

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ  
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**



*Θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κ. Διαλυνάκη Ελένη για τη βοήθεια της προκειμένου να εκπονήσουμε την Πτυχιακή μας εργασία καθώς επίσης και για την άψογη συνεργασία μας.*

*Επίσης ιδιαιτέρως ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξη. Τα λόγια φαίνουν λίγα για αυτά που μας προσφέρετε...  
Η Πτυχιακή σας αφιερώνεται*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αντικείμενο αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας , για τις ηλικιακές διακρίσεις.

Το θεωρητικό υπόβαθρο βασίζεται σε κεντρικούς άξονες που αφορούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος και τα βασικά χαρακτηριστικά του καθώς επίσης τους επαγγελματίες υγείας και την εκπαίδευσή τους . Συνάμα εστιάζει, στα ανθρώπινα δικαιώματα και ιδιαίτερα σε εκείνα που θεσπίζονται για την υγεία, ενώ εκτενώς αναφέρεται στις διακρίσεις με βάση τις μορφές τους και ειδικότερα αυτές που παρουσιάζονται στο σύστημα υγείας. Οι ηλικιωμένοι και στοιχεία όπως η υγεία τους, οι σχέσεις τους και οι υπάρχουσες υπηρεσίες ήταν επίσης μέρος των κεντρικών αξόνων που μελετήθηκαν.

Στο ερευνητικό μέρος ακολουθήθηκε ποσοτική έρευνα με δομημένο ερωτηματολόγιο και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν εκείνη της «χιοναστοιβάδας». Το δείγμα, αποτελούσαν 200 επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της Ελλάδος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας , διαπιστώθηκε ότι, γίνονται ηλικιακές διακρίσεις και ότι, οι επαγγελματίες επηρεάζονται στις αποφάσεις τους από αυτές, καθώς επίσης ότι, η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, ενδυναμώνει και διαιωνίζει τις διακρίσεις σε μεγάλο βαθμό. Ακόμα παρουσιάζεται ότι, οι επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ότι γίνονται ηλικιακές διακρίσεις παράλληλα πιστεύουν ότι, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται κατά πολύ από την ηλικία του ασθενούς. Τέλος βρέθηκε ότι, αυτοί που αξιολογούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα ως μέτρια ταυτίζονται με την άποψη πως γίνονται διακρίσεις με βάση το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του ασθενή.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1: Ορισμός του συστήματος υγείας και τα βασικά χαρακτηριστικά του.....	3
1.2: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	5
1.2.1: Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία.....	5
1.2.2: Τα εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων.....	6
1.2.3 : Τις κινητές μονάδες.....	6
1.2.4: Τους φορείς ασθένειας ή τους κλάδους ασθένειας των.....	6
ασφαλιστικών οργανισμών	
1.2.5: Από την τοπική αυτοδιοίκηση.....	7
1.2.6: Τον ιδιωτικό τομέα υγείας.....	7
1.3: Δευτεροβάθμια περίθαλψη.....	7
1.4: Τριτοβάθμια περίθαλψη.....	8
1.5: Διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας.....	9
1.6: Δυσκολίες που παρουσιάζονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη.....	9
1.7: Ορισμός της ισότητας και παράγοντες που την επηρεάζουν.....	11
1.8: Η έννοια της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.....	12
1.9: Η έννοια της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	12
1.10: Χρηματοδότηση, του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	13
1.11: Δαπάνες για την υγεία.....	14

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

2.1: Κριτήρια επιλογής επαγγέλματος.....	16
2.2.: Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.....	17
2.3: Επαγγελματική ικανοποίηση.....	20
2.4: Επαγγελματική εξουθένωση.....	21

2.4.1: Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Στους Ιατρούς .....	22
2.4.2: Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Στους Νοσηλευτές.....	22
2.4.3: Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Κοινωνικούς Λειτουργούς.....	23

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

3.1: Ορισμός των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων .....	24
3.2 : Ανθρώπινα δικαιώματα και υγεία .....	25
3.3 : Διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία του ασθενούς.....	27

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ**

4.1: Ορισμός Διακρίσεων.....	29
4.2: Μορφές Διακρίσεων.....	30
4.2.1: Διακρίσεις βάσει Φύλου(Σεξισμός).....	30
4.2.2: Διακρίσεις βάση της Εθνικότητας.....	31
4.2.3: Διακρίσεις βάσει του Επιπέδου Εκπαίδευσης.....	32
4.2.4: Διακρίσεις βάσει του κοινωνικό- οικονομικού επιπέδου.....	32
4.2.5: Διακρίσεις με βάση την ηλικία.....	33
4.3 : Μύθοι στερεότυπα του γήρατος και η πραγματικότητα.....	35
4.4: Η διαίωσιση και ενδυνάμωση των διακρίσεων στο σύστημα υγεία .....	41
4.5: Ηλιακές διακρίσεις σε κλινικές του νοσοκομείου.....	43
4.5.1: Καρδιολογική κλινική.....	43
4.5.2: Ογκολογική κλινική.....	43
4.5.3 : Στην ψυχιατρική κλινική.....	44
4.6: Διακρίσεις των επαγγελματιών υγείας προς τους ηλικιωμένους ασθενείς.....	45
4.7: Στάσεις νέων και νέων φοιτητών για τους ηλικιωμένους.....	46

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ**

5.1: Οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων.....	48
---	----

5.2 : Μορφές κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων.....	49
5.2.1 Ιδρύματα Χρόνιων Παθήσεων.....	50
5.2.2 Οίκοι Ευγηρίας .....	50
5.3 : Η υγεία των ηλικιωμένων.....	51
5.4 : Υπηρεσίες υγείας για ηλικιωμένους.....	52
5.5 : Προαγωγή υγείας.....	55

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

6.1: Ο κοινωνικός λειτουργός και η υπεράσπιση των κοινωνικών διακρίσεων.....	57
--	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

7.1: Σκοπός της μελέτης.....	60
7.2: Ερευνητικά ερωτήματα.....	60
7.3: Επιλογή δείγματος.....	61
7.4: Τεχνικές συλλογές στοιχείων.....	61
7.5: Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων.....	62
7.6: Δυσκολίες.....	62

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

8.1: Συχνότητες μεταβλητών.....	64
---------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

9.1: Συμπεράσματα- Συζήτηση.....	95
9.2: Προτάσεις.....	102

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διακρίσεις λόγω ηλικίας συζητήθηκαν για πρώτη φορά το 1969, από τον Butler, ο οποίος έδωσε τον ορισμό «Ageism» και τις κατέταξε στο ίδιο επίπεδο σημαντικότητας με εκείνες, του ρατσισμού και του σεξισμού. Η διεθνής βιβλιογραφία, εξετάζει ήδη τις ηλικιακές διακρίσεις, εδώ και 40 χρόνια δίνοντας σημαντικά ευρήματα.

Ωστόσο, στον Ελλαδικό χώρο η διερεύνηση του παραπάνω θέματος φαίνεται να «χωλαίνει» και θεωρήθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον να γίνει μια πρώτη μελέτη για τις ηλικιακές διακρίσεις στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς πληθώρα διεθνών ερευνών δίνει αξιοσημείωτη σημασία σε αυτό τον τομέα.

Συγκεκριμένα, σκοπός της μελέτης ήταν να, εξεταστούν οι στάσεις και οι πρακτικές των επαγγελματιών υγείας για τις ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Το πρώτο μέρος της πτυχιακής εργασίας βασίζεται, σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, ενώ το ερευνητικό μέρος που ακολουθεί πραγματοποιήθηκε διαμέσου δειγματοληπτικής έρευνας, με ένα σύνολο 200 ερωτηματολογίων, που μοιράστηκαν σε δείγμα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία της Ελλάδος.

Για την διευκόλυνση και κατανόηση του θεωρητικού μέρους έγινε διαχωρισμός σε έξι κεφάλαια . Το πρώτο, κεφάλαιο αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδος, τα βασικά χαρακτηριστικά του και τα τρία επίπεδα περίθαλψης . Επίσης, παρουσιάζεται ο ορισμός της ισότητας , αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και τέλος η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρονται τα κριτήρια επιλογής του επαγγέλματος και σε ποιο βαθμό η εκπαίδευση που έλαβαν οι επαγγελματίες υγείας, τους επηρέασε στην άσκηση του. Στη συνέχεια, γίνεται εκτενής αναφορά στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ιατρούς, νοσηλευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Το τρίτο κεφάλαιο, εστιάζει στα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, (ατομικά, πολιτικά, κοινωνικά) και στα δικαιώματα στο χώρο της υγείας. Τέλος, σε αυτό το

κεφάλαιο παραθέτονται τα πρότυπα σύμφωνα με τα οποία, οι επαγγελματίες υγείας, λαμβάνουν τις αποφάσεις για τους ασθενείς.

Το τέταρτο κεφάλαιο, αποτελεί τον κορμό του θεωρητικού μέρους. Συγκεκριμένα, ορίζει τις διακρίσεις και τις ταξινομεί με βάση τη μορφή τους. Έπειτα, πραγματοποιείται διεξοδικότερη ανάλυση των διακρίσεων βάση της ηλικίας, εκφράζοντας τις απόψεις των ερευνητών που έχουν στο παρελθόν ασχοληθεί με το ίδιο θέμα. Εν συνεχεία, εκθέτονται οι μύθοι και τα στερεότυπα του γενικού συνόλου σχετικά με, το γήρας και σε ποιο βαθμό οι επαγγελματίες υγείας αναπτύσσουν αρνητικές στάσεις προς τους ηλικιωμένους ασθενείς και το ίδιο το σύστημα αντίστοιχα.

Το πέμπτο κεφάλαιο, παραθέτει τα βασικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας και επικεντρώνεται στις οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων. Παρακάτω αναζητείται ο τρόπος που επιλέγει η οικογένεια να διαμείνει ο ηλικιωμένος σε περίπτωση που δεν έχει τη δυνατότητα να του παρέχει βοήθεια και ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αυτοσυντηρηθεί. Ακόμη αναφέρεται σε ποιο βαθμό οι υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους καλύπτουν τις ανάγκες τους.

Κλείνοντας, στο τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους παρουσιάζεται, η συμβολή της κοινωνικής εργασίας και κατ' επέκταση του κοινωνικού λειτουργού, στην υπεράσπιση των κοινωνικών διακρίσεων, την προαγωγή των δικαιωμάτων και των ατομικών ελευθεριών των ατόμων που αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και η ανάλυση τους μέσα από πίνακες και γραφήματα.

Τέλος το ένατο κεφάλαιο παραθέτονται η συζήτηση και τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από την μελέτη του θεωρητικού μέρους σε συνδυασμό με το ερευνητικό, ενώ τέλος υποβάλλονται μερικές προτάσεις για τα παραπάνω.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### **1.1.Ορισμός του συστήματος υγείας και τα βασικά χαρακτηριστικά του**

Ξεκινώντας ετυμολογικά με την έννοια του συστήματος υγείας, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως, «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής τους, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». <sup>1</sup>

Κάθε σύστημα υγείας ανεξαρτήτως με το ποια είναι η μορφή του, χαρακτηρίζεται από κάποια βασικά γνωρίσματα. Αυτά συνοψίζονται στα παρακάτω:

- **Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας** και σε ποιο βαθμό αυτές παρέχονται από το σύστημα, ανεξάρτητα, σε όλο τον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και περιορισμούς.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι, με βάση τα στοιχεία έρευνας η γήρανση του πληθυσμού είναι μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες. Ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων είναι πιθανό να δημιουργεί μεγαλύτερες απαιτήσεις για τις υπηρεσίες υγείας. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι, η ηλικία έχει χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο για την κατανομή της φροντίδας υγείας και τη συμμετοχή σε προγράμματα.<sup>2</sup>

- **Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας**, σε κάθε άτομο ανεξάρτητα το κοινωνικό-οικονομικό του επίπεδο. Αυτό για να επιτευχθεί έχει σαν προϋπόθεση την ισότιμη κατανομή των πόρων και υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.
- **Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας**, όχι μόνο στο στάδιο της θεραπείας της ασθένειας αλλά και στα στάδια πριν και μετά από αυτή.
- **Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση υπηρεσιών**. Ειδικότερα, ισότητα στις δαπάνες και πόρους κατά κεφαλή, καθώς και στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.
- **Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος** μπορεί άλλοτε να δίνει έμφαση στο νοσοκομείο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και αντίστοιχα να στοχεύει

---

<sup>1</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

<sup>2</sup> Turcotte, 2001

στη θεραπευτική διαδικασία της νόσου. Από την άλλη, διαφορετικά συστήματα έχουν ως επίκεντρο, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα, να δίδεται το βάρος στην πρόληψη της αρρώστιας και στην αποκατάσταση μετά τη θεραπεία.<sup>3</sup>

Σύμφωνα με έρευνα στην Ιρλανδία, γίνεται προσπάθεια εκεί, ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους ασθενείς, να παρέχονται κατάλληλες υπηρεσίες οι οποίες είναι εύκολα προσβάσιμες. Στόχος της παροχής κατάλληλων υπηρεσιών υγείας είναι, η διατήρηση της αξιοπρέπειας και ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων στο χώρο τους έχοντας την ασφάλεια και την άνεση τους. Εντούτοις, ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι άنيση και με εμπόδια.<sup>4</sup>

Μία άλλη έρευνα, που θα παρουσιαστεί παρακάτω, περιλαμβάνει τον πληθυσμό 15 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ηλικίας από 15 ετών και άνω. Οι ερωτήσεις της έρευνας οι οποίες απαντήθηκαν ήταν σχετικές με την κατάσταση των συστημάτων υγείας στις χώρες τους και τις απόψεις τους για το πόσο είναι σημαντικό να γίνουν μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας.

Η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ιταλία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης του συστήματος υγείας στις χώρες τους. Το ποσοστό εκείνων που δηλώνουν ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι με την κατάσταση του συστήματος υγείας στην Ισπανία, είναι το υψηλότερο ανάμεσα στις 15 χώρες τις Ευρωπαϊκής Ένωσης (34%). Από την άλλη πλευρά η Δανία παρουσιάζει το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης (90%).<sup>5</sup>

Επίσης, φαίνεται να σχετίζεται η υψηλή δυσαρέσκεια με την άποψη ότι, το σύστημα υγείας χρειάζεται θεμελιώδης αλλαγές. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό των ερωτηθέντων που ζητούν θεμελιώδεις αλλαγές ή μεταρρυθμίσεις στο σύστημα (56%), είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσοστό εκείνων που δηλώνουν δυσαρεστημένοι με τις υπηρεσίες υγείας. Παρόμοια κατάσταση ισχύει και σε άλλες χώρες (κυρίως στο Βέλγιο, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία και στην Πορτογαλία)<sup>6</sup>

Στη Σουηδία δίδεται προτεραιότητα θεραπείας σε άτομα με μερική αναπηρία εξαιρώντας από τη διαδικασία άτομα άνω των 70 ετών. Στη Ν. Ζηλανδία άτομα άνω

---

<sup>3</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

<sup>4</sup> [www.ncaop.ie](http://www.ncaop.ie) [πρόσβαση: 27 Σεπτεμβρίου 2011 ]

<sup>5</sup> Παπαθανασίου, 2006

<sup>6</sup> Παπαθανασίου, 2006

των 75 ετών δεν επιλέγονται για αιμοδιάλυση ή μεταμόσχευση νεφρού. Επιπλέον, άτομα ακόμη μεγαλύτερα είναι δύσκολο και ακατόρθωτο να διασφαλίσουν επέμβαση bypass. Ομοίως, στο Ηνωμένο βασίλειο η ηλικία από παλαιότερα παραμένει καθοριστικός παράγοντας για ένα άτομο προκρινόμενου να υποβληθεί σε καρδιακή επέμβαση, σε αιμοκάθαρση ή σε κάποιες άλλες θεραπείες.<sup>7</sup>

## **1.2 . Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Ξεκινώντας από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , επιβεβαιώνεται ότι αποτελεί αναμφίβολα τη βάση του συστήματος υγείας κάθε χώρας και το βασικό πυλώνα για την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, την παρακολούθηση, καθώς και την αποκατάσταση και επανένταξη των ασθενών. Είναι η πρώτη επαφή του ατόμου με το σύστημα υγείας και αφορά την εξωνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας στο μεμονωμένο άτομο, στο κοινωνικό σύνολο και στην κοινότητα γενικότερα. Εκφράζει μια ευρύτερη έννοια που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα .

Επιγραμματικά οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εστιάζουν:

- ❖ στην πρόληψη
- ❖ στην κατ' οίκον νοσηλεία
- ❖ στην προστασία και προαγωγή υγείας
- ❖ στην αγωγή υγείας
- ❖ στη δημόσια υγεία
- ❖ συμβολή στην προστασία του περιβάλλοντος<sup>8</sup>

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά κυρίως η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη παρέχεται στη χώρα μας από τα τους παρακάτω φορείς:

### **1.2.1. Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία.**

Αυτά αναλαμβάνουν συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης. Έτσι υπάρχουν τα κέντρα υγείας «αστικού τύπου» και «μη αστικού τύπου». Τα πρώτα παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , στα μεγάλα αστικά κέντρα και ασθενής

---

<sup>7</sup> Παπαθανασίου, 2006

<sup>8</sup> [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr) [πρόσβαση:28 Σεπτεμβρίου 2011]

με χρόνια νοσήματα. Σκοπός τους είναι να παρέχουν την ελάχιστη αλλά ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών. Τα «μη αστικού τύπου» κέντρα υγείας προσφέρουν με τη σειρά τους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αγροτικές περιοχές καθώς και ημιαστικές.<sup>9</sup>

### **1.2.2. Τα εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων**

Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης παρέχονται και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Πριν την ανέγερση των κέντρων υγείας και εξαιτίας της ελλιπούς στελέχωσης αυτών σε αγροτικές περιοχές τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων επιφορτίζονταν σε μεγάλο βαθμό με την ευθύνη για παροχή υπηρεσιών, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Το 1/3 των εξωτερικών ιατρείων βρίσκεται στην περιοχή της Αττικής ενώ άνιση κατανομή παρατηρείται στην επαρχία με ελλείψεις υπηρεσιών, εξοπλισμού, ειδικών γιατρών και εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.<sup>10</sup>

### **1.2.3. Τις κινητές μονάδες**

Οι κινητές μονάδες κατέχουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της πρόληψης. Παρέχουν υπηρεσίες πρωτογενούς φροντίδας και σκοπός τους είναι η εγκυρότερη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών για παθήσεις (ψυχικές και σωματικές) καθώς και η αποκατάσταση του ασθενούς έπειτα από την ύφεση της οξείας φάσης.

### **1.2.4. Τους φορείς ασθένειας ή τους κλάδους ασθένειας των ασφαλιστικών οργανισμών**

Οι φορείς αυτοί, χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Τα περισσότερα ταμεία πραγματοποιούν συμβάσεις με ιδιωτικούς γιατρούς και εργαστήρια σε αντίθεση με το Ι.Κ.Α όπου το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρεται μέσα από ένα δικό του ευρύ και αποκεντρωμένο δίκτυο πολυιατρίων και ιατρείων.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Κουκούλη, 2010

<sup>10</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

<sup>11</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

### **1.2.5. Από την τοπική αυτοδιοίκηση,**

Πολλοί δήμοι προσφέρουν υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα μέσω των Κ.Α.Π.Η. Σε αυτά, προσφέρονται υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και συνταγογράφησης ενώ στελεχώνονται από νοσηλευτές, ιατρούς, φυσιοθεραπευτές και σε αρκετές περιπτώσεις από εργοθεραπευτές..

### **1.2.6. Τον ιδιωτικό τομέα υγείας**

Επειδή στα πρώτα βήματα ανάπτυξης του Ε.Σ.Υ. δόθηκε μεγάλη έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα αλλά και διότι, η χώρα διαθέτει πολύ μεγάλο αριθμό γιατρών, σε σχέση με τον πληθυσμό της, η πλειονότητα αυτών αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στην άσκηση ιδιωτικής ιατρικής, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο ιδιωτικός τομέας δεν αρκέστηκε στην παροχή υπηρεσιών μέσα από τα ιατρεία αλλά επένδυσε σημαντικά κεφάλαια στην υψηλή ιατρική τεχνολογία. Συνεπώς, οι τεχνολογικές εξελίξεις και η αδυναμία του δημόσιου τομέα να τις παρακολουθήσει δημιούργησε σημαντικές ευκαιρίες ιδιωτικών επενδύσεων.<sup>12</sup>

### **1.3. Δευτεροβάθμια περίθαλψη**

Η δευτεροβάθμια όπως και η τριτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία εξειδικευμένης αγωγής και παρακολούθησης. Αυτή παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία που λειτουργούν στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ, νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ, λοιπά μη κερδοσκοπικά), καθώς και σε ιδιωτικά τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του 2007, στο σύνολο των 313 νοσοκομείων που απαριθμεί η χώρα μας τα 167, σε ποσοστό 54% ανήκουν σε ιδιωτικές κλινικές ενώ τα υπόλοιπα 146, σε ποσοστό 46% ανήκουν σε δημόσια θεραπευτήρια.<sup>13</sup>

Ειδικότερα, στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης παρέχεται νοσηλεία, διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και διενεργούνται γενικές επεμβάσεις. Οι βασικές ιατρικές ειδικότητες είναι

---

<sup>12</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

<sup>13</sup> [www.iatriko.gr](http://www.iatriko.gr) [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]

εκείνες που καλύπτουν και παρέχουν υπηρεσίες στα νοσοκομεία δευτεροβάθμιας φροντίδας.<sup>14</sup>

#### 1.4. Τριτοβάθμια περίθαλψη

Η τριτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται από τα περιφερειακά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας. Αυτά διαφέρουν από τα νοσοκομεία της δευτεροβάθμιας περίθαλψης μιας και αναλαμβάνουν πιο εξειδικευμένα περιστατικά, υποστηρίζονται από σύγχρονο και εξειδικευμένο εξοπλισμό με υψηλό κόστος λειτουργίας και συντήρησης. Επίσης, βασίζονται σε εξειδικευμένες γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και απαιτεί τη συνεργασία διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων.<sup>15</sup>

Συνοψίζοντας τις παραπάνω μορφές περίθαλψης (πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), θα γίνει μια αναφορά στο ιδιαίτερο ενδιαφέρον που δίδεται στην ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Φαίνεται ότι, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των άμεσα συσχετιζόμενων με την υγεία μιας και:

- ❖ Η νοσοκομειακή περίθαλψη όπως και το νοσοκομείο παραμένει βασικό στοιχείο κάθε συστήματος παροχής υπηρεσιών
- ❖ Το νοσοκομείο είναι το μέρος στον οποίο απευθύνονται η μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού προκειμένου να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει προβλήματα υγείας.
- ❖ Τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας είναι άμεσα και συνεπώς εύκολα μετρήσιμα.
- ❖ Οι δαπάνες που δίδονται για την περίθαλψη είναι μεγαλύτερες από κάθε άλλο τομέα.

Ωστόσο, σε περίπτωση καλής ποιότητας των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης αυτόματα οδηγεί και στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από άλλους τομείς του συστήματος αφού αυτοί λειτουργούν συναινετικά αλληλοσυμπληρώνονται και υποστηρίζονται<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Κουκούλη, 2010

<sup>15</sup> Κουκούλη, 2010

<sup>16</sup> Σιγάλας, 2000

### 1.5. Διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας

Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση των επιπέδων περίθαλψης, ενώ παράλληλα βοηθά τον ασθενή να κινείται στο δαιδαλώδες σύστημα υγείας. Επειδή στις μέρες μας η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι αρκετά δαπανηρή ο τρόπος και η διαδικασία προσφυγής στο νοσοκομείο καλό θα είναι να ελέγχεται και να εξασφαλίζεται η ομαλή πρόσβαση σε αυτό και σε όσους το έχουν πραγματική ανάγκη.

Όλες οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν σε κάθε υγειονομική περιφέρεια, από το κέντρο υγείας με τα περιφερειακά του ιατρεία, τα δευτεροβάθμια νομαρχιακά νοσοκομεία μέχρι τα τριτοβάθμια περιφερειακά νοσοκομεία πρέπει να συνεργάζονται μεταξύ τους στα επίπεδα της **νοσηλευτικής-λειτουργικής** και **επιστημονικής-εκπαιδευτικής σύνδεσης**. Αυτή η λειτουργική διασύνδεση αποσκοπεί στην πλήρη και ολική, ποσοτικά και ποιοτικά, αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του συνόλου του πληθυσμού της υγειονομικής περιφέρειας. Η λειτουργική σύνδεση των επιπέδων περίθαλψης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον τρόπο οργάνωσης της πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης.<sup>17</sup>

### 1.6. Δυσκολίες που παρουσιάζονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη

Παρά τα σημαντικά βήματα των τελευταίων ετών για ανέγερση και λειτουργία σύγχρονων νοσοκομείων και αύξηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, παρατηρούνται ωστόσο να υπάρχουν σημαντικά προβλήματα σε διάφορους τομείς που επηρεάζουν με τη σειρά τους ολόκληρο το σύστημα. Μερικά από αυτά αφορούν:

- ❖ **Την κτηριακή υποδομή:** Πλην κάποιων ελαχίστων εξαιρέσεων, τα κτήρια στα οποία στεγάζονται οι νοσοκομειακές κλινικές, είναι πεπαλαιωμένα ενώ η αρχική κατασκευή κάποιων δεν ήταν κατάλληλη για να συστεγαστεί νοσοκομείο.
- ❖ **Τον τεχνολογικό εξοπλισμό:** Παρά τον εκσυγχρονισμό του τεχνολογικού εξοπλισμού τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρούνται ανισότητες στην κατανομή της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία.
- ❖ **Τους ανθρώπινους πόρους:** Παρά τα σημαντικά βήματα που έχουν γίνει παρατηρούνται ελλείψεις σε νοσηλευτικό, ιατρικό και παραϊατρικό

---

<sup>17</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

προσωπικό στα νοσοκομεία. Η άνιση κατανομή του, η ελλιπής μετεκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση καθώς και γενικά η έλλειψη κινήτρων για τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα, την αδυναμία του προσωπικού να καλύψει ή να ανταποκριθεί στις σύγχρονες μορφές περίθαλψης και νοσηλείας.

- ❖ **Τους οικονομικούς πόρους:** Το πρόβλημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι αρκετά μεγάλο. Οι αιτίες της οικονομικής κρίσης των νοσοκομείων οφείλονται στα εξής: α) πολιτική του ημερήσιου κλειστού νοσηλίου β) στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών υγείας γ) στην αδυναμία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας αποδοτικότητας του νοσοκομειακού προϊόντος δ) στην απουσία σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης.
- ❖ **Την διοίκηση-οργάνωση-διαχείριση:** Η έντονη γραφειοκρατία του δημόσιου λογιστικού είναι χαρακτηριστικό φαινόμενο των νοσοκομείων. Οι εργαζόμενοι δεν έχουν κίνητρα να αυξήσουν την ποιότητα και ποσότητα του έργου τους. Το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης δεν έφερε θετικά αποτελέσματα στην οργάνωση και λειτουργία με την οριοθέτηση των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ **Τις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες:** Ανάμεσα σε διάφορες περιοχές παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις στην ποσότητα και ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας με αποτέλεσμα, οι ασθενείς της επαρχίας να προσφεύγουν στα νοσοκομεία των αστικών κέντρων.
- ❖ **Την απουσία συστήματος παραπομπών:** Η έλλειψη παραπομπών δημιουργούσε συνθήκες υπερφόρτωσης των νοσοκομείων, ιδιαίτερα των μεγάλων αστικών κέντρων αλλά και ανισότητες στην πρόσβαση. Κάποια αλλαγή προσπαθείτε να επιτευχθεί έπειτα από την ψήφιση νομοσχεδίου. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με, το άρθρο 1 του νόμου Ν.3892/2010, η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα πλέον θα πραγματοποιείται υποχρεωτικά με γραπτή άδεια θεράποντα ιατρού(εφεξής παραπεμπτικό).<sup>18</sup>
- ❖ **Την απουσία συστημάτων διασφάλισης ποιότητας και καταλληλότητας της νοσοκομειακής φροντίδας:** Παρατηρούνται αποκλίσεις στην ποιότητα και αντιδεοντολογικές συμπεριφορές και πρακτικές εκ μέρους του ιατρικού

---

<sup>18</sup> ΦΕΚ,2010 βλ.πάρτημα



και νοσηλευτικού προσωπικού. Προγράμματα ποιοτικού ελέγχου στην ιατρική πράξη, είναι ανύπαρκτα στα ελληνικά νοσοκομεία.<sup>19</sup>

### **1.7. Ορισμός της ισότητας και παράγοντες που την επηρεάζουν**

Ο Whitehead <sup>20</sup> αναφέρει ότι, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «*Ισότητα στην υγεία σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες υγείας και ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους. Υπονοείται δηλαδή, δίκαιη κατανομή των πόρων βασισμένη στις ανάγκες υγείας και ίδια δυνατότητα σε όλους στην πρόσβαση για υπηρεσίες υγείας σε κάθε γεωγραφική περιοχή*». Από βιβλιογραφικές παραπομπές αναγνωρίζονται δυο τύποι ισότητας στην υγεία: η κάθετη και η οριζόντια. Ο ορισμός της κάθετης ισότητας εστιάζει, στην πλευρά της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ενώ, ο ορισμός της οριζόντιας ισότητας, δίνει περισσότερο το βάρος στην αρχή της ίσης θεραπείας για ίση ανάγκη και αφορά κυρίως, την πλευρά της πρόσβασης και χρησιμοποίησης.<sup>21</sup>

Η ύπαρξη κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην υγεία και ιδιαίτερα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, έχει διερευνηθεί σε πολλές χώρες. Το θέμα της ισότητας έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα δεδομένου ότι, η υγεία και κατ'ακολουθίαν οι υπάρχουσες ανισότητες δεν εξαρτώνται μόνο από βιολογικούς παράγοντες, αλλά συνάμα από τις επιλογές των ατόμων, τις συνθήκες διαβίωσης, εργασίας, κοινωνικής ένταξης, οικολογικό και πολιτιστικό περιβάλλον και ακόμα τη δομή της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης.

Σε όλες τις χώρες ανάλογα με την ιστορική και πολιτική συγκυρία παρατηρείται ότι, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με παρεμβάσεις – μεγαλύτερες ή μικρότερες-στην αγορά των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του κράτους.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Θεοδώρου και συν, 2001

<sup>20</sup> Whitehead (1990, στο Κυριόπουλος & Γείτονας, 2000)

<sup>21</sup> Κυριόπουλος & Γείτονας, 2000

<sup>22</sup> Κυριόπουλος & Γείτονας, 2000

## **1.8: Η έννοια της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας**

Με τον όρο αποτελεσματικότητα μιας παραγωγικής μονάδας εννοούμε τη σύγκριση μεταξύ των πραγματοποιηθέντων (observed) και των βέλτιστων (optimal) ποσοτήτων των εισροών ή/και των εκροών της παραγωγικής διαδικασίας.

Ο WHO <sup>23</sup> αναφέρει, ότι το χρέος της πολιτείας είναι να επιλέξει τους κατάλληλους συνδυασμούς υγειονομικών πόρων ώστε να, επιτυγχάνει την άριστη κατανομή τους, συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Ένας φορέας υγείας μπορεί να γίνει αποτελεσματικός σε πολύ μεγάλο βαθμό, υπό την προϋπόθεση των απεριόριστων πόρων. <sup>24</sup>

Σχεδόν σε κάθε χώρα οι υγειονομικές ανάγκες και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας αυξάνονται με ρυθμούς δυσανάλογους σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική φροντίδα. Επίσης, οι πολιτικές υγείας επιδιώκουν τη συγκράτηση του κόστους και αύξηση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών. Από τη δεκαετία του '80 δόθηκε έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και σηματοδοτήθηκε η αναγκαιότητα για τον έλεγχο του οφέλους και της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. <sup>25</sup>

Η αποτελεσματικότητα καθώς και η αποδοτικότητα όπου θα ορισθεί παρακάτω, αποτελούν σημαντικά κριτήρια για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

## **1.9. Η έννοια της αποδοτικότητας στις υπηρεσίες υγείας**

Η παρατηρούμενη συνεχής αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς την ύπαρξη των απαραίτητων πόρων κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, έχει οδηγήσει στην ανάγκη για τον έλεγχο του υγειονομικού κόστους. Οι πιέσεις από την κυβέρνηση, τις ασφαλιστικές εταιρίες καθώς και των ίδιων των ασθενών για τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας οδήγησαν στην ανάγκη μέτρων απόδοσης των οργανισμών φροντίδας υγείας. Αυτά σχετίζονται, με τη μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας υπό την αρχή της

---

<sup>23</sup> WHO <sup>23</sup>(1981, στο Κοντοδημόπουλος,2006)

<sup>24</sup> Κοντοδημόπουλος,2006

<sup>25</sup> Τσάκος,2000

ισοκατανομής των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αποδοτικότητα αποτελεί, το πρώτο βήμα στην αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων και πιθανώς αποτελεί το βασικό μέσο για έλεγχο και ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.<sup>26</sup>

Ο McGuire και συν<sup>27</sup> αναφέρθηκε, στον όρο της αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά μέγιστη, όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος-εκροής παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα, ή όταν με δεδομένο κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος-εκροής.

Μέσα από τη χρήση της μη-παραμετρικής μεθόδου των «βέλτιστων προτύπων αποδοτικότητας», έγινε μια προσπάθεια αξιολόγησης των ελληνικών νοσοκομείων. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων εξήχθησαν συμπεράσματα για την πολιτική υγείας στη δευτεροβάθμια φροντίδα της χώρας. Συμπερασματικά θα αναφερθεί ότι, αναδείχθηκε ο κεντρικός χαρακτήρας του ΕΣΥ με την υπερσυγκέντρωση των πόρων (ανθρώπινων και οικονομικών) στις μεγάλες πόλεις εις βάρος των νοσοκομείων των αγροτικών, ημιαστικών περιοχών, με αποτέλεσμα το σύστημα να εμφανίζει χαμηλή αποδοτικότητα<sup>28</sup>

#### **1.10. Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Την περίοδο που διανύουμε η ζήτηση των πολιτών για υπηρεσίες υγείας φαίνεται να παρουσιάζει αύξηση εξαιτίας των δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και τεχνολογικών αλλαγών ενώ, δεν επαρκούν οι δαπάνες για την υγεία. Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητα του και την ικανοποίηση των πολιτών, αφού καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο χρηματοδότησης τους και έχει σχέση με τις διαδικασίες άντλησης των πόρων. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης του ελληνικού δημόσιου τομέα υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, η κοινωνική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση, οι ίδιες πληρωμές και το ημερήσιο νοσήλιο. Καθεμιά έχει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται με τον όγκο, την ποιότητα, την τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> Γούναρης κ.α., 2000

<sup>27</sup> McGuire και συν<sup>27</sup>(1992, Κοντοδημόπουλος, 2006)

<sup>28</sup> Γούναρης κ.α. ,2000

<sup>29</sup> Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού/Αναγνωστοπούλου. 2009

Με στοιχεία του έτους 2001 η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε περίπου το 64% των δημόσιων πόρων ενώ η πρωτοβάθμια περίθαλψη μόλις το 14% ενώ το υπόλοιπο 22% λαμβάνονταν από τη φαρμακευτική περίθαλψη.<sup>30</sup>

### 1.11. Δαπάνες για την υγεία

Οι δαπάνες είναι δυο κατηγοριών, οι δημόσιες και ιδιωτικές. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις δαπάνες για:

- ❖ Φορείς κοινωνικής ασφάλισης
- ❖ Επιχορηγήσεις σε Δημόσια Υγειονομικά Ιδρύματα
- ❖ Ιατροφαρμακευτική & Νοσοκομειακή Φροντίδα των πολιτικών και στρατιωτικών υπαλλήλων καθώς και των συνταξιούχων του δημοσίου
- ❖ Δημόσιες επενδύσεις

Αντίστοιχα η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις δαπάνες για :

- ❖ Ανασφάλιστους
- ❖ Υπηρεσίες και αγαθά υγείας που δεν καλύπτουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί όπως οπτικά, οδοντιατρικές εργασίες ,ορθοπεδικά υλικά, φυσικοθεραπείες κ.α.
- ❖ Συμμετοχή ασφαλισμένων στα έξοδα παροχής φροντίδων υγείας
- ❖ Κάλυψη εξόδων από τη διαφορά θέσης
- ❖ Άτυπες αμοιβές γιατρών όπως εγχειρήσεις κ. α.
- ❖ Ιδιωτικές επενδύσεις<sup>31</sup>

Σύμφωνα με στοιχεία των Νιάκα (2002) & Ματσαγγάννη (2007), έπειτα από διαχρονική παρακολούθηση ο κρατικός προϋπολογισμός υποκαθιστά χρηματοδοτικά την κοινωνική ασφάλιση ενώ συγχρόνως αυξάνεται η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα. Αξίζει να αναφερθεί ότι, το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στην χώρα μας είναι από τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (9,7% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος [ΑΕΠ] για το έτος 2000 και 8,4 του ΑΕΠ για το 1998) καθώς επίσης

<sup>30</sup> Θεοδώρου και συν., 2001

<sup>31</sup> Σούλης, 1999

διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών (46% της συνολικής δαπάνης ή 4,5% του ΑΕΠ) και ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δημόσιων δαπανών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Με βάση τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι, το σημείο απόκλισης της Ελλάδας από τις άλλες αναπτυγμένες χώρες δεν είναι το μέγεθος των δαπανών αλλά η κατανομή τους. Το 1991, η νοσοκομειακή περίθαλψη απορροφούσε το 63,5% , των δημόσιων δαπανών, η Π.ΦΥ. το 14,2 %, η φαρμακευτική περίθαλψη το 15,8% και το 6,7% άλλες φροντίδες.

Το τμήμα της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία που καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση είναι μικρό και τα έξοδα περίθαλψης επιβαρύνουν κυρίως το χρήστη. Γύρω στο 90% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι άμεσες δαπάνες των χρηστών και μόλις το 10% είναι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση. Οι ιδιωτικές δαπάνες γενικά, αφορούν περισσότερο την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (68%) και λιγότερο τη φαρμακευτική (17%) και στη νοσοκομειακή (15%).<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Αδαμακίδου&Καλοκαιρινού/Αναγνωστοπούλου,2009

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

### **2.1. Κριτήρια επιλογής επαγγέλματος**

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, παρουσιάζεται κορεσμός σε ορισμένα επαγγέλματα υγείας κι ακολούθως, παρατηρείται μεγάλο πρόβλημα της επαγγελματικής αποκατάστασής τους. Αυτό δε συμβαίνει όμως με τους νοσηλευτές που τείνουν να έχουν θετικές, έως πολύ θετικές προοπτικές αποκατάστασης.

Στα επαγγέλματα του τομέα της υγείας, και πρόνοιας ή κοινωνικής αλληλεγγύης υπάγονται κάποια από τα πιο δημοφιλή, όπως είναι, του γιατρού, του νοσηλευτή, του κοινωνικού λειτουργού του ψυχολόγου, του φυσιοθεραπευτή, του λογοθεραπευτή, του επισκέπτη υγείας και του τεχνολόγου ιατρικών μηχανημάτων και εργαστηρίων.

Σύμφωνα με, την ελληνική βιβλιογραφία, τα κριτήρια που επηρεάζουν την επιλογή ενός επαγγέλματος υγείας είναι:

- **Το οικογενειακό περιβάλλον**

Είναι πολύ σημαντική η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος και η ενθάρρυνσή του, στην επιλογή του επαγγέλματος. Μια μελέτη των Sewell και Shah, υπέδειξε ότι, όπου η γονική ενθάρρυνση ήταν χαμηλού επιπέδου, σχετικά λίγοι μαθητές σκόπευαν να συνεχίσουν σε κάποιο κολέγιο. Αντίθετα, όπου η γονική ενθάρρυνση ήταν σημαντική το ποσοστό των μαθητών που είχε σκοπό να πάει σε κολέγιο ήταν αυξημένο ακόμα κι όταν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας ήταν χαμηλό.<sup>33</sup>

- **Η Κοινωνική καταξίωση**

Στην ελληνική βιβλιογραφία, το αίσθημα κοινωνικής καταξίωσης φαίνεται να, επηρεάζει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας ως, προς την επιλογή του επαγγέλματος. Αυτό επαληθεύεται από μια έρευνα, που υλοποιήθηκε στα πλαίσια Γενικών νοσοκομείων της Ελλάδας και αναφερόταν στην επίδραση της εργασίας στους επαγγελματίες υγείας. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 61%, απάντησε θετικά στο αίσθημα κοινωνικής καταξίωσης που ένιωθαν. Αξιοσημείωτο είναι ότι, οι

---

<sup>33</sup> Banks, 1987

νοσηλευτές δε φάνηκε να νιώθουν κοινωνική καταξίωση από το επάγγελμά τους με ποσοστό 48,5%. Αντίθετα, θετικοί ήταν οι γιατροί.<sup>34</sup>

- **Η Οικονομική αποκατάσταση του επαγγέλματος**

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, σε νοσοκομεία της Αθήνας και στο Πανεπιστήμιο Αθηνών που αφορούσε τα κριτήρια επιλογής, στην ιατρική, υπέδειξε ότι, οι υψηλότερες αποδοχές δεν αποτέλεσαν καθοριστικό παράγοντα.<sup>35</sup>

- **Η Επαγγελματική αποκατάσταση**

Τα επαγγέλματα υγείας και κυρίως του νοσηλευτή κατατάσσεται στα 50 πιο περιζήτητα επαγγέλματα της αγοράς εργασίας σήμερα. Δεν υπάρχει ανεργία για τους Νοσηλευτές, αφού η Ελλάδα υπολείπεται κατά 30.000, προκειμένου να στελεχωθούν ικανοποιητικά όλες οι υπηρεσίες υγείας.<sup>36</sup>

- **Η Διάθεση προσφοράς στο συνάνθρωπο**

Η ανθρώπινη φύση είναι πολύπλοκη και πολυδιάστατη. Έτσι και τα επαγγέλματα υγείας στην προσπάθειά τους να εστιάσουν στον άνθρωπο αποκτούν αυτόματα πολλές διαστάσεις. Λαμβάνοντας υπόψη τη μοναδικότητα του ατόμου έχουν καταφέρει να προσεγγίσουν ολιστικά τον ασθενή ή και να τον αντιμετωπίσουν όχι μόνο ως βιολογική οντότητα αλλά και ως ψυχική, πνευματική και κοινωνική. Το κυρίαρχο στοιχείο που απαιτείται στα επαγγέλματα υγείας είναι η αγάπη για τον άνθρωπο, καθώς έχει τελικό σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας, την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών και την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

## **2.2. : Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών παρατηρήθηκε δραματική αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, δημιουργώντας νέες προκλήσεις και απαιτήσεις στις υπηρεσίες υγείας όλων των χωρών. Τα επαγγέλματα υγείας, διεθνώς μελετούν και εφαρμόζουν αλλαγές ώστε να, ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού. Γι' αυτόν το λόγο, τα προγράμματα σπουδών

---

<sup>34</sup> Περάκη και συν., 2009)

<sup>35</sup> Πεχλιβανίδου και συν, 2008

<sup>36</sup> Περράκη-Πλατάκη 2009

διαμορφώνονται ανάλογα, ώστε να, περιλαμβάνουν θέματα σχετικά με τη γήρανση και τους ηλικιωμένους, ενώ έχει αναπτυχθεί και η εξειδίκευση στη Γεροντολογία και τη Γεροντολογική όλων των επαγγελματιών υγείας.<sup>37</sup>

Σκοπός αυτών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων είναι, η πληρέστερη προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των σύνθετων προβλημάτων της γήρανσης. Σύμφωνα με, έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο χώρο της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, δείχνουν ότι, οι φοιτητές θεωρούν περισσότερο ενδιαφέροντες τους χώρους με τους νέους ενήλικες και τα παιδιά.<sup>38</sup>

Η αλλαγή της στάσης ως προς τους ηλικιωμένους, μέσω της εκπαίδευσης, είναι μια παράμετρος που έχει μελετηθεί εκτενώς αναφορικά με τον τρόπο που μπορεί να επηρεάσει την επιθυμία των επαγγελματιών υγείας, να εργαστούν με τους ηλικιωμένους. Επίσης σκοπός είναι, να παρέχουν ποιοτική νοσοκομειακή φροντίδα, καθώς και γνώση που μπορεί να βελτιωθεί όχι μόνο, μέσα από τη θεωρητική εκπαίδευση, αλλά και με κατάλληλη κλινική άσκηση. Η κλινική άσκηση των φοιτητών τόσο στην κοινότητα όσο και στα νοσοκομεία στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, τούς επιτρέπει να αποκτήσουν εμπειρία στους δύο αυτούς χώρους και να εμβαθύνουν στις ανάγκες τόσο των υγιών όσο και των ασθενών ηλικιωμένων.<sup>39</sup>

Μια άλλη έρευνα που έλαβε χώρα στην Αμερική παρουσιάζει ότι οι ιατρικές σχολές με προγράμματα σχεδιασμένα ειδικά για εργασία με ηλικιωμένους ασθενείς δεν αποτελούν πόλο έλξης για τους φοιτητές. Συνέπεια των παραπάνω είναι, η έλλειψη ενδιαφέροντος καθώς και η αφιέρωση ελάχιστου χρόνου από αυτά τα προγράμματα για τους ηλικιωμένους.<sup>40</sup>

Επίσης στην ίδια χώρα μόλις το 10% των ιατρικών σχολών περιελάμβανε στο πρόγραμμα σπουδών μαθήματα γηριατρικής. Ωστόσο, τα εντατικά προγράμματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής σε φοιτητές και επαγγελματίες υγείας φαίνεται να βελτιώνουν τη στάση ως προς τους ηλικιωμένους, την ικανοποίηση που αντλούν από

---

<sup>37</sup> Λαμπρινού και Σουρτζή, 2007

<sup>38</sup> Λαμπρινού, και Σουρτζή, 2007

<sup>39</sup> Λαμπρινού, και Σουρτζή, 2007

<sup>40</sup> Palmore, 1990



την εργασία τους, καθώς και την πορεία της υγείας των ηλικιωμένων κατά τη νοσηλεία και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.<sup>41</sup>

Αναλύοντας, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, μελέτες αναφέρουν ότι, η εκπαιδευτική προετοιμασία του προσωπικού υγείας αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα που καθορίζει τη συμπεριφορά του, ως προς τους ηλικιωμένους. Σε μελέτη που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρεται ότι, το 80% των νοσηλευτών διέκριναν τις σχετικές εκπαιδευτικές τους ανάγκες ως προτεραιότητα και αναγνώρισαν ότι, εκπαιδεύτηκαν σε μια εποχή όπου δινόταν λίγη σημασία στη Γεροντολογία και στη Γηριατρική. Στο πρόγραμμα εκπαίδευσης για τη φροντίδα των ηλικιωμένων πρέπει να αναφέρονται θέματα που καλύπτουν τη γήρανση του πληθυσμού ως φυσιολογική διαδικασία αλλά και ως δημογραφική παράμετρο, τη βιολογία, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και την παροχή κοινοτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η σημασία των γνώσεων που αφορούν σε όλη την πορεία της διαδικασίας της γήρανσης, αλλά και των θεμελιωδών εννοιών όπως, η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός, που είναι πολύ σημαντικές για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, δεν πρέπει να παραθεωρούνται.<sup>42</sup>

Επιπλέον, θεωρείται εξαιρετικά σημαντική η προετοιμασία καθηγητών με κατάλληλες γνώσεις και κλινική εμπειρία στην ειδίκευση της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής. Οι επαγγελματίες υγείας, με υψηλό επίπεδο γνώσεων στη Γηριατρική και στη Γεροντολογία, αλλά και με εμπειρία στη φροντίδα των ηλικιωμένων, έχουν θετικότερη στάση ως προς αυτούς. Το ίδιο υποστήριξαν ο Sheffl er, οι Hartley et al και οι Rosencranz και McNevin, οι οποίοι βρήκαν ότι η εμπειρία μπορεί να έχει επίδραση στα αισθήματα ως προς τους ηλικιωμένους. Τα ευρήματα των διαφόρων μελετών επικεντρώνονται στην ανάγκη βασικής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, προκειμένου να εξαλειφθούν οι αρνητικές συμπεριφορές προς τους ηλικιωμένους.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Λαμπρινού και Σουρτζή, 2007

<sup>42</sup> Λαμπρινού και Σουρτζή, 2007

<sup>43</sup> Λαμπρινού, και Σουρτζή, 2007

### 2.3: Επαγγελματική ικανοποίηση

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα στην οργανωτική ψυχολογία, κυρίως γιατί, θεωρείται ότι, έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού, όσο και με το ενδιαφέρον των νοσοκομειακών ιδρυμάτων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα και σε πολλές περιπτώσεις, σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό.<sup>44</sup>

Αν και αρχικά θεωρούνταν ότι, οι εργαζόμενοι είχαν μόνο μια συνολική αίσθηση ικανοποίησης για την εργασία τους, πλέον έχει γίνει κατανοητό ότι, αυτοί μπορούν επίσης, να έχουν διαφορετικά συναισθήματα για διαφορετικές πλευρές της εργασίας, περιλαμβανομένων της ίδιας της φύσης της εργασίας, της αμοιβής τους, των συναδέλφων τους και άλλων σχετικών παραμέτρων. Έτσι, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και, επομένως, μπορεί να διακριθεί σε εσωγενή και εξωγενή ικανοποίηση.<sup>45</sup>

Επομένως, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αναγνωρίζεται πλέον ως μια απλή, μονοδιάστατη έννοια, αλλά ως ένα πολύπλοκο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές όψεις ενός επαγγέλματος, οι οποίες προκύπτουν από τις προσδοκίες ενός ατόμου για την εργασία του και τις εμπειρίες του.<sup>46</sup> (Μπόρου και συν, 2010)

Σ' αυτές τις παραμέτρους έρχεται να προστεθεί και το θετικό συναίσθημα από την εργασία (ψυχολογική μεταβλητή) που ευοδώνει την ικανοποίηση. Η δυνατότητα παροχής ικανοποιητικής φροντίδας στον ασθενή και οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Σε μελέτη στις ΗΠΑ βρέθηκε ότι, το υψηλό εργασιακό άγχος και η πλημμελής συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδηγούσαν σε χαμηλή ικανοποίηση, ενώ αντίθετα ο παράγοντας αυτονομία συσχετίστηκε θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση. Οι νοσηλευτές στη Βρετανία θεωρούν ότι, οι σχέσεις με τους συναδέλφους τους, υστερούν σε σχέση με το τι συμβαίνει σε άλλες χώρες όπως, στην Αυστραλία, ενώ ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Στη Λιθουανία, ένα αναπτυσσόμενο κράτος, η

---

<sup>44</sup> Κάντας, 2008

<sup>45</sup> Κάντας, 2008

<sup>46</sup> Μπόρου και συν, 2010

ικανοποίηση των γιατρών κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, με, κύρια αιτία δυσαρέσκειας να αναφέρεται ο φόρτος εργασίας. Στο Πακιστάν, μια φτωχή και υπανάπτυκτη χώρα, οι ιατροί δηλώνουν μη ικανοποιημένοι και τα κυριότερα αίτια είναι, οι οικονομικές απολαβές<sup>47</sup>

Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση αφού σε έρευνα που έγινε σε δημόσιο νοσοκομείο βρέθηκε ότι, το 51,1% του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζει δυσαρέσκεια που, οφείλεται κυρίως στις συνθήκες εργασίας και στη χαμηλή εκτίμηση που απολαμβάνει η προσφορά του, ενώ σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι, οι οικονομικές απολαβές θεωρούνται ως, ένα από τα βασικά αίτια δυσαρέσκειας στους εργαζομένους κατηγορίας ΤΕ. Η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα.<sup>48</sup>

Οι νοσηλευτές είναι η ομάδα των επαγγελματιών υγείας με τη χειρότερη επίδοση στο ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Παράμετροι όπως το ωράριο (εξαντλητικές διπλοβάρδιες), η απουσία αναγνώρισης του έργου του νοσηλευτή (μισθολογική και ηθική) αποτελούν μέρος του προβλήματος. Ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη κοινωνικής και συναδελφικής υποστήριξης και οι ελλείψεις στο προσωπικό εξουθενώνουν τον επαγγελματία υγείας.<sup>49</sup>

#### **2.4.: Επαγγελματική εξουθένωση**

Ένα από τα ζητήματα που απασχολούν ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες, είναι αυτό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τις έρευνες που διενεργήθηκαν σχετικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει γίνει γνωστό ότι, κάποια επαγγέλματα όπως, γιατροί και νοσηλευτές, βρέθηκαν να είναι περισσότερο αγχώδη από άλλα. Γενικότερα, όμως, η επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται κατεξοχήν στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του επαγγέλματός τους και της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, καθώς και εξαιτίας των αντίξοων εργασιακών συνθηκών. Τα βασικά χαρακτηριστικά που περιλαμβάνει η επαγγελματική εξουθένωση είναι, η συναισθηματική εξουθένωση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικής επίτευξης. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια

---

<sup>47</sup> Μπόρου και συν, 2010

<sup>48</sup> Μπόρου και συν, 2010

<sup>49</sup> Αλεξιάς και συν, 2010

μορφή εργασιακού στρες, οπότε αναμένεται να συνδέεται με τη χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία.<sup>50</sup>

#### **2.4.1. Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Στους Ιατρούς**

Οι ιατροί αποτελούν μία ομάδα εργασίας περισσότερο επιβαρημένη στους παράγοντες του εργασιακού στρες λόγω της φύσης του επαγγέλματος. Σύμφωνα με, τον Jancin (2002) ο ιατρικός κλάδος επιβαρύνεται, από το φόβο του λάθους. Ένα ιατρικό σφάλμα μπορεί να επιφέρει ακόμα και το θάνατο ή μόνιμες βλάβες στο άτομο. Ιδιαίτερα οι γιατροί που εργάζονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών πρέπει να είναι γρήγοροι και αποτελεσματικοί καθώς, η ζωή του ασθενούς εξαρτάται από την ταχύτητα της αντίδρασης του. Ταυτόχρονα, το εργασιακό ωράριο είναι έντονο και κουραστικό με εικοσιτετράωρες εφημερίες κατά τις οποίες, δεν είναι λίγες οι φορές που παραμένουν εντελώς άυπνοι λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας.<sup>51</sup>

#### **2.4.2. Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης Στους Νοσηλευτές**

Ο νοσηλευτικός κλάδος είναι και αυτός ιδιαίτερα ευάλωτος στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Ο βασικότερος παράγοντας είναι ο πόνος και η οδύνη των ασθενών. Πολλές νόσοι, είναι οδυνηρές και συχνά, οι νοσηλευτές καλούνται να περιποιηθούν άτομα που βιώνουν έντονους πόνους και αγωνία για την έκβαση της ασθένειάς τους. Δεν είναι λίγες οι φορές που παρακολουθούν άτομα που γνωρίζουν και περιθάλπουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα να καταλήγουν, χωρίς να μπορούν να τους προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια.

Τέλος, οι νοσηλευτές έχουν συχνά να αντιμετωπίσουν την μη αναγνώριση από τον ιατρικό κλάδο, αλλά και από τους νοσηλευόμενους που τους οδηγεί σε περαιτέρω συναισθηματική κόπωση.<sup>52</sup> Η επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές, όπως και στους γιατρούς, οδηγεί στον κυνισμό και στην έλλειψη συμπάθειας για τους ασθενείς. Η εργασία μετατρέπεται σε χώρο αγγαρείας και μη ικανοποίησης.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> Αλεξιάς και συν, 2010)

<sup>51</sup> Χατζηγιάννη, 2004

<sup>52</sup> Bakker et al. στο Χατζηγιάννη 2004

<sup>53</sup> Holmqvist στο Χατζηγιάννη 2004

### 2.4.3. Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Κοινωνικούς Λειτουργούς

Το Επάγγελμα του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα απαιτητικό όσον αφορά στο συναισθηματικό τομέα καθώς το αντικείμενό του κατά κύριο λόγο είναι άτομα που αντιμετωπίζουν πρακτικές και συναισθηματικές αδικίες.<sup>54</sup>

Ταυτόχρονα, έρχεται αντιμέτωπος με περιστατικά που τον φορτίζουν συναισθηματικά. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο κατά την παροχή στήριξης στο άτομο και την οικογένειά του, να εισπράξει εκείνος την φόρτιση, το άγχος και τον πόνο που βιώνουν και στο τέλος της συνεδρίας οι εξυπηρετούμενοι να φεύγουν ανακουφισμένοι, ενώ ο ίδιος είναι καταβεβλημένος.<sup>55</sup>

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που παρουσιάζουν εργασιακό άγχος, νοιώθουν πως δεν υπάρχουν λύσεις για τα προβλήματα των περιστατικών τους αλλά και της υπηρεσίας τους και αισθάνονται αδύναμοι να εργαστούν αποτελεσματικά. Έχουν την τάση να γίνονται παθητικοί και αποστασιοποιημένοι.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Hatinen et al, ,2004

<sup>55</sup> Barbier στο Χατζηγιάννη 2004

<sup>56</sup> Χατζηγιάννη, 2004

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

### 3.1: Ορισμός των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων

Είναι γενικά αποδεκτό ότι, το Σύνταγμα περιλαμβάνει κανόνες, οι οποίοι ρυθμίζουν αφενός την οργάνωση και την άσκηση της κρατικής εξουσίας και αφετέρου, τις σχέσεις μεταξύ πολιτείας και πολιτών. Οι κανόνες αυτοί χαρακτηρίζονται ως, δημόσιες ελευθερίες ή θεμελιώδη δικαιώματα ή ανθρώπινα δικαιώματα.<sup>57</sup>

Τα θεμελιώδη δικαιώματα καθορίζουν το ποσοστό ελευθερίας που διαθέτουν τα μέλη συγκεκριμένης κοινωνίας σε σχέση με την κρατική δύναμη, οριοθετώντας έτσι, το μέγεθος της αυθυπαρξίας και του αυτοκαθορισμού που διαθέτει κάθε άνθρωπος.<sup>58</sup>

Είναι επίσης σκόπιμο, να διευκρινισθεί ότι, τα θεμελιώδη δικαιώματα ευρισκόμενα στο Σύνταγμα έχουν αυξημένη τυπική δύναμη. Αυτό σημαίνει ότι, δεν καταργούνται ή μεταβάλλονται από τυπικό νόμο ή οποιαδήποτε κανονιστική πράξη της εκτελεστικής λειτουργίας, αλλά θέτουν τα όρια και το νομικό πλαίσιο εντός, του οποίου οφείλουν να κινούνται τα συντεταγμένα όργανα της πολιτείας σε ό,τι αφορά τις σχέσεις τους με τους πολίτες. Υπό την ανωτέρω εκδοχή, τα θεμελιώδη δικαιώματα έχουν διακλαδικό νομικό χαρακτήρα, καθώς θέτουν τους πρωταρχικούς κανόνες του διοικητικού, του ποινικού, του εργατικού, του αστικού, καθώς και του δικονομικού δικαίου συνολικά.<sup>59</sup>

Τα θεμελιώδη δικαιώματα διακρίνονται σε:

- ❖ **ατομικά**, είναι εκείνα εκ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, τα οποία διαθέτουν αρνητικό περιεχόμενο, διασφαλίζουν τη νομική κατάσταση αρνητικά και θεμελιώνουν αξίωση για αποχή της κρατικής εξουσίας.
- ❖ **πολιτικά**, είναι εκείνα εκ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, τα οποία διαθέτουν ενεργητικό περιεχόμενο και θεμελιώνουν αξίωση για συμμετοχή του υποκειμένου του στην κρατική εξουσία.

---

<sup>57</sup> Χρυσόγονος,2001

<sup>58</sup> Χρυσόγονος, 2001

<sup>59</sup> Χρυσόγονος,2001

- ❖ **κοινωνικά**, είναι εκείνα εκ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, τα οποία έχουν θετικό περιεχόμενο, θεμελιώνουν αξίωση για παροχή ορισμένων υπηρεσιών και αξίωση οικονομικών παροχών.<sup>60</sup>

### 3.2 : Ανθρώπινα δικαιώματα και υγεία

Πολλές συζητήσεις έχουν γίνει σχετικά με, το δικαίωμα στην υγεία ή στη φροντίδα υγείας ή, ακόμη, εάν η διατήρηση της, είναι υποχρέωση και καθήκον όλων των ανθρώπων. Η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της υγείας είναι σαφώς αποτυπωμένη στα κείμενα των διεθνών οργανισμών, οι οποίοι αναγνώρισαν τη σχέση αυτή και την κατοχύρωσαν μέσω διακηρύξεων και διατάξεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ήταν ο πρώτος οργανισμός που αναφέρθηκε σ' αυτό το δικαίωμα. Το καταστατικό του Π.Ο.Υ. (1946) ορίζει ότι, *«η υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία της νόσου ή της ανικανότητας»*.<sup>61</sup>

Ο ορισμός, δηλαδή, αναφέρεται στην έννοια του ατομικού δικαιώματος και συγχρόνως αντιμετωπίζει την υγεία ως κοινωνικό στόχο. Επίσης, διακηρύσσει ότι «η απόλαυση της ύψιστης στάθμης υγείας, που είναι δυνατόν να επιτευχθεί, αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικής πίστης, οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης». Όμως, κάθε ένας έχει σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, εκτός από το δικαίωμα στην υγεία και υποχρέωση να κάνει ό, τι είναι δυνατόν για να την εξασφαλίσει. Μέσα σ' αυτή τη σύγχρονη αντίληψη του δικαιώματος στην υγεία συνυπάρχουν τρία στοιχεία:

- ❖ Το δικαίωμα στην υγεία μέσα στις ατομικές κοινοτικές και διεθνείς του διαστάσεις
- ❖ Το δικαίωμα στην «ύψιστης στάθμης υγείας» ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και
- ❖ Το δικαίωμα προσδιορισμού και συμμετοχής στην κοινωνική δραστηριότητα.

62

---

<sup>60</sup> Χρυσόγονος, 2001

<sup>61</sup> Χρυσοσπάθη, Σ. και Γκαράνη- Παπαδάτου, Τ. , 2006

<sup>62</sup> Χρυσοσπάθη, Σ. και Γκαράνη- Παπαδάτου, Τ. , 2006

Σε κάθε περίπτωση, η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με την υγεία είναι μια σχέση αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία του ενός συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου. Οι τρόποι με τους οποίους πραγματοποιείται αυτή η σχέση είναι πολύπλοκοι και σχετίζονται με την παραδοχή ότι, η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί, να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Οι πολιτικές υγείας μπορούν μαζί με τα προγράμματα αγωγής υγείας να προάγουν αλλά και να παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, ανάλογα με τον τρόπο σχεδιασμού τους.<sup>63</sup>

Οι πολιτικές υγείας πρέπει να έχουν τα ανθρώπινα δικαιώματα ως βασικό στοιχείο τους. Πρέπει να εξασφαλίζουν την ισότητα πρόσβασης σε ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, με ιδιαίτερη μέριμνα στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, στα δικαιώματα των ασθενών και στις κοινωνικές επιπτώσεις της βιοτεχνολογίας στο χώρο της υγείας.<sup>64</sup>

Στα πλαίσια του κώδικα ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο Οντάριο, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένα από τις διακρίσεις στην ιατρική περίθαλψη. Αυτό ισχύει για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και εγκαταστάσεις, όπως νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα πρόσβασης στην κοινωνική φροντίδα, κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας και προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι στάσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να έχει επιπτώσεις στο επίπεδο ή την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν δικαίωμα στο ίδιο επίπεδο και ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως όλοι οι άλλοι ασθενείς. Η αρνητική στάση προς αυτούς και η παρανοήσεις σχετικά με τη γήρανση δεν πρέπει να σταθούν εμπόδια.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Χρυσοσπάθη, & Γκαράνη- Παπαδάτου, 2006

<sup>64</sup> Χρυσοσπάθη, Σ. και Γκαράνη- Παπαδάτου, Τ. , 2006

<sup>65</sup> International Symposium on Age Discrimination, 2005



### 3.3: Διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία του ασθενούς.

Η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Σύμφωνα με, τις βιβλιογραφικές αναφορές υπάρχουν τρία διαφορετικά πρότυπα λήψης αποφάσεων που απαιτούν ή όχι, τη συνεργασία του ασθενούς και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αυτά είναι:

- ❖ Το **πατερναλιστικό πρότυπο**, που τα χαρακτηριστικά του είναι ευρέως γνωστά. Σύμφωνα με, αυτή τη μορφή του μοντέλου, ο ασθενής συναινεί παθητικά με την επαγγελματική αρχή και την κάθε επιλογή του γιατρού για τη θεραπεία του. Μια υπόθεση στην οποία βασίζεται το μοντέλο αυτό είναι ότι, ο γιατρός θα πάρει την καλύτερη απόφαση για τον ασθενή και μπορεί να το κάνει χωρίς να αποσπάσει προσωπικές πληροφορίες από αυτόν. Όμως στο βάθος, δεν είναι τόσο «θεραπευτική», καθώς αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής. Συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του.<sup>66</sup>
- ❖ Το **πρότυπο ενημέρωσης**, περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ του ιατρού και του ασθενή, η οποία βασίζεται στην κατανομή της συνεργασίας. Στο αρχικό στάδιο, ο γιατρός είναι αυτός που ηγείται της διαδικασίας. Ανταλλάσσει και μοιράζεται πληροφορίες με τον ασθενή για όλες τις θεραπευτικές επιλογές, τα οφέλη και τους κινδύνους που μπορεί να, προκύψουν. Στη συνέχεια, μετά την πλήρη ενημέρωση του ασθενή από τον ιατρό, ο πρώτος είναι σε θέση να λάβει την απόφαση για τη θεραπεία του, έχοντας την ευθύνη της επιλογής του.<sup>67</sup>
- ❖ Το **συμμετοχικό πρότυπο**, σε αντίθεση με αυτό της ενημέρωσης, έχει ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Και οι δύο έχουν ίσο μερίδιο σε όλα τα στάδια λήψης αποφάσεων ταυτόχρονα. Στην παραπάνω σχέση, υπάρχει συνεργασία και ο ασθενής

---

66 Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999 και Charles and all, 1997)

67 Charles and all, 1997

αισθάνεται άνετα να εκφράσει τις προτιμήσεις για τη θεραπεία του. Συνεπώς, ανταλλάσει τις σκέψεις και τις επιθυμίες του και τελικά συμφωνούν σε μια κοινή απόφαση που θα εφαρμοστεί.<sup>68</sup>

Ο ιατρός, έχει ηθικό καθήκον να συζητήσει με τους «οικείους» τις επιθυμίες του ασθενούς σε μια προσπάθεια εξομάλυνσης των διαφωνιών ανεξάρτητα, από την άποψη περί θεραπειάς που υιοθετεί ο ίδιος.<sup>69</sup>

Μια ακόμη υποχρέωση του ιατρού, προς τον ασθενή σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, είναι να παρέχει, τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από τη ειδικότητα του.. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με, τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.<sup>70</sup>

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο ασθενής που απευθύνεται ή μεταφέρεται, σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κρατικού νοσοκομείου, έχει δικαίωμα να τύχει ιατρικής εξέτασης από αρμόδιο παροχέα υπηρεσιών υγείας, μέσα σε εύλογο χρόνο. Επίσης, ο ασθενής δικαιούται, ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας, χωρίς καμία δυσμενή διάκριση και να βασίζεται σε αντικειμενικά, επιστημονικά και επαγγελματικά κριτήρια.<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup> Charles et all, 1997

<sup>69</sup>(Προβατάς, 2010

<sup>70</sup> Προβατάς, 2010

<sup>71</sup><http://www.moh.gov.cy> [πρόσβαση:28 Σεπτέμβρη 2011]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

### 4.1. Ορισμός Διακρίσεων

Με τον όρο *διάκριση*, εννοείται η άδικη μεταχείριση που υφίσταται ένα μέλος ή μέλη μιας κοινωνικής ομάδας λόγω, του ότι ανήκει σε αυτή, για την οποία, ο φορέας της διάκρισης έχει διαμορφώσει αρνητικό στερεότυπο και αρνητική προκατάληψη. Η διάκριση, μπορεί να είναι είτε, θετική είτε, αρνητική. Στην περίπτωση εκείνη που το άτομο υφίσταται αρνητική διάκριση το ίδιο, ακυρώνεται σχετικά με, τις προσδοκίες και τα δικαιώματά του. Αντιθέτως, όταν το άτομο υφίσταται θετική διάκριση, απολαμβάνει περισσότερα προνόμια από ότι, δικαιούται.  
72

Υπάρχουν δύο κύρια είδη διάκρισης: η **άμεση** και η **έμμεση**. Άμεση διάκριση, είναι όταν ένα πρόσωπο τυγχάνει λιγότερο ευνοϊκής μεταχείρισης σε σύγκριση με κάποιον άλλο λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού. Έμμεση διάκριση είναι, όταν μια εκ πρώτης όψεως ουδέτερη διάταξη, κριτήριο ή πρακτική ενδέχεται να προκαλέσει μειονεκτική μεταχείριση προσώπων λόγω φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού εκτός εάν η πρακτική μπορεί να δικαιολογηθεί αντικειμενικά από ένα θεμιτό σκοπό.<sup>73</sup>

Ο Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων δημοσίευσε την πρώτη του έκθεση σχετικά με τις πολλαπλές διακρίσεις. Η έκθεση αυτή, επικεντρώνεται σε αντιλήψεις σχετικά με, εμπειρίες διακρίσεων από ερωτηθέντες με εθνοτική ή μεταναστευτική καταγωγή, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με, αυτή:

- ❖ Τα άτομα που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες έχουν κατά μέσο όρο σχεδόν πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν πολλαπλές διακρίσεις από ό,τι τα άτομα που ανήκουν στην πλειοψηφία του πληθυσμού.

<sup>72</sup> [Council of Europe, (<http://edu09.pbworks.com>) Πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρη 2011]

<sup>73</sup> [Council of Europe, (<http://edu09.pbworks.com>) Πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]

- ❖ Οι «ορατές» μειονότητες –όσοι έχουν γενικώς διαφορετική εξωτερική όψη από την πλειοψηφία του πληθυσμού– νιώθουν να υφίστανται διακρίσεις συχνότερα και για μεγαλύτερο αριθμό λόγων σε σχέση με τις υπόλοιπες μειονότητες. Για παράδειγμα, οι Ρομά και τα άτομα αφρικανικής καταγωγής έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν διακρίσεις σε σχέση με τα άτομα που κατάγονται από την πρώην Γιουγκοσλαβία, τη Ρωσία και την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη.
- ❖ Το φύλο και η ηλικία μπορούν να έχουν επίπτωση στο πόσο πιθανό είναι ένα άτομο να υποστεί διακρίσεις: για παράδειγμα, νεαροί άνδρες από εθνοτική μειονότητα ή μεταναστευτική ομάδα τείνουν να αναφέρουν υψηλά επίπεδα διακριτικής, εις βάρος τους μεταχείρισης.
- ❖ Περίπου το 46% των ερωτηθέντων που υφίστανται διακρίσεις για διάφορους λόγους, ανήκαν στο ένα τέταρτο του πληθυσμού με τα πλέον χαμηλά εισοδήματα στη χώρα της ΕΕ στην οποία ζουν.<sup>74</sup>

## 4.2. : Μορφές Διακρίσεων

### 4.2.1: Διακρίσεις βάσει Φύλου(Σεξισμός)

Σεξισμό ονομάζουμε, το σύνολο των προκαταλήψεων και συμπεριφορών, οι οποίες πηγάζουν από την βία (δηλαδή αυθαίρετα άνιση) ιδεολογία που έχει τη βάση της στο διαχωρισμό των φύλων σε αρσενικό και θηλυκό. Συγκεκριμένα, θεωρούν το ένα εκ των δύο φύλων βιολογικά, ηθικά, διανοητικά και πνευματικά υποδεέστερο του άλλου, επιτρέποντας— ή και θεσμοθετώντας —τις εναντίον του συστηματικές διακρίσεις, αρνητικές ή φοβικές κρίσεις, φυσικούς περιορισμούς ή και εκδηλώσεις μίσους. Ο σεξισμός, αφορά τις πεποιθήσεις που οδηγούν σε αυθαίρετες διακρίσεις κατά των γυναικών με βάση τα στερεότυπα του φύλου τους και μόνο, στα πλαίσια της πατριαρχικής κοινωνίας, όπως, αυτή πραγματώνεται με διάφορες μορφές ανά τον κόσμο (και τότε είναι γνωστός και ως «ανδρικός σωβινισμός»). Αυτό όμως, δεν αποκλείει τις περιπτώσεις όπου, η διάκριση λειτουργεί κατά των ανδρών (με την αντίστοιχη γυναικεία σκέψη να θεωρείται «γυναικείος σωβινισμός»). Στην ακραία

<sup>74</sup> [Council of Europe, (<http://edu09.pbworks.com>) Πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]

μορφή του εκδηλώνεται και ως, μισογυνία (ή μισανδρία, όταν στρέφεται ενάντια στους άνδρες), όρος που υποδηλώνει το γενικευμένο μίσος και ακραία προκατάληψη εναντίον των γυναικών (ή ορισμένων κατηγοριών γυναικών), από άτομα ανεξαρτήτως φύλου ή από ολόκληρες κοινωνίες των οποίων οι κώδικες λειτουργίας βλάπτουν σοβαρά τις γυναίκες. Η πατριαρχική κοινωνία δε, αποτελεί και το γενεσιουργό πλαίσιο για τις σεξιστικές ιδεολογίες και συμπεριφορές, αλλά και το αποτέλεσμα του συνόλου των πρακτικών αυτών στη διάρκεια των αιώνων.<sup>75</sup>

#### **4.2.2: Διακρίσεις βάση της Εθνικότητας**

Εθνοτικές διακρίσεις είναι η άνιση μεταχείριση των ατόμων με βάση το γεγονός ότι ανήκουν σε μια συγκεκριμένη εθνοτική ομάδα. Αυτές οι διακρίσεις, μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν την τοποθέτηση ενός ατόμου σε μια διαφορετική θέση, με βάση τη θρησκεία, το χρώμα του δέρματος ή την εθνικότητα. Εκτός από την άνιση μεταχείριση, οι διακρίσεις είναι η δημιουργία εκφοβιστικού, εχθρικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος, και η οδηγία ή εντολή για εφαρμογή διακριτικής μεταχείρισης.<sup>76</sup>

Σύμφωνα με, έρευνα που διεξήγαγε το Ευρωβάρόμετρο για τις αντιλήψεις των πολιτών της Ευρώπης σχετικά με τις διακρίσεις, από τις έξι κατηγορίες που εξετάστηκαν (αναπηρίας, ηλικίας, φύλου, εθνοτικής καταγωγής, θρησκείας και γενετήσιου προσανατολισμού), οι διακρίσεις λόγω εθνοτικής καταγωγής είναι, η πιο διαδεδομένη μεταξύ των Ευρωπαίων.<sup>77</sup>

Ενώ οι διακρίσεις με βάση την ηλικία, την αναπηρία, τη θρησκεία και το φύλο φαίνεται να έχουν μειωθεί, σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (48%) δηλώνουν ότι, οι εθνοτικές διακρίσεις επιδεινώνονται. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην Ολλανδία, όπου το 71% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι, η κατάσταση είχε επιδεινωθεί. Το ίδιο διαπιστώθηκε και στη Δανία (69%), Ουγγαρία (61%), Ιταλία (58%) και το Βέλγιο (56%), ενώ οι πολίτες της Πολωνίας (17%), Λιθουανίας (20%), Κύπρου (23%) και

<sup>75</sup> [Council of Europe(<http://www.edu09.pdworks.com>) accessed:28 September 2011]

<sup>76</sup> [FRA,2011 (<http://www.fra.europa.eu>) accessed: 28 September 2011]

<sup>77</sup> FRA,2011 (<http://www.fra.europa.eu>) accessed: 28 September 2011]

Λετονίας (25%) ήταν περισσότερο αισιόδοξοι όσον αφορά την κατάσταση στη χώρα τους, από ό,τι ήταν πριν από πέντε χρόνια.<sup>78</sup>

#### **4.2.3: Διακρίσεις βάσει του Επιπέδου Εκπαίδευσης**

Σε ατομικό επίπεδο, οι συνέπειες της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου επηρεάζουν τα άτομα σε όλη τη ζωή τους και μειώνουν τις πιθανότητές τους να συμμετάσχουν στην κοινωνική, πολιτιστική και την οικονομική διάσταση της κοινωνίας. Η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου αυξάνει τον ατομικό κίνδυνο που διατρέχουν για ανεργία, φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό. Επηρεάζει τις αποδοχές που λαμβάνουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, την ευημερία τους και την υγεία τους καθώς και αυτή των παιδιών τους.<sup>79</sup>

Η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου συνδέεται στενά με μειονεκτικά κοινωνικά στρώματα και περιβάλλοντα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Τα παιδιά γονέων που διαθέτουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και προέρχονται από μη ευνοούμενα κοινωνικά στρώματα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν την εκπαίδευση και την κατάρτιση πριν ολοκληρώσουν την ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε σχέση με άλλους νέους.<sup>80</sup>

#### **4.2.4: Διακρίσεις βάσει του κοινωνικό- οικονομικού επιπέδου.**

Κατά τους Steele & Aronson<sup>81</sup>, εκείνοι που ανήκουν σε υποτιμημένες ομάδες ενδέχεται να βιώσουν την απειλή του στερεοτύπου, δηλαδή να βρεθούν στον κίνδυνο να επαληθεύσουν, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους, ένα αρνητικό στερεότυπο της ομάδας στην οποία ανήκουν. Οι υποτιμημένες ταυτότητες συνδέονται με ένα σύνολο αρνητικών στερεοτυπικών πεποιθήσεων όσον αφορά τις ικανότητες, τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές.<sup>82</sup>

---

<sup>78</sup> [Council of Europe(<http://www.edu09.pdworks.com>) accessed:28 September 2011]

<sup>79</sup> Σαμαρά, 2009

<sup>80</sup> Σαμαρά, 2009

<sup>81</sup> Σαμαρά, Α. 2009

<sup>82</sup> Σαμαρά, 2008

Σύμφωνα με, τη θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας, η ταυτότητα των ανθρώπων απορρέει σε μεγάλο βαθμό από τις κοινωνικές κατηγορίες στις οποίες ανήκουν.

Η οικονομική κατάσταση είναι μια από τις σημαντικότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής καθότι, αλληλοσυνδέεται και επηρεάζεται και με τις υπόλοιπες, όπως είναι, οι συνθήκες διαβίωσης, η στέγαση και η υγεία.<sup>83</sup>

Η ποιότητα ζωής του ατόμου επηρεάζεται σημαντικά, όταν αυτό βιώνει οικονομικές δυσχέρειες. Η αδυναμία εκπλήρωσης των καθημερινών του αναγκών σε τροφή, ένδυση, εξόφληση καθημερινών τρεχόντων εξόδων του στερεί το δικαίωμα να ζήσει μια φυσιολογική ζωή και μπορεί να το οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση και κοινωνικό αποκλεισμό. Η μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και η αύξηση της κοινωνικής συνοχής, αποτελούν την κύρια ιδέα των κοινωνικών πολιτικών.<sup>84</sup>

#### **4.2.5: Διακρίσεις με βάση την ηλικία**

Ηλικία ορίζεται ως ο χρόνος που διανύθηκε από τη γέννηση ενός ανθρώπου ή άλλου ζωντανού οργανισμού ως μια συγκεκριμένη στιγμή. Αυτή μπορεί να έχει τόσο κοινωνική όσο και βιολογική διάσταση και βοηθά στην οργάνωση της εικόνας του εαυτού, της ταυτότητας του και στο ρόλο των κοινωνικών προσδοκιών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.<sup>85</sup>

Στις αγροτικές κοινωνίες οι ηλικιωμένοι συχνά τύχαιναν μεγάλης εκτίμησης και κατείχαν εξέχουσες θέσεις. Με βάση την ηλικία τους, και τη μεγάλη εμπειρία τους, θεωρούνταν σοφοί και ήταν οι θεματοφύλακες των παραδόσεων και της ιστορίας των λαών τους.

Στα βιβλικά χρόνια, αν κάποιος ζούσε πάνω από την ηλικία των 50, πιστεύεται ότι, είχε επιλεχθεί από το θεό για ένα εξαίσιον σκοπό. Ωστόσο, οι στάσεις προς τους ηλικιωμένους, άρχισαν να μετατοπίζονται δραματικά με δυο σημαντικές εξελίξεις στον πολιτισμό. Πρώτον, η έλευση της τυπογραφίας ήταν υπεύθυνη για μια

---

<sup>83</sup> Τρίγκα, 2008

<sup>84</sup> Τρίγκα, 2008

<sup>85</sup> Crawford, Bryan & Luszcz, 2000 στο McConatha, D and McConatha, J T, 2007

μεγάλη μεταβολή του καθεστώτος των γερόντων και η δεύτερη σημαντική εξέλιξη ήταν η βιομηχανική επανάσταση<sup>86</sup>

Αυτή τη στιγμή η μεγάλη πρόοδος στον τομέα της ιατρικής επεκτείνει το προσδόκιμο ζωής σημαντικά με αποτέλεσμα η κοινωνία να μην είναι έτοιμη να ασχοληθεί με αυτό το νέο, μεγάλο, πληθυσμό των ηλικιωμένων. Έτσι η κοινωνία άρχισε να συνδέει τα γηρατειά με αρνητικά στερεότυπα.<sup>87</sup>

Παρ' όλο που ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται ραγδαία, εν' τούτοις σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, τα άτομα που ανήκουν σε αυτή τη ηλικιακή ομάδα, αντιμετωπίζονται πολλές φορές με υποτιμητικό τρόπο και με διακρίσεις εις βάρος τους. Τέτοιου είδους συμπεριφορές, μπορούν να προκαλέσουν δυσκολίες και εμπόδια στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων όπως για παράδειγμα, **κοινωνική απομόνωση** κι **έλλειψη παροχής εξειδικευμένων κοινωνικών, ιατρικών υπηρεσιών και προγραμμάτων.**<sup>88</sup>

Ο διαχωρισμός των ηλικιών που θέτει η κοινωνία αναπόφευκτα, οδηγεί σε αρνητική διάκριση εις βάρος εκείνης τα ηλικιακής ομάδας που, σύμφωνα με, τα πρότυπα της κάθε κοινωνίας, δε μπορεί να ανταποκριθεί σε μια σειρά, από καθήκοντα.

Για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1969, ο Butler, εισήγαγε τον όρο **“Ageism”** που τον ερμήνευσε ως *«ακόμα μια μορφή διάκρισης, όμοια με το ρατσισμό και το σεξισμό»*. Ο ίδιος, σημειώνει ότι: *«Η ηλικιακή διάκριση αντανάκλα μια βαθιά αντίληψη των νέων και των μεσήλικων- ένα πιστεύω-ότι, το γήρας αποτελεί ασθένεια και ανικανότητα, αλλά και φόβο για απώλεια της δύναμης και κυριαρχίας, αχρηστία και θάνατο»*.<sup>89</sup>

Ο Traxler<sup>90</sup>, ερμήνευσε την ηλικιακή διάκριση ως, μια αντίληψη, δράση, θεσμική δομή η οποία, μεταχειρίζεται το άτομο ή την ομάδα με βάση την ηλικία ή άλλους ρόλους και καθήκοντα στην κοινωνία. Ένα κοινό στοιχείο μεταξύ των δύο ερμηνειών, που έδωσαν οι Butler και Traxler, είναι η φιλοσοφία για το γήρας, το οποίο προσεγγίζεται ως, πρόβλημα με τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, που είναι

<sup>86</sup> Braenco & Williamson, 1982 και Stearns, 1986 στο Nelson, 2002)

<sup>87</sup> Braenco & Williamson, 1982 και Stearns, 1986 στο Nelson, 2002)

<sup>88</sup> Νεοκλέους, 2009

<sup>89</sup> Bytheway, 1995

<sup>90</sup> Traxler (1980, στο Νεοκλέους 2009)



απομονωμένα από την υπόλοιπη κοινωνία. Ίσως η φοβία για το γήρας, ίσως η άγνοια, να οδηγούν πολλούς ανθρώπους στην ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών προς τους ηλικιωμένους, ως μια μορφή άρνησης να αποδεχθούν το μοιραίο.<sup>91</sup>

Κατά τον Nelson, η ηλικιακή διάκριση είναι ευρέως αποδεκτή ως προκατάληψη και διάκριση εις βάρος των ηλικιωμένων ατόμων και βασίζεται σε συμπεριφορές που παρουσιάζουν τους ηλικιωμένους ως λιγότερο ελκυστικούς, έξυπνους, σεξουαλικά ικανούς και παραγωγικούς. Η προκατάληψη αναφέρεται ως, στάσεις ενώ, η διάκριση εστιάζει στη συμπεριφορά. Οι θεσμικές διακρίσεις αναφέρονται σε μια προκατάληψη, που παρατηρείται κυρίως σε σχολεία, νοσοκομεία, και το χώρο εργασίας, ενώ η ηλικιακή διάκριση θεωρείται γενικά ότι έχει αρνητική μορφή, ωστόσο μπορεί να υπάρξει και θετική πλευρά. Ένα παράδειγμα θετικής ηλικιακής διάκρισης θα μπορούσε να είναι ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει σχεδιαστεί αρχικά για τους ηλικιωμένους και δεν είναι δυνατόν να έχουν πρόσβαση σε αυτό νέοι ή μεσήλικες ασθενείς.<sup>92</sup>

Ο Featherstone<sup>93</sup> αναφέρει πως, το αποτέλεσμα της ηλικιακής διάκρισης μπορεί να είναι, η απογοήτευση, η πικρία των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και ο τρόπος που παρουσιάζεται η ομάδα αυτή μέσω λεκτικών ή μη λεκτικών μηνυμάτων. Σύμφωνα με, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν το παράπονό τους με βάση τις αρνητικές τους εμπειρίες που αφορούσαν την αντιμετώπισή τους ως 'γέρους'. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, υπάρχει αρνητική διάθεση στην αντιμετώπιση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, όσο αφορά, την πρόσβασή τους στα μέσα συγκοινωνίας, σε υπηρεσίες που σχετίζονται με τη στέγασή τους, τις συντάξεις και την υποχρεωτική συνταξιοδότησή τους.<sup>94</sup>

### **4.3 : Μύθοι στερεότυπα του γήρατος και η πραγματικότητα**

Πίσω από αυτές τις συμπεριφορές είναι οι μύθοι και τα στερεότυπα σχετικά με το γήρας, τα οποία είναι βαθιά ριζωμένα σε όλες τις κοινωνίες, όπου ονομάζονται «σύγχρονες». Ακόμα και εκείνοι που ισχυρίζονται ότι δεν κάνουν ηλικιακές

---

<sup>91</sup> Νεοκλέους, 2009

<sup>92</sup> Nelson, 2002

<sup>93</sup> Featherstone (1995, στο Νεοκλέους, 2009)

<sup>94</sup> Νεοκλέους, 2009

διακρίσεις πιθανόν να παρουσιάζουν ανάλογες συμπεριφορές που βασίζονται σε ανακριβείς και διαστρεβλωμένες πληροφορίες.

Ο Palmore<sup>95</sup> στο βιβλίο του «Positive and Negative of Ageism» συγκέντρωσε τους πιο κοινούς μύθους και στερεότυπα για τους ηλικιωμένους καθώς και τα πραγματικά γεγονότα των μύθων αυτών:

❖ Η **ασθένεια**, είναι ίσως η πιο κοινή προκατάληψη εναντίον των ηλικιωμένων καθώς θεωρείται ότι οι περισσότεροι από αυτούς είναι άρρωστοι ή άτομα με ειδικές ανάγκες<sup>96</sup>

Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (περίπου το 78% των ατόμων άνω των 65), είναι αρκετά υγιής για να συμμετέχουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Μόνο το 5% των ατόμων, 65 ετών και άνω, δεν ήταν σε θέση να αυτοσυντηρηθούν.<sup>97</sup>

Αν και τα περισσότερα άτομα άνω των 65 ετών έχουν χρόνιες ασθένειες που περιορίζουν τη δραστηριότητα τους (43%), απ' ότι τα άτομα νεαρής ηλικίας (10%), οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες οξείες ασθένειες σε σχέση με τους μικρότερους καθώς και λιγότερους τραυματισμούς στο σπίτι και ατυχήματα στο δρόμο. Έτσι το υψηλότερο ποσοστό των χρόνιων ασθενειών μεταξύ των ηλικιωμένων αντισταθμίζεται από τα χαμηλότερα ποσοστά της οξείας ασθένειας, τραυματισμού και τα ατυχήματα.<sup>98</sup>

❖ Η **ανικανότητα**, είναι ένα στερεότυπο και μια πεποίθηση, ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν έχουν καμία σεξουαλική επιθυμία και δεν επιδίδονται σε σεξουαλική δραστηριότητα. Οι λίγοι που το κάνουν θεωρούνται ηθικά διεστραμμένοι ή τουλάχιστον μη φυσιολογικοί.<sup>99</sup>

Στην πραγματικότητα η πλειοψηφία των ατόμων άνω των 65 ετών εξακολουθούν να έχουν τόσο ενδιαφέρον όσο και ικανότητα για τις σεξουαλικές

---

<sup>95</sup> Palmore<sup>95</sup> στο βιβλίο του «Positive and Negative of Ageism»(1990, σελ.18-25)

<sup>96</sup> Tuckman&Lorge, 1958 στο Palmore 1990

<sup>97</sup> Soldo & Marton,1983 στο Palmore 1990

<sup>98</sup> Palmore,1986, & Crimmins et all., 1989 στο Palmore 1990

<sup>99</sup> Golde & Kogan, 1958 στο Palmore 1990

σχέσεις. Οι Master & Johnson (1966), διαπίστωσαν ότι, η δυνατότητα για να ικανοποιήσουν τις σεξουαλικές σχέσεις συνεχίζεται συνήθως στη δεκαετία των εβδομήντα και ογδόντα για τα υγιή ζευγάρια. Μια μεγάλη έρευνα των Starr & Weiner<sup>100</sup>, διαπίστωσαν πως η ερωτική ζωή μετά από τα 60 ήταν πιο ικανοποιητική και πλήρης απ' ό,τι όταν ήταν νεότεροι.

❖ Η **αλλοίωση της εξωτερικής εμφάνισης** είναι ένα ,άλλο αρνητικό στερεότυπο για τους ηλικιωμένους. Η ομορφιά σχετίζεται με τη νεότητα και πολλοί άνθρωποι ιδίως οι γυναίκες φοβούνται την απώλεια της ομορφιάς τους, καθώς γερνούν.

Στην πραγματικότητα, ενώ η κουλτούρα μας έχει την τάση να συνδέει την τρίτη ηλικία με την ασχήμια και τη νεότητα με την ομορφιά, κάποιες άλλες κουλτούρες θαυμάζουν τα χαρακτηριστικά των γηρατειών. Για παράδειγμα, στην Ιαπωνία τα γκρίζα μαλλιά και η ρυτίδες χαρακτηρίζονται συχνά ως σημάδια σοφίας, ωριμότητας και εμπειρίας.<sup>101</sup>

Δεν υπάρχει τίποτα εγγενώς άσχημο ή απωθητικό για τα χαρακτηριστικά των γηρατειών. Η ασχήμια είναι μια υποκειμενική κρίση ή με άλλα λόγια «η ασχήμια είναι στο μάτι του θεατή».

❖ Η **πνευματική εξασθένιση** είναι ένα άλλο κοινό στερεότυπο , ότι η νοητικές ικανότητες αρχίζουν να μειώνονται από τη μέση ηλικία και μετά. Ιδιαίτερα οι ικανότητες μάθησης και μνήμης είναι ένα αναπόφευκτο μέρος της διαδικασίας της γήρανσης<sup>102</sup>

Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διατηρούν φυσιολογικές της νοητικές ικανότητες τους καθώς και τη δυνατότητα μάθησης και μνήμης. Όσο αφορά την βραχυπρόθεσμη μνήμη περισσότερες μελέτες συμφωνούν, ότι υπάρχει μικρή ή καμία μείωση αυτής μεταξύ των ηλικιωμένων.<sup>103</sup>

Όσο αφορά την μακροπρόθεσμη μνήμη, διάφορες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι, λιγότερο από το 20% των ηλικιωμένων δε μπορεί να θυμηθεί πράγματα όπως, ο

---

<sup>100</sup> Starr & Weiner (1981 στο Palmore 1990)

<sup>101</sup> Palmore, 1990

<sup>102</sup> Palmore, 1990

<sup>103</sup> Kausler, (1987 στο Palmore 1990)

προηγούμενος ηγέτης της χώρας τους, τη σωστή ηλικία τους, την ημερομηνία γέννησης, αριθμό τηλεφώνου ή την έννοια απλών λέξεων.

Έτσι είναι σαφές ότι, ενώ μπορεί, να υπάρχει κάποια αύξηση στα προβλήματα της μακροπρόθεσμης μνήμης, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν έχει σοβαρές ανωμαλίες στη μνήμη. Εν ολίγης, τα προβλήματα της μάθησης και της μνήμης οφείλονται στην ασθένεια και όχι στην ηλικία.<sup>104</sup>

❖ Η **ψυχική ασθένεια** είναι ένα στερεότυπο, ότι συναντάται στους ηλικιωμένους. Πολλοί επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι, τα περισσότερα ψυχικά νοσήματα στην τρίτη ηλικία είναι ανίατα. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι, αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας επιλέγουν να ειδικεύονται στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων καθώς επίσης οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 50 % του γενικού πληθυσμού που χρησιμοποιεί υπηρεσίες ψυχικής υγείας.<sup>105</sup>

Στην πραγματικότητα, η ψυχική ασθένεια δεν είναι ούτε κοινή, ούτε αναπόφευκτη, ούτε ανίατη στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Μόνο περίπου το 2% των ατόμων 65 ετών και άνω έχει κύρια διάγνωση των ψυχιατρικών νόσων<sup>106</sup>

Σύμφωνα με μια ακόμα έρευνα η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών μεταξύ των ηλικιωμένων είναι μικρότερη από εκείνη των νεότερων ατόμων.<sup>107</sup>

❖ Ένα ακόμα στερεότυπο είναι η **μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα** των ηλικιωμένων. Πολλοί άνθρωποι καταλήγουν στο συμπέρασμα αυτό, ότι τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία δεν είναι σε θέση να συνεχίζουν να εργάζονται και ότι οι λίγοι που συνεχίζουν να εργάζονται είναι μη παραγωγικοί. Αυτή η πεποίθηση είναι η κύρια αιτία για την υποχρεωτική συνταξιοδότηση και τις διακρίσεις στις προσλήψεις και επανεκπαίδευσης των ηλικιωμένων εργαζόμενων.

Στην πραγματικότητα, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων εργαζομένων μπορεί να λειτουργήσει τόσο αποτελεσματικά όσο και οι νεότεροι. Μελέτες για τους

---

<sup>104</sup> Botwinick (1967 στο Palmore 1990)

<sup>105</sup> Lebowitz, (1987 στο Palmore 1990)

<sup>106</sup> George (1984 στο Palmore 1990)

<sup>107</sup> Myers et al, (1984 στο Palmore 1990)

παραπάνω, υπό πραγματικές συνθήκες εργασίας, δείχνουν ότι αποδίδουν εξίσου καλά, αν όχι καλύτερα από τους νέους, στους περισσότερους τομείς.<sup>108</sup>

❖ Σύμφωνα με έρευνα του Palmore για την γήρανση, «η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, είναι **κοινωνικά απομονωμένα** και μοναχικά άτομα.»<sup>109</sup>

Τα 2/3 των ατόμων κάτω των 65 ετών πιστεύουν ότι, η μοναξιά, είναι ένα, «πολύ σοβαρό πρόβλημα», για τους ανθρώπους άνω των 65 ετών.<sup>110</sup>

Στην πραγματικότητα οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι υπάρχει τάση για μείωση της συνολικής κοινωνικής δραστηριότητας με την πάροδο των χρόνων. Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί ιδιαίτερο κίνδυνο για τους ηλικιωμένους με δυνητικά σοβαρές συνέπειες ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες δίνουν πληροφορίες για την ποιότητα και τη συχνότητα των κοινωνικών τους σχέσεων. Στην Ιρλανδία τα ηλικιωμένα άτομα διατηρούν σχέσεις με τους γείτονες τους μια με δυο φορές την εβδομάδα. Ακόμα τα 2/3 των ηλικιωμένων, φαίνεται ότι συναντούν φίλους και συγγενείς δυο φορές την εβδομάδα. Εν τούτοις οι ηλικιωμένες γυναίκες της υπαίθρου είχαν λιγότερη επαφή με φίλους και συγγενείς, απ' ό τι οι άνδρες.<sup>111</sup>

❖ Οι απόψεις για την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων διαχωρίζονται σε εκείνους που πιστεύουν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι **φτωχοί** και σε εκείνους που πιστεύουν ότι στην πλειοψηφία τους είναι πλούσιοι.

Ωστόσο, το 1989 το 11,4% των ηλικιωμένων είχαν εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας και το 27% ήταν σχεδόν φτωχοί.

Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι ορισμένες ομάδες των ηλικιωμένων που παρουσίασαν πολύ υψηλά ποσοστά φτώχειας, ήταν:

Οι χήρες ηλικιωμένες γυναίκες (21%), αфро-αμερικανοί ηλικιωμένοι (31%) και αфро-αμερικανές ηλικιωμένες γυναίκες που ζουν μόνες, ηλικίας 75 ετών και άνω (64%).

Με βάση τα στοιχεία της Eurostat ( 2007), στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι (>65 ετών) και τα παιδιά ( 0-17 ετών ) αποτελούν τις πλέον θιγόμενες ομάδες στη χώρα καθώς το 23% του πληθυσμού τους τοποθετείται το 2007 χαμηλότερα από το όριο

---

<sup>108</sup> Krauss(1987 στο Palmore,1990)

<sup>109</sup> Palmore, 1990

<sup>110</sup> Harris (1981 στο Palmore 1990)

<sup>111</sup> Government of Ireland, 2007

της φτώχειας. Ωστόσο, το ποσοστό των φτωχών ηλικιωμένων παρουσιάζει σταδιακή μείωση τα τελευταία έτη (26% το 2006 , 27,9% το 2005, 28,1% το 2004, 29,5% το 2003)

Στην Ελλάδα με βάση την ίδια έρευνα το φύλο των ηλικιωμένων εξακολουθεί να είναι επιβαρυντικός παράγοντας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες για τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Το 2007, τα ποσοστά φτώχειας για τις γυναίκες και τους άνδρες ανέρχονται στην Ελλάδα σε 21% και 20% αντίστοιχα (σαφώς υψηλότερα από τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς μέσους όρους , 15% για τους άνδρες και 17% για τις γυναίκες) αν και η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων μειώθηκε τα τελευταία έτη στην Ελλάδα (2,6% το 2005 σε 1% το 2006)<sup>112</sup>

❖ Πολλοί πιστεύουν ότι όταν ενυπάρχουν οι παραπάνω παράγοντες (π.χ. ανικανότητα, ασθένεια, μοναξιά, φτωχιά κ.α.), συνεπώς υπάρχει και **κατάθλιψη** στους ηλικιωμένους.

Στην πραγματικότητα η μείζων κατάθλιψη είναι λιγότερο διαδεδομένη στους ηλικιωμένους απ' ό τι μεταξύ των νεότερων ατόμων. Ωστόσο, από τις διάφορες ψυχικές ασθένειες η κατάθλιψη παρουσιάζεται πιο συχνά στους ηλικιωμένους. Οι ειδικοί δεν συμφωνούν για την έκταση της εμφάνισης της αλλά έχει υπολογιστεί ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 %-60% του πληθυσμού των ηλικιωμένων. <sup>113</sup>

Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο της ζωής.

❖ Ένα άλλο στερεότυπο είναι ότι οι ηλικιωμένοι διαθέτουν ισχυρή πολιτική εξουσία. Η υπόθεση αυτή αναφέρει ότι η **πολιτική εξουσία** των ηλικιωμένων περιορίζει τους πολιτικούς προκειμένου να αναλάβουν τις υποχρεώσεις τους σε περίπτωση που χρειάζονται μεταρρυθμίσεις. <sup>114</sup>

---

<sup>112</sup>Περιστέρα, 2009 στο <http://www.demography-lab.prd.uth.gr> [Πρόσβαση:28 Σεπτεμβρίου 2011]

<sup>113</sup> Περιστέρα, 2009 στο <http://www.demography-lab.prd.uth.gr> Πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]

<sup>114</sup> Binstock, 1983 στο Palmore 1990

Στην πραγματικότητα οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν μια μεγάλη μερίδα των συμμετεχόντων ψηφοφόρων και αποτελούν μόλις το 16% εκείνων που συμμετέχουν στην εκλογές και μόλις το 12% του εθνικού πληθυσμού.<sup>115</sup>

#### **4.4: Η διαιώνιση και ενδυνάμωση των διακρίσεων στο σύστημα υγείας**

Οι διακρίσεις για λόγους ηλικίας προωθούν την ιδέα ότι, οι ηλικιωμένοι αποτελούν βάρος και αυτό μπορεί να οδηγήσει στην παραμέληση και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Μπορεί να μειώσει την αυτοεκτίμηση των ηλικιωμένων και τη συμμετοχή τους στην κοινωνία καθώς επίσης να περιορίσει τους τύπους και την ποιότητα των υπηρεσιών που έχουν στη διάθεσή τους.

Η Έρευνα του Sargeant<sup>116</sup> αναφέρει ότι, τα θύματα των ηλικιακών προκαταλήψεων αγνοούνται, αντιμετωπίζονται με περιφρόνηση και στερούνται της ευκαιρίας να αναγνωρίζονται ως άτομα με πολιτικά δικαιώματα και ευθύνες.<sup>117</sup>

Οι ηλικιακές διακρίσεις διαιωνίζονται με πολλούς τρόπους. Τα παραδείγματα είναι άφθονα στη λαϊκή κουλτούρα, όπως κάρτες γενεθλίων που επικρίνουν εκ των προτέρων την ηλικία, την έλλειψη θετικής εικόνας των ηλικιωμένων στις διαφημίσεις και τα τηλεοπτικά προγράμματα.

Παρακάτω, θα αναφερθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν και διαιωνίζουν τις ηλικιακές διακρίσεις στην κοινωνία της Αμερικής:

- Τα ιδρύματα φαίνεται να, διαιωνίζουν τις διακρίσεις λόγω ηλικίας.
- Οι επιχειρήσεις ενισχύουν συχνά τις ηλικιακές διακρίσεις και αυτό γίνεται ορατό από το χαμηλό όριο ηλικίας που θέτουν για την πρόσληψη των εργαζομένων.
- Το αμερικανικό σύστημα υγείας επικεντρώνεται στα επείγοντα περιστατικά και όχι στη χρόνια φροντίδα την οποία χρειάζονται περισσότερο οι ηλικιωμένοι.

---

<sup>115</sup> Binstock, 1983 στο Palmore 1990

<sup>116</sup> Sargeant (1999 στο McGlone & Fitzgerald, 2005)

<sup>117</sup> McGlone & Fitzgerald, 2005

- Ένα άλλο παράδειγμα είναι, η χρήση των κονδυλίων του κράτους πρόνοιας που συχνά απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους, με εξαίρεση ισοδύναμες υπηρεσίες για ηλικιωμένους και γηριατρικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- Επίσης οι επαγγελματίες υγείας και η υπηρεσίες διαιωνίζουν τις διακρίσεις λόγω της ηλικίας. Αυτό γίνεται πιο συγκεκριμένα από την άρνηση ή τον περιορισμό των υπηρεσιών, σε ζητήματα γήρανσης που δεν συμπεριλαμβάνονται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και με το να μην απαιτούν γηριατρική εκπαίδευση σε φοιτητές ιατρικής αν και οι ηλικιωμένοι θα αποτελέσουν ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών τους. Η ίδια κριτική μπορεί να γίνει και για την κατάρτιση των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι λαμβάνουν λίγες πληροφορίες για τη διαδικασία της γήρανσης, αν και πολλοί από τους πελάτες τους θα είναι ηλικιωμένοι.<sup>118</sup>

Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνονται από την έρευνα της Turcotte<sup>119</sup>, σχετικά με, τη διαιώνιση και ενδυνάμωση των ηλικιακών διακρίσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Αμερικής.

Άλλη έρευνα που διεξήγαγε το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου και αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους Ηλικιωμένους (2005), έχει εντοπίσει πολλά προβλήματα που σχετίζονται με τις ηλικιακές διακρίσεις εναντίον των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, την ύπαρξη διακρίσεων στην παροχή υπηρεσιών με βάση την ηλικία, την έλλειψη κλινών με συνέπεια την ελλιπή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων για νοσηλεία, την έλλειψη προληπτικών εξετάσεων για τους ηλικιωμένους άνω των 75 ετών και την έλλειψη εξειδικευμένης εκπαίδευσης προς τους επαγγελματίες υγείας ώστε να, χειρίζονται περιστατικά ηλικιωμένων. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους Ηλικιωμένους στην Κύπρο, σημειώνει ένα ακόμη στοιχείο: οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι να χειρίζονται περιστατικά, που αφορούν την τρίτη ηλικία διότι, η εκπαίδευσή τους στηρίζεται σχεδόν εξ' ολοκλήρου στην παροχή υπηρεσιών προς νεότερες ηλικίες.<sup>120</sup>

---

<sup>118</sup> Chapin et al, 2002

<sup>119</sup> Turcotte (2003)

<sup>120</sup> Νεοκλέους, 2009



## 4.5: Ηλιακές διακρίσεις σε κλινικές του νοσοκομείου

### 4.5.1: Καρδιολογική κλινική

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν συχνή αιτία θανάτου και αναπηρίας μεταξύ των ηλικιωμένων. Επίσης η χρήση των κατάλληλων τεχνολογιών υγείας για τη διάγνωση και τη θεραπεία τους είναι δαπανηρή.<sup>121</sup>

Παρά τον υψηλό κίνδυνο της περιεγχειρητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ηλικιωμένα άτομα, αν αυτοί επιλεγούν σωστά θα έχουν σημαντικά οφέλη για την υγεία τους από την καρδιολογική παρέμβαση.<sup>122</sup>

Αν και οι καρδιακοί χειρουργοί στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. είναι περισσότερο αποτελεσματικοί με άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω απ' ότι παλαιότερα, ωστόσο τα αποτελέσματα ερευνών υποδηλώνουν ότι γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία στην καρδιολογική κλινική.<sup>123</sup>

Στοιχεία δείχνουν ότι, τα υψηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παρεμβάσεων παρατηρούνται στο νέο πληθυσμό παρά το ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι υψηλότερες στους ηλικιωμένους.<sup>124</sup>

### 4.5.2: Ογκολογική κλινική

Από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες του εξωτερικού, παρατηρήθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας κάνουν διακρίσεις με βάση την ηλικία σε ασθενείς με καρκίνο. Η ασθένεια του καρκίνου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που απειλεί τη μακροζωία. Στατιστικά, το 60% των ασθενών με διάγνωση καρκίνου είναι ηλικίας 60 ετών και άνω ενώ το 2/3 του συνόλου αποβιώνουν. Το σημαντικότερο είναι ότι, είναι θύματα διακριτικών στρατηγικών θεραπείας και αποκλείονται από κλινικές δοκιμές. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι, ο τομέας φροντίδας των ηλικιωμένων δεν αποτελεί πόλο έλξης για το νοσηλευτικό προσωπικό.<sup>125</sup>

---

<sup>121</sup> Wenger, 1997&Cheitlin (1996 στο Bowling, 1999)

<sup>122</sup> Bowling, 1999

<sup>123</sup> Bowling, 1999

<sup>124</sup> Yancik 1997 & Hutchans et all (1999 στο Kearney et all 2000)

<sup>125</sup> Yancik 1997 & Hutchans et all (1999 στο Kearney et all 2000)

Τέλος, με βάση τα συμπεράσματα της έρευνας παρατηρείται αρνητική στάση προς στους ηλικιωμένους ασθενείς, από όλους τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ογκολογική κλινική, ανεξάρτητα από την ειδικότητα, το φύλο και την κλινική τους εμπειρία.

#### **4.5.3 : Στην ψυχιατρική κλινική**

Η παρουσία ηλικιακών διακρίσεων στον τομέα της ψυχικής υγείας και οι επιπτώσεις τους στην ποσότητα και ποιότητα της, είναι ένα θέμα που έχει συζητηθεί από τους γεροντολόγους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για πάνω από 30 χρόνια.

Οι ηλικιακές διακρίσεις έχουν χρησιμοποιηθεί ως μια πιθανή εξήγηση για την ανεπαρκή αξιοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ωστόσο, δεν έχουν γίνει αρκετές μελέτες στο εξωτερικό και καθόλου στην Ελλάδα που να εξετάζουν ότι, η ύπαρξη ηλικιακών διακρίσεων στον τομέα ψυχικής υγείας οδηγεί σε προβλήματα όσο αναφορά την πρόσβαση και τη χαμηλότερη ποιότητα περίθαλψης.

Μια μικρή έρευνα που πραγματοποιήθηκε από ψυχοθεραπευτές σε ψυχιατρική κλινική νοσοκομείου της Νέας Υόρκης, ήταν μεταξύ των πρώτων που εξέτασε την «απροθυμία του θεραπευτή». Ο πληθυσμός του δείγματος αποτελούνταν από 38 ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και φοιτητές. Οι 34 από αυτούς, συμφώνησαν με τη δήλωση ότι, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι δεν μιλούν πολύ, παρέχοντας έτσι στους ερευνητές ένα στερεότυπο που είχε σοβαρές συνέπειες για τη θεραπευτική προσέγγιση, τις προσδοκίες για τη θεραπεία και την έκβαση της με τους ηλικιωμένους.

Οι νεότεροι ασθενείς λαμβάνουν συστηματικά ευνοϊκότερες προβλέψεις από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς και περισσότερες πιθανότητες τοποθέτησης των κριτηρίων του «ιδανικού ασθενή» όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ψυχιάτρους. Τα παραπάνω ευρήματα διαπιστώθηκαν από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε, σε 179 ψυχιάτρους στους οποίους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο. Επίσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η πιθανή εξήγηση αυτής της ευνοϊκής μεταχείρισης ήταν ότι, φάνηκαν επηρεασμένοι από την ηλικιακή προκατάληψη προς τους μεγαλύτερους ασθενείς.<sup>126</sup>

---

<sup>126</sup> Robb et al, 2002

Δεν είναι γνωστό αν οι πολιτικές φροντίδας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας αντικατοπτρίζουν το δίκαιο καταμερισμό κριτηρίων ή τις προκαταλήψεις προς τους ηλικιωμένους. Οι συνέπειες και των δυο παραπάνω είναι ότι, οι νεότεροι τυγχάνουν μεγαλύτερης εύνοιας απ' ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς. Ο εσφαλμένος τρόπος καταμερισμού και οι ελλείψεις των πόρων, ίσως θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διακρίσεις ενάντια των ηλικιωμένων οι οποίες βασίζονται στην πεποίθηση ότι, η θεραπεία τους έχει μεγαλύτερο κόστος (για παράδειγμα είναι πιθανόν να χρειαστεί περισσότερο χρόνο ανάρρωσης έπειτα από την επέμβαση) ή ότι οι ηλικιωμένοι έχουν πιο σύντομη ζωή σε σχέση με τους νεότερους.<sup>127</sup>

#### **4.6: Διακρίσεις των επαγγελματιών υγείας προς τους ηλικιωμένους ασθενείς**

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μέρος της κοινωνίας, συνεπώς αντικατοπτρίζουν τη συνολική κοινωνική στάση προς την τρίτη ηλικία. Από μια σειρά ερευνών που θα αναφερθούν παρακάτω φαίνεται ότι δεν είναι απρόσβλητοι από τις ηλικιακές διακρίσεις.

Σε έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας σε τέσσερα μεγάλα νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας αποκάλυψε ένα σημαντικό επίπεδο ηλικιακών διακρίσεων που γεννήθηκε κυρίως λόγω της άγνοιας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι επαγγελματίες που είχαν εξειδικευτεί σε θέματα σχετικά με την φροντίδα και περίθαλψη των ηλικιωμένων φάνηκε να έχουν πιο θετική στάση για την τρίτη ηλικία.<sup>128</sup>

Ο Banerjee (2003), αποπειράθηκε να διαχωρίσει σε τρεις κατηγορίες τις διακρίσεις που πραγματοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας στη νοσοκομειακή περίθαλψη και αυτές είναι: Η Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια.

Η Πρωτοβάθμια ηλικιακή διάκριση είναι εμφανής όταν κάποιος επαγγελματίας υγείας αρνηθεί μια καθιερωμένη θεραπεία σε ένα ασθενή λαμβάνοντας ως κριτήριο μόνο την ηλικία του.

---

<sup>127</sup> Coast et al (1996 στο Bowling, 1999)

<sup>128</sup> Hanley et al (2004 στο Banerjee,2007)

Η Δευτεροβάθμια ηλικιακή διάκριση είναι συλλογική. Παραδείγματα αυτής της κατηγορίας είναι η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας προς τους φτωχούς ηλικιωμένους. Επίσης η πολιτική του νοσοκομείου αρκετές φορές ενισχύει αυτή την κατηγορία της διάκρισης με την αποφυγή των ευάλωτων ηλικιωμένων με πολλαπλές παθολογίες όταν εισάγονται σε αυτό.

Στην περίπτωση της τριτοβάθμιας ηλικιακής διάκρισης υπάρχει υποβάθμιση της εξειδικευμένης γνώσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων.

#### **4.7: Στάσεις νέων και νέων φοιτητών για τους ηλικιωμένους**

Η νεότητα είναι ένα στάδιο της ζωής του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση. Βρίσκεται δηλαδή στη φάση της προετοιμασίας για την ανάληψη των ρόλων των ενηλίκων. Από την άλλη πλευρά, η τρίτη ηλικία αποτελεί τη φάση εκείνη της ζωής του ατόμου που έχει βιώσει αξίες και ρόλους, έχει δοκιμαστεί από αντιξοότητες και δυσκολίες ξεπερνώντας αυτές, με σωστό ή λάθος τρόπο. Έχει αποκτήσει δηλαδή εμπειρία που δίνει τη δυνατότητα στο ηλικιωμένο άτομο να υποστηρίξει τις προσωπικές του αντιλήψεις. Συγκρίνοντας λοιπόν, τις δυο παραπάνω γενιές θα ήταν δυνατόν να γίνει μια αναφορά σε έναν «ανταγωνισμό», μια αντίθεση μεταξύ τους. Ο ανταγωνισμός αυτός έχει ιδεολογικό, πνευματικό και κοινωνικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χάσμα μεταξύ τους, αφού έχει να κάνει με συγκρούσεις κάποιων γενικών χαρακτηριστικών των δυο γενεών. Την πείρα των ηλικιωμένων με την απειρία των νέων, τη νηφαλιότητα με τη βιασύνη, το ρεαλισμό με τον ιδεαλισμό, το συντηρητισμό με την ανανέωση, και την προσαρμογή με την επαναστατικότητα αντίστοιχα.<sup>129</sup>

Σύμφωνα με μια συγκριτική έρευνα μεταξύ των χωρών Ινδίας, Η.Π.Α. , Ιαπωνία, Πουέρτο Ρίκο, Σουηδίας, Αγγλίας και Ελλάδας που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία σχετικά με τις απόψεις των φοιτητών για την τρίτη ηλικία προέκυψαν τα εξής στοιχεία: Οι ινδοί μαθητές έχουν περισσότερα αρνητικά στερεότυπα για τα ηλικιωμένα άτομα απ' ότι στις Η.Π.Α. Από την άλλη πλευρά, οι Έλληνες φοιτητές θεωρούν τους ηλικιωμένους περισσότερο συντηρητικούς και αδρανείς σε σχέση με την άποψη των Ινδών.

---

<sup>129</sup> Δαβράδου και συν, 2009

Τελικά παρατηρείται ότι, όλοι οι πολιτισμοί έχουν αρνητικά στερεότυπα απέναντι στους ηλικιωμένους στους τομείς της παρέμβασης, του συντηρητισμού, και της προσωπικότητας. Ο Prakash το 1992 εξέτασε τη στάση των Ινδών σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους σε σχέση με τους Βρετανούς και Καναδούς. Οι πρώτοι βρέθηκαν να αποδίδουν ευθύνες στους ηλικιωμένους για την κακή υγεία τους και το χαμηλό εισόδημα στα γηρατειά.

Η στάση απέναντι στους ηλικιωμένους φαίνεται να επηρεάζεται και από τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Ιδιαίτερα σημαντικά πολιτισμικές διαφορές παρατηρούνται ανάμεσα στην Τουρκία και στις Η.Π.Α. Παρά τις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στην Τουρκία τα τελευταία χρόνια, αποδεικνύεται ότι οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να κατέχουν σημαντικό κύρος, εκτίμηση και σεβασμό. Τείνουν επίσης να έχουν πιο στενές οικογενειακές σχέσεις σε σύγκριση με τις Η.Π.Α.<sup>130</sup>

Στον Ελλαδικό χώρο φάνηκαν να υπάρχουν περιορισμένες έρευνες που αναφέρουν τις στάσεις νέων σχετικά με τη γήρανση. Η ύπαρξη μιας πτυχιακής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα κοινωνικής εργασίας στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης όπου αφορά τις στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών κοινωνικής εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας αποκάλυψε τα παρακάτω στοιχεία:

Όσο αφορά την επικοινωνία των ηλικιωμένων ατόμων με τα νεαρά άτομα παρατηρήθηκε ότι, γίνεται όλο και πιο δύσκολη και το χάσμα ανάμεσα στις δυο αυτές γενιές συνεχώς αυξάνεται. Η αλλαγή των σχέσεων σε κοινωνικό και διαπροσωπικό επίπεδο, αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του σύγχρονου τρόπου ζωής του ατόμου. Οι σημερινές κοινωνικο -οικονομικές συνθήκες οδηγούν στην αναπροσαρμογή των παλαιών προτύπων, των ρόλων και των αξιών.

Επίσης δυο υποθέσεις που επαληθεύτηκαν μέσω της έρευνας είναι οι εξής:

- Όσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα επαφής των νέων με τους ηλικιωμένους τόσο ενισχύονται οι θετικές στάσεις.
- Ο φόβος των γηρατειών ενισχύει την αρνητική στάση προς τους ηλικιωμένους.<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> Aykan & Wolf, 2000 στο McConatha, J T, 2007

<sup>131</sup> Ανδρακάκη και Σόφη, 2007

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ**

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια σταθερή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό των αναπτυγμένων χωρών. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Ελλάδα, ως αποτέλεσμα της υπογεννητικότητας και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης. Ειδικότερα στην Ελλάδα, κατά την απογραφή του 2001, το 17,1% του πληθυσμού είχε ηλικία άνω των 65 ετών, με το ποσοστό των γυναικών να είναι υψηλότερο και να φτάνει το 18% και των αντρών το 15%.<sup>132</sup>

Ωστόσο μετά το 65<sup>ο</sup> έτος, σύμφωνα με τη γηριατρική, υπάρχει η τάση να θεωρείται το άτομο ηλικιωμένο μιας και η ηλικία αυτή συμπίπτει με τη συνταξιοδότηση. Το όριο αυτό είναι αυθαίρετο μιας και η συνταξιοδότηση επηρεάζεται σημαντικά από τις διεθνής και εθνικές πολιτικές και τα εργατικά ζητήματα.<sup>133</sup>

Παρά την ύπαρξη μεγάλων κέντρων γεροντολογίας δεν έχει δοθεί απάντηση στη βασική ερώτηση από πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ως όριο, τα 60,65,70,75,80,ή 85 . Σύμφωνα με τον Έλληνα επιστήμονα Γούρνα, αυτή οριοθετείται στα 65, παλαιότερα ήταν τα 60 ενώ, τα επόμενα έτη συζητείται να είναι τα 70. Στις περισσότερες βιβλιογραφικές μελέτες ως ηλικιωμένοι ορίζονται οι 65 ετών και άνω.<sup>134</sup>

### **5.1.: Οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων**

Η οικογένεια αποτελεί θεσμό, ο οποίος θεωρείται η βάση της ελληνικής κοινωνίας. Στο πέρας των χρόνων παρατηρείται μια διαφοροποίηση της δομής και λειτουργίας της ελληνικής οικογένειας, η οποία οφείλεται στην «εξέλιξη» της σύγχρονης κοινωνίας.

Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυροί και υπάρχει η αμοιβαία βοήθεια μεταξύ των μελών της οικογένειας . Τίποτα δεν αποδεικνύει ότι, η επιθυμία των νέων να προσφέρουν στα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας, έχει περιοριστεί. Όμως ακόμα και σε περιοχές όπου παρατηρούνταν συμβίωση μελών πολλών γενεών, οι συνθήκες που

---

<sup>132</sup> Γιανακόπουλος, 2006

<sup>133</sup> Γιανακόπουλος, 2006

<sup>134</sup> Πουλοπούλου, 1999

επικράτησαν, όπως η αστικοποίηση, η κινητικότητα εργατικού δυναμικού, συνέβαλαν στην έκλειψη της συμβίωσης αυτής και της εμφάνισης της σημερινής μορφής της οικογένειας.<sup>135</sup> Σήμερα στην ελληνική κοινωνία, η οικογένεια από εκτεταμένη-παραδοσιακή μετατρέπεται σε «πυρηνική».

Όπως προαναφέρθηκε, οι γρήγοροι ρυθμοί της σημερινής κοινωνίας και η έξοδος της γυναίκας από το στενό χώρο του νοικοκυριού στην αγορά εργασίας δεν επιτρέπουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας με άμεσο τρόπο, όπως παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι. Στην πλειοψηφία τους, τα παιδιά αρκούνται στην παροχή οικονομικής βοήθειας στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ παρατηρείται και μια στροφή προς τους αρμόδιους κρατικούς φορείς για την παροχή βοήθειας με στόχο την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Σήμερα η οικογένεια μεταφέρεται στο χώρο της πόλης, όπου οι ρυθμοί της κοινωνικής πραγματικότητας απαιτούν την έξοδο της γυναίκας – συζύγου στην αγορά εργασίας.<sup>136</sup>

## 5.2.: Μορφές κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων

Οι μορφές φροντίδας ηλικιωμένων μπορούν να διαχωριστούν στις **ανοιχτές** και **κλειστές**, ωστόσο σε αυτό το σημείο θα αναλυθεί μόνο η δεύτερη κατηγορία. Στις ανοιχτές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων συγκαταλέγονται: η Πρόνοια, τα Κ.Α.Π.Η, το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τέλος τα Κ.Η.Φ.Η. Όσον αφορά στις κλειστές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων συγκαταλέγονται: τα ιδρύματα χρόνιων παθήσεων και οι οίκοι ευγηρίας.

Με τον όρο κλειστές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων εννοούμε τα διάφορα κλειστά ιδρύματα που έχουν ως στόχο, την φροντίδα των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν μόνιμα σε αυτά. Τα κλειστά ιδρύματα αποτελούσαν μονόδρομο στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Τα τελευταία χρόνια, η κοινωνική πολιτική προσανατολίζεται περισσότερο προς τις ανοιχτές μορφές φροντίδας, αφήνοντας τα ιδρύματα αυτά ως έσχατη λύση υποβιβάζοντας ακόμη περισσότερο το ρόλο τους με

---

<sup>135</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>136</sup> Μουσούρου, 1984

το σκεπτικό ότι τα ιδρύματα αυτά εντείνουν το πρόβλημα της περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων από την ευρύτερη κοινότητα.<sup>137</sup>

### 5.2.1 Ιδρύματα Χρόνιων Παθήσεων

Τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων είναι ιδρύματα τα οποία δεν αφορούν αποκλειστικά ηλικιωμένους. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εξυπηρετούν ανήκουν στην παραπάνω κατηγορία καθώς εξαιτίας της έκπτωσης των σωματικών και διανοητικών λειτουργιών αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα που χρειάζονται εντατική θεραπεία. Εκτός από δημόσια λειτουργούν και ιδιωτικές κλινικές για αυτό το σκοπό.<sup>138</sup>

### 5.2.2 Οίκοι Ευγηρίας

Στην σύγχρονη πραγματικότητα, οι οίκοι ευγηρίας θεωρούνται απαραίτητοι καθώς οι υπάρχουσες δομές δεν επαρκούν για να καλύψουν πλήρως τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Βέβαια ο προσανατολισμός τους προσπαθεί να ξεφύγει από την λογική του «ασύλου» που επικρατούσε παλαιότερα και επικεντρώνεται περισσότερο στην ολόπλευρη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, όχι μόνο των βασικών, αλλά και των υπολοίπων όπως είναι η κοινωνικοποίηση. Αυτή επιτυγχάνεται μέσω «ανοιγμάτων» στην κοινότητα τη διασύνδεση και τη συνεργασία με άλλους φορείς που δραστηριοποιούνται στην ίδια κατεύθυνση (π.χ.Κ.Α.Π.Η). Βέβαια ο προσανατολισμός αυτός δεν έχει καθολική εφαρμογή σε όλους τους οίκους ευγηρίας και συχνά εξαρτάται από τις διοικήσεις του εκάστοτε ιδρύματος.<sup>139</sup>

Οι οίκοι ευγηρίας, μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το φορέα υλοποίησής τους:

1. Τους **δημόσιους οίκους ευγηρίας**, οι οποίοι λειτουργούν κάτω από την άμεση ευθύνη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και είναι ίσως οι μόνοι που έχουν το

---

<sup>137</sup> Σταθόπουλος, 1996

<sup>138</sup> Σταθόπουλος, 1996

<sup>139</sup> Σταθόπουλος, 1996



νέο προσανατολισμό που αναφέρθηκε προηγουμένως καθώς ακολουθούν τις επιταγές της κοινωνικής πολιτικής που ασκεί το κράτος.<sup>140</sup>

**2. Ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας.** Οι προϋποθέσεις οι οποίες θέτονται από τους Δημόσιους οίκους ευγηρίας, καθώς και ο περιορισμένος αριθμός τους δεν επαρκεί να καλύψει τις ανάγκες όλων των ηλικιωμένων. Οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας δημιουργήθηκαν προκειμένου να καλύψουν αυτό το κενό. Λειτουργούν υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα και παρατηρείται ότι αρκετές φορές δεν πληρούν βασικές προϋποθέσεις (επαρκές εξειδικευμένο προσωπικό, άνετους χώρους διαβίωσης, διοργάνωση δραστηριοτήτων για τους ηλικιωμένους) ώστε να προσφέρουν την απαραίτητη ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε αυτά.<sup>141</sup>

**3. Εκκλησιαστικά γηροκομεία:** είναι αυτά τα οποία λειτουργούν με την ευθύνη της Αρχιεπισκοπής και συχνά η δημιουργία τους οφείλεται στην πρωτοβουλία κάποιου Μητροπολίτη. Τα εκκλησιαστικά γηροκομεία είναι τα περισσότερα σε αριθμό στην Ελλάδα καθώς παλαιότερα ήταν τα μόνα που λειτουργούσαν. Καθώς δεν υπόκεινται στην κρατική κοινωνική πολιτική, ακολουθούν δική τους προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων.<sup>142</sup>

### **Κεφάλαιο 5.3 : Η υγεία των ηλικιωμένων**

Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μια σταδιακή επιδείνωση των φυσιολογικών λειτουργιών με κύριο χαρακτηριστικό την έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της κλινικής εικόνας με την οποία παρουσιάζονται τα διάφορα νοσήματα. Παράλληλα, επέρχονται μια σειρά σημαντικές αλλαγές και στον κοινωνικό ρόλο των ηλικιωμένων, με τη διακοπή της εργασίας, την απόσυρση από την οικονομική δραστηριότητα, τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών και την εξάρτηση τους από τα άτομα που τους φροντίζουν. Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών, η λειτουργική αυτονομία και η ποιότητα ζωής είναι οι

---

<sup>140</sup> Σταθόπουλος, 1996

<sup>141</sup> Σταθόπουλος, 1996

<sup>142</sup> Σταθόπουλος, 1996

δύο σημαντικότεροι στόχοι για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας. Η αυτονομία και η ποιότητα ζωής απειλούνται από τη σύνθετη και πολύπλοκη παθολογία της τρίτης ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση του επιπολασμού των νοσημάτων φθοράς, μεγάλη συννοσηρότητα, αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και κατανάλωση φαρμάκων.<sup>143</sup>

Με το πέρας των ετών ο άνθρωπος υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι η δύναμη και αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό έναντι των άλλων οργάνων και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια ή οι σφιγκτήρες ή άλλη λειτουργία. Μερικές από τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων είναι οι λοιμώξεις, αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνοι, ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, ψυχικά νοσήματα και διαβήτης.<sup>144</sup>

Αξίζει να αναφερθεί πως, οι ηλικιωμένοι σήμερα παρουσιάζουν καλύτερη υγεία και υποφέρουν λιγότερο από χρόνιες ασθένειες σε σχέση με τους προγόνους τους. Αντισηπτικά, αντιβιοτικά, βελτιωμένη διατροφή, υπηρεσίες πρόληψης, υψηλότερο εισόδημα έχουν συμβάλει στη μεγαλύτερη διάρκεια και καλύτερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο η σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει ως επακόλουθο, όχι μόνο την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού αλλά και την εμφάνιση νοσημάτων.<sup>145</sup>

#### **5.4: Υπηρεσίες υγείας για ηλικιωμένους**

Οι πρόοδοι της ιατρικής επιστήμης στην πρόληψη και τη θεραπεία των χρόνιων παθήσεων και επιπλοκών τους είναι σημαντικές τα τελευταία χρόνια. Εν τούτοις, στους ηλικιωμένους υπάρχουν ακόμα πολλές αιτίες νοσηρότητας που θα μπορούσαν να προληφθούν τόσο στις κοινωνίες που έχει συντελεστεί η δημογραφική

---

<sup>143</sup> Γιανακόπουλος,2006

<sup>144</sup> Πουλοπούλου,1999

<sup>145</sup> Πουλοπούλου,1999

γήρανση, όσο και σε αυτές που τώρα συντελείται. Σύμφωνα με τον Navarro,<sup>146</sup> η συνεχής αύξηση των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων υψηλής τεχνολογίας δε φαίνεται να είναι από μόνη της ικανή να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού χωρίς την εφαρμογή πολιτικών βελτίωσης της προσβασιμότητας και της ανταπόκρισης των υπηρεσιών στις ανάγκες του πληθυσμού. Κατά τον Dolinis και συν,<sup>147</sup> οι υπηρεσίες υγείας παρά την εξειδίκευση, το υψηλό κόστος και την ανθρώπινη εργασία που καταβάλλεται, είναι τις περισσότερες φορές περιχαρακωμένες στα στενά πλαίσια του νοσοκομείου, αδυνατώντας να προσεγγίσουν τις διαφορετικές ανάγκες που αναδύονται στο περιβάλλον της κοινότητας.<sup>148</sup>

Μελετώντας την ερευνητική εργασία των Σκαλίδη και συν., σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας από την άποψη των ασθενών, θα γίνει μια παρουσίαση των στοιχείων που προήλθαν από αυτή. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι, ένας από τους παράγοντες που ευνοούν την παροχή υψηλότερου επιπέδου περίθαλψης, είναι η μεγαλύτερη ηλικία. Επιπρόσθετα, από τα ευρήματα της μελέτης φάνηκε ότι, μια σειρά κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη περίθαλψη, καθώς και την άποψή τους για τις δυνατότητες βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς και οι περισσότερο μορφωμένοι είναι λιγότερο ευχαριστημένοι από την περίθαλψη. Φαίνεται ότι, όσον αφορά τουλάχιστον στην ηλικία και στη μόρφωση των ασθενών, η άποψή τους συσχετίζεται με τις αυξημένες προσδοκίες τους. Επίσης διαπιστώνεται ότι, οι ασθενείς με τα ανωτέρω χαρακτηριστικά θεωρούν ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν είναι αρκετά ικανοποιητικές, αλλά μπορούν και πρέπει να βελτιωθούν ουσιαστικά.<sup>149</sup>

Σύμφωνα με τους Duncan και Smith οι ηλικιωμένοι που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα επιζητούν από τους ιατρούς να δείξουν προσοχή

---

<sup>146</sup> Navarro (2002, στο Γιαννακόπουλος, 2006)

<sup>147</sup> Dolinis και συν (1997, στο Γιαννακόπουλος, 2006)

<sup>148</sup> Γιαννακόπουλος, 2006

<sup>149</sup> Σκαλίδης και συν, 2010

και αφοσίωση όχι μόνο εξαιτίας της ηλικίας τους και της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης αλλά και λόγω της ανικανότητας τους να ανταπεξέλθουν στις δαπανηρές απαιτήσεις των θεραπειών. Αντίθετα οι ασθενείς των ανώτερων κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων επιδιώκουν το υψηλό επίπεδο φροντίδας χωρίς να ακολουθηθεί η παραπάνω διαδικασία μιας και θεωρείται δεδομένη.<sup>150</sup>

Σχετικά με τον αν οι νεότεροι ή οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να έχουν μεγαλύτερη και καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας, στην έρευνα των Davey και Ross γίνονται φανερές και οι δύο διαφορετικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα αυτό. Απ' την μία πλευρά υποστηρίζεται ότι, οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν ευκολότερη πρόσβαση μιας και χρειάζονται περισσότερη φροντίδα. Απ' την άλλη πλευρά, μερίδα των επαγγελματιών υγείας, ισχυρίζεται ότι, στους νεότερους ανθρώπους θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα, συνδέοντας την σχέση «κόστους-αποτελεσματικότητας», έχοντας μεγαλύτερη διάρκεια ζωής σε σχέση με τους μεγαλύτερους ασθενείς. Επίσης ως νεότεροι υπάλληλοι έχουν μεγαλύτερες δεσμεύσεις στην κοινωνική τους ζωή και την εργασία τους.<sup>151</sup>

Λαμβάνοντας υπόψη την οργανωτική πολυπλοκότητα των συστημάτων υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, είναι ίσως αναμενόμενο ότι, οι ηλικιωμένοι χρήστες υπηρεσιών δεν λαμβάνουν φροντίδα με συνοχή και βιώνουν ένα σύστημα ιδιαίτερα αποσπασματικό. Η κατώτερης ποιότητας υπηρεσίες που λαμβάνουν πολλοί ηλικιωμένοι, συγκρινόμενη με τους νεότερους χρήστες υπηρεσιών, είναι προϊόν της προκατάληψης κατά των ηλικιωμένων (Ageism), της αντίληψης ότι, οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πολύτιμοι ως πολίτες και ότι, θα ωφεληθούν λιγότερο από τους πόρους που διατίθενται για τη φροντίδα και την υποστήριξή τους.<sup>152</sup>

---

<sup>150</sup> Turcotte, 2003

<sup>151</sup> Davey & Ross, 2003

<sup>152</sup> Alaszewski and al., 2003

## 5.5. Προαγωγή υγείας

Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη, να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό.<sup>153</sup>

Στο επίκεντρο της Προαγωγής Υγείας είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων σ' αυτήν και η αύξηση των ευκαιριών για τη βελτίωση. Αυτό συνεπάγεται με αλλαγές στις σχετικές πολιτικές του κράτους και των υπεύθυνων φορέων, καθώς και αναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας

Επίσης αξίζει να σημειωθεί πως, ο κυρίαρχος τρόπος ζωής σε μια κοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας γιατί διαμορφώνει τις προσωπικές συμπεριφορές που μπορεί να είναι είτε ωφέλιμες, είτε βλαβερές. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που συμβάλλουν στην υγεία προϋποθέτει τη διερεύνηση των σχετικών πεποιθήσεων και αξιών. Η διαμόρφωση μιας υγιεινούς συμπεριφοράς και η ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών προσαρμογής στο περιβάλλον και συναλλαγής με αυτό, αποτελούν Θεμελιώδεις στόχους της Προαγωγής Υγείας.<sup>154</sup>

Η Προαγωγή Υγείας ,μαζί με τους ηλικιωμένους, είναι ένα πρόγραμμα που στοχεύει στην καλύτερη ποιότητα ζωής για:

- ❖ Αύξηση του αριθμού των ετών ζωής ελεύθερων από ανικανότητα ή αναπηρία
- ❖ Εμφύχωση για μια πλήρη και ενεργό ζωή στην κοινότητα
- ❖ Παράταση της καλής υγείας μέσω υγιεινών συνηθειών σε υποστηρικτικό περιβάλλον.<sup>155</sup>

---

<sup>153</sup> Τούντας, 2006

<sup>154</sup> Τούντας, 2006

<sup>155</sup> <http://www.gerontology.gr> [πρόσβαση:28 Σεπτεμβρίου 2011]

Συγκεκριμένα, τα προγράμματα προαγωγής υγείας οργανώνονται και λειτουργούν από τα Κ.Α.Π.Η. των δήμων, και κατά καιρούς από διάφορους άλλους φορείς. Μάλιστα, σε αρκετές εκ των περιπτώσεων επιβλέπονται και χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ειδικότερα επικεντρώνονται:

- ❖ Στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων μέσω της βελτίωσης της συμμόρφωσης με την ενδεικνυόμενη αγωγή, φαρμακευτική ή άλλη, για τη θεραπεία των υπαρχόντων παραγόντων κινδύνου.
- ❖ Την εκπαίδευση εθελοντών ηλικιωμένων για να γίνουν οι ίδιοι εθελοντές σύμβουλοι υγιεινής διατροφής με απώτερο σκοπό την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- ❖ Τη βελτίωση και διατήρηση της κινητικότητας και της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων με προγράμματα ασκήσεων
- ❖ Τη μείωση παραγόντων που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές, όπως ασταθή οικογενειακά περιβάλλοντα, καταχρήσεις και κοινωνικές αναταραχές καθώς και υποστήριξη της σταθερής οικογενειακής ζωής, κοινωνικής συνοχής και ανάπτυξης του ατόμου.<sup>156</sup>

Η Προαγωγή της Υγείας των Ηλικιωμένων μπορεί να διευκολύνει και να ανακουφίσει τα συστήματα υγείας των χωρών από προβλήματα που οφείλονται στην ένδεια πόρων και πηγών. Για το λόγο, αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική η υλοποίηση προγραμμάτων που στοχεύουν σε μία κοινή πρακτική, μέσα από την υιοθέτηση κοινού συστήματος οδηγιών και συστάσεων που ενισχύουν τη συντονισμένη δράση.

157

---

<sup>156</sup> [http:// www.50plus.gr](http://www.50plus.gr) [πρόσβαση:28 Σεπτεμβρίου 2011]

<sup>157</sup> [http:// www.50plus.gr](http://www.50plus.gr) [πρόσβαση:28 Σεπτεμβρίου 2011]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

### **6.1: Ο κοινωνικός λειτουργός και η υπεράσπιση των κοινωνικών διακρίσεων**

Η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας βασίζεται σε θεμελιώδεις αξίες, όπως τα ανθρώπινα δικαιώματα, τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότητας, της δημοκρατίας και της κοινωνικής αλλαγής. Οι αξίες αυτές συνιστούν το βασικό πυρήνα της ύπαρξης της. Αυτές τις αξίες εισηγείται και αυτές εφαρμόζει στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει τις ανθρώπινες υποθέσεις και τα κοινωνικά προβλήματα και να προάγει τη βελτίωση της γενικής κοινωνικής πολιτικής.<sup>158</sup>

Οι κοινωνικοί λειτουργοί υπογραμμίζουν, αναδεικνύουν και υπερασπίζονται τα δικαιώματα και τις ατομικές ελευθερίες των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα. Έχουν την ευθύνη να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη τόσο σε επίπεδο ατόμου, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας.

Αυτό σημαίνει:

α) *Καταπολέμηση των κοινωνικών διακρίσεων* - Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ευθύνη να καταπολεμήσουν τις κοινωνικές διακρίσεις οι οποίες σχετίζονται με τη σωματική επάρκεια, την υγεία, τις πολιτισμικές καταβολές, το φύλο, την ηλικία, την έγγαμη σχέση, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις πολιτικές απόψεις, το χρώμα του δέρματος, τα φυλετικά ή τα σωματικά χαρακτηριστικά, το σεξουαλικό προσανατολισμό ή τα θρησκευτικά πιστεύω.

β) *Αναγνώριση της διαφορετικότητας* - Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αναγνωρίζουν και να σέβονται την εθνική και πολιτισμική διαφορετικότητα των κοινωνιών στις οποίες εργάζονται και να συνεκτιμούν τις ατομικές, οικογενειακές, ομαδικές και κοινοτικές διαφορές.

γ) *Δίκαιος διαμοιρασμός των πόρων* - Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζεται να εξασφαλίζουν ότι οι πόροι διατίθενται και διαμοιράζονται δίκαια, στη βάση των υπαρχουσών αναγκών.

δ) *Καταπολέμηση των άδικων πολιτικών και πρακτικών* - Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν καθήκον να αναφέρουν στους εργοδότες τους, σε όσους σχεδιάζουν προγράμματα κοινωνικής πολιτικής, στους πολιτικούς και στο κοινό τις συνθήκες ανεπάρκειας πόρων ή τον ανισομερή διαμοιρασμό των πόρων, καθώς επίσης και τις

---

<sup>158</sup> Καλλινικάκη, 1998

πολιτικές και πρακτικές οι οποίες είναι καταπιεστικές, άδικες ή επιζήμιες για τους εξυπηρετούμενους.

ε) *Εργασία με αλληλεγγύη* - Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την υποχρέωση να καταπολεμούν τις κοινωνικές συνθήκες οι οποίες οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό, στο στιγματισμό ή την υποδούλωση των ατόμων και να εργάζονται για μια "εμπεριέχουσα" κοινωνία.<sup>159</sup>

---

<sup>159</sup> <http://www.ifsw.org> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]



## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **7.1: Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της έρευνας είναι, να κατανοηθούν οι στάσεις και τις πρακτικές που έχουν οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας σχετικά με τις ηλικιακές διακρίσεις. Επίσης να φανεί ο βαθμός ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με, το παραπάνω θέμα.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας ζητήθηκε σχετική άδεια από τα συμβούλια τεσσάρων νομαρχιακών νοσοκομείων. Ειδικότερα, απ' τα Γενικά Νοσοκομεία Νάουσας, Βέροιας, Σπάρτης και τέλος το Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν θα υπάρξει κάποια συγκριτική μελέτη ανάμεσα στα παραπάνω νοσοκομεία απλά επιλέχθηκαν για τη διευκόλυνση της έρευνας.

### **7.2: Ερευνητικά ερωτήματα**

- Σε ποιο βαθμό η θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας, επενεργεί στις αντιλήψεις τους για την άσκηση του επαγγέλματός τους;
- Οι συνθήκες εργασίας κάτω από τις οποίες απασχολούνται οι επαγγελματίες υγείας, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την αποδοτικότητά τους;
- Η παρουσία ηλικιωμένων ατόμων στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζει και τη στάση τους απέναντι στους ηλικιωμένους, που βρίσκονται στο χώρο εργασίας τους;
- Κατά πόσο το φύλο των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στους ηλικιωμένους;
- Το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο των ασθενών, είναι σε θέση να επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται από το σύστημα υγείας;

### 7.3: Επιλογή δείγματος

Ο πληθυσμός της μελέτης προήλθε από επαγγελματίες υγείας, άνδρες και γυναίκες, που εργάζονται στα προαναφερθέντα. Το σύνολο των ατόμων του δείγματος έφτανε στα 200 άτομα και πρόκειται για επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων με ιδιαίτερα κοινωνικο - δημογραφικά στοιχεία ο καθένας.

Στα πρώτα στάδια του εμπειρικού μέρους πραγματοποιήθηκε η πιλοτική έρευνα. Στα πλαίσια αυτής συμπληρώθηκαν είκοσι (20) ερωτηματολόγια με σκοπό να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα ή ασάφειες στη διατύπωση των ερωτήσεων. Η μόνη παρατήρηση που έγινε από τους ερωτώμενους ήταν ο μεγάλος αριθμός ερωτήσεων που εμπεριέχονταν στο ερευνητικό εργαλείο.

### 7.4: Τεχνικές συλλογής στοιχείων

Η έρευνα που διεξήχθη ήταν ποσοτική και η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα I-ερωτηματολόγιο έρευνας), κάτι που μας επέτρεψε να συμπεριληφθεί στην έρευνα ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για το σκοπό της έρευνας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την προσέγγιση του δείγματος και την εξασφάλιση της τυχαιότητας ήταν αυτή της χιονοστιβάδας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε στο κύριο μέρος του ερωτήσεις κλειστού τύπου, που προσφέρονται καλύτερα για μια στατιστική ανάλυση και ανίχνευση, ενώ υπήρχαν σε αυτό και μερικές ανοιχτού τύπου.

Οι ερωτήσεις ήταν με σαφή διατύπωση ώστε να μην προκαλούν σύγχυση στους ερωτώμενους, και να μας οδηγούν σε ακριβή και ασφαλή συμπεράσματα.

Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο διαχωρίστηκε σε 5 κατηγορίες, αυτές περιελάμβαναν ερωτήσεις που αφορούσαν τους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα διερευνούσαν:

- ❖ Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους
- ❖ Την αντίληψη τους για το Εθνικό Σύστημα Υγείας
- ❖ Τις συνθήκες εργασίας τους

- ❖ Τις απόψεις τους για τα δικαιώματα των ασθενών στη νοσοκομειακή περίθαλψη
- ❖ Τις αντιλήψεις τους για τους ηλικιωμένους

Σε ερωτήσεις που στόχευαν στη μέτρηση των τάσεων του πληθυσμού χρησιμοποιήθηκε η πεντάβαθμη κλίμακα Likert μίας κατεύθυνσης με κωδικοποίηση, Καθόλου (1), Λίγο (2), Μέτρια (3) Πολύ (4), Πάρα πολύ (5). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η διαβαθμισμένη κλίμακα, Πότε (1), Σπάνια (2), Μερικές φορές (3), Συχνά (4), Πολύ συχνά (5). Ακόμα, έγινε χρήση ερωτήσεων- φίλτρου και πολλαπλής επιλογής.<sup>160</sup>

Συνολικά συμπληρώθηκαν 200 ερωτηματολόγια αριθμός ικανός για να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα στην ποσοτική έρευνα και την στατιστική ανάλυση, χρησιμοποιώντας πίνακες συχνοτήτων διαγράμματα και πίνακες συσχετίσεων προκειμένου να ληφθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα.

#### **7.5: Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων**

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε Περιγραφική-Συνδυαστική Στατιστική, με πίνακες συχνοτήτων, διαγράμματα, συσχετίσεις μεταβλητών με Crosstabs και Chi-Square Tests. Τα παραπάνω υλοποιήθηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.

#### **7.6: Δυσκολίες**

Κατά τη διενέργεια της έρευνας υπήρχαν δυσκολίες που στάθηκαν εμπόδια, ωστόσο ξεπεράστηκαν, αλλά υπήρξε χρονική καθυστέρηση στην υλοποίηση της. Η μεγαλύτερη δυσκολία που έπρεπε να αντιμετωπισθεί και αξίζει να αναφερθεί έχει να κάνει με τη διαδικασία που έπρεπε να ακολουθηθεί ώστε να παρθεί η άδεια που χρειάζονταν απ' τα νοσοκομεία προκειμένου να γίνει η διεξαγωγή της έρευνας και να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια. Απαιτήθηκε αρκετός χρόνος προκειμένου να ληφθεί αυτή, καθώς δεν πραγματοποιούνταν συχνά συνεδρίαση του επιστημονικού και

---

<sup>160</sup> Javeau,1996

διοικητικού συμβουλίου στα νοσοκομεία, αν δεν συγκεντρώνονταν ένας ικανοποιητικός αριθμός αιτημάτων. Η παραπάνω κωλυσιεργία λειτούργησε σαν αλυσίδα, μιας στις περισσότερες των περιπτώσεων βρεθήκαμε εν αναμονή της έγκρισης συνεπώς καθυστερούσε η διανομή των ερωτηματολογίων, και εν συνεχεία η ανάλυση των δεδομένων.

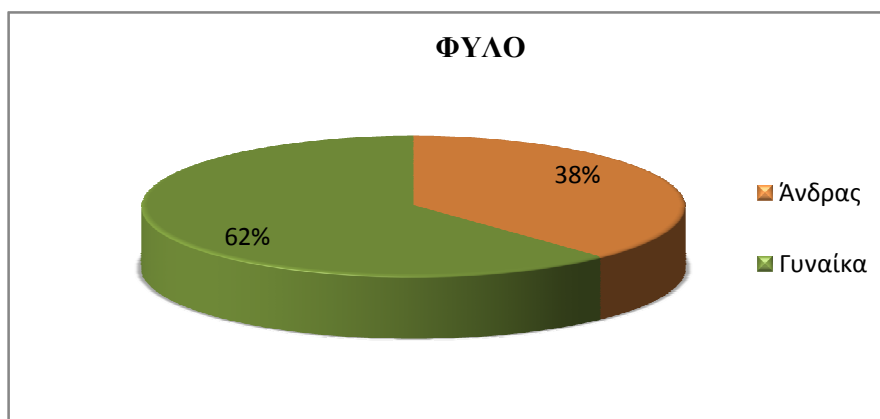
Μια ακόμα δυσκολία που προέκυψε εξ αρχής στην πτυχιακή εργασία είχε να κάνει με την έλλειψη ελληνικής βιβλιογραφίας πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Φαίνεται πως οι ηλικιακές διακρίσεις γενικότερα, είναι ένα πρωτότυπο θέμα που δεν έχει διερευνηθεί στην Ελλάδα σε αντίθεση με το εξωτερικό που υπάρχει πληθώρα ερευνών και εξειδίκευση σε παραμέτρους του θέματος των ηλικιακών διακρίσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 8.1: Συχνότητες μεταβλητών

#### Ερώτηση 1: Φύλο

Ο πληθυσμός μας όπως φαίνεται δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένος σε σχέση με το φύλο. Το δείγμα αποτελείται το **38%** από *άνδρες* και το **62%** από *γυναίκες*.



#### Ερώτηση 2: Ηλικία

Οι *ηλικιακές ομάδες* όπως διαμορφώθηκαν στο ερωτηματολόγιο μας έδωσαν τα εξής αποτελέσματα, από **18-27** ετών το ποσοστό ήταν το **10%** του συνολικού πληθυσμού. Η ηλικιακή ομάδα **28-37** άγγιζε το **32,5%** ενώ η επόμενη ομάδα από **38-47** που ήταν και το μεγαλύτερο ποσοστό έφτανε στο **34,5%**. Τέλος, η μικρότερη σε ποσοστό ηλικιακή ομάδα άγγιζε μόλις το **1,5%** και είναι εκείνη από **58-67** ετών.

ΗΛΙΚΙΑ		
N=200	n	%
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ		
18-27	20	10
28-37	65	32,5
38-47	69	34,5
48-57	43	21,5
58-67	3	1,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

### Ερώτηση 3: Υπηκοότητα

Όσο αφορά, την υπηκοότητα του δείγματος το **97,5%** δήλωσαν ότι είναι *Έλληνες* και μόλις το **2,5%** *Άλλο*.

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ		
N=200	n	%
Ελληνική	195	97,50
Άλλο	5	2,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

### Ερώτηση 4: Οικογενειακή Κατάσταση

Σύμφωνα με, τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι, η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος ήταν, τα μεγαλύτερα ποσοστά, **60%** *έγγαμοι* και το **30,5%** *άγαμοι*. Στη συνέχεια, το **3,5%** *συζούν με το/τη σύντροφό τους*, το **3%** είναι *διαζευγμένοι*, το **2%** *σε διάσταση* και το **1%** δήλωσαν *χηρεία*.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
N=200	n	%
Έγγαμος/η	120	60,00
Άγαμος/η	61	30.50
Χήρος/α	2	1,00
Διαζευγμένος/η	6	3,00
Σε διάσταση	4	2,00
Συζώ με τον/ην σύντροφο μου	7	3,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

### Ερώτηση 5: Έχετε παιδιά;

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων με ποσοστό **58,5%** δήλωσαν ότι, *έχουν παιδιά* ενώ το **41,5%** ότι *δεν έχουν*.

ΠΑΙΔΙΑ		
N=200	n	%
Ναι	117	58,50
Όχι	83	41,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

### Ερώτηση 6: Επίπεδο Εκπαίδευσης

Όσο αφορά το *επίπεδο εκπαίδευσης* των ατόμων του δείγματος, διαπιστώθηκε ότι, ένα μεγάλο ποσοστό που άγγιξε το **65%**, έχει ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση *ΑΕΙ-ΤΕΙ*. Επιπρόσθετα, ένα ποσοστό της τάξεως του **13%** έχει ολοκληρώσει κάποιο πρόγραμμα *μεταπτυχιακών σπουδών* και το **11%** του δείγματος ολοκλήρωσε τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση το *Λύκειο*. Επιπλέον, το **7,5%** ολοκλήρωσε τις σπουδές του σε *ΙΕΚ* ενώ το **3,5%** δήλωσε *Άλλο*.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
N=200	n	%
Λύκειο	22	11,00
Ι.Ε.Κ.(Δημόσιο ή Ιδιωτικό)	15	7,50
Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.	130	65,00
Μεταπτυχιακές σπουδές	26	13,00
Άλλο	7	3,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00



### Ερώτηση 7: Επαγγελματική ιδιότητα

Όσο αφορά, την *επαγγελματική ιδιότητα* του δείγματος επικράτησαν με ποσοστό **44,5% οι νοσηλευτές** και με **29% οι ιατροί**. Ένα αντιπροσωπευτικό ποσοστό του δείγματος αποτέλεσαν και οι *κοινωνικοί λειτουργοί* που άγγιξαν το **6%**, το **4%** ήταν *διοικητικοί υπάλληλοι* και το **16,5 %** του δείγματος δήλωσαν *Άλλη ιδιότητα*

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ		
N=200	n	%
Ιατρός	58	29,00
Νοσηλευτής /-τρια	89	44,50
Κοινωνικός/κη λειτουργός	12	6,00
Διοικητικός υπάλληλος	8	4,00
Άλλο	33	16,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

### Ερώτηση 8: Θέση που κατέχετε

Διαπιστώθηκε ότι, η πλειοψηφία των εργαζόμενων επαγγελματιών υγείας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, κατέχουν *μόνιμη θέση* με ποσοστό **74%**. Εντούτοις, το **20,5%** κατέχουν θέση με *σύμβαση ορισμένου χρόνου* ενώ, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος, της τάξεως του **5%** κατέχει θέση με *σύμβαση αορίστου χρόνου*.

ΘΕΣΗ		
N=200	n	%
Μόνιμη	148	74,00
Σύμβαση ορισμένου χρόνου	41	20,50
Σύμβαση αορίστου χρόνου	10	5,00
Missing	1	0,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

### Ερώτηση 9: Έτη προϋπηρεσίας

Σύμφωνα με, τα αποτελέσματα του δείγματος, για τα *έτη προϋπηρεσίας* των επαγγελματιών υγείας, παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον, καθώς τα δύο μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στα *18 έτη και άνω* με ποσοστό που αγγίζει το *39%* και στα *0-5 έτη* το *30,5%*. Σύμφωνα με, την κατηγοριοποίηση που έγινε για τα έτη προϋπηρεσίας, τα δύο μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στους παλαιότερους και στους νεότερους επαγγελματίες υγείας αντίστοιχα. Μικρότερα ποσοστά παρουσίασαν με *17,5%* στα *6-11 έτη* και *12%* στα *12-17 έτη*.

ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ		
N=200	n	%
0-5	61	30,50
6-11	35	17,50
12-17	24	12,00
18 +	78	39,00
Missing	2	1,00
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

### Ερώτηση 10: Εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων, απάντησε πως εργάζεται έως και *40 ώρες την εβδομάδα* σε ποσοστό, *62%*, ενώ το *36,5%* απάντησε πως εργάζεται *άνω των 40 ωρών εβδομαδιαία*.

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ		
N=200	n	%
Έως 40 ώρες	124	62,00
40 ώρες και άνω	73	36,50
Missing	3	1,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

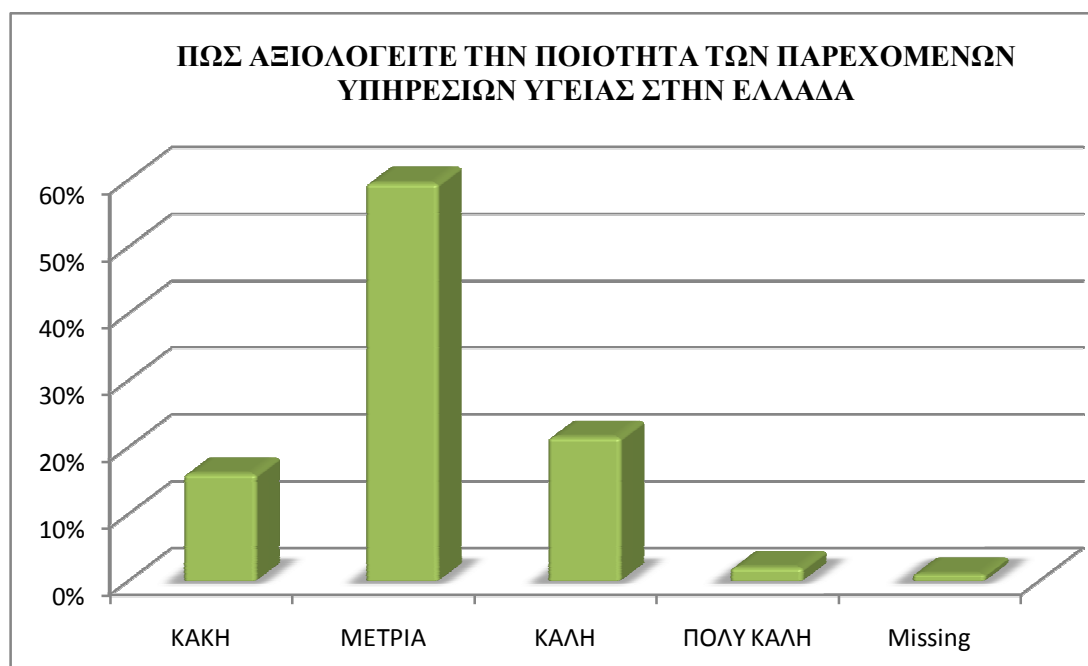
**Ερώτηση 11: Θεωρείτε ότι, η υγεία είναι**

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως η υγεία είναι *κοινωνικό αγαθό* σε ποσοστό **95%**, ενώ μόλις το **3%** απάντησε *ιδιωτικό αγαθό* και το **0,5 % ΔΓ/ΔΑ**.

<b>ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ</b>		
N=200	n	%
Κοινωνικό αγαθό	190	95,00
Ιδιωτικό αγαθό	6	3,00
Δ.Γ./Δ.Α.	1	0,50
Missing	3	1,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

**Ερώτηση 12: Πως αξιολογείτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα;**

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, το **59,5%** των επαγγελματιών υγείας θεωρούν, πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα είναι **μέτρια** και το **16%** του δείγματος τη θεωρούν **κακή**. Αντίθετα, ένα μικρότερο ποσοστό, **21,5%** τη θεωρούν **καλή** και το **2%** **πολύ καλή**.



**Ερώτηση 13: Κατά τη γνώμη σας σε ποιο βαθμό καλύπτεται η Π.Φ.Υ. από τα:**

**1) κέντρα υγείας,**

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος πιστεύει πως, τα κέντρα υγείας καλύπτουν **μέτρια** την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με ποσοστό **43,5%**, **λίγο** το **34,5%** και **καθόλου** το **8,5%**. Αντίθετα, λίγοι είναι αυτοί που δήλωσαν ότι, τα κέντρα υγείας καλύπτουν την **Π.Φ.Υ. πολύ** με ποσοστό **8,5%** και **πάρα πολύ** το **3%**. (βλ. γράφημα 1,παράρτημα II)

## **2)κινητές μονάδες,**

Σύμφωνα με, το δείγμα το **32%** δήλωσε, πως οι **κινητές μονάδες** καλύπτουν την Π.Φ.Υ **λίγο**, το **29% μέτρια**, το **24,5% καθόλου**, το **6,5% πολύ** και μόλις το **1% πάρα πολύ**. (βλ. γράφημα 2, παράρτημα II)

## **3) εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων,**

Η πλειοψηφία του δείγματος, απάντησε ότι, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καλύπτουν **μέτρια** την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με ποσοστό **47,5%**. Το **22,5%** πιστεύει ότι, καλύπτεται **πολύ**, το **18,5% λίγο**, το **4,5% πάρα πολύ** και **1,5%** πιστεύει ότι, δεν καλύπτεται **καθόλου**. (βλ. γράφημα 3, παράρτημα II)

## **4 )ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών,**

Έπειτα, στην ερώτηση αν τα **ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών** καλύπτουν την Π.Φ.Υ. το **43,5%** απάντησε **μέτρια** το **29% λίγο** και **10,5% καθόλου**. Μικρότερα ποσοστά συγκεντρώθηκαν στις απόψεις ότι, καλύπτονται **πολύ** και **πάρα πολύ** με ποσοστά, **8,5%** και **1,5%** αντίστοιχα. (βλ. γράφημα 4, παράρτημα II)

## **5)τον ιδιωτικό τομέα**

Σύμφωνα με, το δείγμα το **35%** και το **36,5%** απάντησαν ότι, ο **ιδιωτικός τομέας** καλύπτει **μέτρια** έως **πολύ** την Π.Φ.Υ αντίστοιχα ενώ, το **12%** απάντησε **πάρα πολύ**. Λιγότερο θετικές ήταν οι απόψεις με το **7%** να ισχυρίζεται ότι, η Π.Φ.Υ. καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα **λίγο** και το **4% καθόλου**. (βλ. γράφημα 5, παράρτημα II)

**Ερώτηση 14: Θεωρείτε ότι, υπάρχει συνεργασία μεταξύ των τριών βαθμίδων υγείας;**

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ισχυρίστηκε ότι, *δεν υπάρχει συνεργασία* μεταξύ των τριών βαθμίδων υγείας με ποσοστό **56,5%**, ενώ το **31%** απάντησε πως *υπάρχει* και το **12,5%** *ΔΓ/ΔΑ*.

<b>ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΒΑΘΜΙΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ;</b>		
N=200	n	%
Ναι	62	31,00
Όχι	113	56,50
ΔΓ/ΔΑ	25	12,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

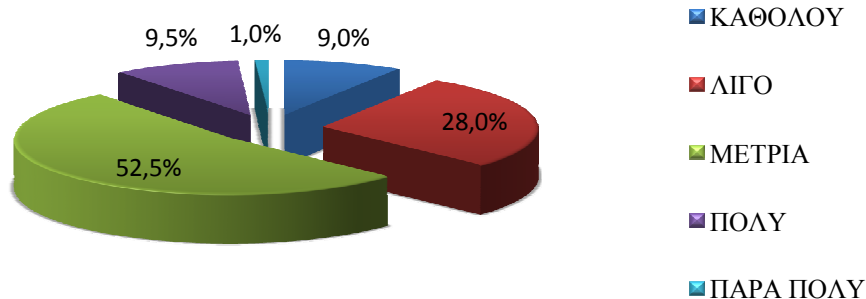
**Ερώτηση 15: Σύμφωνα με, το άρθρο 1 του νόμου Ν.3892/2010, η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα θα πραγματοποιείται υποχρεωτικά με γραπτή άδεια (εφεξής παραπεμπτικό). Σε ποιο βαθμό πιστεύετε πως, η εφαρμογή του νέου νόμου θα συντελέσει στη μείωση του φόρτου εργασίας στο νοσοκομείο;**

Το **36%** του δείγματος πιστεύει πως, η εφαρμογή του νέου νόμου θα βοηθήσει *πολύ* στη μείωση του φόρτου εργασίας. Το **28%** και **20%** θεωρεί ότι, θα βοηθήσει *μέτρια* και *λίγο*, αντίστοιχα ενώ το **9,5%** *πάρα πολύ* και το **5,5%** *καθόλου*. (βλέπε πίνακα 1, παράρτημα II)

**Ερώτηση 16: Θεωρείτε ότι, οι υπάρχουσες υλικές του νοσοκομείου που εργάζεστε καλύπτουν τη ζήτηση;**

Η πλειοψηφία του δείγματος ισχυρίστηκε ότι, το νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται καλύπτει *μέτρια* έως *λίγο* τη ζήτηση με ποσοστά **52,5%** και **28%** αντίστοιχα. Αντίθετα λίγοι ήταν εκείνοι που απάντησαν ότι, η ζήτηση καλύπτεται *πολύ* έως *πάρα πολύ* με ποσοστά **9,5%** και **1%** αντιστοίχως. Τέλος το **9%** πιστεύει ότι, η ζήτηση δεν καλύπτεται καθόλου από τις υλικές υποδομές των νοσοκομείων που εργάζονται.

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΛΙΚΕΣ  
ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ  
ΚΑΛΥΠΤΟΥΝ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ;**



**Ερώτηση 17: Οι δαπάνες για την υγεία στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια ποια τάση θεωρείτε ότι έχουν;**

Πολύ μεγάλο μέρος του δείγματος, το **51,5%** απάντησε ότι, οι δαπάνες για την υγεία στη χώρα μας έχουν *φθίνουσα* τάση. Αντίθετα, το **29%** πιστεύει ότι είναι *αύξουσα* και το **19,5%** *στατική*. (βλ. γράφημα 6, παράρτημα II)

**Ερώτηση 18: Οι δαπάνες στην υγεία κατανέμονται αντίστοιχα σε όλους τους τομείς;**

**1). Πρωτοβάθμια:** Σύμφωνα με το δείγμα, το **48,5%** πιστεύει ότι οι δαπάνες κατανέμονται *λίγο* και το **26%** *μέτρια*. Το **18%** θεωρεί ότι, δεν κατανέμονται *καθόλου* και το **4,5%** *πολύ*. (βλ. γράφημα 7, παράρτημα II)

**2). Δευτεροβάθμια:** Μεγάλο μέρος των ερωτώμενων, το **59,5%** απάντησε πως κατανέμονται *μέτρια* οι δαπάνες και το **21%** *λίγο*. Το **9%** πιστεύει πως κατανέμονται *πολύ*, το **4%** *καθόλου* και το **1%** *πάρα πολύ*. (βλ. γράφημα 8, παράρτημα II)

**3). Τριτοβάθμια:** το **40,5%** θεωρεί ότι, οι δαπάνες στην υγεία κατανέμονται σε **μέτριο** βαθμό και κατά **πολύ** το **28%**. Το **12,5%** θεωρεί ότι κατανέμονται **λίγο**, το **7%** **πάρα πολύ** και το **4,5%** **καθόλου**. (βλ. γράφημα 9, παράρτημα II)

**Ερώτηση 19:** Σύμφωνα με τον Cochrane, «Κάθε αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να είναι ελεύθερη δηλαδή να παρέχεται σε μηδενικές τιμές». Κατά πόσο πιστεύετε ότι, ισχύει.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι, το **32%** και **30%** των ερωτώμενων πιστεύει ότι, η υγεία παρέχεται σε μηδενικές τιμές κατά **λίγο** έως **καθόλου** αντίστοιχα. Το **20,5%** θεωρεί ότι, αυτό ισχύει σε **μέτριο βαθμό**, το **10,5%** **πολύ** και το **4%** **πάρα πολύ**. (βλ. πίνακα 2, παράρτημα II)

**Ερώτηση 20:** Το επάγγελμα που ασκείται είναι αποτέλεσμα προσωπικής επιλογής

Σύμφωνα με αποτελέσματα της έρευνας το ,εντυπωσιακό ποσοστό, **77,5%** του πληθυσμού ανέφερε πως **ναι**, το επάγγελμα που ασκεί είναι αποτέλεσμα προσωπικής επιλογής ενώ το **22,5** ανέφερε **όχι**.

ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ;		
N=200	n	%
Ναι	155	77,50
Όχι	45	22,50
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00



**Ερώτηση 21: Αν όχι, ποιοι ήταν οι παράγοντες που σας επηρέασαν στην επιλογή σας;**

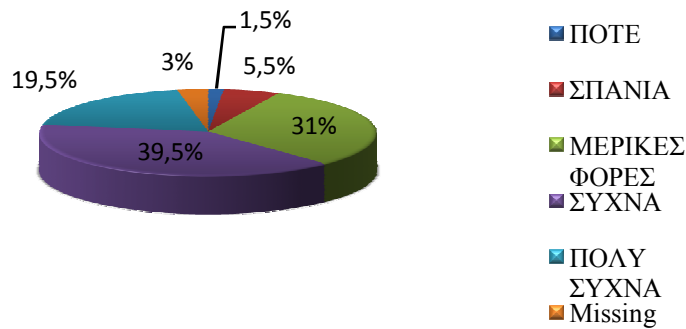
Οι παράγοντες που καθόρισαν την επιλογή του επαγγέλματος, ήταν το **οικογενειακό περιβάλλον** σε ποσοστό **2,5%**. ενώ η **κοινωνική καταξίωση** ήταν παράγοντας που δεν επηρέασε τους επαγγελματίες μιας και το ποσοστό που μας έδωσε ήταν μηδενικό. Σε ποσοστό **3%** αναφέρθηκε η **οικονομική αποκατάσταση του επαγγέλματος** και το μεγαλύτερο ποσοστό δίδεται στον παράγοντα της **επαγγελματικής αποκατάστασης, 10,5%**. Η **διάθεση προσφοράς στο συνάνθρωπο** αγγίζει το **3%** και τέλος **άλλοι παράγοντες** που τους επηρέασαν στην επιλογή του επαγγέλματος τους φτάνουν στο **3,5 %** του πληθυσμού.

<b>ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΙΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ;</b>		
N=200	N	%
Οικογενειακό περιβάλλον	5	2,50
Κοινωνική καταξίωση	0	0,00
Οικονομική αποκατάσταση	6	3,00
Επαγγελματική αποκατάσταση	21	10,50
Διάθεση προσφοράς στο συνάνθρωπο	6	3,00
Άλλο	7	3,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>45</b>	<b>22,50</b>

**Ερώτηση 22: Στην εργασία τους:**

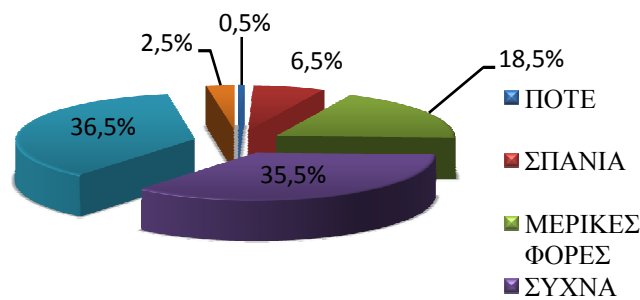
Η σειρά των παρακάτω ερωτήσεων μας έδωσε αποτελέσματα για το βαθμό ικανοποίησης που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας από την εργασία τους. Στην πρώτη περίπτωση, αν «*Νιώθουν δύναμη και ενεργητικότητα*», το μικρότερο ποσοστό, **1,5%** δήλωσε πως δεν νιώθει **ποτέ** τα παραπάνω. Το **5,5%** ανέφερε **σπάνια**, ενώ το **31% μερικές φορές**. Σε ποσοστό **39,5%**, που ήταν και το μεγαλύτερο, ανέφερε **συχνά** και **19,5%** του πληθυσμού **πολύ συχνά**.

### ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΥΝΑΜΗ- ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ



Αν «Νιώθουν ικανοποίηση με αυτό που προσφέρουν», ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του **0,5%** δήλωσε **ποτέ**, σε ποσοστό **6,5%** δήλωσαν **σπάνια** ενώ το **18,5%** ανέφερε **μερικές φορές**. Τέλος, τα δυο επόμενα αποτελέσματα μας δίνουν ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό, εκφράζοντας την μεγάλη ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας για αυτό που προσφέρουν. Ειδικότερα, **συχνά** ανέφερε το **35,5%** και το εξίσου μεγάλο ποσοστό **36,5%** **πολύ συχνά**.

### ΝΙΩΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΕ



Αν, «Πιστεύουν ότι τους δίδεται ευκαιρία για επαγγελματική εξέλιξη», το **12%** των ερωτώμενων απαντά **ποτέ**, ενώ ,το μεγάλο σε σύγκριση με τα άλλα ποσοστά , **34%** αναφέρει **σπάνια**. **Μερικές φορές** δηλώνει το **28,5%** του συνολικού αριθμού των ερωτώμενων και **συχνά** το **16%**. Τέλος, οι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι σε ποσοστό **8%** έδωσαν απάντηση στην επιλογή **πολύ συχνά**.

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΔΙΝΕΤΑΙ Η  
ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ  
ΕΞΕΛΙΞΗ(ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ, ΗΜΕΡΙΔΕΣ Κ.Α.)**



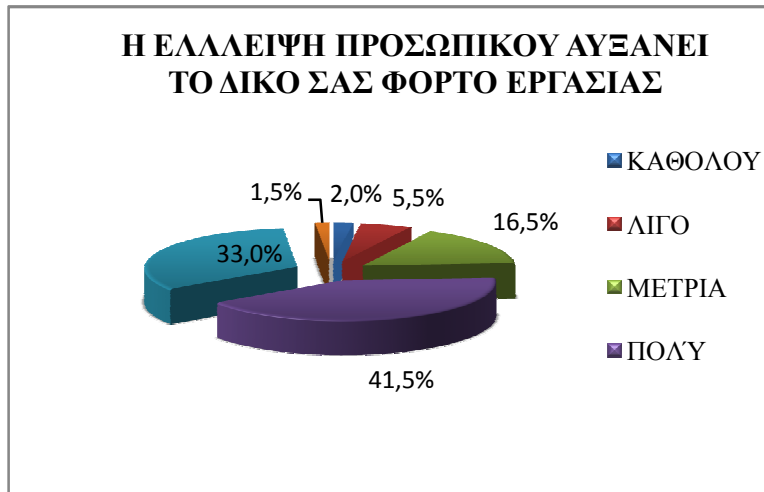
Αν, «Νιώθουν ικανοποίηση από τις οικονομικές απολαβές», το **27,5%** δηλώνει **ποτέ** και το **28,5%** **σπάνια**. Αξίζει να αναφέρουμε το ιδιαίτερο υψηλό ποσοστό που παρουσιάζεται στις δύο αυτές επιλογές. Εν συνεχεία, το μεγαλύτερο ποσοστό **36%** απαντά **μερικές φορές**, **6%** **συχνά** και μόλις το **0,5%** **πολύ συχνά**. (βλ. γράφημα 10, παράρτημα II)

Στην τελευταία ερώτηση της κατηγορίας αν «Εισπράττουν ικανοποίηση από τους εξυπηρετούμενους», το ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του **2,5 %** απάντησε **ποτέ**, ενώ το **11,7%** **σπάνια**. Συνεχίζοντας, η επιλογή **μερικές φορές** μας δίδει το μεγαλύτερο ποσοστό που αγγίζει το **34,5%**. **Συχνά** απαντά το **26,4%** και **πολύ συχνά** το **24,9%** του πληθυσμού. (βλ. γράφημα 11, παράρτημα II)

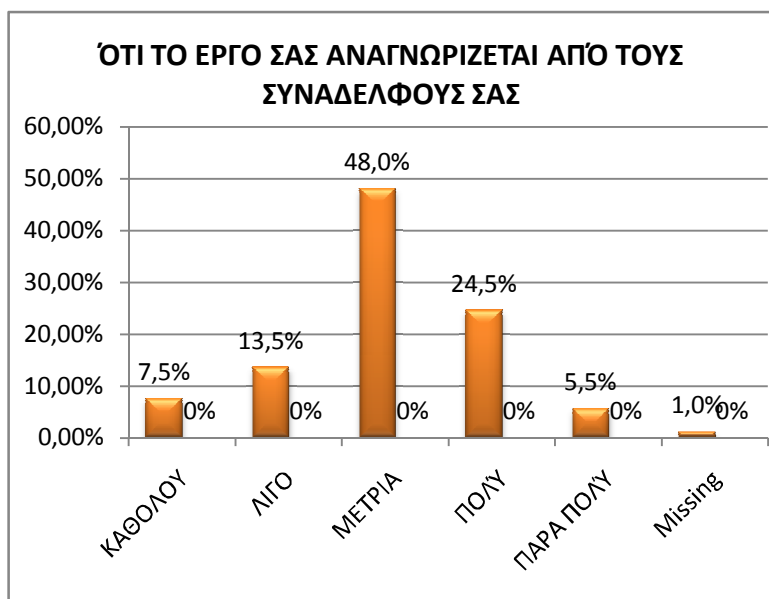
**Ερώτηση 23: Σαν επαγγελματίας πιστεύετε:**

Στην επόμενη σειρά ερωτήσεων φαίνεται ο βαθμός ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στο χώρο εργασίας τους με βάση τις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας. Αν θεωρούν, «ότι τα καθήκοντα τους είναι σαφή και ξεκάθαρα», το **25%**, μια αρκετά μεγάλη μερίδα του πληθυσμού απάντησε **καθόλου**, και στη συνέχεια το **17,5%** δήλωσε **λίγο**. Το **24,5 %** ισχυρίστηκε **μέτρια** ενώ **πολύ** ανέφερε το **26%**. Τέλος σε μικρό ποσοστό το **6,5%** δήλωσε **πάρα πολύ**. (βλ. γράφημα 12, παράρτημα II)

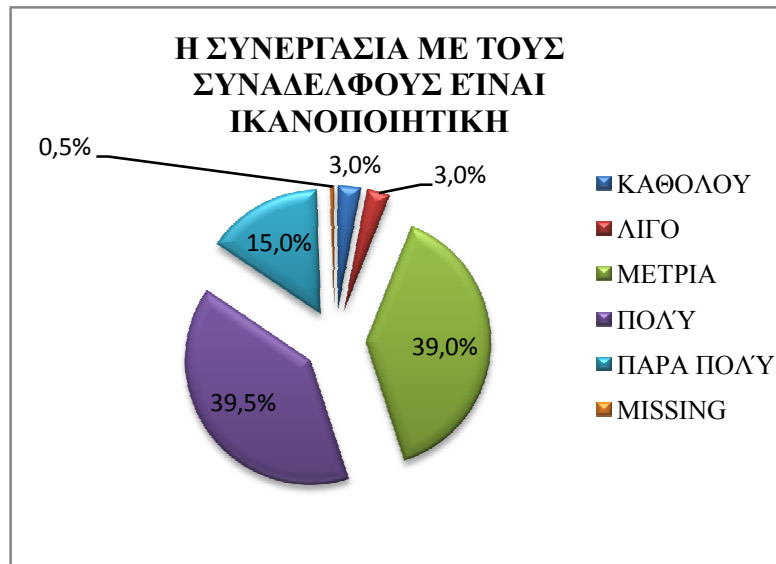
Αν, «η έλλειψη προσωπικού αυξάνει το φόρτο εργασίας τους» , το ιδιαίτερα μικρό ποσοστό **2%** απάντησε *καθόλου* και το επίσης χαμηλό ποσοστό **5,5%** απάντησε *λίγο*. Έπειτα, το **16,5%** δήλωσε *μέτρια* ενώ οι επόμενες επιλογές δείχνουν τον ιδιαίτερα αυξημένο φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγείας εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού. Συγκεκριμένα το **41,5%** ανέφερε *πολύ* και στη συνέχεια το **33%** *πάρα πολύ*.



Σε ποιο βαθμό, « το έργο τους αναγνωρίζεται από τους συναδέλφους τους», το χαμηλό ποσοστό **7,5%** απάντησε *καθόλου* ενώ *λίγο* δήλωσε το **13,5%** του πληθυσμού. Με αρκετά μεγάλο ποσοστό σχεδόν το ήμισυ του πληθυσμού, **48%** απάντησε *μέτρια* και το **24,5%** *πολύ*. Τέλος , το **5,5%** απάντησε *πάρα πολύ*, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό όπως και η πρώτη επιλογή.

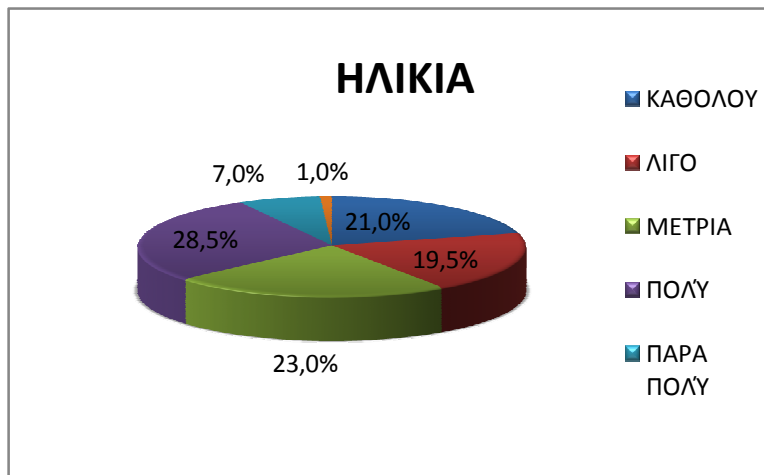


Τέλος ,αν «η συνεργασία με τους συναδέλφους τους είναι ικανοποιητική», στις επιλογές *καθόλου* και *λίγο* το ποσοστό συμπίπτει και είναι **3%** στην καθεμία. Επίσης οι επόμενες δυο επιλογές είναι σχεδόν όμοιες με το **39%** να συγκεντρώνει η επιλογή *μέτρια* και **39,5%** η επιλογή *πολύ*. Τέλος *πάρα πολύ* δήλωσε το **15%** του συνολικού πληθυσμού.

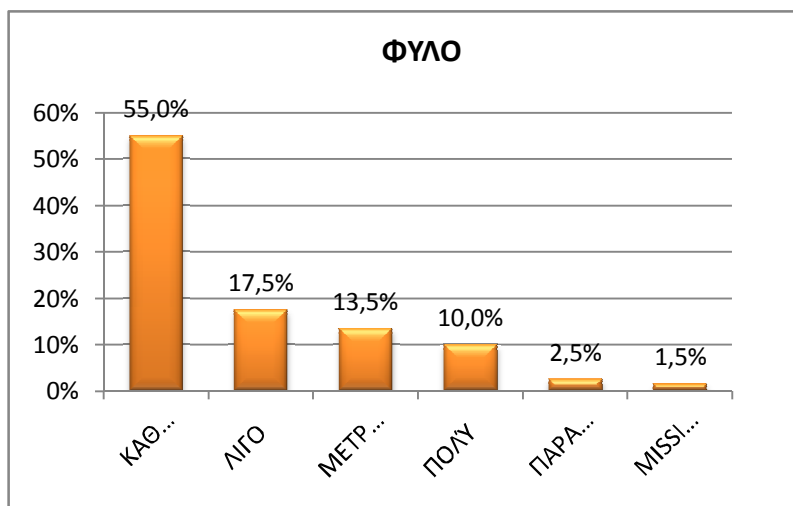


**Ερώτηση 24: Πόσο συχνά θεωρείτε ότι, οι παρακάτω παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας στις αποφάσεις τους σχετικά με τους εξυπηρετούμενους**

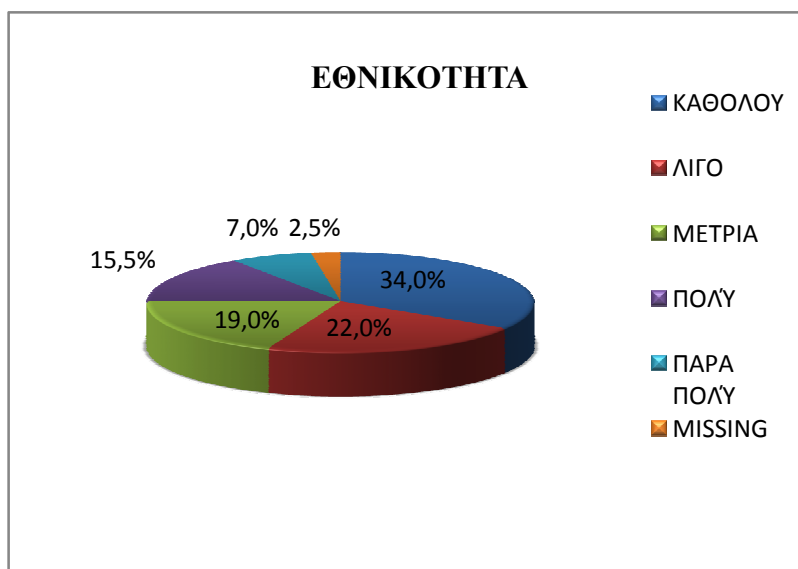
Σκοπός της σειράς των ερωτήσεων, ήταν να γίνει φανερό , σε ποιο βαθμό επηρεάζονται στις αποφάσεις τους οι επαγγελματίες υγείας, σε σχέση με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Αν «η ηλικία των εξυπηρετούμενων επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας», το **21%** απάντησε *καθόλου* ενώ σε περίπου ίδια επίπεδα το **19,5%** απάντησε *λίγο*. Στο **23%** κυμάνθηκε η απάντηση όσων υποστήριξαν ότι τους επηρεάζει *μέτρια* ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό **28,5%** αντιπροσωπεύει εκείνους που απάντησαν *πολύ*. Τέλος, *πάρα πολύ* επηρεάζει το **7%** του συνολικού πληθυσμού.



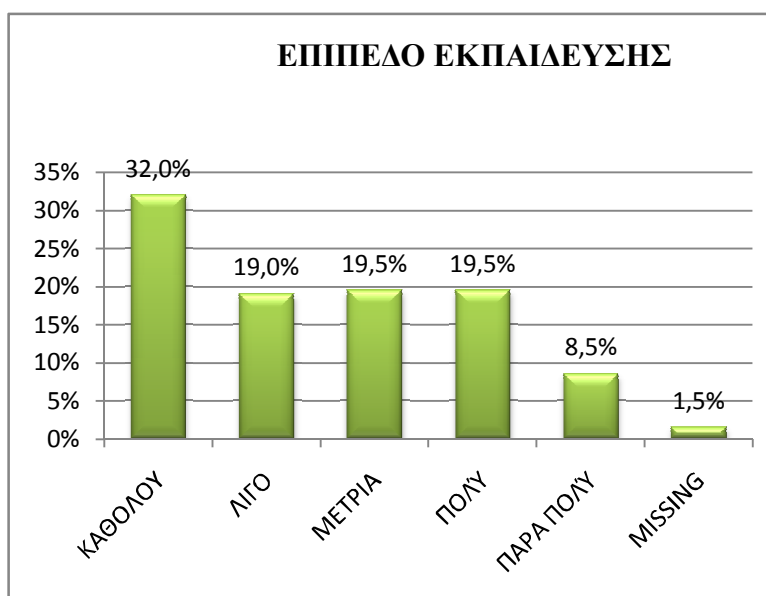
Αν «το φύλο των εξυπηρετούμενων επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας» το ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό **55%** φανερώνει ότι δεν τους επηρεάζει **καθόλου**. Έπειτα το **17,5%** δείχνει ότι τους επηρεάζει **λίγο** και το **13,5%** σε **μέτριο** βαθμό. Επίσης προχωρώντας στις επόμενες επιλογές το ποσοστό μειώνεται επιβεβαιώνοντας ότι δεν επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό οι επαγγελματίες υγείας, στις αποφάσεις τους από τον παράγοντα φύλο. Συγκεκριμένα το **10%** του πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας απαντούν ότι τους επηρεάζει **πολύ** και μόλις το **2,5%** ότι τους επηρεάζει **πάρα πολύ**



Αν «η εθνικότητα των εξυπηρετούμενων επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας», το **34%** αναφέρει πως δεν τους επηρεάζει **καθόλου** στις αποφάσεις τους και στη συνέχεια το **22%** συμπληρώνει πως τους επηρεάζει **λίγο**. **Μέτρια** θεωρούν ότι τους επηρεάζει το **19%**, **πολύ** το **15,5%** και τέλος **πέρα πολύ** το **7%** του συνολικού πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας.



Αν, «το επίπεδο εκπαίδευσης των εξυπηρετούμενων επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας», το ποσοστό **32%** απαντά πως είναι ένας παράγοντας που δεν επηρεάζει **καθόλου** τις αποφάσεις τους και το **19%** δηλώνει πως τους επηρεάζει **λίγο**. Εν συνεχεία **19,5%** είναι το ποσοστό της καθεμιάς από τις δυο επόμενες επιλογές **μέτρια** και **πολύ** και τέλος το ποσοστό της επιλογής **πέρα πολύ** κυμαίνεται στο **8,5%**.



Τελευταίος παράγοντας, «το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων και κατά πόσο επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας», το **36,5 %** αναφέρει **καθόλου**, το **19%** **λίγο** και το **15,5%** **μέτρια**. Έπειτα στην επιλογή **πολύ** το ποσοστό φτάνει το **18%** και **παρά πολύ** το **9,5%** , όπου είναι και το μικρότερο ποσοστό.

**Ερώτηση 25: Το πλαίσιο της εκπαίδευσης σας ,περιείχε θέματα που αφορούσαν την Τρίτη ηλικία;**

Το μεγαλύτερο και με σημαντική διαφορά ποσοστό **75%** ανέφερε πως **ναι**, το πλαίσιο της εκπαίδευσης του περιείχε θέματα που αφορούσαν την τρίτη ηλικία ενώ **όχι** απάντησε το **24,5%**

<b>ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΑΣ, ΠΕΡΙΕΙΧΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ;</b>		
N=200	n	%
Ναι	150	75,00
Όχι	49	24,50
Missing	1	0.50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>



**Ερώτηση 26: Πιστεύετε ότι ένας νέος επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση να δουλέψει με ηλικιωμένους ασθενείς;**

Το μικρότερο ποσοστό των απαντήσεων που δόθηκαν σε μέγεθος **3%** δήλωσε **καθόλου** και το **13%** απάντησε **λίγο**. **Μέτρια** ανέφερε το **31,5%** του συνολικού πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας ενώ ένα αρκετά μεγάλο μέρος των ερωτώμενων **44%** δήλωσε ότι είναι σε θέση να δουλέψει με ηλικιωμένους ασθενείς διαλέγοντας την επιλογή **πολύ** και τέλος **παρά πολύ** δήλωσαν το **8%**

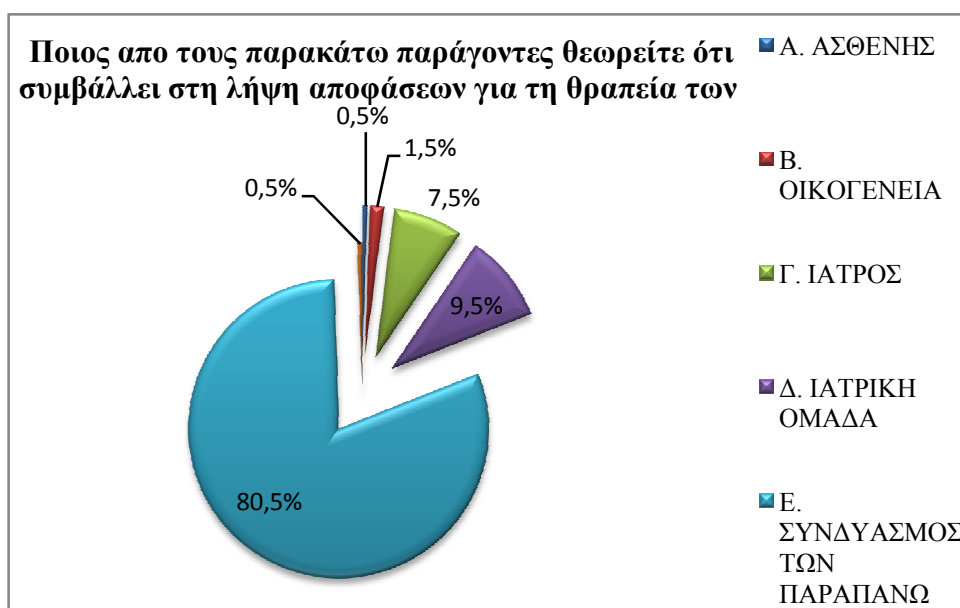
<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΕΙ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	6	3,00
Λίγο	26	13,00
Μέτρια	63	31,50
Πολύ	88	44,00
Πάρα πολύ	16	8,00
Missing	1	0,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Ερώτηση 27: Είναι σημαντικό οι ασθενείς να συμμετέχουν στη θεραπεία τους έχοντας συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας;**

Μόλις το **0,5%**, ποσοστό ιδιαίτερα ενθαρρυντικό, δηλώνει **καθόλου** στην παραπάνω ερώτηση και στο **3,5%** διαμορφώνεται το ποσοστό όσων ανέφεραν **λίγο**. **Μέτρια** ανέφερε , το **9,5 %** ενώ **49%** , λίγο λιγότερο από το ήμισυ του πληθυσμού επέλεξαν **πολύ** . Τέλος , **πάρα πολύ** επέλεξαν το **37%**, διαμορφώνοντας έτσι οι δυο τελευταίες επιλογές ένα πολύ μεγάλο ποσοστό δείχνοντας ότι είναι σημαντικό να υπάρχει αυτή η συνεργασία (βλ. πίνακα 3, παράρτημα II)

**Ερώτηση 28. Ποιος από τους παρακάτω παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλει στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των ασθενών;**

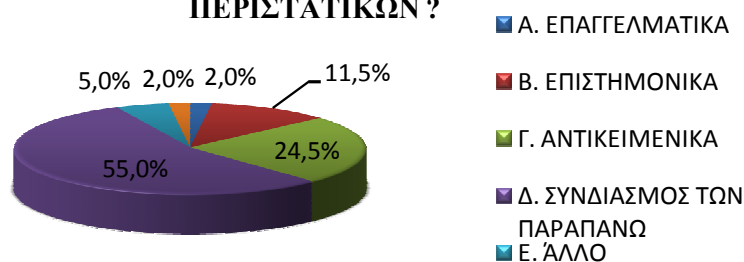
Σε ποσοστό μόλις **0,5%** ανέφεραν ότι ο μοναδικός παράγοντας είναι *ο ασθενής*, ενώ η *οικογένεια* λάμβανε το ποσοστό **1,5%**. Ο *ιατρός* κατείχε το **7,5%** και η *ιατρική ομάδα* το **9,5%**. Τέλος το ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό **80,5%** θεώρησε ότι *ο συνδυασμός όλων των παραπάνω* παραγόντων συμβάλουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των ασθενών.



**Ερώτηση 29. Ποιά είναι τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία δίδεται προτεραιότητα σε περίπτωση πολλαπλών έκτακτων περιστατικών.**

Τα *επαγγελματικά κριτήρια* συγκεντρώνουν μόλις το **2%** και τα *επιστημονικά* το **11,5%**. *Αντικειμενικά κριτήρια* χρησιμοποιούνται σε περίπτωση πολλαπλών έκτακτων περιστατικών σε ποσοστό **24,5%**. ενώ *ο συνδυασμός όλων των παραπάνω* παρουσιάζεται με ποσοστό **55%** καθώς **5%** σε περίπτωση *άλλου* τρόπου.

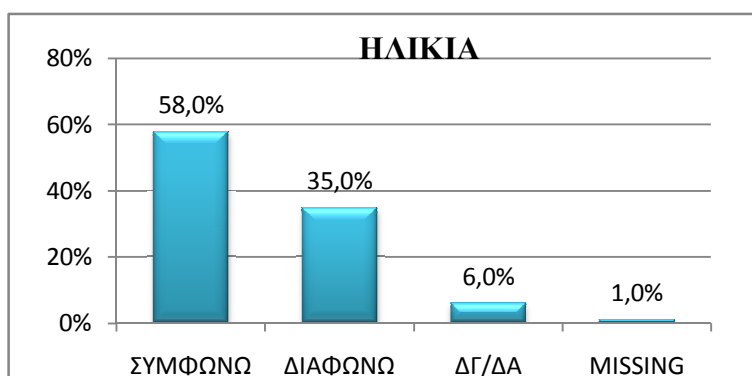
**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΝΕΤΕ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ?**



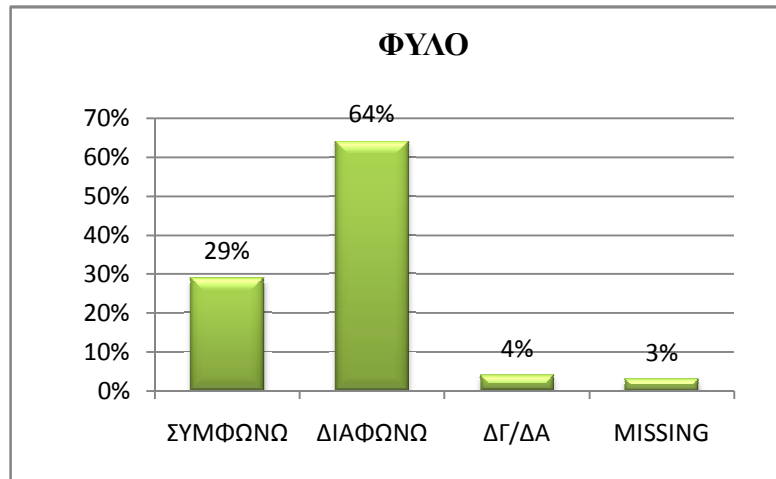
**Ερώτηση 30. Θεωρείτε ότι γίνονται διακρίσεις με βάση:**

Στην κατηγορία αυτών των ερωτήσεων γίνεται προσπάθεια να κατανοηθεί με βάση την άποψη των επαγγελματιών, αν γενικότερα στο χώρο της υγείας γίνονται διακρίσεις με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών που αναφέρθηκαν και στην ερώτηση 24.

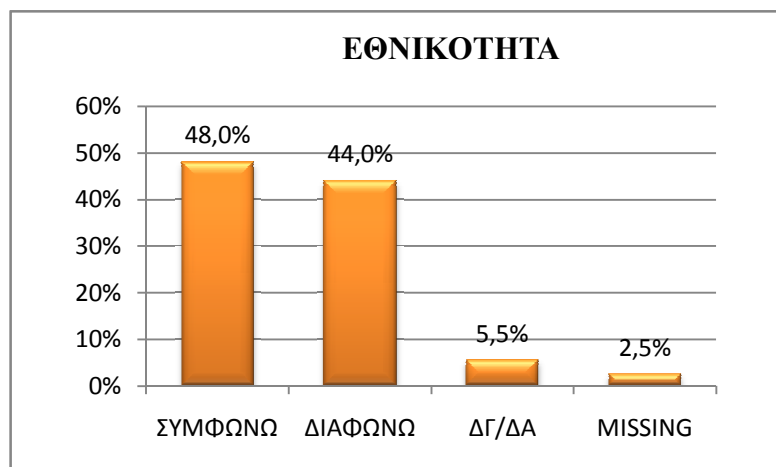
Αν γίνονται «διακρίσεις με βάση την ηλικία», βρήκε *σύμφωνους* το **58%**, ποσοστό ιδιαίτερα σημαντικό που δηλώνει ότι το απάντησαν οι μισοί και παραπάνω από τους ερωτώμενους. Στην παραπάνω ερώτηση *διαφώνησε* το **35%** ενώ ότι *δεν γνωρίζει/δεν απαντά* δήλωσε το **6%**.



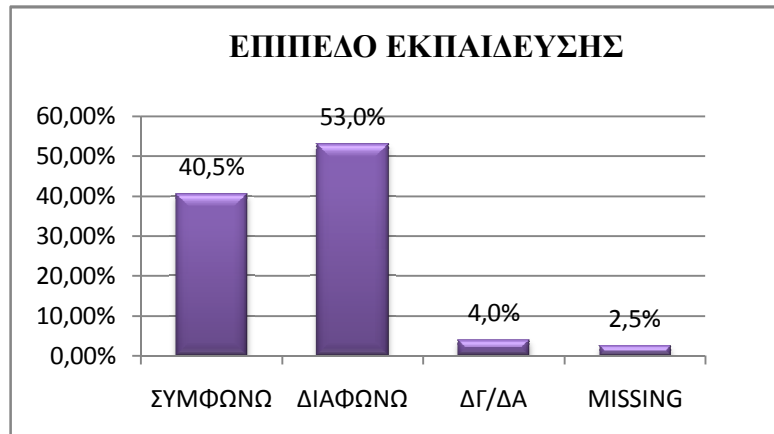
Στο αν γίνονται «διακρίσεις με βάση το φύλο», συμφώνησε το 29% και διαφώνησε το μεγάλο ποσοστό 64%, ενώ δεν γνωρίζει/δεν απαντά ισχυρίστηκε το 4%



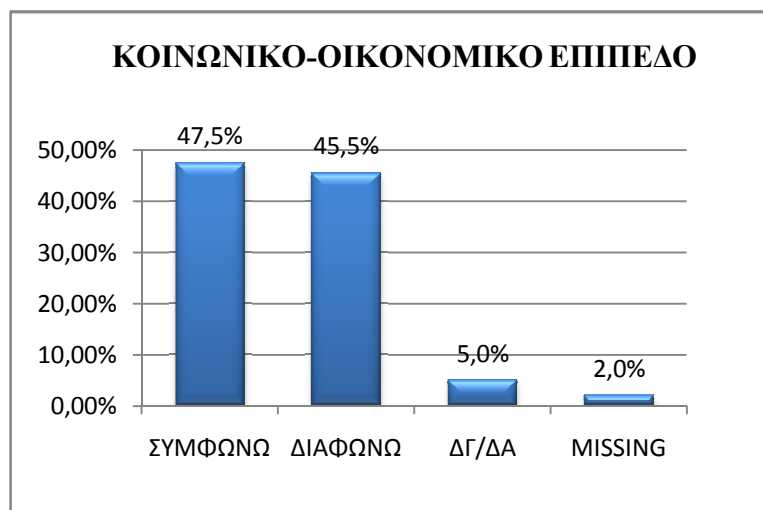
Αν γίνονται «διακρίσεις με βάση την εθνικότητα», βρήκε *σύμφωνους* το 48%, ενώ *διαφώνησε* το 44%, ποσοστά και τα δύο σχεδόν ισάξια, υποδηλώνοντας τον διχασμό των ερωτώμενων. Επίσης, *δεν γνωρίζει/δεν απαντά* ισχυρίστηκε το 5,5%



Οι «διακρίσεις με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης», βρήκε να *συμφωνούν* το **40,5%** και να *διαφωνούν* το μεγαλύτερο ποσοστό **53%**. *Δεν γνωρίζει/δεν απαντά* δήλωσε το **4%**



Τέλος, «διακρίσεις με βάση το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο», *συμφώνησαν* ότι γίνονται το **47,5%** του πληθυσμού ενώ το **45,5%** *διαφώνησε*, ποσοστά και σε αυτό το σημείο σχεδόν όμοια. *Δεν γνωρίζει/δεν απαντά* δήλωσε το **5%**



**Ερώτηση 31. Η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών υγείας συμβάλει στη διαίωνιση και ενδυνάμωση των διακρίσεων;**

Το μικρότερο ποσοστό **5%** απάντησε *καθόλου* ενώ το **12,5%** δήλωσε *λίγο*. Στη συνέχεια το **32,5%** ισχυρίστηκε *μέτρια* ενώ το στα ίδια επίπεδα το **33%** απάντησε *πολύ*. Στο **13,5%** έφτανε το ποσοστό όσων δήλωσαν *πάρα πολύ*

<b>Η ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΙΩΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	10	5,00
Λίγο	25	12,50
Μέτρια	65	32,50
Πολύ	66	33,00
Πάρα πολύ	27	13,50
Missing	7	3,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Ερώτηση 32. Υπάρχουν ηλικιωμένα άτομα στον οικογενειακό σας περίγυρο;**

Ποσοστό **82,5%** απάντησε *ναι*, δείχνοντας μας ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν στο στενό οικογενειακό τους κύκλο ένα ηλικιωμένο άτομο. Απ την άλλη το **17,5%**, απάντησε *όχι* στην παραπάνω ερώτηση. (βλ. πίνακα 4, παράρτημα II)

**Ερώτηση 33. Αν ναι, κατά πόσο η παρουσία ηλικιωμένων ατόμων στην προσωπική σας ζωή επηρεάζει και τη στάση σας απέναντι στους ηλικιωμένους που βρίσκονται στο χώρο εργασίας σας;**

Το **7,5%** απάντησε *καθόλου* ενώ το **8,5%** *λίγο*. Έπειτα, *μέτρια* δήλωσε το **11,5%** και *πολύ* το μεγαλύτερο ποσοστό **385%**. Τέλος την επιλογή *πάρα πολύ* επέλεξε το **15,5%**

<b>ΑΝ ΝΑΙ, ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΑΣ ΖΩΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΚΑΙ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	15	7,50
Λίγο	17	8,50
Μέτρια	23	11,50
Πολύ	77	38,50
Πάρα πολύ	31	15,50
Missing	2	1,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>165</b>	<b>82,50</b>

**Ερώτηση 34. Κατά τη γνώμη σας ένα άτομο θεωρείται ηλικιωμένο όταν ανήκει στην παρακάτω ηλικιακή ομάδα:**

Στις δυο πρώτες κατηγορίες **50-55** και **55-60** τα ποσοστά όσων διάλεξαν αυτές τις επιλογές ήταν μηδενικά. Οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν τα άτομα ηλικίας 50-60 ηλικιωμένα. Στην τρίτη κατηγορία **60-65** το ποσοστό είναι αρκετά μικρό και φτάνει το **5%** ενώ την κατηγορία **65-70** είναι **18%**. Οι περισσότερες απαντήσεις δόθηκαν για την τελευταία επιλογή **70 και άνω** και έτσι διαμόρφωσαν το ποσοστό στο **77%**

<b>ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΟΤΑΝ ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ;</b>		
N=200	n	%
50-55	0	0,00
55-60	0	0,00
60-65	10	5,00
65-70	36	18,00
70 και άνω	154	77,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Ερώτηση 35. Είστε ενήμερος για τις ηλικιακές διακρίσεις;**

Στην παραπάνω ερώτηση το **18,5%** του συνολικού πληθυσμού απαντά *καθόλου*, και *λίγο* το **26,5%**. Το μεγαλύτερο σε σχέση με τα άλλα ποσοστά συγκεντρώνεται στην επιλογή, *μέτρια* με **32%** ενώ η επιλογή *πολύ* συγκεντρώνει **18,5%**. Το μικρότερο ποσοστό **4%** είναι ορατό στη τελευταία επιλογή *πάρα πολύ*.

<b>ΕΙΣΤΕ ΕΝΗΜΕΡΟΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	37	18,50
Λίγο	53	26,50
Μέτρια	64	32,00
Πολύ	37	18,50
Πάρα πολύ	8	4,00
Missing	1	0,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>



**Ερώτηση 36. Κατά πόσο η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς;**

Στην παραπάνω ερώτηση *καθόλου* δηλώνει το **14,5%** και *λίγο* το **17%**. Στη συνέχεια *μέτρια* αναφέρει το **28%** ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό **31,5%** απαντά *πολύ*. Τέλος το **8%** συμπληρώνει *πάρα πολύ*.

<b>ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	29	14,50
Λίγο	34	17,00
Μέτρια	56	28,00
Πολύ	63	31,50
Πάρα πολύ	16	8,00
Missing	2	1,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Ερώτηση 37. Πιστεύετε ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση στο σύστημα υγείας σε σχέση με τα νεότερα άτομα;**

Η πρώτη επιλογή, έδωσε την απάντηση *ναι, πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση*, όπου συγκεντρώθηκε και το μεγαλύτερο ποσοστό **81,5%**. Η δεύτερη επιλογή *όχι, καλό θα ήταν να δίνεται προτεραιότητα στα νεότερα άτομα*, συγκέντρωσε **9,5%** και **8,5%** η επιλογή *όχι, καλό θα ήταν να δίνεται προτεραιότητα στα ηλικιωμένα άτομα*.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΤΟΜΑ;</b>		
N=200	n	%
Ναι, πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση	163	81,50
Όχι, καλό θα ήταν να δίδεται προτεραιότητα στα νεότερα άτομα	19	9,50
Όχι, καλό θα ήταν να δίδεται προτεραιότητα στα ηλικιωμένα	17	8,50

άτομα		
ΣΥΝΟΛΟ	200	100,00

**Ερώτηση 38. Θεωρείτε ότι οι οικογενειακοί δεσμοί έχουν αλλάξει στις μέρες μας;**

Η πλειοψηφία, **82,5%** υποστηρίζει πως **ναι** έχουν αλλάξει στις μέρες μας οι οικογενειακοί δεσμοί ενώ **όχι** απαντά το **12%**. Επίσης, **δεν γνωρίζει/ δεν απαντά**, ισχυρίζεται το **2,5%**. (βλ. πίνακα 5, παράρτημα II)

**Ερώτηση 39. Αν ναι, σε ποιο βαθμό αυτό επηρεάζει τη φροντίδα των ηλικιωμένων;**

Μόλις το **1%** δηλώνει πως δεν τους επηρεάζει **καθόλου** η αλλαγή των οικογενειακών δεσμών στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων και το **4%** αναφέρει **λίγο**. Επίσης το **12,5%** απάντησε **μέτρια** στην παραπάνω ερώτηση και το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στην επιλογή **πολύ** που φτάνει το **52%**, φανερώνοντας ότι κάτι παραπάνω από το μισό του πληθυσμό επηρεάζεται από την αλλαγή των οικογενειακών δεσμών στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Ακόμα το **13%** συμπληρώνει **πάρα πολύ**. (βλ. πίνακα 6, παράρτημα II)

**Ερώτηση 40. Κατά πόσο θεωρείτε ότι οι ρυθμοί της σημερινής κοινωνίας διευκολύνουν την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε φορείς κλειστές φροντίδας (οίκοι ευγηρίας, εκκλησιαστικά ιδρύματα).**

Μόλις το **1%** υποστηρίζει πως οι ρυθμοί της σημερινής κοινωνίας δεν επηρεάζουν **καθόλου** την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε φορείς κλειστές φροντίδας ενώ το **8%** θεωρεί **λίγο**. Το **19,5 %** ισχυρίζεται **μέτρια** ενώ μεγάλο ποσοστό **52%** απαντά **πολύ**. Τέλος το **15%** του πληθυσμού ασπάζεται την επιλογή **πάρα πολύ**. (βλ. πίνακα 7, παράρτημα II)

**Ερώτηση 41. Κατά τη γνώμη σας, όταν ένα ηλικιωμένο άτομο δεν έχει τη δυνατότητα αυτοσυντήρησης θα πρέπει να ζει:**

Στον *οίκο ευγηρίας* ισχυρίζεται το **25%** των ερωτώμενων επαγγελματιών υγείας ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό **48%** αναφέρει ότι θα πρέπει να ζει *στην κατοικία των παιδιών του*. Επίσης το **26%** θεωρεί ότι θα ήταν καλύτερη μια *άλλη* επιλογή(βλ. πίνακα 8, παράρτημα II)

**Ερώτηση 42. Θεωρείτε ότι τα ασφαλιστικά ταμεία επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών φροντίδας των ηλικιωμένων**

Το ποσοστό μόλις **5%** ισχυρίζεται ότι τα ταμεία δεν επηρεάζουν *καθόλου* την παροχή υπηρεσιών φροντίδας των ηλικιωμένων και *λίγο* το **9,5%**. Απ την άλλη θεωρούν ότι επηρεάζουν τα ταμεία, *μέτρια* την παροχή υπηρεσιών με ποσοστό **26,5%** ενώ το **39%** ισχυρίζεται *πολύ*. Τέλος *πάρα πολύ* θεωρεί το **19%**. (βλ. γράφημα 13, παράρτημα II)

**Ερώτηση 43:Θεωρείτε ότι, τα προγράμματα προαγωγής υγείας συμβάλλουν στην ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με :**

Όσο αφορά «*την ψυχική υγεία*», το **24,5%** θεωρεί πως δεν επηρεάζει *καθόλου* και **29%** *λίγο*. Έπειτα το **28%** υποστηρίζει *μέτρια* και *πολύ* το **12,5%** ενώ *πάρα πολύ* το μικρότερο ποσοστό **4%**. (βλ. γράφημα 14, παράρτημα II)

Όσο αφορά «*την σωματική υγεία*», το **18%** υποστηρίζει *καθόλου* ενώ το **27,5%** θεωρεί *λίγο*. Απ την άλλη πλευρά το **32,5%** αναφέρει *μέτρια* , το **14,5%** *πολύ* και μόλις το **4%** *πάρα πολύ*(βλ. γράφημα 15, παράρτημα II)

**Ερώτηση 44. Κατά πόσο πιστεύετε ότι, η προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων μπορεί να διευκολύνει και να ανακουφίσει το σύστημα υγείας.**

Στην παραπάνω ερώτηση το ελάχιστο ποσοστό **1%** απαντά *καθόλου*, στο ότι η προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων μπορεί να διευκολύνει και να ανακουφίσει το σύστημα υγείας. Το **5%** θεωρεί *λίγο* ενώ το **26%** *μέτρια*. Το μεγαλύτερο ποσοστό **49%** ισχυρίζεται *πολύ* και *πάρα πολύ* το **18,5%**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 9.1: Συμπεράσματα- Συζήτηση

Η συγκεκριμένη έρευνα, για την οποία έχει ολοκληρωθεί το θεωρητικό και ερευνητικό μέρος, αφορά μια μερίδα επαγγελματιών υγείας που εργάζεται σε δημόσια νοσοκομεία της δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Έγινε προσπάθεια εντοπισμού των στάσεων και των πρακτικών που έχουν αναπτύξει οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με, τις ηλικιακές διακρίσεις στο χώρο εργασίας τους.

Κατά την έναρξη της έρευνας, επιθυμούσαμε να, εξετάσουμε εάν το φύλο των ερωτώμενων, είναι παράγοντας που διαφοροποιεί τη στάση τους για τις ηλικιακές διακρίσεις. Σε δεύτερο επίπεδο, αναρωτηθήκαμε κατά πόσο η θεωρητική και η πρακτική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας καθώς και οι συνθήκες εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου, επηρεάζουν τις στάσεις τους προς τους ηλικιωμένους. Επίσης, θεωρήσαμε ενδιαφέρον να, ελέγξουμε σε ποιο βαθμό η πλήρης ή ελλιπής ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, προωθεί τις στερεοτυπικές αντιλήψεις. Τέλος, αναζητήσαμε αν η συχνή επαφή σε προσωπικό ή επαγγελματικό επίπεδο, επενεργεί στη στάση τους απέναντι στους ηλικιωμένους.

Έπειτα, από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκειμένου να, συνταχθεί το ερωτηματολόγιο και να καλυφθεί το θεωρητικό κομμάτι της έρευνας, εντοπίστηκε ότι, ένα από τα βασικά αίτια που επηρεάζει και γεννά στους επαγγελματίες υγείας προκαταλήψεις προς τους ηλικιωμένους είναι, η ανεπάρκεια της εκπαίδευσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι επαγγελματίες υγείας που είχαν εξειδικευτεί σε θέματα σχετικά με, τη φροντίδα και την περίθαλψη των ηλικιωμένων, φάνηκε να έχουν θετικότερη στάση γι' αυτή την ηλικιακή ομάδα. Στην έρευνά μας, δεν βρέθηκε γενικά, η εκπαίδευση να επηρεάζει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας προς τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Καθότι, στην παραπάνω συσχέτιση δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα, θα μπορούσαμε να παραθέσουμε τις εξής υποθέσεις:

- Αν και φάνηκε ότι, υπάρχει εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για θέματα της τρίτης ηλικίας, ίσως τα μαθήματα να μην ήταν υποχρεωτικής παρακολούθησης ή ακόμη να ήταν περιορισμένος ο

συνολικός αριθμός των μαθημάτων στο πρόγραμμα σπουδών της εκάστοτε σχολής.

- Επίσης, ο τύπος της ερώτησης που θέσαμε στο ερωτηματολόγιο δεν ήταν τόσο διερευνητικός προκειμένου, να αξιολογήσει εις βάθος την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης τους. Στη παρούσα φάση δεν ήταν σκοπός της μελέτης, να διερευνήσει εκτενώς την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Στη συνέχεια, θέλαμε να ερευνήσουμε κατά πόσο η παρουσία και συχνή επαφή των επαγγελματιών υγείας με ηλικιωμένους ασθενείς, τους επηρεάζει. Μια μελέτη για κοινωνικούς λειτουργούς, έδειξε ότι, η επαφή με ηλικιωμένους και η επιρροή στη ζωή τους από αυτή, σχετίζεται με τη θετική στάση προς τη γήρανση. Η δική μας έρευνα, έδειξε ότι, η παρουσία ηλικιωμένων ατόμων στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει και τη στάση τους απέναντι στους ηλικιωμένους που βρίσκονται στο χώρο εργασίας τους. Η συσχέτιση ωστόσο, δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί από την παραπάνω έρευνα, μιας και η λανθασμένη διατύπωση της ερώτησης που τέθηκε στον πληθυσμό, δεν διευκρίνιζε αν η στάση τους ήταν θετική ή αρνητική.<sup>161</sup>

Οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με, την ελληνική βιβλιογραφία, φανερώνουν ότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την αποδοτικότητά τους. Με το παραπάνω δεδομένο, θελήσαμε να εξετάσουμε, αν οι ίδιες συνθήκες, τους επηρεάζουν την στάση τους, απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά που να φανερώνει ότι, οι συνθήκες εργασίας τους επηρεάζουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Από τη μελέτη μας, για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και σε ποιο βαθμό συμβάλουν στη δημιουργία ηλικιακών διακρίσεων προέκυψαν τα δύο παρακάτω ευρήματα:

Το πρώτο εύρημα που προέκυψε από τη μελέτη δείχνει ότι, οι επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ότι γίνονται ηλικιακές διακρίσεις συνάμα πιστεύουν ότι, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται κατά πολύ από την ηλικία του

---

<sup>161</sup> Palmore, 1998

ασθενούς. Αυτό επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία η οποία έχει ασχοληθεί με το θέμα των διακρίσεων και συγκεκριμένα της ισότητας στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ νέων και ηλικιωμένων. Ειδικότερα στη μελέτη των Davey B. & Ross F. γίνονται φανερές και οι δύο απόψεις των επαγγελματιών υγείας πάνω στο θέμα αυτό. Απ' την μία πλευρά, υποστηρίζεται ότι, οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν ευκολότερη πρόσβαση μιας και χρειάζονται περισσότερη φροντίδα. Απ' την άλλη πλευρά, μερίδα των επαγγελματιών υγείας, ισχυρίζεται ότι, στους νεότερους ανθρώπους θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα, συνδέοντας την σχέση «κόστους-αποτελεσματικότητας».<sup>162</sup>

- **Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών υγείας / Ηλικιακές διακρίσεις**

	<b>Κατά πόσο η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς;</b>					p-value
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	p<0,05
<b>Θεωρείτε ότι γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία;</b>						
Συμφωνώ	4,1%	7,1%	18,8%	24,4%	4,1%	
Διαφωνώ	10,2%	8,1%	8,6%	5,6%	3%	
ΔΓ/Δ	0,5%	2%	1%	1,5%	1%	
Σύνολο	14,7%	17,3%	28,4%	31,5%	8,1%	

Το 24,4% του δείγματος που θεωρεί ότι, γίνονται ηλικιακές διακρίσεις πιστεύουν ότι, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται πολύ από την ηλικία του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ότι, δεν γίνονται ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη αναφέρουν ότι, η ηλικία του ασθενούς δεν αποτελεί κριτήριο για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 10,2%. Η τιμή p- value είναι μηδενική

<sup>162</sup> Davey& Ross, 2003

άρα, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συνεπώς γίνεται κατανοητό ότι, η ύπαρξη ηλικιακών διακρίσεων επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στους ηλικιωμένους.

Το δεύτερο εύρημα της έρευνας έδειξε ότι, η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, ενδυναμώνει και διαιώνίζει σε μεγάλο βαθμό, τις διακρίσεις με βάση την ηλικία. Σύμφωνα με έρευνα, που διεξήγαγε το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου και αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τους Ηλικιωμένους (2005), έχει εντοπίσει πολλά προβλήματα που σχετίζονται με τις ηλικιακές διακρίσεις εναντίον των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα της έδειξαν, την ύπαρξη διακρίσεων στην παροχή υπηρεσιών με βάση την ηλικία, την έλλειψη κλινών, με συνέπεια την ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων για νοσηλεία, την έλλειψη προληπτικών εξετάσεων για τους ηλικιωμένους άνω των 75 ετών και την μη εξειδικευμένη εκπαίδευση προς τους επαγγελματίες υγείας ώστε να, χειρίζονται περιστατικά ηλικιωμένων. Επίσης, την απουσία υπηρεσιών και τεχνολογίας που θα επέτρεπε στους ηλικιωμένους να παραμείνουν στο σπίτι αντί να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο.<sup>163</sup> Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν και το αποτέλεσμα της μελέτης μας .

- **Ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών / Ηλικιακές διακρίσεις**

	<b>Η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών υγείας συμβάλει στη διαίωσιση και ενδυνάμωση των διακρίσεων ;</b>					p-value
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	P<0,05
<b>Θεωρείτε ότι γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία;</b>						
Συμφωνώ	1,6%	5,7%	18,8%	21,9%	11,5%	
Διαφωνώ	3,6%	6,2%	12,5%	10,9%	1%	
ΔΓ/Δ	0%	1%	2,6%	1,6%	1%	
Σύνολο	5,2%	13%	33,9%	34,4%	13,5%	

<sup>163</sup> Νεοκλέους, 2009



Η πλειοψηφία του δείγματος που θεωρεί ότι, γίνονται ηλικιακές διακρίσεις συμφωνεί πως ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών υγείας συμβάλει πολύ στη διαίωιση και ενδυνάμωση τους. Το p- value είναι 0,024 συνεπώς, παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα. Η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών που υπάρχει στο σύστημα υγείας ενδυναμώνει και διαιώνίζει την παραπάνω διάκριση.

Σε αυτό το σημείο, θα παραθέσουμε δύο νέα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη μας.

Το πρώτο αποτέλεσμα είναι , ότι οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας συμφωνούν πως, γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία και αυτό τους επηρεάζει πολύ στις αποφάσεις τους σχετικά με τους εξυπηρετούμενους. Αυτό το εύρημα μπορεί να επιβεβαιωθεί και από μια βιβλιογραφική επισκόπηση που πραγματοποιήθηκε στο Τεχνολογικό Ίδρυμα της Αυστραλίας στη σχολή της Νοσηλευτικής, σχετικά με, τις στάσεις των Νοσηλευτών προς τους ηλικιωμένους ασθενείς. Σε αυτή την επισκόπηση αναφέρεται ότι, οι νοσηλευτές που συχνά κατέχονται με θετική στάση προς τους ηλικιωμένους κάποιες φορές παρουσιάζουν αρνητικές στερεοτυπικές συμπεριφορές προς αυτούς. Αυτές οι αρνητικές συμπεριφορές μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών. Για παράδειγμα, όταν οι ηλικιωμένοι ασθενείς φαίνονται να είναι εριστικοί και να διαμαρτύρονται τότε, τα αιτήματά τους δεν μπορούν να ληφθούν σοβαρά από τους νοσηλευτές και συνεπώς επηρεάζουν την περίθαλψη που λαμβάνουν, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και αποκατάστασης τους.<sup>164</sup>

#### **Ηλικιακές διακρίσεις/ Επιρροή της ηλικίας των ασθενών για τη λήψη αποφάσεων**

	<b>Πόσο συχνά θεωρείτε ότι η ηλικία μπορεί να επηρεάσει τους επαγγελματίες υγείας στις αποφάσεις τους σχετικά με τους εξυπηρετούμενους;</b>					<b>p-value</b>
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	P<0,05

<sup>164</sup> Courtney et all, 2000

<b>Θεωρείτε ότι γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία;</b>					
Συμφωνώ	7,1%	11,7%	15,7%	19,3%	5,1%
Διαφωνώ	12,7%	7,6%	7,1%	6,1%	1,5
ΔΓ/Δ	1,5%	0,5%	0,5%	3%	0,5%
Σύνολο	21,3%	19,8%	23,4%	28,4%	7,1%

Σύμφωνα με τα παραπάνω το 19,3% του δείγματος που θεωρεί ότι η ηλικία μπορεί να επηρεάσει πολύ τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τους εξυπηρετούμενους συμφωνούν ότι γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία. Επίσης, παρατηρείται ότι το 12,7% του δείγματος που ισχυρίζεται ότι, η ηλικία του ασθενούς δεν επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας διαφωνούν ότι γίνονται διακρίσεις. Το p-value είναι 0,006 άρα, είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά.

Το δεύτερο εύρημα παρουσιάζει ότι το κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο των ασθενών μπορεί να επηρεάσει σε μέτριο βαθμό, την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται από το σύστημα υγείας. Η επιβεβαίωση έρχεται από μια έρευνα που διεξήχθη στην Αμερική και αφορούσε της ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι: « *Αν και η ηλικία εμφανίζεται ως κύριος παράγοντας για τον καθορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ωστόσο και το κοινωνικο- οικονομικό επίπεδο φαίνεται να έχει εξίσου επιπτώσεις σε αυτές.*»

Επίσης φάνηκε ότι, οι ηλικιωμένοι που ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα επιζητούν από τους ιατρούς να δείξουν προσοχή και αφοσίωση όχι μόνο, εξαιτίας της ηλικίας τους και της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης αλλά και λόγω της ανικανότητας τους να ανταπεξέλθουν στις δαπανηρές απαιτήσεις των θεραπειών. Αντίθετα, οι ασθενείς των ανωτέρων κοινωνικό- οικονομικών στρωμάτων επιδιώκουν το υψηλό επίπεδο φροντίδας χωρίς να ακολουθηθεί η παραπάνω διαδικασία μιας και θεωρείται δεδομένη.<sup>165</sup>

<sup>165</sup> Turcotte, 2003

- Κοινωνικο- οικονομικές διακρίσεις/ Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών

	Πως αξιολογείτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα				p-value
	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
<b>Θεωρείτε ότι γίνονται διακρίσεις με βάση το κοινωνικό -οικονομικό επίπεδο;</b>					P<0,05
Συμφωνώ	9,8%	32%	7,2%	0%	
Διαφωνώ	4,6%	24,7%	14,4%	2,1%	
ΔΓ/Δ	2,1%	3,1%	0%	0%	
Σύνολο	16,5%	59,8%	21,6%	2,1%	

Οι επαγγελματίες υγείας που συμφωνούν ότι, γίνονται διακρίσεις με βάση το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο αξιολογούν ως μέτρια, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην Ελλάδα με ποσοστό 32% . Δεν φαίνεται να διαφοροποιείται και η άποψη όσων διαφωνούν ότι, γίνονται διακρίσεις με βάση το κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο. Το p- value είναι 0.003 άρα, υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά. Φαίνεται ότι, το κοινωνικό – οικονομικό υπόβαθρο των ασθενών μπορεί να επηρεάσει σε μέτριο βαθμό, την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται από το σύστημα υγείας.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες στη διαμόρφωση της προσωπικότητας κάθε ατόμου. Μεταδίδει αξίες, αντιλήψεις και κυρίως παρέχει εφόδια για την καλύτερη εξέλιξη και οργάνωση της ζωής του ατόμου. Από τη βιβλιογραφία παρατηρήθηκε σε μεγάλο βαθμό ότι η έλλειψη εκπαίδευσης σε θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής κατά τη διάρκεια σπουδών των επαγγελματιών υγείας έδειξε να επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Για να αντιμετωπισθεί το παραπάνω αίτιο, προτείνεται:

- ❖ Η ένταξη μαθημάτων στα προγράμματα σπουδών, για τους εκπαιδευόμενους επαγγελματίες υγείας ώστε να, διασφαλιστεί η ορθή και επαρκή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων καθότι είναι οι μεγαλύτεροι χρήστες των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Η οργάνωση και ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών και ενημερωτικών σεμιναρίων απευθυνόμενα σε επαγγελματίες που εργάζονται με ηλικιωμένους ασθενείς, κυρίως στο χώρο του νοσοκομείου όπου εισέρχεται αρκετά μεγάλος πληθυσμός. Τα σεμινάρια θα υλοποιούνται από εξειδικευμένους επαγγελματίες σε θέματα γεροντολογίας-γηριατρικής (γηρίατροι, γεροντολόγοι κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλεύτες) , με στόχο την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών σε θέματα ηλικιωμένων.
- ❖ Τέλος στην εκπαίδευση , προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος σχετίζοντας την, με την επιρροή της στις ηλικιακές διακρίσεις μιας και στη δική μας έρευνα δεν επιβεβαιώθηκε κάτι τέτοιο σε αντίθεση με την πληθώρα ξένων βιβλιογραφικών αναφορών.

Η επόμενη πρόταση, αφορά τη διερεύνηση των ηλικιακών διακρίσεων αλλά, από τη σκοπιά των ηλικιωμένων, καθώς είναι η ομάδα η οποία υφίστανται τη δυσμενή διάκριση κι αυτό επιβεβαιώνεται από την άνιση παροχή υπηρεσιών που τους παρέχεται.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτόν τον παράγοντα προτείνουμε τη συμμετοχή του χρήστη, στην παρούσα περίπτωση «ηλικιωμένους» στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η γνώμη του χρήστη σ' αυτή τη διαδικασία, άρχισε να υπολογίζεται περισσότερο, τα τελευταία χρόνια. Παλαιότερα, δεν είχε τη δυνατότητα για τα παραπάνω και αρκετοί λόγοι συνέβαλλαν σε αυτό. Ένας εκ' των παραγόντων ήταν η προκατάληψη πολλών επαγγελματιών στο να αντιμετωπίσουν, τους χρήστες ως «ισότιμους εταίρους», στην προσπάθεια προσδιορισμού της ποιότητας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Ανδρακάκη, Ε και Σόφη, Α (2007) *Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης απέναντι στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας*. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
- Γιαννακόπουλος, Ε (2006) *Επιδημιολογική διερεύνηση των αναγκών για τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα*. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Γούναρης, Χ. , Σίσσουρας, Α και Αθανασόπουλος, Α (2000) «*Το πρόβλημα της μέτρησης της αποδοτικότητας των γενικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. στο: Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. (επιμ) Δόλγερας, Α και Κυριόπουλος, Γ. Αθήνα: Θεμέλιο. σ.123-146
- Δαβράδου, Ε. Σαββοϊδάκης, Ι & Σαρρής, Α (2009) *Η ευαισθητοποίηση των νέων ως μέτρο ενδυνάμωσης των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας*. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
- Έκμε-Πουλοπούλου, Η (1999) *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: Παρελθόν, παρόν μέλλον*. Αθήνα: Έλλην
- Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ & Σούλης, Σ.(2001) *Συστήματα υγείας* Αθήνα: Παπαζήση
- Καλλινικάκη ,Θ. (1998) *Κοινωνική εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κάντα, Α. (2008) *Οργανική-Βιομηχανική ψυχολογία: Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση και ηγεσία*, 14<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα
- Κοντοδημόπουλος, Ν.(2006) *Μέτρηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας, εφαρμογή στον τομέα της νεφροπάθειας στην Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών
- Κουκούλη, Σ. (2010) *Φροντίδα υγείας*. Σημειώσεις μαθήματος. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

- Κυριόπουλος, Γ και Γείτονα, Μ (2000) «*Ισότητα και αποδοτικότητα στην υγεία: θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις*» στο: *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας* (επιμ.) Δόλγερας, Α. και Κυριόπουλος, Γ. Αθήνα: Θεμέλιο. σ. 35-54
- Μουσούρου, Α (1984) *Η ελληνική οικογένεια*. Αθήνα: Ίδρυμα Γουλανδρή – Χόρν
- Παπαδάτου, Δ και Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Παπαθανασίου, Α (2006) *Προληπτική Ιατρική*. Πτυχιακή εργασία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Περάκη, Μ και Πλατάκη, Θ (2009) *Η ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους ως, επιλογή καριέρας*. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
- Προβατάς, Σ. (2010) *Ιατρική ευθύνη, ερμηνεία κώδικα ιατρικής δεοντολογίας*. Αθήνα: Zymel
- Σαμαρά, Α.Θ. (2009) *Αυτοεκτίμηση και κοινωνικό οικονομικό επίπεδο των Ελλήνων και αλλοδαπών μαθητών του δημοτικού σχολείου*. Πτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών
- Σιγάλας, Ι (2000) «*η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*» στο Κυριόπουλος και συν (επιμ.) Προταραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης-διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας. Αθήνα: Θεμέλιο, σ. 129-149
- Σταθόπουλος, Π. (1996) *Κοινωνική Πρόνοια: Μια γενική θεώρηση 2<sup>η</sup> έκδοση*. Αθήνα: Έλλην
- Τούντας, Γ. (2001)
- Τρίγκα, Μ (2008) *Περιβαλλοντικοί και οικονομικοί δείκτες, της ποιότητας ζωής, της ελληνικής οικογένειας της υπαίθρου. Η περίπτωση του Δήμου Συκίωνος*. Διδακτορική διατριβή. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Τσάκος, Γ. (2000) «*Μέτρηση αποτελεσματικότητας και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμασίες: φιλοσοφία και χαρακτηριστικά*» στο: Κυριόπουλος, Γ και Δόλγερας, Α (επιμ) *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο, σ. 81-99
- Χατζηγιάννη, Ε.(2004) *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout Syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχικής υγεία*

και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

- Χρυσόγονος, Κ(2006) *Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα* Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

- Bytheway, B. (1995) *Ageism. Buckingham- Philadelphia: Open University Press*
- Nelson, Td (2002) *Ageism prejudice against our feared future self. Massachusetts: MIT Press*
- Palmore, E. (1990) *Ageism: positive and negative. America: Springer Publishing Company*
- Palmore, E. (1998) *Ageism: positive and negative. 2<sup>nd</sup> edition. Springer Publishing Company*

### **ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΟ ΒΙΒΛΙΟ**

- Banks, O(1987) *Η κοινωνιολογία της εκπαίδευσης*, Μετάφραση. Δαρβέρης, Τ. Θεσ /νίκη: Παρατηρητής
- Javeau, Claude (1996) *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο, το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*, Μετάφραση. Τζαννόε-Τζώρτζη, Κ. Αθήνα: Τυποθήτω

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αδαμακίδου, Θ και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α (2009) «Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα» *Νοσηλευτική* 48(1) σ.37-49
- Αλεξιάς, Γ & Αναγνωστόπουλος, Φ και Πιλάτης, Ι. (2010) «Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών». *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* (131), σ.109-136
- Λαμπρινού, Α και Σουρτζή, Π. (2007) «Αξιολόγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων». *Νοσηλευτική* (46), 460-467



- Μπόρου, Α & Βόσνιακ, Γ & Υφαντής, Α & Τανιακού, Ι & Μαχαιράς, Ν & Τσικλιουτάρα, Α & Παπαδημητρίου, Β & Σαπουνζη- Κρέπια, Δ και Μουζάς, Ο (2010) «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας: η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών». Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος 6 (7),σ.39-46
- Νεοκλέους, Γ. (2009) «Δύο όψεις της Τρίτης Ηλικίας: Ευτυχημένα γηρατειά και ηλικιακή διάκριση». Κοινωνική εργασία 24 (95),σ. 135-149
- Περιστέρα, Π.(2009) « Η φτώχεια στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση: Συγκριτική ανάλυση». Δημογραφικά Νέα (7), σελ.1. <http://www.demography-lab.prd.uth.gr> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- Πεχλιβανίδου, Α & Σουλιώτης, Κ & Καλαφάτη, Μ & Τσαμαδιάς, Ι, & Γιαννακά, Φ και Τούντας, Γ. (2008) « Διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την επιλογή της ιατρικής ειδικότητας» Athens Medical Society (25), σ. 167-176
- Πογιατζής, Κ. & Ταβλαντά, Π.& Χασιώτη, Α & Ταβλαντά, Μ & Τζιάρου, Κ & Λιατάς, Δ & Ταβλαντά, Θ και Ζαντόπουλος, Γ.Ζ. (2006) « Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις επαρχίες Άργους-Ναυπλίας του νομού Αργολίδας. Παρόν και προσδοκίες». Ιατρικό Βήμα Σεπτέμβριος – Οκτώβριος, σελ 68. <http://www.iatrikonline.gr> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- Σκαλίδης, Γ & Παπαδόπουλος, Φ, και Σκαλίδης, Η (2010) Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε συνεπικουρία ‘αναφορών περίθαλψης’ των ασθενών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 27 (3), σ. 487-497
- Τούντας, Γ.Κ.(2006) «Προαγωγή Υγείας» (2006)ΙΑΣΠΙΣ ιδεώδες Ασκληπειακό πάρκο ιατρικής σχολής. (χ.χ) [http://www.panacea .med.yoa.gr](http://www.panacea.med.yoa.gr) [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- Χρυσοσπάθη,Σ και Παπαδάτου-Γκαράνη, Τα (2006) «Ανθρώπινα δικαιώματα, υγεία και νοσηλευτική». Νοσηλευτική 45(3),σ.345-351

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

- Banerjee, A.K. (2003) ‘Aging and the challenge of the age’ Indian Journal of Gerontology 21 (2), pp.186-197
- Blackmore, S (2009) ‘Ageism in mental health care’ Nursing Older People 21 (5) pp.6-7

- Bowling, A (1999) '*Ageism in cardiology*' BMJ 1353 (319) <http://www.BMJ.com> [accessed :28 September]
- Chapin, R & Nelson-Becker, H & Gordon, T and Terrebone, S (2002) '*Ageism and the older adults resources*' PhD. University of Kansas
- Charles, C & Gafni, A and Whelan,T(1997) '*Shared decision making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango)* Soc Sci Med (44) pp.681-692
- Courtney, M & Tong, S and Walsh, A (w.d) "*A cute care nurses' attitudes toward older patients*" Queensland University
- Encel, S & Kaye,M and Zdenkowski, (1996) *Keeping in touch older people living alone*. Consultative Committee on Aging. <http://www.maca.nsw.gov.au> [accessed :28 September]
- European Union Agency for Fundamental Rights (2011) *First results on EU level on the multiple discrimination faced by minorities*. EUMIDIS Data in focus 5. Vienna: Council of Europe
- Hatinen, M & Kinnunen, U & Rekkonen, M and Aro, A (2004) '*Burnout patterns in rehabilitation : short - term changes in job conditions, personal resources and health*' Journal of occupational health psychology 9 (3), pp.220-237
- Kearney, N & Miller, M & Paul, M and Smith, K (2000) '*Oncology healthcare professionals attitudes toward elderly people*' *Annals of Oncology* (11), pp.599-601
- Mc Conatha, D and Tahmased, J (2007) '*Ageism and modernization in contemporary China*' *Indian Journal of Gerontology* 21 (2), pp. 170-185
- Mc. Glone, E and Fitzgerald, F. (2005) '*Perceptions of ageism in health and social services in Ireland*' No. 85. Dublin : National Council on Ageism and older people.
- Ontario Human Rights Commission (2005) *Research to legislation challenging public perceptions and getting results*. London
- Palmore, E (1981) '*The facts on the aging quiz. Part two*' *The Gerontologist* 1 (7), pp. 315-320
- Prakash, I (2007) '*Psychological issues in ageism and its prevention*' *Indian Journal of Gerontology* 21 (2), pp.206-215

- Rob, C & Chen, H and Haley, W ‘*Ageism in mental health and health care: a critical review*’ *Clinical Gerontopsychology* (8), pp.1-12
- Ross, F and Davey, B (2003) ‘*Exploring, staff views of old age and health care, Nursing research*’ *Center for Policy on Aging* <http://www.cpa.org.uk/reviews> [accessed :28 September
- Turcotte, L, (2003) ‘*Ageism in the American healthcare system*’ *Chrestomathy* (2), pp.284-298

### **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

- <http://www.50plus.gr> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- <http://www.aging.senate.gov> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- <http://www.fra.europa.eu> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- <http://www.gerontology.gr> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- <http://www.ifsw.org> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]
- <http://www.moh.gov.cy> [πρόσβαση: 28 Σεπτεμβρίου 2011]

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

#### ΘΕΜΑ:

**«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ  
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ»**

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς πτυχιακής εργασίας και είναι αυστηρά εμπιστευτικά. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασία σας.

Σπουδάστριες:  
Γαρεφαλάκη Μαρία  
Καρνιάτη Ειρήνη  
Μαυροκεφαλίδου Ιωάννα

Α.Ε. | \_ | \_ | \_ |

## ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

### 1. Φύλο

A. Άνδρας

B. Γυναίκα

### 2. Ηλικία

### 3. Υπηκοότητα

A. Ελληνική

B. Άλλο

### 4. Οικογενειακή κατάσταση

A. Έγγαμος/η

B. Άγαμος/η

Γ. Χήρος/α

Δ. Διαζευγμένος/η

Ε. Σε διάσταση

Στ. Συζώ με τον/ην σύντροφό μου

### 5. Έχετε παιδιά;

A. Ναι

B. Όχι

### 6. Εκπαίδευση:

A. Λύκειο

B. ΙΕΚ ( Δημόσιο ή Ιδιωτικό)

Γ. ΑΕΙ/ΤΕΙ

Δ. Μεταπτυχιακές σπουδές

Ε. Άλλο

### 7. Επαγγελματική ιδιότητα:

---

### 8. Η θέση που κατέχετε είναι:

---

- A. Μόνιμη
- B. Σύμβαση ορισμένου χρόνου
- Γ. Σύμβαση αορίστου χρόνου

9. Έτη προϋπηρεσίας:

10. Εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας:

- A. Έως 40 ώρες
- B. 40 και άνω

11. Θεωρείται ότι η υγεία είναι :

- A. Κοινωνικό αγαθό
- B. Ιδιωτικό αγαθό
- Γ. ΔΓ/ΔΑ

12. Πως αξιολογείτε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα:

Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Κατά τη γνώμη σας, σε ποιο βαθμό καλύπτεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τα παρακάτω:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Κέντρα υγείας/ Περιφερειακά ιατρεία	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Κινητές μονάδες	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ιδιωτικός τομέας	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. Θεωρείτε ότι υπάρχει συνεργασία μεταξύ των τριών βαθμίδων υγείας;

- A. Ναι
- B. Όχι
- Γ. ΔΓ/ΔΑ

15. Σύμφωνα με, το άρθρο 1 του νόμου Ν.3892/2010, η προσέλευση των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα θα πραγματοποιείται υποχρεωτικά με γραπτή άδεια θεράποντα ιατρού(εφεξής παραπεμπτικό). Σε ποιο βαθμό πιστεύετε

πως, η εφαρμογή του νέου νόμου θα συντελέσει στη μείωση του φόρτου εργασίας στο νοσοκομείο;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

16. Θεωρείτε ότι οι υπάρχουσες υλικές υποδομές του νοσοκομείου που εργάζεστε καλύπτουν τη ζήτηση;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ

17. Οι δαπάνες για τη υγεία στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια ποια τάση θεωρείτε ότι έχουν;

A. Αύξουσα

B. Στατική

Γ. Φθίνουσα


18. Οι δαπάνες στη υγεία κατανέμονται αντίστοιχα σε όλους τους τομείς;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πρωτοβάθμια					
Δευτεροβάθμια					
Τριτοβάθμια					

19. Σύμφωνα με τον Cochrane, « Κάθε αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να είναι ελεύθερη δηλαδή να παρέχεται σε μηδενικές τιμές». Κατά πόσο πιστεύετε ότι ισχύει:

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

20. Το επάγγελμα που ασκείτε είναι αποτέλεσμα προσωπικής επιλογής;

A. Ναι

B. Όχι


21. Αν όχι, ποιό ήταν οι παράγοντες που σας επηρέασαν στην επιλογή σας;

A. Οικογενειακό περιβάλλον

B. Κοινωνική καταξίωση

Γ. Οικονομική αποκατάσταση του επαγγέλματος

Δ. Επαγγελματική αποκατάσταση

E. Διάθεση προσφοράς στο συνάνθρωπο

ΣΤ. Άλλο


22. Στην εργασίας σας:



	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
Νιώθετε δύναμη- ενεργητικότητα					
Νιώθετε ικανοποίηση με αυτό που προσφέρετε					
Πιστεύετε ότι σας δίνεται η ευκαιρία για επαγγελματική εξέλιξη (σεμινάρια, ημερίδες κ.α.)					
Νιώθετε ικανοποιημένος από τις οικονομικές απολαβές					
Εισπράττετε ικανοποίηση από τους εξυπηρετούμενους					

**23 . Σαν επαγγελματίας πιστεύετε:**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Ότι τα καθήκοντα σας είναι σαφή & ξεκάθαρα					
Η έλλειψη προσωπικού αυξάνει το δικό σας φόρτο εργασίας					
Ότι το έργο σας αναγνωρίζεται από τους συναδέλφους σας					
Η συνεργασία με τους συναδέλφους είναι ικανοποιητική					

**24. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι, οι παρακάτω παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας στις αποφάσεις τους σχετικά με τους εξυπηρετούμενους;**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Ηλικία					
Φύλο					
Εθνικότητα					
Επίπεδο εκπαίδευσης					
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο					

**25. Το πλαίσιο της εκπαίδευσής σας, περιείχε θέματα που αφορούσαν την Τρίτη ηλικία;**

A. Ναι

B. Όχι

**26 . Πιστεύετε ότι ένας νέος επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση να δουλέψει με ηλικιωμένους ασθενείς;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**27. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να συμμετέχουν στη θεραπεία τους έχοντας συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**28. Ποιοί από τους παρακάτω παράγοντες θεωρείτε ότι συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των ασθενών; (Μία επιλογή)**

- A. Ασθενής
- B. Οικογένεια
- Γ. Ιατρός
- Δ. Ιατρική ομάδα
- E. Συνδυασμός των παραπάνω

**29. Ποια είναι τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία δίνετε προτεραιότητα σε περίπτωση πολλαπλών έκτακτων περιστατικών; (Μία επιλογή)**

- A. Επαγγελματικά
- B. Επιστημονικά
- Γ. Αντικειμενικά
- Δ. Συνδυασμός των παραπάνω
- E. Άλλο

**30. Θεωρείτε ότι γίνονται διακρίσεις με βάση:**

	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΓ/ ΔΑ
Ηλικία			
Φύλο			
Εθνικότητα			
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο			

**31. Η ανεπάρκεια παροχής υπηρεσιών υγείας συμβάλλει στην διαιώνιση και ενδυνάμωση των διακρίσεων ;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ
---------	------	--------	------	-----------

--	--	--	--	--

**32. Υπάρχουν ηλικιωμένα άτομα στον οικογενειακό σας περίγυρο με τα οποία συναναστρέφεστε συχνά;**

A. Ναι

B. Όχι

**33. Αν ναι, κατά πόσο η παρουσία ηλικιωμένων ατόμων στην προσωπική σας ζωή επηρεάζει και τη στάση σας απέναντι στους ηλικιωμένους που βρίσκονται στο χώρο εργασίας σας;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**34. Κατά τη γνώμη σας ένα άτομο θεωρείται ηλικιωμένο όταν ανήκει στην παρακάτω ηλικιακή ομάδα:**

A. 50-55

B. 55-60

Γ. 60-65

Δ. 65-70

E. 70 και άνω

**35. Είστε ενήμερος για τις ηλικιακές διακρίσεις;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**36. Κατά πόσο η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**37. Πιστεύετε ότι, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση στο σύστημα υγείας σε σχέση με τα νεότερα άτομα;**

A. Ναι, πρέπει να έχουν ίση πρόσβαση

B. Όχι, καλό θα ήταν να δίνεται προτεραιότητα στα νεότερα άτομα

Γ. Όχι, καλό θα ήταν να δίνεται προτεραιότητα στα ηλικιωμένα άτομα

**38. Θεωρείτε ότι οι οικογενειακοί δεσμοί έχουν αλλάξει στις μέρες μας;**

<input type="checkbox"/>	A. Ναι
<input type="checkbox"/>	B. Όχι

Γ. ΔΓ/ΔΑ

**39. Αν ναι, σε ποιο βαθμό αυτό επηρεάζει τη φροντίδα των ηλικιωμένων;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**40. Κατά πόσο θεωρείτε ότι, οι ρυθμοί της σημερινής κοινωνίας διευκολύνουν την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε φορείς κλειστής φροντίδας (οίκοι ευγηρίας, εκκλησιαστικά ιδρύματα).**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**41. Κατά τη γνώμη σας, όταν ένα ηλικιωμένο άτομο δεν έχει τη δυνατότητα αυτοσυντήρησης, θα πρέπει:**

- A. Να ζει σε οίκο ευγηρίας  
B. Να ζει στην κατοικία των παιδιών του  
Γ. Άλλο


**42. Θεωρείτε ότι τα ασφαλιστικά ταμεία επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών φροντίδας των ηλικιωμένων;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

**43. Θεωρείτε ότι, τα προγράμματα προαγωγής υγείας συμβάλλουν στην ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με:**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Ψυχική υγεία					
Σωματική υγεία					

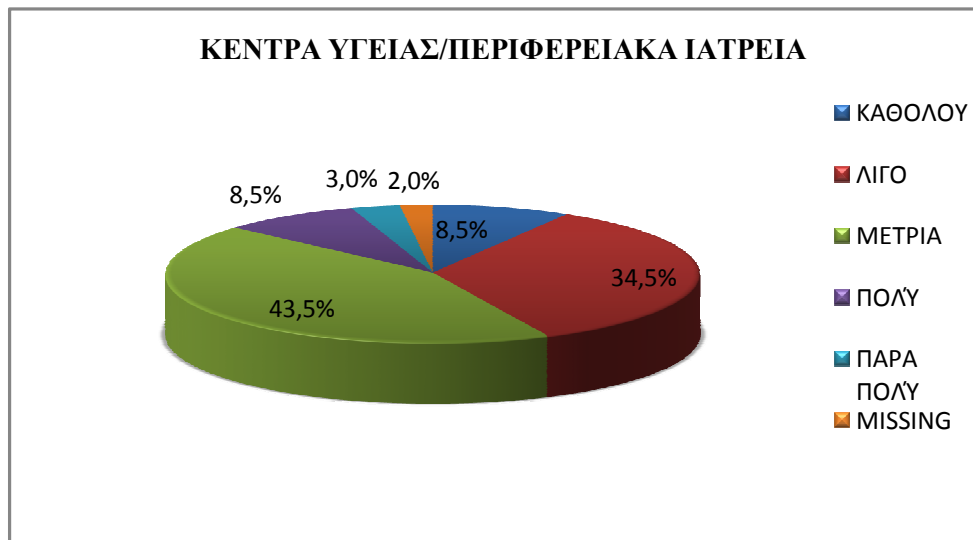
**44. Κατά πόσο πιστεύετε ότι, η προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων μπορεί να διευκολύνει και να ανακουφίσει το σύστημα υγείας;**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ

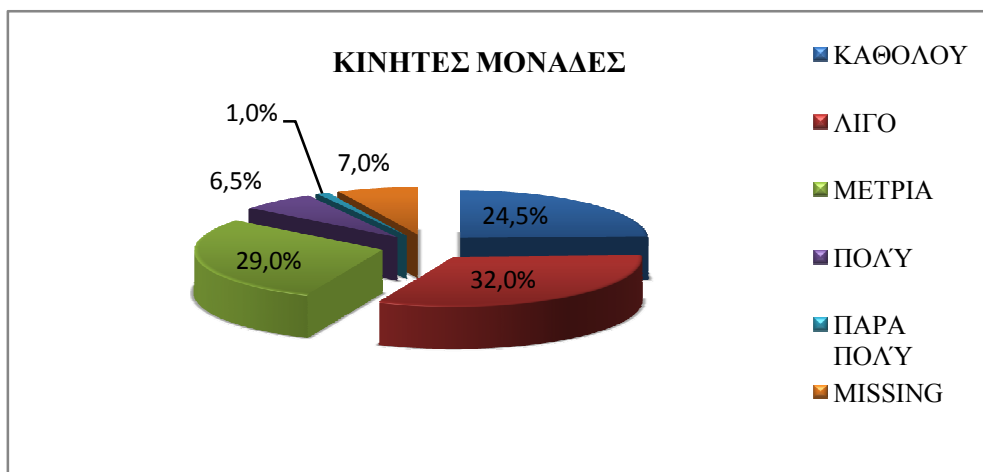
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### ΠΙΝΑΚΕΣ & ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

#### ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

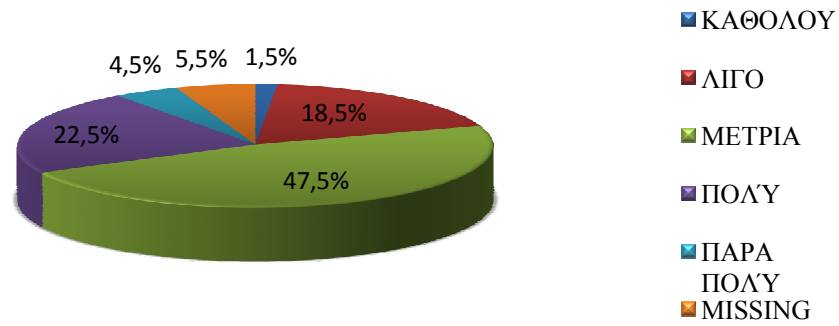


Γράφημα 1



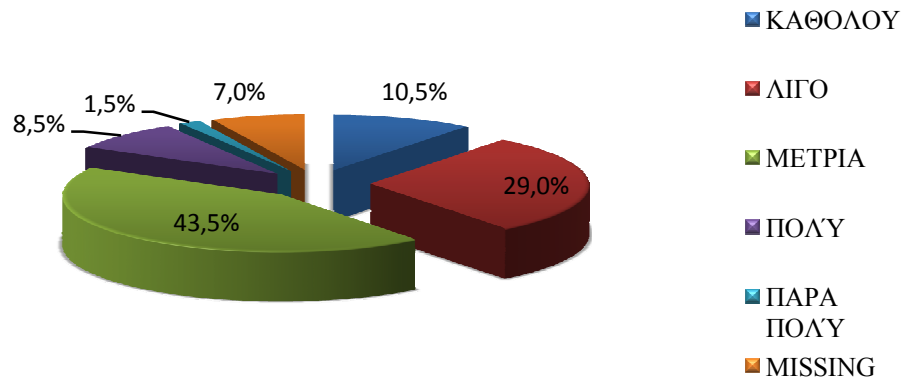
Γράφημα 2

### ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ



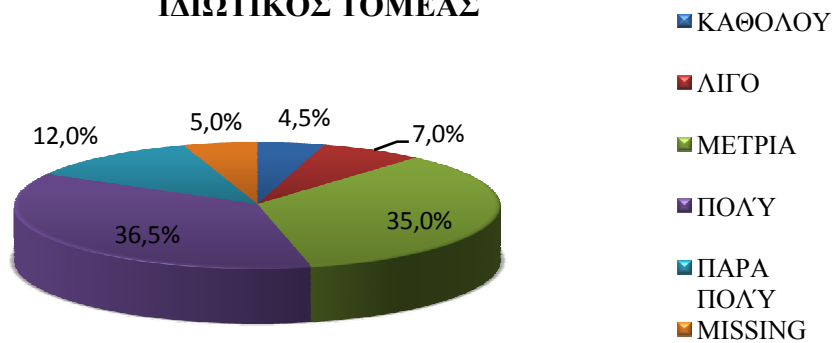
Γράφημα 3

### ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

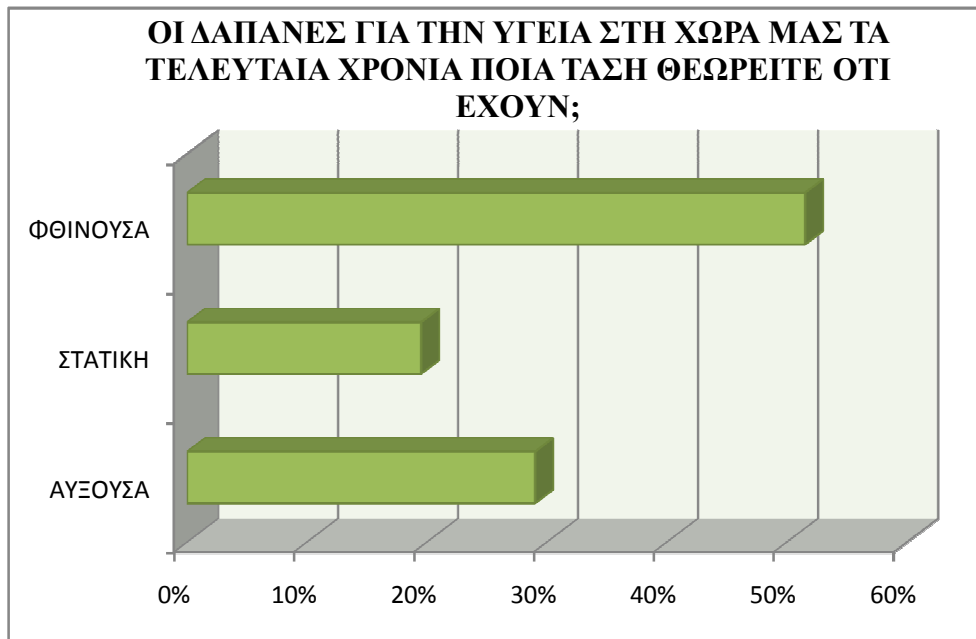


Γράφημα 4

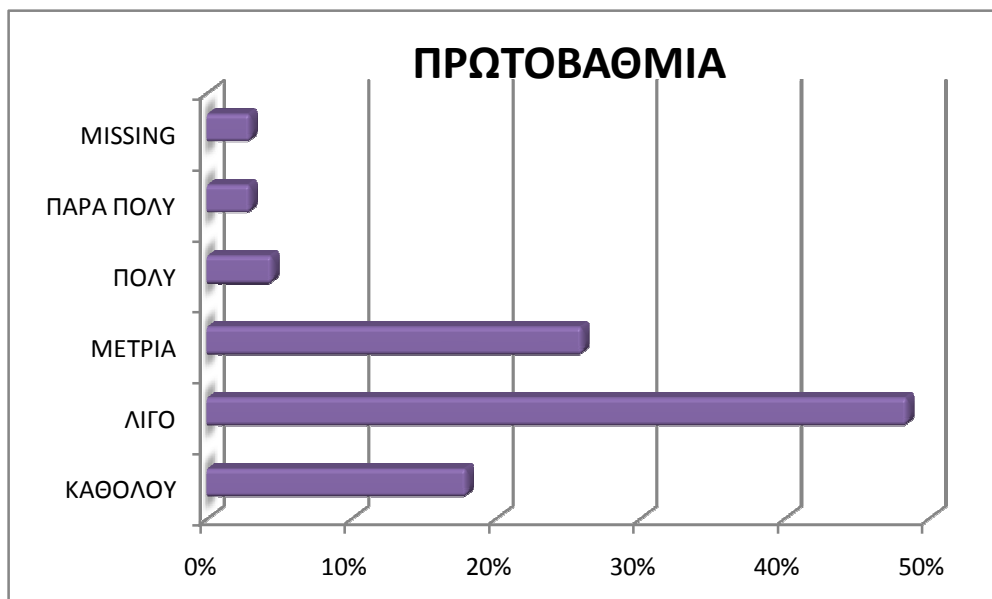
### ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ



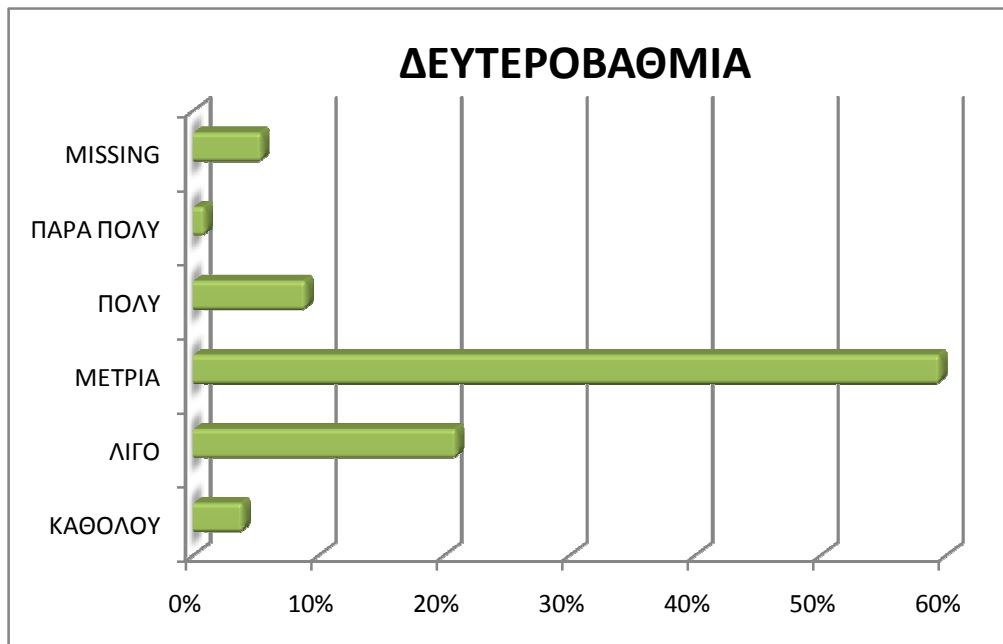
Γράφημα 5



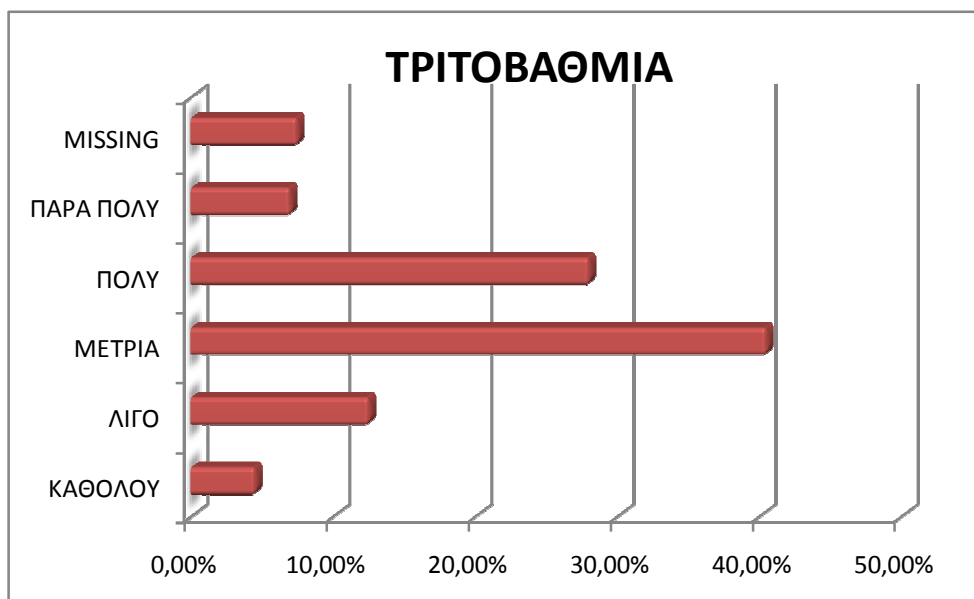
**Γράφημα 6**



**Γράφημα 7**

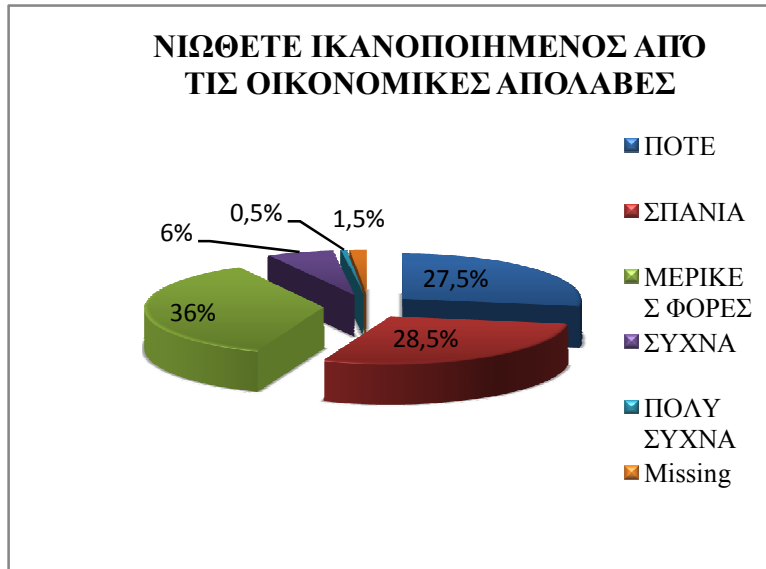


**Γράφημα 8**

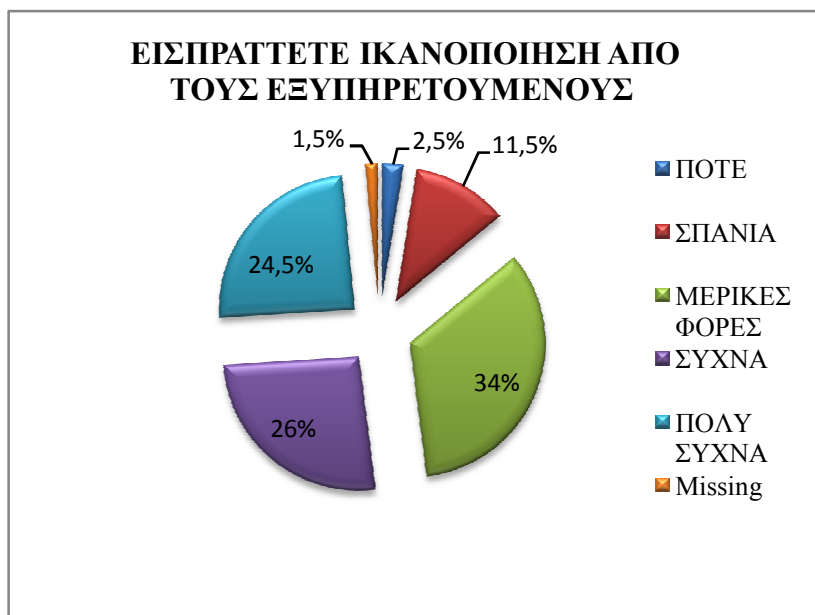


**Γράφημα 9**

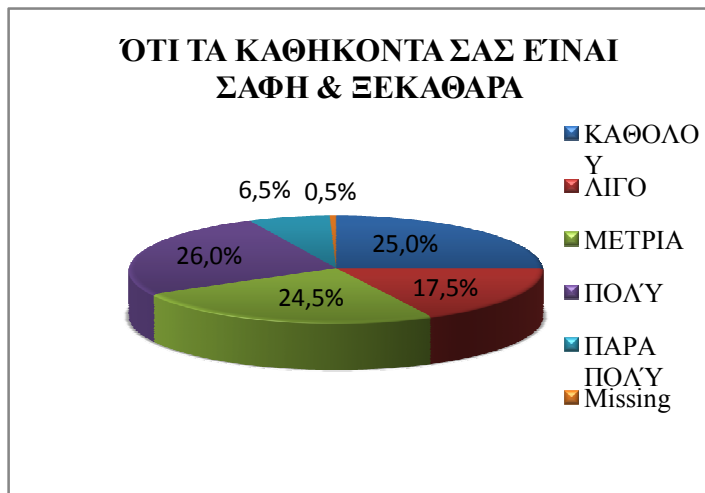




**Γράφημα 10**



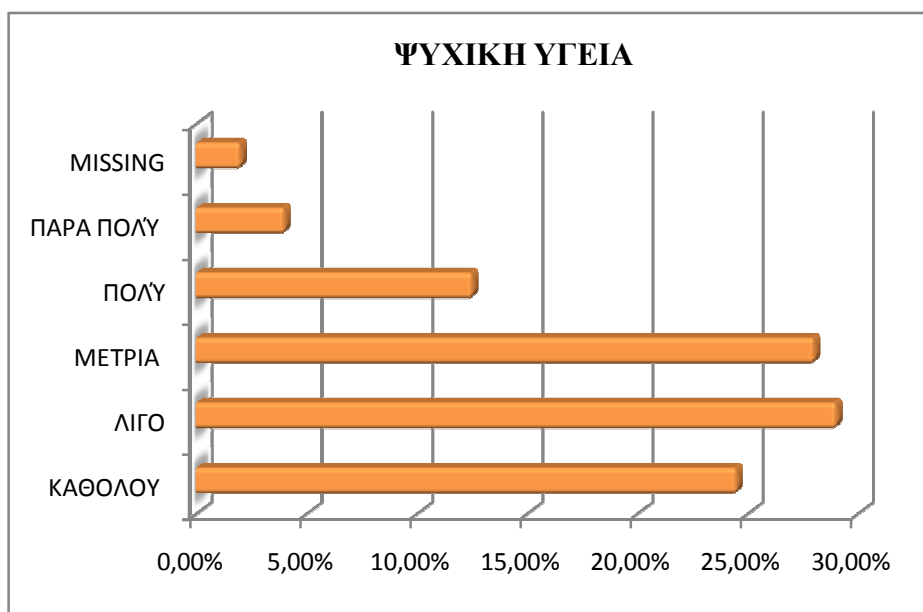
**Γράφημα 11**



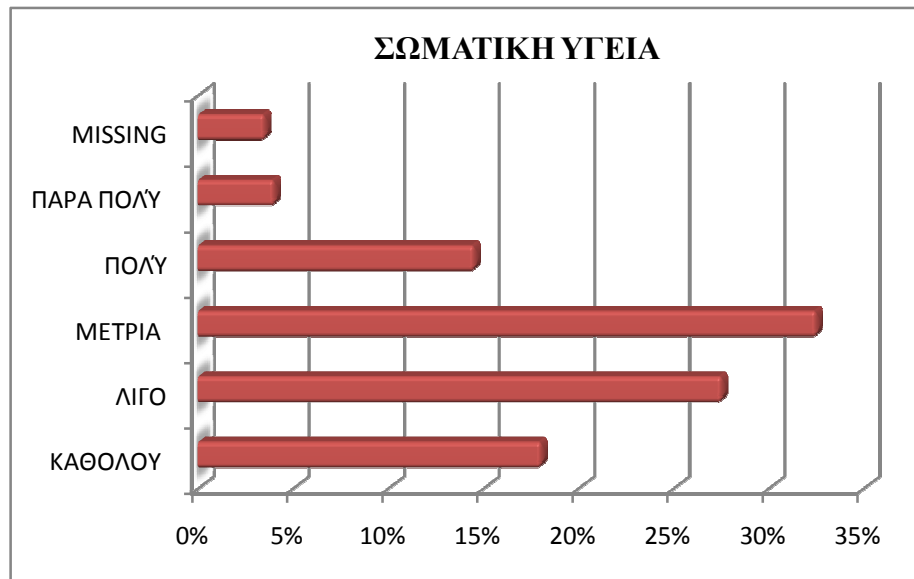
**Γράφημα 12**



**Γράφημα 13**



**Γράφημα 14**



**Γράφημα 15**

## ΠΙΝΑΚΕΣ

<b>ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ Ν. 3892/2010, ΘΑ ΣΥΝΤΕΛΕΣΕΙ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	11	5,50
Λίγο	40	20,00
Μέτρια	56	28,00
Πολύ	72	36,00
Πάρα πολύ	19	9,50
Missing	2	1,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Πίνακας 1**

<b>ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ COCHRANE, «ΚΑΘΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΗ, ΔΗΛΑΔΗ ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΕ ΜΗΔΕΝΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ». ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΙΣΧΥΕΙ.</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	60	30,00%
Λίγο	64	32,00%
Μέτρια	41	20,50%
Πολύ	21	10,50%
Πάρα πολύ	8	4,00%
Missing	6	3,0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Πίνακας 2**

<b>ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΕΧΟΝΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	1	0,50
Λίγο	7	3,50
Μέτρια	19	9,50
Πολύ	98	49,00
Πάρα πολύ	74	37,00
Missing	1	0,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>82,50</b>

**Πίνακας 3**

<b>ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΓΥΡΟ;</b>		
N=200	n	%
Ναι	165	82,50
Όχι	35	17,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Πίνακας 4**

<b>ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΔΕΣΜΟΙ ΕΧΟΥΝ ΑΛΛΑΞΕΙ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ;</b>		
N=200	n	%
Ναι	165	82,50
Όχι	24	12,00
Δ.Γ/Δ.Α.	5	2,50
Missing	6	3,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Πίνακας 5**

<b>ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΑΥΤΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ;</b>		
N=200	n	%
Καθόλου	2	1,00
Λίγο	8	4,00
Μέτρια	25	12,50
Πολύ	104	52,00
Πάρα πολύ	26	13,00
Missing	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>165</b>	<b>82,50</b>

**Πίνακας 6**

<b>ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΡΥΘΜΟΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ, ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ).</b>		
N=200	n	%

Καθόλου	2	1,00
Λίγο	16	8,00
Μέτρια	39	19,50
Πολύ	104	52,00
Πάρα πολύ	30	15,00
Missing	9	4,50
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Πίνακας 7**

<b>ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ, ΟΤΑΝ ΕΝΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ:</b>		
<b>N=200</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Να ζει οίκο ευγηρίας	50	25,00
Να ζει στην κατοικία των παιδιών τους	96	48,00
Άλλο	52	26,00
Missing	2	1,00
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

**Πίνακας 8**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**

**ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ & ΣΥΣΧΕΤΗΣΕΩΝ**

**(ΣΕ ΑΡΧΙΚΗ ΜΟΡΦΗ SPSS)**

**ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ**

**ΦΥΛΟ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	76	38,0	38,0	38,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	124	62,0	62,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΗΛΙΚΙΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-27	20	10,0	10,0	10,0
	28-37	65	32,5	32,5	42,5
	38-47	69	34,5	34,5	77,0
	48-57	43	21,5	21,5	98,5
	58-67	3	1,5	1,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	195	97,5	97,5	97,5
	ΑΛΛΟ	5	2,5	2,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΓΓΑΜΟΣ	120	60,0	60,0	60,0
	ΑΓΑΜΟΣ	61	30,5	30,5	90,5
	ΧΗΡΟΣ	2	1,0	1,0	91,5
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	6	3,0	3,0	94,5
	ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	4	2,0	2,0	96,5
	ΣΥΖΩ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	7	3,5	3,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	117	58,5	58,5	58,5
	ΟΧΙ	83	41,5	41,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΛΥΚΕΙΟ	22	11,0	11,0	11,0
	ΙΕΚ	15	7,5	7,5	18,5
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	130	65,0	65,0	83,5
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ	26	13,0	13,0	96,5
	ΑΛΛΟ	7	3,5	3,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	



**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΑΤΡΟΣ	58	29,0	29,0	29,0
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	89	44,5	44,5	73,5
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	12	6,0	6,0	79,5
	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	8	4,0	4,0	83,5
	ΑΛΛΟ	33	16,5	16,5	100,0
Total		200	100,0	100,0	

**ΘΕΣΗ ΠΟΥ ΚΑΤΕΧΕΤΕ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΟΝΙΜΗ	148	74,0	74,4	74,4
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	41	20,5	20,6	95,0
	ΣΥΜΒΑΣΗ ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	10	5,0	5,0	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	61	30,5	30,8	30,8
	6-11	35	17,5	17,7	48,5
	12-17	24	12,0	12,1	60,6
	18+	78	39,0	39,4	100,0

Total	198	99,0	100,0
Missing System	2	1,0	
Total	200	100,0	

#### ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΈΩΣ 40	124	62,0	62,9	62,9
	40+	73	36,5	37,1	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing System		3	1,5		
Total		200	100,0		

#### ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΓΑΘΟ	190	95,0	96,4	96,4
	ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ	6	3,0	3,0	99,5
	ΔΓ/ΔΑ	1	,5	,5	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing System		3	1,5		
Total		200	100,0		

#### ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΩΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΚΗ	32	16,0	16,2	16,2
	ΜΕΤΡΙΑ	119	59,5	60,1	76,3
	ΚΑΛΗ	43	21,5	21,7	98,0
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	4	2,0	2,0	100,0
	Total	198	99,0	100,0	

Missing	System	2	1,0	
Total		200	100,0	

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η Π.Φ.Υ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	17	8,5	8,7	8,7
	ΛΙΓΟ	69	34,5	35,2	43,9
	ΜΕΤΡΙΑ	87	43,5	44,4	88,3
	ΠΟΛΥ	17	8,5	8,7	96,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	6	3,0	3,1	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η Π.Φ.Υ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΙΝΗΤΕΣ  
ΜΟΝΑΔΕΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	49	24,5	26,3	26,3
	ΛΙΓΟ	64	32,0	34,4	60,8
	ΜΕΤΡΙΑ	58	29,0	31,2	91,9
	ΠΟΛΥ	13	6,5	7,0	98,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,1	100,0
	Total	186	93,0	100,0	
Missing	System	14	7,0		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η Π.Φ.Υ ΑΠΟ ΤΑ  
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,5	1,6	1,6
	ΛΙΓΟ	37	18,5	19,6	21,2
	ΜΕΤΡΙΑ	95	47,5	50,3	71,4
	ΠΟΛΥ	45	22,5	23,8	95,2
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9	4,5	4,8	100,0
	Total	189	94,5	100,0	
Missing	System	11	5,5		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η Π.Φ.Υ ΑΠΟ ΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ  
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	21	10,5	11,3	11,3
	ΛΙΓΟ	58	29,0	31,2	42,5
	ΜΕΤΡΙΑ	87	43,5	46,8	89,2
	ΠΟΛΥ	17	8,5	9,1	98,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	1,5	1,6	100,0
	Total	186	93,0	100,0	
Missing	System	14	7,0		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ Η Π.Φ.Υ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ**

**ΤΟΜΕΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	9	4,5	4,7	4,7
	ΛΙΓΟ	14	7,0	7,4	12,1
	ΜΕΤΡΙΑ	70	35,0	36,8	48,9
	ΠΟΛΥ	73	36,5	38,4	87,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	24	12,0	12,6	100,0
	Total	190	95,0	100,0	
Missing	System	10	5,0		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΒΑΘΜΙΔΩΝ**

**ΥΓΕΙΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	62	31,0	31,0	31,0
	ΟΧΙ	113	56,5	56,5	87,5
	ΔΓ/ΔΑ	25	12,5	12,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ, ΤΟ ΑΡΘΡΟ 1 ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ Ν.3892/2010, Η ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΘΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΥΠΟΧΡΩΤΙΚΑ ΜΕ ΓΡΑΠΤΗ ΑΔΕΙΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟΥ(ΕΦΕΞΗΣ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ).ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ, Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΝΟΜΟΥ ΘΑ ΣΥΝΤΕΛΕΣΕΙ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	11	5,5	5,6	5,6
	ΛΙΓΟ	40	20,0	20,2	25,8
	ΜΕΤΡΙΑ	56	28,0	28,3	54,0
	ΠΟΛΥ	72	36,0	36,4	90,4

	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	9,5	9,6	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΛΙΚΕΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΚΑΛΥΠΤΟΥΝ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	18	9,0	9,0	9,0
	ΛΙΓΟ	56	28,0	28,0	37,0
	ΜΕΤΡΙΑ	105	52,5	52,5	89,5
	ΠΟΛΥ	19	9,5	9,5	99,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,0	100,0
Total		200	100,0	100,0	

**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΙΑ ΤΑΣΗ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΟΥΝ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΞΟΥΣΑ	58	29,0	29,0	29,0
	ΣΤΑΤΙΚΗ	39	19,5	19,5	48,5
	ΦΘΙΝΟΥΣΑ	103	51,5	51,5	100,0
Total		200	100,0	100,0	

**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑΝΕΜΟΝΤΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΣΤΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ 2 ΤΟΜΕΙΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	36	18,0	18,6	18,6
	ΛΙΓΟ	97	48,5	50,0	68,6
	ΜΕΤΡΙΑ	52	26,0	26,8	95,4
	ΠΟΛΥ	9	4,5	4,6	100,0

Total	194	97,0	100,0
Missing System	6	3,0	
Total	200	100,0	

**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑΝΕΜΟΝΤΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ  
ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ 2 ΤΟΜΕΙΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	8	4,0	4,2	4,2
	ΛΙΓΟ	42	21,0	22,2	26,5
	ΜΕΤΡΙΑ	119	59,5	63,0	89,4
	ΠΟΛΥ	18	9,0	9,5	98,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	1,0	1,1	100,0
	Total	189	94,5	100,0	
Missing	System	11	5,5		
Total		200	100,0		

**ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑΝΕΜΟΝΤΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ  
ΟΠΩΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ 2 ΤΟΜΕΙΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	9	4,5	4,9	4,9
	ΛΙΓΟ	25	12,5	13,5	18,4
	ΜΕΤΡΙΑ	81	40,5	43,8	62,2
	ΠΟΛΥ	56	28,0	30,3	92,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	14	7,0	7,6	100,0
	Total	185	92,5	100,0	
Missing	System	15	7,5		
Total		200	100,0		

**ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ COCHRANE, "ΚΑΘΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΕΠΕΙ  
ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΔΗΛΑΔΗ, ΝΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΕ ΜΗΔΕΝΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ". ΚΑΤΑ  
ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΥΕ ΟΤΙ ΙΣΧΥΕΙ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	60	30,0	30,9	30,9
	ΛΙΓΑ	64	32,0	33,0	63,9
	ΜΕΤΡΙΑ	41	20,5	21,1	85,1
	ΠΟΛΥ	21	10,5	10,8	95,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	4,0	4,1	100,0
	Total	194	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		200	100,0		

**ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙΤΕ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ  
ΕΠΙΛΟΓΗΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	155	77,5	77,5	77,5
	ΟΧΙ	45	22,5	22,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΙΟΙ ΗΤΑΝ ΠΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	5	2,5	11,1	11,1
	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	6	3,0	13,3	24,4
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	21	10,5	46,7	71,1
	ΔΙΑΘΕΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΟ	6	3,0	13,3	84,4



	ΑΛΛΟ	7	3,5	15,6	100,0
	Total	45	22,5	100,0	
Missing	System	155	77,5		
Total		200	100,0		

**ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΥΝΑΜΗ - ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	3	1,5	1,5	1,5
	ΣΠΑΝΙΑ	11	5,5	5,7	7,2
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	62	31,0	32,0	39,2
	ΣΥΧΝΑ	79	39,5	40,7	79,9
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	39	19,5	20,1	100,0
	Total	194	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		200	100,0		

**ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΕ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	1	,5	,5	,5
	ΣΠΑΝΙΑ	13	6,5	6,7	7,2
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	37	18,5	19,0	26,2
	ΣΥΧΝΑ	71	35,5	36,4	62,6
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	73	36,5	37,4	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

**ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΣΑΣ ΔΙΝΕΤΕ Η ΕΥΚΑΡΙΑ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ  
ΕΞΕΛΙΞΗ(ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ, ΗΜΕΡΙΔΕΣ Κ.Α.)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	24	12,0	12,2	12,2
	ΣΠΑΝΙΑ	68	34,0	34,5	46,7
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	57	28,5	28,9	75,6
	ΣΥΧΝΑ	32	16,0	16,2	91,9
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	16	8,0	8,1	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	55	27,5	27,9	27,9
	ΣΠΑΝΙΑ	57	28,5	28,9	56,9
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	72	36,0	36,5	93,4
	ΣΥΧΝΑ	12	6,0	6,1	99,5
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	1,5	,5		100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΕΙΣΠΡΑΤΤΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΤΕ	5	2,5	2,5	2,5
	ΣΠΑΝΙΑ	23	11,5	11,7	14,2
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	68	34,0	34,5	48,7
	ΣΥΧΝΑ	52	26,0	26,4	75,1
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	49	24,5	24,9	100,0

Total	197	98,5	100,0
Missing System	3	1,5	
Total	200	100,0	

**ΣΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΑΦΗ & ΞΕΚΑΘΑΡΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	50	25,0	25,1	25,1
	ΛΙΓΟ	35	17,5	17,6	42,7
	ΜΕΤΡΙΑ	49	24,5	24,6	67,3
	ΠΟΛΥ	52	26,0	26,1	93,5
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	13	6,5	6,5	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1,5			
Total		200	100,0		

**ΣΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΦΟΡΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	4	2,0	2,0	2,0
	ΛΙΓΟ	11	5,5	5,6	7,6
	ΜΕΤΡΙΑ	33	16,5	16,8	24,4
	ΠΟΛΥ	83	41,5	42,1	66,5
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	66	33,0	33,5	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**ΣΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΣΑΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ  
ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΣΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	15	7,5	7,6	7,6
	ΛΙΓΟ	27	13,5	13,6	21,2
	ΜΕΤΡΙΑ	96	48,0	48,5	69,7
	ΠΟΛΥ	49	24,5	24,7	94,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	11	5,5	5,6	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

**ΣΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ  
ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	3,0	3,0	3,0
	ΛΙΓΟ	6	3,0	3,0	6,0
	ΜΕΤΡΙΑ	78	39,0	39,2	45,2
	ΠΟΛΥ	79	39,5	39,7	84,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	30	15,0	15,1	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1,5			
Total		200	100,0		

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ  
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	42	21,0	21,2	21,2
	ΛΙΓΟ	39	19,5	19,7	40,9
	ΜΕΤΡΙΑ	46	23,0	23,2	64,1

	ΠΟΛΥ	57	28,5	28,8	92,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	14	7,0	7,1	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ  
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	110	55,0	55,8	55,8
	ΛΙΓΟ	35	17,5	17,8	73,6
	ΜΕΤΡΙΑ	27	13,5	13,7	87,3
	ΠΟΛΥ	20	10,0	10,2	97,5
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5	2,5	2,5	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ  
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	68	34,0	34,9	34,9
	ΛΙΓΟ	44	22,0	22,6	57,4
	ΜΕΤΡΙΑ	38	19,0	19,5	76,9
	ΠΟΛΥ	31	15,5	15,9	92,8
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	14	7,0	7,2	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ  
ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ  
ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	64	32,0	32,5	32,5
	ΛΙΓΟ	38	19,0	19,3	51,8
	ΜΕΤΡΙΑ	39	19,5	19,8	71,6
	ΠΟΛΥ	39	19,5	19,8	91,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	17	8,5	8,6	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΠΟΡΕΙ  
ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ  
ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	73	36,5	37,1	37,1
	ΛΙΓΟ	38	19,0	19,3	56,3
	ΜΕΤΡΙΑ	31	15,5	15,7	72,1
	ΠΟΛΥ	36	18,0	18,3	90,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	9,5	9,6	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΑΣ, ΠΕΡΙΕΙΧΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ  
ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	150	75,0	75,4	75,4

	OXI	49	24,5	24,6	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΕΙ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	3,0	3,0	3,0
	ΛΙΓΟ	26	13,0	13,1	16,1
	ΜΕΤΡΙΑ	63	31,5	31,7	47,7
	ΠΟΛΥ	88	44,0	44,2	92,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	8,0	8,0	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΕΧΟΝΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	,5	,5	,5
	ΛΙΓΟ	7	3,5	3,5	4,0
	ΜΕΤΡΙΑ	19	9,5	9,5	13,6
	ΠΟΛΥ	98	49,0	49,2	62,8
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	74	37,0	37,2	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΠΟΙΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	1	,5	,5	,5

	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	3	1,5	1,5	2,0
	ΙΑΤΡΟΣ	15	7,5	7,5	9,5
	ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	19	9,5	9,5	19,1
	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	161	80,5	80,9	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΝΕΤΕ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΥΤΗΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ  
ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ	4	2,0	2,0	2,0
	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ	23	11,5	11,7	13,8
	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ	49	24,5	25,0	38,8
	ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	110	55,0	56,1	94,9
	ΑΛΛΟ	10	5,0	5,1	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	116	58,0	58,6	58,6
	ΔΙΑΦΩΝΩ	70	35,0	35,4	93,9
	ΔΓ/ΔΑ	12	6,0	6,1	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ;**



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	58	29,0	29,9	29,9
	ΔΙΑΦΩΝΩ	128	64,0	66,0	95,9
	ΔΓ/ΔΑ	8	4,0	4,1	100,0
	Total	194	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	96	48,0	49,2	49,2
	ΔΙΑΦΩΝΩ	88	44,0	45,1	94,4
	ΔΓ/ΔΑ	11	5,5	5,6	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	81	40,5	41,5	41,5
	ΔΙΑΦΩΝΩ	106	53,0	54,4	95,9
	ΔΓ/ΔΑ	8	4,0	4,1	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΜΦΩΝΩ	95	47,5	48,5	48,5
	ΔΙΑΦΩΝΩ	91	45,5	46,4	94,9

	ΔΓ/ΔΑ	10	5,0	5,1	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		200	100,0		

**Η ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΜΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΙΩΝΙΣΗ ΚΑΙ  
ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5,0	5,2	5,2
	ΛΙΓΟ	25	12,5	13,0	18,1
	ΜΕΤΡΙΑ	65	32,5	33,7	51,8
	ΠΟΛΥ	66	33,0	34,2	86,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27	13,5	14,0	100,0
	Total	193	96,5	100,0	
Missing	System	7	3,5		
Total		200	100,0		

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΓΥΡΟ  
ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΕΦΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	165	82,5	82,5	82,5
	ΟΧΙ	35	17,5	17,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΑΝ ΝΑΙ, ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ  
ΣΑΣ ΖΩΗ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΚΑΙ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ  
ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	15	7,5	9,2	9,2
	ΛΙΓΟ	17	8,5	10,4	19,6

	ΜΕΤΡΙΑ	23	11,5	14,1	33,7
	ΠΟΛΥ	77	38,5	47,2	81,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	31	15,5	19,0	100,0
	Total	163	81,5	100,0	
Missing	System	37	18,5		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΟΤΑΝ  
ΑΝΗΚΕΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-65	10	5,0	5,0	5,0
	65-70	36	18,0	18,0	23,0
	70+	154	77,0	77,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

**ΕΙΣΤΕ ΕΝΗΜΕΡΟΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	37	18,5	18,6	18,6
	ΛΙΓΟ	53	26,5	26,6	45,2
	ΜΕΤΡΙΑ	64	32,0	32,2	77,4
	ΠΟΛΥ	37	18,5	18,6	96,0
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	4,0	4,0	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ  
ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	29	14,5	14,6	14,6
	ΛΙΓΟ	34	17,0	17,2	31,8
	ΜΕΤΡΙΑ	56	28,0	28,3	60,1
	ΠΟΛΥ	63	31,5	31,8	91,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	8,0	8,1	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ  
ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΤΟΜΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ	163	81,5	81,9	81,9
	ΟΧΙ, ΚΑΛΟ ΘΑ ΗΤΑΝ ΝΑ ΔΙΝΕΤΑΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΝΕΟΤΕΡΑ ΑΤΟΜΑ	19	9,5	9,5	91,5
	ΟΧΙ, ΚΑΛΟ ΘΑ ΗΤΑΝ ΝΑ ΔΙΝΕΤΑΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ	17	8,5	8,5	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΔΕΣΜΟΙ ΕΧΟΥΝ ΑΛΛΑΞΕΙ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ  
ΜΑΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	165	82,5	85,1	85,1
	ΟΧΙ	24	12,0	12,4	97,4
	ΔΓ/ΔΑ	5	2,5	2,6	100,0
	Total	194	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΔΕΣΜΟΙ ΕΧΟΥΝ ΑΛΛΑΞΕΙ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ**

**ΜΑΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	165	82,5	85,1	85,1
	ΟΧΙ	24	12,0	12,4	97,4
	ΔΓ/ΔΑ	5	2,5	2,6	100,0
	Total	194	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		200	100,0		

**ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΑΥΤΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	1,0	1,2	1,2
	ΛΙΓΟ	8	4,0	4,8	6,1
	ΜΕΤΡΙΑ	25	12,5	15,2	21,2
	ΠΟΛΥ	104	52,0	63,0	84,2
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	26	13,0	15,8	100,0
	Total	165	82,5	100,0	
Missing	System	35	17,5		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΡΥΘΜΟΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΦΟΡΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ(ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ, ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ).**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	1,0	1,0	1,0
	ΛΙΓΟ	16	8,0	8,4	9,4
	ΜΕΤΡΙΑ	39	19,5	20,4	29,8
	ΠΟΛΥ	104	52,0	54,5	84,3
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	30	15,0	15,7	100,0

Total	191	95,5	100,0
Missing System	9	4,5	
Total	200	100,0	

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ, ΟΤΑΝ ΕΝΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ  
ΑΥΤΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ , ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ:**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑ ΖΕΙ ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ	50	25,0	25,3	25,3
ΝΑ ΖΕΙ ΣΤΗΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥ	96	48,0	48,5	73,7
ΑΛΛΟ	52	26,0	26,3	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΘΟΛΟΥ	10	5,0	5,1	5,1
ΛΙΓΟ	19	9,5	9,6	14,6
ΜΕΤΡΙΑ	53	26,5	26,8	41,4
ΠΟΛΥ	78	39,0	39,4	80,8
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	38	19,0	19,2	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ, ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ  
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	49	24,5	25,0	25,0
	ΛΙΓΟ	58	29,0	29,6	54,6
	ΜΕΤΡΙΑ	56	28,0	28,6	83,2
	ΠΟΛΥ	25	12,5	12,8	95,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	4,0	4,1	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		200	100,0		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ, ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ  
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ, ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	36	18,0	18,7	18,7
	ΛΙΓΟ	55	27,5	28,5	47,2
	ΜΕΤΡΙΑ	65	32,5	33,7	80,8
	ΠΟΛΥ	29	14,5	15,0	95,9
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	8	4,0	4,1	100,0
	Total	193	96,5	100,0	
Missing	System	7	3,5		
Total		200	100,0		

**ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ, Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ  
ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΕΙ ΤΟΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	1,0	1,0	1,0
	ΛΙΓΟ	10	5,0	5,0	6,0
	ΜΕΤΡΙΑ	52	26,0	26,1	32,2
	ΠΟΛΥ	98	49,0	49,2	81,4
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	37	18,5	18,6	100,0

Total	199	99,5	100,0
Missing System	1,5		
Total	200	100,0	

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ

**ΗΛΙΚΙΑ \* ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;**

			ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;					Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΗΛΙΚΙΑ	18-27	Count	2	1	8	6	3	20
		% of Total	1,0%	,5%	4,0%	3,0%	1,5%	10,1%
	28-37	Count	8	13	17	22	5	65
		% of Total	4,0%	6,6%	8,6%	11,1%	2,5%	32,8%
	38-47	Count	14	18	10	21	6	69
		% of Total	7,1%	9,1%	5,1%	10,6%	3,0%	34,8%
	48-57	Count	15	7	11	8	0	41
		% of Total	7,6%	3,5%	5,6%	4,0%	,0%	20,7%
	58-67	Count	3	0	0	0	0	3
		% of Total	1,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,5%
Total		Count	42	39	46	57	14	198
		% of Total	21,2%	19,7%	23,2%	28,8%	7,1%	100,0%



### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,513E1 <sup>a</sup>	16	,004
Likelihood Ratio	36,480	16	,002
Linear-by-Linear Association	16,633	1	,000
N of Valid Cases	198		

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ; \* ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ  
ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ**

			ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ			Total
			ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ			
			ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΓ/ΔΑ	
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	Count	14	25	3	42
		% of Total	7,1%	12,7%	1,5%	21,3%
ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;	ΛΙΓΟ	Count	23	15	1	39
		% of Total	11,7%	7,6%	,5%	19,8%
	ΜΕΤΡΙΑ	Count	31	14	1	46
		% of Total	15,7%	7,1%	,5%	23,4%
	ΠΟΛΥ	Count	38	12	6	56
		% of Total	19,3%	6,1%	3,0%	28,4%
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	Count	10	3	1	14
		% of Total	5,1%	1,5%	,5%	7,1%
Total		Count	116	69	12	197
		% of Total	58,9%	35,0%	6,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,168	8	,006
Likelihood Ratio	22,058	8	,005
Linear-by-Linear Association	6,090	1	,014
N of Valid Cases	197		

**ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΩΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ \* ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ**

			ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ					
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	Total
ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΩΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	ΚΑΚΗ	Count	7,0%	6,0%	5,0%	7,0%	7,0%	32,0%
		% of Total	3,6%	3,1%	2,6%	3,6%	3,6%	16,4%
	ΜΕΤΡΙΑ	Count	45,0%	24,0%	18,0%	22,0%	8,0%	117,0%
		% of Total	23,1%	12,3%	9,2%	11,3%	4,1%	60,0%
	ΚΑΛΗ	Count	18,0%	7,0%	8,0%	6,0%	3,0%	42,0%
		% of Total	9,2%	3,6%	4,1%	3,1%	1,5%	21,5%
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	Count	1,0%	1,0%	,0%	1,0%	1,0%	4,0%
		% of Total	,5%	,5%	,0%	,5%	,5%	2,1%
Total		Count	71,0%	38,0%	31,0%	36,0%	19,0%	195,0%
		% of Total	36,4%	19,5%	15,9%	18,5%	9,7%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,180 <sup>a</sup>	6	,003
Likelihood Ratio	22,986	6	,001
Linear-by-Linear Association	2,547	1	,111
N of Valid Cases	194		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ \* Η ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΙΩΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ;**

			Η ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗ ΔΙΑΙΩΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ;					Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	Count	3	11	36	42	22	114
		% of Total	1,6%	5,7%	18,8%	21,9%	11,5%	59,4%
	ΔΙΑΦΩΝΩ	Count	7	12	24	21	2	66
		% of Total	3,6%	6,2%	12,5%	10,9%	1,0%	34,4%
	ΔΓ/ΔΑ	Count	0	2	5	3	2	12
		% of Total	,0%	1,0%	2,6%	1,6%	1,0%	6,2%
Total		Count	10	25	65	66	26	192
		% of Total	5,2%	13,0%	33,9%	34,4%	13,5%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,765E1 <sup>a</sup>	8	,024
Likelihood Ratio	19,861	8	,011
Linear-by-Linear Association	8,162	1	,004
N of Valid Cases	192		

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ \* ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

			ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ					Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	Count	8	14	37	48	8	115
		% of Total	4,1%	7,1%	18,8%	24,4%	4,1%	58,4%
	ΔΙΑΦΩΝΩ	Count	20	16	17	11	6	70
		% of Total	10,2%	8,1%	8,6%	5,6%	3,0%	35,5%
	ΔΓ/ΔΑ	Count	1	4	2	3	2	12
		% of Total	,5%	2,0%	1,0%	1,5%	1,0%	6,1%
Total		Count	29	34	56	62	16	197
		% of Total	14,7%	17,3%	28,4%	31,5%	8,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	3,135E1 <sub>a</sub>	8	,000
Likelihood Ratio	3,104E1	8	,000
Linear-by-Linear Association	9,914	1	,002
N of Valid Cases	197		

**ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΕΧΟΝΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ; \* ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;**

			ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ;					Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥΣ ΕΧΟΝΤΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ;	ΚΑΘΟΛΟΥ	Count	0	1	0	0	0	1
		% of Total	,0%	,5%	,0%	,0%	,0%	,5%
	ΛΙΓΟ	Count	1	0	5	1	0	7
		% of Total	,5%	,0%	2,5%	,5%	,0%	3,6%
	ΜΕΤΡΙΑ	Count	1	5	9	4	0	19
		% of Total	,5%	2,5%	4,6%	2,0%	,0%	9,6%
	ΠΟΛΥ	Count	24	21	14	33	6	98
		% of Total	12,2%	10,7%	7,1%	16,8%	3,0%	49,7%
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	Count	15	12	18	19	8	72
		% of Total	7,6%	6,1%	9,1%	9,6%	4,1%	36,5%
Total	Count	41	39	46	57	14	197	
	% of Total	20,8%	19,8%	23,4%	28,9%	7,1%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,931 <sup>a</sup>	16	,018
Likelihood Ratio	30,152	16	,017
Linear-by-Linear Association	,300	1	,584
N of Valid Cases	197		

**ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΑΣ, ΠΕΡΙΕΙΧΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ \* ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ  
ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΕΙ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;**

			ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑΣ ΝΕΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΕΙ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;					Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΑΣ, ΠΕΡΙΕΙΧΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	ΝΑΙ	Count	3	13	47	74	13	150
		% of Total	1,5%	6,6%	23,7%	37,4%	6,6%	75,8%
	ΟΧΙ	Count	2	13	16	14	3	48
		% of Total	1,0%	6,6%	8,1%	7,1%	1,5%	24,2%
Total		Count	5	26	63	88	16	198
		% of Total	2,5%	13,1%	31,8%	44,4%	8,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

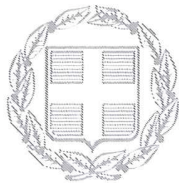
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,370E1 <sup>a</sup>	4	,008
Likelihood Ratio	12,597	4	,013
Linear-by-Linear Association	10,060	1	,002
N of Valid Cases	198		

ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕ;ΤΕ \* ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΥΝΑΜΗ - ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ; Crosstabulation

			ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΔΥΝΑΜΗ - ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ;					Total
			ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	
ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕ;ΤΕ	ΠΟΤΕ	Count	1	0	0	0	0	1
		% of Total	,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	Count	0	5	3	5	0	13
		% of Total	,0%	2,6%	1,6%	2,6%	,0%	6,8%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	Count	2	4	22	8	1	37
		% of Total	1,0%	2,1%	11,5%	4,2%	,5%	19,4%
	ΣΥΧΝΑ	Count	0	2	29	33	7	71
		% of Total	,0%	1,0%	15,2%	17,3%	3,7%	37,2%
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	Count	0	0	7	32	30	69
		% of Total	,0%	,0%	3,7%	16,8%	15,7%	36,1%
Total	Count	3	11	61	78	38	191	
	% of Total	1,6%	5,8%	31,9%	40,8%	19,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,559E2 <sup>a</sup>	16	,000
Likelihood Ratio	97,019	16	,000
Linear-by-Linear Association	64,778	1	,000
N of Valid Cases	191		



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 189

4 Νοεμβρίου 2010

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3892

*Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών  
και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.*

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

### Άρθρο 1

#### Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Για τους σκοπούς του παρόντος νόμου νοούνται ως:

α) Εγγραφή: η διαδικασία που συνίσταται στη δήλωση βούλησης να εγκριθεί η πρόσβαση στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.), η υποβολή τυχόν δικαιολογητικών και νομιμοποιητικών εγγράφων και η παροχή των αντίστοιχων αναγνωριστικών.

β) Ταυτοποίηση: η διαδικασία δήλωσης ταυτότητας και ο έλεγχος και επιβεβαίωση των αναγνωριστικών από το σύστημα.

γ) Ιατρική Συνταγή: γραπτή οδηγία θεράποντα ιατρού για τη χορήγηση φαρμάκων, στην οποία περιλαμβάνονται οδηγίες για τη διάρκεια και τον τρόπο λήψης αυτών (εφεξής συνταγή).

δ) Παραπεμπτικό ιατρικών πράξεων: γραπτή εντολή θεράποντα ιατρού για τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων σε ασφαλισμένο για προληπτικούς ή διαγνωστικούς σκοπούς (εφεξής παραπεμπτικό).

ε) Ηλεκτρονική συνταγή: η συνταγή σε ηλεκτρονική μορφή κατάλληλη για επεξεργασία, αποθήκευση και μεταφορά με τη χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών.

στ) Ηλεκτρονικό παραπεμπτικό ιατρικών πράξεων: το παραπεμπτικό σε ηλεκτρονική μορφή κατάλληλη για επεξεργασία, αποθήκευση και μεταφορά με τη χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών.

ζ) Ηλεκτρονική συνταγογράφηση: η παραγωγή, διακίνηση και έλεγχος των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση τεχνολογίας Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών.

η) Ηλεκτρονική καταχώριση ιατρικής συνταγής: η διαδικασία δημιουργίας ηλεκτρονικής συνταγής με τη χρήση συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η αποθήκευσή της σε βάση δεδομένων.

θ) Ηλεκτρονική καταχώριση παραπεμπτικού ιατρικών πράξεων: η διαδικασία δημιουργίας ηλεκτρονικού παραπεμπτικού ιατρικών πράξεων με τη χρήση συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η αποθήκευσή του σε βάση δεδομένων.

ι) Ηλεκτρονική εκτέλεση συνταγής: η επισήμανση μιας αποθηκευμένης ηλεκτρονικής συνταγής ως εκτελεσμένης από το φαρμακοποιό που την εκτελεί με ταυτόχρονη παράδοση των φαρμάκων στον ασφαλισμένο.

ια) Ηλεκτρονική εκτέλεση παραπεμπτικού ιατρικών πράξεων: η επισήμανση ενός αποθηκευμένου παραπεμπτικού ιατρικών πράξεων ως εκτελεσμένου από τον ιατρό που το εκτελεί ή το εξουσιοδοτημένο προσωπικό μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας με ταυτόχρονη παράδοση των πορισμάτων-αποτελεσμάτων στον ασφαλισμένο.

ιβ) Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης: το ολοκληρωμένο σύστημα που περιλαμβάνει εξοπλισμό, λογισμικό, εφαρμογές και διαδικασίες που αφορούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (εφεξής Σ.Η.Σ.).

ιγ) Ιατροί: Οι ιατροί που έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (εφεξής Φ.Κ.Α.), οι ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τους Φ.Κ.Α. και οι ιατροί που δεν ανήκουν στις ως άνω κατηγορίες αλλά έχουν δικαίωμα παροχής συνταγών και παραπεμπτικών σε ασφαλισμένους των Φ.Κ.Α., οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων, των εξωτερικών ιατρείων και των κέντρων υγείας, οι αγροτικοί ιατροί, οι ειδικευόμενοι ιατροί και οι ιατροί των ιδιωτικών κλινικών δυναμικότητας κάτω των εξήντα (60) κλινών.



ιδ) Φαρμακοποιοί: οι φαρμακοποιοί που λειτουργούν φαρμακείο και είναι συμβεβλημένοι με τους Φ.Κ.Α. και οι φαρμακοποιοί των δημόσιων νοσοκομείων.

ιε) Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας: αα) οι συμβεβλημένοι ιδιωτικοί φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως περιγράφονται στο άρθρο 1 του π.δ. 84/2001 «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)» (ΦΕΚ 70 Α'), όπως ισχύει, ββ) οι συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν τμήματα εκτέλεσης ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων, γγ) τα δημόσια νοσοκομεία καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία, τα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών, δδ) τα κέντρα υγείας, εε) τα αγροτικά ιατρεία.

### Άρθρο 2

#### Πεδίο εφαρμογής

1. Οι ρυθμίσεις του παρόντος νόμου εφαρμόζονται σε όλους τους Φορείς και Κλάδους Υγείας της Κοινωνικής Ασφάλισης, τους ασφαλισμένους σε Φ.Κ.Α., καθώς και τους ιατρούς και φαρμακοποιούς, όπως ορίζονται στο άρθρο 1.

2. Ο Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης εκδίδει απόφαση με την οποία διαπιστώνει τη συνδρομή των οργανωτικών και τεχνικών προϋποθέσεων για το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που περιλαμβάνει την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών και παραπεμπτικών και ορίζει την ημερομηνία έναρξης της εφαρμογής του παρόντος νόμου για τον εκάστοτε Φ.Κ.Α. αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Η απόφαση μπορεί να περιορίζεται και σε τμήμα ασφαλιστικών υπηρεσιών του εκάστοτε Φ.Κ.Α.. Αν πρόκειται για Φορέα που ανήκει ή υποπετεύεται από άλλο Υπουργείο, η απόφαση συνυπογράφεται από τον οικείο Υπουργό και τον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

### Άρθρο 3

#### Υποχρεώσεις ιατρών ως προς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση

1. Οι ιατροί υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ. που διαχειρίζεται ο Φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης - ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και έχουν τις υποχρεώσεις που ορίζονται ειδικότερα στις επόμενες παραγράφους.

2. Κατά την εγγραφή τους οι ιατροί δηλώνουν τα παρακάτω:

- α) Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο
- β) Αριθμό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος
- γ) Ιατρική Ειδικότητα
- δ) ΑΜΚΑ
- ε) Αριθμό μητρώου ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) και ημερομηνία εγγραφής σε αυτό
- στ) Ιατρικό σύλλογο στον οποίο ανήκουν
- ζ) Αριθμό Φορολογικού Μητρώου
- η) Αριθμό Αστυνομικής Ταυτότητας ή αριθμό Διαβατηρίου για τους αλλοδαπούς ιατρούς
- θ) Στοιχεία διεύθυνσης εργασίας
- ι) Κωδικό Υγειονομικής μονάδας
- ια) Στοιχεία σύμβασης με Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οι ιατροί που είναι εγγεγραμμένοι ως χρήστες του Σ.Η.Σ. ταυτοποιούνται κατά την είσοδό τους στο σύστημα με τη χρήση στοιχείων ταυτοποίησης. Η εγγραφή και ταυτοποίηση είναι απαραίτητη για την ηλεκτρονική καταχώριση συνταγών και παραπεμπτικών σύμφωνα με τα οριζόμενα στον παρόντα νόμο.

3. Οι ιατροί, αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς με την επίδειξη βιβλιαρίου υγείας και τη χρήση ΑΜΚΑ, καταχωρίζουν ηλεκτρονικά τη συνταγή και συγκεκριμένα καταχωρίζουν τη διάγνωση, τα φάρμακα ή/και τα παραπεμπτικά. Όσον αφορά τα φάρμακα καταχωρίζουν την ονομασία (εμπορική ονομασία ή δραστική ουσία), δοσολογία, περιεκτικότητα, ποσότητα των συνταγογραφημένων φαρμάκων, κατηγορία συνταγής και το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου. Οι ιατροί επιλέγουν τη διάγνωση από τη λίστα κωδικοποιημένων διαγνώσεων ή εισάγουν ελεύθερο κείμενο περιγραφής της διάγνωσης και εισάγουν τα συνταγογραφούμενα φάρμακα από τον κατάλογο εγκεκριμένων από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και νομίμως κυκλοφορούντων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, κάνοντας χρήση των γενικών και ειδικών διατάξεων του τρόπου διάθεσης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που ισχύουν για τους Φ.Κ.Α.. Αν η συνταγή αφορά τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες που περιέχονται στους πίνακες Α'-Δ' του άρθρου 1 του ν. 3459/2006 (ΦΕΚ 103 Α') και της παραγράφου 8 του άρθρου 1 του π.δ. 148/2007 (ΦΕΚ 191 Α'), στη συνταγή καταχωρίζεται ειδική σήμανση όπως προβλέπεται στην παράγραφο 7 του άρθρου 1 του π.δ.148/2007. Στα παραπεμπτικά οι ιατροί καταχωρίζουν το είδος της πράξης ή της παρακλινικής εξέτασης που επιβάλλεται να εκτελεστεί. Όσον αφορά τα παραπεμπτικά ιατρικών πράξεων, οι ιατροί εισάγουν με ελεύθερο κείμενο την αιτία παραπομπής του ασφαλισμένου στο αντίστοιχο πεδίο (όπου κρίνεται απαραίτητο). Επίσης του δίνεται η δυνατότητα να επιλέξει τη διάγνωση χρησιμοποιώντας διεθνή πρότυπα κωδικοποιήσεων (ICD). Στη συνέχεια εισάγουν τις ιατρικές πράξεις από τον κατάλογο εγκεκριμένων πράξεων, από το Τιμολόγιο Ιατρικών Πράξεων και Εξετάσεων ή/και τον Κανονισμό Παροχών.

4. Η συνταγή ή το παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά περιέχει στοιχεία του ιατρού που τα καταχώρισε, την ημερομηνία καταχώρισης και τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους. Κάθε συνταγή ή παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά χαρακτηρίζεται από ένα μοναδικό κωδικό αριθμό, ο οποίος εμφανίζεται και με την μορφή γραμμωτού κώδικα (barcode). Σε περίπτωση καταχώρισης μίας συνταγής ως επαναλαμβανόμενης, όπως αυτή εννοείται στην περίπτωση ι' της παρ. 1 του άρθρου 2 του π.δ. 121/2008 (ΦΕΚ 183 Α') καταχωρίζονται αυτομάτως οι επαναλαμβανόμενες σχετικές συνταγές, η ημερομηνία καταχώρισης και ορίζονται οι αντίστοιχες ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους.

5. Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της συνταγής και του παραπεμπτικού, οι ιατροί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής ή του παραπεμπτικού που καταχωρίστηκε, υπογράφουν και το παραδίδουν στον ασθενή, ο οποίος το παραδίδει στον φαρμακοποιό ή στη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας που θα εκτελέσει την εν λόγω συνταγή ή παραπεμπτικό αντίστοιχα. Αν η συνταγή αφο-

ρά τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες που περιέχονται στους πίνακες Α΄- Δ΄ του άρθρου 1 του ν. 3459/2006 οι ιατροί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής, το οποίο φυλάσσουν επί τριετία από την καταχώρισή της και παράλληλα εκδίδουν και χειρόγραφη συνταγή, η οποία συνοδεύει την ηλεκτρονική συνταγή.

6. Η εκτέλεση της συνταγής πραγματοποιείται μέσα σε πέντε (5) εργάσιμες ημέρες από την καταχώρισή της. Σε περίπτωση επαναλαμβανόμενης συνταγής η εκτέλεση αυτής κατά τα επόμενα στάδια μπορεί να πραγματοποιηθεί πέντε (5) ημέρες πριν και πέντε (5) ημέρες μετά τη συμπλήρωση του πρώτου και δεύτερου μήνα από την ημερομηνία έκδοσης της αρχικής συνταγής. Η εκτέλεση των παραπεμπτικών πραγματοποιείται σύμφωνα με τις προθεσμίες, οι οποίες προβλέπονται στον Κανονισμό του εκάστοτε Φ.Κ.Α.

7. Οι ιατροί μπορούν να ακυρώσουν συνταγή ή παραπεμπτικό που έχουν καταχωρίσει εφόσον δεν έχουν εκτελεστεί.

8. Οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα επισκόπησης των συνταγών ή παραπεμπτικών που έχουν καταχωρίσει ηλεκτρονικά οι ίδιοι. Αν κρίνεται αναγκαίο για τον προσδιορισμό της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής οι ιατροί μπορούν με την κάθε φορά ρητή και ειδική συγκατάθεση του ασθενούς να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα τυχόν προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής ή ιατρικών πράξεων που έχουν καταχωριστεί από άλλους ιατρούς. Οι ιατροί επιτρέπεται να χρησιμοποιούν τα δεδομένα αυτά αποκλειστικά για τον ως άνω σκοπό. Η πρόσβαση καταχωρίζεται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

9. Οι ιατροί υποχρεούνται να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους στο Σ.Η.Σ., καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών.

#### Άρθρο 4

##### Υποχρεώσεις φαρμακοποιών προς την εκτέλεση συνταγών που έχουν καταχωριστεί ηλεκτρονικά

1. Οι φαρμακοποιοί που συμβάλλονται, είτε ατομικά είτε συλλογικά, με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ. που διαχειρίζεται ο φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης - ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και έχουν τις υποχρεώσεις που ορίζονται ειδικότερα στις επόμενες παραγράφους.

2. Κατά την εγγραφή τους οι φαρμακοποιοί δηλώνουν:

- α) Επώνυμο, Όνομα, Πατρώνυμο, Μητρώνυμο.
- β) Επωνυμία της επιχείρησης του φαρμακείου, της οποίας είναι οι νόμιμοι εκπρόσωποι.
- γ) Αριθμό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.
- δ) ΑΜΚΑ.
- ε) Αριθμό Μητρώου ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) και ημερομηνία εγγραφής σε αυτό.
- στ) Φαρμακευτικό σύλλογο στον οποίο ανήκουν και τον αντίστοιχο αριθμό μητρώου.
- ζ) Αριθμό Φορολογικού Μητρώου.
- η) Αριθμό αστυνομικής ταυτότητας ή αριθμό διαβατηρίου για τους αλλοδαπούς φαρμακοποιοί.

θ) Ημερομηνία έναρξης επαγγέλματος/επιτηδεύματι.

ι) Κωδικό και στοιχεία διεύθυνσης του φαρμακείου.

ια) Στοιχεία σύμβασης με Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Οι φαρμακοποιοί που είναι εγγεγραμμένοι ως χρήστες του Σ.Η.Σ. ταυτοποιούνται κατά την είσοδό τους στο σύστημα με τη χρήση στοιχείων ταυτοποίησης. Η εγγραφή και ταυτοποίηση είναι απαραίτητη για την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών σύμφωνα με τα οριζόμενα στον παρόντα νόμο.

3. Οι φαρμακοποιοί εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό συνταγής που καταχωρίστηκε ηλεκτρονικά και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που εμφανίζονται στη συνταγή που καταχωρίστηκε με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιário υγείας του ασθενούς.

4. Οι φαρμακοποιοί, αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς για τον οποίο έχει καταχωριστεί η ηλεκτρονική συνταγή, εισάγουν τα προς πώληση φάρμακα στην εφαρμογή εισάγοντας τους δύο (2) γραμμωτούς κώδικες που υπάρχουν στην ταινία γνησιότητας κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος. Μετά από την καταβολή της αναγραφόμενης συμμετοχής και την παράδοση των φαρμάκων οι φαρμακοποιοί καταχωρίζουν στην εφαρμογή τη συνταγή ως «εκτελεσμένη». Η καταχώριση περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία των ιδιοσκευασμάτων που παραδόθηκαν στον ασθενή, συνοδευόμενα από τους αντίστοιχους γραμμωτούς κώδικες (barcodes) και το σχετικό κόστος (σύνολο και συμμετοχή).

5. Κατ' εξαίρεση, σε περιπτώσεις έκτακτου περιστατικού ασθένειας, εφόσον ο ασθενής προσκομίζει χειρόγραφη συνταγή, η οποία δεν έχει εκδοθεί από ιατρό του Φ.Κ.Α. του ασθενούς ή συμβεβλημένο με αυτόν αλλά καλύπτεται από τον Φ.Κ.Α. κατά τις γενικές διατάξεις, ο φαρμακοποιός υποχρεούται σε ηλεκτρονική καταχώριση στο Σ.Η.Σ. των στοιχείων που αναγράφονται στη χειρόγραφη συνταγή, στα οποία συμπεριλαμβάνονται ο ΑΜΚΑ ασθενούς και ιατρού.

6. Για συνταγές που καταχωρίζονται και εκτελούνται ηλεκτρονικά σύμφωνα με τον παρόντα νόμο καταργείται η υποχρέωση θεώρησης: α) για συνταγές κόστους άνω των εκατόν πενήντα ευρώ (150 €) και β) για συνταγές που αφορούν τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες που περιέχονται στους πίνακες Α΄-Δ΄ του άρθρου 1 του ν. 3459/2006.

7. Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της εκτέλεσης της συνταγής οι φαρμακοποιοί εκτυπώνουν αντίγραφο της εκτελεσμένης συνταγής, στο οποίο επικollούν τις ταινίες γνησιότητας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που εκτελέστηκαν. Το αντίγραφο υπογράφεται από τον ασφαλισμένο ή αυτόν που παραλαμβάνει τα φάρμακα και οι φαρμακοποιοί υπογράφουν και σφραγίζουν τα αντίγραφα και τα αποστέλλουν στους οικείους Φ.Κ.Α. σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης η υποχρέωση αυτή μπορεί να καταργείται για έναν ή περισσότερους Φ.Κ.Α.. Αν η συνταγή αφορά τη χορήγηση ιδιοσκευασμάτων ή σκευασμάτων που περιέχουν τις ουσίες που περιέχονται στους πίνακες Α΄- Δ΄ του άρθρου 1 του ν. 3459/2006 οι φαρμακοποιοί εκτυπώνουν αντίγραφο της συνταγής, το οποίο φυλάσσουν

επί τριετία από την καταχώρισή της σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Εφόσον το επιθυμεί ο ασφαλισμένος, οι φαρμακοποιοί χορηγούν σε αυτόν εκτυπωμένο αντίγραφο της εκτέλεσης της συνταγής.

8. Οι φαρμακοποιοί μπορούν να εκτελούν μερικά ή σταδιακά μία συνταγή, καταχωρίζοντας κάθε φορά τα στοιχεία που αναφέρονται στην παράγραφο 4 και τα ιδιοσκευάσματα που χορηγούν σε κάθε μερική εκτέλεση. Σε περίπτωση σταδιακής εκτέλεσης της συνταγής το χρονικό διάστημα ισχύος της συνταγής παρατείνεται κατά τρεις (3) εργάσιμες ημέρες.

9. Ο φαρμακοποιοί έχουν τη δυνατότητα επισκόπησης των συνταγών που έχουν εκτελέσει (ηλεκτρονικά) οι ίδιοι.

10. Οι φαρμακοποιοί υποχρεούνται να καταχωρίζουν όλες τις συνταγές ανεξάρτητα εάν ο ασθενής καλύπτεται από κάποιο Φ.Κ.Α. συμπληρώνοντας σχετική ένδειξη για μη επιβάρυνση κάποιου Φ.Κ.Α..

11. Οι φαρμακοποιοί υποχρεούνται να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με το Σ.Η.Σ., καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών.

#### Άρθρο 5

##### Υποχρεώσεις Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

1. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών αυτών με τους Φ.Κ.Α. υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ. το οποίο διαχειρίζεται ο φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης - ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και έχουν τις υποχρεώσεις που ορίζονται ειδικότερα στις επόμενες παραγράφους.

2. Κατά την εγγραφή τους οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δηλώνουν τα παρακάτω στοιχεία:

- α) Επωνυμία - διακριτικό τίτλο κ.λπ.
- β) Αριθμό άδειας άσκησης επαγγέλματος.
- γ) Αριθμό Μητρώου ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) και ημερομηνία εγγραφής, εφόσον πρόκειται για φυσικά πρόσωπα.
- δ) Αριθμό Φορολογικού Μητρώου.
- ε) Ημερομηνία έναρξης δραστηριότητας.
- στ) Κωδικό και στοιχεία διεύθυνσης της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας.

ζ) Στοιχεία σύμβασης με Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους ταυτοποιούνται κατά την είσοδό τους στο σύστημα με την απόδοση στοιχείων ταυτοποίησης. Η εγγραφή και ταυτοποίηση είναι απαραίτητη για την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων σύμφωνα με τα οριζόμενα στον παρόντα νόμο.

3. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό παραπεμπτικού που καταχωρίστηκε ηλεκτρονικά και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που εμφανίζονται στο παραπεμπτικό που καταχωρίστηκε με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιόριο υγείας του ασθενούς.

4. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους αφού προβούν στην ταυτοποίηση του ασθενούς για τον οποίο έχει καταχωριστεί το παραπεμπτικό, εισάγουν τα στοιχεία του παραπεμπτικού

αυτού. Μετά από την εκτέλεση της ιατρικής πράξης ή παρακλινικής εξέτασης που αναφέρεται στο παραπεμπτικό, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους καταχωρίζουν στην εφαρμογή το παραπεμπτικό αυτό ως «εκτελεσμένο». Η καταχώριση περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία που απαιτούνται για την εκτέλεση του παραπεμπτικού και τα στοιχεία της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας που εκτέλεσε το παραπεμπτικό, καθώς και την ημερομηνία παραλαβής της έκθεσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων από τον ασφαλισμένο ή αυτόν που παρέλαβε το αποτελέσματα.

5. Κατ' εξαίρεση, σε περιπτώσεις εκτάκτου περιστατικού ασθενείας, εφόσον ο ασθενής προσκομίζει χειρόγραφο παραπεμπτικό, το οποίο δεν έχει εκδοθεί από ιατρό του Φ.Κ.Α. του ασθενούς ή συμβεβλημένο με αυτόν αλλά καλύπτεται από τον Φ.Κ.Α. κατά τις γενικές διατάξεις, η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών της υποχρεούται σε ηλεκτρονική καταχώριση στο Σ.Η.Σ. των στοιχείων που αναγράφονται στο χειρόγραφο παραπεμπτικό, στα οποία περιλαμβάνεται ο ΑΜΚΑ ασθενούς και ιατρού.

6. Για συνταγές που καταχωρούνται και εκτελούνται ηλεκτρονικά, σύμφωνα με τον παρόντα νόμο δίνεται η δυνατότητα να καταργείται η υποχρέωση θεώρησης μέχρι συγκεκριμένου ποσού, το οποίο ορίζεται με απόφαση της διοίκησης του εκάστοτε Φ.Κ.Α..

7. Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης του παραπεμπτικού οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους εκτυπώνουν αντίγραφο, το οποίο φυλάσσουν επί τριετία από την καταχώρισή του, σύμφωνα τις ειδικές προς τούτο ισχύουσες διατάξεις. Αν επιθυμεί ο ασφαλισμένος, η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας του χορηγεί αντίγραφο του εκτελεσμένου παραπεμπτικού.

8. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών τους έχουν τη δυνατότητα επισκόπησης των παραπεμπτικών που έχουν εκτελέσει οι ίδιοι.

9. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας υποχρεούνται να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με την εφαρμογή ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών και παραπεμπτικών στο Σ.Η.Σ., καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών.

#### Άρθρο 6

##### Βάση δεδομένων Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

1. Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων δημιουργεί και λειτουργεί βάση δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η βάση λειτουργεί με την εποπτεία της Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ) και της Διεύθυνσης Μηχανογραφικών Εφαρμογών που υπάγονται στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε αυτή καταχωρίζεται κάθε συνταγή και παραπεμπτικό με το περιεχόμενο που αναφέρεται στο άρθρο 3 και στην περίπτωση που είναι εκτελεσμένα σύμφωνα και με το περιεχόμενο που αναφέρεται αντίστοιχα στα άρθρα 4 και 5. Οι εκτελεσμένες συνταγές και τα εκτελεσμένα

παραπεμπτικά ιατρικών πράξεων ταξινομούνται κατά Φ.Κ.Α.. Ομοίως στο Σ.Η.Σ. καταχωρίζονται όλες οι λοιπές πληροφορίες που απαιτούνται για την λειτουργία του, όπως οι τιμές φαρμάκων και παροχής υπηρεσιών, στοιχεία των χρηστών στους οποίους επιτρέπεται η πρόσβαση στο Σ.Η.Σ., στοιχεία των Φ.Κ.Α., των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ή άλλων μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες ή παροχές σε ασφαλισμένους, των προμηθευτών των φαρμάκων και υλικών, καθώς και λοιπών δεδομένων που διαχειρίζεται το Σ.Η.Σ..

2. Ο φορέας «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης - ΗΔΙΚΑ Α.Ε.» τηρεί και συντηρεί τη βάση της παραγράφου 1 για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. συντηρεί Βάση Δεδομένων των ασφαλισμένων όλων των Φ.Κ.Α. βάσει του ενιαίου Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Μητρώο ΑΜΚΑ) και παρέχει τη δυνατότητα αναζήτησης στοιχείων ασφαλισμένων με χρήση του ΑΜΚΑ για τον σκοπό της ταυτοποίησης αυτών κατά την καταχώριση και εκτέλεση συνταγής ή παραπεμπτικού.

3. Σκοποί του Σ.Η.Σ. είναι: α) η υποστήριξη των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης τόσο για τον έλεγχο και την εκκαθάριση των συνταγών και παραπεμπτικών όσο και την κάλυψη των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης και υπηρεσιών υγείας, β) η υποστήριξη του ελέγχου για όλες τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται προς τους ασφαλισμένους των Φ.Κ.Α., γ) η υποστήριξη της παρακολούθησης και ελέγχου της συνταγογράφησης, της συγκέντρωσης και στατιστικής αξιολόγησης στοιχείων που έχουν σχέση με παροχές υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης, δ) η υποστήριξη της εποπτείας και του συντονισμού ενεργειών για τον έλεγχο των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όλων των φορέων και κλάδων ασθένειας αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Ασφάλισης.

4. Για την εκπλήρωση των σκοπών της παραγράφου 3 έχουν πρόσβαση στα στοιχεία της βάσης ο Γενικός Γραμματέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης στο πλαίσιο της άσκησης των αρμοδιοτήτων τους που προβλέπονται στις οικείες διατάξεις. Η πρόσβαση και επεξεργασία αφορά και περιορίζεται στα στοιχεία που είναι κάθε φορά αναγκαία και κατάλληλα για την εκπλήρωση του συγκεκριμένου σκοπού επεξεργασίας.

5. Η δημιουργία και τήρηση της βάσης δεδομένων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης γίνεται με την επιφύλαξη των διατάξεων του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α') «για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» (ΦΕΚ 50 Α') όπως ισχύει. Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα και ανάλογα προς τους κινδύνους, τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την ασφάλεια των υποδομών, των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας ή μη νόμιμης και εξουσιοδοτημένης πρόσβασης και χρήσης.

6. Οι ασφαλισμένοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης και γνώσης των δεδομένων που τους αφορούν και είναι καταχωρισμένα στη βάση. Ειδικότερα, οι ασφαλισμένοι μπορούν με αίτησή τους στον αντίστοιχο Φ.Κ.Α. να ενημερώνονται για τον αριθμό και το είδος των

συνταγών φαρμάκων και των παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων που τους αφορούν και έχουν καταχωριστεί και εκτελεστεί στο Σ.Η.Σ.. Η πρόσβαση ασκείται με τη συνδρομή ιατρού.

#### Άρθρο 7

##### Αρμοδιότητες και υποχρεώσεις Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης

1. Οι Φ.Κ.Α. έχουν εξουσιοδοτημένη πρόσβαση στη βάση ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για τον σκοπό: α) του ελέγχου της εκκαθάρισης των συνταγών και παραπεμπτικών και β) της παρακολούθησης της συνταγογράφησης και της συγκέντρωσης, διασταύρωσης και στατιστικής αξιολόγησης στοιχείων που έχουν σχέση με παροχές υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης. Η πρόσβαση περιορίζεται στα στοιχεία της βάσης που αφορά τον εκάστοτε Φ.Κ.Α.. Η πρόσβαση στη βάση γίνεται από πρόσωπα που ασχολούνται κατ'επάγγελμα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και δεσμεύονται από ιατρικό απόρρητο ή άλλο απόρρητο που προβλέπει νόμος ή κώδικας δεοντολογίας ή πρόσωπα που είναι ειδικά προς τούτο εξουσιοδοτημένα και υπόκεινται σε καθήκον εχεμύθειας. Οι Φ.Κ.Α. έχουν εξουσιοδοτημένη πρόσβαση στο Σ.Η.Σ., επίσης για τους σκοπούς της παρακολούθησης της συνταγογράφησης και της συγκέντρωσης, διασταύρωσης και στατιστικής αξιολόγησης στοιχείων που έχουν σχέση με παροχές υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης.

2. Οι Φ.Κ.Α. που έχουν πρόσβαση στη βάση λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα και ανάλογα προς τους κινδύνους, τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την ασφάλεια των υποδομών, των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας ή μη νόμιμης και εξουσιοδοτημένης πρόσβασης και χρήσης.

3. Οι Φ.Κ.Α. που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του παρόντος νόμου εντάσσουν τις ρυθμίσεις του παρόντος στις συμβάσεις που συνάπτουν εφεξής, είτε ατομικά είτε συλλογικά, με ιατρούς, φαρμακοποιούς, προμηθευτές και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ρυθμίσεις του παρόντος νόμου ισχύουν σε κάθε περίπτωση και για τους ιατρούς, φαρμακοποιούς, προμηθευτές και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που έχουν ήδη συνάψει συμβάσεις με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης και μέχρι τη λήξη των συμβάσεων αυτών.

#### Άρθρο 8

##### Εξουσιοδότηση

Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης ρυθμίζονται η διαδικασία και οι τεχνικές ή άλλες απαιτήσεις για την εγγραφή και ταυτοποίηση ιατρών, φαρμακοποιών και μονάδων παροχής υγείας στην εφαρμογή Σ.Η.Σ., οι προδιαγραφές της υποδομής που πρέπει να διαθέτουν οι ιατροί, φαρμακοποιοί και μονάδες παροχής υγείας, προκειμένου να προβαίνουν σε ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών και παραπεμπτικών, η διαδικασία ταυτοποίησης ασθενών κατά την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών και παραπεμπτικών, η διαδικασία και οι τεχνικές ή άλλες απαιτήσεις για την ηλεκτρονική καταχώριση και την καταχώριση της εκτέλεσης συνταγών, τα ειδι-

κότερα στοιχεία που καταχωρίζονται για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα και ιδιοσκευάσματα ή σκευάσματα που περιέχουν τις ουσίες που περιέχονται στους πίνακες Α΄-Δ΄ του άρθρου 1 του ν. 3459/2006, ο τύπος, η διάρθρωση και το ειδικότερο περιεχόμενο της ηλεκτρονικής συνταγής και του ηλεκτρονικού παραπεμπτικού, η οργάνωση της βάσης δεδομένων που ιδρύεται και λειτουργεί στο πλαίσιο της εφαρμογής ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών και παραπεμπτικών κατά τον παρόντα νόμο, τα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα ασφάλειας που απαιτείται να λαμβάνονται για την προστασία των υποδομών, των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων που καταχωρίζονται και τηρούνται στη βάση δεδομένων της εφαρμογής ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης συνταγών και παραπεμπτικών, καθώς και τα τεχνικά και λεπτομερειακά θέματα για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος νόμου.

### Άρθρο 9 Στελέχωση και οργάνωση της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή

1. Για τις ανάγκες σε προσωπικό στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης συστήνονται εκατόν είκοσι οκτώ οργανικές θέσεις, από τις οποίες εβδομήντα θέσεις κατηγορίας ΠΕ, τριάντα πέντε θέσεις κατηγορίας ΤΕ, δεκαεννέα θέσεις κατηγορίας ΔΕ και τέσσερις θέσεις κατηγορίας ΥΕ, που καλύπτονται με μετατάξεις, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, υπαλλήλων του Δημοσίου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού, με αντίστοιχη κατάργηση των οργανικών θέσεων στον φορέα από τον οποίο προέρχονται. Σε περίπτωση σύστασης προσωποπαγούς ή προσωρινής θέσης για μεταφορά ή μετάταξη υπαλλήλων από άλλους φορείς, δεσμεύεται αντίστοιχη κατηγορία κενή θέση από τις προαναφερόμενες.

2. Η Γενική Γραμματεία Καταναλωτή στελεχώνεται με απόσπαση, μετάταξη ή μεταφορά υπαλλήλων του Δημοσίου, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού και νομικών προσώπων του ευρύτερου δημόσιου τομέα, όπως αυτός εκάστοτε ορίζεται, ή με διορισμό σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Για χρονικό διάστημα τριών ετών από τη δημοσίευση του παρόντος επιτρέπεται να γίνονται αποσπάσεις υπαλλήλων στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή κατά παρέκκλιση των κείμενων διατάξεων με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του κατά περίπτωση οικείου Υπουργού.

3. Η κατανομή των θέσεων κατά κλάδο/ειδικότητα, καθώς και ο καθορισμός των προσόντων των υπαλλήλων που καλύπτουν τις παραπάνω θέσεις γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

4. Οι υπάλληλοι που υπηρετούσαν με οποιαδήποτε σχέση στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του π.δ. 96/2010 (ΦΕΚ 170 Α΄/28.9.2010) εξακολουθούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε αυτή ως αποσπασμένοι από τον φορέα στον οποίο ανήκουν, ο οποίος και επιβαρύνεται με τη μισθοδοσία τους. Η απόσπαση λήγει αυτοδικαίως μετά

την πάροδο τριετίας από τη δημοσίευση του παρόντος εκτός αν λήξει νωρίτερα με απόφαση των οικείων Υπουργών. Οι υπάλληλοι αυτοί μπορούν εντός δεκαοκτώ μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος να μεταταχθούν στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, μετά από αίτησή τους κατά παρέκκλιση των κείμενων διατάξεων με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του κατά περίπτωση οικείου Υπουργού. Στους υπαλλήλους που υπηρετούν στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή καταβάλλεται το επίδομα που αντιστοιχεί στο κίνητρο παραγωγικότητας της παραγράφου 2β του άρθρου 19 του ν. 3054/2002 (ΦΕΚ 230 Α΄), με την επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 3 του άρθρου 5 του ν. 3335/2005 (ΦΕΚ 95 Α΄). Οι θέσεις των προϊσταμένων των Διευθύνσεων και Τμημάτων της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή καλύπτονται από το προσωπικό που υπηρετεί στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή και μπορούν κατά την πρώτη τριετία από τη δημοσίευση του παρόντος να καταλαμβάνονται και από υπαλλήλους που υπηρετούν σε αυτή με απόσπαση. Αρμόδιο για την επιλογή των προϊσταμένων Διευθύνσεων και Τμημάτων της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή και για την υπηρεσιακή κατάσταση των υπαλλήλων της είναι πενταμελές Υπηρεσιακό Συμβούλιο που συγκροτείται από τρεις υπαλλήλους προϊσταμένους Διευθύνσεων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και δύο αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με βαθμό Α΄ που εκλέγονται σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις από όλους τους υπηρετούντες στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή υπαλλήλους. Κατά τη διάρκεια της απόσπασής τους στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή οι υπάλληλοι που υπηρετούν σε αυτή δεν μπορούν να αιτηθούν θέση ευθύνης στον φορέα στον οποίο ανήκουν.

5. Στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή συνιστάται Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης, η οποία έχει ως αρμοδιότητα την εύρυθμη διοικητική και οικονομική λειτουργία και οργάνωση των οργανικών μονάδων της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή. Η Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης συγκροτείται από τα ακόλουθα Τμήματα:

α. Τμήμα Διοικητικού, με αρμοδιότητα το χειρισμό όλων των θεμάτων υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού που υπηρετεί στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή με οποιαδήποτε σχέση εργασίας και εν γένει τη διοικητική, γραμματειακή, μηχανογραφική υποστήριξη, καθώς και την υποστήριξη συστημάτων και εφαρμογών πληροφορικής, των οργανικών μονάδων της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή.

β. Τμήμα Οικονομικού και Διοικητικής Μέριμνας, με αρμοδιότητα την κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή, την εκκαθάριση των αποδοχών και γενικά των αποζημιώσεων προσωπικού, την άσκηση όλων των διοικητικών αρμοδιοτήτων οικονομικής διαχείρισης, την προμήθεια πάγιων και αναλώσιμων υλικών, καθώς και κάθε άλλο θέμα που αφορά την οικονομική διαχείριση της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή. Στην παραπάνω Διεύθυνση και Τμήματα προϊστάονται υπάλληλοι κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ Εμπορικών-Διοικητικών.

6. Η παράγραφος 5 τίθεται σε ισχύ την 1.1.2011 και δύναται να τροποποιηθεί με προεδρικό διάταγμα, με το οποίο ρυθμίζεται η οργάνωση και λειτουργία

της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή και το οποίο εκδίδεται μετά από πρόταση των αρμόδιων κατά τις οικείες διατάξεις Υπουργών. Έως την 31.12.2010 τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή υποστηρίζει στο έργο της η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας. Η Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Συγχρηματοδοτούμενων Ενεργειών από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΕΚ 1005 Β΄/30.5.2008) καθίσταται αρμόδια και για το σχεδιασμό και το συντονισμό των πολιτικών εφαρμογής των δράσεων του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στον τομέα προστασίας του καταναλωτή και την άσκηση των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου αυτού ως δικαιούχου δράσεων στον τομέα αυτόν, στο πλαίσιο των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) κατά την έννοια της παραγράφου 5 του άρθρου 1 του ν. 3614/2007. Η «Μονάδα Εφαρμογής Δράσεων στον Τομέα Προστασίας του Καταναλωτή» της Ειδικής Υπηρεσίας Συντονισμού και Εφαρμογής των Δράσεων στους τομείς του Εμπορίου και της Προστασίας Καταναλωτή του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας (ΦΕΚ 1540 Β΄/4.8.2008) μεταφέρεται ως σύνολο αρμοδιότητας στην Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Συγχρηματοδοτούμενων Ενεργειών από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, στην οργανωτική διάρθρωση της οποίας ενσωματώνεται ως μονάδα Β2 και με την ίδια ονομασία. Από τη δημοσίευση του παρόντος η Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Συγχρηματοδοτούμενων Ενεργειών από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης υποκαθίσταται στα δικαιώματα και υποχρεώσεις που απορρέουν από την εφαρμογή δράσεων της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή για τις οποίες έχει οριστεί με οποιονδήποτε τρόπο δικαιούχος η Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Εφαρμογής των Δράσεων στους τομείς του Εμπορίου και της Προστασίας Καταναλωτή του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας.

#### Άρθρο 10

1. Η προθεσμία που ορίζεται με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 18 του ν. 3842/2010 (ΦΕΚ 58 Α΄) για τη μεταφορά κεφαλαίων από πρόσωπα φορολογικά υπόχρεα στην Ελλάδα παρατείνεται από τότε που έληξε μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2010. Επίσης, μέχρι την ίδια ημερομηνία παρατείνεται από τότε που έληξε και η προθεσμία που ορίζεται με τις διατάξεις του τρίτου εδαφίου της παραγράφου 2 του άρθρου 18 του ν. 3842/2010 για απόδοση του φόρου για τα κεφάλαια που παραμένουν κατατεθειμένα σε τράπεζες της αλλοδαπής.

2. Το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου 65 του ν. 2362/1995 (ΦΕΚ 247 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής: «Με εξαίρεση τις εγγυήσεις που χορηγούνται σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3723/2008 (ΦΕΚ 250 Α΄), καθώς και τις εγγυήσεις που παρέχονται στους χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων κ.λπ.) και στο Ταμείο Κοινωνικής Ανάπτυξης του Συμβουλίου της Ευρώπης (Τ.Κ.Α.Σ.Ε.) για δάνεια που χορηγούν σε

δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμούς και μόνο για επενδυτικούς σκοπούς, το Υπουργείο Οικονομικών δεν παρέχει εγγυήσεις του Δημοσίου για την κάλυψη υποχρεώσεων επιχειρήσεων του Δημοσίου ή ιδιωτικών επιχειρήσεων που είναι εισηγμένες σε οργανωμένη αγορά.»

3. Στο άρθρο 22 του ν. 3775/2009 (ΦΕΚ 122 Α΄), όπως ισχύει, προστίθενται παράγραφοι 10 και 11 ως εξής:

«10. Ομόλογα της παραγράφου 6 ονομαστικής αξίας πεντακοσίων εκατομμυρίων (500.000.000) ευρώ αντικαθίστανται με ομόλογα ίσης ονομαστικής αξίας διάρκειας δέκα ετών. Η αντικατάσταση γίνεται με ανταλλαγή των παλαιών με νέα ομόλογα, χωρίς τη μεταβολή του μετοχικού κεφαλαίου της εταιρίας «Ταμείο Εγγυοδοσίας Μικρών και πολύ Μικρών Επιχειρήσεων» (ΤΕΜΠΜΕ Α.Ε.) με μόνη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του κ.ν. 2190/1920 ή διατάξεων άλλων νόμων ή του καταστατικού της εταιρείας που θέτουν τυχόν περιορισμούς για την ανωτέρω ανταλλαγή και που θα εκδοθούν για το σκοπό αυτόν από τον Οργανισμό Διαχείρισης Δημοσίου Χρέους (Ο.Δ.ΔΗ.Χ.).

Τα ανωτέρω ομόλογα θα καλύψουν τις δαπάνες υλοποίησης δύο νέων προγραμμάτων και συγκεκριμένα την παροχή εγγυημένων χαμηλότοκων δανείων για πληρωμή φορολογικών και ασφαλιστικών υποχρεώσεων μικρών και πολύ μικρών επιχειρήσεων, καθώς και δαπανών αγοράς πρώτων υλών εμπορευμάτων και υπηρεσιών. Οι δεδουλευμένοι τόκοι, μέχρι την ημέρα ανταλλαγής των ανωτέρω ομολόγων του Ελληνικού Δημοσίου πενταετούς διάρκειας αποδίδονται στο Ελληνικό Δημόσιο.

Τα ομόλογα διακρατούνται από την εταιρία μέχρι τη λήξη τους και στη συνέχεια επιστρέφονται στο Ελληνικό Δημόσιο, μετά την αφαίρεση των ποσών που έχουν δεσμευθεί λόγω τυχόν κατάπτωσης των παρεχόμενων από την εταιρία εγγυήσεων.

Κατά την επιστροφή των προαναφερόμενων ομολόγων, μειώνεται ισόποσα (σε όρους ονομαστικής αξίας των ομολόγων) το μετοχικό κεφάλαιο της εταιρίας υποχρεωτικά, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του κ.ν. 2190/1920 και του καταστατικού της. Κατά το χρονικό διάστημα που τα ομόλογα διακρατούνται από την εταιρία, οι τόκοι που καταβάλλονται από το Ελληνικό Δημόσιο στην εταιρία, επιστρέφονται από αυτή στο Ελληνικό Δημόσιο, εντός είκοσι ημερών από την είσπραξή τους.

Με απόφαση του Υπουργού Οικονομικών καθορίζονται οι λεπτομέρειες έκδοσης των ομολόγων από τον Ο.Δ.ΔΗ.Χ.

11. Για τους σκοπούς της ανταλλαγής των ομολόγων, για μεν τα ομόλογα πενταετούς διάρκειας της παραγράφου 6 ως τιμή αποτίμησης την ημέρα της ανταλλαγής ορίζεται η αρχική τιμή που εκτιμήθηκε κατά την εισφορά τους βάσει της παραγράφου 5, για δε τα νέα ομόλογα δεκαετούς διάρκειας η τιμή αποτίμησης την ημέρα της ανταλλαγής, θα είναι αυτή που θα προκύψει με διαδικασία όμοια με αυτήν που ορίζεται στην παράγραφο 5. Τα ομόλογα πενταετούς διάρκειας, που μέσω της ανωτέρω ανταλλαγής επιστρέφονται στο Ελληνικό Δημόσιο, ακυρώνονται.»

4.α) Στην υποπαράγραφο 4 της παραγράφου Α΄ του άρθρου μόνου του ν. 3885/2010 (ΦΕΚ 171 Α΄) εντός της παρενθέσεως και μετά τη λέξη «δηλώσεων», προστίθεται οι λέξεις «, μεταξύ των οποίων και η δήλωση για

τη μεταβίβαση της πλειοψηφίας των μετοχών της ENAE προς την εταιρεία Abu Dhabi Mar L.L.C. (ADM) ή στη συνδεδεμένη με την ADM εταιρεία Prinvest Shipbuilding SARL».

β) Στην παράγραφο 4 του άρθρου μόνου του ν. 3885/2010 προστίθεται υποπαράγραφος 7 και αναριθμείται η υφιστάμενη υποπαράγραφος 7 σε 8, ως εξής:

«7. Ως φορολογικός έλεγχος δυνάμει του οποίου συντελείται το δεσμευτικό κλείσιμο όλων των ανέλεγκτων ή δυνητικά υπαγόμενων σε επανέλεγχο οικονομικών ετών, κατά την έννοια της περίπτωσης (β) της παραγράφου 4 του Κεφαλαίου F της Εκτελεστικής Συμφωνίας, νοείται ο τακτικός φορολογικός έλεγχος επί των ανέ-

λεγκτων μέχρι 30.9.2009 χρήσεων της ENAE, ο οποίος ολοκληρώθηκε την 21.10.2010.»

5. Στο τελευταίο εδάφιο της παραγράφου 8 του άρθρου 11 του ν. 3888/2010 (ΦΕΚ 175 Α'), η λέξη «βεβαιωθέν» αντικαθίσταται και στις δύο περιπτώσεις με τη λέξη «καταβληθέν».

#### Άρθρο 11

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Καλύπτει δε αναδρομικά από 1.9.2010 κάθε εφαρμογή συνταγογράφησης φαρμάκων ή παραπομπής σε ιατρικές πράξεις που λειτουργεί ήδη σε Φ.Κ.Α. που εποπτεύονται από την Γ.Γ.Κ.Α. ή σε άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Νοεμβρίου 2010

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ  
ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

**Ι. ΡΑΓΚΟΥΣΗΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

**Ε. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ**

ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

**Λ.-Τ. ΚΑΤΣΕΛΗ**

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ, ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

**Χ. ΚΑΣΤΑΝΙΔΗΣ**

ΘΑΛΑΣΣΙΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ,  
ΝΗΣΩΝ ΚΑΙ ΑΛΙΕΙΑΣ

**Ι. ΔΙΑΜΑΝΤΙΔΗΣ**

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**Γ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ**

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ, ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ  
ΚΑΙ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ

**Μ. ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ**

ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

**Α. ΛΟΒΕΡΔΟΣ**

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ

**Χ. ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ**

ΑΝΑΠΛ. ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

**Γ. ΚΟΥΤΡΟΥΜΑΝΗΣ**

*Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.*

Αθήνα, 4 Νοεμβρίου 2010

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
**Χ. ΚΑΣΤΑΝΙΔΗΣ**



\* 0 1 0 0 1 8 9 0 4 1 1 0 0 0 8 \*

**ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 \* ΑΘΗΝΑ 104 32 \* ΤΗΛ. 210 52 79 000 \* FAX 210 52 21 004  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.et.gr> – e-mail: [webmaster.et@et.gr](mailto:webmaster.et@et.gr)