

2022

*Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την σκοπιά των εξυπηρετούμενων, στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας.*

*Παράδειγμα: το κέντρο Ψυχικής Υγείας Λασιθίου και το Κέντρο ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών παράρτημα Ηρακλείου.*

**Επιβλέπουσα Ακαδημαϊκή Υπότροφός: Λίνα Πελεκίδου**  
**Ονόματα Φοιτητριών:**  
**Κουρμουλάκη Νικολέτα: 3151 Α.Μ**  
**Βενετσανάκη Μαρία: 3172 Α.Μ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ:ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Copyright@ 2020 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.**

<https://sw.hmu.gr>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του/της επιβλέποντα/επιβλέπουσας καθηγητή/καθηγήτριας και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

### **Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας**

Οι υπογράφοντες/υπογράφουσες φοιτητές/φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

---

---

---

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

**Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας από την σκοπιά των εξυπηρετούμενων, στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας.**

**Παράδειγμα: το κέντρο Ψυχικής Υγείας Λασιθίου και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών παράρτημα Ηρακλείου.**

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε Ίδρυμα ή Οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)      (Υπογραφή)

---

---

Όνοματεπώνυμο    Όνοματεπώνυμο

## **Περίληψη**

Στην εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των απόψεων των εξυπηρετούμενων από 59 εξυπηρετούμενους του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Ηρακλείου του τμήματος ενηλίκων και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγίου Νικολάου, σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, με σκοπό να εντοπισθούν τα αδύναμα σημεία των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι άξονες παροχών σχετικοί με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση, την πληροφόρηση και τα δικαιώματα, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων και το περιβάλλον των υπηρεσιών. Ακόμα, υπήρξε ερώτηση γενικής εκτίμησης της υπηρεσίας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναλύθηκαν στην συγκεκριμένη εργασία είναι τα εξής:

Είναι ικανοποιημένοι οι εξυπηρετούμενοι από τις παροχές που λαμβάνουν από τα Κ.Ψ.Υ. ;

Ποια σημεία των παροχών επιδέχονται βελτίωση και ποια σημεία χαρακτηρίζονται ως ποιοτικά και επαρκή;

Το εργαλείο έρευνας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι αυτοχορηγούμενο ανώνυμο ερωτηματολόγιο με τους Δείκτες Αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Συνολικά η έρευνα αυτή καταλήγει σε θετική αξιολόγηση της ποιότητας των Κ.Ψ.Υ. Ειδικότερα τα άτομα οποιουδήποτε επιπέδου μόρφωσης, πλην των ΤΕΙ και Τεχνικών σχολών. Σημαντικό σημείο βελτίωσης προκύπτει από την ικανοποίηση στην **Πρόσβαση**, η οποία είναι μειωμένη από τα άτομα ηλικίας 26 μέχρι 39 χρονών. Άλλα σημεία αποτελούν η **Συμμετοχή & ενδυνάμωση** όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των αποφοίτων ΤΕΙ ή κάποιας τεχνικής σχολής. Γενικότερα όλοι οι άξονες βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα από άτομα μικρότερης ηλικίας και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Αυτό αποκαλύπτει μία αδυναμία του κέντρου να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων αυτών και είναι σίγουρα ένα σημείο βελτίωσης για το μέλλον.

Οι συστάσεις για βελτίωση ποιότητας των υπηρεσιών και τη βελτίωση της πρόσβασης στην φροντίδα ψυχικής υγείας, για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (ειδικότερα των ομάδων που βρέθηκε στην έρευνα μας ότι δεν ικανοποιούνται και

δεν εξυπηρετούνται επαρκώς) στο πλαίσιο του ΚΨΥ ομαδοποιούνται σε 3 κύριες κατηγορίες: εκπαίδευση και κατάρτιση, κλινικές υποδομές και διεπιστημονικές ομάδες.

*Λέξεις κλειδί:* Κέντρο Ψυχικής Υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, εξυπηρετούμενοι, ποιότητα παροχών.

## Abstract

In this work, an investigation was carried out of the opinions of 59 patients of the Heraklion Mental Health and Research Center of the adult department and the Agios Nikolaos Mental Health Center, regarding the quality of the services provided in order to identify the weak points of the services in primary health care . In particular, the axes of benefits related to access to services, participation and empowerment, information and rights, the results of interventions and the environment of services were examined. There was also a question about the general assessment of the service.

The research questions analyzed in this work are the following:

Are the service users satisfied with the benefits they receive from the CMH. ;

Which parts of the benefits can be improved and which parts are characterized as qualitative and sufficient?

The research tool used in this work is a self-administered anonymous questionnaire with the Mental Health Service Quality Assessment Indicators. Overall, this research results in a positive evaluation of the quality of the CMH. In particular, people of any level of education, except TEI and Technical schools. An important point of improvement results from satisfaction with Access, which is reduced by people aged 26 to 39 years. . Other points are Participation & empowerment as shown by the answers of TEI or technical school graduates. In general, all axes were scored lower by people of younger age and lower educational level. This reveals an inability of the center to meet the needs of these individuals and is definitely a point of improvement for the future.

Recommendations for improving the quality of services and improving access to mental health care for vulnerable social groups (especially the groups found in our research to be dissatisfied and underserved) within the framework of the CMHs are grouped into 3 main categories: education and training , clinical infrastructures and multidisciplinary teams.

Key words: Mental Health Center, social workers, clients, quality of services

## **Πίνακας Περιεχομένων**

<b>Πίνακας Περιεχομένων</b>	<b>2</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>10</b>
<b>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>12</b>
<b>Κεφάλαιο 1ο : Ορισμοί και έννοιες</b>	<b>13</b>
1.1 Ποιότητα	13
1.2 Αξιολόγηση	16
1.3 Ψυχική υγεία και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	17
1.4 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	18
<b>Κεφάλαιο 2ο: Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας</b>	<b>20</b>
2.1 Προσεγγίσεις στην ποιότητα της ψυχικής υγείας	20
2.2 Η συνεχής βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία	21
2.3 Αναγκαιότητα της βελτίωσης της ποιότητας στην ψυχική υγεία	24
2.3.1 Τα οφέλη από την εφαρμογή της ποιότητας στις υπηρεσίες	26
2.3.2 Πλεονεκτήματα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	26
2.3.3 Τα σημαντικότερα βήματα για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών	28
<b>Κεφάλαιο 3 ο : Αξιολόγηση</b>	<b>30</b>
3.1 Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής υγείας στην Ελλάδα	30
3.2 Πολιτικές Ποιότητας στην Ελλάδα	32
3.3 Δείκτες αποτίμησης ποιότητας στην Ψυχική Υγεία	34
3.3.1 Εργαλεία και Δείκτες ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Διεθνή & Ελληνικά δεδομένα	37

<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Σχεδιασμός ποιότητας</b>	<b>42</b>
4.1 Διαβούλευση	42
4.2 Δημιουργία συνεργασιών με φορείς και ομάδες	43
4.2.1 Συνεργασία με επαγγελματικούς – επιστημονικούς συλλόγους	43
4.2.2 Συνεργασία με ακαδημαϊκά ιδρύματα	44
4.2.3 Συνεργασία με οργανώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατόμων με ψυχικές διαταραχές	44
4.2.4 Συνεργασία με πρωτοβάθμια φροντίδα και κοινωνικές υπηρεσίες	44
4.3 Νομοθεσία και κανονισμοί με στόχο την βελτίωση της ποιότητας	45
4.4 Διαφοροποίηση των μηχανισμών χρηματοδότησης για ενίσχυση ποιότητας	46
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Ρόλος των επαγγελματιών στην ψυχική υγεία</b>	<b>47</b>
5.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	47
5.2 Διεπιστημονική συνεργασία	49
<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>52</b>
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Μέθοδος και Υλικό</b>	<b>53</b>
6.1 Ο σκοπός της μελέτης	53
6.2 Μεθοδολογία της έρευνας	54
6.2.1 Εργαλείο έρευνας και άξονες ερωτηματολογίου	54
6.2.2 Δείγμα της μελέτης	56
6.2.3 Ερευνητική στρατηγική	57
6.2.4 Στατιστική Ανάλυση	59
6.2.5 Περιορισμοί Έρευνας	60
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Τα αποτελέσματα της Έρευνας</b>	<b>61</b>
7.1 Δημογραφικά Αποτελέσματα	61



7.2 Έλεγχος στατιστικών διαφορών συνολικής εκτίμησης και υποκατηγοριών με δημογραφικά	65
<b>Συζήτηση</b>	<b>79</b>
<b>Συμπεράσματα και προτάσεις</b>	<b>83</b>
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>85</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>91</b>

## Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε σχετική Έκθεση το 2011 εξήρε την αξία της ψυχικής υγείας, η οποία και αποτελεί μια κατάσταση που ευνοεί τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Η διατύπωση του ορισμού της ψυχικής υγείας εξαρτάται από διάφορους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Επίσης, η ισορροπία της ψυχικής υγείας καθορίζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε ανθρώπου, τα οποία τον πλαισιώνουν σε μια δεδομένη χρονική περίοδο (Andreasen, 1997).

Η εργασία αυτή αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Πιο συγκεκριμένα για το πρώτο μέρος ανατρέξαμε σε ένα πλούσιο βιβλιογραφικό υλικό βασισμένο στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, προκειμένου να ξεχωρίσουμε το υλικό που μας ενδιαφέρει και να προχωρήσουμε στην συγγραφή της. Η δομή της εργασίας έχει διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να εισαγάγει τον αναγνώστη στο θέμα αφού πρώτα λάβει κάποιες σχετικές πληροφορίες.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση και ανάλυση των εννοιών της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της αξιολόγησης, της Ψυχικής Υγείας, της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των πασχόντων. Όσον αφορά στην έννοια της ποιότητας, γίνεται αναφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, ενώ στο υποκεφάλαιο της ψυχικής υγείας, αναφέρονται οι συνήθεις ψυχικές διαταραχές.

Η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο τρόπος προσέγγισής τους μέσα από την παρακολούθηση και την ποιοτική διαχείριση, η αναγκαιότητα βελτίωσης των υπηρεσιών, καθώς και τα οφέλη – πλεονεκτήματα της βελτίωσής τους αποτελούν τα θέματα που πραγματεύεται το δεύτερο κεφάλαιο.

Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται λόγος για τη αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, καθώς επίσης και τις πολιτικές που τις ενισχύουν, τα εργαλεία και τους δείκτες μέτρησης και αποτίμησης της ποιότητας.

Το θέματα αναφοράς του τέταρτου κεφαλαίου είναι η βάση του σχεδιασμού της ποιότητας, η διαβούλευση και η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, η σχετική νομοθεσία που ενθαρρύνει τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών

ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και η διαφοροποίηση των μηχανισμών χρηματοδότησης και πώς αυτή επιδρά στη βελτίωση της ποιότητας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται εκτενώς η σημαντικότητα του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και στη συμβολή άλλων επαγγελματιών, όπως αυτών του νοσηλευτή και του εργοθεραπευτή.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μέθοδοι και τα υλικά της έρευνας. Αρχικά αναλύουμε των σκοπό και την μεθοδολογία της έρευνας. Έπειτα το εργαλείο και τους άξονες του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Το δείγμα υπό μελέτη καθώς και η στρατηγική και η στατιστική ανάλυση παρουσιάζονται. Τέλος παρουσιάζονται οι περιορισμοί της έρευνας.

Το έβδομο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Πρωτίστος απεικονίζεται η ποσοτικοποίηση των δημογραφικών αποτελεσμάτων και εν συνεχεία η συσχέτιση των παραγόντων υπο μελέτη με στόχο την ποιοτική και ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα υπό εξεταζόμενα κέντρα ψυχικής υγείας.

Τέλος τα συμπεράσματα της έρευνας παρουσιάζονται, και η καταγραφή προτάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην ψυχική υγεία αναλύονται.

# *ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ*

## **Κεφάλαιο 1ο : Ορισμοί και έννοιες**

### **1.1 Ποιότητα**

Οι ορισμοί, οι οποίοι έχουν διατυπωθεί για την ποιότητα ποικίλουν και είναι το αποτέλεσμα διαφόρων θεωρήσεων σχετικά με το άτομο και την κοινωνία. Η ποιότητα σχετίζεται άμεσα με τις αξίες, τις οποίες διαμορφώνει κάθε κοινωνία σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, όπως επίσης και από την πολιτική διαπραγμάτευση των μελών της που οδηγεί στην τελική αναθεώρησή τους. (Βλάχος, Δαγκλής, 2008:42).

Η ποιότητα ως έννοια σχετίζεται άμεσα με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες το περιβάλλον, όπως και με τις προσδοκίες του πελάτη και την ικανοποίησή του από το παρεχόμενο προϊόν ποιότητας. Σύμφωνα με τον Deming (2008), η ποιότητα είναι αποτέλεσμα της ικανοποίησης των αναγκών του εξυπηρετούμενου σε σχέση με την απόδοση των υπηρεσιών από ένα προϊόν το οποίο χρησιμοποιεί. Η ικανοποίηση των ατόμων θα εξαρτηθεί τόσο από την προσωπικότητά τους όσο και από το βαθμό εμπλοκή τους σε προηγούμενες παρόμοιες διαδικασίες (Παπανικολάου, 2007).

Η ποιότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια όσον αφορά τον ορισμό της αλλά και από τη διαδικασία μέτρησής της, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από διάφορες μεθόδους και ποικίλες γνώσεις (Παπανικολάου, 2007).

Σύμφωνα με έναν ευρέως αποδεκτό ορισμό, η ποιότητα ορίζεται και διαμορφώνεται με βάση την ανθρωποκεντρική της διάσταση και την αποτελεσματικότητά της. Επίσης, διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας εστιάζουν στην ποιότητα του τελικού αποτελέσματος της θεραπευτικής διαδικασίας σε σχέση με την ικανοποίηση του πελάτη. (Βλάχος, Δαγκλής, 2008).

Η θεραπευτική διαδικασία δεν πρέπει να παραμένει αμετάβλητη αλλά να επιδέχεται τροποποιήσεις, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής και στα δεδομένα του εκάστοτε συστήματος υγείας (Μπανίκος, 2006).

Καθένα από τα τρία επίπεδα ποιότητας σχετίζεται με διαφορετικά χαρακτηριστικά και επιδιωκόμενους στόχους. Η ποιότητα συμμόρφωσης αναφέρεται στην ύπαρξη μίας υπηρεσίας, η οποία είναι κατάλληλα διαμορφωμένη με τις απαραίτητες προδιαγραφές. Η ποιότητα απαιτήσεων και η ποιότητα είδους σχετίζονται με την

παροχή όλων των απαιτήσεων των εξυπηρετούμενων, οι οποίες οφείλουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Επίσης, ουσιαστική θεωρείται και η ικανοποίησή τους από την ποιότητα του είδους της παροχής (Παπανικολάου, 2007).

Η ποιότητα των υπηρεσιών προκύπτει μέσα από μελετημένες και σχεδιασμένες διαδικασίες του εξειδικευμένου προσωπικού των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001), «η ποιότητα των υπηρεσιών ορίζεται ως το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων για την βελτίωση της υγείας και την ανταπόκριση της στις προσδοκίες του πληθυσμού». Επίσης η υψηλή ποιότητα της ψυχικής φροντίδας προαπαιτεί υψηλή επαγγελματική κατάρτιση, αποτελεσματική διάθεση των πόρων και ικανοποίηση των πασχόντων τόσο κατά τη θεραπευτική διαδικασία όσο και κατά τη διαδικασία επανένταξης στο κοινωνικό περιβάλλον (Παπανικολάου, 2007).

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχετίζεται τόσο με τη φροντίδα, δηλαδή με τη γνώση, την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, όσο και με τις μονάδες και τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (Κυριόπουλος, 2000).

Η ποιότητα υπηρεσιών σχετίζεται με το κατά πόσον οι υπηρεσίες μπορούν να ενισχύσουν τη δυνατότητα επίτευξης των αρχικών στόχων τόσο σε μεμονωμένα περιστατικά πασχόντων όσο και το συνολικό πληθυσμό, και κατά πόσον ακολουθούνται σύγχρονες πρακτικές, οι οποίες βασίζονται σε στοιχεία και στοχεύουν σε σχεδιασμό των υπηρεσιών (Παπασαντώπουλος, 2004).

Οι δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ορίζονται ως το εργαλείο μέτρησης, με βάση το οποίο παρακολουθούνται σημαντικά στοιχεία, σχετικά με την ποιότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι δείκτες ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στοχεύουν σε θεραπευτικές διαδικασίες όπως την πρόληψη, την ανίχνευση, την πρόσβαση την αξιολόγηση την θεραπεία και την συνέχεια της φροντίδας (Λαζάρου, Οικονόμου, 2007).

### **Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών είναι:**

- i. Η καταλληλότητα της παρεχόμενης φροντίδας η οποία πρέπει να σχετίζεται με την τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου.
- ii. Ο βαθμός διαθεσιμότητας της κατάλληλης φροντίδας η οποία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του εξυπηρετούμενου.
- iii. Η συνέχεια της φροντίδας του εξυπηρετούμενου η οποία είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες , στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
- iv. Η αποτελεσματικότητα της φροντίδας η οποία παρέχεται με σκοπό να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- v. Η δραστηκότητα αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα πραγματοποίησε το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- vi. Η αποδοτικότητα είναι το αποτέλεσμα της φροντίδας σε συνδυασμό με τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν.
- vii. Σεβασμός και φροντίδα είναι ο βαθμός εμπλοκής του εξυπηρετούμενου στις αποφάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας ενώ εκείνοι που παρέχουν υπηρεσίες υποχρεούνται να σέβονται τις ανάγκες και τις προσωπικές διαφορές τους.
- viii. Επικαιρότητα αναφέρεται στον βαθμό που παρέχεται η φροντίδα την πιο ευεργετική και απαραίτητη στιγμή. (Παπανικολάου, 2007).

Τα θέματα που αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών της ψυχικής φροντίδας μόλις τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αρχίσει να απασχολούν σοβαρά τους φορείς παροχής τους. Η κωλυσιεργία σχετίστηκε κυρίως με την αναδιαμόρφωση των σχετικών υπηρεσιών, την ανάγκη για την ορθή οργάνωσή τους έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του πληθυσμού, τις περιορισμένες δαπάνες, καθώς επίσης και την ανάγκη για συμμετοχή των ενδιαφερομένων στη λήψη (Tansella ,1989). Η ποιότητα των υπηρεσιών δεν αφορά μόνο τη θεραπεία και την αποκατάσταση των πασχόντων αλλά και την πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων και τη βελτίωση των παρεχόμενων

υπηρεσιών. Για όλα αυτά, απαραίτητη είναι η συνεργασία των οικογενειών των πασχόντων με τους αρμόδιους φορείς (Δημοπούλου, 2011). Η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών θεωρείται πλέον όχι μόνο σε θεωρητικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο, γεγονός που επιβάλλει τη θεώρηση των ζητημάτων της ψυχικής υγείας σε νέες βάσεις (Saraceno & Bolongaro, 1990).

## **1.2 Αξιολόγηση**

Η έννοια της μέτρησης σχετίζεται άμεσα και εννοιολογικά με την αξιολόγηση. Η αξιολόγηση είναι η μελέτη των αποτελεσμάτων μιας ενέργειας. Η μέθοδος της αξιολόγησης συγγέεται με τις διαδικασίες της διαχείρισης, της απόδειξης με στόχο να ανατρέψουμε τα παραπλανητικά γεγονότα και να διαχειριστούμε τις καταστάσεις ώστε να γενικεύσουμε το αποτέλεσμα (Bonniol, Vial, 2007).

Η μέτρηση είναι το μέσο, με το οποίο ελέγχεται η αξιοπιστία, και της οποίας τα αποτελέσματα συνεισφέρουν στην επίλυση των προβλημάτων και στη βελτίωση των υπηρεσιών (Ζαβλάνος, 2006).

Η αξιολόγηση είναι μια διαδικασία, μέσω της οποίας προσδιορίζονται η συνάφεια, η αποτελεσματικότητα και οι επιπτώσεις των δραστηριοτήτων με βάση τους στόχους τους, ενώ μέσω αυτής εντοπίζονται και αιτιολογούνται καταστάσεις που υπήρξαν και διατυπώνονται συμπεράσματα και προτάσεις (Κασιμάτη, 2007).

Η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας επικεντρώνεται στην συστηματική συλλογή πληροφοριών των δραστηριοτήτων, στα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα της παροχής υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τα στοιχεία αυτά να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους (Κασιμάτη, 2007).

Η αξιολόγηση σχετίζεται με την απόδοση, ενώ η διαμόρφωση μιας κρίσης συνεπάγεται την αναγνώριση της επίδρασης των προσωπικών και των οργανωτικών συστημάτων στην αξιολόγηση. Σύμφωνα με τον Suchman (1967), η αξιολόγηση αποτελεί μια κυκλική διαδικασία, η οποία ξεκινά και ολοκληρώνεται με την διαμόρφωση αξιών. Η έρευνα αξιολόγησης χρησιμοποιεί τεχνικές για να διαπιστώσει την αξία ενός προγράμματος, δίνοντας έμφαση στις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος.



Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αξιολογεί αποτελέσματα των δραστηριοτήτων μιας υπηρεσίας με σκοπό την επίτευξη των στόχων. (Παπανικολάου, 2007).

Η αξιολόγηση ενός προγράμματος μιας υπηρεσίας τονίζει την αξία της θεραπείας σε σχέση με την εγκυρότητα και την επίδραση της παρέμβασής της. Επίσης, στοχεύει στην αξιολόγηση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων μέσα από επιστημονικές μεθόδους, όπως για παράδειγμα τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων της θεραπευτικής διαδικασίας (Παπανικολάου, 2007).

Η αξιολόγηση σκοπεύει στην ικανοποίηση των αναγκών, τη διάγνωση των προβλημάτων, την τελική διαπίστωση εάν οι στόχοι καλύπτουν τις προσδοκίες και τις ανάγκες του πληθυσμού. Για την επίτευξη των στόχων αυτών χρησιμοποιούνται εργαλεία, όπως έρευνες και αναλύσεις περιεχομένων. Τα εργαλεία της αξιολόγησης είναι όλα τα όργανα μέτρησης προσδιορισμού της ποσότητας και της κατανομής σε μια διαβαθμισμένη κλίμακα μέτρησης (Bonniol., Vial, 2007).

### **1.3 Ψυχική υγεία και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η Ψυχική υγεία αποτελεί την ισορροπία μεταξύ των διαφορετικών πλευρών της ζωής μας και επιδρά άμεσα στον τρόπο, με τον οποίο διαχειριζόμαστε το περιβάλλον μας. Η ψυχική διαταραχή συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αντιληφθεί τον εαυτό του με τον τρόπο που του επιβάλλεται από τον κοινωνικό του περίγυρο, καθώς επίσης και τη δυσκολία του να προσαρμοστεί στα προκαθορισμένα πολιτισμικά και κοινωνικά πλαίσια που σχετίζονται με τη ζωή του (Hogan, 2012).

Η σημαντικότητα του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών καταδεικνύεται από τις σχετικές μελέτες, οι οποίες εκπονήθηκαν στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διεθνώς. Η ψυχιατρική επιδημιολογία κατέληξε στη διατύπωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών, ενώ μέσα από πολλές έρευνες διαπιστώθηκε ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ψυχική υγεία του ατόμου (Δαμίγος, 2003). Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, υπολογίζεται ότι στις επόμενες δεκαετίες, ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού θα υποφέρει από κατάθλιψη.

Οι πάσχοντες εκδηλώνουν δυσλειτουργίες στη καθημερινότητά τους, όπως επίσης και στην ανάπτυξη διαπροσωπικών, επαγγελματικών και γενικότερων κοινωνικών

σχέσεων ενώ καταφανής είναι η δυσκολία τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος (Ζήση, 2002).

Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αφορούν κυρίως στις υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονται εκτός των μονάδων, και οι οποίες στοχεύουν τόσο στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, τη πρόληψη και τον έλεγχο της όσο και στην άμεση παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις, καθώς επίσης και τη βοήθεια επανένταξης των πασχόντων (Αλεξάνδρου, 2012).

Οι υπηρεσίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν θεραπευτικές διαδικασίες, όπως επίσης και δραστηριότητες πρόληψης και βελτίωσης της ψυχικής υγείας, οι οποίες παρέχονται από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Εντούτοις, τα κλινικά αποτελέσματα εξαρτώνται από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις γνώσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη διάγνωση και διαχείριση των ψυχικών νοσημάτων.

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι, καθώς και υπηρεσίες που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως παιδιά, έφηβους, ηλικιωμένους και γυναίκες. (Πασαντωνόπουλος, 2005).

#### **1.4 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση**

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 2716/99, ο όρος «αποκατάσταση» ορίζεται ως «οργανωμένο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο σύνολο καθημερινών, προγραμματισμένων και εξατομικευμένων δραστηριοτήτων που έχουν ως σκοπό την άσκηση και υποστήριξη του ατόμου προκειμένου να επανενταχθεί στην κοινότητα». (Μαδιανός, 2005).

Η αποκατάσταση αποτελεί μια διαδικασία, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από την σχεδιασμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων, με σκοπό την τελική και οριστική επανένταξη του πάσχοντα (Μαδιανός,

2000), η οποία σχετίζεται τόσο με την ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων όσο και με την ενίσχυση της αυτονομίας του (Αλεξάνδρου, 2012).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση σκοπεύει στη βελτίωση των κοινωνικών ικανοτήτων του ατόμου μέσω της ενίσχυσης των κοινωνικών του δεξιοτήτων και της απασχόλησης, στη συνεχή βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων, στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής του και στην αυτονομία του, στη μείωση των κοινωνικών προκαταλήψεων, καθώς και στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές (Δαμίγος, 2003).

Η αποκατάσταση είναι μια διαρκής διαδικασία κατανόησης της εσωτερικής και της εξωτερικής πραγματικότητας του ατόμου, η οποία προωθεί την επανασύνδεση και επικοινωνία των δύο αυτών επιπέδων. Ο θεραπευτικός στόχος συνίσταται στη συνολική αντιμετώπιση ελλειμματικών καταστάσεων συναισθηματικού, επαγγελματικού και κοινωνικού χαρακτήρα (Δαμίγος, 2003).

Η διαδικασία της αποκατάστασης περιλαμβάνει την αποκαταστασιακή διάγνωση, την αρχική εκτίμηση των δεξιοτήτων που υπάρχουν, το σχεδιασμό των στόχων, την πραγματοποίηση των στόχων, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου. Οι φάσεις της αποκατάστασης διακρίνονται στην ψυχιατρική αποκατάσταση και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση στην οποία συμπεριλαμβάνονται η κοινωνική αποκατάσταση και η επαγγελματική αποκατάσταση ή προστατευμένη εργασία. (Μαδιανός, 2005).

## **Κεφάλαιο 2ο: Η Ποιότητα στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας**

### **2.1 Προσεγγίσεις στην ποιότητα της ψυχικής υγείας**

Διαφορετικοί ορισμοί και προσεγγίσεις γύρω από την ποιότητα έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς. Στη φροντίδα της ψυχικής υγείας, η ποιότητα λειτουργεί ως μέτρο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών σε σχέση με το αν το αποτέλεσμα είναι το επιθυμητό. Αυτή η διατύπωση σχετίζεται τόσο με τους ψυχικά πάσχοντες όσο και τις οικογένειές τους και με τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (Quality Improvement for Mental Health WHO, 2003).

Υπάρχουν προσεγγίσεις οι οποίες έχουν σαν στόχο την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας ψυχικής υγείας (Casey, 1993). Συγκεκριμένα είναι :

#### **i. Παρακολούθηση της ποιότητας**

Ο παραδοσιακός τρόπος παρακολούθησης της ποιότητας συχνά διατυπώνεται και ως Διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance – QA). Περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός συνόλου κριτηρίων για τις υπηρεσίες και εν συνεχεία τη σύγκρισή τους με τα καθορισμένα κριτήρια. Εάν τα κριτήρια ικανοποιούνται, θεωρείται ότι οι υπηρεσίες είναι ποιοτικά επαρκείς. Εάν διαπιστωθούν ελλείψεις, τότε καταστρώνονται σχέδια θεραπείας τους (Πασαντωνόπουλος, 2004). Με βάση αυτή την προσέγγιση η ποιότητα μπορεί να αξιολογηθεί ως προς την δομή, την λειτουργία και την έκβαση. Η δομική ποιότητα αξιολογεί τις δυνατότητες του συστήματος. Η ποιότητα της λειτουργίας αξιολογεί τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των υπηρεσιών και των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ποιότητα των τελικών εκβάσεων αξιολογεί τις αλλαγές που βιώνουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών. Κάθε σύστημα παρακολούθησης της ποιότητας πρέπει να καλύπτει αυτούς τους τρεις παράγοντες. Στις περισσότερες χώρες τονίζονται οι δομικές και λειτουργικές παράμετροι, ενώ πρόσφατα άρχισε να ενισχύεται ο παράγοντας της έκβασης (Saraceno & Bolongaro, 1990).

#### **ii. Συνολική ποιοτική διαχείριση / Συνεχής βελτίωση της ποιότητας**

Οι έννοιες της συνολικής ποιοτικής διαχείρισης και της διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας έχουν ενσωματωθεί τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας. Οι

τεχνικές αυτές έχουν ενταχθεί στο διοικητικό τομέα των υπηρεσιών, με σκοπό τη δημιουργία ενός μηχανισμού ανίχνευσης και επίλυσης προβλημάτων. Με αυτό τον τρόπο επιχειρείται να προβλέπονται και να προλαμβάνονται τα προβλήματα από τους επικεφαλής των υπηρεσιών (Saraceno & Bolongaro, 1990).

### **iii. Σταθμισμένη προσέγγιση**

Όσοι σχεδιάζουν και διοικούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζεται να ισορροπούν μεταξύ πλήθους παραμέτρων, όταν επιχειρούν να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας. Απαραίτητο είναι, παραδείγματος χάριν, να εξεταστούν θέματα που σχετίζονται με τη λειτουργική επάρκεια των υπηρεσιών, όταν εξετάζεται εάν ένας πάσχων λαμβάνει την θεραπεία του, κατά πόσον οι εκβάσεις είναι ικανοποιητικές, όπως επίσης και το επίπεδο του κόστους, έτσι ώστε οι υπηρεσίες να μην υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό τους. Η απόδοση του συστήματος θα πρέπει να ελέγχεται πολλαπλά. (Πασαντωνόπουλος, 2004)

## **2.2 Η συνεχής βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία**

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αφορά όλες τις κλινικές εφαρμογές της υπηρεσίας σε σχέση με την δέσμευση του προσωπικού, την συστηματική καταγραφή και την ανάλυση των διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Βασικό χαρακτηριστικό της συνεχούς βελτίωσης είναι η εκτίμηση των αιτιών και των προβλημάτων των υπηρεσιών με σκοπό την εύρεση απαραίτητων συνδέσμων και για την λήψη αναγκαίων ωφέλιμων μέτρων. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη μπορούν να περιοριστούν ή ακόμα και να αποφευχθούν, οι ικανότητες των εργαζομένων να αναπτυχθούν, όπως και αυτές των μονάδων (Σταυρόπουλος, 2009).

Υπάρχουν 3 βασικές στρατηγικές συνεχούς βελτίωσης ποιότητας: η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις, το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και η πραγματική βελτίωση διαδικασιών. Κάποιοι οργανισμοί επιθυμούν να μεγιστοποιήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, άλλοι πάλι κάνουν ότι είναι απαραίτητο για να διατηρήσουν την κατάσταση της διαπίστευσης τους. (Παπανικολάου, 2007).

Τα χαρακτηριστικά και οι λειτουργίες της συνεχούς βελτίωσης ορίζονται ως η ουσία της καλής διοίκησης:

Η κατανόηση και η προσαρμογή του οργανισμού στο εξωτερικό περιβάλλον  
Η εξουσιοδότηση των κλινικών γιατρών με σκοπό την ανάλυση και τη βελτίωση των διαδικασιών

Ο ρόλος των πελατών για τον προσδιορισμό της ποιότητας

Η ανάπτυξη προσέγγισης πολλαπλών τομέων, η οποία ξεπερνά τις συμβατικές και επαγγελματικές γραμμές, παραμερίζοντας τις διαφορές ανάμεσα στα τμήματα και τις επαγγελματικές ομάδες στους οργανισμούς υγείας

Η υιοθέτηση μιας σχεδιασμένης πρακτικής συνεχούς αναδιαμόρφωσης

Η δημιουργία μηχανισμών με σκοπό την υλοποίηση πρακτικών μέσω της σχεδιασμένης μάθησης του οργανισμού.

Η παροχή κινήτρων για την ανάλυση και βελτίωση των διαδικασιών, η οποία στηρίζεται σε στοιχεία. (Παπανικολάου,2007).

Επίσης, πρέπει να επισημανθεί η διαφοροποίηση μεταξύ της βελτίωσης της ποιότητας και της διασφάλισης της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα, η βελτίωση αποτελεί ευθύνη όλων, ενώ η διασφάλιση είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας του σωστά καταρτισμένου προσωπικού. Η βελτίωση αφορά περισσότερο το μέσο όρο ενώ η διασφάλιση αναζητά τις αποκλίσεις έτσι ώστε να διορθώσει τα μη αποδεκτά αποτελέσματα. (Lawton, 1998)

Η ικανοποίηση του χρήστη αποτελεί την τελική δοκιμασία της ποιότητας των διαδικασιών αλλά και του προϊόντος. Οι απαιτήσεις των πελατών αποτελούν το κλειδί για την ποιότητα , ο πελάτης μπορεί να είναι εξωτερικός η εσωτερικός στο σύστημα (Farkas, 1988 ).

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι για την διασφάλιση και την συνεχή βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Rossi, 1994). Τα βασικά χαρακτηριστικά των μεθόδων αυτών, καθώς ο τρόπος με τον οποίο συμβάλλουν στη γενικότερη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διαμορφώνονται ως εξής :

### **Ποιοτικός έλεγχος**

Η πρωταρχική μορφή ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών είναι ουσιαστικά η σύγκριση της υπηρεσίας με συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ο έλεγχος για την τήρηση των προδιαγραφών διαμορφώθηκε σταδιακά σε ένα σύνολο περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών που είναι γνωστές ως ποιοτικός έλεγχος ποιότητας. Ο ποιοτικός έλεγχος είναι μια συστηματική προσπάθεια, η οποία εντοπίζει τα προβλήματα του τομέα παροχής υπηρεσιών, προγραμματίζοντας κατάλληλες τεχνικές με σκοπό την επίλυση των προβλημάτων. Ο ποιοτικός έλεγχος κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών με βάση την επάρκεια ή την καταλληλότητα των δομών του συστήματος, των διαδικασιών καθώς και των αποτελεσμάτων της παροχής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η αδυναμία του ποιοτικού ελέγχου έγκειται στο γεγονός ότι ο ποιοτικός έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων, με αποτέλεσμα αυτό να συνεπάγεται πρόσθετες δαπάνες. Για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος ποιοτικού ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να διασφαλιστεί η επισήμανση των προβλημάτων και η αξιολόγηση των συστατικών στοιχείων του συστήματος (δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα), ώστε να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. (Σταυρόπουλος, 2009).

### **Διασφάλιση της ποιότητας**

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι το σύνολο των προγραμματισμένων ενεργειών και διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν ότι μια υπηρεσία πληροί ορισμένες προδιαγραφές. Στο τομέα της υγείας, το θέμα της ποιότητας εμφανίστηκε αργότερα σε σχέση με τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας. Έτσι και με δεδομένο το περιορισμό των οικονομικών πόρων, οι αποφάσεις που καλείται να πάρει ένας οργανισμός σχετικός με τις υπηρεσίες υγείας γίνονται ολοένα και περισσότερο περίπλοκες και απαιτητικές (Saraceno & Bolongaro, 1990).

Ο ρόλος της διασφάλισης στην αξιολόγηση της ποιότητας θεωρείται μια διαδικασία η οποία συμβάλει στον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών, καθώς και στην συμμετοχή ενός οργανισμού σε μια διαδικασία αξιολόγησης των συστημάτων και των οργανωτικών δομών με στόχο την επίδοση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Η διαπίστευση αποτελεί σημαντική διαδικασία για την διεθνή κατηγοριοποίηση και την αναγνώριση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται κατάλληλα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος υποστηρίζει την ανάγκη για διασφάλιση ποιότητας στην φροντίδα υγείας και αναπτύσσει προγράμματα για την αύξηση της γνώσης και των δεξιοτήτων που απαιτούνται, με στόχο να ενθαρρύνει όλα τα κράτη μέλη να αναπτύξουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας των συστημάτων υγείας. Για την διαχείριση της ποιότητας είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν πρότυπα και μέτρα επίδοσης των συστημάτων υγείας τα οποία θα φέρουν την προβλεψιμότητα στην βελτίωση των δυνατοτήτων (Δημοπούλου, 2011).

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές με στόχο την διασφάλιση ποιότητας των υπηρεσιών όπως: η διαχείριση ολικής ποιότητας, οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα, η οριοθέτηση σημείων αναφοράς και οι διαδικασίες διαπίστευσης. Επίσης στην διασφάλιση ποιότητας συμβάλουν σημαντικά και οι στρατηγικές του κλινικού και ιατρικού έλεγχου (Ραφτόπουλος, 2003).

### ***2.3 Αναγκαιότητα της βελτίωσης της ποιότητας στην ψυχική υγεία***

Η βελτίωση της ποιότητας της ψυχικής υγείας αφορά διαδικασίες που ενισχύουν την ικανότητα των ατόμων να προσδιορίζουν αυτόνομα τη ζωή τους και να βελτιώνουν την ψυχική τους υγεία. Οι διαδικασίες αυτές αφορούν τόσο μεμονωμένα άτομα όσο και κοινότητες. Οι παρεμβάσεις βελτίωσης της ποιότητας της ψυχικής υγείας εφαρμόζουν τακτικές που να απαιτούν την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και να ενισχύουν την ικανότητα του πάσχοντα να ανταποκρίνεται θετικά στις δύσκολες συνθήκες. Οι τακτικές αυτές πρέπει να απευθύνονται με σεβασμό σε κάθε πάσχοντα και να στέκονται ισότιμα και αλληλέγγυα σε όλους, διαφυλάσσοντας την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Joubert & Raeburn, 1998).

Οφείλουμε να επισημάνουμε πως οι τακτικές αυτές δεν ταυτίζονται με την πρόληψη της εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών. Ο στόχος τους σχετίζεται με την εξασφάλιση των περιβαλλοντικών συνθηκών και των παραγόντων που θα προάγουν τη θετική προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και βελτίωση του ατόμου (Orley & Weisen, 1998).



Η ποιότητα είναι σημαντική για όλα τα συστήματα ψυχικής υγείας . Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό οποιασδήποτε υπηρεσίας ψυχικής υγείας. Είτε δημιουργείται τώρα με ελάχιστους πόρους, είτε έχει παρελθόν και άφθονους πόρους. (Πασαντωνόπουλος, 2004)

Η ποιότητα είναι σημαντική για τα συστήματα ψυχικής υγείας από πολλές απόψεις. Από την άποψη ενός ατόμου με ψυχικές διαταραχές η ποιότητα διασφαλίζει ότι θα λάβει την φροντίδα που χρειάζεται και ότι τα συμπτώματα του και η ποιότητα ζωής θα βελτιωθούν. Από την άποψη της οικογένειας, η ποιότητα προσφέρει υποστήριξη και βοηθά να διατηρηθεί η οικογενειακή συνοχή. Από την άποψη εκείνων που παρέχουν την φροντίδα ή την προγραμματίζουν, η ποιότητα διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Από την άποψη του υπεύθυνου για την χάραξη της πολιτικής η ποιότητα είναι το κλειδί για την βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, για την καλή σχέση κόστους- αποτελέσματος και για τον έλεγχο και εκλογίκευση του συστήματος. Η ποιότητα αποτελεί εργαλείο όχι μόνο για να αποτρέπονται απαράδεκτες καταστάσεις που υπήρχαν στο παρελθόν, όπως η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία αλλά και για να διασφαλίζεται η ανάπτυξη αποτελεσματικής και αποδοτικής φροντίδας στο μέλλον. (Πασαντωνόπουλος, 2004).

### **2.3.1 Τα οφέλη από την εφαρμογή της ποιότητας στις υπηρεσίες**

Παρακάτω αναλύονται τα οφέλη από την εφαρμογή της ποιότητας στις υπηρεσίες που αφορούν στην ψυχική υγεία.

1. **Συνέπεια:** Οι υπηρεσίες θα είναι σε θέση να εξυπηρετούν τον πληθυσμό τους και στο παρόν και στο μέλλον.
2. **Εστίαση:** Ο προσανατολισμένος στην ποιότητα οργανισμός είναι εστιασμένος στον εαυτό του, στις διαδικασίες και στην κατεύθυνση του, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίζει ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες των εξυπηρετούμενων ικανοποιούνται μέσω της συνεπούς παροχής υπηρεσιών.

3. **Γνώση:** Ο προσανατολισμένος στην ποιότητα οργανισμός διδάσκεται για τις ικανότητές του και ενισχύει την επιχειρησιακή του δέσμευση υπέρ της ετερογένειας, της ταχύτητας και της επάρκειας της παρεχόμενης υπηρεσίας.
4. **Εκπαίδευση:** Το προσωπικό μιας υπηρεσίας θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για να υπάρχουν και τα κατάλληλα αποτελέσματα όπως και για να μεταδίδει το μήνυμα της ποιότητας.
5. **Συλλογική εργασία:** Η εφαρμογή της υπηρεσίας ποιότητας βοηθάει κάθε εργαζόμενο να βοηθάει όλους τους άλλους. Κατά συνέπεια αναπτύσσεται μια εξωστρεφής προσέγγιση που αποτελεί την βάση ενοποιημένης συλλογικής εργασίας.
6. **Έλεγχος:** Ο προσανατολισμένος στην ποιότητα οργανισμός ελέγχει αποτελεσματικότερα τις διαδικασίες του και επομένως έχει μικρότερες απώλειες, λιγότερα προβλήματα επικοινωνίας και αυξημένη εσωτερική εργασιακή ικανοποίηση ( James, P. 1996).

### ***2.3.2 Πλεονεκτήματα της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας***

Η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχει σαν αποτέλεσμα κάποια πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα είναι :

1) Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διασφαλιστεί η καλύτερη χρήση των πόρων. Τα περισσότερα συστήματα δεν κάνουν την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων που διαθέτουν. Μερικά συστήματα χρησιμοποιούν υπερβολικά κάποιες υπηρεσίες και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει βελτίωση ή ακόμη και να προκαλούν βλάβη. Από την άλλη άλλα συστήματα δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αρκετά μα αποτέλεσμα να μην προσφέρουν αυτό που χρειάζεται. Και στις δύο περιπτώσεις που αναφέρθηκαν η έλλειψη ποιότητα έχει σαν αποτέλεσμα την σπατάλη των πόρων. Η βελτίωση της ποιότητα παρέχει την ευκαιρία να γίνει αποτελεσματική χρήση των πόρων (Μερκούρης, 1996).

2) Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να γίνει διασφαλιστεί η χρήση της πλέον σύγχρονης επιστημονικής γνώσης και των νέων τεχνολογιών για την θεραπεία.

Την τελευταία δεκαετία υπάρχει μεγάλη επιστημονική πρόοδος όσον αφορά τα φάρμακα και τις θεραπείες των ψυχικών διαταραχών. Η έκθεση για την Παγκόσμια υγεία αναφέρει αποτελεσματικές θεραπείες, επίσης παρατηρεί χάσμα ανάμεσα στο τι γνωρίζουμε και τι εφαρμόζουμε. Ένα ευρύ φάσμα κοινοτικών υπηρεσιών έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα ακόμα και στις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η εστίαση στην ποιότητα βοηθάει για να αλλάξουν κατεστημένες αντιμετωπίσεις και να εξωθήσει το σύστημα προς την αφομοίωση νέων θεραπειών και τεχνολογιών (Μερκούρης, 1996).

3) Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διασφαλιστεί ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα λαμβάνουν τη φροντίδα που θα χρειάζονται. Για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές η καλή ποιότητα ζωής είναι πολύ σημαντική. Το 28% των ετών που οι άνθρωποι ζουν με ανικανότητα οφείλεται σε ψυχιατρικές και νευρολογικές νόσους. Άλλοι παράγοντες επίσης είναι το στίγμα, οι διακρίσεις και η παραβίαση των δικαιωμάτων τους. Το γεγονός πως παραμένουν οι παραδοσιακές πεποιθήσεις για το που μπορεί να οφείλονται ή πως αντιμετωπίζονται οι ψυχικές διαταραχές, έχει σαν αποτέλεσμα την απροθυμία καθυστέρησης στη λήψη της θεραπείας (Donabedian, 2003).

4) Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να διερευνηθεί η εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η ικανοποιητική ποιότητα μιας υπηρεσίας ενδυναμώνει την κοινωνική αποδοχή των θεραπευτικών παρεμβάσεων και τα άτομα αρχίζουν να ξεπερνούν ενδοιασμούς τους και να προσεγγίζουν τις υπηρεσίες. Αντίθετα όταν δεν υπάρχει ικανοποιητική ποιότητα στις υπηρεσίες έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την θεραπεία. Επίσης η έλλειψη ποιότητας διαιωνίζει τις αρνητικές κοινωνικές στάσεις προς τα άτομα που νοσούν καθώς και τους μύθους για τις ψυχικές διαταραχές (Donabedian, 2003).

5) Οι ποιοτικές υπηρεσίες βοηθούν ώστε να υπερπηδηθούν τα εμπόδια για την προσέγγιση της κατάλληλης φροντίδας. Εφόσον υπάρχει ποιότητα και αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες ωθεί έναν αριθμό ατόμων με ψυχικές διαταραχές να ζητήσουν βοήθεια και η στάση κάποιων άλλων γίνεται λιγότερο αρνητική. Η ποιότητα γίνεται ένας μηχανισμός που διασφαλίζει ότι η προσφερόμενη φροντίδα είναι η κατάλληλη με βάση την υπάρχουσα επιστημονική γνώση. Επιπλέον η καταλληλότητα της φροντίδας, δηλαδή η φροντίδα η οποία ανταποκρίνεται στις

ανάγκες χωρίς υπερβολική χρήση ακατάλληλων υπηρεσιών ή ελλιπείς θεραπευτικές παρεμβάσεις, διασφαλίζει την αποτελεσματική και υπεύθυνη χρήση των περιορισμένων πόρων. (Saraceno & Bolongaro, 1990)

6) Η ποιότητα των υπηρεσιών αναφέρεται στο σύνολο του συστήματος. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ασφαλώς δεν αφορά μόνο στην αναδιαμόρφωση των τοπικών φορέων αλλά και στην δημιουργία ενός γενικού πλαισίου φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τις απαιτήσεις της εποχής και τις ανάγκες των πασχόντων. Η δημιουργία ενός εθνικού συστήματος σχετικού με την ψυχική υγεία κρίνεται απαραίτητο. (Saraceno & Bolongaro, 1990)

### ***2.3.3 Τα σημαντικότερα βήματα για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών***

Ο μεγαλύτερος σκοπός της βελτίωσης της ποιότητας είναι να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματα των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, να διασφαλίζεται ότι θα έχουν καλύτερη δυνατή φροντίδα, να αυξάνεται η ανεξαρτησία τους και να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους. (Πασαντωνόπουλος, 2004)

Ο Crosby το 1979 ανέφερε 14 βήματα που χρειάζονται για την βελτίωση της ποιότητας :

- i.** Δέσμευση της διοίκησης να ξεκαθαρίσει την θέση της σχετικά με την ποιότητα.
- ii.** Δημιουργία ομάδων βελτίωσης ποιότητας
- iii.** Μέτρηση της ποιότητας ώστε να παρέχει λεπτομέρειες της μη συμμόρφωσης με τρόπο ο οποίος να επιτρέπει αντικειμενική αξιολόγηση και διόρθωση
- iv.** Κόστος ποιότητας
- v.** Ενημέρωση για ποιότητα, συνείδηση ποιότητας μέθοδος αύξησης του προσωπικού ενδιαφέροντος όλων των εργαζομένων όσον αφορά την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών
- vi.** Διορθωτική δράση, συστηματική μέθοδος οριστικής επίλυσης προβλημάτων

- vii.** Σχεδιασμός για μηδενικά ελαττώματα, εξέταση των ποικίλων δραστηριοτήτων για προετοιμασία των συνεχιζόμενων φάσεων του σχεδιασμού βελτίωσης της ποιότητας
- viii.** Εκπαίδευση εργαζομένων , κατάρτιση όλων των εργαζομένων
- ix.** Ημέρα μηδέν ελαττωμάτων
- x.** Θέσπιση στόχων για να μετατραπούν οι σκοποί σε πράξεις
- xi.** Άρση των αιτιών των σφαλμάτων
- xii.** Αναγνώριση, παραδοχή της προόδου
- xiii.** Καθιέρωση συμβουλίων ποιότητας, για να έρθουν πιο κοντά οι κατάλληλοι άνθρωποι, ανταλλαγή πληροφοριών διαχείρισης ποιότητας σε τακτά χρονικά διαστήματα
- xiv.** Ξανά γίνονται από την αρχή όλα τα βήματα καθώς η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας δεν σταματάει ποτέ (Παπανικολάου, 2007).

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Αξιολόγηση**

### **3.1 Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής υγείας στην Ελλάδα**

Στη σύγχρονη εποχή, η απαίτηση για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία είναι άμεση. Η διαδικασία της αναδιαμόρφωσης των σχετιζόμενων φορέων και συστημάτων λαμβάνει χώρα τόσο στη Ελλάδα όσο και διεθνώς. Αφορά τόσο στην ανασύσταση των υπηρεσιών όσο και στην περαιτέρω κατάρτιση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Η αξιολόγηση της ποιότητάς τους πραγματοποιείται μέσα από συγκεκριμένες διεργασίες, με τις οποίες ελέγχονται ταυτόχρονα και όλοι εκείνοι οι παράγοντες που σε μεγάλο βαθμό τις επηρεάζουν (Λαζάρου, Π, Οικονόμου, 2007).

Είναι σημαντικό για κάθε χώρα να αναπτύσσει δικά της πρότυπα με βάση το Εθνικό Σύστημα υγείας ώστε να διασφαλίζονται οι αρχές της δικαιοσύνης, της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της συνέχειας της φροντίδας (Παπανικολάου, 2007)

Σε ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την βελτίωση και αξιολόγηση της ποιότητας στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα επιτεύγματα σχετίζονται: 1) Με τον καθορισμό εθνικών συστημάτων πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας 2) Τον καθορισμό εθνικής υπηρεσίας η φορέα για την ποιότητα στο χώρο της υγείας 3) Την βελτίωση της κατάρτισης και της αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας (Αποστολοπούλου, 2011).

Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές αλλαγές σχετικά με την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες σε αντίθεση με την Ελλάδα στην οποία τα πράγματα στο τομέα της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών βρίσκονται ακόμη σε πολύ πρώιμο στάδιο. Είναι πάντως γεγονός ότι με το κανονισμό 815/84 δόθηκε ευκαιρία να αναπτυχθούν νέες δομές ψυχικής υγείας σε αρκετές περιοχές της χώρας. Εν τούτοις, η διαδικασία αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας δεν είχε ακόμη ξεκινήσει

θεσμικά, δεδομένου ότι η διοικητική παρακολούθηση από τη 1η Δ/νση της Ευρωπαϊκής Ένωσης των προγραμμάτων του 815/84 αποτέλεσε μια γραφειοκρατική διαδικασία για τη λειτουργία του Κοινωνικού Ταμείου, απαραίτητη για την έγκριση της αναγκαίας χρηματοδότησης. (Στυλιανίδης, 1994).

Ειδικότερα, στο χώρο της ψυχικής υγείας τα θέματα της ποιότητας μόλις τις τελευταίες δεκαετίες έχουν αρχίσει να απασχολούν σοβαρά τους σχετικούς φορείς στην Ελλάδα. Το ίδιο και η έννοια της αξιολόγησης, η οποία συνδέεται άρρηκτα με την ποιότητα. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα, ενώ το ζήτημα της αξιολόγησης των Ιατρικών υπηρεσιών έχει τεθεί ήδη από το 19ο αιώνα στο χώρο της ψυχικής υγείας μόλις το 1969 άρχισε ο καθορισμός των πρώτων standards πιστοποίησης και επικύρωσης αυτών των υπηρεσιών. (Holland, 1983)

Στην Ελλάδα το εθνικό κέντρο ποιότητας υπηρεσιών του τομέα υγείας προβλέπεται να λειτουργεί ως όργανο ανάπτυξης στον οποίο εκχωρείται η ευθύνη του εθνικού σχεδιασμού για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, συγκεκριμένα σκοπός του κέντρου είναι να λαμβάνει μέτρα για την προώθηση βέλτιστων πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της αξιολογήσεως των υπηρεσιών από ανεξάρτητους οργανισμούς. Επίσης συνεργάζεται με εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς σε θέματα ποιότητας και αξιολόγησης των υπηρεσιών.(Σιγάλας, 1994).

Στην Ολλανδία παλαιότερα προσπάθειες βελτίωσης και αξιολόγησης της ποιότητας ήταν διάσπαρτες, με διάφορα μεμονωμένα ποιοτικά προγράμματα στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Την τελευταία δεκαετία στην Ολλανδία έχει αναπτυχθεί μια συστηματικότερη προσπάθεια προσέγγισης της ποιότητας και αξιολόγησης των οργανισμών. Η προσέγγιση της ολλανδικής ποιότητας εστιάζει στην βελτίωση, στην αξιολόγηση και την ικανοποίηση των χρηστών αλλά και την αποδοτικότητα. Έχει σαν στόχο την ποιοτική διαχείριση των υπηρεσιών υγείας η οποία είναι αποτέλεσμα όλων των πτυχών μιας οργάνωσης. Το 1995 πραγματοποιήθηκε έρευνα σε όλους τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να αξιολογηθεί το μέγεθός της εφαρμογής της ποιότητας, η έρευνα αυτή εφαρμόστηκε και στους τομείς ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην έρευνα συμμετείχε το 74% των οργανισμών και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόλις το 13% είχε ένα ολοκληρωμένο σύστημα ποιότητας ενώ το 59% των οργανισμών είχε εφαρμόσει ένα μέρος του συστήματος ποιότητας. (Nabitz, 2000).

### **3.2 Πολιτικές Ποιότητας στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με το άρθρο 9 ,του Νόμου 2519/1977 θεσμοθετείται ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας και ανατίθεται η διαδικασία αυτή στο Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου της ποιότητας με σκοπό: 1) τον έλεγχο διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας 2) την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, 3) την στατιστική ανάλυση και την οικονομική αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς και την σύνταξη εκθέσεων για την απόδοση των υπηρεσιών. Το ινστιτούτο έρευνας δεν λειτούργησε μέχρι σήμερα όπως προέβλεπε ο νόμος. Έπειτα ακολούθησε μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια του Νόμου 2889/2001 για την «Βελτίωση και το Εκσυγχρονισμό του Εθνικού συστήματος Υγείας», η οποία στόχευε στην αξιολόγηση και την συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας , τον ποιοτικό έλεγχο στις μονάδες Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και υλικών πόρων. (Παπανικολάου, 2007)

Για την αξιόπιστη εφαρμογή των παραπάνω θεσμοθετήθηκαν τα εξής όργανα: 1) ο ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από τα κέντρο ποιότητας του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας 2) το τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας με σκοπό την καθιέρωση κριτηρίων αξιολόγησης των υπηρεσιών, και τον έλεγχο της εφαρμογής τους σε συνεργασία με το ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου της ποιότητας 3) την αξιολόγηση ερευνητικών κέντρων συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας τα οποία αναπτύσσουν δραστηριότητες υψηλών προδιαγραφών με σκοπό την ανάδειξη τους σε κέντρα αριστείας με ειδικές επιχορηγήσεις 4) την σύσταση τμήματος περιφερειακού χάρτη υγείας το οποίο καταγράφει και αναλύει επιδημιολογικά και κοινωνιολογικά στοιχεία για την χάραξη της πολιτικής υγείας στην περιφέρεια και την εκπόνηση του περιφερειακού σχεδίου δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας. (Παπανικολάου,2007)

Με βάση τις ρυθμίσεις οι οποίες αφορούν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, η επιτροπή του Κ.Ε.Σ.Υ συνιστά ειδικές επιτροπές για τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο έλεγχος αυτός είναι τακτικός και πραγματοποιείται μια φορά τον χρόνο η έκτακτος και αφορά κυρίως την τήρηση των προδιαγραφών κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής, την εφαρμογή των υγειονομικών διατάξεων, τον σεβασμό των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και



των δικαιωμάτων των πολιτών. Ο ποιοτικός έλεγχος πραγματοποιείται από το Ινστιτούτο Έρευνας και εστιάζει στην αξιοπιστία των εφαρμοσμένων μεθόδων, την εξειδίκευση και την επάρκεια του προσωπικού, την καταλληλότητα των υλικών και την τήρηση των υγειονομικών διατάξεων αλλά και των μέτρων προστασίας των ασθενών και των εργαζομένων. Οι φορείς της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υποχρεούνται να υποβάλλουν αρχεία με τα ιατρικά ,διοικητικά αλλά και οικονομικά δεδομένα με ηλεκτρονικό τρόπο κάθε τρίμηνο στην αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης οι φορείς της Π.Φ.Υ είναι υποχρεωμένοι να εφοδιάζονται με το Πιστοποιητικό διασφάλισης της ποιότητας το οποίο θεωρείται απαραίτητο για την σύναψη των συμβάσεων με το Δημόσιο και τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. (Παπανικολάου,2007)

Η επόμενη μεταρρυθμιστική προσπάθεια σύμφωνα με τον Νόμο 3172/2003 η οποία αναφέρεται στην βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Η μεταρρύθμιση αυτή αφορά τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Με την ύπαρξη του Νόμου αυτού θεσμοθετείτε Σύσταση Εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας με τις εξής αρμοδιότητες: 1) να προτείνει λύσεις σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της δημόσιας υγείας 2) γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας . Η διεύθυνση δημόσιας υγείας και πρόνοιας της περιφέρειας υποβάλλει κάθε 2 έτη τακτική έκθεση για την δημόσια υγεία στην περιφέρεια η οποία περιλαμβάνει: δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα, ανάλυση των προβλημάτων δημόσιας υγείας, καταγραφή των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών και καταγραφή των στόχων για την επόμενη διετία. (Παπανικολάου,2007)

Τέλος σύμφωνα με τον Νόμο 3235/2004 ο οποίος αναφέρεται στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης και ποιοτικής φροντίδας μέσω της παραπομπής τους από οικογενειακό γιατρό του συστήματος υγείας σε γιατρό ειδικότητας η σε νοσηλευτική μονάδα διαχειρίζοντας ολοκληρωτικά τα προβλήματα υγείας των εξυπηρετούμενων που παρακολουθεί. Σε κάθε φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι υποχρεωτική η ύπαρξη ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου των πολιτών με δεδομένη την διασφάλιση της προστασίας των στοιχείων των πολιτών. Έχουν υλοποιηθεί αρκετά σημαντικά βήματα στην Ελλάδα με τις σχετικές μεταρρυθμίσεις αλλά θεωρείται αναγκαίο να τεθούν ξεκάθαροι

εθνικοί στόχοι που να μπορούν να εξισορροπήσουν τις τοπικές και περιφερειακές διαφορές της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας. (Μάτσης, 2009)

### **3.3 Δείκτες αποτίμησης ποιότητας στην Ψυχική Υγεία**

Οι δείκτες ψυχικής υγείας αποτελούν θεωρητικά ή εμπειρικά καθορισμένα κριτήρια. Πρόκειται για λειτουργικά προσδιορισμένες μεταβλητές, η μέτρηση των οποίων αποτυπώνει τη διακύμανση ποικίλων διαστάσεων της ψυχικής υγείας, σε επίπεδο ατόμου, κοινότητας, αλλά και υπηρεσιών. Ένα σύστημα δεικτών ψυχικής υγείας επιτρέπει την παρακολούθηση της κατάστασης ψυχικής υγείας του πληθυσμού, καθώς και της λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας. Η καταγραφή συστηματικών τάσεων ενός δείκτη ή μιας ομάδας δεικτών, εφόσον ερμηνευθεί στα πλαίσια ενός θεωρητικού μοντέλου, μπορεί να αξιοποιηθεί στην αξιολόγηση της λειτουργίας του συστήματος ψυχικής υγείας και να συμβάλλει στην προώθηση της ποιότητας, τη βελτιστοποίηση της οργάνωσης του συστήματος ψυχικής υγείας και την αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών (Donabedian, 2003).

Δείκτης ποιότητας στις υπηρεσίες υγεία ορίζεται το εργαλείο μέτρησης, μέσω του οποίου παρακολουθούνται και εκτιμώνται σημαντικές διαστάσεις που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας. Τα εργαλεία αυτά δεν αποτελούν άμεσο μέτρο ποιότητας, αλλά σηματοδοτούν το κέντρο προσοχής σε ειδικά θέματα απόδοσης σε έναν οργανισμό. Οι δείκτες δεν στοχεύουν στη θεραπεία συμπτωμάτων ενός προβλήματος αλλά στον ανασχεδιασμό των διαδικασιών που τα προκάλεσε. Τα εργαλεία αποτίμησης ποιότητας συντελούν στη διαμόρφωση και συνεχή αξιολόγηση της πολιτικής ψυχικής υγείας θέτοντας ποσοτικούς στόχους, μετρώντας την πρόοδο σε τακτά χρονικά διαστήματα και επαναπροσδιορίζοντας τους στόχους ή θέτοντας νέους. Εστιάζουν σε θεραπευτικές κλινικές διαδικασίες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα στοχεύουν στην πρόληψη, την πρόσβαση, την ανίχνευση, την αξιολόγηση, την θεραπεία, την συνέχεια της φροντίδας, αλλά και τα δικαιώματα του εξυπηρετούμενου. Οι δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν διασφαλίζουν την ποιότητα αλλά επισημαίνουν τα πεδία που χρήζουν βελτίωσης. Οι δείκτες ποιότητας μετατρέπουν ένα πρακτικό πρόβλημα σε αριθμητικό και στη συνέχεια σε στατιστικό. Κατόπιν, ακολουθεί η στατιστική λύση, η οποία μεταφράζεται σε πρακτική (Ζήση, 2002).

Το αντικείμενο μελέτης της αποτίμησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να είναι άτομα που χρήζουν θεραπείας, επαγγελματίες υγείας, ο εξοπλισμός των μονάδων , το σύστημα παροχής και χρηματοδότησης και ο πληθυσμός. Επίσης συμπεριλαμβάνονται και οι διαγνωστικές κατηγορίες νοσημάτων σε ομάδες πληθυσμού όπως ηλικιωμένοι, έφηβοι, άτομα χαμηλού εισοδήματος κ.α. Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για αξιολόγηση των υπηρεσιών σε κάθε περίπτωση διαφοροποιούνται ανάλογα με τον χρόνο θεραπείας και διαμονής στις μονάδες ψυχικής υγείας. (Λαζάρου. Π, Οικονόμου, 2007).

Στην ψυχική υγεία έχει γίνει διάκριση ανάμεσα στην μακρό-επίπεδη αξιολόγηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας η οποία στοχεύει στην εξασφάλιση των πληροφοριών που αφορούν την συνολική ανάπτυξη των υπηρεσιών σε επίπεδο εθνικό ή περιφερειακό και στην μικρό-επίπεδη αξιολόγηση η οποία αποβλέπει στην εξασφάλιση γνώσης και πληροφοριών σχετικά με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στη μικρό-επίπεδη αξιολόγηση υπάρχει το τρίπτυχο των δεικτών το οποίο περιλαμβάνει τους δείκτες δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος (Ζήση, 2002).

Ως δείκτες αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται οι δείκτες σε επίπεδο δομής, διεργασίας και αποτελέσματος οι οποίοι αξιολογούν ενέργειες των συστημάτων υγείας αλλά πραγματοποιούν και συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ διαφορετικών οργανισμών υγείας. , Οι δείκτες δομής αναφέρονται στους πόρους που απαιτούνται για την λειτουργία των μονάδων όπως ο απαιτούμενος αριθμός προσωπικού, ο εξοπλισμός , ο φυσικός χώρος και το σύστημα χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα οι δείκτες αυτοί κρίνουν την επάρκεια των κλινών, το είδος, την κατάσταση των εγκαταστάσεων και του εξοπλισμού που διαθέτει η μονάδα ψυχικής υγείας ,τον τρόπο και το μέγεθος της χρηματοδότησης και τον τρόπο άσκησης της διοίκησης των τμημάτων. (Weinstein , 2006)

Οι δείκτες που αφορούν στη διεργασία αναφέρονται στις ενέργειες και τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών. όπως η επικοινωνία, η πρόληψη, η πρόσβαση, η αξιολόγηση η εκτίμηση, η εκπαίδευση, οι διαγνωστικές εξετάσεις, η τήρηση αρχείων αλλά και η γενικότερη αποδοτικότητα των μονάδων υγείας. Έχει υποστηριχθεί ότι οι δείκτες διεργασίας είναι πιο ευαίσθητοι δείκτες ποιότητας, δεδομένου ότι μια φτωχή έκβαση δεν εμφανίζεται κάθε φορά που υπάρχει ένα λάθος ή μια παράλειψη στο σύστημα

παροχής φροντίδας. Οι δείκτες έκβασης ή αποτελέσματος μπορεί να είναι οι δείκτες της σωματικής αντίδρασης σε κάποια παρέμβαση, του επιπέδου υγείας, του επιπέδου γνώσεων και της ικανοποίησης. Αξιολογείται κυρίως η λειτουργικότητα, η ικανοποίηση και η ποιότητα ζωής των ατόμων με στόχο την μέτρηση της αποδοτικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων που έχουν ολοκληρώσει. (Weinstein, 2006)

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στο σχεδιασμό και στον καθορισμό των δεικτών θεωρείται αναγκαία, επίσης απαραίτητη θεωρείται η εκπαίδευση του προσωπικού στην διαδικασία. Οι δείκτες μετά την αποκτηθείσα εμπειρία θα πρέπει να μετρώνται πιο αξιόπιστα και συστηματικά, ώστε να επιτρέψουν να δοθεί πραγματική εικόνα αποτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η ποιότητα είναι ευθύνη του οργανισμού ή του τμήματος ποιότητας του οργανισμού, αλλά πάνω από όλα είναι ευθύνη για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποδοτική χρήση των δεικτών είναι η τεκμηρίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η χρήση ηλεκτρονικού φακέλου ψυχιατρικού ασθενούς και γενικότερα η πληροφοριακή οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σημαντικός προβληματισμός θεωρείται η διαδικασία επιλογής των δεικτών οι οποίοι μπορεί να είναι πολύ σημαντικοί από άποψη πολιτικής υγείας αλλά προβληματικοί στην εφαρμογή τους, είτε λόγω έλλειψης δεδομένων είτε λόγω διαφορετικής κωδικοποίησης αυτών. Όποιες και αν είναι οι δυσκολίες που θα παρουσιαστούν από τη φάση σχεδιασμού των δεικτών αποτίμησης ποιότητας, εκείνο που απαιτείται από το φορέα εφαρμογής τους είναι η δέσμευση για συνεχιζόμενη βελτίωση. Επειδή η σύνθεση του συστήματος δεικτών είναι μια εμπειρική διαδικασία, υπάρχει πάντα πιθανότητα αποτυχίας και για το λόγο αυτόν απαιτείται επανεξέταση επανασχεδιασμός και εφαρμογή των αναθεωρημένων δεικτών. Η αποτελεσματικότητα των δεικτών ποιότητας εξαρτάται από την συνεπή καταγραφή και αξιοποίηση τους. (Λαζάρου, Π, Οικονόμου, 2007).

Για την επιτυχή συγκριτική αξιολόγηση είναι σημαντική η σωστή εφαρμογή των δεικτών η οποία στηρίζεται στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα των δεδομένων που συλλέγονται και την ταχύτητα ανάκτησής τους. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και σε κάθε είδους μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, θεωρείται αναγκαία η ανάπτυξη συνεργασιών με οργανισμούς και επαγγελματίες υγείας αλλά αντιθέτως παρατηρείται απομόνωση εξαιτίας του φόβου της σύγκρισής και της απόδοσης μεταξύ

των οργανισμών. Σκοπός της μέτρησης των δεικτών είναι η καλύτερη διαχείριση των περιορισμένων πόρων και του εντοπισμού των προβλημάτων και των αιτιών τους. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα προσδιορισμού των τρόπων παρέμβασης, μια και αξιολογούνται κρίσιμα χαρακτηριστικά. Η ποιότητα της μελέτης δεικτών εξαρτάται από την αποδοτικότητα των μεθόδων συλλογής στοιχείων που χρησιμοποιούνται. (Juran, ,1973)

### ***3.3.1 Εργαλεία και Δείκτες ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας: Διεθνή & Ελληνικά δεδομένα***

Από την επισκόπηση της διεθνούς και συγκριτικής εμπειρίας αναδεικνύεται με σαφήνεια η ανάγκη για τη συστηματική συλλογή και αξιολόγηση δεδομένων που σχετίζονται με τα συστήματα ψυχικής υγείας. Η τάση αυτή συνδέεται αφενός με την ανάγκη βελτίωσης και της αξιολόγησης των συστημάτων ψυχικής υγείας, την αιτιολόγηση της χρηματοδότησής τους και αφετέρου με την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται σε χρήστες των υπηρεσιών. Η συλλογή δεδομένων γίνεται σε πολλές από τις περιπτώσεις που μελετήθηκαν με τον ορισμό δεικτών. Καταγράφονται πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις εκ των οποίων άλλες εστιάζουν πρωτίστως σε παραδοσιακά θέματα δημόσιας πολιτικής, όπως η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα ενώ άλλες δίνουν έμφαση σε περισσότερο ‘πελατοκεντρικές’ προσεγγίσεις όπου ο καταναλωτής, οι ανάγκες του και η ικανοποίησή του βρίσκονται στο κέντρο της μέτρησης. Παρά τις διαφορές μεταξύ των επιμέρους προσεγγίσεων, είναι κοινή η αποδοχή της σημασίας των μετρήσεων αυτών. (Donabedian, 2003)

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αξιολογείται με βάση τα δεδομένα και τα χαρακτηριστικά που έχουν τα συστατικά στοιχεία του συστήματος παραγωγής και διάθεσης τους. Για την επιτυχή έκβαση της αξιολόγησης τίθενται από τον αρμόδιο φορέα σε συνεργασία με την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κριτήρια για την διαδικασία της αξιολόγησης, με σκοπό τον προσδιορισμό του επιθυμητού επιπέδου ποιότητας και τον καθορισμό προτύπων με τα οποία συγκρίνεται και αξιολογείται η πραγματική κατάσταση η οποία επικρατεί σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί την εκτίμηση του βαθμού που μια

υπηρεσία στο σύνολό της πληροί συγκεκριμένους στόχους με σκοπό την ποιοτική παροχή υπηρεσιών (Κυριόπουλος, κ.α. , 2000)

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας η ποιότητα δεν είναι γνωστή δεν μετράται , δεν αμείβεται, δεν απαιτείται τεκμηριωμένα από τις κυβερνήσεις και από τους χρήστες και τους προμηθευτές. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο σεβασμός του ψυχικά ασθενούς, αλλά και η απαίτηση για συμμόρφωση με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οδήγησαν πρόσφατα σε διαβούλευση του πλαισίου καθορισμού κριτηρίων και δεικτών διασφάλισης ποιότητας για υπηρεσίες που παρέχονται σε μονάδες Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Με δεδομένο ότι όλη η διαδικασία τελεί υπό εξέλιξη, είναι πολύ σημαντική η ταυτόχρονη ενσωμάτωση των μηχανισμών βελτίωσης της ποιότητας. (Λαζάρου. Π, Οικονόμου, 2007).

Στη χώρα μας δεν έχουν διαμορφωθεί δείκτες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Το Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ αναγνωρίζει τη σημασία διαμόρφωσης δεικτών σε διαφορετικά επίπεδα. Γίνεται διάκριση ανάμεσα στους δείκτες δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος. Το Παρατηρητήριο Ψυχικής Υγείας έχει ως βασικό στόχο τη διάχυση έγκυρης και επικαιροποιημένης πληροφορίας σχετικά με την ψυχική υγεία σε διάφορες κατηγορίες χρηστών (πολίτες, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, στελέχη δημοσίων υπηρεσιών). Οι πληροφορίες αυτές υπό την μορφή μελετών, δεικτών και δεδομένων, μπορούν να αξιοποιηθούν στην αξιολόγηση των περιφερειακών, κοινωνικών και οικονομικών διαφοροποιήσεων ως παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διαμορφώνουν το επιδημιολογικό προφίλ της περιφέρειας και εκτιμούν τις ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το παρατηρητήριο εμπλέκεται ακριβώς στη διαχείριση, το συντονισμό και την παρακολούθηση των δεικτών ψυχικής υγείας. Στόχος του είναι η έγκυρη και επίκαιρη πληροφόρηση αλλά και η μέτρηση και αξιολόγηση των διαφόρων μεγεθών και διαστάσεων της ψυχικής υγείας, με σκοπό την υποστήριξη του υπουργείου υγείας στη διαμόρφωση πολιτικών βελτίωσης της ψυχικής υγείας, αλλά και μείωσης των ανισοτήτων σε αυτήν. Ειδικότερα συγκεντρώνει και επεξεργάζεται στοιχεία επιδημιολογικών μελετών που εκπονούνται στην Ελλάδα και αφορούν την επίπτωση και επικράτηση των ψυχικών διαταραχών, τη συννοσηρότητα, τη θνησιμότητα, τα καταγεγραμμένα ποσοστά αυτοκτονιών και περιστατικών κακοποίησης, καθώς και δημογραφικά δεδομένα. Παράλληλα

συλλέγονται δεδομένα αναφορικά με τη δομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τις ακολουθούμενες κλινικές και διοικητικές διαδικασίες, καθώς και την αποτελεσματικότητα αυτών με όρους κλινικών και διοικητικών εκβάσεων και του βαθμού ικανοποίησης από την πλευρά των ίδιων των χρηστών των υπηρεσιών. Τα δεδομένα αυτά συλλέγονται σε τακτική βάση μέσω ειδικών ερευνών εκπονούμενων από υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες τα οποία αξιοποιούνται στα πλαίσια συγκριτικών μελετών που αφορούν περιοχές της Ελλάδας ή και σε άλλες χώρες. Με τον τρόπο αυτό αποτυπώνεται το προφίλ ψυχικής υγείας των περιοχών της χώρας, ανιχνεύονται τυχόν κοινωνικές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών ενώ παράλληλα αποτιμάται η πρόοδος της χώρας σε θέματα ψυχικής υγείας και ο βαθμός ανταπόκρισής της στους σκοπούς της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης προκειμένου να εντοπιστούν ελλείψεις, αδύναμα σημεία, αλλά και λειτουργικά στοιχεία στην οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας. (Λαζάρου. Π, Οικονόμου, 2007).

Το πρόγραμμα ανάπτυξης δεικτών για την παρακολούθηση της υγείας στην Ε.Ε., με συντονιστή το Εθνικό Κέντρο για την Έρευνα και Ανάπτυξη της Ευημερίας και της Υγείας στη Φιλανδία και με μετόχους από όλα τα κράτη-μέλη. Το πρόγραμμα αυτό αποτελείται από 3 άξονες: 1) καθιέρωση κοινοτικών δεικτών υγείας 2) ανάπτυξη ενός κοινοτικού δικτύου διάχυσης των δεδομένων για την υγεία 3)διενέργεια αναλύσεων και εκθέσεων. Το σύστημα δεικτών για την ψυχική υγεία που διαμορφώθηκε στα πλαίσια του εν λόγω προγράμματος προτείνεται ως ένας οδηγός του ελάχιστου αριθμού δεδομένων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της ψυχικής υγείας της κοινότητας, προκειμένου να αξιοποιηθούν μελλοντικά σε ένα ενιαίο σύστημα παρακολούθησης. Τα χαρακτηριστικά επιλογής των δεικτών είναι τα εξής:

Οι δείκτες ψυχικής υγείας πρέπει να περιγράφουν το πλήρες φάσμα τόσο των πολλαπλών διαστάσεων της ψυχικής υγείας, όσο και των διαπροσωπικών και κοινωνικών τους επιπτώσεων

Οι δείκτες θα πρέπει να είναι ευέλικτοι στην αλλαγή και στις πολιτισμικές διαφορές της κάθε χώρας

Οι δείκτες πρέπει να παρέχουν συγκρίσιμα και αξιόπιστα δεδομένα για την ψυχική υγεία των κρατών και να βασίζονται κατά το δυνατόν σε στοιχεία που ήδη συλλέγονται σε επίπεδο ρουτίνας στα κράτη

Το σύστημα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη θεώρηση των ίδιων των χρηστών ψυχικής υγείας

Το Πρόγραμμα Παρακολούθησης των δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας είναι ένα τριετές σχέδιο για την ανάπτυξη και εφαρμογή δεικτών υγείας και παρακολούθησης της υγείας στην Ε.Ε. και σε όλα τα κράτη μέλη της. Ο γενικός στόχος του είναι να εδραιώσει και να επεκτείνει το σύστημα δεικτών του προγράμματος προς ένα βιώσιμο σύστημα παρακολούθησης της υγείας στην Ευρώπη. Η έμφαση δίνεται στη συλλογή και διάδοση συγκρίσιμων στοιχείων και πληροφοριών για την υγεία, με βάση τον κατάλογο του. (Juran, 1973 )

Ο ΟΟΣΑ δημιούργησε για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δείκτες που προέκυψαν από μια διεθνή συλλογή δεικτών πάνω σε αυτό το είδος υπηρεσιών. Αρχικά συγκεντρώθηκαν 134 δείκτες από τους οποίους 24 επιλέχθηκαν με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

Ο δείκτης επικεντρώνεται στην ποιότητα της φροντίδας και όχι στο κόστος ή το βαθμό χρησιμοποίησης της υπηρεσίας

Ο δείκτης είναι περισσότερο χρήσιμος στην αξιολόγηση της ποιότητας στο σύστημα υγείας παρά στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Ο δείκτης μετρά την τεχνική διάσταση της ποιότητας της διαδικασίας και όχι τη διαπροσωπική ή την αξιολόγηση του πελάτη

Ο δείκτης μπορεί να κατασκευαστεί από διαχειριστικά δεδομένα που προκύπτουν από συστήματα ταξινόμησης νοσημάτων ή κλινικών πράξεων ( ICD-10, DSM)

Με τη χρήση ανασκοπήσεων αυτής της ομάδας δεικτών επιλέχθηκαν 12 δείκτες που καλύπτουν 4 βασικές περιοχές όπως είναι η θεραπεία, η συνέχεια στη φροντίδα, ο συντονισμός στις υπηρεσίες και τα αποτελέσματα των ασθενών. Το 2005 παρουσιάστηκε η δεύτερη έκθεση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον Καναδά η οποία στηρίχθηκε αποκλειστικά στην αποτίμηση δεικτών ποιότητας και τη συγκριτική αξιολόγηση αυτών. Παρουσιάστηκε ένα πλαίσιο 24 δεικτών που σχετίστηκαν με τη χρήση πόρων, τα αποτελέσματα, την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα που έλαβαν καθώς και την οικονομική αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας. (Λαζάρου. Π, Οικονόμου, 2007).



Η εφαρμογή των πρακτικών και των εργαλείων, που θα οδηγήσουν σε βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας συντελούνται μέσω των αναφορών αξιολόγησης, των διαδικασιών πιστοποίησης και της προσαρμογής στις επαγγελματικές μεθόδους. Η χρησιμοποίηση των εργαλείων από τους επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν στη συνεχόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών, άρα και στη βελτίωση της ποιότητας. Η τελευταία επιτυγχάνεται μέσω της ανάπτυξης των συμβαλλόμενων φορέων, της αξιολόγησης των ανθρώπινων πόρων, της χρησιμοποίησης κατάλληλων εργαλείων πληροφορικής, της εφαρμογής όλων των απαραίτητων τεχνικών για την πραγματοποίηση των στόχων και της διασφάλισης της ποιότητας ξεκινώντας εκ των έσω. (Saraceno & Bolongaro, 1988)

## ***Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Σχεδιασμός ποιότητας***

### ***4.1 Διαβούλευση***

Σαν πρώτη ενέργεια στη διαδικασία σχεδιασμού ορίζεται η διαβούλευση, δηλαδή η από τους εμπλεκόμενους διαμόρφωση ενός συστήματος με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας. Η συνεργασία είναι απαραίτητη αφού η ποιότητα της φροντίδας είναι ένα σύνολο αλληλοεπιδράσεων και κοινής συμμετοχής μεταξύ των σχετιζόμενων ομάδων, οι οποίες λειτουργούν με βάση τις αντίστοιχες ανάγκες τους. (Πασαντώπουλος, 2003).

Οι πάσχοντες απαιτούν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι οικογένειές τους επιθυμούν υψηλή ποιότητα περίθαλψης για αυτούς. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας χρήζουν κατάλληλης και εξειδικευμένης εκπαίδευσης. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζονται οικονομικούς πόρους για να μπορούν να λειτουργούν. Ο γενικός πληθυσμός απαιτεί πρόσβαση στις υπηρεσίες

αυτές και βελτίωση της κατάστασης της ψυχικής του υγείας. Όσοι χρηματοδοτούν όλα αυτά στοχεύουν στην ισορροπία κόστους – αποτελεσματικότητας. Οι πολιτικοί οφείλουν όχι μόνο να κατευθύνουν τις υπηρεσίες αλλά και να διασφαλίζουν τη βελτίωσή τους. (Hendricks & Singhal, 1996).

Η διαβούλευση σχετίζεται με την καταγραφή των στοιχείων από τους εμπλεκόμενους, τη διάδοση των πληροφοριών στις σχετιζόμενες ομάδες και τη δημιουργία κοινής αντίληψης. Όλοι συνεργάζονται με σκοπό τη βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι διαβουλεύσεις είναι απαραίτητες όχι μόνο στη αρχή του προγράμματος αλλά καθ' όλη τη διάρκειά του για το έλεγχο της πορείας του και το βαθμό της ποιότητάς του. (Πασαντώπουλος, 2003).

Κάθε διαδικασία ή σχεδιασμός που αφορά στη ποιότητα έχει διαφορετικό αντίκτυπο σε κάθε ομάδα. Τα εμπόδια πρέπει να προσμετρούνται αλλά και να υπερνικούνται. Η πρόοδος των διαδικασιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά και τη συμμετοχή των εργαζομένων της ψυχικής υγείας. Η ισότητα ανάμεσα στους εμπλεκόμενους αποτελεί ένα ακόμα ζήτημα, το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσω της προαγωγής της ανεξαρτησίας και της αυτοπεποίθησης των πασχόντων. (Πασαντώπουλος, 2003).

## **4.2 Δημιουργία συνεργασιών με φορείς και ομάδες**

Οι διαδικασίες της διαβούλευσης απαιτούν την ενεργοποίηση των υπευθύνων και των εμπλεκόμενων για τη πρόοδο και τη βελτίωση των σχετικών υπηρεσιών. Η συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων συντελείται μέσω της συμβουλευτικής, εκπαιδευτικής και ερευνητικής σχέσης με τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας με απώτερους στόχους τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών στις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, τη βελτίωση της πρόγνωσης ψυχικών διαταραχών, τη διαμόρφωση μοντέλων παραπομπής περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, αν και το θέμα της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας παρουσιάζει προβλήματα ως προς το διαχωρισμό των ρόλων και ως προς το βαθμό παρέμβασης, εντούτοις τα κίνητρα για την ανάπτυξη μιας συνεργασίας

είναι σημαντικά, γι' αυτό και τα οποία εμπόδια συνήθως υπερνικούνται. ( Tansella, 2004)

#### **4.2.1 Συνεργασία με επαγγελματικούς - επιστημονικούς συλλόγους**

Οι σύλλογοι αυτοί με τη κατάρτιση και τις ικανότητες που διαθέτουν μπορούν να καθορίσουν τόσο τη ποιότητα της φροντίδας όσο και τις πρακτικές που θα διαμορφώσουν τη κλινική πράξη. Οι επαγγελματικοί - επιστημονικοί σύλλογοι έχουν τη δυνατότητα να καθορίζουν και να διατηρούν τη επαγγελματική επάρκεια των μελών τους και να τη βελτιώνουν μέσω της μετεκπαίδευσης και των σχετικών σεμιναρίων. Σε περιπτώσεις που τέτοιοι σύλλογοι δεν είναι επαρκείς, πρέπει να γίνουν προσπάθειες για την περαιτέρω ανάπτυξή τους. (Στυλιανίδης & Γκιωνάκης, 1993)

#### **4.2.2 Συνεργασία με ακαδημαϊκά ιδρύματα**

Σκοπός της συνεργασίας με ακαδημαϊκά ιδρύματα είναι η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η επίτευξη του σκοπού αυτού συμβαίνει μέσω της εκπαίδευσης και της κατάρτισης των επαγγελματιών του χώρου. Μέσω των ιδρυμάτων, η κατάρτιση είναι πιο ουσιαστική αφού αυτά διαθέτουν τη γνώση και τη μεθοδολογία για να τη επιτύχουν. Επίσης οι φορείς αυτοί μπορούν να προχωρήσουν στο σχεδιασμό σχετικών προγραμμάτων, τα οποία σε συνδυασμό με την έρευνα και την αξιολόγηση θα οδηγήσουν στην πρόοδο των υπηρεσιών της ψυχικής υγείας. (Donabedian, 2003)

#### **4.2.3 Συνεργασία με οργανώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατόμων με ψυχικές διαταραχές**

Οι οργανώσεις συνηγορίας, ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των οικογενειών τους έχουν σαν κύριο μέλημά τους έχουν το έλεγχο

της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους πάσχοντες, καθώς και των πρακτικών που ακολουθούνται και το κατά πόσον αυτές ανταποκρίνονται στις σύγχρονες απαιτήσεις. Ο σχεδιασμός ποιοτικών υπηρεσιών συχνά παρακωλύεται από τη έλλειψη οικονομικών πόρων ή αντικρουόμενων συμφερόντων. Οι οργανώσεις, οι οποίες υποστηρίζουν τους πάσχοντες, εργάζονται έτσι ώστε να εφαρμόζονται κατά το δυνατό οι μέγιστες και βέλτιστες πρακτικές προς όφελος των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους. Επιπλέον, οι οργανώσεις αυτές αποτελούν τους διαμεσολαβητές των πασχόντων με τις αρμόδιες υπηρεσίες, έτσι ώστε αυτοί να μην ταλαιπωρούνται ούτε α επιβαρύνονται από τη γραφειοκρατία (Cohen, 1983).

#### ***4.2.4 Συνεργασία με πρωτοβάθμια φροντίδα και κοινωνικές υπηρεσίες***

Η ένταξη της φροντίδας της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί ανάγκη και απαίτηση των πασχόντων, οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό επαγγελματία. Η διαδικασία αυτή βοηθά τόσο τους εργαζόμενους της ψυχικής υγείας στη σφαιρική αντιμετώπιση της σωματικής και της ψυχικής υγείας όσο και τη κοινωνία στην αποβολή των στερεοτύπων σχετικά με τις ψυχικές νόσους.

Η φροντίδα της ψυχικής υγείας δε μπορεί να νοηθεί ανεξάρτητα από τη συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες, αφού οι τελευταίες συμβάλλου και τη κοινωνική επανένταξη τω πασχόντων. (Δαμίγος, 2002)

### ***4.3 Νομοθεσία και κανονισμοί με στόχο την βελτίωση της ποιότητας***

Η θέσπιση νομοθετικών ρυθμίσεων σχετικά με τη ψυχική υγεία είναι αναμφισβήτητη απαραίτητη και ουσιαστική. Με τη θεσμοθέτηση ειδικών διατάξεων διευκολύνεται η πρόσβαση τω ψυχικά ασθενών στις υπηρεσίες φροντίδας, καθώς και η ισότιμη αντιμετώπιση αυτών από το κοινωνικό σύνολο. Επίσης, με τη σχετική νομοθέτηση εξασφαλίζονται οι οικονομικοί πόροι, οι οποίοι είναι ζωτικής σημασίας για τη

λειτουργία και ανάπτυξη των μονάδων ψυχικής υγείας και την κατάρτιση του προσωπικού τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1996 αναφέρθηκε στις δέκα βασικές αρχές, οι οποίες πρέπει να διέπουν τους νόμους για τη ψυχική υγεία, όπως αυτές αναλύθηκαν από 45 χώρες :

Προαγωγή της ψυχικής υγείας και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

Πρόσβαση στη βασική φροντίδα ψυχικής υγείας.

Εκτιμήσεις της ψυχικής υγείας σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές αρχές.

Παροχές του ελάχιστου δυνατού περιοριστικού είδους φροντίδας ψυχικής υγείας.

Αυτοδιάθεση.

Δικαίωμα πρόσβασης σε βοήθεια κατά την άσκηση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης.

Ύπαρξη διαδικασίας επανεξέτασης.

Μηχανισμός αυτόματης περιοδικής επανεξέτασης.

Οι λαμβάνοντες τις αποφάσεις πρέπει να είναι ικανοί προς τούτο.

Σεβασμός στο νόμο. (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2001)

Σχετική με τη νομοθεσία για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας ήταν και η απόφαση 460/119 της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ στις 17 Δεκεμβρίου 1991.

#### ***4.4 Διαφοροποίηση των μηχανισμών χρηματοδότησης για ενίσχυση ποιότητας***

Οι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία οφείλουν να συνεισφέρουν στη διαμόρφωση υψηλής ποιότητας των

παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση τον καθορισμό κριτηρίων και απαιτήσεων σε πληροφόρηση σε αναλογία με την ποιότητα, την ανάπτυξη σχετικών οικονομικών συστημάτων που ανταποκρίνονται στην ποιότητα, στη διασφάλιση ικανοποιητικών μισθών στους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, στην παροχή οικονομικών κινήτρων για την εφαρμογή πρακτικών στις σχετικές μονάδες και μείωση της υποβάθμισης της ψυχικής φροντίδας. (Δαμίγος, 2002)

## ***Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Ρόλος των επαγγελματιών στην ψυχική υγεία***

### ***5.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού***

Η Κοινωνική εργασία αποτελεί μια σύγχρονη κοινωνική επιστήμη και ένα επάγγελμα του οποίου σκοπός είναι η κοινωνική αλλαγή, η κοινωνική δικαιοσύνη και η κοινωνική πρόνοια. Ο εφαρμοσμένος χαρακτήρας της και η συνεχής εξειδίκευση τη διαχωρίζει από τις υπόλοιπες κοινωνικές επιστήμες. Ωστόσο, αλληλεπιδρά με διάφορες επιστημονικές θεωρίες της [ανθρωπολογίας](#), της [ιατρικής](#), της [κοινωνιολογίας](#), της [φιλοσοφίας](#) και της ψυχολογίας (Χριστοδούλου et al., 1999).

Ο χώρος της ψυχικής υγείας προσφέρει ένα ευρύ πεδίο δράσης και εφαρμογής των μεθόδων της Κοινωνικής Εργασίας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της ψυχικής υγείας αφορά κυρίως τη συλλογή και αξιολόγηση στοιχείων σχετικές με την κοινωνική πλευρά του ασθενούς, την οικογένεια και να προσφέρει στη θεραπευτική διαδικασία μέσα από μεθόδους και τεχνικές εναρμονισμένες στις αρχές της κοινωνικής εργασίας. (Παπαδάτος – Στογιαννίδου, 1988)

Με τη χρήση διαφόρων μεθόδων, ο κοινωνικός λειτουργός επιτυγχάνει τη συμμετοχή και δράση του και στα τρία επίπεδα περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).

Στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης που αφορά την πρόληψη, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έχει να κάνει κυρίως με την προαγωγή της πρόληψης και την ενημέρωση της κοινότητας. Συμμετέχει σε προγράμματα τα οποία αφορούν την ευαισθητοποίηση του κοινού για την έγκαιρη εκδήλωση ψυχικών νόσων.

Στο δεύτερο επίπεδο περίθαλψης ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στη διαδικασία παρακολούθησης του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία και στη διαδικασία εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Παρέχει ψυχοκοινωνική στήριξη, φροντίδα στον ασθενή και αναζητά λύσεις στα πρακτικά προβλήματα του πάσχοντα. Οι παρεμβάσεις του περιλαμβάνουν και την υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος, στο οποίο λόγω της ασθένειας θα υπάρχει έντονη πίεση και ένταση.

Ο κοινωνικός λειτουργός με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού οδηγείται στην ιεράρχηση των προβλημάτων του ασθενούς και στην επικέντρωση για την άμεση αντιμετώπισή τους, ώστε να μειωθούν οι παράγοντες εκείνοι που εμποδίζουν την υγιή λειτουργία του ατόμου και του προκαλούν έντονο άγχος. (Χριστοδούλου et al., 1999)

Ο κοινωνικός λειτουργός, οργανώνει τη θεραπευτική διαδικασία που θα ακολουθήσει, με βάση τις ανάγκες του πάσχοντα. Ταυτόχρονα, αναλαμβάνει να ενημερώσει, να υποστηρίξει, να ευαισθητοποιήσει, να κάνει κατανοητή την ασθένεια στη οικογένεια. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού για την αποκατάσταση του ατόμου είναι δύσκολη. Ο κοινωνικός λειτουργός αλλά και ο κάθε επαγγελματίας που ασχολείται με την αποκατάσταση θα συναντήσει πολλά εμπόδια και δυσκολίες λόγω άγνοιας, προκαταλήψεων και αδικαιολόγητων φόβων που έχει η κοινότητα για την ψυχική ασθένεια. Βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι στο στάδιο αυτό η διατήρηση του ασθενή αλλά και η θεμελίωση και διατήρηση από τον ασθενή μιας σειράς δεξιοτήτων που θα τους προσφέρουν ένα ικανοποιητικό και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής (Χριστοδούλου et al., 1999).

Στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι η στήριξη και η διατήρηση του ασθενή και της οικογένειάς του μέσα στον κοινωνικό ιστό. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός ευαισθητοποιεί σε θέματα πρόληψης της υποτροπής την οικογένεια, αναλαμβάνει

επίσης για ένα χρονικό διάστημα την παρακολούθηση του ασθενή (follow-up) και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας. Ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου και τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών. Σε επίπεδο συνεργασίας με τους φορείς της κοινότητας αναζητά πηγές βοήθειας, υποστηρίζει φορείς που ασχολούνται με την αποκατάσταση και εργάζεται για τον αποστιγματισμό της ψυχικής νόσου.

Η διαδικασία της αξιολόγησης και η μεθοδολογία της εξαρτώνται από την φύση της ερευνητικής ερώτησης. Πειραματικά σχέδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας. Έρευνες που χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια μπορούν να αξιολογήσουν το προσωπικό και τους πελάτες που θεραπεύονται και τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις για την εφαρμογή ενός προγράμματος. Παλαιότερα αρχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν με στόχο την εκτίμηση αν η αξιολόγηση των θεραπόντων ταιριάζει στις προτεραιότητες του προγράμματος. Η αξιολόγηση τείνει να βασίζεται σε ποιοτικές μεθόδους. Πέραν τις αξιολόγησης των ήδη εφαρμοσμένων προγραμμάτων, υπάρχει και η διαγνωστική αξιολόγηση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να αξιολογήσουν το εύρος και την έκταση ενός προβλήματος υπό μελέτη, τον πληθυσμό υπό εξέταση καθώς και τις ανάγκες και επιθυμίες τους. Αυτές οι πληροφορίες μετά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για σχεδιασμό και ανάπτυξη προγράμματος με στόχο τις υπηρεσίες που θα παρέχουν. Η διαδικασία της συστηματικής έρευνας διαγνωστικών ερωτήσεων με στόχο την αξιολόγηση ενός σχεδιασμού ή πλάνου λέγεται αξιολόγηση αναγκών. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να καλύψει πολλούς ορούς των τεχνικών συλλογής δεδομένων και έχει γίνει συνώνυμο με την αξιολόγηση των πλάνων των προγραμμάτων (Rubin & Babbie, 2008).

## **5.2 Διεπιστημονική συνεργασία**

Στη θεραπευτική διαδικασία των ψυχικών ασθενειών, απαραίτητη κρίνεται η συμμετοχή και η συνεργασία διαφόρων επιστημόνων. Σαν πρώτο παράδειγμα αναφέρουμε το ρόλο του νοσηλευτή, ο οποίος μπορεί να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας, αφού ο ίδιος βρίσκεται σε καθημερινή και τακτική επαφή με τον ασθενή. Μπορεί έτσι να συγκεντρώσει πληροφορίες τόσο για τον ασθενή, τη συμπεριφορά του αλλά και για το οικογενειακό



περιβάλλον του. Ο ρόλος του μπορεί να αφορά ποικίλα αντικείμενα και το ενδιαφέρον του να εστιάζεται τόσο στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην παροχή φροντίδας όσο και στην αποκατάσταση. Μέσα από τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας ειλικρινούς διαπροσωπικής σχέσης, η παρουσία του νοσηλευτή έχει θεραπευτικό χαρακτήρα για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής μπορεί να παράσχει συμβουλευτική τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση της νόσου και την αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να υπάρχει έγκαιρη παρέμβαση. Επιπρόσθετα, σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και λαμβάνει μέρος σε προγράμματα διερευνητικού χαρακτήρα. (Χριστοδούλου et al., 1999). Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να πραγματοποιήσει τους στόχους του και να είναι επαρκής στο ρόλο του θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες αρχές και γνώσεις.

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αποκατάσταση του ψυχικά ασθενούς είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικός. Η δραστηριότητα του εργοθεραπευτή ξεκινά μέσα από την αξιολόγηση του ασθενούς κάνοντας μια εκτίμηση των καθημερινών και προσωπικών του δεξιοτήτων. Μέσα από την εκτίμηση αυτή ο εργοθεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί το γενικό επίπεδο συμπεριφοράς του ασθενούς, τις κινητικές γνωστικές δεξιότητες, τις εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες καθώς και τις συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου. Ο εργοθεραπευτής ανάλογα με το επίπεδο και τις δυνατότητες του ατόμου θέτει μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους, οι οποίοι θα πραγματοποιηθούν μέσα από κάποιες δραστηριότητες, σωματικές, κοινωνικές ή εργασιακές. Βασικός στόχος του έργου του εργοθεραπευτή είναι η «ατομική ανεξαρτητοποίηση του ατόμου ώστε λειτουργικά να φροντίζει τον εαυτό του, να κινείται στην κοινότητα και γενικά να αυτοεξυπηρετείται, η εργασιακή αποκατάστασή του και η κοινωνικοποίησή του μέσα από κοινωνικοθεραπευτικές δραστηριότητες» (Μαδιανός, 2000).

Η αξιολόγηση χρησιμοποιείται από τους κοινωνικούς λειτουργούς με στόχο να μαζέψουν πληροφορίες για πελάτες, ή κοινότητες και πληροφορίες που δείχνουν την κατάσταση τους, με στόχο να παρθούν αποφάσεις που θα καθορίσουν που θα κατευθυνθεί η παρέμβαση και η επίλυση (Gibbs, 2003). Για να καταλάβουν αν η αξιολόγηση είναι εφαρμόσιμη και σχετική πρέπει να έχουμε υπόψη τα εξής. Πρώτον να εκτιμήσουμε αν τα όργανα αξιολόγησης είναι χρήσιμα για τις ανάγκες μας. Είναι σχετικές οι ερωτήσεις με το πρόβλημα που απευθυνόμαστε; Είναι η αξιολόγηση

κατανοητή; Δεύτερον να αξιολογηθεί το σκοπιμότητα. Πόσο δύσκολη είναι η εφαρμογή; Τέλος αν είναι αξιόπιστη και έγκυρη η έρευνα (Gambrell, 2005).

Η περιγραφική και ποιοτική αξιολόγηση είναι χρήσιμη σε ψυχικές υποθέσεις. Παρέχει πληροφορίες που μια τυπική ποσοτική έρευνα δεν θα παρείχε. Αυτά παρέχονται με συνεντεύξεις, μελέτες περίπτωσης, και παρατηρήσεις των συμμετεχόντων.

#### Ερωτήσεις κλειδιά:

Είναι ξεκάθαρη η έρευνα; η ερώτηση απευθύνεται σε πρόβλημα με κάποια κλινική σημασία; Είναι ο πληθυσμός ξεκάθαρα περιγραφτός; είναι οι μέθοδοι ακριβείς και ξεκάθαροι, το αναλυτικό σχέδιο έχει περιγραφεί, τα ευρήματα συνάδουν με τα συμπεράσματα, και τέλος περιγράφονται οι περιορισμοί; (Grinnell & Unrau, 2008).

# ***ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Μέθοδος και Υλικό**

### **6.1 Ο σκοπός της μελέτης**

Στα πλαίσια της έρευνας μας πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των απόψεων των εξυπηρετούμενων σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό να εντοπισθούν τα αδύναμα σημεία των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι άξονες παροχών σχετικοί με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση, την πληροφόρηση και τα δικαιώματα, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων και το περιβάλλον των υπηρεσιών. Ακόμα, υπήρξε ερώτηση γενικής εκτίμησης της υπηρεσίας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναλύθηκαν στην συγκεκριμένη εργασία είναι τα εξής:

Είναι ικανοποιημένοι οι εξυπηρετούμενοι από τις παροχές που λαμβάνουν από τα Κ.Ψ.Υ. ;

Ποια σημεία των παροχών επιδέχονται βελτίωση και ποια σημεία χαρακτηρίζονται ως ποιοτικά και επαρκή;

## 6.2 Μεθοδολογία της έρευνας

### 6.2.1 Εργαλείο έρευνας και άξονες ερωτηματολογίου

Το εργαλείο έρευνας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία διατίθεται στο άρθρο «Δείκτες Αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα», το οποίο έχει δημοσιευθεί στο περιοδικό *Νοσηλευτική* το 2007 τόμος 46, τεύχος 2. Το άρθρο υπογράφουν η Κα Λαζάρου και η Κα Οικονομοπούλου. Για την χρησιμοποίηση του εργαλείου ζητήθηκε άδεια<sup>1</sup> χορήγησης του.

#### Άξονες ερωτηματολογίου

Οι θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου είναι οι εξής:

- A. Δημογραφικά στοιχεία
- B. Πρόσβαση στην Υπηρεσία
- Γ. Συμμετοχή και ενδυνάμωση
- Δ. Πληροφόρηση και δικαιώματα των ασθενών
- Ε. Αποτελέσματα μετά την επίσκεψη τους στην υπηρεσία
- ΣΤ. Το περιβάλλον της υπηρεσίας

Το ερωτηματολόγιο <sup>2</sup> είναι δομημένο και κατά βάση ποσοτικό. Ο πρώτος άξονας, τα **Δημογραφικά**, είναι πολλαπλής επιλογής. Αποτελείται από τις ερωτήσεις που αφορούν στο φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και την εθνικότητα.

Ο δεύτερος άξονας, έως τον έκτο άξονα, δηλαδή από την Β έως την ΣΤ ερώτηση είναι τριτοβάθμιες ερωτήσεις τύπου Likert. Στις οποίες το 1 αντιστοιχεί στην απάντηση *πάντα/ συνήθως*, το 2 αντιστοιχεί στο *μερικές φορές/ κατά κάποιο τρόπο* και το 3 αντιστοιχεί στην απάντηση *όχι /ποτέ*. Οι ερωτήσεις στον δεύτερο άξονα

---

<sup>1</sup> Βλέπε παράρτημα

<sup>2</sup> Βλέπε παράρτημα

αφορούν στην **Πρόσβαση**, συγκεκριμένα οι ερωτήσεις είναι οι ακόλουθες: «Έχετε επισκεφτεί ξανά την υπηρεσία;», «Αν ναι πόσες φορές;», «Έχετε την δυνατότητα να δείτε τον ψυχίατρο σας όσο συχνά θέλετε;», «Έχετε την δυνατότητα να δείτε το προσωπικό όσο συχνά θέλετε;», «Ξέρετε σε ποιον να μιλήσετε αν έχετε ερωτήσεις ή ανησυχίες;».

Ο τρίτος άξονας αφορά στην **Συμμετοχή και ενδυνάμωση**, με τις εξής ερωτήσεις: «Σέβεται το προσωπικό τις πολιτιστικές σας ιδιαιτερότητες (εθνικότητα, θρήσκευμα);», «Νιώθετε άνετα να κάνετε ερωτήσεις στο προσωπικό σχετικά με την θεραπευτική σας αγωγή;», «Σας εμπύχωσε το προσωπικό κατά την διάρκεια της θεραπείας σας;», «Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις σας ήταν κατανοητές;», «Σας βοήθησε το προσωπικό να διαχειριστείτε τα προβλήματα;», «Είχατε την εμπλοκή που επιθυμούσατε στη θεραπεία;», «Κατανοήσατε το θεραπευτικό σχήμα;».

Ο τέταρτος άξονας έχει να κάνει με την **Πληροφόρηση και Δικαιώματα**. Οι ερωτήσεις σε αυτό τον άξονα είναι οι παρακάτω: «Σας έχουν ενημερώσει για τα δικαιώματά σας ως ασθενούς;», «Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή;» «Νιώθετε ικανοί να αρνηθείτε τη φαρμακευτική αγωγή;», «Σας εξηγήθηκαν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων με τρόπο που να καταλαβαίνετε;».

Ο πέμπτος άξονας είναι τα **Αποτελέσματα** και οι ερωτήσεις είναι: «Αισθάνεστε ότι ιεραρχείτε καλύτερα τα καθημερινά προβλήματα;», «Νιώθετε περισσότερο έτοιμοι να συμμετέχετε στις προηγούμενες δραστηριότητες σας;», και «Πόσο βοηθηθήκατε από τη φαρμακευτική αγωγή σας;».

Ο τελευταίος άξονας αφορά στο **Περιβάλλον** των υπηρεσιών, με ερωτήσεις: «Είχατε την ιδιωτικότητα που έπρεπε;», και «Η υπηρεσία ήταν άνετη και καθαρή;».

Όλα τα παραπάνω αναλύθηκαν ποσοτικός.

Η τελευταία ερώτηση **Γενικής Εκτίμησης** της υπηρεσίας: «Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε;» είναι ανοιχτού τύπου ερώτηση, και είναι ποιοτικού τύπου.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν το έτος 2012, η έρευνα διήρκεσε 1 μήνα. Δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 59 ερωτηθέντες και απάντησαν και οι 59, δηλαδή σε ποσοστό

συμμετοχής 100%. Η διάρκεια του ερωτηματολογίου ήταν κατά μέσο όρο 15-30 λεπτά, παρουσία μας, για τυχόν ερωτήσεις.

### **6.2.2 Δείγμα της μελέτης**

Το δείγμα που μελετήθηκε ήταν από 59 εξυπηρετούμενους του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Ηρακλείου του τμήματος ενηλίκων και του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγίου Νικολάου συνολικά. Ο πληθυσμός ο οποίος μελετήθηκε ήταν ενήλικες με κριτήριο την συμμετοχή τους στα Κέντρα Ψυχικής υγείας απαραίτητως άνω των 6 μηνών. Συγκεκριμένα τα 50 ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Νικολάου και τα υπόλοιπα 9 από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου.

### **Πεδίο Μελέτης**

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών στο Ηράκλειο Κρήτης, είναι κοινωφελής οργανισμός ιδιωτικού δικαίου που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, υπηρετώντας τις αρχές της κοινοτικής- κοινωνικής ψυχιατρικής, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί από την κλινική και θεωρητική εμπειρία, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη. Ιδρύθηκε το 1956 στην Αθήνα από το Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα ως Τομέας Ψυχικής Υγιεινής. Σήμερα το Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε. επιχορηγείται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο οριζόμενο από το Υπουργείο. Αποτελεί τον μεγαλύτερο φορέα παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο.

Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγίου Νικολάου είναι μια αποκεντρωμένη μονάδα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης της 7ης Υ.Πε. Κρήτης. Λειτουργεί στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και υπάγεται διοικητικά στο Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου. Είναι μια υπηρεσία ψυχικής υγείας που λειτουργεί σύμφωνα με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής. Το ΚΨΥ Αγίου Νικολάου απευθύνεται σε ενήλικες του νομού Λασιθίου, οποιουδήποτε ασφαλιστικού ταμείου που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς ή προβλήματα σχέσεων.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, πήραμε άδεια για την πρόσβαση και στις δύο υπηρεσίες η οποία επισυνάπτεται στο Παράστημα.

### 6.2.3 Ερευνητική στρατηγική

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στο χώρο της υπηρεσίας. Το δείγμα επιλέχθηκε σε συνεργασία με τον Ψυχίατρο του Κέντρου ώστε ο μέσος όρος επισκέψεων τους να έχει διάρκεια 6 μήνες (επιλέχθηκαν άτομα που επισκέπτονται τον χώρο από 4 έως 8 μήνες) και στην συνέχεια ενημερώθηκαν οι συμμετέχοντες προφορικά από τις σπουδάστριες για τον σκοπό της έρευνας.

Στο πρώτο άξονα, στα **Δημογραφικά**, γίνεται η περιγραφική ανάλυση του δείγματος. Τα αποτελέσματα αυτά των δημογραφικών χαρακτηριστικών αναλύθηκαν ποσοτικά.

Στους υπόλοιπους άξονες έγινε η εκτίμηση του κατά πόσο υπάρχει διαφορά στις απόψεις τους σχετικά με αυτούς τους άξονες και τις επιμέρους ερωτήσεις που προαναφέραμε, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και την εθνικότητα. Κατά πόσο δηλαδή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών στα Κ.Ψ.Υ.

Συγκεκριμένα:

Κατά πόσο το **φύλο** επηρεάζει την άποψη του ερωτηθέντα σχετικά με τους άξονες: **Συνολική εκτίμηση** (ερώτηση<sup>3</sup> 28. *Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε;*). Κατά πόσο το φύλο επηρεάζει την άποψη σχετικά με την **Πρόσβαση στην Υπηρεσία** (ερωτήσεις 7 έως 11), την άποψη στην **Συμμετοχή και ενδυνάμωση** (ερωτήσεις 12 έως 18), στην **Πληροφόρηση και δικαιώματα** των ασθενών (ερωτήσεις 19 έως 22), στα **Αποτελέσματα** μετά την επίσκεψη τους στην υπηρεσία (ερωτήσεις 23 έως 25), και τέλος στο κατά πόσο το φύλο των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψη τους ως προς το **Περιβάλλον** της υπηρεσίας, (ερωτήσεις 26 έως 27).

<sup>3</sup> Ολόκληρο το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο Παράρτημα.



Κατά πόσο η **ηλικία** των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψη τους σχετικά με τους άξονες: Συνολική εκτίμηση (ερώτηση 24), Πρόσβαση στην Υπηρεσία (ερωτήσεις 7 έως 11), Συμμετοχή και ενδυνάμωση (ερωτήσεις 12 έως 18), στην Πληροφόρηση και δικαιώματα των ασθενών (ερωτήσεις 19 έως 22), στα Αποτελέσματα μετά την επίσκεψη τους στην υπηρεσία (ερωτήσεις 23 έως 25), και τέλος στο Περιβάλλον της υπηρεσίας, (ερωτήσεις 26 έως 27).

Κατά πόσο ο **τόπος κατοικίας** των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψη τους σχετικά με τους άξονες: Συνολική εκτίμηση, Πρόσβαση στην Υπηρεσία, Συμμετοχή και ενδυνάμωση, Πληροφόρηση και δικαιώματα, Αποτελέσματα, Περιβάλλον.

Κατά πόσο το **μορφωτικό επίπεδο** των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψη τους σχετικά με τους ανωτέρω αναφερθέντες άξονες.

Κατά πόσο το **επάγγελμα** των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψη τους σχετικά με τους ανωτέρω αναφερθέντες άξονες.

Κατά πόσο η **εθνικότητα** των ερωτηθέντων επηρεάζει την άποψη τους σχετικά με τους ανωτέρω αναφερθέντες άξονες.

Τέλος έγινε έλεγχος συσχέτισης χρησιμοποιώντας το μη παραμετρικό έλεγχο Spearman μεταξύ όλων των δεικτών αξιολόγησης ποιότητας. Συγκεκριμένα ελέγχθηκε η συσχέτιση των υποκατηγοριών: Συνολική εκτίμηση, Πρόσβαση στην Υπηρεσία, Συμμετοχή και ενδυνάμωση, Πληροφόρηση και δικαιώματα, Αποτελέσματα, και Περιβάλλον.

#### **6.2.4 Στατιστική Ανάλυση**

Ως προς την κωδικοποίηση και ανάλυση των δεδομένων από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0 for windows. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε έλεγχος στατιστικών διαφορών, της συνολικής εκτίμησης και των υποκατηγοριών με δημογραφικά. Τέλος έγιναν και συσχετίσεις με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman. Υπήρξε συνεργασία με Σπουδαστή της Εφαρμοσμένης στατιστικής για την ανάλυση αποτελεσμάτων.

#### **Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Στην παρούσα έρευνα δεσμεύτηκε η συμμετοχή των εξυπηρετούμενων καθώς και υπήρξε παραχώρηση άδειας από τις αρμόδιες υπηρεσίες<sup>4</sup>. Οι εξυπηρετούμενοι ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους σκοπούς της έρευνας και για τις διαδικασίες που θα ακολουθούσαν για την απάντηση των ερωτηματολογίων καθώς και έγινε αυστηρά καθαρό ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική, χωρίς την υπόσχεση κάποιου ανταλλάγματος.

Εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των εξυπηρετούμενων καθώς και η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων και των δεδομένων που συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερευνητικού μας οργάνου. Επιπλέον, μετά από συνεννόηση με τον Κοινωνικό Λειτουργό, εξασφαλίστηκε ότι δεν θα υπάρξει επιβλαβής επίδραση στους εξυπηρετούμενους από την ολοκλήρωση της έρευνας μας με τρόπο ψυχολογικό ή συναισθηματικό.

Τέλος, εξασφαλίστηκε η καταγραφή των αποτελεσμάτων και χρησιμοποιήθηκε επικυρωμένο ερωτηματολόγιο που εξασφάλιζε την αξιοπιστία της έρευνας και η έρευνα διατηρεί την διαφάνεια της με την διατήρηση αρχείων δεδομένων.

---

<sup>4</sup> Δείτε το Παράρτημα

### **6.2.5 Περιορισμοί Έρευνας**

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω και αξίζει να συζητηθεί σε αυτό το σημείο υπήρξε δυσκολία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων από το Κέντρο ψυχικής υγιεινής Ηρακλείου. Σύμφωνα με την Κοινωνικό λειτουργό εξαιτίας της μείωσης προσωπικού δεν δύναται να εξυπηρετηθεί αρκετός αριθμός ατόμων. Συγκεκριμένα τα 50 ερωτηματολόγια αξιολογήθηκαν από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγ. Νικολάου και τα υπόλοιπα 9 από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ηρακλείου. Έτσι, ο μικρός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από το δεύτερο κέντρο δυσχεραίνει την εξαγωγή αντιπροσωπευτικών αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, δεδομένης της ψυχολογικής κατάστασης των εξυπηρετούμενων και της φύσης των self-report ερωτηματολογίων (αυτοαδιαχειριζόμενα) είναι πιθανό τα αποτελέσματα να μην αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα αλλά μία αντιληπτή, υποκειμενική αλήθεια (όπως είναι πιθανό σε όλα τα ερωτηματολόγια αυτής της μορφής).

Έχει παρέλθει ένα μεγάλο διάστημα 10 ετών από τότε που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, για το λόγο αυτό έγινε επικαιροποίηση στοιχείων και ερωτημάτων από κάποιους θεματικούς άξονες, με βάση τις συζητήσεις με τους Επαγγελματίες ψυχικής Υγείας των Υπηρεσιών που υπήρξε συνεργασία.

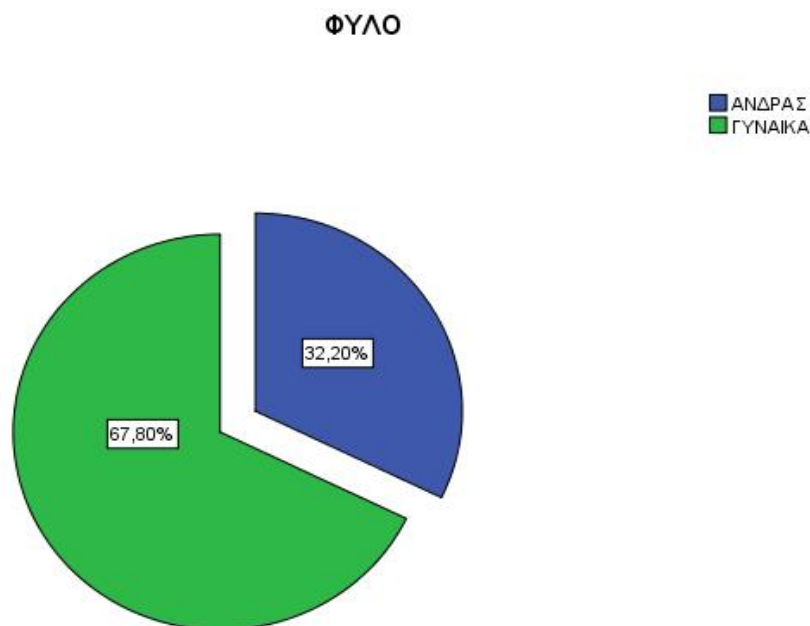
## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> : Τα αποτελέσματα της Έρευνας

### 6.3 Δημογραφικά Αποτελέσματα

Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει 59 άτομα ενήλικες που συμμετέχοντες είναι όλοι όσοι ήθελαν οικειοθελώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μετέχοντας στην έρευνα, ανεξαρτήτως φύλου, της εθνικότητας, του επαγγέλματος του μορφωτικού επιπέδου του καθενός.

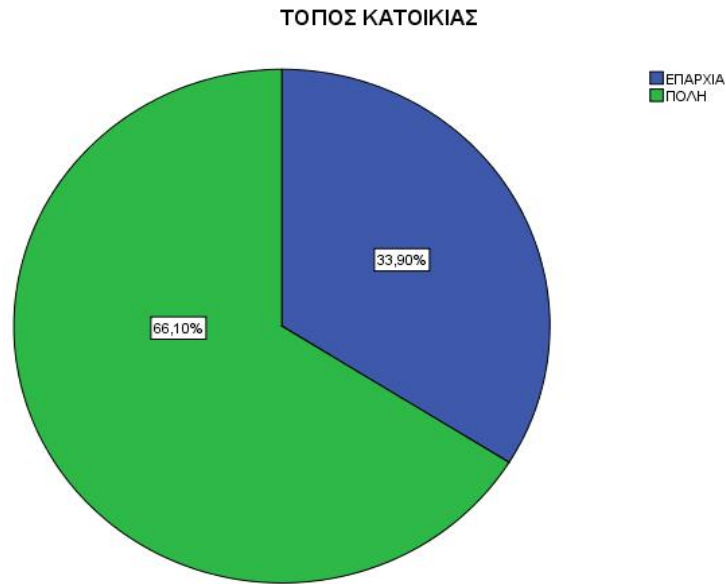
Πιο συγκεκριμένα παρακάτω αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος, που έχουν ως εξής:

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 1 : ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



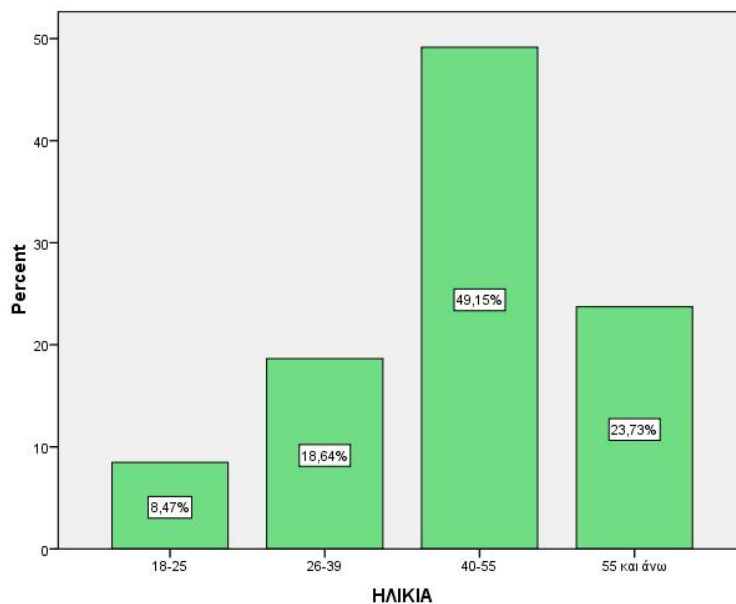
Από τα 59 άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα και τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν, ως προς το φύλο 19 ήταν άντρες, 40 οι γυναίκες, με ποσοστά 32% οι άντρες και 68% οι γυναίκες ου συνόλου του δείγματος.

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 2: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



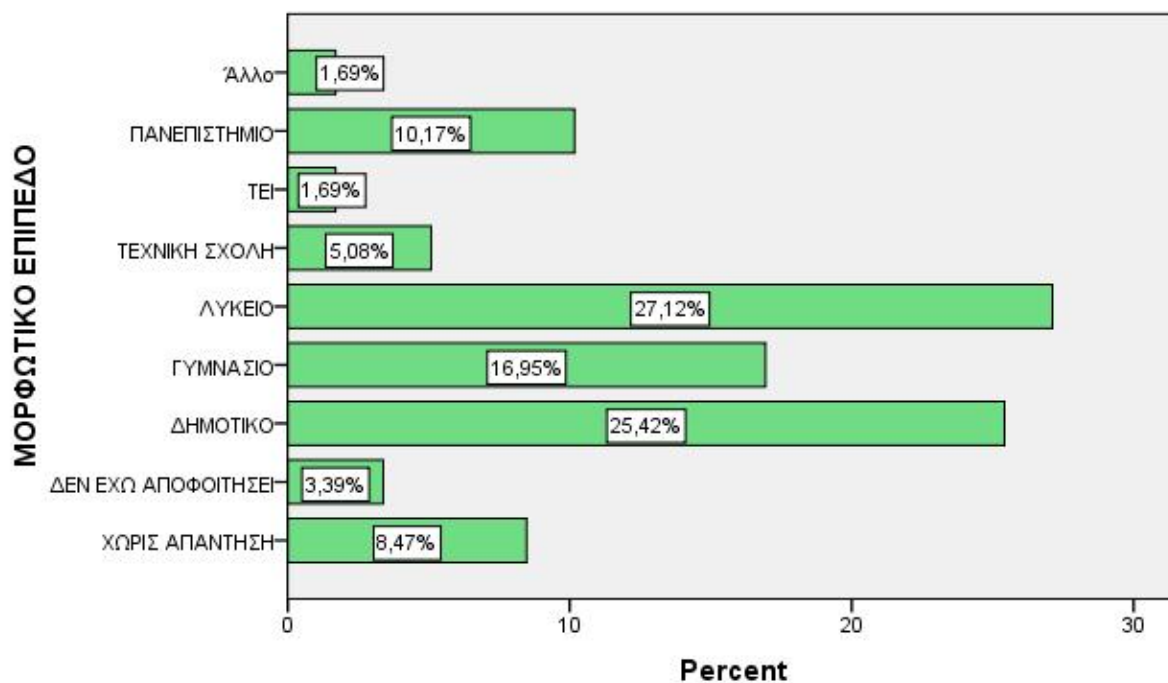
Από τα 59 ερωτηματολόγια των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ως προς το τόπο κατοικίας τους 20 άτομα διέμεναν σε επαρχία και 39 σε πόλη, με ποσοστά 33.9% και 66.1% αντίστοιχα.

*ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 3: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ*



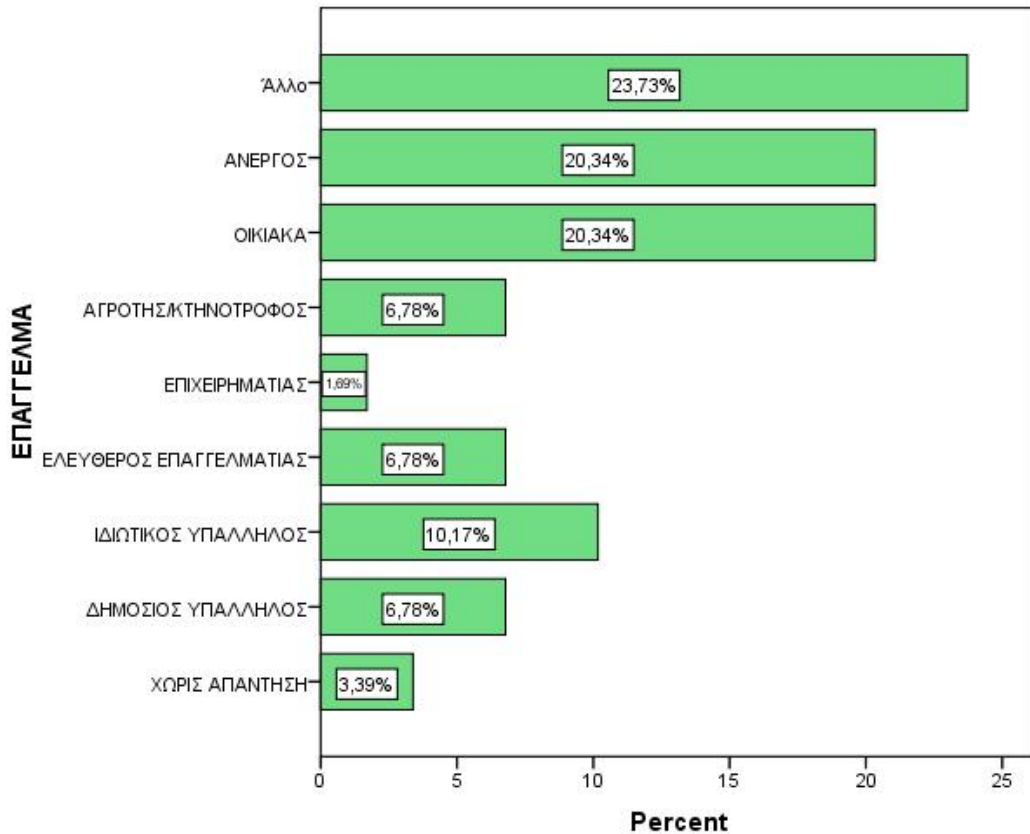
Ως προς την ηλικία, έχουμε 59 άτομα από τα οποία: 5 είναι στην ηλικία 18 έως και 25 με ποσοστό 8.5% , στο διάστημα από 26 έως και 39 χρονών είναι 11 άτομα με 18.6% , στην ηλικία μεταξύ 40 και 55 είναι 29 με 49.2% και τέλος από 55 χρονών και πάνω 14 άτομα με το 23.7% του συνόλου των απαντήσεων του δείγματος.

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 4: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



Από τα 59 ερωτηματολόγια των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης του δήλωσαν ότι δεν έχουν αποφοιτήσει 2, είναι απόφοιτοι δημοτικού 15, γυμνασίου 10, λυκείου 16, τεχνικής σχολής 3, ΤΕΙ 1, πανεπιστημίου 6 και 1 άτομο κάτι άλλο από τα προαναφερθέντα.

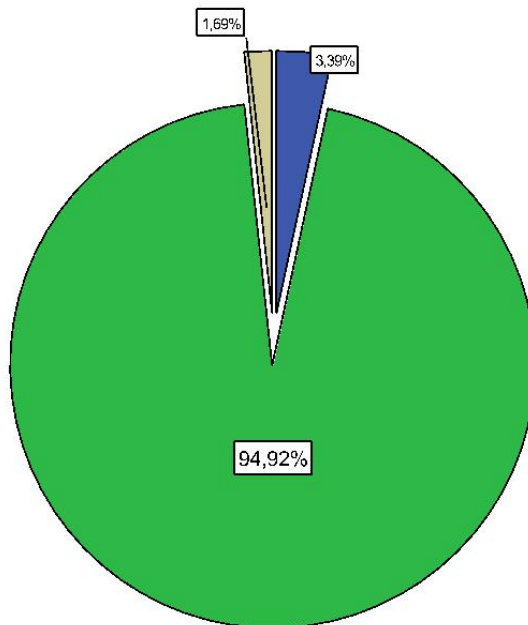
ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 5: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ



Από τα 59 ερωτηματολόγια των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ως προς το επάγγελμα. Άτομα που δήλωσαν ότι εργάζονται σε δημόσια επιχείρηση είναι 4 με έγκυρο ποσοστό 6,8%, σε ιδιωτική 6 με 10.2%, ως ελεύθεροι επαγγελματίες 4 με 6.8%, ως επιχειρηματίες 1 με το 1.7%, ως αγρότες/κτηνοτρόφοι 4 με 6.8%, με οικιακά 12 με ποσοστό 20.3%, άνεργοι 12 με 20.3% και τέλος όσοι ασχολούνται με κάτι άλλο εκτός αυτών των κατηγοριών ήταν 14 με ποσοστό 23,7% του δείγματος.

ΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ 6: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

■ ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ  
■ ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
■ Άλλη



Από τα 59 ερωτηματολόγια των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα ως προς την υπηρεσιότητα τους 56 άτομα ήταν ελληνικής καταγωγής, 1 κάποιιας άλλης και 2 χωρίς κάποια απάντηση.

#### 6.4 Έλεγχος στατιστικών διαφορών συνολικής εκτίμησης και υποκατηγοριών με δημογραφικά

Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν σε αυτό το τμήμα της έρευνας είναι οι ερευνητικές μας ερωτήσεις:

1. αν οι εξυπηρετούμενοι θεωρούν επαρκείς τις παροχές των υπηρεσιών στα κέντρα αυτά.

Αυτή η ερώτηση αντιστοιχεί στην ερώτηση 28 του ερωτηματολογίου, **Γενική Εκτίμηση** («Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε;»).

2. Αν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που λαμβάνουν είναι ικανοποιητική;



Αυτή η ερώτηση αντιστοιχεί στους άξονες **Συμμετοχή και ενδυνάμωση**, με τις εξής ερωτήσεις: «Σέβεται το προσωπικό τις πολιτιστικές σας ιδιαιτερότητες (εθνικότητα, θρήσκευμα);», «Νιώθετε άνετα να κάνετε ερωτήσεις στο προσωπικό σχετικά με την θεραπευτική σας αγωγή;», «Σας εμπύχωσε το προσωπικό κατά την διάρκεια της θεραπείας σας;», «Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις σας ήταν κατανοητές;», «Σας βοήθησε το προσωπικό να διαχειριστείτε τα προβλήματα;», «Είχατε την εμπλοκή που επιθυμούσατε στη θεραπεία;», «Κατανοήσατε το θεραπευτικό σχήμα;».

Καθώς επίσης και στον άξονα σχετικά με την **Πληροφόρηση και Δικαιώματα**. Οι ερωτήσεις σε αυτό το άξονα είναι: «Σας έχουν ενημερώσει για τα δικαιώματά σας ως ασθενείς;», «Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή;» «Νιώθετε ικανοί να αρνηθείτε τη φαρμακευτική αγωγή;», «Σας εξηγήθηκαν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων με τρόπο που να καταλαβαίνετε;».

3. Αν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες:

Αυτή η ερώτηση απαντάται μέσω του άξονα Β του ερωτηματολογίου, σχετικά με την **Πρόσβαση** (ερωτήσεις 7-11: «Έχετε επισκεφτεί ξανά την υπηρεσία;», «Αν ναι πόσες φορές;», «Έχετε την δυνατότητα να δείτε τον ψυχίατρο σας όσο συχνά θέλετε;», «Έχετε την δυνατότητα να δείτε το προσωπικό όσο συχνά θέλετε;», «Ξέρετε σε ποιον να μιλήσετε αν έχετε ερωτήσεις ή ανησυχίες;»).

4. Κατά πόσο η θεραπεία των εξυπηρετούμενων καλύπτεται από τους στόχους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας:

Αυτή η ερώτηση απαντάται μέσω του άξονα των **Αποτελεσμάτων** και οι ερωτήσεις είναι: «Αισθάνεστε ότι ιεραρχείτε καλύτερα τα καθημερινά προβλήματα;», «Νιώθετε περισσότερο έτοιμοι να συμμετέχετε στις προηγούμενες δραστηριότητες σας;», και «Πόσο βοηθηθήκατε από τη φαρμακευτική αγωγή σας;».

Επίσης μέσω του τελευταίου άξονα που αφορά στο **Περιβάλλον** των υπηρεσιών, με ερωτήσεις: «*Είχατε την ιδιωτικότητα που έπρεπε;*», και «*Η υπηρεσία ήταν άνετη και καθαρή;*».

Σε αυτό το τμήμα κάναμε συσχέτιση παραγόντων. Αναλύσαμε το κατά πόσο η διαφορά του α) φύλου, β) εθνικότητα γ) τόπο κατοικίας, δ) ηλικία ε) επάγγελμα και ζ) μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν την άποψη των ερωτηθέντων ως προς ζητήματα:

- i. Συνολική εκτίμηση
- ii. Πρόσβαση στις υπηρεσίες
- iii. Συμμετοχή και ενδυνάμωση
- iv. Πληροφόρηση και δικαιώματα
- v. Αποτελέσματα
- vi. Περιβάλλον και υπηρεσίες

Συσχετίσαμε λοιπόν τους παράγοντες α, β, γ, δ, ε, ζ και τους παράγοντες i- vi και καταλήξαμε ότι ούτε το φύλο, ούτε η εθνικότητα ούτε ο τόπος κατοικίας, ούτε το επάγγελμα επηρεάζει την άποψη των ερωτηθέντων για τις ανωτέρω κατηγορίες. Εντούτοις, η ηλικία, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στις κατηγορίες i- vi, όπως θα δούμε αναλυτικά στους πίνακες παρακάτω.

Με την επεξεργασία μέσω SPSS, όταν το rvalue, όταν είναι μικρότερο από 0.05 τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών που εκτιμούμε. Βάσει αυτού καταλήγουμε στα παρακάτω αποτελέσματα από τον έλεγχο διαμέσων:

## 1) Ως προς το φύλο

	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
M-W	203,500	315,500	350,000	319,500	366,000	373,500
pvalue	,312	,243	,592	,304	,814	,866

Κανένα pvalue, δεν είναι μικρότερο του 0.05, συνεπώς δεν παρατηρούμε καμία διαφορά ως προς το φύλο με τις υποκατηγορίες και συνολικής εκτίμησης.

2) **Ως προς την εθνικότητα:**

	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
M-W	10,500	16,000	16,000	26,500	11,000	23,500
pvalue	,370	,415	,416	,924	,284	,666

Δεν παρατηρούμε καμία διαφορά ως προς την εθνικότητα με τις υποκατηγορίες και συνολικής εκτίμησης.

3) **Ως προς το τόπο κατοικίας:**

	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
M-W	241,000	381,500	389,500	339,500	364,000	333,000
pvalue	,754	,879	,993	,397	,667	,144

Δεν παρατηρούμε καμία διαφορά ως προς το τόπο κατοικίας με τις υποκατηγορίες και συνολικής εκτίμησης.

Αυτό σημαίνει ότι σε όλους τους 59 ερωτηθέντες δεν υπήρξε συσχέτιση του τόπου κατοικίας, της εθνικότητας και του φύλου ως προς τις απόψεις τους για τα Κ.Ψ.Υ. Αυτές οι τρεις κατηγορίες δεν επηρεάζουν τις απαντήσεις τους για το αν θεωρούν επαρκείς τις παροχές των υπηρεσιών στα κέντρα αυτά. Αν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που λαμβάνουν είναι ικανοποιητική, αν υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες και τέλος αν η

θεραπεία των εξυπηρετούμενων καλύπτεται από τους στόχους των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

#### 4) Ως προς την ηλικία:

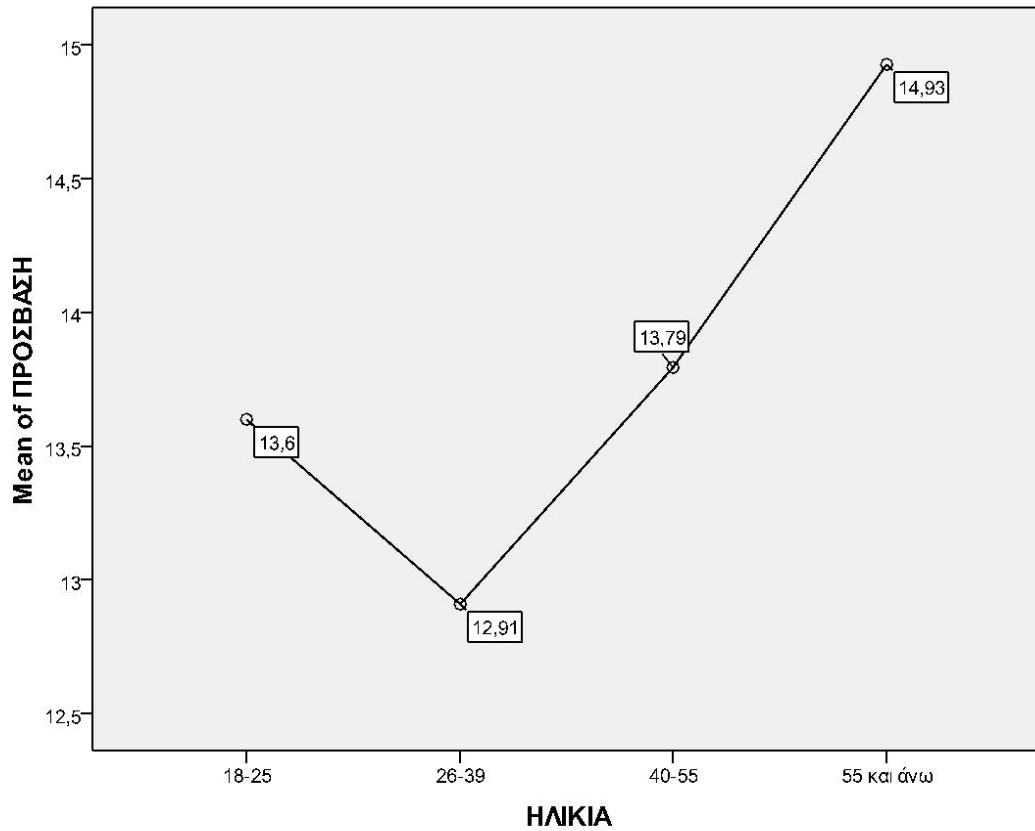
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ Α	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Chi-Square	6,685	10,491	10,346	3,980	4,875	6,486
df	3	3	3	3	3	3
p-value	,083	,015	,016	,264	,181	,090

Οι μόνες στατιστικά σημαντικές διαφορές που εντοπίζονται ως προς τις ηλικίες των συμμετεχόντων είναι στις υποκατηγορίες **Πρόσβαση** ( $p\text{-value}=0.015 < \alpha=0.05$  ή 5%) και **Συμμετοχή και ενδυνάμωση** ( $p\text{-value}=0.016 < \alpha=0.05$ ).

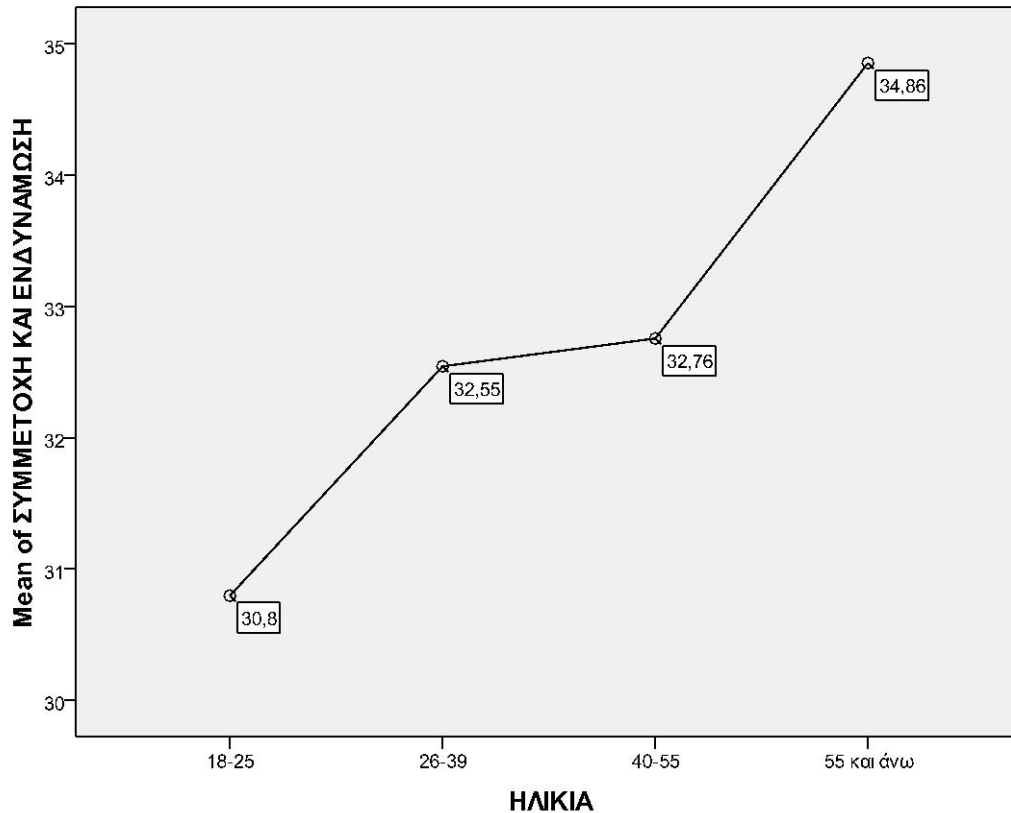
Πιο συγκεκριμένα:

Τα άτομα στην ηλικία από 55 χρονών και άνω έχουν πιο θετικές απόψεις για την **Πρόσβαση** έναντι όσων η ηλικία τους κυμαίνεται από 26 μέχρι 39 χρονών.

Οι διαφορές των απόψεων οπτικοποιούνται στο ακόλουθο διάγραμμα:



Τα άτομα στην ηλικία από 55 χρονών και άνω έχουν πιο θετικές απόψεις για την **Συμμετοχή και Ενδυνάμωση**, έναντι όσων η ηλικία τους κυμαίνεται από 18 μέχρι 25 χρονών. Οι διαφορές των απόψεων οπτικοποιούνται στο ακόλουθο διάγραμμα:



5) Ως προς το επάγγελμα:

	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤ Α	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Chi-Square	8,564	6,636	8,443	8,897	14,004	11,004
df	6	7	7	7	7	7
p-value	,200	,468	,295	,260	,051	,138

Δεν παρατηρούμε καμία διαφορά ως προς το επάγγελμα με τις υποκατηγορίες και συνολικής εκτίμησης. Που σημαίνει ότι το επάγγελμα του κάθε ερωτηθέντα δεν επηρέασε τις απαντήσεις του .

6) Ως προς το μορφωτικό επίπεδο:

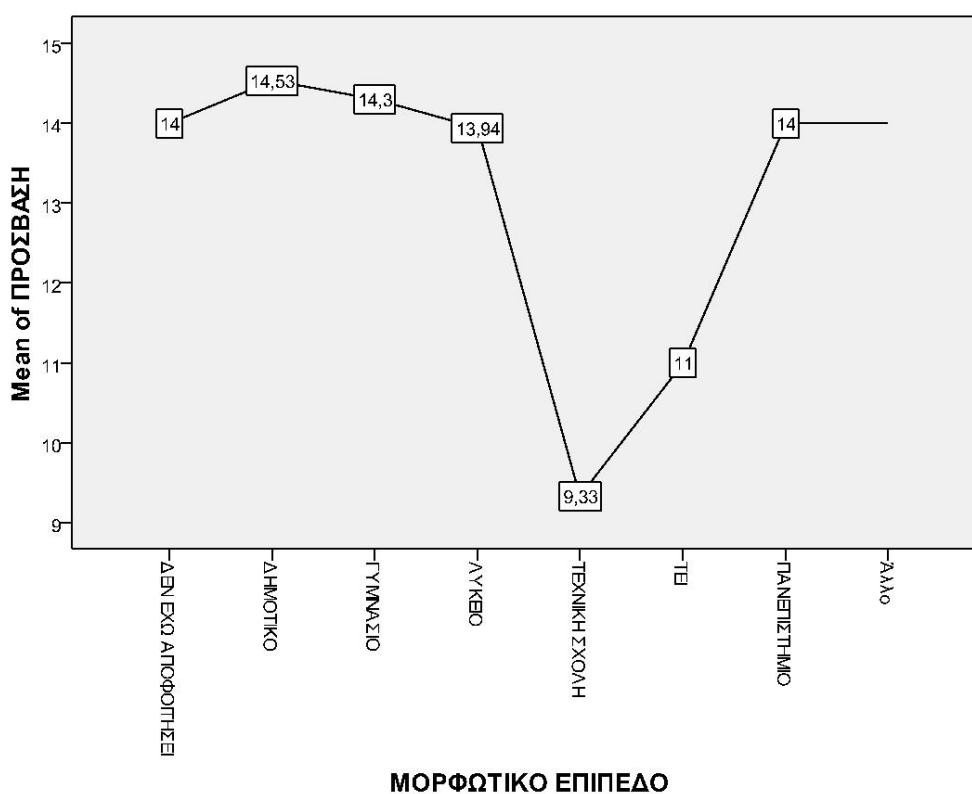
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕ ΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Chi-Square	6,826	16,961	18,613	11,670	4,027	14,335

	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕ ΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
df	6	7	7	7	7	7
p-value	,337	,018	,009	,112	,777	,046

Στο επίπεδο εκπαίδευσης εντοπίζονται διαφορές στις υποκατηγορίες **Πρόσβαση**, **Συμμετοχή και ενδυνάμωση** και **Περιβάλλον υπηρεσίας** (p-values=0.018, 0.009, 0.046 αντίστοιχα  $\alpha=0.05$ ).

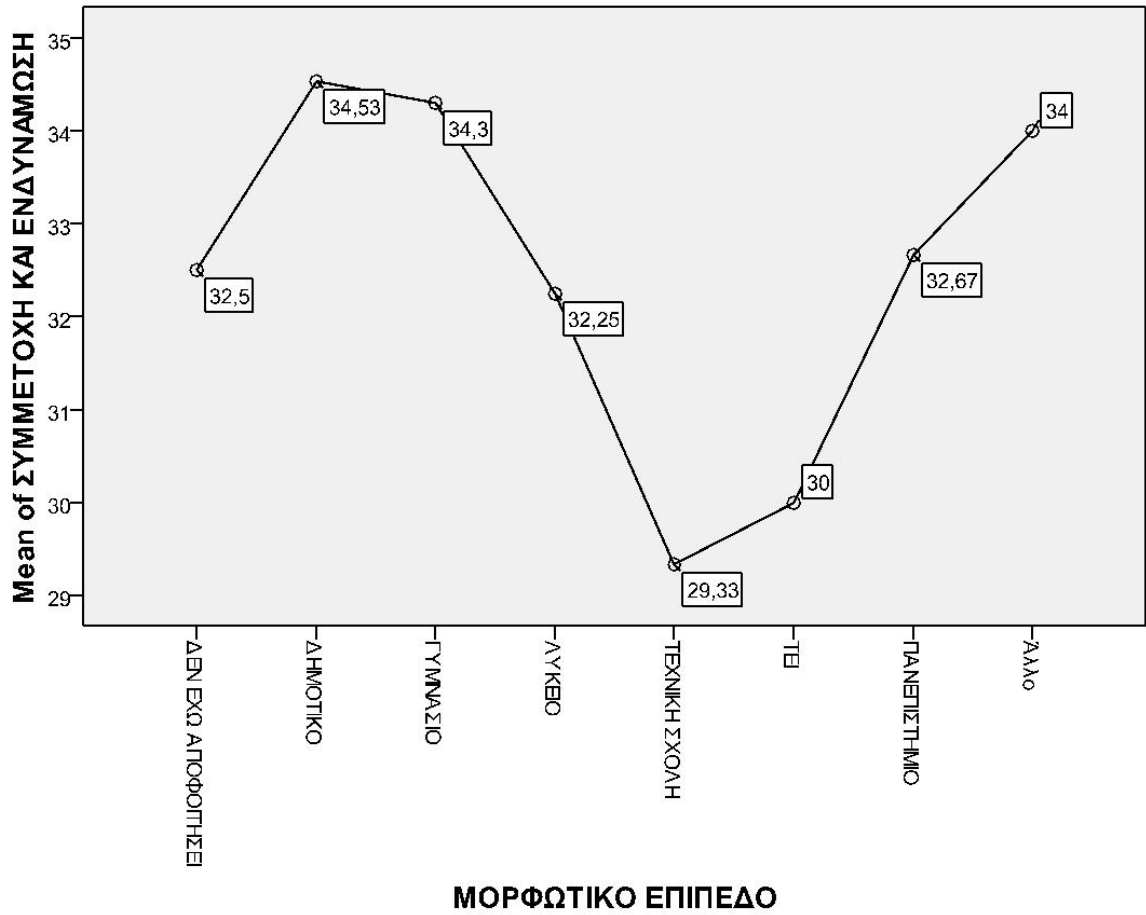
Πιο συγκεκριμένα:

Οι απόψεις των ατόμων ως προς την **Πρόσβαση**, διαφοροποιούνται και συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι όσοι ανήκουν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν θετικότερες απόψεις για την **Πρόσβαση**, έναντι όσων έχουν τελειώσει ΤΕΙ ή κάποια τεχνική σχολή. Οι διαφορές αυτές οπτικοποιούνται στο παρακάτω διάγραμμα:



Οι απόψεις των ατόμων ως προς την **Συμμετοχή και ενδυνάμωση** διαφοροποιούνται και παρατηρούμε ότι πάλι όσοι ανήκουν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αξιολογούν θετικότερα, έναντι όσων έχουν

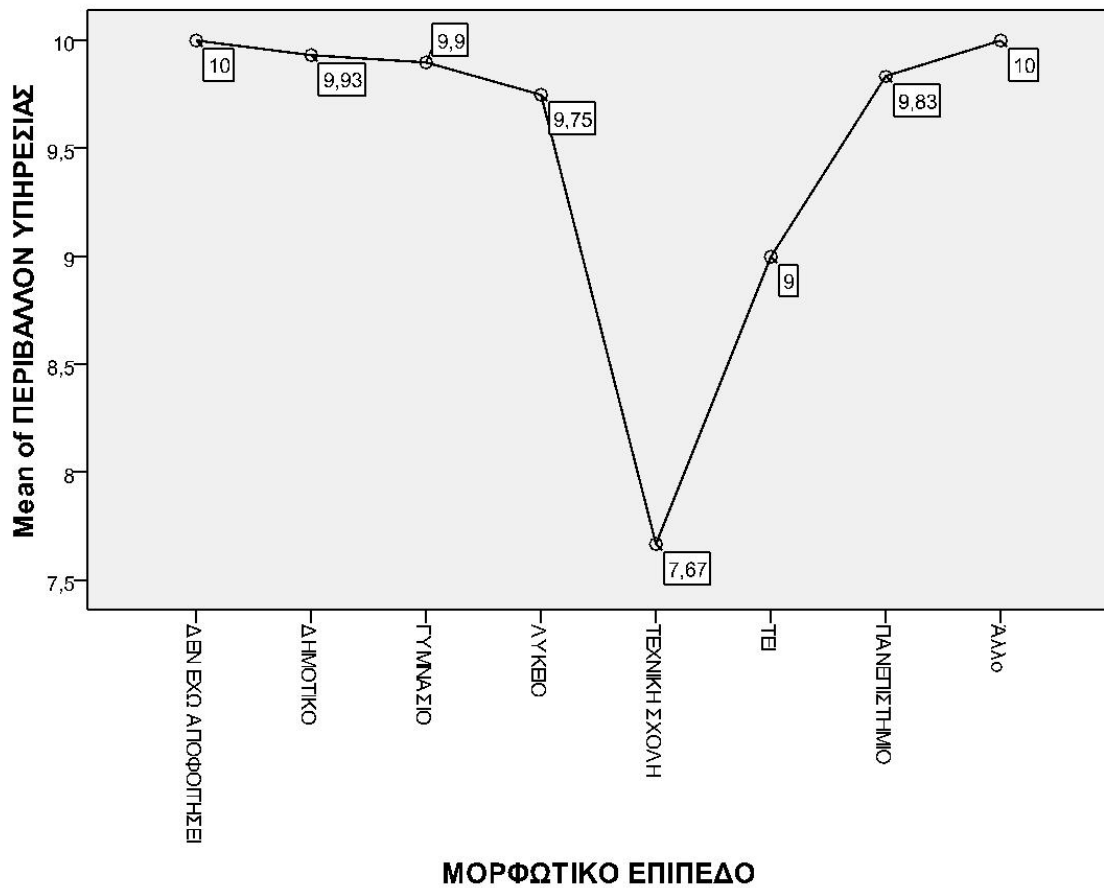
τελειώσει ΤΕΙ ή κάποια τεχνική σχολή. Οι διαφορές αυτές οπτικοποιούνται στο παρακάτω διάγραμμα:





Οι απόψεις των ατόμων ως προς το **Περιβάλλον υπηρεσίας** διαφοροποιούνται και παρατηρούμε ότι πάλι όσοι ανήκουν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν θετικότερες απόψεις έναντι όσων έχουν τελειώσει ΤΕΙ ή κάποια τεχνική σχολή.

Οι διαφορές αυτές παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα:



## 1. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

			ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Spearman's rho	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	Correlation Coefficient	1,000				
		P-value	.				
	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	Correlation Coefficient	,667**	1,000			
		P-value	,000	.			
	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	Correlation Coefficient	,274*	,322*	1,000		
		P-value	,036	,013	.		
	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	Correlation Coefficient	,306*	,398**	,373**	1,000	
		P-value	,018	,002	,004	.	
	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	Correlation Coefficient	,388**	,438**	,141	,269*	1,000
		P-value	,002	,001	,285	,039	.

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Από το παραπάνω πίνακα βλέπουμε στατιστικά σημαντικούς τους συντελεστές συσχέτισης της **Πρόσβασης** με τις **Συμμετοχή και ενδυνάμωση** (p-value=0.001<a=0.05), με έντονη θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,667, με την **Πληροφόρηση και δικαιώματα** (p-value=0.036<a=0.05), με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,274, με **τα Αποτελέσματα** (p-value=0.018<a=0.05),

με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,306 και τέλος **Περιβάλλον υπηρεσίας** ( $p\text{-value}=0.002 < \alpha=0.05$ ), με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,388.

Ακόμα, από το παραπάνω πίνακα βλέπουμε στατιστικά σημαντικούς τους συντελεστές συσχέτισης της **Συμμετοχή και ενδυνάμωση** με τις **Πληροφόρηση και δικαιώματα** ( $p\text{-value}=0.013 < \alpha=0.05$ ), με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,322, με τα **Αποτελέσματα** ( $p\text{-value}=0.002 < \alpha=0.05$ ), με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,398 και τέλος **Περιβάλλον υπηρεσίας** ( $p\text{-value}=0.001 < \alpha=0.05$ ), με μέτρια θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,438.

Τέλος, από το παραπάνω πίνακα βλέπουμε στατιστικά σημαντικούς τους συντελεστές συσχέτισης της **Πληροφόρηση και δικαιώματα** με τα **Αποτελέσματα** ( $p\text{-value}=0.004 < \alpha=0.05$ ), με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0,373 καθώς επίσης το **Περιβάλλον υπηρεσίας** με τα **Αποτελέσματα** ( $p\text{-value}=0.039 < \alpha=0.05$ ), με μικρή θετική ένταση συσχέτισης της τάξεως 0.269.

Στη συνέχεια θα υπολογιστούν οι συσχετίσεις μέσω της εφαρμογής του μοντέλου Spearman. Το μοντέλο αυτό περιγράφει τον τρόπο της συμμεταβολής δύο ομάδων δεδομένων που σχετίζονται με διαφορετικές μεταβλητές. Εκφράζει την μεταξύ τους σχέση, σε περιπτώσεις που οι μετρήσεις γίνονται με τη χρήση τακτικής κλίμακας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ								
			ΠΡΟΣΒΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ
Spearman's rho	ΠΡΟΣΒΑΣΗ	Correlation Coefficient	1,000					
		P-value	.					
	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ	Correlation Coefficient	,436**	1,000				
		P-value	0,001					
	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	Correlation Coefficient	0,203	,322*	1,000			
		P-value	0,123	0,013				
	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	Correlation Coefficient	0,120	,398**	,373**	1,000		

		P-value	0,363	0,002	0,004			
	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	Correlation Coefficient	0,209	,438**	0,141	,269*	1,000	
		P-value	0,112	0,001	0,285	0,039		
	ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	Correlation Coefficient	0,213	0,050	0,050	-0,014	0,011	1,000
		P-value	0,114	0,715	0,714	0,917	0,934	
	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	Correlation Coefficient	,438**	,835**	,525**	,632**	,445**	0,206
		P-value	0,002	0,000	0,000	0,000	0,002	0,180
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

**Πίνακας: Έλεγχος Spearman, για την συσχέτιση όλων των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου**

Ο παραπάνω έλεγχος Spearman έγινε για να διαπιστωθεί η συσχέτιση μεταξύ των ανωτέρω μεταβλητών. Με τον έλεγχο αυτό μπορούν να ανιχνεύονται συσχετίσεις μεταξύ πολλαπλών μεταβλητών.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση, εντοπίστηκε στα εξής ζεύγη μεταβλητών: Πρόσβαση – Συμμετοχή και ενδυνάμωση ( $P = 0,001$ ), Πρόσβαση – συνολική εκτίμηση ( $P = 0,002$ ), συμμετοχή και ενδυνάμωση – πληροφόρηση και δικαιώματα ( $P = 0,013$ ), συμμετοχή και ενδυνάμωση – αποτελέσματα ( $P = 0,002$ ), συμμετοχή και ενδυνάμωση – περιβάλλον υπηρεσίας ( $P = 0,001$ ), συμμετοχή και ενδυνάμωση – συνολική εκτίμηση ( $P = 0,000$ ), αποτελέσματα - πληροφόρηση και δικαιώματα ( $P = 0,004$ ), συνολική εκτίμηση – πληροφόρηση και δικαιώματα ( $P = 0,000$ ), αποτελέσματα – περιβάλλον υπηρεσίας ( $P = 0,039$ ), αποτελέσματα – συνολική εκτίμηση ( $P = 0,000$ ), περιβάλλον υπηρεσίας – συνολική εκτίμηση δικαιώματα ( $P = 0,002$ ).

Παρακάτω, θα υπολογιστούν οι συσχετίσεις μέσω της εφαρμογής του μοντέλου Mann – Whitney, το οποίο εφαρμόζεται επειδή η εξαρτημένη μεταβλητή (πρόσβαση) δεν προσεγγίζει την κανονική κατανομή οπότε εξετάζεται η συσχέτισή της με το φύλο μέσω μη παραμετρικού τεστ

*Πίνακας: Έλεγχος Mann – Whitney για τη συσχέτιση πρόσβασης – φύλου*

Test Statistics <sup>a</sup>	
	ΠΡΟΣΒΑΣΗ
Mann-Whitney U	279,500
Wilcoxon W	469,500
Z	-1,658
Asymp. Sig. (2-tailed)	,097
a. Grouping Variable: ΦΥΛΟ	

Από τον παραπάνω πίνακα και από την τιμή του Man-Whitney, διαπιστώνουμε ότι η σχέση μεταξύ της πρόσβασης και του φύλου δεν είναι στατιστικά σημαντική, καθώς  $\text{Sig} = 0,097 > 0,05$ .

Τέλος θα πραγματοποιηθεί μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis, ο οποίος αποτελεί το αντίστοιχο μοντέλο με το Mann – Whitney, με τη διαφορά ότι η ανεξάρτητη μεταβλητή έχει παραπάνω από δύο κατηγορίες.

*Πίνακας: Έλεγχος Kruskal - Wallis για τη συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου – πρόσβασης*

Test Statistics <sup>a,b</sup>	
	ΠΡΟΣΒΑΣΗ
Kruskal-Wallis H	8,964
Df	7
Asymp. Sig.	,255
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	

Τέλος, από τον παραπάνω πίνακα και από την τιμή του Sig του Kruskal Wallis, η οποία είναι  $0,255 > 0,05$  διαπιστώνουμε ότι η σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της πρόσβασης δεν είναι στατιστικά σημαντική.

## Απάντηση στα Ερευνητικά ερωτήματα

Οι υπό μελέτη δείκτες ήταν οι εξής:

Η **Συνολική εκτίμηση**, η **Πρόσβαση** στην υπηρεσία, η **Συμμετοχή και ενδυνάμωση**, η **Πληροφόρηση και τα δικαιώματα** των ασθενών, τα **Αποτελέσματα** μετά την επίσκεψη τους στην υπηρεσία και το **Περιβάλλον** της υπηρεσίας.

Η μελέτη των δεικτών αυτών είχε σαν στόχο τις απαντήσεις στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

Είναι ικανοποιημένοι οι εξυπηρετούμενοι από τις παροχές που λαμβάνουν από τα Κ.Ψ.Υ. ;

Ποια σημεία των παροχών επιδέχονται βελτίωση και ποια σημεία χαρακτηρίζονται ως ποιοτικά και επαρκή;

Οι ερωτήσεις αυτές μετρούν την ικανοποίηση του εξεταζόμενου δείγματος, με στόχο την συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Η ικανοποίηση του εξεταζόμενου αποτελεί την τελική δοκιμασία της ποιότητας των διαδικασιών αλλά και του προϊόντος. Οι απαιτήσεις των πελατών αποτελούν το κλειδί για την ποιότητα (Farkas, 1988).

Η βελτίωση της ποιότητας της ψυχικής υγείας αφορά διαδικασίες που ενισχύουν την ικανότητα των ατόμων να προσδιορίζουν αυτόνομα τη ζωή τους και να βελτιώνουν την ψυχική τους υγεία (Joubert & Raeburn, 1998). Συνεπώς η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών των Κ.Ψ.Υ. ταυτίζεται με την αξιολόγηση της ποιότητας του Κέντρου.

Στην παρούσα εργασία, η συνολική εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών των Κέντρων Ψυχικής Υγείας Λασιθίου και Ηρακλείου από τη σκοπιά των εξυπηρετούμενων αναλύθηκε και εκτιμήθηκε από 59 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από άτομα που επισκέπτονται αυτά, με μέσο χρονικό διάστημα επίσκεψης της υπηρεσίας οι 6 μήνες.

Στον έλεγχο μεταξύ των διαφορών της συνολικής εκτίμησης και των δημογραφικών στοιχείων- φύλο, ηλικία, τόπο κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα και υπηκοότητα- των ατόμων, δεν εντοπίζεται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Όσον αφορά τις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται στις **Πρόσβαση και Συμμετοχής & ενδυνάμωσης** με την ηλικία και με το μορφωτικό επίπεδο. Σημαντική παρατήρηση είναι το γεγονός ότι άτομα 55 ετών και άνω τείνουν να έχουν θετικότερες απόψεις σε σχέση με άτομα μικρότερων ηλικιών. Αυτό συμβαίνει ίσως διότι τα άτομα αυτά έχουν μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων, με αποτέλεσμα να μετέχουν πιο πολύ και να λαμβάνουν περισσότερη βοήθεια από το προσωπικό του ΚΨΥ. Σημαντική επίσης είναι και η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται ανάμεσα στο άτομο και την υπηρεσία ψυχικής υγείας, χαρακτηριστικό το οποίο φαίνεται ότι θεμελιώνεται και σχετίζεται με την αυξημένη εμπειρία που μπορεί να έχει κάποιος ασθενής (Bleyel, et al., 2020).

Ερευνητικό ερώτημα 1) Είναι ικανοποιημένοι οι εξυπηρετούμενοι από τις παροχές που λαμβάνουν από τα Κ.Ψ.Υ. ;

Ατομα μορφωτικού επιπέδου πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης τείνουν να έχουν θετικότερες απόψεις για την ποιότητα των υπηρεσιών του ΚΨΥ ως προς τη **Πρόσβαση** και την **Συμμετοχή & ενδυνάμωση** σε σχέση με αποφοίτους ΤΕΙ ή κάποιας τεχνικής σχολής. Ακόμα, εντοπίστηκε μια διαφορά που αφορά το **Περιβάλλον** υπηρεσίας και του μορφωτικού επιπέδου. Ίσως αυτές οι διαφορές να οφείλονται στο γεγονός ότι υπάρχει λίγος αριθμός παρατηρήσεων στο μορφωτικό επίπεδο ΤΕΙ και τεχνικής σχολής.

Τέλος, η γενική αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας εκτιμήθηκε και από τη τελευταία ερώτηση, ανοικτού τύπου. Από τα 59 συνολικά άτομα, τα 51 ήταν απολύτως ευχαριστημένοι σχετικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από το Κ.Ψ.Υ., 7 δεν απάντησαν καθόλου και μόλις ένα άτομο είχε μια μέτρια γνώμη, που αυτό ίσως να επηρεάστηκε από τη δική του σοβαρή κατάσταση υγείας.

Επιπλέον οι ερωτηθέντες που πιστεύουν ότι η **Πρόσβαση** είναι ικανοποιητική, δηλαδή ότι μπορούν εύκολο να επισκεφτούν το Κ.Ψ.Υ., να μιλήσουν για τις ανησυχίες τους, να δουν όσο συχνά χρειάζονται το προσωπικό και τον ψυχίατρο, θεωρούν επίσης ότι κατά κύριο λόγο **Συμμετέχουν** στα Κ.Ψ.Υ. αισθητά **και Ενδυναμώνονται** από το προσωπικό των κέντρων αυτών. Θεωρούν επίσης ότι είναι

επαρκώς **Πληροφορημένα** για τις υπηρεσίες του κέντρο και γνωρίζουν τα **δικαιώματα** τους, βλέπουν βελτίωση στην καθημερινότητα τους, αξιολογώντας θετικά την ποιότητα των **Αποτελεσμάτων** στις υπηρεσίες και αξιολογούν επίσης θετικά το **Περιβάλλον** της υπηρεσίας, όσον αφορά στην καθαριότητα και την ιδιωτικότητα.

Οι ερωτηθέντες που θεωρούν ότι συμμετέχουν και ενδυναμώνονται στις υπηρεσίες αυτές, θεωρούν επίσης ότι είναι επαρκώς πληροφορημένοι, βλέπουν βελτίωση στην καθημερινότητα τους, και θεωρούν ότι η υπηρεσία πληροί τις προδιαγραφές όσον αφορά στην καθαριότητα και την ιδιωτικότητα.

Οι ερωτηθέντες που θεωρούν ότι είναι επαρκώς πληροφορημένοι, βλέπουν βελτίωση στην καθημερινότητα τους και αξιολογούν θετικά την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας. Όμως δεν αξιολογούν θετικά το περιβάλλον της υπηρεσίας αυτής. Τέλος όσοι θεωρούν ότι τα αποτελέσματα των υπηρεσιών είναι αξιόλογα, είναι οι ίδιοι που πιστεύουν ότι το περιβάλλον της υπηρεσίας είναι ικανοποιητικό.

Αυτή η θετική συσχέτιση των παραγόντων είναι αναμενόμενη καθώς ένας άνθρωπος που έχει θετικά άποψη για κάποια παρεχόμενη υπηρεσία, ενδέχεται να απαντήσει θετικά στις επιμέρους υποκατηγορίες της υπηρεσίας αυτής.

Συνολικά η έρευνα αυτή καταλήγει σε θετική αξιολόγηση της ποιότητας των Κ.Ψ.Υ. Ειδικότερα τα άτομα οποιουδήποτε επιπέδου μόρφωσης, πλην των ΤΕΙ και Τεχνικών σχολών, (που αποτελεί όμως το μικρότερο ποσοστό του δείγματος, 1.69% και 5.08% αντίστοιχα), αξιολογούν θετικότερα την **Πρόσβαση** και την **Συμμετοχή & ενδυνάμωση** και το **Περιβάλλον**.

Ερευνητικό ερώτημα 2) Ποια σημεία των παροχών επιδέχονται βελτίωση και ποια σημεία χαρακτηρίζονται ως ποιοτικά και επαρκή;

Εν συντομία, το ερώτημα αυτό απαντάται με τη σύνθεση πληροφοριών από το πρώτο ερευνητικό ερώτημα. ,

Σημαντικό σημείο βελτίωσης προκύπτει από την ικανοποίηση στην **Πρόσβαση**, η οποία είναι μειωμένη από τα άτομα ηλικίας 26 μέχρι 39 χρονών (που αποτελεί όμως μικρό ποσοστό του δείγματος, και αντιχτοιχει στο 18.64%), ενώ τα άτομα των υπολοίπων ηλικιών είναι πιο ικανοποιημένα. Άλλα σημεία αποτελούν η **Συμμετοχή & ενδυνάμωση** όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των εποφοίτων ΤΕΙ ή κάποιας τεχνικής σχολής. Γενικότερα όλοι οι άξονες βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα από άτομα



μικρότερης ηλικίας και χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Αυτό αποκαλύπτει μία αδυναμία του κέντρου να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων αυτών και είναι σίγουρα ένα σημείο βελτίωσης για το μέλλον.

Ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών συχνά χρησιμοποιείται ως μέτρο που αναδεικνύει την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνει ο ασθενής από κάποιον υγειονομικό οργανισμό (Crow, et al., 2002). Ωστόσο αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης και διαφωνίας το κατά πόσο η υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς μπορεί να αποτελέσει ένα αντικειμενικό κριτήριο για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Streiner, Norman, & Cairney, 2015). Οι έρευνες ικανοποίησης βασίζονται σε σημαντικό βαθμό στις ατομικές και προσωπικές προσδοκίες ενός ασθενή. Η προσωπική υποκειμενική αντίληψη μπορεί να διαμορφώσει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα για την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού υγείας, γιατί είναι δυνατόν δύο ασθενείς να λαμβάνουν ακριβώς την ίδια φροντίδα αλλά να εκφράζουν εντελώς διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης εξαιτίας μιας εντελώς διαφορετικής προσδοκίας. Με τον ίδιο τρόπο ένας ασθενής ο οποίος δηλώνει πολύ ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που δέχεται, δεν είναι απαραίτητα αντιπροσωπευτική περίπτωση της βέλτιστης δυνατής προσφοράς υπηρεσίας (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002). Παράλληλα, η έκφραση δυσαρέσκειας δεν σχετίζεται απαραίτητα με την ποιότητα της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η έκφραση δυσαρέσκειας σχετικά με τις υπηρεσίες, συχνά σχετίζεται και με μία ακατάλληλη ή κλινικά απίθανη προσδοκία, παρά το γεγονός ότι η εμπειρία μπορεί να συνοδεύεται από εξαιρετικές παροχές (Epstein, & Street, 2011). Έτσι λοιπόν αποτελεί ένα σημείο προβληματισμού η συσχέτιση που προκύπτει ανάμεσα σε αρνητική γνώμη για παρεχόμενες παροχές και άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, υπό την έννοια ότι θα μπορούσε να αποτελεί χαρακτηριστικό που οφείλεται περισσότερο σε υπερβολικές ή λανθασμένες προσδοκίες, παρά στην προσφερόμενη ποιότητα υπηρεσιών (Epstein, & Street, 2011). Ένα επιπλέον σημαντικό σημείο που προκύπτει από την επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, είναι ότι ένα από τα πολύ σημαντικά ζητήματα που απασχολούν τους ασθενείς στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις οδηγούν μακροπρόθεσμα στην ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης το οποίο επιδρά καταλυτικά στην επιτυχία των παροχών του υγειονομικού οργανισμού, επειδή όσο αυξάνονται τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, παρατηρείται σημαντική βελτίωση στην

συμμόρφωση τους με την θεραπεία και στη γενικότερη αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσπάθειας (Bleyel, et al., 2020, Kornhaber, Walsh, Duff, & Walker, 2016). Αυτό θα μπορούσε να είναι και ο λόγος για τον οποίο οι ασθενείς με μεγαλύτερη εμπειρία, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης στο δείγμα.

### **Συζήτηση**

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαιώνουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας των κέντρων που μελετήθηκαν, αλλά αποκαλύπτουν επίσης τομείς στους οποίους απαιτούνται περαιτέρω βελτιώσεις, όπως η πρόσβαση σε νεότερες ηλικιακά ομάδες και τις ομάδες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, και γενικότερα ελλείψεις στη ποιότητα υπηρεσιών στις ομάδες αυτές.

Αυτό δείχνει ότι, όταν πρόκειται για τη φροντίδα της πιο ευάλωτης ομάδας χρηστών υπηρεσιών, δεν αρκεί απλώς να υποθέσουμε ότι η ποιότητα της περίθαλψης διασφαλίζεται αυτόματα. Σε προηγούμενες μελέτες, οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι μπορεί να έχουμε μια υπερβολικά αισιόδοξη εικόνα για την ποιότητα της περίθαλψης και την εκπλήρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (που συμπεριλαμβάνει την πρόσβαση), γράφει η Νομίδου (2013).

Αντίστοιχες μελέτες στο εξωτερικό έχουν βρει ελλείψεις στον τομέα που ερευνήσαμε: Τα αποτελέσματα της έρευνας της Matsea et al (2017) δείχνουν ότι από τα οκτώ χαρακτηριστικά που αξιολογήθηκαν μόνο η επικοινωνιακότητα έγινε θετικά αντιληπτή, με την πρόσβαση στα χαμηλότερα μορφωτικά επίπεδα να είναι επίσης βαθμολογημένη χειρότερα. Αυτό αποτελεί ένδειξη της ανεπάρκειας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξ ου και της αδυναμίας τους να βελτιώσουν την ευημερία των ατόμων με ψυχικές ασθένειες και των οικογενειών τους. Η έλλειψη πόρων προσδιορίστηκε ως το κύριο εμπόδιο για την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Σε άλλες μελέτες αξιολόγησης ποιότητας, όπως των Lannta et al (2021) τα πρότυπα σχετικά με τη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων σε οποιονδήποτε χρειάζεται θεραπεία, την πρόσβαση και υποστήριξη έλαβαν όλα βαθμολογία 3/3, υποδεικνύοντας ότι έχουν επιτευχθεί πλήρως για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Πρέπει

όμως να λάβουμε υπόψη ότι η μελέτη έλαβε χώρα στην Φινλανδία, με (όπως παραδέχονται οι ερευνητές) καλή οικονομική ενίσχυση του κέντρου.

Στη ίδια έρευνα βρέθηκε ότι βαθμολογήθηκε αρνητικά το δικαίωμα άσκησης δικαιοπρακτικής ικανότητας και το δικαίωμα στην προσωπική ελευθερία και την ασφάλεια του προσώπου. Όπως και στη δική μας έρευνα έτσι και στην φινλανδική έρευνα υπάρχει επίσης περιθώριο βελτίωσης στις προτιμήσεις των χρηστών των υπηρεσιών σχετικά με τη θεραπεία, τη συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης και τις εγκαταστάσεις

Αυτό δείχνει ότι, όταν πρόκειται για τη φροντίδα της πιο ευάλωτης ομάδας χρηστών υπηρεσιών, δεν αρκεί απλώς να υποθέσουμε ότι η ποιότητα της περίθαλψης διασφαλίζεται αυτόματα και κινήσεις πρέπει να γίνουν προς την κατεύθυνση αυτή.

### ***Συμπεράσματα και προτάσεις***

Η διασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός συνόλου κριτηρίων για τις υπηρεσίες και εν συνεχεία τη σύγκρισή τους με τα καθορισμένα κριτήρια. Εάν τα κριτήρια ικανοποιούνται, θεωρείται ότι οι υπηρεσίες είναι ποιοτικά επαρκείς. Με βάση αυτή την προσέγγιση η ποιότητα μπορεί να αξιολογηθεί με τον τρόπο που αναλύθηκε στην παρούσα εργασία. Ένας ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών συμπεριλαμβάνει τον έλεγχο διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, και την στατιστική ανάλυση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η συγκεκριμένη έρευνα αξιολόγησε την ποιότητα των Κ.Ψ.Υ. και τα αποτελέσματα των εξυπηρετούμενων ήταν θετικά ως προς διάφορους τομείς. Η αξιολόγηση αυτή βοηθάει τις υπηρεσίες να είναι σε θέση να εξυπηρετούν τον πληθυσμό τους και στο παρόν και στο μέλλον. Επιπλέον να εξασφαλίσουν ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες των εξυπηρετούμενων ικανοποιούνται μέσω της συνεπούς παροχής υπηρεσιών. Η υπηρεσία διδάσκεται για τις ικανότητές της και ενισχύει την δέσμευση υπέρ της ετερογένειας, της ταχύτητας και της επάρκειας της παρεχόμενης υπηρεσίας.

Περαιτέρω έρευνες στην αξιολόγηση της ποιότητας θα βοηθούσαν στην βελτίωση των υπηρεσιών. Ένα κομμάτι της βελτίωσης αποτελεί και η οικονομική πλευρά. Από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκαν οικονομικές ελλείψεις στα Κ.Ψ.Υ. Σε περισσότερες χώρες τα προγράμματα ψυχικής υγείας λειτουργούν με τεράστιες

οικονομικές ελλείψεις. Ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες τα κονδύλια που χρειάζονται για να γίνουν μεταρρυθμίσεις στη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών που υποφέρουν από σοβαρή ψυχική διαταραχή είναι δυσεύρετα. Το πιθανότερο είναι ότι αυτή η δυσπραγία στην εύρεση πόρων για υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα με ψυχική ασθένεια, σε σχέση με τις υπηρεσίες για πάσχοντες από άλλες ασθένειες έχει σχέση, μερικώς και με το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες. Στόχος πρέπει να είναι η ενίσχυση των υπηρεσιών αυτών, με επίκεντρο την βελτίωση της ποιότητας καθώς και την διασφάλιση της ποιότητας. Συγκεκριμένα, η βελτίωση αποτελεί ευθύνη όλων, ενώ η διασφάλιση είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας του σωστά καταρτισμένου προσωπικού.

Οι συστάσεις για αλλαγή σε επίπεδο παρόχου για τη βελτίωση της πρόσβασης στην φροντίδα ψυχικής υγείας ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (ειδικότερα των ομάδων που βρέθηκε στην έρευνα μας ότι δεν ικανοποιούνται και δεν εξυπηρετούνται επαρκώς) στο πλαίσιο του ΚΨΥ ομαδοποιούνται σε 3 κύριες κατηγορίες: εκπαίδευση και κατάρτιση, κλινικές υποδομές και διεπιστημονικές ομάδες.

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση θα πρέπει να επικεντρώνονται τόσο στις πολιτισμικές αλλαγές όσο και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, δεδομένης της σημασίας της ψυχικής υποστήριξης στον εντοπισμό και τη διαχείριση ανησυχιών για την ψυχική υγεία.

Η κλινική υποδομή είναι ένας κρίσιμος παράγοντας για την επιτυχή αύξηση της πρόσβασης στη φροντίδα με τη δημιουργία εφικτών και βιώσιμων συστημάτων. Πολλές αλλαγές μπορούν να εφαρμοστούν σε ατομικό επίπεδο πρακτικής, γεγονός που υποστηρίζει την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Οι διεπιστημονικές ομάδες είναι απαραίτητες για την παροχή ολοκληρωμένης, υψηλής ποιότητας φροντίδας ψυχικής υγείας στις παραπάνω ευάλωτες ομάδες που αντιμετωπίζουν αυξημένα εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα μέσω παραδοσιακών συστημάτων. Η δημιουργία αυτών των ομάδων μπορεί να συνεπάγεται μεγαλύτερη επένδυση χρόνου και πόρων από την πλευρά του παρόχου. Ωστόσο, η ανταμοιβή σε βελτιωμένα αποτελέσματα και την ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να είναι μεγάλη.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

1. Ανάπτυξης, Σ. Σ. Εκτίμηση των Αναγκών Εκπαίδευσης και Κατάρτισης των Ανθρώπινων Πόρων Υγείας στη Χώρα μας στο Πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013.
2. Αρσενίου, Σ., Αρβανίτη, Α., & Σαμακουρή, Μ. Λέξεις-κλειδιά: Κατάθλιψη, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Αντικαταθλιπτική θεραπεία *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 22 (3), 240-248, 2011-Ειδικό άρθρο.
3. Γιώργος, Φ. Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και ο βαθμός ανταπόκρισής της στις ανάγκες των ασθενών.
4. Δαμίγος, Δ. (2003). Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αθήνα, εκδ: Παπαζήση*.
5. Ευαγγελία, Μ., Ιωάννης, Π., Γεωργία, Ρ., Ελένη, Σ., Σοφία, Τ., & Άρης, Υ. Εμβολιαστική κάλυψη μαθητών ηλικίας 6-16 ετών σε περιοχή της ελληνικής επαρχίας.
6. Ευθυμίου, Χ.,(χχ), *Η διασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας*
7. Ζαβλανός, Μ. (2006). Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα. *Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα*.
8. Ζωή, Β. (2008). Συναισθηματική νοημοσύνη-θεωρία και εφαρμογές στη νοσηλευτική διοίκηση.
9. Ιωάννης, Μ., & Σοφία, Μ. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία.
10. Καλλινικάκη, Θ.(1998) *Κοινωνική Εργασία* Αθήνα : Ελληνικά Γραμματα
11. Καλοκαιρινός, Χ., & Ζήκος, Ι. Ευφυή φορετά συστήματα υγείας για την εκτίμηση καρδιαγγειακών και αναπνευστικών προβλημάτων.

12. Κυλούδης, Π., Τανανάκη, Μ., & Ρεκλείτη, Μ. (2012). Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Τόμος, 4*, 1-8.
13. Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν., & Σισσούρας, Α. (2000). Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας. *Εκδόσεις Θεμέλιο, 32*.
14. Κωνσταντακόπουλος, Γ., Ιωαννίδη, Ν., Πατρικέλης, Π., Σουμάνη, Α., Ουλής, Π., Σακκάς, Δ., ... & Πλουμπίδης, Δ. Λέξεις-κλειδιά: σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, Νοητικά ελλείμματα, Θεωρία του Νου ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 22 (3), 195-206, 2011-Ερευνητική εργασία.
15. Λαζάρου, Π. και Οικονομοπούλου, Χ. (2007) *Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας*, Νοσηλευτική, 46, (2), σελ. 199-214
16. Λάμπρος, Μ. Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
17. Μαδιανός, Μ. (2000), *Κοινωνική Ψυχιατρική Κοινωνική ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα: Καστανιώτη.
18. Μύρων, Ζ. (2006). 'Η ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα προϊόντα. *Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα*.
19. Παπαδάτου, Γ. , Στογιαννίδου, Α., (1988), *Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα: Λίτσας
20. Παπάζογλου , Κ. (2003) *Διαχείριση Ολικής Ποιότητας « Αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία »*, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Μακεδονίας <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2006/Depasta/attached-document/2006Depasta.pdf>
21. Παπανικολάου, Β. (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας : Αρχές – Μέθοδοι και εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση 2
22. Παρασκευή, Θ. Θεραπεία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας: μελέτη κόστους των μεθόδων αιμοκάθαρσης με φύσιγγα και διττανθρακικό διάλυμα και της αιμοδιαδιήθησης.

23. Πασαντώπουλος, Γ.(2004), *Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής Υγείας*, Αθήνα: Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Διεύθυνση ψυχικής υγείας
24. Πασαντώπουλος, Γ.(2004), *Συνηγορία για την ψυχική υγεία*, Αθήνα: υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, Διεύθυνση ψυχικής υγείας
25. Περουτσή, Ά., & Γονιδάκης, Φ. Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, Δίαιτα, Μέσα μαζικής επικοινωνίας ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 22 (3), 231-239, 2011-Ειδικό άρθρο.
26. Περσεφόνης, Γ., Καραϊσκος, Δ., Τζαβέλλας, Η., & Παπαρρηγόπουλος, Θ. Λέξεις-κλειδιά: Σύνδρομο Tourette, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, Τικς, Δυστονία, Όσιμη έναρξη ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 22 (3), 249-253, 2011-Παρουσίαση περιστατικού.
27. Σιγάλας, Ι.(2000) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας* στο Κυριόπουλος,Γ., Οικονόμου,Χ., Πολύζος, Ν., και Σισσουρας, Α.(επιμ) Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Αθήνα:Θεμέλιο σελ. 129-149
28. Τσαρτσάρα, Α. (2005). Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας: η περίπτωση της Ελλάδας.
29. Τσουβέλας, Γ., & Γιωτάκος, Ο. Λέξεις-κλειδιά: Διαδίκτυο, Αυτοκτονία, Παθολογική εμπλοκή, Διαδικτυακός εθισμός, Διαδικτυακός τζόγος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 22 (3), 221-230, 2011-Ερευνητική εργασία.
30. Υφαντής, Θ., Φλώρος, Γ. Δ., Γούλια, Π., Οικονόμου, Γ., & Ασημακόπουλος, Κ. Λέξεις-κλειδιά: επιθετικότητα, Ψυχική καταπόνηση, Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ, Life Style Index, Εχθρότητα ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 22 (3), 207-220, 2011-Ερευνητική εργασία.
31. Χαράλαμπος, Δ. (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 17(2).
32. Χρήστος, Μ., & Γεώργιος, Α. Η συζήτηση ως αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη.

33. Χριστοδούλου, Γ. – Αλεβίζος, Β.- Μαυρέας, Β.([επιμ.@μτφ](mailto:επιμ.@μτφ))(1999), *Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οδηγίες για την διάγνωση και την αντιμετώπιση.(ICDIO,κεφ. V)* Αθήνα :Βήτα
34. Nomidou, A. (2013). Standards in mental health facilities—an in depth case study in Greece using the WHO QualityRights tool. *Journal of Public Mental Health*.
35. Lantta, T., Anttila, M. & Välimäki, M. Quality of mental health services and rights of people receiving treatment in inpatient services in Finland: a cross-sectional observational survey with the WHO QualityRights Tool Kit. *Int J Ment Health Syst* **15**, 70 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00495-7>
36. Matsea, T., Ryke, E., & Weyers, M. (2017). Assessing mental health services in a rural setting: Service providers' perspective. *International Journal of Mental Health*, 47(1), 26–49. doi:10.1080/00207411.2017.137780

### **Μεταφρασμένα**

1. James,P.(1996) *Μανατζεντ Ολικής Ποιότητας* , Μτφ: ομάδα μεταφραστών, Αθήνα: Κλειδάριθμος
2. Javeau, C. (2000) *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο* , μετάφραση : Τζαννόνε – Τζώρτζη, Κ. Αθήνα : Τυπωθύτω Δαρβινος
3. Zisi, A. (2002). Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες προσεγγίσεις και Προοπτικές, Επανάταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων [New understandings and prospects, Inclusion of the chronic mentally ill]. *Typothito-Giorgos Dardanos, Athens*.



4. Alevizos, B., Alevizos, E., Leonardou, A., & Zervas, I. (2012). Low dosage lithium augmentation in venlafaxine resistant depression: an open-label study. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 143-148.
5. Azam, K., Serfaty, M., King, M., Martin, S., Strydom, A., Parkes, C., & Hassiotis, A. (2012). The development of manualised cognitive behaviour treatment for adults with mild intellectual disability and common mental disorders. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 109-116.
6. Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H. C., & Haun, M. W. (2020). Patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: qualitative preimplementation study of anticipated benefits and barriers. *Journal of medical Internet research*, 22(4), e17330.
7. Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*.
8. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103.
9. Gambrell, E. D. (2005). Critical thinking, evidence based practice and mental health. In S. Kirk (Ed.), *Mental disorders in the social environment: Critical perspectives* (pp. 247–269). New York: Columbia University Press.
10. Gibbs, L. (2003). Evidence – Based Practice for the Helping Professions: A practical guide with integrated multimedia. . *Service Research* 7 (Fall 1983) 81-92.
11. Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 130-142.

12. Grinnell, R.M. & Unrau Y.A. (Eds.). (2008). Social work research and evaluation: Foundations of evidence – based practice, New York: Oxford University Press. Serves as a comprehensive textbook on research and evaluation in social work.
13. Havaki-Kontaxaki, B., Ferentinos, P., Karaiskos, D., Pappa, D., & Papadimitriou, G. (2012). Glandular cystitis and lithium intoxication in a patient with bipolar disorder. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 158-161.
14. Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in health care*, 11(4), 335-339.
15. Kontaxakis, V., & Havaki-Kontaxaki, B. (2012). Consequences of major economic crises on citizens' physical and mental health.
16. Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 537.
17. Miljevic, C., Crnobaric, C., Nikolic, S., & Lecic-Tosevski, D. (2012). A case of pregabalin intoxication. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 162-165.
18. Palaniyappan, L., Doege, K., Mallikarjun, P., Liddle, E., & Francis-Liddle, P. (2012). Cortical thickness and oscillatory phase resetting: a proposed mechanism of salience network dysfunction in schizophrenia. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 117-129.
19. Paplos, K., Havaki-Kontaxaki, B., Ferentinos, P., Dasopoulou, M., & Kontaxakis, V. (2012). Alexithymia, depression and serum lipids in suicide attempters. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23(2), 149-152.
20. Rubin A, Babbie ER (2008), Research Methods for Social Work. Beijing: Peking University Press, 6

21. Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press, USA.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	19	32,2	32,2	32,2
	ΓΥΝΑΙΚΑ	40	67,8	67,8	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### ΗΛΙΚΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	5	8,5	8,5	8,5
	26-39	11	18,6	18,6	27,1
	40-55	29	49,2	49,2	76,3
	55 και άνω	14	23,7	23,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΠΑΡΧΙΑ	20	33,9	33,9	33,9
	ΠΟΛΗ	39	66,1	66,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

**ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	5	8,5	8,5	8,5
	ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΕΙ	2	3,4	3,4	11,9
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	15	25,4	25,4	37,3
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10	16,9	16,9	54,2
	ΛΥΚΕΙΟ	16	27,1	27,1	81,4
	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	3	5,1	5,1	86,4
	ΤΕΙ	1	1,7	1,7	88,1
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	6	10,2	10,2	98,3
	Άλλο	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2	3,4	3,4	3,4
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	4	6,8	6,8	10,2
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	6	10,2	10,2	20,3
	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	4	6,8	6,8	27,1
	ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	1	1,7	1,7	28,8
	ΑΓΡΟΤΗΣ/ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	4	6,8	6,8	35,6
	ΟΙΚΙΑΚΑ	12	20,3	20,3	55,9
	ΑΝΕΡΓΟΣ	12	20,3	20,3	76,3
	Άλλο	14	23,7	23,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

**ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2	3,4	3,4	3,4
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	56	94,9	94,9	98,3
	Άλλη	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 7**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	57	96,6	96,6	96,6
	ΟΧΙ	2	3,4	3,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 9**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	1,7	1,7	1,7
	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	2	3,4	3,4	5,1
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	8,5
	ΣΥΝΗΘΩΣ	15	25,4	25,4	33,9
	ΠΑΝΤΑ	39	66,1	66,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	4	6,8	6,8	6,8
	ΣΥΝΗΘΩΣ	12	20,3	20,3	27,1
	ΠΑΝΤΑ	43	72,9	72,9	100,0

**ΕΡΩΤΗΣΗ 10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	4	6,8	6,8	6,8
	ΣΥΝΗΘΩΣ	12	20,3	20,3	27,1
	ΠΑΝΤΑ	43	72,9	72,9	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 11**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	1,7	1,7	1,7
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	5,1
	ΣΥΝΗΘΩΣ	7	11,9	11,9	16,9
	ΠΑΝΤΑ	49	83,1	83,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 12**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	1,7	1,7	1,7
	ΣΥΝΗΘΩΣ	1	1,7	1,7	3,4
	ΠΑΝΤΑ	57	96,6	96,6	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 13**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	2	3,4	3,4	3,4
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	6,8
	ΣΥΝΗΘΩΣ	8	13,6	13,6	20,3
	ΠΑΝΤΑ	47	79,7	79,7	100,0

**ΕΡΩΤΗΣΗ 13**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	2	3,4	3,4	3,4
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	6,8
	ΣΥΝΗΘΩΣ	8	13,6	13,6	20,3
	ΠΑΝΤΑ	47	79,7	79,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 14**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	3,4
	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	5,1
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7	1,7	6,8
	ΣΥΝΗΘΩΣ	4	6,8	6,8	13,6
	ΠΑΝΤΑ	51	86,4	86,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 15**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	1	1,7	1,7	1,7
	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	3,4
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7	1,7	5,1
	ΣΥΝΗΘΩΣ	11	18,6	18,6	23,7
	ΠΑΝΤΑ	45	76,3	76,3	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 16**



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	3,4
ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	2	3,4	3,4	6,8
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7	1,7	8,5
ΣΥΝΗΘΩΣ	4	6,8	6,8	15,3
ΠΑΝΤΑ	50	84,7	84,7	100,0
Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	1,7
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	4	6,8	6,8	8,5
ΣΥΝΗΘΩΣ	9	15,3	15,3	23,7
ΠΑΝΤΑ	45	76,3	76,3	100,0
Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7	1,7	1,7
ΣΥΝΗΘΩΣ	11	18,6	18,6	20,3
ΠΑΝΤΑ	47	79,7	79,7	100,0
Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	3,4
ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	5,1
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7	1,7	6,8

ΣΥΝΗΘΩΣ	9	15,3	15,3	22,0
ΠΑΝΤΑ	46	78,0	78,0	100,0
Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	50	84,7	84,7	84,7
ΟΧΙ	9	15,3	15,3	100,0
Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	8	13,6	13,6	13,6
ΠΟΤΕ	30	50,8	50,8	64,4
ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	2	3,4	3,4	67,8
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	10	16,9	16,9	84,7
ΣΥΝΗΘΩΣ	1	1,7	1,7	86,4
ΠΑΝΤΑ	8	13,6	13,6	100,0
Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	8	13,6	13,6	13,6
ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	16,9
ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	18,6
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	22,0
ΣΥΝΗΘΩΣ	9	15,3	15,3	37,3
ΠΑΝΤΑ	37	62,7	62,7	100,0

**ΕΡΩΤΗΣΗ 22**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	8	13,6	13,6	13,6
	ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	16,9
	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	18,6
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	22,0
	ΣΥΝΗΘΩΣ	9	15,3	15,3	37,3
	ΠΑΝΤΑ	37	62,7	62,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 23**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	1,7
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	4	6,8	6,8	8,5
	ΣΥΝΗΘΩΣ	18	30,5	30,5	39,0
	ΠΑΝΤΑ	36	61,0	61,0	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 24**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	3,4
	ΚΑΤΑ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ	1	1,7	1,7	5,1
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	5	8,5	8,5	13,6
	ΣΥΝΗΘΩΣ	18	30,5	30,5	44,1
	ΠΑΝΤΑ	33	55,9	55,9	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

**ΕΡΩΤΗΣΗ 25**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	9	15,3	15,3	15,3
	ΠΟΤΕ	2	3,4	3,4	18,6
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	1	1,7	1,7	20,3
	ΣΥΝΗΘΩΣ	8	13,6	13,6	33,9
	ΠΑΝΤΑ	39	66,1	66,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΧΩΡΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	2	3,4	3,4	3,4
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	2	3,4	3,4	6,8
	ΣΥΝΗΘΩΣ	4	6,8	6,8	13,6
	ΠΑΝΤΑ	51	86,4	86,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΝΗΘΩΣ	2	3,4	3,4	3,4
	ΠΑΝΤΑ	57	96,6	96,6	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

### **Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

1) ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΑΣ (1) ..... ΓΥΝΑΙΚΑ (2) .....

2) ΗΛΙΚΙΑ:

1)† 18 – 25

2)† 26 – 39

3)† 40 – 55

4)† 55 και άνω

3) ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

1) ΕΠΑΡΧΙΑ- ΧΩΡΙΟ .....

2) ΠΟΛΗ .....

4) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

1 ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΕΙ	
2.ΔΗΜΟΤΙΚΟ	
3.ΓΥΜΝΑΣΙΟ	
4.ΛΥΚΕΙΟ	
5.ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	
6.ΤΕΙ	
7.ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	
8.Άλλο _____	

5) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

1) ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ .....

2) ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ .....

3) ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ .....

4) ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ .....

5) ΑΓΡΟΤΗΣ/ ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ .....

6) ΟΙΚΙΑΚΑ .....

7) ΑΝΕΡΓΟΣ .....

6) Υπηκοότητα: Ελληνική..... Άλλη.....

### **Β) ΠΡΟΣΒΑΣΗ**

7) Έχετε επισκεφτεί ξανά την υπηρεσία ;

8) Αν ναι πόσες φορές ;

9) Έχετε την δυνατότητα να δείτε τον ψυχίατρο σας όσο συχνά θέλετε ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι / ποτέ †

10) Έχετε την δυνατότητα να δείτε το προσωπικό όσο συχνά θέλετε ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι / ποτέ †

11) Ξέρετε σε ποιον να μιλήσετε αν έχετε ερωτήσεις ή ανησυχίες ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι / ποτέ †

### **Γ) ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ**

12) Σέβεται το προσωπικό τις πολιτιστικές σας ιδιαιτερότητες (εθνικότητα , θρήσκευμα) ;

- 4) πάντα / συνήθως †
- 5) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 6) όχι / ποτέ †

13) Νιώθετε άνετα να κάνετε ερωτήσεις στο προσωπικό σχετικά με την θεραπευτική σας αγωγή ;

- 7) πάντα / συνήθως †
- 8) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 9) όχι / ποτέ †

14) Σας εμπύχωσε το προσωπικό κατά την διάρκεια της θεραπείας σας ;

- 10) πάντα / συνήθως †
- 11) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 12) όχι / ποτέ †

15) Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις σας ήταν κατανοητές ;

- 13) πάντα / συνήθως †
- 14) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 15) όχι / ποτέ †

16) Σας βοήθησε το προσωπικό να διαχειριστείτε τα προβλήματα ;

- 16) πάντα / συνήθως †
- 17) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 18) όχι / ποτέ †

17) Είχατε την εμπλοκή που επιθυμούσατε στη θεραπεία ;

- 19) πάντα / συνήθως †
- 20) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 21) όχι /ποτέ †

18) Κατανοήσατε το θεραπευτικό σχήμα ;

- 22) πάντα / συνήθως †
- 23) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 24) όχι /ποτέ †

#### **Δ) ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

19) Σας έχουν ενημερώσει για τα δικαιώματά σας ως ασθενούς ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ

20) Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή ;

1. Ναι ..... 2. Όχι .....

21) Νιώθετε ικανοί να αρνηθείτε τη φαρμακευτική αγωγή ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

22) Σας εξηγήθηκαν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων με τρόπο που να καταλαβαίνετε ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

#### **Ε) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

23) Αισθάνεστε ότι ιεραρχείτε καλύτερα τα καθημερινά προβλήματα ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

24). Νιώθετε περισσότερο έτοιμοι να συμμετέχετε στις προηγούμενες δραστηριότητές σας ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

25) Πόσο βοηθηθήκατε από τη φαρμακευτική αγωγή σας ;

- 1) πάντα / συνήθως †

- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

**ΣΤ) ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

26) Είχατε την ιδιωτικότητα που έπρεπε ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

27) Η υπηρεσία ήταν άνετη και καθαρή ;

- 1) πάντα / συνήθως †
- 2) μερικές φορές / κατά κάποιο τρόπο †
- 3) όχι /ποτέ †

**ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ**

28) Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε ;



**Αίτηση για χρήση ερωτηματολογίου σε υπηρεσία Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.**

Απόκρυψη λεπτομερειών

ΑΠΟ: [Μαρία Βενετσανάκη](#)

ΠΡΟΣ: [plazar@nurs.uoa.gr](mailto:plazar@nurs.uoa.gr)

Το μήνυμα επισημάνθηκε

10:09 μ.μ. Δευτέρα, 2 Απριλίου 2012

Στο πλαίσιο των προπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Κρήτης, εκπονείται πτυχιακή εργασία κατόπιν έγκρισης της από τον Τομέα Α'(Τοπικής – Κοινοτικής Ανάπτυξης) ,από τους Σπουδαστές: Κουρμουλάκη Νικολέτα & Βενετσανάκη Μαρία με Επιβλέπων Εργαστηριακό Συνεργάτη την κα Πελεκίδου Λίνα ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργό. Το θέμα της εν λόγω μελέτης αφορά στην αποτύπωση των δυνατών και αδύναμων σημείων των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγ.Νικολάου και του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών Ηρακλείου, από την πλευρά των εξυπηρετούμενων. Για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το θέμα της έρευνας, οι οποίες θα αξιοποιηθούν για εκπαιδευτικούς λόγους ζητείτε η άδεια σας για την χρήση του ερωτηματολογίου των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Οι συγγραφείς του άρθρου όπως αναφέρονται: Κα Λαζάρου και η Κα Οικονομοπούλου και ο τίτλος του άρθρου είναι: Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Διεθνή δεδομένα και Ελληνική Πραγματικότητα. Το ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο περιοδικό Νοσηλευτική 2007, 46(2): 199-214.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τις ενέργειες σας,

*Σπουδαστές Πτυχιακής Εργασίας : Κουρμουλάκη Νικολέτα & Βενετσανάκη Μαρία,  
Email: [benetsmaria8@yahoo.gr](mailto:benetsmaria8@yahoo.gr) & 6973876428*

*Επιβλέπων Εργαστηριακός Συνεργάτης: Πελεκίδου Λίνα ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργός,  
Email: [linapelek@hotmail.com](mailto:linapelek@hotmail.com) , 2810 379524 & 6984716056.*

**Re: Αίτηση για χρήση ερωτηματολογίου σε υπηρεσία Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.**

Απόκρυψη λεπτομερειών

ΑΠΟ:

[Panagiota Lazarou](#)

ΠΡΟΣ:

["Μαρία Βενετσανάκη"](#)

[Το μήνυμα επισημάνθηκε](#)

8:57 π.μ. Τετάρτη, 4 Απριλίου 2012

Χαίρετε

Πολύ ευχαρίστως να το χρησιμοποιήσετε. Καλή επιτυχία!

Γιώτα Λαζάρου

ΤΕΙ Κρήτης

Σχολή : Επιτελεμάτων Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα : Κοινωνικής Εργασίας

Σπουδάστρις Πτυχιούχης Εργασίας : Βενετσιανάκη Μαρία & Κουρμουλάκη Νικολέττα

Επιβλέπων Εργαστηριακός Συνεργάτης: Πελέκαδου Λίνα ΜΡΗ Κοινωνική

Λειτουργός

### Έντυπο ενημέρωσης προς τους συμμετέχοντες της έρευνας

Στο πλαίσιο των πτυχιακών σπουδών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι Κρήτης, εκπονείται πτυχιακή εργασία κατόπιν έγκρισης της από τον Τομέα Α΄(Τοπικής – Κοινοτικής Ανάπτυξης) από τους Σπουδαστές Κουρμουλάκη Νικολέττα & Βενετσιανάκη Μαρία με Επιβλέπων Εργαστηριακό Συνεργάτη την κα Πελέκαδου Λίνα ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργό. Το θέμα της εν λόγω μελέτης αφορά στην αποτίμηση των δυνατών και αδύναμων σημείων των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Αγ.Νικολάου και του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Έρευνών Ηρακλείου, από την πλευρά των εξυπηρετούμενων.

Με το παρόν ενημερωτικό έντυπο ζητάει η συνεργασία σας για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας μας. Θα διατηρηθεί η ανωνυμία σας και τα ερωτηματολόγια θα είναι απόρρητα με δεδομένο ότι δεν υπάρχουν ερωτήσεις οι οποίες ζητούν προσωπικά στοιχεία. Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή δεν είναι υποχρεωτική.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας

Με εκτίμηση οι Σπουδάστριες

Βενετσιανάκη Μαρία &

Κουρμουλάκη Νικολέττα

