταξύ διαφόρων μεταβλητών και της ικανοποίησης. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην στατιστική ανάλυση είναι τα εξής :

- ♦ Συχνότητες.
- ♦ Πίνακες διπλής εισόδου.
- ♦ Έλεγχος ανεξαρτησίας (χ^2), όπου χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί αν δυο ή περισσότερες μεταβλητές διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους.
- ♦ Παραγοντική ανάλυση (Factor Analysis), όπου μειώνει ένα σύνθετο σύνολο μεταβλητών σε ένα μικρότερο αριθμό παραγόντων, δίνοντας πολύτιμα συμπεράσματα για την σημαντικότητα του κάθε παράγοντα.

Πιο συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά του δείγματος και η σύνθεσή του, προκύπτουν από την ανάλυση δεδομένων σε πίνακες συχνοτήτων και πίνακες διπλής εισόδου δίνοντας μια εικόνα για τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τόσο των εργαζομένων όσο και των χρηστών. Επίσης, παρέχονται πληροφορίες από ερωτήσεις που σχετίζονται με την νοσοκομειακή μονάδα και το δείγμα, όπως για παράδειγμα ο τομέας και η θέση εργασίας για κάθε εργαζόμενο και το τμήμα νοσηλείας και παρεχόμενες υπηρεσίες για κάθε χρήστη κ.α. που θα παρουσιαστούν στην παρακάτω αναφορά στα ερωτηματολόγια.

Για την μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης γίνεται αποκλειστικά χρήση συχνοτήτων που δείχνουν τον βαθμό ικανοποίησης σε παράγοντες που έχουν οριστεί ξεχωριστά, βάση του θεωρητικού μέρους, για το νοσοκομειακό προσωπικό και για τους χρήστες του νοσοκομείου.

Με ανάλυση σε πίνακες διπλής εισόδου και χρήση του έλεγχου ανεξαρτησία (χ^2) δίνονται πληροφορίες σχετικά με το κατά πόσο μεταβλητές,

όπως για παράδειγμα η ηλικία, είναι εξαρτημένες ή όχι σε σχέση με την ικανοποίηση. Τέλος, με τη χρήση της παραγοντικής ανάλυσης γίνεται κατανοητός ο τρόπος απάντησης των ατόμων που συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια. Οι μεταβλητές που μετρούν παρόμοια πράγματα, όπως για παράδειγμα καθαριότητα, ησυχία και ασφάλεια του χώρου του νοσοκομείου, μπορούν να διαπιστωθούν με την βοήθεια της ανάλυσης παραγόντων και συνεπώς, να κατανοηθεί και η δομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο.

4.2 Επιλογή Δείγματος.

Τα πρωτογενή δεδομένα συγκεντρώθηκαν με την χρήση ερωτηματολογίου στην νοσοκομειακή μονάδα του Ευαγγελισμού. Διανεμήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, από τα οποία το ένα δόθηκε στους χρήστες και το άλλο στο νοσοκομειακό προσωπικό. Λόγω της πολυπλοκότητας των μεγάλων δημόσιων οργανισμών, όπως είναι τα νοσοκομεία, και λόγω της κατάστασης της υγείας των ασθενών, το μέγεθος του δείγματος ήταν 100 άτομα για κάθε περίπτωση (εργαζόμενους και χρήστες) και το ποσοστό αποδοχής ήταν 100% για τους χρήστες και 82% για το προσωπικό.

Στην περίπτωση των χρηστών, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ασθενείς ή από συγγενείς αυτών, ενώ υπήρχαν μερικές περιπτώσεις που συμπληρώθηκαν μέσω συνέντευξης, καθώς δεν ήταν δυνατή η συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου από τους ίδιους λόγω της κατάστασης της υγείας τους. Η επιλογή των χρηστών ήταν τυχαία και ολοκληρώθηκε στον διάστημα μεταξύ 09/05/2005 και 06/06/2005.

Ύστερα από σχετική αίτηση στην Διοίκηση του νοσοκομείου Ευαγγελισμού και έγκριση αυτής, τα ερωτηματολόγια του προσωπικού, διανεμήθηκαν από τους προϊστάμενους των τμημάτων, καθώς η πολιτική του νοσοκομείου δεν επέτρεπε άμεση επαφή με τους εργαζόμενους, λόγω μειωμένου χρόνου και πιθανής απασχόλησης των ατόμων από τις εργασιακές τους υποχρεώσεις. Το διάστημα της παροχής των ερωτηματολογίων μέχρι την τελική παράδοσή τους είναι από 11/05/2005 μέχρι 28/09/2005.

Σε γενικές γραμμές, η λήψη στατιστικών δεδομένων για την παρούσα πτυχιακή εργασία αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες αφ' ενός λόγω της γραφειοκρατίας των δημόσιων οργανισμών (ερωτηματολόγια προσωπικού), αφ' ετέρου λόγω του δείγματος που αποτελείται από άτομα όπου η συνεργασία δεν ήταν εύκολη λόγω της κατάστασης της υγείας τους (ερωτηματολόγια χρηστών - ασθενείς).

4.3 Τα Ερωτηματολόγια των εργαζομένων και των χρηστών νοσοκομειακών μονάδων.

Τα ερωτηματολόγια διαμορφώθηκαν βάση του θεωρητικού μέρους και με τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται ξεχωριστά στο προσωπικό και στους χρήστες. Παρ' όλα αυτά, όμως σε μερικές περιπτώσεις υπήρχαν παρόμοιες ερωτήσεις στα δυο ερωτηματολόγια ενώ προκειμένου να διατηρηθεί ο ίδιος σχεδιασμός οι ερωτήσεις να διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δύο ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε εργαζομένους και χρήστες της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού βασίστηκαν στα ερωτηματολόγια αντίστοιχων προηγούμενων μελετών (ερευνών), σε νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Θαλασσινός και Παντουβάκης, 2005).

Το ερωτηματολόγιο των εργαζομένων αποτελείται από 19 ερωτήσεις (Παράρτημα Ι). Στο *πρώτο μέρος*, οι ερωτήσεις αφορούν στοιχεία του εργαζομένου σε σχέση με την νοσοκομειακή μονάδα. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται το τμήμα /διεύθυνση που εργάζεται ο ερωτώμενος και ο βαθμός που έχει στην ιεραρχία. Επίσης, ερωτάται κατά πόσο η μετάβαση στην εργασία προκαλεί ένταση καθώς και ο τρόπος και ο χρόνος. Ακόμα, ο εργαζόμενος συμπληρώνει πόσες φορές έχει αλλάξει αντικείμενο στην εργασία του και κατά πόσο αυτό ήταν επιθυμητό. Επιπροσθέτως, δίνεται η άποψη του εργαζόμενου το κατά πόσο ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών του με την εργασία του και αν διατηρεί κοινωνικές σχέσεις με τους συναδέλφους του. Το *δεύτερο μέρος*, αποτελείται από μια ερώτηση που αφορά

το επίπεδο ικανοποίησης του εργαζομένου. Σε μορφή πίνακα αναγράφονται όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση και ο ερωτώμενος αξιολογεί με αύξουσα κλίμακα από 1 έως 5, παράγοντες όπως: το είδος της εργασίας, το σύνολο των αποδοχών, την αναγνώριση της δουλειάς από προϊστάμενους και συναλλασσόμενους, τον φόρτο εργασίας, την συμπεριφορά των συναδέλφων και των προϊσταμένων, την ποιότητα και την καθαριότητα του χώρου εργασίας, την θέση στην ιεραρχία και το αξιοκρατικό σύστημα των προαγωγών, τις προοπτικές εξέλιξης και την δυνατότητα βελτίωσης και εκπαίδευσης κ.α. Στο *τρίτο μέρος*, γίνεται αξιολόγηση από τον εργαζόμενο για τομείς που αφορούν το υγειονομικό σύστημα γενικότερα, όπως: πόσο σημαντική είναι η ιδιωτική και η δημόσια ασφάλιση, το κατά πόσο ανταποκρίνεται το υγειονομικό σύστημα στις ανάγκες του πληθυσμού και στις προοπτικές της Ευρώπης καθώς και το αν διέπεται από την αρχή της ισότητας. Επιπρόσθετα, μέσα στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν το 'περιβαλλοντικό' μέρος του οργανισμού. Διερευνάται, δηλαδή η άποψη του εργαζομένου το κατά πόσο η διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων γίνεται με σωστό και ασφαλή τρόπο καθώς επίσης γίνεται διερεύνηση σχετικά με το αν η συγκεκριμένη μονάδα διαθέτει ειδικούς χώρους καπνίσματος, καθώς το κάπνισμα θεωρείται βασική αιτία ρύπανσης. Τέλος, υπάρχει ανοιχτή ερώτηση, όπου ο ερωτώμενος προτείνει λύσεις για την αναβάθμιση και βιωσιμότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Τα κοινωνικά και προσωπικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων όπως: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών και εκπαίδευση, βρίσκονται στο τέλος του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο των χρηστών αποτελείται από 20 ερωτήσεις (Παράρτημα Ι). Στο *πρώτο μέρος* υπάρχουν γενικές ερωτήσεις που αφορούν τόσο το νοσοκομείο γενικά όσο και τον ερωτώμενο ειδικά. Για παράδειγμα, υπάρχουν ερωτήσεις σύμφωνα με τις οποίες ο χρήστης καλείται να απαντήσει σε ποιο τμήμα νοσηλεύτηκε, τα είδη των νοσηλευτικών υπηρεσιών που του παρασχέθηκαν καθώς και η διάρκεια της νοσηλείας του. Επίσης, διερευνάται για ποιο λόγο επιλέχθηκε το συγκεκριμένο νοσοκομείο αλλά και ποιος τελικά

επέλεξε την συγκεκριμένη νοσηλευτική μονάδα, καθώς επίσης πόσες φορές το έχει επισκεφθεί και αν έχει νοσηλευτεί ξανά στον συγκεκριμένο τομέα ή σε ίδιο τομέα άλλου νοσοκομείου. Το *δεύτερο μέρος* αφορά την ικανοποίηση του χρήστη και ερωτήσεις επιλογής σε αύξουσα κλίμακα από 1 έως 5 αξιολογεί παράγοντες όπως: την καθαριότητα, την ποιότητα και επάρκεια του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού, την ποιότητα και ποσότητα του φαγητού, τις παρεχόμενες ανέσεις σε ασθενείς και συνοδούς, την αίσθηση ασφάλειας και ησυχίας του χώρου, την ενημέρωση και αντιμετώπιση από το νοσηλευτικό προσωπικό και της διοικητικές υπηρεσίες, τον χρόνο αναμονής και την πρόσβαση με μέσα μαζικής μεταφοράς και τέλος το κόστος νοσηλείας και το σύνολο των έμμεσων χρεώσεων. Το *τρίτο μέρος* περιλαμβάνει ερωτήσεις όπου ο χρήστης αξιολογεί τομείς που αφορούν το υγειονομικό σύστημα γενικότερα, όπως: πόσο σημαντική είναι η ιδιωτική και η δημόσια ασφάλιση, το κατά πόσο ανταποκρίνεται το υγειονομικό σύστημα στις ανάγκες του πληθυσμού και στις προοπτικές της Ευρώπης καθώς και το αν διέπεται από την αρχή της ισότητας. Επιπρόσθετα, διερευνάται η άποψη του χρήστη σχετικά με το αν τηρούνται οι κανονισμοί περί καπνίσματος στους χώρους του νοσοκομείου. Στο τελευταίο μέρος, δίνονται τα κοινωνικά χαρακτηριστικά: ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, επάγγελμα, ασφάλιση και τόπος μόνιμης κατοικίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1 Κοινωνικά Χαρακτηριστικά Του δείγματος

Εργαζόμενοι

Με βάση τα αποτελέσματα των εργαζομένων της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού, το 42% (34 άτομα) είναι άνδρες και το 58% (47) είναι γυναίκες (Πίν.17-Παρ.ΙΙ) . Από αυτούς το 27,5% (22) είναι άτομα ηλικίας 21-34 ετών, το 33,8% (27) είναι μεταξύ 35-44 ετών, το 35% (28) μεταξύ 45-55 και το 3,8% (3) είναι ηλικίας 55 και άνω (Πίν.18-Παρ.ΙΙ).

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση του προσωπικού, η πλειοψηφία με ποσοστό 63% (51) είναι έγγαμοι, ενώ άγαμοι και διαζευγμένοι είναι σε ποσοστό 27,2% (22) και 9,9% (8), αντίστοιχα (Πίν.19-Παρ.ΙΙ). Για το σύνολο των εργαζομένων που είναι γονείς, οι περισσότεροι έχουν 3 παιδιά σε ποσοστό 48,7% (37), ενώ 1 παιδί έχει το 27,6% (21), 2 παιδιά το 15,8% (12) και 4 παιδιά μόλις το 6,6% (5) (Πίν.20-Παρ.ΙΙ).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων, η πλειοψηφία 34,6% (28) είναι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. Οι απόφοιτοι Α.Ε.Ι αποτελούν το 27,2% (22) των ερωτηθέντων, ενώ οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου αποτελούν το 13,6% (11) και 4,9% (4), αντίστοιχα. Με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης το 3,7% (3) του προσωπικού είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 1,2% (1) απόφοιτοι γυμνασίου, ενώ το 14,8% (12) έχει απολυτήριο λυκείου(Πίν.21-Παρ.ΙΙ).

Στην ερώτηση, κατά πόσο πιστεύουν οι εργαζόμενοι αν ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών τους στην εργασία τους, οι περισσότεροι 86,4% (70) απάντησαν πως ανταποκρίνεται, ενώ το 13,6% (11) απάντησε αρνητικά (Πίν.8-Παρ.ΙΙ). Πιο συγκεκριμένα από το σύνολο των αποφοίτων Τ.Ε.Ι το 89,3% (25) πιστεύει ότι το αντικείμενο σπουδών του ανταποκρίνεται στην εργασία του, ενώ το 10,7% (3) θεωρεί πως δεν ανταποκρίνεται. Για όσους έχουν πτυχίο Α.Ε.Ι το 86,4% (19) θεωρεί πως το

αντικείμενο σπουδών του ανταποκρίνεται στην εργασία του, ενώ το 13,6% (3) πως δεν ανταποκρίνεται. Επιπροσθέτως, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου καθώς και οι απόφοιτοι γυμνασίου πιστεύουν στο σύνολό τους πως το αντικείμενο σπουδών τους ανταποκρίνεται στην εργασία τους σε ποσοστό 100% (Πίνακας 11).

Πίνακας 11

Συνάφεια επίπεδου εκπαίδευσης εργαζομένου και ανταπόκρισης αντικείμενου σπουδών στην εργασία του

		Επίπεδο Εκπαίδευσης							
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Τ.Ε.Ι	Α.Ε.Ι	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	Σύνολο
Αν Ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών στην εργασία	ΟΧΙ	2 66,7%	0 0%	3 25%	3 10,7%	3 13,6%	0 0%	0 0%	11 13,6%
	ΝΑΙ	1 33,3%	1 100%	9 75%	25 89,3%	19 86,4%	11 100%	4 100%	70 86,4
Σύνολο		3 100%	1 100%	12 100%	28 100%	22 100%	11 100%	4 100%	81 100,0%

Χρήστες

Από το σύνολο των χρηστών της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού το 52,5% (52) είναι γυναίκες και το 47,5% (47) είναι άνδρες (Πίν.36-Παρ.ΙΙ). Όσον αφορά την ηλικία, οι περισσότεροι από τους χρήστες 28% (28) είναι ηλικίας 15-25 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 19% για κάθε μία από τις ηλικίες 26-35, 36-45 και 46-55, ενώ χρήστες με ηλικία 56-65 και 66 και πάνω κατέχουν το 5% (5) και 10% (10) του συνόλου αντίστοιχα (Πίν.35-Παρ.ΙΙ). Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, οι μισοί χρήστες είναι έγγαμοι 50% (50), ενώ οι άγαμοι είναι σε ποσοστό 43% (43) και οι διαζευγμένοι σε 7% (7) (Πίν.38-Παρ.ΙΙ).

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών με ποσοστό 99% είναι ελληνικής εθνικότητας και μόλις το 1% είναι άλλης εθνικότητας (Πίν.39-Παρ.ΙΙ). Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων 86,9% (86) διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα, ενώ οι υπόλοιποι 13,1% (13) διαμένουν εκτός Αθηνών (Πίν.42-Παρ.ΙΙ).

Το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών είναι κατά βάση Ανώτατης Εκπαίδευσης με ποσοστό 38% (38) και Μέσης Εκπαίδευσης 35% (35), με τους

υπόλοιπους να έχουν απολυτήριο δημοτικού σε ποσοστό 20% (20) ενώ μεταπτυχιακό τίτλο κατέχει μόλις το 7% (7) (Πίν.37-Παρ.ΙΙ).

Ως προς το επάγγελμα των ερωτηθέντων, προκύπτει πως η πλειοψηφία 33% (33) είναι μισθωτοί, ενώ ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες με ποσοστό 28% (28). Οι εργάτες και οι αγρότες αποτελούν το 4% (4) και 5% (5), αντίστοιχα του συνόλου, ενώ οι συνταξιούχοι αποτελούν το 11% (11). Επίσης, ένα μικρό ποσοστό που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της νοσοκομειακής μονάδας είναι φοιτητές 13% (16) και άνεργοι 6% (6) (Πίν.40-Παρ.ΙΙ).

Το Ι.Κ.Α. φαίνεται να είναι η βασική ασφάλιση για το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων με ποσοστό 40% (40). Το 19% (19) είναι ασφαλισμένο στο Δημόσιο, ενώ το 5% (5) είναι στον Ο.Γ.Α. και το 28% (28) σε άλλη κύρια ασφάλιση. Ιδιωτική ασφάλιση δηλώνει να έχει μόνο το 11% των χρηστών, ενώ το 3% δηλώνει ανασφάλιστο(Πίν.41-Παρ.ΙΙ).

5.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την νοσοκομειακή μονάδα του Ευαγγελισμού και το υγειονομικό σύστημα.

Εργαζόμενοι

Από τον σύνολο των ερωτηθέντων που απάντησε, η πλειοψηφία 40,2% (33) εκτελεί διοικητικές υπηρεσίες, το 29,3% (24) είναι ιατρικό προσωπικό, ενώ το 14,6% (12) αποτελεί το παραϊατρικό προσωπικό. Ακόμα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό αποτελεί το 13,4% (11) και 2,4% (2), αντίστοιχα του συνόλου των ερωτηθέντων(Πίν.1-Παρ.ΙΙ).

Όσον αφορά την θέση των εργαζομένων στην ιεραρχία, η πλειοψηφία 74,1% (60) είναι υπάλληλοι. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων αποτελούν το 21% (17), ενώ οι διευθυντές και οι εργατοτεχνίτες κατέχουν τα μικρότερα ποσοστά του συνόλου με ποσοστά 3,7% (3) και 1,2% (1), αντίστοιχα(Πίν.2-Παρ.ΙΙ).

Στη ερώτηση αν η μετάβαση και η αποχώρηση προς και από την εργασία προκαλεί ένταση στους εργαζομένους, το 31,7% (26) απάντησε αρνητικά, ενώ οι περισσότεροι με ποσοστό 45,1% (37) απάντησαν πως τους

προκαλεί λίγη ένταση και το υπόλοιπο 23,2% (19) απάντησε πως τους προκαλεί πολλή ένταση (Πίν.3-Παρ.ΙΙ).

Αναφορικά με τον τρόπο μετάβασης στην εργασία, η πλειοψηφία των εργαζομένων 61% (50) χρησιμοποιεί ιδιωτικό αυτοκίνητο. Το 23,2% (19) εξυπηρετείται με ένα Μέσο Μαζικής Μεταφοράς (Μ.Μ.Μ), ενώ το 9,8% (8) εξυπηρετείται με πάνω από ένα Μ.Μ.Μ. Επίσης, σε μικρό ποσοστό 6,1% (5) εργαζόμενοι μεταβαίνουν στην εργασία τους περπατώντας (Πίν.4-Παρ.ΙΙ). Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι χρησιμοποιούν για τη μεταφορά στην εργασία τους, σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, ιδιωτικό αυτοκίνητο, παρότι η νοσοκομειακή μονάδα του Ευαγγελισμού εξυπηρετείται τόσο από στάση του Μετρό, που βρίσκεται πλησίον του νοσοκομείου, όσο και από ικανοποιητικό αριθμό λεωφορείων και τρόλεϊ. Επίσης, ο χρόνος που απαιτείται για την μετάβαση στην εργασία, είναι για τους περισσότερους εργαζόμενους, με ποσοστό 42,7% (35), 15 με 30 λεπτά, ενώ για τους λιγότερους με ποσοστό 8,5% (7) υπερβαίνει τη μία ώρα(Πίν.5-Παρ.ΙΙ).

Σε σχέση με τον τρόπο μετάβασης και αποχώρησης από την εργασία και την ένταση που προκαλείται από αυτήν, για όσους εργαζόμενους χρησιμοποιούν ιδιωτικό αυτοκίνητο, η ένταση χαρακτηρίζεται κατά βάση 'λίγη' σε ποσοστό 48% (24). Ακόμα και για την πλειοψηφία αυτών που χρησιμοποιούν ένα και περισσότερα από ένα Μ.Μ.Μ., η ένταση χαρακτηρίζεται λίγη σε ποσοστό 42,1% (8) και 50% (4), αντίστοιχα, ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι που μεταβαίνουν στη εργασία τους με τα πόδια δεν έχουν καθόλου ένταση σε ποσοστό 60% (3) (Πίνακας 12).

Στην ερώτηση: «Πόσες φορές έχετε αλλάξει αντικείμενο στην εργασίας», η πλειοψηφία των εργαζομένων, με ποσοστό 48,1% (38) απάντησε πως δεν έχει αλλάξει αντικείμενο εργασίας, ενώ από όσους εργαζόμενους άλλαξαν, οι περισσότεροι με 17,7% (14) απάντησαν δυο φορές και με 15,2% (12) απάντησαν 3 φορές. Αξίζει να σημειωθεί και η περίπτωση ενός εργαζομένου ο οποίος δηλώνει ότι έχει αλλάξει αντικείμενο στην εργασία του 15 φορές (Πίν.6-Παρ.ΙΙ).

Πίνακας 12

Συνάφεια του τρόπου μετάβασης στην εργασία και της έντασης που προκαλείται από αυτή.

		Τρόπος Μετάβασης				Σύνολο
		Περπάτημα	Αυτοκίνητο	M.M.M	Πάνω από ένα M.M.M	
Ένταση κατά την μετάβαση	Καθόλου	3 60%	15 30%	6 31,6%	2 25%	26 31,7%
	Λίγο	1 20%	24 20%	8 42,1%	4 50%	37 45,1%
	Πολύ	1 20%	11 22%	5 26,3%	2 25%	19 23,2%
Σύνολο		5 100%	50 100%	19 100%	8 100%	82 100,0%

Σχετικά με το αν η αλλαγή του αντικειμένου εργασίας των εργαζομένων ήταν επιθυμητή, η πλειοψηφία με ποσοστό 54,3% (38) απάντησε πως δεν ήταν επιθυμητή η αλλαγή του αντικειμένου εργασίας, ενώ το 43,7% (32) απάντησε πως ήταν επιθυμητή (Πίν.7-Παρ.ΙΙ).

Αναφορικά με την ερώτηση: «Διατηρείτε κοινωνικές σχέσεις με τους συναδέλφους του και εκτός εργασίας;» η πλειοψηφία του προσωπικού 67,1% (55) απάντησε πως διατηρεί κοινωνικές σχέσεις εκτός εργασίας, ενώ το 32,9% (27) απάντησε αρνητικά.

Παρακάτω γίνεται ανάλυση συχνотήτων σε ερωτήσεις που αφορούν την λειτουργία του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος αλλά και της λειτουργίας του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» σε σχέση με το περιβάλλον.

Αναφορικά με την δημόσια ασφάλιση, οι περισσότεροι εργαζόμενοι με ποσοστό 32,9% (27) αξιολογούν τον ρόλο της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα ως 'απόλυτα' σημαντικό. Το 29,3% (24) αξιολογεί τον ρόλο 'αρκετά' σημαντικό και το 26,8% (22) μέτρια σημαντικό, ενώ το υπόλοιπο 11% (9) των εργαζομένων έκρινε τον ρόλο της δημόσιας ασφάλισης 'ελάχιστα' σημαντικό (Πίν.10-Παρ.ΙΙ).

Τον ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα, οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους 29,3% (24) τον αξιολογούν ως 'ελάχιστα' σημαντικό. 'Μέτρια' σημαντικός χαρακτηρίζεται ο ρόλος από το 28% (23) των εργαζομένων, 'αρκετά' σημαντικός από το 25,6% (21) και απόλυτα σημαντικός από το

13,4% (11), ενώ το μικρότερο ποσοστό του προσωπικού με 3,7% (3) αξιολογεί τον ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης ως 'καθόλου' σημαντικό (Πίν.11-Παρ.ΙΙ).

Όσον αφορά την άποψη των ερωτηθέντων στην ερώτηση: «Κατά πόσο ανταποκρίνεται το Ελληνικό σύστημα υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού;», οι περισσότεροι εργαζόμενοι με σχετικά μεγάλο ποσοστό 40,2% (33), πιστεύουν πως το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται 'ελάχιστα' στις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού. Ενώ κανένας από τους εργαζομένους δεν απάντησε πως το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται 'απόλυτα' (Πίν.12-Παρ.ΙΙ).

Επίσης, στην ερώτηση «κατά πόσο το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της ισότητας», δηλαδή της ίσης πρόσβασης των ατόμων από όλα τα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, η πλειοψηφία των εργαζομένων 35,4% (29) απάντησε πως το σύστημα υγείας της Ελλάδας διέπεται 'ελάχιστα' από της αρχή της ισότητας (Πίν.13-Παρ.ΙΙ).

Αναφορικά με το μέλλον του υγειονομικού συστήματος και του κατά πόσο αυτό ανταποκρίνεται στις προοπτικές της νέας κοινωνικής διεύρυνσης, οι περισσότεροι εργαζόμενοι 49,4% θεωρούν πως το ελληνικό σύστημα υγείας ανταποκρίνεται 'ελάχιστα' στις προοπτικές της Ευρώπης (Πίν.14-Παρ.ΙΙ).

Σε γενικές γραμμές, στις τρεις τελευταίες ερωτήσεις που αφορούν την λειτουργία του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας, το επίπεδο αξιολόγησης των εργαζομένων είναι χαμηλό, καθώς όπως παρουσιάζεται και στους αντίστοιχους πίνακες, τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρονται σε απαντήσεις με επίπεδο αξιολόγησης: 'καθόλου', 'ελάχιστα' και 'μέτρια'.

Όσον αφορά την λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού σε σχέση με το περιβάλλον, το προσωπικό απάντησε σε ερωτήσεις που αφορούν την διαχείριση των απορριμμάτων και το κάπνισμα.

Έτσι, σχετικά με το «αν η διαχείριση των μολυσματικών νοσοκομειακών απορριμμάτων γίνεται με σωστό και ασφαλή τρόπο», η πλειοψηφία των εργαζομένων 42,7% (35) απάντησε πως 'δεν γνωρίζει', ενώ από όσους εργαζομένους γνωρίζουν, το 35,9% (27) απάντησε πως η διαχείριση των απορριμμάτων δεν γίνεται με σωστό και ασφαλή τρόπο. Παρ' όλα, αυτά το 24,4% (20) δήλωσε πως η διαχείριση των απορριμμάτων γίνεται με σωστό

τρόπο (Πίν.15–Παρ.ΙΙ). Σε σχέση με το κάπνισμα που θεωρείται ως βασική αιτία ρύπανσης, η πλειοψηφία των εργαζόμενων 66,7% (54) δήλωσε πως το συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν διαθέτει ειδικούς χώρους για κάπνισμα, ενώ το 33,3% (27) απάντησε θετικά στην ερώτηση αυτή (Πίν.16–Παρ.ΙΙ).

Χρήστες

Σχετικά με το είδος της υπηρεσίας που παρασχέθηκε στους χρήστες, το δείγμα έδειξε πως οι περισσότεροι χρήστες 54,5% (54) ήταν στο νοσοκομείο λόγω συγκεκριμένης¹⁸ νοσηλείας. Τα υπόλοιπα ποσοστά διαμορφώνονται ως εξής: εξωτερικά ιατρεία 25,3% (25), επείγοντα 17,2% (17) και άλλο είδος υπηρεσίας 3% (3) (Πίν.23–Παρ.ΙΙ).

Στην ερώτηση «με ποίο τομέα ή τμήμα νοσηλείας του νοσοκομείου ο χρήστης ήρθε σε επαφή» οι απαντήσεις διαμορφώνονται ως εξής: α) χειρουργικός τομέας 43% (43), β) παθολογικός τομέας 37% (37), γ) άλλος τομέας (ορθοπαιδικός, καρκινολογικό κλπ) 18% (18) και δ) ψυχιατρικός τομέας 2% (2) κ.α. (Πίν.24–Παρ.ΙΙ).

Σε σχέση με τον χρόνο νοσηλείας των ασθενών, η πλειοψηφία των χρηστών 39,5% (32) παρέμεινε στο νοσοκομείο λιγότερο από 3 μέρες. Ακολουθεί, με 32,1% (26) η παραμονή στο νοσοκομείο 4 έως 8 ημέρες. Το 17,2% (14) παρέμεινε από 9 έως 15 μέρες, ενώ το υπόλοιπο 11,2% (9) περισσότερες από 20.

Πίνακας 13

Ημέρες νοσηλείας των χρηστών

Ημέρες Νοσηλείας	Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %	Αθροιστικό ποσοστό επί τις %
<3	32	39,5	39,5
4-8	26	32,1	71,6
9-15	14	17,2	88,8
20<	9	11,2	100

Αναφορικά με το ερώτημα: «Ποίος επέλεξε την συγκεκριμένη νοσοκομειακή μονάδα», η πλειοψηφία 37,4% (37) απάντησε πως η επιλογή

¹⁸ Προγραμματισμένης νοσηλείας με ραντεβού.

για το συγκεκριμένο νοσοκομείο έγινε από τους ίδιους. Ακολουθεί, η επιλογή από τον προσωπικό γιατρό του χρηστών 25,3% (25), ενώ με ποσοστό 25,3% (25) οι χρήστες μεταφέρθηκαν από το ΕΚΑΒ και μόνο ένα μικρό ποσοστό 12% (12) απαντά πως την επιλογή την έκανε συγγενής ή φίλος των χρηστών (Πίν.25-Παρ.ΙΙ).

Από το 37,4% των χρηστών που επέλεξαν το νοσοκομείο οι ίδιοι, στην ερώτηση: «Ποιος ήταν ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου;» η πλειοψηφία απάντησε 'επειδή ήταν κοντά' 33,3% (12). Τα υπόλοιπα ποσοστά διαμορφώνονται ως εξής: το 25% (9) απάντησε επειδή ήταν 'ειδικό για την περίπτωση', το 19,4% (7) για την 'φήμη του γιατρού που τους αντιμετώπισε', το 16,7% (6) 'επειδή ήταν δημόσιο' και τέλος το 5,6% (2) για 'την ποιότητα των υπηρεσιών του' (Πίνακας 14).

Πίνακας 14

Λόγος επιλογής του νοσοκομείου από τον ίδιο τον χρήστη

Λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου	Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
Επειδή είναι Δημόσιο	6	16,7
Επειδή ήταν Κοντά	12	33,3
Ειδικό για την περίπτωση	9	25
Για την ποιότητα των υπηρεσιών	2	5,6
Για την φήμη του ιατρού	7	19,4
Σύνολο	36	100

Στην ερώτηση « πόσες φορές έχει επισκεφθεί ο χρήστης το νοσοκομείο Ευαγγελισμός», η πλειοψηφία 46% (46) απάντησε πως το έχει επισκεφθεί μία φορά, ενώ το 25% (25) και το 29% (29) απάντησε πως το έχει επισκεφτεί δύο φορές και περισσότερες αντίστοιχα (Πίν.26-Παρ.ΙΙ).

Σχετικά με την ερώτηση: «Έχετε επισκεφτεί ξανά τον συγκεκριμένο τομέα»¹⁹ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε 77% (77) απάντησε αρνητικά και το υπόλοιπο 23% (23) απάντησε καταφατικά (Πίν.27-Παρ.ΙΙ). Επίσης, το 28% (28) των χρηστών δήλωσε πως έχει επισκεφτεί παρόμοιο τμήμα άλλης

¹⁹ Αφορά τον τομέα που νοσηλεύονταν ο χρήστης την συγκεκριμένη περίοδο.

νοσοκομειακής μονάδας ενώ το 72% (72) πώς δεν έχει επισκεφτεί παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου (Πίν.28-Παρ.ΙΙ).

Παρακάτω γίνεται ανάλυση συχνотήτων σε ερωτήσεις που αφορούν την λειτουργία του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους χρήστες είναι περισσότερο αποθαρρυντικές από αυτές που δόθηκαν από τους εργαζόμενους.

Αναφορικά με τη δημόσια ασφάλιση, οι περισσότεροι χρήστες 49% (49) αξιολογούν το ρόλο της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα ως 'απόλυτα' σημαντικό. Το 25% (25) αξιολογεί τον ρόλο της δημόσιας ασφάλισης 'αρκετά' σημαντικό και το 13% (13) 'μέτρια' σημαντικό, ενώ το υπόλοιπο 8% (8) και 5% (5) των χρηστών έκρινε το ρόλο της δημόσιας ασφάλισης 'ελάχιστα' και 'καθόλου' σημαντικό, αντίστοιχα (Πίν.29-Παρ.ΙΙ).

Το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα, οι ερωτηθέντες (σε αντίθεση με τους εργαζόμενους) στην πλειοψηφία τους με ποσοστό 31,3% (31) τον αξιολογούν 'αρκετά' σημαντικό. 'Απόλυτα' σημαντικός χαρακτηρίζεται ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης από το 28,3% (28) των χρηστών, 'μέτρια' σημαντικός από το 23,2% (23) και 'ελάχιστα' σημαντικός από το 11,1% (11), ενώ το μικρότερο ποσοστό του προσωπικού με 6,1% (6) αξιολογεί τον ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης ως 'καθόλου' σημαντικό (Πίν.30-Παρ.ΙΙ).

Όσον αφορά την άποψη των ερωτηθέντων στο ερώτημα: « Κατά πόσο ανταποκρίνεται το Ελληνικό σύστημα υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού;», οι περισσότεροι χρήστες 33,3% (33), πιστεύουν πώς το σύστημα υγείας δεν ανταποκρίνεται 'καθόλου' στις ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού. Ενώ κανένας από τους χρήστες δεν απάντησε πώς το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται 'απόλυτα' (Πίν.31-Παρ.ΙΙ).

Επίσης, στην ερώτηση: «Κατά πόσο το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της ισότητας», δηλαδή της ίσης πρόσβασης των ατόμων από όλα τα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, η πλειοψηφία των χρηστών με σχετικά μεγάλο ποσοστό 43% (43), απάντησε πώς το σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν διέπεται 'καθόλου' από της αρχή της ισότητας (Πίν.32-Παρ.ΙΙ).

Αναφορικά, με το μέλλον του υγειονομικού συστήματος και κατά πόσο αυτό ανταποκρίνεται στις προοπτικές της νέας κοινωνικής διεύρυνσης, εμφανίζονται δυο απόψεις: Ένα μέρος των χρηστών 33% (33) θεωρεί πως το ελληνικό σύστημα υγείας δεν ανταποκρίνεται στις προοπτικές της Ευρώπης και το άλλο 33% (33) θεωρεί πως το υγειονομικό σύστημα ανταποκρίνεται 'μέτρια' στις προοπτικές την νέας κοινωνικής διεύρυνσης (Πίν.33-Παρ.ΙΙ).

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω στις ερωτήσεις που αφορούν την λειτουργία του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας, το επίπεδο αξιολόγησης των χρηστών είναι χαμηλότερο από αυτό των εργαζόμενων.

Τέλος, σχετικά με το αν οι χρήστες τηρούν τους κανονισμούς περί καπνίσματος στους χώρους του νοσοκομείου, οι περισσότεροι με 35% (35) απάντησαν καταφατικά, το 33% (33) απάντησε αρνητικά, ενώ οι υπόλοιποι με 32% (32) απάντησαν πως οι κανονισμοί για το κάπνισμα τηρούνται μερικές φορές (Πίν.34-Παρ.ΙΙ).

5.3 Επίπεδο ικανοποίησης εργαζομένων και χρηστών της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού

Στην παρούσα ενότητα γίνεται ανάλυση στις ερωτήσεις που αφορούν το βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων και των χρηστών της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού. Για κάθε μία από τις ομάδες των ερωτώμενων παρουσιάζεται πίνακας συχνοτήτων, Πίνακας 15 και Πίνακας 16 αντίστοιχα, με σκοπό την πιο αναλυτική παρουσίαση των ποσοστών και των συχνοτήτων για το επίπεδο ικανοποίησης.

Εργαζόμενοι

Βασικοί εσωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση της εργασίας και δίνουν κίνητρα στον εργαζόμενο αποτελούν: η φύση της εργασίας και γενικότερα η εργασία στο σύνολό της (Dieleman, 2003). Στους εργαζόμενους το επίπεδο ικανοποίησης που προέρχεται από τη φύση της εργασίας τους, χαρακτηρίζεται από την πλειοψηφία, με ποσοστό 43,2%, ως 'πολύ καλό', ενώ το μικρότερο ποσοστό (1,2%) δεν είναι 'καθόλου'

ικανοποιημένο. Σχετικά με την ικανοποίηση από το σύνολο της εργασίας του, η πλειοψηφία των εργαζομένων δηλώνει 'πολύ' ικανοποιημένη σε ποσοστό 40%.

Επίσης, στους εσωτερικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνεται η αναγνώριση που λαμβάνει ο εργαζόμενος, για την προσφορά της εργασίας του, τόσο από τους προϊσταμένους όσο και από τα άτομα που συναναστρέφεται (ασθενείς). Μέσω της αναγνώρισης αυτής δίνονται κίνητρα για καλύτερη προσφορά υπηρεσιών εκ μέρους του προσωπικού (Dieleman, 2003). Έτσι, για τους εργαζομένους του νοσοκομείου Ευαγγελισμός, οι περισσότεροι με ποσοστό 44,4% δηλώνουν 'πολύ' ικανοποιημένοι από την αναγνώριση που λαμβάνουν από τους προϊσταμένους, ενώ οι λιγότεροι με ποσοστό 3,7% δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένοι. Σχετικά με την αναγνώριση που λαμβάνουν από τους συναλλασσόμενους, η πλειοψηφία 51,9% δηλώνει 'πολύ' ικανοποιημένη ενώ με μικρό ποσοστό το 1,2% δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένο.

Ο φόρτος εργασίας αποτελεί έναν από τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την απόδοση του προσωπικού (Kalatantan, 1999). Σε γενικές γραμμές το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων είναι ομοιόμορφα κατανομημένο. Τα ποσοστά που έδωσε το δείγμα για τον φόρτο εργασίας διαμορφώνονται ως εξής: το 26,3% του προσωπικού είναι 'μέτρια' ικανοποιημένο, το 21,3% 'πολύ' ικανοποιημένο, το 23,8% 'πέρα πολύ' ικανοποιημένο, το 16,3% 'λίγο' ικανοποιημένο και τέλος το 12,5% 'καθόλου' ικανοποιημένο.

Η συμπεριφορά των συναδέλφων και των προϊσταμένων αποτελούν πολύ βασικό παράγοντα για την ικανοποίηση από την εργασία ενός ατόμου και κατατάσσεται στους παράγοντες εξωτερικής επιβράβευσης (Dieleman, 2003). Η συμπεριφορά των προϊσταμένων χαρακτηρίζεται από την πλειοψηφία των εργαζομένων 38,3% 'πολύ καλή', ενώ το 27,2% απάντησε πως η συμπεριφορά των προϊσταμένων δεν είναι 'καθόλου καλή'. Σχετικά με την συμπεριφορά των συναδέλφων κανένας από τους εργαζόμενους δεν

δήλωσε 'καθόλου' ικανοποιημένος, ενώ η πλειοψηφία 45,7 % δήλωσε πως είναι 'πολύ' ικανοποιημένη.

Επίσης, στην εξωτερική επιβράβευση συμπεριλαμβάνεται και η ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης από το νοσοκομείο. Οι εργαζόμενοι στην πλειοψηφία τους είναι 'λίγο' ικανοποιημένοι με ποσοστό 34,2% και 'καθόλου' ικανοποιημένοι 32,9%, ενώ δεν υπάρχει καμία απάντηση που να δηλώνει 'πέρα πολύ' ικανοποίηση. Στο τομέα της ανταμοιβής, ανήκει και το σύνολο των αποδοχών, όπου το προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι κατά βάση 'μέτρια' ικανοποιημένο με ποσοστό 43,2% ενώ μεγάλα ποσοστά εργαζομένων, 23,5% και 22,2% δηλώνουν πως είναι 'λίγο' και 'καθόλου' ικανοποιημένα, αντίστοιχα.

Οι παράγοντες που αφορούν το χώρο εργασίας, επηρεάζουν τη διάθεση του προσωπικού για εργασία κατά συνέπεια και την εργασιακή απόδοση και τη συμπεριφορά (Kalantan, 1999). Όσον αφορά την ερώτηση για την διαμόρφωση και την ποιότητα του χώρου της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού, οι εργαζόμενοι απάντησαν τα ακόλουθα: 'καθόλου' ικανοποιημένοι σε 21%, 'λίγο' ικανοποιημένοι σε 25,9%, 'μέτρια' και 'πολύ' ικανοποιημένοι με ποσοστό 22,2%, ενώ λίγοι είναι οι εργαζόμενοι 8,6% που είναι 'πέρα πολύ' ικανοποιημένοι από την ποιότητα του χώρου εργασίας τους. Επίσης, για την καθαριότητα του χώρου εργασίας η πλειοψηφία του προσωπικού είναι 'μέτρια' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 31,7% και 'πολύ' ικανοποιημένοι με ποσοστό 23,2%.

Πολύ βασικός παράγοντας αποτελεί η 'δικαιοσύνη' του συστήματος οργάνωσης και λειτουργίας του νοσοκομείου καθώς επηρεάζει την εργασιακή συμπεριφορά των ατόμων (Seo, Ko and Price, 2004). Στην ερώτηση αν ο εργαζόμενος είναι ικανοποιημένος για την θέση του στην ιεραρχία, η πλειοψηφία 46,3% απάντησε πως είναι 'μέτρια' ικανοποιημένοι, ενώ με μικρό ποσοστό 6,3% απάντησαν πως είναι 'πέρα πολύ' ικανοποιημένοι.

Σχετικά με την ερώτηση την ικανοποίησης για το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών του νοσοκομείου, οι περισσότεροι εργαζόμενοι απάντησαν πως δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένοι 40,7%, ενώ λίγοι

δήλωσαν πως είναι 'μέτρια', 'πολύ' και 'πάρα πολύ' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 19,8%, 2,5% και 2,5% αντίστοιχα. Τέλος, αναφορικά με τη μέτρηση των επιδόσεων των εργαζομένων η πλειοψηφία 37,8% είναι 'μέτρια' ικανοποιημένοι, ενώ κανένας εργαζόμενος δεν δήλωσε 'πάρα πολύ' ικανοποιημένος.

Η ικανοποίηση των εργαζομένων για την συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων αφορά την αυτονομία και αποτελεί βασικό τομέα σε επίπεδο διοικητικής οργάνωσης και απόδοσης ενός οργανισμού (Ugboro and Obeng, 1999). Στο προσωπικό, η ικανοποίηση για την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων είναι κατά βάση 'μέτρια' με ποσοστό 39,2%. Επίσης, για την δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών η πλειοψηφία των εργαζομένων 33,3% είναι 'πολύ' ικανοποιημένη, ενώ το μικρότερο ποσοστό του προσωπικού 2,5% δηλώνει 'πάρα πολύ' ικανοποιημένο.

Παράγοντες που αφορούν την προσωπική πρόοδο του ατόμου, επηρεάζουν την απόδοση τους και την συμπεριφορά τους στον εργασιακό χώρο κατά συνέπεια και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν (Parboteeah, 2005).

Η προοπτική της εξέλιξης του εργαζόμενου στα πλαίσια της εργασίας του, αξιολογείται από την πλειοψηφία 36,6% 'μέτρια'. Το 25,6% και το 22% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως έχουν 'λίγες' και 'πολλές' προοπτικές εξέλιξης, αντίστοιχα. Στην προσωπική εξέλιξη των εργαζομένων περιλαμβάνεται και η δυνατότητα βελτίωσης, εκπαίδευσης και εκμάθησης από τα λάθη, στα πλαίσια της εργασίας του.

Έτσι, οι εργαζόμενοι είναι 'μέτρια' 30,5% και 'πολύ' 29,3% ικανοποιημένοι για την δυνατότητα βελτίωσης στην εργασία τους, ενώ για την δυνατότητα εκπαίδευσης, παρόμοια, οι εργαζόμενοι είναι 'μέτρια' 30,5% και 'πολύ' 22% ικανοποιημένοι. Επίσης, σε σχέση με την δυνατότητα να μαθαίνουν οι εργαζόμενοι, ανώδυνα, από τα λάθη τους, το επίπεδο ικανοποίησης στους περισσότερους είναι 'μέτριο' 37%. Τέλος, στην ερώτηση για την συνεχή εκπαίδευση που προσφέρει το ίδιο το νοσοκομείο στο

προσωπικό του, η πλειοψηφία των εργαζομένων 35,4%, είναι 'λίγο' ικανοποιημένοι.

Στην ερώτηση για την ικανότητα προσαρμογής του νοσοκομείου στο συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον, η πλειοψηφία των εργαζομένων 42,7% δηλώνει 'μέτρια' ικανοποιημένη, ενώ στην ερώτηση για την αποφασιστικότητα του συστήματος να δίνει λύσεις, η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι 'λίγο' 36,3% και 'μέτρια' 35% ικανοποιημένη. Οι δύο αυτές ερωτήσεις αφορούν το σύστημα λειτουργίας του νοσοκομείου σε σχέση με την ικανοποίηση της εργασίας.

Τέλος, η ικανοποίηση των εργαζομένων σχετίζεται και με την ικανοποίηση που προσφέρει ο ίδιος ο εργαζόμενος στους χρήστες αλλά και την ικανοποίηση που πιστεύει ο εργαζόμενος πως λαμβάνει τελικά ο χρήστης (Snipes et al., 2004). Έτσι, η πλειοψηφία των εργαζομένων 51,3% πιστεύει πως προσφέρει 'πολύ' ικανοποίηση στους χρήστες του νοσοκομείου, ενώ αξιολογεί την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες ως 'πολύ' 55,6%.

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης της εργασίας του προσωπικού από όλους τους παράγοντες, όπως αυτή μετρήθηκε μέσω του μέσου όρου (mean rate) των απαντήσεων περί ικανοποίησης των ερωτηθέντων είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό 63,4% 'μέτριο'. Ακολουθούν ποσοστά 19,5% και 15,9% με 'λίγο' και 'πολύ' επίπεδο ικανοποίηση, αντίστοιχα και τέλος, το 1,2% των εργαζομένων δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένο, ενώ δεν υφίσταται 'πέρα πολύ καλό' επίπεδο ικανοποίησης (Πίν.22-Παρ.ΙΙ).

Πίνακας 15

Βαθμός Ικανοποίησης Εργαζομένων

Παράγοντες Ικανοποίησης	Βαθμός Ικανοποίησης	Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
Είδος της εργασίας	Καθόλου	1	1,2
	Λίγο	3	3,7
	Μέτρια	27	33,3
	Πολύ	35	43,2
	Πέρα Πολύ	15	18,5

Σύνολο Αποδοχών	Καθόλου	18	22,2
	Λίγο	19	23,5
	Μέτρια	35	43,2
	Πολύ	6	7,4
	Πάρα Πολύ	3	3,7
Αναγνώριση εργασίας από προϊσταμένους	Καθόλου	3	3,7
	Λίγο	14	17,3
	Μέτρια	24	29,6
	Πολύ	36	44,4
	Πάρα Πολύ	4	4,9
Αναγνώριση εργασίας από ασθενείς-συναλλασσόμενους	Καθόλου	1	1,2
	Λίγο	5	6,2
	Μέτρια	12	14,8
	Πολύ	42	51,9
	Πάρα Πολύ	21	25,9
Φόρτος εργασίας	Καθόλου	10	12,5
	Λίγο	13	16,3
	Μέτρια	21	26,3
	Πολύ	17	21,3
	Πάρα Πολύ	19	23,8
Συμπεριφορά συναδέλφων	Καθόλου	0	0
	Λίγο	4	4,9
	Μέτρια	21	25,9
	Πολύ	37	45,7
	Πάρα Πολύ	19	23,5
Συμπεριφορά προϊσταμένων	Καθόλου	3	3,7
	Λίγο	9	11,1
	Μέτρια	22	27,2
	Πολύ	31	38,5
	Πάρα Πολύ	16	19,8
Διαμόρφωση και ποιότητα του χώρου εργασίας	Καθόλου	17	21
	Λίγο	21	25,9
	Μέτρια	18	22,2
	Πολύ	18	22,2
	Πάρα Πολύ	7	8,6
Καθαριότητα του χώρου εργασίας	Καθόλου	11	13,4
	Λίγο	17	20,7
	Μέτρια	26	31,7
	Πολύ	19	23,2
	Πάρα Πολύ	9	11
Θέση στην ιεραρχία	Καθόλου	7	8,8
	Λίγο	9	11,3
	Μέτρια	37	46,9
	Πολύ	22	27,5
	Πάρα Πολύ	5	6,3
Συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων	Καθόλου	15	19
	Λίγο	10	12,7
	Μέτρια	31	39,2
	Πολύ	19	24,1
	Πάρα Πολύ	4	5,1

Προοπτικές εξέλιξης	Καθόλου	10	12,2
	Λίγο	21	25,6
	Μέτρια	30	36,6
	Πολύ	18	22
	Πάρα Πολύ	3	3,7
Δυνατότητα βελτίωσης	Καθόλου	10	12,2
	Λίγο	20	24,4
	Μέτρια	25	30,5
	Πολύ	24	29,3
	Πάρα Πολύ	3	3,7
Δυνατότητα εκπαίδευσης	Καθόλου	16	19,5
	Λίγο	16	19,5
	Μέτρια	25	30,5
	Πολύ	18	22
	Πάρα Πολύ	7	8,5
Δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών	Καθόλου	13	16
	Λίγο	15	18,5
	Μέτρια	24	29,6
	Πολύ	27	33,3
	Πάρα Πολύ	2	2,5
Δυνατότητα να μαθαίνουν ανώδυνα από λάθη	Καθόλου	7	8,6
	Λίγο	19	23,5
	Μέτρια	30	37
	Πολύ	21	25,9
	Πάρα Πολύ	4	4,9
Ικανότητα προσαρμογής του νοσοκομείου στο διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον	Καθόλου	9	11
	Λίγο	23	28
	Μέτρια	35	42,7
	Πολύ	14	17,1
	Πάρα Πολύ	1	1,2
Μέτρηση επιδόσεων	Καθόλου	13	15,9
	Λίγο	27	32,9
	Μέτρια	31	37,8
	Πολύ	11	13,4
	Πάρα Πολύ	0	0
Ανταμοιβή καλύτερης απόδοσης	Καθόλου	26	32,9
	Λίγο	27	34,2
	Μέτρια	19	24,1
	Πολύ	7	8,9
	Πάρα Πολύ	0	0
Η συνεχής και δια βίου εκπαίδευση που προσφέρεται από το νοσοκομείο	Καθόλου	20	24,4
	Λίγο	29	35,4
	Μέτρια	19	23,2
	Πολύ	13	15,9
	Πάρα Πολύ	1	1,2
Αμερόληπτο και αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών	Καθόλου	33	40,7
	Λίγο	27	33,3
	Μέτρια	16	19,8
	Πολύ	2	2,5
	Πάρα Πολύ	3	3,7

Η φύση της εργασίας	Καθόλου	2	2,5
	Λίγο	7	8,8
	Μέτρια	29	36,3
	Πολύ	32	40
	Πάρα Πολύ	10	12,5
Η συνολική ικανοποίηση που προσφέρουν στον ασθενή	Καθόλου	0	0
	Λίγο	5	6,3
	Μέτρια	16	20
	Πολύ	41	51,3
	Πάρα Πολύ	18	22,5
Η συνολική ικανοποίηση που λαμβάνει ο ασθενής από εκείνους	Καθόλου	0	0
	Λίγο	6	7,4
	Μέτρια	12	14,8
	Πολύ	45	55,6
	Πάρα Πολύ	18	22,2
Την αποφασιστικότητα του συστήματος να δίνει λύσεις	Καθόλου	15	18,8
	Λίγο	29	36,3
	Μέτρια	28	35
	Πολύ	8	10
	Πάρα Πολύ	0	0

Χρήστες

Μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών λαμβάνονται σημαντικές πληροφορίες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού (Gross, 2003).

Ο σημαντικότερος παράγοντας ικανοποίησης που επηρεάζει τη συμπεριφορά των χρηστών, τη συνεργασία με το προσωπικό του νοσοκομείου, ακόμα και το αποτέλεσμα της νοσοκομειακής φροντίδας είναι η συμπεριφορά των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας απέναντι στους χρήστες (Choi et al. 2004, Ogboro and Obeng, 2000). Στην νοσοκομειακή μονάδα του Ευαγγελισμού, η πλειοψηφία των χρηστών αξιολογεί τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού 'μέτρια' 31% (31) και 'κακή' 29% (29). Ενώ μικρά ποσοστά 7% και 8% αντιστοιχούν στην αξιολόγηση 'απαράδεκτης' και 'πολύ καλής' συμπεριφοράς του προσωπικού.

Ο χώρος της νοσοκομειακής μονάδας και οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι επίσης σημαντικός τόσο για την ευχάριστη διαμονή τους, όσο και για την ψυχοσωματική τους κατάσταση (Karadas et al., 2004). Η καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται 'μέτρια' από τους περισσότερους χρήστες σε ποσοστό 38% (38). Επίσης, 'μέτρια' αξιολογείται

από την πλειοψηφία των χρηστών και η ποιότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού σε ποσοστό 35,4% (35).

Αναφορικά, με την επάρκεια και ποιότητα των χώρων υγιεινής οι περισσότεροι χρήστες 37,4% (37) την χαρακτηρίζουν 'μέτρια', ενώ λίγοι είναι αυτοί 7,1% (7) που την χαρακτηρίζουν 'πολύ καλή'. Στην ερώτηση για την αξιολόγηση της ποσότητας και της ποιότητας του φαγητού, το 40,6% (39) των ερωτηθέντων εκτιμούν πως το φαγητό είναι 'μέτριο', ενώ μικρό είναι το ποσοστό 4,2% (4) αυτών που απάντησαν πως είναι 'πολύ καλό'.

Οι παρεχόμενες ανέσεις και οι διευκολύνσεις που προσφέρονται από το νοσοκομείο σε ασθενείς και συνοδούς αξιολογούνται από τους ερωτηθέντες αρκετά χαμηλά. Πιο συγκεκριμένα, παρεχόμενες ανέσεις είναι 'μέτριες' για το 32,3% (32), 'κακές' για το 24,2% (24) και 'απαράδεκτες' για το 22,2% (22) των χρηστών.

Όσον αφορά την αίσθηση ασφάλειας και ησυχίας, στον χώρο του νοσοκομείου, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων την χαρακτηρίζει 'μέτρια' 28% (28), ενώ ακολουθεί το 25% (25) όπου την χαρακτηρίζει 'κακή'. Επίσης, οι χρήστες χαρακτηρίζουν με το ίδιο ποσοστό 36,4% (36), ως 'μέτρια' και 'καλή' την ποιότητα και επάρκεια του ιατρικού εξοπλισμού. Σε γενικές γραμμές, η αξιολόγηση για τον ιατρικό εξοπλισμό είναι σχετική, καθώς οι χρήστες δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να κρίνουν σωστά (Gross, 2003).

Ο χρόνος που απαιτείται είτε για την αναμονή του χρήστη για εξετάσεις ή εξυπηρέτηση, είτε για την απόκριση του προσωπικού σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη, είναι σημαντικός για την εξυπηρέτηση των ασθενών και τη μείωση της ταλαιπωρίας τους (Karadas et al. 2003, Albana 2001). Σε γενικές γραμμές, ο χρόνος αναμονής για εξυπηρέτηση στο νοσοκομείο του Ευαγγελισμού αξιολογείται από τους χρήστες αρκετά χαμηλά, καθώς το 27% (27) χαρακτηρίζει τον χρόνο αναμονής 'μέτριο', το 23% (23) τον χαρακτηρίζει 'κακό' και το 23% (23) 'απαράδεκτο'. Σχετικά με τον χρόνο απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη η αξιολόγηση είναι σε καλύτερα επίπεδα με την πλειοψηφία των χρηστών 39,8% (39) να δηλώνει πως ο χρόνος απόκρισης είναι 'μέτριος' και το 22,4% (22) πως είναι 'καλός'. Αναφορικά, με την

προσβασιμότητα στο νοσοκομείο από τα Μ.Μ.Μ, η πλειοψηφία των χρηστών 36,8% θεωρεί πως το νοσοκομείο έχει 'καλή' και 'μέτρια' 27,4% προσβασιμότητα, αποτέλεσμα σχετικά αναμενόμενο καθώς το μετρώ βρίσκεται πλησίον του νοσοκομείου.

Τέλος, σε σχέση με ερώτηση της αξιολόγησης του συνολικού κόστους της νοσηλείας ή των εξετάσεων, η πλειοψηφία των χρηστών 36,6% (36) πιστεύει πως είναι 'καλό'. Το 25,5% (25) απάντησε πως είναι 'μέτριο', ενώ οι λιγότεροι με 3,1% (3) απάντησαν πως είναι 'απαράδεκτο'. Για το φαινόμενο των «έμμεσων χρεώσεων», που απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τα νοσοκομεία της Ελλάδας, οι περισσότεροι χρήστες του νοσοκομείου Ευαγγελισμού δηλώνουν με ίδιο ποσοστό 23,4% (22) πως η κατάσταση είναι 'κακή' και 'καλή'. Το 22,3% (21) αξιολογεί την κατάσταση 'μέτρια', ενώ οι υπόλοιποι με ποσοστά 14,9% (14) και 16% (16) αξιολόγησαν με 'απαράδεκτο' και 'πολύ καλό, αντίστοιχα το φαινόμενο των έμμεσων χρεώσεων στον νοσοκομείο «Ευαγγελισμός».

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο της συνολικής αξιολόγησης κατά συνέπεια και ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου του Ευαγγελισμού, όπως αυτή μετρήθηκε μέσω του μέσου όρου (mean rate) των απαντήσεων των ερωτηθέντων, είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό 47% 'μέτριο'. Ακολουθούν τα ποσοστά 31% και 19% με 'κακό' και 'αρκετό' επίπεδο αξιολόγησης και ικανοποίησης αντίστοιχα και τέλος, το 1% των χρηστών αξιολογεί τις υπηρεσίες του νοσοκομείου 'απαράδεκτες' και το 2% είναι 'πολύ καλές' (Πίν.45-Παρ.ΙΙ).

Πίνακας 16

Βαθμός Ικανοποίησης για τους Χρήστες

Παράγοντες Ικανοποίησης	Αξιολόγηση Κατάστασης	Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
Καθαριότητα του χώρου	Απαράδεκτη	7	7
	Κακή	19	19
	Μέτρια	38	38
	Καλή	28	28
	Πολύ καλή	8	8

Ποιότητα του ξενοδοχειακού Εξοπλισμού	Απαράδεκτη	8	8,1
	Κακή	34	34,3
	Μέτρια	35	35,4
	Καλή	16	16,2
	Πολύ καλή	6	6,1
Επάρκεια και ποιότητα χώρων υγιεινής	Απαράδεκτη	13	13,1
	Κακή	27	27,3
	Μέτρια	37	37,4
	Καλή	15	15,2
	Πολύ καλή	7	7,1
Ποιότητα και ποσότητα φαγητού	Απαράδεκτη	14	14,6
	Κακή	17	17,7
	Μέτρια	39	40,6
	Καλή	22	22,9
	Πολύ καλή	4	4,2
Παρεχόμενες ανέσεις σε ασθενείς και συνοδούς	Απαράδεκτη	22	22,2
	Κακή	24	24,2
	Μέτρια	32	32,3
	Καλή	16	16,2
	Πολύ καλή	5	5,1
Αίσθηση ασφάλειας και ησυχίας	Απαράδεκτη	11	11
	Κακή	25	25
	Μέτρια	28	28
	Καλή	23	23
	Πολύ καλή	13	13
Ποιότητα και επάρκεια ιατρικού εξοπλισμού	Απαράδεκτη	3	3
	Κακή	14	14,1
	Μέτρια	36	36,4
	Καλή	36	36,4
	Πολύ καλή	10	10,1
Συμπεριφορά νοσοκομειακού προσωπικού	Απαράδεκτη	7	7
	Κακή	29	29
	Μέτρια	31	31
	Καλή	25	25
	Πολύ καλή	8	8
Χρόνος απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη	Απαράδεκτη	12	12,2
	Κακή	18	18,4
	Μέτρια	39	39,8
	Καλή	22	22,4
	Πολύ καλή	7	7,1
Πρόσβαση στο νοσοκομείο από Μ.Μ.Μ	Απαράδεκτη	12	12,6
	Κακή	12	12,6
	Μέτρια	26	27,4
	Καλή	35	36,8
	Πολύ καλή	10	10,5
Χρόνος αναμονής για εξυπηρέτηση	Απαράδεκτη	23	23
	Κακή	23	23
	Μέτρια	27	27
	Καλή	19	19
	Πολύ καλή	8	8

Συνολικό κόστος νοσηλείας	Απαράδεκτη	3	3,1
	Κακή	19	19,4
	Μέτρια	25	25,5
	Καλή	36	36,7
	Πολύ καλή	15	15,3
Συνολικό κόστος έμμεσων χρεώσεων.	Απαράδεκτη	14	14,9
	Κακή	22	23,4
	Μέτρια	21	22,3
	Καλή	22	23,4
	Πολύ καλή	15	16

5.4 Έλεγχος ανεξαρτησίας και Πίνακες Διπλής Εισόδου.

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα από διασταυρώσεις μεταβλητών, που έγιναν με σκοπό να βρεθεί μια ενδεχόμενη πιθανή σχέση μεταξύ τους. Αναλυτικά φαίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί του συνόλου των ερωτηθέντων από πίνακες διπλής εισόδου, ενώ γίνεται έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 σε μεταβλητές που αφορούν τόσο τους χρήστες όσο και τους εργαζόμενους του νοσοκομείου. Επίσης, αναγράφονται η τιμή του Pearson Chi-square και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p-value όπου όταν λαμβάνει τιμές μικρότερες του 0,050 οι μεταβλητές που αναλύονται είναι εξαρτημένες μεταξύ τους.

Εργαζόμενοι

Το τμήμα που εργάζεται το προσωπικό σχετίζεται τόσο με την ικανοποίηση των εργαζομένων από την συμπεριφορά των προϊσταμένων όσο και με την ικανοποίηση σε θέματα που αφορούν την αυτονομία του ατόμου (δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών) και την προσωπική ανάπτυξη (δυνατότητα βελτίωσης)

Το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων σχεδόν σε όλα τα τμήματα εργασίας βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα (Πίνακας 17). Πιο συγκεκριμένα, η ικανοποίηση είναι 'μέτρια' για την πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού 34,8% και 'πολύ' για την πλειοψηφία του διοικητικού προσωπικού 45,5%,. Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, η πλειοψηφία 36,4% θεωρεί 'μέτριά' την συμπεριφορά ενώ αντίστοιχο ποσοστό 36,4% είναι 'πολύ' ικανοποιημένο. Για την πλειοψηφία του παραϊατρικού προσωπικού

41,7% οι εργαζόμενοι είναι 'πολύ' ικανοποιημένοι, ενώ όλοι οι εργαζόμενοι του τεχνικού προσωπικού είναι 'λίγο' ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των προϊσταμένων.

Πίνακας 17

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζομένου από την συμπεριφορά των προϊσταμένων και του τμήματος εργασίας του.

		Βαθμός Ικανοποίησης του εργαζομένου από την συμπεριφορά των προϊσταμένων					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Τμήμα εργασίας	Ιατρικό	1 4,3%	5 21,7%	8 34,8%	7 30,4%	2 8,7%	23 100%
	Διοικητικό	0 0%	1 3%	8 24,2%	15 45,5%	9 27,3%	33 100%
	Νοσηλευτικό	1 9,1%	0 0%	4 36,4%	4 36,4%	2 18,2%	11 100%
	Παραϊατρικό	1 8,3%	1 8,3%	2 16,7%	5 41,7%	3 25%	12 100%
	Τεχνικό	0 0%	2 100%	0 0%	0 0%	0 0%	2 100%
Σύνολο		3 3,7%	9 11,1%	22 27,2%	31 38,3%	16 19,8%	81 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=29,222, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,022.

Σχετικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων από τη δυνατότητα βελτίωσης στα πλαίσια της εργασίας τους, χαρακτηρίζεται ως 'μέτρια' από την πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού 41,7%. Η πλειοψηφία του διοικητικού προσωπικού 30,3% και των εργαζομένων που ανήκουν στα παραϊατρικά επαγγέλματα 33,3% χαρακτηρίζει επίσης 'μέτρια' την δυνατότητα βελτίωσης στα πλαίσια της εργασίας του. Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού 54,5% αξιολογεί ως 'πολύ καλή' την δυνατότητα βελτίωσης στα πλαίσια της εργασίας του. Επίσης το μισό δείγμα των ερωτηθέντων του τεχνικού προσωπικού 50% δηλώνει πως είναι 'μέτρια' ικανοποιημένο, ενώ το υπόλοιπο 50% εκτιμά ότι είναι 'πολύ' ικανοποιημένο από την δυνατότητα βελτίωσης. (Πίνακας 18).

Πίνακας 18

Συνάφεια ικανοποίησης εργαζομένου από την δυνατότητα βελτίωσης και του τμήματος εργασίας του.

		Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένου από την δυνατότητα βελτίωσης					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Τμήμα εργασίας	Ιατρικό	0 0%	5 29,8%	10 41,7%	8 33,3%	1 4,2%	24 100%
	Διοικητικό	4 12,1%	10 30,3%	10 30,3%	8 24,2%	1 3%	33 100%
	Νοσηλευτικό	3 27,3%	2 18,2%	0 0%	6 54,3%	0 0%	11 100%
	Παραϊατρικό	3 25%	3 25%	4 33,3%	2 16,7%	0 0%	12 100%
	Τεχνικό	0 0%	0 0%	1 50%	0 0%	1 50%	2 100%
Σύνολο		10 12,2%	20 24,4%	25 30,5%	24 29,3%	3 3,7%	82 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=29,407, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,021.

Επίσης, η δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών των εργαζομένων είναι 'πολύ' ικανοποιητική για το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 39,1%. Ομοίως, το διοικητικό προσωπικό είναι 'πολύ' ικανοποιημένο σε ποσοστό 36,4%. Επιπροσθέτως, το νοσηλευτικό είναι και αυτό 'πολύ' ικανοποιημένο σε ποσοστό 36,4%. Σε αντίθεση, το παραϊατρικό προσωπικό στην πλειοψηφία του, με ποσοστό 41,7%, δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένο (Πίνακας 19)..

Ο βαθμός ικανοποίησης του εργαζομένου από την δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών στην εργασία του, εμφανίζει ισχυρή συσχέτιση με το τμήμα που εργάζεται, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p-value=0.008.

Ο βαθμός που κατέχει ο εργαζόμενος στην ιεραρχία εμφανίζει και αυτός σημαντικά επίπεδα εξάρτησης, με μεταβλητές, που αφορούν την ικανοποίηση του προσωπικού από το σύνολο των αποδοχών, την ικανοποίηση από την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης και την ικανοποίηση από το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών του νοσοκομείου. Όπως θα γίνει αντιληπτό, το επίπεδο της ικανοποίησης είναι σχετικά υψηλότερο για την πλειοψηφία των υψηλόβαθμων εργαζομένων.

Πίνακας 19

Συνάφεια ικανοποίησης εργαζομένου από την δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών και του τμήματος εργασίας του.

		Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένου από την δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Τμήμα εργασίας	Ιατρικό	1 4,3%	4 17,4%	8 34,8%	9 39,1%	1 4,3%	23 100%
	Διοικητικό	5 15,2%	5 15,2%	11 33,3%	12 36,4%	0 0%	33 100%
	Νοσηλευτικό	2 18,2%	3 27,3%	2 18,2%	4 36,4%	0 0%	11 100%
	Παραϊατρικό	5 41,7%	3 25%	3 25%	1 8,3%	0 0%	12 100%
	Τεχνικό	0 0%	0 0%	0 0%	1 50%	1 50%	2 100%
Σύνολο		13 16%	15 18,5%	24 29,6%	27 33,3%	2 2,5%	81 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=32,859, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,008.

Ενδεικτικά, σε σχέση με την ικανοποίηση από το σύνολο των αποδοχών οι περισσότεροι διευθυντές είναι 'μέτρια' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 66,7%, οι περισσότεροι προϊστάμενοι ομοίως είναι και αυτοί 'μέτρια' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 62,5%, έχοντας όμως και περιπτώσεις ποσοστών της τάξης του 12,5% που δηλώνουν 'καθόλου' και 'λίγο' ικανοποιημένοι, ενώ για τους υπάλληλους, παρ' ότι οι περισσότεροι είναι και αυτοί 'μέτρια' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 36,7%, εμφανίζονται σχετικά μεγάλα ποσοστά όπου είναι 'λίγο' 26,7% και 'καθόλου' 26,7% ικανοποιημένοι (Πίνακας 20).

Αναφορικά με την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης, είναι λογικό το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων να είναι καλύτερο σε εργαζόμενους με υψηλό βαθμό στην ιεραρχία. Πιο συγκεκριμένα, οι διευθυντές στην πλειοψηφία τους είναι 'μέτρια' και 'πολύ' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 66,7% και 33,3%, αντίστοιχα. Οι προϊστάμενοι είναι 'λίγο' και 'μέτρια' ικανοποιημένοι σε ποσοστά 41,2% και 35,3%, αντίστοιχα, ενώ οι περισσότεροι υπάλληλοι δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 42,1%. Οι μεταβλητές που αφορούν την ικανοποίηση του εργαζόμενου για την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης και τον βαθμό που κατέχει ο

εργαζόμενος, είναι ισχυρά εξαρτημένες μεταξύ τους σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p\text{-value}=0.007$ (Πίνακας 21).

Πίνακας 20

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζόμενου από το σύνολο των αποδοχών του και του βαθμού που κατέχει στην ιεραρχία.

		Βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου από το σύνολο των αποδοχών του					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Βαθμός εργαζομένου	Διευθυντής	0 0%	0 0%	2 66,7%	0 0%	1 33,3%	3 100%
	Προϊστάμενος	2 12,5%	2 12,5%	10 62,5%	0 0%	2 2,5%	16 100%
	Υπάλληλος	16 26,7%	16 26,7%	22 36,7%	6 10%	0 0%	60 100%
	Εργατοτεχνίτης	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	1 100%
Σύνολο		18 22,5%	18 22,5%	35 43,8%	6 7,5%	3 3,8%	80 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=21,761, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $P\text{-value}=0,040$.

Πίνακας 21

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζόμενου για την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης και του τμήματος εργασίας του

		Βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου για την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης				Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	
Βαθμός εργαζομένου	Διευθυντής	0 0%	0 0%	2 66,7%	1 33,3%	3 100%
	Προϊστάμενος	2 11,8%	7 41,2%	6 35,3%	2 2,6%	17 100%
	Υπάλληλος	24 42,1%	19 33,3%	11 19,3%	3 5,3%	57 100%
	Εργατοτεχνίτης	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%
Σύνολο		26 33,3%	26 33,3%	19 24,4%	7 9%	78 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=22,789, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $P\text{-value}=0,007$.

Τέλος, λογικό είναι και το επίπεδο ικανοποίησης για το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών να εξαρτάται από τον βαθμό του εργαζόμενου. Αν και

οι διευθυντές είναι διαχωρισμένοι ως προς το επίπεδο ικανοποίησης όπως φαίνεται και στον Πίνακα 22, οι προϊστάμενοι στην πλειοψηφία τους είναι 'λίγο' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 47,1%, ενώ οι περισσότεροι υπάλληλοι δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 49,2%.

Πίνακας 22

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζόμενου από το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών του νοσοκομείου και του τμήματος εργασίας του.

		Βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου από το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών του νοσοκομείου					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Βαθμός εργαζομένου	Διευθυντής	0 0%	1 33,3%	1 33,3%	0 0%	1 33,3%	3 100%
	Προϊστάμενος	4 23,5%	8 47,1%	2 11,8%	1 5,9%	2 11,8%	17 100%
	Υπάλληλος	29 49,2%	17 28,8%	12 20,3%	1 1,7%	0 0%	59 100%
	Εργατοτεχνίτης	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	1 100%
Σύνολο		33 41,3%	26 32,5%	16 20%	2 2,5%	3 3,8%	80 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=22,759, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,030.

Η ερώτηση: «Κατά πόσο ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών στα πλαίσια της εργασίας σας;», εμφανίζει σημαντική εξάρτηση με το επίπεδο ικανοποίησης του εργαζόμενου σε σχέση με τη φύση της εργασίας του, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p-value=0.005. Σε γενικές γραμμές, όταν το αντικείμενο εργασίας του εργαζόμενου ανταποκρίνεται στην εργασία του το επίπεδο ικανοποίησής του είναι καλύτερο.

Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι από τους εργαζόμενους που πιστεύουν πως το αντικείμενο σπουδών τους ανταποκρίνεται στα πλαίσια της εργασίας τους είναι 'πολύ' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 45,7%, ενώ μεγάλα ποσοστά αυτών 32,9% και 20% είναι 'μέτρια' και 'πάρα πολύ' ικανοποιημένοι, αντίστοιχα. Σε αντίθεση, για τους εργαζόμενους που οι

σπουδές τους δεν ανταποκρίνονται στην εργασία τους οι περισσότεροι 36,4% είναι 'μέτρια' ικανοποιημένοι. (Πίνακας 23).

Πίνακας 23

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζόμενου από την φύση της εργασίας του και της άποψης του κατά πόσο ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών του σε αυτή

		Βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου από τη φύση της εργασίας του					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Αν ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών του στην εργασία του	OXI	1 9,1%	2 18,2%	4 36,4%	3 27,3%	1 9,1%	11 100%
	NAI	0 0%	1 1,4%	23 32,9%	32 45,7%	14 20%	70 100%
Σύνολο		1 1,2%	3 3,7%	27 33,3%	35 43,2%	15 18,5%	81 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=14,962, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας p-value=0,005.

Επίσης, αναφορικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων από τη δυνατότητα συμμετοχής τους στην λήψη αποφάσεων, σε όσους το αντικείμενο σπουδών τους ανταποκρίνεται στην εργασία τους είναι 'μέτρια' και 'πολύ' ικανοποιημένοι σε ποσοστά 42% και 27,5%, αντίστοιχα, ενώ για όσους δεν ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών είναι 'καθόλου' και ικανοποιημένοι με 40% ενώ αντίστοιχο ποσοστό 40% δηλώνει 'λίγο' ικανοποιημένο. Ομοίως, σε αυτές τις δύο μεταβλητές υπάρχει ισχυρή συσχέτιση, με επίπεδο σημαντικότητας p-value=0.008 (Πίνακας 24).

Πίνακας 24

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζόμενου από την δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων και κατά πόσο ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών στην εργασία του.

		Βαθμός ικανοποίησης του εργαζόμενου για την δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Αν ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών του στην εργασία του	OXI	4 40%	4 40%	2 20%	0 0%	0 0%	10 100%
	NAI	11 15,9%	6 8,7%	29 42%	19 27,5%	4 5,8%	69 100%
Σύνολο		15 19%	10 12,7%	31 39,2%	19 24,1%	4 5,1%	79 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=13,838, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,008.

Αναφορικά με την δυνατότητα εκπαίδευσης, η ικανοποίηση για τους εργαζόμενους που ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών τους στην εργασία τους είναι στους περισσότερους 'μέτρια' και 'πολύ' καλή, σε ποσοστό 32,4% και 23,9%, αντίστοιχα, ενώ για την πλειοψηφία όσων πιστεύουν πως δεν ανταποκρίνονται οι σπουδές στην εργασία τους δεν είναι 'καθόλου' ικανοποιημένοι σε ποσοστό 54,5% (Πίνακας 25).

Πίνακας 25

Συνάφεια ικανοποίησης του εργαζομένου από τη δυνατότητα εκπαίδευσης και κατά πόσο ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών στην εργασία του.

		Βαθμός ικανοποίησης του εργαζομένου από τη δυνατότητα εκπαίδευσης					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Αν ανταποκρίνεται το αντικείμενο σπουδών του στην εργασία του	ΟΧΙ	6 54,5%	2 18,2%	2 18,2%	1 9,1%	0 0%	11 100%
	ΝΑΙ	10 14,1%	14 19,7%	23 32,4%	17 23,9%	7 9,9%	71 100%
Σύνολο		16 19,5%	16 19,5%	25 30,5%	18 22%	7 8,5%	82 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=10,675, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,030.

Σχετικά με το φύλο του εργαζομένου και την ικανοποίηση που προέρχεται από το σύνολο της εργασίας του, οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους άνδρες. Αν και η πλειοψηφία των ανδρών με ποσοστό 55,9% είναι 'πολύ' ικανοποιημένη και η πλειοψηφία των γυναικών με ποσοστό 35,6% είναι 'μέτρια' ικανοποιημένη, εντούτοις μεγάλα ποσοστά γυναικών 28,9% και 17,8% δηλώνουν 'πολύ' και 'πάρα πολύ' ικανοποιημένες, αντίστοιχα από το σύνολο της εργασίας τους, σε αντίθεση με τους άνδρες (Πίνακας 26).

Πίνακας 26

Συνάφεια ικανοποίησης εργαζομένου από το σύνολο τις εργασίας του και του φύλου του.

		Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένου από το σύνολο τις εργασίας του					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Φύλο	Ανδρας	1 2,9%	0 0%	13 38,2%	19 55,9%	1 2,9%	34 100%
	Γυναίκα	1 2,2%	7 15,6%	16 35,6%	13 28,9%	8 17,8%	45 100%
Σύνολο		2 2,5%	7 8,9%	29 36,7%	32 40,5%	9 11,4%	79 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=12,592, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,013.

Η ηλικία του εργαζομένου φαίνεται να επηρεάζει σε αρκετό βαθμό το επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τον φόρτο εργασίας, καθώς οι μεταβλητές εμφανίζουν σημαντική συσχέτιση, με επίπεδο σημαντικότητας p-value=0,004. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 27, σε μικρότερες ηλικίες των εργαζομένων τα ποσοστά τείνουν σε χαμηλό βαθμό ικανοποίησης, ενώ όσο μεγαλώνει η ηλικία τα ποσοστά τείνουν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Πίνακας 27

Συνάφεια ικανοποίησης εργαζομένου από τον φόρτο εργασίας και ηλικίας.

		Βαθμός ικανοποίησης εργαζομένου από τον φόρτο εργασίας					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Ηλικία	21-34	6 28,6%	3 14,3%	7 33,3%	2 9,5%	3 14,3%	21 100%
	35-44	3 11,5%	8 30,8%	1 3,8%	6 23,1%	8 30,8%	26 100%
	45-55	0 0%	2 7,1%	12 42,9%	8 28,6%	6 21,4%	28 100%
	55 και πάνω	0 0%	0 0%	1 33,3%	0 0%	2 66,7%	3 100%
Σύνολο		9 11,5%	13 16,7%	21 26,9%	16 20,5%	19 24,4%	78 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square= 28,643, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,004.

Ενδεικτικά, εργαζόμενοι ηλικίας 21-34 είναι 'μέτρια' ικανοποιημένοι και 'καθόλου' ικανοποιημένοι σε ποσοστά 33,3% και 28,6% αντίστοιχα ενώ οι εργαζόμενοι ηλικίας 35-44 ετών δηλώνουν 'λίγο' ικανοποιημένοι 30,8% και με

αντίστοιχο ποσοστό 30,8% είναι 'πάρα πολύ' ικανοποιημένοι από τον φόρτο εργασίας τους. Επίσης, οι εργαζόμενοι με ηλικία 45-55 ετών δηλώνουν 'μέτρια' ικανοποιημένοι 42,9% από τον φόρτο εργασίας, ενώ οι περισσότεροι ηλικίας 55 και πάνω είναι 'πάρα πολύ' ικανοποιημένοι 66,7%.

Χρήστες

Το είδος της υπηρεσίας που παρασχέθηκε στους ασθενείς επηρεάζει την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του νοσοκομειακού προσωπικού από τους χρήστες. Οι περισσότεροι χρήστες που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο αξιολογούν την συμπεριφορά του προσωπικού 'μέτρια' σε ποσοστό 38,9%, ενώ οι περισσότεροι χρήστες που τους παρασχέθηκαν υπηρεσίες στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία αξιολογούν 'κακή' την συμπεριφορά του προσωπικού σε ποσοστά 48% και 41,2%, αντίστοιχα (Πίνακας 28).

Πίνακας 28

Συνάφεια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του νοσοκομειακού προσωπικού και του είδους υπηρεσίας που παρασχέθηκε

		Αξιολόγηση της συμπεριφοράς του προσωπικού					Σύνολο
		Απαράδεκτη	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Είδος Υπηρεσίας	Νοσηλεία	3 5,6%	10 18,5%	21 38,9%	15 27,8%	5 9,3%	54 100%
	Εξωτερικά ιατρεία	0 0%	12 48%	6 24%	4 16%	3 12%	25 100%
	Επείγοντα	4 23,5%	7 41,2%	1 5,9%	5 29,4%	0 0%	17 100%
	Άλλο	0 0%	0 0%	2 66,7%	1 33,3%	0 0%	3 100%
Σύνολο		7 7,1%	29 29,3%	30 30,3%	25 25,3%	8 8,1%	99 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=25,151, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,014.

Εξαρτημένες είναι οι μεταβλητές που αφορούν την ηλικία των χρηστών και την αξιολόγηση για τον χρόνο απόκρισης του προσωπικού σε αίτημα ή ανάγκη. Οι περισσότεροι χρήστες ηλικίας 15-25, 26-35, 36-45 και 56-65 ετών αξιολογούν τον χρόνο απόκρισης 'μέτριο' σε ποσοστό 35,7%, 33,3%, 55,6% και 80%, αντίστοιχα. Σε σχέση με τους χρήστες ηλικίας 46-55 ετών, οι περισσότεροι με ποσοστό 42,1% δίνουν 'κακή' αξιολόγηση στον χρόνο

απόκρισης, ενώ η πλειοψηφία χρηστών ηλικίας 66 ετών και πάνω, δίνουν ‘καλή’ αξιολόγηση σε ποσοστό 50% (Πίνακας 29).

Πίνακας 29

Συνάφεια αξιολόγησης του χρόνου απόκρισης του προσωπικού σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη και της ηλικίας του χρήστη

		Αξιολόγηση του χρόνου απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη					Σύνολο
		Απαράδεκτη	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Ηλικία	15-25	6 21,4%	6 21,4%	10 35,7%	6 21,4%	0 0%	28 100%
	26-35	4 22,2%	3 16,7%	6 33,3%	3 16,7%	2 11,1%	18 100%
	36-45	2 11,1%	1 5,6%	10 55,6%	2 11,1%	3 16,7%	18 100%
	46-55	0 0%	8 42,1%	5 26,3%	5 26,3%	1 5,3%	19 100%
	56-65	0 0%	0 0%	4 80%	1 20%	0 0%	5 100%
	66 και άνω	0 0%	0 0%	4 40%	5 50%	1 10%	10 100%
Σύνολο		12 12,2%	18 18,4%	39 39,8%	22 22,4%	7 7,1%	98 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=32,347, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,040.

Επιπροσθέτως, σχετικά με τον χρόνο απόκρισης του προσωπικού σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη, οι άνδρες φαίνεται να είναι πιο απαιτητικοί από τις γυναίκες καθώς στα μεγαλύτερα ποσοστά αντρών 51,1% και 23,4% δίνουν αξιολόγηση για τον χρόνο απόκρισης, ‘μέτρια’ και ‘κακή’, αντίστοιχα ενώ σε αντίθεση οι γυναίκες με 32% και 30% δίνουν ‘καλή’ και ‘μέτρια’ αξιολόγηση, αντίστοιχα (Πίνακας 30).

Πίνακας 30

Συνάφεια της αξιολόγησης του χρόνου απόκρισης του προσωπικού σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη και του φύλου του χρήστη

		Αξιολόγηση του χρόνου απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη					Σύνολο
		Απαράδεκτη	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Φύλο	Γυναίκα	9 18%	6 12%	15 30%	16 32%	4 8%	50 100%
	Άντρας	3 6,4%	11 23,4%	24 51,1%	6 12,8%	3 6,4%	47 100%
Σύνολο		12 12,4%	17 17,5%	39 40,2%	22 22%	7 7,2%	97 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=11,154, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,025.

Τέλος, αναφορικά με την ασφάλιση που έχει ο χρήστης και την αξιολόγηση του ρόλου της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα, φαίνεται βάση του Πίνακα 31, πως σε όλες τις περιπτώσεις των ασφαλισμένων χρηστών ο ρόλος αξιολογείται πολύ σημαντικός. Ενδεικτικά, η πλειοψηφία των ασφαλισμένων του ΙΚΑ με ποσοστό 57,5% θεωρούν 'απόλυτα' σημαντικό τον ρόλο της δημόσιας ασφάλειας. Ομοίως, για όσους χρήστες που είναι ασφαλισμένοι στο δημόσιο, η δημόσια ασφάλιση είναι 'πολύ' και 'απόλυτα' σημαντική σε ποσοστό 47,4%, αντίστοιχα. Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η ασφάλιση είναι 'πολύ' σημαντική 60% και για όσους έχουν άλλη κύρια ασφάλιση είναι 'απόλυτα' σημαντική 42,9%, ενώ υπάρχουν και σημαντικά ποσοστά της τάξης του 14,3% και 17,9% που αξιολογούν τον ρόλο της δημόσιας ασφάλισης 'καθόλου' και 'λίγο' σημαντικό. Ακόμα και για όσους έχουν ιδιωτική ασφάλιση οι περισσότεροι 60% θεωρούν 'απόλυτα' σημαντική την δημόσια ασφάλιση, ενώ για την πλειοψηφία των ανασφάλιστων 66,7% είναι απλά 'πολύ' σημαντική.

Πίνακας 31

Συνάφεια της αξιολόγησης της σημαντικότητας του ρόλου της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα και της ασφάλισης του χρήστη.

		Αξιολόγηση της σημαντικότητας του ρόλου της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα					Σύνολο
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα	
Είδος Ασφάλισης	ΙΚΑ	1 2,5%	3 7,5%	9 27,5%	4 10%	23 57,5%	40 100%
	ΟΓΑ	0 0%	0 0%	1 20%	3 60%	1 20%	5 100%
	Δημόσιο	0 0%	0 0%	1 5,3%	9 47,4%	9 47,4%	19 100%
	Άλλη κύρια ασφάλιση	4 14,3%	5 17,4%	1 3,6%	6 21,4%	12 42,9%	28 100%
	Ιδιωτική	0 0%	0 0%	1 20%	1 20%	3 60%	5 100%
	Ανασφάλιστος	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7%	1 33,3%	3 100%
Σύνολο		5 5%	8 8%	13 13%	25 25%	49 49%	100 100%

Η τιμή του Pearson Chi-square=33,312, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας P-value=0,031.

5.5 Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis).

Η παραγοντική ανάλυση (factor analysis) αποτελεί μια πολυμεταβλητή στατιστική μέθοδο, ανάλυσης δεδομένων. Μέσω της ανάλυσης παραγόντων είναι δυνατή η μείωση του αριθμού των μεταβλητών σε παράγοντες - συνιστώσες (factors), με εξαγωγή διαφόρων χαρακτηριστικών και χωρίς σημαντική απώλεια πληροφοριών.

Ο βασικός στόχος, της παρούσας πτυχιακής, είναι η ομαδοποίηση των μεταβλητών που καθορίζουν τον βαθμό της ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων σε παράγοντες και η ανάλυση της σημαντικότητας κάθε παράγοντα. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS 13.0.

Παραγοντική ανάλυση για τις μεταβλητές των εργαζομένων.

Βάση του θεωρητικού μέρους και της συλλογής των στατιστικών δεδομένων από ερωτηματολόγιο, γίνεται ανάλυση σε 25 μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίηση της εργασίας. Αυτές είναι:

- ♦ Η φύση της δουλειάς.
- ♦ Το σύνολο των αποδοχών.
- ♦ Η αναγνώριση της εργασίας από τους προϊσταμένους.
- ♦ Η αναγνώριση της δουλειάς από τους χρήστες του νοσοκομείου.
- ♦ Ο φόρτος εργασίας.
- ♦ Η συμπεριφορά των συναδέλφων.
- ♦ Η συμπεριφορά των προϊσταμένων.
- ♦ Η ποιότητα του χώρου εργασίας.
- ♦ Η καθαριότητα του χώρου εργασίας.
- ♦ Η θέση στην ιεραρχία.
- ♦ Η συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων.
- ♦ Η προοπτική εξέλιξης.
- ♦ Η δυνατότητα βελτίωσης.
- ♦ Η δυνατότητα εκπαίδευσης.
- ♦ Η δυνατότητα λήψης πρωτοβουλιών.
- ♦ Η δυνατότητα εκμάθησης από λάθη.

- ♦ Η ικανότητα προσαρμογής του νοσοκομείου στο σύγχρονο περιβάλλον.
- ♦ Η μέτρηση των επιδόσεων.
- ♦ Η ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης.
- ♦ Η εκπαίδευση που προσφέρει του νοσοκομείου.
- ♦ Το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών.
- ♦ Το σύνολο της εργασίας.
- ♦ Η ικανοποίηση που προσφέρει στους χρήστες.
- ♦ Η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες.
- ♦ Η αποφασιστικότητα του συστήματος του νοσοκομείου να δίνει λύσεις.

Στον Πίνακα 44 Συσχετίσεων (Παράρτημα II), εντοπίζονται αρχικά οι αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των ποσοτικών αυτών μεταβλητών, εντοπίζοντας ποιοι είναι οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την ύπαρξη πολυσυγγραμικότητας. Τα ζεύγη των μεταβλητών που εμφανίζουν τιμές κοντά στο ένα (1,00) είναι ισχυρά εξαρτημένες μεταξύ τους.

Βασικό στάδιο της ανάλυσης είναι ο έλεγχος της ικανότητας εξαγωγής παραγόντων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω του μέτρου καταλληλότητας του Kaiser - Meyer- Olkin (KMO) και του δείκτη του Bartlett's test of Sphericity. Η τιμή του KMO= 0,790, άρα ο βαθμός διασποράς είναι ικανοποιητικός (τα δεδομένα είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση) (Πίνακας 32). Επίσης, το Sig.=0,000, δηλαδή τα δεδομένα παρουσιάζουν συγγραμικότητα (παρουσιάζονται σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και ο πίνακας συσχετίσεων δεν πλησιάζει τον μοναδιαίο).

Πίνακας 32
KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,790
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1135,552
	df	300
	Sig.	,000

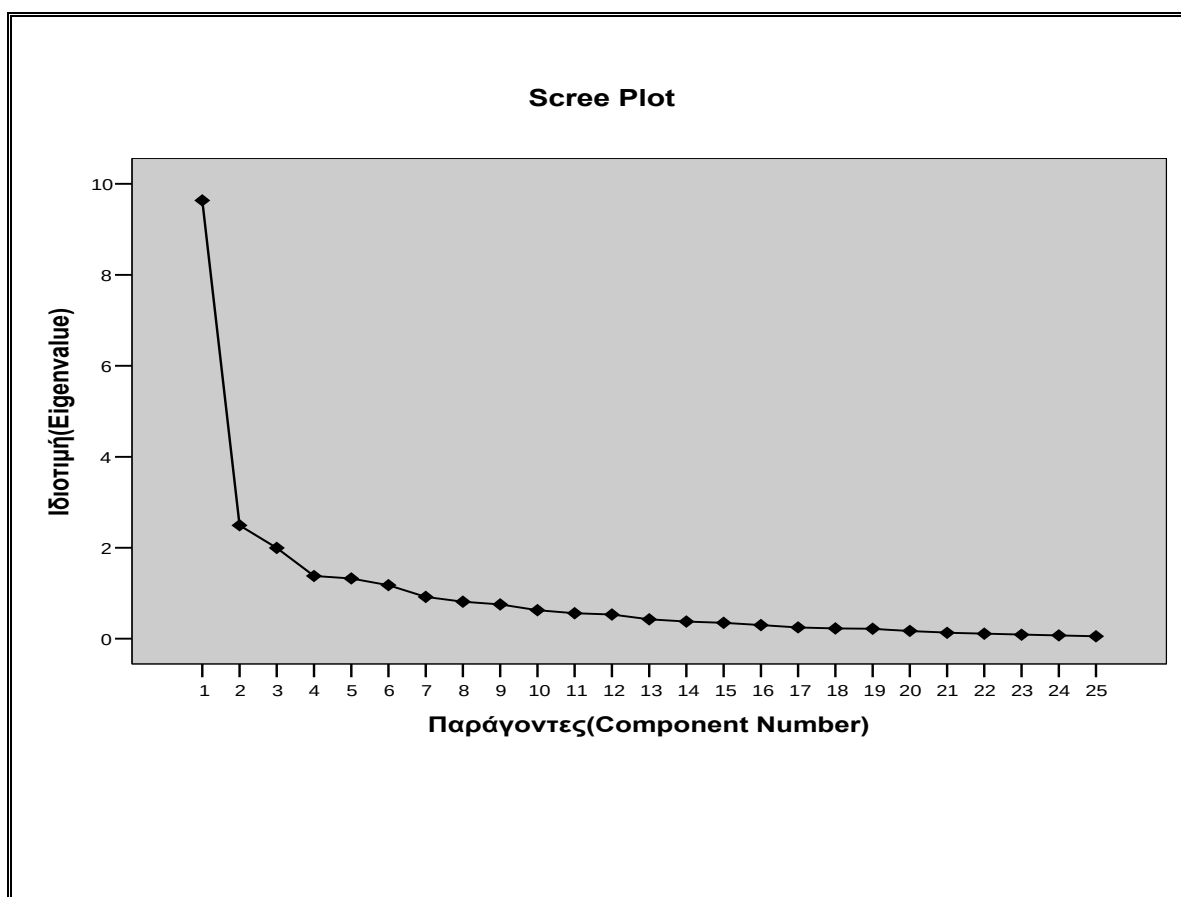
Οι ιδιοτιμές (Eigenvalues) αποτελούν τον δείκτη που θα καθορίσει τον αριθμό των παραγόντων, καθώς καλείται «το ποσό διασποράς». Ο βασικός

λόγος για αυτό είναι ότι η ιδιοτιμή ορίζεται σαν το σταθμισμένο άθροισμα των τετραγώνων των συσχετίσεων. Τιμή μεγαλύτερη του ένα (1,00) ερμηνεύει μεγαλύτερη διασπορά από μία μόνο μεταβλητή. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 33 Total Variance Explained η ανάλυση έδωσε έξι παράγοντες. Ο πρώτος με ιδιοτιμή 9,637 έχει και την μεγαλύτερη διασπορά, ο δεύτερος με ιδιοτιμή 2,494, ενώ οι υπόλοιποι τέσσερις εμφανίζουν, συγκριτικά με τους άλλους δύο, μικρότερη διασπορά. Συνολικά το 72,037% της κοινής διασποράς που αφορά τις 25 μεταβλητές οφείλεται στους έξι παράγοντες. Στον Πίνακα 33 εμφανίζονται θεωρητικά και άλλοι παράγοντες με ιδιοτιμή μικρότερη του 1,00 όμως δεν λαμβάνονται υπ' όψιν.

Πίνακας 33
Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,637	38,548	38,548	9,637	38,548	38,548
2	2,494	9,974	48,522	2,494	9,974	48,522
3	1,996	7,984	56,506	1,996	7,984	56,506
4	1,379	5,514	62,020	1,379	5,514	62,020
5	1,326	5,305	67,325	1,326	5,305	67,325
6	1,178	4,712	72,037	1,178	4,712	72,037
7	,919	3,677	75,714			
8	,814	3,256	78,970			
9	,755	3,019	81,988			
10	,628	2,511	84,499			
11	,561	2,244	86,743			
12	,532	2,129	88,872			
13	,427	1,709	90,581			
14	,377	1,508	92,089			
15	,349	1,395	93,484			
16	,300	1,200	94,684			
17	,249	,997	95,681			
18	,226	,904	96,585			
19	,221	,883	97,468			
20	,173	,691	98,159			
21	,131	,524	98,683			
22	,110	,441	99,124			
23	,089	,356	99,480			
24	,074	,298	99,778			
25	,055	,222	100,000			

Το παρακάτω διάγραμμα (Cattell's Scree Plot) αποτελεί γράφημα των ιδιοτιμών που σχετίζονται με κάθε έναν από τους εξαγόμενους παράγοντες, έναντι κάθε παράγοντα. Στο σημείο που το γράφημα κατευθύνεται προς τα κάτω, οι πρόσθετοι παράγοντες ερμηνεύουν μικρότερη διασπορά από μία απλή μεταβλητή.



Τέλος, με περιστροφή (rotation) επιτυγχάνεται η αποσαφήνιση του προτύπου των παραγόντων μέσω της αύξησης μεγάλων φορτίσεων (συνεισφοράς των μεταβλητών στους παράγοντες) και την μείωση των μικρών. Βάση των φορτίσεων είναι δυνατή η διάκριση των μεταβλητών που εμπεριέχονται σε κάθε παράγοντα. Μεταβλητές με μεγάλες φορτίσεις ανήκουν στον εκάστοτε παράγοντα, και εμφανίζονται μαρκαρισμένες στον Πίνακα 34 (Rotated Component Matrix) .

Πίνακας 34
Rotated Component Matrix

	Component (Factor)					
	1	2	3	4	5	6
Δυνατότητα πρωτοβουλιών	,880	,182	-,012	,213	,131	,063
Δυνατότητα εκπαίδευσης	,857	,106	,043	,117	-,001	-,032
Δυνατότητα βελτίωσης	,759	,206	,063	,198	,053	,114
Δυνατότητα εκμάθησης από λάθη	,709	,171	-,032	,117	,136	,443
Συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων	,663	,344	,185	,140	,361	,046
Θέση στην ιεραρχία	,613	,212	,160	,247	,237	,046
Προοπτικές εξέλιξης	,608	,494	,222	-,035	,192	-,083
Αναγνώριση από προϊσταμένους	,601	,163	,361	,222	,396	-,225
Μέτρηση επιδόσεων	,161	,856	,063	,006	,089	,035
Προσαρμογή νοσοκομείου στο σύγχρονο περιβάλλον	,301	,705	,046	,309	,131	,122
Ανταμοιβή καλύτερης απόδοσης	,156	,704	,361	,362	-,162	-,082
Αποφασιστικότητα συστήματος να δίνει λύσεις	,270	,668	,367	,043	,109	,104
Αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών	,435	,510	,472	,004	-,198	-,160
Ποιότητα χώρου εργασίας	-,030	,194	,851	,131	,128	,204
Καθαριότητα χώρου εργασίας	,080	,208	,752	,043	,242	,309
Σύνολο αποδοχών	,167	,145	,655	,303	-,259	-,223
Εκπαίδευση που προσφέρει το νοσοκομείο	,473	,362	,495	,050	-,096	,157
Ικανοποίηση που προσφέρει στους χρήστες	,154	,151	-,013	,854	,134	,180
Ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες	,107	,294	,042	,810	,117	,127
Αναγνώριση εργασίας από χρήστες	,173	-,066	,271	,650	,139	-,185
Σύνολο εργασίας	,381	,113	,141	,517	,227	,185
Φύση εργασίας	,462	-,102	,259	,480	-,016	-,253
Συμπεριφορά συναδέλφων	,187	,047	-,147	,190	,828	-,070
Συμπεριφορά προϊσταμένων	,298	,065	,358	,259	,706	-,019
Φόρτος εργασίας	,123	,023	,226	,102	-,109	,718

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα οι έξι παράγοντες μπορούν να ονομαστούν ανάλογα με τις μεταβλητές που εμπεριέχουν και να τοποθετηθούν σε φθίνουσα σημαντικότητα ως εξής:

- ♦ Παράγοντας 1: Αφορά την προσωπική ανάπτυξη του εργαζομένου και την εικόνα του στον χώρο εργασίας.
- ♦ Παράγοντας 2: Αφορά το σύστημα λειτουργίας του νοσοκομείου.
- ♦ Παράγοντας 3: Αφορά τον χώρο εργασίας και τις παροχές του νοσοκομείου στους εργαζόμενους.
- ♦ Παράγοντας 4: Αφορά το σύνολο της εργασίας και πως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες.

- ♦ Παράγοντας 5: Αφορά την συμπεριφορά των συναδέλφων και προϊσταμένων.
- ♦ Παράγοντας 6: Αφορά τον φόρτο εργασίας.

Παραγοντική ανάλυση για μεταβλητές στους χρήστες

Για τους χρήστες του νοσοκομείου, η ανάλυση γίνεται σε 13 μεταβλητές που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους. Αυτές είναι:

- ♦ Καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων.
- ♦ Ποιότητα του ξενοδοχειακού εξοπλισμού.
- ♦ Ποιότητα και επάρκεια των χώρων υγιεινής.
- ♦ Ποιότητα του φαγητού.
- ♦ Παρεχόμενες ανέσεις σε ασθενείς και συνοδούς.
- ♦ Αίσθηση ησυχίας και ασφάλειας του χώρου. Ποιότητα και επάρκεια ιατρικού εξοπλισμού.
- ♦ Συμπεριφορά του προσωπικού(επικοινωνία και ενημέρωση).
- ♦ Χρόνος απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη του χρήστη.
- ♦ Πρόσβαση στο νοσοκομείο με τα Μ.Μ.Μ.
- ♦ Χρόνος αναμονής εξυπηρέτησης.
- ♦ Συνολικό κόστος νοσηλείας.
- ♦ Κόστος έμμεσων χρεώσεων.

Αντίστοιχα με την παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στους εργαζόμενους , ακολουθούνται τα ίδια στάδια και για τους χρήστες. Αρχικά στον Πίνακα συσχετίσεων 45 στο παράρτημα II, μπορούν ενδεικτικά να εντοπιστούν μεταξύ ποιών μεταβλητών μπορεί να δημιουργηθούν οι παράγοντες, λόγω των υψηλών συσχετίσεων.

Ο βαθμός διασποράς είναι σημαντικός βάση της τιμής του $ΜΚΟ = 0,824$ και με βάση το $Sig. = 0,000$ στον δείκτη του Bartlett τα δεδομένα παρουσιάζουν συγγραμμικότητα, κατά συνέπεια είναι εφικτή η εξαγωγή παραγόντων (Πίνακας 35).

Πίνακας 35
KMO and Bartlett's Test

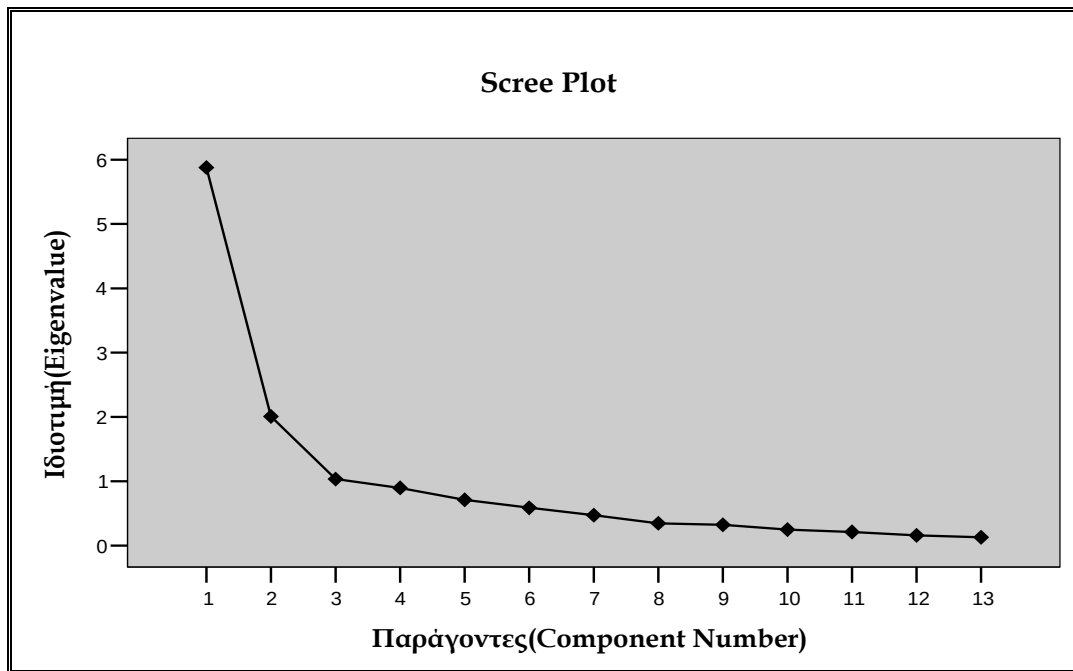
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,824
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	651,675
	df	78
	Sig.	,000

Η παραγοντική ανάλυση δίνει τρεις παράγοντες (factors), όπου όπως φαίνεται και στον πίνακα Total Variance Explained, ο πρώτος έχει ιδιοτιμή 5,879 και εμφανίζει την μεγαλύτερη διασπορά, ο δεύτερος 2,007 και ο τρίτος 1,033. Σε αυτούς τους τρεις παράγοντες οφείλεται το 68,605% της κοινής διασποράς των δεκατριών μεταβλητών (Πίνακας 36).

Πίνακας 36
Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,879	45,221	45,221	5,879	45,221	45,221
2	2,007	15,435	60,656	2,007	15,435	60,656
3	1,033	7,949	68,605	1,033	7,949	68,605
4	,897	6,899	75,504			
5	,711	5,466	80,970			
6	,587	4,516	85,486			
7	,472	3,634	89,120			
8	,346	2,660	91,780			
9	,322	2,475	94,254			
10	,248	1,906	96,160			
11	,212	1,627	97,788			
12	,159	1,220	99,008			
13	,129	,992	100,000			

Στον παρακάτω διάγραμμα φαίνονται οι τρεις παράγοντες με ιδιοτιμές (Eigenvalues) μεγαλύτερες του 1,00.



Με περιστροφή (Rotation) δίνονται οι φορτίσεις κάθε μεταβλητής για τους παράγοντες και διακρίνονται μέσω των μεγάλων φορτίσεων ποιες από αυτές ανήκουν στον εκάστοτε παράγοντα, όπου ομοίως στον Πίνακα 37 (Rotated Component Matrix) είναι μαρκαρισμένες.

Πίνακας 37
Rotated Component Matrix

	Component		
	1	2	3
Ποιότητα και επάρκεια χώρων υγιεινής	,880	,103	,082
Ποιότητα ξενοδοχειακού εξοπλισμού	,809	,142	,198
Παρεχόμενες ανέσεις σε συνοδούς	,775	,047	,228
Ποιότητα του φαγητού	,765	,091	,043
Καθαριότητα του χώρου	,764	,262	,080
Ησυχία και ασφάλεια του χώρου	,745	,109	-,029
Ποιότητα και επάρκεια ιατρικού εξοπλισμού	,665	,308	-,070
Κόστος έμμεσων χρεώσεων	,028	,867	,120
Συνολικό κόστος νοσηλείας	,012	,858	-,108
Χρόνος απόκρισης σε αίτημα ή ανάγκη	,327	,763	,080
Χρόνος αναμονής και εξυπηρέτησης	,400	,581	,391
Συμπεριφορά του προσωπικού	,507	,567	,184
Προσβασιμότητα με Μ.Μ.Μ.	,092	,093	,952

Οι παράγοντες μπορούν να ονομαστούν βάση των μεταβλητών που περιέχουν και να καταταχθούν με φθίνουσα σημαντικότητα:

- ♦ Παράγοντας 1: Αφορά τον εξοπλισμό και τον χώρο του νοσοκομείου στο σύνολό του.
- ♦ Παράγοντας 2: Αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το νοσοκομείο και το προσωπικό.
- ♦ Παράγοντας 3: Αφορά την προσβασιμότητα από τα Μ.Μ.Μ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχει γίνει ευρύτερα αποδεκτό ότι σε μία αναδομημένη κοινωνία μίας χώρας που λειτουργεί στα πλαίσια ενός συνεχώς εξελισσόμενου περιβάλλοντος, το υγειονομικό σύστημα δεν μπορεί να παραμένει σταθερό. Είναι πλέον επιτακτική ανάγκη η συνολική αναθεώρηση του ρόλου και της λειτουργίας του συστήματος υγείας, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού και να διατηρεί τον κοινωνικό του χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υποστεί διαρθρωτικές αλλαγές σε επίπεδο πολιτικής και λήψης αποφάσεων.

Για να επιτευχθούν όμως αυτές οι αλλαγές και να αποδώσουν μακροχρόνια αποτελέσματα απαιτείται η μελέτη της βιώσιμης ανάπτυξης σε επίπεδο υγείας. Μέσω των πολλαπλών σχέσεων που δημιουργούνται μεταξύ των εννοιών την βιωσιμότητας, του υγειονομικού συστήματος, της προστασίας του περιβάλλοντος και της ικανοποίησης, είναι δυνατή η δημιουργία και η χρήση μεθόδων αξιολόγησης της βιωσιμότητας ενός συστήματος υγείας.

Βασικό κλειδί για την αποσαφήνιση αυτών των σχέσεων είναι ο όρος «ποιότητα ζωής» και αποτελεί βασική αρχή της βιωσιμότητας. Η ποιότητα ζωής εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την υγεία, η οποία επηρεάζεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των νοσοκομείων, οι οποίες με την σειρά τους αξιολογούνται από τους χρήστες και παρέχονται από τους εργαζόμενους. Επίσης, η προστασία του περιβάλλοντος υποστηρίζεται από την βιωσιμότητα και σχετίζεται με το υγειονομικό σύστημα σε επίπεδο διαφύλαξης της υγείας του πληθυσμού και του οικοσυστήματος.

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα, που αφορούν τόσο το ανθρώπινο όσο και το υλικό κεφάλαιο. Προβλήματα όπως η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και η χαμηλή υλικοτεχνική υποδομή οδηγεί σε μείωση της αποδοτικότητας των

νοσοκομειακών μονάδων (Υφαντόπουλος, 2003). Επίσης, η άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στην περιφέρεια έχει σαν αποτέλεσμα την υπολειτουργία των ιατρικών μονάδων της επαρχίας και κατά συνέπεια την υπερφόρτωση των νοσοκομείων των αστικών περιοχών. Επιπλέον, η αδυναμία του ασφαλιστικού συστήματος να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού, καθιστά πιο δύσκολη την αξιοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα εντείνει το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων (Προβόπουλος, 1987).

Τα ελληνικά νοσοκομεία, εκτός από τις δυσκολίες που αφορούν την απόδοση των υπηρεσιών υγείας, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα σχετικά με την διαχείριση των νοσοκομειακών τους απορριμμάτων. Τα προβλήματα αυτά αφορούν τόσο την τεχνική όσο και την οργανωτική διαδικασία της διαχείρισης, ενώ προσανατολίζονται στην ελλιπή ενημέρωση των υπευθύνων και του προσωπικού του νοσοκομείου. Η λανθασμένη διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων μπορεί να θέσει σε μεγάλο κίνδυνο την υγεία του πολιτών και την ισορροπία του περιβάλλοντος.

Βασικός σκοπός, της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι η αξιολόγηση της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού και του υγειονομικού συστήματος, σε επίπεδο βιωσιμότητας. Μέσω της μέτρησης του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων, σε σχέση με το νοσοκομείο και το υγειονομικό σύστημα, λαμβάνονται οι κατάλληλες πληροφορίες για την εξαγωγή ουσιαστικών συμπερασμάτων και την πρόταση βιώσιμων λύσεων.

Σε ότι αφορά τους εργαζόμενους, ο βαθμός ικανοποίησης της εργασίας τους είναι μέτριος προς ελάχιστος, αυτόματα, δίνονται πληροφορίες πως το επίπεδο λειτουργίας του νοσοκομείου σε σχέση με το προσωπικό είναι χαμηλό. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψιν υπάρχουσες μελέτες (που έχουν αναφερθεί στο θεωρητικό μέρος αυτής της πτυχιακής), ένα τόσο χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης επηρεάζει την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών από μέρους του προσωπικού που τελικά λαμβάνουν οι χρήστες. Ακόμα, μειώνει την ποιότητα ζωής των ιδίων των εργαζομένων από την στιγμή που η εργασία

απορροφά μεγάλο μέρος του χρόνου των ατόμων. Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος που είναι δυσαρεστημένος από την δουλειά του, δεν έχει κίνητρα και διάθεση τόσο στα πλαίσια της εργασίας όσο και εκτός εργασίας (οικογενειακό – κοινωνικό περιβάλλον). Άρα, υφίσταται και μείωση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου ‘Ευαγγελισμός’ και αρνητική συμπεριφορά στην ζωή του εργαζόμενου.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το συγκεκριμένο επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων είναι έξι . Ο *πρώτος* και πιο σημαντικός παράγοντας αφορά την προσωπική ανάπτυξη του εργαζομένου και την εικόνα του στον χώρο εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, ο παράγοντας αυτός σχετίζεται με την δυνατότητα που έχει ο εργαζόμενος να λαμβάνει πρωτοβουλίες στα πλαίσια της εργασίας του, να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων, να μαθαίνει ανώδυνα από τα λάθη του και να βελτιώνεται σαν άνθρωπος μέσω της εκπαίδευσης. Επίσης, σχετίζεται με την θέση του στην ιεραρχία αλλά και τις προοπτικές εξέλιξης που προσφέρει η εργασία του, ενώ σημαντική είναι η αναγνώριση που λαμβάνει ο εργαζόμενος από τους ανωτέρους του.

Ο *δεύτερος* παράγοντας αφορά το σύστημα λειτουργίας του νοσοκομείου σε σχέση με το προσωπικό, δηλαδή την μέτρηση των επιδόσεων των εργαζομένων και την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης καθώς και το αξιοκρατικό σύστημα των προαγωγών. Επιπροσθέτως, η λειτουργία του νοσοκομείου αφορά και την δυνατότητα προσαρμογής του στο σύγχρονο περιβάλλον και την αποφασιστικότητα του να δίνει λύσεις.

Ο *τρίτος* παράγοντας αφορά τον χώρο και τις παροχές του νοσοκομείου προς τον προσωπικό, δηλαδή αφορά την ποιότητα και την καθαριότητα του εργασιακού χώρου, την παροχή εκπαίδευσης από το νοσοκομείο στο εργασιακό αντικείμενο κάθε εργαζομένου καθώς και τις οικονομικές αποδοχές.

Ο *τέταρτος* παράγοντας αφορά το σύνολο της εργασίας του εργαζομένου και πώς την αντιλαμβάνονται οι χρήστες. Πιο συγκεκριμένα, ο παράγοντας αυτός εμπεριέχει την φύση της εργασίας και την ικανοποίηση

που προσφέρει ο εργαζόμενος και λαμβάνουν οι χρήστες αλλά και την αναγνώριση που λαμβάνει ο εργαζόμενος για τις υπηρεσίες που παρέχει.

Ο *πέμπτος* παράγοντας σχετίζεται με την συμπεριφορά των προϊσταμένων και των συναδέλφων απέναντι στον χρήστη και τέλος, ο *έκτος* παράγοντας αφορά τον φόρτο εργασίας.

Σχετικά με τους χρήστες του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» ο βαθμός ικανοποίησης είναι επίσης, μέτριος προς ελάχιστος, δίνοντας έτσι πληροφορίες για το χαμηλό επίπεδο στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο της ικανοποίησης των χρηστών από το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι τρεις.

Ο *πρώτος* και σημαντικότερος παράγοντας αφορά την υλικοτεχνική υποδομή του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, αφορά την ποιότητα των χώρων υγιεινής, του ξενοδοχειακού εξοπλισμού και του φαγητού. Επίσης, την καθαριότητα, την ησυχία και την ασφάλεια του χώρου καθώς και την ποιότητα και επάρκεια του ιατρικού εξοπλισμού και γενικά τις παρεχόμενες ανέσεις στους συνοδούς και του χρήστες του νοσοκομείου.

Ο *δεύτερος* παράγοντας περιλαμβάνει τις παρεχόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου, δηλαδή τον χρόνο αναμονής και εξυπηρέτησης, την συμπεριφορά του νοσοκομειακού προσωπικού καθώς και το κόστος νοσηλείας και των έμμεσων χρεώσεων. Τέλος, ο *τρίτος* παράγοντας αφορά την προσβασιμότητα του νοσοκομείου από τα Μ.Μ.Μ.

Αναφορικά με το ελληνικό υγειονομικό σύστημα, τα αποτελέσματα της εμπειρικής μελέτης δεν είναι ενθαρρυντικά. Η πλειοψηφία τόσο των χρηστών και των εργαζομένων, πιστεύει πως είναι απαράδεκτη η ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ παράλληλα δηλώνει πως το σύστημα υγείας δεν διέπεται από την αρχή της ισότητας, σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Επίσης, η ανάγκη για σωστή ασφαλιστική κάλυψη κρίνεται επιτακτική, καθώς ο ρόλος της δημόσιας ασφάλισης είναι σημαντικός τόσο για τους χρήστες όσο και για τους εργαζόμενους. Τέλος, βάση της πλειοψηφίας των ερωτηθέντων,

το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας ανταποκρίνεται σε πολύ μικρό βαθμό στις προοπτικές της νέας Ευρωπαϊκής κοινωνικής διεύρυνσης.

Ένας άλλος τομέας που φαίνεται, βάση της εμπειρικής μελέτης, να μην απασχολεί την λειτουργία του νοσοκομείου και αφορά την διαφύλαξη της υγείας των ατόμων και του περιβάλλοντος, είναι η διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων. Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσοκομειακού προσωπικού δεν γνωρίζει για το αν η διαχείριση γίνεται με σωστό και ασφαλή τρόπο, ενώ οι περισσότεροι από τους υπολοίπους εργαζομένους δηλώνουν πως δεν γίνεται σωστά. Τελικά, ίσως αυτός ο τομέας να χρήζει πολύ μεγάλη προσοχή καθώς είναι αφού σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων θεωρεί πως ένας οργανισμός παροχής υγείας μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ίδια την υγεία όχι μόνο για τα άτομα που αφορούν το νοσοκομείο αλλά και για τον υπόλοιπο πληθυσμό της πρωτεύουσας.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω δεδομένα, φαίνεται πως η Ελλάδα θα πρέπει να αναθεωρήσει την πολιτική της στον τομέα της υγείας και να λάβει υπόψιν της τις αρχές της βιωσιμότητας καθώς η πολιτική αυτή υιοθετείται με την σειρά της και από τα μέρη του υγειονομικού συστήματος, τους οργανισμούς παροχής υγείας. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται εν μέρει και στην συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία, καθώς σε γενικές γραμμές, η νοσοκομειακή μονάδα του «Ευαγγελισμού» εμφανίζει μέτρια αποδοτικότητα και παρέχει μέτριας ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

Κρίνοντας, από τα τόσο ουσιαστικά προβλήματα, ίσως η πιο αποδοτική λύση είναι η ολική ανασυγκρότηση και ανακατασκευή του συστήματος υγείας σε οργανωτικό και υλικοτεχνικό επίπεδο. Μια τέτοια λύση όμως είναι μη ρεαλιστική καθώς για την δημιουργία καινούργιων νοσοκομειακών μονάδων στην περιφέρεια και την δημιουργία κατάλληλων συνθηκών στην περιφέρεια, ώστε να προσελκύσει το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό απαιτεί χρόνο και υψηλό κόστος. Επίσης, η προώθηση εξειδικευμένων ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας είναι θέμα που αφορά κυρίως την εκπαίδευση και όχι τόσο την υγεία, ενώ η ανακατασκευή υπάρχουσων νοσοκομειακών υποδομών είναι ανέφικτη καθώς τα σχέδια

κατασκευής είναι βασισμένα σε παλιά τεχνολογία με αποτέλεσμα να είναι ασύμφορη η οποιαδήποτε αλλαγή. Γίνεται κατανοητό, πως αν και αναγκαία μια τέτοια αλλαγή είναι αδύνατη καθώς απαιτεί χρόνο, χρήμα και αλλαγές σε άλλους τομείς. Ο μόνος τομέας που ίσως μπορεί να βελτιωθεί είναι αυτός της κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω μείωσης της οικονομικής συμμετοχής των ασφαλισμένων σε ιατρικές εξετάσεις, της μεγαλύτερης φαρμακευτικής κάλυψης και φυσικά της ασφάλισης όλων των πολιτών ανεξάρτητα του επαγγέλματος.

Η λύση όμως, που φαίνεται να είναι δυνατή και αποδοτική μακροχρόνια είναι η αλλαγή στην βάση του συστήματος. Αν κάθε νοσοκομειακή μονάδα αναγνωρίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και οργανώσει προγράμματα πολιτικής, ώστε να αντιμετωπίζει τα προβλήματα σταδιακά, τότε τα αποτελέσματα θα είναι θετικά μακροχρόνια και η νοσοκομειακή μονάδα θα λειτουργεί στα πλαίσια της βιωσιμότητας.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση, προκειμένου το νοσοκομείο του Ευαγγελισμού να αυξήσει την αποδοτικότητα του μακροχρόνια σε επίπεδο βιωσιμότητας πρέπει να βελτιώσει την ικανοποίηση της εργασίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των εργαζομένων. Προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί αρχικά η αλλαγή σε τομείς που αφορούν την προσωπική ανάπτυξη του εργαζομένου. Αν οι εργαζόμενοι έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών και να βελτιωθούν μαθαίνοντας ανώδυνα από τα λάθη τους, η ψυχολογία τους θα είναι θετική με αποτέλεσμα να αυξηθεί η εργασιακή τους απόδοση και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.

Επίσης, πρέπει να τους παρέχεται η δυνατότητα εκπαίδευσης από το νοσοκομείο, μέσω κάποιων σεμιναρίων ή μαθημάτων αναφορικά με το εργασιακό τους αντικείμενο, ενώ οι προοπτικές εξέλιξης τους πρέπει να είναι καλές καθώς έτσι τους παρέχονται εσωτερικά κίνητρα. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει αναγνώριση της προσφοράς τους από τους ανώτερους στην ιεραρχία διότι εκτός από τα εσωτερικά κίνητρα πρέπει να δημιουργούνται και εξωτερικά (επιβράβευση).

Επιπροσθέτως, το σύστημα του νοσοκομείου πρέπει να λειτουργεί δίκαια απέναντι στο προσωπικό και να αναγνωρίζει έμπρακτα την αποδοτικότητα του, αυξάνοντας ενδεχομένως τον μισθό ή δίνοντας κάποια προαγωγή.

Εφαρμόζοντας τις παραπάνω αλλαγές, αυτόματα βελτιώνεται η συμπεριφορά των εργαζομένων στον χώρο του νοσοκομείου, ενώ αυξάνεται η ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν έχοντας σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της ικανοποίησης των χρηστών και την αναγνώριση ως προς την προσφορά των υπηρεσιών.

Σχετικά με την αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών του νοσοκομείου, πρώτη προτεραιότητα πρέπει να αποτελεί η βελτίωση της ποιότητα του φαγητού και η αναβάθμιση του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού. Επίσης, πρέπει να αυξηθούν οι παρεχόμενες ανέσεις τόσο σε ασθενείς όσο και σε συνοδούς, να είναι επαρκείς και καθαροί οι χώροι υγιεινής και να υπάρχει ησυχία και ασφάλεια σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου. Σημαντική είναι και η βελτίωση των υπόλοιπων υπηρεσιών του νοσοκομείου σχετικά με τον χρόνο αναμονής και το κόστος νοσήλια.

Με βάση τις προτάσεις των ερωτηθέντων, οι οποίες τέθηκαν στις ανοιχτές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, η πλειοψηφία θεωρεί ότι η κατάλληλη διαμόρφωση του υπάρχοντος χώρου και η δημιουργία νέων χώρων (αν είναι εφικτό), είναι η λύση στο πρόβλημα την αναβάθμισης του χώρου. Επιπρόσθετα και ο δύο ομάδες των ερωτηθέντων θεωρούν ότι μία καλύτερη κατανομή των πιστώσεων μέσα στην νοσοκομειακή μονάδα θα συμβάλει στην καλύτερη λειτουργία του νοσοκομείου.

Η μεγαλύτερη οργάνωση στο πρόγραμμα του νοσοκομείου και η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού μπορεί να εξομαλύνει το πρόβλημα του χρόνου εξυπηρέτησης. Επίσης, το φαινόμενο των έμμεσων χρεώσεων δύναται να εξαλειφθεί, μόνο αν ο χρήστης γνωρίζει ότι μπορεί να προστατευτεί και να δικαιωθεί από το σύστημα, σε περίπτωση που αντιμετωπίσει περιπτώσεις ατόμων που χρηματίζονται και προβεί σε καταγγελία. Παράλληλα, από το

ίδιο το σύστημα πρέπει να εφαρμόζεται αυστηρός έλεγχος στο νοσοκομειακό προσωπικό και στην επιβολή κυρώσεων σε περιπτώσεις χρηματισμού.

Τέλος, αναφορικά με το πρόβλημα των νοσοκομειακών απορριμμάτων, συνεχείς έλεγχοι πρέπει να διεξάγονται στο σύστημα διαχείρισης των μολυσματικών απορριμμάτων. Επίσης, προϋπόθεση για την εργασία ενός ατόμου στο νοσοκομείο πρέπει να είναι η εκπαίδευση και η ενημέρωση για τις αναγκαίες προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται, ενώ απαραίτητη είναι η ανανέωση του μηχανικού εξοπλισμού σύμφωνα με την εξέλιξη της τεχνολογίας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παρούσα μελέτη αποτελεί τη βάση για την διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης του νοσοκομειακού προσωπικού και των χρηστών που χρησιμοποιούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας καθώς και του επιπέδου βιωσιμότητας του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας. Παρ' όλα, αυτά και προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα αυτής της ερευνάς, η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης του προσωπικού και των χρηστών υγειονομικών υπηρεσιών, σε περισσότερες νοσοκομειακές μονάδες κρίνεται απαραίτητη.

Συνοψίζοντας, το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας και οι οργανισμοί που τον αφορούν απομακρύνονται όλο και περισσότερο από τις αρχές της βιωσιμότητας. Αν και η ολική αλλαγή θα ήταν χρήσιμη δεν είναι εφικτή. Ουσιαστικές λύσεις, μέσω αναπτυξιακών προγραμμάτων, πρέπει να δοθούν άμεσα και να εφαρμοστούν με σταθερά βήματα. Αρχίζοντας από την βάση της πυραμίδας του συστήματος, που είναι ο άνθρωπος σε σχέση με τους οργανισμούς υγείας, αλλαγές που θα βασίζονται σε εμπεριστατωμένες έρευνες δύναται να προσφέρουν μακροχρόνια ένα βιώσιμο μέλλον με υψηλό επίπεδο ζωής και υγείας για τον ελληνικό πληθυσμό του παρόντος και του μέλλοντος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστολάκης, Ι., Καστανιά, Α. και Πιεράκου, Χ. (2003). *Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων στην Υγεία*. Αθήνα: Παπαζήση.

Δελλαδέτσιμας, Π.Μ. (1997). Η έννοια της βιώσιμης ανάπτυξης, ο σχεδιασμός του χώρου και η περίπτωση της Ελλάδας. *Τόπος*, 12, 31-53.

Δημητριάδης, Ε. (2003). *Στατιστικές Εφαρμογές με S.P.S.S.* Αθήνα: Κριτική.

Θαλασσινός, Ε. και Παντουβάκης, Α. (Απρίλιος, 2005). *Ικανοποίηση του Προσωπικού και των Χρηστών του Νοσοκομείου Άγιος Παντελεήμονας, στην Περιοχές της Νίκαιας του Νομού Αττικής*. Αδημοσίευτη μελέτη.

Κυριακούσης, Α. (2000). *Στατιστικές Μέθοδοι*. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Λάσκαρις, Κ. (1996). *Sustainable Development: Θεωρητικές Προσεγγίσεις μιας Κρίσιμης Έννοιας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.

Λιαρόπουλος, Λ. (1997). *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Πανεπιστημιακές παραδόσεις του τμήματος νοσηλευτικής. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μπεαζόγλου, Τ., Heffley, D., Νιάκας, Δ. και Κυριόπουλος, Γ. (1993). Είναι δυνατή η επίτευξη της αποτελεσματικότητας με την προώθηση του ανταγωνισμού σε αγορές ασφάλισης υγείας;. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2, 3-18.

Μπριασούλη, Ε. (1997). Δείκτες Αειφορίας: κριτική επισκόπηση της βιβλιογραφίας. *Τόπος*, 12, 31-53.

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινότητες*. Αθήνα: Διόνικος.

Πανταζοπούλου, Α. και Σκορδίλης, Α.(1988). *Τα Νοσοκομειακά Απορρίμματα*. Αθηνά : Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε.

Προβόπουλος, Γ. (1987). *Κοινωνική Ασφάλιση*. Αθήνα: ΙΟΒΕ.

Ρομπολής, Σ. (1994). *Τα Οικονομικά και Κοινωνικά Κριτήρια Λειτουργίας του Ιδιωτικού Τομέα. Η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα. Ε' Συνέδριο Ιδρύματος Σάκη Καραγιώργα με θέμα «Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού»*.

Σαϊτή, Α. (2000). *Εκπαίδευση και Οικονομική Ανάπτυξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Υφαντόπουλος, Γ. (2003). *Τα Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Χατζημιχάλης και Γκέκας (2001). *Βιώσιμη Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις*. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Dennis, H. and Duncan, C. (2003). *Στατιστική με το S.P.S.S. για Windows*. Μετάφραση από Καρανικολό, Κ. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

Παγκόσμιος οργανισμός υγείας

www.euro.who.int

Υπουργείο υγείας και πρόνοιας

www.ypyp.gr

Ενιαίος Σύνδεσμός Δήμων και Κοινοτήτων Νομού Αττικής

www.esdkna.gr

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albana, M., Piechulet, H. And Al-Sabir, A. (2001). Client Satisfaction and Quality of Health Care in Rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 512-517.

Anderson, J., Rungtusanathan, M. And Schroeder, R. (1994). A Theory of Quality Management Underlying the Deming Management Method. *Academy Of Management Journal*, 19(3), 472- 509.

Atkisson, A. (1996). Developing Indicators on Sustainable Community: Lesson from Sustainable Settle. *Environmental Impact Access Revolution*, 16, 337-350.

Bergstrom, O. And Dobers, P. (2000). Organizing Sustainable Development: From Diffusion To Translation. *Sustainable Development*, 8, 167- 179.

Burn, A.G. (2000). Environmental Safety in Anesthesia: Past and Future. *Current Anesthesia and Critical Care*, 11, 159-165.

Chaaban, A.M. (2001). Hazardous Wastes Source Reduction in Materials and Processing Technologies. *Journal of Materials Processing Technology*, 119, 336-343.

Choi, S., Cho, W., Lee, S., Lee, H. And Kim, C. (2004). The Relationship among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korea Study. *Journal of Business Research*, 57, 913- 921.

Chung, S. And Lo, C. (2003). Evaluating Sustainability in Waste Management: The Case of Construction and Demolition, Chemical and Clinical Wastes in Hong Kong. *Resources Conservation Recycling*, 37, 119-145.

Clarke, D. And Palmer, S. (1994). *Stress Management*. UK: Cambridge.

Dalton, L. (2005). Use of Clinical Space as an Indicator of Student Nurse's Professional Development and Changing Need for Support. *Nurse Education Today*, 25, 126-131.

Delisle, H., Roberts, H.J., Munro, M., Jones, I. And Gyorkos, T. (2005). The Role of Ngos in Global Health Research for Development. *Health Research Policy and Systems*, 3(3), 1-21.

Dialeman, M., Guong, V., Anh, L.V. And Martineau, T. (2003). Identifying Factors for Job Motivation of Rural Health Workers in North Viet Nam. *Human Resources for Health*, 1 (10), 1-10.

Douglas, H.C. (2004). A Prospective Health Impact Assessment to Progress the Sustainable Future in a City: The Case of Stanford, UK. *Sustainable Development*, 12, 121- 135.

Drummond, I. And Marsden, T. (1999). *The Condition of Sustainability*. London: Routledge.

Garces, J., Rodenas, F. And Sanjose, V. (2003). Towards A New Welfare State: The Social Sustainability Principle and Health Care Strategies. *Health Policy*, 65, 201- 215.

Gross, R. (2004). A Costumer-Based Tool for Evaluating the Quality of Health Services in the Israel Health Care System Following Reform. *Health Policy*, 68, 143-158.

Hackman, J.R. And Oldman, G.R (1995). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, 151-170.

Halios, C., Assimakopoulos, V., Helmis, C. And Flocas, H. (2005). Investigation Cigarette-Study Indoor Pollution in a Controlled Environment. *Science of the Total Environment*, 337, 183-190.

Hopwood, B., Mellor, M. And O'Brien, G. (2005). Sustainable Development: Mapping Different Approaches. *Sustainable Development*, 13, 38- 52.

Ibanez, R., Andés, A., Vigari, J.R, Ortiz, I. And Irabien, J.A. (2000). Characterization and Management, Of Incinerator Wastes. *Journal of Hazardous Materials*, 79, 215- 229.

John, T.J. And Abel, R. (2002).Sustainable Development and Health: An Indian Perspective. *The Lancet*, 360, 638- 639.

Kalantan, K., Al-Taweel, A and Ghani, H. (1999). Factors Influesing Job Satisfaction among Primary Health Care Physicians (Phc) In Riyadu, Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 19(5), 424- 246.

Kavadar, V., Barham, P., Jones, D., Vickers, J., Sanford, E., Anderson, D. And Blazeby, M. (2004). Assessment of Satisfaction with Care after Inpatient Treatment for Esophageal and Gastric Cancer. *British Journal of Surgery*, 91, 719- 723.

Lee, S., Li, W.M. And Ao, C.H. (2002). Investigation of Indoor, Air Quality at Residential Home in Hong Kong. *Atmospheric Environment*, 36, 225-237.

Locke, E. A. (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. In The Book of: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, (Pages: 1279- 1349). Chicago: Rand McNally.

Lu, H., While, A. And Bariball, L. (2005). Job Satisfaction among Nurses: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 211- 227.

Mays, R. And Gregor, S. (1995). Stress at Work and the Employer's Duty of Care. *Journal of Applied Psychology*, 13 (10), 22-24.

Migazaki, M. And Une, H. (2005). Infectious Waste Management in Japan: A Revised Regulation and a Management Process in Medical Institutions. *Waste Management*, 25, 616- 621.

Moldan, B. And Billharz, S. (1998). *Sustainable Indicators-Report of the Project on Indicators of Sustainable Development*. Uk: John Wiley & Sons.

Munlich, M., Scherre, M. And Daschner, F.D. (2003). Comparison of Infectious Wastes Management in European Hospitals. *Journal of Hospital Infuction*, 55, 260-268.

O'reilly, C., Chatman, J. And Coldwell, D. (1991). People and Organizational Culture. *Journal of Applied Psychology*. 34, 487- 516.

Parboteeah, K., Hoegl, M. And Styborski, R. (2005). How Effective Are Professional Development Activities For R&D Engineers. *The Journal of High Technology Management Research*, 16, 23-36.

Patil, A.D. And Shekdar, A.V. (2001). Health Care Waste Management in India. *Journal of Environmental Management*, 63, 211-220.

Redclift, M. 92000). *Sustainability. Life Changes and Livelihoods*. London: Routledge.

Roldan, B.A. And Valdes, S.A. (2002). Proposals and Application of a Sustainable Development Index. *Ecological Indicators*, 2,251- 256.

Ross, R.R and Altmajer, E.M. (1994). *Intervention in Occupational Stress: Counseling For Stress at Work*. London: Sage.

Salva, C.E., Hoppe, A.E., Ravanello, M.M. and Mello, N. (2005). Medical Wastes Management in the South of Brazil. *Waste Management*, 25, 600-605.

Seo, Y., KO, J. And Price, J. (2004). The Determinants of Job Satisfaction among Hospital Nurses: Model Estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 437- 446.

Snangenberg, J.H. (2004). Reconciling Sustainability and Growth: Criteria, Indicators and Policies. *Sustainable Development*, 12, 74- 86.

Snipes, R., Oswald, S., Latour, M. And Armenakis, A. (2004). The Effects of Specific Job Satisfaction Facets on Customers Perception of Service Quality: An Employee- Level Analysis. *Journal of Business Research*, 23, 252- 278.

Spangenberg, J.H. (2002). Institutional Sustainability Indicators: An Analysis of the Institutions in Agenda 21 and a Draft Set of Indicators for Monitoring Their Effectivity. *Sustainable Development*, 10, 130- 115.

Ugboro, I. And Obeng, K. (2000). Top Management Leadership, Employee Empowerment, Job Satisfaction and Customer Satisfaction in Tqm Organizations: An Empirical Study. *Journal of Quality Management*, 5, 247- 272.

Velena, V. And Ellenbecker, M. (2001). Indicators of Sustainable Production Production: Framework and Methodology. *Journal of Cleaner Production*, 9, 519- 549.

Wanous, J. And Lawler, E. (1972). Measurement and Meaning of Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 57, 95- 105.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πίνακας 1
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΡΟΒΛΕ- ΠΟΜΕΝΟΙ	ΥΠΗΡΕ- ΤΟΥΝΤΕΣ	ΠΡΟΣΩΠΟ- ΠΑΓΕΙΣ	ΑΠΟΣΠΑΣΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ Ν/ΜΕΙΟ	ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
Αγγειοχειρουργοί					0
Αγροτικοί Ιατροί					0
Αιματολόγοι	14	10			10
Αιματολόγοι εργαστηρίων	10	9			9
Αιμοδοσία	7	7			7
Ακτινοδιαγνώστες	25	23			23
Ακτινοθεραπευτές - Ογκολόγοι					0
Αλλεργιολόγοι					0
Αναισθησιολόγοι	28	25			25
Ανοσολόγοι	9	7			7
Αντιρρησιες συνείδησης					0
Βιοπαθολόγοι (Μικροβιολόγοι)	20	13			13
Γαστρεντερολόγοι	9	10			10
Γενικής Ιατρικής					0
Γναθοχειρουργοί					0
Δερματολόγοι - Αφροδισιολόγοι	7	6		1	5
Ειδικευόμενοι	458	337			337
Ενδοκρινολόγοι	7	6			6
Εξειδ/η - Εντατικολογίας	16	14			14
Εξειδ/η - Κλινικής Μικροβιολογίας					0
Εξειδ/η - Νεογνολόγοι					0
Εξειδ/η - Επείγουσας Ιατρικής					0
Εξειδ/η - Υγεινολόγοι					0
Ιατρικής της εργασίας					0
Ιατροδικαστές					0
Καρδιολόγοι	29	25			25
Καρδιοχειρουργοί	9	8			8
Κλινικής Χημείας					0
Κοινωνικής Ιατρικής					0

Κυτταρολόγοι	6	5			5
Λοιμωξιολόγοι					0
Μαιευτήρες – Γυναικολόγοι	5				0
ΜΕΘ					0
Νευροβιολόγοι					0
Νευρολόγοι	8	7			7
Νευροχειρουργοί	5	3	1		4
Νεφρολόγοι	5	6			6
Οδοντίατροι	4	4			4
Ορθοπαιδικοί	14	12			12
Ουρολόγοι	7	6	1		7
Οφθαλμίατροι	6	6			6
Παθολογική Ογκολογία	1				0
Παθολογοανατόμοι	18	16			16
Παθολόγοι	50	34	4	1	37
Παιδίατροι					0
Παιδοχειρουργοί					0
Παιδοψυχίατροι	3	2			2
ΠΕ Γαστρεντερολόγοι					0
Περιγεννητικοί Παθολογοανατομία					0
Πορηνικής Ιατρικής	5	5			5
Ρευματολόγοι	5	5			5
Υπότροφοι Αλλοδαποί		4			4
Φυματιολόγοι – Πνευμονολόγοι	6	5			5
Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης					0
Χειρουργοί Γενικής Χειρουργικής	24	20	7		27
Χειρουργοί θώρακα	4	3			3
Χειρουργοί Πλαστικής Χειρουργικής	3	3			3
Χωρίς ειδικότητα					0
Ψυχίατροι	13	12			12
Ωτορινολαρυγγολόγοι	5	5			5
Άλλες ειδικότητες	14	13	0	0	13
ΣΥΝΟΛΟ	859	676	13	2	687

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ*

1. Σε ποιο τμήμα / διεύθυνση του νοσοκομείου εργάζεστε;

- ☐ ΙΑΤΡΙΚΟ
- ☐ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ
- ☐ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
- ☐ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ
- ☐ ΤΕΧΝΙΚΟ

2. Τι βαθμό έχετε στο τμήμα που εργάζεστε;

- ☐ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
- ☐ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ Ή ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
- ☐ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
- ☐ ΕΡΓΑΤΟΤΕΧΝΙΤΗΣ

3. Η μετάβαση και η αποχώρηση στην εργασία σας προκαλούν ένταση:

- ☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Πολύ

4. Τρόπος μετάβασης:

- ☐ περπάτημα
- ☐ ιδιωτικό αυτοκίνητο
- ☐ μέσο μαζικής μεταφοράς
- ☐ περισσότερα από ένα μέσο μαζικής μεταφοράς

5. Χρόνος που απαιτείται κατά την προσέλευση στην εργασία σας:

- ☐ <15 λεπτά
- ☐ 15-30 λεπτά
- ☐ 30-60 λεπτά
- ☐ >60 λεπτά

6. Πόσες φορές έχετε αλλάξει αντικείμενο στην εργασία σας;.....

7. Ήταν επιθυμητό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

8. Θεωρείτε ότι το σημερινό αντικείμενο εργασία σας έχει σχέση με το τις σπουδές /εμπειρίες σας ;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

* Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο προηγούμενης μελέτης (έρευνας), σε νοσοκομειακές μονάδες, η οποία πραγματοποιήθηκε από ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Θαλασσινός και Παντουβάκης, 2005).

9. Έχετε κοινωνικές σχέσεις με συνάδελφους εκτός εργασίας;

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

10. Αξιολογείστε από 1 (καθόλου) έως 5 (απόλυτα) το πόσο ικανοποιημένοι είστε από:

	Κ/λου	Ελ/στα	Μέτρια	Αρ/τα	Πολύ
Από το είδος της εργασίας σας	1	2	3	4	5
Από το σύνολο των αποδοχών σας	1	2	3	4	5
Την αναγνώριση της δουλειά σας από τους προϊστάμενους σας	1	2	3	4	5
Την αναγνώριση της δουλειάς σας από τους πελάτες /συναλλασσόμενους/ ασθενείς σας.	1	2	3	4	5
Το φόρτο εργασίας σας	1	2	3	4	5
Την συμπεριφορά των συναδέλφων σας	1	2	3	4	5
Την συμπεριφορά των προϊστάμενων σας	1	2	3	4	5
Την διαμόρφωση και ποιότητα του χώρου εργασίας σας	1	2	3	4	5
Την καθαριότητα του χώρου εργασία σας	1	2	3	4	5
Τη θέση στην ιεραρχία	1	2	3	4	5
Την συμμετοχή σας στην λήψη αποφάσεων	1	2	3	4	5
Τις προοπτικές εξέλιξη σας	1	2	3	4	5
Τη δυνατότητα που σας δίνει η εργασία σας να βελτιώνεστε διαρκώς	1	2	3	4	5
Τη δυνατότητα που σας δίνει η εργασία σας να εκπαιδευτείτε	1	2	3	4	5
Τη δυνατότητα που σας δίνει η εργασία σας να παίρνετε πρωτοβουλίες	1	2	3	4	5
Τη δυνατότητα που δίνει η εργασία σας να μαθαίνετε από ανώδυνα λάθη σας	1	2	3	4	5
Την ικανότητα προσαρμογής του νοσοκομείου σας στο σύγχρονο και διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον	1	2	3	4	5
Τη μέτρηση των επιδόσεων των εργαζομένων	1	2	3	4	5
Την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης από το νοσοκομείο σας	1	2	3	4	5

Την συνεχή και δια βίου εκπαίδευση που σας προσφέρει το νοσοκομείο σας	1	2	3	4	5
Το αμερόληπτο και αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών που ισχύει στο νοσοκομείο σας	1	2	3	4	5
Την εργασία σας	1	2	3	4	5
Την συνολική ικανοποίηση που προσφέρετε στον ασθενή / χρήστη / συναλλασσόμενο σας	1	2	3	4	5
Την συνολική ικανοποίηση που ο ασθενής / χρήστης / συναλλασσόμενος σας παίρνει από την συναλλαγή μαζί σας	1	2	3	4	5
Την αποφασιστικότητα του συστήματος να δίνει λύσεις	1	2	3	4	5
Την εγρήγορση του συστήματος και την ικανότητα προσαρμογής του σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο περιβάλλον	1	2	3	4	5

11. Αξιολογήστε από 1 (καθόλου) έως 5 (απόλυτα):

Πόσο σημαντικός πιστεύετε ότι είναι ο ρόλος την δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα;	1	2	3	4	5
Πόσο σημαντικός πιστεύετε ότι είναι ο ρόλος την ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα;	1	2	3	4	5
Θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού;	1	2	3	4	5
Θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της ισότητας δηλ. της ίσης πρόσβασης ατόμων απ' όλα τα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα;	1	2	3	4	5
Πιστεύετε ότι το μέλλον του ελληνικού συστήματος υγείας ανταποκρίνεται στις προοπτικές της νέας Ευρωπαϊκής κοινωνικής διεύρυνσης;	1	2	3	4	5

12. Πιστεύετε ότι η διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων γίνεται με σωστό και ασφαλή τρόπο(π.χ αποτέφρωση σε ειδικούς κλιβάνους);

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

13. Το κάπνισμα θεωρείται ως μια βασική αιτία ρύπανσης. Διαθέτει το νοσοκομείο σας ειδικούς χώρους για κάπνισμα;

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

14. Τι έχετε να προτείνετε για την αναβάθμιση και βιωσιμότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος;.....
.....
.....

15. Φύλο : ☐ Γυναίκα ☐ Άνδρας

16. Πόσο χρονών είστε;

☐ 21 - 34 ☐ 35 – 44
☐ 45 – 55 ☐ 55 και πάνω

17. Οικογενειακή κατάσταση:

☐ Έγγαμος
☐ Άγαμος
☐ Διαζευγμένος

18. Παιδιά: 0 1 2 3 Πολύτεκνος
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

19. Εκπαίδευση

☐ Δημοτικό
☐ Γυμνάσιο
☐ Λύκειο
☐ Τ.Ε.Ι/ Σχολή
☐ Α.Ε.Ι
☐ Μεταπτυχιακό
☐ Διδακτορικό

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ*

1. Είδος υπηρεσίας που σας παρασχέθηκε(εσάς ή του συγγενούς σας)

- ☐ Νοσηλεία
- ☐ Εξωτερικά ιατρεία
- ☐ Επείγοντα
- ☐ Άλλο.....

2. Με ποιο τομέα ή τμήμα ήρθατε σε επαφή;

- ☐ Παθολογικός
- ☐ Χειρουργικός
- ☐ Ψυχιατρικός
- ☐ Κλινική (αν θυμάστε).....

3. Διάρκεια νοσηλείας(ημέρες)(σε περίπτωση νοσηλείας).....

4. Ποιος επέλεξε το νοσοκομείο αυτό για την αντιμετώπιση του προβλήματός σας;

- ☐ Εσείς ο ίδιος
- ☐ Σας το σύστησε ο προσωπικός σας γιατρός
- ☐ Σας έφερε το ΕΚΑΒ
- ☐ Σας το σύστησε φίλος / συγγενής σας / άλλος

(μόνο για αυτούς που το διάλεξαν οι ίδιοι αλλιώς πάμε στην ερώτηση 6)

5. Αν το διαλέξατε εσείς γιατί το διαλέξατε;

- ☐ Επειδή ήταν δημόσιο
- ☐ Επειδή ήταν κοντά
- ☐ Επειδή ήταν το μοναδικό / ειδικό για την περίπτωση σας
- ☐ Για την ποιότητα των υπηρεσιών του και την φήμη του
- ☐ Για την φήμη του ιατρού που σας αντιμετώπισε

6. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί αυτό το νοσοκομείο;

- ☐ Μια
- ☐ Δυο
- ☐ Περισσότερες

7. Έχετε νοσηλευτεί ξανά στον συγκεκριμένο τομέα;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

* Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε αντίστοιχο ερωτηματολόγιο προηγούμενης μελέτης (έρευνας), σε νοσοκομειακές μονάδες, η οποία πραγματοποιήθηκε από ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Θαλασσινός και Παντουβάκης, 2005).

8. Έχετε νοσηλευτεί σε παρόμοιο τμήμα άλλου νοσοκομείου;

☐ Ναι

☐ Όχι

9. Αξιολογείστε από απαράδεκτη (1) έως πολύ καλή (5) την κατάσταση που βρήκατε κατά την νοσηλεία / εξέταση / επαφή σας με το Νοσοκομείο σχετικά με:

	Απ/κτη	κακή	μέτρια	καλή	π.καλή
Την καθαριότητα των θαλάμων, τουαλετών , κοινόχρηστων χώρων και χώρων αναμονής	1	2	3	4	5
Την ποιότητα ξενοδοχειακού εξοπλισμού(καρέκλες, κρεβάτια, σκεύη εστίασης , κ.λ.π)	1	2	3	4	5
Την επάρκεια και ποιότητα των χώρων υγιεινής	1	2	3	4	5
Την ποιότητα, ποσότητα, και ποικιλία του φαγητού	1	2	3	4	5
Τις παρεχόμενες ανέσεις και διευκολύνσεις για ασθενείς και συνοδούς(κυλίκεια, τηλεόραση, κ.λ.π)	1	2	3	4	5
Την αίσθηση ασφάλειας και την ησυχία των χώρων.	1	2	3	4	5
Την ποιότητα και επάρκεια του ιατρικού εξοπλισμού	1	2	3	4	5
Την ενημέρωση για την περίπτωση σας και την αντιμετώπιση και επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό και τις διοικητικές υπηρεσίες	1	2	3	4	5
Το χρόνο απόκρισης σε αίτημα/ ανάγκη σας	1	2	3	4	5
Την πρόσβαση του νοσοκομείου με τα μέσα μαζικής μεταφοράς	1	2	3	4	5
Τον χρόνο αναμονή σας προκειμένου να εξυπηρετηθείτε(ουρές ή λίστα αναμονής)	1	2	3	4	5
Το συνολικό κόστος νοσηλείας ή εξετάσεων	1	2	3	4	5
Το συνολικό κόστος έμμεσων χρεώσεων που τυχόν πληρώσατε(πχ δώρα κάθε είδους	1	2	3	4	5

10. Αξιολογείστε από (1) καθόλου έως (5) απόλυτα:

Πόσο σημαντικός πιστεύετε ότι είναι ο ρόλος την δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα;	1	2	3	4	5
Πόσο σημαντικός πιστεύετε ότι είναι ο ρόλος την ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα;	1	2	3	4	5
Θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού;	1	2	3	4	5
Θεωρείτε ότι το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της ισότητας δηλ. της ίσης πρόσβασης ατόμων απ' όλα τα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα;	1	2	3	4	5
Πιστεύετε ότι το μέλλον του ελληνικού συστήματος υγείας ανταποκρίνεται στις προοπτικές της νέας Ευρωπαϊκής κοινωνικής διεύρυνσης;	1	2	3	4	5

11. Το κάπνισμα θεωρείται ως μια βασική αιτία ρύπανσης, πιστεύετε πως οι χρήστες του νοσοκομείου τηρούν τους κανονισμούς περί καπνίσματος στους ενδεδειγμένους χώρους;

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

☐ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

12. Τι έχετε να προτείνετε για την αναβάθμιση και βιωσιμότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος;.....
.....
.....

13. Ηλικία:

☐ 15-25,

☐ 26-35,

☐ 36-45,

☐ 46-55,

☐ 56-65,

☐ 66 και πάνω

14. Φύλο:

☐ Άνδρας

☐ Γυναίκα

15. Εκπαίδευση:

- | | |
|---|--|
| ☐ Δημοτικό | ☐ Μέση Εκπαίδευση |
| ☐ Ανώτατη Εκπαίδευση | ☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές |

16. Οικογενειακή Κατάσταση:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Έγγαμος/ η | ☐ Άγαμος/ η | ☐ Διαζευγμένος/ η |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|

17. Εθνικότητα:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Ελληνική | ☐ Άλλη |
|-----------------------------------|-------------------------------|

18. Επάγγελμα:

- ☐ Μισθωτός
- ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας
- ☐ Εργάτης
- ☐ Αγρότης
- ☐ Συνταξιούχος
- ☐ Άνεργος/ Άπορος
- ☐ Φοιτητής

19. Ασφάλιση

- ☐ ΙΚΑ
- ☐ ΟΓΑ
- ☐ Δημόσιο
- ☐ Άλλη Κύρια(αναφέρατε π.χ ΤΣΑΥ,ΕΘΝΙΚΗ,ΤΕΒΕ κλπ).....
- ☐ Ιδιωτική(μόνο αν έχετε παράλληλα και ιδιωτική ασφάλιση
- ☐ Ανασφάλιστος

20. Τόπος μόνιμης κατοικίας

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Αθήνα | ☐ Εκτός Αθηνών |
|--------------------------------|---------------------------------------|

Πίνακας 2

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	
Section	Τμήμα του νοσοκομείου που εργάζεται ο ερωτώμενος
Rank	Βαθμός του ερωτώμενου
Strain	Αν προκαλεί η μετάβαση στην εργασία ένταση
Going	Τρόπος μετάβασης στην εργασία
Tmgain	Χρόνος που απαιτείται κατά την μετάβαση
Tmwork	Πόσες φορές έχει αλλάξει αντικείμενο εργασίας ο ερωτώμενος
Wawork	Αν ήταν επιθυμητή η αλλαγή του αντικειμένου εργασίας
Edwork	Αν το αντικείμενο σπουδών έχει σχέση με την εργασία του ερωτηθέντος
Social	Αν ο ερωτώμενος έχει κοινωνικές σχέσεις με τους συνάδελφους
Kiwork	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για το είδος της εργασίας του
Salary	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για το σύνολο των αποδοχών του
Recowo	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την αναγνώριση της δουλειάς του από τους προϊστάμενους του
Recoco	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την αναγνώριση της δουλειάς του από τους χρήστες του νοσοκομείου
Buzy	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος από το φόρτο εργασίας
Behcol	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος από τη συμπεριφορά των συνάδελφων
Behbos	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος από τη συμπεριφορά των προϊσταμένων
Gspace	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για τη ποιότητα του χώρου εργασίας
Clean	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για τη καθαριότητα του χώρου εργασίας
Scale	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για τη θέση στην ιεραρχία
Decis	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για τη συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων
Perspec	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για τις προοπτικές εξέλιξης
Improv	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για τη δυνατότητα βελτίωσης
Weduca	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την δυνατότητα εκπαίδευσης
Capdec	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την δυνατότητα πρωτοβουλιών

Mist	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την δυνατότητα να μάθει από λάθη
Hosimu	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος της ικανότητας προσαρμογής του νοσοκομείου στο σύγχρονο περιβάλλον
Record	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την μέτρηση επιδόσεων των εργαζομένων
Rebest	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την ανταμοιβή της καλύτερης απόδοσης
Hosedu	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την συνεχή εκπαίδευση που προσφέρει το νοσοκομείο
Promot	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για το αξιοκρατικό σύστημα προαγωγών του νοσοκομείου
Work	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την εργασία του
Gsatis	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος της ικανοποίησης που προσφέρει στους χρήστες
Tsatis	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες
Solute	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος της αποφασιστικότητας του συστήματος να δίνει λύσεις
Syevol	Αξιολόγηση ικανοποίησης ερωτηθέντος για την ικανότητα προσαρμογής του συστήματος στο σύγχρονο περιβάλλον
Scinsu	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος πόσο σημαντική είναι η δημόσια ασφάλιση
Prinsu	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος πόσο σημαντική είναι η ιδιωτική ασφάλιση
Heneed	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος κατά πόσο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού
Egual	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος κατά πόσο το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της ισότητας
Futur	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος κατά πόσο το ελληνικό σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προοπτικές της Ευρώπης
Wastes	Άποψη του ερωτηθέντος κατά πόσο διαχειρίζονται σωστά τα νοσοκομειακά απόβλητα
Smoke	Αν το νοσοκομείο που εργάζεται ο ερωτώμενος διαθέτει χώρους για κάπνισμα
Sustain	Τι προτείνει ο ερωτώμενος για την αναβάθμιση και βιωσιμότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος
Sex	Φύλο του ερωτηθέντος
Age	Ηλικία του ερωτηθέντος
Family	Οικογενειακή κατάσταση του ερωτηθέντος
Child	Αν έχει παιδιά
Educat	Εκπαίδευση του ερωτηθέντος
satisfes	Συνολική ικανοποίηση από όλους τους παράγοντες

Πίνακας 3
ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	
Servis	Είδος υπηρεσίας που παρασχέθηκε στον ερωτώμενο
Sectio	Τομέας που ήρθε σε επαφή
Days	Διάρκεια νοσηλείας
Select	Ποιος επέλεξε το νοσοκομείο του ευαγγελισμού
Wselect	Για ποιο λόγο σε περίπτωση που το επέλεξε ο ίδιος
Tmhosp	Αριθμός επισκέψεων στο νοσοκομείο ευαγγελισμός
Tmsect	Αν ο ερωτώμενος έχει νοσηλευτεί ξανά στον ίδιο τομέα
Otsect	Αν ο ερωτώμενος έχει νοσηλευτεί στον ίδιο τομέα άλλου νοσοκομείου
Clean	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων
Gubed	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για την ποιότητα ξενοδοχειακού εξοπλισμού
Guwc	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για την ποιότητα και επάρκεια χώρων υγιεινής
Food	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για την ποιότητα του φαγητού
Comfor	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για παρεχόμενες ανέσεις σε ασθενείς και συνοδούς
Sguite	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για την αίσθηση ασφάλειας και ησυχίας των χώρων
Gualit	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος για την ποιότητα και επάρκεια ιατρικού εξοπλισμού
Stuff	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος της επικοινωνίας και της ενημέρωσης από το νοσηλευτικό προσωπικό
Tmneed	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος του χρόνου απόκρισης σε ανάγκη
Achosp	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος της πρόσβασης του νοσοκομείου από τα μέσα μαζικής μεταφοράς
Tmlist	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος του χρόνου αναμονής εξυπηρέτησης
Cost	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος του συνολικού κόστους νοσηλείας
Pcost	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος του κόστους έμμεσων χρεώσεων
Scinsu	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος πόσο σημαντική είναι η δημόσια ασφάλιση
Prinsu	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος πόσο σημαντική είναι η ιδιωτική ασφάλιση
Needpo	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος κατά πόσο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού
Equal	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος κατά πόσο το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της ισότητας

Futur	Αξιολόγηση του ερωτηθέντος κατά πόσο το ελληνικό σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προοπτικές της Ευρώπης
Smoke	Αν οι κανονισμοί περί καπνίσματος τηρούνται από τους χρήστες του νοσοκομείου
Sustain	Τι προτείνει ο ερωτώμενος για την αναβάθμιση και βιωσιμότητα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος
Age	Ηλικία ερωτηθέντος
Sex	Φύλο ερωτηθέντος
Educat	Εκπαίδευση ερωτηθέντος
Family	Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντος
Nation	Εθνικότητα ερωτηθέντος
Job	Επάγγελμα ερωτηθέντος
Insur	Ασφάλιση ερωτηθέντος
home	Μόνιμη κατοικία ερωτηθέντος
satisf	Συνολική ικανοποίηση από όλους τους παράγοντες

Πίνακας 4
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ - ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
Sectio	82	1	5	2,21	1,097
Rank	81	1	4	2,73	,548
Strain	82	1	3	1,91	,740
Going	82	1	4	2,37	,746
Tmgain	82	1	4	2,22	,889
Tmwork	79	0	15	1,77	2,616
Wawork	70	0	1	,46	,502
Edwork	82	0	1	,87	,343
Social	82	0	1	,67	,473
Kiwork	81	1	5	3,74	,848
Salary	81	1	5	2,47	1,038
Recowo	81	1	5	3,30	,941
Recoco	81	1	5	3,95	,879
Buzy	80	1	5	3,28	1,331
Behcol	81	2	5	3,88	,827
Behbos	81	1	5	3,59	1,046
Gspace	81	1	5	2,72	1,267
Clean	82	1	5	2,98	1,196
Scale	80	1	5	3,11	,994
Decis	79	1	5	2,84	1,148
Perspec	82	1	5	2,79	1,039
Improv	82	1	5	2,88	1,082
Weduca	82	1	5	2,80	1,232
Capdec	81	1	5	2,88	1,122
Mist	81	1	5	2,95	1,023
Hosimu	82	1	5	2,70	,925
Record	82	1	4	2,49	,920
Rebest	79	1	4	2,09	,963
Hosedu	82	1	5	2,34	1,057
Promot	81	1	5	1,95	1,023
Work	80	1	5	3,51	,914
Gsatis	80	2	5	3,90	,821
Tsatis	81	2	5	3,93	,818
Solute	80	1	4	2,36	,903
Syevol	81	1	5	2,27	,936
Scinsu	82	2	5	3,84	1,012
Prinsu	82	1	5	3,16	1,105
Heneed	82	1	4	2,27	,930
Equal	82	1	5	2,30	1,119
Futur	81	1	5	2,10	,889
Wastes	82	1	3	2,18	,803

Smoke	81	0	1	,33	,474
Sex	81	0	1	,58	,497
Age	80	1	4	2,15	,873
Family	81	1	3	1,47	,672
Child	76	1	4	2,33	,971
Educat	81	1	7	4,41	1,282
satisfes	82	1	4	2,94	,635
Valid N (listwise)	51				

Πίνακας 5
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ - ΧΡΗΣΤΕΣ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΜΕΓΕΘΟΣ	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
Servis	99	1	4	1,69	,865
Sectio	100	1	4	2,01	1,059
Days	81	1	180	12,62	29,302
Select	99	1	4	2,12	1,052
Wselect	36	1	5	2,78	1,355
Tmhosp	100	1	3	1,83	,853
Tmsect	100	0	1	,23	,423
Otsect	100	0	1	,28	,451
Clean	100	1	5	3,11	1,034
Gubed	99	1	5	2,78	1,016
Guwc	99	1	5	2,76	1,089
Food	96	1	5	2,84	1,069
Comfor	99	1	5	2,58	1,153
Sguite	100	1	5	3,02	1,206
Gualit	99	1	5	3,36	,952
Stuff	100	1	5	2,98	1,073
Tmneed	98	1	5	2,94	1,092
Achosp	95	1	5	3,20	1,181
Tmlist	100	1	5	2,66	1,249
Cost	98	1	5	3,42	1,064
Pcost	94	1	5	3,02	1,311
Scinsu	100	1	5	4,05	1,184
Prinsu	99	1	5	3,65	1,181
Needpo	99	1	4	2,06	,901
Egual	100	1	5	1,88	,913
Futur	100	1	5	2,07	,913
Smoke	100	1	3	1,97	,822
Age	100	1	6	2,84	1,613
Sex	99	0	1	,47	,502
Educat	100	1	4	2,32	,875
Family	100	1	3	1,57	,624
Nation	99	0	1	,99	,101
Job	100	1	7	3,03	2,181
Insur	100	1	6	2,62	1,509
home	99	0	1	,14	,350
satisf	100	1	5	2,90	,785
Valid N (listwise)	24				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας 1: Τμήμα εργασίας

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Ιατρικό	24	29,3
	Διοικητικό	33	40,2
	Νοσηλευτικό	11	13,4
	Παραϊατρικό	12	14,6
	Τεχνικό	2	2,4
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 2: Βαθμός Εργαζομένου

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Διευθυντής	3	3,7
	Προϊστάμενος	17	21,0
	Υπάλληλος	60	74,1
	Εργατοτεχνίτης	1	1,2
	Σύνολο	81	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		82	

Πίνακας 3: Αν προκαλείται ένταση κατά την μετάβαση στην εργασία

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	26	31,7
	Λίγο	37	45,1
	Πολύ	19	23,2
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 4: Τρόπος μετάβασης στην εργασία

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Περπάτημα	5	6,1
	Ιδιωτικό αυτοκίνητο	50	61,0
	Μέσο μαζικής μεταφοράς	19	23,2
	Πάνω από ένα Μ.Μ.Μ	8	9,8
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 5: Χρόνος που απαιτείται για την μετάβαση στην εργασία

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	<15 λεπτά	18	22,0
	15-30 λεπτά	35	42,7
	30-60 λεπτά	22	26,8
	>60 λεπτά	7	8,5
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 6: Πόσες φορές έχει αλλάξει αντικείμενο εργασίας ο εργαζόμενος

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	0	38	48,1
	1	5	6,3
	2	14	17,7
	3	12	15,2
	4	2	2,5
	5	3	3,8
	6	1	1,3
	8	1	1,3
	9	1	1,3
	10	1	1,3
	15	1	1,3
	Σύνολο	79	100,0
Δεν απάντησαν		3	
Σύνολο		82	

Πίνακας 7: Αν ήταν επιθυμητή η αλλαγή ή μη αλλαγή του αντικειμένου εργασίας

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	ΟΧΙ	38	54,3
	ΝΑΙ	32	45,7
	Σύνολο	70	100,0
Δεν απάντησαν		12	
Σύνολο		82	

**Πίνακας 8: Κατά πόσο το αντικείμενο σπουδών ανταποκρίνεται στην
εργασία**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	OXI	11	13,4
	NAI	71	86,6
Σύνολο		82	100,0

**Πίνακας 9: Αν ο εργαζόμενος διατηρεί κοινωνικές σχέσεις με συναδέλφους
εκτός εργασίας**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	OXI	27	32,9
	NAI	55	67,1
Σύνολο		82	100,0

**Πίνακας 10: Αξιολόγηση από τον εργαζόμενο για την σημαντικότητα του
ρόλου της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Ελάχιστα	9	11,0
	Μέτρια	22	26,8
	Αρκετά	24	29,3
	Απόλυτα	27	32,9
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 11: Αξιολόγηση από τον εργαζόμενο για την σημαντικότητα του ρόλου της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	3	3,7
	Ελάχιστα	24	29,3
	Μέτρια	23	28,0
	Αρκετά	21	25,6
	Απόλυτα	11	13,4
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 12: Αν ανταποκρίνεται το σύστημα υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	18	22,0
	Ελάχιστα	33	40,2
	Μέτρια	22	26,8
	Αρκετά	9	11,0
Σύνολο		82	100,0

**Πίνακας 13: Κατά πόσο το σύστημα υγείας διέπεται από την αρχή της
ισότητας**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	22	26,8
	Ελάχιστα	29	35,4
	Μέτρια	19	23,2
	Αρκετά	8	9,8
	Απόλυτα	4	4,9
Σύνολο		82	100,0

**Πίνακας 14: Αν το μέλλον του Ελληνικού συστήματος υγείας
ανταποκρίνεται στις προοπτικές την νέας Ευρωπαϊκής διεύρυνσης**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Καθόλου	20	24,7
	Ελάχιστα	40	49,4
	Μέτρια	15	18,5
	Αρκετά	5	6,2
	Απόλυτα	1	1,2
	Σύνολο	81	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		82	

Πίνακας 15: Αν γίνεται σωστά και με ασφαλή τρόπο η διαχείριση των νοσοκομειακών απορριμμάτων

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	ΝΑΙ	20	24,4
	ΟΧΙ	27	32,9
	Δεν γνωρίζω	35	42,7
Σύνολο		82	100,0

Πίνακας 16: Αν διαθέτει το νοσοκομείο ειδικούς χώρους για κάπνισμα

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	ΟΧΙ	54	66,7
	ΝΑΙ	27	33,3
	Σύνολο	81	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		82	

Πίνακας 17: Φύλο

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Αντρας	34	42,0
	Γυναίκα	47	58,0
	Σύνολο	81	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		82	

Πίνακας 18: Ηλικία

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	21-34	22	27,5
	35-44	27	33,8
	45-55	28	35,0
	55 και άνω	3	3,8
	Σύνολο	80	100,0
Δεν απάντησαν		2	
Σύνολο		82	

Πίνακας 19: Οικογενειακή κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Έγγαμος /η	51	63,0
	Άγαμος /η	22	27,2
	Διαζευγμένος /η	8	9,9
	Σύνολο	81	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		82	

Πίνακας 20: Αριθμός παιδιών

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	0	22	28,9
	1	12	15,8
	2	37	48,7
	3	5	6,6
	Σύνολο	76	100,0
Δεν απάντησαν		6	
Σύνολο		82	

Πίνακας 21: Εκπαίδευση

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Δημοτικό	3	3,7
	Γυμνάσιο	1	1,2
	Λύκειο	12	14,8
	Τ.Ε.Ι	28	34,6
	Α.Ε.Ι	22	27,2
	Μεταπτυχιακό	11	13,6
	Διδακτορικό	4	4,9
	Σύνολο	81	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		82	

Πίνακας 22: Συνολική ικανοποίηση εργαζομένων από όλους τους παράγοντες

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	1	1,2
	Λίγο	16	19,5
	Μέτρια	52	63,4
	Πολύ	13	15,9
Σύνολο		82	100,0

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Πίνακας 23: Είδος Υπηρεσίας που παρασχέθηκε στον Χρήστη

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Νοσηλεία	54	54,5
	Εξωτερικά ιατρεία	25	25,3
	Επείγοντα	17	17,2
	Άλλο	3	3,0
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

Πίνακας 24: Τομέας που ήρθε σε επαφή ο χρήστης

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Παθολογικός	37	37,0
	Χειρουργικός	43	43,0
	Ψυχιατρικός	2	2,0
	Άλλο	18	18,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 25: Ποιος επέλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Ο ίδιος ο Χρήστης	37	37,4
	Προσωπικός Γιατρός	25	25,3
	Μεταφορά από το ΕΚΑΒ	25	25,3
	Επιλογή από συγγενή	12	12,1
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

Πίνακας 26: Αριθμός Επισκέψεων στο νοσοκομείο

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	1	46	46,0
	2	25	25,0
	Πάνω από δύο	29	29,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 27: Αν ο χρήστης έχει νοσηλευτεί στον ίδιο τομέα

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	ΟΧΙ	77	77,0
	ΝΑΙ	23	23,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 28: Αν ο χρήστης έχει νοσηλευτεί στον ίδιο τομέα άλλου νοσοκομείου.

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	ΟΧΙ	72	72,0
	ΝΑΙ	28	28,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 29: Αξιολόγηση του χρήστη για την σημαντικότητα του ρόλου της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα.

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	5	5,0
	Ελάχιστα	8	8,0
	Μέτρια	13	13,0
	Αρκετά	25	25,0
	Απόλυτα	49	49,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 30: Αξιολόγηση του χρήστη για την σημαντικότητα του ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Καθόλου	6	6,1
	Ελάχιστα	11	11,1
	Μέτρια	23	23,2
	Αρκετά	31	31,3
	Απόλυτα	28	28,3
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

Πίνακας 31: Αξιολόγηση του χρήστη κατά πόσο το σύστημα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Καθόλου	33	33,3
	Ελάχιστα	31	31,3
	Μέτρια	31	31,3
	Αρκετά	4	4,0
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

**Πίνακας 32: Αξιολόγηση του χρήστη στο κατά πόσο το σύστημα υγείας
διέπεται από την αρχή της ισότητας.**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	43	43,0
	Ελάχιστα	30	30,0
	Μέτρια	24	24,0
	Αρκετά	2	2,0
	Απόλυτα	1	1,0
Σύνολο		100	100,0

**Πίνακας 33: Κατά πόσο πιστεύει ο χρήστης ότι ανταποκρίνεται το σύστημα
υγείας στις προοπτικές την νέας Ευρώπης**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	33	33,0
	Ελάχιστα	31	31,0
	Μέτρια	33	33,0
	Αρκετά	2	2,0
	Απόλυτα	1	1,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 34: Αν πιστεύουν ότι οι χρήστες του νοσοκομείου τηρούν τους κανονισμούς περί καπνίσματος

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	ΝΑΙ	35	35,0
	ΟΧΙ	33	33,0
	Μερικές φορές	32	32,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 35: Ηλικία

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	15-25	28	28,0
	26-35	19	19,0
	36-45	19	19,0
	46-55	19	19,0
	56-65	5	5,0
	66 και πάνω	10	10,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 36: Φύλο

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Γυναίκα	52	52,5
	Αντρας	47	47,5
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

Πίνακας 37: Εκπαίδευση

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Δημοτικό	20	20,0
	Μέση Εκπαίδευση	35	35,0
	Ανώτατη Εκπαίδευση	38	38,0
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	7	7,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 38: Οικογενειακή κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Έγγαμος /η	50	50,0
	Άγαμος /η	43	43,0
	Διαζευγμένος /η	7	7,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 39: Εθνικότητα

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Άλλη	1	1,0
	Ελληνική	98	99,0
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

Πίνακας 40: Επάγγελμα

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Μισθωτός	33	33,0
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	28	28,0
	Εργάτης	4	4,0
	Αγρότης	5	5,0
	Συνταξιούχος	11	11,0
	Άνεργος / Άπορος	6	6,0
	Φοιτητής	13	13,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 41: Ασφάλιση

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	ΙΚΑ	40	40,0
	ΟΓΑ	5	5,0
	Δημόσιο	19	19,0
	Άλλη κύρια ασφάλιση	28	28,0
	Ιδιωτική	5	5,0
	Ανασφάλιστος	3	3,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 42: Τόπος Μόνιμης Διαμονής

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις % για όσους απάντησαν
	Εκτός Αθηνών	85	85,9
	Αθήνα	14	14,1
	Σύνολο	99	100,0
Δεν απάντησαν		1	
Σύνολο		100	

Πίνακας 43: Συνολική ικανοποίηση του χρήστη από όλους τους παράγοντες

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τις %
	Καθόλου	1	1,0
	Ελάχιστα	31	31,0
	Μέτρια	47	47,0
	Αρκετά	19	19,0
	Απόλυτα	2	2,0
Σύνολο		100	100,0

Πίνακας 44: Πίνακας Συσχετίσεων των εργαζομένων στην παραγοντική ανάλυση

		Kiwork	Salary	Recowo	Recoco	Buzy	Behcol	Behbos	Gspace	Clean	Scale	Decis	Perspec	Improv
Correlation	Kiwork	1,000	,358	,437	,290	,064	,209	,371	,247	,127	,349	,349	,253	,401
	Salary	,358	1,000	,407	,333	,155	-,118	,205	,456	,343	,251	,202	,297	,160
	Recowo	,437	,407	1,000	,493	,063	,404	,686	,279	,357	,595	,624	,565	,469
	Recoco	,290	,333	,493	1,000	,015	,214	,341	,252	,232	,308	,268	,120	,271
	Buzy	,064	,155	,063	,015	1,000	,000	,155	,208	,195	,202	,143	,067	,110
	Behcol	,209	-,118	,404	,214	,000	1,000	,596	-,047	,063	,285	,422	,218	,248
	Behbos	,371	,205	,686	,341	,155	,596	1,000	,361	,356	,441	,522	,410	,282
	Gspace	,247	,456	,279	,252	,208	-,047	,361	1,000	,830	,237	,293	,287	,241
	Clean	,127	,343	,357	,232	,195	,063	,356	,830	1,000	,245	,367	,327	,285
	Scale	,349	,251	,595	,308	,202	,285	,441	,237	,245	1,000	,715	,612	,515
	Decis	,349	,202	,624	,268	,143	,422	,522	,293	,367	,715	1,000	,692	,654
	Perspec	,253	,297	,565	,120	,067	,218	,410	,287	,327	,612	,692	1,000	,544
	Improv	,401	,160	,469	,271	,110	,248	,282	,241	,285	,515	,654	,544	1,000
	Weduca	,467	,182	,565	,258	,097	,190	,345	,048	,181	,438	,539	,533	,721
	Capdec	,468	,185	,644	,289	,114	,318	,379	,083	,212	,636	,691	,625	,721
	Mist	,163	,112	,496	,189	,303	,203	,329	,091	,242	,477	,559	,441	,580
	Hosimu	,295	,172	,400	,205	,107	,213	,293	,282	,342	,443	,539	,496	,458
	Record	-,007	,236	,339	,046	,130	,147	,191	,236	,283	,288	,371	,498	,324
	Rebest	,279	,495	,382	,365	,221	,009	,226	,419	,317	,375	,460	,413	,327
	Hosedu	,282	,379	,454	,175	,288	-,006	,330	,432	,470	,428	,498	,539	,444
	Promot	,289	,523	,463	,150	,142	-,072	,243	,385	,365	,397	,496	,573	,412
	Work	,343	,308	,377	,405	,096	,298	,451	,284	,296	,431	,456	,266	,419
	Gsatis	,381	,209	,326	,481	,179	,296	,357	,167	,190	,366	,331	,215	,337
	Tsatis	,391	,247	,313	,419	,144	,209	,388	,269	,241	,379	,351	,302	,358
	Solute	,232	,339	,432	,121	,168	,118	,376	,458	,452	,291	,437	,538	,369

(Συνέχεια Πίνακα 44)

		Weduca	Capdec	Mist	Hosimu	Record	Rebest	Hosedu	Promot	Work	Gsatis	Tsatis	Solute
Correlation	Kiwork	,467	,468	,163	,295	-,007	,279	,282	,289	,343	,381	,391	,232
	Salary	,182	,185	,112	,172	,236	,495	,379	,523	,308	,209	,247	,339
	Recowo	,565	,644	,496	,400	,339	,382	,454	,463	,377	,326	,313	,432
	Recoco	,258	,289	,189	,205	,046	,365	,175	,150	,405	,481	,419	,121
	Buzy	,097	,114	,303	,107	,130	,221	,288	,142	,096	,179	,144	,168
	Behcol	,190	,318	,203	,213	,147	,009	-,006	-,072	,298	,296	,209	,118
	Behbos	,345	,379	,329	,293	,191	,226	,330	,243	,451	,357	,388	,376
	Gspace	,048	,083	,091	,282	,236	,419	,432	,385	,284	,167	,269	,458
	Clean	,181	,212	,242	,342	,283	,317	,470	,365	,296	,190	,241	,452
	Scale	,438	,636	,477	,443	,288	,375	,428	,397	,431	,366	,379	,291
	Decis	,539	,691	,559	,539	,371	,460	,498	,496	,456	,331	,351	,437
	Perspec	,533	,625	,441	,496	,498	,413	,539	,573	,266	,215	,302	,538
	Improv	,721	,721	,580	,458	,324	,327	,444	,412	,419	,337	,358	,369
	Weduca	1,000	,767	,560	,389	,287	,280	,463	,398	,448	,219	,208	,351
	Capdec	,767	1,000	,762	,480	,325	,299	,452	,426	,486	,374	,359	,393
	Mist	,560	,762	1,000	,408	,324	,161	,371	,305	,509	,316	,278	,430
	Hosimu	,389	,480	,408	1,000	,581	,607	,498	,366	,403	,442	,434	,609
	Record	,287	,325	,324	,581	1,000	,627	,301	,500	,269	,107	,276	,578
	Rebest	,280	,299	,161	,607	,627	1,000	,590	,622	,310	,330	,447	,568
	Hosedu	,463	,452	,371	,498	,301	,590	1,000	,562	,290	,231	,199	,533
	Promot	,398	,426	,305	,366	,500	,622	,562	1,000	,197	,156	,197	,580
	Work	,448	,486	,509	,403	,269	,310	,290	,197	1,000	,487	,443	,312
	Gsatis	,219	,374	,316	,442	,107	,330	,231	,156	,487	1,000	,797	,216
	Tsatis	,208	,359	,278	,434	,276	,447	,199	,197	,443	,797	1,000	,286
	Solute	,351	,393	,430	,609	,578	,568	,533	,580	,312	,216	,286	1,000

Πίνακας 45: Πίνακας Συσχετίσεων των χρηστών στην παραγοντική ανάλυση.

		Clean	Gubed	Guwc	Food	Comfor	Sguite	Gualit	Stuff	Tmneed	Achosp	Tmlist	Cost	Pcost
Correlation	Clean	1,000	,678	,707	,602	,546	,478	,517	,505	,422	,193	,390	,215	,332
	Gubed	,678	1,000	,753	,615	,620	,509	,490	,472	,361	,249	,446	,152	,212
	Guwc	,707	,753	1,000	,666	,629	,565	,577	,465	,380	,171	,454	,116	,124
	Food	,602	,615	,666	1,000	,585	,458	,388	,305	,296	,113	,422	,154	,157
	Comfor	,546	,620	,629	,585	1,000	,623	,405	,478	,211	,254	,385	,120	,159
	Sguite	,478	,509	,565	,458	,623	1,000	,545	,433	,244	,102	,359	,146	,146
	Gualit	,517	,490	,577	,388	,405	,545	1,000	,549	,478	,122	,371	,204	,205
	Stuff	,505	,472	,465	,305	,478	,433	,549	1,000	,710	,246	,527	,322	,418
	Tmneed	,422	,361	,380	,296	,211	,244	,478	,710	1,000	,124	,701	,448	,509
	Achosp	,193	,249	,171	,113	,254	,102	,122	,246	,124	1,000	,356	,031	,233
	Tmlist	,390	,446	,454	,422	,385	,359	,371	,527	,701	,356	1,000	,394	,418
	Cost	,215	,152	,116	,154	,120	,146	,204	,322	,448	,031	,394	1,000	,798
	Pcost	,332	,212	,124	,157	,159	,146	,205	,418	,509	,233	,418	,798	1,000