



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
*Αποτύπωση ικανοποίησης και ασφάλειας ασθενών από εξειδικευμένα
προγράμματα πρόληψης με τη συμμετοχή μόνιμου γενικού ιατρού: το
παράδειγμα του νησιώτικου Δήμου Ελαφονήσου*

**ΑΛΕΒΙΖΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΙΑΤΡΟΣ**

Σεπτέμβρης 2015
Σπάρτη

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
**Αποτύπωση ικανοποίησης και ασφάλειας ασθενών από εξειδικευμένα
προγράμματα πρόληψης με τη συμμετοχή μόνιμου γενικού ιατρού: το
παράδειγμα του νησιώτικου Δήμου Ελαφονήσου**

**ΑΛΕΒΙΖΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ
ΙΑΤΡΟΣ**

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: **Δρ Μαρία Τσιρώνη**, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Δρ Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Δρ Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ, Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου

Οκτώβριος 2015
Σπάρτη

Copyright © ΑΛΕΒΙΖΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος μου. All right reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Μαρία Τσιρώνη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Δρ Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Δρ Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ, Επίκουρος Καθηγήτρια

Αφιερώνεται στον εκλιπόντα πατέρα μου

Ευχαριστίες

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Μαρία Τσιρώνη, καθώς και τις Δρ Σοφία Ζυγά και Δρ Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ , οι οποίες συναποτελούν την τριμελή επιτροπή κρίσης της παρούσας μεταπτυχιακής μου εργασίας για την προσφορά τους προς το πρόσωπό μου της γνωστική τους κατάρτισης και για το επιστημονικό τους ήθος, όσον αφορά στη μεταβίβαση προς εμένα προσωπικά, αλλά και όλους τους φοιτητές και τις φοιτήτριές τους κεκτημένων τους πληροφοριών, δεξιοτήτων και τρόπων σκέψης.

Επιπλέον επιθυμώ να ευχαριστήσω τους συμφοιτητές και τις συμφοιτήτριές μου για τη συνύπαρξή μας σε μια πραγματική και ουσιαστική κοινότητα μάθησης και ανταλλαγής σκέψης και προβληματισμού.

Ευχαριστίες προς τη μητέρα μου χωρίς την πολύπλευρη στήριξη της οποίας, τόσο η παρούσα εργασία, όσο και η όλη μου συμμετοχή στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα του Παν/μιου Πελ/σου θα ήταν αδύνατες.

Ευχαριστίες προς τον σύζυγό μου, για το ότι με συνόδευε και σε αυτήν την ωραία γνωστική απόπειρα, είτε ως αναγνώστης, είτε ως κριτής.

Ευχαριστίες προς τα άλλα μέλη της οικογένειάς μου και τους φίλους, τις φίλες μου που στάθηκαν πραγματικοί συνοδοιπόροι και αρωγοί στην όλη προσπάθειά μου.

Και ένα μεγάλο, ξεχωριστό ευχαριστώ από καρδιάς προς τον Πατέρα μου που πριν λίγους μήνες έφυγε πλήρης γνώσεων και εμπειριών με πόνο από την ασθένεια αλλά και πάθος για τη ζωή για το ότι υπήρξε ο πρωταρχικός δάσκαλός και μύστης μου στην ωραία περιπέτεια της γνώσης και της ζωής.

Περίληψη

Εισαγωγή: Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας. Αυτό που προκύπτει ως αναγκαιότητα για την ελληνική πραγματικότητα είναι η ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης με τη συμμετοχή μόνιμου γενικού ιατρού, που θα εξασφαλίζουν την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ασθενών.

Σκοπός επομένως της παρούσας εργασίας είναι να αποτυπώσει την ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης και την ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών από δομή Π.Φ.Υ. της νησιώτικης Ελλάδας. Επίσης βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μετά από στοχευμένες παρεμβάσεις, να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τους και τέλος να προσδιορίσει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

Μεθοδολογία: Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007) έπειτα από την έγγραφη άδεια των συντακτών. Μοιράστηκαν 400 ερωτηματολόγια (1/3 ασθενείς που επισκέπτονταν το ιατρείο τυχαία) τυχαία σε άτομα που συμμετείχαν σε προγράμματα πρόληψης αλλά απαντήθηκαν τα 199 (απαιτητικότητα 49,75%), από ασθενείς που έχουν συμμετάσχει σε εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης και με την παρουσία Ιατρικής κάλυψης από μόνιμο ειδικευμένο ιατρό Γενικής Ιατρικής στο Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Ελαφονήσου του Νησιωτικού Δήμου Ελαφονήσου, λόγω γερασμένου πληθυσμού, αναλφαβητισμού, χαμηλής ανταπόκρισης, για λόγους εργασίας, αμέλειας, έλλειψης ενδιαφέροντος. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 18.0, έκδοση για Windows. Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%.

Αποτελέσματα: Από την έρευνα προέκυψε ότι οι ασθενείς – χρήστες αξιολογούν ιδιαίτερα θετικά πρωτίστως τον γενικό ιατρό και τις υποδομές του Ιατρείου, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ικανοποιημένοι από τις

υπηρεσίες τόσο του Ιατρείου, όσο και του Προγράμματος Πρόληψης. Οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας, οι άγαμοι, οι άνεργοι και οι δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι ένιωσαν μεγαλύτερη ασφάλεια από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην έρευνα κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Το μεγάλο πλεονέκτημα του ιατρείου είναι η άριστη συμπεριφορά και η επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού και η άμεση εξυπηρέτηση και αντιμετώπιση που προσφέρθηκε

Συμπεράσματα: Από την έρευνα **προέκυψε** ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και νιώθουν ασφάλεια.

Λέξεις κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, ασφάλεια ασθενών, προγράμματα πρόληψης, στρατηγική πρόληψης υγείας, ποιότητα υγείας

Abstract

Introduction: Nowadays, in our country a radical cut is taking place in the health system. What emerges as a necessity for the Greek reality is the reconstruction of primary health care (PHC) through specialized prevention programs with the participation of a permanent general doctor, who will ensure the safety and satisfaction of patients.

The **purpose**, therefore, of this study is to capture the quality of the offered care and satisfaction of the users-patients from the PHC structure of the Greek islands. Also the key objective of this research is to investigate the improvement of population health after targeted interventions, identify the factors that affect their satisfaction and, finally, to identify the actions and interventions required to improve the quality of health services and the promotion of health of the population.

Methodology: For this study we used the questionnaire of the National School of Public Health (Kalogeraki, 2007) after the written permission of the authors. 400 questionnaires were distributed (1/3 were patients who visited the clinic accidentally) randomly to people involved in prevention programs but answered 199 (pretentiousness 49.75%) from patients who have participated in specialized prevention programs and the presence of medical coverage from a permanent specialist of General Medicine Multipurpose at the Regional Clinic in the Municipality of Elafonisos, due to aged population, illiteracy, low response, occupation, negligence, lack of interest. Statistical analysis of data was performed using the statistical package SPSS 18.0, version for Windows. Furthermore, it is worth mentioning that in all analyzes there was used a significance level of 5%.

Results: The research showed that the patients-users evaluate very positively primarily the general practitioner and the infrastructure of the Clinic, as well as the nursing staff. As a result, they feel satisfied with the services of both the Clinic and Prevention Program. Patients who were younger, single, unemployed, and public and private employees felt more security than other survey participants during the program. The great advantage of the clinic is the excellent attitude and scientific training of medical staff, as well as the prompt service and treatment offered.

Conclusions: The research **showed** that patients who participated in the program are satisfied with the provided health services and they feel safe.

Keywords: patient satisfaction, patient safety, prevention programs, preventive health strategy, health quality

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	8
Περίληψη	9
Abstract.....	11
Εισαγωγή	16
Γενικό Μέρος.....	19
Κεφάλαιο 1ο: Ποιότητα και παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες.....	20
1.1 Η έννοια της ποιότητας.....	20
1.2 Η ποιότητα στην υγεία.....	21
1.2.1 Παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	23
1.3 Η ικανοποίηση των ασθενών	23
1.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	25
1.5 Σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς.....	27
1.5.1 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς.....	30
1.5 Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από νοσοκομεία της Ελλάδας και του εξωτερικού.....	34
Κεφάλαιο 2ο: Δημόσια υγεία.....	42
2.1 Στελέχωση των υπηρεσιών	42
2.1.1 Ο οικογενειακός ιατρός	44
2.1.2 Ιατρικός Φάκελος -Κάρτα υγείας.....	45
2.2 Πολιτικές, προγράμματα, δράσεις	46
2.2.1 Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων.....	48
2.2.2 Πρόληψη χρόνιων Νοσημάτων και Ατυχημάτων.....	49
2.3 Πολιτικές προστασίας και προαγωγής υγείας.....	50
2.4 Κριτήρια Αξιολόγησης	52
Κεφάλαιο 3ο: Ασφάλεια των ασθενών.....	57
3.1 Κατάρτιση εθνικών πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών	57
3.1.1 Ενδυνάμωση των ασθενών.....	58

3.1.2 Εκπαίδευση και κατάρτιση εργαζομένων στον χώρο της υγείας σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	59
3.2 Κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο προγραμμάτων	60
3.3 Το πρόγραμμα PERSEAS στο Δήμου Ελαφονήσου	62
Ειδικό μέρος.....	64
Κεφάλαιο 4ο: Μεθοδολογία	65
4.1 Σκοπός και στόχοι της εργασίας	65
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	65
4.3 Είδος της έρευνας – δείγμα της έρευνας-εργαλεία	65
Κεφάλαιο 5ο: Αποτελέσματα	68
5.1 Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων	68
5.1.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος	68
5.1.2 Πηγές πληροφόρησης για το Πρόγραμμα Πρόληψης	70
5.1.3 Αξιολόγηση των υπηρεσιών του Γενικού Ιατρού.....	71
5.1.4 Ικανοποίηση και Ασφάλεια από το Πρόγραμμα Πρόληψης	73
5.1.5 Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού.....	74
5.1.6 Αξιολόγηση της Υποδομής του Πολυδύναμου Ιατρείου	76
5.1.7 Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου και του Προγράμματος	79
5.2 Επαγωγική Στατιστική.....	80
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση – Συμπεράσματα	90
6.1 Συζήτηση.....	90
6.2 Συμπεράσματα – Προτάσεις	94
6.3 Περιορισμοί της έρευνας	97
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	98
Ελληνόγλωσσες	98
Ξενόγλωσσες.....	100
Ιστοσελίδες	101
Παράρτημα.....	102

1. Επιστολή χορήγησης άδειας για τη χρήση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007)...	102
2. Επιστολή χορήγησης άδειας από την 6η <i>Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας</i> (Π.Ε.Σ.Υ.Π.)	104
3.Ερωτηματολόγιο	106

Εισαγωγή

Οι Abdellah & Levine, (1957) ήταν οι πρώτοι που προσπάθησαν να αξιολογήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Από τότε μέχρι σήμερα όμως έχει μεσολαβήσει μια σειρά από γεγονότα και εξελίξεις σε όλους τους τομείς όπου πλέον η ικανοποίηση και η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Johansson et al, 2002; Laschinger et al, 2005).

Η ικανοποίηση για τον ασθενή, είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει, και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό της (Donabedian, 1980). Ο Risser (1975, οπ. αναφ η Νικολάου, 2012), αναφέρει πως ικανοποίηση για τον ασθενή είναι η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσδοκίας του, για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής του, για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνει. Σύμφωνα με τους Tavana et al (2003), είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών των πελατών, γι' αυτό και η διαφορά του βαθμού ικανοποίησης και των προσδοκιών, είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος μέτρησης.

Επομένως, η μέτρηση της ικανοποίησης και της ασφάλειας των χρηστών, αναδεικνύεται σε όλο και πιο σημαντικό κριτήριο για τον τομέα της υγείας, με στόχους την αξιολόγηση των προγραμμάτων και συστημάτων υγείας, την ανάδειξη εκείνων των πτυχών της φροντίδας που χρήζουν βελτίωσης, καθώς επίσης και τον εντοπισμό των ατόμων που είναι πιθανόν να μη θελήσουν στο μέλλον να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του οργανισμού (Jackson et al, 2001; Κουμανδράκη και συν, 2004).

Η μέτρηση της ικανοποίησης και της ασφάλειας αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Οι ασθενείς μπορεί να δώσουν πληροφορίες οι οποίες, αν αξιοποιηθούν σωστά, ενδέχεται να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Είναι γνωστό, εξάλλου, ότι η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας. Η αποτύπωση της γνώμης των χρηστών των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι πολύ σημαντική επίσης για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους

συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα διεθνώς στο χώρο της υγείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει πληροφορίες για προβληματικές διαστάσεις της φροντίδας ή ακόμα και για την καταλληλότητα των συστημάτων οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, η διοίκηση είναι δυνατόν να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών για την ενίσχυση του ηθικού και την επιβράβευση του προσωπικού των νοσοκομείων (Αλετράς και συν.,2009).

Ωστόσο όμως αξίζει να αναφερθεί ότι η διερεύνηση της ικανοποίησης και της ασφάλειας των ασθενών, παρ' όλο που έχει καθιερωθεί διεθνώς ως πάγια τακτική (Andaleeb et al, 2007), απουσιάζει προς το παρόν, από την καθημερινή πρακτική των ελληνικών οργανισμών που ασχολούνται με την υγεία (Τσιριντάνη και συν, 2010), γεγονός που καθιστά απαραίτητη την συστηματική αποτύπωση της ικανοποίησης και ασφάλειας ασθενών μετά από συμμετοχή τους σε εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Ενώ όμως όλο αυτό το διάστημα, σε επίπεδο επιστημονικού διαλόγου, διατυπώθηκαν σχέδια και προτάσεις που θα μπορούσαν να προσδώσουν στο σύστημα τα χαρακτηριστικά τα οποία θα επέτρεπαν την ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών, σε επίπεδο πολιτικής πρακτικής παρατηρήθηκε ένας περιορισμός σε νομικά κείμενα, τα οποία έμειναν ανενεργά. Στη χώρα μας συντελείται τα τελευταία χρόνια μια ριζική τομή στο σύστημα υγείας, με το πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αποτελεί κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης (Σουλιώτης & Λιόνης, 2003).

Γενικά η ΠΦΥ στη χώρα μας παρουσιάζει τα εξής γενικά χαρακτηριστικά:

- Η παροχή των υπηρεσιών βασίζεται στη λειτουργία ενός άτυπου δικτύου από τις υπηρεσίες του ΠΕΔΥ.
- Οι ασφαλισμένοι φορέων που δε διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτονται μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και γιατρούς χωρίς όμως διασφάλιση επάρκειας και ποιότητας των υπηρεσιών ενώ απουσιάζουν προληπτική και μετανοσοκομειακή φροντίδα.

- Το κενό της ΠΦΥ είχε ως αποτέλεσμα την έντονη επενδυτική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Αυτό που προκύπτει ως αναγκαιότητα για την ελληνική πραγματικότητα είναι η ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης με τη συμμετοχή μόνιμου γενικού ιατρού, που θα εξασφαλίζουν την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ασθενών.

Σκοπός επομένως της παρούσας έρευνας είναι να αποτυπώσει την ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης και την ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών από δομή ΠΦΥ της νησιώτικης Ελλάδας. Επίσης βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μετά από στοχευμένες παρεμβάσεις, να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τους και τέλος να προσδιορίσει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1ο: Ποιότητα και παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες

1.1 Η έννοια της ποιότητας

Σε μια κοινωνία έντονων εξελίξεων τόσο σε τεχνολογικό όσο και σε κοινωνικοπολιτικό επίπεδο η ποιότητα είναι μια έννοια που αποκτά ολοένα και αυξανόμενη σημασία. Η λέξη ποιότητα μπήκε στον καθημερινό λεξιλόγιο και χρησιμοποιείται συχνά τόσο στις καθημερινές συναλλαγές όσο και στον καθορισμό των διαφόρων προϊόντων ή υπηρεσιών. Στο σημείο αυτό όμως γεννάται το ερώτημα του τι είναι ποιότητα. Προκειμένου όμως να επιτευχθεί η όσο το δυνατό καλύτερη προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η κατανόηση της έννοιας αυτής, δε στηρίζεται στην απλή γνώση και παράθεση των ορισμών που κατά καιρούς της έχουν αποδοθεί, αλλά στην διερεύνηση του τι ικανοποιεί τον πελάτη (Τσιότρας, 2002).

Η ποιότητα επομένως, σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο (2000), είναι μια έννοια πολύπλευρη και πολυσήμαντη, που πάρα πολλοί ειδικοί επιστήμονες, προσπάθησαν να την προσεγγίσουν και να την ερμηνεύσουν, καταλήγοντας ότι η ποιότητα είναι η συμμόρφωση της εταιρείας στις τεχνικές προδιαγραφές ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, στην ικανοποίηση του πελάτη αλλά και στην άριστη κατάσταση του προϊόντος/ υπηρεσίας, το οποίο δεν έχει ελαττώματα/ προβλήματα.

Σύμφωνα με τον Watson (2012) τον περασμένο αιώνα η έννοια της ποιότητας είχε εστιαστεί σε λειτουργικά ζητήματα με αποτέλεσμα οι επιχειρήσεις να δίδουν έμφαση μονοδιάστατα σε λειτουργικά ζητήματα και να αγνοούν τις υπόλοιπες λειτουργίες μιας επιχείρησης. Ωστόσο εξαιτίας των αυξανόμενων αναγκών οι επιχειρήσεις άρχισαν να συνειδητοποιούν ότι εκτός από τα λειτουργικά ζητήματα θα πρέπει να δοθεί έμφαση και σε άλλους τομείς που επηρεάζουν επίσης την ευημερία μιας επιχείρησης (Watson, 2012).

Ο Τούντας (2003) όμως θεωρεί ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι μια πιο σύνθετη υπόθεση από ότι στον τομέα της βιομηχανίας. Για αυτό και δεν μπορεί ούτε να προσδιοριστεί, ούτε και να οριστεί με τον ίδιο τρόπο. Για το λόγο αυτό ο Donabedian (1980, σπ. αναφ. ο Τούντας 2003) διαχώρισε την περίθαλψη σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα ώστε η επιδίωξη της ποιότητας να επιτυγχάνεται και στους τρεις αυτούς τομείς, με το μικρότερο δυνατό κόστος. Μέσα από αυτή τη συλλογιστική του όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως τη μεγιστοποίηση της

ικανοποίησης του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν στην περίθαλψη

Σύμφωνα με το Department of Health, UK (2003, οπ. αναφ. οι Παπακωτσίδης, Τσουκαλάς, 2012), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η καλύτερα παρεχόμενη περίθαλψη στον ασθενή, χωρίς διακρίσεις, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, στο καλύτερο δυνατό μέρος, με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Προσεγγίζοντας την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας από την πλευρά της διοίκησης, πρόκειται για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Ενώ προσεγγίζοντας την από την πλευρά των ασθενών και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας γενικότερα προκύπτει ότι είναι η δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και οι κατάλληλες παρεχόμενες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Γίνεται επομένως κατανοητό ότι η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας έχει διαφορετικές προσεγγίσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (Παπακωτσίδης, Τσουκαλάς, 2012).

Σύμφωνα με τον Al.Assaf (1996, οπ. αναφ. οι Παπακωτσίδης, Τσουκαλάς, 2012) θεωρεί ότι η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. Ακόμη, ένας ορισμός για την ποιότητα που έχει διατυπωθεί είναι και ο εξής: Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (Al.Assaf, 2004, οπ. αναφ. οι Παπακωτσίδης, Τσουκαλάς, 2012).

1.2 Η ποιότητα στην υγεία

Η ποιότητα στην υγεία, στις υπηρεσίες υγείας δηλαδή, είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση και αυτό γιατί οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ξεχωριστή μορφή υπηρεσιών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αυτά θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Τούντας, 2003):

- Ετοιμότητα παροχής
- Δυνατότητα πρόσβασης
- Καταλληλότητα θεραπείας
- Αξιοπιστία (έγκαιρη και σωστή διάγνωση)
- Αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση
- Τεχνολογικός εξοπλισμός

- Επαγγελματισμός
- Σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ασθενούς

Οι Παπακωστίδης και Τσουκαλάς (2012) θεωρούν ότι τα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι:

- Αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και τεχνική ικανότητα: Πρόκειται για τις κατάλληλες και άμεσες διαδικασίες περίθαλψης με το σκεπτικό την εξοικονόμηση πόρων.
- Ασφάλεια: Πρόκειται για την προστασία από σωματικές και ψυχικές βλάβες των ασθενών.
- Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή. Πρόκειται για την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις.
- Συνέχεια της φροντίδας: Πρόκειται για τη συνεχή διαδικασία αξιολόγησης και ελέγχου της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή.

Σύμφωνα με τον Onretveit (2004), τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι τα εξής:

- Καταλληλότητα: Πρόκειται για την κατάλληλη φροντίδα προς τον ασθενή.
- Διαθεσιμότητα: Πρόκειται για τη διαθέσιμη φροντίδα προς όλους τους ασθενείς.
- Συνέχεια: Πρόκειται για τον συντονισμό της φροντίδας με τους εργαζομένους μεταξύ τους.
- Αποτελεσματικότητα: Πρόκειται για την σωστά παρεχόμενη φροντίδα.
- Δραστικότητα: Πρόκειται για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας, αν πέτυχε δηλαδή τον στόχο της.
- Αποδοτικότητα: Πρόκειται για την απόδοση της φροντίδας και των πόρων που χρησιμοποιήθηκαν.
- Σεβασμός και φροντίδα: Πρόκειται για τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ο ασθενής στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη φροντίδα του.
- Ασφάλεια: Πρόκειται για την ασφάλεια του ασθενούς.
- Επικαιρότητα: Πρόκειται για την αναγκαιότητα και το χρόνο της φροντίδας.

Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ποιότητα δεν έχει τεθεί ως προϋπόθεση τόσο για τις δημόσιες όσο και για τις ιδιωτικές δομές υγείας, με αποτέλεσμα να μην

διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων σε πολλά σημεία του συστήματος (Σουλιώτης και συν., 2013).

Για αυτό και απαιτείται (Σουλιώτης και συν., 2013):

- Καθορισμός φορέα πιστοποίησης για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ρόλος αυτός θα μπορούσε να αναληφθεί από τον ΠΕΔΥ.
- Ανάπτυξη συγκεκριμένου συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω θέσπισης κριτηρίων ποιότητας και δεικτών.
- Υιοθέτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα υγείας στην ΠΦΥ.

1.2.1 Παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Οι Παπακωτσίδης, Τσουκαλάς, (2012), θεωρούν ότι οι παράγοντες που προσδιορίζουν και καθορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Ηγεσία: Ένας χαρισματικός ηγέτης μπορεί να συντονίζει τις διαδικασίες και να επιτευχθεί η ποιότητα.
- Δέσμευση στο στόχο
- Επικέντρωση στους ασθενείς και στους χρήστες των υπηρεσιών
- Διαρκείς βελτιώσεις των διαδικασιών με σκοπό τα καλύτερα αποτελέσματα.
- Ενδυνάμωση των εργαζομένων
- Προληπτικές βελτιώσεις
- Σωστή διαχείριση της πληροφορίας
- Ομαδική εργασία
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση

1.3 Η ικανοποίηση των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών ως έννοια είναι αρκετά παλιά. Στο παρελθόν, οι Bond και Thoma (1992, οπ. αναφ. οι Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010) υποστήριξαν - στην προσπάθειά τους να αποκωδικοποιήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες- ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ενκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».

Για το τι αποτελεί εκπλήρωση των αναγκών του ασθενούς, θα μπορούσε να οριστεί ο βαθμός που ικανοποιούνται οι προσδοκίες του σε συνάφεια με την προσωπική εμπειρία, μιας και οι προσδοκίες των ασθενών πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας καθόσον διαρκεί η θεραπευτική σχέση. Υπάρχουν έρευνες τα προηγούμενα χρόνια που χρησιμοποίησαν διαφορές μεθόδους για να βγάλουν εποικοδομητικά συμπεράσματα από τα όσα απάντησαν ασθενείς σε σχέση με τις προσδοκίες τους (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Για να παρέχεται υψηλή ποιότητα φροντίδας, επιτυγχάνεται εν μέρει μέσα από συνεργασία σε βασικά σημεία, με την προϋπόθεση βέβαια τη σωστή αξιολόγηση και την αποτελεσματική ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών (Donabedian, 1997).

Όταν οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι, είναι περισσότερο πιθανό να υπάρξει μια πιο θερμή συνεργασία, με αποτέλεσμα μια πιο αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη αλλά και μια πιο ενεργή συμμετοχή και συμβολή στην θεραπεία τους, επειδή ακριβώς εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς ενσωματώνει τις γενικές και τις συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των ασθενών, οι οποίες τελικά αλληλεπιδρούν με το κλινικό αποτέλεσμα (Donabedian, 1997).

Υπάρχει αναμφισβήτητος όφελος για τους επαγγελματίες υγείας, από τα συμπεράσματα των ερευνών που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και το πόσο ικανοποιημένοι είναι. Και αυτό γιατί, μέσα από την αξιολόγηση, προκύπτουν συμπεράσματα τόσο για την ουσιαστική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, όσο και η ουσιαστική συμβολή για τον εξορθολογισμό των δαπανών για την υγεία. Βέβαια έχει αναδειχτεί από τους ερευνητές η έλλειψη συστηματικής μέτρησης της ικανοποίησης των αναγκών, καθώς και η παντελής σχεδόν έλλειψη συγκριτικών μελετών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Επίσης πρέπει να ληφθεί υπόψη η βιβλιογραφία η οποία καταγράφει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν έχει ουσιαστική αποτελεσματικότητα και όφελος στη διευκόλυνση της διαδικασίας της ιατρικής θεραπείας. Αυτό προκύπτει επειδή οι ασθενείς δεν διαθέτουν κάποια εξειδικευμένη κλινική εμπειρία και επηρεάζονται σαφώς από παράγοντες που δεν είναι ιατρικοί (1992, οπ. αναφ. οι Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

1.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, όπως το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, που συμβάλλουν αρνητικά ή θετικά στους ασθενείς και κατ' επέκταση στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society for Quality & Safety in Health care, 2003).

Από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003) προκύπτει ότι οι παράγοντες που προτείνει να εξετάζονται σε σχέση με τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι:

- **Οι προσδοκίες των χρηστών:** Οι προσδοκίες του καταναλωτή έχουν αναμφισβήτητα κεντρικό ρόλο στο αν το αποτέλεσμα θα είναι ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Η σχετική βιβλιογραφία (Williams, 1994), δεν συμπεριλαμβάνει ως κομβικό σημείο την σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενούς σε ένα σημαντικό βαθμό σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε.
- **Η ηλικία:** Στις περισσότερες των ερευνών τα ηλικιωμένα άτομα εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, από ασθενείς νεότερης ηλικίας (Crow et al., 2002). Τα ηλικιωμένα άτομα εκφράζουν σε μεγάλο βαθμό κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να έρθουν σε σύγκρουση με την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Paranikolaou & Ntani, 2008). Αυτό γίνεται αφενός γιατί δεν έχουν υψηλές προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης, αφετέρου γιατί διαθέτουν μεγαλύτερη ανοχή μη εκφράζοντας άμεσα την όποια δυσαρέσκειά τους. Το παραπάνω συμβαίνει κυρίως λόγω της υψηλής εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις.
- Σε σχέση με **το φύλο** δεν έχει αναδειχτεί σαφώς αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Υπάρχουν αλληλοσυγκρουόμενες μελέτες, αλλά κάποιες από αυτές δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους

ιατρούς, έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).

- **Η ασθένεια:** Όταν υπάρχουν ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες, κάτι που συντελεί στο να βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση, οι ασθενείς αυτοί αποδεικνύεται ότι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η δυσαρέσκεια τους οφείλεται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες (Hall & Milburn, 1998).
- **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση:** ένας παράγοντας που δείχνει να επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. αποτελεί η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο. Για παράδειγμα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με όχι υψηλό επίπεδο μόρφωσης, εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, από ό,τι οι ασθενείς νεότερης ηλικίας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Θέλοντας κανείς να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό, εντοπίζει στις χαμηλότερες προσδοκίες των πρώτων και στις υψηλότερες των δεύτερων (Niakas et al., 2004). Παράλληλα ο τομέας της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν δείχνει να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crow et al, 2002; Quintana et al, 2006). Οι ασθενείς που είναι παντρεμένοι αποδεικνύεται ότι έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης και συν, 2004).
- **Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης:** Άρρηκτα συνδεδεμένος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και ο βαθμός ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών που διαθέτουν λόγω της εμπειρίας προγενέστερης παροχής υπηρεσιών (Crow et al, 2003).
- **Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) με τον ασθενή:** Κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση αποτελούν η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές και το πώς επικοινωνούν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη θεραπευτική σχέση (Scotto et al, 2009; Ng et al, 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του ιατρού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αφορά την προσέγγιση, την αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, τη μη ξεκάθαρη επεξήγηση και τη χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας (Scotto et al, 2009). Επίσης την

ικανοποίηση αυξάνουν την ικανοποίηση η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών που συντελεί στην άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση (Woodward, 2009).

- **Λειτουργικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά του Οργανισμού:** Η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η ποιοτικές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου, η καθαριότητα που υπάρχει, η άνετη διαμονή, η διαδικασία αναχώρησης, είναι κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al, 2009).

1.5 Σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς

Το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που τηρεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται σαφώς από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό σημαίνει ότι, όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια οργανική δυσλειτουργία, τότε αυτό μεταφέρεται και στον τρόπο που αντιμετωπίζει τον άρρωστο, ως ένα βιολογικό περιστατικό δηλαδή. Έτσι βασικός στόχος καθίσταται η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Σε αυτό το μοντέλο οι γνώσεις των «ειδικών» καθίστανται με τη σειρά τους πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και έχουν ως βάση τις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Την ίδια στιγμή παραμερίζεται σημαντικά η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Επομένως -παρά του ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, γνωρίζοντας σημαντικά και εις βάθος την ψυχική του κατάσταση-, δεν γίνεται δυνατό να δράσει σημαντικά και εποικοδομητικά υπέρ αυτού (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Η αρρώστια, σύμφωνα με το βιοϊατρικό πρότυπο, είναι μόνο ό,τι σχετίζεται με την πρωταρχική βιολογική διαταραχή. Κατά αυτόν τον τρόπο όμως δεν αποτελούν για τον γιατρό σημαντικό πεδίο οι αντιλήψεις του ασθενούς για την πάθησή του και επομένως υπάρχει μία τάση αποπροσωποποίησης του γιατρού με τον ασθενή του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός, να μην παίρνει καμία ευθύνη για την αρρώστια του αλλά και να μην καθίσταται συμμετοχος στην προσπάθεια για αποκατάσταση της υγείας του. Απλώς ακολουθεί τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το εμπιστεύεται αδιαμαρτύρητα σε όποια θεραπεία του επιβληθεί. Πρόκειται για μια μονομερή και

άνιση σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας. Πολλοί ασθενείς πιστεύουν ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι καθαρά οργανικό και ότι εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Επειδή φοβούνται την όποια κριτική για τον τρόπο ζωής τους και γιατί δεν συμμορφώνονται στις υποδείξεις του γιατρού σε σχέση με την ασθένειά τους, που έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνουν την υγεία τους, υποτάσσονται τελικά στο βιοϊατρικό μοντέλο. Μεταφέρουν κατά κάποιο τρόπο τη δική τους ευθύνη στους «ειδικούς» για να μεταφέρουν και την συνολική ευθύνη στους υπεύθυνους για τη θετική ή αρνητική έκβαση της υγείας τους. Επίσης αποφεύγουν να αναλάβουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, θέλοντας να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που θέλει να διατηρεί τον απόλυτο έλεγχο σε θέματα υγείας (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Αυτή η μονομερής και άνιση σχέση ενισχύεται τόσο από το προσωπικό υγείας όσο και από τον άρρωστο και, βραχυπρόθεσμα, έχει κάποιες φορές ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στην ουσία όμως δεν είναι «θεραπευτική», και αυτό γιατί αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις του ασθενούς και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που πιθανότατα διαθέτει. Παράλληλα αναδύονται η παθητικότητα και η εξάρτηση του ασθενούς, που τον κρατούν αγκυλωμένο μη έχοντας ενεργό συμμετοχή στην αποκατάσταση της υγείας του. Το μοντέλο αυτό πλέον, παρά το γεγονός ότι η κοινωνία είχε αποδεδειγμένα οφέλη από αυτό στα μεγάλα ιατρικά επιτεύγματα, δεν αποτελεί πλέον ικανοποιητικό μοντέλο στον σύγχρονο κόσμο.

Από την άλλη πλευρά, κατά τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συμμετέχει στην προσπάθεια για καλύτερευση της υγείας του, στοχεύοντας στην αναθεώρηση και διόρθωση -στο μέτρο του δυνατού- του τρόπο ζωής που έχει επιλέξει ο ασθενής, έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει με πολλαπλά οφέλη το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες και παράλληλα να αποκτά νέες συμπεριφορές (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Σε αυτή την προσέγγιση, η σχέση μεταξύ του άρρωστου και του προσωπικού υγείας δεν είναι άνιση, δεν υφίσταται μια άκαμπτη ιεραρχία, αλλά αντίθετα αναδεικνύεται μια αλληλεπίδραση και μια ουσιαστική συνεργασία. Η συνεργασία αυτή έχει στόχο μια βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέτειναν από κοινού στην εμφάνιση της ασθένειας, επηρεάζοντας δυσμενώς την υγεία του αρρώστου. Η θεραπευτική παρέμβαση είναι

πολυεπίπεδη και πραγματοποιείται από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, που έχει ως δέκτες τόσο τον άρρωστο, όσο και το άμεσο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Επομένως αναπτύσσεται μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ του προσωπικού υγείας του ασθενούς της οικογένειάς του και του ευρύτερου περιβάλλοντός του (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Τόσο οι βιολογικές όσο και οι ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής του αρρώστου λαμβάνονται υπόψη από το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο. Η ασθένεια δεν αρχίζει και δεν τελειώνει σε ένα φυσικό σημείο /σύμπτωμα, αλλά συναρτάται με τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους, μιας και το άτομο ασθενεί ως σύνολο και όχι κάποιο ή κάποια όργανά του μόνο. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, ο ιατρός θεωρώντας τη σχέση του με τον ασθενή ως ισότιμη και έχοντας κοινό και κύριο στόχο την αποθεραπεία του ασθενούς διαθέτει μια ευρεία ολιστική αντίληψη για τη νόσο και το ρόλο του (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Βέβαια, οι παραπάνω αρχές της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης έρχονται σε σύγκρουση με κάποιες πρακτικές της σύγχρονης ιατρικής, με αποτέλεσμα να αναδεικνύονται προβλήματα μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας, κάτι που σημαίνει ότι οι γνώσεις ψυχολογίας και οι δεξιότητες επικοινωνίας να θεωρούνται απαραίτητες. Έτσι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας δίνει πρωταγωνιστικό ρόλο στην υποκειμενικότητα του αρρώστου, αλλά και του επαγγελματία που τον έχει αναλάβει. Επομένως, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του αρρώστου, καθώς και στην αντίληψη που έχει για την αρρώστια και τη θεραπεία της. Επίσης έμφαση δίνεται και στη σχέση που υπάρχει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα δεν παραβλέπεται το ενδιαφέρον για τον επαγγελματία της υγείας, όπως επίσης για τα κίνητρα που τον έκαναν να ακολουθήσει το συγκεκριμένο επάγγελμα ή τις αντιλήψεις που "κουβαλά" καθημερινά για το ρόλο του. Τέλος δίνεται έμφαση και για το τι πιστεύει σε σχέση με την αρρώστια και την υγεία, αλλά και το τι προσδοκά εν τέλει και ποια γενικότερη στάση έχει σε σχέση με τους ασθενείς του (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Είναι ευνόητο ότι η αμφίδρομη σχέση που δημιουργείται και κτίζεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει σημαντικές επιπτώσεις στη γενικότερη πορεία της ασθένειας. Ο άρρωστος έχει τη δυνατότητα να εκφραστεί όχι μόνο λεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας, κατά τη

θεραπευτική σχέση, εκφράζουν με τη λεκτική αλλά και μη λεκτική συμπεριφορά τους κάτι ευρύτερο ή διαφορετικό από εκείνο που μεταδίδονται με τον λόγο. Είναι λοιπόν επιβεβλημένο να έχουν κάποιες βασικές γνώσεις ψυχολογίας που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν θετικά τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Βέβαια πολύ σημαντικό είναι να έχουν αυτογνωσία, να αντιλαμβάνονται τις ικανότητες αλλά και τα όρια τους, καθώς όλα αυτά αποτελούν πολύτιμη βοήθεια για να συνειδητοποιήσουν πώς τελικά επιδρούν πάνω τους η αρρώστια, ο πόνος, η αναπηρία, ο θάνατος και άλλες δυσάρεστες ή λιγότερο δυσάρεστες εμπειρίες που αποτελούν σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς τους (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Και τα δύο βασικά ιατρικά πρότυπα έχουν πλεονεκτήματα και ελλείψεις καθώς η εμπειρία έχει δείξει ότι δεν μπορούν να λειτουργήσουν μόνα τους το ένα από το άλλο. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, επομένως, επιβεβλημένο είναι να επιλέγει και να αντλεί από το κάθε πρότυπο τα στοιχεία που αναδεικνύονται κάθε φορά ωφέλιμα για κάθε ασθενή ξεχωριστά (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

1.5.1 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς

Σύμφωνα με το άρθρο 47 του Νόμου 2071/1992 τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς είναι:

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει, όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη του πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την

πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ.3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Η Πολιτεία, θέλοντας να προστατέψει τα δικαιώματα και των νοσοκομειακών ασθενών, προχώρησε σε νομοθετική ρύθμιση με τη ψήφιση του Ν. 2519/1997, όπου στο άρθρο 1 θεσπίζει το νομικό πλαίσιο της προστασίας αυτών. Ειδικότερα για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο του Ν. 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών, που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 1397/1983 (Αλεξιάδης, 2000).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι κάθε ασθενής νοσηλευόμενος σε Δημόσιο Νοσηλευτικό Ίδρυμα έχει ορισμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 47 του Ν.2071/1992 και την ισχύουσα νομοθεσία και νομολογία και αυτά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στα εξής (Αλεξιάδης, 2000):

ο **Δικαιώματα:**

- ✓ Όλοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα.
- ✓ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του.
- ✓ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου του και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του.
- ✓ Ο ασθενής ανάλογα με τις προϋποθέσεις που θέτει ο ασφαλιστικός οργανισμός, δικαιούται και την αντίστοιχη κατηγορία κλίνης στο Νοσοκομείο, με την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- ✓ Αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή έχει βιβλιάριο απορίας, η νοσηλεία του καλύπτεται από το ασφαλιστικό του ταμείο ή το Δημόσιο.
- ✓ Ο ασθενής έχει δικαίωμα εγγράφως ή προφορικά να διαμαρτυρηθεί ή να καταθέσει ενστάσεις και ακολούθως να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.
- ✓ Για κάθε παράπονο ο ασθενής και οι συγγενείς να απευθύνονται στους ιεραρχικά υπεύθυνους καθώς και στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη που λειτουργεί εντός του Νοσοκομείου.
- ✓ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη σύγκλιση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να εξεταστεί η περαιτέρω κατάσταση της υγείας του και κυρίως επί σοβαρών περιπτώσεων ασθενειών.
- ✓ Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση σε αυτόν συμβολαιογράφου ή άλλου δημοσίου λειτουργού προς τακτοποίησης οποιασδήποτε υπόθεσής του.
- ✓ Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής.

ο **Υποχρεώσεις:**

- ✓ Ο ασθενής έχει υποχρέωση να ενημερώνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τα φάρμακα που τυχόν έπαιρνε πριν την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο και να συνεργάζεται με ειλικρίνεια.
- ✓ Η παραμονή συγγενών και φιλικών προσώπων στους θαλάμους να είναι ολιγόωρη και όχι πολυπληθής.
- ✓ Οι συνοδοί που παραμένουν στους θαλάμους λόγω ειδικής άδειας, πρέπει να φροντίζουν στη διατήρηση της καθαριότητας. Να μην κάθονται στα κρεβάτια των ασθενών, να μην βάζουν λουλούδια στους θαλάμους και να μην κρατούν τρόφιμα, αναψυκτικά και καφέδες, γιατί μεταβάλλονται σε εστίες μικροβίων.
- ✓ Οι συνοδοί και οι επισκέπτες να μην προκαλούν θόρυβο, γιατί οι ασθενείς έχουν ανάγκη ηρεμίας και ησυχίας.
- ✓ Οι συνοδοί και οι επισκέπτες να μην φέρουν μαζί τους πολύτιμα αντικείμενα καθώς και μεγάλα χρηματικά ποσά.
- ✓ Οι ασθενείς, οι συνοδοί και οι επισκέπτες οφείλουν να είναι συνεπείς στα ραντεβού που έχουν κλείσει και να μην απομακρύνονται από τους θαλάμους άνευ αδείας.
- ✓ Οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν πάντα το βιβλιάριο υγείας, και ασφάλισης, τις εξετάσεις που τυχόν έχουν κάνει στο παρελθόν καθώς και κάθε σχετικό έγγραφο (πληροφοριακό δελτίο, οδηγίες κ.λ.π.).
- ✓ Εάν ο ασθενής είναι ανασφάλιστος πληρώνει το αντίτιμο του νοσηλίου του, απευθείας και μόνο στο Λογιστήριο Νοσηλευομένων, που τους παρέχει και την σχετική απόδειξη.
- ✓ Απαγορεύεται οι επισκέπτες να εισέρχονται εντός του Νοσοκομείου με αυτοκίνητο ή άλλο μεταφορικό μέσο.
- ✓ Αμοιβή σε οποιοδήποτε πρόσωπο και για οποιοδήποτε λόγο είναι παράνομη και προσβάλλει τους ίδιους τους εργαζόμενους.
- ✓ Οι ασθενείς και οι συνοδοί αυτών, κατά την εισαγωγή τους, πρέπει να δίνουν απαραίτητα τα στοιχεία τους και τις πληροφορίες που τους ζητούνται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- ✓ Απαγορεύεται αυστηρά το κάπνισμα σε όλους τους χώρους του Νοσοκομείου.

1.5 Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από νοσοκομεία της Ελλάδας και του εξωτερικού

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν, οι αξιολογήσεις της ποιότητας βασίζονταν αποκλειστικά στην άποψη του προσωπικού. Σήμερα, όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης, & Λεμονίδου, 1998).

Ωστόσο όμως οι περισσότερες μελέτες που μετρούν την ποιότητα, επειδή ακριβώς υιοθετούν έναν ιδιαίτερα στενό ορισμό της ποιότητας υστερούν, τελικά, δίνοντας μικρή σημασία στην πρόληψη, αποκατάσταση, συντονισμό και στη συνεχή παροχή φροντίδας της ιατρικής φροντίδας, όπως επίσης στη διαχείριση των σχέσεων ιατρού ασθενούς (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013).

Η αποτύπωση της γνώμης των νοσηλευόμενων ασθενών που δέχονται τις παροχές υγείας αποτελεί τον πιο σύγχρονο τρόπο διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο του νοσοκομείου. Η καταγραφή της γνώμης σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γίνεται με ερωτηματολόγια συγκεκριμένης δομής, τα οποία επιχειρούν να μετρήσουν την ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας. Βασική μεταβλητή αποτελεί η αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή και ταυτόχρονα συστατικό στοιχείο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μεταβλητές που λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη όταν έρχεται η στιγμή της αλλαγής διοίκησης και διαχείρισης στα περισσότερα συστήματα υγείας (Μερκούρης, & Λεμονίδου, 1998). Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών εστιάζεται σε ένα σχετικά απλό ερωτηματολόγιο και βέβαια στα αποτελέσματά του (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002).

Σύμφωνα με τους Παπανικολάου & Σιγάλα (1995) στη μελέτη τους «*Η ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας*» έγινε απόπειρα μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με βασικό μέλημα να δημιουργηθεί η κατάλληλη μέθοδος συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς, ώστε χρησιμοποιώντας την να μπορεί κάποιος να έχει σημαντικό εργαλείο στην εκτίμηση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και στον εφοδιασμό των υπεύθυνων των κλινικών και της διοίκησης των Νοσοκομείων με σημαντικά και επωφελή στοιχεία, κυρίως σε ό, τι αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας.

Σκοπός της έρευνας αποτέλεσε η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διανομής Νοσοκομειακής Φροντίδας, όπως επίσης μίας θεωρίας για τη βελτίωσή του και των παραμέτρων εκείνων τους οποίους θα πρέπει να λάβουμε υπόψη σε σχέση με τις απόψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. Όλα αυτά συμβάλλουν σημαντικά στο σχεδιασμό βελτιώσεων. Η έρευνα κράτησε τέσσερις εβδομάδες. Από τη μελέτη διαφάνηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών που έπαιρναν εξιτήριο από τα δύο νοσοκομεία, ήταν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που δέχτηκαν και μέτριου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκε και η έρευνα των Νιάκα και Γαρδέλη (2000), σύμφωνα με την οποία οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν ικανοποιημένοι από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με την συμβολή μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης. Η ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία κυμαίνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα, παρά τα προβλήματα που αφορούν την ξενοδοχειακή υποδομή ή την έλλειψη προσωπικού ή την καθαριότητα των χώρων αλλά και κάτι ακόμα σημαντικότερο, τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Νιάκα & Γαρδέλη (2000)).

Η έρευνα των Σουλιώτη και συν., (2000) έδειξε παρόμοια συμπεράσματα με την προηγούμενη ότι δηλαδή η ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία κυμαίνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα, ενώ προβλήματα υπάρχουν με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Αλλά και η έρευνα των Κυριόπουλο και συν., (1994) έδειξε ότι ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών διαφέρει από διαμέρισμα σε διαμέρισμα της χώρας και επίσης υπάρχει διαφοροποίηση σε ότι αφορά στο ιατρικό, νοσηλευτικό, ξενοδοχειακό και διοικητικό επίπεδο των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επίσης ένα βασικό συμπέρασμα είναι ότι διαπιστώνεται χαμηλός δείκτης ικανοποίησης σε βασικές νοσοκομειακές λειτουργίες, όπως κατάσταση θαλάμου, διατροφή, καθαριότητα, επικοινωνία, οργάνωση κ.τ.λ., ενώ αντίθετα η ικανοποίηση από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι υψηλού βαθμού (Κυριόπουλο και συν., 1994).

Οι Al-Kandari & Ogundeyin (1998) διεξήγαγαν μια έρευνα στο Κουβέιτ με θέμα: «Αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο Κουβέιτ», εξετάζοντας κάτω από άλλο πρίσμα την έννοια της

ικανοποίησης των ασθενών. Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τα στοιχεία της διαδικασίας περιποίησης. Από την έρευνα δεν υπήρξε -σε στατιστικό επίπεδο- κάποια σημαντική διαφορά στην αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε πέντε νοσοκομεία και στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες που μελετήθηκαν. Επίσης μεταξύ των νοσηλευτών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες σε σχέση με τους τομείς της αξιολόγησης, του προγραμματισμού και της εφαρμογής, δεν υπήρξε κάποια σημαντική διαφοροποίηση. Εντούτοις αναδείχτηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες στους τομείς της υπευθυνότητας και της ευθύνης. Αυτό μαρτυρεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται και από το είδος της ασθένειας και της μονάδας στην οποία βρίσκονται.

Αλλά και οι Alasad και Ahmad (2004) με την μελέτη τους, έθεσαν μια άλλη παράμετρο για την ικανοποίηση των ασθενειών που σχετιζόταν με την ενημέρωση και την πληροφόρηση που λάμβαναν από το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Πιο αναλυτικά εκπόνησαν μια έρευνα σε ένα νοσοκομείο της Ιορδανίας για να προσδιορίσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους. Το δείγμα της μελέτης ήταν 225 ενήλικοι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Ιορδανία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε θετική εμπειρία σχετικά με το νοσηλευτικό χρόνο που τους διατέθηκε αλλά και από το σεβασμό που έδειξαν οι νοσηλευτές τόσο σε συγγενείς όσο και φίλους των ασθενών. Επίσης, βρέθηκε ότι αν και το ποσό των νοσηλευτικών πληροφοριών που δόθηκαν στους ασθενείς, είναι κύριος παράγοντας για την άποψη που διαμορφώνουν οι ασθενείς, οι πληροφορίες που προσφέρονται έγιναν αντιληπτές από την πλειοψηφία των ασθενών ως ανεπαρκείς. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που ενισχύουν τις απόψεις των ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα είναι κρίσιμος, δεδομένου ότι βοηθά τους νοσηλευτές για να παρέχουν την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.

Επιπλέον διδακτορική διατριβή στην Ελλάδα το 1996 με θέμα: «*Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*» που πραγματοποιήθηκε περιελάμβανε έρευνα που στόχευε να δημιουργήσει μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Τα κύρια συμπεράσματα ήταν παρόμοια με τα δεδομένα της υπάρχουσας

βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως κυριότερους παράγοντες την πληροφόρηση, το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Αντίθετα αναδείχτηκε από την έρευνα σημαντική δυσαρέσκεια για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Παράλληλα, η ικανοποίησή τους σε σχέση με την πληροφόρηση, την εξυπηρέτηση και το φαγητό ήταν σε χαμηλά επίπεδα, με κύρια αιτιολογία τη συχνή αναφορά στην έλλειψη προσωπικού, την οποία θεώρησαν ότι αποτελεί την κυριότερη πηγή των περισσότερων προβλημάτων.

Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη & Τσουκαλά (2012), οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται σε όλους τους τομείς γιατί δικαιούνται τη βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Για το λόγο αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της διοίκησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Είναι σημαντικό να ενσωματωθούν οι διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας στη ροή του τμήματος με τη συμμετοχή του προσωπικού, στο σύνολό του. Ο φόβος της αλλαγής και η ανησυχία για το αρχικό κόστος και το γραφειοκρατικό φόρτο μπορούν να υπερκεραστούν όταν τεθεί σε τροχιά η εφαρμογή των πρώτων ελέγχων και αναδειχθούν οι αδυναμίες του τμήματος. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η αναγνώριση της αξίας ενός πρωτοκόλλου ποιότητας, στη διαμόρφωση και την υλοποίηση του οποίου θα συμμετέχουν όλοι.

Παρόμοιες έρευνες σε διεθνή κλίμακα έχουν γίνει στο πολλαπλάσιο και πολλές από αυτές στοχεύουν στη δημιουργία μιας δεξαμενής πληροφοριών, η οποία μπορεί να οδηγήσει στους μηχανισμούς παρέμβασης για τη βελτίωση της διαχειριστικής διαδικασίας, με σκοπό βέβαια την αναβάθμιση της ποιότητας των φροντίδων υγείας, όπως επίσης να αναδείξει την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών σε μια πολιτική υγείας υπό διαμόρφωση. Τα τελευταία χρόνια οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Δυτική Ευρώπη δείχνουν έντονη κινητικότητα στην επιστημονική δραστηριότητα και μάλιστα προς αυτή την κατεύθυνση. Υπάρχει μια στάση των καταναλωτών υγείας απέναντι στη συμπεριφορά των γενικών και ειδικών γιατρών, η οποία παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον και η ιατρική επιστημονική διαχειριστική και οικονομική συμπεριφορά των γιατρών έχει σταθμιστεί σε σχέση με το κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο των ασθενών. Επίσης σε αρκετές των περιπτώσεων υπάρχει άμεση σχέση της ικανοποίησης με το εισόδημα (Θεοδοσοπούλου και Ραυτόπουλος 2002)

Η ικανοποίηση όμως των ασθενών εκτός από το εισόδημα μπορεί να συνδέεται και με την ηλικία, κάτι που προκύπτει και από την έρευνα των Moret et al., (2007). Η έρευνα κατέδειξε ότι η ηλικία των ασθενών ήταν γραμμική και θετική με την ικανοποίηση πριν και αρνητική για την ηλικία πέρα από τα 65 χρόνια, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν είναι απαραίτητες περισσότερες μελέτες προκειμένου να αποδειχθεί ότι πέρα από τα 65 έτη, η ικανοποίηση από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης μειώνεται.

Η έρευνα Υπουργείου Υγείας της Victoria (1997, οπ. αναφ. οι Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013) έδειξε ότι η μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών, η εκτίμηση της φροντίδας που έλαβαν, η ανατροφοδότηση που επιτεύχθηκε σε συγκεκριμένες πτυχές κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και πιο συγκεκριμένα την επάρκεια των πληροφοριών στην εισαγωγή, την αποδοχή του χρόνου παραμονής για την εισαγωγή, την ευγένεια και επικοινωνία των γιατρών και νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς και τους περιοίκους της, τη διαθεσιμότητα γιατρών και νοσηλευτών, την ευγένεια του υπόλοιπου προσωπικού, εκτός του ιατρονοσηλευτικού, την κατανόηση και ενσυναίσθηση όλου του προσωπικού, την καθαριότητα των δωματίων, την ποιότητα του φαγητού, τα παράπονα που προέκυψαν κατά την παραμονή στο νοσοκομείο και την ικανοποιητική βούληση για επιστροφή στο ίδιο νοσοκομείο, αποτέλεσαν τους στόχους για την ικανοποίηση των ασθενών (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013).

Τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι επιθυμίες και οι δυνατότητες των ασθενών δεν εκπληρώνονται σε μερικά νοσοκομεία και ότι πιθανότατα είναι αναγκαία η βελτίωση σε τομείς όπως η συμπεριφορά και ο εξοπλισμός για βελτίωση. Πέρα από αυτό όμως, προκύπτει το συμπέρασμα ότι κάποιες περιοχές που χρειάζονται βελτίωση δεν είναι προς όφελος, όπως η σημαντική είσοδος των στοιχείων συμπεριφοράς για να κάνουν τη βελτίωση, ιδιαίτερα στις περιοχές παροχής επικοινωνίας και πληροφοριών. Βέβαια αν οι περιοχές για τη βελτίωση που αναδεικνύεται έχουν αποτελέσματα, τα γενικά επίπεδα για την ικανοποίηση των ασθενών είναι πιθανόν να αυξηθούν (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013).

Από την εμπειρική μελέτη των Αντωνοπούλου και συν., (1991), προέκυψε το συμπέρασμα ότι μια κατηγορία νέων ανθρώπων που ήταν εξαρτημένοι οικονομικά, δεν διατύπωσαν καλή άποψη για τις υπηρεσίες περίθαλψης, κυρίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό. Η έρευνα αποτέλεσε ευκαιρία να διατυπωθούν και να διαμορφωθούν συμπεράσματα-οδηγός για τρόπους βελτίωσης της ποιότητας των

υπηρεσιών από τα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία αποτελούν ουσιαστικά τον προνομιακό δεσμό του νοσοκομείου με το εξωτερικό περιβάλλον.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ο Donabedian (1998) έχει περιγράψει και αποτιμήσει τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το τρίπτυχο δομή-διαδικασίες-αποτελέσματα αποτελεί το επίκεντρο του ενδιαφέροντός του. Επίσης θεωρεί ότι η ιατρική τεχνολογία δεν μπορεί να αποδώσει στον μέγιστο βαθμό και δεν μπορεί να μετρηθεί επακριβώς η «επιτυχία» που επιτυγχάνεται σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη αυτό, υποστηρίζει ο Donabedian (1998) ότι επιβάλλεται να υπάρχουν και να αξιοποιούνται συγκριτικές μελέτες των αποτελεσμάτων, κάτω από ελεγχόμενες καταστάσεις.

Αυτό που επιβάλλεται επομένως είναι η ενασχόληση με τις πηγές και τις μεθόδους απόκτησης πληροφοριών και δεδομένων που θα ενισχύσουν τα συμπεράσματα και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μέθοδοι δηλαδή όπως οι κλινικοί δείκτες, η απευθείας παρατήρηση των δραστηριοτήτων των γιατρών καθώς και η μελέτη συμπεριφορών και απόψεων των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού. Βέβαια, κάποιες φορές προκύπτουν ελλείψεις στην ακρίβεια των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και αποτίμηση της ποιότητας (Γιαννακοπούλου & Ζυγά, 2013).

Αλλά και οι Currie et al., (2005), θεωρούν ότι τα παραδοσιακά εργαλεία αξιολόγησης της περιποίησης είναι σχετικά ανενεργά και αυτό γιατί έχουν αποτύχει να προσφέρουν τις πληροφορίες που είναι αναγκαίες ώστε να προσεγγιστούν οι απόψεις τόσο των ασθενών όσο και των εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Η νοσηλευτική φροντίδα ως δείκτης της ποιότητας συνδέεται και σε άλλα και διαφορετικά επίπεδα καθώς υπάρχουν διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές και οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα (Currie et al., 2005).

Για αυτό οι έρευνες που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών είναι υψίστης σημασίας στη δυναμική βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης, όπου πολλοί προμηθευτές βρίσκονται αντιμέτωποι με τις τέμνουσες δαπάνες, ενώ παρέχουν ταυτόχρονα υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Οι ασθενείς οι εργοδότες, οι επιχειρησιακές ομάδες, τα σχέδια υγείας και οι ασφαλιστές έχουν μια διερευνητική στάση στην παράδοση της φροντίδας, την ποιότητα και την προοπτική κόστους. Σε ένα περιβάλλον ρυθμισμένης φροντίδας, όπου επικρατεί η σύντομη παραμονή και ο αυξανόμενος αριθμός εξωτερικών ασθενών, οι προμηθευτές υγειονομικής

περίθαλψης βρίσκονται σε έναν αγώνα δρόμου για να διατηρήσουν μια ισχυρή βάση ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί οργανικό συστατικό που συνδέεται με τον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας του νοσοκομείου, σε σχέση με το κόστος και τις υπηρεσίες (Θεοδοσοπούλου και Ραυτόπουλος, 2002).

Οι Παπακωστίδη & Τσουκαλά (2012) αναφέρουν ότι είναι ευθύνη της ηγεσίας να καθοδηγήσει τους εργαζόμενους στο όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, με μέσο τη διαρκή βελτίωση, που θα αποτελεί ταυτόχρονα κίνητρο για επαγγελματική και ηθική ολοκλήρωση.

Η καταγραφή των διαδικασιών και η εφαρμογή πρωτοκόλλων, που, ως γνωστόν, λαμβάνουν χώρα σε καθορισμένες συνθήκες, έχουν αξία από τη στιγμή που υλοποιούνται στην καθημερινή πράξη και εξετάζονται τα αποτελέσματα. Παρόλο που η επιστημονική κοινότητα προσπαθεί να χαράξει τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη βέλτιστη πρακτική, δεν είναι πολλά τα διαθέσιμα στοιχεία για την υλοποίησή τους από τους εργαζόμενους. Η καταγραφή των διαδικασιών και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής, έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει να αναδειχτούν χρήσιμα συμπεράσματα για την επίλυση καθημερινών προβλημάτων, πέρα βέβαια από την πειθαρχία που επιβάλλει που και αυτό είναι ζητούμενο. Επιπλέον, το να τηρείται κοινή μεθοδολογία από τα τμήματα επιτρέπει ακόμα περισσότερες αξιόπιστες συγκρίσεις των αποτελεσμάτων τους και φυσικά αξιόπιστο και σημαντικό υλικό για μελέτες (Παπακωστίδη & Τσουκαλά, 2012).

Η πληθώρα της βιβλιογραφίας αλλά και ο μεγάλος αριθμός ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών καταδεικνύουν πόσο σημαντικό είναι για κάποιον να μελετήσει την έννοια αυτή προκειμένου να διαπιστώσει εάν και σε ποιο βαθμό η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί ένδειξη ποιοτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τα γενικά συμπεράσματα ερευνών κατά την διάρκεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρατηρούμε ότι δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις για την ποιοτική περίθαλψη από τους νοσηλευτές σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία και από τους ασθενείς σε όλα τα νοσοκομεία ανεξάρτητα φύλου και ηλικίας των ασθενών.

Σε ότι αφορά την ελληνική βιβλιογραφία, δεν υπάρχουν γνωστές μελέτες ή έρευνες που να διερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τη θεραπευτική σχέση, την ποιότητα φροντίδας και την απόδοση των εργαζομένων. Βέβαια η μέτρηση της απόδοσης των εργαζομένων είναι απαραίτητη για να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας. Άλλωστε οι επαγγελματίες υγείας είναι

εξοικειωμένοι σε σημαντικό βαθμό με τις στατιστικές μεθόδους και τα περισσότερα τμήματα συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες. Επομένως θα ήταν χρήσιμη η εφαρμογή μιας στατιστικής μεθοδολογίας για τη συστηματική αξιολόγηση της καθημερινής κλινικής πρακτικής, όπως άλλωστε επισημαίνουν τα συστήματα ποιότητας (Παπακωστίδη & Τσουκαλά (2012).

Στη Ελλάδα, η βασική αυτή μεταβλητή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν έχει διερευνηθεί συστηματικά, και αυτό είναι αντιφατικό μιας και είναι γνωστή η γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από το σύστημα υγείας. Βέβαια τα αποτελέσματα των ερευνών που αναφέρθηκαν, έρχονται σε αντίθεση με την ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτή αναδεικνύεται από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες που αφορούν όμως το γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα δείχνουν η ικανοποίηση να είναι χαμηλού βαθμού. Η χαμηλή ικανοποίηση του Ελληνικού γενικού πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας που αναδεικνύεται σε σχέση με τους υπόλοιπους ευρωπαίους πολίτες έχει πιθανότατα σχέση καταρχάς με τις απόψεις - στάσεις του γενικού πληθυσμού που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης και από τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές. Επομένως, δεν έχει σχέση με αυτή καθαυτή την παροχή εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών που ερευνούν οι παρούσες μελέτες.

Κεφάλαιο 2ο: Δημόσια υγεία

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Το κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος. Η μέριμνα του κράτους για τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των πολιτών περιλήφθηκε ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ 3. του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι: «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...».

Γίνεται επομένως σαφώς ότι η δημόσια υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η δημόσια υγεία έχει χαρακτήρα πολυτομεακό, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία. Η δημόσια υγεία είναι πρωτίστως άσκηση δημόσιας πολιτικής και γίνεται με την ευθύνη του κράτους και εμπίπτει στους ίδιους κανόνες τόσο για τους δημόσιους όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς (Ν. 3370/2005, άρθρο 1)

2.1 Στελέχωση των υπηρεσιών

Η ικανότητα των υπηρεσιών υγείας να εκπληρώσουν την αποστολή και το ρόλο τους εξαρτάται απόλυτα από το ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν. Για το λόγο αυτό, η στελέχωση των υπηρεσιών αποτελεί σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης (Σίμου, 2008). Για την παραγωγή του ανθρώπινου δυναμικού, που αναμφισβήτητα έχει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο ιδιαίτερα στις υπηρεσίες υγείας, προϋπόθεση αποτελεί ένας γενικότερος σχεδιασμός υψηλών απαιτήσεων, που δεν παραβλέπει, αλλά αντίθετα λαμβάνει σοβαρά υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, μαζί βέβαια με μια εσωτερική διαδικασία παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισής του (Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000).

Βέβαια, η ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας δεν είναι θέσφατο, δεν αποτελεί μια εύκολη διαδικασία και αυτό γιατί βρίσκεται σε συνάφεια με τον υγειονομικό στόχο που πρέπει να επιτευχθεί και πώς τελικά αυτός καθορίζεται (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000). Η αριθμητική ανεπάρκεια επιβαρύνεται από τυχόν ποιοτική και επιστημονική ανεπάρκεια του υπάρχοντος προσωπικού και προσθέτει προβλήματα στην ήδη ανεπάρκεια του αριθμού του προσωπικού. Αυτό εντείνεται πολύ περισσότερο από το γεγονός ότι δεν υπάρχει σήμερα κάποιος αξιόπιστος μηχανισμός που να "επιβάλλει" τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συνεχή επιστημονική αναβάθμιση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας (Σίμου, 2008).

Οι αποφάσεις των αρμοδίων βασίζονται σε συχνά σε πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία υγείας και παιδείας είναι αδύνατη. Πολλές φορές οι αποφάσεις επηρεάζονται από το γεγονός ότι τα σχέδια επηρεάζονται δυσμενώς από το γεγονός ότι τα χρήματα θα δοθούν εκ των υστέρων και ταυτόχρονα ένα μικρό μέρος τους αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες, όπου θα είναι σαφή και καταγεγραμμένα τα προσόντα. Οι σοβαρότερες ελλείψεις παρατηρούνται κυρίως στις αγροτικές και φτωχές περιοχές, όπου υπάρχει σαφής έλλειψη ποιοτικών διευθετήσεων κατανομής και εξειδίκευσης (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Το κρίσιμο ερώτημα που γεννάται είναι το εξής: Τι πρέπει να γίνει για να επιτευχθούν οι στόχοι ενός οργανωμένου σχεδιασμού για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία; Η απάντηση είναι πολυδιάστατη και θα μπορούσε να περιλαμβάνει την ανάλυση της παρούσας προσφοράς και ζήτησης, τη μελλοντική παραγωγικότητα και ταυτόχρονα να επιτευχτεί ένας συνδυασμός της μελλοντικής ζήτησης με την προσφορά που θα οδηγήσει σε αποφάσεις (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Η περαιτέρω ποσοτική και ποιοτική ανανέωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού, μπορεί να ακολουθήσει το μοντέλο των τριών σταδίων ανάπτυξης που περιλαμβάνει (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000):

- Ολοκλήρωση των σχεδίων εφαρμογής ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινου δυναμικού, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Περιορισμό εγχώριας παραγωγής και εισαγωγής νέου ανθρώπινου δυναμικού με βάση υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες.

- Μείωση της υπάρχουσας προσφοράς σε ορισμένες ειδικότητες, καθώς και εξέταση του επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού της.

Το άρτια εκπαιδευμένο και με ουσιαστικά κίνητρα προσωπικό μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην αύξηση της εμπιστοσύνης καθώς και στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2012) όλες οι χώρες - εκτός από μία - αναφέρουν ότι τα τελευταία δύο χρόνια ανέλαβαν ενέργειες για την προώθηση της εκπαίδευσης και της κατάρτισης των εργαζομένων στον χώρο της υγείας σε θέματα υγείας αλλά και ασφάλειας των ασθενών. Ωστόσο, μόνο 15 από αυτές διαθέτουν επίσημες απαιτήσεις για τη συμπερίληψη των ενοτήτων της ασφάλειας των ασθενών σε ένα ή περισσότερα είδη εκπαίδευσης. Συνήθως, παρόμοιες ενότητες παρέχονται σε νοσηλευτικό προσωπικό και σε ιατρούς, στο πλαίσιο της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης, της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης ή της κατάρτισης κατά την εργασία. Για το διοικητικό προσωπικό και τους εργαζομένους στον χώρο της υγείας, εκτός των ιατρών, των νοσηλευτών και των φαρμακοποιών, οι δυνατότητες κατάρτισης είναι περιορισμένες. Καμία χώρα δεν έχει ενσωματώσει την ασφάλεια των ασθενών σε όλα τα επίπεδα της εκπαίδευσης για όλες τις ομάδες επαγγελματιών, σε τρεις όμως χώρες ισχύει αυτό για ιατρούς, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

2.1.1 Ο οικογενειακός ιατρός

Σύμφωνα με του Σουλιώτη και συν., (2013) σημαντικό ρόλο στην στελέχωση των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) διαδραματίζει ο οικογενειακός ιατρός, ο οποίος προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς, όποτε χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη.

Αναλύοντας την Ευρωπαϊκή εμπειρία και πρακτική, στον πυρήνα της (ΠΦΥ) βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες, αν απαιτείται (Σουλιώτης και συν., 2013).

Η κάλυψη σε οικογενειακούς γιατρούς όμως ποικίλει από 0,5-0,7 σε χώρες που έχουν παράδοση σε αυτό τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ως πρώτο σημείο επαφής (Αγγλία, Ιρλανδία) έως 1,7-2 σε χώρες που δεν έχουν όσο οι προηγούμενες (Γαλλία, Βέλγιο). Η Ελλάδα υπολογίζεται σε πιο χαμηλά ποσοστά (0,3-0,4), αλλά το πιο σημαντικό ίσως είναι ότι δε τους χρησιμοποιεί επισήμως όλους το σύστημα ή οι πολίτες δε τους θεωρούν πρωτεύον σημείο επαφής (Σουλιώτης και συν., 2013).

Έτσι ο θεσμός δεν έχει λειτουργήσει ουσιαστικά παρά τις συνεχείς αναφορές και την ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση. Για την αδυναμία υλοποίησης του στόχου αυτού, μπορεί να ενοχοποιηθεί και το γεγονός ότι παρουσιάστηκε στην κοινωνία ως υποχρέωση του πολίτη, η οποία έθετε περιορισμούς στην πρόσβαση και στην ελευθερία επιλογής ιατρού και όχι ως δικαίωμα όπως άλλωστε έχει καθιερωθεί διεθνώς (Σουλιώτης και συν., 2013).

Στην Ελλάδα η έλλειψη των γενικών γιατρών (στην Ελλάδα μόνο το 1,5% - περίπου 750- έχουν αυτή την ειδικότητα), έχει ως επακόλουθο να μην υφίσταται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Το γεγονός αυτό αποτελεί κεντρικό πρόβλημα στην άρτια οργάνωση του σημερινού συστήματος υγείας, τη στιγμή μάλιστα που σε ευρωπαϊκά συστήματα υγείας το 40-50% των γιατρών είναι γενικοί γιατροί (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Η απουσία όμως της ουσιαστικής λειτουργίας του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στερεί από το σύστημα τον αναγκαίο ολιστικό χαρακτήρα και δεν του επιτρέπει τη διαμόρφωση σημείων αναφοράς πληροφοριών και δεδομένων για την υγεία των πολιτών, τις ανάγκες τους, τη χρήση υπηρεσιών κ.λπ. Επίσης, επιτείνει το αίσθημα ανασφάλειας των πολιτών και συνδέεται με επικαλύψεις στη χρήση υπηρεσιών (Σουλιώτης και συν., 2013).

2.1.2 Ιατρικός Φάκελος -Κάρτα υγείας

Παρά την μεγάλη πρόοδο που έχει συντελεστεί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η σχετική πληροφορία δεν έχει αξιοποιηθεί επαρκώς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να συγκεντρωθεί η πληροφορία υγείας που αφορά σε κάθε ασφαλισμένο και, επιπλέον, να καθίσταται αδύνατος ο έλεγχος της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Επίσης, η μη αξιοποίηση της πληροφορίας στερεί από τους αρμόδιους φορείς υπηρεσιών υγείας τη δυνατότητα ελέγχουν τόσο τη χρήση υπηρεσιών και όσο και δαπάνες και να μπορούν να προχωρούν σε σχεδιασμό σωστής πολιτικής στο μέλλον (Σουλιώτης και συν., 2013).

Για το λόγω αυτό σύμφωνα με τους Σουλιώτη και συν., (2013), θεωρείται σκόπιμη η προοπτική συγκρότηση ενός ατομικού αρχείου υγείας, το οποίο ενσωματώνεται στην κάρτα υγείας και θα διασυνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς (Τούντας, 2008). Εξάλλου το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο (Ν.3235/2004) καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τις προϋποθέσεις ανάπτυξης και λειτουργίας του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ως εξής (Σουλιώτης και συν., 2013):

1. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.
2. Σε κάθε Κέντρο Υγείας εγκαθίσταται πλήρης υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.
3. Ο οικογενειακός και ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο.
4. Εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να εμπεριέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας.

2.2 Πολιτικές, προγράμματα, δράσεις

Η κατάρτιση συγκεκριμένων πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών και η ενσωμάτωσή τους ως προτεραιότητες στις πολιτικές τους για την υγεία, αποτελεί πάγια πολιτική σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα σε 19 κράτη μέλη η αρμόδια αρχή είναι ορισμένη επίσημα, με νομική πράξη, και έχει αναλάβει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο. Υπάρχουν άλλα έξι κράτη όπου η αρμόδια αρχή είναι ορισμένη μεν, αλλά

χωρίς νομική πράξη. Τα καθήκοντά των αρμόδιων αρχών είναι ο εντοπισμός και η προώθηση των καλύτερων πρακτικών, η συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών ή στοιχείων όλων γενικά των προγραμμάτων που σχετίζονται με υφιστάμενα προγράμματα και αναπτύσσουν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφάλεια των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Η επικαιροποίηση των προδιαγραφών για την ασφάλεια των ασθενών είναι τακτική σε 15 κράτη-μέλη, ενώ σε 11 κράτη-μέλη είναι υποχρεωτική. Υπάρχουν οκτώ χώρες που εκτός των προδιαγραφών (π.χ. τεκμηριωμένες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, διαδικασίες διαπίστευσης και μέτρηση του παράγοντα «ασφάλεια των ασθενών») εφαρμόζουν μέτρα για την ασφάλεια των ασθενών, ενώ πέντε κράτη-μέλη δεν έχουν δώσει συγκεκριμένα στοιχεία για την ύπαρξη προδιαγραφών που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Είκοσι τέσσερις χώρες, δηλαδή η πλειοψηφία, θεωρούν ότι είναι επιβεβλημένη και χρήσιμη η διαδικασία των κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν τη θέσπιση προδιαγραφών για την ασφάλεια των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα ισχύουν τα εξής (Σίμου, 2008):

- **Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας:** Η ιδέα της κατάρτισης Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας με το Ν. 3172/2003 και στη συνέχεια με το Ν. 3370/2005. Συγκεκριμένα, το άρθρο 4 του Ν. 3172 και στη συνέχεια τα άρθρα 6 - 8 του Ν. 3370 θεσμοθετούν μια διαδικασία για την κατάρτιση μίας Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, η οποία:
 - Επικεντρώνει στους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της Δημόσιας Υγείας.
 - Καθορίζει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις σε ό,τι αφορά την κοινωνική ζωή και τις επιρροές που ασκεί και που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία.
 - Περιγράφει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης, που ευθύνονται και επηρεάζουν την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή αυτής και τη διεπιστημονική και τεκμηριωμένη προσέγγιση.
 - Υποχρεώνει όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που αφορούν την υλοποίηση της Δημόσιας Υγείας.
- **Περιφερειακή οργάνωση:** Σύμφωνα με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο η υλοποίηση της περιφερειακής οργάνωσης στη Δημόσια Υγεία θα γίνεται

πράξη μέσω της οργάνωσης και λειτουργίας των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας. Όμως όπως έχει καταγραφεί παραπάνω οι Περιφερειακές Υπηρεσίες δεν έχουν συσταθεί και στην ουσία δεν λειτουργούν.

- **Διατομεακή συνεργασία:** Ο Ν. 3370/2005 εμπεριέχει τη διατομεακή συνεργασία για τη Δημόσια Υγεία, κάτι που αποτελεί αρμοδιότητα του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, ο οποίος έχει την ευθύνη: (α) της συνεργασίας με τα άλλα Υπουργεία για την εφαρμογή διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων για τη Δημόσια Υγεία και (β) της συνεργασίας με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την ανάπτυξη και βελτίωση των παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία. Στο δε περιφερειακό επίπεδο, η εφαρμογή της διατομεακής συνεργασίας προβλέπεται μέσω (α) των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και (β) των Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας. Όπως όμως ήδη αναφέρθηκε, οι Περιφερειακές Υπηρεσίες και τα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας δεν έχουν συγκροτηθεί και λειτουργήσει μέχρι σήμερα (με ελάχιστες εξαιρέσεις), κάτι που έχει συντελέσει αρνητικά έτσι ώστε να μην υπάρχει συστηματική δραστηριότητα στον τομέα της διατομεακής συνεργασίας.

2.2.1 Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων

Σε εθνικό επίπεδο η καταγραφή του εμβολιαστικού επιπέδου των παιδιών ανάλογα με την ηλικία που συστήνεται κάθε εμβόλιο (εμβολιαστική κάλυψη), είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς βοηθά αποφασιστικά στην επιλογή του κατάλληλου σχήματος εμβολισμών που θα εφαρμοστεί, ενώ συμβάλλει και στον σχεδιασμό της κατάλληλης στρατηγικής για την κάλυψη των αναγκών. Στην χώρα μας δεν παρατηρείται συστηματική και συνεχής καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού, ενώ τα δεδομένα που υπάρχουν, αφορούν κατά τόπους μελέτες που έχουν χαρακτήρα χαλαρής προσέγγισης. Αυτό οφείλεται στους μεθοδολογικούς περιορισμούς που δυστυχώς δεν παράγουν αξιόπιστα και συγκρίσιμα μεταξύ τους αποτελέσματα. Παρά ταύτα το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, έχει προχωρήσει στην εκπόνηση δύο μελετών πανελλαδικής εμβέλειας, το 1998 και το 2001. Τα δεδομένα των μελετών αυτών αποκαλύπτουν ότι ο ελληνικός πληθυσμός καλύφθηκε σε ένα εύρος επίπεδο 86-88% για κάθε ένα από τα εμβόλια της βασικής σειράς του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού κατά τα έτη 2000-2001. Ταυτόχρονα δεν υπάρχουν συγκεκριμένα δεδομένα για ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης σε κοινωνικά ευπαθείς

ομάδες ή για την περίπτωση των αναμνηστικών δόσεων εμβολίων ενηλίκων. Επομένως βγαίνει το συμπέρασμα ότι για τους παραπάνω πληθυσμούς τα αντίστοιχα ποσοστά θα είναι χαμηλότερα (Σίμου, 2008).

Σε κεντρικό επίπεδο, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. υποστηρίζει τηλεφωνική γραμμή 24ωρης ετοιμότητας για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών και διαθέτει τη δυνατότητα οργάνωσης ομάδας Επιδημιολογικής Παρέμβασης, με ειδικούς επιστήμονες και υλικοτεχνική υποδομή, η οποία συνεργάζεται με τις Τοπικές και τις Κεντρικές Υπηρεσίες Υγείας, εφαρμόζοντας τρόπους μέριμνας και πρόληψης για την αντιμετώπιση μιας επιδημίας. Σε περιφερειακό επίπεδο δεν υφίσταται κάποια άλλη αντίστοιχη δραστηριότητα. Γενικότερα είναι ιδιαίτερα δύσκολη η διερεύνηση των επιδημικών εκρήξεων, ιδιαίτερα σε τοπικό επίπεδο, ενώ προβληματική είναι και δύσκολα εξασφαλίζεται η απαιτούμενη εργαστηριακή υποστήριξη για τη διερεύνηση των επιδημιών (Σίμου, 2008).

Επομένως το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με τη διαδικτυακή υποστήριξη και μία τηλεφωνική γραμμή 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί σήμερα τον μοναδικό φορέα επιδημιολογικής επαγρύπνησης στη χώρα, με το δίκτυο έγκαιρης προειδοποίησης που εφαρμόζει. Σε περιφερειακό επίπεδο δεν υπάρχει κάποια άλλη δραστηριότητα και αυτό συνιστά μείζον πρόβλημα, μιας και η επιδημιολογική επαγρύπνηση, αλλά και η επιβεβλημένη ενημέρωση για τα εκάστοτε επιδημιολογικά δεδομένα είναι μη επαρκής για να μην πούμε ανύπαρκτη (Σίμου, 2008).

2.2.2 Πρόληψη χρόνιων Νοσημάτων και Ατυχημάτων

Σε εθνικό επίπεδο, η δραστηριότητα για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου περιορίζεται στη μερική εφαρμογή των δασμολογικών και απαγορευτικών πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πέραν αυτών, μέχρι το 2008 δεν υπήρξε οποιοδήποτε εθνικό πρόγραμμα δράσεων, είτε για τον περιορισμό του καπνίσματος, είτε για οποιονδήποτε άλλο καθοριστικό παράγοντα της υγείας (διατροφή, αλκοόλ, σωματική άσκηση, παχυσαρκία κ.λπ.) (Σίμου, 2008).

Η αγωγή υγείας είναι ένας τομέας στον οποίο ασκείται περιορισμένη δραστηριότητα, σε επιλεγμένους μόνο τομείς. Σε πολλούς τομείς δεν ασκείται καμία συστηματική δραστηριότητα, παρά μόνο ευκαιριακά. Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχουν μικρή ή ελάχιστη συμμετοχή στις δραστηριότητες αυτές. Πρακτικά, καμία υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δεν έχει υλοποιήσει ένα ολοκληρωμένο και συστηματικό πρόγραμμα αγωγής υγείας για την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, το αλκοόλ, τα

ναρκωτικά, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την πρόληψη των ατυχημάτων ή τη στοματική υγιεινή (Σίμου, 2008).

Σε ορισμένους τομείς, οι ασκούμενες δραστηριότητες Αγωγής Υγείας έχουν ανατεθεί θεσμικά σε φορείς που δεν έχουν σχέση με τη Δημόσια Υγεία. Έτσι, η Αγωγή Υγείας στα σχολεία ανατίθεται πλέον σε εκπαιδευτικούς, ενώ η πρωτογενής πρόληψη κατά των ναρκωτικών έχει επίσης αποσπαστεί και αυτονομηθεί από τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και έχει ανατεθεί σε ανεξάρτητα νομικά πρόσωπα που λειτουργούν υπό την εποπτεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ (Σίμου, 2008).

Στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων καμία υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δεν υλοποιεί οποιοδήποτε πρόγραμμα screening, ούτε είναι σε θέση να υλοποιήσει, λόγω ανεπαρκείας κατευθυντήριων οδηγιών και εξειδικευμένου προσωπικού. Η μακρόχρονη απραξία τείνει να διαμορφώσει την πεποίθηση ότι η δευτερογενής πρόληψη δεν είναι αρμοδιότητα της Δημόσιας Υγείας. Το προαναφερθέν έχει ως αποτέλεσμα την καταγραφή εξαιρετικά χαμηλών ποσοστών γυναικών που κάνουν προληπτικό pap-test ή μαστογραφία (Σίμου, 2008).

Τα ανιχνευτικά προγράμματα της νεογνικής ηλικίας που αποβλέπουν στην έγκαιρη ανίχνευση κληρονομικών νοσημάτων, υλοποιούνται στη χώρα μας με ενιαίο κεντρικό σχεδιασμό και με μεγάλη αποτελεσματικότητα από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Οι πολιτικές που αναπτύχθηκαν μέχρι σήμερα στον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων αφορούν: (α) στις πολιτικές οδικής ασφάλειας που υλοποιούνται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και (β) στις πολιτικές πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων που εφαρμόζονται από το Υπουργείο Εργασίας. Η συμμετοχή της Δημόσιας Υγείας στον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων είναι περιορισμένη (Σίμου, 2008).

2.3 Πολιτικές προστασίας και προαγωγής υγείας

Έχει αποδειχτεί μικρού εύρους και μη επαρκής η ανάπτυξη προγραμμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, σε ομάδες με αυξημένες ανάγκες, σε μετανάστες, και σε κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες. Πρόκειται κυρίως για μια περιορισμένη και ευκαιριακή δραστηριότητα ως επί το πλείστον και το αποδεικνύει αυτό η κατά καιρούς ανάληψη κάποιων αποσπασματικών δράσεων, όπως για παράδειγμα ο εμβολιασμός του πληθυσμού των ατιγγάνων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Η ανυπαρξία κάποιου συνολικού προγράμματος δράσεων σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο που να αφορά ειδικές ομάδες είναι αναμφισβήτητο γεγονός. Όπως επίσης η μη εφαρμογή κάποιου προγράμματος στην κατεύθυνση της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία. Ενθαρρυντικό είναι ότι στον τομέα της επαγγελματικής υγείας υπάρχει πρόοδος στην οικοδόμηση ενός νομικού πλαισίου για την υγιεινή και την ασφάλεια. Αυτό επιτεύχθηκε με την υιοθέτηση και ενσωμάτωση συναφών κοινοτικών οδηγιών στην ελληνική νομοθεσία (Σίμου, 2008).

Το ότι υπάρχει ένα ικανοποιητικό νομικό πλαίσιο, όπως επίσης και μια οργανωμένη δουλειά του Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας προς την κατεύθυνση της τεκμηρίωσης και της παροχής επιστημονικής κάλυψης, δεν σημαίνει ότι η συνολική εικόνα είναι αυτή που θα έπρεπε, καθώς είναι λίγες οι οργανωμένες Υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας και αυτές εμφανίζονται μόνο σε μεγάλες επιχειρήσεις, ενώ και στον δημόσιο τομέα παρατηρείται το θλιβερό φαινόμενο να μην τηρούνται οι σχετικές υποχρεώσεις (Σίμου, 2008).

Αλλά και στον τομέα της Δημόσιας και Περιβαλλοντικής Υγιεινής, παρόμοιες ιδιαίτερα σημαντικές δραστηριότητες έχουν υποβαθμιστεί σημαντικά έχοντας πάρει τη μορφή μιας γραφειοκρατικής -και χωρίς ουσία- διεκπεραίωσης εγγράφων, κάτι που οφείλεται στην ποιοτική ανεπάρκεια των υπηρεσιών. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση της αξιολόγησης από επιστήμονες των μελετών «διάθεσης υγρών αποβλήτων» που υποβάλλονται στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, όπως επίσης της επιστημονικής αξιολόγησης της λειτουργικής κατάστασης των βιολογικών καθαρισμών, όπου στην ουσία δεν υφίσταται σε κανέναν νομό της χώρας (Σίμου, 2008).

Παράλληλα, η συστηματική τήρηση και παρακολούθηση των στοιχείων που αφορούν τη μικροβιολογική και χημική κατάσταση των ποσίων νερών κάθε πόλης ή χωριού ούτε και αυτή υφίσταται, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν τρόποι ελέγχου και αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Αρμοδιότητα του Ε.Φ.Ε.Τ. και των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας είναι ο έλεγχος των τροφίμων και των επιχειρήσεων τροφίμων, όπως επίσης αρμοδιότητά τους είναι ο λειτουργικός συντονισμός των προγραμμάτων ελέγχου, κάτι που είχε θετικά αποτελέσματα στον τομέα της ασφάλειας των τροφίμων στους παρακάτω τομείς (Σίμου, 2008):

- ο Στην ενίσχυση και στήριξη των επιχειρήσεων, ώστε να εφαρμόσουν σωστές προδιαγραφές και καλές πρακτικές.

- Στον έλεγχο των σημαντικότερων σημείων ασφάλειας κατά την επεξεργασία των τροφίμων.
- Σε ό, τι αφορά την πιστοποίηση των επιχειρήσεων.
- Παρά ταύτα μπορεί να επισημανθεί ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη στελεχιακού προσωπικού στις νομαρχιακές υπηρεσίες καθώς και στις περιφερειακές υπηρεσίες του Ε.Φ.Ε.Τ.

2.4 Κριτήρια Αξιολόγησης

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο, (2006) για την ομαλή λειτουργία ενός Δημόσιου νοσοκομείου και για την εξασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να εφαρμόζεται η αξιολόγηση του οργανισμού. Στην προσπάθεια να κατανοηθεί ο όρος αξιολόγηση παρατίθεται ο ορισμός που δίνεται από τους Αθανασόπουλο και Γείτονα (2000) που τονίζουν ότι ως *«αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, νοείται η συστηματική και επιστημονική διαδικασία με την οποία γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθεί σε ποιο βαθμό, μια δραστηριότητα ή μια αλληλουχία δραστηριοτήτων επέτρεψαν ή όχι την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων μιας υπηρεσίας, ενός προγράμματος ή ενός ιδρύματος υγείας»*. Οι Leger et al., (οπ. αναφ. ο Σούλης, 1999), είναι *«η κριτική εκτίμηση με όσο το δυνατό αντικειμενικότερο τρόπο του βαθμού με τον οποίο το σύνολο ή το μέρος των υπηρεσιών ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουμε θέσει»*.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της υγειονομικής ανάπτυξης μιας χώρας (Υφαντόπουλος, 2006) καθώς *«η αξιολόγηση είναι μέρος της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Πρέπει να βασίζεται σε πληροφορίες που απαιτήθηκαν από την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών, των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης και από την εκτίμηση της αποδοτικότητας των δραστηριοτήτων του προγράμματος, καθώς επίσης και από την αποτελεσματικότητα και την επίδραση στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού»* (ΠΟΥ, οπ. αναφ. ο Υφαντόπουλος, 2006).

Οι Αθανασόπουλος & Γείτονας (2000) αναφέρουν ότι για να μπορέσουν να αξιολογηθούν σωστά οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται δεδομένα σχετικά με την αποδοτικότητα των προγραμμάτων σε όρους βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας περιλαμβάνει τέσσερα στάδια (Αθανασόπουλος & Γείτονας, 2000):

- Εκτίμηση διαθέσιμων πόρων
- Ποιοτική εκτίμηση παρεχόμενων υπηρεσιών
- Ποσοτική εκτίμηση αυτών
- Εκτίμηση βελτίωσης επιπέδου υγείας με βάση τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι ο τρόπος αξιολόγησης εξαρτάται από το είδος του φορέα υγείας, αν είναι ιδιωτικός ή δημόσιος, αλλά και από το νομικό καθεστώς της κάθε υπηρεσίας. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας εστιάζουν περισσότερο στην οικονομική αποδοτικότητα, ενώ πρωταρχικό μέλημα των δημόσιων νοσοκομείων είναι η επαρκής κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Συνεπώς, οι προγραμματιστές υγείας επικεντρώνονται σε εντελώς διαφορετικούς στόχους (Υφαντόπουλος, 2006).

Για να επιχειρηθεί μια κριτική αξιολόγηση του δικτύου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα επομένως, είναι επιβεβλημένο να υπάρχει ένα προσδιορισμένο πλαίσιο κριτηρίων που θα συνεισφέρει σε μια δομημένη μεθοδολογικά και όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστη και πλήρη σύγκριση του υφιστάμενου δικτύου υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Αυτό θα ήταν εφικτό με ένα συνολικό άθροισμα δεικτών ή τομέων που θα συγκεκριμενοποιούν τα επιμέρους στοιχεία του (Σίμου, 2008).

Η αξιολόγηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας θα μπορούσε να είναι ρεαλιστική και αποδεκτή επιστημονικά, αν την προσέγγιζε κανείς με βαρόμετρο την ικανότητα του συστήματος να υλοποιεί τους σκοπούς, τις λειτουργίες και τους στόχους της Δημόσιας Υγείας. Θα πρέπει δηλαδή το ενδιαφέρον να στραφεί στο περιεχόμενο της Δημόσιας Υγείας και στο βαθμό που οι υπάρχουσες υπηρεσίες ανταποκρίνονται σε αυτό (Σίμου, 2008).

Σύμφωνα με τους Οικονόμου & Τούντα (2009), βασικά κριτήρια της αξιολόγησης είναι η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα, επάρκεια και αποδοχή. Έχοντας αυτή την οπτική, τότε μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει ως κριτήριο, αυτό που διεθνώς η επιστημονική κοινότητα και πρακτική καθώς και η σύγχρονη νομοθεσία στην Ελλάδα έχουν αποδεχτεί από κοινού ότι αποτελεί σήμερα το «περιεχόμενο» ή την «αποστολή» της Δημόσιας Υγείας. Αν λοιπόν αξιολογήσουμε τις υπηρεσίες με βάση την παραπάνω προσέγγιση, αυτό θα αφορά στην κατανομή των ρόλων και των αρμοδιοτήτων κάθε υπηρεσίας. Κάτι που με τη σειρά του σημαίνει ότι η αξιολόγηση του πλέγματος των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να γίνεται σε συνάφεια με

την αποστολή που κάθε υπηρεσία έχει καθοριστεί να εκπληρώσει (Αθανασόπουλος & Γείτονα, 2000).

Άλλο ένα βασικό κριτήριο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας είναι αποτελεσματικότητα. Ως αποτελεσματικότητα οι Long και Harrison (οπ. αναφ. οι Οικονόμου & Τούντας (2007²), θεωρούν «το βαθμό επίτευξης των στόχων που θέτει ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός». Ο Σούλης (1999) αναφέρει ότι «αποτελεσματικότητα είναι η σχέση μεταξύ προκαθορισμένων στόχων και των στόχων που επιτεύχθηκαν τελικά από την εφαρμογή των παρεμβάσεων και των διαδικασιών». Αυτό που γίνεται κατανοητό είναι ότι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας μοιάζει με εκείνη της αξιολόγησης των θεραπευτικών μέτρων μόνο που η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας γίνεται σε μεγαλύτερη κλίμακα.

Για να μπορέσει όμως να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα θα πρέπει να υπάρχουν οι ανάλογοι ποσοτικοί και ποιοτικοί δείκτες. Οι ποσοτικοί δείκτες, αφορούν στο αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών που διενεργούνται στα νοσοκομεία σε συνδυασμό με το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται. (Κοντούλη-Γείτονα 2007). Οι ποιοτικοί δείκτες από την άλλη δεν είναι εύκολο να μετρήσουν την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας, παρόλο που δημιουργήθηκαν γι αυτό ακριβώς τον λόγο. Για το λόγο αυτό για να μπορέσει να απεικονιστεί η αποτελεσματικότητα σε μετρήσιμους δείκτες είναι αναγκαίο να υπάρχει η τήρηση, η ενιαία συλλογή και επεξεργασία των οικονομικών, κλινικών και νοσηλευτικών δεδομένων του νοσοκομείου (Κοντούλη-Γείτονα, 1997).

Σύμφωνα με τους Οικονόμου & Τούντα, (2007) για την ανάλυση της αποτελεσματικότητας, καλύτερη μέθοδος είναι αυτή που μετρά τα τελικά αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας, αλλά δεν χρησιμοποιείται συχνά. Για το λόγο αυτό θεωρείται προτιμότερο η αξιολόγηση να γίνεται βάσει της αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, στο βαθμό που αυτές αποτελούν μέτρα τελικών αποτελεσμάτων στην υγεία.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τους Μάτη και συν., (2008) οι κατηγορίες της αξιολόγησης είναι τρεις:

- Γενική σε μακρο-επίπεδο αξιολόγηση: σε τι βαθμό το σύστημα υγείας συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού αθροιστικά.
- Τομεακή σε μακρο-επίπεδο αξιολόγηση: η εφαρμογή της σχετίζεται με την αξιολόγηση τομεακών πολιτικών όπως της Προληπτικής Ιατρικής.

- Ειδική σε μικρο-επίπεδο αξιολόγηση: εστιάζει στην αξιολόγηση μονάδων υγείας ή των επιμέρους παρεμβάσεων , όπως π. χ η συμβολή της λαπαροσκοπικής μεθόδου στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας.

Γίνεται επομένως σαφές ότι η αποστολή και το περιεχόμενο - αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας μπορεί να κωδικοποιηθεί με βάση τις παρακάτω παραμέτρους (Σίμου, 2008).:

➤ **«Πολιτικές υγείας**

- Χάραξη πολιτικών Δημόσιας Υγείας και καθορισμός στόχων.
- Προώθηση διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία.
- Καθορισμός προτεραιοτήτων και παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.
- Περιφερειακή οργάνωση και δράση.

➤ **Ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης της υγείας**

- Ανάπτυξη μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων.
- Στατιστικές υγείας.
- Επιδημιολογική παρακολούθηση.
- Προσδιορισμός αναγκών υγείας.

➤ **Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων**

- Εμβολιασμοί.
- Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων.
- Εντοπισμός, διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών.
- Εργαστηριακή υποστήριξη.

➤ **Πρόληψη χρόνιων νοσημάτων και ατυχημάτων**

- Μείωση παραγόντων κινδύνου για αγγειακές και μεταβολικές παθήσεις και καρκίνο.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας.
- Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων.
- Πρόληψη ατυχημάτων.

➤ **Προαγωγή υγείας**

- Υγεία μητέρας-παιδιού.
- Ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία.
- Προγράμματα Δημόσιας Υγείας σε ευπαθείς και ειδικές ομάδες του πληθυσμού.
- Προγράμματα για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Επαγγελματική υγεία.

- Ψυχική υγεία και πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.
 - Περιβαλλοντική υγιεινή.
 - Φυσική και κοινωνική αποκατάσταση.
- **Παρακολούθηση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας**
- Σχεδιασμός, προγραμματισμός και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
 - Εκτίμηση των συνεπειών στη Δημόσια Υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.
- **Αντιμετώπιση έκτακτων απειλών**
- Ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης.
 - Αντιμετώπιση απειλών.
 - Αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων καταστάσεων.
- **Επιστημονική υποστήριξη της Δημόσιας Υγείας**
- Εκπαίδευση και έρευνα στη Δημόσια Υγεία.
 - Επιστημονική τεκμηρίωση των δράσεων».

Κεφάλαιο 3ο: Ασφάλεια των ασθενών

Η προστασία της ασφάλειας του ασθενούς αποτελεί τον θεμέλιο λίθο των Πολιτικών Υγείας παγκοσμίως και κυρίως εκείνων που ασχολούνται με τη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε πρόγραμμα υγείας που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση της Ποιότητας πρέπει να συνυπολογίζει και να έχει στρατηγική για την ασφάλεια του ασθενούς (Vozikis & Riga, 2012).

Για το λόγο αυτό κάθε υγειονομική μονάδα έχει στόχο την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τηρούν όλους τους κανόνες και τις αρχές που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής βλάβης. Πολλοί ασθενείς είτε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είτε στη δευτεροβάθμια αντιμετωπίζουν προβλήματα με το σύστημα φροντίδας υγείας. Τα προβλήματα αυτά οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα είτε στο οργανωτικό σύστημα.

Με τον όρο ασφάλεια ασθενών εννοούμε την προστασία των ασθενών από πρόσθετα προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική παράμετρο της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Οι κύριοι άξονες δράσης της ποιότητας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών (Ραφτόπουλος 2009 ·Ραφτόπουλος 2007).

3.1 Κατάρτιση εθνικών πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς, αποτελεί κάθε ακούσιο και/ή απρόβλεπτο ανεπιθύμητο περιστατικό που αποτελεί κίνδυνο ή προκαλεί κάποια σωματική βλάβη σε έναν ή περισσότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια παροχής της ιατρικής περίθαλψης από το σύστημα υγείας (C.E., 2006).

Η προσπάθεια προαγωγής της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για πολλά συστήματα υγείας. Ωστόσο, συχνά δημοσιεύονται αναφορές σχετικές με την πρόκληση σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγείας (Λιαχοπούλου και συν., 2012).

Η ασφάλεια των ασθενών δεν είναι καθόλου μια αποκλειστικά ιατρική υπόθεση. Είναι υπόθεση όλου του οργανισμού υγείας και κατ' επέκταση, αφορά σε όλο το σύστημα υγείας της χώρας. Αυτό σημαίνει ότι το προσωπικό των οργανισμών υγείας

σε όλα τα επίπεδα αλλά και οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής υγείας πρέπει να σκύψουν στο ζήτημα και να το θεωρήσουν και δική τους υπόθεση. Και βεβαίως, και οι ίδιοι οι ασθενείς θα πρέπει να συμμετάσχουν και να βοηθήσουν στην προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Λιαχοπούλου και συν., 2012).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι όλα τα κράτη έχουν χαράξει συγκεκριμένες στρατηγικές για την ασφάλεια των ασθενών και/ή τις έχουν ενσωματώσει ως προτεραιότητες στις πολιτικές τους για την υγεία. Με νομική πράξη 19 κράτη μέλη έχουν επίσημα ορίσει μια αρμόδια αρχή που είναι επιφορτισμένη με την ασφάλεια των ασθενών σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, ενώ σε έξι κράτη η αρμόδια αρχή έχει επιφορτιστεί με καθήκοντα χωρίς όμως νομική πράξη. Στο έργο των αρμόδιων αρχών εμπεριέχονται αποφάσεις και στόχοι εντοπισμού και προώθησης βέλτιστων πρακτικών, συλλογής πληροφοριών σε σχέση με προγράμματα «που τρέχουν» και στοχεύουν στην ασφάλεια των ασθενών. Παράλληλα οι συγκεκριμένες αρμόδιες αρχές χαράσσουν και υπηρετούν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφάλεια των ασθενών. Οι απαραίτητες προδιαγραφές για την ασφάλεια των ασθενών στα 15 κράτη μέλη επικαιροποιούνται τακτικά, ενώ σε 11 είναι υποχρεωτικές. Οκτώ άλλες χώρες εφαρμόζουν μέτρα για την ασφάλεια των ασθενών, εκτός των προδιαγραφών (π.χ. τεκμηριωμένες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, διαδικασίες διαπίστευσης και μέτρηση του παράγοντα «ασφάλεια» των ασθενών). υπάρχουν βέβαια και πέντε κράτη μέλη που δεν έχουν προδιαγραφές συγκεκριμένες που να αναφέρονται στην ασφάλεια των ασθενών ή σε άλλα σχετικά μέτρα. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία 24 χώρες θεωρούν ιδιαίτερα χρήσιμη την ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με την επεξεργασία και τη θέσπιση προδιαγραφών για την ασφάλεια των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

3.1.1 Ενδυνάμωση των ασθενών

Η Ευρωπαϊκή Ένωση ενθαρρύνει τα κράτη μέλη να ενισχύσουν τον ρόλο των ασθενών, με τη συμμετοχή των οργανώσεών τους αλλά και μεμονωμένα.

Οι οργανώσεις ασθενών σε 14 χώρες αποτελούν επισήμως συνεργάτες που μπορούν να έχουν άποψη στην κατάρτιση πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών, ενώ σε έξι χώρες η συμμετοχή τους, αν και δεν είναι θεσμοθετημένη, υπάρχει πρακτικά. Στα κράτη μέλη η διάδοση πληροφοριών σε ασθενείς σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας για τη μείωση ή την πρόληψη σφαλμάτων, τις προδιαγραφές ασφάλειας των ασθενών, το δικαίωμα τεκμηριωμένης συναίνεσης στη θεραπεία, τις διαδικασίες

καταγγελίας και τα διαθέσιμα μέσα προσφυγής και επανόρθωσης θεωρείται σημαντική και συνίσταται. Μάλιστα σε όλες τις χώρες που υπέβαλαν εκθέσεις, τουλάχιστον ένα από αυτά τα παραπάνω στοιχεία πληροφόρησης, γίνεται γνωστό στους ασθενείς (το δικαίωμα τεκμηριωμένης συναίνεσης κοινοποιείται σε όλες τις χώρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Είναι σημαντικό βέβαια να αναδειχθεί ότι μόνο πέντε κράτη μέλη κοινοποιούν στους ασθενείς όλες αυτές τις λεπτομέρειες, ενώ περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις προδιαγραφές ασφάλειας των ασθενών δεν είναι καθόλου εύκολα προσβάσιμες. Στη διάθεση των πολιτών, σύμφωνα με τα όσα αναφέρουν πάνω από τα μισά κράτη μέλη, διατίθεται κατάλογος διαπιστευμένων ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Οι πληροφορίες διατίθενται στους ασθενείς κυρίως μέσω δημόσιων δικτυακών τόπων ή από επαγγελματίες στο χώρο της υγείας.

Από την άλλη πλευρά μόνο σε 12 κράτη-μέλη έχουν αναπτυχθεί και διαδοθεί βασικές αρμοδιότητες για ασθενείς στην ασφάλεια των ασθενών και οι εκθέσεις δείχνουν ότι το πλαίσιο εννοιών ερμηνεύεται ποικιλοτρόπως από τη μία χώρα στην άλλη. Επιπροσθέτως δύο κράτη μέλη έχουν διαμορφώσει ειδικό πλαίσιο βασικών ικανοτήτων για ασθενείς, ενώ 10 άλλα περιλαμβάνουν σχετικά στοιχεία σε άλλες πολιτικές για την υγεία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

3.1.2 Εκπαίδευση και κατάρτιση εργαζομένων στον χώρο της υγείας σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών

Σε συγκεκριμένες ενέργειες για την προώθηση της αμοιβαίας μάθησης στο χώρο της υγείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης των εργαζομένων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, έχει προχωρήσει μεταξύ των κρατών μελών η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η Επιτροπή υποστηρίζοντας τις παραπάνω ενέργειες, ενίσχυσε την ανταλλαγή πληροφοριών που έχουν σχέση με πρωτοβουλίες για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης. Πρόκειται για ομάδα που εκπροσωπούνται όλα τα κράτη μέλη των χωρών της ΕΖΕΣ, διεθνών οργανισμών (ΠΟΥ, ΟΟΣΑ και Συμβούλιο της Ευρώπης) και κεντρικών οργανισμών της ΕΕ (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Η συγκεκριμένη ομάδα συζήτησε τις εργασίες της ΠΟΥ σχετικά με τη διεθνή ταξινόμηση για την ασφάλεια των ασθενών (15 χώρες συμμετέχουν στις εργασίες αυτές με δύο να έχουν την ταξινόμηση στις γλώσσες τους), ενώ υπήρξε και καταγραφή διαφόρων παραδειγμάτων εθνικών δραστηριοτήτων για την ασφάλεια των

ασθενών. Παρά ταύτα σήμερα ακόμα, δεν υπάρχει συγκεκριμένη πρόταση ταξινόμησης για την ασφάλεια των ασθενών σε επίπεδο ΕΕ. Ο ΟΟΣΑ είναι επικεφαλής του συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, για την υγεία και το σχέδιο για τους δείκτες ποιότητας της υγείας. Η Επιτροπή με τη μορφή κοινής δράσης για την περίοδο 2012-2015 έχει ταυτόχρονα διαθέσει ποσό 3.600.000 ευρώ για συνεργασία τριών ετών στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Ένα μέρος της κοινής δράσης αφορά τον τρόπο επιλογής βέλτιστων πρακτικών σχετικά με την εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, στον τομέα παρόχου υγειονομικής περίθαλψης και στη δοκιμή της εφαρμογής τους σε άλλα κράτη μέλη. Παράλληλα έχει γίνει χαρτογράφηση και ανάλυση των υφιστάμενων στρατηγικών για την εξασφάλιση και τη βελτίωση της εκπαίδευσης και κατάρτισης εργαζομένων στον χώρο της υγείας σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Όλες οι χώρες αναφέρουν ότι τα τελευταία χρόνια ανέλαβαν ενέργειες με στόχο την προώθηση της εκπαίδευσης και της κατάρτισης των εργαζομένων στον χώρο της υγείας σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Όλες εκτός από μία. Από αυτές μόνο 15 διαθέτουν επίσημες απαιτήσεις για τη συμπερίληψη των ενοτήτων της ασφάλειας των ασθενών σε ένα ή σε πιο πολλά εκπαιδευτικά είδη. Η εμπειρία δείχνει ότι παρόμοιες ενότητες παρέχονται σε νοσηλευτικό προσωπικό και σε ιατρούς, στο πλαίσιο της συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης, της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης ή της κατάρτισης κατά την εργασία. Πέρα από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τους φαρμακοποιούς, για το διοικητικό προσωπικό και τους εργαζομένους στον χώρο της υγείας, οι δυνατότητες κατάρτισης είναι σχετικά λίγες. Επίσης δεν υπάρχει χώρα που να έχει ενσωματωμένη την ασφάλεια των ασθενών σε όλα τα επίπεδα της εκπαίδευσης για όλες τις ομάδες επαγγελματιών, υπάρχουν όμως τρεις χώρες που ισχύει αυτό για ιατρούς, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

3.2 Κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο προγραμμάτων

Η οικονομική και δημοσιονομική κρίση το τελευταίο διάστημα είχε ως αποτέλεσμα σε περιορισμό σε σημαντικούς πόρους στα δημοσιονομικά των περισσότερων κρατών της ΕΕ. Ως αντίδραση στις νέες δύσκολες συνθήκες, από την

αρχή της κρίσης και μετά, υπήρξαν χώρες που εφάρμοσαν εκτενείς μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Συγκεκριμένα πήραν μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας, όπως, ανάμεσα σε άλλα, θέσπιση ανώτατων ορίων στην αύξηση του προϋπολογισμού για την υγειονομική περίθαλψη, μείωση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, μείωση των τελών που καταβάλλονται σε προμηθευτές υπηρεσιών, περιορισμό των λειτουργικών δαπανών των υπηρεσιών υγείας, περικοπή των φαρμακευτικών δαπανών και, τέλος, περιορισμοί τόσο σε επαγγελματίες που έχουν σχέση με την υγειονομική περίθαλψη, στον τομέα των πολιτικών απασχόλησης και των συνταξιοδοτικών μεταρρυθμίσεων όπως, για παράδειγμα, απόλυση προσωπικού ή μη αντικατάσταση συνταξιοδοτούμενου προσωπικού, εφαρμογή περιοριστικών πολιτικών όσον αφορά την πρόσληψη και την αλλαγή προσωπικού και μείωση μισθών στον δημόσιο τομέα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Τα περισσότερα κράτη μέλη περιγράφουν ότι ήδη έχει καθυστερήσει η αναγκαία εφαρμογή των διατάξεων της σύστασης για τη γενική ασφάλεια των ασθενών λόγω της προαναφερθείσας οικονομικής κρίσης και του ταυτόχρονου περιορισμού στους πόρους. Ανάμεσα στα κράτη-μέλη με φτωχές επιδόσεις στη συγκεκριμένη εφαρμογή είναι όσα έχει πλήξει η δημοσιονομική και οικονομική ύφεση περισσότερο από άλλα. Παράλληλα δεν είναι εφικτό ακόμα να ισχυριστεί κανείς ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη δημοσιονομική κατάσταση των κρατών μελών και την εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια των ασθενών, καθώς δεν λείπουν τα παραδείγματα κρατών μελών που ενώ έχουν υποστεί σοβαρές συνέπειες από την οικονομική κρίση, έχουν επιτύχει θετικές επενδύσεις στην ασφάλεια των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Είναι επιβεβλημένο ο περιορισμός πόρων να μην επιφέρει ταυτόχρονα μείωση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης. Και αυτό όχι μόνο προς όφελος των ασθενών αλλά και γιατί, όπως δείχνουν έρευνες, οι αρνητικές συνέπειες που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, έχουν πρόσθετο συνολικό κόστος. Συγκεκριμένα η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι το 13%-16% των νοσοκομειακών δαπανών έχουν αφετηρία τραυματισμούς και ασθένειες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Πέρα από αυτά τα κονδύλια, για να υπάρχει μια συνολική εικόνα, είναι αναγκαίο να συνυπολογιστούν οι δαπάνες για την αποθεραπεία

συγκεκριμένων περιστατικών, που δεν αποτελούν άμεσα μέρος των νοσοκομειακών δαπανών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Επιπροσθέτως, σύγχρονες μελέτες για την οικονομική απόδοση των επενδύσεων στην ασφάλεια των ασθενών αναδεικνύουν το γεγονός ότι οι ειδικές δράσεις για την ασφάλεια των ασθενών έχουν οικονομική απόδοση. Παράλληλα απαιτείται πρόσθετη έρευνα αλλά και συγκεκριμένα, πραγματικά στοιχεία για την κατάσταση των κρατών μελών της ΕΕ. σε σχέση με τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών μέτρων, τη μείωση των δαπανών της μη ασφαλούς περίθαλψης και την ανάπτυξη αποδοτικών -σε οικονομικό επίπεδο- προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών. Τέλος, χρειάζονται περαιτέρω ενέργειες με στόχο την εξεύρεση λύσεων και ενός συνολικού σχεδιασμού που θα απευθύνεται στα υφιστάμενα θεσμικά και οργανωτικά πλαίσια (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Τα κράτη μέλη επισημαίνουν τον ελάχιστο έως ανεπαρκή χρόνο που μεσολάβησε από την έκδοση της σύστασης έως την υποβολή των εκθέσεων ενώ άλλα αναδεικνύουν ως πρόβλημα τον εσωτερικό συντονισμό, μεταξύ των Υπουργείων Υγείας και Εκπαίδευσης, και την πιθανή έλλειψη πολιτικής βούλησης για έμφαση σε εθνικό επίπεδο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

3.3 Το πρόγραμμα PERSEAS στο Δήμου Ελαφονήσου

Στο πλαίσιο των προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών, η Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν (www.empan.gr), που ιδρύθηκε το 2008 με σκοπό την επιστημονική έρευνα και τη μελέτη των Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα στην Ελλάδα και αποτελεί μία Ιατρική Επιστημονική Εταιρεία, που απαρτίζεται από ένα πλήθος γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, με βασική της της αποστολή να εκπαιδεύει και να ενημερώνει τον ιατρικό κόσμο, αλλά και το ευρύ κοινό σχετικά με τα αίτια που προκαλούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα σχεδίασε και υλοποιεί τη μελέτη PERSEAS.

Η μελέτη **PERSEAS** αφορά την καταγραφή και παρακολούθηση των μεταβολών των παραγόντων που προκαλούν καρδιαγγειακά νοσήματα σε συνάρτηση με τις συνήθειες ζωής στον πληθυσμό της Ελαφονήσου. Το πρόγραμμα έχει 5ετή διάρκεια κατά την οποία μία φορά τον χρόνο οι ερευνητές θα επισκέπτονται την Ελαφονήσο και θα πραγματοποιούν εξετάσεις στους κατοίκους του νησιού και λίγους μήνες αργότερα θα ανακοινώνονται τα αποτελέσματα (Κυριαζής, 2013 · <http://perseas-project.gr/>).

Το πρόγραμμα **PERSEAS** στο Δήμο Ελαφονήσου στηρίχτηκε στην πραγματοποίηση της ιδέας για μη παρεμβατική προοπτική μελέτη παρατήρησης πενταετούς διάρκειας στον πληθυσμό της Ελαφονήσου για τη διαχρονική καταγραφή των παραγόντων εκείνων που προκαλούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Κυριαζής, 2013 · <http://perseas-project.gr/>).

Οι Στόχοι του προγράμματος αυτού αφορούν στη (Κυριαζής, 2013):

- Μελέτη του συνόλου των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε συνάρτηση με τις συνήθειες της καθημερινής ζωής όπως για παράδειγμα είναι το κάπνισμα.
- Ανά έτος καταγραφή των μεταβολών των παραγόντων κινδύνου και των συνηθειών ζωής
- Βελτίωση πρωτογενούς πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω εκπαίδευσης σε θέματα υγείας

Στο τέλος του προγράμματος, τα αποτελέσματα θα μπορούν να αναχθούν στο σύνολο του πληθυσμού της Ελλάδας, δίνοντας έτσι στην επιστημονική κοινότητα αλλά και στο ευρύ κοινό, μια πιο ξεκάθαρη εικόνα του προβλήματος που αποτελεί τον νούμερο ένα παράγοντα θνησιμότητας στην χώρα μας, όπως επίσης και την ευκαιρία για βελτίωση της πρωτογενούς πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων μέσω εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού.

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 4ο: Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός και στόχοι της εργασίας

Η έρευνα αυτή είναι μια συγχρονική (cross-sectional) μελέτη και έχει ως σκοπό να αποτυπώσει την ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης στο ΠΕΔΥ- ΠΠΠ Ελαφονήσου με στόχο την ανάδειξη των αναγκών της Νησιωτικής περιοχής.

Πιο συγκεκριμένα στόχοι της παρούσας έρευνας είναι:

- να διερευνηθεί η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μετά από στοχευμένες παρεμβάσεις,
- να εξεταστεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών- χρηστών,
- να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τους και τέλος
- να προσδιοριστούν οι δράσεις και οι παρεμβάσεις που απαιτούνται για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Από τον σκοπό και τους στόχους της εργασίας προκύπτουν τα ερευνητικά ερωτήματα, που είναι τα εξής:

- ✓ Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών του ΠΕΔΥ-ΠΠΠ Ελαφονήσου από τις υπηρεσίες του Ιατρείου και του Προγράμματος Πρόληψης,
- ✓ Εάν και σε ποιο βαθμό κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα Πρόληψης
- ✓ Ποια είναι τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα και τα μεγαλύτερα προβλήματα του Ιατρείου και του Προγράμματος Πρόληψης

4.3 Είδος της έρευνας – δείγμα της έρευνας-εργαλεία

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης διενεργήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: ικανοποίηση

ασθενών, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, πρόγραμμα πρόληψης, μέτρηση ικανοποίησης, μέτρηση ποιότητας, ασφάλεια ασθενών.

Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης στοιχείων για τη μελέτη ορίσθηκε η περίοδος 2009- 2014 έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιστοίχιση των ευρημάτων με τα σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα των επιστημονικών εξελίξεων και την σύγχρονη βιβλιογραφία, αλλά έγιναν και κάποιες παλαιότερες αναδρομές, εξαιτίας της βαρύνουσας και διαχρονικής αξίας των αποτελεσμάτων συγκεκριμένων μελετών. Επιπλέον τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Το δείγμα επελέγη με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και αποτελείται από ασθενείς που έχουν συμμετάσχει σε εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης και με την παρουσία Ιατρικής κάλυψης από μόνιμο ειδικευμένο ιατρό Γενικής Ιατρικής στο Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Ελαφονήσου του Νησιωτικού Δήμου Ελαφονήσου και το μέγεθός του θα είναι 400 άτομα. Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο βασισμένο στο καλά δομημένο και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007). Το ίδιο εργαλείο μέτρησης, επιλέχθηκε σε έρευνα, για τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης, σε δείγμα 300 ασθενών στα νοσοκομεία Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ» και «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ» το 2007 (Καλογεράκη, 2007) και σε έρευνα διερεύνησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας (Νικολάου, 2012).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος συγκεντρώνει γενικές πληροφορίες για δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ το δεύτερο περιέχει: 1) Κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακα Likert με πέντε διαβαθμίσεις (1= Διαφωνώ απολύτως, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5= Συμφωνώ απολύτως), 2) Ερωτήσεις διχοτόμησης (ΝΑΙ/ΟΧΙ), 3) Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, 4) Ερωτήσεις κλίμακας (βαθμολογία 0-10). Σε αυτές ο ερωτώμενος καλείται να εκφράσει το βαθμό ικανοποίησής του, αξιολογώντας με έναν ακέραιο αριθμό πάνω σε έναν άξονα ισομερώς βαθμονομημένο από το 0 (απόλυτη δυσαρέσκεια) έως το «άριστα» 10 (απόλυτη ικανοποίηση), με το 5 να δηλώνει την ουδετερότητα ή μέτρια ικανοποίησή του) και αφορούσαν τη μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς για συγκεκριμένα στοιχεία. Αυτά είναι: το επίπεδο των παρεχόμενων ιατρικών

υπηρεσιών, η στάση του ειδικού ιατρού, νοσηλευτικών υπηρεσιών, υποδομής του νοσοκομείου, αξιολόγηση του προγράμματος πρόληψης και διοικητικών υπηρεσιών και τέλος συνολικής αξιολόγησης της φροντίδας, της οποίας έτυχε ο ασθενής, λαμβάνοντας υπόψη του όλες τις παραπάνω παραμέτρους. 5) Ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, αναφορικά με τη γενική αποτίμηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών του Π.Π.Ι. Στην παρούσα έρευνα δε θα χρησιμοποιηθούν οι ερωτήσεις που αφορούν την αποκλειστική νοσοκόμα, τη διαχείριση πόνου λόγω της φύσης της έρευνας.

Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπάρχουν. Βεβαιώνεται ότι θα εφαρμοστούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, θα τηρηθεί ανωνυμία και η συμμετοχή στη μελέτη θα είναι εθελοντική, ενώ ο φορέας στον οποίο θα γίνει η εκπόνηση της μελέτης δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και θα εξασφαλιστεί προηγουμένως η συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) για τα windows 2007, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας μικρότερο από 5%.

Κεφάλαιο 5ο: Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων

5.1.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος

Μοιραστήκαν τυχαία 400 ερωτηματολόγια σε άτομα που συμμετείχαν σε προγράμματα πρόληψης αλλά απαντήθηκαν τα 199 (απαντητικότητα 49,75%), λόγω γηρασμένου πληθυσμού, αναλφαβητισμού, χαμηλής ανταπόκρισης για λόγους εργασίας, αμελείας, αλλά και έλλειψης ενδιαφέροντος. Από τους 199 ασθενείς - χρήστες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 88 ήταν άντρες (44,2%) και 95 ήταν γυναίκες (47,7%), με μέση ηλικία τα 53 έτη. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων αποτελούν Έλληνες υπήκοοι (94,5%, 188). Η ηλικιακή κλάση >65 έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων (35,7%, 71). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, 60,3% (120) δήλωσαν έγγαμοι, 18,6% (37) άγαμοι, 13,6% (27) χήροι/ες και 2,5% (5) διαζευγμένοι.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων ασθενών του δείγματος

Μεταβλητή	Συχνότητα	%
Φύλο		
Άνδρας	88	44,2
Γυναίκα	95	47,7
Δεν απάντησε	16	8,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	120	60,3
Άγαμος/η	37	18,6
Χήρος/α	27	13,6
Διαζευγμένος/η	5	2,5
Δεν απάντησε	10	5,0
Ηλικία (έτη)		
18-25	22	11,5
26-35	20	10,1
36-45	26	13,1
46-55	28	13,6
56-65	29	14,6
>65	71	35,7
Δεν απάντησε	3	1,5
Υπηκοότητα		
Ελληνική	188	94,5
Άλλη	13	5,5

Τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, 39,2% (78) δήλωσαν συνταξιούχοι, 21,1% (42) ελεύθεροι επαγγελματίες / αγρότες, 15,1% (30) οικιακά, μαθητές ή φοιτητές, 9% (18) ιδιωτικοί υπάλληλοι, 6,5% (13) άνεργοι και 3,5% (7) δημόσιοι υπάλληλοι. Σε ό,τι αφορά στο μορφωτικό τους επίπεδο, 35,2% (70) δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικού, 14,6% (29) απόφοιτοι γυμνασίου, 35,2% (70) απόφοιτοι λυκείου / εξατάξιου γυμνασίου, 7,5% (15) απόφοιτοι τεχνικής / πανεπιστημιακής σχολής και 1% (2) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (55%, 112) ανέφεραν ότι έχουν μηνιαίο εισόδημα κάτω από 900 ευρώ, 13,1% (26) μεταξύ 901 και 1500 ευρώ, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (28,1%, 56) δεν δήλωσαν το εισόδημά τους. Τέλος, 29,6% (59) ανέφεραν ότι είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, 13,6% (27) στο ΙΚΑ, 7,5% (15) στο ΤΕΒΕ, 30,2% (60) ότι έχουν άλλη ασφάλιση (π.χ. ΤΥΔΚΥ, ΠΡΟΝΟΙΑ) και 6,5% (13) ότι δεν έχουν καμία ασφάλιση. Ο τόπος διαμονής δηλώθηκε μόνο από 77 άτομα (38,7%), από τους οποίους η μεγάλη πλειονότητα (72 άτομα) κατοικούν στην Ελαφόνησο.

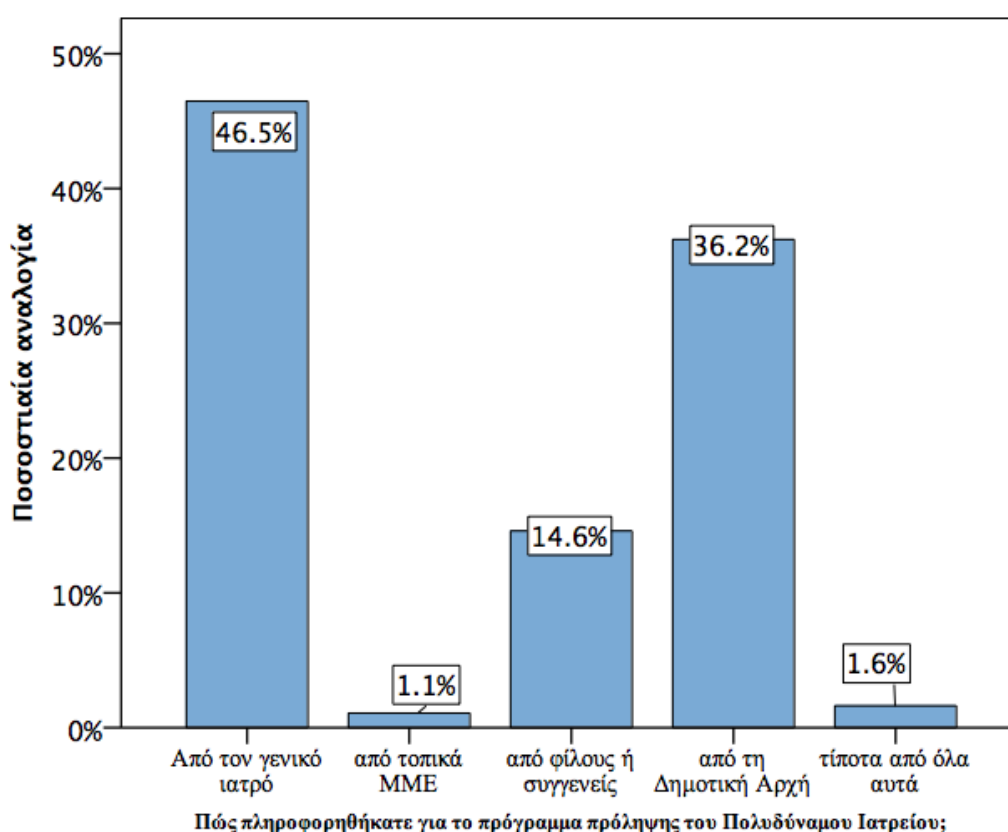
Πίνακας 2. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	Συχνότητα	%
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	7	3,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	18	9,0
Ελεύθερος επαγγελμ./Αγρότης	42	21,1
Συνταξιούχος	78	39,2
Οικιακά / Μαθητής / Φοιτητής	30	15,1
Άνεργος	13	6,5
Δεν απάντησε	11	5,5
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Απόφοιτος δημοτικού	70	35,2
Απόφοιτος γυμνασίου	29	14,6
Απόφοιτος λυκείου / εξατάξιου γυμνασίου	70	35,2
Απόφοιτος τεχνικής/πανεπ. Σχολής	15	7,5
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	2	1,0
Δεν απάντησε	13	6,5
Μηνιαίο εισόδημα		
<600	73	36,7
601-900	39	19,6
901-1500	26	13,1
1501-2100	2	1,0
2101-2700	2	1,0
>2700	1	0,5
Δεν απάντησε	56	28,1
Ασφαλιστική κάλυψη		
Δημόσιο	6	3,0
ΙΚΑ	27	13,6
ΟΓΑ	59	29,6
ΤΕΒΕ	15	7,5
ΤΣΜΕΔΕ	1	0,5
Ιδιωτική ασφάλιση	1	0,5

Καμία ασφάλιση	13	6,5
Άλλη (π.χ. ΤΥΔΚΥ, ΠΡΟΝΟΙΑ κ.ά.)	60	30,2
Δεν απάντησε	17	8,5

5.1.2 Πηγές πληροφόρησης για το Πρόγραμμα Πρόληψης

Στο Σχήμα 1. Παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την πηγή από την οποία πληροφορήθηκαν για το Πρόγραμμα Πρόληψης. Από το σχήμα διαπιστώνουμε ότι 46,5% (86) των συμμετεχόντων πληροφορήθηκαν για το πρόγραμμα από τον γενικό ιατρό, 36,2% (67) από τη Δημοτική Αρχή και 14,6% (27) από φίλους ή συγγενείς.



Σχήμα 1. Πηγές πληροφόρησης για το Πρόγραμμα Πρόληψης

Ο Πίνακας 3 διασταυρώνει τις ηλικιακές κατηγορίες του δείγματος με τις πηγές πληροφόρησης σχετικά με το Πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία ($\chi^2(20) = 49,471, p < 0,001$), το μορφωτικό επίπεδο ($\chi^2(20) = 39,331, p < 0,001$), και το επάγγελμα των συμμετεχόντων ($\chi^2(16) = 45,678, p < 0,001$). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς-χρήστες της ηλικιακής ομάδας 18-25, οι άνεργοι, οι μαθητές/φοιτητές/οικιακά και οι απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου πληροφορήθηκαν για το Πρόγραμμα κυρίως από τη Δημοτική Αρχή, ενώ οι άνω των

65 ετών, οι συνταξιούχοι και οι απόφοιτοι δημοτικού πληροφορήθηκαν γι' αυτό κυρίως από τον γενικό ιατρό.

Πίνακας 3. Πηγές πληροφόρησης για το Πρόγραμμα Πρόληψης σε σχέση με την ηλικία των

Ηλικία		Πώς πληροφορηθήκατε για το Πρόγραμμα Πρόληψης του Πολυδύναμου Ιατρείου					Σύνολο
		Από το γενικό ιατρό	Από τα τοπικά ΜΜΕ	Από φίλους ή συγγενείς	Από τη Δημοτική Αρχή	Τίποτα από όλα αυτά	
18-25	Συχνότητα	1	0	3	14	1	19
	%	1,2%	0,0%	11,1%	21,2%	33,3%	10,4%
26-35	Συχνότητα	10	1	1	9	2	23
	%	11,9%	50,0%	3,7%	13,6%	66,7%	12,6%
36-45	Συχνότητα	14	0	2	7	0	23
	%	16,7%	0,0%	7,4%	10,6%	0,0%	12,6%
46-55	Συχνότητα	9	0	7	11	0	27
	%	10,7%	0,0%	25,9%	16,7%	0,0%	14,8%
56-65	Συχνότητα	9	0	5	14	0	28
	%	10,7%	0,0%	18,5%	21,2%	0,0%	15,4%
>65	Συχνότητα	41	1	9	11	0	62
	%	48,8%	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%	34,1%
Σύνολο	Συχνότητα	84	2	27	66	3	182
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

συμμετεχόντων

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες συμφωνούν σε πολύ μεγάλο βαθμό ότι τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής βοηθούν στην προστασία της υγείας των πολιτών (M: 4,57>4). Ειδικότερα, 54,8% (109) συμφωνούν απόλυτα και 41,2% (82) συμφωνούν.

5.1.3 Αξιολόγηση των υπηρεσιών του Γενικού Ιατρού

Οι ασθενείς αξιολόγησαν τη φροντίδα που τους πρόσφερε ο Γενικός Ιατρός με τη χρήση της διαβαθμισμένης 5-βάθμιας κλίμακας Likert (απόλυτη διαφωνία έως απόλυτη συμφωνία). Η κλίμακα παρέχει ολοκληρωμένη πληροφόρηση για την άποψη των ερωτηθέντων πάνω στις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν από τον Γενικό Ιατρό, αποδίδοντας το βαθμό ικανοποίησης, για οκτώ διαφορετικά επιμέρους στοιχεία αξιολόγησης της εργασίας και συμπεριφοράς του.

Από τον παρακάτω Πίνακα 4 φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ιδιαίτερα θετικά όλα τα χαρακτηριστικά του Γενικού Ιατρού (μέσοι όροι μεγαλύτεροι του 4 σε όλες τις δηλώσεις). Συγκεκριμένα, θεωρούν πως ο γενικός ιατρός τους έκανε να αισθάνονται ασφαλείς (M: 4,68>4) και τους προσέγγιζε με κατανοητό τρόπο (M: 4,64>4). Επίσης, εμφανίζονται πολύ ικανοποιημένοι για την ενημέρωση που έλαβαν από τον ιατρό σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους (M: 4,67>4). Ελαφρώς μικρότερη ικανοποίηση καταγράφεται από τους ασθενείς, για τον χρόνο που τελικά τους διατέθηκε (M: 4,33>4) και την ικανότητα του γενικού ιατρού (M: 4,33>4). Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται και οι σχετικές ποσοστιαίες αναλογίες των διαφορετικών βαθμών ικανοποίησης της κλίμακας Likert για τα ερωτήματα της κλίμακας.

Πίνακας 4. Μέσοι όροι (M), τυπικές αποκλίσεις (SD), παραγοντικά φορτία και συχνότητες (%) στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης των υπηρεσιών του γενικού ιατρού

Ο Γενικός Ιατρός:		ΔΑ	Δ	Ο	Σ	ΣΑ	M	SD	Φορτίο
1. Συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	<i>n</i>	3	1	3	61	123	4,62	0,58	0,856
	%	1,5	0,5	1,5	30,7	61,8			
2. Με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	<i>n</i>	2	0	2	57	127	4,67	0,49	0,833
	%	1,1	0,0	1,1	30,3	67,6			
3. Ήταν απόμακρος, δύσκολα μπορούσες να μιλήσεις*	<i>n</i>	112	58	3	1	13	4,39	1,01	0,782
	%	59,9	31,0	1,6	0,5	7,0			
4. Ήταν πάντα διαθέσιμος όταν τον χρειαζόμουν	<i>n</i>	6	0	7	57	120	4,54	0,76	0,761
	%	3,2	0,0	3,7	30,0	63,2			
5. Ήταν ικανός, ήξερε τι έπρεπε να κάνει	<i>n</i>	1	1	1	60	127	4,33	1,11	0,753
	%	0,5	0,5	0,5	31,6	66,8			
6. Ο χρόνος που μου αφιέρωνε ήταν πολύ λίγος*	<i>n</i>	111	55	3	4	13	4,33	1,11	0,725
	%	59,7	29,6	1,6	2,2	7,0			
7. Μιλούσε απλά και κατανοητά	<i>n</i>	3	0	0	55	130	4,64	0,65	0,573
	%	1,6	0,0	0	29,3	69,1			
8. Με έκανε να αισθάνομαι ασφαλής	<i>n</i>	1	0	2	54	132	4,68	1,01	0,546
	%	0,5	0,0	1,1	28,6	69,8			
Cronbach's α									0,84
Ιδιοτιμή									4,34
Ποσοστό ερμηνεύσιμης διακύμανσης									54,2

*Η κλίμακα έχει αναστραφεί για να ακολουθεί τη φορά όλων των στοιχείων της (Ερωτ. 3 και 6)

ΔΑ = Διαφωνώ Απόλυτα, Δ = Διαφωνώ, Ο = Ούτε Διαφωνώ – Ούτε Συμφωνώ, Σ = Συμφωνώ, ΣΑ = Συμφωνώ Απόλυτα

Για τη διερεύνηση της δομικής εγκυρότητας της κλίμακας αξιολόγησης των υπηρεσιών του γενικού ιατρού εφαρμόστηκε η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων. Ως μέθοδος εξαγωγής των παραγόντων εφαρμόστηκε η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες. Ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin, που μετρά την επάρκεια του επιλεγόμενου δείγματος, είναι ικανοποιητικός με τιμή 0,82. Η τιμή του ελέγχου Bartlett, που αξιολογεί τη σφαιρικότητα του χρησιμοποιούμενου εργαλείου, βρέθηκε επίσης ικανοποιητική με τιμή $\chi^2(28) = 862,63, p < 0,001$. Από την ανάλυση προέκυψε

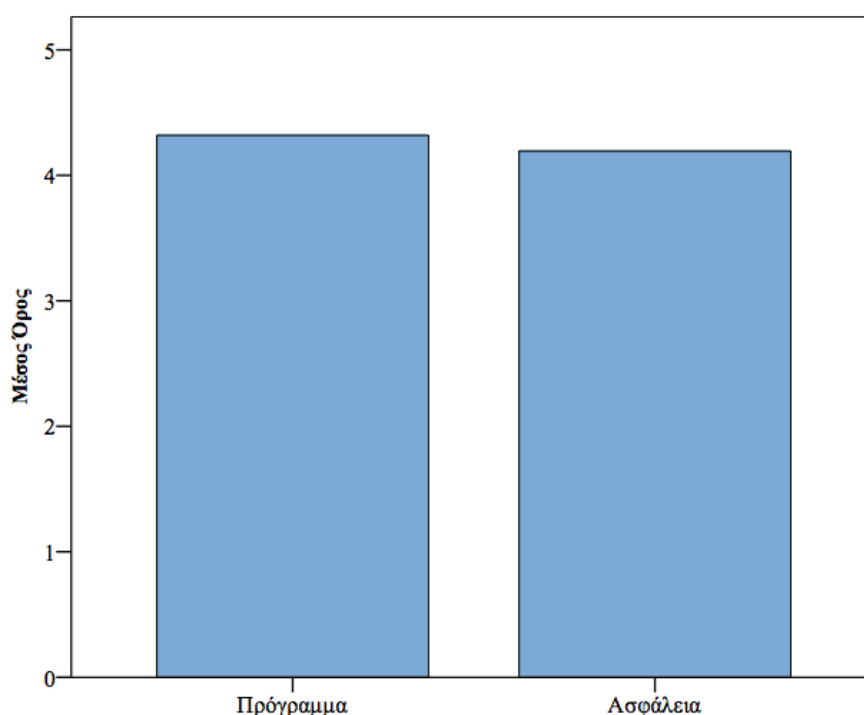
έναν μόνο παράγοντα (8 ερωτήσεις) που εξηγεί ποσοστό 54,2% της συνολικής διακύμανσης. Η αξιοπιστία της κλίμακας, με την έννοια της εσωτερικής συνέπειας, βρέθηκε πολύ υψηλή (Cronbach's $\alpha = 0,84$). Στη συνέχεια, για κάθε ασθενή υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία της ικανοποίησης από τον γενικό ιατρό, ως ο μέσος όρος των 8 επιμέρους δηλώσεων της κλίμακας. Η τιμή της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 1 έως 5, με μέσο όρο 4,57 ($\pm 0,51$), κάτι που υποδηλώνει πολύ υψηλό βαθμό ικανοποίησης.

5.1.4 Ικανοποίηση και Ασφάλεια από το Πρόγραμμα Πρόληψης

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5 και το Σχήμα 2, οι συμμετέχοντες ένιωσαν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα πρόληψης ($M: 4,32 > 4$) αλλά και πολύ ασφαλείς κατά τη διάρκειά του ($M: 4,19 > 4$).

Πίνακας 5. Μέσοι όροι (M), τυπικές αποκλίσεις (SD) και συχνότητες (%) στις ερωτήσεις της κλίμακας ικανοποίησης από το Πρόγραμμα Πρόληψης και την ασφάλεια κατά τη διάρκειά του

Ικανοποίηση από:		ΔA	Δ	O	Σ	ΣA	M	SD
1. Πρόγραμμα Πρόληψης	<i>n</i>	0	1	4	120	67	4,32	0,54
	%	0,0	0,5	2,1	62,5	34,5		
2. Ασφάλεια κατά τη διάρκεια του Προγράμματος	<i>n</i>	0	0	8	138	45	4,19	0,49
	%	0,0	0,0	4,2	72,3	23,6		



Σχήμα 2. Ικανοποίηση από το Πρόγραμμα Πρόληψης και Ασφάλεια κατά τη διάρκειά του

5.1.5 Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών από τους ασθενείς – χρήστες παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Οι μέσες τιμές της κλίμακας Likert αποτυπώνουν την ικανοποίηση των ασθενών για την επαγγελματική επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως αυτή εκφράζεται στο στοιχείο της ικανότητας και επιδεξιότητάς (M: 4,59>4), τη συμβολή τους στην επίτευξη ενός αισθήματος ασφάλειας για την έκβαση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (M: 4,56>4) και την παρεχόμενη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους (M: 4,53>4), ενώ τη θετική γνώμη των συμμετεχόντων απέσπασε και η συμπεριφορά των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (M: 4,63>4). Ελαφρώς μικρότερη ικανοποίηση καταγράφεται για την ευκολία προσέγγισής τους (M: 3,71<4), καθώς και για το συνολικό χρόνο που τους αφιερώθηκε σε κάθε περίπτωση από το νοσηλευτικό προσωπικό (M: 3,69<4). Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται και οι σχετικές ποσοστιαίες αναλογίες των διαφορετικών βαθμών ικανοποίησης της κλίμακας Likert για τα ερωτήματα της κλίμακας.

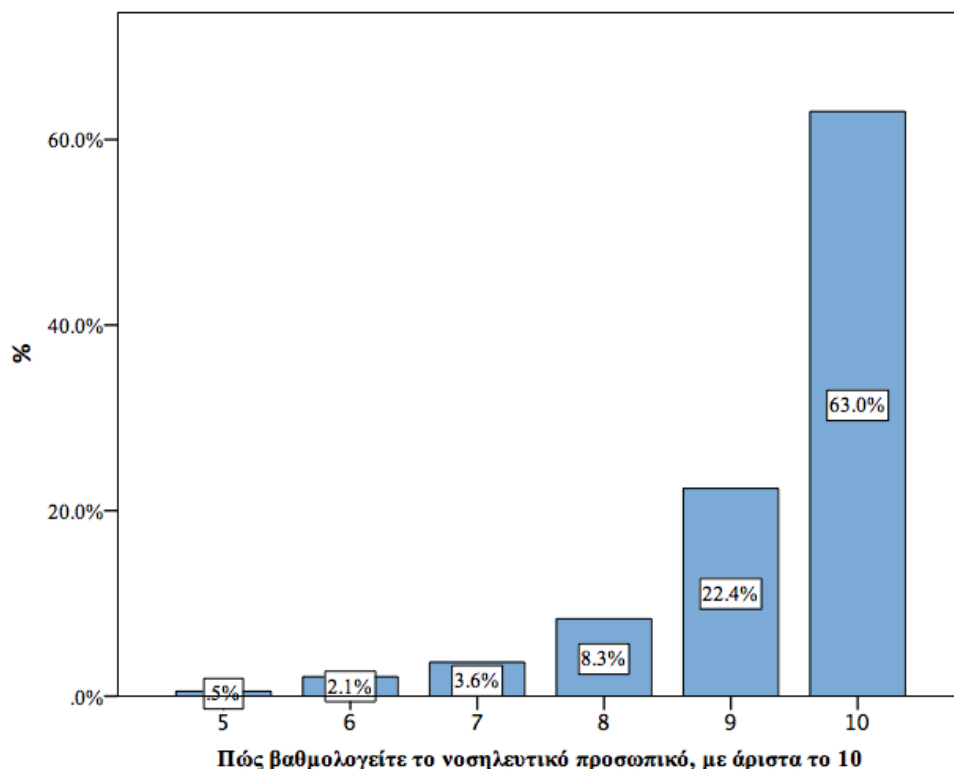
Για τη διερεύνηση της δομικής εγκυρότητας της κλίμακας αξιολόγησης του νοσηλευτικού προσωπικού εφαρμόστηκε η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων. Ως μέθοδος εξαγωγής των παραγόντων εφαρμόστηκε η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες. Ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin, που μετρά την επάρκεια του επιλεγόμενου δείγματος, είναι ικανοποιητικός με τιμή 0,81. Η τιμή του ελέγχου Bartlett, που αξιολογεί τη σφαιρικότητα του χρησιμοποιούμενου εργαλείου, βρέθηκε επίσης ικανοποιητική με τιμή $\chi^2(28) = 451,17, p < 0,001$. Από την ανάλυση προέκυψε ένας μόνο παράγοντας (8 ερωτήσεις) που εξηγεί ποσοστό 56,9% της συνολικής διακύμανσης. Η αξιοπιστία της κλίμακας, με την έννοια της εσωτερικής συνέπειας, βρέθηκε ικανοποιητική (Cronbach's $\alpha = 0,73$). Στη συνέχεια, για κάθε ασθενή υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία της ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό, ως ο μέσος όρος των 8 επιμέρους δηλώσεων της κλίμακας. Η τιμή της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 1 έως 5, με μέσο όρο 3,98 ($\pm 0,39$), κάτι που υποδηλώνει υψηλό βαθμό ικανοποίησης.

Πίνακας 6. Μέσοι όροι (M), τυπικές αποκλίσεις (SD), παραγοντικά φορτία και συχνότητες (%) στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού

		ΔΑ	Δ	Ο	Σ	ΣΑ	M	SD	Φορτίο
1. Το νοσηλευτικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	<i>n</i>	1	1	1	62	129	4,63	0,58	0,750
	%	0,5	0,5	0,5	32,0	66,5			
2. Το νοσηλευτικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	<i>n</i>	1	5	6	61	123	4,53	0,73	0,695
	%	0,5	2,6	3,1	31,1	62,8			
3. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να του μιλήσεις για όσα αισθάνεσαι*	<i>n</i>	22	135	15	6	17	3,71	1,01	0,584
	%	11,3	69,2	7,7	3,1	8,7			
4. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)	<i>n</i>	1	1	13	67	113	4,49	0,69	0,776
	%	0,5	0,5	6,7	34,4	57,9			
5. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει	<i>n</i>	0	1	1	76	118	4,59	0,53	0,798
	%	0,0	0,5	0,5	38,8	60,2			
6. Ο χρόνος που μου αφιέρωσε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος*	<i>n</i>	20	130	18	8	15	3,69	0,99	0,591
	%	10,5	68,1	9,4	4,2	7,9			
7. Το νοσηλευτικό προσωπικό μιλούσε απλά και κατανοητά	<i>n</i>	0	0	3	72	119	4,60	0,52	0,796
	%	0,0	0,0	1,5	37,1	61,3			
8. Το νοσηλευτικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής	<i>n</i>	0	1	6	74	110	4,56	0,71	0,702
	%	0,0	0,5	3,1	38,5	57,3			
Cronbach's α							0,73		
Ιδιοτιμή							3,43		
Ποσοστό ερμηνεύσιμης διακύμανσης							56,9		

*Η κλίμακα έχει αναστραφεί για να ακολουθεί τη φορά όλων των στοιχείων της (Ερωτ. 3 και 6)
 ΔΑ = Διαφωνώ Απόλυτα, Δ = Διαφωνώ, Ο = Ούτε Διαφωνώ – Ούτε Συμφωνώ, Σ = Συμφωνώ, ΣΑ = Συμφωνώ Απόλυτα

Η παράθεση των συχνοτήτων που αφορούν τη βαθμολογία του νοσηλευτικού προσωπικού διακρίνεται στο Σχήμα 3. Γενικά, περίπου έξι στους δέκα ερωτηθέντες φαίνεται να επιλέγει τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία (10) για τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ καμία παρατήρηση με βαθμολογία κάτω από 5 δεν καταγράφηκε για το νοσηλευτικό προσωπικό.



Σχήμα 3. Ποσοστιαία αναλογία του γενικού βαθμού ικανοποίησης (0-10) από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών

5.1.6 Αξιολόγηση της Υποδομής του Πολυδύναμου Ιατρείου

Για να αξιολογηθούν από τους ασθενείς του δείγματος, στοιχεία που αφορούν τις υποδομές του Ιατρείου (χώροι, ανέσεις) έγινε χρήση της 5-βάθμιας κλίμακας Likert. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων (Πίνακας 7), οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν πολύ θετικά την καθαριότητα των χώρων του Ιατρείου γενικά (M: 4,61>4) και των χώρων υγιεινής (M: 4,63>4), ειδικότερα. Λιγότερο θετικά αξιολογήθηκαν η άνεση (M: 4,32 >4) και η θερμοκρασία (M: 4,36>4) του χώρου του Ιατρείου.

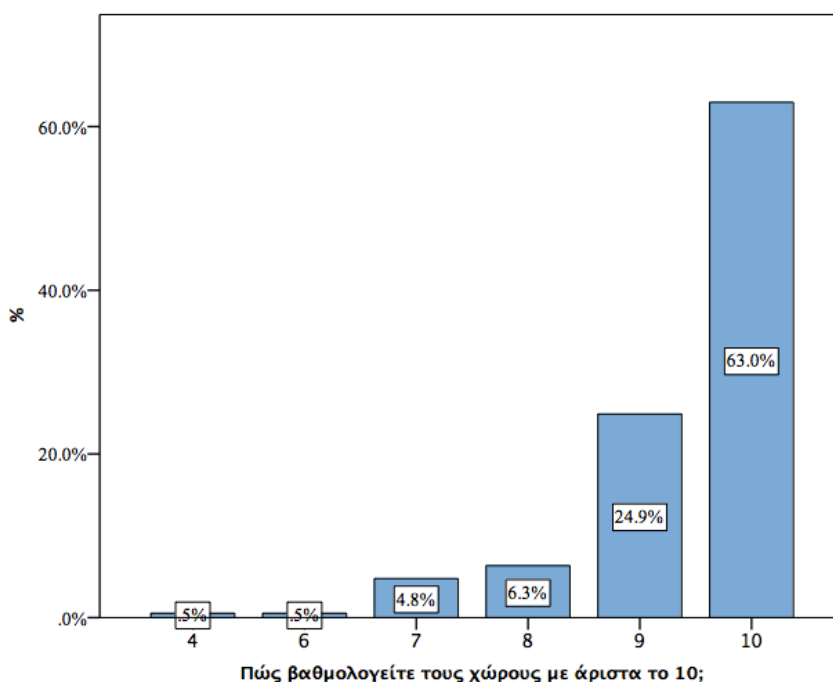
Για τη διερεύνηση της δομικής εγκυρότητας της κλίμακας αξιολόγησης της υποδομής του Πολυδύναμου Ιατρείου εφαρμόστηκε η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων. Ως μέθοδος εξαγωγής των παραγόντων εφαρμόστηκε η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες. Ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin, που μετρά την επάρκεια του επιλεγόμενου δείγματος, είναι ικανοποιητικός με τιμή 0,83. Η τιμή του ελέγχου Bartlett, που αξιολογεί τη σφαιρικότητα του χρησιμοποιούμενου εργαλείου, βρέθηκε επίσης ικανοποιητική με τιμή $\chi^2(6) = 440,66$, $p < 0,001$. Από την ανάλυση προέκυψε ένας μόνο παράγοντας (4 ερωτήσεις) που εξηγεί το 60,2% της συνολικής διακύμανσης. Η αξιοπιστία της κλίμακας, με την έννοια της εσωτερικής συνέπειας,

βρέθηκε ικανοποιητική (Cronbach's $\alpha = 0,74$). Στη συνέχεια, για κάθε ασθενή υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία της ικανοποίησης από την υποδομή του πολυδύναμου ιατρείου, ως ο μέσος όρος των 4 επιμέρους δηλώσεων της κλίμακας. Η τιμή της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 1 έως 5, με μέσο όρο 4,48 ($\pm 0,52$), κάτι που υποδηλώνει πολύ υψηλό βαθμό ικανοποίησης.

Πίνακας 7. Μέσοι όροι (M), τυπικές αποκλίσεις (SD), παραγοντικά φορτία και συχνότητες (%) στις ερωτήσεις της κλίμακας αξιολόγησης των υποδομών του ιατρείου

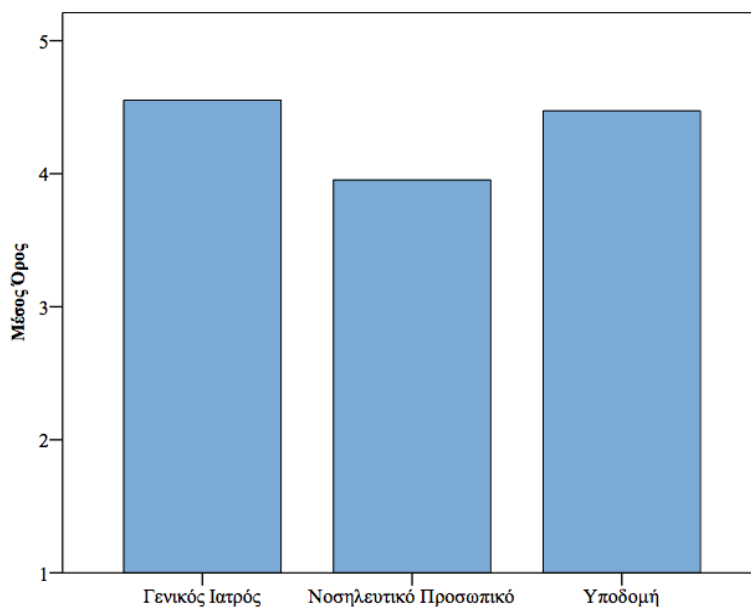
		ΔΑ	Δ	Ο	Σ	ΣΑ	M	SD	Φορτίο
1. Ο χώρος ήταν άνετος	<i>n</i>	1	3	20	70	88	4,32	0,78	0,883
	%	0,5	1,6	11,0	38,5	48,4			
2. Ο χώρος είχε την ιδανική θερμοκρασία	<i>n</i>	2	3	19	60	95	4,36	0,82	0,878
	%	1,1	1,7	10,6	33,5	53,1			
3. Ο χώρος ήταν καθαρός	<i>n</i>	1	1	3	58	119	4,61	0,62	0,697
	%	0,5	0,5	1,6	31,9	65,4			
4. Οι χώροι υγιεινής (λουτρό, τουαλέτα κλπ.) ήταν καθαροί	<i>n</i>	0	1	3	60	121	4,63	0,55	0,609
	%	0,0	0,5	1,6	32,4	65,4			
Cronbach's α							0,74		
Ιδιοτιμή							2,41		
Ποσοστό ερμηγεύσιμης διακύμανσης							60,2		

Η παράθεση των συχνοτήτων που αφορούν στη βαθμολογία των χώρων του Ιατρείου, συνολικά, διακρίνεται στο Σχήμα 4. Γενικά, περίπου έξι στους δέκα ερωτηθέντες φαίνεται να επιλέγει τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία (10), ενώ καμία παρατήρηση με βαθμολογία κάτω από 4 δεν καταγράφηκε για τους χώρους του Ιατρείου.



Σχήμα 4. Ποσοστιαία αναλογία του γενικού βαθμού ικανοποίησης (0-10) από τους χώρους του πολυδύναμου ιατρείου, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών

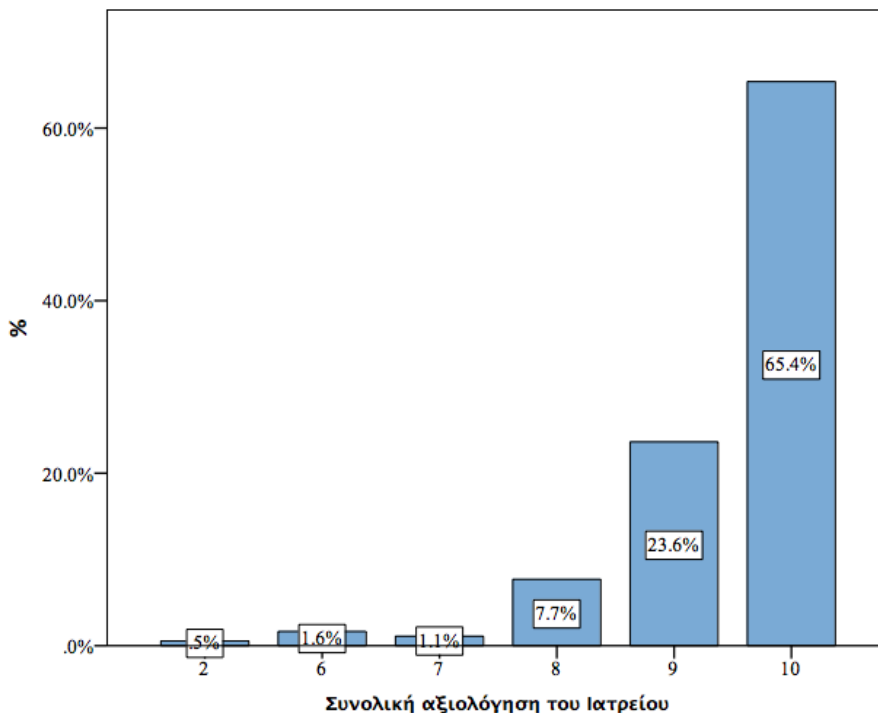
Στο Σχήμα 5 παρουσιάζεται συγκριτικά η αξιολόγηση των υπηρεσιών του γενικού ιατρού, του νοσηλευτικού προσωπικού και της υποδομής. Από το σχήμα συμπεραίνουμε ότι συνολικά οι υπηρεσίες και οι υποδομές του Πολυδύναμου Ιατρείου αξιολογούνται από τους συμμετέχοντες από πολύ καλές έως άριστες. Είναι προφανές ότι ο γενικός ιατρός και οι υποδομές του ιατρείου αποτελούν τα πιο δυνατά του σημεία, ενώ έπεται το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά με μικρή διαφορά.



Σχήμα 5. Ικανοποίηση από τον Γενικό Ιατρό, το Νοσηλευτικό Προσωπικό και την Υποδομή του Πολυδύναμου Ιατρείου

5.1.7 Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου και του Προγράμματος

Η συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εμπειρία παραμονής τους στο Ιατρείο και τη συμμετοχή τους στο Πρόγραμμα παρουσιάζεται στο Σχήμα 6. Στις σχετικές συχνότητες των διαφορετικών απαντήσεων με βάση την κλίμακα αξιολόγησης 0-10 αποτυπώνεται το πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης, καθώς η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε βαθμό 10 (65,4%), ενώ μόλις ένας στους δέκα φαίνεται να δίδει βαθμολογία μικρότερη ή ίση του 8.



Σχήμα 6. Ποσοστιαία αναλογία του γενικού βαθμού ικανοποίησης (0-10) από την εμπειρία παραμονής στο Πολυδύναμο Ιατρείο, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών

Στην ανοικτού τύπου ερώτηση σχετικά με το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του Ιατρείου απάντησαν 77 άτομα (38,7% του συνόλου). 48% (37) από αυτούς αναφέρθηκε σε θετικά χαρακτηριστικά των γιατρών (άριστη συμπεριφορά, συνέπεια, προθυμία, επιστημονική κατάρτιση και γνώσεις). 23,4% (18) αναφέρθηκε στην άμεση εξυπηρέτηση ή αντιμετώπιση που τους προσφέρθηκε, 14,3% (11) σε πλεονεκτήματα των υποδομών (ευκολία πρόσβασης, άνεση χώρου, ύπαρξη ασθενοφόρου), ενώ το υπόλοιπο 14,3% (11) αναφέρθηκε στην απουσία οικονομικού κόστους των υπηρεσιών.

Σε σχέση με το μεγαλύτερο πρόβλημα του Ιατρείου, απάντηση έδωσαν 36 ασθενείς (18,1%). Οι περισσότεροι από αυτούς (20, 55,5%) αναφέρθηκαν στις ελλείψεις σε προσωπικό και ειδικότητες ιατρών, οι 11 (30,5%) σε ελλείψεις εξοπλισμού και οι 5 (13,9%) στην μεγάλη απόσταση του Ιατρείου από νοσοκομείο.

Στην ερώτηση σχετικά με το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του Προγράμματος απάντησε 33,1% (66) των συμμετεχόντων. Η μεγάλη πλειονότητα (62,1%, 40) αναφέρουν την πρόληψη, 22,7% (15) την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας και 16,7% (10) αναφέρουν άλλα ζητήματα, όπως η εγγύτητα στον τόπο κατοικίας, η οργάνωση και προσωπικό.

Σε ό,τι αφορά στα μεγαλύτερα μειονεκτήματα του Προγράμματος, απαντήσεις έδωσε 8% (16) των συμμετεχόντων. Οι 8 από αυτούς (50%) ανέφεραν τη μικρή συχνότητα και διάρκεια του προγράμματος, ενώ 3 (18,7%) ανέφεραν ως πρόβλημα τον μεγάλο χρόνο αναμονής.

88,4% (176) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι θα πρότειναν σε κάποιον δικό τους, φίλο ή συγγενή να επισκεφτεί το Ιατρείο και να συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής.

24,1% (48) των συμμετεχόντων θα αξιολογούσαν την κατάσταση της υγείας τους ως πολύ καλύτερη μετά την επίσκεψη στο Ιατρείο, 46,2% (92) ως καλύτερη και 20,6% (41) ίδια με πριν.

69,8% (139) των ασθενών ανέφεραν ότι ο οικογενειακός τους ιατρός είναι ιατρός του ΚΥ Νεάπολης ή του Ιατρείου, ενώ 50,3% (100) ανέφεραν ότι έχουν επισκεφθεί το Ιατρείο για επείγουσα κατάσταση. 25,6% (51) ανέφεραν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Τέλος, τα νοσήματα που κυρίως αναφέρθηκαν ήταν άσθμα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, χοληστερίνη και υπερλιπιδαιμία.

5.2 Επαγωγική Στατιστική

Η μετάβαση από την περιγραφική στην επαγωγική στατιστική, έγινε για να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και των υποδομών του Ιατρείου και του Προγράμματος Πρόληψης σε σχέση με δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Στον Πίνακα 8 που ακολουθεί παρατίθενται οι μέσες τιμές των απαντήσεων των ανδρών και των γυναικών του δείγματος, στις βασικές μεταβλητές της έρευνας. Η

διερεύνηση πιθανών διαφορών ανάμεσα στις δύο ομάδες, όπως μελετήθηκε μέσω της ανάλυσης Mann-Whitney, δεν έδειξε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι άνδρες διαφέρουν από τις γυναίκες ως προς τον τρόπο που αξιολογούν τις υπηρεσίες του Ιατρείου και του Προγράμματος.

Πίνακας 8. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney για τις διαφορές σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Φύλο	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	Άνδρας	87	4,59	0,49	-0,375	>0,05
	Γυναίκα	88	4,55	0,54		
Άποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	Άνδρας	87	4,59	0,49	-0,089	>0,05
	Γυναίκα	88	4,58	0,49		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης	Άνδρας	88	4,32	0,51	-0,148	>0,05
	Γυναίκα	88	4,32	0,56		
Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	Άνδρας	88	4,25	0,51	-1,407	>0,05
	Γυναίκα	88	4,15	0,47		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού	Άνδρας	87	3,96	0,38	-1,148	>0,05
	Γυναίκα	87	4,00	0,38		
Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	Άνδρας	88	9,25	1,25	-1,555	>0,05
	Γυναίκα	88	9,59	0,74		
Ικανοποίηση από την υποδομή	Άνδρας	87	4,42	0,56	-1,175	>0,05
	Γυναίκα	81	4,52	0,48		
Βαθμολογία χώρων	Άνδρας	88	9,40	1,07	-0,313	>0,05
	Γυναίκα	87	9,52	0,79		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου	Άνδρας	88	9,41	0,89	-1,605	>0,05
	Γυναίκα	87	9,53	1,11		

Το δεύτερο δημογραφικό στοιχείο που εξετάστηκε αναφορικά με τη διαφοροποίηση των απαντήσεων είναι η ηλικία των συμμετεχόντων. Στην παρούσα εργασία σχηματίστηκαν εξ αρχής έξι διαφορετικές ηλικιακές κλάσεις, τη διερεύνηση της ομοιογένειας μεταξύ των οποίων παρουσιάζει ο Πίνακας 9 με τη βοήθεια του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis.

Το κύριο ερμηνευτικό στοιχείο που παρουσιάζει ενδιαφέρον στον παρακάτω Πίνακα είναι ότι οι ασθενείς ηλικίας 18 – 35 ετών, ανέφεραν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα ασφάλειας κατά τη διάρκεια του προγράμματος πρόληψης και αξιολόγησαν πιο θετικά την εμπειρία παραμονής τους στο Ιατρείο σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς.

Πίνακας 9. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τις διαφορές σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Ηλικία	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	18-25	19	4,65	0,42	8,096	>0,05
	26-35	23	4,43	0,52		
	36-45	26	4,58	0,56		
	46-55	28	4,39	0,59		
	56-65	29	4,74	0,42		
	>65	64	4,59	0,50		
	Αποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	18-25	19	4,47		
26-35		23	4,52	0,51		
36-45		26	4,62	0,49		
46-55		28	4,74	0,45		
56-65		29	4,45	0,51		
>65		64	4,61	0,49		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης		18-25	19	4,37	0,49	0,318
	26-35	23	4,17	0,72		
	36-45	26	4,35	0,56		
	46-55	28	4,21	0,42		
	56-65	29	4,28	0,45		
	>65	64	4,44	0,53		
	Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	18-25	19	4,58	0,51	
26-35		23	4,30	0,63		
36-45		26	4,15	0,46		
46-55		28	4,11	0,42		
56-65		29	4,10	0,31		
>65		64	4,16	0,48		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού		18-25	19	3,99	0,33	3,593
	26-35	23	3,91	0,42		
	36-45	26	3,98	0,35		
	46-55	28	3,94	0,42		
	56-65	29	4,11	0,43		
	>65	64	3,96	0,39		
	Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	18-25	19	9,58	0,77	
26-35		23	9,35	1,11		
36-45		26	9,42	0,76		
46-55		28	9,43	0,92		
56-65		29	9,07	1,41		
>65		64	9,45	1,04		
Ικανοποίηση από την υποδομή		18-25	19	3,99	0,33	5,159
	26-35	23	3,91	0,42		
	36-45	26	3,98	0,35		
	46-55	28	3,94	0,42		
	56-65	29	4,11	0,43		
	>65	64	3,96	0,39		
	Βαθμολογία χώρων	18-25	19	9,32	1,45	
26-35		23	9,48	10,4		
36-45		26	9,15	1,12		
46-55		28	9,44	0,80		
56-65		29	9,32	0,86		
>65		64	9,61	0,70		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου		18-25	19	9,89	0,32	11,550
	26-35	23	9,57	0,84		
	36-45	26	9,38	0,94		
	46-55	28	9,38	0,75		
	56-65	29	9,12	1,63		
	>65	64	9,52	0,90		

Ένα ακόμη δημογραφικό στοιχείο που εξετάστηκε αναφορικά με τη διαφοροποίηση των απαντήσεων είναι η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Για τον σκοπό αυτό σχηματίστηκαν τρεις διαφορετικές κατηγορίες (βλ. Πίνακα 10) και η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών ελέγχθηκε με τη βοήθεια του μη-παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές μόνο στην περίπτωση της ικανοποίησης από την ασφάλεια του προγράμματος, για την οποία οι ασθενείς που ήταν άγαμοι εκφράστηκαν στατιστικά σημαντικά πιο θετικά από τις άλλες δύο κατηγορίες.

Πίνακας 10. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τις διαφορές σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Οικογενειακή Κατάσταση	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	Έγγαμος	120	4,58	0,50	1,202	>0,05
	Άγαμος	37	4,54	0,53		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	4,47	0,55		
Άποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	Έγγαμος	120	4,61	0,49	5,627	>0,05
	Άγαμος	37	4,41	0,50		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	4,66	0,48		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης	Έγγαμος	120	4,31	0,50	1,016	>0,05
	Άγαμος	37	4,32	0,67		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	4,41	0,50		
Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	Έγγαμος	120	4,16	0,45	15,364	<0,001
	Άγαμος	37	4,46	0,60		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	4,06	0,35		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού	Έγγαμος	120	9,39	1,09	1,726	>0,05
	Άγαμος	37	9,38	1,09		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	9,38	0,79		
Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	Έγγαμος	120	3,99	0,42	0,855	>0,05
	Άγαμος	37	3,98	0,35		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	3,87	0,35		
Ικανοποίηση από την υποδομή	Έγγαμος	120	4,47	0,52	2,268	>0,05
	Άγαμος	37	4,58	0,47		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	4,37	0,58		
Βαθμολογία χώρων	Έγγαμος	120	9,41	0,87	2,590	>0,05
	Άγαμος	37	9,35	1,25		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	9,63	0,79		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου	Έγγαμος	120	9,46	1,06	0,281	>0,05
	Άγαμος	37	9,54	0,80		
	Χήρος/διαζευγμένος	32	9,42	0,96		

Ένα ακόμη σημαντικό κοινωνικό στοιχείο πιθανής διαφοροποίησης των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος είναι το μορφωτικό τους επίπεδο. Στο περιεχόμενο του ερωτηματολογίου ορίζονταν πέντε διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης, αλλά λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων με μεταπτυχιακό τίτλο

σπουδών, η κατηγορία αυτή συγχωνεύτηκε με την κατηγορία «Απόφοιτος Τεχνικής/Πανεπιστημιακής Σχολής». Το αποτέλεσμα της γενικής διερεύνησης της ομοιογένειας μεταξύ των δυνατών ομάδων παρουσιάζεται στον Πίνακα 11, όπως προέκυψε με τη βοήθεια του ελέγχου Kruskal-Wallis. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική ικανοποίηση που αποκόμισαν οι ασθενείς του δείγματος δεν διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 11. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τις διαφορές σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Μορφ. Επίπεδο	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	Δημοτικό	70	4,48	0,49	3,755	>0,05
	Γυμνάσιο	29	4,61	0,49		
	Λύκειο	70	4,62	0,52		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	4,46	0,59		
Αποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	Δημοτικό	70	4,64	0,48	4,854	>0,05
	Γυμνάσιο	29	4,62	0,49		
	Λύκειο	70	4,56	0,50		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	4,35	0,49		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης	Δημοτικό	70	4,34	0,53	2,025	>0,05
	Γυμνάσιο	29	4,24	0,43		
	Λύκειο	70	4,27	0,56		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	4,41	0,62		
Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	Δημοτικό	70	4,11	0,47	7,158	>0,05
	Γυμνάσιο	29	4,11	0,31		
	Λύκειο	70	4,30	0,55		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	4,29	0,59		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού	Δημοτικό	70	3,92	0,42	3,197	>0,05
	Γυμνάσιο	29	4,06	0,46		
	Λύκειο	70	3,99	0,34		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	3,97	0,34		
Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	Δημοτικό	70	9,36	1,04	3,889	>0,05
	Γυμνάσιο	29	9,21	0,86		
	Λύκειο	70	9,40	1,17		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	9,47	1,01		
Ικανοποίηση από την υποδομή	Δημοτικό	70	4,36	0,52	5,049	>0,05
	Γυμνάσιο	29	4,51	0,59		
	Λύκειο	70	4,58	0,49		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	4,47	0,51		
Βαθμολογία χώρων	Δημοτικό	70	9,43	0,87	2,219	>0,05
	Γυμνάσιο	29	9,55	0,63		
	Λύκειο	70	9,45	1,04		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	9,00	1,27		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου	Δημοτικό	70	9,44	1,01	0,282	>0,05
	Γυμνάσιο	29	9,52	0,64		
	Λύκειο	70	9,45	1,14		
	Τεχν./Πανεπιστ. Σχολή	14	9,00	0,87		

Ένας ακόμη κοινωνικοοικονομικός παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων ασθενών του δείγματος, σχετικά με την ικανοποίησή τους από τους άξονες αξιολόγησης που αναλύθηκαν μέχρι τώρα, αποτελεί το καθαρό μηνιαίο εισόδημα. Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της διερεύνησης της διαφοράς μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis, μεταξύ των ομάδων διαφορετικού εισοδήματος. Λόγω χαμηλών συχνοτήτων στα εισοδήματα πάνω από 1500 ευρώ, οι κατηγορίες 901 – 1500, 1501 – 2100, 2101 – 2700 και >2700 συγχωνεύτηκαν στην κατηγορία >901. Διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων εντός των τριών εναπομείναντων ομάδων εισοδήματος προέκυψαν μόνο για τη συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας παραμονής τους στο Ιατρείο. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς – χρήστες που ανήκουν στην πιο χαμηλή κατηγορία εισοδήματος (<600 ευρώ) αξιολόγησαν πιο θετικά την εμπειρία παραμονής τους στο Ιατρείο από αυτούς με εισόδημα μεγαλύτερο από 600 ευρώ.

Πίνακας 12. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τις διαφορές σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Εισόδημα	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	<600	72	4,47	0,52	1,151	>0,05
	601-900	39	4,47	0,48		
	>901	31	4,56	0,53		
Άποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	<600	72	4,51	0,50	0,639	>0,05
	601-900	39	4,59	0,49		
	>901	31	4,52	0,51		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης	<600	72	4,37	0,56	0,673	>0,05
	601-900	39	4,31	0,47		
	>901	31	4,39	0,49		
Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	<600	72	4,14	0,51	3,314	>0,05
	601-900	39	4,23	0,43		
	>901	31	4,33	0,48		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού	<600	72	3,86	0,39	1,526	>0,05
	601-900	39	3,91	0,42		
	>901	31	4,00	0,41		
Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	<600	72	9,47	0,89	1,858	>0,05
	601-900	39	9,26	1,02		
	>901	31	9,29	1,42		
Ικανοποίηση από την υποδομή	<600	72	4,44	0,54	2,227	>0,05
	601-900	39	4,28	0,54		
	>901	31	4,36	0,52		
Βαθμολογία χώρων	<600	72	9,57	0,73	4,122	>0,05
	601-900	39	9,37	1,15		
	>901	31	9,10	1,15		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου	<600	72	9,60	0,84	6,976	0,03
	601-900	39	9,39	0,69		
	>901	31	9,11	1,68		

Ένα ακόμη στοιχείο πιθανής διαφοροποίησης των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος είναι το επάγγελμα. Στον Πίνακα 13 παρουσιάζεται το αποτέλεσμα της διερεύνησης της διαφοράς μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis, μεταξύ των ομάδων διαφορετικού επαγγέλματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την άποψη για τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής, την ικανοποίηση για την ασφάλεια του προγράμματος και τη βαθμολογία του νοσηλευτικού προσωπικού. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι έχουν λιγότερο θετική άποψη από τις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελματιών για τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής. Επίσης, οι δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι και οι άνεργοι εκφράζουν σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους υπόλοιπους για την ασφάλεια του προγράμματος. Τέλος, οι ελεύθεροι επαγγελματίες / αγρότες βαθμολογούν λιγότερο θετικά από τους υπόλοιπους το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 13. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τις διαφορές σε σχέση με το επάγγελμα των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Επάγγελμα	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	Δημόσιος υπάλ.	7	4,45	0,68	10,594	>0,05
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	4,57	0,49		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	4,37	0,56		
	Συνταξιούχος	78	4,55	0,50		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	4,79	0,39		
	Άνεργος	13	4,64	0,49		
Άποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	Δημόσιος υπάλ.	7	4,43	0,53	11,780	.038
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	4,33	0,48		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	4,67	0,48		
	Συνταξιούχος	78	4,55	0,50		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	4,77	0,43		
	Άνεργος	13	4,46	0,52		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης	Δημόσιος υπάλ.	7	4,43	0,53	5,118	>0,05
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	4,33	0,48		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	4,26	0,66		
	Συνταξιούχος	78	4,41	0,52		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	4,20	0,41		
	Άνεργος	13	4,23	0,44		
Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	Δημόσιος υπάλ.	7	4,29	0,49	24,648	<0,001
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	4,56	0,51		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	4,12	0,50		
	Συνταξιούχος	78	4,14	0,45		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	4,07	0,36		
	Άνεργος	13	4,62	0,51		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού	Δημόσιος υπάλ.	7	3,91	0,33	3,806	>0,05
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	3,98	0,35		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	3,93	0,44		
	Συνταξιούχος	78	3,94	0,39		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	4,00	0,38		
	Άνεργος	13	4,09	0,33		
Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	Δημόσιος υπάλ.	7	10,00	0,00	13,846	.017
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	9,67	0,59		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	8,98	1,44		
	Συνταξιούχος	78	9,35	1,02		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	9,77	0,43		
	Άνεργος	13	9,46	0,88		
Ικανοποίηση από την υποδομή	Δημόσιος υπάλ.	7	4,46	0,55	6,467	>0,05
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	4,50	0,58		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	4,41	0,54		
	Συνταξιούχος	78	4,41	0,53		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	4,62	0,45		
	Άνεργος	13	4,69	0,43		
Βαθμολογία χώρων	Δημόσιος υπάλ.	7	9,43	1,13	3,827	>0,05
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	9,28	1,56		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	9,27	1,05		
	Συνταξιούχος	78	9,46	0,80		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	9,48	0,74		
	Άνεργος	13	9,77	0,59		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου	Δημόσιος υπάλ.	7	9,71	0,49	10,246	>0,05
	Ιδιωτικός υπάλ.	18	9,67	0,59		
	Ελεύθ. επαγγ./αγρότης	42	9,08	1,51		
	Συνταξιούχος	78	9,43	0,91		
	Οικιακά/Μαθητής/Φοιτ.	30	9,69	0,54		
	Άνεργος	13	9,92	0,29		

Τέλος, διερευνήθηκαν πιθανές διαφοροποιήσεις των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος σε σχέση με την ασφαλιστική τους κάλυψη. Λόγω του μικρού αριθμού των ασφαλισμένων με ιδιωτική ασφάλιση ή ασφάλιση ΤΣΜΕΔΕ (2 άτομα), οι αντίστοιχες κατηγορίες συγχωνεύτηκαν στην κατηγορία «Άλλη». Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης των διαφορών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, μέσω του ελέγχου Kruskal-Wallis. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο σε σχέση με την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, καθώς και οι ασθενείς με καμία ασφάλιση αξιολόγησαν ακόμη πιο θετικά το νοσηλευτικό προσωπικό από τους υπόλοιπους ασφαλισμένους.

Πίνακας 14. Συχνότητες (*n*), μέσες τιμές (*M*), τυπικές αποκλίσεις (*SD*) και αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis για τις διαφορές σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	Ασφαλιστική κάλυψη	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού	Δημόσιο	6	4,62	0,49	7,607	>0,05
	ΙΚΑ	27	4,60	0,50		
	ΟΓΑ	58	4,54	0,54		
	ΤΕΒΕ	15	4,31	0,46		
	Καμία ασφάλιση	13	4,81	0,39		
	Άλλη	62	4,53	0,51		
Άποψη για προγράμματα προληπτικής ιατρικής	Δημόσιο	6	4,50	0,55	6,387	>0,05
	ΙΚΑ	27	4,44	0,51		
	ΟΓΑ	58	4,60	0,49		
	ΤΕΒΕ	15	4,73	0,51		
	Καμία ασφάλιση	13	4,38	0,49		
	Άλλη	62	4,63	0,49		
Ικανοποίηση από το πρόγραμμα πρόληψης	Δημόσιο	6	4,50	0,55	2,104	>0,05
	ΙΚΑ	27	4,33	0,48		
	ΟΓΑ	58	4,36	0,66		
	ΤΕΒΕ	15	4,33	0,49		
	Καμία ασφάλιση	13	4,23	0,44		
	Άλλη	62	4,31	0,59		
Ικανοποίηση από την ασφάλεια του προγράμματος	Δημόσιο	6	4,17	0,41	9,952	>0,05
	ΙΚΑ	27	4,33	0,62		
	ΟΓΑ	58	4,10	0,48		
	ΤΕΒΕ	15	4,40	0,51		
	Καμία ασφάλιση	13	4,46	0,52		
	Άλλη	62	4,13	0,43		
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού	Δημόσιο	6	9,83	0,41	12,574	0,028
	ΙΚΑ	27	9,85	0,36		
	ΟΓΑ	58	9,19	1,18		
	ΤΕΒΕ	15	9,27	1,83		
	Καμία ασφάλιση	13	9,62	0,65		
	Άλλη	62	9,26	0,96		
Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού	Δημόσιο	6	9,83	0,41	8,53	>0,05
	ΙΚΑ	27	9,26	1,40		
	ΟΓΑ	58	9,40	0,86		
	ΤΕΒΕ	15	9,67	1,05		
	Καμία ασφάλιση	13	9,54	0,66		
	Άλλη	62	9,43	0,83		
Ικανοποίηση από την υποδομή	Δημόσιο	6	3,95	0,36	9,993	>0,05
	ΙΚΑ	27	4,02	0,38		
	ΟΓΑ	58	4,00	0,41		
	ΤΕΒΕ	15	3,72	0,41		
	Καμία ασφάλιση	13	4,12	0,29		
	Άλλη	62	3,93	0,38		
Βαθμολογία χώρων	Δημόσιο	6	9,83	0,41	4,917	>0,05
	ΙΚΑ	27	9,85	0,36		
	ΟΓΑ	58	9,19	1,18		
	ΤΕΒΕ	15	9,27	1,83		
	Καμία ασφάλιση	13	9,62	0,65		
	Άλλη	62	9,26	0,96		
Συνολική αξιολόγηση του Ιατρείου	Δημόσιο	6	9,83	0,41	6,453	>0,05
	ΙΚΑ	27	9,77	0,43		
	ΟΓΑ	58	9,45	0,86		
	ΤΕΒΕ	15	9,53	1,06		
	Καμία ασφάλιση	13	9,62	0,65		
	Άλλη	62	9,36	0,91		

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση – Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εξαγωγή συμπερασμάτων για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος Πρόληψης του Πολυδύναμου Ιατρείου Ελαφονήσου μέσω της ικανοποίησης των συμμετεχόντων και των απαιτήσεών τους, του εντοπισμού προβλημάτων ή ελλείψεων που τυχόν επισημαίνονται, καθώς και των προτάσεων που αναφέρονται. Στην έρευνα πήραν μέρος 400 ασθενείς - χρήστες του Προγράμματος Πρόληψης του Πολυδύναμου Ιατρείου Ελαφονήσου. Από την έρευνα προέκυψαν τα εξής:

Οι ασθενείς – χρήστες αξιολογούν ιδιαίτερα θετικά πρωτίστως τον γενικό ιατρό και τις υποδομές του Ιατρείου, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες τόσο του Ιατρείου, όσο και του Προγράμματος Πρόληψης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τον Donabedian (1997), ο οποίος κατέληξε ότι οι ασθενείς - χρήστες των υπηρεσιών υγείας αισθάνονται ικανοποιημένοι με αποτέλεσμα μια πιο αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη αλλά και μια πιο ενεργή συμμετοχή και συμβολή στην θεραπεία τους, επειδή ακριβώς εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. Ωστόσο όμως θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει μια αντίθεση με τους Κοτσαγιώργη & Γκέκα (2010), οι οποίοι θεωρούν ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν έχει ουσιαστική αποτελεσματικότητα και όφελος στη διευκόλυνση της διαδικασίας της ιατρικής θεραπείας, επειδή οι ασθενείς δεν διαθέτουν κάποια εξειδικευμένη κλινική εμπειρία και επηρεάζονται σαφώς από παράγοντες που δεν είναι ιατρικοί.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ακόμα ότι η συνεργασία τους με το Ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάρα πολύ καλή εντοπίζοντας ως θετικά στοιχεία την άριστη συμπεριφορά, τη συνέπεια, την προθυμία, την επιστημονική κατάρτιση και τις γνώσεις, γεγονός που συνέβαλε στην ικανοποίησή τους αλλά και στην αгаστή συνεργασία τους. Το εύρημα αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με την διαπίστωση του Donabedian (1997), ότι για να παρέχεται υψηλή ποιότητα φροντίδας, επιτυγχάνεται εν μέρει μέσα από συνεργασία των ιατρών και των νοσηλευτών με τους ασθενείς, με την προϋπόθεση βέβαια τη σωστή αξιολόγηση και την αποτελεσματική ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών. Εξάλλου δεν πρέπει να λησμονηθεί ότι το καλά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να

συμβάλει αποφασιστικά στην αύξηση τόσο της εμπιστοσύνης όσο και της ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών υπηρεσιών υγείας (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000).

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα είναι ότι οι συμμετέχοντες νιώθουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους στο Πρόγραμμα Πρόληψης, καθώς και από την ασφάλεια που νιώθουν κατά τη διάρκειά του. Το αποτέλεσμα αυτό της έρευνας συμφωνεί με τους Vozikis & Riga, (2012), οι οποίοι αναφέρουν ότι η προστασία της ασφάλειας του ασθενούς αποτελεί την κορωνίδα των Πολιτικών Υγείας παγκοσμίως και κυρίως εκείνων που ασχολούνται με τη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε πρόγραμμα υγείας που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση της Ποιότητας πρέπει να συνυπολογίζει και να έχει στρατηγική για την ασφάλεια του ασθενούς.

Τέλος, οι συμμετέχοντες εξαίρουν τη σημασία των προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής για την προστασία της υγείας των πολιτών. Σε αυτό συγκλίνουν και οι σύγχρονες πολιτικές για την υγεία τόσο της Ελλάδας όσο και των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μάλιστα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2012), αναφέρει ότι η κατάρτιση συγκεκριμένων πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών και η ενσωμάτωσή τους ως προτεραιότητες στις πολιτικές τους για την υγεία, πρέπει να είναι βασική μέριμνα των χωρών μελών. Τα προγράμματα αυτά και οι πολιτικές περιλαμβάνουν τον εντοπισμό και την προώθηση των καλύτερων πρακτικών, τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών ή στοιχείων όλων γενικά των προγραμμάτων που σχετίζονται με υφιστάμενα προγράμματα και αναπτύσσουν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφάλεια των ασθενών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας, οι άγαμοι, οι άνεργοι και οι δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι ένιωσαν μεγαλύτερη ασφάλεια από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες στην έρευνα κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι σχετικά με τους άγαμους η έρευνα των Κέπεντζη και συν., (2004), έδειξε ότι οι ασθενείς που είναι παντρεμένοι αποδεικνύεται ότι έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους. Επίσης άλλη μια αντίθεση εντοπίζεται και στο θέμα της επαγγελματικής κατάρτισης των ασθενών - χρηστών καθώς οι έρευνες δείχνουν ότι η επαγγελματική κατάσταση τους δεν σχετίζεται με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας (Crow et al, 2002; Quintana et al, 2006). Αντίθεση παρουσιάζεται και στην ικανοποίηση των ανέργων καθώς σύμφωνα με την εμπειρική μελέτη των Αντωνοπούλου και συν., (1991),

προέκυψε ότι οι νέοι άνθρωποι που είναι εξαρτημένοι οικονομικά και άνεργοι δεν έχουν καλή άποψη για τις υπηρεσίες περίθαλψης.

Επιπρόσθετα, οι μικρότερης ηλικίας ασθενείς και οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα αξιολογούν πιο θετικά από τους υπόλοιπους την εμπειρία παραμονής τους στο Ιατρείο. Το εύρημά μας αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα καθώς στις περισσότερες των ερευνών τα ηλικιωμένα άτομα είναι εκείνα που εκφράζουν τα πιο υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τους ασθενείς - χρήστες υπηρεσιών υγείας νεότερης ηλικίας (Crow et al., 2002).

Σε ό,τι αφορά την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού, οι ελεύθεροι επαγγελματίες/αγρότες το βαθμολόγησαν λιγότερο θετικά από τους υπόλοιπους, ενώ οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, καθώς και οι ασθενείς με καμία ασφάλιση το αξιολόγησαν πιο θετικά από τους υπόλοιπους. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι ιδιωτικοί υπάλληλοι έχουν λιγότερο θετική άποψη από τις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελματιών για τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής. Το εύρημα μας αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους Crow et al, (2002) και Quintana et al, (2006), που αναφέρουν ότι ο τομέας της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν δείχνει να επηρεάζει την ικανοποίησή τους.

Όπως προκύπτει και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, όπως το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, που συμβάλλουν αρνητικά ή θετικά στους ασθενείς και κατ' επέκταση στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society for Quality & Safety in Health care, 2003).

Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση σε σχέση με το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τους Pappa & Niakas (2006), οι οποίοι θεωρούν ότι σε σχέση με το φύλο δεν έχει αναδειχτεί με σαφήνεια αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση των ασθενών - χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν όμως αλληλοσυγκρουόμενες μελέτες, αλλά κάποιες από αυτές δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, έχουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).

Το μεγάλο πλεονέκτημα του ιατρού είναι η άριστη συμπεριφορά και η επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού και η άμεση εξυπηρέτηση και αντιμετώπιση που προσφέρθηκε. Αντίθετα, ως μεγαλύτερα προβλήματα του Ιατρού αναφέρθηκαν οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και σε ιατρικό εξοπλισμό. Το εύρημα αυτό έρχεται και ταυτίζεται με τις έρευνες των Παπανικολάου & Σιγάλα (1995), Νιάκα και Γαρδέλη (2000), Σουλιώτη και συν., (2000) και Κυριόπουλο και συν., (1994), οι οποίες συγκλίνουν στο ότι οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν ικανοποιημένοι από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο στον ξενοδοχειακό εξοπλισμό, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με την συμβολή μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης. Ωστόσο η ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία και ιατρεία κυμαίνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα, παρά τα προβλήματα που αφορούν την ξενοδοχειακή υποδομή ή την έλλειψη προσωπικού ή την καθαριότητα των χώρων.

Ως μεγαλύτερα πλεονεκτήματα του Προγράμματος αναφέρθηκαν η πρόληψη και η δυνατότητα ενημέρωσης για την τρέχουσα κατάσταση της υγείας των ασθενών, ενώ ως μεγαλύτερο πρόβλημα αναφέρθηκε η μικρή του διάρκεια. Το εύρημα αυτό ταυτίζεται με την έρευνα των Alasad και Ahmad (2004) οι οποίοι θεωρούν ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την ενημέρωση και την πληροφόρηση που λάμβαναν από το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Θα πρέπει να σημειωθεί μάλιστα ότι η προσπάθεια προαγωγής της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για πολλά συστήματα υγείας (Λιαχοπούλου και συν., 2012).

Συμπερασματικά, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων τόσο στις ανοιχτού τύπου όσο και στις κλειστού τύπου ερωτήσεις διαφαίνεται η μεγάλη επιτυχία του Προγράμματος Πρόληψης, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από τις απαντήσεις των ασθενών-χρηστών. Τέλος, η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του μεγαλύτερου μέρους των συμμετεχόντων, όπως αναφέρεται από τους ίδιους, είναι επίσης ενδεικτικό στοιχείο της επιτυχίας του Προγράμματος. Το εύρημά μας αυτό συμφωνεί με τους Αθανασόπουλος & Γείτονας, (2000), οι οποίοι αναφέρουν για να αξιολογηθεί ένα πρόγραμμα υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση διαθέσιμων πόρων, την ποιοτική εκτίμηση παρεχόμενων υπηρεσιών, την ποσοτική εκτίμηση αυτών αλλά και την εκτίμηση βελτίωσης επιπέδου υγείας με βάση τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας

Ας μην λησμονηθεί επιπλέον ότι η αξιολόγηση του Προγράμματος είναι «μέρος της διαχειριστικής διαδικασίας για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Πρέπει να βασίζεται σε πληροφορίες που απαιτήθηκαν από την παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών, των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης και από την εκτίμηση της αποδοτικότητας των δραστηριοτήτων του προγράμματος, καθώς επίσης και από την αποτελεσματικότητα και την επίδραση στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού» (ΠΟΥ, οπ. αναφ. ο Υφαντόπουλος, 2006).

6.2 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, ποιος δηλαδή είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών του ΠΕΔΥ–ΠΠΙ Ελαφονήσου από τις υπηρεσίες του Ιατρείου και του Προγράμματος Πρόληψης, συμπεραίνεται ότι:

- Οι ασθενείς - χρήστες των υπηρεσιών υγείας νιώθουν ικανοποιημένοι λόγω της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και επειδή ακριβώς εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.
- Τα Προγράμματα Πρόληψης κρίνονται αναγκαία για την εξασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.
- Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να επιτευχτεί μέσα από τη συνεργασία των ιατρών και των νοσηλευτών με τους ασθενείς.
- Το καλά εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην αύξηση τόσο της εμπιστοσύνης όσο και της ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Όταν οι ασθενείς - χρήστες των Προγραμμάτων υγείας έχουν χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες υγείας νιώθουν και ασφάλεια.
- Η προστασία της ασφάλειας του ασθενούς αποτελεί τη βασική μέριμνα για την χάραξη των Πολιτικών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο τόσο στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής όσο και στο πλαίσιο του σχεδιασμού και της υλοποίησης των προγραμμάτων πρόληψης.
- Κάθε πρόγραμμα υγείας που στοχεύει στη συνεχή βελτίωση της Ποιότητας πρέπει να συνυπολογίζει και να έχει στρατηγική για την ασφάλεια του ασθενούς.

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή εάν και σε ποιο βαθμό κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση,

εισόδημα, επάγγελμα, επίπεδο μόρφωσης, ασφαλιστική κάλυψη) επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα Πρόληψης, συμπεραίνεται ότι:

- ενώ μέχρι και πριν μερικά χρόνια τα ερευνητικά δεδομένα έδειχναν ότι πιο εύκολα ικανοποιούνταν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι, είτε γιατί είχαν αναπτύξει μια σχέση εξάρτησης με τον ιατρό τους, είτε γιατί δεν είχαν προσδοκίες υψηλές για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς πλέον τα δεδομένα αλλάζουν καθώς η οικονομική κρίση πλήττει τους νέους ανθρώπους ανεξαρτήτως επαγγελματικής και οικονομικής κατάστασης.
- Οι νέοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών - χρηστών των προγραμμάτων υγείας μπορούν να συνοψιστούν στους εξής:
 - Επάγγελμα (επαγγέλματα ιδιωτικού και δημόσιου τομέα που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση).
 - Χαμηλό εισόδημα.
 - Ανεργία
 - Ηλικία (νέοι)
 - Οικογενειακή κατάσταση (άγαμοι)
 - Το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο

Στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας, δηλαδή τον εντοπισμό των μεγαλύτερων πλεονεκτημάτων και των μεγαλύτερων προβλημάτων του Ιατρείου και του Προγράμματος Πρόληψης, συμπεραίνεται ότι:

- η οικονομική κρίση κατά το τελευταίο διάστημα είχε/έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό σε σημαντικούς πόρους στα δημοσιονομικά της χώρας, με αποτέλεσμα ο ευαίσθητος χώρος της υγείας να έχει πληγεί ιδιαίτερα. Για αυτό και απαιτείται η κατάρτιση συγκεκριμένων πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών όπως είναι τα προγράμματα πρόληψης και η ενσωμάτωσή τους ως προτεραιότητες στις πολιτικές της χώρας για την υγεία.
- Τα προγράμματα αυτά και οι πολιτικές θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον εντοπισμό και την προώθηση των καλύτερων πρακτικών, τη συλλογή συγκεκριμένων πληροφοριών με σκοπό την ασφάλεια των ασθενών αλλά και την εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε:

- το σύστημα υγείας να συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας ενός πληθυσμού αθροιστικά και
- να επιτευχθεί η αξιολόγηση τομεακών πολιτικών ειδικά στο πλαίσιο της Προληπτικής Ιατρικής.

Γίνεται επομένως σαφές ότι αυτό που χρειάζεται είναι ένα νέο πλαίσιο για τις Δημόσιες υπηρεσίες υγείας που να εστιάζει σε:

- Χάραξη πολιτικών Δημόσιας Υγείας και καθορισμός στόχων.
- Προώθηση διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία.
- Καθορισμό προτεραιοτήτων και παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.
- Περιφερειακή οργάνωση και δράση.
- Ανάπτυξη μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων.
- Επιδημιολογική παρακολούθηση.
- Προσδιορισμό αναγκών υγείας.
- Εμβολιασμούς.
- Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων.
- Εργαστηριακή υποστήριξη.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας.
- Πρόληψη ατυχημάτων.
- Ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία.
- Προγράμματα Δημόσιας Υγείας σε ευπαθείς και ειδικές ομάδες του πληθυσμού.
- Προγράμματα για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Σχεδιασμό, προγραμματισμό και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Εκπαίδευση και έρευνα στη Δημόσια Υγεία.
- Επιστημονική τεκμηρίωση των δράσεων.

Επομένως προτείνεται η συνεργασία Φορέων Υγείας ιδιωτικών και δημοσίων αλλά και η ενεργή εμπλοκή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με σκοπό τον σχεδιασμό Προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής που θα ανακουφίσουν τους πληγέντες από την ανθρωπιστική κρίση και παράλληλα θα δώσουν μια νέα διάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μέσα από τα προγράμματα θα εξασφαλιστεί:

- Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Η ικανοποίηση των ασθενών.
- Η ασφάλεια των ασθενών.

- Ο εξορθολογισμός των δαπανών για την υγεία.
- Η υγεία για όλους.

6.3 Περιορισμοί της έρευνας

Όλα τα παραπάνω ευρήματα θα πρέπει, ωστόσο, να ερμηνευτούν υπό το πρίσμα των περιορισμών της παρούσας μελέτης. Αναφορικά με τους περιορισμούς, αρχικά, η συγχρονική φύση της μελέτης δε μας επιτρέπει να εξάγουμε αιτιολογικές σχέσεις. Μια τέτοιου είδους σχέση θα μπορούσε να οριστεί επακριβώς μόνο μέσα από τη διαχρονική καταγραφή των αντιλήψεων των συμμετεχόντων σε Προγράμματα Προληπτικής Ιατρικής.

Ένας ακόμη περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι αποτέλεσμα της μεθόδου δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων. Συγκεκριμένα, η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας δε διευκολύνει τη γενίκευση των συμπερασμάτων από το δείγμα στον πληθυσμό της έρευνας, καθώς δεν ανήκει στις μεθόδους της τυχαίας (random) δειγματοληψίας. Ωστόσο, στις Κοινωνικές Επιστήμες, η συλλογή ενός πραγματικά τυχαίου και αντιπροσωπευτικού δείγματος είναι τις περισσότερες φορές ανέφικτη, κυρίως λόγω χρονικών ή/και οικονομικών περιορισμών. Κατά συνέπεια, η επανάληψη της συγκεκριμένης έρευνας στο μέλλον σε διαφορετικά δείγματα ασθενών – χρηστών από διαφορετικές περιοχές της χώρας θα μπορούσε να ενισχύσει τα υπάρχοντα ευρήματα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσσες

- Αγγελόπουλος Χ., (2000). Προγραμματισμός για την Ποιότητα. Σχεδιασμός για την Ποιότητα, τόμος Α΄, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Αθανασόπουλος, Α. & Γείτονα, Μ. (2000). Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητρόπουλος Δ. & Σοφιανός, Ε. (1991). Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 50-53.
- Αλεξιάδης, Α. Δ. (2000). «Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17(1):101-108.
- Αλετράς Β.Ο., Μπασιούρη, Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ.Μ., Νιάκας Δ.Α., (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26 (1):79-89.
- Γιαννακοπούλου, Γ. & Ζυγά Σ., (2013). *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, τόμος 1, τεύχος 1.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2012). *Έκθεση της επιτροπής προς το συμβούλιο βάσει των εκθέσεων των κρατών μελών σχετικά με την υλοποίηση της σύστασης του Συμβουλίου (2009/C 151/01) για την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη*. Βρυξέλες στο http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_el.pdf (10/12/2014).
- Θεοδοσοπούλου, Ε. & Ραφτόπουλος, Β. (2002). *Ανάπτυξη ενός εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. *Νοσηλευτική*, 41:1.
- Κέπεντζης, Σ. Γκογκόσης, Κ. Νιάκας Δ. (2004). *Διερεύνηση της Ικανοποίησης ΑΑσθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής*. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.
- Κοντούλη –Γειτονά, Μ. (2007). *Πολιτική και Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα: εκδόσεις Εξάντας.
- Κοτσαγιώργη, Ι. & Γκέκα, Κ. (2010). *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας*. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9ος, τεύχος 4, σ.σ. 398 -408.
- Κουμανδράκη, Α. Θεοδώρου, Μ. Καϊτελίδου, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Νοσηλευτική*, 43(2),237-245.
- Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε. & Γεννήματα, Α. (1994). Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Στο: Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε (Συντ.) *Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

- Λιαχοπούλου, Α., Δεληγιαννίδη, Π., Γιαννακοπούλου, Π., Μπίρμπας, Κ., (2012). *Σφάλματα από το Ιατρικό και το Νοσηλευτικό Προσωπικό στη Χειρουργική Αίθουσα*. Νοσηλευτική, 51(1), 93-103, 2012
- Μάτης Γ., Μπιρμπίλης Θ., Χρυσού Ο., «Αξιολόγηση της Πολιτικής Υγείας στην Ελλάδα με την βοήθεια δεικτών μέτρησης», *Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας*, Τεύχος 115.
- Μερκούρης, Α. & Λεμονίδου, Χ. (1998). *Ικανοποίηση ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες: Βιβλιογραφική ανασκόπηση*. Νοσηλευτική, 1,4-26.
- Μερκούρης, Α. (1996). *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*, Διδακτορική διατριβή: Αθήνα.
- Νιάκας, Δ. & Γαρδέλης, Χ. (2000). *Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας*, Ιατρική, 77(5):464-470.
- Ν. 3370/2005 – ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», άρθρο 1.
- Ν. 2071/92 ΦΕΚ 123/92 τ.α , Άρθρο 47.
- Οικονόμου, Ν. & Τούντας, Γ. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, *περιοδικό Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τεύχος 1, τόμος 24, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2007, σελ. 7-21.
- Οικονόμου, Ν. & Τούντας, Γ. (2007²). Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας, *περιοδικό Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τεύχος 1, τόμος 24, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2007, σελ.34-47.
- Οικονόμου Ν, Τούντας Γ (2009), Ελληνικές μετρήσεις αποδοτικότητας στην υγεία, *περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας*, τεύχος 116, τόμος 20, σελ. 17-22.
- Παπαδημητρίου, Γ.Ν. & Παπακώστας, Ι. Γ., (2002). *Η σχέση ιατρού- αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας*. Ιατρική, 82(1), 44-56
- Παπακωστίδης, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4):480-488.
- Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1995). *Η ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας*. Επιθεώρηση Υγείας, 56:248-256.
- Πολύζος, Ν.& Υφαντόπουλος, Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχαία Ιατρική*, 17(6):627 -639.
- Ραφτόπουλος, Β. (2009). *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας : οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας*. Λευκωσία: Εκδ., ιδίου.
- Ραφτόπουλος Β. (2007). «Ωφελείν ή μη Βλάπτειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας». *Νοσηλευτική*, 46 (2):167-8.
- Σίμου, Ε. (2008). (Επιμ). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. 2008-2012. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Σούλης, Σ.(1999). *Οικονομική της Υγείας*, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ., Δουλγεράς, Α., Κοντός, Δ. & Οικονόμου, Χ. (2002). *Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών*. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 14(3):114-118.
- Σουλιώτης, Κ., & Λιόνης, Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20, 466-476.

- Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Κατελίδου, Δ., Παπαδάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ., Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). *Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Αθήνα: Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Τούντας, Γ., (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546.
- Τούντας Γ. (2008), *Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσέας / Νέα Υγεία*, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ.,(2006), *Τα οικονομικά της υγείας*, Τυπωθήτω.

Ξενόγλωσσες

- Abdellah, F.G. & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnelsatisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5(3), 100-108
- Al-Kandari F., Ogundeyin W. Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing*, 1998;27(5): 914-921.
- Ahmad M.M., Alasad J.A. Predictors of patients experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Practice*, 2004; 10: 235-241.
- Andaleeb, S.S. Siddiqui, N. Khandakar, S. (2007). Patient Satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273.
- Currie V., Harvey G., West E., McKenna H., Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *J Adv Nurs.*, 2005;51(1):73-82.
- Crow, R. Gage, H. Hampson, S. Hart, J. Kimber, A. Storey, L. Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 32(6).
- Crow, R. Storey, L. Page, H. (2003). The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
- Donabedian A. (1998). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12): 1743-1748.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Anne Arbor. Michigan: Health Administration Press
- Hall, J.A. & Milburn, M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology*
- Irish Society for Quality & Safety in Healthcare. (2003). *Measurement of patient satisfaction – Guidelines*. Health Strategy Implementation project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
- Jackson, J.L. Chamberlin, J. Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 52, 609-620.
- Johansson, P. Oleni, M. Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16(4), 337-344.
- Laschinger, H.S. Hall, L.M. Pedersen, C. Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 20(3), 220-230.

- Moret L., Nguyen J.M., Pillet N., Falissard B., Lombrail P., Gasquet I. Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 2007; 7: 197.
- Ng, C.W. Lim, G.H. McMaster, F. Molina, J. Seow, E. Heng, B.H. (2009). Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586.
- Niakas, D. Gnardellis, C. Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17 (1), 62-69.
- Ovretveit J., (2004). Formulating a health quality improvement strategy for developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- Papanikolaou, V. Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
- Pappa, E. Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6, 146.
- Quintana, J.M. Gonzalez, N. Bilbao, A. Aizpuru, F. Escobar, A. Esteban, C. San-Sebastian, J.A. De-la-Sierra, E. Thomson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.
- Scotto, F De Ceglie, A. Guerra, V. Misciagna, G. Pellecchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 86-97.
- Suhonen R., Leino-Kilpi H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review, *Patient Education and Counseling*, 2004; 61(1): 5-15.
- Tavana, M. Mohebbi, B. Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a bench-marking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507-527.
- Vozikis, A., & Riga, M. (2012). *Patterns of medical errors: a challenge for quality assurance in the Greek health system*. INTECH Open Access Publisher.
- Watson G., (2012). A comprehensive approach to quality aims at inclusive growth. *The Journal for Quality & Participation*, p.p. 16-20.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38.
- Woodward, J.L. (2009). Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit. *Clinical Nurse Specialist*, 23(4), 200-206.

Ιστοσελίδες

E.M.Πα.Κ.Α.Ν (www.empakan.gr)
<http://perseas-project.gr/>

Παράρτημα

1. Επιστολή χορήγησης άδειας για τη χρήση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ

ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

16 Ιανουαρίου 2015

Θέμα: Αίτηση άδειας χρήσης και τροποποίησης ερωτηματολογίου

Αξιότιμε κ.,

Η κύρια Σταυρούλα Αλεβίζου, απόφοιτος Ιατρικής Σχολής και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών του ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα *«Αποτύπωση ικανοποίησης και ασφάλειας ασθενών από εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης με τη ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ μόνιμου Γενικού Ιατρού: το παράδειγμα του Νησιωτικού Δήμου Ελαφονήσου»*.

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από την συνυπογράφουσα, μέλος ΔΕΠ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται στους ασθενείς που συμμετέχουν σε εξειδικευμένα προγράμματα

πρόληψης στο Νησιωτικό Δήμο Ελαφονήσου. Για την εκπόνηση της μελέτης επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο βασισμένο στο καλά δομημένο και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007).

Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από την ίδια τη φοιτήτρια και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη χρήση και προσαρμογή του ερωτηματολογίου της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Καλογεράκη, 2007).

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας είναι: 6979773417 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: salevizou@yahoo.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μαρία Τσιρώνη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Σταυρούλα Αλεβίζου
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Τμήματος Νοσηλευτικής
Ιατρός

2. Επιστολή χορήγησης άδειας από την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας (Π.Ε.Σ.Υ.Π.)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ

ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

10 Ιανουαρίου 2015

Θέμα: Αίτηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ.,

Η κύρια Σταυρούλα Αλεβίζου, απόφοιτος Ιατρικής Σχολής και φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων», στο πλαίσιο των συμβατικών του ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα *«Αποτύπωση ικανοποίησης και ασφάλειας ασθενών από εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης με τη ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ μόνιμου Γενικού Ιατρού: το παράδειγμα του Νησιωτικού Δήμου Ελαφονήσου»*.

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από την συνυπογράφουσα, μέλος ΔΕΠ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται στους ασθενείς που συμμετέχουν σε εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης στο Νησιωτικό Δήμο Ελαφονήσου. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από την ίδια τη φοιτήτρια και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας, επισυνάπτουμε το ερευνητικό πρωτόκολλο.

Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας στο Πολυδύναμο Ιατρείο Ελαφονήσου.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας είναι: 6979773417 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: salevizou@yahoo.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μαρία Τσιρώνη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Σταυρούλα Αλεβίζου
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Τμήματος Νοσηλευτική
Ιατρός

3.Ερωτηματολόγιο

**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»
Επιστημονικά Υπεύθυνη: Αναπλ. Καθηγ. Τσιρώνη Μαρία
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση και η αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης και ασφάλειας ασθενών από εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης με τη ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ μόνιμου Γενικού Ιατρού.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αποτελείται από τρία μέρη. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που παρατίθενται, καθώς αυτό θα βοηθήσει στην διατύπωση εγκυρότερων αποτελεσμάτων.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια. Ενδιαφερόμαστε μόνο για την καλύτερη κρίση σας, οι δε πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας.

Αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου 10-15min.

Ευχαριστούμε πολύ για το ενδιαφέρον σας και για τη συνεργασία σας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Αλεβίζου Σταυρούλα, Γενική Ιατρός, ΚΥ Νεάπολης

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Τηλέφωνο: E-mail:

1. Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία (έτη)

18-25	
26-35	
36-45	
46-55	
56-65	
>65	

3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η	
Άγαμος/η	
Χήρος/α	
Διαζευγμένος/η	
Αριθμός Παιδιών	

4. Υπηκοότητα

Ελληνική Άλλη(ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ)

5. Μόνιμη Κατοικία

6. Επάγγελμα

- Δημόσιος υπάλληλος
- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Ελεύθερος επαγγελματίας/Αγρότης
- Συνταξιούχος
- Οικιακά/Μαθητής/Φοιτητής

Άνεργος/η

7. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου/εξατάξιου γυμνασίου
- Απόφοιτος τεχνικής/πανεπιστημιακής σχολής
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου

8. Μηνιαίο εισόδημα

- <600 €
- 601-900€
- 901-1500€
- 1501-2100€
- 2101-2700€
- >2700€

9. Ασφαλιστική κάλυψη

- Δημόσιο
- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- ΤΕΒΕ
- ΤΣΜΕΔΕ
- Ιδιωτική ασφάλιση
- Καμία ασφάλιση
- Άλλη (π.χ. ΤΥΔΚΥ, ΠΡΟΝΟΙΑ κ.ά.)

1. Πώς πληροφορηθήκατε για το πρόγραμμα πρόληψης του Πολυδύναμου

Ιατρού;

- από τον Γενικό Ιατρό
- από τοπικά ΜΜΕ
- από φίλους ή συγγενείς
- από τη Δημοτική Αρχή
- τίποτα από όλα αυτά

2. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος πρόληψης ο Γενικός Γιατρός συμπεριφερόταν

	Διαφωνώ Απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ούτε Διαφωνώ - Ούτε Συμφωνώ (3)	Συμφωνώ Απόλυτα (4)	Συμφωνώ (5)
Με σεβασμό και Ευγένεια					
Με ενημέρωσε για Την κατάσταση της Υγείας μου					
Ήταν απόμακρος, Δύσκολα μπορούσε Να μιλήσει					
Ήταν πάντα Διαθέσιμος όταν τον Χρειαζόμουν					
Ήταν ικανός, ήξερε Τι έπρεπε να κάνει					
Ο χρόνος					

που μου
Αφιέρωνε
ήταν πολύ
Λίγος

Μιλούσε
απλά και
Κατανοητά

Με έκανε να
Αισθάνομαι
ασφαλής

3. Θεωρείτε ότι τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής βοηθούν στην προστασία της υγείας των πολιτών;

- Διαφωνώ Απόλυτα
- Διαφωνώ
- Ούτε Διαφωνώ
- Συμφωνώ Απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε Συμφωνώ

Ικανοποίηση και Ασφάλεια των Συμμετεχόντων από το Πρόγραμμα

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το πρόγραμμα πρόληψης που συμμετείχατε;

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η
- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

2. Πόσο ασφαλής νιώσατε κατά τη διάρκεια του προγράμματος πρόληψης;

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η
- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

3. Το νοσηλευτικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	
1	2	3	4	5

4. Το νοσηλευτικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	
1	2	3	4	5

5. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να του μιλήσεις για όσα αισθάνεσαι

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	
1	2	3	4	5

6. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόμουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	
1	2	3	4	5

7. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό, ήξερε τι έπρεπε να κάνει

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	
1	2	3	4	5

8. Ο χρόνος που μου αφιέρωσε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

9. Το νοσηλευτικό προσωπικό μιλούσε απλά και κατανοητά

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

10. Το νοσηλευτικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ - Ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

11. Πώς βαθμολογείτε το νοσηλευτικό προσωπικό, με άριστα το 10

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Το Πολυδύναμο Ιατρείο Ελαφονήσου

1. Υποδομή του Πολυδύναμου Ιατρείου

Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ - Ούτε	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------------	---------	--------------------

	συμφωνώ				
Ο χώρος ήταν άνετος	1	2	3	4	5
Ο χώρος είχε την ιδανική θερμοκρασία	1	2	3	4	5
Ο χώρος ήταν καθαρός	1	2	3	4	5
Οι χώροι υγιεινής (λουτρό, τουαλέτα κλπ.) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5

2. Πώς βαθμολογείτε τους χώρους με άριστα το 10

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1. Λαμβάνοντας υπόψη συνολικά την εμπειρία της παραμονής σας στο Ιατρείο και τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη φροντίδα που σας προσφέρθηκε; Βαθμολογείστε με άριστα το 10:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

2. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του Ιατρείου;

3. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα του Ιατρείου;

4. Ποιό πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του Προγράμματος;

5. Ποιό πιστεύεται ότι είναι το μεγαλύτερο μειονέκτημά του Προγράμματος;

6. Θα προτεινάτε σε κάποιον δικό σας, φίλο ή συγγενή να επισκεφτεί το Ιατρείο και να συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής;

7. Πως θα αξιολογούσατε την κατάσταση της υγείας σας μετά την επίσκεψή σας στο Ιατρείο;

- πολύ χειρότερη από πριν
- χειρότερη από πριν
- το ίδιο με πριν
- καλύτερη από πριν
- πολύ καλύτερη από πριν
- δεν ξέρω

8. Ο οικογενειακός γιατρός σας είναι Ιατρός του ΚΥ Νεάπολης ή του Ιατρείου
Ναι Όχι

9. Έχετε επισκεφθεί το Ιατρείο για Επείγουσα Κατάσταση
Ναι Όχι

10. Πάσχετε από κάποιο Χρόνιο Νόσημα.

Αν ναι , αναφέρετε.

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας!