

# Οικονομία + Υγεία

Τριμηνιαία Επιστημονική Επιθεώρηση των Οικονομικών της Υγείας

Υπό την Αιγίδα της [Ερευνητικής Μονάδας Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#)

Τόμος 2<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2012

Τιμή: 5 ευρώ (ηλεκτρονική μορφή) – 10 ευρώ (έντυπη μορφή)

ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: [www.atiner.gr/oy.htm](http://www.atiner.gr/oy.htm)

## Από τον Διευθυντή Έκδοσης

### Κείμενο Θέσης

**Πρέπει οι Ασθενείς να Συμμετέχουν στο Κόστος της Υγείας τους;**

### Επιστημονικό Άρθρο

**Τρόφιμα με Θεραπευτικές Ιδιότητες και Εξοικονόμηση Κόστους Υγειονομικής Περίθαλψης: Η Περίπτωση Γάλακτος Εμπλουτισμένου με Συζευγμένο Λινελαϊκό Οξύ (ΣΛΟ)**

Τζίλλ Ε. Χόμπς, Πανεπιστήμιο Σασκάτσουα, Σταουρούλα Μαλλά, Πανεπιστήμιο του Λέδμπριτζ, Τομάζ Συμπρούκ, Πανεπιστήμιο του Λέδμπριτζ, Καναδάς

### Επιστημονικό Άρθρο

**Προσδιορισμός των Επιπέδων Εργασιακής Ικανοποίησης των Μαιών και των Νοσηλευτριών**

Αμπίντ Ακνσουγκούρ, ΖΤΒ Νοσοκομείο Άγκυρας, Ντιλέκ Ασλάν, Πανεπιστήμιο Χασετέπε, Μπαϊράμ Γοκτάς, Πανεπιστήμιο Άγκυρας, Νουράι Ερντογάν, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Μπασκέντ, Ι.Η. Τσανκούλ, Κέντρο Ειδικής Φροντίδας Στρατιωτικών Δυνάμεων, Μ. Μαχίρ Ουλγκού, Υπουργείο Υγείας, Τουρκία

### Επιστημονικό Άρθρο

**Αγροτική Ανάπτυξη και Σενάρια Υγειονομικής Περίθαλψης στην Ινδία**

Πρεμανάντα Μπαρατί, Ινδικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Ντιπάκ Κουμάρ Αντάκ, Κέντρο Ανθρωπολογικών Ερευνών, Ινδία

### Βιβλιοπαρουσιάσεις

**Η Απάτη στην Υγεία**

### Ανακοινώσεις



# Οικονομία + Υγεία

Τόμος 2<sup>ος</sup>, Τεύχος 2<sup>ο</sup>, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2012

## περιεχόμενα

<b>Από τον Διευθυντή Έκδοσης</b>	7
<b>Κείμενο Θέσης και Αντίθεσης</b> <b>Πρέπει οι Ασθενείς να Συμμετέχουν στο Κόστος της Υγείας τους;</b>	9
<b>Επιστημονικό Άρθρο</b> <b>Τρόφιμα με Θεραπευτικές Ιδιότητες και Εξοικονόμηση Κόστους Υγειονομικής Περίθαλψης: Η Περίπτωση Γάλακτος Εμπλουτισμένου με Συζευγμένο Λινελαϊκό Οξύ (ΣΛΟ)</b> Τζίλλ Ε. Χόμπς, Πανεπιστήμιο Σασκάτσοια, Σταυρούλα Μαλλά, Πανεπιστήμιο του Λέδμπριτζ, Τομάζ Συμπρούκ, Πανεπιστήμιο του Λέδμπριτζ, Καναδάς	11
<b>Επιστημονικό Άρθρο</b> <b>Προσδιορισμός των Επιπέδων Εργασιακής Ικανοποίησης των Μαιών και των Νοσηλευτριών</b> Αμπίντ Ακνσουνγκούρ, ΖΤΒ Νοσοκομείο Άγκυρας, Ντιλέκ Ασλάν, Πανεπιστήμιο Χασετέπε, Μπαϊράμ Γοκτάς, Πανεπιστήμιο Άγκυρας, Νουράι Ερντογάν, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Μπασκέντ, Ι.Η. Τσανκούλ, Κέντρο Ειδικής Φροντίδας Στρατιωτικών Δυνάμεων, Μ. Μαχίρ Ουλγκού, Υπουργείο Υγείας, Τουρκία	19
<b>Επιστημονικό Άρθρο</b> <b>Αγροτική Ανάπτυξη και Σενάρια Υγειονομικής Περίθαλψης στην Ινδία</b> Πρεμανάντα Μπαρατί, Ινδικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Ντιπάκ Κουμάρ Αντάκ, Κέντρο Ανθρωπολογικών Ερευνών, Ινδία	37
<b>Βιβλιοπαρουσίαση</b> <b>Η Απάτη στην Υγεία</b>	45
<b>Ανακοινώσεις</b>	48



# Οικονομία + Υγεία

Υπό την Αιγίδα της [Ερευνητικής Μονάδας Υγείας](#) του [Αθηναϊκού Ινστιτούτου Εκπαίδευσης και Έρευνας](#)  
Τόμος 2ος, Τεύχος 2ο, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2012  
ISSN: 1792-4480 Ιστοσελίδα Περιοδικού: [www.atiner.gr/oy.htm](http://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 Στραθκλάιτ, ΗΒ

## Επιστημονική Συνεργάτιδα Έκδοσης

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

## Διευθύντρια Επιστημονικών Περιοδικών Εκδόσεων

Αφροδίτη Γρ. Παπανίκου

## Επιμέλεια Δοκιμών και Μεταφράσεις

Ζωή Μπουτσιώλη & Λίλα Σκουντριδάκη

## 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](mailto:health@atiner.gr). Πληροφορίες για τον τρόπο υποβολής άρθρων στο [www.atiner.gr/oy/oy-ia.doc](http://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, ΗΒ.
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. Νάσσης, 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, ΗΒ.
9. Δρ. Δάφνη Χαλκιάς, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Ερευνητικός Συνεργάτης (Research Associate), Πανεπιστήμιο Λόνγκ Άιλαντ, ΗΠΑ.
10. Δρ. Μαρία Τσουρουφλή, Ακαδημαϊκό Μέλος της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ & Λέκτορας Ιατρικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ανατολικής Αγγλίας, ΗΒ.
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.

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 των Βιβλιοπαρουσιάσεων, παρουσιάζεται ένα πολύ σημαντικό εγχειρίδιο για την απάτη στον χώρο της υγείας της Rebecca S. Busch. *Healthcare Fraud: Auditing and Detection Guide*. 2012 New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Το πρώτο επιστημονικό άρθρο προσπαθεί να αναδείξει τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από μια πολιτική για την Έρευνα και την Ανάπτυξη (Ε&Α) όσον αφορά την παραγωγή πιο υγιεινών τροφίμων στον Καναδά. Χρησιμοποιείται το παράδειγμα του γάλακτος με υψηλά επίπεδα Συζευγμένου Λινελαϊκού Οξέος (ΣΛΟ) που αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη κατηγορία τροφίμων με θεραπευτικές ιδιότητες που έχει αποδειχτεί και με κλινικές έρευνες ότι τα συστατικά αυτών των τροφίμων μπορεί να αναστείλουν νόσους, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου. Το άρθρο αξιολογεί το δυνητικό μέγεθος οικονομικού οφέλους στην υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές παροχές που συσχετίζεται με την ανάπτυξη υγιεινών τροφίμων. Επίσης, το άρθρο αξιολογεί τα αποτελέσματα της πολιτικής ενδυνάμωσης Ε&Α σε υγιεινά τρόφιμα. Το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες με δημόσια χρηματοδοτούμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Με τη χρήση της ανάλυσης Κόστους Ασθένειας και με την ανάπτυξη διαφορετικών σεναρίων, οι συγγραφείς του άρθρου καταλήγουν ότι το εύρος της δυνητικής οικονομίας στο κόστος φροντίδας υγείας από την αυξημένη κατανάλωση προϊόντων εμπλουτισμένων με ΣΛΟ στον Καναδά κυμαίνεται μεταξύ 103 και 2.278 εκατομμυρίων δολαρίων ετησίως για το σύνολο των τεσσάρων τύπων καρκίνων που μελετήθηκαν (καρκίνος του μαστού, παχέος εντέρου, μελανώματος και στομάχου). Τέλος, συμπεραίνεται ότι η παραγωγή και η κατανάλωση πιο υγιεινών τροφίμων θα έχει πολλαπλά κοινωνικά οφέλη. Επομένως, η κάθε πολιτεία θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην έρευνα και την παραγωγή τέτοιων τροφίμων.

Σκοπός του δεύτερου επιστημονικού άρθρου είναι η διερεύνηση του βαθμού εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των νοσηλευτριών και μαιών που εργάζονται στο Γυναικολογικό Νοσοκομείο και Ερευνητικό Κέντρο Zekai Tahir Burak (ZTB) στην πόλη Άγκυρα της Τουρκίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 2009 σε δείγμα 289 εργαζομένων μαιών και νοσηλευτριών. Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης της Μινεσσότα με 20 συνολικά ερωτήσεις που μετράνε τόσο εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες όσο και γενικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης. Από τις αναλύσεις των δεδομένων προκύπτει ότι οι μαιές και οι νοσηλεύτριες που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης στο χώρο του ZTB νοσοκομείου στην Άγκυρα. Πιο συγκεκριμένα, στους εξωτερικούς παράγοντες οι βαθμολογίες τους βρίσκονται αρκετά κάτω της διάμεσης τιμής 3, στους εσωτερικούς παράγοντες ικανοποίησης οι βαθμολογίες τους βρίσκονται πάνω από την τιμή 3, ενώ στους γενικούς παράγοντες ικανοποίησης παρουσιάζουν βαθμολογίες λίγο κάτω από την διαμεση τιμή. Τα επίπεδα γενικής εργασιακής ικανοποίησης των μαιών και των νοσηλευτριών δεν θεωρούνται ούτε υψηλά ούτε χαμηλά, αλλά παρουσιάζουν μια τάση ύφεσης. Στην Τουρκία, παρόμοιες μελέτες

για την εργασιακή ικανοποίηση βρίσκουν σχεδόν ίδια αποτελέσματα όπως αυτά που βρέθηκαν στην περίπτωση του ZTB νοσοκομείου στην Άγκυρα. Άλλες μελέτες εκτός Τουρκίας βρίσκουν όμοια αποτελέσματα εργασιακής ικανοποίησης, άρα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα. Οι συγγραφείς της έρευνας προτείνουν μερικούς τρόπους βελτίωσης των επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης, ως εξής: αναδιοργάνωση του ωραρίου εργασίας, ανάπτυξη κοινωνικών και αθλητικών δραστηριοτήτων μεταξύ των εργαζομένων, βελτίωση των οικονομικών απολαβών, σύμφωνα με την ποιότητα και το φόρτο εργασίας, αναγνώριση της προσφοράς των εργαζομένων μέσα στη δουλειά τους, ανάπτυξη προοπτικών εξέλιξης των εργαζομένων με δίκαια και αντικειμενικά κριτήρια, παροχή προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, επιβράβευση και παροχή βραβείων και επαίνων στους νοσηλευτές για σημαντικά επιτεύγματα πάνω στη δουλειά τους, ύπαρξη καθηκοντολογίου του νοσηλευτικού επαγγέλματος και πιστή τήρησή του από όλους, βελτίωση των συνθηκών εργασίας και συμμετοχή των νοσηλευτών στις αποφάσεις της διοίκησης.

Το τρίτο επιστημονικό άρθρο συζητάει το θέμα της αγροτικής ανάπτυξης στην Ινδία και τις επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη των Ινδών πολιτών. Τα 2/3 του εργατικού δυναμικού στην Ινδία ασχολούνται με τη γεωργία. Ωστόσο, η συνεισφορά της στο ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε από 25% το 2000-2001 σε 19% το 2006-2007. Παρόλα αυτά, η γεωργία αποτελεί τον μεγαλύτερο οικονομικό παραγωγικό τομέα και παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη της Ινδίας, μιας από τις 10 πιο γρήγορα αναπτυσσόμενες οικονομίες στον κόσμο, τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα με τη γρήγορη οικονομική ανάπτυξη της χώρας και τη μείωση της φτώχειας υπάρχει αξιόλογη βελτίωση σε αρκετούς δείκτες ανθρώπινης ανάπτυξης από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι οποίοι είναι είτε σε επίπεδο δημογραφικών χαρακτηριστικών είτε σε επίπεδο δεικτών κοινωνικής ανάπτυξης. Στην παρούσα μελέτη οι συγγραφείς δίνουν έμφαση στις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μεταξύ των φτωχότερων και πιο πλούσιων περιφερειών της Ινδίας. Ο οικονομικός αναλυτής Ashish Bose επιτόνησε το ακρωνύμιο BIMAROU που προκύπτει από τα αρχικά γράμματα πέντε Ινδικών πολιτειών: Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan, Uttar Pradesh και Orissa. Το ακρωνύμιο BIMAROU μοιάζει με τη λέξη «Bimar» της επίσημης γλώσσας «Hindi» της Ινδίας και σημαίνει **άρρωστος**. Ο Ashish Bose χρησιμοποίησε αυτό τον όρο για να αποτυπώσει την «άρρωση» οικονομική κατάσταση στις συγκεκριμένες Ινδικές πολιτείες. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI) αυξήθηκε από 0,530 το 1996 και 0,605 το 2006. Όλες οι πολιτείες της BIMAROU εντάσσονται στην 3η ομάδα (HDI: 0,501-0,600) παρουσιάζοντας μια απογοητευτική κατάσταση του πληθυσμού σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής, τα επίπεδα αλφαριθμητισμού και τα επίπεδα φτώχειας. Επίσης, ο υποσιτισμός σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ινδία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Περίπου τα μισά παιδιά αυτής της κατηγορίας (45,9%) υποσιτίζονται. Η αναιμία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας διότι οδηγεί σε μια σειρά προβλημάτων. Μία από τις πιο ευάλωτες κατηγορίες παιδιών είναι αυτή της ηλικιακής ομάδας 6-23 μηνών. Παρόλο που υπάρχουν διαφοροποιήσεις στα ποσοστά των παιδιών που πάσχουν από αναιμία μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της Ινδίας, ωστόσο τα ποσοστά θεωρούνται αρκετά υψηλά και κυμαίνονται από περίπου 38%, το χαμηλότερο έως 78% το υψηλότερο. Η αναιμία εμφανίζεται πιο έντονα στις πολιτείες της BIMAROU. Τέλος, οι δείκτες της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας συνδέονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, με το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, καθώς και με την ποιότητα ζωής στην Ινδία. Γεωγραφικά, οι νότιες και δυτικές περιοχές της Ινδίας παρουσιάζουν τους χαμηλότερους δείκτες βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, ενώ οι πολιτείες της BIMAROU τους υψηλότερους δείκτες πρώιμης παιδικής θνησιμότητας.

**Γρηγόρης Θ. Παπανίκος**

### Πρέπει οι Ασθενείς να Συμμετέχουν στο Κόστος της Υγείας τους;

Η απάντηση είναι, όχι οι φτωχοί και ναι οι πλούσιοι. Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι αποδοτική και αποτελεσματική. Δηλαδή, η παραγωγή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γίνεται μέχρι το σημείο όπου το οριακό κόστος παραγωγής μιας επιπλέον μονάδας υγείας θα πρέπει να ισούται με το οριακό κόστος παραγωγής της. Αν το οριακό κόστος παραγωγής δεν το πληρώνει ο ασθενής, τότε η ατομική του κατανάλωση θα είναι μεγαλύτερη και μέχρι το σημείο όπου το οριακό όφελος από μια επιπλέον μονάδα είναι ίσο με το μηδέν. Αυτός είναι και ο λόγος που πολλοί προτείνουν ένα σύστημα μεικτών πληρωμών: μέρος από το ασφαλιστικό φορέα και μέρος από τον ιδιώτη καταναλωτή. Αν η ζήτηση είναι πλήρως ανελαστική, το σύστημα αυτό δεν είναι αποτελεσματικό διότι ο φτωχός δεν θα καταναλώσει το άριστο μέγεθος υγείας, δηλαδή δεν θα έχει την επιθυμητή ποσότητα αποτελέσματος. Αν η ζήτηση είναι ελαστική, ο ηθικός κίνδυνος (moral hazard) είναι μεγάλος για υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Η εφαρμογή ενός συστήματος πληρωμής νοσηλίων για την κάλυψη μέρους τους κόστους υγείας και για περιορισμό της υπερκατανάλωσης έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της κατανάλωσης κάτω του άριστου (υποκατανάλωση), η οποία είναι και κοινωνικά άδικη, διότι αυτή επηρεάζει περισσότερο τα φτωχότερα νοικοκυριά.

Γιατί τότε πολλοί υιοθετούν το μεικτό σύστημα; Ο λόγος είναι απλός. Αποδεδειγμένα, σε ένα μεικτό σύστημα πληρωμών, το συνολικό κόστος για το δημόσιο ταμείο μειώνεται. Και αυτό το συμπέρασμα είναι ανεξάρτητο της ύπαρξης ηθικού κινδύνου ή όχι. Ανεξάρτητα, δηλαδή, αν υπάρχει απάτη ή όχι. Αλλά έχει ενδιαφέρον να δούμε ποιοί είναι οι απατεώνες σε ένα σύστημα 100% κάλυψης της δαπάνης υγείας από έναν κοινό (δημόσιο) φορέα. Σίγουρα δεν είναι οι ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα ή τουλάχιστον δεν μπορεί να είναι χωρίς τη συμμετοχή κάποιων άλλων που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η πιο σημαντική κατηγορία αυτών είναι όσοι έχουν το δικαίωμα να παραγγέλλουν ιατρικές εξετάσεις, νοσοκομειακές εισαγωγές και φαρμακευτικές αγωγές. Με άλλα λόγια οι γιατροί. **Καμία απάτη στο χώρο της υγείας δεν μπορεί να γίνει χωρίς τους γιατρούς.**

Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι προκλητή ζήτηση λόγω της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση μεταξύ των καταναλωτών (ασθενών) και των παραγωγών (π.χ. γιατρών). Η ασυμμετρία αυτή είναι μεγαλύτερη όσο μικρότερο είναι το εισόδημα και ο πλούτος του ασθενούς. Εγείρονται δύο ερωτήματα. Το πρώτο ερώτημα αφορά γιατί ένας γιατρός, ανεξαρτήτου συστήματος, προτείνει σε έναν ασθενή την υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας; Η απάντηση είναι απλή. Έχει όφελος από αυτή την υπερκατανάλωση, νόμιμο ή παράνομο, δεν έχει καμία σημασία.

Το δεύτερο ερώτημα είναι γιατί ο γιατρός προτείνει υπερκατανάλωση υγείας περισσότερη σε ένα σύστημα 100% κάλυψης από ότι σε ένα σύστημα μερικής κάλυψης; Η απάντηση είναι πάλι απλή. Σε ένα σύστημα 100% κάλυψης δεν υπάρχει καμία αντίδραση από τον ασθενή, τουλάχιστον από τον φτωχό ασθενή. Σε ένα μεικτό σύστημα, ο ασθενής θα αντιδράσει και θα το σκεφθεί πιο προσεκτικά αν θα πρέπει να προβεί στην κατανάλωση διότι του στοιχίζει. Φυσικά, ακόμη και σε ένα σύστημα 100% κάλυψης, η υποβολή σε οποιαδήποτε ιατρική εξέταση, νοσηλεία και φαρμακευτική αγωγή δημιουργεί δυσαρέσκεια που όλοι οι ασθενείς επιθυμούν να αποφύγουν. Περισσότερο, όμως, οι πλούσιοι.

Ποιά είναι η λύση στο πρόβλημα; Η απάντηση πάλι είναι απλή αν και η εφαρμογή της μπορεί να είναι δύσκολη. Αυτό που καθιστά απάτη δεν είναι το συστηματικό λάθος των γιατρών για υποκατανάλωση, αλλά η συστηματική υπερκατανάλωση. Ο απατεώνας γιατρός είναι αυτός που συστηματικά προτείνει υπερκαταναλώσεις ιατρικών υπηρεσιών.

Υπάρχει σύστημα αποτελεσματικού ελέγχου; Η τεχνολογία σήμερα επιτρέπει τον πλήρη έλεγχο, ανά γιατρό, της προτεινόμενης υπερκατανάλωσης ιατρικών εξετάσεων, εισαγωγών και χειρουργείων, και φαρμακευτικών αγωγών. Επίσης, η τεχνολογία επιτρέπει και τον έλεγχο της απόκλισης ανά γιατρό της προτεινόμενης κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Και αυτό για τον «φόβο των Ιουδαίων», διότι μπορεί να υπάρχει από τον ίδιο γιατρό προτεινόμενη υπερκατανάλωση για έναν ασθενή και ταυτόχρονη υποκατανάλωση για έναν άλλον ασθενή. Με αυτό τον τρόπο δεν θα γίνει στόχος μέσου όρου (παραμένει σε αποδεκτά επίπεδα), αλλά χτυπάει το καμπανάκι της τυπικής απόκλισης της κατανάλωσης που γίνεται πολύ μεγάλη και έξω από τα αποδεκτά όρια.

Υπάρχει σύστημα αποδοτικού ελέγχου; Φυσικά και υπάρχει. Ένας-δύο υπάλληλοι και ένα καλό σύστημα πληροφοριακών συστημάτων θα διαπιστώσουν αμέσως τις ακραίες τιμές τόσο στην συνιστώμενη μέση κατανάλωση υπηρεσιών υγείας όσο και στη διακύμανση αυτών. Ένα τέτοιο σύστημα θα έχει και τις παράπλευρες ωφέλειες, διότι θα δημιουργήσει μία σημαντική έγκυρη και έγκαιρη βάση δεδομένων που μπορούν να αξιοποιηθούν από τον οποιοδήποτε τόσο για έρευνα όσο και για άσκηση κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας. Όσο για τους απατεώνες του συστήματος, αν υπάρχει πολιτική βούληση, τότε υπάρχει και τρόπος, τόσο της πρόληψης όσο και της καταστολής οικονομικών ατασθαλιών (βλέπε και την βιβλιοπαρουσίαση στο παρόν τεύχος). Αυτές οι απάτες στο χώρο της υγείας δεν είναι ελληνικό φαινόμενο. Είναι παγκόσμιο φαινόμενο.

Τέλος, από μόνο του ένα σύστημα δεν είναι καλό και κακό. Το κάθε σύστημα απαιτεί αποτελεσματική και αποδοτική διοίκηση. Στην περίπτωση της Ελλάδος και με δεδομένη τα προβλήματα αποτελεσματικής και αποδοτικής διοίκησης οποιοδήποτε σύστημα θα πρέπει να είναι εξαιρετικά απλό. Η απλοποίηση του συστήματος διασφαλίζεται σήμερα μόνο με την πλήρη εφαρμογή των νέων τεχνολογιών στη διαχείριση πληροφοριών που επιτρέπει τις άμεσες διασταυρώσεις. Ένα τέτοιο σύστημα πρέπει να βρίσκεται εκτός του συστήματος της δημόσιας διοίκησης. Όχι μόνο διότι η τελευταία δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην πρόκληση των νέων τεχνολογιών αλλά, κυρίως, διότι είναι μέρος του προβλήματος που αφορά την απάτη στο χώρο της υγείας.

Η νέα τεχνολογία σημαίνει διαφάνεια στην διάθεση των σπάνιων πόρων. Όλες οι γνωματεύσεις των γιατρών και οι προτεινόμενες θεραπείες θα γίνονται ηλεκτρονικά. Με ένα σύστημα αυτόματου και άμεσου ελέγχου θα γίνεται δειγματοληπτικός έλεγχος. Ο φόβος του τυχαίου και από οποιονδήποτε το επιθυμεί να κάνει έλεγχο, θα αποτελεί φόβητρο για συνειδητές υπερκαταναλώσεις του συστήματος. Είναι εύκολο, και αν γίνει, οι φτωχοί θα μπορούν να καταναλώνουν το αγαθό της υγείας με 100% δημόσια κάλυψη. Δεν χρησιμοποιείται ο όρος «δωρεάν», διότι δεν είναι δωρεάν. Την υγεία την έχουν πληρώσει τα εκατομμύρια ελλήνων φορολογούμενων και ασφαλισμένων. Απλώς, μερικοί νομίζουν ότι μπορούν να την κλέβουν επειδή είναι δημόσια. Δεν παύει, όμως, να είναι κλοπή και ως τέτοια πρέπει να τιμωρείται αυστηρά. Δυστυχώς, το σύστημα αντί να είναι αμείλικτο απέναντι στους απατεώνες του δημόσιου συστήματος υγείας, προτιμά να τιμωρήσει τους φτωχούς αναγκάζοντάς τους να πληρώνουν μέρος του κόστους υγείας τους από την τσέπη τους.

**Γρηγόρης Θ. Παπανίκος**

## Τρόφιμα με Θεραπευτικές Ιδιότητες και Εξοικονόμηση Κόστους Υγειονομικής Περίθαλψης: Η Περίπτωση Γάλακτος Εμπλουτισμένου με Συζευγμένο Λινελαϊκό Οξύ (ΣΛΟ)

Τζίλλ Ε. Χόμπς, Πανεπιστήμιο Σασκάτουα, Καναδάς  
Σταυρούλα Μαλλά, Πανεπιστήμιο του Λέδμπριτζ, Καναδάς  
Τομάζ Συμπρούκ, Πανεπιστήμιο του Λέδμπριτζ, Καναδάς

### Εισαγωγή

Μια στενή σχέση συνδέει την υγεία με την έρευνα στην αγροτική παραγωγή, καθώς η παρουσία και η σοβαρότητα πολλών σημαντικών νοσημάτων, όπως ο διαβήτης, οι καρδιοαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος επηρεάζονται από τη διατροφή. Στην αυξανόμενη κατανόηση της σχέσης μεταξύ διατροφής και υγείας και στις ιδιότητες των τροφίμων που σχετίζονται με την υγεία έχει στραφεί τα τελευταία χρόνια η προσοχή της βιομηχανίας τροφίμων, των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής και των καταναλωτών. Για τη βιομηχανία τροφίμων δυνητικά υπάρχουν ευκαιρίες διαφοροποίησης των προϊόντων, ενώ οι ρυθμιστικές αρχές αντιμετωπίζουν την πρόκληση διευθέτησης ζητημάτων υγείας και έχουν να λάβουν την απόφαση για το κατά πόσον και πώς να επέμβουν ρυθμιστικά στη διάθεση τροφίμων μη κατάλληλων για την υγεία. Σαν αποτέλεσμα του ενδιαφέροντος αυτού, η αγροτική έρευνα έχει ξεκινήσει να επικεντρώνεται στη βελτίωση των ιδιοτήτων των τροφίμων που αφορούν την υγεία, καθώς και των συστατικών τους, οδηγώντας στην ανάπτυξη των αποκαλούμενων τροφίμων με θεραπευτικές ιδιότητες και προϊόντων φυσικής υγείας<sup>1</sup>. Ποτέ στο παρελθόν, ωστόσο, δεν είχε υποστηριχθεί ότι συστατικά των τροφίμων μπορεί να αναστέλλουν νόσους, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου. Τρόφιμα με αυξημένα επίπεδα Συζευγμένου Λινελαϊκού Οξέος (Conjugated Linoleic Acid ή CLA, στο εξής ΣΛΟ) ελκύουν την προσοχή ως μια πολλά υποσχόμενη κατηγορία τροφίμων με θεραπευτικές ιδιότητες.

Στόχος αυτού του άρθρου είναι να αναδείξει τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από μια πολιτική για την Έρευνα και την Ανάπτυξη (E&A) όσον αφορά την παραγωγή πιο υγιεινών τροφίμων. Χρησιμοποιώντας το συγκεκριμένο παράδειγμα γάλακτος με υψηλά επίπεδα ΣΛΟ, το άρθρο αξιολογεί το δυνητικό μέγεθος οικονομικού οφέλους στην υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές παροχές (όπως υπολογίζονται από άμεση και έμμεση εξοικονόμηση στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, αντίστοιχα) που συσχετίζεται με την ανάπτυξη υγιεινών τροφίμων. Τέλος, το άρθρο αξιολογεί τα αποτελέσματα της πολιτικής ενδυνάμωσης E&A σε υγιεινά τρόφιμα. Το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες με δημόσια χρηματοδοτούμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι δυνητικές

---

<sup>1</sup> Η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία του Καναδά Health Canada ορίζει τα τρόφιμα με θεραπευτικές ιδιότητες ως εξής: «ένα τρόφιμο με θεραπευτικές ιδιότητες είναι ή μπορεί να είναι όμοιο στην εμφάνιση με ένα συμβατικό τρόφιμο, το οποίο καταναλώνεται ως μέρος μιας συνηθισμένης διατροφής, ενώ επιδεικνύει φυσιολογικά οφέλη ή/και μειώνει τον κίνδυνο χρόνιων νοσημάτων πέραν από τις βασικές του διατροφικές λειτουργίες» (Health Canada 1998: 3). Τα φυσικά σκευάσματα με θεραπευτικές ιδιότητες είναι απομονωμένες ή επεξεργασμένες θρεπτικές ουσίες που πωλούνται σε φαρμακευτική μορφή (σε μορφή χαπιού, ή ευρύτερα σε δόσεις) και έχουν επίδραση στην υγεία (Health Canada 1998: 3). Τα προϊόντα φυσικής υγείας αποτελούν μια ομάδα προϊόντων, η οποία περιλαμβάνει κυρίως σκευάσματα με θεραπευτικές ιδιότητες, αλλά επίσης μπορεί να είναι ομοιοπαθητικά και παραδοσιακά φάρμακα (Walji & Boon, 2008).

επιπτώσεις στο δημόσιο κόστος υγειονομικής περίθαλψης από την αυξημένη κατανάλωση πιο υγιεινών τροφίμων στη διατροφή των ατόμων έχει μεγάλη σημασία για τις πολιτικές αποφάσεις.

Το παρόν άρθρο εξετάζει την περίπτωση του γάλακτος με υψηλά ποσοστά ΣΛΟ, το οποίο θεωρείται ότι έχει αντι-καρκινικές ιδιότητες. Σύμφωνα με έρευνες, το ΣΛΟ έχει ένα ευρύ φάσμα δυνητικών ωφελειών για την υγεία. Έχει αναφερθεί ότι εμποδίζει την αρτηριοσκλήρυνση και την υπέρταση, ότι ενδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα, αλλά και ότι έχει ανασταλτικές ιδιότητες ως προς τον καρκίνο (Cook et al. 1993, Lee et al. 1994, Nicolosi et al. 1997, Houseknecht et al. 1998, Hayek et al. 1999, Dhiman 2000, Bhattacharya et al. 2006). Αν και η έρευνα με κλινικές δοκιμές είναι ίσως απαραίτητη για την επιβεβαίωση αυτών των ωφελειών, τα τρόφιμα με υψηλά επίπεδα ΣΛΟ μπορούν να θεωρηθούν «τρόφιμα με θεραπευτικές ιδιότητες» (Maynard & Franklin 2003, Fitzpatrick 2004, Peng et al. 2006).

### **Ζητήματα Οικονομίας και Υγείας όσον αφορά την Κατανάλωση ΣΛΟ**

Στην περίπτωση της αγοράς πιο υγιεινών τροφίμων, αποτυχία της αγοράς μπορεί δυνητικά να προέλθει από δύο αιτίες. Πρώτον, από αρνητικές εξωτερικές επιδράσεις που οφείλονται στο κόστος κακής υγείας, το οποίο δεν επιβαρύνει εξ ολοκλήρου το άτομο όταν υπάρχει δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας. Συνεπώς, τα άτομα μπορεί να επενδύουν λιγότερο σε υγιεινό τρόπο ζωής. Για παράδειγμα υπερκαταναλώνοντας ανθυγιεινά προϊόντα, (π.χ. τρόφιμα με υψηλά λιπαρά, τσιγάρα, οινοπνευματώδη ποτά), υποκαταναλώνοντας υγιεινά τρόφιμα (π.χ. γάλα πλούσιο σε ΣΛΟ) ή διατηρώντας μη βέλτιστη σωματική κατάσταση εξαιτίας ελλιπούς άσκησης.

Η δεύτερη αποτυχία της αγοράς προκύπτει από ασυμμετρία στην πληροφόρηση, όταν δηλαδή δεν υπάρχει αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με το όφελος για την υγεία που προκύπτει από τα τρόφιμα με θεραπευτικές ιδιότητες. Το δυνητικό όφελος για την υγεία από ένα τέτοιο τρόφιμο, όπως είναι το γάλα με υψηλά επίπεδα ΣΛΟ, είναι μια διαπίστωση η οποία δεν μπορεί να αναγνωριστεί από τους καταναλωτές χωρίς επισήμανση. Συνεπώς, οι καταναλωτές πιθανόν να υποκαταναλώνουν προϊόντα με οφέλη για την υγεία εάν δεν υπάρχει η διακριτική σήμανση. Η παροχή πληροφόρησης (με σήμανση) θα αύξανε λογικά την κατανάλωση ΣΛΟ και επομένως, θα μείωνε τον κίνδυνο καρκίνου και τελικά θα αύξανε την οικονομική ευημερία. Δεδομένου ότι μεγάλο μέρος του κόστους της κακής υγείας δεν καλύπτεται πλήρως από τα άτομα, αλλά από τρίτους, η σήμανση θα επηρέαζε τα πρότυπα κατανάλωσης, αλλά δεν θα οδηγούσε σε κοινωνικά βέλτιστα επίπεδα κατανάλωσης. Αυτές οι δύο αποτυχίες της αγοράς αποδυναμώνουν το κίνητρο της αγοράς να παρέχει υγιεινά τρόφιμα, ενώ δημιουργούν ένα επιχείρημα υπέρ δημόσιας χρηματοδοτούμενης Ε&Α σε πιο υγιεινά τρόφιμα ώστε να μειωθεί το μέγεθος των εξωτερικών αρνητικών επιδράσεων.

Ένας αριθμός μελετών έχει εξετάσει την περιεκτικότητα των λιπαρών γάλακτος σε ΣΛΟ, ενώ άλλες εργαστηριακές μελέτες, οι οποίες μέχρι τώρα είναι ελάχιστες, έχουν εξετάσει την επίδραση του ΣΛΟ στον καρκίνο σε ανθρώπινα κύτταρα (Kerler et al. 1966, Belury et al. 1996, Griinari et al. 2000, Dhiman 2000, Gnadig et al. 2001, Huth et al. 2006, Bhattacharya et al. 2006).<sup>2</sup> Οι αντικαρκινικές ιδιότητες του ΣΛΟ έχουν ελέγξει σε διάφορες ανεξάρτητες μελέτες (Lee et al. 2005, Bhattacharya et al. 2006, Medterms Medical Dictionary 2006) με αποτέλεσμα να υποστηρίζεται τώρα ότι

---

<sup>2</sup> Για μια λίστα με αναφορές και βιβλιογραφία όσον αφορά το ΣΛΟ βλ.: <http://fri.wisc.edu/clarefs.htm#Synthesis>.

το ΣΛΟ έχει ανασταλτικές ιδιότητες σε κάθε στάδιο καρκινογένεσης (Lee et al. 2005). Παρά τις ασυνέπειες στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, ένας αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι ήδη υπάρχουν αρκετά διαθέσιμα στοιχεία που δείχνουν ότι το ΣΛΟ αναστέλλει τον χημικώς προκληθέντα καρκίνο στο δέρμα, στο παχύ έντερο, στο μαστό και στον προστόμαχο (Lee et al. 2005, Huth et al. 2006, Kuniyasu et al. 2006). Με βάση τα μέχρι τώρα διαθέσιμα στοιχεία κατά την Εθνική Ακαδημία Επιστημών των ΗΠΑ (National Academy of Sciences) «Το ΣΛΟ είναι το μόνο λιπαρό οξύ που έχει αποδειχτεί αναμφισβήτητα να αναστέλλει την καρκινογένεση σε πειραματόζωα» (Huth et al. 2006: 1218). Αποτελέσματα κλινικής έρευνας συμβαδίζουν επίσης με αυτά τα ευρήματα (Bougnoux et al. 1999, Kuniyasu et al. 2006).

Από αναφορές σε προηγούμενες έρευνες (Ha et al. 1990, Ip et al. 1994, Gnadig et al. 2001, Maynard & Franklin, 2003) προκύπτει ότι διάφορες μορφές καρκίνου αναστάθηκαν σε πειραματόζωα λαμβάνοντας μια δόση ΣΛΟ, που ισοδυναμεί με περίπου 3,5 γραμμαρίων δόσης ΣΛΟ σε ανθρώπους. Σχετικά μικρά ποσά ΣΛΟ ισοδύναμα με 0,1% του βάρους της δίαιτας, έχουν αποδειχθεί ότι παράγουν οφέλη για την υγεία (Ip et al. 1994, Huth et al. 2006). Το ΣΛΟ παράγεται με φυσικό τρόπο σε προστόμαχο μηρυκαστικών ζώων και βρίσκεται στο κρέας και το γάλα τους (Dhiman 2000, Bell & Kennelly 2001). Η ποσότητα ΣΛΟ που βρίσκεται στο πλήρες γάλα κυμαίνεται από 2,5 έως 18 mg ανά γραμμάριο λίπους και κατά μέσο όρο κυμαίνεται μεταξύ 4,5 και 5,5 mg ανά γραμμάριο λίπους (Jiang et al. 1996, Dhiman 2000, Bell & Kennelly 2001). Η περιεκτικότητα σε ΣΛΟ μπορεί εύκολα να αυξηθεί στο δεκαπλάσιο με προσθήκη ψαριών ή φυτικών ελαίων στην τροφή των βοοειδών (Dhiman 2000, Bell & Kennelly 2001). Εναλλακτικά, η φυσική βόσκηση, σε αντίθεση με τη διατροφή σιτηρών έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα (Dhiman 2000, Khanal et al. 2005). Συνεπώς, μια ελαφρά μεταβολή της διατροφής των βοοειδών, μαζί με ενθάρρυνση μέτριας κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων πλούσιων σε ΣΛΟ θα ήταν αρκετά για να προκύψουν τα οφέλη υγείας που εξετάζονται στο άρθρο αυτό.

Ο καρκίνος είναι μια σημαντική αιτία ασθένειας και πρώιμου θανάτου στον Καναδά. Η Καναδική Κοινότητα Καρκίνου υπολογίζει ότι το 2009 θα διαγνωστούν 171.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου στη χώρα, ενώ θα προκύψουν 75.300 θάνατοι από καρκίνο (Canadian Cancer Society 2009). Με βάση τους τρέχοντες ρυθμούς θνησιμότητας, αναμένεται ότι ένας στους τέσσερις Καναδούς θα χάσει τη ζωή του από καρκίνο (Canadian Cancer Society 2009). Μια αξιολόγηση των δυνητικών ωφελειών γαλακτοκομικών προϊόντων εμπλουτισμένων με ΣΛΟ είναι συνεπώς επίκαιρη.

### **Εκτίμηση Δυνητικού Οικονομικού Οφέλους**

Το άρθρο αυτό χρησιμοποιεί μια παραλλαγή της ανάλυσης Κόστους Ασθένειας (ΚΑ) για να εκτιμήσει τη δυνητική επίδραση μιας αλλαγής που προκαλείται από την υψηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών εμπλουτισμένων με ΣΛΟ στο κόστος καρκίνου του μαστού, του παχέους εντέρου, του μελανώματος και του καρκίνου του στομάχου στον Καναδά. Η απλούστερη μορφή της ανάλυσης ΚΑ είναι να υποθέσουμε ότι μια μείωση 1% στην ασθένεια μακροχρόνια θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση στο κόστος της ασθένειας κατά 1%.

Το πρώτο βήμα στην ανάλυση περιλαμβάνει την εκτίμηση του συνολικού κόστους (άμεσου και έμμεσου) των τεσσάρων τύπων καρκίνου (μαστού, παχέος εντέρου, μελανώματος και στομάχου) η οποία βασίζεται σε δεδομένα που αντλήθηκαν από την Έκθεση για την Οικονομική Επιβάρυνση των Ασθενειών (Economic Burden of Illness, Health Canada 2000). Εκτιμήσεις για την αποτελεσματικότητα του ΣΛΟ στη μείωση των επιπτώσεων του καρκίνου αντλούνται

από μια περιεκτική επισκόπηση της επιστημονικής ιατρικής/διατροφικής βιβλιογραφίας. Με βάση δεδομένες υποθέσεις για την κατανάλωση γάλακτος εμπλουτισμένου με ΣΛΟ από καταναλωτές, οδηγούμαστε στην εκτίμηση της δυνητικά καθαρής επίδρασης στο κόστος υγειονομικής φροντίδας από αυξημένη κατανάλωση γάλακτος εμπλουτισμένου με ΣΛΟ. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση ευαισθησίας εξετάζονται αρκετά διαφορετικά σενάρια επίδρασης στο υγειονομικό κόστος γύρω από υποθέσεις κλειδιά όσον αφορά τις αλλαγές στην κατανάλωση, τις επιδράσεις του ΣΛΟ στην περίπτωση των τεσσάρων μορφών καρκίνου και τη σχέση μεταξύ μείωσης ασθένειας και υγειονομικού κόστους. Συνεπώς, η ανάλυσή μας συνίσταται στα ακόλουθα βήματα (Ανάλυση Κόστους Ασθένειας):

**Βήμα 1:** Εκτίμηση του κόστους των τεσσάρων τύπων καρκίνου

**Βήμα 2:** Ανάπτυξη σεναρίων για την επίδραση της κατανάλωσης γάλακτος εμπλουτισμένου με ΣΛΟ σε κάθε τύπο καρκίνου

**Βήμα 3:** Εκτίμηση του εύρους της δυνητικής εξοικονόμησης στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης

**Βήμα 1:** *Εκτίμηση του Κόστους των Τεσσάρων Τύπων Καρκίνων (Μαστού, Παχέος Εντέρου, Μελανώματος και Στομάχου)*

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες αύξησης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (άμεσα ιατρικά έξοδα και έμμεσα έξοδα με τη μορφή απωλεσθείσας παραγωγικότητας) και είναι η βασική αιτία θανάτου στον Καναδά. Σύμφωνα με τη Στατιστική Αρχή του Καναδά, το 27,2% των θανάτων το 2005 στη χώρα οφείλονταν σε καρκίνο. Το 2006 υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο 153.100 Καναδοί διαγνώστηκαν με καρκίνο και 70.400 απεβίωσαν εξαιτίας της νόσου (Canadian Cancer Society 2006). Το 1998 τα έξοδα θεραπείας του καρκίνου ανήλθαν σε 14,2 δισεκατομμύρια δολάρια και είχαν την τρίτη μεγαλύτερη συμβολή στο συνολικό κόστος των ασθενειών στον Καναδά (Health Canada 2002).

Στην παρούσα μελέτη εφαρμόζεται αυτού του τύπου η ανάλυση διότι τα δεδομένα για το άμεσο και το έμμεσο κόστος που προκύπτουν από συγκεκριμένους τύπους καρκίνου δεν είναι διαθέσιμα. Επομένως, ακολουθούνται δύο βήματα. Πρώτον, το συνολικό κόστος καρκίνου το 1998 (14,2 δισεκατομμύρια δολάρια) διαιρείται με τις συνολικές περιπτώσεις καρκίνου το 1998 (128.906 περιπτώσεις) (Statistics Canada 2008) και δίνει μια εκτίμηση του μέσου κόστους ανά περίπτωση καρκίνου, το οποίο στη συνέχεια μετασχηματίζεται σε δολάρια έτους βάσης 2007 (\$172.509). Δεύτερον, το μέσο κόστος (\$172.509) πολλαπλασιάζεται με τις νέες περιπτώσεις των τεσσάρων συγκεκριμένων τύπων καρκίνου το 2009 για να εκτιμηθεί το συνολικό κόστος ανά τύπο καρκίνου (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1. Εκτιμηθέν Ετήσιο Κόστος Θεραπείας διαφορετικών Τύπων Καρκίνου**

Τύπος Καρκίνου	Περιπτώσεις	Μέσο κόστος θεραπείας καρκίνου	Συνολικό Κόστος (εκατομμύρια \$)
Μαστός	22.900	172.509 \$	<b>3.950 \$</b>
Παχύ έντερο	22.000	172.509 \$	<b>3.795 \$</b>
Μελάνωμα	5.000	172.509 \$	<b>863 \$</b>
Στομάχι	2.900	172.509 \$	<b>500 \$</b>

Πηγή: Εκτιμήσεις συγγραφέων με βάση στοιχεία της Καναδικής Κοινότητας Καρκίνου (Canadian Cancer Society 2009).

## **Βήμα 2: Ανάπτυξη Σεναρίων για την Επίδραση της Κατανάλωσης Γάλακτος Εμπλουτισμένου με ΣΛΟ σε Κάθε Τύπο Καρκίνου**

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση ευαισθησίας, εξετάζονται διαφορετικά σενάρια για τα αποτελέσματα που έχουν στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης: οι επιδράσεις του ΣΛΟ στην εμφάνιση των τεσσάρων τύπων καρκίνου στον Καναδά, οι αλλαγές στην κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και η σχέση μεταξύ μείωσης των ασθενειών και κόστους περίθαλψης (Πίνακας 2). Συγκεκριμένα, αναπτύσσονται τρία σενάρια: ένα που λειτουργεί ως μέτρο σύγκρισης, ένα σενάριο χαμηλών και ένα υψηλών αποτελεσμάτων.

Στο σενάριο που λειτουργεί ως μέτρο σύγκρισης γίνεται η υπόθεση ότι η αυξημένη δόση ΣΛΟ έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης των τεσσάρων τύπων καρκίνου κατά 30%. Επίσης, υποτίθεται ότι το 30% των Καναδών θα επιλέξουν γαλακτοκομικά προϊόντα εμπλουτισμένα με ΣΛΟ. Τέλος, η απλούστερη μορφή της ανάλυσης ΚΑ εφαρμόζεται και στα σενάρια υψηλών και χαμηλών αποτελεσμάτων, κάνοντας την υπόθεση ότι μια μείωση στην εμφάνιση της νόσου μακροχρόνια κατά 1% θα επιφέρει 1% μείωση στο ΚΑ.

### **Πίνακας 2. Σενάρια**

Υποθέσεις	Σενάρια	Βάση σύγκρισης	Υψηλά αποτελέσματα	Χαμηλά αποτελέσματα
Μείωση στην εμφάνιση του καρκίνου από την κατανάλωση γάλακτος εμπλουτισμένου με ΣΛΟ		30%	50%	15%
Ποσοστό Καναδών που καταναλώνουν γάλα εμπλουτισμένο με ΣΛΟ		30%	50%	15%
Ποσοστό μείωσης εμφάνισης καρκίνου ως προς τη μείωση στο κόστος περίθαλψης		1,0/1,0	1,0/1,0	1,0/0,5

Πηγή: Εκτιμήσεις συγγραφέων.

## **Βήμα 3: Εκτίμηση του Εύρους Δυνητικής Εξοικονόμησης στο Κόστος Υγειονομικής Περίθαλψης**

Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού (Πίνακας 3), η δυνητική εξοικονόμηση κυμαίνεται από 44 έως 988 εκατομμύρια δολάρια ετησίως. Το πρώτο ποσό αντικατοπτρίζει μια υπόθεση αποτελεσματικότητας της τάξης του 15% στην αναστολή καρκίνου (υποθέτοντας επίσης ότι 1% μείωση στην εμφάνιση καρκίνου θα επιφέρει μόνο ένα 0,5% μείωση στο ΚΑ) με μια αλλαγή κατανάλωσης από απλά γαλακτοκομικά προϊόντα (σενάριο χαμηλών αποτελεσμάτων) σε γαλακτοκομικά προϊόντα εμπλουτισμένα με ΣΛΟ κατά 15%. Αντίθετα, αν το ΣΛΟ αναστέλλει καρκινογένεση για τους συγκεκριμένους τύπους καρκίνου κατά 50% (υποθέτοντας επίσης ότι 1% μείωση στην εμφάνιση καρκίνου θα επιφέρει μια μείωση στο ΚΑ της τάξης του 1,0%) με το 50% των Καναδών που καταναλώνουν τη δεδομένη στιγμή γαλακτοκομικά προϊόντα να επιλέγουν προϊόντα πλούσια σε ΣΛΟ, η αντίστοιχη εξοικονόμηση σε άμεσο και έμμεσο κόστος υπολογίζεται σε 988 εκατομμύρια δολάρια ετησίως.

**Πίνακας 3. Παράδειγμα: Καρκίνος του Μαστού**

Σενάριο	Βάση σύγκρισης	Υψηλά αποτελέσματα	Χαμηλά αποτελέσματα
Εκτιμηθέν κόστος του καρκίνου του μαστού (εκατ. \$)	\$3.950	\$3.950	\$3.950
Υποθετική μείωση περιπτώσεων καρκίνου	30%	50%	15%
Υποθετική αναλογία περιπτώσεων καρκίνου ως προς το κόστος	1,0	1,0	0,5
Εκτιμηθείσες μέγιστες οικονομίες υγειονομικής περίθαλψης (εκατ. \$)	\$1.185	\$1.975	\$296
Υποθετικό ποσοστό % Καναδών που επιλέγουν γαλακτοκομικά πλούσια σε ΣΛΟ	30%	50%	15%
Συνολικές ετήσιες οικονομίες για τον καρκίνο του μαστού (εκατ. \$)	\$355	\$988	\$44

Πηγή: Εκτιμήσεις συγγραφέων.

### Αποτελέσματα και Συζήτηση

Τα πρώτα αποτελέσματα δείχνουν ότι το εύρος της δυνητικής οικονομίας στο κόστος φροντίδας υγείας από αυξημένη κατανάλωση προϊόντων εμπλουτισμένων με ΣΛΟ στον Καναδά κυμαίνεται μεταξύ 103 και 2.278 εκατομμυρίων δολαρίων ετησίως για το σύνολο των τεσσάρων τύπων καρκίνων που μελετήθηκαν (Πίνακας 4). Η οικονομία ανά κιλό γαλακτοκομικών προϊόντων εμπλουτισμένων με ΣΛΟ κυμαίνεται από 1,22 έως 8,12 δολάρια. Ακόμα και σενάρια που βασίζονται σε πολύ συντηρητικές υποθέσεις υποδεικνύουν ότι η εξοικονόμηση κόστους θα μπορούσε να είναι ουσιαστική.

**Πίνακας 4. Δυνητικές Οικονομίες Ετήσιου Κόστους (σε εκατομμύρια δολάρια)**

	Καρκίνος του Μαστού	Καρκίνος του Παχέος Εντέρου	Μελάνωμα	Καρκίνος του Στομάχου	Σύνολο
<b>Βάση σύγκρισης</b>	\$355	\$342	\$78	\$45	<b>\$820</b>
<b>Υψηλά αποτελέσματα</b>	\$988	\$949	\$216	\$125	<b>\$2,278</b>
<b>Χαμηλά αποτελέσματα</b>	\$44	\$43	\$10	\$6	<b>\$103</b>

Πηγή: Εκτιμήσεις συγγραφέων.

Αυτό το άρθρο βασίστηκε στην περίπτωση των γαλακτοκομικών προϊόντων εμπλουτισμένων με ΣΛΟ για να δείξει το δυνητικό όφελος για την υγεία, δηλαδή το οικονομικό όφελος όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη και τα κοινωνικά οφέλη από καινοτομίες στα τρόφιμα και την παραγωγή πιο υγιεινών τροφίμων. Πιστεύουμε πως δείξαμε ότι υπάρχουν σημαντικότερα δυνητικά οφέλη από εξοικονόμηση στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης υπό ένα εύρος υποθέσεων. Καθώς ο πληθυσμός γηράσκει και έχει ολοένα και αυξανόμενη καθιστική ζωή, το αυξανόμενο βάρος του κόστους περίθαλψης παραμένει καίριο ζήτημα πολιτικής σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες με δημόσια χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας. Τα δυνητικά οφέλη για τη δημόσια υγεία που προκύπτουν από την αυξημένη κατανάλωση πιο υγιεινών τροφίμων θα πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο κάθε σχετικής πολιτικής.

Σύμφωνα με όσα προέκυψαν στο άρθρο αυτό, η παραγωγή και η κατανάλωση πιο υγιεινών τροφίμων θα έχει πολλαπλά κοινωνικά οφέλη. Επομένως, η κάθε πολιτεία θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην έρευνα και την παραγωγή τέτοιων τροφίμων.

## Βιβλιογραφία

- Bell, J.A. & J.J. Kennelly (2001). Conjugated Linoleic Acid enriched milk: designer milk with potential. *Advances in Dairy Technology: Striving for Sustainability* 13:213-228.
- Belury, M.A., K.P. Nickel, C.A. Bird, & Y.M. Wu (1996). Dietary Conjugated Linoleic Acid modulation of phorbol ester skin tumor promotion. *Nutrition and Cancer* 26(2): 149-157.
- Bhattacharya A., J. Banu, M. Rahman, J. Causey, & G. Fernandes (2006). Biological effects of Conjugated Linoleic Acids in health and disease. *Journal of Nutritional Biochemistry* 17(12): 789-810.
- Bougnoux P.F., F. Lavillonniere, E. Riboli, V. Chajes, J. Martin, & C. Lhuillery (1999). Inverse relationship between CLA in adipose breast tissue and risk of breast cancer: a case-control study in France. *American Oil Chemists Society Annual meeting Abst., Health and Nutrition Section-3*, S 43.
- Canadian Cancer Society (2009). *Canadian Cancer Statistics 2009*. Canadian Cancer Society Steering Committee, Toronto, 124pp. <http://www.cancer.ca>. (Accessed June 25 2009)
- Cook, M.E., C.C. Miller, Y. Park, and M.W. Pariza. 1993. Immune modulation by altered nutrient metabolism: nutritional control of immune-induced growth depression. *Poultry Science* 72: 1301-1305.
- Dhiman, T.R. (2000). Conjugated Linoleic Acid: A Food for Cancer Prevention, <http://www.usu.edu/trdhiman/IMNC/imnc2000/ConjugatedLinoleicAcid.pdf>, Accessed November 2006.
- Fitzpatrick, C.K. (2004). Regulatory issues related to functional foods and natural health products in Canada: possible implications for manufacturers of Conjugated Linoleic Acid. *American Journal of Clinical Nutrition* 79 (6) (supplement): 1217S-1220S, June 2004.
- Gnadig, S., R. Rickert, J.L. Sebedio, & H. Steinhart (2001). Conjugated Linoleic Acid (CLA) physiological effects and production. *European Journal of Lipid Science and Technology* 103: 56-61.
- Griinari, J. M., B. Cori, S. Lacy, P. Chouinard, K. Nurmela, & D.E. Bauman (2000). Conjugated Linoleic Acid is synthesized endogenously in lactating dairy cows by  $\Delta(9)$ -Desaturase. *Journal of Nutrition* 130(9): 2285-2291.
- Ha, Y.L., J. Storkson, & M.W. Pariza (1990). Inhibition of benzopyrene- induced mouse forestomach neoplasia by Conjugated Dienoic Derivatives of Linoleic Acid. *Cancer Research* 50: 1097-1101.
- Hayek, M.G., S.N. Han, D.Y. Wu, B.A. Watkins, M. Meydani, J.L. Dorsey, D.E. Smith, & S.N. Meydani (1999). Dietary Conjugated Linoleic Acid influences the immune response of young and old C57BL/6NCrIBR mice. *Journal of Nutrition* 129:32-38.
- Health Canada (1998) (updated 2006). Policy Paper – Nutraceuticals/Functional Food and Health Claims on Foods [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/nutra-funct\\_foods-nutra-fonct\\_aliment-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/claims-reclam/nutra-funct_foods-nutra-fonct_aliment-eng.php) Accessed July 2006.
- Health Canada (2002). Economic Burden of Illness in Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc98/pdf/ebic1998.pdf>, Accessed March 2006.
- Houseknecht, K.L., J.P. Vanden Heuvel, S.Y. Moya-Camarena, C.P. Portocarrero, L.W. Peck, K.P. Nickle, & M.A. Belury (1998). Dietary Conjugated Linoleic Acid normalizes impaired glucose tolerance in the Zucker diabetic fatty fa/fa ra. *Biochemical and Biophysical Research Communications* 244:678.
- Huth, P.J., D.B. DiRienzo, & G.D. Miller (2006). Major scientific advances with dairy foods in nutrition and health. *Journal of Dairy Science* 89: 1207-1221.
- Ip C.S., J.A. Simeca, & H.J. Thompson (1994). Conjugated Linoleic Acid: a powerful anticarcinogen from animal fat sources. *Cancer* 74: 1050-1054.
- Jiang J., L. Bjoerck, R. Fonden, & M. Emanuelson (1996). Occurrence of Conjugated Cis-9 Trans-11-Octadecadienoic acid in bovine milk: effects of feed and dietary regime. *Journal of Dairy Science* 79(3): 438-445.
- Kepler, C.R., K.P. Hiron, J.J. McNeill, & S.B. Tove (1966). Intermediates and products of the biohydrogenation of Linoleic Acid by *Butyrivibrio Fibrisolvens*. *Journal of Biological Chemistry* 241:1350-1354.
- Khanal, R. C. & K.C. Olson (2004). Factors Affecting Conjugated Linoleic Acid (CLA) content in milk, meat and egg: a review. *Pakistan Journal of Nutrition* 3 (2): 82-98.
- Kuniyasu, H., K. Yoshida, T. Sasaki, T. Sasahira, K. Fujii, & H. Ohmori (2006). Conjugated Linoleic Acid inhibits peritoneal metastasis in human gastrointestinal cancer cells. *International Journal of Cancer* 118(3): 571-576.

- Lee K.N., D. Kritchevsky, & M. Pariza (1994). Conjugated Linoleic Acid and atherosclerosis in rabbit. *Atherosclerosis* 108(1): 19-25.
- Lee, W.L., H. J. Lee, H.Y. Cho, & Y. J. Kim (2005). Role of the Conjugated Linoleic Acid in the prevention of cancer. *Critical Reviews in Science and Nutrition* 45:135-144.
- Maynard L. J. & S. T. Franklin (2003). Functional foods as a value-added strategy: the commercial potential of "cancer fighting" dairy products. *Review of Agricultural Economics*. 25(2): 316-331.
- Medterms Medical Dictionary, [www.medicinenet.com](http://www.medicinenet.com), accessed November (2006).
- Nicolosi, R.J., E.J. Rogers, D. Kritchevsky, A. Scimeca, & P.J. Huth (1997). Dietary Conjugated Linoleic Acid reduces Plasma Lipoproteins and early aortic atherosclerosis in hypercholesterolemic hamsters. *Artery* 22: 266-277.
- Peng, Y., G.E. West, & C. Wang (2006). Consumer attitudes and acceptance of CLA-enriched dairy products. *Canadian Journal of Agricultural Economics* 54:663-684.
- Statistics Canada. Table 103-0553 - New Cases for ICD-O-3 Primary Sites of Cancer (based on the June 2007 CCR tabulation file), by Sex, Canada, Provinces and Territories, Annual, CANSIM (database) ([http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CANSIMFile=CII\CII\\_1\\_E.htm&RootDir=CII](http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CANSIMFile=CII\CII_1_E.htm&RootDir=CII). Accessed: June 10, 2008.)
- Walji, R. & H. Boon (2008). Natural health products regulations: perceptions and impacts. *Food Science and Technology* 19: 494-497.

## Προσδιορισμός των Επιπέδων Εργασιακής Ικανοποίησης των Μαιών και των Νοσηλευτριών

Αμπίντ Ακνσουγκούρ, ΖΤΒ Νοσοκομείο Άγκυρας, Τουρκία

Ντιλέκ Ασλάν, Πανεπιστήμιο Χασετέπε, Τουρκία

Μπαϊράμ Γοκτάς, Πανεπιστήμιο Άγκυρας, Τουρκία

Νουράι Ερντογάν, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Μπασκέντ, Τουρκία

Ι.Η. Τσανκούλ, Κέντρο Ειδικής Φροντίδας Στρατιωτικών Δυνάμεων, Τουρκία

Μ. Μαχίρ Ουλγκού, Υπουργείο Υγείας, Τουρκία

### Εισαγωγή

Η εργασία αποτελεί σημαντικό μέρος της ζωής ενός ανθρώπου. Οι άνθρωποι «ξοδεύουν» τις περισσότερες ώρες, όταν δεν κοιμούνται, στην δουλειά τους. Διαχρονικά, η ικανοποίηση από την εργασία (job satisfaction) είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος για όλους τους οργανισμούς και τους εργαζόμενους (Ataklı et al. 2003).

Οι μελέτες για την εργασιακή ικανοποίηση εντάθηκαν κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα. Αυτή τη χρονική περίοδο, οι κοινωνικοί επιστήμονες διεξήγαγαν αρκετές έρευνες σχετικά με τη συμπεριφορά των εργαζομένων προκειμένου να προσδιορίσουν το σκοπό της εργασιακής ικανοποίησης. Η σημερινή φιλοσοφία της διοίκησης των επιχειρήσεων θέτει ως υποχρέωσή της να κάνει την απασχόληση των εργαζομένων όσο το δυνατόν πιο αποδοτική μέσω της εργασιακής τους ικανοποίησης. Το στυλ διοίκησης από την πλευρά του οργανισμού/επιχείρησης είναι πολύ σημαντικό για τη συμπεριφορά του εργαζόμενου. Η απόψη των εργαζομένων για την εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί σημαντικό στοιχείο από την πλευρά της διοίκησης της επιχείρησης. Οι άνθρωποι/εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους ή πιστοί στους οργανισμούς που απασχολούνται ίσως να μην είναι παραγωγικοί, αποδοτικοί, αποτελεσματικοί, ενώ δεν καταβάλουν τη μέγιστη προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων. Αυτοί οι άνθρωποι ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά όχι μόνο την πορεία του ίδιου του οργανισμού/επιχείρησης, αλλά και τους συναδέλφους τους μέσα στον οργανισμό (Arat 2006, Guney 2007).

Λόγω του ότι οι επαγγελματίες της υγείας έχουν υψηλά ποσοστά άγχους και η φύση της δουλειάς τους είναι πολύ απαιτητική αποτελούν μια μεγάλη κατηγορία εργαζομένων που η εξασφάλιση υψηλών επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης είναι πολύ σημαντική για αυτούς. Όταν από τις έρευνες προκύπτει ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει τόσο την ψυχολογία κάποιου ανθρώπου όσο και τη λειτουργία/απόδοσή του τότε θεωρείται απαραίτητο να εξεταστεί και να αναλυθεί το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας (Ataklı et al. 2003).

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι σημαντική τόσο σε επίπεδο εργαζομένου όσο και σε επίπεδο οργανισμού/επιχείρησης. Από την πλευρά των εργαζομένων, η εργασία καλύπτει ένα σημαντικό μέρος της ζωής ενός ατόμου. Δεδομένου ότι οι άνθρωποι περνάνε το 1/3 του ημερήσιου χρόνου της στην εργασία αυτό σημαίνει ότι αναμένουν ότι θα καλύπτουν σε έναν ικανοποιητικό βαθμό τις φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες μέσα από το εργασιακό περιβάλλον. Συνεπώς, η εργασία επηρεάζει τη γενικότερη ικανοποίηση των ανθρώπων από τη ζωή, την φυσική και ψυχική υγεία (Ozaltın 1997). Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας μένουν στην εργασία τους αρκετές ώρες της ημέρας. Από αυτή την άποψη, οι εργαζόμενοι που εκπληρώνουν τις προσδοκίες τους μέσα από την εργασία τους, ικανοποιώντας

όχι μόνο τις οικονομικές τους απαιτήσεις, αλλά και τις ψυχικές/ψυχολογικές τους ισορροπίες είναι πιο ευτυχημένοι, ως προσωπικότητες. Συνεπώς, η εργασιακή ικανοποίηση παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη ζωή σε ότι αφορά τόσο την οικονομική όσο και την ψυχολογική πλευρά (Bakan & Buyukbese 2004). Αν και υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την έννοια της εργασιακής ικανοποίησης, μια κοινή διαπίστωση όλων αυτών είναι να υπάρξει μια έννοια που θα προσεγγίζει το θέμα με έναν πολυπαραγοντικό τρόπο (Bas & Ardic 2002). Μερικές περιγραφές της έννοιας της εργασιακής ικανοποίησης που γενικά εκφράζουν τη στάση και τη συμπεριφορά των εργαζομένων απέναντι στην εργασία τους είναι «η συμφωνία των προσδοκιών των εργαζομένων και των ανταμοιβών από την εργασία τους και την επιχείρησή τους» (Mumford 1991), «τα ευχάριστα ή θετικά συναισθήματα που κάποιος άνθρωπος απολαμβάνει αξιολογώντας την εργασία του» (Davis 1988) και «μια συναισθηματική απόκριση που αναπτύσσεται από την αλληλεπίδραση του επιχειρηματικού κεφαλαίου του εργαζομένου και των κερδών» (Oshagbami 2000). Η θετική ανταπόκριση της εργασιακής ικανοποίησης του εργαζομένου φαίνεται με διάφορους τρόπους, όπως θετική ενέργεια για τη δουλειά, ανάληψη υλοποίησης νέων στόχων που τίθενται από τη διοίκηση, προσπάθεια αυτο-βελτίωσης και υπέρβαση καλού κλίματος επικοινωνίας. Σε αντίθετη περίπτωση, ο μη ικανοποιημένος εργαζόμενος ενδέχεται να αντιδράσει με τους εξής τρόπους: μη εκπλήρωση επιχειρησιακών στόχων/επιδιώξεων, παραίτηση από την εργασία, άσκηση φυσικής βίας, δημιουργία παραπόνων, συνεχής άσκηση κριτικής και συνεχείς απουσίες με ή χωρίς λόγο (Cankul et al. 2007, Tutuncu 2000).

Κάθε χρόνο, χιλιάδες επαγγελματίες της υγείας είναι πολύ κοντά στα όρια της εργασιακής δυσαρέσκειας λόγω των πολλών προβλημάτων στον εργασιακό τους χώρο. Τα φαινόμενα εργασιακής δυσαρέσκειας και οι λόγοι/αιτίες που τα προκαλούν θα έπρεπε να ελαχιστοποιηθούν ώστε να βελτιωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας που «παράγονται» από μη ικανοποιημένους επαγγελματίες υγείας ίσως να οφείλονται και σ' αυτό το λόγο, την εργασιακή δυσαρέσκεια. Η περαιτέρω αύξηση του αριθμού των μελετών για την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτριών και των μαιών θα μπορούσε να μας βοηθήσει στο μέλλον (Erdem et al. 2008).

Ο σκοπός της σύγχρονης διοικητικής επιστήμης είναι η αύξηση της παραγωγικότητας μέσω διοικητικών διαδικασιών. Σύμφωνα με μελέτες, για να κάνει μια επιχείρηση τους εργαζομένους της να είναι παραγωγικοί και χαρούμενοι με την εργασία τους πρέπει πρώτα να εξασφαλίσει ότι είναι ικανοποιημένοι με το αντικείμενο της δουλειάς τους. Στην προσωπική ζωή ενός ατόμου, η εργασιακή ικανοποίηση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο και επηρεάζει τη ζωή του με ποικίλους τρόπους. Μερικά παραδείγματα είναι ότι η εργασιακή ικανοποίηση ενός ατόμου επηρεάζει και τον βαθμό ικανοποίησής του από την ίδια τη ζωή, την απόφασή του να συνεχίζει να εργάζεται, το βαθμό αφοσίωσής του στην εργασία, ενώ η απουσία της προκαλεί χαλαρότητα στα ήθη και στις συμπεριφορές των ανθρώπων και δημιουργεί μια «άρρωστη» κοινωνία (Gurbuz et al. 2000).

Η επιτυχία ενός οργανισμού/επιχείρησης συνδέεται στενά με την παραγωγικότητα των εργαζομένων, καθώς και με το βαθμό ικανοποίησής τους από την εργασία. Προκειμένου να δημιουργήσει έναν αποδοτικό οργανισμό/επιχείρηση, η διοίκησή του θα πρέπει να κάνει ελκυστικότερη την εργασία για τους εργαζόμενους, να δώσει κίνητρα στους εργαζόμενους ώστε να δουλεύουν περισσότερο και να εκτελούν με τον ιδανικότερο τρόπο τα καθήκοντά τους. Ωστόσο, για να μπορέσει να λειτουργεί και στο μέλλον η επιχείρηση θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι είναι σύμφωνοι με τον τρόπο της ασκούμενης διοίκησης, με τον τρόπο διαχείρισης

των εσωτερικών ζητημάτων, με το σύστημα των αμοιβών και με την τρόπο ανάθεσης και εκτέλεσης των εργασιών.

Σύμφωνα με τη θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg υπάρχουν τα κίνητρα (εσωτερικοί παράγοντες υποκίνησης), όπως τα επιτεύγματα, η αναγνώριση της εργασίας, η παραχώρηση αυτονομίας στους εργαζομένους κ.α. και τα αντικίνητρα (εξωτερικοί παράγοντες), όπως η αμοιβή, η ασφάλεια της εργασίας, οι φυσικές συνθήκες εργασίας κ.α., οι οποίοι επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να εξασφαλιστεί ικανοποιώντας μονάχα τους εσωτερικούς παράγοντες υποκίνησης. Όσον αφορά τους εξωτερικούς παράγοντες, μπορεί η απουσία τους να προκαλεί έως ένα βαθμό δυσαρέσκεια, ωστόσο η παρουσία τους από μόνη της δεν είναι αρκετή ώστε να υποκινήσει τους εργαζόμενους και να τους εξασφαλίσει την επιθυμητή εργασιακή ικανοποίηση (Bas & Ardic 2002).

Η εργασιακή ικανοποίηση διαθέτει ένα δυναμικό χαρακτηριστικό. Μπορεί να αναπτυχθεί ταχύτατα και να μειωθεί ξαφνικά. Η εργασιακή ικανοποίηση είναι γενικά πολύ σημαντική και σχετίζεται με τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων. Συνεπώς, είναι ένα θέμα για το οποίο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή από τη διοίκηση της επιχείρησης, καθώς επίσης θα πρέπει να βελτιώνεται συνεχώς, όπως η υγεία. Η εργασιακή ικανοποίηση είναι ένα σημαντικό θέμα στις σκέψεις και στα συναισθήματα των εργαζομένων, μιας και τους οδηγεί στο να καταλήξουν αν η εργασία τους, τους ικανοποιεί, τους απογοητεύει, τους κάνει να βαριούνται ή τους κάνει να εκφράζονται δημιουργικά. Η εργασιακή ικανοποίηση φέρνει στο μυαλό των εργαζομένων τις οικονομικές απολαβές, καθώς και την ευτυχία και τη γαλήνη που απορρέει από την παραγωγικότητα που επιτυγχάνεται σε συνεργασία με τους συναδέλφους τους.

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζει αρνητικά τις εργασιακές συνθήκες στους οργανισμούς/επιχειρήσεις είναι η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων. Τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης αποτελούν την κύρια αιτία πολλών προβλημάτων στις επιχειρήσεις, όπως απρογραμμάτιστες απεργίες, επιβράδυνση του ρυθμού δουλειάς, υψηλό δείκτη απουσιών από την εργασία, απειθαρχία κ.α. Το κόστος από την ύπαρξη αυτών των προβλημάτων είναι πολύ υψηλό για την επιχείρηση. Ο υψηλός βαθμός εργασιακής ικανοποίησης βοηθάει στην άσκηση των διοικητικών καθηκόντων από την ηγεσία, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματική διοίκηση της επιχείρησης (Arafat 2006).

Ικανοποιώντας οικονομικά τους εργαζόμενους ή πληρώνοντας υψηλούς μισθούς αυτό καθ' αυτό από μόνο του δεν σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι αισθάνονται ικανοποιημένοι από την εργασία τους ή ότι θα γίνουν περισσότερο παραγωγικοί. Μέχρι προσφάτως, υπήρχε διάχυτη η άποψη ότι αμοιβώντας με υψηλούς μισθούς τους εργαζόμενους ήταν ο μόνος τρόπος ώστε να κάνει η επιχείρηση τους εργαζόμενους να δουλέψουν και να είναι αφοσιωμένοι. Έρευνες έχουν δείξει ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι εργαζόμενοι δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους έστω και αν οι αμοιβές τους είναι υψηλές. Συγκεκριμένα, σε μια έρευνα σε ένα εργοστάσιο προέκυψε ότι η αμοιβή είναι ο 12ος από τους 28, συνολικά παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων. Όπως φάνηκε από τη συγκεκριμένη έρευνα, οι υψηλοί μισθοί δεν αποτελούν τον μοναδικό παράγοντα εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων. Άλλοι παράγοντες θα πρέπει να εξεταστούν και να ληφθούν υπόψη. Μεταξύ άλλων συμπεριλαμβάνονται η προβολή του καθήκοντος της εργασίας, η αυστηρή και δίκαιη εφαρμογή των κανόνων και των οδηγιών της επιχείρησης προς όλους τους εργαζόμενους και η εφαρμογή ενός δίκαιου και ισότιμου συστήματος προαγωγών, το οποίο προσδίδει εξέχουσα σημασία στις

γνώσεις και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων, διατηρώντας όμως και την απαραίτητη ευαισθησία σε προβληματικές καταστάσεις και επιλύοντάς τες με δαικαιοσύνη (Tortop 1994).

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο. Βασικά, το να είναι αρεστή ή όχι η εργασία σε κάποιον άνθρωπο εξαρτάται από τις αρχικές του προσδοκίες από αυτή, αλλά και την πραγματικότητα που συνάντησε μέσα σε αυτή. Γι' αυτό το λόγο, είναι πολύ σημαντικό, από μέρους της επιχείρησης, να εντοπίσει τις αρχικές προσδοκίες του κάθε εργαζόμενου από την εργασία του, επιτυγχάνοντας με αυτό τον τρόπο υψηλά επίπεδα ικανοποίησής του από το εργασιακό περιβάλλον. Προς την κατεύθυνση αυτή κινήθηκαν και ορισμένοι ερευνητές αναπτύσσοντας αρκετά μεθοδολογικά εργαλεία/ερωτηματολόγια προκειμένου να μετρήσουν τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και να δούν τις επιπτώσεις τους μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Από την πληθώρα των εργαλείων, τρία είναι αυτά που χρησιμοποιήθηκαν πιο συχνά και αποδείχτηκαν τα πιο ωφέλιμα: το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης της Μιννεσότα (Minnesota Satisfaction Questionnaire - MSQ), ο Δείκτης Περιγραφής της Εργασίας (Job Descriptive Index - JDI) και το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης της Ανάγκης (Porter Need Satisfaction Questionnaire). Από αυτά τα τρία εργαλεία, το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης της Μιννεσότα μετράει τις εργασιακές συνθήκες και τις ευκαιρίες εξέλιξης των εργαζομένων (Akin et al. 1998).

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι μη ικανοποιημένοι από την εργασία τους εργαζόμενοι έχουν την τάση να απουσιάζουν συχνά από τη δουλειά τους ή να φεύγουν από αυτή. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης εμφανίζουν θετική συμπεριφορά τόσο στη δουλειά τους όσο και στην προσωπική τους ζωή. Η υψηλή εργασιακή ικανοποίηση προκαλεί αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: τους ατομικούς παράγοντες και τους παράγοντες που σχετίζονται με τον ίδιο τον οργανισμό/επιχείρηση (Unsar et al. 2006).

Όσοι άνθρωποι ικανοποιούνται σε σημαντικό βαθμό από την εργασία τους υποστηρίζουν την ιδέα ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση. Το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο της εκπαίδευσης, το επίπεδο τεχνικής κατάρτισης, τα χρόνια προϋπηρεσίας και το κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον του καθενός συνθέτουν το σύνολο των ατομικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση. Αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι σημαντικά και λαμβάνονται υπόψη σε όλες τις μελέτες εργασιακής ικανοποίησης. Αναλυτικά, τα ατομικά χαρακτηριστικά έχουν ως εξής:

**Ηλικία.** Γενικά, οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα ηλικία και της εργασιακής ικανοποίησης (Ozaltin 1997, Kocabacak et al. 2008).

**Φύλο.** Αν και οι διάφορες έρευνες δείχνουν ότι το φύλο αποτελεί έναν σημαντικό ατομικό παράγοντα που προσδιορίζει το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης, εν τούτοις υπάρχουν διαφορετικές απόψεις ως προς το ποιό φύλο ικανοποιείται περισσότερο (Durmus και Gunay 2007, Kocabacak et al. 2008, Aksayan 1990). Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, οι άνδρες φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους σε σύγκριση με τις γυναίκες εργαζόμενες. Ωστόσο, άλλες μελέτες δεν βρίσκουν να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και εργασιακής ικανοποίησης (Musal et al. 1995).

**Οικογενειακή κατάσταση.** Ο παράγοντας της οικογενειακής κατάστασης του εργαζόμενου έχει εξετασθεί και αναλυθεί εκτενώς στις μελέτες για την εργασιακή

ικανοποίηση. Ο έγγαμος βίος φαίνεται ότι παρέχει μια πιο ήρεμη και προγραμματισμένη ζωή στους εργαζόμενους και κατά συνέπεια αυξάνεται και το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησής τους (Musal et al. 1995, Ergin 1992, Celen et al. 2004, Sevimli & Iscan 2005, Aksayan 1990, Ozaltin 1997, Eriguc 2000).

**Επίπεδο εκπαίδευσης.** Τα αποτελέσματα των εμπειρικών ερευνών που μελετούν τη σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και εργασιακής ικανοποίησης δείχνουν ότι το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης μειώνεται όσο αυξάνεται το επίπεδο της εκπαίδευσης (Claudio 2007, Durmus και Gunay 2007, Cimen & Sahin 2000, Cam et al. 2005).

**Προσωπικότητα.** Οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλή αυτοπεποίθηση προκύπτει ότι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης (Cimen & Sahin 2000).

**Νοημοσύνη.** Αν και δεν προκύπτει από έρευνες καμιά σχέση μεταξύ του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης και του βαθμού νοημοσύνης, ωστόσο εξετάζεται από την άποψη ότι όταν κάποιος έχει την ικανότητα/εξυπνάδα να διαλέξει την κατάλληλη για αυτόν εργασία τότε αναμένεται ότι θα έχει και ένα υψηλό επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης από αυτήν (Sevimli & Iscan 2005).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον οργανισμό/επιχείρηση είναι οι εξής: η ποιότητα της εργασίας, ο μισθός, οι προοπτικές βελτίωσης και εξέλιξης στην εργασία, η ενασχόληση με τα θέματα διοίκησης, οι συνθήκες εργασίας και οι σχέσεις με τους συναδέλφους (Basaran 2000).

Τα τελευταία έτη, μαζί με την ταχύτατη ανάπτυξη της έννοιας της εργασιακής ικανοποίησης στους οργανισμούς/επιχειρήσεις παρατηρήθηκαν, κυρίως στο χώρο της υγείας φαινόμενα που δε συνάδουν με την έννοια της εργασιακής ικανοποίησης, όπως κακές συνθήκες εργασίας που εμποδίζουν τους επαγγελματίες της υγείας να προσφέρουν αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες υγείας, το περιβάλλον εργασίας και οι διαπροσωπικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας δεν είναι υγιείς, η εργασιακή πίεση και η ένταση αυξάνονται συνεχώς, ενώ οι μισθοί μειώνονται και τέλος, η έννοια του εργασιακού ρίσκου, της αβεβαιότητας και του ψυχο-κοινωνικού άγχους, ως αναπόσπαστα μέρη της εργασίας έχουν αυξηθεί (Ersoy & Yildirim 2001).

Στις μέρες μας, τα νοσοκομεία που αποτελούν τους κυριότερους παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι πολυσύνθετα και δύσκολα στον τρόπο διοίκησής τους. Οι μαίες και οι νοσηλεύτριες συνιστούν το μεγαλύτερο κομμάτι επαγγελματιών υγείας μέσα σε ένα νοσοκομείο, στο οποίο απασχολούνται διάφοροι επιστήμονες και επαγγελματίες. Οι μαίες και οι νοσηλεύτριες συνιστούν μια σημαντική ομάδα εργαζομένων που ως σκοπό έχει την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Sahin & Eriguc 2001).

Για το λόγο αυτό δεν γίνεται να δούμε τις υπηρεσίες υγείας όπως τους υπόλοιπους παραγωγικούς τομείς, διότι οποιοδήποτε λάθος μπορεί να έχει ανεπανόρθωτες ζημιές (ανθρώπινη ζωή). Επίσης, είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι θα πρέπει να υπάρχει συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και να δωθεί μεγάλη σημασία στο ανθρώπινο δυναμικό. Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μπορούν να δωθούν μόνο έχοντας ένα συνεχώς παρακινούμενο εργατικό δυναμικό. Συνεπώς, οι διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δώσουν μεγάλη σημασία στην έννοια της υποκίνησης και να παρακινήσουν τους εργαζομένους τους έτσι ώστε να αυξήσουν την εργασιακή τους ικανοποίηση και συνεπώς, την εργασιακή ικανοποίηση του συνόλου του οργανισμού.

Για το λόγο ότι οι υπηρεσίες υγείας έχουν να κάνουν με τον άρρωστο άνθρωπο/ασθενή, οι εργαζόμενοι στους χώρους αυτούς και κυρίως, οι μαίες και οι νοσηλεύτριες

χρειάζεται να έχουν συνεχώς ένα υψηλό επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης για να μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους (Musal et al. 1995).

Όλοι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματικές και αποδοτικές υπηρεσίες υγείας μονάχα όταν είναι ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους. Η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει τη γενικότερη ζωή τους, τη φυσική και ψυχολογική υγεία, τη συμπεριφορά τους, την αποδοτικότητά τους στην εργασία/νοσοκομείο και συνεπώς, επηρεάζει τη δουλειά τους θετικά ή αρνητικά (Tengilimoglu & Yigit 2005).

Οι Nolan et al. (1998), σε μια έρευνα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση και ηθική των νοσηλευτριών απέδειξαν ότι η αύξηση του φόρτου εργασίας αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα και συμπέραναν ότι η μείωση της παραδοσιακής δύναμης των νοσηλευτών και η παράλληλη αύξηση των δυσκολιών στην εκτέλεση των καθηκόντων τους έχουν μια αρνητική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση και ηθική της συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας του χώρου του νοσοκομείου.

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτριών, όπως η φροντίδα των ασθενών, το εργασιακό περιβάλλον, το ισορροπημένο εργασιακό φορτίο, οι σχέσεις με τους άλλους συναδέλφους/επαγγελματίες υγείας, προσωπικοί παράγοντες, οι αμοιβές, ο επαγγελματισμός, η πολιτιστική ιστορία και προσφορά του νοσηλευτικού επαγγέλματος, ο βαθμός εξέλιξης/καριέρα, η δυνατότητα χρησιμοποίησης όλων των γνώσεων/ικανοτήτων, η ύπαρξη ευκαιριών εκπαίδευσης και κατάρτισης, ο βαθμός πολυπλοκότητας της εργασίας, η ανάληψη πρωτοβουλιών, η σημασία του καθήκοντος, η εργασιακή ασφάλεια, οι δυνατότητες προώθησης και η ποιότητα της διοίκησης (Yüksel 2003, Argon 1993).

Η κατήφεια και η απογοήτευση από την εργασία προκαλούν απροσεξία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων, υποτονικότητα στο ρυθμό δουλειάς, καθώς και εγκατάλειψη της δουλειάς, συνέπειες, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τόσο την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας όσο και τη φυσική και ψυχολογική υγεία των ίδιων των εργαζομένων. Άρα, η υποκίνηση των εργαζομένων επαγγελματιών της υγείας για αύξηση της εργασιακής τους ικανοποίησης χρήζει άμεσης ανάγκης (Aykanat & Tengilimoglu 2003).

Έχει βρεθεί από μελέτες, ότι η ικανοποίηση που εισπράττουν οι άνθρωποι από τη δουλειά τους επηρεάζει είτε θετικά είτε αρνητικά την εργασιακή τους σταδιοδρομία, τη στάση και τη συμπεριφορά τους απέναντι στη ζωή, γενικά, τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους, καθώς και την σωματική και ψυχική υγεία (Ozaltin 1997).

Η εργασιακή απογοήτευση λυπεί τους εργαζόμενους και τους γεμίζει με αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα. Εάν θεωρήσουμε ότι η εργασιακή ζωή ενός ανθρώπου, η οποία αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ζωής του, γενικά, του προσφέρει συνεχή λύπη και απογοήτευση τότε η ζωή του ολόκληρη γίνεται δύσκολη. Έχει βρεθεί από έρευνες ότι η εργασιακή απογοήτευση προκαλεί ψυχοσωματικές ανωμαλίες. Η εργασιακή απογοήτευση σε συνύπαρξη με τον συναγωνισμό, με την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, με την προσπάθεια για επίτευξη της τελειότητας, καθώς και με την ύπαρξη φαινομένων ανεπάρκειας ίσως να προκαλέσουν καρδιακά προβλήματα στους εργαζόμενους. Στομαχικές διαταραχές και μυϊκές οστεοποιώσεις δύναται να προκληθούν στους εργαζόμενους είτε λόγω εργασιακής απογοήτευσης είτε λόγω ανικανότητας να αναπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Έχει παρατηρηθεί υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής απογοήτευσης και της διατάραξης της ψυχικής υγείας (Akinçi 2002).

Στις περισσότερες μελέτες γίνεται γνωστό ότι η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται στενά με την αποτελεσματικότητα του φόρτου εργασίας, με την δέσμευση του εργαζομένου με την επιχείρηση/οργανισμό, με το άγχος και το στρες, με την κατάθλιψη, τη μελαγχολία και την εργασιακή εξάντληση/εξουθένωση, ενώ γενικά αυξάνει την ποιότητα στην εργασία (Ozer et al. 2005). Η εργασιακή απογοήτευση φαίνεται ότι επιφέρει κόστος στην επιχείρηση/οργανισμό, όπως πολλές απουσίες των εργαζομένων, αλλά και αργοπορημένες αφίξεις και εγκατάλειψη της εργασίας, ενώ ακόμη επηρεάζει αρνητικά τόσο τη γενικότερη ικανοποίηση των ανθρώπων από τη ζωή όσο και την σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων (Unsar et al. 2006, Musal & Ergin 1993).

Ο πιο σημαντικός λόγος διατάραξης των συνθηκών εργασίας σε έναν οργανισμό/επιχείρηση είναι τα μειωμένα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων. Η εργασιακή ικανοποίηση εκφράζεται με ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στη δουλειά τους, επιδίωξη πραγματοποίησης νέων σκοπών, προσπάθεια αυτο-βελτίωσης και με την ύπαρξη καλών σχέσεων με τους συναδέλφους, ενώ η εργασιακή απογοήτευση εκδηλώνεται με συμπεριφορές, όπως μη επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων, απουσία από τη δουλειά, σωματική βία/επιθέσεις, παράπονα, συνεχής άσκηση κριτικής και υποτονικότητα στο ρυθμό δουλειάς (Cam et al. 2005).

Οι έρευνες που εξέτασαν την επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων στην εργασιακή ικανοποίηση ασχολήθηκαν με το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο της εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων μελετών, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων ενδέχεται να επηρεάζουν το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης, ποικιλοτρόπως. Ένα από τα προσωπικά χαρακτηριστικά, η ηλικία, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Επίσης, το επίπεδο της εκπαίδευσης παρουσιάζει τα ίδια αποτελέσματα. Πέρα από αυτά, όταν γίνεται συσχέτιση των ετών εργασιακής εμπειρίας του εργαζόμενου στην ίδια θέση, του μισθού που λαμβάνει και της εργασιακής ικανοποίησης προκύπτουν διαφορετικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τις ίδιες μελέτες, όταν γίνεται συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης και της επίδοσης των εργαζομένων δεν προκύπτουν σημαντικά αποτελέσματα. Όμως, στην περίπτωση που υπάρχει επιβράβευση της επίδοσης των εργαζομένων, τότε η εργασιακή ικανοποίηση αυξάνεται. Η εργασιακή ικανοποίηση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις των εργαζομένων σχετικά με το εάν θα απουσιάζουν ή όχι από την εργασία. Επίσης, η εργασιακή ικανοποίηση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την απόφαση ενός εργαζόμενου να αφήσει ή όχι τη δουλειά του. Στην Τουρκία, ένας από τους κυρίαρχους παράγοντες για την απόφαση ενός εργαζόμενου να αφήσει τη δουλειά του είναι η εργασιακή δυσαρέσκεια (Aykanat & Tengilimoglu 2003).

Από μια γρήγορη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτουν ότι αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το θέμα της εργασιακής ικανοποίησης, όπως «Η Εργασιακή Ικανοποίηση των Καναδών Νοσηλευτών της Δημόσιας Υγείας» (Best & Thurston 2006), «Οι Παράγοντες που επηρεάζουν την Εργασιακή Ικανοποίηση των Νοσηλευτών που εργάζονται στα Άσυλα, στην Καλιφόρνια, ΗΠΑ» (Neeley 2006), «Η Εργασιακή Ικανοποίηση των Νοσηλευτών: Μια Βιβλιογραφική Ανασκόπηση» (Lu et al. 2006), «Η Εργασιακή Ικανοποίηση των Πρακτικών Νοσοκόμων» (Miller et al. 2005), «Η Εργασιακή Ικανοποίηση των Νορβηγών Νοσηλευτών: Μια μελέτη με Ερωτηματολόγιο» (Torunn et al. 2007).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των νοσηλευτριών και μαιών που εργάζονται

στο Γυναικολογικό Νοσοκομείο και Ερευνητικό Κέντρο Zekai Tahir Burak (ZTB) στην πόλη Άγκυρα της Τουρκίας.

### **Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο και ερευνητικό κέντρο ZTB στην πόλη της Άγκυρας στην Τουρκία. Μέχρι το Μάιο του 2009, εργάζονταν 390 νοσηλεύτριες και μαίες. Η παρούσα έρευνα χρησιμοποιεί ως δείγμα το σύνολο των νοσηλευτών/μαιών (N=390) που εργάζονταν στο νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας κατά το χρονικό διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 2009.

Συνεπώς, δεν επιλέχθηκε κάποιο δείγμα. Το σύνολο της συγκεκριμένης επαγγελματικής κατηγορίας επιλέχθηκε για να συμμετάσχει στην έρευνα. Ωστόσο, κατά το χρονικό διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, Μάιος-Ιούνιος 2009, μια μερίδα εργαζομένων νοσηλευτριών και μαιών δεν πήραν μέρος στην έρευνα είτε γιατί δεν βρίσκονταν στο νοσοκομείο εκείνο το χρονικό διάστημα (π.χ. κανονική άδεια, αναρρωτική άδεια) είτε γιατί δεν ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Άρα, συνολικά, συμμετείχαν στην έρευνα 289 νοσηλεύτριες/μαίες, ένα ποσοστό συμμετοχής που ανέρχεται σε 73,3%.

Η παρούσα μελέτη είναι μια περιγραφική έρευνα πεδίου που σκοπό έχει να μετρήσει το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων νοσηλευτριών/μαιών που εργάζονται στο νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας στην Τουρκία.

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης της Μινεσσότα: Η Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης της Μινεσσότα αναπτύχθηκε το 1967 από τους Weiss, Davis, England και Lofquist. Μεταφράστηκε στην Τουρκική γλώσσα και ελέγχθηκε για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του (Cronbach Alpha=0,77) (Baycan 1985). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών στην Τουρκία (Topal 2008). Η κλίμακα Λίκερτ (Likert scale) χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο, με το 1 να σημαίνει «Έντονη απογοήτευση» και το 5 να σημαίνει «Πλήρης ικανοποίηση». Στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν ερωτήσεις για τους εξωτερικούς, εσωτερικούς, αλλά και τους γενικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης. Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης της Μινεσσότα έχει δύο διαφορετικές εκδόσεις: η 1η πλήρης έκδοση περιλαμβάνει 100 ερωτήσεις και η 2η σύντομη έκδοση περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις. Ο βαθμός αξιοπιστίας των εσωτερικών παραγόντων της εργασιακής ικανοποίησης που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται σε 0,86, ενώ ο βαθμός αξιοπιστίας των εξωτερικών παραγόντων είναι ίσος με 0,90. Τα αποτελέσματα αυτά αξιοπιστίας τους ερωτηματολογίου είναι ικανοποιητικά.

Το Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Ικανοποίησης της Μινεσσότα που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που μετράνε τόσο εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες όσο και γενικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης, ως εξής:

1. Εσωτερικοί παράγοντες: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20
2. Εξωτερικοί παράγοντες: 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19
3. Γενικοί παράγοντες ικανοποίησης: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Η βαθμολογία των γενικών παραγόντων προκύπτει όταν προσθέσουμε τη βαθμολογία απ' όλους τους 20 παράγοντες και το αποτέλεσμά του το διαιρέσουμε με τον αριθμό 20. Η βαθμολογία για τους εσωτερικούς παράγοντες προκύπτει αν προσθέσουμε τη βαθμολογία των παραγόντων 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 και το συνολικό σκορ το διαιρέσουμε με το 12. Η βαθμολογία των εξωτερικών

παραγόντων προκύπτει όταν διαιρέσουμε το συνολικό αποτέλεσμα των παραγόντων 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 με το 8.

Οι βαθμολογίες των γενικών, των εσωτερικών και των εξωτερικών παραγόντων ικανοποίησης είναι σε άμεση αναλογία με τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των μαιών και των νοσηλευτριών (Toker 2007).

### **Ανάλυση και Εκτίμηση**

Όλες οι αναλύσεις έγιναν με το SPSS 15.0 (SPSSFW, SPSS Inc., Chicago, LI., USA). Για τα περιγραφικά στατιστικά χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες και τα ποσοστά, ενώ για τις υπόλοιπες αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις. Για την ανάλυση των στοιχείων που φαίνεται ότι ακολουθούν την Κανονική Κατανομή και για τις συγκρίσεις δύο διαφορετικών υπο-κατηγοριών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το t τεστ (Student t test). Για τις αναλύσεις των διαφορών των μέσων όρων για τρεις υπο-κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της ανάλυσης της διακύμανσης προς μια κατεύθυνση (One Way Anova). Στην περίπτωση που οι προκύπτουσες διαφορές μεταξύ των υπο-κατηγοριών των δεδομένων ήταν στατιστικά σημαντικές εφαρμόστηκαν τα Post-hoc τεστ (LSD - least significant difference). Όταν τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την Κανονική Κατανομή χρησιμοποιήθηκε η Kruskal-Wallis ανάλυση της διακύμανσης. Για τις δυαδικές συγκρίσεις των κατηγοριών των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Mann-Whitney U τεστ. Για την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Chi-square τεστ ( $\chi^2$ ), ενώ για την εκτίμηση των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο Συντελεστής Συσχέτισης Pearson. Για όλες τις αναλύσεις επιλέχθηκε το επίπεδο σημαντικότητας στο  $\alpha=0,05$ . Όλες οι τιμές των p που ήταν μεγαλύτερες από το οριζόμενο επίπεδο θεωρήθηκαν ότι δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, ενώ όλες οι τιμές των p που ήταν ίσες ή μικρότερες από  $\alpha=0,05$  έγιναν αποδεκτές ως (στατιστικά) σημαντικές. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε ο συντελεστής άλφα «α» του Cronbach, ο οποίος στην παρούσα έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση των μαιών και των νοσηλευτριών βρέθηκε να είναι ίσος με 0,93.

### **Αποτελέσματα**

Τα περιγραφικά αποτελέσματα της εργασιακής ικανοποίησης των μαιών και των νοσηλευτριών του νοσοκομείου ZTB της Άγκυρας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Από τον Πίνακα 1, προκύπτει ότι το 39,5% των μαιών και των νοσηλευτριών είναι μεγαλύτερες από 35 ετών, το 69,2% είναι παντρεμένες, το 45,1% έχει ένα σχετικό πτυχίο, το 53,5% έχει ένα εισόδημα κάτω από 1.600 TRY (Τουρκικές Λίρες), το 72,4% είναι μόνιμοι υπάλληλοι, ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας είναι  $12,99 \pm 7,62$ , ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι  $6,88 \pm 6,39$  και το 50,7% των μαιών και των νοσηλευτριών εργάζεται σε ασταθές ωράριο (και πρωί και νύχτα).

**Πίνακας 1. Κοινωνικο-Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των Μαιών και των Νοσηλευτριών**

	Αριθμός	%
<b>Ηλικιακή Ομάδα</b>		
20-24	29	10,1
25-29	60	21,0
30-34	84	29,4
≥ 35	113	39,5
<i>M.O. ± Τυπική Απόκλιση = 33,15 ± 6,67</i>		
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>		
Ελεύθερη	73	25,5
Παντρεμένη	198	69,2
Χωρισμένη	15	5,3
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>		
Λύκειο	98	34,3
Απόκτηση σχετικού πτυχίου	129	45,1
Πτυχίο Πανεπιστημίου	59	20,6
<b>Εισόδημα</b>		
≤ 1.600 TRY	153	53,5
> 1.600 TRY	133	46,5
<i>M.O. ± Τυπική Απόκλιση = 1.640 ± 0,242</i>		
<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας</b>		
≤ 9	108	37,8
10-19	111	38,8
≥ 20	67	23,4
<i>M.O. ± Τυπική Απόκλιση = 12,99 ± 7,62</i>		
<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας στο ΖΤΒ νοσοκομείο</b>		
≤ 9	220	76,9
10-19	47	16,4
≥ 20	19	6,7
<i>M.O. ± Τυπική Απόκλιση = 6,88 ± 6,39</i>		
<b>Ωράριο Εργασίας</b>		
Ασταθές	145	50,7
Συνεχόμενο πρωινό ωράριο	65	22,7
Συνεχόμενο βραδυνό ωράριο	55	19,3
Ωράριο σε βάρδιες	21	7,3
<b>Σχέση Εργασίας</b>		
Μόνιμος	207	72,4
Συμβασιούχος	79	27,6
<b>Σύνολο</b>	<b>286</b>	<b>100,0</b>

**Πίνακας 2. Συνολική Βαθμολογία Εσωτερικών, Εξωτερικών και Γενικών Παράγοντες Εργασιακής Ικανοποίησης των Μαιών και των Νοσηλευτριών**

Παράμετροι Εργασιακής Ικανοποίησης	M.O. ± Τυπική Απόκλιση
Εσωτερικοί Παράγοντες	3,07±0,81
Εξωτερικοί Παράγοντες	2,46±0,80
Γενικοί Παράγοντες Ικανοποίησης	2,82±0,74

Όταν εξετάζουμε τους μέσους όρους της κάθε κατηγορίας παραγόντων προκύπτει ότι οι εσωτερικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης των μαιών και των νοσηλευτριών δίνουν μια μέση βαθμολογία της τάξης του 3,07, λιγάκι μεγαλύτερη της διαμέσου τιμής, δηλαδή του 3. Στην κατηγορία των εξωτερικών παραγόντων ικανοποίησης η μέση τιμή βρίσκεται κατά πολύ κάτω της διαμέσου τιμής, είναι στο 2,46. Παρομοίως, οι γενικοί παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης παρουσιάζουν ένα μέσο όρο που βρίσκεται λίγο κάτω της διαμέσου τιμής 3, είναι δηλαδή στο 2,82 (Πίνακας 2).

**Πίνακας 3. Η Κατανομή της Βαθμολογίας της Εργασιακής Ικανοποίησης των Μαιών και των Νοσηλευτριών με βάση τα Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά	Εσωτερικοί Παράγοντες	Εξωτερικοί Παράγοντες	Γενικοί Παράγοντες
<b>Ηλικία</b>			
20-24	2,71±0,83	2,08±0,82	2,46±0,76
25-29	2,98±0,71	2,42±0,83	2,76±0,67
30-34	3,13±0,77	2,49±0,79	2,87±0,72
≥ 35	3,16±0,85	2,54±0,77	2,92±0,76
<i>F</i>	2,85	2,77	3,32
<i>p</i>	0,04	0,04	0,02
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>			
Ελεύθερη	2,90±0,80	2,36±0,84	2,68±0,74
Παντρεμένη	3,15±0,79	2,49±0,78	2,88±0,72
Χωρισμένη	2,83±0,98	2,53±0,86	2,71±0,90
<i>F</i>	3,35	0,78	2,22
<i>p</i>	0,04	0,46	0,11
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>			
Λύκειο	2,95±0,81	2,34±0,84	2,71±0,75
Απόκτηση σχετικού πτυχίου	3,12±0,83	2,49±0,78	2,87±0,75
Πτυχίο Πανεπιστημίου	3,17±0,73	2,57±0,77	2,93±0,67
<i>F</i>	1,81	1,68	2,08
<i>p</i>	0,17	0,19	0,13

Και στις τρεις κατηγορίες των παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης (εσωτερικοί, εξωτερικοί και γενικοί) η βαθμολογία των εργαζομένων της ηλικιακής ομάδας 20-24 είναι μικρότερη σε σχέση με αυτή στις άλλες ηλικιακές ομάδες. Οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτή η διαφορά που παρατηρείται μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 20-24 και των άλλων ηλικιών είναι ορατή σε όλους τους παραμέτρους της εργασιακής ικανοποίησης. Από τα στοιχεία του Πίνακα 3 προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των μαιών και των νοσηλευτριών τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία της εργασιακής ικανοποίησής τους και στις τρεις κατηγορίες παραγόντων.

Στην κατηγορία των εσωτερικών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης, προκύπτει ότι η βαθμολογία είναι υψηλότερη και στατιστικά σημαντική ( $p < 0,05$ ) για την κατηγορία των παντρεμένων μαιών και νοσηλευτριών σε σχέση με τις άλλες δύο υπο-ομάδες, αυτές των ελεύθερων και των διαζευγμένων. Η διαφορά που προκύπτει είναι αποτέλεσμα της διαφοράς που παρατηρείται στη βαθμολογία της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των παντρεμένων και ελεύθερων μαιών και νοσηλευτριών. Στους εξωτερικούς και γενικούς παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης, οι

προκύπτουσες διαφορές μεταξύ των τριών υποκατηγοριών της γενικής κατηγορίας «Οικογενειακή Κατάσταση» δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $p>0,05$ ).

Στην κατηγορία Επίπεδο εκπαίδευσης, οι διαφορές που φαίνεται ότι υπάρχουν μεταξύ των διαφορετικών υπο-ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε καμία από τις τρεις κατηγορίες παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης: εσωτερικούς, εξωτερικούς και γενικούς παράγοντες ( $p>0,05$ ) (Πίνακας 3).

Στις κατηγορίες των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης, οι βαθμολογίες των εργαζομένων μαιών και νοσηλευτριών είναι μεγαλύτερες για όσες έχουν συνολική περίοδο εργασιακής εμπειρίας πάνω από 20 έτη σε σχέση με αυτές που έχουν λιγότερο από 20 έτη. Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία των εξωτερικών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε ότι όσες εργαζόμενες μαιές και νοσηλεύτριες έχουν συνολική εργασιακή εμπειρία 10-19 έτη έχουν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με όσες εργάζονται συνολικά λιγότερο από 10 χρόνια, καθώς και όσες έχουν εργασιακή εμπειρία μεγαλύτερη των 20 ετών. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ( $p<0,05$ ). Γενικά, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι όσο περισσότερα χρόνια εμπειρίας έχουν οι εργαζόμενες μαιές και νοσηλεύτριες τόσο υψηλότερες βαθμολογίες εργασιακής ικανοποίησης παρουσιάζουν.

Στην κατηγορία των εσωτερικών παραγόντων ικανοποίησης, οι εργαζόμενες μαιές και νοσηλεύτριες που εργάζονται περισσότερο από 20 χρόνια στον ίδιο χώρο, δηλαδή το νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται λιγότερο από 20 χρόνια στο νοσοκομείο. Στην κατηγορία των εξωτερικών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης, όσες μαιές και νοσηλεύτριες βρίσκονται στο νοσοκομείο για 10-19 συνεχόμενης εργασίας δηλώνουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις συναδέλφους τους που βρίσκονται στον ίδιο εργασιακό χώρο για λιγότερο από 10 έτη ή περισσότερο από 20 έτη. Σε ότι αφορά τους γενικούς παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης, προκύπτει ότι οι μαιές και οι νοσηλεύτριες που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για περισσότερο από 20 έτη στο νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας έχουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με το επίπεδο εργασιακής τους ικανοποίησης απ' ότι όσες εργάζονται λιγότερα από 20 έτη στο νοσοκομείο. Οι παρατηρούμενες αυτές διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ( $p<0,05$ ). Αυτό που προκύπτει ως συμπέρασμα είναι ότι όσο περισσότερα χρόνια εργάζονται οι μαιές και οι νοσηλεύτριες στο νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας τόσο περισσότερο είναι ικανοποιημένες από την εργασία τους.

Και στις τρεις κατηγορίες παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης (εσωτερικοί, εξωτερικοί και γενικοί), οι μαιές και οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σταθερά σε πρωινό ωράριο δηλώνουν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τις συναδέλφους τους που εργάζονται σε διαφορετικό ωράριο, όπως σταθερά νυχτερινό ωράριο, σε βάρδιες ή ασταθές ωράριο. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ( $p<0,05$ ).

Όσες εργαζόμενες μαιές και νοσηλεύτριες είναι με σύμβαση παρουσιάζουν μικρότερη βαθμολογία εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με αυτές που έχουν μόνιμη σχέση εργασίας και στις τρεις κατηγορίες παραγόντων ικανοποίησης: εσωτερικούς, εξωτερικούς και γενικούς. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $p<0,05$ ) (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4. Η Κατανομή της Βαθμολογίας της Εργασιακής Ικανοποίησης των Μαιών και των Νοσηλευτριών με βάση τα Έτη Προϋπηρεσίας και τη Θέση Εργασίας τους**

	Εσωτερικοί Παράγοντες	Εξωτερικοί Παράγοντες	Γενικοί Παράγοντες
<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας</b>			
≤ 9	2,91±0,76	2,30±0,82	2,66±0,72
10-19	3,09±0,76	2,56±0,82	2,88±0,72
≥ 20	3,30±0,90	2,55±0,71	3,00±0,76
<i>F</i>	5,01	3,48	4,80
<i>p</i>	0,01	0,03	0,01
<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας στο ΖΤΒ νοσοκομείο</b>			
≤ 9	2,95±0,79	2,34±0,82	2,71±0,73
10-19	3,41±0,69	2,89±0,62	3,20±0,60
≥ 20	3,64±0,87	2,68±0,57	3,26±0,66
<i>F</i>	12,24	<i>KWX2=21,19</i>	<i>KWX2=27,04</i>
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00
<b>Ωράριο Εργασίας</b>			
Συνεχόμενο πρωινό	3,25±0,84	2,63±0,87	3,01±0,78
Συνεχόμενο βραδυνό	2,83±0,74	2,06±0,79	2,52±0,69
Ωράριο σε βάρδιες	3,06±0,73	2,45±0,78	2,81±0,71
Ασταθές	3,08±0,81	2,53±0,74	2,86±0,72
<i>F</i>	2,85	6,19	4,67
<i>p</i>	0,04	0,00	0,00
<b>Σχέση Εργασίας</b>			
Μόνιμος	3,19±0,79	2,54±0,76	2,93±0,72
Συμβασιούχος	2,76±0,76	2,24±0,86	2,55±0,73
<i>t</i>	4,089	2,901	3,946
<i>p</i>	0,00	0,004	0,00

Από τις παραπάνω αναλύσεις των δεδομένων προκύπτει ότι οι μαιές και νοσηλεύτριες που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης στο χώρο του ΖΤΒ νοσοκομείου στην Άγκυρα. Πιο συγκεκριμένα, στους εξωτερικούς παράγοντες οι βαθμολογίες τους βρίσκονται αρκετά κάτω της διάμεσης τιμής 3, στους εσωτερικούς παράγοντες ικανοποίησης οι βαθμολογίες τους βρίσκονται πάνω από την τιμή 3, ενώ στους γενικούς παράγοντες ικανοποίησης παρουσιάζουν βαθμολογίες λίγο κάτω από την διάμεση τιμή. Τα επίπεδα γενικής εργασιακής ικανοποίησης των μαιών και των νοσηλευτριών δεν θεωρούνται ούτε υψηλά ούτε χαμηλά, αλλά παρουσιάζουν μια τάση ύφεσης. Στην Τουρκία, παρόμοιες μελέτες για την εργασιακή ικανοποίηση βρίσκουν σχεδόν ίδια αποτελέσματα όπως αυτά που βρέθηκαν στην περίπτωση του ΖΤΒ νοσοκομείου στην Άγκυρα. Άλλες μελέτες εκτός Τουρκίας βρίσκουν όμοια αποτελέσματα εργασιακής ικανοποίησης, άρα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα (Bengu 2005).

Συμπεραίνεται, επίσης, ότι οι βαθμολογίες εργασιακής ικανοποίησης στους εσωτερικούς, εξωτερικούς και γενικούς παράγοντες δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων. Σε μια έρευνα των Pinar και Arıkan βρέθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά στο βαθμό της εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων (Pinar και Arıkan 1998). Σε μια άλλη έρευνα, οι Aslan και Akbayrak (2002) διαπίστωσαν ότι όσο

αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο αυξάνεται ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων (Aslan και Akbayrak 2002).

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης και στους τρεις παράγοντες παρουσιάζει σημαντικές στατιστικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία. Επίσης, οι Kose et al. (2007) βρήκαν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με την ηλικία τους. Στην έρευνά τους, οι Cimen και Sahin (2000) έδειξαν ότι το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία. Στη μελέτη μας βρέθηκε ότι η εργασιακή ικανοποίηση των μαιών και των νοσηλευτριών κυμαίνεται σε μέτρια και χαμηλά επίπεδα. Τα ευρήματα αυτά ταιριάζουν με αυτά άλλων μελετών και ερευνών τόσο στην Τουρκία όσο και σε άλλες χώρες. Επιπροσθέτως, σε μελέτες στην Τουρκία που διερευνούν τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας βρέθηκε ότι η ομάδα των εργαζομένων που παρουσιάζει χαμηλότερη βαθμολογία είναι οι νοσηλεύτριες (Gunes 2007). Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από τη μελέτη του Ozaltin (1997) για την εργασιακή ικανοποίηση των γιατρών και των νοσηλευτών.

Στην κατηγορία των εσωτερικών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη βαθμολογία σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων. Αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει από τις διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των παντρεμένων και των ελεύθερων εργαζομένων. Στις κατηγορίες των εξωτερικών και γενικών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης δεν παρατηρούνται σημαντικά στατιστικές διαφοροποιήσεις. Σε έρευνα των Erdem et al. (2008) βρέθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της οικογενειακής κατάστασης των εργαζομένων και συγκεκριμένα, ότι τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των παντρεμένων εργαζομένων είναι υψηλότερα από αυτά των ελεύθερων εργαζομένων. Παρομοίως, σε έρευνα των Unsar et al. (2006) διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης είναι υψηλότερα στους παντρεμένους εργαζόμενους σε σχέση με αυτά των ανύπαντρων και επίσης, ότι ο γάμος οδηγεί σε μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση διότι προσφέρει έναν πιο προγραμματισμένο τρόπο ζωής και εργασίας. Επίσης, οι Aslan & Akbayrak (2002) και Ozaltin (1997) βρήκαν ότι οι παντρεμένοι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με τους ελεύθερους εργαζόμενους. Μια πιθανή αιτία για αυτά τα αποτελέσματα είναι ότι οι ελεύθεροι εργαζόμενοι έχουν χαμηλές προσδοκίες από την εργασιακή τους ζωή.

Και στις τρεις κατηγορίες παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία σε σχέση με το συνολικό χρόνο εργασιακής εμπειρίας. Ισχύει ότι η εργασιακή εμπειρία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα της ικανοποίησης των εργαζομένων από τη δουλειά τους. Σε έρευνα των Erdem et al. (2008) βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας σημείωναν υψηλότερη βαθμολογία σε ότι αφορά τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Έχει αποδειχθεί ότι όσο ο εργαζόμενος αποκτά περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας τόσο μειώνεται η αβεβαιότητα γύρω από τις εξελίξεις στη δουλειά του, επιλύει πιο εύκολα τα προβλήματα που προκύπτουν και αναλαμβάνει περισσότερες πρωτοβουλίες, γεγονός που τον κάνει να ικανοποιείται σε υψηλότερο βαθμό από την εργασία του. Οι Karlıdag et al. (2000) βρήκαν ότι όσο περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας έχει ένας εργαζόμενος τόσο μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση αποκομίζει από τη δουλειά του. Στην έρευνα των Aslan & Akbayrak (2002) βρέθηκε ότι όσο οι νοσηλεύτριες αποκτούν εργασιακή εμπειρία τόσο περισσότερο ικανοποιούνται από τη δουλειά τους. Από μελέτη των Kocabacak et al.

2008 και Aksayan 1990 προέκυψε ότι το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων που έχουν περισσότερα από 15 χρόνια προϋπηρεσίας είναι μεγαλύτερο σε σχέση με αυτούς που έχουν λιγότερα από 15 χρόνια εμπειρίας και οι διαφορές που προκύπτουν είναι στατιστικά σημαντικές. Παρόμοια έρευνα για την εργασιακή ικανοποίηση των Riyal et al. (2002) στο νοσοκομείο SSK της Άγκυρας βρήκε ότι τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτριών παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με το διάστημα προϋπηρεσίας τους. Ενώ ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης και των ετών προϋπηρεσίας των εργαζομένων, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι όσο οι εργαζόμενοι αποκτούν εμπειρία στη δουλειά τους τόσο τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, σταδιακά αυξάνονται (Bodur και Guler 1997).

Σε ότι αφορά το σύνολο των παραγόντων ικανοποίησης (εσωτερικοί, εξωτερικοί και γενικοί) προέκυψε ότι το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης είναι υψηλότερο και στατιστικά σημαντικό για όσους εργαζόμενους βρίσκονται στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον για αρκετά έτη. Σε παρόμοια έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσο το χρονικό διάστημα που μένει ένας εργαζόμενος στην ίδια δουλειά αυξάνει τόσο αυξάνει και το επίπεδο ικανοποίησής του από την εργασία, ενώ για όσους βρίσκονται λίγα χρόνια στον ίδιο εργασιακό χώρο (1-5 έτη) το επίπεδο ικανοποίησης είναι πολύ χαμηλό (Yilmaz και Kocak 2008).

Τέλος, βρέθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων και του ωραρίου εργασίας τους. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Bilgi και Esatoglu (2005) βρέθηκε ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε συνεχόμενο πρωινό ωράριο έχουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με τις συναδέλφους τους που εργάζονται συνδυαστικά σε πρωινή και βραδυνή βάρδια. Ο Bengu (2005) βρήκε ότι η διαφορά μεταξύ της σχέσης εργασίας και των επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης είναι στατιστικά σημαντική. Ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης αυτών που εργάζονται μόνο πρωί είναι υψηλότερος σε σχέση με αυτόν όσων εργάζονται και το πρωί και το βράδυ. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα που βρέθηκαν στην παρούσα εργασία για το νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας. Αν και ως τώρα γνωρίζαμε ότι η βραδυνή εργασία επηρεάζει την κοινωνική και ψυχολογική ισορροπία των εργαζομένων, ωστόσο από τα παραπάνω προκύπτει ότι επηρεάζει και το βαθμό εργασιακής ικανοποίησής τους.

## **Προτάσεις**

Εξετάζοντας τα κυριότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα για το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης και ποιότητας ζωής των εργαζομένων μαιών και νοσηλευτριών στο νοσοκομείο ZTB της Άγκυρας στην Τουρκία γίνονται οι ακόλουθες προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης:

- αναδιοργάνωση του ωραρίου εργασίας,
- ανάπτυξη κοινωνικών και αθλητικών δραστηριοτήτων μεταξύ των εργαζομένων,
- βελτίωση των οικονομικών απολαβών, σύμφωνα με την ποιότητα και το φόρτο εργασίας,
- αναγνώριση της προσφοράς των εργαζομένων μέσα στη δουλειά τους,
- ανάπτυξη προοπτικών εξέλιξης των εργαζομένων με δίκαια και αντικειμενικά κριτήρια,
- παροχή προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού,
- επιβράβευση και παροχή βραβείων και επαίνων στους νοσηλευτές για σημαντικά επιτεύγματα πάνω στη δουλειά τους,

- ύπαρξη καθηκοντολογίου του νοσηλευτικού επαγγέλματος και πιστή τήρησή του από όλους,
- βελτίωση των συνθηκών εργασίας,
- συμμετοχή των νοσηλευτών στις αποφάσεις της διοίκησης.

Αυτού του είδους οι μελέτες για την εργασιακή ικανοποίηση των μαιών και των νοσηλευτριών θα έπρεπε να γίνονται πιο συχνά και σε όλους τους επαγγελματικούς χώρους της υγείας. Αυτό θα έδινε τη δυνατότητα στις διοικήσεις των μονάδων αυτών να γνωρίσουν καλύτερα τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων τους, διαχρονικά και να εφαρμόσουν νέα μέτρα και πρακτικές προς βελτίωση αυτών των επιπέδων, αξιολογώντας με αυτόν τον τρόπο και το έργο τους, ως διοικήτες.

## Βιβλιογραφία

- Aksayan, S. (1990). Examining the Job Satisfaction Factors of Nurse Working in Medical Healthcare Services (p. 25-51). PhD Thesis, Istanbul University, İstanbul.
- Akinci, Z. (2002). Factors Which Affect Job Satisfaction in the Tourism Sector: A Survey In Five Star Hospitality Organizations, Akdeniz University Journal of Faculty of Economic and Administrative Sciences, 4:1-25.
- Arat, Z. (2006). Burnout Syndrome of Hemodialysis Patients and their Relatives, Evaluation of the Life Quality of Relatives and Effecting Factors (p. 19-21). Msc Thesis, Ankara.
- Argon, G. (1993). Nursing Services Management Handbook. Uyer, G. (Ed.). Staff Management (s. 163-165). Ankara.
- Aslan, Ö. and Akbayrak, N., (2002). Job Satisfaction Among Nurse. Modern Hospital Management, 6 (2): 29-35.
- Atakli, A.; Dikmetaş, E. and Altınışık S. (2003). Job Satisfaction of Executive Secretaries and Clinic Secretaries Working in University Hospitals. Journal of Hacettepe Health Administration, 6 (2): 101-105.
- Aykanat, S., ve Tengilimoğlu, D. (2003). Field Survey upon Factors Motivating Healthcare Staff in Hospitals . Journal of Hacettepe Health Administration, 6(2), 72-77.
- Bakan, İ. and Büyükbeşe, T. (2004). The Relationship Between Organizational Communication and the Aspects of Job Satisfaction: A Field Study for Academic Organizations. Akdeniz University Journal of Faculty of Economic and Administrative Sciences, 7:1-30.
- Baş, T. and Ardiç, K. (2000). Job Satisfaction and Dissatisfaction in the Higher Education. Economy, Business and Finance, September: 72-81.
- Başaran, İ.E. (2000). Organizational Behaviour. Productive Power of Human (p.215-222) (3.bs.). Ankara: Feryal press.
- Bengü, Ü. (2005). Determination of Correlation Between Job Satisfaction and Empathetic Tendency Levels of Nurses (p. 91). Msc Thesis, Ankara University, Ankara.
- Bodur, S., ve Güler, S. (1997). Job Satisfactions of Healthcare Managers. Journal of General Medicine, 7(1), 12-4.
- Best M.F. and Thurston N.E. (2006) Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction. Public Health Nursing Vol. 23 No. 3, pp. 250–255 0737-1209/r 2006, The Authors Journal Compilation r 2006, Blackwell Publishing, Inc
- Bilgi, Ü., Esatoğlu, A.E. (2005). Healthcare and Hospital Management II National Congress Abstract Book. Opportunities and Threats within Healthcare Management. Esatoğlu, E., Önder, Ö., ve Ağırbaş, İ. (Ed.). Determination of Correlation Between Job Satisfaction and Empathetic Tendency Levels of Nurses (s. 499). Ankara University, Ankara
- Cankul, H. I., Göktaş, B., Güllerci, H., Mamir, N. (2007). 12 th Congress of Balkan Military Medical Committee. Evaluation of Job Satisfaction of the Nurses and Midwives Working in Agri Region (s. 249). Romanian National Board of B.M.M.C. 24-28 June. Poiana Brasov'da -Romania.
- Claudio, GC. (2007). Job Satisfaction of Italian Nurses: An Exploratory Study, Journal of Nursing Management, (15), 303-312.
- Çam, O., Akgün, E., Gümüş, AB., Bilge, A., GÜ, Keskin, G.Ü. (2005). Investigating the Correlation Between Evaluation of Clinical Conditions and Job Satisfactions of Doctors and Nurses Working at a Psychiatric Hospital. Anatolian Journal of Psychiatry, (6), 213-220.
- Çelen, Ü., Piyal, B., Karaodul, G., Demir, M. (2004). Job Satisfaction of the Employees of Ankara Oncology Training Hospital. Journal of Hacettepe Health Administration, 7(3), 39.
- Çimen, M., and Şahin, İ. (2000). Determining the Job Satisfaction Levels of Healthcare Staff of an Institution. Journal of Hacettepe Health Administration, 5(4), 53-67.

- Davis, K. (1988). *Human Behavior at Work: Organizational Behavior*. (Translated in Turkish: Kemal Tosun et al.), İstanbul University Faculty of Business Administration Press, Number:199.
- Durmuş, S., and Günay, O. (2007). The Factors Effecting Job Satisfaction and Anxiesty Levels of Nurses .*Erciyes Medical Journal*, 29(2), 139-146.
- .Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Gökteş, B., Şenoğlu, B., Fırat, G. (2008). Investigating Job Satisfaction and Burnout Levels of the Persons Working for the Hospitals at City Center of Elazığ, Turkey. *Journal of Applied Sciences Research*, 4(2), 188-201.
- Ergin, C. (1992). Adaptation and Validity of Maslach Burnout Inventory Among Turkish Physicians and Nurses, *Vllth National Psychology Congress Papers*, Turkish Psychologist Association Publications, pp.:143-154.
- Erigüç, G. (2000). An Investigation of Job Satisfaction of Healthcare Staff with respect to Personal Characteristics. *Journal of Healthcare Management*, 5(3), 38- 39.
- Ersoy, F.; Edirne, T. and Yıldırım, R.C. (2001). Vocational Satisfaction of Health Personnel. *IV. National of Health and Hospital Management Symposium Book*, 27-28 September, Ankara, pp.:382-387.
- Güneş, N. (2007). Investigation of Factors Effecting Job Satisfactions of Nurses Working at a University Hospital (p. 38-51). *Msc Thesis*, Dokuz Eylül University, İzmir.
- Güney, S. (2007). *Management and Organization*. Güney, S. (Ed.) (s. 37-40) (2.bs.). Ankara: Nobel Publications.
- Gürbüz, Y., Karavuş, M., Cebeci, D., Akdaş, A. (2000). *III.National Symposium of Healthcare and Hospital Management* Sarp, N. (Ed.). 1. Job Satisfaction Levels of Healthcare Staff of Primary Healthcare Services (s. 4, 5). Ankara University. Ankara.
- Karlıdağ, R.; Ünal, S. and Yoloğlu, S. (2000). Job Satisfaction and Burnout Levels Among Physicians. *Turkish Journal of Psychiatry*, 11: 49-57.
- Kocabacak, S., Yavuz, A., Ceyhan, Z., Sarı, M. (2008). *Healthcare and Hospital management Congress Abstract Book*. Esatoğlu, A.E., Ak, B. (Ed.). A Field Research on Determining the Job Satisfactions of Top Managers in State Hospitals (p. 369-372). Antalya.
- Köse, M.; Gökteş, B.; Cankul, H.İ. and Güllerci, H. (2007). Determination of Job Satisfaction of Midwives and Nurses Who Work at Some Military Hospitals in the Eastern Anatolia. *National Turkish Military Forces Nursing Congress*, 8-11 May, Erzurum, Turkey.
- Lu H., While, A.E., Barriball K.L. (2006) Job Satisfaction Among Nurses: A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 211–227.
- Miller, K., Apold, S., Baas, L., Berner, B., and Brill, E.L. (2005). Job Satisfaction Among Nurse Practitioners. [www.npjjournal.org](http://www.npjjournal.org). doi: 10.1016./j.nurpra.2005.06.011.
- Mumford, E. (1991). Job Satisfaction: A Method of Analysis. *Personnel Review*, 20(3), 11-19.
- Musal, B.; Elçi, Ç.Ö. and Ergin S. (1995). Vocational Satisfaction Among Physicians and Determining the Influencing Factors. *Community and Physician*, 10 (68): 2-7.
- Musal, B., and Ergin, S. (1993). Determination of Job Satisfaction and Effecting Factors of Practitioners. *Community and Physician*, 4, 22-26.
- Neeley F.F. (2006) *Factors Influencing Job Satisfaction Among Hospice Nurses Working For Nonprofit Hospice Organizations In California*. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University.
- Nolan, M., Brown, J., Naughton, M. ve diğerleri. (1998). Developing Nursing Future Role 2:Nurses' Job Satisfaction and Morale, *Br J Nurs*, 7(17), 1044-1048.
- Oshagbami, T.A. (2000). How satisfied are academics with their primary tasks of teaching, research and administration and management?, *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 1(2), 124-136.
- Özaltın, H. (1997). Job Satisfaction Levels of Doctors and Nurses Working at TSK. *GATA II. Head Doctor Orientation Course Book* (p.106-112). Ankara.
- Özer, M., Şahin, B., Çetin, M., Demir, C. (2005). Investigation of Factors Effecting Job Satisfaction Levels of Military Doctors Working at three Military Hospitals in Ankara City. *Journal of Hacettepe Health Administration*, 8 (1), 33.
- Pınar, R. and Arıkan, S. (1998). The Factors Influencing Job Satisfaction Among Nurses, *Relations Between Job Satisfaction and Self Esteem, Assertivity*. VI. National Nursing Congress' Book, 14-16 May, Ankara, pp.:159-170.
- Piyal, Y.B., Piyal, B., Yavuz, İ., Yavuz, B. (2002). Job Satisfactions of Social Insurance Institution Ankara Training Hospital Employees. *Journal of Crisis*, 10 (1), 45-57.
- Sevimli, F., İşcan, Ö. (2005). Job Satisfaction in terms of Individual and Organizational. *Journal of Economy, Management, International Relations and Political sciences* 5(1-2). Date of Access: 01.06.2009, <http://eab.ege.edu.tr/cilt5.html>.
- Şahin, İ., ve Ergüç, G. (2001). Determination of Leadership Manners of Manager Nurses in SSK (Social Insurance Institution) Hospitals with respect to Management Pore Approach. *Journal of Productiveness*, 4, 139-158.

- Tengilimoğlu, D., Yiğit, A. (2005). A Field Research to Determine the Effect of Leadership Behaviours on Job Satisfaction of Employees. *Journal of Hacettepe Health Administration*, 8(3), 370-375.
- Toker, B. (2007). Effects of Demographic Variables on Job Satisfaction: An Application to Five and Four Star Hotels in İzmir. *Journal of Doğu University*, 8(1), 92-107.
- Tortop, N. (1994). *Personnel Management* (p.262-264) (5.bs.). Ankara: Yargı Publications.
- Torunn I. B., Samdalb, G.B., Hansenc, Tørstadd B.S. S., Hamiltona, G.A. (2007) Job Satisfaction In A Norwegian Population Of Nurses:A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 747–757
- Tütüncü, Ö. (2000). The Analysis of Job Satisfaction at Nonprofit Food and Drink Organizations. *Dokuz Eylül University Journal of Social Science Institute*, 2(3): 106-120.
- Ünsar, S., Taştan, İ., Ünsar, S. and Dindar, İ. (2006). Job Satisfaction Levels and Influencing Factors: A Field Study in Health Sector. *National Productivity Center Journal of Productivity*, 2:131-144
- Yılmaz, E., and Koçak, Z. (2008). Job Satisfaction Research on East Mediterranean Forestry Research Management (p. 19). Date of access: July 25 2009, <http://www.doa.gov.tr/cesitliyayinlar/cesitli%20yayin8.pdf>.
- Yüksel, İ. (2003). Analysis of Effects of Variables Composing Hazardous Duty Pay of Nurses on Job Satisfaction, Job Tension and Organizational Commitment. *Firat University Journal of Social Sciences*, 13(1), 263.

## Αγροτική Ανάπτυξη και Σενάρια Υγειονομικής Περιθάλαψης στην Ινδία

Πρεμανάντα Μπαρατί, Ινδικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Ινδία  
Ντιπτάκ Κουμάρ Αντάκ, Κέντρο Ανθρωπολογικών Ερευνών, Ινδία

### Εισαγωγή

Η Ινδική κοινωνία αποτελείται από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, εθνικότητες, καθώς και θρησκευτικές, γλωσσολογικές και εδαφικές μειονότητες, οι οποίες ζουν μακριά η μία από την άλλη σε διαφορετικά χωριά. Στην Ινδία, η γεωργία αποτελεί το μέσο διαβίωσης των 2/3 του εργατικού δυναμικού. Διαχρονικά, η γεωργία αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς οικονομικούς παραγωγικούς τομείς της χώρας. Η αύξηση της αγροτικής παραγωγής έχει προκληθεί λόγω της καλλιέργειας μεγαλύτερων εκτάσεων, της επέκτασης των δικτύων άδρευσης, της χρήσης ποιοτικότερων σπόρων, της χρησιμοποίησης αποδοτικότερων τεχνικών καλλιέργειας και παραγωγής, της καλύτερης διαχείρισης του νερού και της προστασίας των φυτών και των καλλιεργήσιμων εκτάσεων (World Bank 2008). Συνεπώς, η αγροτική οικονομία στην Ινδία βασίζεται κυρίως στη γεωργία. Ωστόσο, ο αγροτικός τομέας παραγωγής συνεισφέρει μόνο το 19% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) της Ινδίας, γεγονός που δείχνει τη χαμηλή κατά κεφαλή παραγωγή εισοδήματος, συγκρινόμενος με άλλους παραγωγικούς τομείς της χώρας. Αυτή η «παράδοξη» κατάσταση βαίνει να χειροτερεύει λόγω της συνεχόμενης αύξησης του Ινδικού πληθυσμού, γεγονός που οδηγεί σε ολοένα και μεγαλύτερο περιορισμό των διαθέσιμων εκτάσεων προς καλλιέργεια. Επίσης, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας φέρνει την Ινδία να ανταγωνίζεται με τις ανεπτυγμένες οικονομίες. Το γεγονός αυτό καθιστά ολοένα και πιο σημαντική την προσοχή που θα πρέπει να δοθεί στην αγροτική οικονομία της Ινδίας.

Η Ινδία τα τελευταία χρόνια είναι μία από τις 10 πιο γρήγορα αναπτυσσόμενες οικονομίες, παγκοσμίως. Το 10ο Πενταετές Σχέδιο Δράσης έθετε ένα στόχο ανάπτυξης κοντά στο 8% του ΑΕΠ για το διάστημα 2002-2007, ενώ το 11ο Πενταετές Σχέδιο Δράσης θέτει ένα στόχο κοντά στο 9,3% του ΑΕΠ για το 2007-2012, με επιπλέον στόχο τον διπλασιασμό του κατά κεφαλήν εισοδήματος, έως το 2012. Σύμφωνα με αυτούς τους στόχους, ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ έχει αγγίξει το 8%, το διάστημα 2006-2007, συγκριτικά με το ποσοστό του 6,1%, ετησίως, που ήταν τη δεκαετία του 1990. Αν και η αγροτική παραγωγή της Ινδίας έχει τετραπλασιαστεί τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες η συνολική παραγωγή δημητριακών έχει παγιωθεί τα τελευταία έξι χρόνια. Ως αποτέλεσμα, η συνεισφορά της γεωργίας στο ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε από 25% το 2000-2001 σε 19% το 2006-2007. Παρόλα αυτά, η γεωργία αποτελεί τον μεγαλύτερο οικονομικό παραγωγικό τομέα και παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη της Ινδίας.

Ο χαμηλός ρυθμός αγροτικής ανάπτυξης ανησυχεί τους διαμορφωτές της πολιτικής στην Ινδία, αφού τα 2/3 του πληθυσμού βασίζονται στην αγροτική απασχόληση ως μέσο διαβίωσης. Οι παρούσες αγροτικές πολιτικές στην Ινδία δεν είναι ούτε οικονομικά, αλλά ούτε και περιβαλλοντικά βιώσιμες και το κέρδος που αποκομίζει η χώρα από την πώληση αγροτικών προϊόντων είναι χαμηλό. Τα φτωχά, σε συντήρηση, αδρευτικά συστήματα και η σχεδόν καθολική απουσία επεκτάσεων τους αποτελούν τους κυρίαρχους παράγοντες για αυτή την αρνητική εξέλιξη. Επίσης,

η πρόσβαση των αγροτών της Ινδίας στις αγορές της χώρας παρεμποδίζεται από το κακό οδικό δίκτυο, οι δομές της αγοράς για εξαγωγές των αγροτικών προϊόντων είναι υποτυπώδης, ενώ υπάρχει εκτεταμένη ρύθμιση της αγοράς από μέρος του Κράτους (World Bank 2008). Ωστόσο, οι μουσώνες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην Ινδική αγροτική οικονομία και καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το εάν η συγκομιδή θα είναι αρκετή, μέτρια ή φτωχή κάθε χρονιά.

Παράλληλα με τη γρήγορη οικονομική ανάπτυξη της χώρας και τη μείωση της φτώχειας υπάρχει αξιόλογη βελτίωση σε αρκετούς δείκτες ανθρώπινης ανάπτυξης από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι οποίοι είναι είτε σε επίπεδο δημογραφικών χαρακτηριστικών είτε σε επίπεδο δεικτών κοινωνικής ανάπτυξης. Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η Ινδία έκανε σημαντικά βήματα εμπρός, στον τομέα της υγείας. Παρόλα αυτά είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν ανομοιομορφίες τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ανάπτυξη που έχει επιτευχθεί στη χώρα μεταξύ των διαφορετικών πολιτειών, αλλά και μεταξύ περιοχών μέσα στην ίδια πολιτεία. Η εξάλειψη αυτών των ανισοτήτων αποτελεί βασική αρχή των κυβερνήσεων στην Ινδία. Οι εφαρμοζόμενες μεταρρυθμίσεις από το 1991 και ύστερα με τις προσπάθειες σταθεροποίησης της κατάστασης και τις διαδικασίες μείωσης του ρυθμιστικού ρόλου του Κράτους φαίνεται πως έχουν διευρύνει παρά περιορίσει τις ανισότητες. Στις μεγαλύτερες περιφέρειες της Ινδίας υπάρχουν περιοχές όπου παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές στους δείκτες ανάπτυξης (World Bank 2008). Υπό αυτό το σκηνικό, η παρούσα μελέτη προσπαθεί να αναλύσει την αγροτική ανάπτυξη και τα αντίστοιχα σενάρια για τον τομέα της υγείας, στις παρούσες συνθήκες, στη βάση πολλαπλών πηγών δεδομένων.

### **Αγρο-οικολογικές Περιοχές**

Στην Ινδία, η ανάπτυξη γεωργικών εκμεταλλεύσεων είναι σε υψηλό βαθμό εξαρτώμενη από την περιοχή από βρίσκεται το αγροτεμάχιο. Γι αυτό το λόγο, η διαθέσιμη γεωργική γη στη χώρα κατηγοριοποιείται σε διαφορετικές αγρο-οικολογικές περιοχές βασιζόμενες σε κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Μια ζώνη/περιοχή γης θεωρείται ότι είναι κατάλληλη για καλλιέργεια όταν το κλίμα της ευνοεί τη σπορά και ανάπτυξη βασικών αγροτικών προϊόντων. Μια περιοχή χαρακτηρίζεται ως οικολογική όταν διαθέτει πλούσιο έδαφος, πυκνή βλάστηση, πανίδα και υδρόβιο σύστημα (FAO, 1983). Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της χρήσης λιπασμάτων για την περίοδο 2004-2005, η Ινδία κατηγοριοποιείται σε έξι αγρο-οικολογικές περιοχές: ξηρή, ημίξηρη, σχεδόν υγρή, αρκετά υγρή, παράκτια και νησιωτική (Indian Council of Agricultural Research 2006a).

### **Λειτουργικοί Επενδυτές**

Ο κάτοχος των δικαιωμάτων χρήσης γης στην Ινδία είναι το άτομο εκείνο που έχει την ευθύνη λειτουργίας και αξιοποίησης της αγροτικής περιουσίας και που εφαρμόζει πρώτος νέες τεχνικές μεθόδους. Αυτός μπορεί να είναι ο οικονομικός κυρίαρχος ή να μοιράζεται την ευθύνη με άλλους. Ο κάτοχος των δικαιωμάτων χρήσης γης και υπεύθυνος λειτουργίας δύναται να είναι είτε φυσικό είτε νομικό πρόσωπο (Indian Council of Agricultural Research 2006b). Ο Πίνακας 1 δείχνει τον αριθμό των λειτουργικών επενδυτών και τις εκτάσεις που έχουν στη διάθεσή τους, τις τελευταίες δεκαετίες.

**Πίνακας 1. Αριθμός Λειτουργικών Επενδυτών και Αγροτική Περιοχή Ευθύνης ανά Τύπο Επένδυσης**

Μέγεθος Αγροτικής Γης	Αριθμός Λειτουργικών Επενδυτών (σε χιλιάδες)			Αγροτική Περιοχή Ευθύνης (σε χιλιάδες εκτάρια)		
	1985-'86	1990-'91	1995-'96	1985-'86	1990-'91	1995-'96
Πολύ μικρό (≤ 1 ha)	57,8	59,4	61,6	13,4	15,0	17,2
Μικρό (1-2 ha)	18,4	18,8	18,7	15,6	17,4	18,8
Σχεδόν μεσαίο (2-4 ha)	13,6	13,1	12,3	22,3	23,2	23,8
Μεσαίο (4-10 ha)	8,2	7,1	6,1	28,6	27,1	25,4
Μεγάλο (≥ 1 ha)	2,0	1,6	1,2	20,1	17,3	14,8

Πηγή: Indian Council of Agricultural Research, 2006b.

**Συνολική Καλλιεργήσιμη Γη, Συνολική Καλλιεργήσιμη Γη με Αρδευτικά Δίκτυα και Αναλογία Γης προς κάθε Ινδό Κάτοικο**

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 2, το ποσοστό της γης που καλλιεργούνται δημητριακά ως προς το συνολική καλλιεργήσιμη γη, αλλά και τη συνολική καλλιεργήσιμη γη με αρδευτικά δίκτυα στην Ινδία συνεχώς μειώνεται, διαχρονικά. Η ίδια τάση σημειώνεται και σε ότι αφορά την αναλογησθείσα γη προς κάθε Ινδό κάτοικο. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι ενώ το ποσοστό καλλιεργήσιμης γης ήταν 75,7 το 1951-52 έπεσε σε 65,3 το 2001-02. Παρομοίως, το ποσοστό της συνολικής καλλιεργήσιμης γης με αρδευτικά δίκτυα ήταν 80,1 το 1951-52 και μειώθηκε σε 69,8 το 2001-02. Το 1951-52, η αναλογία γης προς κάθε Ινδό κάτοικο ήταν 0,34 και έπεσε το 2001-02 σε 0,16.

**Πίνακας 2. Συνολική Καλλιεργήσιμη Γη, Συνολική Καλλιεργήσιμη Γη με Αρδευτικά Δίκτυα και Αναλογησθείσα Γη προς κάθε Ινδό Κάτοικο**

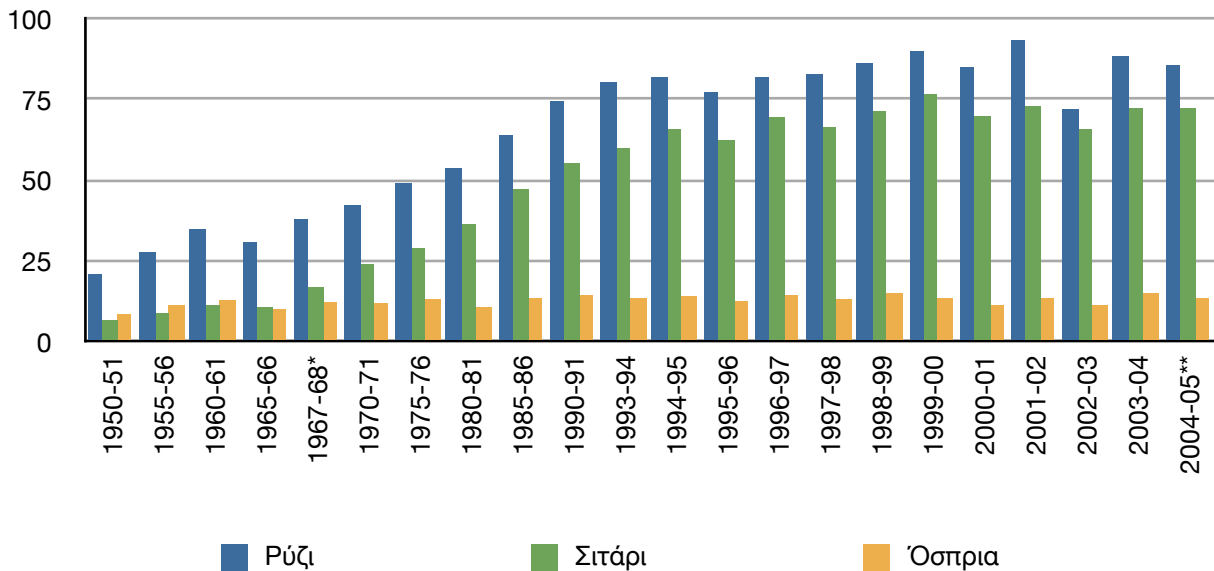
Ετος	Ποσοστό Γης που Φυτεύονται Δημητριακά ως προς		Αναλογία Γης προς κάθε Ινδό Κάτοικο
	Συνολική Καλλιεργήσιμη Γη	Συνολική Καλλιεργήσιμη Γη με Αρδευτικά Δίκτυα	
1951-52	75,7	80,1	0,34
1960-61	75,6	78,9	0,32
1970-71	75,3	78,9	0,28
1980-81	73,9	76,0	0,24
1990-91	68,9	71,0	0,20
2000-01	65,8	71,3	0,17
2001-02	65,3	69,8	0,16

Πηγή: Indian Council of Agricultural Research, 2006c.

**Τάσεις στην Αγροτική Παραγωγή**

Η αγροτική παραγωγή στην Ινδία επηρεάζεται από κλιματολογικούς, θεσμικούς, τεχνολογικούς παράγοντες και παράγοντες υποδομών. Το Διάγραμμα 1 δείχνει την τάση της αγροτικής παραγωγής σε τρία κύρια αγροτικά προϊόντα, όπως ρύζι, σιτάρι

και όσπρια στην Ινδία, στο πέρασμα των δεκαετιών. Αυτό που προκύπτει ξεκάθαρα από τα στοιχεία είναι ότι αν και παρατηρείται μια σημαντική αύξηση στην παραγωγή ρυζιού και σιταριού η παραγωγή οσπρίων είναι συγκριτικά μικρότερη σε σχέση με τα άλλα δύο αγροτικά προϊόντα.



**Διάγραμμα 1. Παραγωγή Ρυζιού, Σιταριού και Οσπρίων, 1950-2005 (σε εκατομμύρια τόνους)**

Σημείωση: \*Περίοδος Πράσινης Ανάπτυξης, \*\*Εκ των προτέρων εκτιμήσεις 06.07.2005.  
Πηγή: Indian Council of Agricultural Research, 2006b.

### Καθαρό Εγχώριο Προϊόν και οι Πολιτείες της BIMAROU

Το ακρωνύμιο BIMARU προκύπτει από τα αρχικά γράμματα τεσσάρων Ινδικών πολιτειών: Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan και Uttar Pradesh. Προσφάτως, τροποποιήθηκε σε BIMAROU και συμπεριέλαβε και την πολιτεία Orissa. Το συγκεκριμένο όρο επινόησε ο οικονομικός αναλυτής Ashish Bose. Το ακρωνύμιο BIMAROU μοιάζει με τη λέξη «Bimar» της επίσημης γλώσσας «Hindi» της Ινδίας και σημαίνει **άρρωστος**. Ο Ashish Bose χρησιμοποίησε αυτό τον όρο για να αποτυπώσει την «άρρωση» οικονομική κατάσταση στις συγκεκριμένες Ινδικές πολιτείες.

Έχει παρατηρηθεί από τις έως τώρα αναλύσεις ότι αν και η παραγωγή του ρυζιού και των σιτηρών έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες η παραγωγή των οσπρίων έχει μείνει στάσιμη. Αυτό σημαίνει ότι αν κοιτάξουμε το καθαρό εγχώριο προϊόν σε σημερινές τιμές (κατά κεφαλή εισόδημα) για τις διαφορετικές πολιτείες υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Το μέσο κατά κεφαλή εισόδημα της Ινδίας είναι Rs. 19.040. Το υψηλότερο κατά κεφαλή εισόδημα είναι στα Rs 57.432, ενώ το χαμηλότερο είναι στην πολιτεία Bihar με Rs. 5.683, μία από τις πολιτείες που συμπληρώνουν το ακρωνύμιο BIMAROU. Και οι υπόλοιπες τέσσερις πολιτείες που συμπεριλαμβάνονται στο ακρωνύμιο είναι μεταξύ των πιο φτωχών περιοχών της Ινδίας.

Αρκετές μελέτες, συμπεριλαμβανομένων κι αυτών των Ηνωμένων Εθνών δείχνουν ότι η επίδοση των πολιτειών της BIMAROU επηρεάζεται αρνητικά από το ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ της χώρας. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μια κάτω του μέσου όρου κατάταξη των πολιτειών της BIMAROU σε όλους τους δείκτες υγείας. Στο συγκεκριμένο σημείο θα αναφερθούμε στο 11ο πενταετές σχέδιο δράσης (2007-2012) της Κυβέρνησης της Ινδίας.

### **11ο Πενταετές Σχέδιο Δράσης (2007-2012)**

Οι κυριότεροι στόχοι του πενταετούς Σχεδίου Δράσης είναι οι εξής:

1. Επιτάχυνση του ετήσιου ρυθμού αύξησης του ΑΕΠ από 8% σε 10%.
2. Ετήσια αύξηση κατά 4% του ρυθμού ανάπτυξης του αγροτικού ΑΕΠ έτσι ώστε να εξασφαλιστεί αποτελεσματικότερη διάχυση των οφελειών.
3. Μείωση του ποσοστού εγκατάλειψης του δημοτικού σχολείου από τους μαθητές από 52,2% το 2003-2004 σε 20% μέχρι το 2011-2012.
4. Μείωση της διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων σε ότι αφορά το επίπεδο γνώσης γραφής και ανάγνωσης κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες.
5. Μείωση του ποσοστού βρεφικής θνησιμότητας σε 28 και της θνησιμότητας των μητέρων σε 1 για κάθε 1.000 ζώντα βρέφη που γεννιούνται.
6. Μείωση του συνολικού δείκτη γονιμότητας σε 2,1 παιδιά.
7. Μείωση του ποσοστού υποσιτιζόμενων παιδιών ηλικίας 0-3 ετών στο μισό του παρόντος ποσοστού.
8. Μείωση του ποσοστού αναιμίας στις γυναίκες και στα κορίτσια κατά 50% μέχρι το τέλος της εφαρμογής του Σχεδίου Δράσης, το 2012.
9. Αύξηση του βαθμού προστασίας των δασών και των δεντρόφυτων περιοχών κατά 5 ποσοστιαίες μονάδες.
10. Επίτευξη όλων των επιτρεπτών από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας επιπέδων για την ποιότητα του αέρα σε όλες τις μεγαλουπόλεις της Ινδίας μέχρι το 2011-2012.
11. Επεξεργασία όλων των αστικών λειμμάτων μέχρι το 2011-2012 ώστε να καθαριστούν τα νερά των ποταμών.

Οι επίσημες εκτιμήσεις για το ποσοστό του Ινδικού πληθυσμού που βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας δείχνουν ότι υπάρχει μια σημαντική πτωτική τάση. Ωστόσο, οι πολιτείες της BIMAROU παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Καθ' όλη τη δεκαετία που εξετάστηκε, οι πολιτείες της BIMAROU παρέμειναν στο σημείο εκκίνησης, ενώ οι υπόλοιπες πολιτείες της Ινδίας κινήθηκαν εμπρός. Οι οικονομίες των πολιτειών της BIMAROU αυξήθηκαν κατά μέσο όρο 4,6%, ετησίως, σε σύγκριση με μια αύξηση της τάξης του 6,5% κατά μέσο όρο που παρατηρήθηκε σε όλη την Ινδία κατά τη δεκαετία 1990-00.

### **Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (Human Development Index - HDI)**

Ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI) αποτελείται από τρεις δείκτες: προσδόκιμο ζωής, επίπεδο αλφαριθμητισμού και επίπεδο φτώχειας. Ο συνολικός HDI για την Ινδία ήταν 0,530 το 1996 και 0,605 το 2006.

Τα αποτελέσματα για τον Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης κατηγοριοποιούνται σε τρεις ομάδες. Όλες οι πολιτείες της BIMAROU εντάσσονται στην 3η ομάδα (HDI: 0,501-0,600) παρουσιάζοντας μια απογοητευτική κατάσταση του πληθυσμού σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής, τα επίπεδα αλφαριθμητισμού και τα επίπεδα φτώχειας.

### **Διατροφή**

Η κατάλληλη διατροφή παίζει κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών. Η περίοδος από τη γέννηση ενός παιδιού έως την ηλικία των δύο ετών είναι σημαντική για την σωστή και υγιή ανάπτυξή του. Σε αυτό το στάδιο της ηλικίας τους τα παιδιά είναι ευάλωτα σε καθυστερημένη ανάπτυξη, έλλειψη τροφής και κοινές παιδικές ασθένειες, όπως διάρροιες και σοβαρές μολύνσεις του αναπνευστικού. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα παιδιά και οι ενήλικες είναι ευάλωτοι στον υποσιτισμό

εξαιτίας του χαμηλού σε θερμιδική αξία διαιτολογίου που έχουν στη διάθεσή τους, των μεταδοτικών ασθενειών, της απουσίας φροντίδας υγείας, καθώς και της άνιση κατανομής του φαγητού μέσα σε ένα νοικοκυριό (NFHS-III 2007). Ο υποσιτισμός σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ινδία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Περίπου τα μισά παιδιά αυτής της κατηγορίας (45,9%) υποσιτίζονται (Antony & Laxmaiah 2008).

### **Αναιμία**

Αναιμία παρατηρείται όταν υπάρχουν χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Η παρουσία αναιμίας στα παιδιά είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας διότι οδηγεί σε μια σειρά προβλημάτων, όπως διαταραγμένη γνωσιακή συμπεριφορά, μειωμένη κινητική ανάπτυξη, χαμηλά επίπεδα συντονισμού, προβληματική γλωσσική ανάπτυξη, περιορισμένα σχολαστικά επιτεύγματα και τέλος, αυξημένα επίπεδα θνησιμότητας από μεταδοτικές ασθένειες. Μία από τις πιο ευάλωτες κατηγορίες παιδιών είναι αυτή της ηλικιακής ομάδας 6-23 μηνών (NFHS-III 2007). Παρόλο που υπάρχουν διαφοροποιήσεις στα ποσοστά των παιδιών που πάσχουν από αναιμία μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της Ινδίας, ωστόσο τα ποσοστά θεωρούνται αρκετά υψηλά και κυμαίνονται από περίπου 38%, το χαμηλότερο έως 78% το υψηλότερο ποσοστό. Η αναιμία εμφανίζεται πιο έντονα στις πολιτείες της BIMAROU.

### **Πρώιμη Παιδική Θνησιμότητα**

Η παρούσα ενότητα παρουσιάζει πληροφορίες για τα επίπεδα βρεφικής θνησιμότητας, παιδικής θνησιμότητας και θνησιμότητας των παιδιών κάτω των 5 έτων. Οι δείκτες αυτοί δεν συνδέονται μόνο με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, αλλά και με το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης της χώρας, καθώς και με την ποιότητα ζωής στην Ινδία. Βοηθάνε, επίσης, στην παρατήρηση και αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης περιοχής/χώρας. Γεωγραφικά, οι νότιες και δυτικές περιοχές της Ινδίας παρουσιάζουν τους χαμηλότερους δείκτες βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, ενώ οι πολιτείες της BIMAROU τους υψηλότερους δείκτες πρώιμης παιδικής θνησιμότητας.

### **Συζήτηση**

Η σχέση μεταξύ του ανθρώπου και της γης είναι ίσως τόσο παλιά όσο και ο ίδιος ο άνθρωπος αυτός καθ' αυτός. Ο Malthus αναγνώρισε τις συνέπειες της αύξησης του πληθυσμού στις διαθέσιμες πηγές όταν αναφέρθηκε στην ανεπάρκεια της προσφοράς του εδάφους και της παραγωγής τροφίμων. Η Ινδία είναι ένα κράτος όπου συνυπάρχουν διαφορετικές κοινωνικές φυλετικές, γλωσσολογικές, θρησκευτικές και εδαφικές ομάδες ανθρώπων, η πλειοψηφία των οποίων διαμένει στα χωριά. Η αγροτική οικονομία της χώρας βασίζεται κυρίως στη γεωργία. Έχει ενδιαφέρον να αναφέρουμε ότι η συνεισφορά της γεωργίας στο ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε από 25% το 2000-01 σε 19% το 2006-07. Αν και η αγροτική παραγωγή και οι συναφείς παραγωγικοί τομείς έχουν μετρίως αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών πολιτειών της χώρας. Σε αυτό το πλαίσιο, θα ήταν καλό να αναφερθεί ότι όταν μια χώρα καταφέρνει να έχει ανάπτυξη τα οφέλη θα πρέπει να πηγαίνουν σε όλους και όχι μονάχα σε ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων. Εάν η ανάπτυξη ωφελεί λίγους τότε κινδυνεύει η βιωσιμότητά της στο μέλλον. Γι αυτό, η ισορρόπηση των οφελειών, λόγω ανάπτυξης, μεταξύ των διαφορετικών πολιτειών στην Ινδία θα πρέπει να αποτελέσει το στόχο τόσο των διαμορφωτών της πολιτικής όσο και των πολιτικών (Swain et al. 2009). Θα πρέπει να γίνει γνωστό σε όλους ότι η ζωή ενός γεωργού δεν συμπεριλαμβάνει μόνο όργωμα της γης και σπορά. Η ποιότητα ζωής των αγροτών της Ινδίας θα πρέπει να

βελτιωθεί εξασφαλίζοντάς τους μεγαλύτερο εισόδημα. Η δυνατότητα άλλων παροχών σε όλους τους αγρότες, όπως αποχετευτικά δίκτυα, συμπληρωματική εκπαίδευση γύρω από γεωργικά θέματα, καθώς και εναλλακτικές μορφές απασχόλησης θα βοηθήσουν στην διατήρηση του γεωργικού επαγγέλματος στο μέλλον. Ωστόσο, η πολιτείες της BIMAROU χρειάζονται ιδιαίτερη μεταχείριση λόγω των δύσκολων οικονομικών συνθηκών που επικρατούν σε αυτές τις περιοχές.

Παράλληλα με την γρήγορη οικονομική ανάπτυξη και τη μείωση των επιπέδων φτώχειας έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση σε διάφορους δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης τις τελευταίες δεκαετίες είτε σε ότι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είτε σε ότι αφορά κοινωνικούς δείκτες. Ωστόσο, είναι πολύ σημαντικό να αναφέρουμε ότι υπάρχουν πολύ μεγάλες διαφορές σε ότι αφορά την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μεταξύ των διαφορετικών πολιτειών της Ινδίας, αλλά και μέσα στην ίδια πολιτεία μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων της.

Στην Ινδία, 48% του πληθυσμού που ζει στα αστικά κέντρα ανήκει στο υψηλότερο επίπεδο ευημερίας/πλούτου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που ζουν στα αγροτικά κέντρα είναι 7%.

Σύμφωνα με την Εθνική Έρευνα Οικογενειακής Υγείας, Φάση III, οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας. Το φαινόμενο του υποσιτισμού είναι περισσότερο συχνό στα παιδιά όπου η μητέρα τους έχει ένα Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) κάτω του 18,5 σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες τους δεν είναι ελλιποβαρής. Από την έρευνα προκύπτει ότι όλες οι μετρήσεις/δείκτες βελτιώνονται όσο πηγαίνουμε από τα πιο φτωχά σε πιο πλούσια νοικοκυριά. Τα παιδιά που ανήκουν σε φτωχά νοικοκυριά έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υποσιτίζονται σε σχέση με αυτά που ζουν σε καλύτερες συνθήκες. Στην συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι το φαινόμενο του υποσιτισμού είναι πιο έντονο στις πολιτείες της BIMAROU. Από τα αποτελέσματα της Εθνικής Έρευνας Οικογενειακής Υγείας-III βρέθηκε, επίσης, ότι οι δείκτες βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας είναι σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στις αγροτικές περιοχές της Ινδίας. Το χρονικό διάστημα 2001-05 ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας ήταν 50% υψηλότερα στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με αυτόν στις αστικές περιοχές. Σε ότι αφορά τα επίπεδα θνησιμότητας, οι υψηλότερες διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών παρατηρούνται στα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών, τα οποία στις αγροτικές περιοχές παρουσιάζουν διπλάσια ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με αυτά στις αστικές περιοχές.

Οι παρεμβάσεις της Ινδικής Κυβέρνησης σε ότι αφορά την αναπαραγωγική και παιδική υγεία αναμένεται ότι θα αναβαθμίσουν ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και θα επιτύχουν πολλαπλούς σκοπούς. Η όλη προσπάθεια της κυβέρνησης γίνεται με σκοπό όχι μόνο να ανακατευθύνει το πρόγραμμα και να αλλάξει τη συμπεριφορά των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο γειτονιάς, αλλά να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα απομακρυσμένα χωριά της Ινδίας και σε όσους δεν έχουν δυνατότητες πρόσβασης στους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, πρέπει να αναφερθεί ότι οι φυσικές πηγές αυτής της χώρας δεν είναι αρκετές ώστε να φέρουν την ανάπτυξη στην Ινδία. Η αναζήτηση ύπαρξης ενός υγιούς πληθυσμού αποτελεί πάντα μια σημαντική παράμετρο της διοίκησης υπηρεσιών υγείας της χώρας. Ωστόσο, σε μια χώρα όπως η Ινδία, τα περισσότερα σχήματα υπηρεσιών υγείας είναι συγκεντρωτικά και δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαφορετικές ανάγκες τόσο μεταξύ των πολιτών όσο και μεταξύ των διαφορετικών πολιτειών, κατά τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας. Ως αποτέλεσμα, τα καινούργια σχήματα παροχής υπηρεσιών υγείας που δημιουργούνται δεν διαθέτουν την απαραίτητη λαϊκή αποδοχή και καθίστανται ανεπιτυχή. Συνεπώς, οδηγούμαστε στο

συμπέρασμα ότι θα πρέπει να υπάρξει, από την πλευρά της Ινδικής Κυβέρνησης, μια πιο αποτελεσματική πολιτική προσπάθεια στην ανάπτυξη των τομέων της γεωργίας και των υπηρεσιών υγείας.

### **Βιβλιογραφία**

World Bank 2008. India: Country Review, Washington.

FAO, 1983: <http://www.naarm.ernet.in/Faculty/T.Balaguru/Balaguru1.asp> - accessed on 23.4.2010 (cf. Balaguru T. Agro Ecological Regions in India – Undated)

Indian Council of Agricultural Research (2006a). Fertilizer Statistics 2004-2005. Agricultural Research Data Book 2006. New Delhi.

Indian Council of Agricultural Research (2006b). Agricultural Statistics at a Glance 2005. Agricultural Research Data Book 2006. New Delhi.

Indian Council of Agricultural Research (2006c). Agricultural Research Data Book 2006. New Delhi.

NFHS-III (2007). National Family Health Survey 2005-06. International Institute for Population Sciences, Mumbai.

Antony, G.M. & A. Laxmaiah (2008). Human development, poverty, health & nutrition situation in India. Indian J Med Res 128: 198-205.

Swain, M., M. Swain and D.K. Das 2009. Regional disparity in agricultural development in Orissa in the pre and post – reform period. Social Change, 39(2):195-215

## Η Απάτη στην Υγεία

Η υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό με την έννοια που έχει προσδώσει σε αυτό τον όρο ο γνωστός οικονομολόγος Πολ Σάμουελσον. Η εξασφάλιση αυτής της παροχής σε όλους, ανεξαρτήτως εισοδήματος και πλούτου, έχει δημιουργήσει ένα σύμπλεγμα φορέων και αρμοδιοτήτων που αποτελούν τους βασικούς συντελεστές του κλάδου της παροχής υπηρεσιών υγείας. Το πλέγμα αυτό περιλαμβάνει πρώτα και κύρια τον πελάτη (ασθενή), τους ανθρώπους της παροχής (στελέχη υπηρεσιών υγείας, γιατροί, νοσοκόμοι, τεχνικό προσωπικό κ.λπ.), τα διάφορα επίπεδα κυβέρνησης (κεντρική, περιφερειακή, τοπική), τους διάφορους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (εκκλησία, φιλανθρωπικά ιδρύματα, επαγγελματικές ενώσεις, κ.λπ.), τα ασφαλιστικά ταμεία (δημόσια και ιδιωτικά) και τέλος, τις ιδιωτικές εταιρείες (ιδιωτικά νοσοκομεία, φαρμακευτικές εταιρείες, ασφαλιστικές εταιρείες, κ.λπ.). Με όλους αυτούς τους εμπλεκόμενους και με δεδομένο ότι το κόστος υγείας δεν το επωμίζεται πάντοτε κατά 100% ο τελικός αποδέκτης του συστήματος, υπάρχει μεγάλο περιθώριο απάτης. Συνεπώς, απαιτείται οικονομικός έλεγχος όλου αυτού του πλέγματος των υπηρεσιών υγείας. Η ελεγκτική (audit) είναι επιστήμη. Και ως τέτοια έχει αρχές και κανόνες.

Αυτές οι αρχές και οι κανόνες παρουσιάζονται σε ένα πολύ σημαντικό εγχειρίδιο για την απάτη στον χώρο της υγείας (βλέπε Rebecca S. Busch. *Healthcare Fraud: Auditing and Detection Guide*. New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc). Η έκδοση του 2012 είναι η δεύτερη και κατά πολύ πιο διευρυμένη από την πρώτη έκδοση του 2008. Αυτό εξηγείται και στον πρόλογο του βιβλίου από την συγγραφέα. Όπως εξηγεί η συγγραφέας, η οποία ξεκίνησε την καριέρα της ως νοσοκόμα, στην πρώτη έκδοση χρησιμοποιήθηκε ο όρος Εύρος Φροντίδας Υγείας - ΕΦΥ (Healthcare Continuum-HCC) για να περιγράψει τους βασικούς συντελεστές (τους αποκαλεί παίκτες) του κλάδου υγείας. Αυτοί ήταν οι ασθενείς, οι πάροχοι, τα ταμεία (δηλαδή αυτοί που πληρώνουν το λογαριασμό), ο εργοδότης που προσφέρει στον απασχολούμενο ιδιωτική ή δημόσια ασφάλεια υγείας, οι διάφοροι προμηθευτές και πάροχοι ανεξάρτητων υπηρεσιών υγείας, η κυβέρνηση και το οργανωμένο έγκλημα. Στην νέα έκδοση αυτό το ΕΦΥ αποτελεί μόνο ένα από τα έξι ΕΦΥ που εξετάζονται στο βιβλίο. Πάντως, αυτό αποκαλείται το πρωτεύων ΕΦΥ (P-HCC). Τα άλλα πέντε που εξετάζονται είναι εκείνο των δευτερευόντων φορέων που αποτελούν σημείο αναφοράς (benchmarks), των πληροφορικών συστημάτων, της εκτίμησης ζημιών, της διαφάνειας και των κανόνων.

Το βιβλίο οργανώνεται σε 24 κεφάλαια. Το πρώτο και το τελευταίο κεφάλαιο εισάγουν το αντικείμενο και δίδουν τα συμπεράσματα του βιβλίου αντίστοιχα. Τα άλλα κεφάλαια εξετάζουν τις έξι κατηγορίες του ΕΦΥ. Το βιβλίο αποτελεί εγχειρίδιο-οδηγό για όλους εκείνους που θέλουν να ασχοληθούν με την απάτη στο χώρο της υγείας. Ο χώρος της υγείας έχει πολλές «δυνατότητες» απάτης και αυτή μπορεί να προέρχεται από όλους τους εμπλεκόμενους (ασθενείς, προσωπικό, ασφαλιστές, κ.λπ.), αλλά και από το οργανωμένο έγκλημα. Η ανελαστική ζήτηση των υπηρεσιών υγείας το καθιστά ως μία από τις πιο προσοδοφόρες δραστηριότητες του οργανωμένου εγκλήματος. Αν σκεφτεί κανείς το παγκόσμιο εμπόριο οργάνων φθάνει για να γίνει αντιληπτό το μέγεθος της απάτης και της κατάχρησης που ελκύει ο χώρος της υγείας. Στην Ελλάδα, το φακελάκι είναι σταγόνα στον ωκεανό μπροστά στις απάτες που γίνονται σε άλλες χώρες, όπως στις ΗΠΑ. Δυστυχώς, και στη χώρα μας οι πολλές σταγόνες έχουν δημιουργήσει ποτάμι που πλέον υπονομεύει την βιωσιμότητα του συστήματος.

Σύμφωνα με την συγγραφέα, στις ΗΠΑ το 25% των δαπανών υγείας είναι αποτέλεσμα απάτης. Η απάτη στον τομέα της υγείας περιλαμβάνει ένα από τα ακόλουθα:

- Ψεύτικες απαιτήσεις από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Εξαπάτηση σε ό,τι αφορά φθηνότερες εναλλακτικές υπηρεσίες υγείας.
- Συγκάλυψη απάτης.
- Μη πραγματική παρουσίαση του κόστους μιας υπηρεσίας υγείας.
- Μη πραγματική παροχή της δηλωμένης υπηρεσίας υγείας.

Όπως, πολύ σωστά αναφέρεται η απάτη στο χώρο της υγείας είναι ένα διεθνές και συνεχώς αυξανόμενο φαινόμενο. Εκτός των ΗΠΑ, αναφέρει παραδείγματα από την Γαλλία, την Αγγλία, την Ιαπωνία, την Ελβετία, τη Νότια Αφρική και την Αυστραλία. Οι δε απατεώνες καλύπτουν όλο το φάσμα των συμμετεχόντων και μη στον χώρο της υγείας. Η συγγραφέας τους προσδιόρισε ως εξής:

- Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας.
- Οι ασφαλισμένοι.
- Ιδιώτες, ντόπιοι και αλλοδαποί.
- Εργαζόμενοι του χώρου ασφάλειας που εγκρίνουν δαπάνες νοσηλείας στους εαυτούς τους και τους φίλους των.
- Κυκλώματα απατεώνων και εγκληματικών οργανώσεων.
- Τρίτα πρόσωπα ως προς το χώρο της υγείας που στήνουν σχήματα εξαπάτησης.
- Ταμεία κάλυψης, φορείς και προσωπικό του χώρου υγείας.
- Πωλητές και προμηθευτές του χώρου υγείας.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις είναι άτομα που σχεδιάζουν και εκτελούν τις απάτες. Η συγγραφέας επιχειρηματολογεί ότι τα άτομα αυτά πάσχουν, συνήθως, από αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Στις ΗΠΑ το 14,8% του πληθυσμού (72 εκατομμύρια άνθρωποι) έχουν διαταραχή προσωπικότητας σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ. Οι πιο επαχθείς δεν έχουν καν συνείδηση του κακού που δημιουργούν.

Η ελεγκτική και η εξιχνίαση της απάτης στο χώρο της υγείας έχει τους δικούς της κανόνες και περιλαμβάνει την άντληση πληροφοριών από εκεί που φαίνεται ότι έχουν θαφτεί για πάντα. Μάλιστα, η Διεθνής Ένωση Πιστοποιημένων Εξεταστών Απάτης σε όλους του κλάδους έχει 40 χιλιάδες μέλη από 125 χώρες και προσφέρει υπηρεσίες εκπαίδευσης εξιχνίασης απάτης σε όλα του τα μέλη. Το βιβλίο αυτό είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την εκπαίδευση όλων εκείνων που θέλουν να ασχοληθούν επαγγελματικά με την εξιχνίαση και κυρίως την πρόληψη της απάτης στο χώρο της υγείας. Έχει γραφτεί από μία συγγραφέα που έχει μακρά εμπειρία στο χώρο αυτό αφού από το 1991 δημιούργησε τη δική της επιχείρηση παροχής συμβουλών σε όλους όσους εμπλέκονται στη διαδικασία παραγωγής και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Τα κεφάλαια του βιβλίου εξετάζουν όλες τις πλευρές του θέματος της απάτης (πρόληψη, αποτροπή, διαπίστωση, επιστροφή χρημάτων, προστασία, εκπαίδευση και κατάρτιση) και των ανθρώπινων δραστηριοτήτων που τις δημιουργούν (ασθενείς, πάροχοι, ασφαλιστικά ταμεία, εργοδότες, πωλητές και εγκληματίες). Ένα καθόλα χρήσιμο βιβλίο.

## Έντυπες και Ηλεκτρονικές Εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ

α/α	Τίτλος	Επιμέλεια έκδοσης	Έτος δημοσίευσης	ISBN	Αριθμός σελίδων
1	Health Studies: Economics, Management and Policy	Angus Douglas & Zoe Boutsoli	2011	978-960-9549-25-7	312
2	Unexpected Demand and its Impact on Hospital Cost: The Case of Greece	Zoe Boutsoli (Συγγραφέας)	2010	978-960-6672-59-0	180
3	Themes on Health Care: Challenges and Future Actions	Zoe Boutsoli	2009	978-960-6672-54-5	442
4	Health Care Issues: An International Perspective	John N. Yfantopoulos, Gregory T. Papanikos & Zoe Boutsoli	2006	978-960-6672-15-6	500
5	Health Economics, Management and Policy	John N. Yfantopoulos & Gregory T. Papanikos	2005	960-88672-6-6	432
6	The Economics of Health Reforms	John N. Yfantopoulos	2004	960-88672-0-7	875
7	Issues of Health Economics and Health Management	Stephen Birch, John F.P. Bridges and Gregory T. Papanikos (assisted by Zoe Boutsoli)	2003	960-87822-1-X	200
8	Health Economics and Health Management	Sotiris Soulis	2002	960-02-1728-9	248

Για περισσότερες πληροφορίες για τις εκδόσεις της Ερευνητικής Μονάδας Υγείας του ΑΘΙΝΕΕ, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: [www.atiner.gr/docs/HEALTH\\_PUBLICATIONS.htm](http://www.atiner.gr/docs/HEALTH_PUBLICATIONS.htm).

**11<sup>th</sup> 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 **11<sup>th</sup> 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](http://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](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](mailto:health@atiner.gr), by **27 February 2012** to: Dr. Zoe Boutsoli, 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](mailto: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.

## **ΟΔΗΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΑΡΘΡΩΝ**

1. Τα άρθρα για δημοσίευση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα σε Windows Microsoft Word σε διπλό διάστημα και γραμματοσειρά Arial μέγεθος 12 και θα πρέπει να αποστέλλονται μόνο ηλεκτρονικά στην διεύθυνση: [health@atiner.gr](mailto: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

