



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Διερεύνηση και αξιολόγηση των κριτηρίων επιλογής δημόσιου μαγειτηρίου
σε περίοδο κρίση*

Σταμούλη Ασημίνα

Επιβλέπων Καθηγητής

Ευστράτιος Λιβάνης

Ιούνιος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*Διερεύνηση και αξιολόγηση των κριτηρίων επιλογής δημόσιου μαιευτηρίου
σε περίοδο κρίση*

Όνομα: Ασημίνα

Επίθετο: Σταμούλη

A.M.: 11101059

Τμήμα: Διοίκηση Μονάδων Υγείας

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : Λιβάνης Ευστράτιος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ:27/5/2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	6
ΛΙΣΤΑ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
.....	11
ΥΓΕΙΑ	11
1.1 Ο κλάδος της υγείας	11
1.2 Υγεία- Στοιχεία για το σύστημα υγείας της Ελλάδας.....	12
1.3 Εφαρμογή Σωστής Διοίκησης στο Δημόσιο Νοσοκομείο και Λειτουργία Μονάδας ...	19
1.4 Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	22
1.5 Συνέπειες της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας	23
1.6 Μέτρα ενίσχυσης της υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση	25
1.7 Δημόσια μαιευτήρια	26
1.8 Η καισαρική τομή.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
.....	32
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	32
2.1 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	32
2.2 Η Ελλάδα στη δίνη μιας διεθνούς οικονομικής κρίσης.....	36
2.3 Αίτια εμφάνισης και επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.....	37
2.4 Το αποτέλεσμα και η αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης	41
2.5 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών	44
2.6 Επιπτώσεις της οικονομική κρίση στη ψυχική υγεία	46
2.7 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή.....	47
2.8 Προτάσεις για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
3	
.....	51

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	51
3.1 Μεθοδολογία της ερευνάς.....	51
3.2 Σκοπός και σημασία της έρευνας.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
4	
.....	53
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ.Λιβάνη, για την καθοδήγηση, την υποστήριξη που μου προσέφερε και την ευγενική του ανταπόκριση στις απορίες μου.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου και στους φίλους μου για την ηθική και οικονομική συμπαράσταση όχι μόνο κατά την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας μου, αλλά και καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας;	53
Πίνακας 2: Η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας;	54
Πίνακας 3: Το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή του μαιευτηρίου;.....	55
Πίνακας 4: Αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας;.....	56
Πίνακας 5: Οι εξετάσεις που κάνατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου;.....	57
Πίνακας 6: Το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο;.....	58
Πίνακας 7: Το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο;.....	59
Πίνακας 8: Επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία; .	60
Πίνακας 9: Σε τι κατηγορίας δωμάτιο νοσηλεύτηκατε;.....	61
Πίνακας 10: Είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου;.....	62
Πίνακας 11: Μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου;	63
Πίνακας 12: Μείνατε ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου;	64
Πίνακας 13: Μείνατε ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό –μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου;	65
Πίνακας 14: ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ).....	66
Πίνακας 15: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	67
Πίνακας 16: ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ.....	68
Πίνακας 17: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	69
Πίνακας 18: ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	69
Πίνακας 19: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ.....	70
Πίνακας 20: ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	70
Πίνακας 21: ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ.....	70
Πίνακας 22: Συσχέτιση της ερώτησης: στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	71
Πίνακας 23: Συσχέτιση της ερώτησης: η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	71
Πίνακας 24: Συσχέτιση της ερώτησης: το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή σας, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	72
Πίνακας 25: Συσχέτιση της ερώτησης: αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	73
Πίνακας 26: Συσχέτιση της ερώτησης: οι εξετάσεις που κάνατε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	73

Πίνακας 27: Συσχέτιση της ερώτησης: το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	74
Πίνακας 28: Συσχέτιση της ερώτησης: το κόστος της κλίνης καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	74
Πίνακας 29: Συσχέτιση της ερώτησης: επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	75
Πίνακας 30: Συσχέτιση της ερώτησης: σε τι κατηγορία δωμάτιο νοσηλεύτηκατε, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	75
Πίνακας 31: Συσχέτιση της ερώτησης: είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	76
Πίνακας 32: Συσχέτιση της ερώτησης: μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	76
Πίνακας 33: Συσχέτιση της ερώτησης: μείνατε ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	77
Πίνακας 34: Συσχέτιση της ερώτησης: μείνατε ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό-μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη	77

ΛΙΣΤΑ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 1: Στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας;.....	54
Σχεδιάγραμμα 2: Η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας;.....	55
Σχεδιάγραμμα 3: Το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή του μαιευτηρίου; ..	56
Σχεδιάγραμμα 4: Αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας;	57
Σχεδιάγραμμα 5: Οι εξετάσεις που κάνατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου;.....	58
Σχεδιάγραμμα 6: Το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο;	59
Σχεδιάγραμμα 7: Το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο;.....	60
Σχεδιάγραμμα 8: Επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία;.....	61
Σχεδιάγραμμα 9: Σε τι κατηγορίας δωμάτιο νοσηλεύτηκατε;.....	62
Σχεδιάγραμμα 10: Είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου;	63
Σχεδιάγραμμα 11: Μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου;	64
Σχεδιάγραμμα 12: Μείνατε ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου;. 65	
Σχεδιάγραμμα 13: Μείνατε ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό –μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου;	66
Σχεδιάγραμμα 14: ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ).....	67
Σχεδιάγραμμα 15: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία διερευνά την επιλογή δημόσιου μαιευτηρίου σε περίοδο κρίσης. Το πρώτο κεφάλαιο αναλύει τον κλάδο της υγείας και περιγράφει το σύστημα υγείας που ισχύει στην Ελλάδα. Περιγράφει την ανάγκη να υπάρχει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να λειτουργήσει σωστά μία δημόσια μονάδα. Επίσης, αναλύονται οι συνέπειες της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας καθώς και τα μέτρα ενίσχυσης της υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Τέλος, αναλύονται τα δημόσια μαιευτήρια στην Ελλάδα και η καισαρική τομή, η οποία είναι πιο δαπανηρή σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, τα αίτιά της, τα αποτελέσματά της καθώς και την επίδρασή της στην ψυχική υγεία των πολιτών, στην υγεία τους, στην οικονομική και κοινωνική τους ζωή.

Το τρίτο και το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει στο σκοπό, τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας.

ABSTRACT

The work analyses the public maternity hospital in economical crisis. The first chapter analyzes the health sector and describes the health system in Greece. It describes the need for quality in health services in order to work properly a public unit. Also, analyzed the consequences of health sector in the economic development of Greece and the health support measures by the European Union. Finally, we analyze the public maternity hospitals in Greece and cesarean section, which is more expensive than the natural delivery.

The second chapter analyzes the economic crisis in Greece, its causes, its effects and its impact on the mental health of citizens, their health, economic and social life.

The third and fourth chapter includes the purpose, methodology and results of the investigation.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΥΓΕΙΑ

1.1 Ο κλάδος της υγείας

Στα δημόσια νοσοκομεία, η περίθαλψη παρέχεται από το ιατρικό και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων με ότι μέσα το κάθε νοσοκομείο διαθέτει. Οι οικονομικοί πόροι των νοσοκομείων προέρχονται από την φορολογία, την κοινωνική ασφάλιση και το προσωπικό εισόδημα. Το ποιοι οικονομικοί πόροι χρηματοδοτούν το νοσοκομείο εξαρτάται από το σύστημα υγείας της χώρας στην οποία ανήκει.

Η Παγκόσμια Τράπεζα παρουσίασε το 1997 μία μελέτη με θέμα « Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός », όπου αναφέρονται δαπάνες για την υγεία γύρω στα 2.300 δις δολάρια, περίπου το 9% του παγκόσμιου ακαθάριστου προϊόντος. Η μελέτη αυτή καθορίζει την υγεία σαν έναν από τους πιο σημαντικούς κλάδους της οικονομίας. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα στηρίζονται σε κύριους στόχους που είναι, οι θεραπείες, οι διαγνώσεις, οι επανεξετάσεις περιστατικών και η εκπαίδευση προσωπικού και ασθενών. Τα προηγούμενα χρόνια στο χώρο της υγείας οι μάνατζερ πίστευαν ότι οι παροχές υψηλού επιπέδου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν επαρκής για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Στις μέρες μας οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας πιστεύουν και απαιτούν ευγένεια, άνεση, κατανόηση και υψηλό επίπεδο επικοινωνίας. Συνεπώς η περίθαλψη δεν έχει πλέον σαν στόχο μόνο τη θεραπεία των ασθενών. **Error! Reference source not found..**

Αυτή η διαδικασία είχε σαν συνέπεια οι διοικήσεις των νοσοκομείων να θέτουν καινούργιες στοχοθεσίες, ακόμα και όταν πρακτικά ο κύριος σκοπός τους ήταν η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στα τέλη της δεκαετίας του '80 παρουσιάζεται η ανάγκη για αναδιάρθρωση στον τομέα της υγείας. Οι παράγοντες που οδήγησαν στην αναδιοργάνωση της υγείας είναι: η παγκοσμιοποίηση, οι αυξημένες τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι αλλαγές στην κοινωνική συνείδηση για την υγεία. Για την υγεία μέχρι τότε επικρατούσε η άποψη ότι είναι ένα δημόσιο

αγαθό. Κυριότερος σκοπός του τομέα υγείας είναι να προσφέρει τη μέγιστη ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες για τον πληθυσμό και από την άλλη ο πληθυσμός να το αναγνωρίζει και να το αποδέχεται.

1.2 Υγεία- Στοιχεία για το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Το πιο συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους είναι η υγεία. Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου καθώς χωρίς αυτήν δεν μπορεί να κάνει τίποτα. Η υγεία κάθε ανθρώπου είναι απαραίτητη για να μπορέσει να δώσει σημασία και να ασχοληθεί και με άλλες δραστηριότητες. Η υγεία δίνει τη δυνατότητα στον άνθρωπο να συμμετέχει στο κοινωνικό περιβάλλον και να ασχολείται με πράγματα που θα προσφέρουν σε αυτόν και στην οικογένειά του ένα καλύτερο μέλλον. Πριν γίνει η ανάλυση του συγκεκριμένου θέματος, είναι σημαντικό να δοθούν κάποιιοι ορισμοί της έννοιας υγείας και της υπηρεσίας της υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1946 έδωσε ένα ορισμό της υγείας. Σύμφωνα με αυτόν υγεία είναι μια κατάσταση που περιλαμβάνει σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και ταυτόχρονα η απουσία κάποιας ασθένειας και αναπηρίας από τον άνθρωπο (Π.Ο.Υ., 1946).

Όταν ένας άνθρωπος αρρωσταίνει βιώνει μια βιολογική κατάσταση. Παρόλα αυτά η αρρώστια έχει και κοινωνική βάση. Η υγεία κάθε ανθρώπου επηρεάζεται από διάφορους προσωπικούς παράγοντες όπως το φύλο, η κληρονομικότητα, η προσωπικότητα και από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες όπως το επάγγελμα, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομία κ.λπ. (Οικονομοπούλου).

Η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο τρόπος διαβίωσης, η διατροφή του, η εργασία του κάθε ανθρώπου, η κατοικία του, η ρύπανση του περιβάλλοντος, το κάπνισμα, η χρήση διάφορων ουσιών, η συμπεριφορά του κ.λπ.

Κύριο μέλημα κάθε ανθρώπου φυσικά είναι η φροντίδα της υγείας του. Η φροντίδα της υγείας του κάθε ανθρώπου περιλαμβάνει διάφορες υπηρεσίες υγείας που μπορεί να περιλαμβάνουν επισκέψεις σε ιατρικά κέντρα, σε κλινικές, σε διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία αλλά και τη χρήση διαφόρων φαρμάκων. Οι υπηρεσίες αυτές υπάρχουν γιατί υπάρχει η ανάγκη του κάθε ανθρώπου για να κρατάει την υγεία του σε ένα ικανοποιητικό για αυτόν επίπεδο.

Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την ιατρική περίθαλψη αλλά και τις διάφορες φροντίδες υγείας. Επιπλέον, περιλαμβάνουν και διάφορες δομές με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και η διανομή των ιατρικών φροντίδων για να καλυφθούν οι ιατρικές ανάγκες (Κυριακόπουλος, 1985).

Ως έννοια η υγεία υπερβαίνει τον αρχικό αρνητικό προσδιορισμό της ως απουσία νόσου ή ως εκρίζωση της ασθένειας και ορίζεται ως η συνισταμένη πολιτισμικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων(Λιαρόπουλος, 2007).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από συνδυασμό πόρων, που αποτελούνται από συστήματα οργάνωσης, συστήματα χρηματοδότησης και διοικητικές μεθόδους που σαν στόχο έχουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό (Λιαρόπουλος, 2007).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από προγραμματισμένες υπηρεσίες που στοχεύουν στην προαγωγή και στην αγωγή υγείας των πολιτών μιας χώρας ανάλογα με τους οικονομικούς πόρους που υπάρχουν κάθε φορά. (Λιαρόπουλος, 2007). Στηρίζεται στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ισότητα, παράλληλα παρουσιάζονται μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Εν ολίγοις, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης(Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Το ελληνικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα θεωρείται μεικτό σύστημα υγείας γιατί η χρηματοδότηση του προέρχεται από την φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Το 1983 ιδρύεται στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) το οποίο σαν στόχο είχε τις ίδιες παροχές υπηρεσιών υγείας σε όλον τον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην Ελλάδα το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζει την λειτουργία του συστήματος υγείας και ελέγχει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

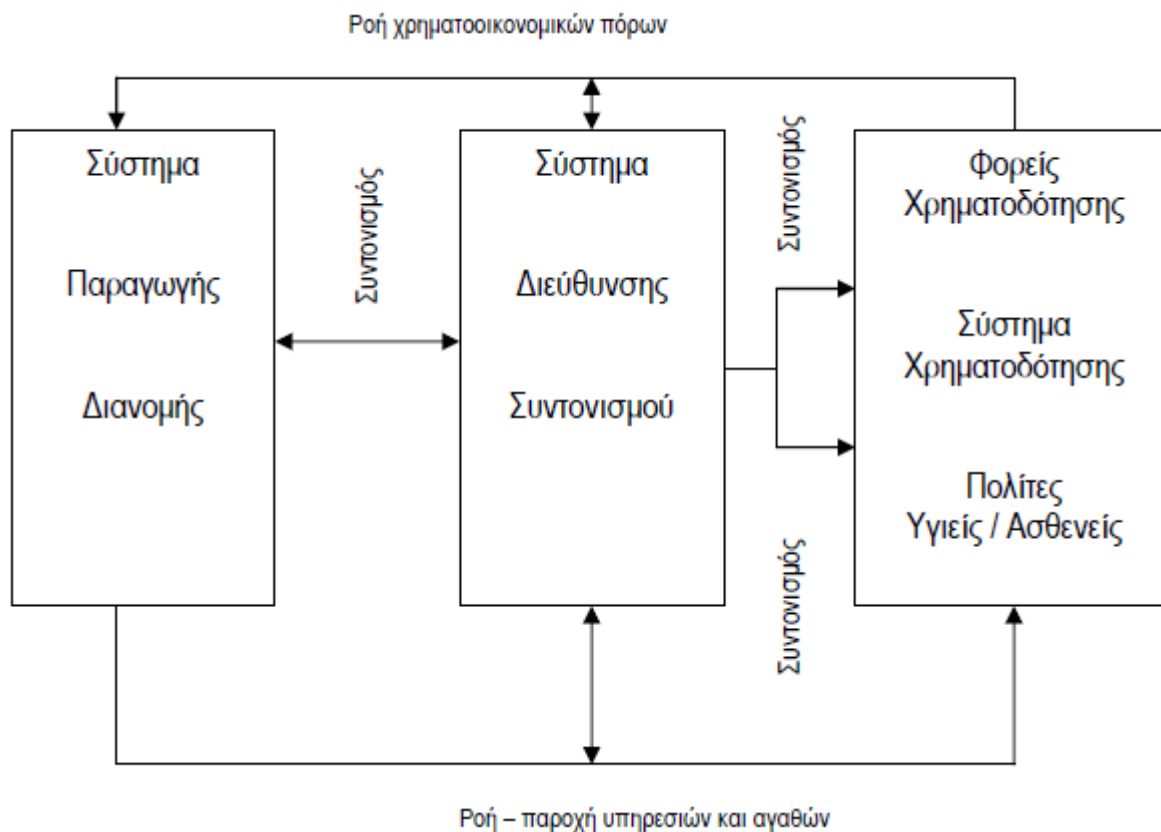
Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

Όπως προαναφέραμε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους.

Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα υγείας το οποίο αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993).

Στο παρακάτω διάγραμμα (Εικόνα 1) μπορούμε να δούμε τη δομή και τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Εικόνα 1: Δομή και λειτουργία του συστήματος υγείας



Πηγή: (Μπουρσανίδης, 1996)

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία είναι τα εξής(Θεοδώρου, et al., 2001):

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- Το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία συστατικά. Το δημόσιο σύστημα υγείας (NHS) που ευθύνεται για τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Το ασφαλιστικό σύστημα που καταβάλλονται τα ασφάλιστρα από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Πλέον υπάρχει το Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που καλύπτει όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτει πάνω από το 90% του πληθυσμού. Και το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικές

κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, τα περισσότερα από τα οποία έχουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Σισσούρας, 2012)

Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), από τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τον Ιδιωτικό Τομέα και τις μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Πιο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ. μπορεί να παρέχεται μέσα από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. όπως τα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.) των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) και τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.). Επίσης μέσα από δομές κοινωνικής ασφάλισης όπως είναι το δίκτυο των μονάδων υγείας του ΙΚΑ (νυν ΠΕΔΥ) και άλλων ασφαλιστικών ταμείων και οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και εργαστήρια. Από τον δημόσιο τομέα όπως είναι οι στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και οι άλλες υπηρεσίες πρόνοιας όπως τα ΚΑΠΗ και οι μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις μέσα από τα πολυιατρεία τους. Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνει τους ιατρούς ιδιώτες, τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, τα κέντρα αποκατάστασης και κάποιες άλλες εξειδικευμένες μονάδες (Τούντας & συνεργάτες, 2008).

Η έννοια της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), εμφανίστηκε το 1978 στο Διεθνές Συνέδριο του Π.Ο.Υ. και της UNICEF στο Καζακστάν. Στη διάσκεψη αυτή συμμετείχαν 134 κράτη και έθεσαν σαν στόχο την «Υγεία για όλους έως το 2000». Συμφώνησαν ότι το κλειδί για να ισχύσει αυτός ο στόχος είναι η Π.Φ.Υ. Στην ουσία η Π.Φ.Υ. είναι η παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στα άτομα και γενικά σε μια κοινωνία.

Το σύστημα υγείας δεν στοχεύει μόνο στην περίθαλψη αλλά και βελτίωση του επιπέδου υγείας και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας των πολιτών γι' αυτό η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) είναι αναγκαία για το σύστημα υγείας. Κάποιες από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. είναι η διάγνωση, η θεραπεία, οι χειρουργικές επεμβάσεις, η παροχή φροντίδας σε παιδιά, η μαιευτική φροντίδα καθώς και η παροχή συμβουλών και η παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Taylor, et al., 2002). Η Π.Φ.Υ. συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου

υγείας αλλά και του βιοτικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού. (Παπαμίχος, et al., n.d.).

Η Π.Φ.Υ. μέσα σε μια κοινωνία αποτελεί ενιαίο μέρος της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και εκτός από τον τομέα της υγείας ενεργοποιεί και τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης. (Μωραΐτης, et al., 1995).

Σκοπός της Π.Φ.Υ. είναι να παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού, να εφαρμόζει προγράμματα αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, να παρακολουθεί τους ασθενείς προκειμένου να αναρρώσουν ακόμα και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, να παρέχει πρώτες βοήθειες και άλλου είδους νοσήλια μέχρι ο ασθενής να φτάσει στο νοσοκομείο, να παρέχει υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας, να ασκεί προληπτική ιατρική, να ερευνά θέματα ιατρικά και επιδημιολογικά, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στα σχολεία, να ενημερώνει μέσα από διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, να εκπαιδεύει τους ιατρούς και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, να παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, να παρέχει φάρμακα σε δικαιούχους και να συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τους ελεύθερους ιατρούς υγείας της περιοχής για μια πιο αποδοτική προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και πρόληψης.

Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας αυξάνονται συνεχώς και οι κρατικοί προϋπολογισμοί αδυνατούν να ανταποκριθούν και να καλύψουν τις ανάγκες του θεραπευτικού και νοσοκομειακού τομέα. Η Π.Φ.Υ. συμβάλει πολύ στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Συμβάλει στην μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών με χαμηλές δαπάνες υγείας και γενικά σε ένα καλύτερο επίπεδο υγείας με χαμηλότερη χρήση φαρμάκων. Σκοπός των ιατρών είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας με μείωση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών από τον πληθυσμό έτσι ώστε να εξοικονομηθούν πόροι χωρίς όμως να χαθεί η ποιότητα (Κυριακόπουλος, et al., 2003).

Η Π.Φ.Υ. στο σύστημα υγείας μπορεί να προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση στον πληθυσμό από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καλύτερο επίπεδο υγείας και ταυτόχρονα χαμηλές δαπάνες και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων (Σουλιώτης, et al., 2013). Είναι λογικό οι σύγχρονες κοινωνίες για αναζητούν υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης (Υφαντόπουλος, 2003).

Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. παρουσιάζει πολλά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν υπάρχει σχεδιασμός και συντονισμός στην ανάπτυξη, την παραγωγή και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, στο προσωπικό υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό. Οι ιατροί δεν έχουν κίνητρα για να κινήσουν πιο γρήγορα την παραγωγική διαδικασία λόγω των χαμηλών μισθών που λαμβάνουν. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η έλλειψη της μηχανογράφησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς και η απουσία ιατρικού φακέλου του κάθε ασθενή που θα βοηθούσε το έργο των ιατρών. Επιπλέον, υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και γι' αυτό περιορίζονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες. Επιπλέον, υπάρχει ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού και απουσία αυτών σε μερικές περιοχές. Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη συνταγογράφησης που δυσχεραίνει το έργο όλων των υπαλλήλων της Π.Φ.Υ.

Όπως προαναφέραμε, η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση, τον κρατικό προϋπολογισμό και από τα χρήματα των ίδιων των ασθενών.

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων αλλά και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πιο συγκεκριμένα, το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε το 1934 και αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας (Θεοδώρου, et al., 2001).

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι τα εξής(Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- ισότιμες παροχές και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Από την άλλη, τα βασικά μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας συμπεριλαμβάνονται στα εξής. (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές

- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού
- Γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες του πληθυσμού
- Λίστες αναμονής ασθενών
- Εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

Το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Αρχικά, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Η εμφάνιση αλόγιστων σπαταλών στο εθνικό σύστημα υγείας και οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό.

Επιπλέον, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με υπερτιμημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας που συχνά αδυνατούν να πληρώσουν και δεν τους προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας.

1.3 Εφαρμογή Σωστής Διοίκησης στο Δημόσιο Νοσοκομείο και Λειτουργία Μονάδας

Μια δημόσια νοσοκομειακή μονάδα ή ένα τμήμα αυτής, αποτελεί ένα Ζωντανό Οργανισμό ο οποίος συγκροτείται από ομάδες ανθρώπων τα μέλη των οποίων καθορίζουν την εύρυθμη και σωστή λειτουργία αυτού του οργανισμού. Η απόδοση των εργαζομένων είναι ενδεικτική του σημαντικού ρόλου τους. Μέσα από αυτή όμως διαφαίνονται και στοιχεία για μεταρρυθμίσεις που είναι απαραίτητο να γίνουν με κύρια κατεύθυνση τις συλλογικές διαδικασίες και το επικοινωνιακό άνοιγμα. Η αξιολόγηση κάθε γιατρού ή νοσηλευτή είναι απαραίτητη και τα στοιχεία

που αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει είναι η επιστημονική γνώση που είναι σχετική με το δημόσιο νοσοκομειακό έργο, η επαγγελματική εμπειρία των εργαζομένων αλλά και η προσωπικότητα τους. Ωστόσο η γενική επίβλεψη της καλής λειτουργίας του νοσοκομείου αλλά και της ομαλής έκβασης των δραστηριοτήτων του είναι ευθύνη του διευθυντή του κάθε τμήματος και του διοικητή της δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας όσον αφορά όλο το νοσοκομείο. (Σίσουρας, et al., 1999).

Πλέον στα νοσοκομεία επικρατούν νέα δεδομένα. Οι εργαζόμενοι έχουν ως βασικό τους στόχο την ικανοποίησή τους στο χώρο της εργασίας τους. Έτσι λοιπόν θα ήταν χρήσιμη, ίσως και αναγκαία μια αναδιάρθρωση των ρόλων του προσωπικού από το διευθυντή έως και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ηγεσία θα πρέπει να αναλάβει το συντονισμό, την κινητοποίηση και την εμπύχωση του προσωπικού. Έτσι λοιπόν μιλάμε για ένα διευθυντή που θα πρέπει να είναι ευέλικτος και πολύπλευρος ώστε με επιτυχία να καταφέρει να είναι αποτελεσματικός στην ικανοποίηση των εργαζομένων του αλλά και των πελατών.

Είναι γεγονός παρόλα αυτά πως ο ρόλος του διευθυντή μιας νοσοκομειακής μονάδας έχει δύο διαστάσεις οι οποίες συχνά αντικρούονται μεταξύ τους. Από τη μία πλευρά θα πρέπει να είναι τυπικός στην εφαρμογή των εγκυκλίων και των νόμων που αφορούν τη λειτουργία της μονάδας του αλλά από την αντίθετη πλευρά θα πρέπει να είναι ένας διευθυντής ο οποίος φροντίζει για την κάλυψη των αναγκών των εργαζομένων του ώστε να αυτοί να είναι ικανοποιημένοι στο χώρο της εργασίας τους.

Όλο αυτό λοιπόν απαιτεί τη δημιουργία ενός συστήματος που θα οδηγεί στην ποιοτική εργασία και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των εργαζομένων μέσα από τις συνθήκες εργασίας. Η δημιουργία ενός τέτοιου συστήματος θα πρέπει να γίνει από τον διευθυντή του νοσοκομείου σε συνεργασία με τους εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας. Όσον αφορά το διευθυντή οφείλει να έχει σωστό προγραμματισμό, να έχει λύσεις για τα προβλήματα αλλά και καινοτόμες προτάσεις και ιδέες. Οφείλει επιπλέον να παραχωρεί πρωτοβουλίες στους ιατρούς των τμημάτων ώστε να επιτύχει την εύρυθμη λειτουργία των επιμέρους τμημάτων και κατ' επέκταση τη σωστή διοίκηση του νοσοκομείου.

Η διαχείριση όμως αυτή ενδέχεται να παρουσιάσει προβλήματα ή να υπάρξουν ασυμβατότητες στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων που εργάζονται στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση αυτή λοιπόν, είναι απαραίτητη η αλλαγή στον τρόπο διαχείρισης που εφαρμοζόταν. Έχοντας λοιπόν ως στόχο ο διευθυντής του δημόσιου

νοσοκομείου την βελτίωση της διαχείρισης και τρόπου διοίκησης εντός του νοσοκομείου, θα πρέπει να εστιάσει στα ακόλουθα :

- Ατομική υποστήριξη – εκτίμηση της ατομικής εργασίας του προσωπικού και υπολογισμός των απόψεών του σχετικά με την λειτουργία της μονάδας.
- Δομή – καθιέρωση μιας δομής στο συγκεκριμένο τμήμα η οποία θα προωθεί τη συλλογική λήψη αποφάσεων, την ανάθεση εξουσιών και κατανομή ηγεσίας και την ενθάρρυνση των εργαζομένων στην αυτονομία λήψης αποφάσεων.
- Όραμα και Στόχοι – κατεύθυνση προς την ομοφωνία του ιατρικού προσωπικού σχετικά με τις προτεραιότητες της μονάδας και τη μετάδοση αυτών στους νοσηλευτές και στο γενικότερο προσωπικό του νοσοκομείου προκειμένου να καθιερωθεί ένα βαθύ αίσθημα του σκοπού του συνόλου.
- Προσδοκία Επιδόσεων – η δημιουργία υψηλών προσδοκιών για την απόδοση των εργαζομένων στην μονάδα ώστε να γίνουν αποτελεσματικοί και καινοτόμοι και να αισθάνονται την ικανοποίηση στην καθημερινή τους εργασία.
- Πνευματική εγρήγορση – ενθάρρυνση του προσωπικού της μονάδας, έτσι ώστε να σκέφτεται πάνω σε αυτά τα οποία προσπαθεί να επιτύχει με τους συναδέλφους του και στον τρόπο με τον οποίο τα εφαρμόζει.

Προκειμένου να επιτευχθεί η σωστή λειτουργία αυτού του συστήματος και να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα στη διαχείριση και τη διοίκηση μιας δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας, θα πρέπει οι άνθρωποι του Υπουργείου Υγείας αλλά και οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου να διαθέτουν μια πνευματική καλλιέργεια και ανοιχτούς ορίζοντες στον τρόπο σκέψης τους και συμπεριφοράς τους. Στο νοσοκομείο για παράδειγμα ο διευθυντής είναι αυτός που καθορίζει τη συμπεριφορά των εργαζομένων. (Σίσουρας, et al., 1999).

Από το σύνολο των στοιχείων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των εργαζομένων, τα σημαντικότερα είναι οι ανθρώπινες σχέσεις, η εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών και των μέσων που διευκολύνουν τη λειτουργία του τμήματος, η εξουσία της θέσης και ο ρόλος του διευθυντή. Ο διευθυντής του δημόσιου νοσοκομείου οφείλει να δείξει τον απαιτούμενο σεβασμό στο προσωπικό του, να παροτρύνει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν σε συνολική

δραστηριοποίηση στο χώρο εργασίας τους και να τους υποδείξει εκείνες τις στάσεις και συμπεριφορές που θα ήθελε να υιοθετήσουν οι υπόλοιποι στο δημόσιο νοσοκομείο(Σίσουρας, et al., 1999).

1.4 Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Κρίνεται αναγκαία η εμφάνιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας αλλά και απαραίτητα τα οφέλη από τη σχετική βελτίωση της ποιότητας. Είναι σημαντική η παρουσία της κατάλληλης θεραπείας και του ικανοποιητικού αλλά και ευχάριστου περιβάλλοντος ανάρρωσης για τον εκάστοτε ασθενή στα νοσοκομεία.

Οι νοσοκομειακές μονάδες αντιμετωπίζουν συχνά τα ακόλουθα προβλήματαError! Reference source not found.:

A) Μερική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Οι θεραπευτές δεν χρησιμοποιούν όλα τα απαραίτητα μέσα για την θεραπεία του εκάστοτε ασθενούς, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες δημιουργίας σοβαρών επιπλοκών στην υγεία αλλά και στην σωματική ακεραιότητα του ασθενούς.

B) Υπερβολική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση, αυξάνεται το κόστος της θεραπείας, καθώς γίνεται υπερβολική χρήση και χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων αλλά και διενέργεια επιπρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων, που δεν κρίνονται ιδιαίτερα αναγκαίοι.

Γ) Κακή χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση, λόγω της κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των καθυστερημένων νοσηλειών και των λανθασμένων διαγνώσεων, αυξάνονται τα κόστη και οι απώλειες των ανθρώπινων ζωών.

Δ) Διαφοροποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση έχουμε σημαντικές διαφοροποιήσεις στους τρόπους και στα μέσα ελέγχου, που χρησιμοποιούν οι γιατροί. Επιπλέον, ορισμένα από τα προβλήματα που εμφανίζονται, αναφορικά με την ποιότητα, είναι τα εξής: η λανθασμένη διάγνωση της ασθένειας, η καθυστερημένη διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας και η πλημμελής θεραπεία.

Τα άνωθεν προβλήματα προκύπτουν από τους εξής λόγους: την αποτυχία του νοσοκομειακού συστήματος, όπως για παράδειγμα οι λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις, το ανθρώπινο λάθος, όπως για παράδειγμα η έλλειψη της λεπτομερούς εξέτασης από τον γιατρό και η οργάνωση του συστήματος, όπως για παράδειγμα η παρερμηνεία των συμπτωμάτων αλλά και η αναποτελεσματική επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ των ανθρώπινων λαθών και των λαθών του νοσοκομειακού συστήματος. Συνήθως αυτά τα λάθη προκύπτουν από την υπερκόπωση των γιατρών, την οργάνωση του νοσοκομείου, σε σχετικά δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.λπ. Η επιτακτική ανάγκη για την εδραίωση του συστήματος για την διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας θεωρείται σημαντική και οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών της υγείας αλλά και στην κουλτούρα της υγείας.

1.5 Συνέπειες της υγείας στην οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδας

Η υγεία είναι ένα πολύ σημαντικό αγαθό για τον άνθρωπο και είναι απαραίτητη σε κάθε πτυχή της ζωής του. Επίσης, η υγεία των πολιτών μιας χώρας αυξάνει και την παραγωγικότητα της χώρας αυτής και ταυτόχρονα και την οικονομίας της και οδηγεί σε οικονομική ανάπτυξη. (Bloom & Canning, 2003). Για να αξιοποιηθεί ο πληθυσμός μιας χώρας ή μιας μονάδας θα πρέπει να είναι υγιείς. Μόνο τότε θα μπορέσει να αξιοποιηθεί όλο το εργατικό δυναμικό του. Το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας είναι πολύ σημαντικό να έχει μεγάλο βαθμό ειδίκευσης (Υπουργείο Υγείας, 2013). Σε μια έρευνα των Bloom, Canning και Sevilla

(2004) αποδεικνύεται ότι η υγεία έχει θετική επίδραση στην οικονομική ανάπτυξη. Σε μια αύξηση ενός έτους του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού, η παραγωγή αυξάνεται κατά 4%. (Bloom, et al., 2004).

Η υγεία των πολιτών μπορεί να επηρεάσει την παραγωγικότητα με πολλούς τρόπους. Η υγεία μπορεί να επηρεάσει την εκπαίδευση. Αν οι εργαζόμενοι είναι υγιείς τότε η αυξημένη παραγωγικότητά τους μπορεί να οδηγήσει και σε μεγαλύτερες επενδύσεις στην εκπαίδευση. Επίσης, όταν ο τομέας της υγείας λειτουργεί σωστά τότε μεγαλώνει και το προσδόκιμο ζωής των πολιτών με αποτέλεσμα να υπάρχει ανάγκη για συνταξιοδότηση και αποταμίευση. Τέλος, όταν το ποσοστό θνησιμότητας των βρεφών και των παιδιών μειώνεται αλλάζει η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού (Bloom & Canning, 2003).

Κάθε επιχείρηση ή οργανισμός πρέπει να περιλαμβάνει μέτρα για την προστασία της υγείας των εργαζομένων και σχετικά με την ασφάλειά του προκειμένου να είναι αποδοτικός. Όταν τα άτομα που εργάζονται σε μια επιχείρηση είναι υγιή τότε η αποδοτικότητα του οργανισμού ή της επιχείρησης αυξάνεται και μειώνονται τα έξοδα για τις δαπάνες υγείας και από την ασθένεια- απουσία του εργαζομένου από την εργασία. Άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη ή έχουν πολύ άγχος δεν είναι τόσο αποδοτικά στην εργασία τους και «κοστίζουν» περισσότερο στους εργοδότες τους σε δαπάνες υγείας σε σχέση με τους υγιείς υπαλλήλους τους. (Πετράκης, 2011).

Η κακή κατάσταση της υγείας των ατόμων που μπορούν να εργαστούν δηλαδή από 18 μέχρι 64 ετών μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της παραγωγικότητας. Τα προβλήματα της υγείας είναι ένας από τους πιο σημαντικούς λόγους μη εργασίας και πρόωρης συνταξιοδότησης των ανθρώπων. Το κόστος των εργατικών ατυχημάτων υπολογίζεται περίπου 2,6% με 3,8% του ΑΕΠ στη Ε.Ε., ένα 10% των εργαζομένων άφησε τη δουλειά του για λόγους υγείας και τα ποσοστά των απουσιών 3% με 6% από την εργασία υπολογίζονται σαν ετήσιο κόστος περίπου 2,5% του ΑΕΠ. (Υπουργείο Υγείας, 2013). Από την άλλη και τα άτομα που μένουν και εργάζονται στην επιχείρηση, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή παραγωγικότητα και χαμηλή αποτελεσματικότητα (Πετράκης, 2011). Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι η βελτίωση του περιβάλλοντος υγιεινής σε μια επιχείρηση και η έγκαιρη πρόληψη μπορεί να περιορίσει μελλοντικές δαπάνες ασθένειας και θεραπείας για το εργατικό δυναμικό της επιχείρησης (Υπουργείο Υγείας, 2013).

1.6 Μέτρα ενίσχυσης της υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση

Η υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Στην ανακοίνωσή της, στις 29ης Ιουνίου 2011, «Προϋπολογισμός για την Ευρώπη 2020», η Επιτροπή επισήμανε ότι «η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη, και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Πρέπει να υπάρξει καινοτομία στην υγεία προκειμένου να αυξηθεί η παραγωγικότητα και η ανταγωνιστικότητα των ενεργών πληθυσμών. Η καινοτομία μπορεί να εκφραστεί σε αύξηση της βιωσιμότητας και στη μείωση των ανισοτήτων σε σχέση με την υγεία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Στη σημερινή εποχή άτομα με χαμηλό εισόδημα και με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και άτομα γενικά που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες ομάδες έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και επίπεδα υγείας εξ' αιτίας των εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι μεγάλες ανισότητες που υπάρχουν στον τομέα της υγείας αποφέρουν ηθικά προβλήματα αλλά και συντελούν στην μείωση του ΑΕΠ μεταξύ 1,5% και 9,5% για τις χώρες της Ε.Ε.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις 20 Φεβρουαρίου του 2013 έγκρινε μία δέσμη μέτρων για τις κοινωνικές επενδύσεις που αποτυπώνονται στο έγγραφο εργασίας των υπηρεσιών της επιτροπής «Επενδύοντας στην Υγεία». Σε αυτό το έγγραφο αναφέρεται η υγεία ως αξία και ως βασική προϋπόθεση για την οικονομική ευημερία των πολιτών. Αναφέρει ότι η υγεία των πολιτών επηρεάζει την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα στην απασχόληση και ότι οι δαπάνες για την υγεία αναφέρονται φιλικές ως προς τις αναπτυξιακές δαπάνες. Η "Επένδυση στην Υγεία" αναπτύσσεται σε τέσσερις βασικούς τομείς (European commission, 2013):

Επένδυση σε βιώσιμα συστήματα υγείας, είναι στην ουσία μεταρρυθμίσεις που έχουν στόχο τη βελτίωση της σχέσης κόστους- αποτελεσματικότητας.

Επένδυση στην υγεία των ανθρώπων και το ανθρώπινο δυναμικό. Με την ενίσχυση της υγείας των πολιτών ενισχύεται και η απασχόληση του συνολικού πληθυσμού.

Επένδυση στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, η οποία συμβάλει στην κοινωνική συνοχή.

Η επένδυση στον τομέα της υγείας μέσω επαρκούς υποστήριξης από τα κοινοτικά ταμεία.

1.7 Δημόσια μαιευτήρια

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει εκτός από την υγεία των πολιτών της και την τεκνοποίηση. Τα ελληνικά νοικοκυριά αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, ανεργία και ανασφάλεια για το μέλλον τους, γι' αυτό το λόγο αναβάλλουν συνεχώς το θέμα του παιδιού. Από το 2008 μέχρι σήμερα οι γεννήσεις διατηρούνται περίπου στα ίδια επίπεδα περίπου στις 100.000 με το δείκτη ολικής γονιμότητας να είναι κάτω από το όριο αντικατάστασης των γενεών. Επίσης, τα νέα ζευγάρια αποφεύγουν όσο περισσότερο μπορούν την τεκνοποίηση και την καθυστερούν. Ο μέσος όρος της ηλικίας της μητέρας που γεννά το 1975 ήταν 25,9 και τώρα είναι 31,1 έτη.

Οι έλληνες έχουν στραφεί πλέον στα δημόσια μαιευτήρια αντί στα ιδιωτικά που μέχρι παλιότερα προτιμούντουσαν από τους μελλοντικούς γονείς. Αυτό το γεγονός οφείλεται στην οικονομική κρίση και στην οικονομική στενότητα των νοικοκυριών. Το 2011 οι γεννήσεις σε δημόσια μαιευτήρια αυξήθηκαν κατά 15% σε σχέση με το 2010 και επομένως οι γεννήσεις σε ιδιωτικά μαιευτήρια μειώθηκαν αντίστοιχα. Παρόλα αυτά, οι γεννήσεις στα ιδιωτικά μαιευτήρια καταλαμβάνουν ένα πολύ μεγάλο κομμάτι των γεννήσεων. Τα ιδιωτικά μαιευτήρια και αυτά έχουν μειώσει τις τιμές τους κατά 40% και το 65% των πελατών τους επιλέγουν την οικονομική θέση. (Γιαννάρου, 2012).

Από την άλλη επειδή ο κόσμος προτιμά το τελευταίο χρονικό διάστημα τα δημόσια μαιευτήρια, πολλοί μαιευτήρες δημόσιων μαιευτηρίων αύξησαν λίγο τις τιμές τους. Έτσι, ένας φυσιολογικός τοκετός σε δημόσιο μαιευτήριο κοστίζει περίπου 950 ευρώ και με καισαρική κοστίζει 1.500 ευρώ. Σε μία ιδιωτική κλινική ένα τρίκλινο δωμάτιο κοστίζει για φυσιολογικό τοκετό 1.800 ευρώ και για καισαρική 2.000 ευρώ συν ΦΠΑ. Επίδομα τοκετού δίνεται πλέον μόνο στις γυναίκες που γεννούν σε μη

συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΠΥ ιδιωτικά μαιευτήρια και είναι 900 ευρώ. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις το κόστος θα διευθετείται κατευθείαν από τον ΕΟΠΠΥ.

Μεγάλο πρόβλημα αντιμετωπίζουν και οι ανασφάλιστες γυναίκες. Ο αριθμός των ανασφάλιστων γυναικών όλο και περισσότερο αυξάνεται και η πολιτεία δεν έχει μεριμνήσει γι' αυτές. Μία ανασφάλιστη γυναίκα λοιπόν για να γεννήσει θα πρέπει να καταβάλλει σε δημόσιο μαιευτήριο 1000 ευρώ για φυσιολογικό τοκετό και 1500 ευρώ για καισαρική, χωρίς μέσα σε αυτά να υπολογίζεται η αμοιβή του γιατρού.

1.8 Η καισαρική τομή

Η καισαρική τομή, σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί μία σωτήρια χειρουργική επέμβαση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναφέρει ότι έως το 15% των γεννήσεων είναι πιθανό να πραγματοποιείται μέσω καισαρικής τομής για σοβαρούς ιατρικούς λόγους (WHO & UNICEF , 2009). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, σχεδόν μία στις τρεις γεννήσεις είναι με καισαρική τομή και πολλές από αυτές τις καισαρικές τομές είναι απροσδόκητες (Smith, 2013). Όσον αφορά όμως την Ελλάδα, τα ποσοστά καισαρικών τομών είναι πολύ υψηλότερα. Ειδικότερα, κυμαίνονται γύρω στο 50% του συνόλου των γεννήσεων, ενώ σε πολλά ιδιωτικά μαιευτήρια υπερβαίνουν το 60% (Γάκη, 2009). Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι 3 στις 10 γεννήσεις στην χώρα μας πραγματοποιούνται με καισαρική τομή χωρίς παρ' όλα αυτά να υπάρχει τεκμηριωμένη ιατρική ένδειξη. Το φαινόμενο όμως, έχει παρατηρηθεί και διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση του ποσοστού γεννήσεων που γίνεται με καισαρική τομή. (Carbonne, 2009).

Μια καισαρική τομή εκτελείται συνήθως όταν ο κοιλικός τοκετός θα θέσει σε κίνδυνο τη ζωή ή την υγεία του μωρού ή της μητέρας. Πολλές όμως καισαρικές τομές πραγματοποιούνται κατόπιν αιτήματος της μητέρας, χωρίς ιατρικό λόγο, μία πρακτική την οποία πολλές υγειονομικές αρχές θα ήθελαν να μειώσουν (Hall, 2007). Μια καισαρική τομή επηρεάζει τόσο στο τοίχωμα της κοιλιάς της μητέρας όσο και τη μήτρα της, ενώ παράλληλα, η αναισθησία (γενική ή μερική) απαιτείται για τη διαδικασία της καισαρικής τομής. Μια καισαρική τομή είναι μερικές φορές απαραίτητη για την ασφάλεια της μητέρας ή του βρέφους, αλλά μερικές φορές μπορεί

να συμβαίνει μετά από αίτηση της μητέρας. Έτσι, μια καισαρική τομή είτε μπορεί να προγραμματιστεί επειδή ζητήθηκε από τη μητέρα ή για ιατρικούς λόγους, είτε να μην είναι προγραμματισμένη. Στη δεύτερη περίπτωση, η αναγκαστική επιλογή της καισαρικής τομή μπορεί να συνιστά μια διαδικασία έκτακτης ανάγκης για λόγους όπως είναι η εμβρυϊκή δυσχέρεια, η αποκόλληση του πλακούντα, η πρόπτωση του, πολλαπλές εγκυμοσύνες της μητέρας που καθιστούν δύσκολο ένα φυσιολογικό τοκετό, εμφάνιση έρπητα, κλπ. (Alexander, 2010). Η γενική αναισθησία, μπορεί ακόμη να παρουσιάσει στις καθυστερήσεις στο θηλασμό, αφού που θα χρειαστεί κάποιος χρόνος μέχρι να επανέλθει η μητέρα από την αναισθησία. Σε αυτήν την περίπτωση, η μητέρα για αρχή θα πρέπει να κρατήσει και να αγκαλιάσει το μωρό κοντά της και στη συνέχεια να αρχίσει και ο θηλασμός (Devroe, 2007).

Η καισαρική τομή ασφαλώς, φέρει κινδύνους για τη μητέρα και το βρέφος, σε σύγκριση με την κανονική κολπικό τοκετό (Mayberry, 2006). Ένας παράγοντας κινδύνου συνιστά το γεγονός ότι λόγω της έκτασης της κοιλιακής τομή, υπάρχει αυξημένη απώλεια αίματος. Όταν υπάρχει τομή, υπάρχει και αυξημένος κίνδυνος βλάβης σε άλλα εσωτερικά όργανα ειδικά στο ουροποιητικό σύστημα της ουροδόχου κύστης, στη μήτρα και στα αιμοφόρα αγγεία. Εάν το έμβρυο δε είναι μεγάλο, υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας σχισίματος της μήτρας προκαλώντας μεγαλύτερο τραύμα στο ιστό της μήτρας (Towle, 2009). Η καισαρική τομή προκαλεί υπερβολική απώλεια αίματος για τη μητέρα, ο οργανισμός της οποίας χρειάζεται να καταβάλει δύο φορές περισσότερη προσπάθεια να ανέλθει από τις γυναίκες που έχουν κολπικό τοκετό. Αν μια γυναίκα μάλιστα που πάσχει από αναιμία, βιώνει υπερβολική απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, θα εξαντληθεί ακόμη περισσότερο.

Ακόμη, οι γυναίκες που έχουν προχωρήσει σε μια καισαρική τομή για τη γέννηση του μωρού τους, έχουν έναν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο επανανοσηλείας τους λόγω πιθανής μόλυνση της μήτρας, επιπλοκών από χειρουργικό τραύμα (π.χ. μόλυνση), επιπλοκές από την αναισθησία, καρδιοπνευμονικές και θρομβοεμβολικές επιπλοκές, καθώς και η καθυστερημένη ή διαταραγμένη σίτιση του μαστού (Mayberry, 2006). Όσον αφορά τον κίνδυνο της μητρικής θνησιμότητας μετά από μία καισαρική τομή και από τις επιπλοκές της αναισθησίας, των επιλόχειων μολύνσεων και της φλεβικής θρομβοεμβολής, υποστηρίζεται ότι είναι 3,6 φορές υψηλότερος για τις γυναίκες που έχουν πραγματοποιήσει μία κολπική γέννηση (Smith 2010). Τα μωρά γεννιούνται με καισαρική τομή, διατρέχουν αυξημένο σημαντικά τον κίνδυνο

για να παρουσιάσουν αναπνευστικές επιπλοκές και να εισαχθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (ΜΕΘΝ). Ειδικότερα, ένα βρέφος το οποίο γεννήθηκε με καισαρική τομή έχει υψηλότερη πιθανότητα να πάσχει από αναπνευστική δυσχέρεια και είναι πιο πιθανό να οδηγηθεί στη μονάδα εντατικής θεραπείας, αλλά και είναι πιο πιθανό να διαχωριστεί από τη μητέρα και ο διαχωρισμός αυτός να διαταράξει τις σχέσεις τους. Οι ορμόνες του στρες (κορτιζόλη και η αδρεναλίνη) αυξάνονται για αυτούς τους λόγους στη μητέρα και στο βρέφος και καθιστούν το θηλασμό πιο δύσκολο με αποτέλεσμα να είναι πιο πιθανό να αλλάξει ο τρόπος θηλασμού. Μπορεί επομένως να παρουσιασθεί λιγότερο γάλα στο στήθος για 2-5 ημέρες, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο για χρήση των πρόωρων και περιττών συμπληρωμάτων, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα να αφήνεται περίσσιο γάλα στο στήθος της μητέρας, καταστέλλοντας τη γαλακτογένεση. (Smith, 2010).

Η αρχική επαφή ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος πρέπει να πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό, επειδή η πρώιμη επαφή είναι σημαντική για εγκαθιδρυθεί ο επιτυχής θηλασμός. Όμως, οι μητέρες που γεννούν μέσω καισαρικής τομής βιώνουν όπως αναφέρθηκε, μεγαλύτερη καθυστέρηση στη πρώτη τους επαφή με το βρέφος (Newman & Newman, 2009). Οι ειδικοί θεωρούν το θηλασμό ως την προτιμώμενη μέθοδο του σίτισης του νεογέννητου (Watt, 2012).

Μερικές μητέρες είναι σε θέση να θηλάσουν σωστά τα μωρά τους ακόμη και χειρουργικό στο τραπέζι κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι οι μητέρες θα πρέπει να περιμένουν μέχρι να εισέλθουν στην αίθουσα ανάνηψης. Αυτό όμως σημαίνει μια καθυστέρηση σχεδόν μια ώρα και μερικές φορές περισσότερο. Σε μερικά νοσοκομεία επίσης δεν επιτρέπεται στις γυναίκες που είχαν μια καισαρική τομή να έρθουν σε επαφή με τα μωρά τους για κάποιες ώρες. Όλες αυτές οι καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν συχνά καθυστέρηση στο χρονισμό του πρώτου θηλασμού, στην παραγωγή γάλακτος μετά τη γέννηση, καθώς επίσης και στη συχνότητα του θηλασμού η οποία μπορεί να μειωθεί στις μητέρες που έχουν κάνει καισαρική τομή (Newman & Newman 2009). Σε μια μελέτη που εξέτασε τους παράγοντες που σχετίζονται με τον πρόωρο θηλασμό και το θηλασμό κατά την πρώτη ώρα της ζωής του βρέφους διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν υψηλότερα ποσοστά σε μητέρες με κοιλιακό τοκετό από τις μητέρες που έκαναν καισαρική τομή. Στην ίδια μελέτη, οι μητέρες με καισαρική τομή και οι

πρώωρες γεννήσεις αναφέρθηκαν ως ευάλωτες καταστάσεις (Vieira, 2010). Μία άλλη μελέτη, η οποία εξέτασε τη σχέση μεταξύ καισαρικής γέννησης και θηλασμού, συμφώνησε ότι η καισαρική τομή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την έναρξη του θηλασμού. Έτσι, διαπίστωσε ότι η καισαρική τομή ήταν ένας παράγοντας κινδύνου για τη μη έναρξη του θηλασμού, για το θηλασμό που διαρκεί λιγότερο από ένα μήνα, και παράλληλα επισήμανε ότι υπήρχε σημαντικός κίνδυνος κατά ακόμη και κατά διάρκεια του θηλασμού (Leugh, et al., 2002). Οι Chien & Tai από την άλλη, εξέτασαν την επίδραση της μεθόδου του τοκετού και του χρονοδιαγράμματος του θηλασμού όσον αφορά την έναρξη του αλλά και τη συχνότητα του έως και τρεις μήνες μετά την γέννηση. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι πιθανότητες του θηλασμού για τους τρεις πρώτους μήνες μετά τον τοκετό είναι λιγότερες για τις γυναίκες που προχώρησαν σε καισαρική τομή (Chien & Tai, 2007).

Θα πρέπει να τονισθεί, ότι οι γυναίκες που είχαν προχωρήσει σε μια καισαρική τομή απαιτούν την ίδια φροντίδα όπως και οι γυναίκες που έχουν γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό (Towle, 2009). Όμως, οι μητέρες που έχουν κάνει μία καισαρική τομή δεν παύουν να έχουν κάνει μία σημαντική εγχείρηση στην κοιλιακή χώρα. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να παραμείνουν στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό τους και η εμπειρία του μητρικού θηλασμού θα είναι για εκείνες διαφορετική από ότι για τις μητέρες που έχουν γεννήσει κολπικά. Η μητέρες που γέννησαν με καισαρική, συνήθως παρουσιάζουν περισσότερη δυσφορία και μπορεί να είναι περισσότερο εξαρτημένες από το προσωπικό του νοσοκομείου (Rosenthal, 2000)

Έτσι, μερικές φορές οι εφαρμοζόμενες πρακτικές στο νοσοκομείο την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό, που συνδέεται με την λειτουργική παρέμβαση στη γέννηση μπορεί να επηρεάζουν την πρώτη επαφή μητέρας – βρέφους και την έναρξη του θηλασμού. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν ευαισθησία και πολιτισμική επίγνωση προκειμένου να παρέχουν ποιητική φροντίδα υγείας. Η επίγνωση των προκαταλήψεων και ιδεών του ασθενή καθώς και η επίγνωση του ιστορικού και των στοιχείων της προσωπικότητας του είναι τα στοιχεία που αποτελούν την πολιτισμική επίγνωση.

Πιο συγκεκριμένα για το θηλασμό, όπως και για άλλες περιπτώσεις, οι διαφορές από άτομο σε άτομο είναι τεράστιες. Είναι πολύ βασικής σημασίας οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να διακρίνουν το «επιβλαβές» από το

«διαφορετικό» όταν έχουν να διαχειριστούν περιπτώσεις με μητέρες από άλλο πολιτισμό. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να προάγουν τον μητρικό θηλασμό σύμφωνα με τα παγκόσμια πρότυπα και να παρέχουν πληροφόρηση και υποστήριξη λαμβάνοντας υπόψη και το πολιτισμικό υπόβαθρο της μητέρας.

Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να πραγματοποιείται μέσα από προγράμματα, τα οποία έχουν στόχο την υποστήριξη, προώθηση και προστασία του θηλασμού. Επίσης, θα πρέπει να επισημαίνεται συνεχώς η σημασία του μητρικού θηλασμού για τις μητέρες και τα βρέφη τους από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι συνεχώς θα πρέπει να εξελίσσουν τις επικοινωνιακές και συμβουλευτικές τους ικανότητες για τη διαχείριση της γαλουχίας με τελικό σκοπό την ενδυνάμωση και ενθάρρυνση των μητέρων. Τέλος, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας πως παρά το γεγονός ότι κάθε πολιτισμός έχει διαφορές στις διατροφικές του συνήθειες, η βρεφική διατροφή είναι κατά βάση κοινή σε όλες τις κοινωνίες (Αθανασοπούλου, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

2.1 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Τα τελευταία 10 χρόνια περίπου, η χώρα μας έχει εισχωρήσει σε μια μεταβατική περίοδο και μια κρίσιμη καμπή της σύγχρονης ιστορίας της, αφού οι οικονομικές στρατηγικές οι οποίες ακολουθήθηκαν όλα αυτά τα χρόνια αλλά και τις προηγούμενες δεκαετίες, κατάφεραν να προκαλέσουν αρκετές φορές την χώρα μας να φτάσει στα πρόθυρα κήρυξης πτώχευσης για τέταρτη φορά στην ιστορία της από την ημέρα της δημιουργίας της σαν ελληνικό κράτος.

Στο παραπάνω γεγονός τεράστιο ρόλο έπαιξε και η εμφάνιση της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής ύφεσης του 2007, η οποία σε συνδυασμό με τις προηγούμενες λανθασμένες οικονομικές στρατηγικές οδήγησε την χώρα μας σε τεράστια ζητήματα σε όλους τους οικονομικούς τομείς όπως είναι το ΑΕΠ, η ζήτηση, η απασχόληση, τα τεράστια ποσοστά ανεργίας που υπάρχουν σήμερα, οι τεράστιες αυξήσεις των τιμών του πετρελαίου και όλων των αγαθών αλλά και οι πολλές απολύσεις και μειώσεις μισθών που χαρακτήρισαν τις επιχειρήσεις της χώρας μας τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό αυτών οι οποίες δεν κατάφεραν να επιβιώσουν από την κρίση και έτσι πτώχευσαν (Κυριακού, 2013).

Παρά το γεγονός αυτό, πάντως, η χώρα μας δεν έχει κηρύξει πτώχευση ακόμα σε σχέση με προηγούμενες παρόμοιες καταστάσεις, καθώς στην σημερινή εποχή αντίθετα με προηγούμενα έτη είναι μέλος της Ε.Ε. και έχει κοινό νόμισμα το ευρώ, κάτι το οποίο θα προκαλέσει τεράστιες επιπτώσεις σε περίπτωση που η χώρα μας πτωχεύσει καθώς θα προκληθεί ένα ντόμινο αλληλεπιδράσεων σε ολόκληρη την Ευρώπη, επηρεάζοντας πρώτα από όλες τις χώρες που έχουν και αυτές τρομερά προβλήματα λόγω της οικονομικής κρίσης, χώρες δηλαδή όπως η Ισπανία, η Ιταλία και η Πορτογαλία.

Από την ώρα που η χώρα μας έχει επέλθει στην δίνη της παγκόσμιας χρηματοοικονομικής κρίσης, εξαιτίας των ασυλλόγιστων εξωτερικών δανεισμών που

προηγήθηκαν όλα τα προηγούμενα χρόνια, η χώρα μας έχει στραφεί εκ νέου σε καινούριους εξωτερικούς δανεισμούς καθώς έχει υπογράψει μέχρι σήμερα δυο μνημόνευα με αποτέλεσμα να έχει εισέλθει στον συχνό έλεγχο του Διεθνές Νομισματικού Ταμείου (Τσαχτσαρλή, 2012).

Το ΔΝΤ σε συνδυασμό με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή αλλά και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα συνθέτουν την Τρόικα, η οποία έχει την ευχέρεια πραγματοποίησης νεοφιλελεύθερων στρατηγικών με στόχο να επιλύσει διάφορα προβλήματα. Αυτή είναι και η λογική των μέτρων που έχουν ληφθεί με την υπογραφή των 2 Μνημονίων, τα οποία έχουν υπογραφεί από την Κυβέρνηση της χώρας μας από το 2011 μέχρι και σήμερα (Κυριακού, 2013).

Μερικά από τα πιο σημαντικά μέτρα των Μνημονίων αυτών, είναι η μεγάλη μείωση των μισθών των εργαζομένων, η ελάττωση των δημόσιων εξόδων, η ανοδική τάση των φόρων, η αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης αλλά και η γενικότερη σταθεροποίηση της οικονομίας της Ελλάδας που αποτελεί και τον βασικότερο στόχο των τελευταίων ετών.

Γενικότερα, η χώρα μας είναι στην δύσκολη αυτήν θέση μιας παγκόσμιας χρηματοοικονομικής ύφεσης για 1η φορά από την ώρα που έχει γίνει μέλος της Ε.Ε. Η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει στην σύγχρονη εποχή την πιο ισχυρή χρηματοοικονομική ύφεση της εποχής μετά τον πόλεμο. Οι συνέπειες της συγκεκριμένης εξέλιξης σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο είναι ένα σύνολο εκρήξεων και συνεχών αλλαγών στις διεθνείς τιμές του πετρελαίου, των πρώτων υλών αλλά και των κύριων αγαθών.

Τα τελευταία χρόνια ο πληθωρισμός της Ε.Ε. έχει υπερδιπλασιαστεί και έχει δημιουργήσει τεράστια προβλήματα σε όλα τα κράτη όπως και στην χώρα μας καθώς έχει αποτελέσει ένα ιδιαίτερα σημαντικό κοινωνικό ζήτημα για όλα τα κράτη. Η ανεργία στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει καταρρίψει κάθε προηγούμενο ρεκόρ, φτάνοντας στο τέλος του 2013 να αγγίζει ακόμα και το 28%. Οι ρυθμοί ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ελαττωθεί περισσότερο από 50% ενώ υφίσταται τεράστιος κλονισμός και μεγάλη ανασφάλεια σε όλους τους χρηματοοικονομικούς τομείς (Κατή, 2014).

Ένα άλλο τεράστιο πρόβλημα το οποίο παρουσιάστηκε τα τελευταία χρόνια είναι η τεράστια ανοδική τάση που εντοπίζεται στον τομέα των επιτοκίων αλλά και στην δυσκολία των δανεισμών όπως επίσης και στη ανοδική τάση όλων των τιμών των εμπορευμάτων και των καυσίμων τα οποία έχουν προκαλέσει μεγάλη ακρίβεια

και ελάττωση της αγοραστικής ισχύς των πολιτών. Ταυτόχρονα, με όλα τα παραπάνω έχει εντοπιστεί τεράστια πτωτική τάση και στις καταναλωτικές δαπάνες κάτι το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει ελάττωση των κύκλων της απασχόλησης αλλά και της ζήτησης.

Η γενικότερη κατάσταση που δημιουργήθηκε στην Αμερική το 2007, προκάλεσε μια παγκόσμια χρηματοοικονομική κρίση η οποία εμφάνισε ραγδαία εξέλιξη και διαδόθηκε άμεσα σε αρκετές χώρες και κυρίως στην Ε.Ε., με αποτέλεσμα να εισέλθει και στην χώρα μας, επιφέροντας τεράστιες επιπτώσεις. Η κατάρρευση η οποία υπήρξε την περίοδο εκείνη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, διαδόθηκε άμεσα και στις τράπεζες αλλά και στα χρηματιστήρια της Ε.Ε. αλλά και σε μερικά ασιατικά κράτη.

Το 2009, οι κυβερνήσεις πραγματοποίησαν μεγάλες προσπάθειες με βασικότερο στόχο να κατορθώσουν να εξασφαλίσουν τις τράπεζες οι οποίες κινδύνευαν από κατάρρευση και διαμέσου των συγκεκριμένων ενεργειών, προσπαθούσαν να προστατέψουν αλλά και να διασφαλίσουν σταθεροποίηση της οικονομίας. Οι παραπάνω ενέργειες, όμως, είχαν σαν συνέπεια το δημόσιο έλλειμμα των περισσότερων κρατών της Ε.Ε. να παρουσιάσει τριπλάσια αύξηση και το δημόσιο χρέος να παρουσιάσει με την σειρά του τεράστια ανοδική τάση.

Οι συγκεκριμένες κυβερνήσεις έφτασαν να είναι υπόλογες στις τράπεζες, που εν τέλει ωφελήθηκαν από τους πόρους τους οποίους είχαν την διάθεση τους με στόχο την εξασφάλιση τους. Οι ενέργειες που έγιναν μετατόπισαν τους κινδύνους από τον χρηματοοικονομικό κλάδο στον δημόσιο και ειδικότερα στα κρατικά ομόλογα. Για την επίλυση όλων αυτών των προβλημάτων, οι περισσότερες κυβερνήσεις της Ε.Ε. όπως και η δική μας, όπως έχουμε ήδη αναφέρει παραπάνω, ακολούθησαν στρατηγική μέτρων λιτότητας (Τσαχτσαρλή, 2012).

Τα μέτρα αυτά είχαν σαν κύριο σκοπό την ελάττωση των δημόσιων οφειλών και των ελλειμμάτων βάση των κατευθύνσεων αλλά και των αναγκών που παρουσίαζε το κάθε κράτος ξεχωριστά. Με λίγα λόγια, η σύγχρονη παγκόσμια χρηματοοικονομική ύφεση άρχισε σαν κρίση ενυπόθηκων δανεισμών μεγάλου κινδύνου και εξελίχθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο σε ύφεση της αληθινής οικονομίας, που εξελίσσεται σε ολόκληρη την Ε.Ε. αλλά και στην χώρα μας εδώ και αρκετά χρόνια (Κυριακού, 2013).

Όπως, έχουμε ήδη προαναφέρει, όμως, η χρηματοοικονομική ύφεση στην χώρα μας, δεν προκλήθηκε μονάχα από το κακό παγκόσμιο κλίμα αλλά και από τις

τακτικές και τις ενέργειες που ακολουθήθηκαν όλα τα προηγούμενα χρόνια, εμφανίζοντας τεράστια προβλήματα κυρίως διαθρωτικά. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, άλλωστε, πως από το 1975 και ύστερα, η χώρα μας ακολούθησε τακτική αλόγιστων εξωτερικών δανεισμών με επίπτωση την ραγδαία και μη ελεγχόμενη διόγκωση των οφειλών της προς τους δανειστές της. Κατά την διάρκεια του 1980 μέχρι και το 1993 το χρέος αυτό από 29% περίπου είχε ανέλθει στο 111,6% του ΑΕΠ.

Η χώρα μας, με τον τρόπο αυτόν, είχε αναπτύξει όλα κριτήρια, τα οποία προκάλεσαν σε μια οικονομική κατάρρευση δίχως να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη εξάρτηση από την διεθνή χρηματοοικονομική ύφεση η οποία ξέσπασε την περίοδο εκείνη, το οποίο ήταν κάτι το οποίο απλά έφερε τα προβλήματα της χώρας μας στην επιφάνεια. Αυτός είναι και ο λόγος που σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, η συγκεκριμένη ύφεση θα κρατήσει περισσότερο σε διάρκεια στην χώρα μας παρά στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης.

Τα αποτελέσματα και οι συνέπειες της συγκεκριμένης οικονομικής κρίσης έχουν αναφερθεί και παραπάνω, καθώς όπως είναι λογικό μια τέτοια ύφεση έχει την δυνατότητα να επηρεάσει σε τεράστιο βαθμό την ποιότητα ζωής των πολιτών της χώρας μας. Με το ξεκίνημα, λοιπόν, της συγκεκριμένης ύφεσης, οι πολίτες της χώρας μας δεν γνωρίζουν πόσο θα κρατήσει η εν λόγω κατάσταση αλλά και τον τρόπο με τον οποίο θα κατορθώσουμε να βγούμε από την συγκεκριμένη κατάσταση (Κυριακού, 2013).

Ένα άλλο αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι το γεγονός πως αρκετοί Έλληνες έχουν μετανάστευση λόγω της συγκεκριμένης κατάστασης, αλλά παράλληλα υπάρχουν και άλλοι πολίτες οι οποίοι σκέφτονται άμεση να προβούν σε μια παρόμοια μετακίνηση. Γενικότερα, μια επίπτωση των οικονομικών κρίσεων είναι και η μετανάστευση η οποία πραγματοποιείται από τους πολίτες μιας χώρας η οποία έχει επέλθει στην δίνη μιας χρηματοοικονομικής ύφεσης (Τριανταφύλλου, 2013).

Αυτός είναι και ο λόγος που όπως δείχνουν έρευνες που έχουν γίνει, η συγκεκριμένη κατάσταση της χώρας μας θα προκαλέσει νέα μεταναστευτικά ρεύματα από την χώρα μας σε άλλα κράτη, όπως επίσης είναι πιθανό να επιφέρει μεγάλες επιρροές ακόμα και στη ροή μετανάστευσης που υφίσταται ήδη. Η οικονομική ύφεση, έχει την ευχέρεια να στρέψει τεράστιο ποσοστό πολιτών της χώρας μας, οι οποίοι δεν έχουν δουλειά, είτε έχουν χαμηλούς μισθούς, στην μετανάστευση σε διαφορετικά κράτη με βασικότερος στόχο την εύρεση καλύτερης ποιότητας ζωής αλλά και καλύτερες εργασιακές συνθήκες.

Η Ελλάδα, τις τελευταίες δεκαετίες είναι κράτος υποδοχής αρκετών διαφοροποιημένων μεταναστευτικών εθνικοτήτων, σαν μια ακόμη πιθανή συνέπεια της ύφεσης λογίζεται και η ελάττωση των καινούριων μεταναστευτικών εισχωρήσεων είτε και η ελάττωση του μεταναστευτικού αποθέματος της με στόχο τον επαναπατρισμό είτε την μετανάστευση σε κάποιο άλλο κράτος. Οι συνέπειες της κάθε οικονομικής ύφεσης στον τομέα της μετανάστευσης έχουν άμεση εξάρτηση από την ισχύ της ύφεσης αλλά και από την διάρκεια που αυτήν θα έχει (Κυριακού, 2013).

2.2 Η Ελλάδα στη δίνη μιας διεθνούς οικονομικής κρίσης

Ο Γενικός Χρηματιστηριακός Δείκτης των Αθηνών πλησίασε σε επίπεδο κάτω από τις 1.800 μονάδες, δηλαδή σε χαμηλότερα επίπεδα ακόμα και από αυτά του 1989, παρά τα κέρδη που παρουσίασαν οι ελληνικές τράπεζες αλλά και οι επιχειρήσεις. Η Ελλάδα παρουσίασε μεγάλες απώλειες της τάξεως των 24 δισ. ευρώ στο δεύτερο εξάμηνο του 2008, και συγκεκριμένα μέσα σε 24 μέρες.

Στην Ελλάδα εμφανίστηκαν οι μεγαλύτερες απώλειες βιομηχανικών παραγγελιών ύψους 10%, ενώ στη Γαλλία ήταν 7%. Αναλυτές προαναγγέλλουν τη μείωση των εξαγωγών, της κατανάλωσης αλλά και της παραγωγικής δραστηριότητας, ενώ οι κατασκευές παραμένουν στα ίδια επίπεδα. Απαισιόδοξες ήταν και οι προβλέψεις για τα ποσοστά της ανεργίας. Οι επιπτώσεις αυτές οδήγησαν στις αναθεωρήσεις όλων των κρατικών προϋπολογισμών με αποτέλεσμα οι ηγέτες της Ευρωπαϊκής ένωσης ζήτησαν απαιτητικά τη χαλάρωση του Συμφώνου σταθερότητας, με το να το προσαρμόσουν στις δυσμενείς συνθήκες, χωρίς όμως αυτό το αίτημα να γίνει ποτέ δεκτό.

Η Ελλάδα βρίσκεται στη δίνη μιας διεθνούς οικονομικής κρίσης, η διεθνής κοινότητα αντιμετωπίζει, σήμερα, την πιο μεγάλη οικονομική κρίση της μεταπολεμικής περιόδου. Ήταν εμφανή πια τα εξής γεγονότα:

- Εμφάνιση αύξησης του πληθωρισμού της ευρωζώνης
- Η ακρίβεια αποτέλεσε μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα για όλες τις χώρες
- Η ανεργία άγγιξε υψηλά ποσοστά
- Οι ρυθμοί ανάπτυξης της Ε.Ε. μειώθηκαν κατά 50%

- Η χρηματοοικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά την Ευρώπη
- Χρηματοοικονομικοί οργανισμοί άρχιζαν να κλονίζονται.

Η οικονομία δεν αποτελεί μεμονωμένη υπόθεση αλλά είναι συνδεδεμένη με την ανθρώπινη φύση, με την πολιτική και με το τι θεωρείται ορθή συμπεριφορά. Η τρέχουσα οικονομική κρίση, δυστυχώς, έχει ξεπεράσει τα διαθέσιμα μέσα και είναι αρκετά δύσκολο να υπάρξει λύση από τις αγορές αλλά και από το κράτος ξεχωριστά.

Τα ουσιαστικά προβλήματα της κρίσης, τα οποία επηρέασαν και το σύνολο των πολιτών, είναι η δυσκολία δανειοδότησης, η απότομη άνοδος των επιτοκίων, η αύξηση των τιμών των εμπορευμάτων και των καυσίμων, που είχαν σαν αποτέλεσμα και τη μείωση της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών. Παρουσιάστηκε πτώση των καταναλωτικών δαπανών και στη συνέχεια πτώση των κύκλων των εργασιών.

Η ελληνική οικονομία παγιδεύτηκε ανάμεσα στη δημοσιονομική κατάρρευση αλλά και την οικονομική ύφεση. Σύμφωνα με έρευνες της ΕΣΥΕ, τους πρώτους τρεις μήνες του 2009 χάθηκαν 70.000 θέσεις εργασίας και παράλληλα, ενώ δόθηκαν στις τράπεζες 28 δισ. ευρώ, η ρευστότητα δεν επηρέασε τις επιχειρήσεις.

Τα μέτρα της κυβέρνησης έχουν ως αποτέλεσμα να επιδεινώνουν την ύφεση και τη δημοσιονομική κρίση. Λογικό είναι ότι, αν το πρόβλημα της Ελλάδας μεγάλωνε και εξακολουθεί να αναπτύσσεται, τότε θα οδηγούσε προς την ίδια κατεύθυνση την Ισπανία, την Ιταλία αλλά και την Πορτογαλία, εξαιτίας του μηχανισμού μετάδοσης χρηματιστηριακών ιών. Μία τέτοια εμπειρία είχαμε στην Ανατολική Ευρώπη, αλλά και παλαιότερα στην Ασιατική κρίση, στην κρίση της Ρωσίας, του Μεξικού κ.λπ. Θα πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι οι παράγοντες των αγορών υποστηρίζουν ότι, στην περίπτωση της Ελλάδας, η διαρκής μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων δεν επαρκεί για να δοθεί τέλος στο πρόβλημα του χρέους.

2.3 Αίτια εμφάνισης και επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Η κρίση στη χώρα μας αναμένεται να έχει μεγαλύτερη διάρκεια από ότι σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης γιατί η δομή και τα προβλήματα δεν είναι μόνο διαφορετικά, αλλά διατηρούνται. Γίνονται μεγαλύτερα και οξύτερα, αντί να

αμβλύνονται, κάτω και από τις συνθήκες εμφάνισης της διεθνούς κρίσης (Busch, 1985).

Η σημερινή κρίση ξεκίνησε από την συνύπαρξη των ακόλουθων τριών παραγόντων (INE- ΓΣΕΕ, 2008):

- Η φούσκα στις τιμές των ακινήτων σε περιοχές των ΗΠΑ διευκόλυνε την υπερκατανάλωση, με αποτέλεσμα την υπερθέρμανση της οικονομίας και την αύξηση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών, όπως συμβαίνει σε παρόμοιες κρίσεις.
- Η εξάπλωση στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου, δηλαδή η ύπαρξη μιας πιστωτικής επέκτασης σε κατηγορίες νοικοκυριών, που υπό κανονικές συνθήκες δεν θα έπρεπε να έχουν δανειοδοτηθεί. Οι τράπεζες δανειοδοτούσαν με μόνη εγγύηση την αναμενόμενη αύξηση στην τιμή της κατοικίας, ενώ διευκόλυναν τα νοικοκυριά με χαμηλά επιτόκια στα πρώτα χρόνια, τα οποία όμως αργότερα θα αναπροσαρμόζονταν. Δεν ήταν λίγες οι φορές που οι τράπεζες πλήρωναν το δάνειο του νοικοκυριού από άλλη τράπεζα γιατί το νοικοκυριό είχε πρόβλημα αποπληρωμής.
- Η δημιουργία και η μεταφορά του ρίσκου από τους ισολογισμούς των τραπεζών στους επενδυτές και στο κοινό μέσω τιτλοποιήσεων, οι οποίοι αγνοούσαν το ύψος του κινδύνου. Αυτή η κατάσταση επέτρεπε στις τράπεζες να δανείζουν σε μη φερέγγυους δανειολήπτες και να αποκτούν ρευστότητα για περισσότερες δανειοδοτήσεις, χωρίς να είναι αναγκαίο να βρουν νέους καταθέτες.

Η πρόσφατη οικονομική κρίση δεν αποτελούσε ένα απρόσμενο φαινόμενο. Τα αίτια της συνδέονται με την μεταπολεμική συσσώρευση του κεφαλαίου στον ανεπτυγμένο καπιταλισμό και ιδιαίτερα τη «χρυσή εποχή» της συσσώρευσης του κεφαλαίου, την κρίση της δεκαετίας του '70, τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίστηκε η κρίση αυτή, την εμπειρία της «νεοφιλελεύθερης» περιόδου και ιδίως όταν και εντάθηκε το φαινόμενο της χρηματιστικοποίησης της καπιταλιστικής οικονομίας (Υπουργίο Οικονομικών της Κυπριακής Δημοκρατίας, 2010)

Η παραγωγική βάση της Ελληνικής οικονομίας είναι αδύναμη καθώς στηρίχθηκε, σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε τομείς όπως η ναυτιλία, ο τουρισμός και η οικοδομή, οι οποίοι πλήττονται πρώτοι και με ιδιαίτερη ένταση από την κρίση. Οι τράπεζες λειτούργησαν με πρωτόγνωρους ρυθμούς πιστωτικής επέκτασης, στο εσωτερικό αλλά και στο εξωτερικό, οι οποίες μαζί με μεγάλες ελληνικές επιχειρήσεις, είναι εκτεθειμένες πια στην διεθνή κρίση με την δημιουργία υψηλών κινδύνων, καθώς η κρίση αυτή απειλεί με ιδιαίτερη σφοδρότητα τις χώρες αυτές (Tsoulfidis, 2010).

Τα αίτια της κρίσης θα πρέπει να αναζητηθούν στα διαρθρωτικά προβλήματα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν, αλλά και στη διεθνή συγκυρία της οικονομικής και χρηματοπιστωτικής κρίσης, που τα ανέδειξε με εντονότερο τρόπο. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της οικονομίας μας είναι η εμφάνιση διαρθρωτικών προβλημάτων πολύ πριν την ύπαρξη της οικονομικής και χρηματοπιστωτικής κρίσης, τα οποία διογκώθηκαν τα τελευταία χρόνια με την επιμονή στην άσκηση πολιτικών στη κατεύθυνση των αυτορρυθμιζόμενων αγορών (Μπούρας & Λυκούρας, 2011).

Επιπλέον, οι αιτίες της ελληνικής δημοσιονομικής κρίσης πρέπει να εντοπιστούν σε τρεις επιπλέον παράγοντες (INE-ΓΣΕΕ, 2008):

- Στις πολιτικές μείωσης των φορολογικών εσόδων, που ακολούθησαν οι ελληνικές κυβερνήσεις για πάνω από μια δεκαετία πριν την κρίση.
- Στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία ήταν νεοφιλελεύθερη και απέκλειε τη στήριξη των δημόσιων οικονομικών της Ευρωζώνης με απευθείας δανεισμό από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα. Αντίθετα, υποχρέωσε τις κυβερνήσεις να παίρνουν δάνεια από τις εμπορικές τράπεζες και τις χρηματοπιστωτικές αγορές, με αποτέλεσμα αυτό να οδηγήσει στην εκτίναξη των επιτοκίων δανεισμού στη συγκυρία της κρίσης. Όταν οι χρηματαγορές δεν εμπιστευόντουσαν πια την ελληνική οικονομία, τα επιτόκια δανεισμού του Δημοσίου αυξήθηκαν κατά μεγάλο ποσοστό. Τον Φεβρουάριο του 2010, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφάσισε την διαμόρφωση ενός πακέτου δανειακής στήριξης του ελληνικού Δημοσίου με την εμπλοκή του Διεθνούς

Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ), με τον περιορισμό ότι η χώρα θα ακολουθούσε ένα αυστηρό πρόγραμμα περιστολής των δημόσιων δαπανών. Η κυβέρνηση έκανε στροφή στην μείωση των δαπανών του δημοσίου και στην περιστολή του κοινωνικού κράτους αλλά και με επιπλέον αύξηση των εσόδων κυρίως από έμμεσους φόρους (αύξηση Φόρου Προστιθέμενης Αξίας). Άφησε αμετάβλητες άλλες πηγές εσόδων ή δαπανών. Στις 23 Απριλίου του 2010, η ελληνική κυβέρνηση ζήτησε την ενεργοποίηση του μηχανισμού δανειακής στήριξης εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Διεθνές Νομισματικού Ταμείου, εγκαινιάζοντας πολιτικές «συρρίκνωσης του κράτους» αναφορικά με την τοπική αυτοδιοίκηση, το ασφαλιστικό σύστημα και τις συντάξεις.

- Στην ύπαρξη του ευρώ που, πριν την εμφάνιση της κρίσης, έκανε εύκολη τη μεταφορά πόρων προς τις χώρες που αναπτύσσονταν γρηγορότερα. Αυτές οι κεφαλαιακές εισροές ισοσκελίζαν το ισοζύγιο πληρωμών της χώρας, δηλαδή επέτρεπαν πριν την κρίση να διατηρηθεί ένα σημαντικό έλλειμμα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών. Με την απότομη εμφάνιση της κρίσης η δυνατότητα αυτή δεν υπήρχε πια, καθώς μειώθηκαν οι κεφαλαιακές εισροές.

Στο χρονικό διάστημα από 1996 έως το 2008, η Ελλάδα παρουσίασε αύξηση του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος κατά 61%, η Ισπανία κατά 56% και η Ιρλανδία κατά 124%, σε αντίθεση με τις περισσότερο αναπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες. Για την Γερμανία ήταν 19,5%, την Ιταλία 17,8% και για τη Γαλλία 30,8%. Οι χώρες που σημείωσαν υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης κατέληξαν με ελλείμματα στις τρέχουσες συναλλαγές (INE-ΓΣΕΕ, 2008).

Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης είναι διαφορετικά όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου οι χώρες μέσης και χαμηλής ανάπτυξης πλήττονται περισσότερο σε σχέση με τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, καθώς τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Stiglitz, 2006).

Η οικονομική κρίση οδηγεί σε δυσάρεστες επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης,

το διεθνές εμπόριο και η απασχόληση παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία (Marmot & Bell, 2009).

Η παρούσα κρίση κινεί σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση μερικές άλλες νέες βιομηχανικές χώρες. Σε παγκόσμια κλίμακα, η οικονομική κρίση θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο να χάσουν την εργασία τους και συνεπώς να βρεθούν σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας. Από τα τέλη του 2008, η ανεργία άρχισε όλο και περισσότερο να αυξάνεται. Η κατάσταση αυτή απειλεί κυρίως τις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξης, καθώς και στο εσωτερικό των χωρών τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά προβλήματα:

- Την αύξηση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών
- Τις δύσκολες συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας
- Τα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης.

2.4 Το αποτέλεσμα και η αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση οδηγεί σε ανεργία και τελικά σε φτώχεια, που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχικές διαταραχές. Η ανεργία σχετίζεται με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, στην ενδοοικογενειακή βία, αύξηση στις αυτοκτονίες αλλά και μείωση των θανάτων από τροχαία κατά 1,4%. Ειδικότερα, η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών γιατί οι άνθρωποι αναγκάζονται να διαβιώνουν σε αρκετά υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται με δυσκολία και να εργάζονται σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα (Λιαρόπουλος, 2010).

Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης ήταν ήδη ορατά από το 2008. Συγκεκριμένα, οι καθαρές συνολικές επενδύσεις υποχώρησαν στο 8% του ΑΕΠ, δηλαδή κατά 4,5 εκατοστιαίες μονάδες περίπου έναντι του 2007. Αυτό αποκαλύπτει

τη μείωση των εισοδημάτων και την αναβολή της πραγματοποίησης των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα, ενόψει της μείωσης της ζήτησης που επικρατεί στην οικονομική κρίση. Επίσης, η μείωση των επενδύσεων οδηγεί σε δυσκολίες πρόσβασης, που αντιμετωπίζουν οι επιχειρήσεις στον δανεισμό. Μέχρι τα μέσα του 2009, όταν εμφανίστηκε η κρίση των τραπεζών, όλες οι κυβερνήσεις των αναπτυγμένων χωρών χρηματοδότησαν τη διάσωση του χρηματοπιστωτικού συστήματος, αλλά αυτό οδήγησε στη μεγάλη διόγκωση του δημοσιονομικού ελλείμματος και του δημόσιου χρέους. Στην Ελλάδα δόθηκαν συνολικά 28 δισ. ευρώ για να στηριχθεί το τραπεζικό σύστημα. Με λίγα λόγια, εξαιτίας της κρίσης ένα μέρος του ιδιωτικού χρέους μετατράπηκε σε δημόσιο (Savas, 2012).

Δημιουργήθηκε ένα σημαντικό ερώτημα για το πως οι υπεύθυνοι για την κρίση θα πληρώσουν χωρίς να εμφανιστούν απώλειες στο παραγόμενο προϊόν (ΑΕΠ), και ιδιαίτερα σε συνθήκες ελεύθερης οικονομίας της αγοράς. Σε αυτό το γεγονός, η νομισματική πολιτική ήταν λογικό να αντιδράσει με τους εξής δύο τρόπους: μειώνοντας τα επιτόκια και παρέχοντας ευκολίες ρευστότητας στο σύστημα. Δόθηκαν δισεκατομμύρια ευρώ, δολάρια, στερλίνες και γιέν από τις κεντρικές τράπεζες για την παροχή ρευστότητας στην αγορά, αφού οι εμπορικές τράπεζες ήταν απρόθυμες να διευκολύνουν, η μια την άλλη, με δάνεια. Τα επιτόκια στους δείκτες Euribor και Libor ήταν σταθερά, σε αρκετά υψηλά επίπεδα, δίνοντας βάση την έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ των τραπεζών. Επιπλέον, τα χρηματιστήρια του πλανήτη αντιμετώπισαν μεγάλες απώλειες το 2008, αγγίζοντας ή και ξεπερνώντας το ποσοστό του 50% (Κουφάρης, 2010).

Αν και οι νομισματικές αρχές πραγματοποίησαν επανειλημμένες παρεμβάσεις, η ομαλότητα στις αγορές χρήματος και κεφαλαίου ήταν δύσκολη και αρκετά αργή. Έγινε πια συνειδητό ότι η παρέμβαση των κυβερνήσεων, μέσω της δημοσιονομικής πολιτικής, ήταν απολύτως απαραίτητη. Διεθνείς οργανισμοί, π.χ. ΟΟΣΑ και ΔΝΤ, πρότειναν να στηριχθεί η οικονομία μέσω της υιοθέτησης «δημοσιονομικών πακέτων» έτσι ώστε να στηριχθεί η οικονομική δραστηριότητα. Παραδείγματα δημοσιονομικών πακέτων που υιοθετήθηκαν από οικονομίες ήταν των Η.Π.Α., της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιαπωνίας, και της Κίνας (Μακατσάκος, 2010).

Τα «δημοσιονομικά πακέτα» (Μπακατσίακος, 2010) περιλαμβάνουν μέτρα όπως:

- εξασφάλιση σταθερότητας του χρηματοπιστωτικού συστήματος
- τόνωση της εσωτερικής ζήτησης με την ενίσχυση των δημόσιων δαπανών
- μείωση της φορολογίας.

Αν και ενδείκνυται η χρήση της νομισματικής πολιτικής σε τέτοιες καταστάσεις, επικρατεί η άποψη για τη χρήση της δημοσιονομικής πολιτικής. Παρόλα αυτά, όμως, εμφανίζονται δύο σημαντικές απόψεις για τον προσανατολισμό και το μέγεθος των δημοσιονομικών παρεμβάσεων. Η πρώτη σκέψη είναι ότι οι εκτεταμένες δημοσιονομικές παρεμβάσεις αποτελούν τη μόνη λύση για να αποφύγουμε μια παρατεταμένη ύφεση, αλλά παραμένει ο κίνδυνος ότι οι κυβερνήσεις θα δράσουν πολύ αργά και σε μικρό ποσοστό. Η δεύτερη σκέψη είναι ότι δεν μπορεί να επικρατήσει μια γενική συνταγή για όλα τα κράτη, αλλά και σε κάθε περίπτωση οι δημοσιονομικές παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι έγκαιρες, έτσι ώστε να μη θέτουν σε κίνδυνο τη μακροχρόνια βιωσιμότητα των δημοσίων οικονομικών.

Για να ασκηθεί επεκτατική πολιτική είναι αναγκαία η ύπαρξη κατάλληλων περιθωρίων δημοσιονομικής ευελιξίας. Είναι σημαντικό να αναφερθούμε στο γεγονός ότι εκτεταμένες δημοσιονομικές παρεμβάσεις σε χώρες, όπως π.χ. η Ελλάδα, με την ήδη νομοθετική μείωση των φορολογικών συντελεστών, θα δημιουργούσαν αύξηση του χρέους και του δημοσιονομικού ελλείμματος με αρνητικές μακροπρόθεσμες συνέπειες. Σύμφωνα με τα σημερινά επίπεδα χρέους και ελλείμματος, η αύξηση των περιθωρίων των ελληνικών ομολόγων έναντι των γερμανικών δεν βοηθά τον κρατικό προϋπολογισμό και την εξυπηρέτηση του δημοσίου χρέους. Αν οι δημόσιες δαπάνες είναι αρκετά υψηλές, ως ποσοστό του ΑΕΠ, το πιθανότερο είναι να δημιουργήσει αρκετά προβλήματα στην οικονομία. Αυτό που αποτελεί ελπιδοφόρο για την έξοδο της Ελλάδας από την κρίση είναι η αύξηση των δημοσίων επενδύσεων, με την μόνη προϋπόθεση, την ύπαρξη επενδυτικών σχεδίων με άμεσα αποτελέσματα. Το χρονικό διάστημα λήψης της απόφασης για τη χρηματοδότηση ενός συγκεκριμένου έργου υποδομής μέχρι την απόκτηση των σχετικών κονδυλίων είναι τέτοιο που δεν θα συμβάλλει στην άμεση αντιμετώπιση της κρίσης, αλλά αντιθέτως θα ενεργήσει κατά πάσα πιθανότητα πληθωριστικά σε μια άλλη φάση του οικονομικού κύκλου (Μπακατσίακος, 2010).

Παράλληλα, αν η επιλογή για τις δημόσιες επενδύσεις γίνεται βιαστικά με κριτήριο τις προτιμήσεις ισχυρών πολιτικών παραγόντων, τότε μπορεί να υπάρξει σοβαρός κίνδυνος ως προς τα αποτελέσματα για την κοινωνία. Στην Ελλάδα, οι επενδύσεις, που ήδη έχουν εγκριθεί και συνδέονται με την πραγματοποίηση του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και των Συμπράξεων Ιδιωτικού και Δημόσιου Δημοσίου Τομέα, αποτελούν ικανή αντιμετώπιση των προβλημάτων. Παρόλα αυτά, η διόγκωση τους μπορεί να υποβαθμίσει το επίπεδο απορροφητικότητας των κοινοτικών πόρων και την ποιότητα των δημοσίων δαπανών (Μπακατσίακος, 2010) .

Οι κυβερνήσεις, όπως και η Ελλάδα, που έχουν ελάχιστα περιθώρια δημοσιονομικής ευελιξίας, ίσως κριθεί αναγκαίο να είναι περισσότερο εφευρετικές και καινοτόμες στους τρόπους αντιμετώπισης των συνεπειών της κρίσης. Πιθανόν, η κρίση να σταθεί αφορμή για την πραγματοποίηση σημαντικών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις δεν είναι τόσο εύκολο να επιτευχθούν σε μια κατάσταση οικονομικής κρίσης, εξαιτίας της επικράτησης της άποψης ότι δεν υπάρχουν τα απαραίτητα δημοσιονομικά περιθώρια για να αποζημιωθούν εκείνοι οι οποίοι νιώθουν ότι θίγονται από αυτές. Όμως, άλλες μεταρρυθμίσεις έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιτευχθούν γιατί η ανάγκη για το «κοινό καλό», το οποίο γίνεται αντιληπτό ευκολότερα σε περιβάλλον κρίσης και περισσότερο πειστικό, μειώνονται οι συντεχνιακές αντιδράσεις (European Commission, 2009) .

2.5 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών

Ο τομέας που πλήττεται περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο σε μια οικονομική κρίση είναι η απασχόληση. Οι εργαζόμενοι νιώθουν πως είναι πιθανό να χάσουν την δουλειά τους και τελικά πολλοί από αυτούς μένουν άνεργοι (Καραϊσκού, Μαλλιάρου, & Σαράφης, 2012).

Οι έρευνες έχουν δείξει πως όταν οι άνθρωποι δεν νιώθουν σίγουροι για την εργασία τους ή όταν μένουν άνεργοι και δεν έχουν πια σταθερό εισόδημα και προσπαθούν να επιβιώσουν με λίγα χρήματα, η υγεία τους επιβαρύνεται. Αυτό συμβαίνει γιατί όταν οι πολίτες δεν έχουν αρκετά χρήματα, έχουν στρες και πολλοί

από αυτούς καταφεύγουν σε κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και τσιγάρων με σκοπό να ξεχαστούν.

Από άλλη έρευνα φαίνεται πως η απώλεια εργασίας είναι η 8η αιτία που δημιουργεί στρες. Επιπλέον η ανεργία επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία, έχουν μειωμένα επίπεδα ευεξίας, περισσότερες ψυχικές διαταραχές, έχουν κατάθλιψη και κάποιες φορές παρατηρούνται και επιθετικές συμπεριφορές.

Σε παλαιότερες μελέτες που έγιναν στην Αγγλία και στην Ουαλία φαίνεται πως η ανεργία αυξάνει κατά 20% την θνησιμότητα και την νοσηρότητα. Στο ποσοστό αυτό το μεγαλύτερο μέρος αποτελείται από καρδιακές παθήσεις και αυτοκτονίες.

Σε μία άλλη έρευνα που έγινε σε 3500 χιλιάδες ανθρώπους και διήρκεσε από το 1995 έως το 1999 κατέγραψε την συμπεριφορά και την κατάσταση της υγείας τους διάφορους ανθρώπους. Ο στόχος της έρευνας ήταν να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ αυτών που βρίσκονται σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που νιώθουν εργασιακά ασφαλής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως τα άτομα που βρίσκονται σε εργασιακή ανασφάλεια είτε είναι άνεργοι εμφανίζουν αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα. Επιπλέον έδειξε πως οι αρνητικές επιπτώσεις παραμένουν στους ανθρώπους που είχαν ανασφάλεια ακόμα και όταν δεν έχασαν τελικά την δουλειά τους.

Σε μία ακόμα έρευνα που έγινε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1970 έως 2007 έγινε προσπάθεια για να καταγραφούν οι συσχετίσεις μεταξύ των αλλαγών στην απασχόληση και στην θνησιμότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όταν αυξήθηκε η ανεργία κατά 1% οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 0,79% σε όλες τις ηλικίες που είναι μικρότερες των 65 ετών. Όταν τα ποσοστά της ανεργίας αυξήθηκαν κατά 3% τότε το ποσοστό της αύξησης των αυτοκτονιών είναι στο 4,45%, ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε αύξηση των θανάτων λόγω αλκοόλ κατά 28%.

2.6 Επιπτώσεις της οικονομική κρίση στη ψυχική υγεία

Πολλοί ερευνητές συμφωνούν πως η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και όλες τις σωματικές επιπτώσεις που φέρνουν αυτές. Ανάλογες έρευνες δείχνουν μεγάλη συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης διάφορων ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Μπουρας & Λυκουρας, 2011).

Σε μια άλλη μελέτη που έκανα οι Paul και Moser σχετικά με το πόσο επιδράει η ανεργία στην ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων έδειξε πως ο αριθμός των ανέργων που έχουν ψυχολογικά προβλήματα είναι υπερδιπλάσιος από τον αριθμό των εργαζόμενων. Επιπλέον στην ίδια έρευνα φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων και των ανέργων. Οι άνεργοι φαίνεται να έχουν περισσότερο άγχος, κατάθλιψη, διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα και μειωμένο αίσθημα αυτοεκτίμησης σε σχέση με τους ανθρώπους που εργάζονται.

Ένας λόγος που εμφανίζονται αυτά τα προβλήματα είναι η κοινωνική κατάσταση που πιέζει τους ανθρώπους και ιδιαίτερα τους άνδρες και τους κάνει να νιώθουν πως δεν μπορούν να προσφέρουν ασφάλεια και υλικά αγαθά στην οικογένειά τους.

Επιπλέον τα άτομα που ανήκουν σε πιο χαμηλές κοινωνικές θέσεις τείνουν να έχουν μεγαλύτερα ψυχολογικά προβλήματα από την ανεργία και πολλά αυτό αυτά τα άτομα αδυνατούν να τα καταπολεμήσουν. Αυτά τα φαινόμενα τεκμηριώνονται από μια νέα έρευνα που προσπάθησε να συσχετίσει την φτώχεια με τις ψυχολογικές διαταραχές. Τα αποτελέσματά της έδειξαν πως οι διακρίσεις που κάνει η κοινωνία, ο κοινωνικός αποκλεισμός κάποιον ατόμων, η ανασφάλεια που νιώθουν κάποια άτομα, η ελλιπής εκπαίδευση που πιθανόν να έχουν αλλά και το μειωμένο εισόδημα μεγιστοποιούν τα φαινόμενα της κρίσης. Γι αυτόν τον λόγο τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα μαστίζονται περισσότερο από την κρίση άρα και από τα προβλήματα που αυτή φέρει.

2.7 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων είναι δραματικές. Με την μείωση του εισοδήματός τους ή την μη ύπαρξή του προκαλεί μεγάλα προβλήματα στην αγορά των βασικών προϊόντων που χρειάζονται και με το πέρασμα του χρόνου οδηγούν στην φτώχεια (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

Τις επιπτώσεις αυτές τις αντιλαμβάνονται όχι μόνο οι χώρες αλλά και οι πολίτες των χωρών αυτών. Ειδικά για τις αναπτυσσόμενες χώρες πλήττονται ανεπανόρθωτα οι χαμηλές και οι μεσαίες τάξης με αποτέλεσμα άτομα που δουλεύουν ως εργάτες και οι εργαζόμενοι σε βιοτεχνίες με χαμηλή εκπαίδευση να χάνουν τις δουλειές τους και να μην μπορούν να εργαστούν αλλού.

Αυτά που αναφέρθηκαν αποδεικνύονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου που δηλώνει πως από το 2007 άρχισε να παρατηρείτε μείωση των εισαγωγών και το 2009 η μείωση αυτή έφτασε στο 10%.

Ακόμα η παγκόσμια κρίση που υπάρχει έχει ρίξει την ανάπτυξη σε πολλές και μεγάλες χώρες εκτός από την Κίνα και την Ινδία. Όλα αυτά οδηγούν στην μείωση της παγκόσμιας οικονομίας και το πρόβλημα δείχνει να είναι δύσκολο να λυθεί. Ήδη από το 2008 η ανεργία ξεκίνησε να αυξάνεται και από το 2007 έως το 2009 ο αριθμός των ανέργων στο κόσμο αυξήθηκε από 18 έως 51 εκατομμύρια. Ανοδικά ήταν και τα νούμερα των ανθρώπων που ζουν στο όριο της φτώχειας αυξήθηκε κατά 200 εκατομμύρια.

2.8 Προτάσεις για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης

Η παγκόσμια οικονομία αντιμετωπίζει ένα αμείλικτο πρόβλημα, μια μεγάλη σε ένταση οικονομική κρίση. Αν και εμφανίστηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες με επίκεντρο τις τραπεζικές ανασφάλειες και ειδικότερα την αβέβαιη εξυπηρέτηση των στεγαστικών δανείων, το αποτέλεσμα ήταν να μεταδοθεί σαν ανεξέλεγκτος ιός και σε άλλες χώρες και σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας (Ματσάγγανης, 2010) .

Συγκεκριμένα, η χρηματοπιστωτική κρίση εμφανίστηκε με γρήγορο ρυθμό στις αναπτυγμένες χώρες και μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα σε ολόκληρο τον

κόσμο, φυσικά με επίπονες και δραματικές επιπτώσεις στις τράπεζες και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με απόψεις του Διεθνές Νομισματικού Ταμείου, η κρίση παρουσιάζεται στην πραγματική οικονομία, με εμφανή αποτέλεσμα την πτώση της απασχόλησης και την ύφεση. Θα ήταν σημαντικό να αναφερθεί ότι η αντίδραση των χωρών ήταν άμεση για τη λήψη μέτρων με σκοπό την αντιμετώπιση της κρίσης. Η λήψη των μέτρων ήταν διαφορετική από χώρα σε χώρα. Είχαν συγκεκριμένους στόχους, όπως την επίλυση και τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων, με στόχο τη συγκράτηση της απασχόλησης και την αναθέρμανση της οικονομίας (European commission, 2010)

Το Δεκέμβριο του 2008, κατατέθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση το σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης αλλά και για τη στήριξη της οικονομίας. Τα χαρακτηριστικά αυτού του σχεδίου ήταν η επίτευξη κοινών στρατηγικών και η πραγματοποίηση των στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε μακροπρόθεσμο διάστημα. Στόχος είναι η τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης. Τρόποι αντιμετώπισης της κρίσης είναι οι εξής: η παρουσία ρευστότητας στην οικονομία με αποτέλεσμα την τόνωση της ζήτησης αλλά και την ενίσχυση των επενδύσεων, έτσι ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι η στήριξη της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης. Έχοντας, φυσικά, ως βάση τους όρους του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο δίνει έμφαση στη νομισματική σταθερότητα και τη δημοσιονομική πειθαρχία (European Commission, 2010).

Η κρίση στην Ελλάδα έχει οδηγήσει μια κρίση εμπιστοσύνης στην ευρωζώνη και για αυτό το λόγο γίνεται περιορισμός με αυστηρά μέτρα μείωσης των ελλειμμάτων στην Ελλάδα, όπου αποτελεί τη βάση της δημοσιονομικής φάσης της ευρωπαϊκής κρίσης. Κανείς δεν γνωρίζει, αλλά ούτε μπορεί να προβλέψει με βεβαιότητα τη χρονική διάρκεια της εγχώριας κρίσης. Είναι πλέον γνωστό ότι η κρίση της ελληνικής οικονομίας σχετίζεται, κατά κάποιον τρόπο, με την κρίση της στρατηγικής του ευρώ. Οι οικονομικές εξελίξεις στις διεθνείς χρηματαγορές «τραυμάτισαν» τον κεντρικό πυρήνα του ευρώ με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κρίσης στις στρατηγικές εξουσίας που συσχετίζονται με αυτό. Ήταν λογικό, οι χώρες που εμφάνιζαν διαφορετικά ποσοστά ανάπτυξης κάτω από την ύπαρξη του ίδιου νομίσματος να οδηγήσει σε διαφορετικούς ρυθμούς κερδοφορίας και μεγέθυνσης (Βαγιανός, et al., 2010)

Παρουσιάζεται μια σχετική ταχεία ανάπτυξη στις χώρες της «περιφέρειας» και μια στασιμότητα του «κέντρου». Επιπλέον, παράλληλα με τους αρκετά υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης, που πραγματοποιήθηκαν στις πρώτες, παρουσιάστηκαν δύο επιπλέον γεγονότα, η εισροή ξένων αποταμιεύσεων και η ραγδαία μείωση στο κόστος του εγχώριου δανεισμού, με αποτέλεσμα την παρουσία σταθερών πλεονασμάτων στο ισοζύγιο των χρηματοπιστωτικών συναλλαγών. Η κρίση αντιμετωπίζεται πλέον ως η αιτία και η αφορμή για την στήριξη των νεοφιλελεύθερων στρατηγικών, που έχουν σχέση με το σχέδιο του ευρώ.

Σαν πρώτη κίνηση η αποπληρωμή του χρέους προϋποθέτει τη μείωση του ελλείμματος, ενώ θα ήταν σημαντικό να τονιστεί ότι το μέρος του ελλείμματος, που δεν αποτελείται από τις πληρωμές των τόκων, εμφανίζεται με την ονομασία πρωτογενές έλλειμμα. Επιπλέον, το μηδενικό πρωτογενές έλλειμμα αναφέρεται στο ότι η κυβέρνηση δεν εμφανίζει καινούργιο χρέος σ' αυτό, που ήδη έχουν κληρονομήσει από παλαιότερες κυβερνήσεις. Αντίθετα, πρωτογενές έλλειμμα με θετικό πρόσημο προσδιορίζει ότι η κυβέρνηση παρουσιάζει νέο χρέος. Στην Ελλάδα, συγκεκριμένα το 2009, το πρωτογενές έλλειμμα πλησίασε περίπου το 9%. Είναι λογικό ότι πρωτογενές έλλειμμα που πλησιάζει αυτό το ποσοστό, η αποπληρωμή του χρέους είναι ανέφικτη. Αν η κυβέρνηση δεν δημιουργεί νέο χρέος κάθε χρόνο (πρωτογενές χρέος), τότε θα μπορέσει να αποπληρώσει το χρέος. Θα ήταν βασικό και θετικό βήμα για την κυβέρνηση να δημιουργήσει πρωτογενές πλεόνασμα. Συγκεκριμένα, αν το πρωτογενές πλεόνασμα ξεπερνά τις πληρωμές των τόκων του χρέους, τότε το συνολικό έλλειμμα θα παρουσιάζει αρνητικό πρόσημο και το χρέος φυσικά θα μειωθεί. Αν, όμως, το πρωτογενές πλεόνασμα είναι ίσο με τις πληρωμές των τόκων του χρέους, τότε το έλλειμμα μηδενίζεται και το χρέος παραμένει σταθερό (Ματσαγγάνης, 2010).

Επιθυμητά αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν και με μηδενικό ή ελάχιστα θετικό έλλειμμα. Συγκεκριμένα, αν το ΑΕΠ της Ελλάδας διπλασιαζόταν σε σύντομο χρονικό διάστημα, χωρίς αλλαγές στο δημόσιο χρέος, τότε στην Ελλάδα θα παρουσίαζε μικρότερο πρόβλημα χρέους. Η ελληνική οικονομία μπορεί να πραγματοποιήσει, αλλά και να διατηρήσει σε υψηλούς ρυθμούς την ανάπτυξη του ΑΕΠ, μόνο αν αυξηθεί η ανταγωνιστικότητα της οικονομίας της. Η αύξηση της ανταγωνιστικότητας αποτελεί σημαντική σημασία εξαιτίας του μεγάλου εξωτερικού χρέους της Ελλάδας (Cabral, 2010).

Μία οικονομία μπορεί να απαλλαγεί από το εξωτερικό της χρέος όταν οι εξαγωγές είναι μεγαλύτερες από τις εισαγωγές. Η Ελλάδα παρουσιάζει περισσότερες εισαγωγές από τις εξαγωγές και για αυτό απαιτείται μεγαλύτερη αύξηση της ανταγωνιστικότητας, έτσι ώστε οι εξαγωγές να υπερκεράσουν τις εισαγωγές. Αντιμετωπίζει τα εξής προβλήματα, όπως ύπαρξη μεγάλου ελλείμματος, υψηλού χρέους και χαμηλή ανταγωνιστικότητα. Η ύπαρξη αυτών των παραγόντων αποτελεί η αιτία ότι η ελληνική οικονομία μπορεί να πραγματοποιεί δάνεια με υψηλά επιτόκια στις χρηματοπιστωτικές αγορές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Για να αναλυθεί περισσότερο το συγκεκριμένο θέμα πραγματοποιήθηκε μια έρευνα. Αρχικά δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με σκοπό να μοιραστεί σε άτομα που έχουν γίνει γονείς και έχουν επιλέξει να γεννήσουν σε δημόσιο νοσοκομείο. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε δημόσια μαιευτήρια σε άτομα που είναι γονείς ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας. Όλα τα άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είχαν γεννήσει σε δημόσια νοσοκομεία σε μια περίοδο που η οικονομική κατάσταση της χώρας περνάει κρίση. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν ανώνυμα και τα στοιχεία που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις τύπου ναι / όχι. Μοιράστηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια. Για να διεξαχθεί η έρευνα και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χρειάστηκαν περίπου 20 μέρες. Η διάρκεια που χρειάστηκε για να συμπληρωθεί το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια ήταν περίπου 10 με 15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο παράρτημα της εργασίας.

Αφού συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις και περάστηκαν σε spss, ώστε να προκύψουν τα ποσοστά. Στη συνέχεια προέκυψαν τα πίνακάκια και τα διαγράμματα τα οποία παρατίθενται παρακάτω και σχολιάζονται

για την άμεση κατανόηση μέσω αριθμητικών δεδομένων των όσων προέκυψαν από την έρευνα.

3.2 Σκοπός και σημασία της έρευνας

Ο πιο σωστός τρόπος για να προκύψουν συμπεράσματα για τα δημόσια μαιευτήρια είναι να ερωτηθούν άτομα που έχουν νοσηλευτεί σε αυτά. Έτσι, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν τα κριτήρια επιλογής των δημόσιων μαιευτηρίων σε περίοδο κρίσης. Για αυτό το λόγο δημιουργήθηκαν ερωτήσεις που αφορούν τους λόγους επιλογής ενός δημόσιου μαιευτηρίου καθώς και το πόσο ικανοποιημένα είναι τα άτομα από τα δημόσια μαιευτήρια και την ασφάλιση που διαθέτουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4

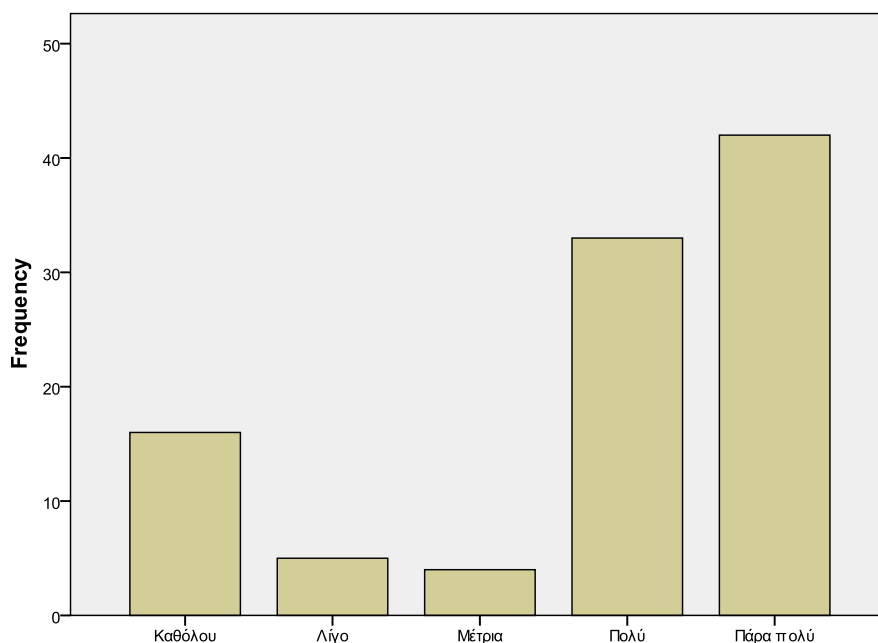
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πίνακας 1: Στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	16	16,0	16,0	16,0
Λίγο	5	5,0	5,0	21,0
Μέτρια	4	4,0	4,0	25,0
Πολύ	33	33,0	33,0	58,0
Πάρα πολύ	42	42,0	42,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 42% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε πάρα πολύ ο γιατρός τους, το 33% ότι στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε πολύ ο γιατρός τους, το 16% ότι στην επιλογή του μαιευτηρίου δεν συντέλεσε ο γιατρός τους, το 5% ότι στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε λίγο ο γιατρός τους και το 4% ότι στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε σε μέτριο βαθμό ο γιατρός τους

Σχεδιάγραμμα 1: Στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας;

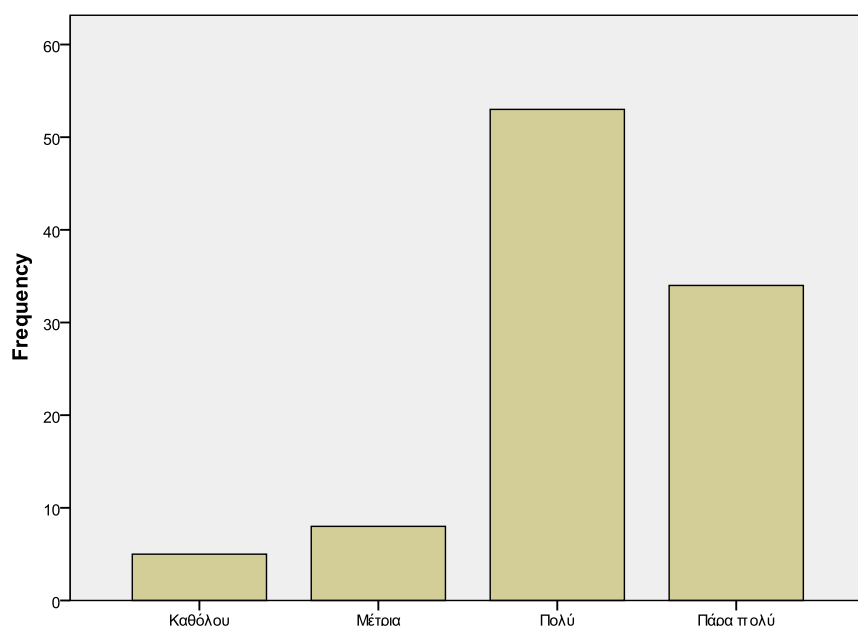


Πίνακας 2: Η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	5	5,0	5,0	5,0
Μέτρια	8	8,0	8,0	13,0
Πολύ	53	53,0	53,0	66,0
Πάρα πολύ	34	34,0	34,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 53% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε πολύ στην επιλογή τους, το 34% ότι η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε πάρα πολύ στην επιλογή τους, το 8% ότι η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε σε μέτριο βαθμό στην επιλογή τους και το 5% ότι η φήμη του μαιευτηρίου δεν συντέλεσε στην επιλογή τους.

Σχεδιάγραμμα 2: Η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας;

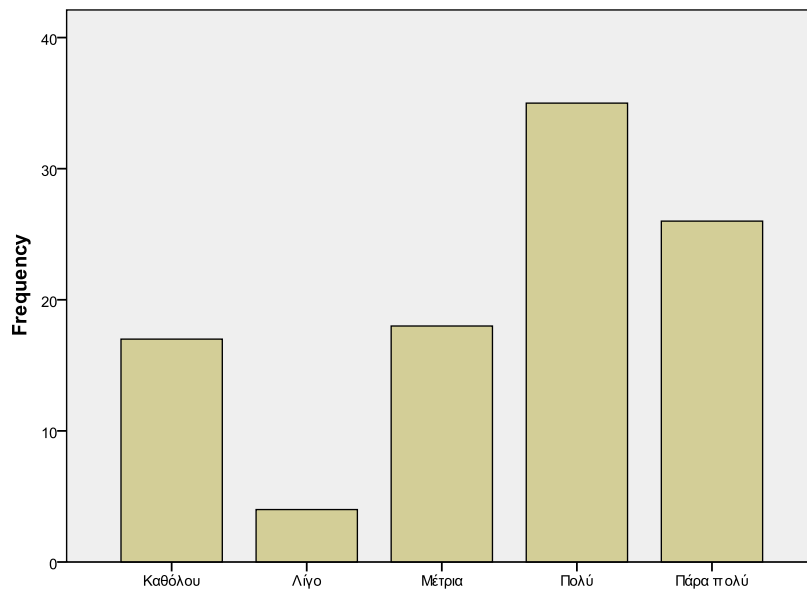


Πίνακας 3: Το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή του μαιευτηρίου;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	17	17,0	17,0	17,0
	Λίγο	4	4,0	4,0	21,0
	Μέτρια	18	18,0	18,0	39,0
	Πολύ	35	35,0	35,0	74,0
	Πάρα πολύ	26	26,0	26,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Το 35% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι το ασφαλιστικό τους ταμείο συντέλεσε πολύ στην επιλογή του μαιευτηρίου, το 26% ότι το ασφαλιστικό τους ταμείο συντέλεσε πάρα πολύ στην επιλογή του μαιευτηρίου, το 18% ότι το ασφαλιστικό τους ταμείο συντέλεσε σε μέτριο βαθμό στην επιλογή του μαιευτηρίου, το 17% ότι το ασφαλιστικό τους ταμείο δεν συντέλεσε στην επιλογή του μαιευτηρίου και το 4% ότι το ασφαλιστικό τους ταμείο συντέλεσε λίγο στην επιλογή του μαιευτηρίου.

Σχεδιάγραμμα 3: Το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή του μαιευτηρίου;

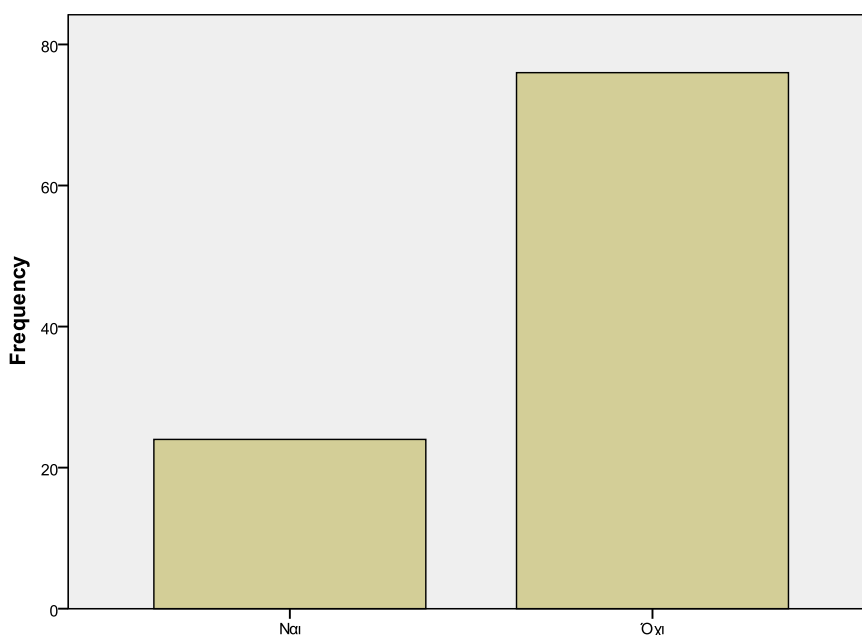


Πίνακας 4: Αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	24	24,0	24,0	24,0
Όχι	76	76,0	76,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 76% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνει ότι δεν αποταμίευε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας και το 24% ότι αποταμίευε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας.

Σχεδιάγραμμα 4: Αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας;

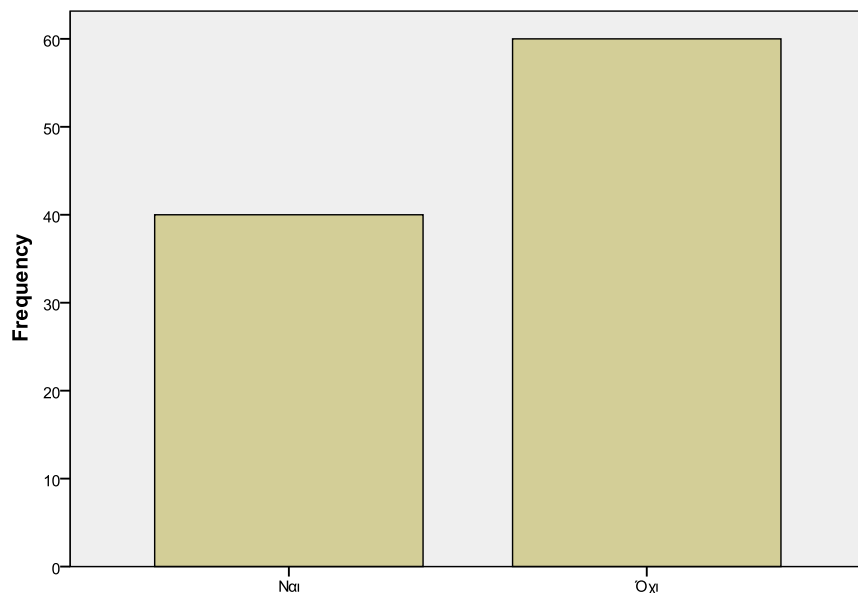


Πίνακας 5: Οι εξετάσεις που κάνατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	40	40,0	40,0	40,0
Όχι	60	60,0	60,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 60% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο υποστήριξαν ότι οι εξετάσεις που έκαναν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου και μόνο το 40% αυτών υποστήριξαν ότι οι εξετάσεις που έκαναν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου.

Σχεδιάγραμμα 5: Οι εξετάσεις που κάνατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου;

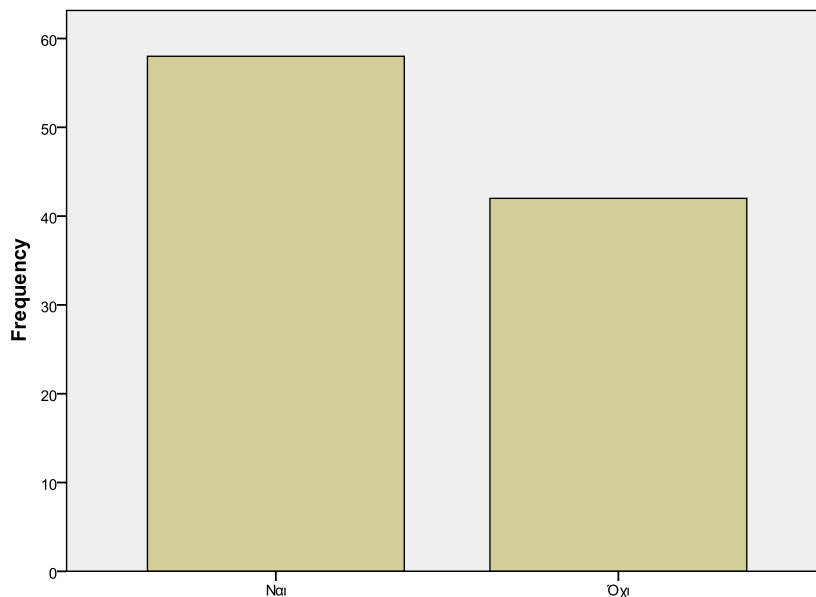


Πίνακας 6: Το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	58	58,0	58,0	58,0
	Όχι	42	42,0	42,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 58% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό τους ταμείο και το 42% ότι το κόστος της γέννας δεν καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό τους ταμείο.

Σχεδιάγραμμα 6: Το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο;

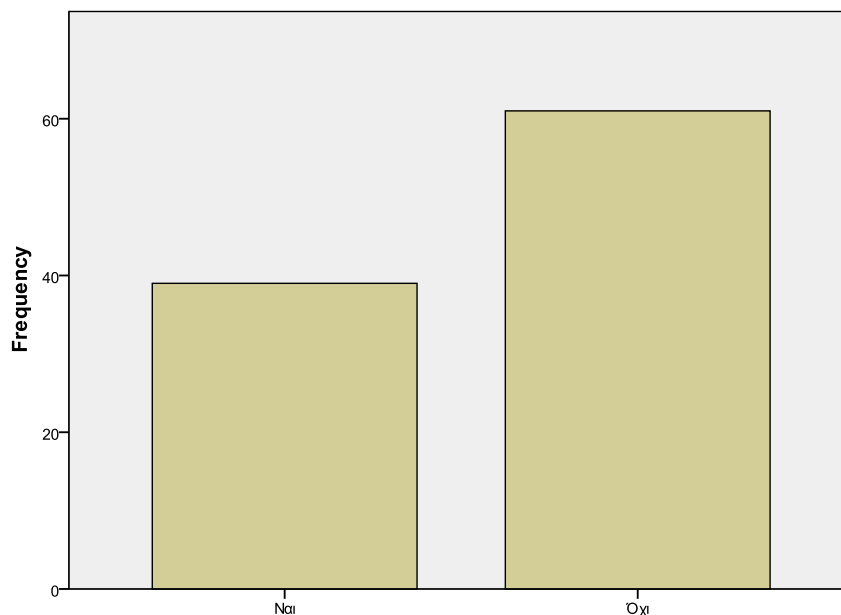


Πίνακας 7: Το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	39	39,0	39,0	39,0
Όχι	61	61,0	61,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 61% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι το κόστος της κλίνης δεν καλύφθηκε από το ασφαλιστικό τους ταμείο και το 39% ότι το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό τους ταμείο.

Σχεδιάγραμμα 7: Το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο;

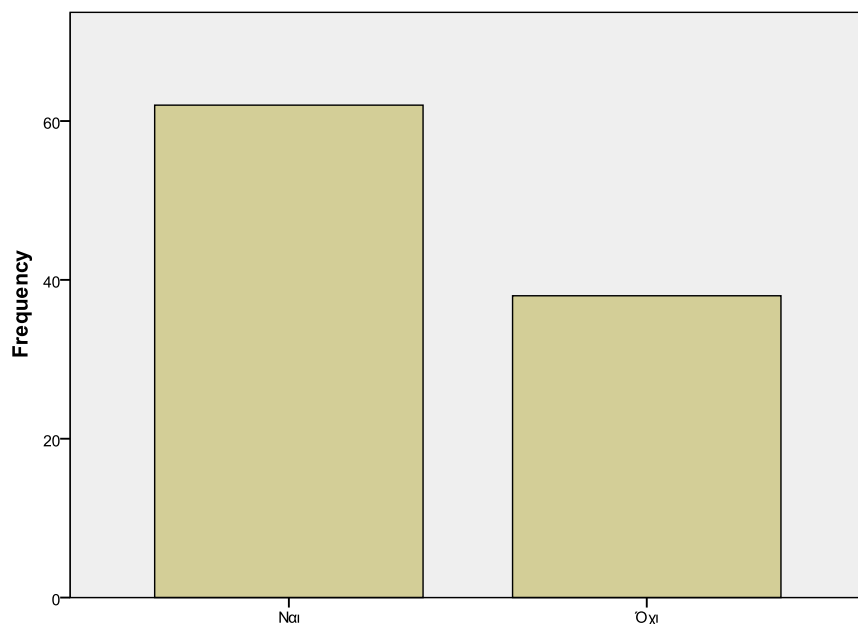


Πίνακας 8: Επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	62	62,0	62,0	62,0
Όχι	38	38,0	38,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 62% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι επέλεξαν δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική τους κατηγορία και το 38% ότι επέλεξε δωμάτιο που αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική τους κατηγορία.

Σχεδιάγραμμα 8: Επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία;

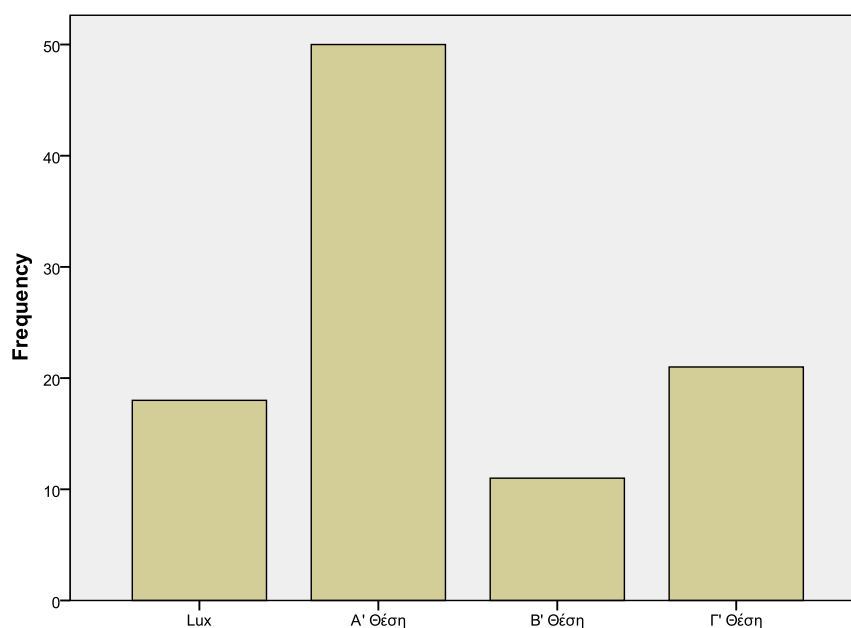


Πίνακας 9: Σε τι κατηγορίας δωμάτιο νοσηλεύτηκατε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lux	18	18,0	18,0	18,0
	A' Θέση	50	50,0	50,0	68,0
	B' Θέση	11	11,0	11,0	79,0
	Γ' Θέση	21	21,0	21,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 50% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι νοσηλεύτηκαν σε Α κατηγορίας δωμάτιο, το 21% ότι νοσηλεύτηκαν σε Γ κατηγορίας δωμάτιο, το 18% ότι νοσηλεύτηκαν σε Lux δωμάτιο και το 11% ότι νοσηλεύτηκαν σε Β κατηγορίας δωμάτιο.

Σχεδιάγραμμα 9: Σε τι κατηγορίας δωμάτιο νοσηλεύτηκατε;

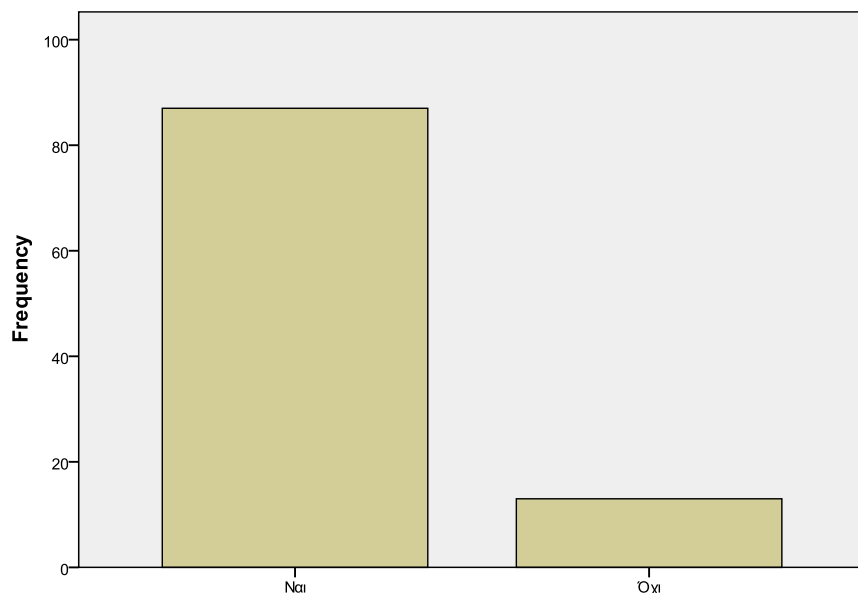


Πίνακας 10: Είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	87	87,0	87,0	87,0
Όχι	13	13,0	13,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 87% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι είχαν σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με τη κάλυψη του ασφαλιστικού τους ταμείου και το 13% ότι δεν είχαν σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με τη κάλυψη του ασφαλιστικού τους ταμείου.

Σχεδιάγραμμα 10: Είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου;



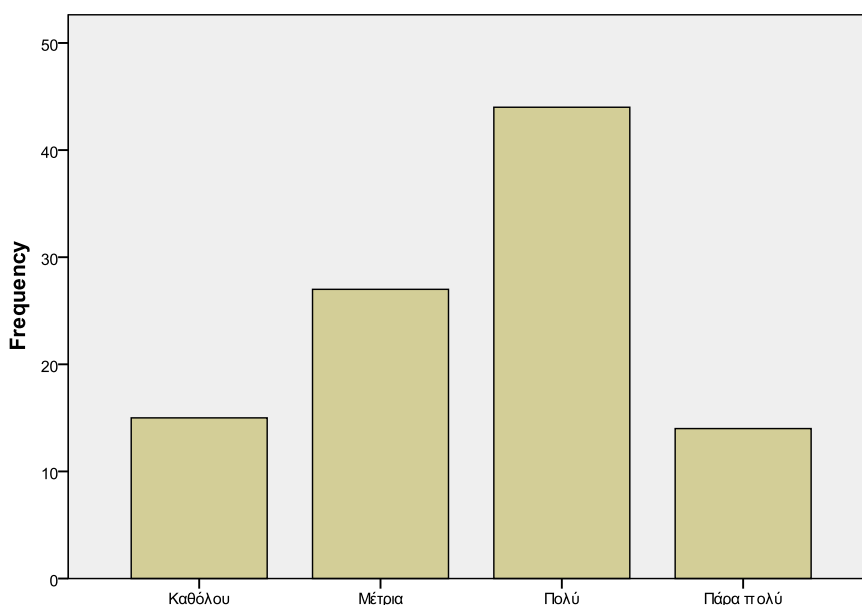
Πίνακας 11: Μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	15	15,0	15,0	15,0
Μέτρια	27	27,0	27,0	42,0
Πολύ	44	44,0	44,0	86,0
Πάρα πολύ	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 44% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι έχουν μείνει πολύ ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου, το 27% ότι έχουν μείνει σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου, το 15% ότι δεν έχουν μείνει ικανοποιημένοι από τη

σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου και το 14% ότι έχουν μείνει πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου.

Σχεδιάγραμμα 11: Μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου;

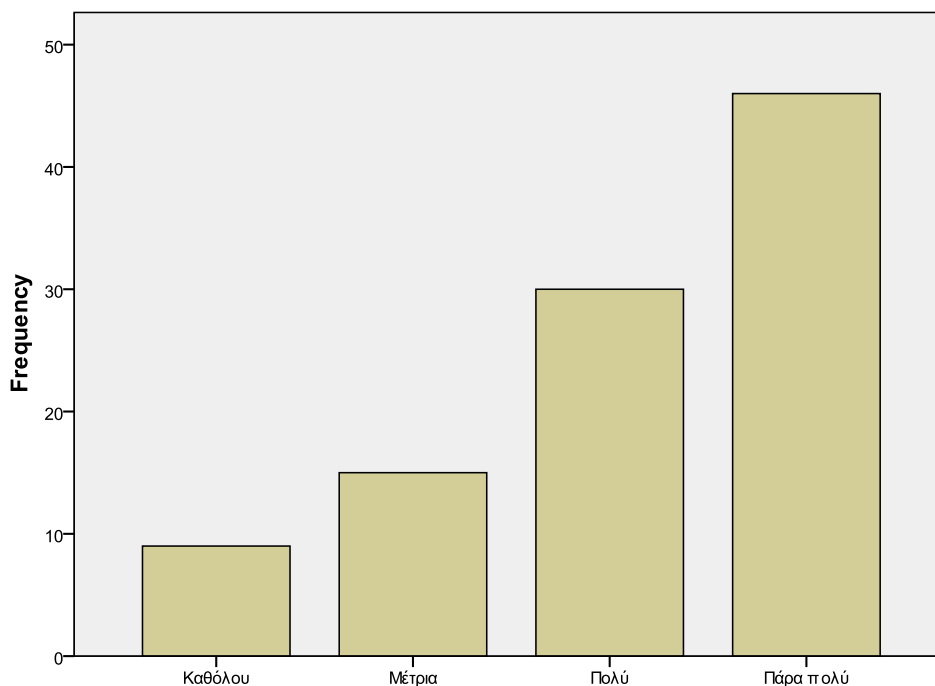


Πίνακας 12: Μείνατε ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	9	9,0	9,0	9,0
Μέτρια	15	15,0	15,0	24,0
Πολύ	30	30,0	30,0	54,0
Πάρα πολύ	46	46,0	46,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 46% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι μείνανε πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου, το 30% ότι μείνανε πολύ ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου, το 15% ότι μείνανε σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου και το 9% ότι δεν μείνανε ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου.

Σχεδιάγραμμα 12: Μείνατε ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου;

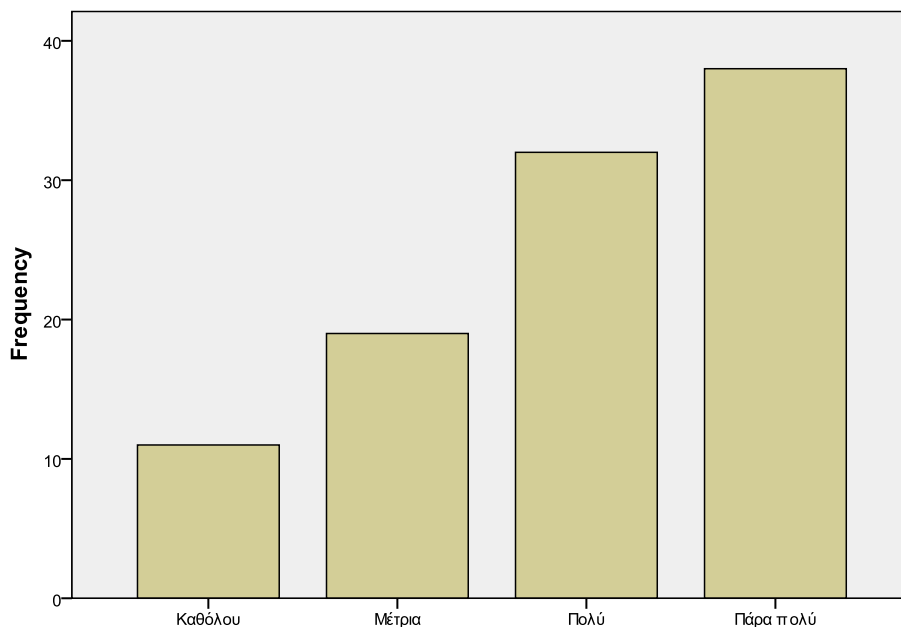


Πίνακας 13: Μείνατε ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό –μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου	11	11,0	11,0	11,0
Μέτρια	19	19,0	19,0	30,0
Πολύ	32	32,0	32,0	62,0
Πάρα πολύ	38	38,0	38,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 38% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι μείνανε πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό- μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου, το 32% ότι μείνανε πολύ ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό- μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου, το 19% ότι μείνανε σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό- μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου και το 11% ότι δεν μείνανε ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό- μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου.

Σχεδιάγραμμα 13: Μείνате ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό –μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου;

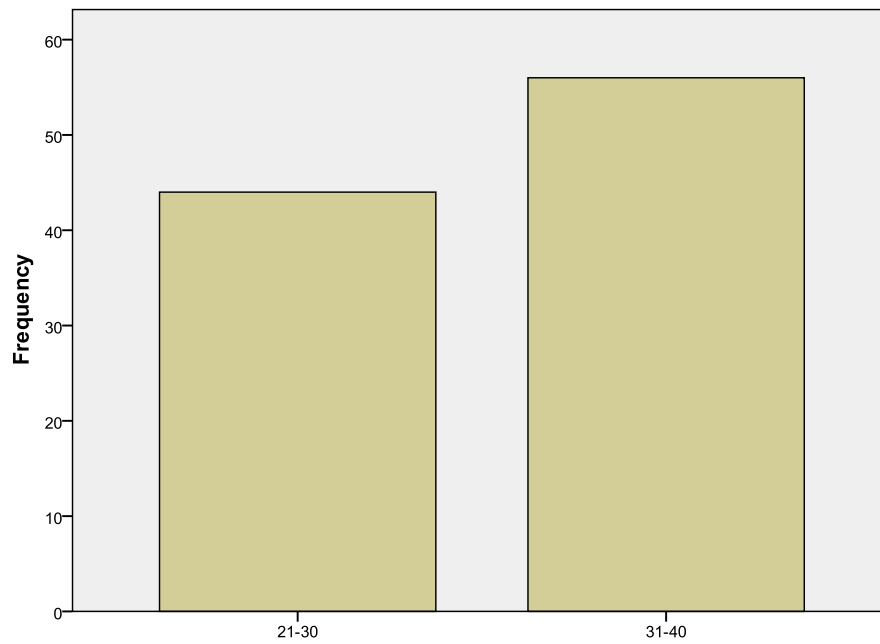


Πίνακας 14: ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-30	44	44,0	44,0	44,0
	31-40	56	56,0	56,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 56% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας 34-40 ετών και το 44% ήταν 21 με 30 ετών.

Σχεδιάγραμμα 14: ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)

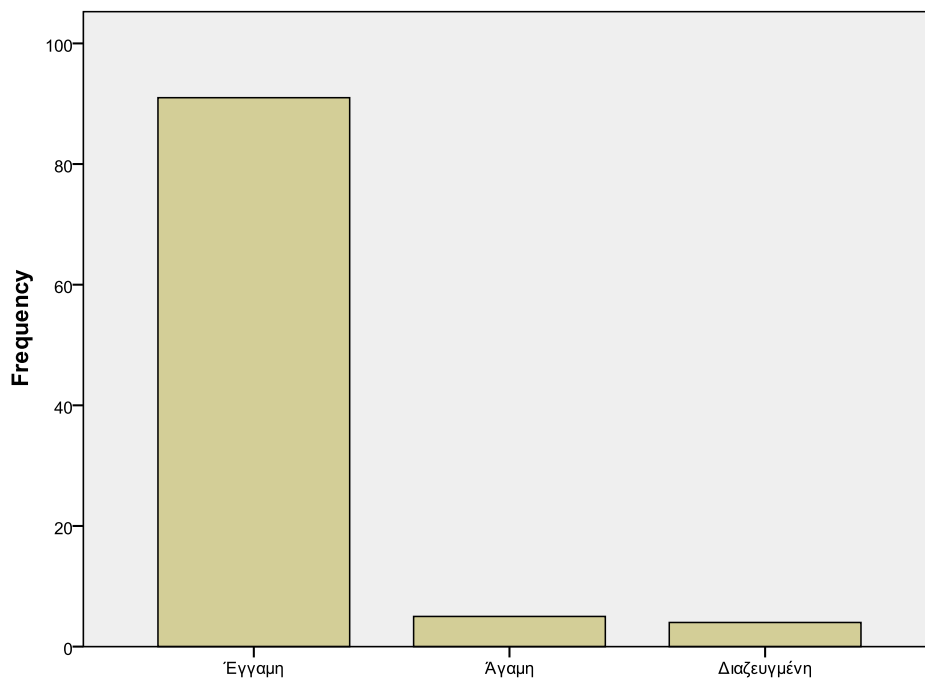


Πίνακας 15: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έγγαμη	91	91,0	91,0	91,0
Άγαμη	5	5,0	5,0	96,0
Διαζευγμένη	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 91% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν έγγαμοι, το 5% ήταν άγαμοι και το 4% διαζευγμένοι.

Σχεδιάγραμμα 15: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Πίνακας 16: ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελληνική	71	71,0	71,0	71,0
	Άλλη	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 71% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είχαν ελληνική υπηκοότητα και το 29% είχαν άλλη υπηκοότητα.

Πίνακας 17: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χωριό	6	6,0	6,0	6,0
	Προάστιο	38	38,0	38,0	44,0
	Κέντρο	56	56,0	56,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 56% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο μένουν στο κέντρο, το 38% μένουν σε προάστια και το 6% μένουν σε χωριό.

Πίνακας 18: ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αναλφάβητος	4	4,0	4,0	4,0
	Απόφοιτος δημοτικού	4	4,0	4,0	8,0
	Απόφοιτος γυμνασίου	14	14,0	14,0	22,0
	Απόφοιτος λυκείου/εξατάξιου γυμνασίου	20	20,0	20,0	42,0
	Απόφοιτος τεχνικής/πανεπιστημιακής σχολής	58	58,0	58,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 58% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν απόφοιτοι τεχνικής/ πανεπιστημιακής σχολής, το 20% ήταν απόφοιτοι λυκείου/ εξατάξιου γυμνασίου, το 14% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 4% ήταν απόφοιτοι δημοτικού και το υπόλοιπο 4% ήταν αναλφάβητοι.

Πίνακας 19: ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΟΠΥΥ	79	79,0	79,0	79,0
	ΑΛΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	16	16,0	16,0	95,0
	ΚΑΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 79% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είχαν ασφαλιστική κάλυψη ΕΟΠΥΥ, το 16% των ατόμων είχαν ασφάλιση σε άλλο ασφαλιστικό ταμείο και το 5% δεν είχαν καμία ασφάλιση.

Πίνακας 20: ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάτω από 700€	40	40,0	40,0	40,0
	700-1000€	40	40,0	40,0	80,0
	1001-1500€	16	16,0	16,0	96,0
	1501-2000€	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Το 40% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο έχει μηνιαίο εισόδημα κάτω από 700 ευρώ, το 40% έχει μηνιαίο εισόδημα από 700 μέχρι 1000 ευρώ, το 16% έχει μηνιαίο εισόδημα από 1001 μέχρι 1500 ευρώ και το 4% έχει μηνιαίο εισόδημα από 1501 μέχρι 2000 ευρώ.

Πίνακας 21: ΕΙΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνεργη	34	34,0	34,0	34,0
	Οικιακά	16	16,0	16,0	50,0
	Χειρωνακτική εργασία	12	12,0	12,0	62,0

Μη χειρωνακτική εργασία	38	38,0	38,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Το 38% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο απασχολούνται σε μη χειρωνακτική εργασία, το 34% είναι άνεργοι, το 16% απασχολούνται με τα οικιακά και το 12% απασχολούνται με χειρωνακτική εργασία.

Πίνακας 22: Συσχέτιση της ερώτησης: στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας;	Pearson Correlation	,157	-,433**	,023	,007	-,393**
	Sig. (2-tailed)	,118	,000	,821	,947	,000
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε ο γιατρός σας δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, τον τόπο κατοικίας και το μηνιαίο εισόδημα, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την υπηκοότητα και την ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 23: Συσχέτιση της ερώτησης: η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας;	Pearson Correlation	-,199*	-,076	,364**	,217*	,125
	Sig. (2-tailed)	,047	,453	,000	,030	,214

N	100	100	100	100	100
---	-----	-----	-----	-----	-----

Η ερώτηση αν η φήμη του μαιευτηρίου συντέλεσε στην επιλογή σας δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, την υπηκοότητα, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με τον τόπο κατοικίας.

Πίνακας 24: Συσχέτιση της ερώτησης: το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή σας, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Το ασφαλιστικό σας ταμείο συντέλεσε στην επιλογή του μαιευτηρίου;	Pearson	-,213*	,126	-,054	-,045	-,416**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,034	,213	,593	,655	,000
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν το ασφαλιστικό τους ταμείο συντέλεσε στην επιλογή τους δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, την υπηκοότητα, το μηνιαίο εισόδημα και τον τόπο κατοικίας, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 25: Συσχέτιση της ερώτησης: αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Αποταμιεύατε κάποιο μηνιαίο ποσό για λόγους υγείας;	Pears on Correlation	-,215 [*]	,153	-,077	-,108	,082
	Sig. (2-tailed)	,032	,129	,446	,285	,415
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν αποταμιεύαν κάποιο ποσό το μήνα για λόγους υγείας δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, την υπηκοότητα, το μηνιαίο εισόδημα και τον τόπο κατοικίας, ούτε με την ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 26: Συσχέτιση της ερώτησης: οι εξετάσεις που κάνατε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Οι εξετάσεις που κάνατε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν εντός του δημόσιου μαιευτηρίου;	Pearson Correlation	,345 ^{**}	-,198 [*]	-,201 [*]	,235 [*]	,236 [*]
	Sig. (2-tailed)	,000	,048	,045	,019	,018
	N	100	100	100	100	100

Πίνακας 27: Συσχέτιση της ερώτησης: το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο;	Pearson Correlation	,346**	-,321**	-,167	-,080	,245*
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,098	,430	,014
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο δεν έχει γραμμική συσχέτιση με το μηνιαίο εισόδημα, τον τόπο κατοικίας και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την ηλικία και την υπηκοότητα.

Πίνακας 28: Συσχέτιση της ερώτησης: το κόστος της κλίνης καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό σας ταμείο, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο;	Pearson Correlation	,283**	-,212*	-,084	-,031	-,125
	Sig. (2-tailed)	,004	,034	,405	,763	,216
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση το κόστος της κλίνης καλύφθηκε από το ασφαλιστικό σας ταμείο δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, την υπηκοότητα, το μηνιαίο εισόδημα και τον τόπο κατοικίας, ούτε με την ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 29: Συσχέτιση της ερώτησης: επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Επιλέξατε δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική σας κατηγορία;	Pears on Correlation	- ,136	,453**	-,034	-,146	,290**
	Sig. (2-tailed)	,177	,000	,738	,146	,003
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν επέλεξαν δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική τους κατηγορία δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, τον τόπο κατοικίας και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την υπηκοότητα.

Πίνακας 30: Συσχέτιση της ερώτησης: σε τι κατηγορία δωμάτιο νοσηλευτήκατε, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Σε τι κατηγορίας δωμάτιο νοσηλευτήκατε;	Pears on Correlation	-,092	,677**	-,254*	-,136	-,015
	Sig. (2-tailed)	,361	,000	,011	,176	,878
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση σε τι κατηγορίας δωμάτιο νοσηλευτήκατε δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, τον τόπο κατοικίας και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την υπηκοότητα.

Πίνακας 31: Συσχέτιση της ερώτησης: είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Είχατε σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού σας ταμείου;	Pears on	-,137	,605**	-,122	,039	,539**
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,175	,000	,226	,703	,000
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν είχαν σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού τους ταμείου δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, τον τόπο κατοικίας, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την υπηκοότητα και την ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 32: Συσχέτιση της ερώτησης: μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Μείνατε ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου;	Pears on	-,026	-,373**	,124	,289**	-,034
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)	,800	,000	,219	,004	,740
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν έμειναν ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου δεν έχει

γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, τον τόπο κατοικίας και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την υπηκοότητα.

Πίνακας 33: Συσχέτιση της ερώτησης: μείνате ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Μείνате ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου;	Pears on Correl ation	-,038	-,410**	,331**	,268**	-,008
	Sig. (2-tailed)	,708	,000	,001	,007	,938
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν έμειναν ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με την υπηκοότητα και τον τόπο κατοικίας.

Πίνακας 34: Συσχέτιση της ερώτησης: μείνате ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό-μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου, με την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, το μηνιαίο εισόδημα και την ασφαλιστική κάλυψη

		ΕΤΗ	ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
Μείνате ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό –μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου;	Pearson Correlati on	,095	-,230*	,384**	,249*	-,073
	Sig. (2-tailed)	,348	,021	,000	,012	,472
	N	100	100	100	100	100

Η ερώτηση αν έμειναν ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό- μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου δεν έχει γραμμική συσχέτιση με την ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα, την υπηκοότητα και την ασφαλιστική κάλυψη, ενώ έχει ασθενής γραμμική συσχέτιση με τον τόπο κατοικίας.

Οι περισσότεροι από αυτούς που απάντησαν το ερωτηματολόγιο θεωρούν ότι οι υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων μπορούν να βελτιωθούν με πολλούς τρόπους. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι τα δημόσια νοσοκομεία για να λειτουργήσουν σωστά χρειάζονται περισσότερο προσωπικό. Επίσης, χρειάζονται περισσότερες υπηρεσίες οργάνωσης καθώς και σύγχρονες εγκαταστάσεις. Για να πραγματοποιηθούν όλα τα παραπάνω χρειάζονται κονδύλια, τα οποία δεν υπάρχουν.

ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 6ΕΤΙΑ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

ΕΤΟΣ	APPEN	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ
2009	3656	3353	7009
2010	3331	3223	6554
2011	3098	2901	5999
2012	2536	2449	4985
2013	2240	2238	4478
2014	2226	2021	4247

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το σύνολο των γεννήσεων από το 2009 μέχρι το 2014 ακολουθεί φθίνουσα πορεία. Οι γεννήσεις στο δημόσιο μαιευτήριο έχουν μειωθεί σχεδόν στο μισό. Αυτό σημαίνει δύο πράγματα. Πρώτον ότι οι γεννήσεις στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχουν μειωθεί λόγω της οικονομικής κρίσης. Και δεύτερον ότι οι περισσότεροι ακόμα και τώρα προτιμούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια έναντι των δημοσίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και απαντήθηκαν από άτομα που είχαν νοσηλευτεί σε δημόσιο μαιευτήριο προκειμένου να μας πουν την άποψή τους γι' αυτό. Τα περισσότερα άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είχαν ηλικία από 31-40 ετών και πως είναι λογικό ήταν παντρεμένοι. Οι περισσότεροι από αυτούς είχαν ελληνική υπηκοότητα και ζούσαν στο κέντρο. Οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι τεχνικής / πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, είχαν ασφαλιστική κάλυψη ΕΟΠΠΥ, ενώ είχαν μηνιαίο εισόδημα μέχρι 1000 ευρώ.

Τα περισσότερα άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι στην επιλογή του μαιευτηρίου που επέλεξαν να γεννήσουν συντέλεσε ο γιατρός που τους παρακολουθούσε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό. Επίσης, στην επιλογή του μαιευτηρίου συντέλεσε σε μεγάλο βαθμό και η φήμη του συγκεκριμένου μαιευτηρίου. Ένας ακόμα λόγος πολύ σημαντικός στην επιλογή του μαιευτηρίου για τους ανθρώπους είναι το ασφαλιστικό ταμείο τους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων δεν αποταμιεύουν χρήματα κάθε μήνα για να έχουν σε περίπτωση που κάτι συμβεί με την υγεία τους. Οι περισσότεροι που γέννησαν σε δημόσιο μαιευτήριο δηλώνουν ότι οι εξετάσεις που χρειάστηκε να κάνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους πραγματοποιήθηκαν έξω από το δημόσιο μαιευτήριο. Επίσης, πολλοί από αυτούς που γέννησαν σε δημόσιο μαιευτήριο δηλώνουν ότι το κόστος της γέννας καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό τους ταμείο αλλά και το ποσοστό που υποστηρίζει το αντίθετο είναι πολύ μεγάλο.

Επίσης, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι το κόστος της κλίνης δεν καλύφθηκε από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Ενώ, οι περισσότεροι δηλώνουν ότι επέλεξαν δωμάτιο που δεν αντιστοιχούσε στην ασφαλιστική τους κατηγορία. Οι περισσότεροι που νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο μαιευτήριο επέλεξαν α' κατηγορία δωμάτιο προκειμένου να νοσηλευτούν. Επίσης, οι περισσότεροι από αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο δημόσιο μαιευτήριο είχαν σαφή και πλήρη ενημέρωση για το κόστος των δωματίων σε σχέση με την κάλυψη του ασφαλιστικού τους ταμείου.

Οι περισσότεροι από αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο δημόσιο μαιευτήριο δηλώνουν ότι μείνανε πολύ ικανοποιημένοι από τη σχέση κόστους και παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς τις εγκαταστάσεις του μαιευτηρίου. Επίσης, οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έμειναν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό του μαιευτηρίου και από το νοσηλευτικό- μαιευτικό προσωπικό του μαιευτηρίου.

Επομένως, στην επιλογή του μαιευτηρίου τα άτομα ακούνε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό τον γιατρό που τους παρακολουθεί και είναι λογικό γιατί τον εμπιστεύονται και επίσης δίνουν μεγάλη σημασία στη φήμη που έχει το μαιευτήριο, δηλαδή στη γνώμη άλλων ανθρώπων που γέννησαν εκεί και το πόσο ευχαριστημένοι έμειναν από τις παροχές που τους παρείχαν. Είναι λογικό να συντελεί και το ασφαλιστικό τους ταμείο στην απόφαση για την επιλογή του μαιευτηρίου τους.

Επίσης, οι περισσότεροι που επέλεξαν ένα δημόσιο μαιευτήριο, δήλωσαν ότι οι εξετάσεις τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιήθηκαν έξω από το μαιευτήριο. Επίσης, πολλοί υποστηρίζουν ότι το κόστος της κλίνης δεν καλύφθηκε πλήρως από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Τέλος, το πιο σημαντικό από όλα είναι ότι οι περισσότεροι από αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο δημόσιο μαιευτήριο δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι από το ιατρικό- νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexander, L., 2010. *New Dimensions in Women's Health*, Jones and Barlett Publishers. USA: Sudbury .
- Bloom, D. & Canning, D., 2003. Health as a Human Capital and its impact on economic performance. *Geneva papers on rickand insurance*, Issue 28.
- Bloom, D. & Canning, D., 2003. Health as a Human Capital and its impact on economic performance. *Geneva Papers on Rickand Insurance*, Issue 28.
- Bloom, D., Canning, D. & Sevilla, J., 2004. The Effect of Health on Economic Growth: A production Function Approach. *World Development*, 1(32).
- Busch, K., 1985. Mythen über den Weltmarkt II – über das schwierige Verhältnis der marxistischen Linken zum Weltmarkt, Eine Antwort auf Elmar Altvater, *Prokla*. Issue 60, pp. 160-175.
- Cabral, R., 2010. *The PIGS' External Debt Problem*. s.l.:s.n.
- Carbonne, B., 2009. Increase in cesarean delivery: are we facing a pandemic?. *Int J Gynaecol Obstet*, 3(107).
- Chien, L. & Tai, C., 2007. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* .
- Devroe, S., 2007. Obstetric anaesthesia and analgesia and breastfeeding, *Euroanesthesia. European Society of Anesthesiology*.
- European commission, 2010. *Mental health*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm
[Πρόσβαση 2015].
- European commission, 2013. *Investing in Health*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
[Πρόσβαση 2015].
- Hall, L., 2007. "Fear a factor in surgical births", *The Sydney Morning Herald*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.smh.com.au/news/national/fear-a-factor-in-surgical-births/2007/10/06/1191091421081.html>
[Πρόσβαση 2015].
- Leugh, G., Lam, T. & Ho, L., 2002. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstet & Gynecology*.

Mayberry, L., 2006. Cesarean delivery on maternal request. Nursing Implications of the 2006 NIH. *State of the Science Conference Statement*.

Mayberry, L., 2006. Cesarean delivery on maternal request. Nursing Implications of the 2006 NIH. *State of the Science Conference Statement*.

Newman, B. & Newman, P., 2009. *Development Through Life: A Psychosocial Approach*. USA: Wadsworth cengages learning.

Rosenthal, M., 2000. *The Breastfeeding Source Book*. USA: The McGraw-Hill Companies. .

Savas, M., 2012. Greece and the World Capitalist Crisis. *Journal of socialist theory*.

Smith, A., 2010. Impact of Birth Practices on Breastfeeding. *Jones and Barlett Publishers* .

Smith, A., 2013. *Breastfeeding after a cesarean*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.breastfeedingbasics.com/articles/breastfeeding-after-a-cesarean>
[Πρόσβαση 2015].

Stiglitz, J., 2006. *Making globalization work*, Notron WW & Co. New York: s.n.

Taylor, Lillis & LeMone, 2002. *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής (Πρώτος Τόμος)*. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Towle, M., 2009. *Maternal Newborn Nursing Care*,. USA: s.n.

Tsoufidis, L., 2010. *Economic Prosperity to the Depression of 1930s*. Germany: University Library of Munich.

Vieira, T., 2010. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: Cross-sectional study. *BMC Public Health*.

Watt, S., 2012. The Effect of Delivery Method on Breastfeeding Initiation from the The Ontario Mother and Infant Study. *Jognn*.

WHO & UNICEF , 2009. *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Switzerland: WHO Document Production Services.

Αθανασοπούλου, Μ., 2013. *Πολιτισμικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Μητρικού Θηλασμού*. s.l.:Διεπιστημονική φροντίδα υγείας .

Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν. & Μεγήρ, Κ., 2010. *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία*. s.l.:s.n.

Γάκη, Ε., 2009. *Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού*. s.l.:Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Γιαννάρου, Λ., 2012. Στροφή των ελληνίδων σε κρατικά μαιευτήρια. *Καθημερινή*.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011. *Θέσπιση του προγράμματος "Υγεία για την Ανάπτυξη", του τρίτου πολυετούς προγράμματος δράσης της ΕΕ στον τομέα της υγείας για την περίοδο*

2014-2020. [Ηλεκτρονικό]

Available at: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_el.pdf
[Πρόσβαση 2015].

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., 2001. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

INE- ΓΣΕΕ, 2008. *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Αθήνα: Ετήσια Έκθεση.

Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π., 2012. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, pp. 49-54.

Κατή, Δ., 2014. *Εμείς και οι άλλοι: Πολυπολιτισμικότητα και συνύπαρξη*. Κρήτη: s.n.

Κυριακόπουλος, Γ., 1985. *Κοινωνιολογία- Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.

Κυριακόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ. & Τσάκος, Γ., 2003. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Κυριακού, Ε., 2013. *Οικονομική κρίση και μεταναστευτικά ρεύματα : Η περίπτωση της Ελλάδας*. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β., 2009. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>
[Πρόσβαση 2015].

Λιαρόπουλος, Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Λιαρόπουλος, Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄ Τόμος*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Λιαρόπουλος, Λ., 2010. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Μακατσίακος, Γ., 2010. *Παγκόσμια οικονομική κρίση, ευρωπαϊκή ένωση και Ελλάδα*. s.l.:s.n.

Ματσαγγάνης, Μ., 2010. *Distributional Implications of Tax Evasion In Greece*. s.l.:LSE Hellenic Observatory Working Paper.

Μπουρας, Γ. & Λυκουρας, Λ., 2011. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.encephalos.gr/pdf/48-2-02g.pdf>
[Πρόσβαση 2015].

Μπούρας & Λυκούρας, 2011. *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία*. s.l.:Εγκέφαλος.

Μπουρσανίδης, Χ., 1993. *Σημειώσεις*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Μπουρσανίδης, Χ., 1996. *Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα..* Θεσσαλονίκη: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας .

Μωραΐτης, Ε. και συν., 1995. *Μελέτη για την Οργάνωση και τη Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Π.Φ.Υ..* Αθήνα : Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Οικονομοπούλου, Χ., n.d. *Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας*. Στέλεχος Υπηρεσιών Υγείας: s.n.

Π.Ο.Υ., 1946. *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας*. s.l.:s.n.

Παπαμίχος, Α., Οικονομόπουλος, Γ., Θηραΐος, Ε. & Παπανικολάου, Ν., n.d. *Προς ένα Καινοτόμο Μοντέλο Διαχείρισης της Π.Φ.Υ.: Εταιρική Σχέση Πολιτείας, Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδιωτικού Τομέα*. s.l.:Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 19, Τεύχος 4.

Πετράκης, Π., 2011. *Η Ελληνική Οικονομία και η Κρίση: Προκλήσεις και Προοπτικές*. s.l.:s.n.

Σίσουρας, Α., Καραόκης, Α. & Μίσσιαλος, Ε., 1999. *Health Care and Cost Containment in Greece*. s.l.:s.n.

Σισσούρας, Α., 2012. *Τα Μετέωρα Βήματα του ΕΣΥ*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Σουλιώτης, Κ. και συν., 2013. *Βασικά Σημεία Πρότασης για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Αθήνα: Επιστημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Τούντας, Γ. & συνεργάτες, κ., 2008. *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*. Αθήνα : Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τριανταφύλλου, Α., 2013. *Πολιτισμική πολυμορφία, γλωσσική πολυμορφία: για την ανάπτυξη μιας πολυπολιτισμικής επικοινωνιακής ικανότητας*. Αθήνα: s.n.

Τσαχτσαρλή, Κ., 2012. *Πολυπολιτισμικότητα, Μετανάστευση και Εκπαίδευση, Κοινώς Νούς, Εκπαιδευτικό υλικό για φιλόλογους*. Αθήνα: s.n.

Υπουργείο Υγείας, 2013. *Αναπτυξιακή Συνάντηση "Υγεία 2014-2020", Πρόταση Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση των κατευθύνσεων του Συμφώνου Εταιρικής Σχέσης 2014 – 2020*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/announcements/2013/Anaptiksiaki-Stratigiki-2014.2020.pdf>

[Πρόσβαση 2015].

Υπουργίο Οικονομικών της Κυπριακής Δημοκρατίας, 2010. *Οικονομικές εξελίξεις του 2009 και προοπτικές για το 2010*. [Ηλεκτρονικό]

Available at:

[http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/A9D916D08AD0BAE1C2257973003C437A/\\$file/Oikonomikes%20Ekselikseis%202010%20kai%20Prooptikes%202011.pdf?OpenElement](http://www.mof.gov.cy/mof/mof.nsf/All/A9D916D08AD0BAE1C2257973003C437A/$file/Oikonomikes%20Ekselikseis%202010%20kai%20Prooptikes%202011.pdf?OpenElement)

[Πρόσβαση 2015].

Υφαντόπουλος, Γ., 2003. *Τα Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα : Δαρδανός.