Οικονομία ✚ Υγεία

Τριμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση των Οικονομικών της Υγείας
Υπό την Αιγίδα της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας
Τόμος 1ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2011
Τιμή: 5 ευρώ (ηλεκτρονική μορφή) – 10 ευρώ (έντυπη μορφή)
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης
Ο Συνδικαλισμός στην Υγεία

Επιστημονικό Άρθρο
Διαδραστικά Εργαλεία Ηλεκτρονικής Υγείας Υποστήριξης των Ασθενών στις Ιστοσελίδες των Αμερικανικών Νοσοκομείων
Έντγκαρ Χουάνγκ, Πανεπιστήμιο της Ινδιάνας, ΗΠΑ & Τσίου-τσί Άντζελα Τσάνγκ, Πανεπιστήμιο Σίπενσμπουργκ, ΗΠΑ

Επιστημονικό Άρθρο
Η χρήση των νέων τεχνολογιών στην προσπάθεια βελτίωσης της γνώσης για την υγιεινή διατροφή στα παιδιά που κινδυνεύουν να γίνουν υπέρβαρα και παχύσαρκα
Κιμ Μπισέλ, Πανεπιστήμιο της Αλαμπάμα, ΗΠΑ & Σκοτ Πάροτ, Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας, ΗΠΑ

Επιστημονικό Άρθρο
Επιχειρήσεις του Τομέα της Υγείας: Συμβιβάζοντας το Δικαίωμα Πραγματοποίησης Κερδών με τις Ηθικές Υποχρεώσεις των Επιχειρήσεων σε έναν Οικονομικά Άνισο Κόσμο
Συμεών Ντέιβις, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Ακρωτηρίου Χερσονήσου, Ν. Αφρική

Βιβλιοπαρουσίαση
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Ανακοινώσεις

Οικονομία + Υγεία

Τόμος 1ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2011

περιεχόμενα

Από τον Διευθυντή Έκδοσης 6

Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης 7
Ο Συνδικαλισμός στην Υγεία

Επιστημονικό Άρθρο 9
Διαδραστικά Εργαλεία Ηλεκτρονικής Υγείας Υποστήριξης των Ασθενών στις Ιστοσελίδες των Αμερικανικών Νοσοκομείων
Έντγκαρ Χουάνγκ, Πανεπιστήμιο της Ινδιάνας, ΗΠΑ & Τσίου-τσί Άντζελα Τσάνγκ, Πανεπιστήμιο Σίπενσμπουργκ, ΗΠΑ

Επιστημονικό Άρθρο 23
Η χρήση των νέων τεχνολογιών στην προσπάθεια βελτίωσης της γνώσης για την υγιεινή διατροφή στα παιδιά που κινδυνεύουν να γίνουν υπέρβαρα και παχύσαρκα
Κιμ Μπισέλ, Πανεπιστήμιο της Αλαμπάμα, ΗΠΑ & Σκοτ Πάροτ, Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας, ΗΠΑ

Επιστημονικό Άρθρο 36
Επιχειρήσεις του Τομέα της Υγείας: Συμβιβάζοντας το Δικαίωμα Πραγματοποίησης Κερδών με τις Ηθικές Υποχρεώσεις των Επιχειρήσεων σε έναν Οικονομικά Άνισο Κόσμο
Συμεών Ντέιβις, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Ακρωτηρίου Χερσονήσου, Ν. Αφρική

Βιβλιοπαρουσίαση 46
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Ανακοινώσεις 48

Οικονομία + Υγεία

Υπό την Αιγίδα της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας
Τόμος 1ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2011
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: www.atiner.gr/oy.htm

Ιδιοκτησία
Ερευνητική Μονάδα Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ)

Διευθυντής Έκδοσης και Υπεύθυνος Ύλης
Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος του ΑΘΙΝΕΕ & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Η.Β.

Επιστημονική Συνεργάτιδα Έκδοσης:
Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

Διευθύντρια Επιστημονικών Περιοδικών Εκδόσεων
Αφροδίτη Γρ. Παπανίκου

Επιμέλεια Δοκιμίων και Μεταφράσεις
Ζωή Μπουτσιώλη, Βασίλης Παπαχαραμπόπουλος, Λίλα Σκουντριδάκη, Χρήστος Φραντζεσκάκης

Διανομή – Διαφήμιση
Σταυρούλα Κυρίτση, Σύλια Σακκά, Κατερίνα Μαράκη

Καλλιτεχνική και Τυπογραφική Επιμέλεια
Εταιρεία *Θήτα*, Σολωμού 14, 10683 Αθήνα, τηλ./φαξ 211 7009056

Επιστημονική Επιτροπή Κριτών
Τα επιστημονικά άρθρα δημοσιεύονται στο Ο&Υ κατόπιν κρίσης, από δύο τουλάχιστον κριτές. Η επιστημονική επιτροπή κριτών του περιοδικού αποτελείται από καθηγητές και ερευνητές της Ελλάδος και του εξωτερικού. Την τελική ευθύνη δημοσίευσης των άρθρων έχει ο διευθυντής του περιοδικού.

Υποβολή Επιστημονικών Άρθρων
Τα προς δημοσίευση άρθρα υποβάλλονται μόνο ηλεκτρονικά στο health@atiner.gr. Πληροφορίες για τον τρόπο υποβολής άρθρων στο www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc

Συνδρομές
Το Ο&Υ κυκλοφορεί 4 φορές το χρόνο σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή. Η ετήσια συνδρομή της ηλεκτρονικής μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 40 ευρώ, για ιδιώτες 20 ευρώ. Η ετήσια συνδρομή της έντυπης μορφής για βιβλιοθήκες, οργανισμούς και ιδρύματα είναι 100 ευρώ, για ιδιώτες 50 ευρώ.

Διαφημίσεις
Πλήρης τιμοκατάλογος των καταχωρήσεων στο περιοδικό είναι διαθέσιμος για κάθε ενδιαφερόμενο.

Συντακτική και Επιστημονική Επιτροπή

1. Δρ. Γρηγόρης Θ. Παπανίκος, Πρόεδρος, Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) & Επισκέπτης Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Στραθκλάιντ, Σκωτία, Η.Β.
2. Δρ. Χρήστος Σακελλαρίου, Αντιπρόεδρος Οικονομικών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Νανιάνγκ, Σιγκαπούρη.
3. Δρ. Νίκολας Πάππας, Αντιπρόεδρος Ακαδημαϊκών Υποθέσεων του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Σαμ Χιούστον, ΗΠΑ.
4. Δρ. Παναγιώτης Πετράτος, Αντιπρόεδρος ICT του ΑΘΙΝΕΕ & Αναπληρωτής Καθηγητής, Πολιτειακό Πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας (Στανισλάους), ΗΠΑ.
5. Δρ. Ζωή Μπουτσιώλη, Αναπληρωτής Υπεύθυνη (Deputy Head) της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ.
6. Δρ. Ανδρέας Σ. Στεργάκης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Ουάσιγκτον, ΗΠΑ.
7. Δρ. Στέφανος Α. Νάστης, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
8. Δρ. Μελίνα Δριτσάκη, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Fellow), Πανεπιστήμιο Μπρουνέλ, Η.Β.
9. Δρ. Δάφνη Χαλκιάς, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Associate), Πανεπιστήμιο Λόνγκ Αϊλαντ, ΗΠΑ.
10. Δρ. Μαρία Τσουρουφλή, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας Ιατρικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ανατολικής Αγγλίας, Η.Β.
11. Απόστολος Τσιαχρίστας, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Νέος Επιστημονικός Συνεργάτης (Junior Research Fellow), Ινστιτούτο Εκτίμησης Ιατρικής Τεχνολογίας, (Institute for Medical Technology Assessment), Πανεπιστήμιο Έρασμος, Ολλανδία.

Από τον Διευθυντή Έκδοσης

Το Αθηναϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) ξεκινά μία προσπάθεια μεταφοράς επιστημονικών γνώσεων στα ελληνικά που, κυρίως, πραγματοποιούνται στην αγγλική γλώσσα. Το περιοδικό *Οικονομία & Υγεία* εξυπηρετεί αυτό το σκοπό. Κατά κύριο λόγο θα δημοσιεύονται επιστημονικά άρθρα που παρουσιάζονται στα διεθνή επιστημονικά συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ, συμπεριλαμβανομένου του ετήσιου συνεδρίου οικονομικών, διοίκησης και πολιτικής υγείας. Βέβαια, δεν αποκλείονται και άλλες δημοσιεύσεις. Στο παρόν τεύχος, και τα τρία επιστημονικά άρθρα παρουσιάστηκαν σε προηγούμενα συνέδρια του ΑΘΙΝΕΕ. Στην ενότητα της Βιβλιοπαρουσίασης, γίνεται ανασκόπηση ενός αγγλικού εγχειριδίου διοίκησης υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, η 2^{η} έκδοση του οποίου δημοσιεύτηκε το 2010. Το βιβλίο αποτελείται από μελέτες περιπτώσεων, αλλά και παρουσίαση των αναλυτικών εργαλείων και εννοιών της σύγχρονης επιστήμης της διοίκησης.

Το πρώτο επιστημονικό άρθρο προέρχεται από τις ΗΠΑ και αφορά μια μελέτη για τη χρήση των νέων τεχνολογιών στην υπηρεσία των ασθενών των Αμερικανικών νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, εξετάζεται το κατά πόσον έχουν αναπτυχθεί και σε ποιο βαθμό έχουν διαδοθεί τα διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες των Αμερικανικών νοσοκομείων και πως βοηθάνε τους ασθενείς, τους συνοδούς αλλά και τους επισκέπτες των νοσοκομείων.

Το δεύτερο άρθρο έρχεται, επίσης, από τις ΗΠΑ και συζητά τον τρόπο ενημέρωσης των μαθητών στα σχολεία των ΗΠΑ, μέσω της βοήθειας των νέων τεχνολογιών, για τη υγιεινή διατροφή. Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας των αναπτυγμένων χωρών, και κυρίως των ΗΠΑ. Η ερευνήτρια μέτρησε τις συμπεριφορές, τις στάσεις και τις προτιμήσεις των μαθητών πριν και μετά την εφαρμογή ενός προγράμματος ενημέρωσης για την υγιεινή διατροφή και βρήκε σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Στο τρίτο επιστημονικό άρθρο γίνεται μια παρουσίαση του ηθικού/ δεοντολογικού πλαισίου, μέσα στο οποίο οφείλουν ή θα πρέπει να λειτουργούν οι επιχειρήσεις του τομέα της υγείας, και δη οι φαρμακευτικές εταιρείας. Το άρθρο αποτελεί μια επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και των θεωριών που έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά. Το ηθικό δίλλημα που εκφράζεται στις επιχειρήσεις του τομέα της υγείας είναι το κατά πόσον οφείλουν, εκτός από την ανάπτυξη κερδών να κατευθύνουν τις δράσεις τους στην προσπάθεια μείωσης ή έστω εξάλειψης των οικονομικών ανισοτήτων (π.χ. φτώχεια στην Αφρική).

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

Ο Συνδικαλισμός στην Υγεία

Η απεργία είναι το έσχατο μέσο των εργαζομένων να διεκδικήσουν καλύτερες συνθήκες εργασίας. Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται με την πρώτη ευκαιρία και για οποιοδήποτε θέμα. Είναι ικανοί να απεργήσουν για το πιο απίστευτο ζήτημα. Αυτό έχει δύο συνέπειες. Μία σημαντική και μία δευτερεύουσα. Η σημαντική είναι ότι αποδυναμώνει το πολύ μεγάλο εργαλείο των απεργιών. Η δευτερεύουσα ενισχύει την ηγετική ομάδα των συνδικαλιστικών με το να τους δίνει ρόλο στη διοίκηση των οργανισμών. Κάποιος θα θεωρούσε ότι υπάρχει και μία άλλη επίπτωση της μείωσης των εισοδημάτων των εργαζομένων για τις μέρες που απεργούν, αλλά αυτό μάλλον δεν ισχύει.

Τώρα υπάρχουν και κάποια άλλα ζητήματα που προσομοιάζουν με την οργάνωση των συνδικάτων των ΗΠΑ, ένα είδος ιδιότυπου ζήλου στην διασφάλιση της επιτυχίας των απεργιών. Για παράδειγμα, πως μπορεί να εξηγήσει κανείς ότι στις μεγάλες κινητοποιήσεις των ταξί το 2011 δεν υπήρξε ούτε ένας, μα ούτε ένας, που δεν απείργησε. Μα τέτοια επιτυχία! Κάποιοι κακεντρεχείς, σίγουρα κακόβουλοι, διέρρεαν ότι αν κάποιος αποφάσιζε να κυκλοφορήσει το ταξί του ότι θα του το έσπαγαν, αλλά δεν νομίζω ότι έχει έστω και έναν κόκκο αλήθειας αυτό. Αντίστοιχα δεν πιστεύω ότι οι μεγάλες επιτυχίες των κινητοποιήσεων οφείλονται σε εκβιασμούς και μαφιόζικες μεθόδους.

Δυστυχώς, όμως, παρ' όλη αυτή την απαράμιλλη σύμπνοια των μελών ενός συνδικάτου, οι κινητοποιήσεις τους δεν αποφέρουν και τίποτε για τα απλά μέλη, αν και όπως προανέφερα εξυπηρετεί την ηγετική ομάδα των συνδικαλιστών. Πάρτε για παράδειγμα τον αριθμό των γενικών απεργιών της ΓΣΕΕ και της ΑΔΕΔΥ. Πιστεύω ότι μία έρευνα θα δείξει ότι όσο αυξάνονται ο αριθμός των γενικών απεργιών, τόσο μειώνονται οι μισθοί και χειροτερεύουν οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων. Βελτιώνονται οι αμοιβές και οι συνθήκες εργασίες των συνδικαλιστών.

Οι ηγεσίες αυτών των συνδικαλιστικών οργανώσεων είναι ανίκανες να προστατεύσουν όχι μόνο τις κινητοποιήσεις τους, αλλά ούτε και τον ίδιο τους τον εαυτό. Μην περιμένουν οι εργαζόμενοι να προστατεύσουν τα δικά τους δικαιώματα. Γίνεται μία κριτική ότι αυτές οι συνδικαλιστικές ηγεσίες είναι ξεπουλημένες στο κεφάλαιο και στην εργοδοσία. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κεφάλαιο (έχει φύγει όλο έξω) και φυσικά δεν υπάρχει ιδιωτική εργοδοσία. Ο μεγάλος εργοδότης είναι το κράτος.

Ποιος είναι ο εργοδότης των νοσοκομείων; Το κράτος. Οι ιδιώτες του χώρου της υγείας αντιστοιχούν σε πολύ μικρό ποσοστό και δεν συμμετέχουν καν στις απεργίες. Τότε τι συμβαίνει με τις συνδικαλιστικές ηγεσίες; Όσο και αν φαίνεται απίστευτο, αυτές είναι απλά ανίκανες να διαχειριστούν και να προωθήσουν τα συμφέροντα των εργαζομένων. Όπως οι πολιτικοί μας είναι ανίκανοι έτσι και οι συνδικαλιστές μας είναι ανίκανοι. Δεν είναι τυχαίο διότι και οι δύο εκλέγονται από τα ίδια άτομα. Οι συνδικαλιστές εκλέγουν τους πολιτικούς διότι κανένας πολιτικός ούτε καν αρχηγός κόμματος δεν μπορεί να βγει, αν δεν έχει μαζί του το μηχανισμό των συνδικαλιστών. Αυτό φυσικά ισχύει για τις δύο μεγάλες παρατάξεις περισσότερο, αλλά και οι μικρότερες παρατάξεις δεν πάνε πίσω.

Τα παραπάνω αφορούν γενικά το συνδικαλισμό και την πολιτική εκπροσώπηση στην Ελλάδα. Στο χώρο της υγείας, τα πράγματα είναι ακόμη πιο κωμικοτραγικά. Αυτός ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών και περιχώρων, μέχρι να βγάλει τον Πρόεδρο του βουλευτή δεν θα λείψει από καμία κινητοποίηση. Όπου κάμερες εκεί τρέχουν πρώτοι για να προσφέρουν

τις ιατρικές τους υπηρεσίες και προφανώς γνώσεις. Χημικά στο Σύνταγμα, πρώτοι αυτοί. Γενική απεργία η ΓΣΕΕ, πρώτοι στον αγώνα αυτοί με απεργίες. Ευτυχώς που όλα αυτά είναι για το θεαθήναι, διαφορετικά, αν ήταν πραγματικές οι απεργίες, θα θρηνούσαμε θύματα. Έχει και τα θετικά του ο συνδικαλισμός των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης των ιατρών. Διότι όπως έχει δείξει μία πρόσφατη έρευνα για τα νοσοκομεία της Νέας Υόρκης, στη διάρκεια των απεργιών του νοσηλευτικού προσωπικού, η θνησιμότητα των ασθενών αυξάνει κατά 18,3%. Ευτυχώς στην Ελλάδα έχουμε μαϊμούδες απεργίες.

Τι προτείνουμε; Πρώτον, μόνο μία γενική απεργία το χρόνο, αλλά πραγματική απεργία, με σοβαρά και υλοποιήσιμα αιτήματα που επί 12 μήνες θα είχαν καταβληθεί προσπάθειες να λυθούν χωρίς καμία απεργία. Επιχειρήματα και λογική. Αυτό, όμως, απαιτεί σημαντικές μελέτες ανάλυσης κόστους-οφέλους κάθε αιτήματος. Δεύτερον, οι ηγεσίες των συνδικαλιστών σε οποιοδήποτε επίπεδο να εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία.

Γιατί μία μόνο απεργία το χρόνο και αυτή μόνο αν χρειάζεται; Η απάντηση είναι απλή. Στην υγεία ή σε οποιοδήποτε άλλο δημόσιο κλάδο, εργοδότης είναι οι φορολογούμενοι. Οι μέρες εργασίας που χάνονται και συνεπώς, η παραγωγή που χάνεται την πληρώνει ο ελληνικός λαός. Δηλαδή, οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία όταν απεργούν δεν κοστίζουν σε κάποιον στυγνό εργοδότη που το μόνο που θέλει είναι να τους «ρουφήξει το αίμα», αλλά κοστίζουν στον ελληνικό λαό. Πρέπει να γίνει σαφές ότι κάθε οικονομική απαίτηση από δημόσιους φορείς παροχής υγείας, την πληρώνει ο έλληνας φορολογούμενος. Ακριβώς γι' αυτό το λόγο πρέπει οι απεργίες αυτές να είναι ελάχιστες. Μία μόνο το χρόνο, με συνδικαλιστικά αιτήματα, είναι παραπάνω από αρκετή. Αυτό δεν ισχύει μόνο για το συνδικαλισμό της ΑΔΕΔΥ (δημόσιων υπαλλήλων) αλλά και της ΓΣΕΕ που εκπροσωπούν τους υπαλλήλους των κρατικών και κρατικοδίαιτων εταιρειών.

Εδώ θα πρέπει να ειπωθεί και μία άλλη αλήθεια, που δυστυχώς ισχύει σε πολλές περιπτώσεις όπου η δημόσια παροχή ενός αγαθού συμβαδίζει με την ταυτόχρονη ιδιωτική παροχή του ίδιου αγαθού ή υπηρεσίας. Δεν είναι δυνατόν ο Έλληνας φορολογούμενος, ο εργοδότης των δημόσιων νοσοκομείων, να πληρώνει περισσότερο από ό,τι πληρώνει ο ιδιώτης εργοδότης της προσφοράς υπηρεσιών υγείας. Και μάλιστα όταν πολλοί ισχυρίζονται ότι η ποιότητα των ιδιωτικών είναι παρασάγγας καλύτερη από αυτή των δημοσίων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα μαιευτήρια. Νύχτα με την μέρα η διαφορά δημοσίων (η νύχτα) με τα ιδιωτικά (η μέρα). Και αυτό δεν έχει να κάνει με το δημόσιο χαρακτήρα αλλά με το ελληνικό χαρακτήρα των δημόσιων μαιευτηρίων. Συνεπώς, η πρόταση είναι ότι καμία αμοιβή σε δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να ξεπερνά την αμοιβή μιας αντίστοιχης ειδικότητας στον ιδιωτικό τομέα. Στο καπιταλιστικό σύστημα που ζούμε, αν ο υπάλληλος του δημόσιου νοσοκομείου πληρώνεται περισσότερο από του ιδιωτικού νοσοκομείου, τότε συντελείται κλοπή κατά του έλληνα φορολογούμενου.

Η δεύτερη πρόταση για καθολική εκλογή της ηγεσίας, εκλογή δηλαδή απευθείας από τη βάση είναι ένα μέσο για να σταματήσει η συναλλαγή που γίνεται σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο. Δεν θα λύσει ριζικά το πρόβλημα αλλά θα είναι μία βελτίωση.

Κλείνοντας να πούμε ότι δεν είμαστε ενάντια στον συνδικαλισμό. Το αντίθετο μάλιστα. Δεν μπορούν, όμως, μέσα, όπως οι γενικές απεργίες, οι καταλήψεις, οι πορείες και οι καταστροφές που ακολουθούν σε μερικές από αυτές, ελάχιστες είναι αλήθεια σε σχέση με τον αριθμό των διαδηλώσεων που γίνονται κάθε μέρα, να στρέφονται κατά του ελληνικού λαού. Το αστείο είναι ότι πολλές φορές γίνονται εν ονόματι αυτού.

Διαδραστικά Εργαλεία Ηλεκτρονικής Υγείας Υποστήριξης των Ασθενών στις Ιστοσελίδες των Αμερικανικών Νοσοκομείων

Έντγκαρ Χουάνγκ, Πανεπιστήμιο της Ινδιάνας, ΗΠΑ & Τσίου-τσί Άντζελα Τσάνγκ, Πανεπιστήμιο Σίπενσμπουργκ, ΗΠΑ

Η έννοια της «ηλεκτρονικής υγείας» (E-health) υπάρχει περίπου για μια δεκαετία (Harrison & Lee, 2006). Ένας από τους αρχικούς ορισμούς δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 2003: *«Η ηλεκτρονική υγεία είναι ένας νέος όρος ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την συνδυαστική χρήση της ηλεκτρονικής επικοινωνίας και της πληροφορίας της τεχνολογίας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, ή είναι η χρήση, στις υπηρεσίες υγείας, των ψηφιακών δεδομένων –ηλεκτρονική μετάδοση, συγκέντρωση και αποθήκευση- για κλινικούς, εκπαιδευτικούς και διαχειριστικούς λόγους, τόσο για εσωτερική/τοπική χρήση όσο και για απομακρυσμένη χρήση»*. Η ηλεκτρονική υγεία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά μέσω του διαδικτύου (Eysenbach & Diepgen 2001, Ball & Lillis 2001).

Στα οφέλη της χρήσης της ηλεκτρονικής υγείας περιλαμβάνονται η εξοικονόμηση χρημάτων, η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας λάθους, η βελτίωση των επιπέδων διαφάνειας στις συναλλαγές, η αύξηση της λειτουργικής αποδοτικότητας των οργανισμών και η δημιουργία πιο φιλικών προς τον ασθενή υπηρεσιών (Baker 2009, Mukherjee & McGinnis 2007). Τα οφέλη της ηλεκτρονικής υγείας έχουν αναλυθεί και συζητηθεί από πολλούς ερευνητές (Fried et al. 2000, Flower 2004, Bates et al. 2006, Harrison & Lee 2006, Sharma et al. 2006, Anderson 2007, Mukherjee & McGinnis 2007). Μερικές από τις επιχειρήσεις/οργανισμούς υγείας που πρωτοστάτησαν στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας, όπως οι Kaiser Permanente, New York Presbyterian Hospital, Detroit Medical Center, Blanchard Valley Health System και Hurley Medical Center ανέφεραν πολύ θετικά αποτελέσματα (Taylor 2005, Keen 2007, Catallo 2008).

Παρά τα σημαντικά οφέλη και τα θετικά αποτελέσματα από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας, αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει εμπόδια στην εφαρμογή της από τα νοσοκομεία (Mannan et al. 2006, Mukherjee & McGinnis 2007, Varshney 2009, Hobson 2011). Για το λόγο αυτό πολλά συστήματα υγείας περιμένουν με ανυπομονησία τις απαραίτητες βελτιώσεις στις εφαρμογές την ηλεκτρονικής υγείας προκειμένου να τις χρησιμοποιήσουν και εκείνα (Sharma et al. 2006). Έως το 2011, δεν υπήρχαν συγκεντρωτικά στοιχεία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) που να δείχνουν σε ποιο βαθμό η ηλεκτρονική υγεία εφαρμόζεται στις υπηρεσίες υγείας. Δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμη το εάν, στα νοσοκομεία των ΗΠΑ, η ηλεκτρονική υγεία παραμένει στα χαρτιά ή έχει αρχίσει ήδη να εφαρμόζεται και εάν ναι, τι αποτελέσματα έχει να επιδείξει. Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να απαντήσει ένα γενικό ερώτημα: Πώς τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ έχουν υιοθετήσει την ηλεκτρονική υγεία, και ειδικά στον τομέα που αφορά την εφαρμογή διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες τους. Αυτό το γενικό ερευνητικό ερώτημα χωρίζεται σε δύο επιμέρους:

Ερώτηση 1: Σε ποιο βαθμό έχουν αναπτυχθεί διαδραστικά εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας στις ιστοσελίδες των νοσοκομείων των ΗΠΑ για επιχειρηματικούς λόγους;

Ερώτηση 2: Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές (1) μεταξύ των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων και των ανεξάρτητων νοσοκομειακών μονάδων και (2) μεταξύ των μεγάλων και μικρών νοσοκομείων σε ότι αφορά την υιοθέτηση των εφαρμογών της ηλεκτρονικής υγείας;

Ενώ οι κυριότεροι συμμετέχοντες στη βιομηχανία της ηλεκτρονικής υγείας είναι οι εργοδότες, οι ασθενείς, οι προμηθευτές και οι σχεδιαστές πολιτικής υγείας (Mukherjee & McGinnis 2007), η παρούσα εργασία επικεντρώθηκε στην εξέταση των σχέσεων νοσοκομείου προς ασθενείς και ασθενείς προς ασθενείς/επισκέπτες προκειμένου να εξετάσει την εφαρμογή διαδραστικών εργαλείων σε ότι αφορά την πληροφόρηση των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο σκοπός υλοποίησης της παρούσας εργασίας είναι η παροχή εμπειρικών αποδείξεων σχετικά με τον στρατηγικό προγραμματισμό ανάπτυξης της ηλεκτρονικής υγείας στα νοσοκομεία των ΗΠΑ.

Μεθοδολογία

Με τη χρήση του όρου *διαδραστικά εργαλεία* στην παρούσα εργασία εννοούμε οποιαδήποτε εργαλεία τα οποία είναι διαδραστικά από τη φύση τους, όπως η απευθείας (on line) φόρμα αίτησης, η ηλεκτρονική αναζήτηση, η ηλεκτρονική δυνατότητα υπολογισμού του κόστους νοσηλείας, ή το απευθείας παιχνίδι. Αυτά τα εργαλεία δίνουν τη δυνατότητα ώστε να ξεκινήσει μια διαδικασία διάδρασης σχετιζόμενη με την υγεία του ασθενούς/χρήστη μεταξύ του ιδίου και των υπηρεσιών του νοσοκομείου ή μεταξύ ασθενών/χρηστών. Η απλή καταχώρηση αριθμών τηλεφώνου, βιογραφικά ιατρών ή/και υλικού εκμάθησης των ασθενών δεν θεωρούνται ως διαδραστικά εργαλεία από μέρους των νοσοκομείων.

Προκειμένου να είναι εξασφαλισμένη η εξωτερική εγκυρότητα των στοιχείων έτσι ώστε να μπορούν τα αποτελέσματα που θα προκύψουν να απεικονίζουν μια ακριβή εικόνα της χρήσης διαδραστικών εργαλείων από μέρους των ασθενών στις ιστοσελίδες των νοσοκομείων στις ΗΠΑ, αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων από τη λίστα όλων των νοσοκομείων όπως καταγράφονται στην ιστοσελίδα των USNews.com.[1] Υπήρχαν 5.716 νοσοκομεία σε αυτή τη λίστα. Επιλέχθηκε ένα κάθε οκτώ νοσοκομεία από τη λίστα. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν και μελετήθηκαν 764 νοσοκομεία.

Επειδή η παρούσα μελέτη είχε σκοπό να εξετάσει τη χρησιμοποίηση διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες των νοσοκομείων, για τη διερεύνησή του χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Ανάλυσης Περιεχομένων. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Fried et al. 2000, Taylor et al. 2005, Sharma et al. 2006, Catallo 2008, Song & Zinhan 2008, Varshney 2009) μας έδωσε τη δυνατότητα να επιλέξουμε τα αρχικά διαδραστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην εργασία. Στο στάδιο πιλοτικής εφαρμογής της μελέτης επιλέχθηκαν τυχαία 70 νοσοκομεία, τα οποία διέθεταν στις ιστοσελίδες τους την πλειοψηφία των αναφερομένων στη βιβλιογραφία διαδραστικά εργαλεία. Συνολικά, 21 τέτοια εργαλεία παρατηρήθηκαν (Πίνακας 1).

Βασιζόμενοι σε ένα φύλλο ταξινόμησης με όλα τα εργαλεία, η διαδικασία της κατηγοριοποίησης πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Φεβρουάριο του 2011. Η πιλοτική εφαρμογή της έρευνας στις 70 τυχαία επιλεγμένες ιστοσελίδες των νοσοκομείων έγινε για να ελέγξει τη διαδικασία κατηγοριοποίησης των διαδραστικών εργαλείων, αλλά

[1] Η λίστα μπορεί να βρεθεί στο http://health.usnews.com/best-hospitals ψάχνοντας για κάθε πολιτεία ξεχωριστά.

και για να ελέγξει την πιστότητα και εγκυρότητα των επιλεγμένων κατηγοριών. Η αξιοπιστία μεταξύ των κατηγοριών, που ελέγχθηκε με τον δείκτη Scott's Pi, έφτασε κατά μέσο όρο στο 0,93 για όλες τις μεταβλητές.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές συμπεριλαμβάνουν τον τύπο του νοσοκομείο (δίκτυα νοσοκομείων έναντι ανεξάρτητων νοσοκομείων) και το μέγεθος του νοσοκομείου (αριθμός κρεβατιών)[2]. Όλα τα διαδραστικά εργαλεία που είχε στη διάθεσή του ο ασθενής χρησιμοποιήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές.

Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τον Shepherd (2003), το 82% των Αμερικανικών νοσοκομείων είχε παρουσία στο διαδίκτυο το 2002. Ο Shepherd πίστευε ότι «τα επίπεδα υιοθέτησης των διαδραστικών εργαλείων από τα Αμερικανικά νοσοκομεία πλησίαζαν τα μέγιστα επίπεδα» όταν έγινε γνωστή η θεωρία της διάχυσης της τεχνολογίας του Rogers (Shepherd 2003, σ. 21). Ο Huang (2009) βρήκε ότι μέχρι το τέλος του 2008, το 86% των Αμερικανικών νοσοκομείων είχαν δημιουργήσει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο (σ. 353). Η παρούσα μελέτη βρήκε ότι το Φεβρουάριο του 2011, το 93% των Αμερικανικών νοσοκομείων είχαν ιστοσελίδα στο διαδίκτυο. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται παρακάτω προκύπτουν από ένα σύνολο 712 νοσοκομείων (εκ του συνόλου των 764 που περιλαμβάνονται στο δείγμα) που είχαν διαδικτυακή παρουσία στον παγκόσμιο ιστό.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το 59% των Αμερικανικών νοσοκομείων που είχε δημιουργήσει ιστοσελίδα ανήκε σε ένα δίκτυο υπηρεσιών υγείας, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό συμπεριελάμβανε ανεξάρτητα νοσοκομεία. Σε σχέση με το μέγεθός τους, το 54% των νοσοκομείων είχε 1–100 κρεβάτια, 26% των νοσοκομείων είχε 101–250 κρεβάτια, και το 20% των νοσοκομείων είχε πάνω από 250 κρεβάτια.

Συνολικά, 21 διαδραστικά εργαλεία εντοπίστηκαν από τη βιβλιογραφία και εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία. Αυτά τα εργαλεία χωρίστηκαν σε 6 επιμέρους κατηγορίες, κυρίως βάσει των λειτουργιών τους. Επιπροσθέτως, εξετάστηκε το εάν τα νοσοκομεία διέθεταν ένα σύστημα υπηρεσιών «απευθείας σύνδεσης» (δηλαδή, «on line» σύστημα) ή παρείχαν ένα σύστημα ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μονάχα σε εγγεγραμμένους χρήστες.

Ερώτηση 1η: Σε ποιο βαθμό έχουν αναπτυχθεί διαδραστικά εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας στις ιστοσελίδες των νοσοκομείων των ΗΠΑ για επιχειρηματικούς λόγους;

Ο Πίνακας 1 δείχνει ότι μεταξύ των παραδοσιακών εργαλείων που συναντώνται στο διαδίκτυο, ένα ποσοστό νοσοκομείων της τάξης του 66,6% είχε αναπτύξει εργαλεία απευθείας αναζήτησης πληροφοριών, ένα 60,8% είχε δημιουργήσει διαδραστικά εργαλεία/χάρτες, ενώ ένα ποσοστό που κυμαίνεται στο 56,7% είχε προωθήσει εργαλεία αναζήτησης ιατρικών ειδικοτήτων. Όλα αυτά τα δημοφιλή στη χρήση εργαλεία συνοδεύονταν από κουμπί επικοινωνίας με το νοσοκομείο σε ποσοστό 46,1%, ενώ σε ποσοστό 42,8% συνοδεύονταν από διαδραστικό ημερολόγιο εκδηλώσεων και εργαλείο αναζήτησης γεγονότων. Ωστόσο, ένα πολύ χαμηλό ποσοστό νοσοκομείων, 9%, είχε δημιουργήσει εργαλεία για ένα «ταξίδι» στην εικονική πραγματικότητα στο χώρο της υγείας.

[2] 1-100 κρεβάτια = Μικρό μέγεθος, 101-250 κρεβάτια = Μεσαίο μέγεθος, και πάνω από 250 κρεβάτια = Μεγάλο μέγεθος.

Πίνακας 1. Διαδραστικά Εργαλεία που Χρησιμοποιούνται στα Νοσοκομεία των ΗΠΑ, ανά Κατηγορία και Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα

Διαδραστικά Εργαλεία	Συχνότητα	Ποσοστό
Παραδοσιακά Εργαλεία Λειτουργίας		
• Απευθείας αναζήτηση	474	66,6%
• Διαδραστικός χάρτης	433	60,8%
• Αναζήτηση γιατρού/ειδικότητας	404	56,7%
• Κουμπί επικοινωνίας	328	46,1%
• Διαδραστικό ημερολόγιο εκδηλώσεων και εργαλείο αναζήτησης γεγονότων	305	42,8%
• Εργαλείο εικονικής πραγματικότητας	61	8,6%
Βασικά Εργαλεία Ηλεκτρονικής Επιχειρηματικότητας		
• Ηλεκτρονική πληρωμή	286	40,2%
• Ηλεκτρονική εγγραφή συνδρομής	138	19,4%
• Πραγματοποίηση ηλεκτρονικού ραντεβού με γιατρό ή απευθείας επικοινωνία μαζί του	109	15,3%
• Ηλεκτρονική πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο και στα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων	72	10,1%
• Ηλεκτρονική ανανέωση φαρμακευτικής αγωγής	69	9,7%
Εργαλεία Υποστήριξης των Ασθενών		
• Διαδραστικά εργαλεία εκπαίδευσης των ασθενών ή εργαλεία εκτίμησης του κινδύνου ασθένειας	335	47,0%
• Εργαλεία φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών μέσω ειδικών ιστοσελίδων, «blog» ή ειδικών χώρων/δικτύων συνομιλίας και επικοινωνίας μεταξύ τους	115	16,2%
Εργαλεία Υποστήριξης των Επισκεπτών		
• Ηλεκτρονικές κάρτες (ευχητήριες) ή μηνύματα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τους ασθενείς	201	28,2%
• Δυνατότητα απευθείας σύνδεσης με τα παιδικά δωμάτια ώστε να βλέπουν ή να αγοράζουν φωτογραφίες των μικρών ασθενών/νεογέννητων	197	27,7%
• Ηλεκτρονικό κατάστημα αγοράς δώρων/άνθεων	66	9,3%
Εργαλεία Δημοσίων Σχέσεων		
• Παρουσία τους στα δίκτυα κοινωνικής δικτύωσης, όπως Facebook και Twitter	254	35,7%
• Απευθείας ηλεκτρονική αναγνώριση/αξιολόγηση υπηρεσιών του υγειονομικού προσωπικού	27	3,9%
Αναδυόμενα Λειτουργικά Εργαλεία		
• Ενημέρωση για τον χρόνο αναμονής	40	5,6%
• Εργαλείο υπολογισμού του κόστους	25	3,5%
• Εργαλεία χρήσης ασύρματων συσκευών	14	2,0%
Καταλόγου παρεχόμενων υπηρεσιών απευθείας σύνδεσης*	78	11,0%
Δυνατότητα προσωπικού λογαριασμού*	76	10,7%

Σημείωση: οι ποσοστιαίοι υπολογισμοί βασίζονται σε δείγμα 712 νοσοκομείων που είχαν διαδικτυακή παρουσία.

* Πρόκειται για εργαλεία διασύνδεσης τα οποία παρέχονται σε ορισμένα εκ των διαδραστικών εργαλείων.

Εν αντιθέσει, ο βαθμός υιοθέτησης των εργαλείων επιχειρηματικότητας ήταν πολύ μικρότερος. Σ' αυτή την κατηγορία, το πιο κοινόχρηστο εργαλείο υπήρξε η δυνατότητα ηλεκτρονικής πληρωμής με ποσοστό 40,2%. Τα υπόλοιπα εργαλεία αυτής της κατηγορίας δεν εφαρμόζονταν σε μεγάλο βαθμό στα νοσοκομεία. Συγκεκριμένα, η δυνατότητα ηλεκτρονικής εγγραφής συνδρομής παρουσίαζε ποσοστό εφαρμογής 19,4%, η δυνατότητα πραγματοποίησης ηλεκτρονικού ραντεβού με γιατρό ή δυνατότητα επικοινωνίας μαζί του εφαρμοζόταν σε ποσοστό 15,3%, η ηλεκτρονική πρόσβαση στους ιατρικούς/ εργαστηριακούς φακέλους υιοθετούνταν σε ποσοστό 10,1% και η ηλεκτρονική ανανέωση της φαρμακευτικής αγωγής πραγματοποιούνταν σε ποσοστό 9,7%.

Μεταξύ των εργαλείων στήριξης των ασθενών, η δυνατότητα εκπαίδευσής τους εφαρμόζονταν σε ποσοστό 47% των νοσοκομείων. Αυτό το εργαλείο παρείχε στους ασθενείς εγκυκλοπαιδικές γνώσεις, δυνατότητα εκτίμησης του κινδύνου για πιθανές ασθένειες, ενημερωτικά κουίζ, εργαλεία εκτίμησης συμπτωμάτων πιθανών ασθενειών και οδηγούς φροντίδας. Ωστόσο, μόνο το 16,2% των νοσοκομείων του δείγματος παρείχαν εργαλεία στήριξης και φροντίδας των ασθενών, όπως «blog» και ειδικούς χώρους συνομιλίας και επικοινωνίας των ασθενών μεταξύ τους.

Η δυνατότητα αποστολής ηλεκτρονικών ευχητήριων καρτών ή η αποστολή ηλεκτρονικού μηνύματος (28,2%) και η δυνατότητα απευθείας σύνδεσης με τα δωμάτια των νεογέννητων, όπου οι επισκέπτες θα είχαν τη δυνατότητα να δουν, να αγοράσουν ή και να τυπώσουν φωτογραφίες τους (27,7%) ήταν τα δύο πιο δημοφιλή εργαλεία στήριξης των επισκεπτών που παρείχαν τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ. Ένα μικρό ποσοστό νοσοκομείων (9,3%) παρείχε τη δυνατότητα στους επισκέπτες να αγοράζουν ηλεκτρονικά άνθη ή άλλα δώρα για τους ασθενείς τους.

Η δυνατότητα σύνδεσης των χρηστών των ιστοσελίδων των νοσοκομείων με τα κοινωνικά δίκτυα (π.χ. Facebook και Twitter) ξεκίνησε ως νέα τάση το 2009.[3] Η παρούσα μελέτη βρήκε ότι το 35,7% των Αμερικανικών νοσοκομείων κάνει χρήση αυτής της συγκεκριμένης δυνατότητας της νέας τεχνολογίας, ως ένα σημαντικό εργαλείο ενίσχυσης των δημοσίων σχέσεών του. Η αναγνώριση/αξιολόγηση των υπηρεσιών του υγειονομικού προσωπικού του νοσοκομείου, όπως των γιατρών, των νοσηλευτών ή του διοικητικού προσωπικού από μέρους των ασθενών και των επισκεπτών αποτελεί παράδοση σε πολλά Αμερικανικά νοσοκομεία. Στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, μια μικρή μερίδα νοσοκομείων προσπαθεί να μετατρέψει σε ηλεκτρονική αυτή τη διαδικασία, ώστε να είναι εφικτή μέσω των ιστοσελίδων τους (3,9%).

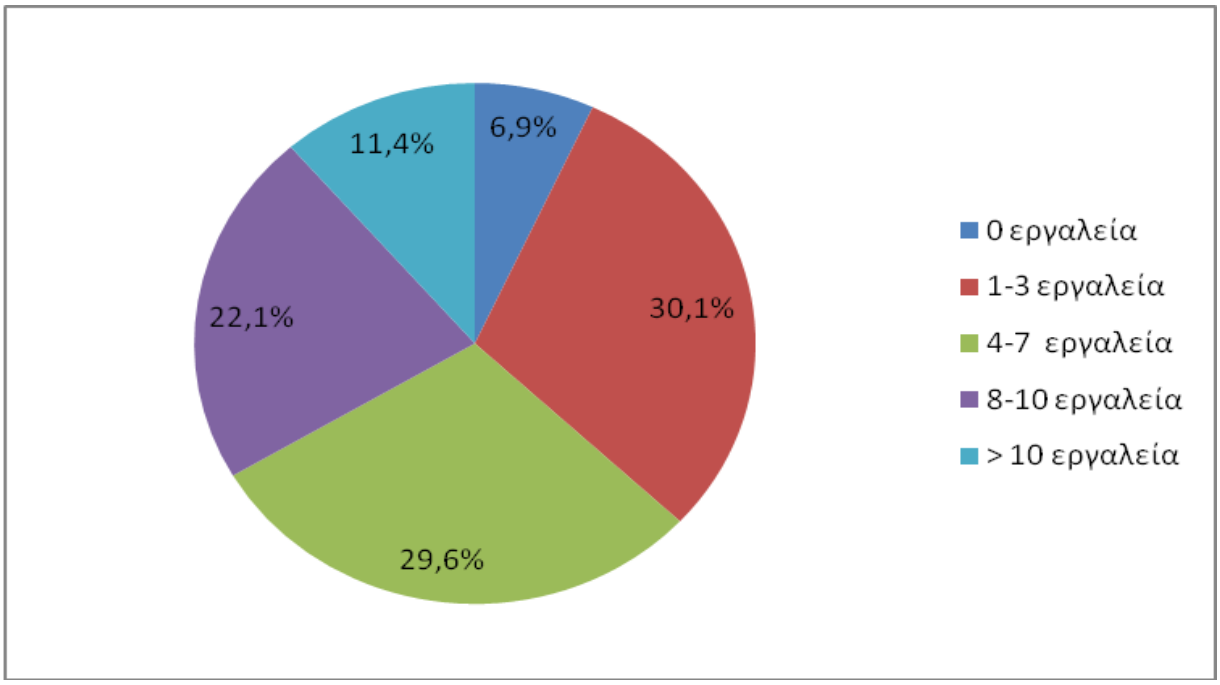
Σε αντίθεση με την υψηλή συχνότητα εφαρμογής των περισσότερων από τα παραπάνω εργαλεία, τα αναδυόμενα λειτουργικά εργαλεία όπως, η δυνατότητα αναζήτησης του χρόνου αναμονής (5,6%), εκτίμησης/υπολογισμού του κόστους (3,5%) και τα εργαλεία χρήσης κινητών/ασύρματων συσκευών (2%) δεν εφαρμόζονται σε ικανοποιητικό βαθμό από τα Αμερικανικά νοσοκομεία.

Οι ιστοσελίδες των Αμερικανικών νοσοκομείων παρείχαν τα συγκεκριμένα διαδραστικά εργαλεία με ποικίλους τρόπους. Τα περισσότερα προσέφεραν αυτά τα εργαλεία χωρίς να επιδιώκουν την προώθηση επιχειρηματικών δραστηριοτήτων. Ωστόσο, μερικά νοσοκομεία επιδίωκαν την ανάπτυξη διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες τους ώστε να

[3] Ο Ed. Bennett, Διευθυντής του Web Strategy του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Maryland, αναφέρει την τάση των νοσοκομείων να εγγράφονται στα κοινωνικά δίκτυα του δημοφιλούς ιστοχώρου «Found in Cache». Η τελευταία ενημερωμένη λίστα των Αμερικανικών νοσοκομείων μπορεί να αναζητηθεί στην ιστοσελίδα: http://ebennett.org/hsnl/.

προωθήσουν επιχειρηματικές δράσεις. Ο πιο διαδεδομένος τρόπος να το επιτύχουν αυτό ήταν η παροχή ενός ασφαλούς επιχειρηματικού περιβάλλοντος ώστε να αναπτυχθεί η δυνατότητα προσωπικής εισόδου των ενδιαφερομένων στις ιστοσελίδες τους. Μέσω αυτής της παροχής, οι εγγεγραμμένοι χρήστες μπορούσαν να πληρώσουν το λογαριασμό τους ηλεκτρονικά, να κανονίσουν ραντεβού με το γιατρό τους, να προεγγραφούν στην ηλεκτρονική εφαρμογή, να ανανεώσουν ηλεκτρονικά τη φαρμακευτική τους αγωγή, καθώς και να αποκτήσουν ηλεκτρονική πρόσβαση στους ιατρικούς τους φακέλους και στα εργαστηριακά αποτελέσματα των εξετάσεων τους. Ωστόσο, μόνο το 10,7% των νοσοκομείων παρείχαν αυτή τη δυνατότητα στους επισκέπτες των ιστοσελίδων τους. Περίπου το ίδιο ποσοστό των νοσοκομείων στις ΗΠΑ (11%) προωθούσαν τα ίδια διαδραστικά εργαλεία μέσω ενός Καταλόγου παρεχόμενων υπηρεσιών απευθείας σύνδεσης. Συνήθως, σε αυτή την περίπτωση, ο χρήστης έπρεπε να παράσχει προσωπικές πληροφορίες σε επανάληψη, μιας και το συγκεκριμένο εργαλείο λειτουργούσε ατομικά για κάθε χρήστη.

Συνολικά, το 7% των 712 νοσοκομείων δεν διέθεταν κανένα διαδραστικό εργαλείο, το 30,1% των νοσοκομείων του δείγματος παρείχε 1-3 διαδραστικά εργαλεία, το 29,6% διέθετε 4-7 εργαλεία, το 22,1% των νοσοκομείων είχε 8-10 διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες του, ενώ το 11,4% των νοσοκομείων παρείχε περισσότερα από 10 διαδραστικά εργαλεία (Διάγραμμα 1). Ο μέσος όρος ήταν 5,6 διαδραστικά εργαλεία, με τυπική απόκλιση 3,8. Μόνο ένα νοσοκομείο προσέφερε τον μέγιστο αριθμό διαδραστικών εργαλείων: 18.

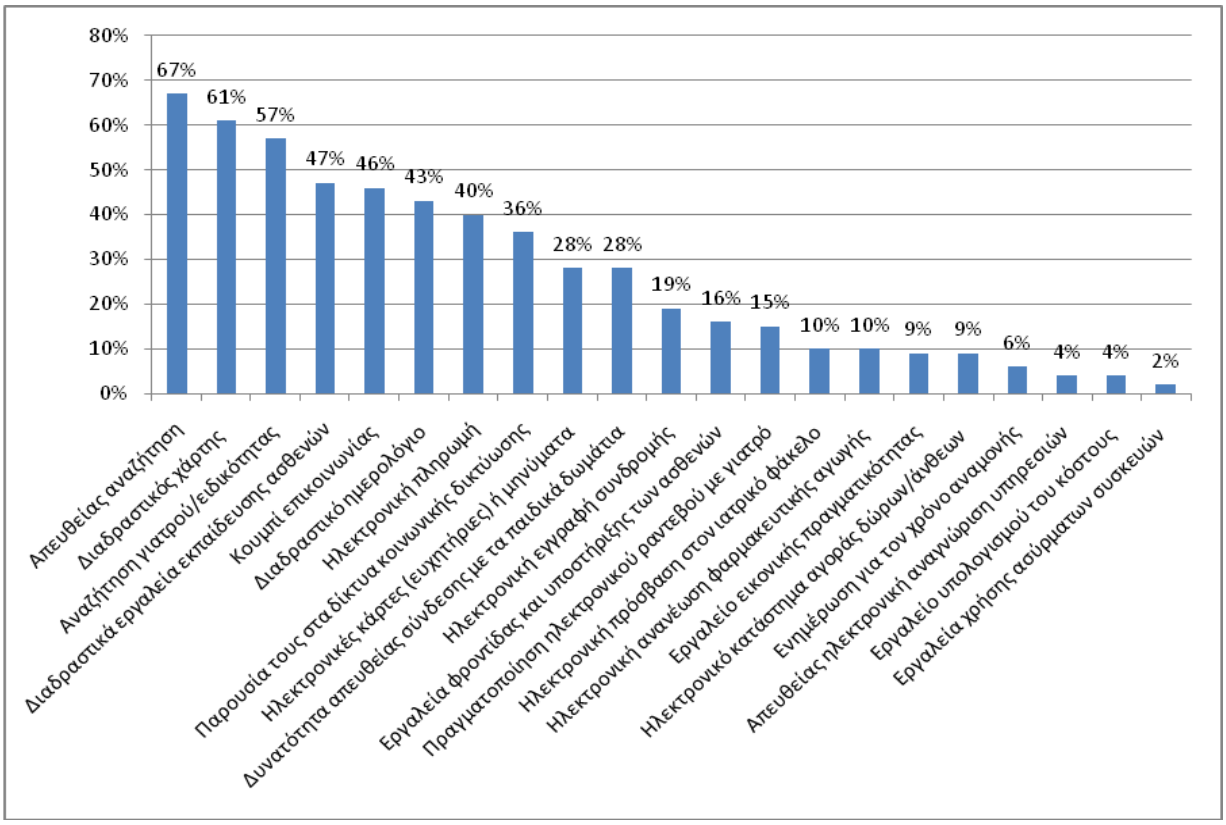


Διάγραμμα 1. Αριθμός Διαδραστικών Εργαλείων που είναι Διαθέσιμα στις Ιστοσελίδες των Αμερικανικών Νοσοκομείων

Σημείωση: Μέσος όρος = 5,6 - Τυπική απόκλιση = 3,8 - Ελάχιστο = 0 και Μέγιστο = 18.

Τα πιο δημοφιλή εργαλεία διάδρασης ήταν η «απευθείας αναζήτηση», ο «διαδραστικός χάρτης» και η «αναζήτηση γιατρού», σε ποσοστό πάνω από 57% των Αμερικανικών νοσοκομείων (Διάγραμμα 2). Τα επόμενα τέσσερα πιο δημοφιλή εργαλεία διάδρασης που προσφέρονται από τα νοσοκομεία των ΗΠΑ στους χρήστες των ιστοσελίδων τους είναι η «εκπαίδευση των ασθενών», η δυνατότητα «επικοινωνίας» με το νοσοκομείο, το

«ηλεκτρονικό ημερολόγιο εύρεσης εκδηλώσεων/γεγονότων» του νοσοκομείου και η «απευθείας πληρωμή λογαριασμών» με ποσοστό πάνω από 40%. Αντιθέτως, εργαλεία όπως, η «απευθείας ηλεκτρονική αναγνώριση/αξιολόγηση υπηρεσιών του υγειονομικού προσωπικού», η «απευθείας εκτίμηση του κόστους» και η «ενημέρωση για τις κινητές ιατρικές συσκευές» ήταν από τα λιγότερα παρεχόμενα εργαλεία διάδρασης στα νοσοκομεία των ΗΠΑ, με ποσοστό μικρότερο του 4%.



Διάγραμμα 2. Διαδραστικά Εργαλεία στις Ιστοσελίδες των Αμερικανικών Νοσοκομείων

Όταν τα διαδραστικά εργαλεία κατηγοριοποιούνται σε επιμέρους ομάδες, προκύπτει ότι η κατηγορία των παραδοσιακών λειτουργικών εργαλείων είναι αυτή που χρησιμοποιείται στα περισσότερα νοσοκομεία (Πίνακα 2). Περίπου το 91% των Αμερικανικών νοσοκομείων προσέφερε τουλάχιστον ένα εργαλείο σε αυτή την κατηγορία. Ο βαθμός υιοθέτησης των άλλων εργαλείων στις υπόλοιπες κατηγορίες είναι δραστικά μικρότερος. Περίπου τα μισά νοσοκομεία στις ΗΠΑ (51%) παρείχαν ένα τουλάχιστον εργαλείο στην κατηγορία των βασικών επιχειρηματικών εργαλείων. Το κυρίαρχο εργαλείο σε αυτή την κατηγορία είναι η δυνατότητα ηλεκτρονικής πληρωμής. Εάν αυτό το εργαλείο αποκλείονταν από την συγκεκριμένη κατηγορία τότε ο βαθμός υιοθέτησης διαδραστικών εργαλείων στην κατηγορία «Βασικά επιχειρηματικά εργαλεία» θα έπεφτε στο 32,2%. Τα εργαλεία στήριξης των ασθενών υιοθετούνταν από τα Αμερικανικά νοσοκομεία σε βαθμό 50,7%. Περίπου 44% των νοσοκομείων του δείγματος προσέφεραν μέσω των ιστοσελίδων τους εργαλεία για τη διευκόλυνση των επισκεπτών, ενώ μόνο 38% των νοσοκομείων παρείχαν εργαλεία ανάπτυξης των δημοσίων σχέσεών τους μέσω του διαδικτύου. Τέλος, η κατηγορία των αναδυόμενων λειτουργικών εργαλείων προσφέρονταν μόνο σε ποσοστό 9,3% των νοσοκομείων των ΗΠΑ.

Πίνακας 2. Διαδραστικά Εργαλεία στις Ιστοσελίδες των Αμερικανικών Νοσοκομείων, ανά Κατηγορία

Κατηγορία Διαδραστικών Εργαλείων	Συχνότητα	Ποσοστό
Παραδοσιακά λειτουργικά εργαλεία	645	90,6%
Βασικά επιχειρηματικά εργαλεία	363	51,0%
Εργαλεία στήριξης των ασθενών	361	50,7%
Εργαλεία χρήσης των επισκεπτών	310	43,5%
Εργαλεία δημοσίων σχέσεων	263	36,9%
Αναδυόμενα λειτουργικά εργαλεία	66	9,3%

Σημείωση: Οι ποσοστιαίοι υπολογισμοί έχουν βάση το δείγμα των 712 νοσοκομείων τα οποία όλα έχουν διαδικτυακή παρουσίαση. Στην στήλη των Συχνοτήτων παρουσιάζεται ο αριθμός των νοσοκομείων που έχουν τουλάχιστον ένα διαδραστικό εργαλείο στην κάθε μια κατηγορία εργαλείων.

Τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί ορισμένες εταιρείες οι οποίες έχουν αναπτύξει περιεχόμενα ιστοσελίδων παράλληλα των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων, έτσι ώστε οι ιστοσελίδες των νοσοκομείων να κάνουν «σύνδεση» (link) με αυτές των εταιρειών. Σχεδόν 34% των Αμερικανικών νοσοκομείων κάνει χρήση αυτής της δυνατότητας που προσφέρεται από εξωτερικούς συνεργάτες. Αυτού του είδους οι δράσεις των εξωτερικών ιστοσελίδων, που συνδέονται με αυτές των νοσοκομείων αφορούν κυρίως στην παρουσίαση φωτογραφιών νεογέννητων μωρών στη διεύθυνση «our365.com» με ποσοστό 17%, σε δραστηριότητες φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών στη διεύθυνση «carepages.com» όπου ασθενείς, επισκέπτες και φίλοι μπορούν να ενημερώνονται για την πορεία της υγείας των ασθενών, για τις υπηρεσίες υγείας εν γένει, καθώς και να καταγράφουν τις προσωπικές τους ιστορίες, και να στέλνουν χαιρετίσματα και ευχές σε φίλους-ασθενείς με ποσοστό 12%, και τέλος στην διαδραστική εκπαίδευση των ασθενών με ποσοστό 10%.

Ερώτηση 2η: Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές (1) μεταξύ των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων και των ανεξάρτητων νοσοκομειακών μονάδων και (2) μεταξύ των μεγάλων και μικρών νοσοκομείων σε ότι αφορά την υιοθέτηση των εφαρμογών της ηλεκτρονικής υγείας;

Οι Shepherd (2003, σ. 22–24) και Huang (2009, σ. 357) βρήκαν ότι η ηλεκτρονική διαφήμιση μέσω των ιστοσελίδων σχετίζεται θετικά με το μέγεθος των νοσοκομείων –τα μεγάλα και μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία ήταν περισσότερο πιθανό να υιοθετήσουν μεθόδους ηλεκτρονικής διαφήμισης/παρουσίας τους στο κοινό, να αγοράσουν ιστοσελίδες εξωτερικών συνεργατών, καθώς και να χρησιμοποιούν *videos* ως εργαλείο διαφήμισης απ' ότι τα μικρά νοσοκομεία. Η παρούσα μελέτη επαληθεύει και ενισχύει αυτά τα αποτελέσματα. Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει όλα τα αποτελέσματα συσχετίσεων, δίνοντας απαντήσεις με αυτόν τον τρόπο στη Ερώτηση 2. Τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία ή αυτά που ανήκουν σε ένα δίκτυο νοσοκομείων ή/και άλλων μονάδων υγείας ήταν περισσότερο πιθανό να διαθέτουν διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες τους απ' ότι τα ανεξάρτητα νοσοκομεία (όλα *p's*<0,05), με εξαίρεση τα εργαλεία της «εικονικής διαδρομής», της αποστολής ηλεκτρονικής κάρτας/ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους ασθενείς και της ηλεκτρονικής εκτίμησης του κόστους. Ωστόσο, δεν υπήρχε καμιά διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών νοσοκομείων σε ότι αφορά την εφαρμογή εργαλείων διευκόλυνσης των

επισκεπτών (χ^2(1)=0,05), αν και παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις υπόλοιπες κατηγορίες εργαλείων (όλα *p's*<0,01). Επιπροσθέτως, τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία προσέφεραν περισσότερα διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες τους σε σχέση με τα ανεξάρτητα νοσοκομεία ($M_{Διασυνδεδεμένα}$=6,57 vs. $M_{Ανεξάρτητα}$=4,19; *t* (657)=8,8, *p*<0,001). Δεν παρατηρήθηκε καμιά συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας νοσοκομείου και πιθανότητα χρησιμοποίησης ιστοσελίδων ή άλλης τεχνολογίας εξωτερικών συνεργατών (χ^2(1)=2,32, *p*>0,1).

Σε σχέση με το μέγεθός τους, τα μεγαλύτερα νοσοκομεία ήταν περισσότερο πιθανό να παρέχουν διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες τους (*p's*<0,05). Αυτό το αποτέλεσμα επαληθεύτηκε και στις 6 κατηγορίες διαδραστικών εργαλείων, καθώς και στις 2 επιπλέον κατηγορίες («Μενού παρεχομένων υπηρεσιών απευθείας σύνδεσης» και «Δυνατότητα προσωπικού λογαριασμού»). Επίσης, το μέγεθος του νοσοκομείου συνδέονταν με το συνολικό αριθμό παρεχομένων διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες τους (*F* (2, 709) = 81,1, *p*<0,001). Κατά μέσο όρο, τα μεγάλα νοσοκομεία προσέφεραν περισσότερα διαδραστικά εργαλεία ($M_{Μεγάλα}$=8,1) σε σχέση με τα μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία ($M_{Μεσαία}$=6,64), τα οποία με τη σειρά τους διέθεταν περισσότερα διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες τους από ότι τα μικρά νοσοκομεία ($M_{Μικρά}$=4,13) (όλα *p's*<0,001). Ακόμη, τα μεγάλα και μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία χρησιμοποιούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό περιεχόμενα ιστοσελίδων εξωτερικών συνεργατών απ' ότι τα μικρά νοσοκομεία (χ^2(2)=18,38, *p*<0,001).

Συμπεράσματα και Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη έχει βρει αρκετά ουσιαστικά αποτελέσματα τα οποία έχουν πρακτική διάσταση. Πρώτον, χρησιμοποιήθηκαν 21 διαδραστικά εργαλεία, καθώς και δύο ερωτήσεις. Ο βαθμός επικράτησης αυτών των διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες των Αμερικανικών νοσοκομείων εξετάστηκε ανά νοσοκομείο και ανά κατηγορία. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία σε αυτό το ερευνητικό πεδίο, τα ευρήματα αυτής της μελέτης θα αποτελέσουν ένα σημείο αναφοράς για μελλοντικές μελέτες στο κομμάτι της διαφήμισης στις υπηρεσίες υγείας. Το σημείο αναφοράς («benchmarking») σημαίνει επίσης «*η διαδικασία του να αναγνωρίζεις, να μαθαίνεις και να υιοθετείς αξιόλογες πρακτικές και διαδικασίες από κάποιον άλλον οργανισμό ώστε να βελτιώσεις τη δική σου απόδοση*», όπως έχει οριστεί από το Αμερικανικό Κέντρο Παραγωγικότητας και Ποιότητας (American Productivity & Quality Center - APQC).[4] Όπως ο Roberts (2008, σ. 38) αναφέρει το «benchmarking» *«είναι κάτι με το οποίο όλα τα νοσοκομεία θα πρέπει να εξοικειωθούν όσο η βιομηχανία των υπηρεσιών υγείας γίνεται πιο διαφανής»*. Συνεπώς, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θα αποτελέσουν σημείο αναφοράς στο μέλλον για τα Αμερικανικά νοσοκομεία σε ότι αφορά την κατάταξή τους στην παροχή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας.

[4] Βλέπε: http://www.apqc.org/benchmarking.

Πίνακας 3. Συνολικά Αποτελέσματα Συσχετίσεων

	Ανεξάρτητη Μεταβλητή	
Συσχέτιση μεταξύ ενός Διαδραστικού Εργαλείου (ή κατηγορίας) και μιας Ανεξάρτητης Μεταβλητής	**Ιδιότητα Νοσοκομείου (Δικτυωμένα vs. Ανεξάρτητα)**	**Μέγεθος Νοσοκομείου (Μικρό vs. Μεσαίου vs. Μεγάλου)**
Παραδοσιακά Εργαλεία Λειτουργίας		
• Απευθείας αναζήτηση	46,74**	88,20**
• Διαδραστικός χάρτης	37,71**	16,16**
• Αναζήτηση γιατρού/ειδικότητας	38,46**	117,87**
• Κουμπί επικοινωνίας	9,22**	10,46**
• Διαδραστικό ημερολόγιο εκδηλώσεων και εργαλείο αναζήτησης γεγονότων	12,91**	54,95**
• Εργαλείο εικονικής πραγματικότητας	2,06	7,24*
Βασικά Εργαλεία Ηλεκτρονικής Επιχειρηματικότητας		
• Ηλεκτρονική πληρωμή	32,08**	42,92**
• Ηλεκτρονική εγγραφή συνδρομής	21,65**	12,37**
• Πραγματοποίηση ηλεκτρονικού ραντεβού με γιατρό ή απευθείας επικοινωνία μαζί του	18,15**	27,06**
• Ηλεκτρονική πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο και στα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων	18,04**	12,11**
• Ηλεκτρονική ανανέωση φαρμακευτικής αγωγής	18,20**	10,44**
Εργαλεία Υποστήριξης των Ασθενών		
• Διαδραστικά εργαλεία εκπαίδευσης των ασθενών ή εργαλεία εκτίμησης του κινδύνου ασθένειας	38,67**	72,53**
• Εργαλεία φροντίδας και υποστήριξης των ασθενών μέσω ειδικών ιστοσελίδων, «blog» ή ειδικών χώρων/δυκτίων συνομιλίας και επικοινωνίας μεταξύ τους	13,31**	16,68**
Εργαλεία Υποστήριξης των Επισκεπτών		
• Ηλεκτρονικές κάρτες (ευχητήριες) ή μηνύματα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου για τους ασθενείς	0,05	33,29**
• Δυνατότητα απευθείας σύνδεσης με τα παιδικά δωμάτια ώστε να βλέπουν ή να αγοράζουν φωτογραφίες των μικρών ασθενών/νεογέννητων	1,18	16,23**
• Ηλεκτρονικό κατάστημα αγοράς δώρων/άνθεων	12,26**	21,18**
Εργαλεία Δημοσίων Σχέσεων		
• Παρουσία τους στα δίκτυα κοινωνικής δικτύωσης, όπως Facebook και Twitter	20,11**	67,82**
• Απευθείας ηλεκτρονική αναγνώριση/αξιολόγηση υπηρεσιών του υγειονομικού προσωπικού	8,20**	14,18**
Αναδυόμενα Λειτουργικά Εργαλεία		
• Ενημέρωση για τον χρόνο αναμονής	20,11**	20,41**
• Εργαλείο υπολογισμού του κόστους	1,93	6,47*
• Εργαλεία χρήσης ασύρματων συσκευών	4,34*	12,22**
Κατάλογος παρεχόμενων υπηρεσιών απευθείας σύνδεσης*	12,16**	21,90**
Δυνατότητα προσωπικού λογαριασμού*	16,50**	21,93**
Παραδοσιακά λειτουργικά εργαλεία	39,90**	30,77**
Βασικά επιχειρηματικά εργαλεία	61,19**	67,74**
Εργαλεία στήριξης των ασθενών	41,69**	76,29**
Εργαλεία χρήσης των επισκεπτών	0,05	36,30**
Εργαλεία δημοσίων σχέσεων	22,84**	73,74**
Αναδυόμενα Λειτουργικά Εργαλεία	16,21**	20,73**

Σημείωση: οι αριθμοί στον πίνακα δείχνουν τιμές chi-square. Μικρά νοσοκομεία = 1-100 κρεβάτια; μεσαία νοσοκομεία = 101-250 κρεβάτια; μεγάλα νοσοκομεία >250 κρεβάτια.

** p<0,05, **p<0,01*

Δεύτερον, μεταξύ των νοσοκομείων που διέθεταν ιστοσελίδα στο διαδίκτυο, ένα ποσοστό 7% αυτών δεν προσέφεραν κανένα διαδραστικό εργαλείο, 84% αυτών κατατάσσονταν στην κατηγορία των μικρών νοσοκομείων και 74% αυτών λειτουργούσαν ως ανεξάρτητα νοσοκομεία. Επίσης, ένα ποσοστό 11,1% των Αμερικανικών νοσοκομείων που διέθεταν ιστοσελίδα προσέφεραν ένα μόνο διαδραστικό εργαλείο (Συχνότητα=79). Προφανώς, σε αυτά τα νοσοκομεία, όπου υπάρχει μικρή υιοθέτηση των υπηρεσιών της ηλεκτρονικής υγείας απαιτείται να υπάρχει ισχυρότερη παρουσία ενός ειδικού στις νέες τεχνολογίες, καθώς και πιθανή αλλαγή της διαφημιστικής τους στρατηγικής σε ότι αφορά την ηλεκτρονική τους παρουσία στο διαδίκτυο. Προκειμένου να υπάρχει βελτίωση και ανάπτυξη προς αυτή την κατεύθυνση, τα συγκεκριμένα νοσοκομεία θα πρέπει αρχικά να εφαρμόσουν και να λειτουργήσουν αρκετά από τα παραδοσιακά διαδραστικά εργαλεία τα οποία απαιτούν χαμηλού επιπέδου τεχνική εξειδίκευση, καθώς και να υιοθετήσουν το ηλεκτρονικό περιεχόμενο εξωτερικών συνεργατών/εταιρειών.

Τρίτον, το γεγονός ότι, κατά μέσο όρο, μια ιστοσελίδα Αμερικανικού νοσοκομείου χρησιμοποιεί 5,6 διαδραστικά εργαλεία σημαίνει ότι πολλά νοσοκομεία δεν εφαρμόζουν τα εργαλεία εκείνα μέσω των οποίων μπορούν να πραγματοποιήσουν επιχειρηματικές δράσεις. Δηλαδή, σύμφωνα με τους Mukherjee & McGinnis (2007), τα νοσοκομεία που δεν αναπτύσσουν επιχειρηματικά διαδραστικά εργαλεία χάνουν την ευκαιρία να μειώσουν το κόστος και τα λάθη στις οικονομικές συναλλαγές, να βελτιώσουν τη διαφάνεια στις συναλλαγές, να αυξήσουν τη λειτουργική αποδοτικότητα, καθώς και να γίνουν περισσότερο φιλικά στους ασθενείς. Τα νοσοκομεία των ΗΠΑ θα πρέπει να ενημερωθούν για τα διαθέσιμα διαδραστικά εργαλεία εξυπηρέτησης των ασθενών τους, όπως αυτά αναπτύσσονται και μελετώνται στην παρούσα εργασία. Επίσης, θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο εφαρμογής 10 τουλάχιστον διαδραστικών εργαλείων τα οποία παρουσιάζουν ποσοστό εφαρμογής πάνω από 25%, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2, επειδή τα συγκεκριμένα εργαλεία τείνουν να αποτελέσουν ή έχουν ήδη αποτελέσει ένα υπαρκτό δεδομένο στην βιομηχανία των υπηρεσιών υγείας/νοσοκομείων. Ακόμη, τα νοσοκομεία θα πρέπει να ξεκινήσουν την εφαρμογή και λειτουργία αναδυόμενων εργαλείων όπως αναφέρονται στην παρούσα εργασία, δεδομένης της εκρηκτικής αύξησης των ασύρματων συσκευών τα τελευταία χρόνια. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται εργαλεία εκτίμησης και υπολογισμού του χρόνου αναμονής και του κόστους, καθώς και εργαλεία χρήσης ασύρματων ιατρικών συσκευών, ώστε να διευκολύνονται οι χρήστες των νοσοκομειακών ιστοσελίδων που επιλέγουν τη λύση της ασύρματης σύνδεσης με τους συγκεκριμένους ιστοχώρους.

Τέταρτον, τα βασικά επιχειρηματικά εργαλεία εφαρμόζονται ελάχιστα από τα Αμερικανικά νοσοκομεία. Εκτός από το εργαλείο πληρωμής λογαριασμών, το οποίο άγγιξε ποσοστό εφαρμογής 40,2%, τα υπόλοιπα εργαλεία της κατηγορίας δεν ξεπερνούσαν το 20%. Και όμως, αυτό είναι ανεξήγητο, γιατί πολλά νοσοκομεία, ανεξάρτητα του μεγέθους τους είχαν τουλάχιστον ένα «κουμπί» απευθείας εξόφλησης λογαριασμών. Αν και αυτή η παροχή που δίνεται στους ασθενείς τους διευκολύνει όταν θέλουν να πληρώσουν ηλεκτρονικά, ωστόσο το συγκεκριμένο εργαλείο εξυπηρετεί περισσότερο τους σκοπούς των νοσοκομείων παρά τους σκοπούς των ασθενών. Απεναντίας, εργαλεία όπως η προεγγραφή, ο προγραμματισμός ενός ραντεβού με το γιατρό τους, η δυνατότητα πρόσβασης στους ιατρικούς τους φακέλους και στα αποτελέσματα των εργαστηριακών τους εξετάσεων και η ανανέωση της φαρμακευτικής τους αγωγής πρωτίστως εξυπηρετούν τους ασθενείς περισσότερο από τις νοσοκομειακές μονάδες αυτές καθ αυτές. Αυτά τα βασικά ηλεκτρονικά

επιχειρηματικά εργαλεία είναι κύρια σε οποιαδήποτε ιατρική/νοσοκομειακή συναλλαγή και αποτελούν την ουσία του περιεχομένου της ηλεκτρονικής υγείας. Εάν εφαρμοστούν στα νοσοκομεία των ΗΠΑ αναμένεται ότι θα αυξήσουν τόσο τη λειτουργική αποδοτικότητα όσο και τα επίπεδα φιλικότητας των ιστοσελίδων τους προς τους χρήστες. Για να γίνει μια ιστοσελίδα ενός νοσοκομείου πιο φιλική στον χρήστη/ασθενή, στο μέλλον, τα νοσοκομεία θα πρέπει να εφαρμόσουν περισσότερα και γρηγορότερα βασικά επιχειρηματικά εργαλεία και να επωφεληθούν από τη χρήση τους.

Πέμπτον, λαμβανομένου υπόψη ότι το 66,6% των Αμερικανικών νοσοκομείων δεν είχαν καθόλου ή είχαν λιγότερα από 7 διαδραστικά εργαλεία στις ιστοσελίδες τους, κυρίως, μάλιστα εργαλεία που ανήκαν στην κατηγορία των παραδοσιακών εργαλείων, αυτό εξηγεί γιατί τα νοσοκομεία δεν προωθούσαν τα βασικά επιχειρηματικά εργαλεία. Παρόλα αυτά, όντας ενημερωμένοι για τα οφέλη που προκύπτουν από τη χρήση αυτών των εργαλείων, ορισμένα νοσοκομεία (11%) σκόπευαν να δημιουργήσουν μια απευθείας υπηρεσία προσφέροντας στους χρήστες/ασθενείς τη δυνατότητα χρησιμοποίησης ορισμένων εκ των βασικών επιχειρηματικών εργαλείων. Η καλύτερη μέθοδος εφαρμογής των επιχειρηματικών εργαλείων σε αυτά τα νοσοκομεία είναι η χρησιμοποίηση της πρότερης γνώσης από τα άλλα 76 νοσοκομεία (10,7%), τα οποία ήδη είχαν εφαρμόσει ένα ασφαλές ηλεκτρονικό περιβάλλον στους χρήστες/ασθενείς για δημιουργία προσωπικού λογαριασμού, με δυνατότητα ηλεκτρονικής πληρωμής λογαριασμού, πραγματοποίησης ραντεβού με το γιατρό, προεγγραφής, ανανέωσης της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και πρόσβασης στους ιατρικούς/εργαστηριακούς φακέλους. Εάν ένα νοσοκομείο δεν έχει τη δυνατότητα απασχόλησης ενός ειδικού στις νέες τεχνολογίες και δημιουργίας μιας τέτοιας ιστοσελίδας με διευρυμένες δυνατότητες –επιχειρηματικές- τότε θα ήταν καλό να επωφεληθεί από τη δυνατότητα αγοράς και χρήσης της συγκεκριμένης τεχνολογίας από εξωτερικούς συνεργάτες/εταιρείες, π.χ. «myChart», το οποίο είναι αποδεδειγμένα το πιο δημοφιλές εργαλείο που σχεδιάστηκε για την προώθηση επιχειρηματικών λύσεων στους ιστοχώρους των νοσοκομείων.

Τέλος, η παρούσα μελέτη απέδειξε ότι τα μεγαλύτερα νοσοκομεία πιο εύκολα υιοθετούν τη χρήση διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες τους απ ότι τα μικρότερα και ότι τα νοσοκομεία που είναι διασυνδεδεμένα ή ενταγμένα σε ένα δίκτυο νοσοκομείων εφαρμόζουν πιο εύκολα τα διαδραστικά εργαλεία σε σχέση με αυτά που λειτουργούν ανεξάρτητα. Μια εξήγηση γι αυτό θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι τα μεγάλα και διασυνδεδεμένα νοσοκομεία διαθέτουν μεγαλύτερο προϋπολογισμό για το τμήμα πληροφορικής και νέων τεχνολογιών, γεγονός που διευκολύνει την εγκατάσταση και εφαρμογή τέτοιων ηλεκτρονικών εργαλείων υγείας. Είναι πολύ πιθανό στο μέλλον, αυτά τα μεγάλα νοσοκομεία με την πολύχρονη εμπειρία και γνώση στην ηλεκτρονική υγεία να επηρεάσουν την πορεία των μικρών και ανεξάρτητων νοσοκομείων. Σύμφωνα με τη θεωρία της καινοτομίας του Rogers, αυτοί που πρώτοι υιοθετούν μια καινοτομία είναι αυτοί που επηρεάζουν τις αποφάσεις των επόμενων στην υιοθέτηση της ίδιας καινοτομίας (Mahler & Rogers, 1999). Ο Rogers χρησιμοποίησε τον όρο «κριτική μάζα» (critical mass) για να αναφερθεί στο αναγκαίο ποσοστό υιοθέτησης μιας καινοτομίας από την κοινότητα ώστε να εξασφαλιστεί στο μέλλον ένα υψηλότερο ποσοστό υιοθέτησης αυτής της καινοτομίας από την κοινότητα και να είναι βιώσιμη (η καινοτομία). Αυτό το ποσοστό υιοθέτησης ορίζεται από τον Rogers σε 10-25%. Αφότου έχει εξασφαλιστεί αυτό το κρίσιμο ποσοστό, η περαιτέρω διάχυση της καινοτομίας είναι διασφαλισμένη. Συνεπώς, ο βαθμός επέκτασης και υιοθέτησης της ηλεκτρονικής υγείας από τα Αμερικανικά νοσοκομεία είναι

διασφαλισμένη, στο μέλλον.

Αυτή η εργασία είναι η πρώτη εμπειρική μελέτη που διερεύνησε συστηματικά τις προσπάθειες των Αμερικανικών νοσοκομείων να εφαρμόσουν εργαλεία προώθησης της ηλεκτρονικής υγείας στις ιστοσελίδες τους. Ωστόσο, και αυτή η εργασία έχει τους περιορισμούς της, οι οποίοι δημιουργούν την ανάγκη για περαιτέρω μελλοντική έρευνα. Πρώτον, επειδή η παρούσα μελέτη σκόπευε να εξετάσει την παρουσία ή όχι διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες των Αμερικανικών νοσοκομείων δεν συμπεριλήφθηκε καθόλου η άποψη των χρηστών των ιστοσελίδων. Μερικοί ερευνητές έχουν επιχειρηματολογήσει ότι η απλή ύπαρξη ή η απουσία και μόνον των διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες των νοσοκομείων έχει νόημα μονάχα όταν αυτά τα εργαλεία επηρεάζουν τη χρήση των ιστοσελίδων από τους επισκέπτες και/ή ασθενείς (Lee et al. 2004, Song & Zinkhan 2008). *«Για παράδειγμα, η ύπαρξη ενός «χώρου συνομιλιών» (chat room) ίσως δεν επηρεάσει τις απόψεις των χρηστών/καταναλωτών μιας ιστοσελίδας για τη διαδραστικότητά της εάν αυτοί δεν χρησιμοποιούν τον ειδικό «χώρο συνομιλιών»»* (Song & Zinkhan 2008, σ. 99). Δεν είναι ξεκάθαρο εάν η ύπαρξη πολλών διαδραστικών εργαλείων στις ιστοσελίδες των Αμερικανικών νοσοκομείων οδηγούν αυτομάτως και σε ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών από αυτές. Ούτε είναι ξεκάθαρο το ποια διαδραστικά εργαλεία είναι τα πιο χρήσιμα στους χρήστες των ιστοσελίδων. Συνεπώς, είναι απαραίτητη στο μέλλον μια μελέτη που να διερευνά τις ανάγκες των χρηστών. Δεύτερον, τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να επωφεληθούν από μια μελέτη που να εξετάζει και να αναλύει όλες τις καλές πρακτικές της χρήσης των διαδραστικών εργαλείων στην ηλεκτρονική υγεία. Μερικά νοσοκομεία του δείγματος «επιθετικά» μεταφέρουν οτιδήποτε γραπτό υλικό στις ιστοσελίδες τους, ενώ μερικά άλλα αν και μεγαλύτερα νοσοκομεία ή/και δικτυωμένα νοσοκομεία μεταχειρίζονται τις ιστοσελίδες τους σαν «χωματοεκφορτωτικό» λογισμικό – και «χωματοεκφορτώνουν» το περιεχόμενό τους σε έντυπη μορφή στις ιστοσελίδες τους, αποτυγχάνοντας με αυτό τον τρόπο να επωφεληθούν των πλεονεκτημάτων της διαδραστικότητας στο διαδίκτυο. Ο τρόπος σκέψης που υποκινεί τις αποφάσεις των υπευθύνων στα νοσοκομεία των ΗΠΑ σχετικά με την εφαρμογή ή όχι διαδραστικών εργαλείων στην ηλεκτρονική υγεία χρειάζεται να επανεξεταστεί. Τέλος, διαχρονικές μελέτες είναι επιθυμητές για τον εντοπισμό και μέτρηση της ανάπτυξης της ηλεκτρονικής υγείας, καθώς και την αναγνώριση των τελευταίων τάσεων και χαρακτηριστικών των προσπαθειών περιοδικής συγκριτικής αξιολόγησης των νοσοκομείων.

Στο ξεκίνημα του 2011, το 87% των Αμερικανικών νοσοκομείων χρησιμοποιούσαν τουλάχιστον ένα διαδραστικό εργαλείο ηλεκτρονικής υγείας που απευθύνονταν στον ασθενή. Αν και η πλειοψηφία των Αμερικανικών νοσοκομείων διαθέτουν διαδραστικά εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας στις ιστοσελίδες τους, οι περισσότεροι εξ αυτών υιοθετούν βασικά λειτουργικά εργαλεία, καθώς και άλλα εργαλεία, εύκολα στην εφαρμογή τους. Η ύπαρξη εξωτερικών συνεργατών/εταιρειών που αναπτύσσουν ιστοσελίδες με συναφές, με το αντικείμενο των νοσοκομείων, περιεχόμενο έχουν σημαντικά βοηθήσει τα Αμερικανικά νοσοκομεία στην προσπάθεια ανάπτυξης των εργαλείων ηλεκτρονικής υγείας στις ιστοσελίδες τους. Ωστόσο, πολλές ακόμη προσπάθειες θα πρέπει να γίνουν στα επόμενα χρόνια από μέρους των νοσοκομείων ώστε να υιοθετήσουν περισσότερα επιχειρηματικά εργαλεία, ειδικά εκείνα που προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ασθενείς/χρήστες.

Βιβλιογραφία

Anderson, J.G. (2007). Social, ethical and legal barriers to e-health. *International Journal of Medical Informatics* 76(5): 480–483.

Ball, M.J. & Lillis, J. (2001). E-health: Transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Information* 61(1): 1–10.

Baker, S. (2009). E-health adoption continues to gain momentum: MEDSEEK expands footprint with record year in 2008. Available at http://medseek.com/body.cfm?id =9&action=detail&ref=171 [18 March 2011].

Bates, BR. Romina, S. Ahmed, R. & Hopson, D. (2006). The effect of source credibility on consumers' perceptions of the quality of health information on the Internet. *Medical Informatics and the Internet in Medicine* 31(1): 45–52.

Catallo, C. (2008). Reaching consumers in the virtual world. *Marketing Health Services* 28(2): 22–27.

Eysenbach G. & Diepgen, TL. (2001). The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century. *Clinical Dermatology* 19(1): 11–7.

Flower, J. (2004). American health care, Internet style. *Physician Executive* 30(3): 69-72.

Fried, BM. Weinreich, G. Cavalier, GM. & Lester, KJ. (2000). E-health: Technology revolution meets regulatory constraint. *Health Affairs* 19(6): 124–131.

Gallant, L. Irizarry, C. & Kreps, GL. (2006). User-centric hospital Web sites: A case for trust and personalization. *e-Service Journal* 5(2): 5–26.

Harrison, J.P., & Lee, A. (2006). The role of e-Health in the changing health care environment. *Nursing Economics* 24(6): 283–288.

Haugh, R. (2001). Give me what they want. *Hospitals and Health Networks* 75(2): 16.

Hobson, K. (2011). Getting docs to use PCs. *Wall Street Journal (Online)*. Available at http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704893604576200370275194918.html?mod=djem_jiewr_MK_domainid[4-4-11].

Huang, E. (2009). Diffusion of videos on hospital Web sites. *Int J of Pharmaceutical & Healthcare Marketing* 3(4): 347–362.

Keene, S. (2007). Continuity of business: Does your hospital have a plan? *The Internet Journal of World Health and Societal Politics*. Available athttp://www.britannica.com/bps/additionalcontent/18/27045355/ Continuity-of-Business-Does-Your-Hospital-Have-a-Plan/ fulltext [23 June 2010].

Lee, S.J., Lee, W.N., Kim, H., & Stout, P. (2004). A comparison of objective characteristics and user perception of Web sites. *Journal of Interactive Advertising* 4(2): 61-75.

Mahler, A. & Rogers, EM. (1999). The diffusion of interactive communication innovations and the critical mass: The adoption of telecommunications services by German Banks. *Telecommunications Policy* 23(10-11): 719-740.

Mannan, R., Murphy, J., & Jones, M. (2006). Is primary care ready to embrace e-health? A qualitative study of staff in a London primary trust. *Informatics in Primary Care 14*(2): 121–131.

Mukherjee, A., & McGinnis J. (2007). E-healthcare: An analysis of key themes in research. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* 1(4): 349–363.

Roberts, A. (2008). A new mindset for hospitals: The value of benchmarking in an era of transparency. *Marketing Health Services* 28(3): 38–39.

Sharma, S.K., Xu, H., Wickramasinghe, N., & Ahmed, N. (2006). Electronic healthcare: Issues and challenges. *International Journal of Electronic Healthcare* 2(1): 50–65.

Shepherd, C.D. (2003). Hospital marketing and the Internet: The adoption of an innovation. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations* 15(1): 19–30.

Song, J.H., &Zinkhan, G.M. (2008). Determinants of perceived Web site interactivity. *J Marketing* 72(2):99–113.

Taylor J., Gombeski, W.R. Jr., & Dillon, B.W. (2005). Web wellness. *Marketing Health Services* 25(2): 32–37.

Varshney, U. (2009). *Pervasive Healthcare Computing* New York: Springer.

World Health Organization—Regional Office for the Eastern Mediterranean (2003). *E-Health in the Eastern Mediterranean*. Available at http://208.48.48.190/HIS/ehealth/About Ehealth.htm [30June 2004].

Η Χρήση των Νέων Τεχνολογιών στην Προσπάθεια Βελτίωσης της Γνώσης για την Υγιεινή Διατροφή στα Παιδιά που Κινδυνεύουν να Γίνουν Υπέρβαρα και Παχύσαρκα

Κιμ Μπισέλ, Πανεπιστήμιο της Αλαμπάμα, ΗΠΑ & Σκοτ Πάροτ, Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας, ΗΠΑ

Το πρόβλημα αυξημένου βάρους στα παιδιά παραμένει ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ). Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ένα στα τρία παιδιά είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο (Εθνική Έρευνα για τους Κινδύνους Συμπεριφοράς των Νέων 2007), με ενδεχόμενες σοβαρές συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία των νέων. Πολλοί ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στο να είναι ένα παιδί υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες εξετάζονται στην παρούσα μελέτη, όπως το γενικό επίπεδο γνώσης των παιδιών, οι συνήθειές τους και η συμπεριφορά τους σε σχέση με την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση.

Ένα από τα βασικά προβλήματα στην προσπάθεια αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας, η οποία έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις στις ΗΠΑ είναι η αδυναμία των παιδιών να αντιληφθούν και να κατανοήσουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεων του να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Τα παιδιά δεν συνδέουν τις ασθένειες και τα προβλήματα υγείας κατά την ενήλικη ζωή με το υπερβολικό βάρος ή την παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία και δεν μπορούν να καταλάβουν τη σημασία της σωστής άσκησης και της διατροφής στη διατήρηση της καλής υγείας μακροπρόθεσμα. Τα περισσότερα παιδιά κατά πάσα πιθανότητα δεν θα αφιερώσουν πάρα πολύ χρόνο αναλύοντας τις θρεπτικές ιδιότητες των τροφίμων. Είτε θα βασίζονται στις επιλογές των γονιών τους, είτε θα επιλέγουν τα προϊόντα με βάση τη γεύση, ή απλά θα ανταποκρίνονται σε όρους προϊόντων που αναγράφονται στη συσκευασία όπως «χαμηλά λιπαρά» ή «χαμηλή ποσότητα ζάχαρης». Ακόμη πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα παιδιά δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα ανάγνωσης των διατροφικών ετικετών των τροφίμων που τρώνε. Αν τα παιδιά δεν είναι ενημερωμένα για το θρεπτικό περιεχόμενο των τροφίμων που καταναλώνουν, όντας έτσι εκτεθειμένα στα μηνύματα που προβάλλουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) σχετικά με τα τρόφιμα, μπορεί να τους προκληθεί περισσότερη σύγχυση σε σχέση με το τί είναι πραγματικά καλό για τα ίδια. Όσον αφορά τη σωματική άσκηση, οι μελέτες από διάφορους κλάδους αναφέρουν ότι τα παιδιά που ζουν σε νοικοκυριά όπου η φυσική δραστηριότητα ενθαρρύνεται, είναι πολύ πιο πιθανό να είναι δραστήρια, και τα παιδιά που έχουν σωματικά δραστήριους γονείς είναι πολύ πιο πιθανό να είναι σωματικά δραστήρια και τα ίδια.

Ενώ μια μυριάδα παραγόντων συμβάλλουν στην αύξηση της περιμέτρου μέσης των παιδιών σε ολόκληρη τη χώρα, μια παρόμοια σειρά από παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας. Υποστηρίζεται εδώ ότι το κλειδί για να διαπιστωθεί αλλαγή είναι η εκπαίδευση, με τη μορφή εκπαίδευσης πάνω σε θέματα υγείας και υγιεινής διατροφής. Έτσι, η παρούσα έρευνα εξέτασε την αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος που εφαρμόστηκε σε ένα δημοτικό και ένα γυμνάσιο με απώτερο στόχο τη χρήση των ΜΜΕ για την εκπαίδευση των παιδιών σχετικά με την υγεία

και την υγιεινή διατροφή. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα παιδιά θα επιλέξουν πιο θρεπτικά τρόφιμα και θα ασκούνται πιο συχνά όταν καταλάβουν τη σχέση που έχουν η σωστή διατροφή και η σωματική άσκηση, με τη μελλοντική υγεία τους. Επιπροσθέτως, τα παιδιά που είναι συνειδητοποιημένοι καταναλωτές είναι σε θέση να λαμβάνουν πιο σωστές αποφάσεις σχετικά με τα προϊόντα τροφίμων που προωθούνται μέσα από τις διαφημίσεις που προβάλλονται στην τηλεόραση κατά τη διάρκεια των παιδικών προγραμμάτων.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Με την έλευση των νέων τεχνολογιών και αγαθών όπως το διαδίκτυο, το i-Phone και το i-Pad, τα παιδιά στην Αμερική είναι εκτεθειμένα σε περισσότερα μηνύματα πολυμέσων - και ως εκ τούτου σε περισσότερα μηνύματα σχετικά με τα τρόφιμα και την υγεία - από ποτέ. Το μέσο παιδί ηλικίας μεταξύ δύο και πέντε ετών παρακολουθεί περίπου 32 ώρες τηλεόραση την εβδομάδα, ενώ τα παιδιά ηλικίας μεταξύ έξι και 11 ετών περνούν περίπου 28 ώρες την εβδομάδα μπροστά από την τηλεόραση (McDonough 2009). Η τηλεόραση εκθέτει τα παιδιά σε διαφημίσεις και οι μελέτες έχουν επανειλημμένως διαπιστώσει ότι η πλειοψηφία των διαφημίσεων τροφίμων που συναντούν τα παιδιά στην τηλεόραση αφορούν ανθυγιεινά προϊόντα που είναι υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη, λιπαρά και νάτριο (Harrison & Marske 2005, Powell et al. 2007). Οι διαφημίσεις αυτές μπορεί να επηρεάσουν τα παιδιά στην επιλογή των τροφίμων που θα καταναλώσουν ή θα ζητήσουν από τους ενήλικες, και μπορούν επίσης να επηρεάσουν το κατά πόσον τα παιδιά θεωρούν τα τρόφιμα αυτά καλά ή επιβλαβή για την υγεία τους. Τα παιδιά μπορεί να θεωρήσουν ιδιαίτερα ελκυστικά τα τρόφιμα που παρουσιάζονται ως «χωρίς λιπαρά» ή «χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά», μέσω των διαφημίσεων, δεδομένου ότι μπορεί να πιστεύουν ότι αυτά τα τρόφιμα είναι υγιεινές επιλογές λόγω του τρόπου που διατίθενται στο εμπόριο και πωλούνται στους καταναλωτές.

Έκθεση στα ΜΜΕ, Διατροφική Συμπεριφορά και Γνώση

Μια σειρά από παράγοντες βοηθούν τα παιδιά να επιλέξουν ποια τρόφιμα τρώνε και κυρίως εάν αυτά τα τρόφιμα είναι προσιτά και διαθέσιμα, και τέλος, ποια είναι η γεύση τους (Patrick & Nicklas 2005, Taylor et al. 2005). Τα μηνύματα που προβάλλονται από τα ΜΜΕ, και ειδικά αυτά που προβάλλονται από την τηλεόραση, επηρεάζουν επίσης τη στάση των παιδιών απέναντι στη διατροφή. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που παρακολουθούν περισσότερη τηλεόραση είναι πιο πιθανό να επιλέξουν ανθυγιεινά τρόφιμα (Signorielli & Staples 1997), να τρώνε λιγότερα φρούτα και λαχανικά (Blanchette & Brug 2005), να λαμβάνουν περισσότερες θερμίδες (Wiecha et al. 2006), και να καταναλώνουν τρόφιμα που βλέπουν να διαφημίζονται στην τηλεόραση (Signorielli & Staples 1997). Ωστόσο, οι διαφημίσεις που αφορούν υγιεινά προϊόντα μπορούν να γαλουχήσουν μία πιο θετική στάση απέναντι στα υγιεινά τρόφιμα (Dixon et al. 2007). Οι μελέτες που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της έκθεσης στα ΜΜΕ και της διατροφικής γνώσης δείχνουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, η έκθεση στα ΜΜΕ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα παιδιά. Οι Signorielli και Staples (1997) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που έβλεπαν περισσότερες ώρες τηλεόραση είχαν περισσότερες πιθανότητες να επιλέξουν ένα ανθυγιεινό φαγητό, όταν τους ζητήθηκε να επιλέξουν το υγιέστερο στοιχείο από ένα ζεύγος τροφίμων.

Εκτός του ότι μπορεί να επηρεάσει τις γενικές διατροφικές γνώσεις και στάσεις των παιδιών, η παρακολούθηση τηλεόρασης μπορεί επίσης να σχετίζεται με τη διατροφική τους

συμπεριφορά. Αρκετές μελέτες έχουν καταγράψει θετική συσχέτιση μεταξύ των ωρών τηλεόρασης και της παιδικής παχυσαρκίας. Για παράδειγμα, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια της Εθνικής Έρευνας για την Υγεία και τη Διατροφή που πραγματοποιήθηκε από το 1988 έως το 1994, έδειξαν ότι η παχυσαρκία ήταν λιγότερο διαδεδομένη μεταξύ των παιδιών που παρακολουθούσαν τηλεόραση για μία ή λιγότερο από μία ώρα, ημερησίως. Η υψηλότερη συχνότητα παχυσαρκίας παρατηρήθηκε μεταξύ των παιδιών που παρακολουθούσαν τέσσερις ή περισσότερες ώρες τηλεόραση την ημέρα (Crespo et al. 2001). Μια διαχρονική μελέτη έδειξε ότι οι συμμετέχοντες που παρακολουθούσαν περισσότερη τηλεόραση κατά την παιδική τους ηλικία εμφάνισαν μεγαλύτερη αύξηση στο σωματικό τους λίπος μεταξύ της προσχολικής και της πρώιμης εφηβείας (Proctor et al. 2003). Η παχυσαρκία, με τη σειρά της, μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σωματικής άσκησης ενός παιδιού.

Μια πρόκληση στην εκπαίδευση των παιδιών σχετικά με τους κινδύνους της παχυσαρκίας είναι το να κάνεις τα παιδιά να κατανοήσουν τη σχέση μεταξύ της παρούσας συμπεριφοράς και των μελλοντικών συνεπειών. Τα παιδιά δεν μπορούν να εξομοιώσουν τη διατροφή και την άσκηση με βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία τους, επειδή δε μπορούν να κατανοήσουν την άμεση σχέση μεταξύ του σωματικού βάρους και της γενικής υγείας. Η γνώση που αφορά την υγιεινή διατροφή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα μικρά παιδιά και τα παιδιά των μειονοτήτων τα οποία ενδέχεται να μειονεκτούν στη γνώση, την κατανόηση και την ευαισθητοποίηση όσον αφορά σε θέματα υγείας. Προηγούμενες παρεμβάσεις μέσω των σχολείων αποδείχθηκαν επιτυχημένες στο γεγονός ότι βελτίωσαν τις διατροφικές γνώσεις των παιδιών, διδάσκοντας τα να διαβάζουν τις διατροφικές ετικέτες στα τρόφιμα (Hawthorne et al. 2006). Επίσης, οι σχολικές παρεμβάσεις γνώσεων πάνω στην υγιεινή διατροφή έχουν οδηγήσει στη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών (Powers et al. 2005).

Προηγούμενες μελέτες αποδεικνύουν τις δυνατότητες για την επιτυχία των παρεμβάσεων σε θέματα υγιεινής διατροφής μέσω των ΜΜΕ, που εκτείνονται από το κάπνισμα έως τις διατροφικές συνήθειες (Gonzales et al. 2004, Evans et al. 2006). Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει ένα διπλό πρωταρχικό στόχο: πρώτον, να βοηθήσει το ευρύ κοινό να κατανοήσει το γενικό επίπεδο γνώσης, στάσης και συμπεριφοράς των παιδιών σχετικά με την υγεία, και δεύτερον, να υλοποιήσει ένα πρόγραμμα με σκοπό να αυξηθεί η συνολική γνώση των παιδιών πάνω σε θέματα υγιεινής διατροφής. Αν δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους ατομικούς παράγοντες που ίσως βοηθήσουν την ικανότητα και το κίνητρο του παιδιού για να μάθει, είναι πιθανόν να προκύψουν θετικές αλλαγές.

Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

ΕΕ1: Πόσο αποτελεσματικό είναι ένα πρόγραμμα εκμάθησης της υγιεινής διατροφής, το οποίο σχεδιάστηκε με σκοπό να επηρεάσει το επίπεδο γνώσης, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των παιδιών σχετικά με τη διατροφική γνώση, την επιχειρηματολογία τους στην επιλογή συγκεκριμένων τροφών, και τον τρόπο που τρώνε;

ΕΕ2: Πόσο αποτελεσματικό είναι το πρόγραμμα εκμάθησης της υγιεινής διατροφής σε παιδιά, τα οποία βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα;

Μέθοδος

Για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των πιθανών παραγόντων χαμηλού επιπέδου γνώσης των παιδιών για την υγιεινή διατροφή, χρησιμοποιήθηκε ένας 2 x 5 παραγοντικός

σχεδιασμός (factorial design) με παιδιά από την πρώτη τάξη δημοτικού (grade 1) έως και την τελευταία τάξη γυμνασίου (grade 8) ενός σχολείου σε μια νότια περιοχή των ΗΠΑ. Οι συμμετέχοντες ήταν 224 αγόρια και κορίτσια μεταξύ των ηλικιών έξι και 14. Από τους 224 συμμετέχοντες, το 40% ήταν αγόρια και το 60% ήταν κορίτσια με την εθνική εκπροσώπηση να συνδέεται στενά με τα δεδομένα της περιοχής όπου συλλέχθηκαν τα στοιχεία: 40% του δείγματος ήταν Καυκάσιοι, 50% ήταν Αφρο-αμερικάνοι, και το υπόλοιπο 10% φέρεται να ήταν Ισπανόφωνοι, Ασιάτες ή «άλλοι».

ΜΜΕ και Πρόγραμμα -Παρέμβαση- Εκμάθησης της Υγιεινής Διατροφής

Χρησιμοποιώντας παραδείγματα από τα ΜΜΕ και τη χρήση των νέων τεχνολογιών, εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα εκμάθησης της υγιεινής διατροφής σε όλες τις τάξεις ενός δημοτικού και ενός γυμνασίου σχολείου, διάρκειας τεσσάρων εβδομάδων. Μια φορά την εβδομάδα γίνονταν επισκέψεις στις αίθουσες διδασκαλίας και ενημερώνονταν οι μαθητές σχετικά με τις διατροφικές ετικέτες στα τρόφιμα, με τον τρόπο αντιμετώπισης των διαφημίσεων τροφίμων, με τις παραπλανητικές ετικέτες στα τρόφιμα και με τη διατροφική αξία 12 διαφορετικών ζευγών τροφίμων (που χρησιμοποιήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές πριν- και μετά- την εφαρμογή του προγράμματος). Τα παιδιά είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν και να αναθεωρήσουν τις έννοιες των όρων, όπως «χαμηλά λιπαρά», «χωρίς ζάχαρη» και «χωρίς λιπαρά» και διδάχθηκαν πώς να διαβάζουν τις διατροφικές ετικέτες στις συσκευασίες των τροφίμων ώστε να μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα αν τα μέσα προώθησης αυτών των τροφών ήταν στην πραγματικότητα άκρως αντιπροσωπευτικά της διατροφικής τους αξίας. Οι νέες τεχνολογίες και οι εφαρμογές τους στα ΜΜΕ, όπως το διαδίκτυο, τα έξυπνα μέσα, και τα iPads χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να εισάγουν και να διδάξουν όλες αυτές τις έννοιες γύρω από τα θέματα υγιεινής διατροφής στους μαθητές.

Άλλες Μετρήσεις - Διατροφική Γνώση

Προκειμένου να αξιολογηθεί η διατροφική γνώση των μαθητών και η επιχειρηματολογία τους υπέρ συγκεκριμένων τροφίμων, οι συμμετέχοντες είδαν 12 διαφορετικά ζεύγη τροφίμων, όπως χυμός πορτοκαλιού και ανθρακούχο ποτό χαμηλών Λιπαρών ή βοδινό μπιφτέκι και μπιφτέκι γαλοπούλας και τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν ποια από τις δύο τροφές μπορεί να τους βοηθήσει να αναπτυχθούν υγιείς και δυνατοί. Αφού έκαναν την επιλογή, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν έπειτα να επιχειρηματολογήσουν υπέρ της επιλογής τους. Η αναγνώριση των υγιέστερων τροφίμων από τους μαθητές αποδείχτηκε μια δύσκολη διαδικασία καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης. Τα ίδια ζεύγη τροφίμων χρησιμοποιήθηκαν και κατά την εφαρμογή του προγράμματος εκμάθησης της υγιεινής διατροφής, με τους ερευνητές να πραγματοποιούν τέσσερις συναντήσεις σε κάθε τάξη συζητώντας τις θρεπτικές ιδιότητες και την διατροφική αξία της κάθε τροφής. Οι μετρήσεις της διατροφικής γνώσης πριν την πραγματοποίηση του προγράμματος ήταν ακριβώς οι ίδιες με αυτές μετά το πρόγραμμα. Οι απαντήσεις στη συνέχεια κωδικοποιήθηκαν σε σχέση με το αν οι απαντήσεις/επιλογές των παιδιών εμπεριείχαν και διατροφική επιχειρηματολογία (είναι καλό για σένα, θα σε κρατήσει υγιή, η μαμά μου λέει ότι είναι καλό για μένα, είναι θρεπτικό) ή όχι (έχει καλή γεύση). Στη συνέχεια, οι απαντήσεις για το σύνολο των 12 ζευγών τροφίμων συνδυάστηκαν για να δημιουργήσουν μια ενιαία βαθμολογία που αντιπροσωπεύει το βαθμό διατροφικής επιχειρηματολογίας του κάθε παιδιού.

Οι συμμετέχοντες δέχτηκαν αρκετές ερωτήσεις σχετικά με τη στάση τους απέναντι στην υγιεινή διατροφή και την άσκηση. Κλήθηκαν επίσης να σχολιάσουν δηλώσεις όπως «πιστεύω ότι είναι σημαντικό να πίνω νερό κάθε μέρα» και «πιστεύω ότι είναι σημαντικό να τρώω φρούτα και λαχανικά κάθε μέρα». Οι απαντήσεις κυμαίνονταν ανάμεσα στο «συμφωνώ» και το «διαφωνώ», και η τελική κλίμακα της στάσης απέναντι στην υγιεινή διατροφή και την άσκηση περιελάμβανε έξι στοιχεία, με τον συντελεστή άλφα του Κρόνμπαχ (Cronbach) να ισούται με α=0,89. Η κλίμακα κυμαινόταν από το 8 έως το 21, με μέσο όρο 16,64 (Τυπική Απόκλιση = 2,25). Στην περίπτωση αυτή, η υψηλότερη βαθμολογία αντιπροσώπευε μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας για τη σημασία της υγιεινής διατροφής και της άσκησης[5]. Η κλίμακα της στάσης απέναντι στην άσκηση κυμαινόταν από το χαμηλότερο 10 έως το υψηλότερο 30, με μέσο όρο 26,70 (Τυπική Απόκλιση = 4,07).

Οι επόμενες ερωτήσεις που δέχτηκαν οι μαθητές αφορούσαν την καθημερινή πρόσληψη τροφής. Έλαβαν ένα κατάλογο με διάφορα είδη τροφίμων, όπως φρούτα, γάλα, χυμούς, αναψυκτικά, λαχανικά, ψωμί, γλυκά, κρέατα, ή είδη γρήγορου φαγητού και τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν πόσο συχνά έτρωγαν τα τρόφιμα αυτά σε καθημερινή βάση. Οι επιλογές απαντήσεων κυμάνθηκαν σε 0-7 μερίδες ανά ημέρα. Τα φαγητά της λίστας στη συνέχεια κωδικοποιήθηκαν ως υγιεινά ή ανθυγιεινά τρόφιμα και χρησιμοποιήθηκαν για να δημιουργηθεί μία κλίμακα υγιούς πρόσληψης τροφής και μια κλίμακα ανθυγιεινούς πρόσληψης τροφής. Στην περίπτωση αυτή, ένας μεγαλύτερος αριθμός αντιπροσώπευε μεγαλύτερη κατανάλωση υγιεινών τροφών για την πρώτη κλίμακα και, αντιστοίχως, μεγαλύτερη κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών για τη δεύτερη κλίμακα.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, παρουσιάστηκαν στα παιδιά τρεις διαφορετικές εικόνες με τρία διαφορετικά φαγητά η κάθε μια και τους έγινε η ακόλουθη ερώτηση: ποιό από τα ακόλουθα φαγητά θα θέλατε να φάτε τώρα; Οι επιλογές ήταν: ένα φλιτζάνι φυστικοβούτυρο, πατατάκια, ή καρότα - τηγανιτές πατάτες, σοκολάτα ή σταφύλια - ένα σάντουιτς, πίτσα ή καρπούζι. Για κάθε μία από τις τρεις εικόνες, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν σε υγιεινές ή ανθυγιεινές, με αποτέλεσμα μια κωδικοποιημένη πρόσθετη κλίμακα που αντιπροσωπεύει τις διατροφικές προτιμήσεις. Σε αυτή την κλίμακα, οι ανθυγιεινές διατροφικές επιλογές (φυστικοβούτυρο, πατατάκια, τηγανιτές πατάτες, σοκολάτα και πίτσα) κωδικοποιήθηκαν ως 0 και οι υγιεινές επιλογές τροφίμων (καρότα, σταφύλια, σάντουιτς, και καρπούζι) κωδικοποιήθηκαν ως 1. Τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις και για τις τρεις εικόνες συνδυάστηκαν και έδωσαν μια μέση βαθμολογία 1,06 (Τυπική Απόκλιση = 0,97), πριν το πρόγραμμα. Η κλίμακα διατροφικών προτιμήσεων κυμαίνονταν από το χαμηλότερο σκορ 0, που σημαίνει ότι ένας συμμετέχων επέλεξε όλα τα ανθυγιεινά τρόφιμα, στο υψηλότερο σκορ 3, που σημαίνει ότι ένας συμμετέχων επέλεξε όλες τις υγιεινές τροφές. Στο δείγμα των παιδιών, το 33% είχε σκορ 0, το 38% είχε σκορ 1, το 19% είχε σκορ 2, και το 11% είχε σκορ 3, πριν την πραγματοποίηση του προγράμματος.

Αποτελέσματα - Διατροφική γνώση

Σε όλο το φάσμα του δείγματος, οι συμμετέχοντες είχαν ένα αρκετά υψηλό ποσοστό σωστών επιλογών σε ορισμένα εύκολα ζεύγη τροφίμων. Για παράδειγμα, όταν ρωτήθηκαν αν οι τηγανιτές πατάτες ή τα μανταρίνια είναι πιο υγιεινή τροφή, το 83% ήταν σε θέση να απαντήσει ότι τα μανταρίνια είναι πιο υγιεινή τροφή, ενώ μόνο το 17% ανέφερε τις πατάτες

[5] Οι Laerhoven et al. (2004) υποστηρίζουν πως, ειδικότερα για τα παιδιά που ανήκουν στην ηλικία του δείγματος αυτού, η κλίμακα 3 στοιχείων Λίκερτ (Likert) είναι εγκυρότερη και καταλληλότερη από μία κλίμακα 5 στοιχείων.

ως σωστή απάντηση. Ωστόσο, καθώς τα ζεύγη των τροφίμων γίνονταν περισσότερο ανταγωνιστικά, το ποσοστό σωστών επιλογών στο σύνολο του δείγματος μειώνονταν. Για παράδειγμα, όταν ρωτήθηκαν εάν ένα σνακ φρούτων ή μια μπάρα δημητριακών είναι πιο υγιεινό, το 58% επέλεξε το σνακ φρούτων και το 42% επέλεξε τη μπάρα δημητριακών. Για να υπολογιστεί μια ενιαία βαθμολογία διατροφικής γνώσης, κάθε απάντηση βαθμολογήθηκε με 0 βαθμούς, όταν ήταν λάθος και με 1 βαθμό όταν ήταν σωστή. Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα 12 ζεύγη τροφίμων για τη δημιουργία μίας κλίμακας διατροφικής γνώσης που κυμαίνεται από το χαμηλό 0, όταν όλες οι απαντήσεις είναι λανθασμένες ως το υψηλό 12, όταν όλες οι απαντήσεις είναι σωστές. Ο μέσος όρος πριν το πρόγραμμα ήταν 7,31 (Τυπική Απόκλιση = 2,56) ενώ μετά την πραγματοποίηση του προγράμματος ο μέσος όρος ήταν 10,09 (Τυπική Απόκλιση = 2,42). Τα διαγνωστικά τεστ (t-statistics) που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των δύο μέσων τιμών έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,01$).

Σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρατηρήθηκαν όσον αφορά τη στάση των παιδιών απέναντι στη διατροφή και την άσκηση ανάλογα με την τάξη και τη φυλετική ομάδα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συζητήσεις σχετικά με την υγεία, τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες είχαν σχέση με τις θετικές αλλαγές στη συνολική στάση των συμμετεχόντων ως προς την διατροφή και την άσκηση. Για παράδειγμα, η κλίμακα της στάσης απέναντι στην υγιεινή διατροφή ήταν μία κλίμακα εννέα στοιχείων κυμαινόμενη από το 9 έως το 27, με τον υψηλότερο αριθμό της να αντιπροσωπεύει την πιο ευνοϊκή στάση προς την υγιεινή διατροφή. Ο μέσος όρος της συμπεριφοράς των μαθητών απέναντι στην υγιεινή διατροφή κυμάνθηκε στο 16,44 (Τυπική Απόκλιση = 2,25) πριν το τεστ και 18,73 (Τυπική Απόκλιση = 2,28) μετά το τεστ. Τα διαγνωστικά τεστ (t-statistics) έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο βαθμολογιών ($p <0,001$).

Επίσης, στους συμμετέχοντες παρουσιάστηκαν διαφορετικά είδη τροφίμων, όπως φυστικοβούτυρο, πατατάκια ή καρότα και κλήθηκαν να επιλέξουν ποιο φαγητό από αυτά ήταν διατεθειμένοι να φάνε «αμέσως τώρα». Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν σε υγιεινές ή ανθυγιεινές επιλογές. Η συνολική βαθμολογία των παιδιών σε αυτή την εξέταση κυμαίνονταν από 0, πράγμα που σήμαινε ότι ένα παιδί είχε επιλέξει όλες τις ανθυγιεινές επιλογές, έως 3, το οποίο σήμαινε ότι ένα παιδί επέλεξε όλες τις υγιεινές επιλογές. Ο μέσος όρος πριν την πραγματοποίηση της εξέτασης ήταν 1,06 (Τυπική Απόκλιση = 0,96) και ο μέσος όρος μετά την εξέταση ήταν 1,94 (Τυπική Απόκλιση = 0,98). Τα διαγνωστικά τεστ (t-statistics) έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο βαθμολογιών ($p <0,001$).

Σε ότι αφορούσε την ημερήσια πρόσληψη τροφής, η μέση βαθμολογία πριν την εφαρμογή του προγράμματος για την κατηγορία των ανθυγιεινών φαγητών ήταν 11,84 (Τυπική Απόκλιση = 3,95), που σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες κατανάλωναν περίπου 12 μερίδες ανθυγιεινών τροφίμων ή ποτών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Όταν ρωτήθηκαν ξανά μετά την εφαρμογή του προγράμματος εκμάθησης της υγιεινής διατροφής, η μέση τιμή για τα ανθυγιεινά τρόφιμα μειώθηκε στο 8,27 (Τυπική Απόκλιση = 3,42). Τα διαγνωστικά τεστ (t-statistics) έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο βαθμολογιών ($p <0,001$). Η κατανάλωση των υγιεινών τροφίμων στα παιδιά ήταν υψηλότερη, με τη μέση τιμή να είναι στο 25,11 (Τυπική Απόκλιση = 6,31) πριν το πρόγραμμα και στο 27,33 (Τυπική Απόκλιση = 6,25) μετά την πραγματοποίηση του προγράμματος. Τα διαγνωστικά τεστ (t-statistics) έδειξαν επίσης σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο βαθμολογιών ($p <0,05$).

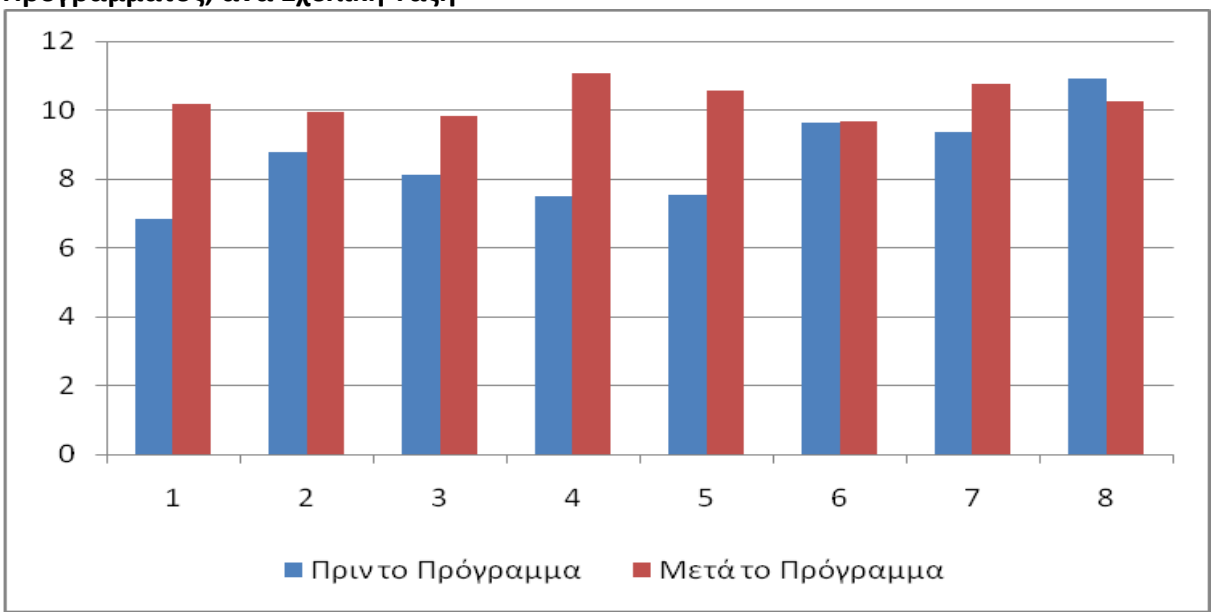
Τα αποτελέσματα για τους τρεις τομείς «κλειδιά» - γνώση, στάση και συμπεριφορά - δείχνουν ότι το πρόγραμμα εκμάθησης της υγιεινής διατροφής, μέσω της χρήσης των νέων τεχνολογιών των ΜΜΕ, ήταν αποτελεσματικό όσον αφορά στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο τα παιδιά κατανοούν συγκεκριμένες έννοιες που σχετίζονται με την υγεία τους. Αυτές οι θετικές αλλαγές διαπιστώθηκαν στο δείγμα των παιδιών από την πρώτη τάξη του δημοτικού έως την τελευταία τάξη του γυμνασίου. Αν και τα ευρήματα αυτά είναι πολύ σημαντικά και βοηθούν τους ερευνητές να κατανοήσουν καλύτερα τους τρόπους κατεύθυνσης και εφαρμογής ενός προγράμματος εκμάθησης της υγιεινής διατροφής, τα μεγαλύτερα οφέλη παρατηρήθηκαν όταν αναλύθηκαν οι αλλαγές που συντελέστηκαν στις βαθμολογίες πριν και μετά την πραγματοποίηση των εξετάσεων ανάλογα με την τάξη των παιδιών και τη φυλετική τους ομάδα.

Αλλαγές στην Αποκτηθείσα Γνώση, στη Στάση και στη Συμπεριφορά Απέναντι στην Υγιεινή Διατροφή των Μαθητών, ανά Σχολική Τάξη και Φυλετική Ομάδα

Ενώ παρατηρήθηκαν διαφορές πριν και μετά την πραγματοποίηση του προγράμματος στο επίπεδο γνώσης, στάσης και συμπεριφοράς των παιδιών στην υγιεινή διατροφή, ωστόσο είναι άξιες αναφοράς οι διαφορές που διαπιστώθηκαν ανάλογα με την τάξη παρακολούθησης στο σχολείο και τη φυλετική τους ομάδα. Οι πιο σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν στις νεότερες τάξεις (πρώτη έως τρίτη τάξη του δημοτικού) και στους έγχρωμους συμμετέχοντες. Για παράδειγμα, όταν τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν ποιο από τα δύο τρόφιμα (τηγανητό ή ψητό κοτόπουλο) ήταν πιθανότερο να τους βοηθήσει να μεγαλώσουν και να είναι υγιείς και δυνατοί, το 39% της πρώτης τάξης και το 65% των Αφροαμερικανών παιδιών αναγνώρισαν σωστά το ψητό κοτόπουλο κατά τη μέτρηση πριν τις εξετάσεις. Στη μέτρηση μετά την πραγματοποίηση του προγράμματος, το 84% της πρώτης τάξης και το 93% των Αφροαμερικανών παιδιών αναγνώρισαν σωστά το ψητό κοτόπουλο, ως την πιο υγιεινή επιλογή. Τα διαγνωστικά τεστ έδειξαν σημαντικές διαφορές πριν την πραγματοποίηση του προγράμματος ανάλογα με την τάξη ($F5.46$, $p <.001$), όμως οι διαφορές αυτές εξαφανίστηκαν μετά την εφαρμογή του προγράμματος, διότι τα παιδιά με τις χαμηλότερες βαθμολογίες πριν το τεστ παρουσίασαν δραματικά αυξημένη βαθμολογία μετά το τεστ (Διάγραμμα 1).

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν κατά την εξέταση των αποτελεσμάτων ανάλογα με τη φυλή, πριν και μετά τις εξετάσεις. Τα τεστ της Ανάλυσης των Διακυμάνσεων (ANOVA) προσδιόρισαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των Αφροαμερικανών συμμετεχόντων και των συμμετεχόντων όλων των άλλων φυλών πριν το πρόγραμμα, αλλά οι Αφροαμερικανοί συμμετέχοντες μείωσαν αυτή τη διαφορά μετά την εφαρμογή του προγράμματος και όλες οι σημαντικές διαφορές εξαφανίστηκαν. Για παράδειγμα, πριν τις εξετάσεις οι Λευκοί συμμετέχοντες είχαν βαθμολογία διατροφικής γνώσης 10,12 (Τυπική Απόκλιση = 1,86) και οι Αφροαμερικανοί συμμετέχοντες είχαν βαθμολογία διατροφικής γνώσης 7,91 (Τυπική Απόκλιση = 3,18, $p<0,001$). Ανάλογες διαφορές βρέθηκαν μεταξύ Αφροαμερικανών και Ισπανόφωνων και Αφροαμερικανών και Ασιατών. Μετά το πρόγραμμα, η βαθμολογία της διατροφικής γνώσης για τους Αφροαμερικανούς συμμετέχοντες αυξήθηκε από 7,90 σε 10,17, και για τους Ισπανόφωνους συμμετέχοντες από 10,25 στο 11,22.

Διάγραμμα 1. Αλλαγές στη Διατροφική Γνώση Πριν και Μετά την Εφαρμογή του Προγράμματος, ανά Σχολική Τάξη

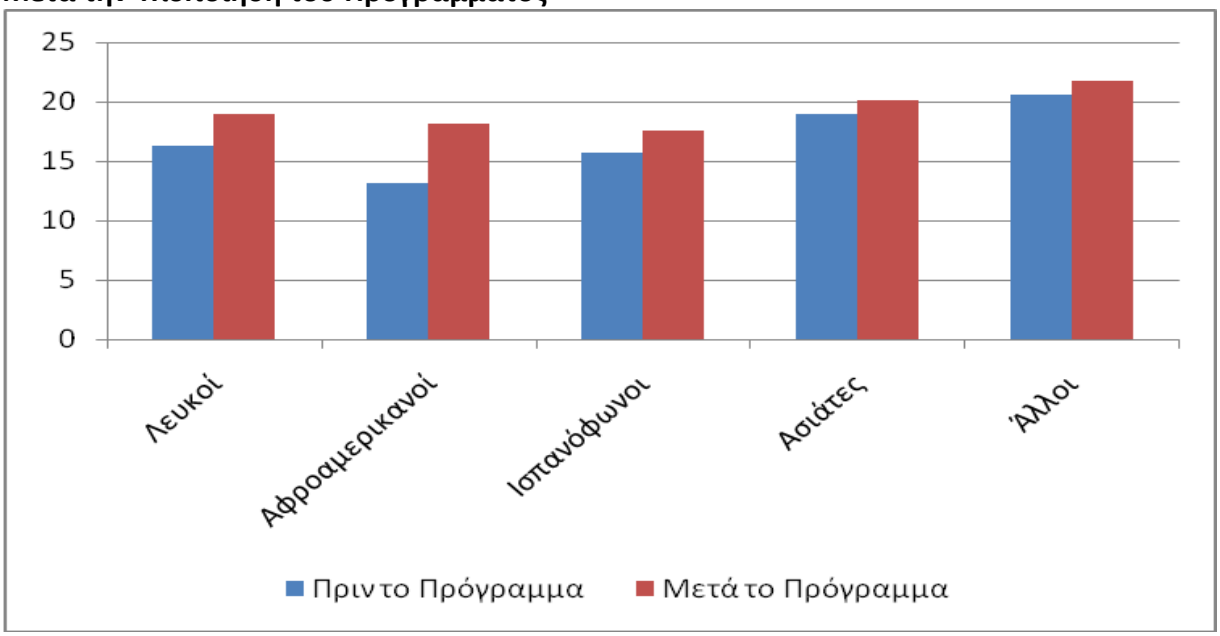


Όσον αφορά τη στάση των παιδιών απέναντι στην υγιεινή διατροφή, οι διαφορές ανάλογα με την φυλή και την ηλικιακή ομάδα ήταν επίσης εμφανείς πριν τις εξετάσεις. Στην κλίμακα της στάσης των παιδιών απέναντι στην υγιεινή διατροφή, οι Λευκοί συμμετέχοντες είχαν μέση βαθμολογία 16,74 (Τυπική Απόκλιση = 2,03) σε σύγκριση με τους Αφροαμερικανούς συμμετέχοντες που είχαν 13,53 (Τυπική Απόκλιση = 2,59) και σε σύγκριση με τους Ισπανόφωνους συμμετέχοντες που είχαν 14,75 (Τυπική Απόκλιση = 3,45). Από την ανάλυση των διακυμάνσεων βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ αυτών των ομάδων ($p < 0,01$). Στις μετρήσεις της στάσης των παιδιών απέναντι στην υγιεινή διατροφή, οι διαφορές μεταξύ των τριών φυλετικών ομάδων εξαφανίστηκαν, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι Αφροαμερικανοί μαθητές αποκόμισαν σημαντικά οφέλη όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στο φαγητό. Ωστόσο, αν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρατηρήθηκε μια αύξηση στην κλίμακα της στάσης απέναντι στην υγιεινή διατροφή των Λευκών, η παρατηρούμενη αυτή αύξηση ήταν μεγαλύτερη για τους Αφροαμερικανούς συμμετέχοντες (Διάγραμμα 2).

Οι βελτιώσεις στους τομείς της γνώσης και της αλλαγής στάσης απέναντι στην υγιεινή διατροφή είναι τα βασικά ευρήματα από την τρέχουσα μελέτη και συνίσταται στο ότι το πρόγραμμα εκμάθησης που εφαρμόστηκε στα σχολεία συνέβαλε σε αυτές τις αλλαγές σε όλες τις ηλικιακές και τις φυλετικές ομάδες. Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά αν λάβουμε υπόψη ότι το 59% του δείγματος συμμετέχει στο δωρεάν και μειωμένο μεσημεριανό και πρωινό πρόγραμμα γεύματος και παραδέχεται ότι έχει περιορισμένο έλεγχο στα τρόφιμα που καταναλώνει. Με αυτό κατά νου, ένας από τους στόχους του προγράμματος εκμάθησης ήταν να διδάξει στα παιδιά πώς να κάνουν καλές επιλογές, όταν οι επιλογές που τους προσφέρονται δεν είναι αναγκαστικά οι καλύτερες. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους συμμετέχοντες όσον αφορά την πρόσληψη υγιεινών τροφών πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, καθώς η πρόσληψη ανθυγιεινών τροφίμων μειώθηκε μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων. Οι αλλαγές αυτές ήταν ιδιαίτερα σημαντικές μεταξύ των διαφορετικών φυλετικών και ηλικιακών ομάδων. Για παράδειγμα, οι Αφροαμερικανοί συμμετέχοντες

ανέφεραν κατανάλωση 14,54 (Τυπική Απόκλιση = 4,01) μερίδων ανθυγιεινών τροφών πριν την πραγματοποίηση του προγράμματος, ενώ μετά το πρόγραμμα κατανάλωναν 8,32 (Τυπική Απόκλιση = 3,20) μερίδες ανθυγιεινών τροφών. Η πρόσληψη υγιεινών τροφών για τους Αφροαμερικανούς συμμετέχοντες αυξήθηκε από 22,97 (Τυπική Απόκλιση = 6,88) πριν το πρόγραμμα σε 26,26 (Τυπική Απόκλιση = 5,35) μετά το πρόγραμμα. Τα τεστ Ανάλυσης των Διακυμάνσεων (ANOVA) αναφέρουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φυλετικών ομάδων πριν το πρόγραμμα, αλλά δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μετά από αυτό. Σημαντικές αλλαγές επήλθαν επίσης για τους Ισπανόφωνους συμμετέχοντες όσον αφορά την πρόσληψη των ανθυγιεινών τροφών μεταξύ των δύο χρονικών περιόδων. Για παράδειγμα, οι Ισπανόφωνοι συμμετέχοντες ανέφεραν κατανάλωση 15,67 (Τυπική Απόκλιση = 1,57) μερίδων ανθυγιεινών τροφών πριν το πρόγραμμα και 9,87 (Τυπική Απόκλιση = 5,02) μετά το πρόγραμμα (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 2. Αλλαγές στη Στάση Απέναντι στη Διατροφή ανά Φυλετική Ομάδα, Πριν και Μετά την Υλοποίηση του Προγράμματος

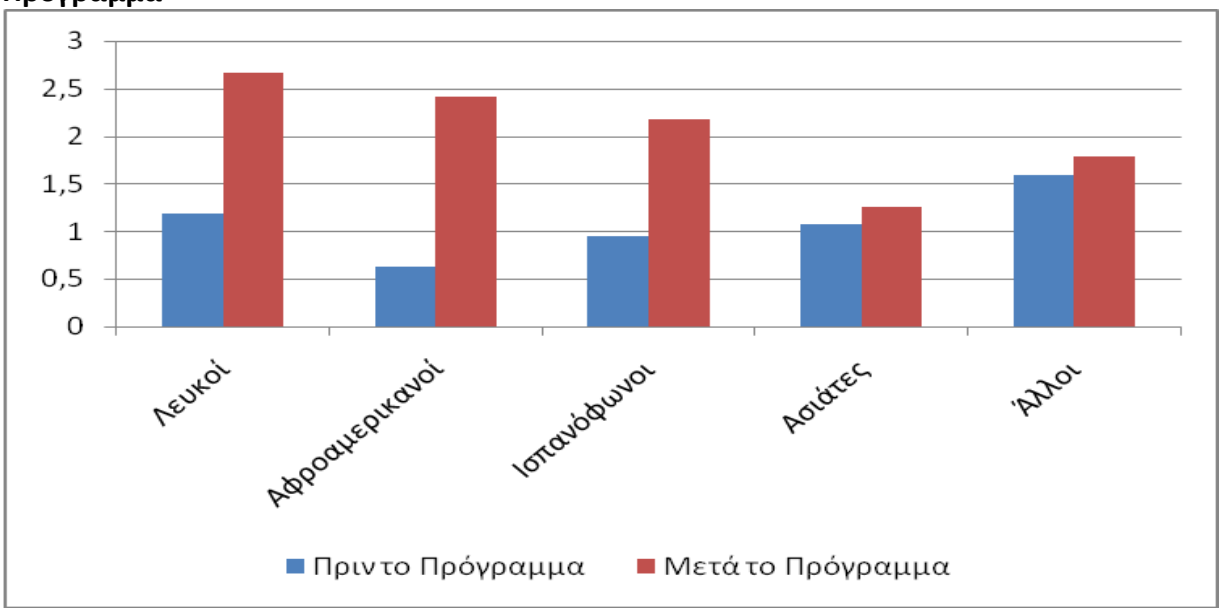


Συζήτηση

Υπάρχουν περιορισμένα εμπειρικά στοιχεία που αφορούν στη σχέση μεταξύ της έκθεσης των παιδιών στα ΜΜΕ και της πιθανότητάς τους να γίνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Αυτό που είναι γνωστό, ωστόσο, είναι ότι τα ΜΜΕ φέρουν ευθύνη για την ανάπτυξη συμπεριφορών και πεποιθήσεων σχετικά με τα τρόφιμα, τη διατροφή και την υγεία. Συνεπώς, αν το σύστημα αξιών και συμπεριφορών των παιδιών διαμορφώνεται από αρνητικά μηνύματα για την υγεία, όπως αυτά προβάλλονται από τα ΜΜΕ, τότε τα παιδιά μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Αυτό που δεν είναι γνωστό είναι το εάν τα ΜΜΕ μπορούν να χρησιμοποιηθούν με θετικό τρόπο για την ανάπτυξη υγιεινής διατροφικής συνείδησης στα παιδιά. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αποδεικνύουν ότι το πρόγραμμα εκμάθησης της υγιεινής διατροφής ήταν επιτυχές και οδήγησε στην αύξηση της γνώσης και της βελτίωσης της συμπεριφοράς και της στάσης των παιδιών απέναντι στην υγιεινή διατροφή. Επίσης, οι πιο σημαντικές αλλαγές

παρατηρήθηκαν στον παιδικό πληθυσμό, ο οποίος είναι εκτεθειμένος σε μεγαλύτερο κίνδυνο απόκτησης υπερβολικού βάρους ή παχυσαρκίας (π.χ. οι Αφροαμερικανοί μαθητές).

Διάγραμμα 3. Προτιμήσεις για Υγιεινά Τρόφιμα ανά Φυλετική Ομάδα, Πριν και Μετά το Πρόγραμμα



Παράγοντες που Συσχετίζονται με τα Χαμηλό Επίπεδο Υγιεινής Διατροφικής Γνώσης των Παιδιών και οι Επιπτώσεις των Προγραμμάτων Εκμάθησης της Υγιεινής Διατροφής στα Σχολεία

Οι ατομικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους και στην παχυσαρκία θεωρούνται κατάλληλοι στην προσπάθεια βελτίωσης των διατροφικών συνηθειών των παιδιών για υγιή ανάπτυξή τους. Όταν εξετάστηκαν οι ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης από τα παιδιά στην άσκηση της διατροφικής γνώσης (12 ζεύγη τροφίμων), παρατηρήθηκε ότι όσο οι διατροφικοί συνδυασμοί φαγητών δυσκόλευαν, ως προς την επιλογή της υγιεινής διατροφής, τόσο οι ώρες παρακολούθησης της τηλεόρασης γινόταν ολοένα και πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας επιλογής, από τα παιδιά, της ανθυγιεινής τροφής. Για παράδειγμα, μετά από ομαδοποίηση των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης σε τρεις κατηγορίες, υψηλή, μεσαία και χαμηλή, οι συμμετέχοντες όλων των ομάδων είχαν σχεδόν ίσο αριθμό σωστών ή λάθος απαντήσεων, όταν τους ζητήθηκε να επιλέξουν μεταξύ ενός παγωτού χωρίς λιπαρά και ενός γιαουρτιού. Ωστόσο, όταν οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν το πιο υγιεινό μεταξύ ενός χυμού πορτοκαλιού και ενός διαιτητικού ανθρακούχου αναψυκτικού, τα παιδιά που ανήκαν στην χαμηλή και μεσαία κατηγορία, όσον αφορά στις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ήταν πιο πιθανό να απαντήσουν σωστά σε σύγκριση με εκείνα που ανήκαν στην υψηλή κατηγορία. Όμως, κατά την εξέταση των απαντήσεων στην ερώτηση σχετικά με το πιο θρεπτικό ανάμεσα σε ένα φρούτο και μια μπάρα δημητριακών, ο αριθμός των παιδιών που έδωσε τη σωστή απάντηση ήταν περίπου ο ίδιος σε όλες τις κατηγορίες. Επίσης, η ανάλυση των ωρών παρακολούθησης της τηλεόρασης από τα παιδιά σε σχέση με τις ατομικές διατροφικές προτιμήσεις τους αποδείχθηκε ενδιαφέρουσα. Σε ότι αφορά την πρώτη διατροφική επιλογή των παιδιών (π.χ. φυστικοβούτυρου, πατατάκια ή καρότα), το 38% των μαθητών επέλεξε τα πατατάκια, το 36% του δείγματος επέλεξε το φυστικοβούτυρο

και το 26% των παιδιών επέλεξε τα καρότα. Τα παιδιά που περνούσαν τον περισσότερο χρόνο βλέποντας τηλεόραση (υψηλή κατηγορία) είχαν λιγότερες πιθανότητες να προτιμήσουν τα καρότα, ως την τροφή που θα επέλεγαν να φάνε, σε αντίθεση με τα πατατάκια, που ήταν η πρώτη τους επιλογή. Τα παιδιά που παρακολουθούσαν λίγες ώρες τηλεόρασης (χαμηλή κατηγορία) είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να προτιμήσουν τα πατατάκια, ως την πιο επιθυμητή τροφή, αλλά ήταν σημαντικά μεγαλύτερος ο αριθμός των παιδιών σε αυτή την κατηγορία που επέλεξε τα καρότα σε σχέση με τα παιδιά στην υψηλή κατηγορία. Κι ενώ ο ρόλος της τηλεόρασης στη διαδικασία λήψης διατροφικών αποφάσεων στα παιδιά παραμένει ακόμα, σε μεγάλο βαθμό, ασαφής άλλες μεταβλητές που εξετάστηκαν προσέφεραν σημαντικά συμπεράσματα.

Συνεπώς, ο χρόνος που περνάνε τα παιδιά μπροστά στην τηλεόραση είχε αρνητική συσχέτιση με τη χαμηλή διατροφική γνώση για την υγιεινή διατροφή, πριν την πραγματοποίηση του προγράμματος, αλλά όπως προσδιορίζεται και από τα αποτελέσματα μετά το πρόγραμμα, τα παιδιά με τις χαμηλότερες γνώσεις πάνω στη διατροφή αποκόμισαν τεράστια οφέλη. Αυτές οι πληροφορίες έχουν ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι τα μεγαλύτερα οφέλη παρατηρήθηκαν στα μικρότερα και μη-λευκά παιδιά, τα οποία διατρέχουν και το μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα.

Περιορισμοί Μελέτης

Θα πρέπει να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν τη μελέτη, διότι αυτοί θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ερευνητές να διαμορφώσουν ένα ακόμη πιο έγκυρο ερευνητικό εργαλείο, στο μέλλον. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν μαθητές που φοιτούν σε ένα σχολείο με έμφαση στην τεχνολογία και τις ξένες γλώσσες. Επιπλέον, τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα θα μπορούσαν να μην είναι έγκυρα, επειδή κατά τη διάρκεια της μηνιαίας παρέμβασης, οι συμμετέχοντες ήταν σε θέση να καταλάβουν αυτό που θα ζητούσαμε μετά το πρόγραμμα. Τέλος, παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού των συμμετεχόντων μαθητών στην έρευνα σε σχέση με το αρχικό δείγμα, αφού από περίπου 250 που ήταν πριν την έναρξη του προγράμματος έμειναν 224 μαθητές, κυρίως λόγω απουσιών στα μαθήματα.

Κατευθύνσεις για Μελλοντική Έρευνα

Παρότι αναφέρεται ότι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποδεικνύουν ότι το πρόγραμμα εκμάθησης για την υγιεινή διατροφή που εφαρμόστηκε σε μαθητές πέτυχε σε μεγάλο βαθμό να βελτιώσει τις γνώσεις και τις συμπεριφορές των παιδιών απέναντι στα τρόφιμα και τη διατροφή, μπορεί επίσης, να αναγνωριστεί ότι υπάρχει ακόμη χώρος για μελλοντική έρευνα. Η ένταξη των βιομετρικών μετρήσεων όπως, το βάρος και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) θα ήταν κατατοπιστικοί παράγοντες για το πώς το σχήμα και το μέγεθος του σώματος επηρεάζουν τις διατροφικές προτιμήσεις. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι μια πιο προσεκτική εξέταση του κοινωνικού και οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού -ειδικά το σωματικό βάρος των μελών της οικογένειας, οι στάσεις και η έμφαση που δίνεται από την οικογένεια σε θέματα σωματικού βάρους- είναι αναγκαία σε συνδυασμό με την εφαρμογή άλλων μέτρων στα οποία έχουν πρόσβαση οι νέοι μέσω των συζητήσεων μεταξύ τους. Μεταξύ όλων των άλλων, μία καλύτερη κατανόηση του πως τα παιδιά παρακολουθούν τα ΜΜΕ -τηλεόραση, βιντεοπαιχνίδια, διαδίκτυο, προσωπικές φορητές συσκευές- θα μπορούσε να μας πληροφορήσει για κάτι που είναι ήδη γνωστό -για το ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν τα ΜΜΕ στο πώς αντιλαμβάνεται ένα παιδί την έννοια

του «πραγματικού κόσμου». Έτσι, κατανοώντας καλύτερα το συγκεκριμένο περιεχόμενο όσων παρακολουθούν, η έρευνα αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία. Θα λέγαμε ότι και μόνο να κατανοήσουμε τους προσδιοριστικούς παράγοντες που συσχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα υγιεινής διατροφικής γνώσης στα παιδιά θα μπορέσουμε να βρούμε τρόπους για τη βελτίωσή τους μέσω των διαφόρων προγραμμάτων παρέμβασης.

Βιβλιογραφία

American Academy of Pediatrics. Prevention and Treatment of Childhood Overweight and Obesity. Available at: www.aap.org/obesity . Retrieved Sept. 28, 2009.

Anderson, P.M. and Butcher, K.F. (2006). Childhood obesity: Trends and potential causes. *The Future of Children,* 16 (1). 19-45.

Blanchette, L. and Brug, J. (2005). Determinants of fruit and vegetable consumption among 6 to 12-year-old children and effective interventions to increase consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics,* 18, 431-443.

Centers for Disease Control and Prevention. US Obesity Trends in Adults. Available at: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/obesitymaps.ppt. Retrieved February 21, 2008.

Cramer, P., and Steinwert, T. (1998). Thin is good; fat is bad; How early does it begin? *International Journal of Psychology,* 23*,* 429-451.

Crespo, C.J., Smit, E., Troiano, R.P., Bartlett, S.J., Macera, C.A., and Andersen, R.A. (2001). Television watching, energy intake, and obesity in U.S. children: Results from the third National Health and Nutritional Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 155*,* 360-365.

Dixon, H.G., Scully, M.L., Wakefield, M.A., White, V.M., and Crawford, D.A. (2007). The effects of television advertisements for junk food versus nutritious food on children's food attitudes and preferences. *Social Science and Medicine,* 65*,* 1311-1323.

Evans, A.E., Dave, J., Tanner, A., Duhe, S., Condrasky, M., Wilson, D., Griffin, S., Palmer, M., Evans, M. (2006). Changing the home nutrition environment: Effects of a nutrition and media literacy pilot intervention. *Family and Community Health 29,* 43-54.

Jordan, A. & Robinson, T. (January, 2008). Children, television viewing, and weight status. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 615*, 119-132.

Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., Lowry, R., Wechsler, H., Galuska, D.A., Fulton, J.E., & McDonough, P. (2009, Oct. 26). TV viewing among kids at an eight-year high. The Nielsen Company. Online article accessed via blog.nielsen.com on March 25, 2010.

Patrick, H. and Nicklas, T.A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition, 24*(2), 83-92.

Powell, L.M., Szczypka, G., Chaloupka, F.J., and Braunschweig, C.L. (2007). Nutritional content of television food advertisements seen by children and adolescents in the United States. *Pediatrics, 120,* 576-583.

Powers, A.R., Struempler, B.J., Gaurino, A., and Parmer, S.M. (2005). Effects of a nutrition education program on the dietary behavior and nutrition knowledge of second-grade and third grade students. *The Journal of School Health, 75*(4), 129-133.

Proctor, M.H., Moore, L.L., Gao, D., Cupples, L.A., Bradlee, M.L., Hood, M.Y., and Ellison, R.C. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity, 27,* 827-833.

Signorielli, N., & Staples, J. (1997). Television and children's conceptions of nutrition. *Health Communication, 9,* 289-301.

Strauss, R.S. and Pollack, H.A. (2003) Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 157,* 746-752.

Taylor, J.P., Evers, S., and McKenna, M. (2005). Determinants of healthy eating in children in youth. *Canadian Journal of Public Health, 96*, S20-S26.

Wiecha, J.L., Peterson, K.E., Ludwig, D.S., Kim, J., Sobol, A., and Gortmaker, S.L. (2006). When children eat what they watch: Impact of television viewing on dietary intake of youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160,* 436-442.

Επιχειρήσεις του Τομέα της Υγείας: Συμβιβάζοντας το Δικαίωμα Πραγματοποίησης Κερδών με τις Ηθικές Υποχρεώσεις των Επιχειρήσεων σε έναν Οικονομικά Άνισο Κόσμο

Συμεών Ντέιβις, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Ακρωτηρίου Χερσονήσου, Ν. Αφρική

Εισαγωγή

Οι επιχειρήσεις συνιστούν αναμφίβολα ένα κεντρικό και πρωταγωνιστικό στοιχείο της παγκόσμιας οικονομίας της ελεύθερης αγοράς και έχουν σημαντική επιρροή στις χώρες και στις κοινωνίες μέσα στις οποίες δραστηριοποιούνται. Αρκεί να αναλογιστεί κανείς ότι από τις 100 μεγαλύτερες οικονομίες στον κόσμο, οι 51 είναι επιχειρήσεις, και ότι αυτές ως οργανισμοί κάνουν, από πολλές πλευρές, πιο αισθητή την παρουσία τους στους πολίτες και στις μοντέρνες δημοκρατίες σε σχέση με τις κυβερνήσεις ή με τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών (IoD 2002). Αν και η επίδραση των επιχειρήσεων σε μια παγκόσμια οικονομία είναι προφανής, υπάρχει μια συνεχής και αμφιλεγόμενη διαμάχη σχετικά με τις ηθικές υποχρεώσεις των επιχειρήσεων και το βαθμό στον οποίο αυτές οι «υποχρεώσεις» θα πρέπει να ικανοποιούνται. Το παρόν άρθρο προσπαθεί να επιχειρηματολογήσει γύρω από την ηθική ευθύνη των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας, σε ότι αφορά τις αρχές βιοηθικής που καθοδηγούν τη δράση τους. Επιπλέον, το άρθρο προσπαθεί να εξετάσει το πως αυτές οι ηθικές υποχρεώσεις των επιχειρήσεων της υγείας σχετίζονται είτε με τις οικονομικές ανισότητες που υπάρχουν μέσα στις κοινωνίες στις οποίες δραστηριοποιούνται είτε με τις οικονομικές ανισότητες σε παγκόσμιο επίπεδο.

Είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στο ότι υπάρχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά το κατά πόσον οι επιχειρήσεις έχουν ουσιαστικά ανταποκριθεί στις ηθικές τους ευθύνες και επιπλέον στο κατά πόσον οι στρατηγικές, οι πολιτικές και η επιχειρηματικότητα τους έχουν ορισθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται επιμελώς στις ηθικές τους υποχρεώσεις απέναντι στις κοινωνίες και τις χώρες στις οποίες δραστηριοποιούνται. Από τη μια πλευρά, συγγραφείς όπως ο Schumpeter (1942) έχουν ισχυριστεί ότι υπό τον καπιταλισμό (*μέσω των επιχειρήσεων*), η ανθρωπότητα έχει κάνει ασύγκριτη πρόοδο και ότι ποτέ δεν βρέθηκε σε καλύτερο επίπεδο. Από την άλλη πλευρά, άλλοι έχουν εκφράσει μια ισχυρή και απαισιόδοξη κριτική όσον αφορά το ρόλο των επιχειρήσεων στην κοινωνία, ειδικά όσον αφορά στις ηθικές ευθύνες. Αυτή η θέση εκφράζεται ίσως με τον πιο παραστατικό τρόπο από τον Bakan (2004), ο οποίος λέει ότι «ως ψυχοπαθές δημιούργημα, η επιχείρηση δε μπορεί ούτε να αναγνωρίσει ούτε να δράσει με ηθική λογική ώστε να συγκρατηθεί από το να βλάψει άλλους».

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ζούμε σε έναν οικονομικά άνισο κόσμο, με τη φτώχεια να σηματοδοτεί την αρνητική πλευρά αυτής της κατάστασης. Ο Dower (1983) αναφέρει ότι το 1/5 του παγκόσμιου πληθυσμού ζει στην απόλυτη φτώχεια: με χαρακτηριστικά την πείνα, τον υποσιτισμό, τη διάδοση ασθενειών, την υψηλή θνησιμότητα βρεφών, τις ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης, το φόβο και την ανασφάλεια. Συγκεκριμένα, η φτώχεια αναγνωρίζεται ως η κύρια αιτία των παγκόσμιων υγειονομικών ανισοτήτων και των σχετιζομένων με αυτή θανάτους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (2004), κατά προσέγγιση, το 1/3 των θανάτων (ήτοι 18 εκατομμύρια άνθρωποι) οφείλεται, σε μεγάλο βαθμό, στις επιπτώσεις της φτώχειας. Η Οργάνωση για τα Παιδιά των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Children's Fund – UNICEF) (2008) εκτιμά ότι περίπου τα 10,6 εκατομμύρια αυτών των

θανάτων ήταν παιδιά κάτω των 5 ετών. Σύμφωνα με το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Development Program – UNDP), οι κυριότερες αιτίες γι' αυτά τα στοιχεία είναι η αδυναμία πρόσβασης σε πόσιμο νερό περίπου 1,1 δισεκατομμυρίων ανθρώπων, ο υποσιτισμός περίπου 830 εκατομμυρίων ανθρώπων, και η στέρηση βασικών κανόνων υγιεινής περίπου 2,6 δισεκατομμυρίων ανθρώπων (UNDP 2006).

Ηθικές Υποχρεώσεις των Επιχειρήσεων

Με αυτά τα απογοητευτικά στοιχεία κατά νου, θα έπρεπε, ίσως, οι επιχειρήσεις να είναι ηθικά υποχρεωμένες να αμβλύνουν ή και να εξαλείψουν τη φτώχεια στον κόσμο; Και αν η απάντηση είναι ναι, ποιές στρατηγικές, πολιτικές και δράσεις θα έπρεπε να υιοθετούν οι επιχειρήσεις;

Ο Milton Friedman στο άρθρο του «Η κοινωνική ευθύνη των επιχειρήσεων είναι να αυξάνουν τα κέρδη» (The social responsibility of business is to increase profits), το 1970 πληροφορεί τον αναγνώστη για το σκοπό των επιχειρήσεων, ο οποίος δεν είναι άλλος από την αύξηση των κερδών. Ο Friedman πιστεύει ότι τα διευθυντικά στελέχη των επιχειρήσεων που προσπαθούν να εφαρμόσουν ηθικώς καθοδηγούμενες δράσεις, οι οποίες συνήθως εντάσσονται στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνική τους ευθύνης, απλά ασχολούνται με αυτό που ο ίδιος ονομάζει «υποκριτικό στόλισμα της βιτρίνας». Ο Friedman επιβεβαιώνει την άποψη ότι υπάρχει μια και μόνο μια κοινωνική ευθύνη για τις επιχειρήσεις – να χρησιμοποιούν τους οικονομικούς τους πόρους και να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που σχεδιάζονται για να αυξήσουν τα κέρδη τους έτσι ώστε να παραμένουν σύμφωνοι με τους κανόνες του παιχνιδιού, πράγμα που τους επιτρέπει να συμμετέχουν σε ανοιχτό και ελεύθερο ανταγωνισμό χωρίς απάτη ή δόλο.

Οι απόψεις του Friedman για το ρόλο των επιχειρήσεων, όπως επίσης και για τις ηθικές και κοινωνικές τους ευθύνες έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς συγγραφείς που πιστεύουν πως αυτή η θέση είναι μονοδιάστατη και έρχεται σε αντίθεση με τη σημερινή πραγματικότητα. Υπάρχουν εναλλακτικές ερμηνείες για το ρόλο των επιχειρήσεων και τις ηθικές τους υποχρεώσεις και αυτές οι απόψεις χρειάζεται να εξεταστούν εάν θέλουμε να προωθήσουμε μια βελτιωμένη ερμηνεία του ρόλου των επιχειρήσεων. Άλλωστε, όπως τονίζουν και οι Beauchamp και Bowie (1993) «υπάρχει σημαντική διαφωνία όσον αφορά τους βασικούς σκοπούς και στόχους των επιχειρήσεων της καπιταλιστικής οικονομίας».

Συνεπώς, η άποψη ότι σκοπός μιας επιχείρησης είναι να πραγματοποιεί μονάχα κέρδη για τους μετόχους δεν είναι μια πραγματική παρά μια κανονιστική δήλωση. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τους Beauchamp και Bowie (1993) υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για «το τι θα έπρεπε μια εταιρεία να είναι» και για το τι άλλες υποχρεώσεις έχει εκτός από το να πραγματοποιεί κέρδη. Βασικά, αυτές οι απόψεις περιλαμβάνουν κλιμάκωση της θέσης και της ουσίας των επιχειρημάτων σχετικά με τις ηθικές υποχρεώσεις των επιχειρήσεων.

Ένας από τους μεγαλύτερους προβληματισμούς όσον αφορά το μοντέλο καπιταλιστικής οικονομίας του Friedman είναι ότι δύναται να παρέχει μια ισχυρή δικαιολογία συνέχισης της δράσης τους σε όλες τις επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ως συνέπεια να συμβάλλει στη διαιώνιση και εμβάθυνση των παγκόσμιων οικονομικών ανισοτήτων μεταξύ φτωχών και πλουσίων. Αυτό συμβαίνει καθώς κάθε αποκατάσταση οικονομικής ανισότητας, κατά την άποψη του Friedman, δεν αφορά πρωτίστως τις επιχειρήσεις, καθώς η ηθική τους ευθύνη είναι να πραγματοποιούν κέρδη και στη συνέχεια να πληρώνουν τους αντίστοιχους φόρους. Συνεπώς, η (ηθική) ευθύνη αποκατάστασης των οικονομικών ανισοτήτων «πέφτει» στην Κοινωνία των Πολιτών και στις Κυβερνήσεις

(βασικά), καθώς τα φορολογικά έσοδα (προερχόμενα από τις εταιρείες) υπάρχουν για να στηρίξουν πολιτικές και δράσεις που εφαρμόζονται ώστε να καταπολεμήσουν τη φτώχεια.

Ωστόσο, πολλοί φιλόσοφοι, οικονομολόγοι και θεωρητικοί δηλώνουν σκεπτικισμό ως προς τις υποθέσεις του Friedman και είναι πεπεισμένοι ότι οι επιχειρήσεις έχουν πολύ περισσότερες και πιο περίπλοκες ευθύνες.

Ο Thomas Mulligan (1992) στο άρθρο του «Η Ηθική Αποστολή των Επιχειρήσεων» (The Moral Mission of Business) ισχυρίζεται ότι οι επιχειρήσεις έχουν επιπλέον υποχρεώσεις απέναντι στην κοινωνία, οι οποίες ξεπερνούν την απλή παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών για τους καταναλωτές. Με άλλα λόγια εκφράζεται η άποψη ότι οι επιχειρήσεις έχουν την ευθύνη, αλλά και την ικανότητα να εφαρμόζουν διανεμητική δικαιοσύνη, μέσω των στρατηγικών, πολιτικών, καθώς και μέσω των προϊόντων και των υπηρεσιών που παρέχουν.

Ο Mulligan πιστεύει ότι οι επιχειρήσεις έχουν τη δύναμη να διαμορφώνουν νέες στρατηγικές, οι οποίες παρέχουν προϊόντα και υπηρεσίες που η κοινωνία πραγματικά χρειάζεται, παρά να προωθούν διαφημιστικές εκστρατείες δημιουργώντας νέες ανάγκες στους πολίτες. Αυτό θα μπορούσε να είναι ιδιαιτέρως σχετικό στη φαρμακευτική βιομηχανία, καθώς αυτή έχει τους πόρους να ασχοληθεί με την έρευνα, μέσω της οποίας θα μπορούσαν να παραχθούν και να διατεθούν στην κοινωνία νέα φάρμακα και θεραπείες. Με τα καινούργια αυτά φαρμακευτικά σκευάσματα θα μπορούσε να εξαλειφθεί ή έστω να περιοριστεί ο «αφόρητος» πόνος και ο πρώιμος θάνατος, ειδικά στα αναπτυσσόμενα κράτη. Η άποψη του Mulligan για τις ηθικές υποχρεώσεις των επιχειρήσεων θα σήμαινε στην πράξη ότι, για παράδειγμα είναι λιγότερο σημαντικό να παράγονται και να καταναλώνονται καλλωπιστικά προϊόντα για το δέρμα και τα μαλλιά στις αναπτυγμένες χώρες, από το να αναπτυχθούν φάρμακα που καταπολεμούν τη μάστιγα της φυματίωσης σε πολλά φτωχά κράτη. Αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι η εξάλειψη της φυματίωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες θα είχε προφανή οφέλη στην «ανακούφιση» του συστήματος υγείας από ένα χρονοβόρο και ακριβό πρόβλημα. Επίσης, θα κρατούσε υγιείς τους πάσχοντες αυτούς ανθρώπους, καθιστώντας τους οικονομικά ενεργούς, ανεξάρτητους και ικανούς να επανακτήσουν την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους.

Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο οι φαρμακευτικές εταιρείες κάνουν έρευνα για την ανάπτυξη νέων προϊόντων που θα βοηθήσουν στην επίλυση των μεταδοτικών νοσημάτων που πλήττουν κυρίως τα φτωχά έθνη ανά τη υφήλιο είναι υπό αμφισβήτηση. Για να καταστεί αυτό σαφέστερο αρκεί να αναλογιστεί κανείς ότι μόνο 16 από τα 1.393 νέα φάρμακα που διατέθηκαν στην αγορά μεταξύ του 1975 και 1999 ήταν κατάλληλα για τις ασθένειες που πλήττουν κυρίως τους ανθρώπους στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ μόνο τρία από αυτά ήταν για την ασθένεια της φυματίωσης, η οποία ωστόσο δεν πλήττει μόνο τις φτωχές κοινωνίες (Troullier et al. 2002).

Οι Evan και Freeman (1993) αμφισβήτησαν την άποψη του Friedman περί του σκοπού των επιχειρήσεων και πρότειναν μια εναλλακτική θεωρία, ήτοι τη «θεωρία των ενδιαφερομένων μερών της σύγχρονης επιχείρησης» (stakeholder theory of the modern corporation). Πιστεύουν σε μια αναζωογονημένη αντίληψη του επιχειρηματικού καπιταλισμού, η οποία περιλαμβάνει αντικατάσταση της ιδέας ότι οι διευθυντές έχουν απλά υποχρέωση απέναντι στους μετόχους από την «Αρχή της Επιχειρηματικής Νομιμότητας» σύμφωνα με την οποία οι διευθυντές διατηρούν σχέση εμπιστοσύνης ως προς όλους τους εμπλεκόμενους στην επιχείρηση, όπως μετόχους, υπαλλήλους, πελάτες και κοινωνίες μέσα στις οποίες λειτουργούν. Το ουσιώδες του επιχειρήματός τους βασίζεται

στην υπόθεση ότι η καταπάτηση των δικαιωμάτων των ενδιαφερομένων μερών προς όφελος των μετοχών της επιχείρησης είναι ανήθικη και απαράδεκτη. Ο Rossouw (2008) επισήμανε ότι η θεωρία των Evan και Freeman προϋποθέτει ότι καμίας εμπλεκόμενης κατηγορίας το όφελος δεν θα έπρεπε να προπορεύεται έναντι αυτό των άλλων εμπλεκομένων ομάδων της επιχείρησης. Άλλωστε, το ζήτημα της ισότητας όλων των ενδιαφερομένων μερών ήταν το σημείο διαφωνίας των υποστηρικτών της θεωρίας από τους εμπνευστές της. Συνεπώς, παρόλο που η θεωρία «των ενδιαφερομένων μερών» παρέχει ένα πλαίσιο το οποίο στηρίζει δυνητικά την άσκηση «διανεμητικής δικαιοσύνης» από τις επιχειρήσεις, προκύπτουν, ωστόσο, διάφορα προβλήματα που κυρίως αφορούν στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων των εμπλεκομένων μερών, στο βαθμό δύναμης που κάθε ομάδα έχει, καθώς και στην υπευθυνότητα της κάθε μιας ομάδας προς τη διοίκηση της επιχείρησης.

Ο Goodpaster (1993) στο άρθρο του «Ηθική Επιχειρήσεων και Ανάλυση Ενδιαφερομένων Μερών» *(Business Ethics and stakeholder analysis*) αμφισβητεί την ιδέα του επιχειρηματικού καπιταλισμού των Evan και Freeman. Ο Goodpaster αισθανόταν ότι το να αντιμετωπίζεις όλες τις εμπλεκόμενες ομάδες ατόμων σε μια επιχείρηση με τον τρόπο που πρότειναν οι Evan και Freeman θα δημιουργούσε μη ανεκτές για την επιχείρηση απαιτήσεις, δημιουργώντας δυσχερείς καταστάσεις μεταξύ των διαφόρων αυτών ομάδων. Ο Goodpaster υποστηρίζει ότι η διαχειριστική υποχρέωση των επιχειρηματιών προς τους μετόχους δεν είναι απαραίτητο να οδηγεί σε μια κατάσταση στην οποία τα συμφέροντα όλων των άλλων εμπλεκομένων ομάδων θα έπρεπε να θυσιάζονται προκειμένου να επιτευχθούν κέρδη για τους μετόχους. Ο Goodpaster επιβεβαιώνει την άποψη ότι ενώ οι επιχειρηματίες έχουν μια οικονομική/διαχειριστική υποχρέωση προς τους μετόχους (επίτευξη κερδών) έχουν, επίσης ηθικές ευθύνες ως προς τα υπόλοιπα ενδιαφερόμενα μέρη της επιχείρησης. Οι επιχειρήσεις μπορούν να εξασφαλίσουν την επίτευξη των ηθικών υποχρεώσεών τους έναντι όλων των ενδιαφερομένων μερών, χωρίς ωστόσο να θυσιάζουν το σκοπό επίτευξης κερδών. Μια τέτοια ερμηνεία εταιρικής ηθικής ευθύνης θα ταίριαζε πιθανώς σε επιχειρήσεις που εφαρμόζουν πραγματική ανακατανομή των κερδών τους, επικυρώνοντας με αυτό τον τρόπο στην πράξη την εφαρμογή διανεμητικής δικαιοσύνης.

Ο Stone (1975) στο βιβλίο του «Κοινωνικός Έλεγχος της Συμπεριφοράς των Επιχειρήσεων» (The Social Control of Corporate Behaviour) απορρίπτει τη βεβαιότητα του Friedman σε ότι αφορά στην ικανότητα της κυβερνητικής διαδικασίας και των κυβερνητικών οργάνων να ελέγξουν τη συμπεριφορά των επιχειρήσεων. Υποστηρίζει ότι εάν οι κρατικοί ελεγκτικοί μηχανισμοί ήταν αποτελεσματικοί, τότε δεν θα χρειάζονταν όλες αυτές οι νομοθετικές προσπάθειες πειθαρχίας των επιχειρήσεων για εφαρμογή των αρχών/ κανόνων της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Σύμφωνα όμως με τον Stone, η αδυναμία των ελεγκτικών οργανισμών/μηχανισμών να πειθαρχήσουν «ηθικά» τις επιχειρήσεις είναι μία ακόμη απόδειξη για το ότι η εμπιστοσύνη στην παραδοσιακή μηχανή δικαιοσύνης ως τρόπος «σωφρονισμού» των επιχειρήσεων είναι αποτυχημένος – και συνεπώς κάτι περισσότερο απαιτείται να γίνει. Ο Stone δεν είναι καθόλου πεπεισμένος από την αποκαλούμενη «υποσχετική συμφωνία» ότι οι διοικήσεις των επιχειρήσεων έχουν υποχρέωση προς τους μετόχους της να μεγιστοποιούν τα κέρδη. Πιστεύει ότι κάποιες φορές είναι ηθικά δικαιολογημένο να μην τηρείς τις υποσχέσεις (ακόμα και να υπερβαίνεις το νόμο) προκειμένου να δόσεις έμφαση σε άλλα κοινωνικά ζητήματα, που μπορεί να συσχετίζονται με την «κοινωνική/διανεμητική δικαιοσύνη», καθώς αυτά θεωρούνται από τον Stone «ύψιστης σημασίας».

Οικονομικές Ανισότητες και Παγκοσμιοποίηση

Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα επιχειρηματικά μοντέλα και τις ηθικές τους υποχρεώσεις, η ερώτηση που χρειάζεται να τεθεί είναι «σε ποιό σημείο είναι ηθικά υποχρεωμένες οι επιχειρήσεις να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ανθρώπων που ζουν σε έσχατη ένδεια;»

Ο Meyers (2002) παρατήρησε ότι ο κόσμος έχει μετασχηματιστεί τελείως τα τελευταία χρόνια από ένα φαινόμενο που μας επηρεάζει όλους, την παγκοσμιοποίηση. Ενώ ο Meyers πιστεύει ότι μπορεί να υπήρξε μια εποχή όπου οι πολίτες μιας χώρας αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους ως άτομα που δεν είχαν υποχρέωση ως προς τους πολίτες άλλων κρατών, αυτό ήταν κατά παραδοχή μια εποχή πολύ παλαιότερη. Σήμερα, τα εθνικά σύνορα έχουν πιο περιορισμένο νόημα, καθώς ζητήματα όπως το εμπόριο, το περιβάλλον, η υγεία, καθώς και η εκπληκτική τεχνολογική πρόοδος του προηγούμενου αιώνα, μας άφησαν με μια κληρονομιά συνεκτικότητας που δε μπορεί να αγνοηθεί. Η παγκοσμιοποίηση άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι κοινωνίες και τον τρόπο που σκέφτονται και ενεργούν τα άτομα.

Συνεπώς, σε έναν τέτοιο «παγκοσμιοποιημένο» κόσμο που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενες προσδοκίες για δημοκρατικούς κανόνες και κανόνες υπευθυνότητας, για την ύπαρξη κανόνων διαφάνειας, για άμεση πρόσβαση στις πληροφορίες μέσω του διαδικτύου και των δικτύων κινητής τηλεφωνίας, για την ανάγκη διασύνδεσης και αλληλεξάρτησης των ανθρώπων, των κοινοτήτων, των κυβερνήσεων και των επιχειρήσεων, η ερώτηση που τίθεται είναι «έχουν οι επιχειρήσεις μια ευρύτερη και πιο προφανή ηθική υποχρέωση ως προς τους συνανθρώπους, ανεξάρτητα με το που αυτοί ζουν;»

Ο Singer (2002) στο βιβλίο του «Ένας κόσμος: Η Ηθική της Παγκοσμιοποίησης» (One World: The Ethics of Globalization) και ο Pogge (2002) στο βιβλίο του «Παγκόσμια Φτώχεια και Ανθρώπινα Δικαιώματα» (World Poverty and Human Rights) παρουσιάζουν ισχυρά επιχειρήματα και στρατηγικές για τη μείωση ή/και εξάλειψη της φτώχειας σε παγκόσμιο επίπεδο. Μια από τις σημαντικές παραδοχές για την πραγματοποίηση μιας ηθικά ωφελιμιστικής, δημοκρατικής και ρεαλιστικής πρότασης για τη μείωση της παγκόσμιας φτώχειας, είναι η άποψη του Singer για την ανάπτυξη στρατηγικών που βασίζονται στην αγορά προκειμένου να βγουν οι άνθρωποι από τη φτώχεια (αν και μια καθοριστική προϋπόθεση είναι ότι οι στρατηγικές αυτές είναι πιθανές μόνον εφόσον η εμπλοκή δεν υποστηρίζει και συντηρεί δικτατορικές και μη δημοκρατικές κυβερνήσεις, για παράδειγμα).

Ένας παράγοντας που παραμένει συνεπής (είτε σε κάποιον αρέσουν οι επιχειρήσεις είτε όχι) είναι ότι οι σύγχρονες επιχειρήσεις εξασκούν σημαντική επιρροή στις κοινωνίες στις οποίες λειτουργούν (Roussouw et al. 2008). Μπορεί κάποιος να αντιληφθεί τη δύναμη και την επιρροή των σύγχρονων επιχειρήσεων του τομέα της υγείας εάν σκεφτεί ότι δολάριο-προς-δολάριο τα έσοδα των παγκοσμίως κορυφαίων φαρμακευτικών εταιρειών ξεπερνούν τους προϋπολογισμούς πολλών εθνών στον κόσμο (Fortune Magazine 500, 2009).

Ηθικές Ευθύνες στις Επιχειρήσεις του Τομέα της Υγείας

Είναι ενδιαφέρον το ότι μεγάλο μέρος της ευρείας διαμάχης για την εφαρμογή ηθικών αρχών στον ιατρικό τομέα και κλάδο υγείας έχουν ιστορικά διακυμανθεί μεταξύ αυτού που ο Kaas (2004) χαρακτηρίζει ως «βιοηθική» (δηλαδή κώδικες και πλαίσια ηθικής που τείνουν να δίνουν προτεραιότητα στην αυτονομία και το δικαίωμα άρνησης του ατόμου) και της αποκαλούμενης «ηθικής δημόσιας υγείας» βασιζόμενης σε αυτό που ο Beauchamp (1985)

θεωρούσε ως ηθικά ζητήματα που δίνουν έμφαση στην κοινωνική δικαιοσύνη και τις παραδόσεις. Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχει περιορισμένη κατανόηση ή αναγνώριση του ρόλου και της επιρροής των επιχειρήσεων στον τομέα της υγείας, ή ακόμα και σε ότι αφορά τις ηθικές τους ευθύνες, ειδικά σε έναν οικονομικά άνισο κόσμο.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι οι επιχειρήσεις περιορίζονται από τον νόμο να είναι νομικά πρόσωπα. Είναι επίσης, ενισχυμένες κατά πολύ σε όρους δύναμης και επιρροής από τη δημιουργία οργανισμών, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου (ΠΟΕ) που το 1993 υποστήριξε τη λογική της απορρύθμισης της οικονομικής παγκοσμιοποίησης (Bakan 2004). Είναι ανησυχητικό, όμως το ότι οι υπουργοί εμπορίου που αντιπροσωπεύουν τα κράτη-μέλη (στον ΠΟΕ) είναι συνήθως στενά ευθυγραμμισμένοι με τα εμπορικά και οικονομικά συμφέροντα προσώπων στα βιομηχανικά ανεπτυγμένα κράτη, και σύμφωνα με τον Stiglitz (2002) είναι εύκολοι στόχοι για τις επιχειρήσεις που επιθυμούν να ασκήσουν επιρροή. Εάν αυτές οι συνθήκες είναι πραγματικές, είναι ικανές οι επιχειρήσεις και οι αντιπρόσωποί τους να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν στις ηθικές υποχρεώσεις και ευθύνες, που ξεπερνούν, ωστόσο, τα όρια που τους επιβάλλονται από το νόμο; Η ερώτηση τέθηκε προηγουμένως, αλλά στην παρούσα φάση λαμβάνει ιδιαίτερη σημασία επειδή αναφερόμαστε στις επιχειρήσεις του τομέα της υγείας. Πραγματικά, ενώ ο πρωταρχικός επιχειρηματικός σκοπός επικεντρώνεται αποκλειστικά στη μεγιστοποίηση κέρδους, θα μπορούσε κάποιος να ισορροπήσει τον σκοπό αυτό με την κατανόηση και εφαρμογή ηθικών και δεοντολογικών πλαισίων και υποχρεώσεων της επιχείρησης.

Για να διατηρηθούν στην αγορά και να εξασφαλίσουν χρηματοοικονομική επιτυχία, οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις πρέπει να αναπτύξουν νέα και καλύτερα φάρμακα, αλλά η διαδικασία ελέγχου και αποτελεσματικότητας των νέων αυτών ουσιών και των θεραπειών φαίνεται να συμβαίνει μέσα σε ένα άκρως εξελισσόμενο βιοηθικό πλαίσιο, που διακατέχεται από την «προσέγγιση των τεσσάρων αρχών» που παρουσιάστηκαν από τους Tom Beauchamp και Jim Childress το 1979, και που περιλαμβάνει *την αρχή της αυτονομίας* (σεβασμός για το άτομο – μια ιδέα για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια)*, την αρχή της ευεργεσίας* (όφελος για τον συμμετέχοντα στην έρευνα), *την αρχή της μη βλαπτικότητας* (το να μην προκληθεί βλάβη στο συμμετέχοντα στην έρευνα) και *την αρχή της δικαιοσύνης* (διανεμητική δικαιοσύνη – ίση διανομή του κινδύνου και του οφέλους μεταξύ των κοινοτήτων). Αυτές οι αρχές είναι εξέχουσες σε διάφορα έγγραφα διεθνούς πολιτικής που καθοδηγούν την ηθική έρευνα, όπως η Αναφορά Μπέλμοντ (1979), η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης στο Ελσίνκι (2000), ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1949), καθώς και οι εκδόσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Συμβούλιο για τη Διεθνή Οργάνωση των Ιατρικών Επιστημών.

Η ηθική απαίτηση για διανεμητική δικαιοσύνη που προωθείται από τον Beauchamp and Childress (1979) είναι ιδιαίτερα σχετική στην παρούσα εργασία, επειδή η αξίωση αυτή συνδέει πλευρές της «βιοηθικής» που βάζουν σε προτεραιότητα τις ιδέες για αυτονομία και του δικαιώματος άρνησης του ατόμου σε δοκιμές φαρμάκων, με ευρύτερες εφαρμογές στην «ηθική δημόσιας υγείας» που συνήθως καθοδηγείται από τη διανομή πόρων και το θεμελιώδες ζήτημα των οικονομικών ανισοτήτων σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο.

Η διαμάχη που περιβάλλει την ηθική ευθύνη των ατόμων και των οργανισμών σε όρους οικονομικών ανισοτήτων έχει τυπικά γίνει εσωστρεφής και περιορίζεται μεταξύ των κοινοτήτων και των ορίων μιας χώρας. Με άλλα λόγια, μια κοινή λογική άποψη που επικρατεί είναι ότι στις περιοχές του κόσμου και στις χώρες όπου η φτώχεια είναι

διαδεδομένη ως μοναδικοί υπεύθυνοι μπορούν να θεωρηθούν οι εσωτερικοί θεσμοί και οργάνωση, καθώς και οι ίδιοι οι άνθρωποι.

Ο John Rawls δημοσίευσε το έργο «Θεωρία της Δικαιοσύνης» (A Theory of Justice), το 1971, στο οποίο η ιδέα της δικαιοσύνης, ιδιαίτερα της οικονομικής είναι βασισμένη στο έθνος. Ωστόσο, ο Rawls προσπάθησε να αναθεωρήσει κάποιες από τις απόψεις του για την οικονομική ανισότητα στο «Νόμο των Ανθρώπων» (The Law of Peoples). Σύμφωνα με τον Singer (2002), η ιδέα της δικαιοσύνης συγκεντρώνεται πρωταρχικά στην έννοια της δικαιοσύνης μέσα στις κοινωνίες και οι υποχρεώσεις μεταξύ των κοινωνιών αντιμετωπίζονται ως πολύ πιο περιορισμένες από τις υποχρεώσεις δικαιοσύνης μέσα στην ίδια την κοινωνία. Συνεπώς, ο Rawls (1999) συμπεραίνει, ότι «οι αιτίες πλούτου των ανθρώπων και οι μορφές που λαμβάνει υπόκεινται στην πολιτική τους κουλτούρα και στις θρησκευτικές, φιλοσοφικές και ηθικές παραδόσεις που υποστηρίζουν τη βασική δομή, όπως επίσης και στην εργατικότητα και συνεργασιμότητα των μελών της, όλα υποστηριζόμενα από την πολιτική της κάθε χώρας».

Υπάρχει μια ανάγκη να γίνει ανασκόπηση και αναθεώρηση των αιτιών και των συνθηκών που συνεισφέρουν σε μεγαλύτερη και βαθύτερη περιχαράκωση οικονομικών ανισοτήτων, βασιζόμενες στις διάχυτες επιδράσεις της συλλογικής παγκοσμιοποίησης.

Οι επιχειρήσεις του τομέα της υγείας είναι ηθικά υποχρεωμένες και νομικά δεσμευμένες σε πολλές περιπτώσεις, ειδικότερα όταν πρόκειται για έρευνα και παροχή φαρμάκων και υπηρεσιών. Το ερώτημα που τίθεται εδώ σχετίζεται με το ότι δεν υπάρχει μια ισοδύναμα προφανής υποχρέωση σε αυτές τις επιχειρήσεις να είναι ηθικά υπεύθυνες για την εξάλειψη ή/και μείωση των οικονομικών ανισοτήτων στις χώρες στις οποίες δραστηριοποιούνται, καθώς η φτώχεια αποτελεί βασική αιτία της κακής υγείας, που με τη σειρά της καταλήγει στη βλάβη, στην ταλαιπωρία και στην ουσιαστική στέρηση του δικαιώματος αυτονομίας και αξιοπρέπειας των ανθρώπων. Επιπλέον, η διαιώνιση των οικονομικών ανισοτήτων στερεί από τους ανθρώπους την ευκαιρία για οικονομική ανεξαρτησία και ευημερία και συνεπώς, μια καλύτερη ζωή.

Η ουσία της παρούσας εργασίας είναι ότι από μια γενική ανασκόπηση των επιχειρήσεων στο τομέα της υγείας προκύπτει ότι υπάρχει μια σιωπηρή αναγνώριση των ηθικών τους ευθυνών, ειδικότερα σε ότι αφορά ένα βιοηθικό ερευνητικό πλαίσιο. Αυτές οι ηθικές ευθύνες περιστρέφονται γύρω από τις αρχές της *αυτονομίας*, της *ευεργεσίας*, της *μη βλαπτικότητας* και της *δικαιοσύνης*. Ωστόσο, η αρχή της *δικαιοσύνης,* και ειδικότερα της *διανεμητικής δικαιοσύνης* σχετίζεται περισσότερο με την παρούσα εργασία. Μπορούν οι επιχειρήσεις στον κλάδο υγείας να οριοθετήσουν τις ηθικές τους ευθύνες όσον αφορά την αρχή της δικαιοσύνης σε όρους έρευνας; Η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι η ευθύνη διεξαγωγής έρευνας με έναν ηθικά αποδεκτό τρόπο δεν είναι το αρχικό και τελικό σημείο της ηθικής υποχρέωσης των επιχειρήσεων. Αν για παράδειγμα δίδεται δέουσα αναγνώριση σε ζητήματα που αφορούν τη διανεμητική δικαιοσύνη, τότε αυτές οι συζητήσεις οφείλουν να μην περιορίζονται σε μια στενή εφαρμογή που είναι απλά στα πλαίσια μιας δοκιμής αποτελεσματικότητας ενός φαρμάκου. Επιπλέον, η πολύπλοκη φύση των επιχειρήσεων του τομέα της υγείας σημαίνει ότι τέτοιοι οργανισμοί χρειάζεται να γνωρίζουν και να δρουν με ένα λογικό τρόπο ώστε να συμβιβάζουν την τακτική πραγματοποίησης κέρδους με τις βιοηθικές υποχρεώσεις και ηθικές ευθύνες, ιδιαίτερα όσων συνδέονται με τη διανεμητική δικαιοσύνη σε παγκόσμιο επίπεδο.

Φτώχεια και Κακή Υγεία

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι χώρες που χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη φτώχεια, όπου ο υποσιτισμός είναι σύνηθες φαινόμενο, υποφέρουν και από αρρώστιες/ασθένειες. Σύμφωνα με τον Pogge (2004) ενώ πολλοί οργανισμοί με κοινωνική δράση συμβάλλουν στην κακή υγεία, οι οικονομικοί οργανισμοί φέρεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην κακή υγεία του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο Pogge συνεχίζει υποστηρίζοντας ότι η επίδραση αυτή μπορεί να επιτευχθεί, σε μεγάλο βαθμό, μέσω της επικράτησης της απόλυτης φτώχειας σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Με το να προκαλούν φτώχεια μέσω των δράσεών τους, οι οικονομικοί οργανισμοί συμβάλλουν σημαντικά στην κακή υγεία των ανθρώπων. Ακόμη και τα άτομα που εμπλέκονται στη διατήρηση τέτοιων οικονομικών οργανισμών συμβάλουν με τον τρόπο τους στη δημιουργία της κακής υγείας στις φτωχές περιοχές του κόσμου. Ωστόσο, οφείλει κανείς να μετριάσει σε κάποιο βαθμό την άποψη του Pogge, κάνοντας μια αναφορά στον Risse (2005), ο οποίος διατηρεί κάποια από τα επιχειρήματά του πρώτου, αλλά επισημαίνει ότι «ο τρόπος με τον οποίο διατηρούμε την παγκόσμια τάξη βλάπτει τους φτωχούς ενώ ταυτόχρονα είναι συνεπής με την αξιέπαινη παγκόσμια πρόοδο του κόσμου επί της ιστορικά κυρίαρχης μιζέριας».

Αναγνωρίζεται ότι η επιρροή και ο έλεγχος που εξασκούν οι επιχειρήσεις του τομέα της υγείας σε ολόκληρη την κοινωνία είναι αυξανόμενη, που σημαίνει ότι η δημόσια υγεία και η ιατρική έρευνα μαζί με τις υπηρεσίες που μπορεί να παρέχουν είναι όλο και περισσότερο απίθανο να παρέχονται από δημόσια επιδοτούμενους οργανισμούς, όπως πανεπιστημιακά νοσοκομεία παρά από ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι οποίες, στην περίπτωση συνεργασίας τους με τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, χρηματοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό από ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας, έχοντας ως συνέπεια σημαντική επίδραση στη διαδικασία της έρευνας. Οι ιατρικοί ερευνητές και κλινικοί ιατροί που πραγματοποιούν «έρευνα υπό ιδιωτική χρηματοδότηση» και εργάζονται σε ανεπτυγμένες χώρες μπορεί να θεωρηθεί ότι λειτουργούν μέσα σε αντικρουόμενα συστήματα αξιών.

Μπορεί να είναι λογικό να προωθείται η άποψη ότι οι διοικήσεις των επιχειρήσεων υγείας, οι οποίες δρουν σύμφωνα με τους όρους της οικονομίας της αγοράς λειτουργούν σε αντιδιαστολή με τα άτομα που πραγματοποιούν την ιατρική έρευνα, οι οποίοι δρουν σύμφωνα με τις αρχές της ηθικής. Πώς είναι όμως δυνατόν να εργάζονται μαζί διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, οι οποίες έχουν διαφορετικά ηθικά πιστεύω, ειδικότερα αν επικρατεί η άποψη ότι υπάρχει μια ευρύτερη ηθική ευθύνη για όλα τα άτομα να μειώσουν τις οικονομικές ανισότητες στον κόσμο;

Ηθική Αιτιολόγηση

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της επιχειρηματολογίας του Singer ως προς την πραγματοποίηση της παγκόσμιας αλλαγής, η οποία βασίζεται στις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι η αναγνώριση μιας ρεαλιστικής προσέγγισης στην επίλυση τέτοιων θεμάτων. Αυτό είναι άκρως λογικό όταν κάποιος αναφέρεται στο άρθρο του Richardson για την Ηθική Αιτιολόγηση (Moral Reasoning) (2003) όπου θεωρεί το ζήτημα του «Πώς μπορούμε να δικαιολογήσουμε ηθικά, ο ένας τον άλλον» στο οποίο υποστηρίζει ότι η διαμάχη όσον αφορά την ηθική αιτιολόγηση συχνά πραγματοποιείται σαν να ήταν μοναχική προσπάθεια ενώ δεν είναι. Συνεπώς, από τη μια πλευρά έχουμε διαμάχες γύρω από ζητήματα όπως την επίτευξη κερδών, την κοινωνική εταιρική ευθύνη των επιχειρήσεων, καθώς και τη δημιουργία συγκρούσεων οικονομικών συμφερόντων σε μια επιχείρηση. Από την άλλη πλευρά έχουμε κάτι που μπορεί να γίνει αντιληπτό ως ένας

εναλλακτικός διδακτικός λόγος, ο οποίος διαμορφώνεται από δεοντολογικές και ηθικές αρχές που καθοδηγούν και νομιμοποιούν την ιατρική έρευνα, δίνοντας προτεραιότητα σε ζητήματα όπως το καθήκον της φροντίδας προς τους ασθενείς και τους συμμετέχοντες, η αυτονομία, η ευεργεσία, η μη βλαπτικότητα και η κοινωνική δικαιοσύνη. Αυτός ο τρόπος σκέψης μπορεί να οδηγηθεί σε ένα άλλο επίπεδο για να εξετάσει τις παγκόσμιες ηθικές υποχρεώσεις, που σύμφωνα με τους Singer και Pogge απαιτούν από εμάς να σκεφτόμαστε και να δρούμε με τρόπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην εξάλειψη της παγκόσμιας φτώχειας.

Ο Richardson προωθεί την ιδέα ότι με το να σκέφτεται κάποιος την ηθική αιτιολογία ως συλλογική ανησυχία, τα εμπόδια που προκύπτουν από τη διαφωνία και την πιθανότητα διαφοροποιημένων κοινωνικών δομών, είναι μεγάλης σημασίας στην ηθική αιτιολόγηση. Ίσως να είναι λογικό να ειπωθεί ότι η έκκληση του Richardson για κοινή ηθική αιτιολόγηση παρέχει σε δυνητικά ασύμφωνα εμπλεκόμενα μέρη, όπως διοικητές επιχειρήσεων και ιατρικούς ερευνητές, έναν διαλεκτικό μηχανισμό από τον οποίο οι ηθικές τριβές μπορούν να κατευναστούν.

Ο Richardson υποστήριξε ότι οποιοσδήποτε συμβιβασμός ηθικών αρχών (απόψεων ή και παγιωμένων θεωρητικών θέσεων) μπορεί μόνο να ξεκινήσει και να επιλυθεί εφόσον ο διάλογος πραγματοποιηθεί μέσα σε ένα πλαίσιο, το οποίο ευρέως βασίζεται στην πραγματιστική ιδέα της πρακτικής ευφυΐας, που μας πληροφορεί ότι πρέπει να παραμένουμε ανοιχτοί στην αναθεώρηση των αντιλήψεών μας για το τι είναι καλό και τι είναι σωστό.

Ο Singer (2002) υποστηρίζει μια έννοια δικαιοσύνης, που προσφέρει μια σύγχρονη αντίληψη, η οποία επιτρέπει μια πραγματική δράση, καθώς και την επίτευξη λύσεων στο πρόβλημα των ανισοτήτων. Ο Singer πιστεύει ότι ενώ θα ήταν καλό για τις πλουσιότερες χώρες να ενδιαφέρονται περισσότερο για τους φτωχούς του κόσμου από συμπόνια, θα ήταν περισσότερο πολιτικά στρατηγικό να υποστηριχτεί η μείωση των παγκόσμιων ανισοτήτων βασιζόμενη στο ιδίο συμφέρον. Αυτό θα συνεπαγόταν ότι οι επιχειρήσεις είναι κακώς συμβουλευμένες να ακολουθούν τη στενή και εγωιστική λογική πραγματοποίησης κερδών που κορυφώνεται με την εκμετάλλευση των κοινοτήτων και των πόρων, καθώς οι μακροχρόνιες επιπτώσεις με τη μορφή της κοινωνικής αστάθειας, της βιομηχανικής δράσης, ακόμα και της τρομοκρατίας αναπόφευκτα θα επηρεάσει αρνητικά τους φτωχότερους.

Επίλογος

Εφόσον οι επιχειρήσεις στον τομέα της υγείας συγκεντρώνονται σε ερευνητικές πρωτοβουλίες, ειδικότερα στον ιατρικό κλάδο όπως συμβαίνει με τις φαρμακευτικές εταιρείες, τότε η συμμετοχή και η συμμόρφωση με υψηλά πρότυπα ηθικής, είναι επιθυμητή και απαραίτητη. Επιπλέον, για να διευκολυνθεί μια βιώσιμη παγκόσμια οικονομία, οι επιχειρήσεις στον τομέα της υγείας οφείλουν να ανταποκρίνονται σε προϋποθέσεις οικονομικών θεμάτων διανεμητικής δικαιοσύνης που είναι πιθανότερο να είναι προσφιλείς σε συνθήκες βιώσιμης επιτυχίας πραγματοποίησης κέρδους. Συνεπώς, οι επιχειρήσεις στον τομέα της υγείας σε αναγνώριση της δουλειάς του Richardson στην ηθική αιτιολόγηση μπορούν να εμπλακούν σε ηθικά διλήμματα και να τα επιλύσουν, εφόσον προκύπτει διάλογος σε ένα πλαίσιο που βασίζεται ευρέως στην πραγματιστική αντίληψη πρακτικής ευφυΐας, η οποία μας πληροφορεί ότι πρέπει να παραμένουμε ανοιχτοί στην επανεξέταση των αντιλήψεών μας για το τι είναι καλό και τι είναι σωστό.

Βιβλιογραφία

Bakan, J. 2004. *The Corporation: The Pathological Pursuit of Profit and Power*. Constable and Robinson Ltd: ISBN 1-84529-079-8

Beauchamp, T.L. & Bowie, N.E. 1993. *Ethical Theory and Business*. (4th Edition). Prentice-Hall. ISBN-10: 0132903474 / ISBN-13: 978-0132903479

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. 2001. *Principles of Biomedical Ethics* (5th edition). New York: Oxford University Press. (The Principles of Biomedical Ethics by Beauchamp and Childress (1st edition) was published in 1979).

Belmont-Report-(1979); http://ohrp.osophs.dhhs.gov/humansubjects/guidance/belmont.htm

British Medical Association. 2001. *The Medical Profession and Human Rights*. London. Zed Press: 14-42.

Declaration-of-Geneva2006);http://www.genevadeclaration.org/fileadmin/docs/GenevaDeclarationLeaflet.pdf

Evan and Freeman (1993) in their article A Stakeholder Theory of the Modern Corporation: Kantian Capitalism. Published in Tom L. Beauchamp and Norman E. Bowie (1993). *Ethical Theory and Business*. (4th Edition). Prentice-Hall. ISBN-10: 0132903474 / ISBN-13: 978-0132903479: 75-84.

Fofack H (2009*). Determinants of Globalization and Growth Prospects for Sub-Saharan African Countries*. *Policy Research Working Paper 5019: World Bank*, The World Bank Institute, Poverty Reduction and Economic Management Division, August 2009.

Fortune Global 500 in August 2009. Fortune Magazine, August 2009.

Friedman M (1970). The social responsibility of business is to increase profits. *New York Times Magazine*, September 13, 1970 by the New York Times Company.

Goodpaster KE (1993). Business ethics and stakeholder analysis. *Business Ethics Quarterly* 1 (Jan 1991): 53-73.

Kass NE (2004). Public Health Ethics: From Foundations and Frameworks to Justice and Global Public Health. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*; Summer 2004; 32(2): 232-243.

Krieger N and Birn A-E (1998). A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88: 1603-06.

IoD (2002). Institute of Directors (IoD). *King Report for Corporate Governance for South Africa II* (2002). Institute of Directors in Southern Africa. ISBN 0-620-28852-3

MRC: The Medical Research Council of South Africa (2003). *Guidelines on Ethics for Medical Research: General Principles* (4th Edition). ISBN 1-919809-49-X (set) / ISBN 1-919809-54-6

Nuremberg Code (1949) http://ecco.bsee.swin.edu.au/studies/ethics/Nuremberg.html

OHCHR (2010). Office-of-High-Commissioner-for-Human-Rights.

Universal-Declaration-of-Human-Rights: http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx

Pogge, T.W. 2001. Priorities of Global Justice, in T.W. Pogge, ed., *Global Justice* (Oxford: Blackwell Publishers, 2001): 15.

Rawls J (1999). *The Law of Peoples*. Cambridge, MA Harvard University Press.

Risse M (2005). How does the global order harm the poor. *Philosophy and Public Affairs*, 33(4): 349-376.

Rossouw D (2008). In Rossouw, D., Prozesky, M., Burger, M., du Plessis, C., van Zyl, M. *Ethics for Accountant and Auditors* (revised edition). Oxford University Press Southern Africa. ISBN: 978 0 19 598495 8

Singer, P. 2002. *One World: The Ethics of Globalization*. New Haven: Yale University Press, 2002.

Stglitz JE (2002). *Globalisation and its Discontents*. W.W. Norton, New York, London.

Troullier P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N (2002). Drug development for neglected diseases: a deficient market and public health policy failure. *The Lancet*, 359:2188-2194.

UNDP (2006). Human Development Report, 2006. Houndmills Palgrave Macmillan.

UNICEF (2005). United Nations Childrens Fund, 2005. The State of the Worlds children 2005. New York: UNICEF.

World-Medical-Association-Declaration-of-Helsinki-(2000); http://www.wma.net/e/policy/17-c e.html

WHO (2004). World Health Organisation, 2004. The World Health Report 2004. Geneva: WHO Publications.

Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας

Η στήλη των βιβλιοπαρουσιάσεων θα χρησιμοποιείται πολλές φορές για να αναλύει εγχειρίδια που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και συναφών θεμάτων. Ξεκινήσαμε σε προηγούμενο τεύχος παρουσιάζοντας γνωστά ελληνικά εγχειρίδια των οικονομικών της υγείας και στο σημερινό συνεχίζουμε με την παρουσίαση ενός αγγλικού εγχειριδίου που η 2η του έκδοση δημοσιεύτηκε το 2010 (βλέπε Vivien Martin, Julie Charlesworth, Euan Henderson, Managing in Health and Social Care, 2nd Edition, Oxford: Routledge, 2010). Αποτελεί ένα πρακτικό εγχειρίδιο για όλους εκείνους που σπουδάζουν τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο τις υπηρεσίες υγείας και την κοινωνική φροντίδα. Απευθύνεται και στα στελέχη των οργανισμών και επιχειρήσεων που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες. Το βιβλίο αποτελείται από μελέτες περιπτώσεων, αλλά και παρουσίαση των αναλυτικών εργαλείων και εννοιών του σύγχρονης επιστήμης της διοίκησης.

Το βιβλίο οργανώνεται σε τέσσερα μέρη και δέκα-οκτώ κεφάλαια. Το πρώτο μέρος, που αποτελείται από πέντε κεφάλαια ασχολείται με το στέλεχος και την ομάδα διοίκησης. Το δεύτερο μέρος (τέσσερα κεφάλαια) αναλύει την άλλη πλευρά της αγοράς, αυτών των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Το τρίτο μέρος του βιβλίου (τρία κεφάλαια) συζητά τη διοίκηση της προσφοράς των υπηρεσιών όπως το σχεδιασμό, τον προϋπολογισμό κ.λπ. Το τέταρτο και τελευταίο μέρος (έξι κεφάλαια) αναλύει θέματα βελτίωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Στο υπόλοιπο μέρος αυτής της βιβλιοπαρουσίασης γίνεται αναφορά των θεμάτων που αναλύονται σε κάθε κεφάλαιο.

Το πρώτο κεφάλαιο αναλύει την εργασία του στελέχους (μάνατζερ) των υπηρεσιών υγείας και συναφών υπηρεσιών. Απευθύνεται σε πρώτο πρόσωπο στα στελέχη αυτών των υπηρεσιών και προκαλεί τον αναγνώστη στέλεχος να συγκρίνει το τι κάνει στην δουλειά με αυτά που συζητούνται σε αυτό το κεφάλαιο. Ένας πολύ φιλικός τρόπος για να κάνει το διάβασμα των υπόλοιπων κεφαλαίων πιο ενδιαφέρον. Το δεύτερο κεφάλαιο εξετάζει την αποτελεσματικότητα του στελέχους και πως αυτή επιτυγχάνεται. Το τρίτο κεφάλαιο εξετάζει το ρόλο της ηγεσίας στην διαδικασίας διοίκησης των υπηρεσιών. Το τέταρτο κεφάλαιο εξετάζει θεωρίες υποκίνησης, με έμφαση στην ανάλυση των αναγκών, των στόχων και των επιβραβεύσεων. Το κεφάλαιο αυτό δεν περιορίζεται μόνο στην παρουσίαση των θεωριών αλλά εκτείνεται και στην πρακτική τους εφαρμογή στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Το επόμενο κεφάλαιο εξετάζει το ρόλο των αξιών και οραμάτων που πρέπει να διέπουν έναν οργανισμό και κατ' επέκταση και τα στελέχη τους.

Τα επόμενα τέσσερα κεφάλαια του βιβλίου (το δεύτερο μέρος) εξετάζουν την διοικητική διαδικασία από την πλευρά των χρηστών αυτών των υπηρεσιών. Το έκτο κεφάλαιο απαντά στο ερώτημα «τι θέλουν οι χρήστες;» Γίνεται μία σαφής διάκριση μεταξύ του τι έχουν ανάγκη οι χρήστες, του τι θέλουν και ποιές είναι οι προσδοκίες τους. Θα το θεωρούσα και το πιο σημαντικό κεφάλαιο για πολλά στελέχη ελληνικών οργανισμών υπηρεσιών τέτοιων υπηρεσιών. Το κεφάλαιο αυτό επίσης εξετάζει πως τα στελέχη μπορούν να συλλέξουν πληροφορίες για τις υπηρεσίες που προσφέρουν από τους ίδιους τους τελικούς χρήστες (δηλαδή τους άμεσα ενδιαφερομένους) με σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύεται και το ζήτημα της διαχείρισης των παραπόνων. Στο έβδομο κεφάλαιο εξετάζεται το περιβάλλον του οργανισμού. Οι συγγραφείς κατηγοριοποιούν και στη συνέχεια αναλύουν τρία επίπεδα περιβάλλοντος: το εσωτερικό

περιβάλλον, το άμεσο περιβάλλον και το ευρύτερο περιβάλλον. Συναφές είναι και το θέμα με τα ενδιαφερόμενα μέρη (stakeholders). Αυτά μπορεί να είναι οι εργαζόμενοι, οι προμηθευτές, τα εργατικά συνδικάτα, οι ενώσεις καταναλωτών, οι διάφορες αρχές του κράτους κ.λπ. Η αντιμετώπιση και η καλή συνεργασία με τα ενδιαφερόμενα μέρη εξετάζεται σε αυτό το κεφάλαιο. Το όγδοο κεφάλαιο ασχολείται με την συμμετοχή των χρηστών και του ευρύτερου κοινού στην διαδικασία του σχεδιασμού, της παραγωγής και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Όπως αναφέρουν και οι συγγραφείς, οι χρήστες και το ευρύτερο κοινό είναι που πληρώνει, μέσω της φορολογίας, γι' αυτές τις υπηρεσίες. Εξετάζονται οι διάφοροι τρόποι συμμετοχής και σχέσεων με τους χρήστες καθώς και η διαδικασία άντλησης σχετικών και αντικειμενικών πληροφοριών χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις. Το ένατο κεφάλαιο ασχολείται με την διοίκηση της εκροής (αποτελέσματος) της παραγωγικής διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας. Το στέλεχος πρέπει να γνωρίζει τι επιδιώκει να πετύχει, γιατί αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να κρίνει το μέγεθος της αποτελεσματικότητάς του.

Το τρίτο μέρος του βιβλίου αφιερώνεται στη διαδικασία διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Το δέκατο κεφάλαιο αναλύει τη διαδικασία της διοίκησης από τη σκοπιά της ανάγκης της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της προσφοράς αυτών των υπηρεσιών. Το επόμενο κεφάλαιο ασχολείται με ένα πολύ σημαντικό θέμα, ιδιαιτέρως σε περιόδους ισχνών αγελάδων όπως οι σημερινές, αυτό του προϋπολογισμού. Η αποτελεσματικότητα είναι ένα θέμα, αλλά εξίσου σημαντικό είναι και η αποδοτικότητα των χρημάτων που χρησιμοποιούνται. Όλες οι κρίσιμες (σοβαρές) αποφάσεις των στελεχών εμπεριέχουν κόστος, είτε προς την πλευρά της αύξησης του κόστους είτε προς την πλευρά της εξοικονόμησης πόρων. Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζονται οι διάφοροι τρόποι προϋπολογισμού αλλά και ο τρόπος διαπραγμάτευσης του προϋπολογισμού με αυτούς που τον εγκρίνουν. Το δωδέκατο κεφάλαιο αναγνωρίζοντας την σημασία που έχει η δημόσια, κρατική, δημοτική, μη κερδοσκοπική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας εξετάζει το θέμα της διαφάνειας και της κοινωνικής λογοδοσίας.

Το τελευταίο μέρος του βιβλίου εξετάζει την διοίκηση των βελτιώσεων που μπορούν να κάνουν τα στελέχη αυτών των οργανισμών. Το δέκατο-τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με το θέμα της ποιότητας, η έννοια και η διαδικασία της. Στο επόμενο κεφάλαιο η έννοια της ποιότητας συνδέεται με κάποιους συγκεκριμένους μετρήσιμους στόχους που ο οργανισμός θέλει να πετύχει. Αποτελούν κριτήρια (standards) με τα οποία αξιολογείται η όλη προσπάθεια. Το δέκατο-πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με την διοικητική διαδικασία του ελέγχου. Ιδιαιτέρως στην Ελλάδα αυτή η λειτουργία της διοίκησης είναι η πιο σημαντική. Αν δεν υπάρχει αποτελεσματικός έλεγχος, οτιδήποτε σχεδιάζεις θα πάει «στράφι». Το επόμενο κεφάλαιο εξετάζει πως το στέλεχος-ηγέτης μπορεί να εκπαιδεύσει το προσωπικό για να πετύχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Το προτελευταίο κεφάλαιο ασχολείται με την διοίκηση των αλλαγών, εξίσου σημαντικό θέμα, στο γρήγορο κόσμο των τεχνολογικών μεταβολών. Τέλος, το δέκατο-όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζει τον τρόπο σχεδιασμού και διοίκησης έργων. Εδώ αποκτά ιδιαίτερη σημασία η τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων και η διοίκηση ομάδων μέλη των οποίων είναι επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων και συνηθειών.

Συνολικά ένα χρήσιμο εγχειρίδιο για όσους κατατρίβονται με την καθημερινότητα των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Γρηγόρης Θ. Παπανίκος

11th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 25-28 June 2012, Athens, Greece

The Health Research Unit of the Athens Institute for Education and Research (ATINER) organizes its **11th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 25-28 June 2012, Athens, Greece.** For the programs of previous conferences, book publications based on the conference papers and other information, please visit the conference website www.atiner.gr/health.htm.

The registration fee is €300 (euro), covering access to all sessions, two lunches, coffee breaks and conference material. Special arrangements will be made with a local luxury hotel for a limited number of rooms at a special conference rate. In addition, a number of social events will be organized: A Greek night of entertainment with dinner, a special one-day cruise in the Greek islands, an archaeological tour of Athens and a one-day visit to Delphi. Details of the social program are available at http://www.atiner.gr/soc/2012SOC-HEA.htm

The aim of the conference is to bring together scholars, researchers and students from all areas of health economics, management and policy. Areas of interest include (**but are not confined to**): Equity and Poverty in Health, Pharmaceutical Economics, Quality of Life, Economic Evaluation, Health Care Reforms, Social Security, School Health Programs, Health Law and Health Related Business. Selected papers will be published in a Special Volume of the Conference Proceedings or Edited Books as part of ATINER's education book series. For Books and Proceedings of previous conferences you may visit http://www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm for table of contents and order forms.

Please submit a 300-word abstract by email, health@atiner.gr, by **27 February 2012** to: Dr. Zoe Boutsioli, Deputy Head, Health Research Unit of ATINER, 8 Valaoritou Street, Kolonaki, 10671 Athens, Greece. Tel.: + 30 210 363-4210 Fax: + 30 210 3634209. Please include: Title of Paper, Full Name (s), Current Position, Institutional Affiliation, an email address and at least 3 keywords that best describe the subject of your submission. Please use the abstract submitting form available at http://www.atiner.gr/docs/2012FORM-HEA.doc. Announcement of the decision is made within 4 weeks after submission, which includes information on registration deadlines and paper submission requirements. If you want to participate without presenting a paper, i.e. chair a session, evaluate papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing of a book, or any other contribution, please send an email to Dr. Gregory T. Papanikos (gtp@atiner.gr), President, ATINER.

The Athens Institute for Education and Research (ATINER) was established in 1995 as an independent academic organization with the mission to become a forum, where academics and researchers - from all over the world - could meet in Athens and exchange ideas on their research and discuss the future developments of their discipline. Since 1995, ATINER has organized about 150 international conferences and has published over 100 books. Academically, the Institute consists of four research divisions and twenty research units. Each research unit organizes at least an annual conference and undertakes various small and large research projects.

Πραγματοποίηση του 10ου Διεθνούς Ετήσιου Συνεδρίου με θέμα τα Οικονομικά της Υγείας, τη Διοίκηση (Μάνατζμεντ) και την Πολιτική την Δευτέρα 27 Ιουνίου 2011 και την Τρίτη 28 Ιουνίου 2011 στο ξενοδοχείο ΤΙΤΑΝΙΑ, Πανεπιστημίου 52, Αθήνα

Η Ερευνητική Μονάδα Υγείας του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) πραγματοποίησε το 10ο ετήσιο διεθνές επιστημονικό συνέδριό της με θέμα τα Οικονομικά, τη Διοίκηση και την Πολιτική της Υγείας. Την εναρκτήρια ομιλία του συνεδρίου πραγματοποίησε ο κ. **Γρηγόρης Θ. Παπανίκος**, Πρόεδρος του Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας (ΑΘΙΝΕΕ) & Επισκέπτης Καθηγητής του Πανεπιστημίου Στραθκλάιντ (Strathclyde).

Το συνέδριο οργανώθηκε σε 16 ενότητες με την ακόλουθη θεματολογία: Τεχνολογία Υγείας και Παραγωγικότητα, Οικονομική Προσέγγιση της Υγείας Ι & ΙΙ, Ειδικές μελέτες Νόσων Ι, Κοινωνική Προσέγγιση της Υγείας Ι, ΙΙ, & ΙΙΙ, Βιομηχανία και Αγορά Κλάδου Υγείας Ι & ΙΙ, Πολιτική Υγείας - Εθνικά Συστήματα Υγείας Ι & ΙΙ, Κοινωνική Προσέγγιση της Υγείας και άλλα ζητήματα, Γενικά Ζητήματα Έρευνας Υγείας Ι & ΙΙ, Ασφάλεια Υγείας, ο Ανθρώπινος Παράγοντας στην Παροχή Υγείας και άλλα ζητήματα Απασχόλησης. Η κάθε ενότητα περιλάμβανε 3 με 6 εισηγήσεις.

Στις δύο μέρες του συνεδρίου πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 65 εισηγήσεις από ομιλητές από 26 χώρες (**Αυστραλία, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Γεωργία, Καναδάς, Κίνα, Ιαπωνία, Ινδία, Ιράν, Ιταλία, Κολομβία, Κύπρος, Λετονία, Φινλανδία, Ν. Αφρική, Ελβετία, Νέα Ζηλανδία, Νορβηγία, Ολλανδία, Σιγκαπούρη, Πορτογαλία, Πολωνία, Μεγάλη Βρετανία, ΗΠΑ, Φιλιππίνες**).

Οι έρευνες χαρακτηρίζονταν από το εύρος θεμάτων και μεθοδολογικής προσέγγισης. Μεταξύ αυτών, η καθηγήτρια Βολχάνσκι από τις ΗΠΑ αναφέρθηκε σε θορύβους που διαταράσσουν τον ύπνο νοσηλευόμενων σε μεγάλα αστικά νοσοκομεία. Αναγνώρισε 33 παράγοντες διαταραχής ύπνου εκ των οποίων οι 25 συσχετίζονταν με θορύβους και προτάθηκαν αλλαγές στο σχεδιασμό νοσοκομείων για ελαχιστοποίηση των θορύβων και συνεπώς καλύτερο ύπνο για τους νοσηλευόμενους. Η επικεφαλής Έρευνας του Υπουργείου Οικονομικών της Βουλγαρίας Δρ. Βιλαμόφσκα παρουσίασε τη μέθοδο επαναξιολόγησης των επιστροφών πληρωμών των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Παρουσίασε τις μεθόδους συλλογής δεδομένων, τα αναλυτικά εργαλεία και τα αποτελέσματα της μελέτης που στόχευαν στην αποτελεσματική συλλογή αξιόπιστων δεδομένων για λήψη αποφάσεων σε χαρακτηριστικά σύντομο χρονικό διάστημα. Η μελέτη της ερευνήτριας Βεντούρη στο πανεπιστήμιο της Γενεύης, προσπάθησε να δώσει απάντηση στο ερώτημα κατά πόσον η κατανάλωση βιταμινών και φυσικών βοηθημάτων έχουν επίδραση στην υγεία ενηλίκων και συγκεκριμένα ενηλίκων με καρδιοαγγειακές παθήσεις. Παρά τις προσδοκίες της, τα αποτελέσματα δεν υποστήριξαν την υπόθεση ότι τα βοηθήματα έχουν θετικές επιδράσεις στο δείγμα. Συμπέρανε ότι δε μπορεί να δικαιολογηθεί το κόστος των βοηθημάτων και δε θα μπορούσε να συστήσει στις

ασφαλιστικές εταιρείες της Ελβετίας να συμπεριλάβουν το κόστος των βοηθημάτων στη λίστα φαρμάκων που καλύπτουν. Ο Φιλανδός αναπληρωτής καθηγητής Εκ ασχολήθηκε με τη διαφορά συμπεριφοράς μεταξύ των δύο φύλων στην αναζήτηση πληροφόρησης για την υγεία. Η μελέτη του έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ δύο φύλων με τις γυναίκες να προηγούνται στην αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία. Κατέληξε στο ότι η διαφορά αυτή συμπεριφοράς μεταξύ φύλων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό πολιτικής προώθησης υγείας και πρόληψης. Η μελέτη της ερευνήτριας Μακκάφερτυ από το Η.Β. επικεντρώθηκε στην αντίδραση υψηλόβαθμων διοικητικών υπαλλήλων νοσοκομείων στις πρόσφατες αλλαγές της κυβέρνησης στον κλάδο υγείας. Με δεδομένα που συνέλλεξε σε διαφορετικές φάσεις εφαρμογής των κυβερνητικών αλλαγών στοχεύει στη δημιουργία ενός μοντέλου για ανάλυση οργανικής συμπεριφοράς αντίδρασης και αποδοχής σε αλλαγές.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον και συζήτηση προκάλεσε η μελέτη του Ιάπωνα καθηγητή Υασουκάβα για το βέλτιστο ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας ηλικιωμένων στη χώρα του. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, το 44% των δαπανών υγείας της χώρας προβλέπεται να κατευθύνονται έως το 2017 προς την ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών. Η χρηματοδότηση αποτελεί μείζον ζήτημα και η μελέτη του στόχευε στην κατανόηση του λόγου έντονης κριτικής, από τους ηλικιωμένους, του σχεδίου της κυβέρνησης για επιβάρυνση των γηραιότερων ατόμων (άνω των 70 ετών) με άμεση συνεισφορά στο κόστος περίθαλψης. Τα αποτελέσματά του υποδεικνύουν ότι η διάκριση των ηλικιωμένων σε δύο ομάδες (άνω και κάτω των 70 ετών) θεωρείται δογματική και μη ωφέλιμη ενώ οι άμεση εισφορά ίσως να ήταν αποδεκτή εάν ενισχύονταν οι οικονομικά ασθενέστεροι. Η καθηγήτρια Λιαμπουτούνγκ από την Αυστραλία μελέτησε γυναίκες-φορείς του ιού HIV/AIDS που ζουν στην Ταϊλάνδη. Μίλησε με 30 γυναίκες οι οποίες, παρά την προκατάληψη της τοπικής κοινωνίας εναντίον φορέων του ιού, διατηρούν καλή ψυχική κατάσταση. Οι γυναίκες αυτές έχουν ένα θετικό τρόπο να αντιμετωπίζουν τη ζωή, συμμετέχουν σε ειδικά προγράμματα και κάνουν προσπάθεια να βελτιώσουν τη ζωή τους καθημερινά, σε αντίθεση με πολλούς άλλους φορείς του ιού. Παρατηρεί βέβαια ότι οι γυναίκες αυτές υποβοηθούνται από ευνοϊκές συνθήκες του περιβάλλοντός τους, τις οποίες ίσως οι περισσότεροι φορείς στερούνται.

Αυτό ήταν το 15ο συνέδριο του 2011 του ΑΘΙΝΕΕ από τα 28 διεθνή συνέδρια που οργανώνει φέτος, με διεθνείς συμμετοχές που θα ξεπεράσουν τους 2000 καθηγητές και ερευνητές από 100 και πλέον χώρες. Όλα τα συνέδρια επαναλαμβάνονται σε ετήσια βάση. Ο κατάλογος των συνεδρίων του 2011 είναι διαθέσιμος στην ιστοσελίδα του Ινστιτούτου στη θέση: http://www.atiner.gr/docs/2011Conferences.htm.

Αν χρειαστείτε περισσότερες πληροφορίες, παρακαλώ τηλεφωνείστε στο 2103634210 (Υπεύθυνη κα Σύλια Σακκά) ή στείλτε ηλεκτρονικό μήνυμα στο info@atiner.gr. Προηγούμενα δελτία τύπου του Ινστιτούτου είναι διαθέσιμα στην διεύθυνση: http://www.atiner.gr/el/Δελτία-Τύπου.htm.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ

1. Τα άρθρα για δημοσίευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα σε Windows Microsoft Word σε διπλό διάστημα και γραμματοσειρά calibri μέγεθος 12 και θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση: health@atiner.gr
2. Τα άρθρα θα πρέπει να συνοδεύονται από μια περίληψη, το ανώτερο μέχρι 150 λέξεις.
3. Οι πίνακες και τα διαγράμματα θα πρέπει να υποβάλλονται στο τέλος του κειμένου.
4. Τα άρθρα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 5.000 λέξεις, συμπεριλαμβανομένων των κειμένων, των πινάκων, των διαγραμμάτων και της βιβλιογραφίας.
5. Τα άρθρα πρέπει να έχουν την εξής σειρά: περίληψη, κείμενο, παραπομπές, βιβλιογραφία και πίνακες-διαγράμματα.
6. Τα άρθρα που έχουν αποσταλεί προς δημοσίευση δεν θα υποβάλλονται σε άλλα περιοδικά, όσο αυτά είναι υπό εξέταση στο Οικονομία & Υγεία.
7. Θα πρέπει να επιβεβαιώνεται στην συνημμένη επιστολή και στην πρώτη σελίδα αν τα άρθρα εκφράζουν τη θέση του συγγραφέα πάνω στο εκάστοτε θέμα ή αν προέρχονται από διδακτορική διατριβή.
8. Σε περίπτωση άρθρων που χρησιμοποιούν βάσεις δεδομένων θα πρέπει να αναφέρεται με κάθε λεπτομέρεια η πηγή και να υποβάλλεται μαζί με το άρθρο για να μπορούν να γίνουν οι στατιστικές επαληθεύσεις από τους κριτές.
9. Όλα τα άρθρα που αποστέλλονται στο περιοδικό, εξετάζονται από δύο (2) κριτές. Το όνομα του συγγραφέα δε θα πρέπει να εμφανίζεται στο κείμενο, εκτός αν πρόκειται για παραπομπή.
10. Οι συγγραφείς των άρθρων που πρόκειται να δημοσιευτούν απαιτείται να μεταφέρουν τα πνευματικά δικαιώματα στο Οικονομία και Υγεία.

Βαλαωρίτου 8, 106 71 Αθήνα