

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ
ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ. ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΝΟΣ ΗΜΙ-ΑΣΤΙΚΟΥ
ΔΗΜΟΥ»**



Σπουδάστριες:

Αϊβαλιώτη Μαρία

Δημητράκη Μεταξία

Στραταντωνάκη Σοφία

Επιβλέπων εργαστηριακός συνεργάτης: Πελεκίδου Λίνα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ (Νοέμβριος, 2014)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρκετοί άνθρωποι συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας. Αρχικά, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειές μας, για την συμπαράσταση και την ηθική υποστήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.

Ιδιαίτερα όμως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, κα Πελεκίδου Λίνα, τόσο για τις εποικοδομητικές της υποδείξεις, όσο και για την υποστήριξη και τις συμβουλές που μας έδωσε στην προσπάθειά μας αυτή.

Θερμές ευχαριστίες σε όσους ανθρώπους ήταν στο πλευρό μας και μας στήριζαν. Ακόμη περισσότερο στους, καθηγητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, κα Παπαδακάκη Μαρία και κ. Χλιαουτάκη Ιωάννη που με τις γνώσεις τους και την καθοδήγηση τους, μας βοήθησαν στο ερευνητικό μας έργο. Ακόμη, στην κα Κατσάπη Χρυσούλα, Προϊσταμένη Κοινωνική Λειτουργό του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου, για τη διαμεσολάβησή της στο Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, καθώς επίσης την Κα Τρούλη Μαρία για την χορήγηση της άδειας, ώστε να πραγματοποιηθεί η έρευνα. Δεν ξεχνάμε την υπεύθυνη Νοσηλεύτρια του Κ.Η.Φ.Η, Αθηνά Αυγεράκη, για τη συνεργασία της στο μέρος της έρευνας και που χάρη σε εκείνη μας υποδέχτηκαν καλώς ώστε να πραγματοποιήσουμε την αξιολόγηση. Σε όλο το προσωπικό των υπηρεσιών που επισκεφθήκαμε, χωρίς την συμβολή τους, η έρευνα μας θα ήταν δύσκολη. Και ιδιαίτερα στους κοινωνικούς λειτουργούς των προγραμμάτων «βοήθεια στο σπίτι», κα Καπνισάκη Μαρία και Φακουκάκη Βασιλική, που επιμερίστηκαν ένα μέρος της έρευνας και διαμεσολάβησαν για την επαφή μας, με την ομάδα στόχο.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλα τα μέλη των υπηρεσιών Π.Φ.Υ του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. (Δήμου Μαλεβιζίου) για τη συμμετοχή τους στο ερευνητικό μας έργο.

Μαρία, Μεταξία, Σοφία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	11
<i>Α' Μέρος –Θεωρητικό</i>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ.....	13
1.1 Ορισμός της Υγείας.....	13
1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της υγείας	15
1.2.1 Κοινωνιολογική προσέγγιση.....	15
1.2.2 Ολιστική προσέγγιση.....	15
1.2.3 Βιολογική προσέγγιση.....	16
1.2.4 Κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση.....	16
1.2.5 Πολιτισμική προσέγγιση.....	17
1.3 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	17
1.4 Η έννοια της ποιότητας.....	19
1.4.1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.1 Σκοπός, στόχοι και αρχές της Π.Φ.Υ.	23
2.2 Το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	25
2.3 Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	28
2.3.1 Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	28
2.3.2 Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	30
2.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών και η διεπιστημονική συνεργασία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	39
3.1 Αναγκαιότητα της αξιολόγησης.....	39
3.2 Δείκτες αξιολόγησης.....	41
3.3 Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

4.1 Κ.Α.Π.Η Δημοτικής Ενότητας Γαζίου, Τοπικής Κοινότητας Καλεσσών και Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου.....	51
4.1.1 Κ.Α.Π.Η Δημοτικής Ενότητας Γαζίου.....	51
4.1.2 Κ.Α.Π.Η. Τοπικής Κοινότητας Καλεσσών.....	52
4.1.3 Κ.Α.Π.Η. Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου.....	53
4.2 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) Δημοτικής Ενότητας Γαζίου.....	54
4.3 Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι Δημοτικής Ενότητας Γαζίου και Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου.....	57
4.3.1 Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι Δημοτικής Ενότητας Γαζίου.....	58
4.3.2 Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ» ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ.

5.1 Οι αλλαγές που επέφερε το Νομοσχέδιο «Καλλικράτης» στους Δήμους.....	61
5.2 Αλλαγές που επέφερε το Νομοσχέδιο στη δομή και τις λειτουργίες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. στο Δήμο Μαλεβιζίου.....	62

Β' Μέρος – Ερευνητικό

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:</u> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	72
6.1 Σκοπός της Μελέτης.....	72
6.2 Στόχοι της έρευνας.....	72
6.3 Ερευνητική Υπόθεση.....	72
6.4 Ερευνητικά ερωτήματα.....	73
6.5 Μέθοδος Συλλογής στοιχείων.....	73
6.6 Εργαλείο έρευνας και άξονες ερωτηματολογίου.....	73
6.7 Πεδίο Μελέτης.....	74

6.8 Δείγμα Μελέτης.....	74
6.9 Δειγματοληψία.....	75
6.10 Μέθοδος ανάλυσης στοιχείων.....	75
6.11 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης.....	75
6.12 Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν.....	77
6.13 Περιορισμοί της έρευνας.....	79
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</u>	81
7.1 Ανάλυση περιγραφικής στατιστικής.....	81
7.1.1 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία.....	81
7.1.2 Συμμετοχή και ενδυνάμωση.....	82
7.1.3 Πληροφόρηση και δικαιώματα.....	84
7.1.4. Περιβάλλον.....	84
7.1.5 Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.....	85
7.2 Περιγραφική ανάλυση θεματικού περιεχομένου.....	86
7.3 Απάντηση στην ερευνητική υπόθεση.....	95
7.4 Απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα.....	96
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	114
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	129

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που λαμβάνουν οι εξυπηρετούμενοι του Δήμου Μαλεβιζίου. Μέσα από την εν λόγω μελέτη θα θέλαμε να διερευνήσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των συγκεκριμένων υπηρεσιών σύμφωνα με τα κριτήρια (δείκτες) της δομής, της διαδικασίας και του αποτελέσματος.

Μέθοδος και Υλικό: Η αξιολόγηση έγινε στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δημοτικού Οργανισμού Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου, συγκεκριμένα στο Κ.Α.Π.Η. της Δημοτικής Ενότητας Γαζίου, Τοπικής Κοινότητας Καλεσσών και Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου, στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) Δημοτικής Ενότητας Γαζίου, καθώς επίσης στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» της Δημοτικής Ενότητας Γαζίου και Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων στους χρήστες των υπηρεσιών, συνολικά σε 220 άτομα (N=220). Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας, βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους εξυπηρετούμενους», που χρησιμοποιήθηκε σε προηγούμενη έρευνα αποτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διαμορφώθηκε για τους δικούς μας σκοπούς. Κατόπιν επικοινωνίας με την συγγραφέα δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί ειδική άδεια προκειμένου να χρησιμοποιηθεί. Ακολούθησε περιγραφική ανάλυση θεματικού περιεχομένου για τις ανοιχτές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου στον άξονα για τη γενική εκτίμηση. Συγκεκριμένα, αφού μελετήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτώμενων στις ερωτήσεις αυτές έγινε ομαδοποίηση των απαντήσεων όπως αυτές διαμορφώθηκαν γύρω από κάποιες γενικές τάσεις και απόψεις. Στη συνέχεια, έγινε ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων με περιγραφική στατιστική, στους άξονες του ερωτηματολογίου: κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, συμμετοχή και ενδυνάμωση, πληροφόρηση και δικαιώματα, περιβάλλον και τέλος προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. Για την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 – έλεγχος ανεξαρτησίας, καθώς οι μεταβλητές είναι ποιοτικές με πάνω από δύο κατηγορίες.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων των υπηρεσιών Π.Φ.Υ του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. εμφανίζεται ευχαριστημένη τόσο από τις υπηρεσίες όσο και από το προσωπικό. Καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν η σταθερότητα της φροντίδας, η ανταπόκριση και η προθυμία του προσωπικού στην εξυπηρέτηση των χρηστών και η καλή επικοινωνία.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αξιολόγηση, Ποιότητα, Κοινωνικός Λειτουργός, Διεπιστημονική συνεργασία.

ABSTRACT

Aim: The aim of this current research is the evaluation of the quality of the Primary Health Care Services the recipients of which are residents in the Municipality of Malevizi.

The aim of the research is to estimate the user's satisfaction of the specific services according to the criteria of their structure, the process, and their effectiveness.

Method: The evaluation was carried out in the Primary Health Care Services of the Municipal Agency for Social Solidarity Protection and Education of the Municipality of Malevizi and specifically at the open centre for the elderly, in the Municipal Unit of Gazi, Tyllisos and the local community of the Kalessa. It was also carried out at the daily care centre for the elderly K.H.Φ.H. of the Municipal Unit of Gazi as well as in the program "Help at Home" of the Municipal Units of Gazi and Tyllisos. The research was accomplished through the use of questionnaires distributed to the 220 users of the Health Care Services.

The research tool implemented in this evaluation was based on the questionnaire "Evaluation of the quality of the mental health services by the attended ones" that was also used in a previous research of the quality of the mental health services and was adopted for our purposes. After communication with the author we didn't need to be administered special leave in order to be used. After that we did descriptive thematic content analysis for the open questions in the questionnaire on the shaft for the overall assessment. Specifically, after having studied the responses of the respondents to these questions, it became grouping responses as stood around some general trends and opinions. Then, the quantitative data was analyzed through descriptive statistics, on the axes of the questionnaire: sociodemographic characteristics, participation and empowerment, information rights, environment and perceived effectiveness. To answer the research questions, we have used the statistical method Pearson Chi-square, as the variables are qualitative more than two categories.

Results: From the results of our research it is conjectured that the majority of the users of the Primary Health Care Services in the city of Malevizi is satisfied both from the services and the personnel too. Determinants of the quality of these services

are the stability of care, the responsiveness and helpfulness of the staff to the service users and good communication overall.

Keywords: Primary Health care, Evaluation, Quality, Social Worker, Interdisciplinary Collaboration

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της υγείας περιλαμβάνει τόσο την πλήρη σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου όσο και την κοινωνική του ευεξία και όχι αποκλειστικά την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Κυριόπουλος, Γκρέγκορυ και Οικονόμου, 2003). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη βάση της, καθώς εστιάζει στη διάγνωση, στην πρόληψη και γενικότερα στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Αναλυτικότερα, αποτελεί «την παροχή υπηρεσιών τόσο στο άτομο όσο και στην κοινότητα και αφορά στη διάγνωση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση,»...«στην αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου, στην κατ' οίκον νοσηλεία, στην προαγωγή υγείας, στην πρόληψη, στη δημόσια υγεία» και « στην αγωγή υγείας» (Αδαμόπουλος, 1992:78). Κατά αυτόν τον τρόπο η αξιολόγηση είναι σημαντική αφού εξασφαλίζει αποδοτικότερες υπηρεσίες, ελαχιστοποιεί τα ιατρικά λάθη, ενώ παράλληλα μεγιστοποιεί τη φροντίδα και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων (Μουστάκα, 2008).

Η αξιολόγηση αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην έρευνα και στο σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας. Δείχνει το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και τα αποτελέσματά της μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μελέτες και έρευνες, αλλά και να συμβάλουν στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης νοσηρών καταστάσεων (Κυριόπουλος, Γκρέγκορυ και Οικονόμου, 2003). «Με τις ρυθμίσεις του Προεδρικού Διατάγματος 84/2001 που αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας η εκτελεστική επιτροπή ΚΕ.Σ.Υ. (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) συνιστά ειδικές μόνιμες επιτροπές για τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο έλεγχος αυτός είναι τακτικός (τουλάχιστον μία φορά το χρόνο για κάθε φορέα) ή έκτακτος και αφορά κυρίως την τήρηση των προδιαγραφών κτηριακής και τεχνολογικής υποδομής, την εφαρμογή των υγειονομικών διατάξεων, το σεβασμό των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και των ατομικών δικαιωμάτων των πολιτών καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών» (Παπανικολάου, 2007:122). Η Μουστάκα (2008), αναφέρει ότι δεν έχουν γίνει μέχρι τώρα σημαντικά βήματα για την αξιολόγηση της ποιότητας στην ΠΦΥ, ενώ θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι Υφαντόπουλος και Γείτονα (2004 στην Μουστάκα, 2008) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας με στοχευμένες κάθε φορά δράσεις.

Γεγονός αποτελεί ότι στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες δεν πραγματοποιούνται συστηματικές ενέργειες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση της έρευνας για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας.

Στη παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μία πρώτη προσπάθεια να αξιολογηθεί σε περιγραφικό επίπεδο η ποιότητα των Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσα από την έκφραση της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας από την πλευρά των χρηστών για τη φροντίδα που λαμβάνουν από τις υπηρεσίες. Στο θεωρητικό μέρος, το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει ορισμούς και έννοιες της υγείας. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφονται ορισμοί και θεωρητικές προσεγγίσεις της υγείας, ορισμοί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η έννοια της ποιότητας γενικά, αλλά και πιο ειδικά στις υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου γίνεται αναφορά στο σκοπό και τους στόχους της, στο περιεχόμενό της, καθώς επίσης ποιες υπηρεσίες παρέχουν Π.Φ.Υ., αλλά και το ρόλο των επαγγελματιών που εργάζονται στο χώρο της Π.Φ.Υ. Το τρίτο κεφάλαιο, στη συνέχεια, πραγματεύεται τη διαδικασία της αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια, δείκτες αξιολόγησης δηλαδή, και μεθόδους αξιολόγησης. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι υπηρεσίες του Δημοτικού Οργανισμού Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου, στις οποίες έγινε αξιολόγηση της ποιότητάς με βάση την αποτελεσματικότητά τους, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους εξυπηρετούμενους. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται λόγος για τις επιδράσεις του νομοσχεδίου «Καλλικράτης» ως προς τη δομή και τον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του δήμου Μαλεβιζίου.

Στο ερευνητικό μέρος περιλαμβάνονται άλλα δύο κεφάλαια. Έτσι, στο έκτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία έρευνας, δηλαδή η μέθοδος και το υλικό της έρευνας. Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας για την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των χρηστών για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του δήμου. Κλείνοντας, παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας, και οι προτάσεις.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ.: Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου

Ε.Κ.Α.Β.: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

Ε.Σ.Π.Α.: Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Κ.Δ.Α.Π.: Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιού

ΚΕ.ΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

Κ.Η.Φ.Η.: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Κ.Λ.: Κοινωνικός Λειτουργός

Κ.Υ.: Κέντρα Υγείας

Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ο.Γ.Α.: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Τ.Α.: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Π.Β.Σ.Σ.: Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι

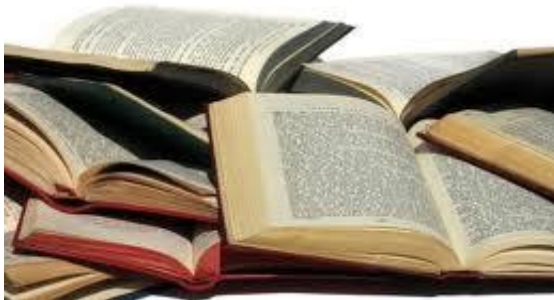
Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τ.Ε.Ι.: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Φ.Ε.Κ.: Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

Α΄ ΜΕΡΟΣ
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ

1.1 Ορισμός της Υγείας

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί χιλιάδες ορισμοί προσπαθώντας να ερμηνεύσουν την υγεία όμως ακόμη και σήμερα εξακολουθεί να μην έχει έναν αποδεκτό ορισμό. Η έννοια της υγείας έχει πολύπτυχο χαρακτήρα και απαιτείται διεπιστημονική ευρύτητα ώστε να αποδοθεί επιτυχώς (Κούτρα, 2012). Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κανείς την υγεία ή και την ασθένεια, επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων, όπως το πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον, ή την ιδιότητα του. Οι ορισμοί διαφέρουν ανάμεσα σε ακαδημαϊκούς και επαγγελματίες, όπως επίσης ανάμεσα και σε διαφορετικές ειδικότητες. Επιπλέον, ο όρος διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την φυλή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, το χώρο και το χρόνο. Επίσης, ορίζεται διαφορετικά όταν αναφέρεται σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο οικογένειας και σε επίπεδο κοινότητας (Δαρβίρη, 2010).

Ο Antonovsky (1987 στον Καραδήμα, 2005:15), κοινωνιολόγος της υγείας, αναφέρει, πως «υπάρχουν βαθμοί ασθένειας και ευεξίας σε ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο βρίσκεται ο θάνατος και στο άλλο η μέγιστη δυνατή ευεξία». Επομένως, μπορούμε να συμπεράνουμε πως η υγεία είναι το κομμάτι εκείνο που είτε πολύ είτε λίγο αντιστοιχεί προς την ευεξία.

Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως: «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, στον οποίο η έμφαση εστιάζεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Κατά αυτόν τον ορισμό, υγεία θεωρείται ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό αλλά και βιολογικό φαινόμενο και επίσης, περιλαμβάνονται οι έννοιες της ευεξίας και της λειτουργικότητας (Τούντας και συν, 2009 και Λιαρόπουλος, 2010). Αυτός ο ορισμός προκάλεσε σημαντικό κριτικό διάλογο στα χρόνια που ακολούθησαν, κυρίως επειδή δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας. Ο Πιερράκος (2008:16) προσθέτει ότι «η υγεία είναι ένα σύνολο λειτουργιών για την προάσπιση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας των μελών κάθε οργανωμένης κοινωνίας». Διάφοροι συγγραφείς, καθώς και απλοί άνθρωποι, αποδέχονται τη θετική έννοια της υγείας που εμπεριέχεται σ' αυτόν τον ορισμό, ο οποίος για πρώτη φορά δεν περιορίστηκε στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της

νόσου. Ο Shipper κ.α., (χ.χ. στους Rootman, Goodstadt, et al., 2001), εξετάζει τον ορισμό για την υγεία που δίνει ο ΠΟΥ, αναφέροντας ότι είναι ένας αξιόπαινος ορισμός και προσθέτοντας την ευκαιρία για εκπαίδευση και κοινωνική ασφάλιση, ως σημαντικό συνολικό ζήτημα, ώστε να υπάρξει ανάπτυξη της υγείας της κοινότητας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και προϋποθέσεις για την επίτευξη της βελτίωσής της αποτελούν οι κοινωνικά δίκαιες επιλογές, η συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων στη λήψη των αποφάσεων, η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών τομέων στην προσέγγιση των προβλημάτων υγείας, η διασφάλιση της ορθολογικής υιοθέτησης και χρήσης της τεχνολογίας και η επικέντρωση των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Πιερράκος, 2008).

Το 1993 το Oxford English dictionary, καθόρισε την υγεία ως ηρεμία του σώματος, δηλαδή μια κατάσταση κατά την οποία οι λειτουργίες του σώματος εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά. Ο συγκεκριμένος ορισμός δίνει στην υγεία ιατροκεντρικό χαρακτήρα και το περιεχόμενό του είναι ότι α) δεν υπάρχει εμφανής ένδειξη ασθένειας, ενώ οι λειτουργίες του σώματος είναι ικανοποιητικές σύμφωνα με τα φυσιολογικά όρια που καθορίζονται από το φύλο, την ηλικία, τον κοινωνικό και γεωγραφικό χώρο και β) τα όργανα του σώματος λειτουργούν ικανοποιητικά μόνα τους αλλά και μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να υπάρχει ισορροπία.

Η υγεία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και επηρεάζεται από ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων εκτός από τους βιολογικούς, όπως για παράδειγμα οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς, πολιτιστικούς, ηθικούς και οικολογικούς (Πιερράκος, 2008). Έτσι, η υγεία ενός πληθυσμού ή μιας κοινωνικής ομάδας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών από το Υγειονομικό Σύστημα, αλλά επιπλέον από οικονομικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Όπως αναφέρει και ο Σούλης (1987 στον Πιερράκο, 2008:13) «η Υγεία είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών – οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικο-οικονομικής τάξης πραγμάτων».

Το 1978, ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην Παγκόσμια συνδιάσκεψη για την υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που έγινε στην Alma Ata. Σε αυτή τη συνδιάσκεψη τονίστηκε ότι «η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, ενώ η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, είναι κοινωνικός στόχος

που αφορά όλον τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριοποίηση πολλών τομέων». Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, απαραίτητη προϋπόθεση για καλύτερη ποιότητα ζωής, αποτελεί η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη που βασίζεται σε μια Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη. Κατά αυτόν τον τρόπο μπορεί να μειωθεί το χάσμα της κατάστασης της υγείας ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007:23)

1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της υγείας

1.2.1 Κοινωνιολογική προσέγγιση

Η έννοια της υγείας και της αρρώστιας εκφράζεται στο επίπεδο των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Η «υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες» (Θεοδώρου και συν 2001:31). Σημαντικό στοιχείο στην μελέτη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας είναι με ποιο τρόπο η παρουσία τους μπορεί να ελαχιστοποιηθεί ή και να εξαλειφθεί, ώστε να οδηγήσει στην αποφυγή ασθενειών (Κούτρα, 2012). Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και γι' αυτό το λόγο οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Η φροντίδα για την υγεία πρέπει να είναι προσιτή στον καθένα γι' αυτό απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ίση κατανομή των πόρων (Θεοδώρου και συν 2001).

1.2.2 Ολιστική προσέγγιση

Σύμφωνα με την ολιστική προσέγγιση, η υγεία έχει πολυπαραγοντικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα. Συγκεκριμένα, η υγεία εκτιμάται ότι συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το φυσικό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον και ταυτόχρονα επηρεάζεται από τη βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα). Αξίζει να σημειωθεί ότι για την παροχή υγείας σε ένα άτομο που έχει νοσήσει, δεν αρκεί μόνο ο γιατρός αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες.

Έτσι, με την καθιέρωση της διεπιστημονικής ομάδας, στην οποία πρέπει να συμμετέχουν ενεργά και ισότιμα όλοι οι επιστήμονες, επιτυγχάνεται η αντιμετώπιση της αρρώστιας στην ολική της διάσταση αλλά και η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, όπως και η φυσική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων που αρρώστησαν (Θεοδώρου και συν, 2001).

1.2.3 Βιολογική προσέγγιση

Στην βιολογική προσέγγιση, η υγεία χαρακτηρίζεται απλά ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας (Κούτρα, 2012). Αυτός είναι ένας αρνητικός ορισμός της υγείας που μοναδικό στόχο έχει την επαναφορά του ανθρώπινου σώματος στην ομαλή του λειτουργία. Η βιολογική προσέγγιση της υγείας είναι αποδεκτή μέχρι και σήμερα από ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού σώματος.

1.2.4 Κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση

Η υγεία είναι βασική ανθρώπινη ανάγκη και συστατικό στοιχείο της ανθρώπινης ευημερίας και ευεξίας αλλά αποτελεί και απαραίτητη προϋπόθεση ύπαρξης και λειτουργίας του ανθρώπινου κεφαλαίου. «Η υγεία και η αρρώστια είναι το αποτέλεσμα των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία» (Θεοδώρου και συν, 2001:35). Οι καλές κοινωνικές σχέσεις συμβάλλουν καθοριστικά στην υγεία. Όπως επίσης, η φιλία και οι ισχυροί δεσμοί υποστήριξης, βελτιώνουν την υγεία στο σπίτι, την εργασία και την κοινότητα. Ένα άτομο που νοσεί δεν μπορεί να συμμετάσχει στις παραγωγικές διαδικασίες προκαλώντας κόστος και στο κοινωνικό σύνολο στο οποίο εντάσσεται. Την ισχυρή, προστατευτική ασπίδα προστασίας στην υγεία δημιουργεί η επικοινωνία και οι αμοιβαίες υποχρεώσεις των ατόμων που ανήκουν σ' ένα κοινωνικό περιβάλλον.

1.2.5 Πολιτισμική προσέγγιση

Κάθε πολιτισμός προσπαθεί να κατανοήσει, να ερμηνεύσει, να θεραπεύσει την αρρώστια, να διαφυλάξει και να προάγει τη υγεία σύμφωνα με τις δυνατότητες που του παρέχει το περιβάλλον και η εποχή, επιλέγοντας έναν ορισμένο τύπο αξιών κανόνων και γνώσεων. Κάθε κοινωνία οργανώνει και θεσμοποιεί το σύνολο των χαρακτηριστικών που καθορίζουν το πλαίσιο της υγείας ή της αρρώστιας. Αυτό που θεωρείται αρρώστια διαφοροποιείται ανάμεσα στις κοινωνίες και τα επίπεδα ανάπτυξης τους και η στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην υγεία και την αρρώστια εξαρτάται άμεσα από το πολιτισμικό περιβάλλον στο χώρο και το χρόνο (Θεοδώρου και συν, 2001).

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2010) η υγεία χαρακτηρίζεται ως μια δυναμική κατάσταση, η οποία διαρκώς αλλάζει, δημιουργώντας νέες προκλήσεις και ανάγκες. Η υγεία αποτελεί αξία και βασικό συστατικό στην προσπάθεια του ατόμου να εκπληρώσει τις προσωπικές του δυνατότητες. Ανήκει σε όλους εξίσου με βάση, όχι τα προσωπικά τους επιτεύγματα, αλλά την ανθρώπινη αξία τους ως φυσικά και κοινωνικά όντα. Σύμφωνα με τους (Theil 1957 και Sidel 1996 στη Δαρβίρη, 2010) συνδέεται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας. Ως κοινωνικό δικαίωμα εκφράζεται κυρίως με το δικαίωμα στη Φροντίδα Υγείας. Ο Herman (2001 στη Δαρβίρη, 2010) αναφέρει πως σε μερικές χώρες, όπως η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία χρησιμοποιείται συχνά ο όρος καταναλωτής υπηρεσιών υγείας και όχι ασθενής, γιατί ο όρος καταναλωτής περιέχει ένα δυναμικό στοιχείο, περιέχει διεκδίκηση, απαίτηση και ενεργό συμμετοχή, σε αντίθεση με τον όρο ασθενής που εξ ορισμού υποδηλώνει αδυναμία.

1.3 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου είναι αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του (Φ.Ε.Κ, 3235/2004), καθώς επίσης, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας κάθε χώρας (Θεοδώρου και συν 2001). Η Π.Φ.Υ. σύμφωνα με

τους (Θεοδώρου και συν, 2001) και (Πιερράκο, 2008) ορίστηκε ως η ουσιαστική φροντίδα που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες, είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας που συμμετέχουν ενεργά στον σχεδιασμό και τις δραστηριότητές της.

Ο Αδαμόπουλος (1992:70), αναφέρει ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως «η παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο στο άτομο όσο και στην κοινότητα και αφορά στη διάγνωση οξέων και χρόνιων νοσημάτων, στη θεραπευτική τους αντιμετώπιση, στην επιλογή διακομιδής του βαρέος πάσχοντος και του αρρώστου με δυσδιάγνωστη νόσο σε κατάλληλη και εξειδικευμένη μονάδα, στην αποκατάσταση (rehabilitation) του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου, στην κατ' οίκον νοσηλεία, στην προαγωγή υγείας, στην πρόληψη, στη δημόσια υγεία, στην αγωγή υγείας». Ο Λιονής και Μερκούρης (2000 στον Πιερράκο, 2008:32) αναφέρθηκαν στο ότι αποτελεί ουσιαστικά «την κύρια είσοδο του χρήστη στο Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας» [καθώς εξυπηρετεί] «στον έλεγχο ροής των ασθενών στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών».

Σύμφωνα με τον Μπένο (1993 στον Κυριόπουλο, 1995) οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να δίνουν έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ώστε να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες υγείας της κάθε κοινότητας με την παροχή υπηρεσιών, οι οποίες πρέπει να είναι διαθέσιμες και αποδεκτές από όλους και να βασίζονται στην κοινωνική συμμετοχή.

Στην Ελλάδα, η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εισήγαγε την ανάπτυξη των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές τροποποιούνται και αναδιαμορφώνονται για λόγους αναβάθμισης και ουσιαστικής παρουσίας τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και για να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες υγείας (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Στις χώρες όπου τα συστήματα υγείας έχουν αναπτύξει ικανοποιητικά τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η προαγωγή της υγείας έχει κριθεί απαραίτητη (Δαρβίρη, 2001). Αξίζει να σημειωθεί ότι η Π.Φ.Υ. παραμένει εστιασμένη στην θεραπεία ή την αποκατάσταση και λιγότερο στην πρόληψη και προαγωγή υγείας. Έτσι, παρά την σημαντική πρόοδο που έχει επιτευχθεί τις τελευταίες δεκαετίες στα αναπτυγμένα συστήματα, εξακολουθούν να παραμένουν τα προβλήματα για την εφαρμογή δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας.

Ιδιαίτερο ρόλο επίσης στην Π.Φ.Υ. διαδραματίζει η πρωτοβάθμια προληπτική παρέμβαση. Η έννοια της πρωτοβάθμιας προληπτικής παρέμβασης απευθύνεται στην πρόληψη της ασθένειας ή του τραυματισμού, όπως για παράδειγμα η πρόληψη από τις μεταδοτικές ασθένειες κατά του ανοσοποιητικού συστήματος και η προστασία του προσωπικού σε επαγγέλματα υψηλού κινδύνου με τη χρήση ασφαλών εξοπλισμού. Παραδείγματα άλλων πρωτοβάθμιων προληπτικών παρεμβάσεων αφορούν επίσης την αγωγή υγείας, τη βελτίωση της διατροφής, αλλά και την κατάλληλη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance, 2003).

Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να τονιστεί ο διαχωρισμός ανάμεσα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Πρωτοβάθμια ιατρική Περίθαλψη, καθώς οι έννοιες αυτές συχνά συγχέονται μεταξύ τους. Όπως αναφέρουν οι Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου και Πολύζος (1995 στον Πιερράκο, 2008) η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά σε υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης με σκοπό την προστασία και την προαγωγή υγείας. Επιπρόσθετα, οι Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (1999 στον Πιερράκο, 2008) επισημαίνουν ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθορίζεται μέσω των προγραμμάτων μιας χώρας ή μιας κοινότητας που απευθύνονται και στον υγιή πληθυσμό της. Η πρωτοβάθμια ιατρική Περίθαλψη, αντίθετα, αποτελεί υποσύνολο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αναφέρεται στη θεραπεία και την αποκατάσταση. Περιλαμβάνει υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα που νοσούν ή έχουν νοσήσει από κάποια νόσο.

1.4 Η έννοια της ποιότητας

Ο Michalos (λχ στους Rootman et al., 2001) αναφέρθηκε περιληπτικά σε δύο διαφορετικές χρήσεις της λέξης ποιότητας. Η πρώτη χρήση της έννοιας της ποιότητας είναι η περιγραφική και η δεύτερη η αξιολογική χρήση. Κάνοντας μια στοχαστική ανάλυση των διαφόρων χρήσεων της, αναφέρει ότι μπορεί να περιγράψει χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως το φύλο, το εισόδημα, η ηλικία κτλ. αποτυπώνοντας έτσι την αξία. Επίσης, αναφέρει ότι βιβλιογραφία σχετικά με τη φύση και την χρήση του όρου είναι σπάνια.

Ο Ishikawa (1985 στην Παπανικολάου, 2007) υποστηρίζει ότι η ποιότητα δεν αναφέρεται μόνο στα προϊόντα, εφαρμόζεται επίσης και στις υπηρεσίες, στους

ανθρώπους, στις διαδικασίες και στο περιβάλλον μέσα από το οποίο παρέχεται. Η ποιότητα είναι μια δυναμική κατάσταση καθώς η έννοια της «μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών» (Παπανικολάου, 2007:28).

Ο Crosby (1980 στην Παπανικολάου, 2007) ορίζει την ποιότητα ως συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις, οι οποίες πρέπει να δηλώνονται ξεκάθαρα. Τόνισε ότι είναι απαραίτητο να γίνονται συνεχώς μετρήσεις, οι οποίες θα καθορίσουν την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις. Η συνεχόμενη μέτρηση παρέχει λεπτομέρειες όσον αφορά την μη-συμμόρφωση, με τρόπο ο οποίος επιτρέπει αντικειμενική αξιολόγηση και διόρθωση. Η αποτυχία της ανταπόκρισης αποτελεί έλλειψη ποιότητας.

Ο Deming (1993 στην Παπανικολάου, 2007) ανέφερε ότι η ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Σύμφωνα με τον ίδιο, η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μεταφράσει τις μελλοντικές ανάγκες του πελάτη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά, ώστε το προϊόν να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του χρήστη. Αυτό δεν είναι εύκολο εξαιτίας της μεταβαλλόμενης κατάστασης. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί, η σπουδαιότητα της συνεχόμενης μέτρησης των προσδοκιών των καταναλωτών. Η ποιότητα έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια τα οποία αλλάζουν διαρκώς και μάλιστα, τα ίδια κριτήρια αξιολογούνται διαφορετικά από τα άτομα. Γι' αυτόν το λόγο, η ποιότητα χαρακτηρίζεται ως μια πολυεπίπεδη έννοια (Παπανικολάου, 2007).

Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012), η ποιότητα είναι επιτυχής όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των άμεσα ενδιαφερόμενων. Επίσης, τόνισαν την αναγκαιότητα ανάπτυξης αρμονικής σχέσης των επαγγελματιών υγείας με τους πελάτες και τις συνεχόμενες μετρήσεις όσο αφορά την ικανοποίηση των ασθενών.

Ο σκοπός της ποιότητας είναι η ευημερία της κοινωνίας. Η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής σημαίνει ότι οι άνθρωποι φτάνουν σε προχωρημένη ηλικία, όπου τα προβλήματα υγείας είναι διαφορετικά. Με την δυνατότητα της επιστήμης, η εμπλοκή του ατόμου στη διαχείριση της υγείας του αποκτά μεγαλύτερη σημασία. Η εμπέδωση της δημοκρατίας έχει φέρει τα δικαιώματα του πολίτη και του αρρώστου στο επίκεντρο της πολιτικής σκηνής και δημιουργεί την υποχρέωση όλων των οικονομικών και κοινωνικών υποσυστημάτων να ανταποκρίνονται στις απαντήσεις ολόένα και περισσότερο. Όλα αυτά, έχουν δημιουργήσει αυξανόμενο ενδιαφέρον για

την κατοχύρωση της έννοιας της ποιότητας στο σύστημα υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών, περιλαμβάνει όλες τις άλλες έννοιες, όπως η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια, η ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς. Στην έννοια της ποιότητας εντάσσεται και η έννοια της ικανοποίησης του πολίτη και της προστασίας του από το υπερβολικό κόστος της περίθαλψης (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

1.4.1 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα της φροντίδας αναφέρεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής (institute of medicine) ως «ο βαθμός με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία και είναι σύμφωνοι με την εξέλιξη της επαγγελματικής γνώσης» (Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance, 2003:198).

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την τεχνική αρτιότητα καθώς επίσης την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών με σκοπό την συνεχιζόμενη φροντίδα του ασθενούς. Αναφέρεται σε μια λειτουργία συνολική, που ξεκινά με ζητήματα που σχετίζονται με την στελέχωση, την διοίκηση και την οργάνωση έως και την κλινική πρακτική. Συνεπάγεται επίσης, την παροχή των καλύτερων διαθέσιμων υπηρεσιών, σε όσους έχουν ανάγκη, η οποία είναι πολύ σημαντικό να συμβαίνει στον (κατάλληλο) χρόνο που πρέπει και με το σωστό τρόπο. Υπό αυτές τις συνθήκες εξασφαλίζεται το βέλτιστο αποτέλεσμα (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Ακόμη, η έννοια της ποιότητας διαφέρει ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες. Από την πλευρά των ασθενών, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί η άμεση πρόσβαση αυτών στις υπηρεσίες που επιθυμούν και είναι καταλληλότερες. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες είναι οι αρμόδιοι που είναι απαραίτητο να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ώστε να μπορούν να παρέχουν στους ασθενείς τις κατάλληλες υπηρεσίες που επιθυμούν και χρειάζονται. Τέλος, από τη σκοπιά της διοίκησης, ποιότητα σημαίνει, να μεν παροχή φροντίδας με αποτελεσματικό τρόπο αλλά και με οικονομικό (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Επιπρόσθετα Ο Donabedian (1980 στην Bowling, 2002:7) «αναφέρει πως η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί σε σχέση με την αποτελεσματικότητα, από

την άποψη ότι βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των ασθενών και ικανοποιεί τα επίπεδα των επαγγελματιών και του κοινού σχετικά με τον τρόπο εξασφάλισης της φροντίδας».

Οι Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance (2003) κάνουν λόγο για την έννοια της ποιότητας της ασφάλειας (quality assurance). Η έννοια της ποιότητας της ασφάλειας (quality assurance) αποτελείται από ασκήσεις που έχουν ως σκοπό να μετρήσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδα υγείας. Αυτή περιλαμβάνει ιατρικές, διοικητικές και λοιπές υπηρεσίες υποστήριξης. Η πρώτη φάση είναι η εκτίμηση της αξίας και η δεύτερη περιλαμβάνει δράσεις που θεραπεύουν κάθε ανεπάρκεια. Με βάση την ιδέα, πως η ποιότητα της φροντίδας υγείας των υπηρεσιών μπορεί να βελτιωθεί και με δεδομένο την προσπάθεια της συνεχιζόμενης βελτίωσης, η ποιότητα της ασφάλειας ενδείκνυται ως μια δυναμική διαδικασία.

Ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη των στόχων της ποιότητας και ο καθορισμός των προτύπων της, αποτελούν τα επιμέρους στοιχεία της διασφάλισης της ποιότητας. Επίσης, σε αυτή περιλαμβάνονται η χρήση δεικτών και η δράση με τη συμμετοχή όλων με σκοπό την παρακολούθησή της. Για την εξασφάλιση δηλαδή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που να ικανοποιεί τις δεδομένες απαιτήσεις της ποιότητας χρειάζονται να διεξαχθούν οργανωμένες και συστηματοποιημένες ενέργειες. Συνεπώς, έχει ευρεία εφαρμογή, αφού καλύπτει όλες τις διαδικασίες της λειτουργίας ενός οργανισμού και αφορά όλα τα εμπλεκόμενα μέλη του προσωπικού. Προϋπόθεση για την πιστοποίηση των υπηρεσιών είναι οι έλεγχοι που γίνονται στο πλαίσιο της διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι, ο σχεδιασμός παρέχει την δυνατότητα κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, την παρακολούθηση και την εκτίμηση της προόδου σε σχέση με τους επιδιωκόμενους στόχους, ενώ η καταγραφή των διαδικασιών συμβάλλει στην πρόβλεψη των αποτελεσμάτων και στην ανάδειξη εκείνων των σημείων που χρειάζονται βελτίωση. Συνεπώς, η διασφάλιση της ποιότητας είναι απαραίτητη προκειμένου να αποτελέσει η ίδια στόχο για τη διαρκή βελτίωσή της (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Σκοπός στόχοι και αρχές της Π.Φ.Υ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ένα ολοκληρωμένο τμήμα του συστήματος υγείας, αλλά και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κάθε χώρας. Είναι η πρώτη επαφή των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και αποτελεί το πρωταρχικό στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας φροντίδων υγείας (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996). Σκοπός της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, όπως αναφέρουν οι Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance (2003:131) «είναι να βελτιώσει και να διατηρήσει την ολική λειτουργική ιδιότητα και την γενική υγεία των ασθενών».

Στο παγκόσμιο συνέδριο της Άλμα – Άτα, το 1978 απ’ όπου αναδύθηκε η ιδεαλιστική Διακήρυξη «Υγεία για Όλους το 2000», εισάγεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. «Η φιλοσοφία της ΠΦΥ στηρίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας σε πλήρη αντίθεση με τη μέχρι τώρα επικρατούσα μηχανιστική προσέγγιση» (Κωλέτση, 1996:139).

Η χώρα, όπως αναφέρει ο Αδαμόπουλος (1992) διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες με συγκεκριμένη έδρα και όρια. Σε καθεμία από τις έδρες αυτές προβλέπεται Διεύθυνση υπηρεσιών υγείας. Στόχο της διεύθυνσης αυτής αποτελεί «η ενίσχυση της αποκέντρωσης των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, έτσι ώστε να αποφεύγεται η γραφειοκρατική δυσλειτουργία, που κατά κανόνα είναι χρονοβόρα, κοπιώδης, δαπανηρή και γενικότερα επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (Αδαμόπουλος, 1992:70). Βασικοί στόχοι της Π.Φ.Υ. είναι η πρόληψη πιθανών διαταραχών της υγείας, η αποτελεσματική και αποδοτική διάγνωση και αντιμετώπιση τους, η βέλτιστη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα ή τελικού σταδίου καθώς και η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας (Φεργαδάκη, 2011).

Στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και η βελτίωση των μεθόδων επικοινωνίας, ώστε τα άτομα να συμμετέχουν στην δική τους προαγωγή υγείας που στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές. Κάθε βασική αρχή μπορεί να προσεγγισθεί και από τη σκοπιά του γενικού προγραμματισμού και από την πλευρά της προσωπικής παροχής υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι τρεις αρχές είναι:

1. Ισότητα στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας και όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

2. Συμμετοχή της κοινότητας και των ατόμων σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία.
3. Ο προγραμματισμός της υγείας να επικεντρώνεται στην πρόληψη για την προαγωγή της υγείας του συνόλου των ατόμων (Κωλέτση, 1996).

Όπως αναφέρει ειδικότερα, ο Πιερράκος (2008:36) η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στοχεύει στην «πρόληψη της ασθένειας», [στη] «διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας», [στην] «αποκατάσταση της υγείας», [στην] «εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού», [στη] «μείωση των ανισοτήτων» [και στην] «παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών». Ο Solberg (1998 στον Πιερράκο, 2008) επίσης, αναφέρει ότι έναν από τους στόχους της Π.Φ.Υ. αποτελεί η ανάπτυξη της προληπτικής Ιατρικής. Αυτό σημαίνει ότι στοχεύει στην καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων ηλικίας και φύλου, καθώς επίσης οικογενειακού ιστορικού, στη συνεχή παρακολούθηση και εκτίμηση των υπηρεσιών που ο ασθενής χρειάζεται κατά τη διάρκεια επίσκεψής του στο κέντρο υγείας και επιπλέον, στη σταθερή καταγραφή παρεχόμενων υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, προκειμένου να εντοπίζονται οι κίνδυνοι υγείας στο περιβάλλον του ανθρώπου και άρα να εξασφαλίζεται έτσι η ενίσχυση και προαγωγή του επιπέδου υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης οι στόχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η βελτίωση, η προστασία και η διατήρηση της υγείας της κοινότητας και άρα οι υπηρεσίες φροντίδας θα πρέπει να απευθύνονται στο σύνολο της κοινότητας (Πιερράκος, 2008).

Στη συνέχεια, η Διακήρυξη της Alma Ata προσδιορίζει με σαφήνεια την νέα φιλοσοφία για την υγεία, διατυπώνοντας επακριβώς τα πεδία ενσωμάτωσης και ανάπτυξης της σε μια νέα πολιτική. Ο στόχος της συγκεκριμένης πολιτικής, επικεντρώνεται στην επίτευξη του επιπέδου υγείας για όλους τους πολίτες, που θα του επιτρέπει να διάγουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή. Προϋπόθεση αυτού του στόχου αποτελεί η ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας με οργανωτικό πυρήνα την Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma Ata, η Π.Φ.Υ μπορεί να εξασφαλίσει βασικές εγκαταστάσεις υγιεινής, υποδομές υγιεινής ύδρευσης, προϋποθέσεις σωστής διατροφής, φαρμακευτική αγωγή και παροχή κατάλληλης θεραπείας για την αντιμετώπιση κοινών νόσων και τραυματισμών, την υγειονομική περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού. Επίσης παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη ως προς τα θέματα του οικογενειακού προγραμματισμού, τον

εμβολιασμό για τα πιο σοβαρά λοιμώδη νοσήματα, την πρόληψη και καταπολέμηση τοπικών ενδημικών νόσων αλλά και την διαφώτιση του πληθυσμού πάνω σε σημαντικά θέματα υγείας (Μωραΐτης, κ.α. 1995).

2.2 Το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Π.Φ.Υ. είναι μια έννοια που συγκροτεί ένα νέο κοινωνικό ρεύμα για την οικοδόμηση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής και μιας νέας κουλτούρας της υγείας. (Μωραΐτης κ.α., 1995).

Οι ορισμοί της Π.Φ.Υ δείχνουν πως η διατήρηση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας, επιτυγχάνονται καλύτερα μέσα από την Π.Φ.Υ. Οι μονάδες της πρωτοβάθμιας αποτελούν το επίκεντρο του συστήματος υγείας καθώς βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων. Κατέχουν μια στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Η Π.Φ.Υ εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο επίπεδο της κοινότητας (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001).

Η Π.Φ.Υ τροποποιεί την αντίληψη που έχει καθιερωθεί σχετικά με την υγεία και την αρρώστια, την οργάνωση και λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας με πολιτισμικές και πολιτικές επιπτώσεις και δεν δίνει έμφαση μόνο στους τομείς της πρόληψης και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης γενικότερα. Η στρατηγική της Π.Φ.Υ επιδρά επίσης στο γενικότερο σχεδιασμό της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης μιας χώρας, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η βιομηχανία, η γεωργία, το περιβάλλον, κ.α (Μωραΐτης κ.α., 1985).

Ο Αδαμόπουλος (1992) αναφέρει ότι σαφείς πολιτικές σε όλα τα Κράτη – Μέλη θα θεμελιώναν το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, βασισμένο στην αρχή: όσο το δυνατόν περισσότερες υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, υπηρεσίες πρόνοιας και δραστηριότητες, θα ήταν δυνατό να παρέχονται έξω από τα Νοσοκομεία και τα άλλα ιδρύματα.

Η Π.Φ.Υ παρέχει υπηρεσίες προαγωγής πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας όπως προαναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο και βασίζεται σε μεθόδους και τεχνολογίες που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές ως προς την κοινότητα. Η έννοιά της

περικλείει δραστηριότητες που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής. Αυτές οι προληπτικές δραστηριότητες έχουν ως στόχο να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης, να μειώσουν κατ' επέκταση τη νοσηρότητα και να αλλάξουν τον τρόπο συμπεριφοράς των ατόμων και να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Πιερράκος, 2008).

Οι υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας θα πρέπει να συνεργάζονται στενά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με σκοπό την αντιμετώπιση πολλών καταστάσεων όπου οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία τους. Οι φτωχοί, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες που είναι πιο ευάλωτοι χρειάζονται φροντίδα πέραν της διάγνωσης και της φαρμακευτικής θεραπείας. Επίσης, υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης, αποκατάστασης και επανένταξης χρειάζονται και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ψυχικά ασθενείς και χρονίως πάσχοντες (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996). Μετά την ύφεση της οξείας νόσου του ατόμου, η Π.Φ.Υ παρεμβαίνει για την αποκατάσταση του ίδιου, με σκοπό να καλύψει όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του, μέχρι να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο ως ενεργό μέλος.

Η διακήρυξη της Alma – Ata το 1978 καθόρισε το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναφέροντας ότι είναι αναπόσπαστο μέρος τόσο του υγειονομικού συστήματος της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας σε όλη την έκταση της. Επίσης, προσφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας (Δαρβίρη, 2001) και (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996). Σύμφωνα με αυτή, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ασχολείται με τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας, εξασφαλίζει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας. Επίσης, είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και συνιστά τη βασική προϋπόθεση εξασφάλισης συνεχιζόμενης θεραπείας. Επιπλέον, είναι ένα κομμάτι του ΕΣΥ και αποτελεί την κεντρική λειτουργία του συστήματος περίθαλψης, ενθαρρύνει και προάγει τη συμμετοχή κάθε φορέα της κοινότητας τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών Υγείας, εξασφαλίζοντας επίπεδο υγείας που επιτρέπει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπως επιπρόσθετα αναφέρουν οι Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (1999 στον Πιερράκο, 2008) αφορά σε αποκεντρωμένες κυρίως υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας και απαιτούν την ενεργητική συμμετοχή όλης της κοινότητας που συντελούν στη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η πολιτεία υποχρεούται να εξασφαλίσει την παροχή των υπηρεσιών αυτών στο κοινωνικό σύνολο, αλλά και σε κάθε άτομο ξεχωριστά, καθώς επίσης οι ίδιοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν εξίσου την απαίτηση για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίες μάλιστα θα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας (Αδαμόπουλος, 1992). Η συνεχόμενη φροντίδα, η χρήση, δηλαδή, των παρεχόμενων υπηρεσιών όλο το 24ωρο από τους πολίτες αποτελούν τις βασικές αρχές της λειτουργίας ενός σύγχρονου πρωτοβάθμιου συστήματος, ώστε να αντιμετωπίζεται κάθε κοινό πρόβλημα υγείας σε τοπικό επίπεδο και να υπάρχουν τα αναγκαία διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα, αποφεύγοντας έτσι την μη αναγκαία προσφυγή σε νοσοκομειακή μονάδα (Μωραΐτης κ.α., 1995).

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί μέρος όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, αλλά και της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας κοινότητας. «Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων με το σύστημα υγείας αφού φέρνει τη φροντίδα για την υγεία πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών. Αντανακλά τα οικονομικά, κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά μιας χώρας και των κοινοτήτων της» (Πιερράκος, 2008:30). Επιπλέον, συμβάλλει στον έλεγχο ροής των ασθενών στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και των δαπανών υγείας, καθώς επίσης, στον ορθολογικό σχεδιασμό των νοσοκομειακών δομών, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο από τους Λιονή και Μερκούρη (2000 στον Πιερράκο, 2008).

Στις δραστηριότητές της περιλαμβάνονται κυρίως:

- Εκπαίδευση σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας τους
- Προώθηση της σωστής διατροφής
- Παροχή μέτρων βασικής υγιεινής
- Φροντίδα για τη μητέρα και το παιδί και άλλων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- Εμβολιασμός

- Πρόληψη και την καταπολέμηση ασθενειών
- Κατάλληλη θεραπεία και χορήγηση φαρμάκων (Πιερράκος, 2008:30).

Συνοψίζοντας, τα κύρια χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι: 1. **Είναι προσιτές σε όλους** και όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σε αυτές, 2. **Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή** των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, 3. **Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη** και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία, 4. **Χρησιμοποιείται** η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές, και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων κάθε κοινότητας. όλα αυτά πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα τα χρησιμοποιήσουν στην άσκηση του έργου τους όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδας. 5. **Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή αυτής** σε συνεργασία με άλλους τομείς όπως η εκπαίδευση, η δημόσια διοίκηση, οι δημοτικές υπηρεσίες, κ.λ.π που είναι επίσης απαραίτητοι για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού.

2.3 Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

2.3.1 *Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα*

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από:

- τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων,
- τα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών,
- τις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ,
- τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία
- τα Αγροτικά Ιατρεία
- τα Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας

τις Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν, εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια

τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας

τις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης

τις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας

τους Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού και Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός

τα εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, στα ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και στους κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές (Φ.Ε.Κ. 3054/2012).

το δυναμικό των Ασφαλιστικών Ταμείων

τα προγράμματα Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ο Παπουτσής (2007) αναφέρθηκε στα προγράμματα Τοπικής Αυτοδιοίκησης που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση λαμβάνει ολοένα και ενεργότερο ρόλο στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι».

μη Κυβερνητικές - Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις οι οποίες χρηματοδοτούνται βασικά από δωρεές και εξυπηρετούν στα πολυϊατρεία τους κυρίως μετανάστες και πρόσφυγες (Παπουτσής, 2007).

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με το νέο σχέδιο νόμου δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ., οι οποίες παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση (Σχέδιο Νόμου για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας, 2014).

Σύμφωνα με τον Fry (1980 στους Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη, 2001) η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να παρέχει βασικές υπηρεσίες ατομικής και συλλογικής πρόληψης, συνολικής θεραπείας απλών περιπτώσεων, αρχικής θεραπείας σοβαρών περιπτώσεων και Πρώτων Βοηθειών. Ακόμα, θα πρέπει να περιλαμβάνει αφενός προγράμματα αγωγής υγείας, εμβολιασμών περιβαλλοντικής και εργασιακής υγιεινής με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη και αφετέρου προγράμματα έγκαιρης

διάγνωσης σοβαρών νοσημάτων με προσυμπτωματικό έλεγχο με σκοπό τη δευτερογενή πρόληψη (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

Επιπλέον, είναι απαραίτητη και η παροχή των παρακάτω υπηρεσιών:

1. Εκπαιδευτικά προγράμματα
2. Νοσηλεία στο σπίτι
3. Διακομιδή ασθενών
4. Οδοντιατρικές υπηρεσίες
5. Επιδημιολογική έρευνα
6. Σχολική υγιεινή
7. Οικογενειακός προγραμματισμός
8. Κοινωνικές/κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας
9. Παροχή φαρμάκων
10. Εργασιακή υγιεινή
11. Σύντομη νοσηλεία (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001)

2.3.2 Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες

Ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ποικίλει ανάμεσα σε διάφορες χώρες. Από το συνέδριο της Alma Ata το 1978 μέχρι το 1990, σημειώθηκε μια απόκλιση των συστημάτων υγείας ανάμεσα στις περιοχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας της Ευρώπης.

Αυτό είχε ως συνέπεια τον διαχωρισμό των χωρών α) σε βορειοδυτικές, με σύγχρονη υψηλή ιατρική τεχνολογία, επικράτηση του ιδιωτικού ιατρείου και με συστήματα που χρηματοδοτούνται από φορείς ή την ασφάλιση, β) σε νότιες, με συστήματα προσανατολισμένα στην κοινωνική ασφάλιση και γ) σε σοσιαλιστικές χώρες με κρατικά και ελεγχόμενα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Τσουρούλας, 2011).

Στις βόρειες χώρες της Ευρώπης η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι θετική και προσεγγίζει σε μεγάλο βαθμό τις απόψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και γενικότερα του τεχνολογικά αναπτυγμένου κόσμου. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σ' αυτές τις χώρες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ξεχωριστό αντικείμενο της Προπτυχιακής Εκπαίδευσης. Αντίθετα, στις χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης, στις οποίες εντάσσεται και η Ελλάδα, προσεγγίζουν το θεσμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με βραδύ ρυθμό. Έτσι, και η Ελλάδα λόγω της

γεωγραφικής θέσης ακολουθεί την νοοτροπία, τη στάση και τις αντιλήψεις του χώρου στον οποίο ανήκει (Αδαμόπουλος, 1992).

Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρει ο Kohn (1983 στον Ζηλίδη, 1989:295) το σύστημα υγείας των χωρών της ανατολικής Ευρώπης «είναι οργανωμένο σε διαδοχικά επίπεδα υπηρεσιών και γεωγραφικών χωρών». Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε αγροτικές και αστικές περιοχές και δίνεται έμφαση κυρίως στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Αντιθέτως, στις δυτικές χώρες της Ευρώπης, οι οποίες έχουν εθνικό σύστημα υγείας, η Π.Φ.Υ. διαφοροποιείται με βάση τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας. Η διαφοροποίηση αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη σε χώρες που δεν έχουν εθνικό σύστημα υγείας. Έτσι, οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. δεν παρουσιάζουν ομοιομορφία ούτε είναι ισότιμα κατανομημένες (Ζηλίδης, 1989).

Σε γενικότερο πλαίσιο η οργάνωση της Π.Φ.Υ. εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα κάθε χώρας, τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό και τα δημογραφικά στοιχεία κάθε τόπου. Παρακάτω, παρουσιάζεται ενδεικτικά η οργάνωση της Π.Φ.Υ. σε κάποιες χώρες της Ευρώπης (Ζηλίδης, 1989).

Ρουμανία

Πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού της Ρουμανίας κατοικεί σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές. Διαθέτει εθνικό σύστημα υγείας που καλύπτει την ανοικτή και κλειστή περίθαλψη και είναι οργανωμένο σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο. Βασική μονάδα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αποτελεί η Πολυκλινική. Κάθε χώρα διαθέτει μία Πολυκλινική, στην οποία παρέχονται γενικές και ειδικές ιατρικές υπηρεσίες (Ζηλίδης, 1989). Οι κάτοικοι των αστικών περιοχών καλύπτονται άμεσα από τις Πολυκλινικές, ενώ ο αγροτικός πληθυσμός παραπέμπεται σ' αυτές όταν προκύπτει ανάγκη. Στις αγροτικές κοινότητες η ιατρική περίθαλψη καλύπτεται από τα αγροτικά Ιατρεία, που υπάρχουν σε κάθε κοινότητα, οι οποίες όταν έχουν μεγάλο πληθυσμό διαθέτουν πάνω από ένα αγροτικό ιατρείο.

Ιδιαίτερη βαρύτητα στο έργο των γιατρών που στελεχώνουν τα αγροτικά ιατρεία αποτελεί η άσκηση της προληπτικής ιατρικής. Η παροχή ειδικών ιατρικών υπηρεσιών και εργαστηριακών εξετάσεων εξασφαλίζεται από τη συνεργασία των αγροτικών γιατρών με την Πολυκλινική και το Νοσοκομείο κάθε περιοχής (Ζηλίδης, 1989). Σύμφωνα με τον Kaser (1976 στον Ζηλίδη, 1989) σε κάποιες περιοχές, των οποίων το μέγεθος του πληθυσμού δεν επιτρέπει την ίδρυση αγροτικού ιατρείου υπάρχει ένας σταθμός “feldsher”, όπου παρέχονται βασικές υγειονομικές υπηρεσίες.

Μεγάλη Βρετανία

«Η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης βασίζεται στο θεσμό του γενικού ή οικογενειακού γιατρού» (Ζηλίδης, 1989:300). «Κάθε μονάδα που παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη χώρα αυτή είναι οριοθετημένη από ορισμένες αρχές που τις καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1948» (Αδαμόπουλος, 1992). Έτσι, οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν ελεύθερα το γενικό γιατρό που εκείνοι επιθυμούν και ο γιατρός στη συνέχεια έχει το δικαίωμα να δεχθεί ή όχι το συγκεκριμένο άτομο. Ο γιατρός παρέχει γενικές ιατρικές υπηρεσίες στους ασθενείς σε 24ωρη βάση είτε στο χώρο του ιατρείου είτε στο χώρο κατοικίας τους (Ζηλίδης, 1989).

Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται επίσης από τα Κέντρα Υγείας, των οποίων η μορφή διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Τέτοιες υπηρεσίες είναι για παράδειγμα, ιατρικές, οδοντιατρικές, νοσηλευτικές και κοινωνικές, φαρμακευτική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία, εργαστηριακές εξετάσεις και προληπτική ιατρική. Οι Κοην, Αποστόλου και Μωραΐτης (1983 στον Ζηλίδη, 1989) αναφέρουν ότι σε περιπτώσεις όπου θεωρείται απαραίτητη η πραγματοποίηση ειδικών ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων οι ασθενείς παραπέμπονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Το μόνο ειδικό πρόβλημα που εμφανίζεται σε ορισμένες αγροτικές περιοχές είναι η έλλειψη επαρκούς αριθμού γενικών γιατρών, λόγω της επιλογής εγκατάστασής τους από τους ίδιους. Η έλλειψη αυτή, γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπιστεί από την εθνική υπηρεσία υγείας προσφέροντας από τη μία οικονομικά οφέλη στους γιατρούς που επιλέγουν να εργαστούν σε αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές και στη μη χορήγηση αδειών σε νέους γιατρούς από την άλλη να εγκατασταθούν σε περιοχές, όπου δεν υπάρχει ανάγκη για περισσότερους γιατρούς.

Φιλανδία

Η Φιλανδία αποτελεί μία από τις πιο αραιοκατοικημένες χώρες της Ευρώπης λόγω της πολύ μεγάλης έκτασης που έχει σε αντίθεση με το μικρό πληθυσμό της. Ομοίως με τις προηγούμενες χώρες διαθέτει εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο καλύπτει τον πληθυσμό ολόκληρης της χώρας. Βασικό χαρακτηριστικό του αποτελεί η αποκέντρωση των υπηρεσιών, των ευθυνών και των αρμοδιοτήτων της διοίκησης της χώρας.

Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προσφέρονται κατά κύριο λόγο στα κέντρα υγείας. Βασικό κριτήριο για την ίδρυση κέντρου υγείας σε μία περιοχή

αποτελεί ο αριθμός των κατοίκων, ο οποίος έχει καθοριστεί στους 10.000-15.000 κατοίκους. Ωστόσο, σε πολύ αραιοκατοικημένες περιοχές το όριο μπορεί να είναι μικρότερο, προκειμένου να αποφεύγονται οι μεγάλες μετακινήσεις του πληθυσμού. Κάθε κοινότητα, της οποίας ο πληθυσμός είναι μέσα στο καθορισμένο όριο ιδρύει δικό της κέντρο υγείας, ενώ όσες έχουν μικρότερο αριθμό κατοίκων ενώνονται με άλλες γειτονικές και οργανώνουν από κοινού κέντρο υγείας.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα κέντρα υγείας είναι ιατρικές υπηρεσίες στο ιατρείο ή κατ' οίκον, κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, κλειστή νοσηλεία σε περιπτώσεις παθήσεων μέσης βαρύτητας, χρόνιων ασθενών και ασθενών υπό παρακολούθηση, συστηματική παρακολούθηση εγκύων, μητέρων και βρεφών με σκοπό την προστασία της μητρότητας και του παιδιού, οικογενειακός προγραμματισμός, εμβολιασμοί, οδοντιατρική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία, σχολική ιατρική, προληπτικοί έλεγχοι σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά και προαγωγή υγείας σε τομείς όπως η διατροφή, ο αλκοολισμός και το κάπνισμα (Ζηλίδης, 1989).

Η χώρα, επίσης, διαθέτει επαρκές ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό, αλλά και προσωπικό άλλων επαγγελματιών υγείας (Λογοθεραπευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Ψυχολόγοι κ.α.), των οποίων ο αριθμός είναι ανάλογος του πληθυσμού σε κάθε κέντρο υγείας. Διαθέτει επίσης, ένα καλά οργανωμένο σύστημα παραπομπής των ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων για την παροχή ειδικών ιατρικών υπηρεσιών. Έτσι, το μοντέλο οργάνωσης της Π.Φ.Υ. της Φιλανδίας αποτελεί πρότυπο ισότιμης υγειονομικής ανάπτυξης για τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς εξασφαλίζει την ομοιόμορφη κάλυψη όλου του πληθυσμού ανεξάρτητα από την περιοχή που κατοικεί, την αποκέντρωση των υπηρεσιών και υψηλό βαθμό ανάπτυξης των υπηρεσιών (Ζηλίδης, 1989).

Γαλλία

Το Σύστημα Υγείας στην Γαλλία παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από δύο διαφορετικούς φορείς. Στην πρώτη περίπτωση ανήκουν όλα τα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και όλα σχεδόν τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, ενώ στην δεύτερη περιλαμβάνεται το σύνολο των γιατρών Γενικής Ιατρικής και άλλων ειδικοτήτων που ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα (Αδαμόπουλος, 1992). Έτσι, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Γαλλία βασίζεται στην ελεύθερη αγορά των ιατρικών υπηρεσιών. Ο ασθενής, δηλαδή απευθύνεται με δική του

πρωτοβουλία σε όποιο γιατρό θέλει, τον οποίο πληρώνει για την επίσκεψη και στη συνέχεια εισπράττει το αντίτιμο που κατέβαλε από τον ασφαλιστικό φορέα που ανήκει. Στις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να εξυπηρετηθεί κάθε άτομο, ακόμη κι ένας επισκέπτης, πολίτης της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας, που έχει ανάγκη ιατρικής περίθαλψης (Αδαμόπουλος, 1992). Ωστόσο, υπάρχουν κάποια ιατρικά κέντρα οργανωμένα από τους ασφαλιστικούς φορείς, την τοπική αυτοδιοίκηση και ιδιώτες γιατρούς που παρέχουν οργανωμένα υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

Όσον αφορά στις αγροτικές περιοχές της χώρας, οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται με τον ίδιο τρόπο, όμως, αυτές αντιμετωπίζουν σημαντική έλλειψη γιατρών λόγω της κακής κατανομής του ιατρικού προσωπικού και άρα οι κάτοικοι δεν εξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό (Ζηλίδης, 1989). Ωστόσο, υπάρχει μία μόνο υπηρεσία για την άμεση παροχή υπηρεσιών πρόληψης σε αγρότες, η «Mutualité Sociale Agricole», η οποία περιλαμβάνει υπηρεσία προληπτικής ιατρικής και υπηρεσία ιατρικής της αγροτικής εργασίας. Η υπηρεσία προληπτικής ιατρικής εφαρμόζει προληπτικές εξετάσεις κάθε 5 χρόνια σε όλους τους ασφαλισμένους 16-65 ετών, από τους οποίους σε όσους διαγιγνώσκεται κάποιο πρόβλημα υγείας συμμετέχουν στη συνέχεια, στην κλινική φάση. Όσον αφορά στην υπηρεσία της αγροτικής εργασίας, πραγματοποιείται εποπτεία στους χώρους της αγροτικής εργασίας από γιατρό εργασίας, ο οποίος προτείνει μέτρα υγειονομικής προστασίας. Ο ανεπαρκής αριθμός του προσωπικού όμως στις υπηρεσίες αυτές και ο τρόπος διεξαγωγής των εξετάσεων έχει ως αποτέλεσμα να μην προσφέρεται τελικά κάτι ουσιαστικό στην προστασία και προαγωγή της υγείας των αγροτών (Ζηλίδης, 1989).

Ισπανία

Σύμφωνα με τον Αδαμόπουλο (1992), το Ισπανικό σύστημα υγείας έχει πολλές ιδιομορφίες σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Συνυπάρχουν τρία συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, α)το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, β)το Αμοιβαίο Ασφαλιστικό Σύστημα και γ)το Ιδιωτικό Σύστημα. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει το 99% του πληθυσμού και παρέχει υπηρεσίες από Γενικό γιατρό ή Οικογενειακό γιατρό, Παιδίατρο και νοσηλευτικό προσωπικό σε πρωτοβάθμια κέντρα φροντίδας. Επίσης, η ιατρική εξέταση είναι εντελώς δωρεάν και ο γιατρός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μπορεί να παραπέμψει μετά την εξέταση και εφόσον κρίνεται απαραίτητο, τον ασθενή σε ειδικό γιατρό ή στο νοσοκομείο. Στο αμοιβαίο ασφαλιστικό σύστημα τα μέλη καταβάλλουν μηνιαία ή ετήσια συνδρομή

και ταυτόχρονα μπορούν να είναι ασφαλισμένα και στην κοινωνική ασφάλιση. Στο ιδιωτικό σύστημα εισέρχονται λιγότεροι ασθενείς σε σχέση με τα άλλα δύο, οι οποίοι πληρώνουν αμέσως το γιατρό.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από δίκτυα που συνυπάρχουν: ένα δημόσιο ολοκληρωμένο σύστημα με δικές του εγκαταστάσεις (τα Κ.Υ) και προσωπικό καθώς οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτό προσλαμβάνονται με διαδικασίες εξετάσεων και πληρώνονται με μισθό και το παλαιότερο σύστημα που βασίζεται σε γενικούς γιατρούς που ασκούν το έργο τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice) που λειτουργούν για κάποιες ώρες την ημέρα και αποζημιώνονται βάσει των εγγεγραμμένων πολιτών στη λίστα τους. Υπάρχουν βέβαια και οργανωμένες μονάδες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως αναφέρεται στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1980 στον Ζηλίδη, 1989) από τις οποίες πιο σημαντικές αποτελούν τα κέντρα πρώτων βοηθειών και βρίσκονται στις μεγάλες πόλεις της χώρας. (όπως και στην Ελλάδα που υιοθετούν πρωτοποριακά μεταρρυθμιστικά μέτρα, ενσωματώνοντας των αρχών της Π.Φ.Υ στο ξεκίνημα των νέων συστημάτων υγείας). Συμπερασματικά, οι υπηρεσίες υγείας στην Ισπανία δεν προκύπτουν από ενιαίο σχεδιασμό και παρουσιάζουν ανομοιομορφία σε οργανωτικό επίπεδο. Οι σύγχρονες τάσεις για ενιαία οργάνωση της Π.Φ.Υ. βασιζόμενη στα Κέντρα Υγείας και την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας από την ομάδα υγείας δεν έχουν επηρεάσει μέχρι τώρα την υγειονομική δομή της χώρας, συνεπώς αυτή συνεχίζει να βασίζεται σε παραδοσιακά πρότυπα (Ζηλίδης, 1989).

Πορτογαλία

Το δημόσιο σύστημα παροχής ΠΦΥ στηρίζεται στην οργανωτική δομή των Κέντρων Υγείας που χρηματοδοτούνται από το κράτος . Το υγειονομικό προσωπικό των ΚΥ αποτελείται από γενικούς γιατρούς, και νοσοκόμες που αποζημιώνονται με μηνιαίο μισθό. Επίσης παρέχεται και ένα περιορισμένο εύρος υπηρεσιών από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως γυναικολόγους, παιδιάτρους, δερματολόγους και ψυχιάτρους. Υπεύθυνοι για την παροχή Π.Φ.Υ είναι οι γενικοί γιατροί σε ενήλικες και ηλικιωμένους. Επίσης παρέχουν φροντίδα για το παιδί και την μητέρα ,καθώς συμβουλευτική και καθοδήγηση οικογενειακού προγραμματισμού. Τέλος δίδονται προληπτικές υπηρεσίες και πρώτες βοήθειες (Τσεκούρα, 2003).

Γερμανία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία και ασκούν την ιατρική μεμονωμένα. Οι πολίτες είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τον φορέα παροχής υπηρεσιών σχετικά με το πρωτοβάθμιο επίπεδο. Τέλος μπορούν να επιλέξουν όποιον οικογενειακό γιατρό θέλουν, που είναι βέβαια συμβεβλημένος με το ταμείο τους και να τον κρατήσουν για ένα χρόνο. Παράλληλα μπορούν να επισκέπτονται όποιον άλλο γιατρό επιθυμούν. Παρόλο που το σύστημα Π.Φ.Υ θεωρείται επιτυχημένο διότι διασφαλίζει την ελεύθερη επιλογή του χρήστη να επιλέξει την ιατρική του φροντίδα, ο υποβαθμισμένος ρόλος των γενικών γιατρών είναι μια σοβαρή αδυναμία που απασχολεί εκείνους που παίρνουν τις αποφάσεις για τους φορείς (Τσεκούρα, 2003).

Ιταλία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς(ιδιώτες) και οι πολίτες είναι ελεύθεροι να επιλέξουν όποιον γιατρό επιθυμούν αρκεί ο κάθε γιατρός να μην ξεπερνά τα 1800 άτομα. Υπεύθυνοι για την αξιολόγηση των ασθενών και την παραπομπή τους σε άλλους φορείς υπηρεσιών, είναι οι γιατροί (Τσεκούρα, 2003).

2.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών και η διεπιστημονική συνεργασία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό που συνθέτει την ομάδα εργασίας στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο γιατρός κατά κύριο λόγο αποτελεί τον πυρήνα της, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υποτιμάται ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών. Μεταξύ των μελών της ομάδας αυτής σημαντική είναι η αρμονική συνεργασία για την επίτευξη του κοινού σκοπού, η καλύτερη, δηλαδή, δυνατή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας (Αδαμόπουλος, 1992).

Από την πλευρά του Γιατρού, έτσι, αναμένεται να είναι «ικανός παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλής στάθμης και οι οποίες να αφορούν στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, στην ολοκλήρωση των υπηρεσιών από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα στο Νοσοκομείο, στην επείγουσα Ιατρική και εκτός του Ιατρείου, του Κέντρου Υγείας» [και] «του Νοσοκομείου» (Αδαμόπουλος, 1992:81). Παραδείγματα των υπηρεσιών αυτών αποτελούν η προαγωγή της υγείας, η αγωγή

υγείας, η πρόληψη των συχνότερων τουλάχιστον παραγόντων νοσηρότητας και θνησιμότητας, η αποκατάσταση του ασθενούς μετά την ύφεση της νόσου, η αντιμετώπιση συνήθων προβλημάτων δημόσιας υγείας, η ιεράρχηση των προβλημάτων αυτών με προτεραιότητα στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, ο προγραμματισμός, διοργάνωση και εφαρμογή ερευνητικών προγραμμάτων που είναι δυνατό να υλοποιηθούν στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στη συγγραφή και παρουσίαση ερευνητικού έργου, καθώς επίσης η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση (Αδαμόπουλος, 1992).

Ο κοινωνικός λειτουργός στις υπηρεσίες υγείας συμβάλει στη θεραπεία του αρρώστου. «Με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και να δώσει στο γιατρό και στο νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν μια πληρέστερη εικόνα για την κοινωνική, οικονομική, οικογενειακή κατάσταση του ασθενή» (Σταθόπουλος, 2005:300). Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας συλλέγει πληροφορίες και παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή στους υπόλοιπους επαγγελματίες, από την οποία αποτελείται η ομάδα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, καλείται να αξιοποιήσει πόρους και να συνεργαστεί με φορείς της κοινότητας για τη δημιουργία ειδικών προγραμμάτων, όπως για παράδειγμα κατασκηνώσεις για ασθενείς με μια συγκεκριμένη πάθηση (Σταθόπουλος, 2005).

Επιπλέον συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες όπως νοσοκόμους, διατροφολόγους, παθολόγους κτλ. και όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας εστιάζουν στην πρόληψη σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα, ο Κοινωνικός Λειτουργός, εκτός από την έμφαση που δίνει στην πρόληψη, προσδιορίζει επίσης, τις ανάγκες των ηλικιωμένων, των οικογενειών, της γειτονιάς καθώς και των κοινοτήτων. Ακόμα, παρεμβαίνει ώστε να υποστηρίξει τους εξυπηρετούμενους να εντοπίσουν τις ανάγκες τους και να κάνουν αλλαγές στη συμπεριφορά τους και στις διάφορες καταστάσεις της ζωής τους, προκειμένου να βελτιώσουν την υγεία τους και την ευημερία τους και να προλάβουν τα μελλοντικά προβλήματα. Μέσα από την εφαρμογή της μεθόδου της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδες, οργανώνει ομάδες ασθενών με την ίδια πάθηση, όπου οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν προβληματισμούς, φόβους και συναισθήματα γύρω από την ασθένεια με σκοπό τα άτομα να βοηθηθούν ως προς την καλύτερη αντιμετώπισή της (Σταθόπουλος, 2005).

Η λειτουργία της ομάδας "υγείας" σε κοινοτικό επίπεδο, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την επίτευξη των στόχων που θέτει η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ, καθώς έχει καθοριστικό ρόλο για την εκτίμηση και παρακολούθηση της κατάστασης υγείας του τοπικού πληθυσμού και στον προσδιορισμό των προβλημάτων υγείας που αυτός αντιμετωπίζει (Λιονής-Κουτής 1995). Επιπλέον είναι σημαντική, καθώς μπορεί να καταγράψει επιδημιολογικά δεδομένα και δημογραφικά σε τοπικό επίπεδο. Έτσι λοιπόν, συμμετέχει στον προσδιορισμό τοπικών πολιτικών υγείας, διότι είναι σε θέση να εκτιμά τις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες της κοινότητας. Τέλος, σημαντικό είναι και το έργο που προσφέρει στα ζητήματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας μέσα από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και την εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων (Μπένος, 1995). Σημαντικό στοιχείο για την ομάδα, είναι ο διεπιστημονικός χαρακτήρας της. Τα μέλη συνεργάζονται και κατανέμουν σαφείς ρόλους και αρμοδιότητες, έτσι ώστε κάθε επαγγελματίας να συνεισφέρει ανάλογα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες του (Φιλαλήτης, 1996). Η διεπιστημονική ομάδα σχεδιάζει σύμφωνα με τα δεδομένα των μελετών αυτών και προχωρά τοποθετώντας τα βήματα για την παρέμβαση. Αξιολογεί τη διαδικασία και τα αποτελέσματα για να μπορέσει να επαναπροσδιορίσει να εξελίξει να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών (Ζαϊμάκης, 2009).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός ειδικότερα, συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας για τον σχεδιασμό, συντονισμό και υλοποίηση προγραμμάτων Πανταζάκας και Μέντης, 2002). Συμμετέχει, μαζί με άλλους επιστήμονες στο σχεδιασμό κοινοτικών παρεμβάσεων και κοινοτικών προγραμμάτων. Διαχειρίζεται οικονομικούς πόρους, τους οποίους εξασφαλίζει από διάφορους φορείς, όπως για παράδειγμα κρατικές υπηρεσίες, κοινοτικές οργανώσεις και ιδιωτικές επιχειρήσεις, ενώ συχνά αναλαμβάνει τη διαχείριση και το συντονισμό του ανθρώπινου δυναμικού (Ζαϊμάκης, 2009). Στο πλαίσιο προγραμμάτων κοινοτικής παρέμβασης ως αξιολογητής αναγκών ο Κοινωνικός Λειτουργός διερευνά τα προβλήματα και τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινότητας προκειμένου να εκτιμήσει τις ανάγκες της, αξιολογεί τα αποτελέσματα των κοινοτικών παρεμβάσεων και πρωτοβουλιών σε συνεργασία με άλλους εμπειρογνώμονες, καθώς επίσης συντάσσει σχετικές εκθέσεις και εργασίες (Ζαϊμάκης, 2009). Η Π.Φ.Υ, συνεπώς, απαντά άμεσα στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Αναγκαιότητα της αξιολόγησης

Με τον όρο αξιολόγηση νοείται η εκτίμηση του βαθμού επίτευξης προσχεδιασμένων και προκαθορισμένων σκοπών και στόχων με ένα συστηματικό τρόπο και σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ως αντικειμενικό σκοπό έχει την επιβεβαίωση της επίτευξης των στόχων αυτών, καθώς και των μέσων και των διεργασιών που χρησιμοποιούνται για αυτή (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2008). Η αξιολόγηση σύμφωνα με τον Show (1980 στην Bowling, 2002:9) «είναι μια χρήση επιστημονικής μεθόδου. Είναι η συστηματική συλλογή των δεδομένων της έρευνας της εκτίμησης, της αποτελεσματικότητας των οργανισμών, των υπηρεσιών και των προγραμμάτων (π.χ. υπηρεσίες υγείας παρέμβασης), κατορθώνοντας αντικειμενικούς στόχους».

Υπάρχουν διάφορα είδη αξιολόγησης, αναφορικά ο Ιατρίδης (2000 στο Ζαϊμάκη, 2011) κάνει λόγο για την ενδυναμωτική και την συμμετοχική αξιολόγηση που σχετίζεται με τις κινήσεις κοινωνικής μεταρρύθμισης ενάντια στην κοινωνικοοικονομική καταπίεση και τάσσεται υπέρ της «κοινωνικής δικαιοσύνης και της αναδόμησης της κοινωνικής οικονομίας», δηλαδή αξιών με τις οποίες είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας.

Η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελεί σημαντικό μέρος του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας, καθώς συμβάλλει στον εντοπισμό τυχόν αδυναμιών, ελλείψεων και προβλημάτων της υπηρεσίας και αντιμετώπισής τους στη συνέχεια (Τούντας, 2008). Όπως επισημαίνει και η Bowling (2002) η αξιολόγηση είναι το κέντρο της έρευνας και του ελέγχου των υπηρεσιών υγείας. Είναι κάτι παραπάνω από έλεγχο διότι δεν αποσκοπεί μόνο στην καταγραφή των αλλαγών που συμβαίνουν, αλλά επίσης σε αλλαγές. Δείχνει το επίπεδό της, σχετικά με τον πληθυσμό και τα αποτελέσματά της μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μελέτες και έρευνες, αλλά και να συμβάλλουν στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης νοσηρών καταστάσεων (Κυριόπουλος, Γκρέγκορ και Οικονόμου, 2003). Μέσα από την διαδικασία της αξιολόγησης, επιτυγχάνεται η αλλαγή, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και η επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων. Βασικό στόχο της αξιολόγησης αποτελεί η βελτίωση των παρεχόμενων

υπηρεσιών υγείας και η ορθή ανακατανομή ανθρώπινου δυναμικού και πόρων (Τούντας, 2008).

«Η αξιολόγηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού αποτελεί απαραίτητο σημείο αναφοράς για την χάραξη πολιτικής υγείας και για το σχεδιασμό των αλλαγών του συστήματος υγείας, προκειμένου οι αποφάσεις που λαμβάνονται να αντιστοιχούν στην επίλυση των σύγχρονων προβλημάτων στον τομέα αυτόν» (Τούντας και συν 2009:92).

Η ανάγκη για αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας προέκυψε από την αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας πολλών ιατρικών μέτρων και υπηρεσιών, καθώς επίσης από ελλείψεις σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο. Οι αυξημένες επίσης, ιατρικές δαπάνες λόγω της βιοϊατρικής τεχνολογικής προόδου και της υπερκατανάλωσης των ιατρικών υπηρεσιών αποτελούν έναν ακόμη λόγο που καθιστά την αξιολόγηση απαραίτητη στο χώρο της υγείας (Τούντας, 2008).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, η αξιολόγηση ασχολείται με την πρόοδο της περιοχής ως συνόλου προς το στόχο της υγείας για όλους με την συλλογική απόδοση όλων των κρατών μελών στις προσπάθειες τους για την επίτευξη των στόχων. Όμως, ο στόχος δεν είναι να συγκρίνουν τις επιδόσεις μιας χώρας ή μιας ομάδας χωρών με τις επιδόσεις άλλων χωρών. Παρόλο που οι στόχοι και οι αρχές της πολιτικής υγείας για όλους, αποτελούν μέρος της εθνικής πολιτικής για την υγεία και τις στρατηγικές των κρατών μελών για πολλά χρόνια, η υγεία είναι τόσο πολύπλοκη, ώστε και οι αναμενόμενες αλλαγές στην πολιτική θα επιφέρουν χρονική καθυστέρηση έχοντας ως συνέπεια, να επηρεάζεται η αξιολόγηση της προόδου και ο προσδιορισμός των συνεπειών και τυχόν αποφάσεων. Ωστόσο, σε περιφερειακό επίπεδο, η αξιολόγηση έχει χρησιμοποιηθεί για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας ή επιτεύγματα παρέχοντας έτσι λεπτομέρειες και συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με την πρόοδο σε κάθε κράτος μέλος της Περιφέρειας (European Region. World Health Organization. Regional office for Europe, 1988).

Η αξιολόγηση επίσης ενός προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας, ασχολείται τόσο με τον βαθμό στον οποίο οφείλονται πραγματικά τα αποτελέσματα στο ίδιο το πρόγραμμα, δηλαδή αξιολογεί την ακεραιότητα της θεραπείας ή την εγκυρότητα της επίδρασης της παρέμβασης όσο και με τον βαθμό στον οποίο τα ίδια τα αποτελέσματα μπορούν να αναπαραχθούν (Παπανικολάου, 2007). Επομένως, θεωρείται αναγκαία, καθώς αξιολογεί την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

«Με τις ρυθμίσεις του Προεδρικού Διατάγματος 84/2001 που αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας η εκτελεστική επιτροπή ΚΕ.ΣΥ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας) συνιστά ειδικές μόνιμες επιτροπές για τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο έλεγχος αυτός είναι τακτικός (τουλάχιστον μια φορά το χρόνο για κάθε φορέα) ή έκτακτος και αφορά κυρίως την τήρηση των προδιαγραφών κτηριακής και τεχνολογικής υποδομής, την εφαρμογή των υγειονομικών διατάξεων, το σεβασμό των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και των ατομικών δικαιωμάτων των πολιτών καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών» (Παπανικολάου, 2007:122).

Η Μουστάκα (2008), αναφέρει ότι δεν έχουν γίνει μέχρι τώρα σημαντικά βήματα για την αξιολόγηση της ποιότητας στην Π.Φ.Υ., ενώ θα έπρεπε να αποτελεί προτεραιότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι Υφαντόπουλος και Γείτονα (2004 στην Μουστάκα, 2008) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας με στοχευμένες κάθε φορά δράσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές χώρες έχουν δημιουργηθεί προγράμματα δράσης για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ άλλες χώρες έχουν συμπεριλάβει και σχετικές διατάξεις στη νομοθεσία τους (Μουστάκα, 2008). Στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες δεν πραγματοποιούνται συστηματικές ενέργειες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Συνεπώς κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση της έρευνας για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς αποτελεί τη βάση του συστήματος υγείας. Επιπλέον, εξασφαλίζει αποδοτικότερες υπηρεσίες, ελαχιστοποιεί τα ιατρικά λάθη, ενώ παράλληλα μεγιστοποιεί τη φροντίδα και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων (Μουστάκα, 2008).

3.2 Δείκτες αξιολόγησης

Σύμφωνα με την Μουστάκα (2008), την τελευταία δεκαετία χρησιμοποιούνται οι δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι δείκτες έχουν αναπτυχθεί με στόχο να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία, αλλά σταδιακά αναπτύσσονται και εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλη την Ευρώπη. Οι δείκτες πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, ώστε να προσφέρονται για σύγκριση και συνεχή παρακολούθηση, τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο (Παπανικολάου, 2007).

Το επίπεδο της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο των θεωρητικών γνώσεων, των εμπειριών και τη στάση του γιατρού που παρέχει τις υπηρεσίες αυτές, καθώς επίσης και του υπόλοιπου ανθρώπινου δυναμικού, το παραϊατρικό, δηλαδή, και διοικητικό προσωπικό που συνθέτουν την ομάδα εργασίας. Ειδικότερα, μεταβλητές που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν ο κτηριακός εξοπλισμός και ιατρικών μηχανημάτων, υπολογιστικά συστήματα, καθώς και το σύστημα υγείας (Ζηλίδης, 1989).

Σύμφωνα με το Ζηλίδη (1989), το εννοιολογικό περιεχόμενο της αξιολόγησης έχει εκφρασθεί σε διάφορα σχήματα, ένα από τα οποία είναι αυτό που πρότεινε η Επιτροπή της Π.Ο.Υ. το 1967:

- α. Η επάρκεια (adequacy),
- β. Η αποδοτικότητα (efficiency) και
- γ. Η επιστημονικοτεχνική ποιότητα (scientific-technical quality).

Δύο χρόνια αργότερα η American Public Health Association πρότεινε ένα διαφορετικό σχήμα εννοιών:

- α. Την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility),
- β. Την ποιότητά της,
- γ. Την συνέχεια της περίθαλψης (continuity) και
- δ. Την αποδοτικότητα.

Το 1972 ο Cochrane πρότεινε ως αντικείμενα αξιολόγησης:

- α. Την ισότητα (equity),
- β. Την αποτελεσματικότητα (effectiveness) και
- γ. Την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας (Ζηλίδης, 1989).

Η Π.Ο.Υ. το 1981 πρότεινε έξι έννοιες που συμβάλλουν στην αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας από το σχεδιασμό μέχρι την εφαρμογή και τη λειτουργία του:

- α. Η καταλληλότητα της υγειονομικής πολιτικής σε σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, τις ανθρώπινες ανάγκες και τις κοινωνικό-υγειονομικές προτεραιότητες.
- β. Η επάρκεια υπηρεσιών και πόρων.

γ. Η πρόοδος των υγειονομικών δραστηριοτήτων (η σύγκριση των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σε δεδομένο χρόνο με αυτές που προγραμματίστηκε να πραγματοποιηθούν).

δ. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών, η σύγκριση δηλαδή των αποτελεσμάτων με βάση τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν.

ε. Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών με γνώμονα τη βελτίωση της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού.

στ. Η επίπτωση (impact) του προγράμματος στη συνολική κοινωνική και υγειονομική ανάπτυξη (Ζηλίδης, 1989).

Σύμφωνα με τους Berger, Bingefors, Hedblom Pharm, Pashos and Torrance (2003) η δραστηριότητα, η ασφάλεια και η αποδοτικότητα είναι τα βασικά στοιχεία αφετηρίας στην αξιολόγηση της συνολικής χρησιμότητας των παρεμβάσεων με σκοπό τη φροντίδα υγείας. Αν μία παρέμβαση δε χαρακτηρίζεται από ασφάλεια δε θα πρέπει να εφαρμοστεί, καθώς επίσης εάν η δραστηριότητα δε γνωστοποιείται, δε μπορούν να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την εκτίμησή τους. Οι πληροφορίες για τη δραστηριότητα των υπαρχουσών και των νέων παρεμβάσεων για τη φροντίδα υγείας είναι απαραίτητο να προσδιορίζουν το κόστος σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και να καθοδηγούν κοινωνικές πολιτικές που αναπτύσσουν, υιοθετούν και χρησιμοποιούν παρεμβάσεις για τη φροντίδα υγείας. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ικανοποιητικά ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι παρεμβάσεις για τη φροντίδα υγείας έχουν ικανοποιητικά οφέλη με αποδεκτούς κινδύνους καθίστανται γρήγορα διαθέσιμοι για την υποχρεωτική διάδοση και τη χρήση παρεμβάσεων, οι οποίες είτε στερούνται δραστηριότητας είτε είναι επιβλαβείς και να οδηγήσουν σε κατάλληλη χρήση όλων των παρεμβάσεων.

Τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται στις επιδράσεις, που έχουν οι υπηρεσίες υγείας στην υγεία των ασθενών, καθώς επίσης η αξιολόγηση από την πλευρά των ασθενών για τη φροντίδα υγείας που έλαβαν. Οι πληροφορίες για τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητο να είναι έγκυρες και αξιόπιστες για τον έλεγχο, αλλά και για την επένδυση σε νέες πολιτικές για την υγεία (Bowling, 2002). Ο Donabedian (1980 στην Bowling, 2003) έδωσε έναν σύντομο μεν ορισμό, που έχει όμως χρησιμοποιηθεί ευρέως και σύμφωνα με τον οποίο καθόρισε το αποτέλεσμα της υγείας τόσο ως αλλαγή όσο ως αποτέλεσμα που προκύπτει από τη φροντίδα υγείας. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα παραπέμπουν στην αποτελεσματικότητα των δράσεων σε σχέση με τους επιδιωκόμενους στόχους και

επικεντρώνονται στις δαπάνες για τη φροντίδα υγείας σχετικά με γενικότερη βελτίωση της υγείας και τα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή των παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί (Bowling, 2003). Η αποτελεσματικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας συνδέεται επίσης, με την ποιότητα ζωής των ωφελούμενων, καθώς η υγεία είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Έτσι, καθένα από τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να αξιολογούνται σε σχέση με την αντίληψη των ωφελούμενων για την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους (σωματική, ψυχολογική και κοινωνική), τη μείωση των συμπτωμάτων και την ικανοποίηση των ωφελούμενων από τη χρήση και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών. Συνεπώς, η εκτίμηση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει εξίσου την πλευρά του προσωπικού και των χρηστών των υπηρεσιών (Bowling, 2003).

Ακόμα, εντοπίστηκαν ορισμένοι κοινωνικοί δείκτες που αφορούν την ποιότητα ζωής και σχετίζονται με την υγεία. Στους δείκτες αυτούς συμπεριλαμβάνονται, η γενική ικανοποίηση και ευτυχία της ζωής, η ικανοποίηση από την οικογένεια, τους φίλους και τους συντρόφους, η αυτοεκτίμηση, η απασχόληση, τα οικονομικά, η στέγαση και οι μετακινήσεις, η θρησκεία, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η υγεία. Σε σουηδικές έρευνες για το επίπεδο διαβίωσης, οι δείκτες συμπεριλαμβάνουν την υγεία και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την απασχόληση και τις συνθήκες εργασίας, τους οικονομικούς πόρους, την εκπαίδευση και τις δεξιότητες (Rootman et al., 2001).

Από τα παραπάνω σχήματα που προτάθηκαν προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους δε φαίνονται να υποδηλώνουν διαφορετικές αντιλήψεις για το περιεχόμενο της αξιολόγησης, αλλά προέρχονται περισσότερο από τη διαφορετική έμφαση που δίνεται κάθε φορά σε ορισμένες πτυχές των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, ο βασικός πυρήνας όλων των προηγούμενων προτάσεων παραμένει κοινός. Από τα μέσα, δηλαδή που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη ορισμένων υγειονομικών στόχων και τα αποτελέσματά τους προκύπτει ότι η αξιολόγηση αφορά κυρίως:

1. Την Επάρκεια, που αφορά τη συσχέτιση των μέσων που χρησιμοποιούνται προς τους επιδιωκόμενους στόχους, με βάση του κατά πόσο είναι κατάλληλα και επαρκούν για να επιτευχθούν οι στόχοι. Προϋποθέτει:
 - Επάρκεια πόρων (ανθρώπινων και οικονομικών)
 - Επιστημονική και τεχνολογική επάρκεια

- «Προσπελασιμότητα» των υπηρεσιών κατά τον ίδιο βαθμό για όλο τον πληθυσμό
 - «Διαθεσιμότητα» υπηρεσιών σε κάθε χρονική στιγμή
 - Ισότητα στην παροχή υπηρεσιών
2. Την Αποτελεσματικότητα, το οποίο σημαίνει τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν προς τους στόχους που καθορίστηκαν. Μετράει ουσιαστικά το βαθμό επίτευξης των επιδιωκόμενων ή επιθυμητών στόχων. Κατά έναν ορισμό περισσότερο ιατρικό ο όρος αποτελεσματικότητα περιλαμβάνει την έννοια του βαθμού βελτίωσης της πρόγνωσης των καλυπτόμενων νοσημάτων.
 3. Την Αποδοτικότητα των υπηρεσιών ή προγραμμάτων υγείας, η οποία αποτελεί τη σχέση των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν για το σκοπό αυτό. Αντιπροσωπεύει την επίτευξη των υγειονομικών στόχων με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.
 - Συνεκτίμηση κόστους – ωφέλειας
 - Συνεκτίμηση κόστους – αποτελεσματικότητας (Ζηλίδης, 1989).

Σχετικά με τους δείκτες αξιολόγησης που αφορούν στην Π.Φ.Υ., αυτοί αναφέρονται σε τομείς όπως η υγεία στο σύνολο του πληθυσμού, η ισότητα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η ποιότητα και η επάρκεια της φροντίδας που λαμβάνουν, η ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων και η σχέση κόστους/ αποτελέσματος (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού –Αναγνωστοπούλου, 2008).

Ειδικότερα, αυτοί είναι:

- Δείκτης της οργάνωσης και της διοίκησης των δομών της Π.Φ.Υ
- Δείκτης της υποδομής
- Δείκτης της επάρκειας κάλυψης των δομών της Π.Φ.Υ (αριθμός γενικών ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού σε σχέση με τους κατοίκους μιας χώρας)
- Δείκτης κόστους/αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας (η αποτελεσματικότητα αφορά την βελτίωση του επιπέδου του πληθυσμού και εξετάζεται μέσω της εφαρμογής εσωτερικών δεικτών, όπως η μείωση της θνησιμότητας, το προσδόκιμο επιβίωσης, η ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας)
- Δείκτης ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες

- Δείκτης αποδοτικότητας των πόρων
- Δείκτης κοινωνικής δικαιοσύνης (η εξέταση πραγματοποιείται μέσω της εφαρμογής εσωτερικών δεικτών, όπως η ισότητα των εξυπηρετούμενων στη δαπάνη, την πρόσβαση, τη χρήση και το αποτέλεσμα, η καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η εξυπηρέτηση ατόμων σε κατάσταση ανάγκης)
- Δείκτης δαπανών του μοντέλου σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες ενός συστήματος υγείας (επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών αλλά μεταξύ και διαφορετικών περιόδων λειτουργίας του συστήματος) (Αδαμακίδου και καλοκαιρινού)

Στους απαραίτητους δείκτες αξιολόγησης της Π.Φ.Υ θα πρέπει να περιλαμβάνονται επίσης, οι λίστες αναμονής, ο μέσος χρόνος αναμονής για την παροχή φροντίδας και διάρκειας επίσκεψης, η συχνότητα παραπομπής σε ειδικό ιατρό ή νοσηλευτική μονάδα καθώς και ο έλεγχος της συνταγογράφησης (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού –Αναγνωστοπούλου, 2008).

Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012), οι δείκτες μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

- Δείκτες δομής

Περιλαμβάνουν τις εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων), την επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, την βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού, την αναλογία προσωπικού/ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία ανά έτος, την τμηματοποίηση και τον αριθμό έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας ανά έτος.

- Δείκτες διαδικασιών

Περιλαμβάνουν την διάρκεια που κάποιο μηχάνημα έχει τεθεί εκτός λειτουργίας ανά έτος, την αναμονή των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, τον αριθμό των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία την ώρα και την εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας.

- Δείκτες αποτελέσματος

Περιλαμβάνουν τα ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, την τοξικότητα, τους δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών και την ικανοποίηση τους, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

3.3 Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης

Σύμφωνα με τον Ζηλίδη (1989:175), ένας τρόπος αξιολόγησης ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας είναι «η αναλυτική περιγραφή και εκτίμηση των συντελεστών λειτουργίας του συστήματος, η οποία επιτρέπει την αδρή καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζει». Επιπλέον, η αξιολόγηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τρεις ακόμη βασικούς τρόπους:

1. «Με την ποσοτική αποτίμηση των υπηρεσιών που προσφέρονται και εκείνων που καταναλώνονται
2. Με την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
3. Με την εκτίμηση της βελτίωσης των δεικτών υγείας που επιφέρει η λειτουργία του συστήματος» (Ζηλίδης, 1989:175).

Τα βασικά στάδια κάθε διαδικασίας αξιολόγησης αποτελούν:

Το υποκείμενο. Η αξιολόγηση αφορά είτε μεμονωμένα/συγκεκριμένα θεραπευτικά ή διαγνωστικά μέτρα είτε ολόκληρες υπηρεσίες. Εναλλακτικά, η αξιολόγηση μπορεί να αναφέρεται συνολικά στις υπηρεσίες υγείας/στο σύνολό τους ή σε συγκεκριμένους τομείς των υπηρεσιών αυτών (Ζηλίδης, 1989).

Οι στόχοι. Οι στόχοι μιας υγειονομικής υπηρεσίας ή προγράμματος μπορεί να είναι γενικοί ή ειδικοί. Οι γενικοί στόχοι (ή αλλιώς σκοποί) καθορίζουν τις βασικές θέσεις του προγράμματος χωρίς να αναφέρονται σε λεπτομέρειες του επιδιωκόμενου αποτελέσματος (Ζηλίδης, 1989). Αντίθετα, οι ειδικοί στόχοι, περιγράφουν με σαφήνεια και με περισσότερες λεπτομέρειες την προσδοκώμενη κατάσταση από τους υπεύθυνους του σχεδιασμού ότι θα επιτευχθεί με τη σχεδιαζόμενη κοινωνική παρέμβαση (Κασιμάτη, 2002). Θα πρέπει να είναι διατυπωμένοι με σαφήνεια και εξειδικευμένοι κατά τομείς, διαφορετικά αυτό αποτελεί εμπόδιο κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης. Ακόμα όμως και σε περιπτώσεις που οι ειδικοί στόχοι μιας υπηρεσίας δεν είναι δεν έχουν καθοριστεί με ακρίβεια αυτό δε σημαίνει ότι αποτελεί λόγο να μην πραγματοποιηθεί αξιολόγηση (Ζηλίδης, 1989).

Γενικά, αντικειμενικό σκοπό όλων των υγειονομικών προγραμμάτων ή υπηρεσιών αποτελεί η μείωση των προβλημάτων και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού. Έτσι, οι στόχοι «εκφράζονται σαν ποσοστά βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού». Επιπλέον, σύμφωνα με τον Τριχόπουλο (1981 στον Ζηλίδη 1989:177) θα μπορούσαν να τεθούν ενδιάμεσοι στόχοι όπως για παράδειγμα η

«βελτίωση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, η αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών» [ή] «η βελτίωση της ποιότητας των ιατρικών δραστηριοτήτων».

Οι δείκτες. Η επιλογή των δεικτών και η κατάληξη σε αυτούς που θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται από:

1. το είδος των υπηρεσιών ή των προγραμμάτων
2. το είδος της αξιολόγησης
3. τις δυνατότητες πραγματοποίησης των μετρήσεων ή συλλογής του απαραίτητου υλικού (Ζηλίδης, 1989).

Σύμφωνα με τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012), οι δείκτες πρέπει να επιλέγονται με βάση τα εξής κριτήρια:

1. Την χρησιμότητα (usefulness). Ο δείκτης πρέπει να βοηθάει στην εξαγωγή συμπερασμάτων και να συνδέεται με την αντίστοιχη δυνατότητα παρέμβασης για την βελτίωση των αποτελεσμάτων.
2. Την εγκυρότητα (validity). Είναι ο βαθμός στον οποίο ο δείκτης μετρά αυτό που ισχυρίζεται. Είναι δύσκολο να ανιχνευτεί καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων.
3. Την αξιοπιστία (reliability). Η αξιοπιστία είναι όργανο μέτρησης που εκφράζει την ακρίβεια, την συνέπεια και το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες.
4. Την δυνατότητα σύγκρισης (comparability). Οι δείκτες πρέπει να έχουν ευρεία έκταση εφαρμογής ώστε υπάρχουν διαθέσιμα αντίστοιχα στοιχεία και σε άλλες χώρες.
5. Την ανταποκρισιμότητα (responsiveness). Η ευαισθησία ενός δείκτη να ανιχνεύει μεταβολές
6. Την ειδικότητα (specificity). Είναι η ικανότητα διάκρισης διαφορών ανάμεσα στις εξεταζόμενες ομάδες ασθενών.
7. Την ευαισθησία (sensitivity). Διερευνά την ακρίβεια του δείκτη και τις αλλαγές ή διαφοροποιήσεις από τη συνεχόμενη χρήση τους.

Ένας καλός τρόπος για να διασφαλιστεί η δυνατότητα πραγματοποίησης της αξιολόγησης είναι η σχετική πρόβλεψη στο στάδιο του σχεδιασμού των υγειονομικών δραστηριοτήτων ώστε να προταθούν εναλλακτικές λύσεις/τρόποι για την εύρεση εργαλείων για την πραγματοποίηση των μετρήσεων και της συλλογής δεδομένων/στοιχείων. Σε τέτοιες περιπτώσεις ορίζονται εναλλακτικά, ορισμένοι μόνο

τομείς, οι οποίοι θα αξιολογηθούν, υψηλής ωστόσο προτεραιότητας και κοινωνικής και υγειονομικής σημασίας (Ζηλίδης, 1989).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1981 στον Ζηλίδη 1989:177) οι δείκτες ταξινομούνται κυρίως σε τέσσερις κατηγορίες:

1. «δείκτες της πολιτικής υγείας (υγειονομικές πολιτικές επιλογές, κατανομή πόρων, οργανωτικό πλαίσιο κλπ)
2. οικονομικοί-κοινωνικοί δείκτες σχετικοί με την υγεία
3. δείκτες που αφορούν την παροχή φροντίδων υγείας (εισόδημα, διατροφή, κατοικία, συνθήκες εργασίας κλπ)
4. δείκτες που αφορούν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού (επάρκεια, προσπελασιμότητα, χρησιμοποίηση, αποτελεσματικότητα κλπ)».

Οι δείκτες στη συνέχεια, που θα επιλεγούν για τη διεξαγωγή της αξιολόγησης θα πρέπει να πληρούν κάποιες βασικές προϋποθέσεις. Έτσι, είναι απαραίτητο να χαρακτηρίζονται από:

1. εγκυρότητα (να μετράνε πραγματικά αυτό που πρόκειται να μετρήσουν)
2. αντικειμενικότητα (να προκύπτει από αυτούς το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από το πρόσωπο που τους χρησιμοποιεί και τις συνθήκες μέτρησης.
3. ευαισθησία (να αντιδρούν καλά σε τυχόν αλλαγές του φαινομένου που μελετάται)
4. εξειδίκευση (να είναι ικανοί να αντιδρούν στις αλλαγές της κατάστασης του συγκεκριμένου μόνο υπό μελέτη φαινομένου) (Ζηλίδης, 1989).

Το υλικό. Η οργάνωση κάθε διαδικασίας αξιολόγησης προϋποθέτει τη συγκέντρωση ορισμένων απαραίτητων πληροφοριών για την πραγματοποίηση των μετρήσεων και τον υπολογισμό των δεικτών. Οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να είναι επαρκείς, σαφείς και να υπάρχει η δυνατότητα να συλλεχθούν εύκολα και έγκαιρα. Επειδή κάποιες φορές αυτό μπορεί να είναι δύσκολο, μία καλή λύση αποτελεί ο καθορισμός εξ αρχής του είδους των μετρήσεων που θα διεξαχθούν, έτσι ώστε οι απαραίτητες πληροφορίες να συγκεντρώνονται κατά τη διάρκεια λειτουργίας των υπηρεσιών (Ζηλίδης, 1989).

Ορισμένες πηγές των πληροφοριών αυτών μπορεί να είναι:

1. «στατιστικές που αφορούν τον πληθυσμό και τη φυσική του κίνηση
2. στατιστικές που αφορούν τη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας
3. τα ιατρικά αρχεία και φάκελοι των ασθενών

4. οι καταγραφές διαφόρων ασθενειών
5. επιδημιολογικές έρευνες
6. οι γνώμες των ασθενών
7. άλλες πηγές πληροφοριών ακόμα και εκτός του τομέα της υγείας» (Ζηλίδης, 1989: 178-179).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

4.1 ΚΑΠΗ Δημοτικής Ενότητας Γαζίου, Τοπικής Κοινότητας Καλεσσών και Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου

4.1.1 Κ.Α.Π.Η. Δημοτικής Ενότητας Γαζίου

Το Κ.Α.Π.Η. Γαζίου δημιουργήθηκε τυπικά το 1999, ενώ η λειτουργία του ξεκίνησε το 2002. Τα εγγεγραμμένα μέλη ανέρχονται στα 1.300 και εξυπηρετεί όλες τις περιοχές της Δημοτικής ενότητας Γαζίου. Το Κ.Α.Π.Η. περιλαμβάνει το γραφείο Βοήθειας στο σπίτι του Γαζίου, το γραφείο Βοήθειας στο σπίτι της Τυλίσου, το Κ.Α.Π.Η. Καλεσσών και το Κ.Α.Π.Η. της Τυλίσου (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Γαζίου, 2007-2010).

Το Κ.Α.Π.Η. αποσκοπεί στο να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου με την πρόληψη και αντιμετώπιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων και την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης. Επίσης, σκοπός του είναι η ενημέρωση και υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στη διαδικασία κοινωνικής ένταξης. Ακόμα, παρέχει υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας και συνταγογράφησης φαρμάκων από τον ιατρό που εργάζεται ή συνεργάζεται με το Τμήμα. Όπως επίσης και υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας στους χρήστες των υπηρεσιών και των προγραμμάτων φροντίδας τρίτης ηλικίας (Ενημερωτικό έντυπο από την υπηρεσία).

Προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει την κοινότητα σε θέματα κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής συνοχής, ενημερώνοντας για το Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου. Επιπλέον, επιδιώκει να προσελκύσει τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη των υπηρεσιών που παρέχει ή εκείνων που θέλουν να προσφέρουν εθελοντικές υπηρεσίες. Επίσης, ενημερώνει, συμβουλεύει και προσφέρει κοινωνική υποστήριξη τόσο στα μέλη του, όσο και στις οικογένειες τους (<http://www.dokappam.gr/>). Επιπρόσθετα, υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και αγωγής για τους χρήστες των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου και των εξυπηρετούμενων των προγραμμάτων φροντίδας τρίτης ηλικίας. Ακόμα, υλοποιεί προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας για τα μέλη και όσους εξυπηρετούνται από το Κ.Α.Π.Η. Συνεργάζεται με την αρμόδια Κοινωνική Υπηρεσία

του Δήμου και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας για την παροχή πλήρους υποστήριξης στους επωφελούμενους και τις οικογένειες τους και την παραπομπή σε αυτές όταν απαιτείται. Συμμετέχει σε δράσεις κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής προστασίας που περιλαμβάνουν ενέργειες πρόληψης και αγωγής υγείας. Συνεργάζεται με το Τ.Ε.Ι. Κρήτης και το Πανεπιστήμιο Κρήτης για την εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών σχετικών επιστημών που διενεργούν την πρακτική τους άσκηση ή των ανέργων που προσλαμβάνονται για την απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας (<http://www.dokappam.gr/>).

Το Κ.Α.Π.Η. Γαζίου παρακολουθεί τη λειτουργία των Γραφείων (πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι Γαζίου και Τυλίσου και των Κ.Α.Π.Η. Καλεσσών και Τυλίσου), τα οποία ανήκουν διοικητικά στο Τμήμα. Και τέλος, μεριμνά για την φύλαξη, την καθαριότητα και την ευπρεπή εμφάνιση των εγκαταστάσεων του Τμήματος και του εξοπλισμού του (<http://www.dokappam.gr/>).

Οι βασικές ειδικότητες από τις οποίες πραγματοποιείται το αντικείμενο του Τμήματος είναι του Κοινωνικού Λειτουργού, του φυσιοθεραπευτή, του ιατρού, του Ψυχολόγου, του Νοσηλευτή, Επιμορφωτή και του Εργοθεραπευτή και του Οικογενειακού Βοηθού. Όλες οι ειδικότητες συνεργάζονται μεταξύ τους αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό και των ειδικοτήτων των άλλων Γραφείων και Τμημάτων, στοχεύοντας στην καλύτερη εξυπηρέτηση των προστατευόμενων μελών (Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας, 2011).

Στο Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν οι παρακάτω ομάδες:

- Ομάδα χορωδίας
- Ομάδα κατασκευών
- Ομάδα επικαιρότητας
- Ομάδα θεάτρου
- Ομάδα υγείας
- Ομάδα νοητικής ενδυνάμωσης (ομάδα πρόληψης, ήπιας γνωστικής διαταραχής και ομάδα με σοβαρές γνωστικές διαταραχές) (Ενημερωτικό φυλλάδιο από την υπηρεσία).

4.1.2 Κ.Α.Π.Η. Τοπικής Κοινότητας Καλεσσών

Μέσα από εξειδικευμένη και συστηματική μελέτη που υλοποιήθηκε από την κοινωνική λειτουργό του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου, στο πλαίσιο της οποίας καταγράφηκαν οι ανάγκες των κατοίκων, διαπιστώθηκε η σκοπιμότητα δημιουργίας δύο παραρτημάτων του Κ.Α.Π.Η. στα Καλέσσα και στη Ρογδιά. Από την μελέτη αυτή πρόέκυψε η

δημιουργία του Κ.Α.Π.Η. στα Καλέσσα με κύρια αιτήματα των κατοίκων, η ύπαρξη Κοινωνικού Λειτουργού, ομάδων, εκδηλώσεων και νοσηλευτικού προσωπικού. Το Κ.Α.Π.Η. ξεκίνησε την λειτουργία του, τον Αύγουστο του 2010 και εξυπηρετεί τους κατοίκους του δημοτικού διαμερίσματος Καλεσσών. Σήμερα, τα εγγεγραμμένα μέλη ανέρχονται στα 216. Στα παραρτήματα του Κ.Α.Π.Η. δύναται να αναπτυχθούν όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται στην έδρα του Κ.Α.Π.Η. ανάλογα με τις δυνατότητες του, είτε σε προσωπικό είτε οικονομικές αλλά και τις ανάγκες των μελών (Ενημερωτικό φυλλάδιο από την υπηρεσία).

Στο Γραφείο (Παράρτημα) του Τμήματος Κ.Α.Π.Η. Γαζίου στο Δημοτικό Διαμέρισμα των Καλεσσών προβλέπεται η λειτουργία των παρακάτω υπηρεσιών:

- Υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας
- Υπηρεσίες Ιατρικής φροντίδας με νοσηλεύτη και ιατρό
- Υπηρεσίες εργοθεραπείας (<http://www.dokappam.gr/>).

Σήμερα, στο Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν οι ομάδες, νοητικής ενδυνάμωσης (ομάδα πρόληψης, ήπιας γνωστικής διαταραχής και ομάδα με σοβαρές γνωστικές διαταραχές), η ομάδα επικαιρότητας, η ομάδα υγείας και η ομάδα κατασκευών (Ενημερωτικό φυλλάδιο από την υπηρεσία).

4.1.3 Κ.Α.Π.Η. Τοπικής Κοινότητας Τυλίσου

Το Κ.Α.Π.Η. ξεκίνησε την λειτουργία του τον Απρίλιο του 2012. Τα εγγεγραμμένα μέλη μέχρι και σήμερα είναι 181 και εξυπηρετεί τους κατοίκους της δημοτικής ενότητας Τυλίσου εκτός των περιοχών Αστυράκι, Αηδονοχώρι, Καμαράκι και Γωνιές. Σήμερα, στο Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν οι ομάδες, νοητικής ενδυνάμωσης (ομάδα πρόληψης, ήπιας γνωστικής διαταραχής και ομάδα με σοβαρές γνωστικές διαταραχές), η ομάδα επικαιρότητας, η ομάδα υγείας και η ομάδα κατασκευών (Ενημερωτικό φυλλάδιο από την υπηρεσία).

Στο Κ.Α.Π.Η. παρέχονται υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Εργοθεραπείας και υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας με νοσηλεύτη. Σκοπός του είναι να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη τόσο στην οικογένειά τους, όσο και στην τοπική κοινωνία. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόληψη βιολογικών,

ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων και με την παροχή ιατροκοινωνικής προστασίας στα ηλικιωμένα άτομα (Ενημερωτικό φυλλάδιο από την υπηρεσία).

4.2 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) Δημοτικής Ενότητας Γαζίου

Η φιλοσοφία γενικά των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) είναι η παραμονή των ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, με στόχο να εξασφαλίζεται η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης, επιδιώκεται η εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με τα ηλικιωμένα άτομα, η αποφυγή της ιδρυματικής φροντίδας και του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και η υποστήριξη παράλληλα ώστε τα ηλικιωμένα άτομα να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον (<http://www.gerontology.gr>).

Στα Κ.Η.Φ.Η. παρέχονται υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στην φροντίδα τους, λόγω εργασίας, σοβαρών κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή προβλημάτων υγείας (<http://www.gerontology.gr>).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Η.Φ.Η. είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα
 - Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
 - Ατομική υγιεινή
 - Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
 - Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- (<http://www.gerontology.gr>).

Τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται με τα Κ.Α.Π.Η. που υπάρχουν στην περιοχή, καθώς επίσης, συνεργάζονται με τοπικούς φορείς της κοινότητας που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) (<http://www.gerontology.gr>).

Σε κάθε Κ.Η.Φ.Η. το προσωπικό που απασχολείται (δυναμικότητας συνήθως 25 ατόμων) αποτελείται κατά κύριο λόγο από:

- Έναν/μία Νοσηλεύτη/τρια
- Δύο Κοινωνικοί Φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας
- Ένα άτομο ως βοηθητικό προσωπικό (<http://www.gerontology.gr>).

Ειδικότερα, το Κ.Η.Φ.Η. της Δημοτικής Κοινότητας Γαζίου ιδρύθηκε το 2003 και λειτουργεί «ύστερα από έκδοση σχετικής άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της Νομαρχιακής Διεύθυνσης Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ηρακλείου και έχει δυναμικότητα είκοσι πέντε μερικώς αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη δομή στεγάζεται σε ενοικιασμένο κτίριο παρακείμενα του οποίου βρίσκεται το Κ.Δ.Α.Π. Ήταν διαδημοτική δομή και εξυπηρετούσε ωφελούμενους από τους πρώην Δήμους Γαζίου, Κρουσώνα και Τυλίσου και μετά τη λήξη της χρηματοδότησης, ο Δήμος Γαζίου έχει αναλάβει την οικονομική και διοικητική λειτουργία του μέσω του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Σκοπός του προγράμματος αποτελεί η παραμονή των ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην μείωση της ιδρυματικής περιθάλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, καθώς επίσης και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας (ενημερωτικό έντυπο του Κ.Η.Φ.Η. του δήμου Μαλεβιζίου).

Επιμέρους στόχοι του προγράμματος είναι η διαβίωση των ηλικιωμένων σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η υποστήριξή τους, ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους, καθώς επίσης οι ηλικιωμένοι να δέχονται υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για την εξασφάλιση της υγείας και της ποιοτικής τους διαβίωσης. Επιπλέον, το Κ.Η.Φ.Η. απευθύνεται σε ηλικιωμένους που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (λόγω κινητικών δυσκολιών, άνοιας κ.λ.π.), των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει είτε εργάζεται είτε αντιμετωπίζει σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες ή προβλήματα υγείας και άρα αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Έτσι, συμβάλλουν στην αναπλήρωση του κενού

αυτού με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή και ολιγόωρης παραμονής (ενημερωτικό έντυπο του Κ.Η.Φ.Η. του δήμου Μαλεβιζίου).

Αρμοδιότητα του Κ.Η.Φ.Η. αποτελεί η ημερήσια φιλοξενία ηλικιωμένων ατόμων με στόχο την ανακούφιση και την απελευθέρωση σημαντικού μέρους του χρόνου των μελών της οικογένειάς τους που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους. Η παροχή των υπηρεσιών ημερήσιας φιλοξενίας υλοποιείται από εξειδικευμένο προσωπικό (νοσηλεύτης, κοινωνικός φροντιστής και βοηθητικό προσωπικό) (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Οι υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας περιλαμβάνουν:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων όσο αυτό είναι εφικτό
- Ψυχολογική υποστήριξη
- Σίτιση (ενημερωτικό έντυπο του Κ.Η.Φ.Η. του δήμου Μαλεβιζίου).

Το προσωπικό του Κ.Η.Φ.Η. αποτελείται από:

- 1 Νοσηλεύτρια
- 2 Κοινωνικούς Φροντιστές
- 1 Γιατρό (ο οποίος προσφέρει εθελοντική εργασία)
- 1 Φυσικοθεραπευτή
- 1 Κοινωνική Λειτουργό
- 1 Ψυχολόγο
- 1 καθαρίστρια (ενημερωτικό έντυπο του Κ.Η.Φ.Η. του δήμου Μαλεβιζίου).

Όσον αφορά στο προσωπικό, η υπεύθυνη Νοσηλεύτρια μεριμνά για τη λήψη του ιστορικού, την καταγραφή των αναγκών, την εκτίμηση της κινητικής και διατροφικής κατάστασης, την επίβλεψη, την παρακολούθηση για τη λήψη των φαρμάκων και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, την ενημέρωση σε θέματα

αγωγής υγείας, την ενδυνάμωση της ψυχικής κατάστασης, αλλά και την κινητοποίηση για συμμετοχή στην αυτοφροντίδα. Αναλαμβάνει επίσης την εκπαίδευση σε θέματα καθημερινής φροντίδας των ηλικιωμένων ή των εθελοντών, όπως είναι για παράδειγμα η θρεπτική υποστήριξη και η αποφυγή των κατακλίσεων, τη διατήρηση και ενημέρωση του ατομικού φακέλου των ωφελούμενων, τη συνεργασία με την οικογένεια όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (ενημερωτικό έντυπο του Κ.Η.Φ.Η. του δήμου Μαλεβιζίου).

Οι Κοινωνικοί Φροντιστές αναλαμβάνουν την υποδοχή των ηλικιωμένων, ετοιμάζουν πρωινό, δεκατιανό και μεσημεριανό, τα οποία ακολουθούνται από ειδικό διαιτολόγιο, προσαρμοσμένο στις διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Αναλαμβάνουν τη φροντίδα της ατομικής υγιεινής των ηλικιωμένων με τον προγραμματισμό ατομικών μπάνιων μια φορά την εβδομάδα, την τήρηση του ευπρεπισμού του προσώπου, το πλύσιμο ρούχων κ.α. Οργανώνουν επίσης, παιχνίδια και δραστηριότητες για τη βελτίωση της μνήμης των ηλικιωμένων και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους. Επιπλέον, προγραμματίζονται εκδηλώσεις σε συνεργασία με άλλες δομές που λειτουργεί η Δημοτική Αναπτυξιακή Επιχείρηση Γαζίου άλλα και μικρές εκδρομές για την ψυχαγωγία των μελών του Κέντρου, όπως για παράδειγμα σε μουσεία, μοναστήρια και αρχαιολογικούς χώρους (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Φυσιοθεραπείες πραγματοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα σε χώρο ειδικά διαμορφωμένο και εξοπλισμένο με μηχανήματα Φυσικοθεραπείας και οδηγίες από τη Φυσιοθεραπεύτρια, ως εξωτερικός συνεργάτης. Η συνεδρία περιλαμβάνει ανάλογα με την περίπτωση του ασθενούς κινησιοθεραπεία, κινησιομάλαξη, κινησιοθεραπεία, χειρομάλαξη και στις περιπτώσεις που απαιτείται ηλεκτροθεραπεία, πραγματοποιείται στο Κ.Α.Π.Η. Γαζίου (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

4.3 Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι Δημοτικής Ενότητας Γαζίου και Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου

Μέσω του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι», παρέχονται υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας για τους ηλικιωμένους, στο πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων φορέων. Σκοπός είναι οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρία να παραμένουν στο κοινωνικό περιβάλλον που ήδη γνωρίζουν και τους είναι οικείο, ώστε να μην

αλλάζουν τις συνήθειές τους, τον τρόπο ζωής τους λόγω των ασθενειών που έχουν ή της αδυναμίας για την αυτοεξυπηρέτησή τους (Φ.Ε.Κ. 917/17.10.1997). Επιδίωξη των υπηρεσιών είναι να διατηρείται η συνοχή της οικογένειας που ήδη υπάρχει και να μην διασπάται, αλλά και η αποφυγή της ιδρυματικής φροντίδας, καθώς επιφέρει κοινωνικό αποκλεισμό (Αμίτσης, 2001).

Στόχοι του προγράμματος είναι η υποστηρικτική συμβουλευτική, η ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη, η πρωτοβάθμια ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα (Αμίτσης, 2001). Το Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι σύμφωνα με τους Αμηνά, Στουρνάρα και Μανάρα (2002 στους Ζαϊμάκης και Κανδυλάκη, 2005) επιδιώκει την σύνδεση με τους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους της υπηρεσίας Κ.Α.Π.Η. και την δραστηριοποίηση των μελών του Κ.Α.Π.Η. αντίστοιχα προς τους εξυπηρετούμενους του βοήθεια στο σπίτι.

4.3.1 Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» Δημοτικής Ενότητας Γαζίου

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 16 Απριλίου 2003. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από το πρόγραμμα είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Κοινωνική στήριξη
- Ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη
- Οικογενειακή φροντίδα
- Παροχή συντροφιάς

Το προσωπικό που στελέχωνε ήταν μία κοινωνική λειτουργός, ένας νοσηλευτής και δύο οικογενειακοί βοηθοί. Ωστόσο, μέχρι το 2006 υπήρχαν και ως εξωτερικοί συνεργάτες ένας φυσικοθεραπευτής και ένας γιατρός. Ακόμη πριν από ένα χρόνο υπήρχε στο πρόγραμμα και ένας ψυχίατρος με δμηνη σύμβαση. Τώρα το προσωπικό αποτελείται από:

- 1 Κοινωνική Λειτουργό
- 2 Νοσηλευτές.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι υπεύθυνος για την ψυχοσυναισθηματική, συμβουλευτική και κοινωνική στήριξη των ωφελούμενων. Έχει ως ρόλο την υπεράσπιση και την προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων, απευθυνόμενοι σε άλλα κοινωνικό-προνοιακά πλαίσια.

Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι μεριμνούν για την αγωγή υγείας, την πρόληψη σε πρώτο στάδιο, την εκτίμηση και παρακολούθηση της κατάστασης υγείας των ασθενών, επιβλέπουν την φαρμακευτική αγωγή και κινητοποιούν τα άτομα του συγγενικού/ φιλικού περιβάλλοντος ώστε να συμμετέχουν στην φροντίδα τους και τέλος εφαρμόζουν τις νοσηλευτικές πρακτικές για τα άτομα τα οποία χρήζουν νοσηλευτική φροντίδα.

Εδώ και δύο χρόνια δεν υπάρχει οικογενειακή βοήθος, οπότε όλες οι απαραίτητες υπηρεσίες της φροντίδας, που σημαίνει καθαριότητα του σπιτιού, μαγειρική, πλύσιμο και σιδέρωμα των ρούχων, αλλά και ατομική φροντίδα, δηλαδή βοήθεια σχετικά με το φαγητό, την ένδυση, το ξάπλωμα και το σήκωμα από το κρεβάτι, το μπάνιο, την ατομική υγιεινή, την κίνηση μμέσα και έξω από το σπίτι, την χορήγηση φαρμάκων και τη σύνταξη επιστολών, παρέχονται από το προσωπικό που υπάρχει παρόλο που δεν είναι στην αρμοδιότητά τους. Τα μέλη που είναι εγγεγραμμένα στο πρόγραμμα είναι περίπου 170 ηλικιωμένα άτομα και Α.Μ.Ε.Α (Ενημερωτικό έντυπο του Π.Β.Σ.Σ της Δημοτικής Ενότητας Γαζίου).

4.3.2 Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου

Πιο συγκεκριμένα, στο Βοήθεια Στο Σπίτι της δημοτικής ενότητας Τυλίσου, που λειτουργεί από τον Μάρτιο του 2005 προσφέρονται όλες αυτές οι υπηρεσίες που αναφέρθηκαν παραπάνω, στα πλαίσια του έργου «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας». Αυτό το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.). Η ενέργεια αυτή στοχεύει στην δημιουργία υπηρεσιών, ώστε να προωθηθεί η απασχόληση και η επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015). Το προσωπικό του προγράμματος αποτελείται από:

- 1 Κοινωνική Λειτουργό

- 1 Κοινωνιολόγο
- 2 Οικογενειακούς Βοηθούς
- 1 Νοσηλεύτρια.

Μετά την εφαρμογή του προγράμματος "Καλλικράτης" δεν έγινε μείωση προσωπικού (Ενημερωτικό έντυπο του Π.Β.Σ.Σ της Δημοτικής Ενότητας Τυλίσου).

Ομοίως, με το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» της δημοτικής ενότητας Γαζίου παρέχονται οι ίδιες υπηρεσίες με τη διαφορά ότι οι οικογενειακοί βοηθοί μεριμνούν για την οικογενειακή φροντίδα των εξυπηρετούμενων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ» ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ.

5.1 Οι αλλαγές που επέφερε το Νομοσχέδιο «Καλλικράτης» στους Δήμους

Σύμφωνα με το άρθρο 101 του Συντάγματος, «οι Αποκεντρωμένες Διοικήσεις συγκροτούνται ως ενιαίες μονάδες για τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του κράτους και ασκούν γενική αποφασιστική αρμοδιότητα στις κρατικές υποθέσεις της περιφέρειάς τους» (Φ.Ε.Κ. 87Α'/07.6.2010). «Οι δήμοι είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και αποτελούν τον πρώτο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης» (Φ.Ε.Κ. 87Α'/07.6.2010:1789). Σε κάθε νομό συνιστώνται οι πρωτοβάθμιοι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης. Έτσι, και στο νομό Ηρακλείου συνιστώνται πλέον οι παρακάτω δήμοι:

- Δήμος Ηρακλείου με έδρα το Ηράκλειο και ιστορική έδρα Νέα Αλικαρνασσό αποτελούμενο από τους δήμους ηρακλείου, Γοργολαΐνης, Τεμένους, Παλιανής και Νέας Αλικαρνασσού, οι οποίοι καταργούνται.
- Δήμος Μαλεβιζίου με έδρα το Γάζι αποτελούμενο από τους δήμους Γαζίου, Κρουσώνα και Τυλισου, οι οποίοι καταργούνται.
- Δήμος Αρχανών - Αστερουσίων με έδρα τα Πεζά και ιστορικές έδρες τις Αρχάνες και τον Πύργο αποτελούμενο από τους δήμους Αρχανών, Νίκου Καζαντζάκη και Αστερουσίων, οι οποίοι καταργούνται.
- Δήμος Φαιστού με έδρα τα Μοίρες και ιστορική έδρα το Τυμπάκι αποτελούμενο από τους δήμους Μοιρών, Τυμπακίου και Ζαρού, οι οποίοι καταργούνται.
- Δήμος Γόρτυνα με έδρα τους Άγιους Δέκα αποτελούμενο από τους δήμους Κόφινα, Αγίας Βαρβάρας, Γόρτυνας και Ρούβα, οι οποίοι καταργούνται.
- Δήμος Χερσονήσου με έδρα τις Γούρνες αποτελούμενο από τους δήμους Χερσονήσου, Γουβών, Μαλλίων και Επισκοπής, οι οποίοι καταργούνται.
- Δήμος Μίνωα Πεδιάδας με έδρα τον Ευαγγελισμό Καστελλίου και ιστορικές έδρες το Καστέλλι και το Αρκαλοχώρι, αποτελούμενο από τους δήμους Αρκαλοχωρίου, Καστελλίου, και Θραψανού, οι οποίοι καταργούνται.
- Στο δήμο Βιάννου δεν επέρχεται καμία μεταβολή, διότι χαρακτηρίζεται ως ορεινός (Φ.Ε.Κ. 87Α'/07.6.2010).

Δομή δήμου Μαλεβιζίου (με έδρα το Γάζι):

α. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΑΖΙΟΥ

Δημοτική Κοινότητα Γαζίου

Τοπική Κοινότητα Αχλάδας

Τοπική Κοινότητα Καλεσών

Τοπική Κοινότητα Ροδιάς

Τοπική Κοινότητα Φόδελε

β. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΡΟΥΣΩΝΑ

Δημοτική Κοινότητα Κρουσώνος

Τοπική Κοινότητα Κορφών

Τοπική Κοινότητα Λουτρακίου

Τοπική Κοινότητα Σάρχου

γ. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΥΛΙΣΟΥ

Τοπική Κοινότητα Αηδονοχωρίου

Τοπική Κοινότητα Αστυρακίου

Τοπική Κοινότητα Γωνιών Μαλεβιζίου

Τοπική Κοινότητα Δαμάστας

Τοπική Κοινότητα Καμαρίου

Τοπική Κοινότητα Καμαριώτου

Τοπική Κοινότητα Κεραμουτσίου

Τοπική Κοινότητα Μαράθου

Τοπική Κοινότητα Μονής

Τοπική Κοινότητα Τυλίσου

[\(http://www.kallikratis.eu/dimos-malebiziou-pe-irakleioy/\)](http://www.kallikratis.eu/dimos-malebiziou-pe-irakleioy/)

5.2 Αλλαγές που επέφερε το Νομοσχέδιο στη δομή και τις λειτουργίες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. στο Δήμο Μαλεβιζίου

Ο Καλλικρατικός Δήμος Μαλεβιζίου προέκυψε από την συνένωση του κεντρικού Δήμου Γαζίου, όπου είναι και η έδρα του ενιαίου Δήμου, και των Δήμων Κρουσώνα και Τυλίσου. Ο Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας προβλέπει Κεντρικές Υπηρεσίες στην έδρα του νέου Δήμου (Γάζι) και αποκεντρωμένες υπηρεσίες στις έδρες των πρώην Ο.Τ.Α. (Κρουσώνας και Τύλισος) (<http://www.malevizi.gr/>) .

Το Γραφείο Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας αποτελεί μία από τις Κεντρικές Υπηρεσίες του Δήμου Μαλεβιζίου. Πιο συγκεκριμένα:

- Σχεδιάζει, προγραμματίζει και μεριμνά για την εφαρμογή μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας.

- Σχεδιάζει, προγραμματίζει και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα, έτσι, με τις δικαιοδοσίες που δίδονται στο Δήμο με τις ισχύουσες διατάξεις:
 - Μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών.
 - Μεριμνά για την υλοποίηση
 - i. προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που σχεδιάζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων επιβαρύνεται απευθείας ο προϋπολογισμός του αντίστοιχου Υπουργείου
 - ii. εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση και
 - iii. προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης
 - Εκδίδει τοπικές υγειονομικές διατάξεις και λαμβάνει μέτρα σε θέματα δημόσιας υγιεινής.
 - Φροντίζει για την πληροφόρηση των δημοτών σχετικά με θέματα δημόσιας υγείας.
 - Οργανώνει αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή υπευθυνότητας του Δήμου, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.
- Ρυθμίζει διάφορα διοικητικά ζητήματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία στην περιοχή του Δήμου. Στο πλαίσιο αυτό, με τις δικαιοδοσίες που δίδονται στο Δήμο με τις ισχύουσες διατάξεις:
 - Εισηγείται τον ορισμό ιατρών προς εξέταση επαγγελματιών και εργαζομένων σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση σε αυτούς βιβλιαρίων υγείας.
- Εισηγείται τον ορισμό ελεγκτή γιατρού Ο.Γ.Α. για τα ν.π.δ.δ. της περιοχής του Δήμου (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Τα Επιχειρησιακά Προγράμματα

Επιπλέον, για πρώτη φορά, με τα άρθρα 203-207 του κεφαλαίου Ζ' του Νέου Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (Ν. 3463/2006) θεσμοθετήθηκαν τα επιχειρησιακά

προγράμματα στους δήμους. Η υποχρέωση εκπόνησης των επιχειρησιακών προγραμμάτων από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού με πληθυσμό άνω των 10.000 κατοίκων, προέκυψε μέσα από τη διαδικασία εκσυγχρονισμού της οργάνωσης και λειτουργίας της πρωτοβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης, με σκοπό την ανάπτυξη, σταθερών δομών, σε βάθος χρόνου, προγραμματισμού, υλοποίησης και παρακολούθησης των αποτελεσμάτων της δράσης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού. Η σύνταξη και ο σχεδιασμός των Επιχειρησιακών Σχεδίων των Δήμων έχει δημιουργήσει αυξημένες απαιτήσεις, διότι οι νέοι δήμοι έχουν επεκταθεί σε μέγεθος μετά την εφαρμογή του προγράμματος «Καλλικράτης» και σε εναρμόνιση και σε συνδυασμό με το Ν. 3852/2010 (Φ.Ε.Κ. Α'87/07.06.2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης Πρόγραμμα Καλλικράτης» (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Βασικό ρόλο των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού αποτελεί η παροχή δημόσιων υπηρεσιών προς τους πολίτες, αλλά και η λειτουργία τους ως πολιτικός, κοινωνικός και αναπτυξιακός θεσμός. Προκειμένου να βελτιώνουν συστηματικά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της λειτουργίας τους, απαιτείται η ανάπτυξη, στο εσωτερικό τους, ενός μηχανισμού προγραμματισμού. Ο μηχανισμός αυτός εκφράζεται μέσα από τη σύνταξη του Επιχειρησιακού Προγράμματος του Ο.Τ.Α. α' βαθμού, το οποίο στοχεύει στην εισαγωγή διαρκών εσωτερικών διαδικασιών και συστημάτων προγραμματισμού στην πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση. Στόχος είναι ο προγραμματισμός της παρακολούθησης και της μέτρησης των αποτελεσμάτων των δράσεων του Ο.Τ.Α. α' βαθμού, να αποτελέσει μια σταθερή εσωτερική λειτουργία και διαδικασία, στην οποία θα συμμετέχει σε όλες τις φάσεις, με συγκεκριμένο ρόλο, το ανθρώπινο δυναμικό του (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Με το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός Επιχειρησιακού Προγράμματος καταβάλλεται μία προσπάθεια αξιοποίησης της εμπειρίας που έχει προκύψει από τα Περιφερειακά και Τομεακά Επιχειρησιακά Προγράμματα των Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα Επιχειρησιακά Προγράμματα των Ο.Τ.Α. α' βαθμού αναφέρονται σε έργα που χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και από άλλες εθνικές και τοπικές πηγές, καθώς επίσης και σε έργα που θα υλοποιηθούν από τον ίδιο το Δήμο και τα Νομικά του Πρόσωπα, αλλά και σε δράσεις που στόχο έχουν την οργάνωση των υπηρεσιών των Δήμων για την καλύτερη

λειτουργία του και την εξυπηρέτηση του πολίτη (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Τα επιχειρησιακά προγράμματα των Ο.Τ.Α. α' βαθμού δεδομένου ότι αποτελούν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα τοπικής και οργανωτικής – λειτουργικής ανάπτυξης, σε συνδυασμό με τους άξονες του αναπτυξιακού σχεδιασμού σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, αφορούν πέρα από τις υποδομές και τις τοπικές ενισχύσεις και στην πρόοδο της τωρινής οργάνωσης και λειτουργίας των Ο.Τ.Α. α' βαθμού μέσα στο περιβάλλον στο οποίο δρουν. Μεριμνούν, έτσι, για τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των πολιτών και της ποιότητας των υπηρεσιών. Περιλαμβάνουν ένα σύνολο ιεραρχημένων αξόνων δράσεων τοπικής ανάπτυξης με σκοπό την εφαρμογή του αναπτυξιακού σχεδιασμού του Ο.Τ.Α. α' βαθμού, στρατηγικούς στόχους και προτεραιότητες της τοπικής ανάπτυξης. Εμπεριέχονται επίσης, η οργάνωση των Υπηρεσιών του Ο.Τ.Α. και των επιχειρήσεων, ενώ παράλληλα συγκεκριμενοποιούνται οι πενταετείς δράσεις για την πραγματοποίηση των στόχων αυτών (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Οι στόχοι αυτοί που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι γενικοί στόχοι και αναφέρονται:

1. Στην προώθηση της τοπικής ανάπτυξης
2. Στην εσωτερική ανάπτυξη του Ο.Τ.Α. α' βαθμού ως οργανισμού
3. Στην ανάπτυξη των συνεργασιών του Ο.Τ.Α. α' βαθμού και της επίδρασης άλλων φορέων (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Στη συνέχεια, οι γενικοί αυτοί στόχοι συμπεριλαμβάνουν επιπλέον ειδικούς στόχους, όπως είναι για παράδειγμα:

- Η προστασία και αναβάθμιση του φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος (οικιστικό περιβάλλον και τεχνικές υποδομές) της περιοχής του Ο.Τ.Α. α' βαθμού
- Η πρόοδος της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της λειτουργίας τους
- Η ενίσχυση της παραγωγικής ικανότητας των Ο.Τ.Α. α' βαθμού με γνώμονα τον μεσοπρόθεσμο προγραμματισμό για το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τις κτηριακές υποδομές και τις εγκαταστάσεις
- Η ανάδειξη του αναπτυξιακού και κοινωνικού τους ρόλου

- Η ανάπτυξη της κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας των κατοίκων του Ο.Τ.Α. α' βαθμού
- Η βελτίωση της εξυπηρέτησης των πολιτών
- Η αποδοτικότερη και πιο αποτελεσματική αξιοποίηση και κατανομή των διαθέσιμων πόρων
- Η εισροή επιπλέον οικονομικών πόρων
- Η επίτευξη της εφαρμογής και της επιτέλεσης των δράσεων
- Η μείωση της αποσπασματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων
- Ο συντονισμός των δομών, η προοδευτική εξέλιξη του τρόπου διοίκησης και η αύξηση του εσωτερικού μηχανισμού των Ο.Τ.Α. α' βαθμού
- Η ανάπτυξη συνεργασιών για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων
- Η προώθηση της τοπικής δημοκρατίας και της δυνατότητας κοινωνικού ελέγχου
- Η βελτίωση του επιπέδου συνεργασίας των Ο.Τ.Α. α' βαθμού με δημόσιους, ιδιωτικούς και κοινωνικούς φορείς για την από κοινού συντονισμένη προώθηση της τοπικής ανάπτυξης και την παροχή υπηρεσιών (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Συνοπτική Περιγραφή και Αξιολόγηση της Υφιστάμενης Κατάστασης των δομών Υγείας στο δήμο Μαλεβιζίου

Στους περισσότερους οικισμούς του Δήμου, λειτουργούν σε εβδομαδιαία βάση Αγροτικά ιατρεία, πλήρως εξοπλισμένα, τα οποία καλύπτουν βασικές ανάγκες των κατοίκων. Με πρωτοβουλία, επίσης του ιατρικού προσωπικού, λειτουργεί άτυπα αγροτικό ιατρείο στην περιοχή του Πολύδροσου στις εργατικές κατοικίες (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Στην έδρα του Δήμου λειτουργεί Περιφερειακό ιατρείο. Το συγκεκριμένο ιατρείο διαθέτει πλήρη και σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, ωστόσο λειτουργεί μόνο μία ή δύο φορές την εβδομάδα λόγω έλλειψης προσωπικού. Κατά συνέπεια, σημαντικός αριθμός των περιστατικών εξυπηρετούνται από το συνεργαζόμενο γιατρό του ΚΑΠΗ Γαζίου (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Όσον αφορά σε σοβαρά περιστατικά υγείας και εξειδικευμένες ανάγκες καλύπτονται από το Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου και από το Πανεπιστημιακό

Νοσοκομείο Ηρακλείου, το οποίο βρίσκεται εγγύτερα στο Δήμο Μαλεβιζίου (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ανάγκες των κατοίκων είναι αυξημένες, οι οποίες καλύπτονται οριακά δεδομένης της έλλειψης ιατρικού προσωπικού. Το στοιχείο αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς ο Δήμος Μαλεβιζίου εμφανίζει πληθυσμιακή αύξηση, με συνέπεια οι ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας να είναι σημαντικές και να γίνονται ακόμη μεγαλύτερες τη θερινή περίοδο, λόγω της τουριστικής κίνησης που καταγράφεται (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Οι άξονες και τα μέτρα των σχεδίων δράσης του επιχειρησιακού προγράμματος του Δήμου Μαλεβιζίου

Ο Δήμος Μαλεβιζίου έχοντας ως στόχο την υλοποίηση του οράματός του και στα πλαίσια των Εθνικών και ευρωπαϊκών αναπτυξιακών πολιτικών και κατευθύνσεων, διαμόρφωσε ένα επιχειρησιακό πρόγραμμα διάρκειας 5 ετών. Το πρόγραμμα αυτό δομείται πάνω σε 4 άξονες προτεραιότητας με κάθε έναν άξονα από αυτούς να περιλαμβάνει μια σειρά από μέτρα και γενικούς στόχους. Ωστόσο ξεχωριστά σχέδια δράσης θα καταρτιστούν στην Β' φάση του επιχειρησιακού προγράμματος από την αρμόδια υπηρεσία που θα είναι υπεύθυνη για την υλοποίησή τους και έτσι θα πραγματοποιηθούν οι γενικοί στόχοι. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με τον άξονα: «Κοινωνική Ανάπτυξη, Παιδεία, τουρισμός, πολιτισμός, αθλητισμός» θα εφαρμοστεί το μέτρο Κοινωνική Ανάπτυξη, Μέριμνα και Ενσωμάτωση που στοχεύει στην ανάπτυξη των υφιστάμενων και στη δημιουργία νέων προγραμμάτων και δομών κοινωνικής φροντίδας, μέριμνας και ενσωμάτωσης, καθώς επίσης στη Βελτίωση και ανάπτυξη δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Σχετικά με τον άξονα Κοινωνική Ανάπτυξη- Παιδεία – Τουρισμός – Πολιτισμός – Αθλητισμός και σύμφωνα με το μέτρο, κοινωνική ανάπτυξη, μέριμνα και ενσωμάτωση, όπως αναφέρεται στον αρμόδιο επιχειρησιακό του Δήμου Μαλεβιζίου, έχουν προγραμματιστεί ορισμένες δράσεις που ως στόχο έχουν την βελτίωση υφιστάμενων, τη δημιουργία νέων προγραμμάτων και δομών κοινωνικής φροντίδας, μέριμνας και ενσωμάτωσης. Πιο συγκεκριμένα, η αρμόδια υπηρεσία υλοποίησης του στόχου, ενίσχυση του ρόλου του Δήμου στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, είναι ο Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. και ως δράση έχει προγραμματιστεί η μελέτη ίδρυσης Κ.Η.Φ.Η. και σε άλλους οικισμούς καθώς και η συνέχιση λειτουργίας του

προγράμματος βοήθεια στο σπίτι (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Ομοίως σχετικά με τον ίδιο άξονα και σύμφωνα με το ίδιο μέτρο, προγραμματίστηκαν και άλλες δράσεις που στοχεύουν στην βελτίωση και ανάπτυξη δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η αρμόδια υπηρεσία υλοποίησης είναι η Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών και συγκεκριμένα στοχεύει στην ενίσχυση του ρόλου του Δήμου στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και στην ανάπτυξη δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι δράσεις που προγραμματίστηκαν είναι η δημιουργία ιστού για την κάλυψη αναγκών της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Δήμου, η διαμόρφωση πρόσβασης και εσωτερικών χώρων αγροτικού ιατρείου Καβροχωρίου και τέλος η επισκευή και η συντήρηση του κτιρίου που στεγάζεται το ιατρείο της Τοπικής Κοινότητας Γωνιών (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Για τη μέτρηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών έχουν οριστεί δείκτες για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιχειρησιακού προγράμματος οι οποίοι διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- Δείκτες εισροών, δηλαδή τα ποσοτικά μεγέθη που μετρούν τους πόρους που καταναλώνονται για την πραγματοποίηση της δράσης σε ένα χρονικό διάστημα και χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της προόδου υλοποίησης της δράσης.
- Δείκτες εκροών, τα ποσοτικά δηλαδή μεγέθη που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της υλοποίησης των δράσεων του Δήμου. Οι συγκεκριμένοι εκτιμούν την πρόοδο υλοποίησης μιας δράσης μετρώντας τις εκροές που παράγονται από την υλοποίηση της δράσης σε ένα χρονικό διάστημα.
- Δείκτες αποτελέσματος, δηλαδή ποσοτικά μεγέθη κατάλληλα επιλεγμένα ή λόγοι δυο ποσοτικών μεγεθών που μετρούν (άμεσα ή έμμεσα) τα χαρακτηριστικά της κατάστασης μιας περιοχής και του εσωτερικού περιβάλλοντος του Δήμου. Με τους δείκτες αυτούς πραγματοποιείται η παρακολούθηση της επίτευξης των στόχων του επιχειρησιακού προγράμματος και επιτυγχάνεται έτσι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων του επιχειρησιακού προγράμματος. Είναι επίσης υπεύθυνοι για την παρακολούθηση των αλλαγών κατά τη διάρκεια υλοποίησης των δράσεων, αλλά και χρήσιμοι για την ποσοτικοποίηση των στόχων του επιχειρησιακού προγράμματος, ώστε να υπάρχει διευκόλυνση στην παρακολούθηση της

προόδου επίτευξής τους (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλιβιζίου, 2011-2015).

Ειδικότερα, ενδεικτικοί δείκτες για την παρακολούθηση του Επιχειρησιακού Προγράμματος του Δήμου Μαλεβιζίου σχετικά με τον άξονα «Κοινωνική Ανάπτυξη – Παιδεία – Τουρισμός – Πολιτισμός» είναι οι ακόλουθοι:

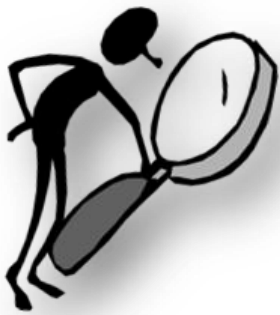
- Όσον αφορά στους δείκτες εισροών:
 1. Δαπάνες (ανά δράση και έτος, στόχο και έτος, μέτρο και έτος, άξονα και έτος)
 2. Αριθμός εποχικών προσλήψεων για την υλοποίηση των δράσεων
- Όσον αφορά στους δείκτες εκροών:
 1. Αριθμός Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που δημιουργούνται, αναβαθμίζονται, επεκτείνονται, συντηρούνται
 2. Δυναμικότητα Δομών Κοινωνικής Φροντίδας
- Όσον αφορά στους δείκτες αποτελέσματος:
 1. Αριθμός Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας/ Σύνολο του πληθυσμού
 2. Αριθμός Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας/ Πληθυσμό (για κάθε δημοτική ή τοπική κοινότητα)
 3. ΚΑΠΗ: Αριθμός εντάξεων / Αριθμό αιτήσεων (κατ' έτος)
 4. ΚΗΦΗ: Αριθμός εντάξεων / Αριθμό αιτήσεων (κατ' έτος)
 5. Δομές Ανοιχτής Φροντίδας: Αριθμός εντάξεων / Αριθμό αιτήσεων (κατ' έτος) (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου, 2011-2015).

Συμπερασματικά, από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω το νέο Νομοσχέδιο «Καλλικράτης» φαίνεται ότι επέφερε τόσο θετικές όσο και αρνητικές αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία των υπηρεσιών του δήμου. Έτσι, από τη μία, όσον αφορά στις θετικές αλλαγές φαίνεται ότι για πρώτη φορά στο δήμο Μαλεβιζίου, όπως και στους υπόλοιπους καλλικρατικούς δήμους με την έναρξη εφαρμογής του «Καλλικράτη» θεσπίστηκε υποχρεωτική εκπόνηση επιχειρησιακού προγράμματος. Όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας του δήμου, θετικό στοιχείο της εφαρμογής του επιχειρησιακού προγράμματος είναι ότι τέθηκε ως σκοπός η συστηματική βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της λειτουργίας των υπηρεσιών. Επιπλέον, θετικό είναι το γεγονός ότι στόχοι του προγράμματος αποτέλεσαν η καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, η βελτίωση της κοινωνικής ευημερίας των πολιτών, ο

σχεδιασμός δράσεων για τη βελτίωση υφιστάμενων, αλλά και η δημιουργία νέων προγραμμάτων και δομών κοινωνικής φροντίδας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ένα ακόμη θετικό με τη συνένωση των Δήμων ήταν η πρόταση και ο σχεδιασμός για τη λειτουργία του Κ.Α.Π.Η. της Δημοτικής ενότητας Τυλίσου, από την Προϊσταμένη Κοινωνική Λειτουργό του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα περιστατικά να βρίσκουν φροντίδα στην κοινότητά τους, χωρίς να χρειάζεται να μεταφέρονται στις Γωνιές ή στο Γάζι, σε περιοχές μακριά από τον τόπο κατοικία τους, δεδομένου του πληθυσμού ηλικιωμένων και φροντιστών που έχουμε στην Τύλισο. Η δημιουργία των παραρτημάτων του Κ.Α.Π.Η. συμβάλλει στην αποκέντρωση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων και δίνει την ευκαιρία για την αντιμετώπιση των περιστατικών σε τοπικό επίπεδο βασισμένη στα χαρακτηριστικά και τις βασικές ανάγκες υγείας αυτών. Επιτυγχάνεται, έτσι, η άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού των κοινοτήτων αυτών με τις υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, θετικό σημείο του σχεδιασμού είναι ο ορισμός της διαδικασίας παρακολούθησης και αξιολόγησης του προγράμματος, καθώς οι δράσεις αυτές θα αξιολογηθούν με βάση συγκεκριμένους δείκτες παρακολούθησης και αξιολόγησης.

Ωστόσο, μέχρι στιγμής από τα λεγόμενα των υπευθύνων των υπηρεσιών, αλλά και από τις απαντήσεις κάποιων μελών εκτιμάται ότι η αναδιάρθρωση που έγινε στις υπηρεσίες υγείας είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση προσωπικού στις υπηρεσίες. Ακόμα και στις καινούριες που ιδρύθηκαν, το Κ.Α.Π.Η. δηλαδή της Τυλίσου, το προσωπικό, δεν αυξήθηκε, αντιθέτως παρέμεινε το ίδιο. Συνεπώς, το ίδιο προσωπικό εξακολουθεί να απασχολείται στις υπηρεσίες, μειώνοντας τις ώρες απασχόλησής του σε κάθε μία από αυτές. Ένα ακόμα αρνητικό σημείο του σχεδίου είναι η μείωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι υπεύθυνοι των υπηρεσιών μας ανέφεραν ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη όσων αφορά στον υλικο-τεχνικό εξοπλισμό και τη συντήρηση των υπηρεσιών, αλλά και μείωση των δραστηριοτήτων που υλοποιούνταν μέχρι τώρα στις υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα οι εκδρομές, που έχουν σχεδόν καταργηθεί στα Κ.Α.Π.Η. Επομένως, αν και δεν έχει γίνει ακόμα η αξιολόγηση του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. σύμφωνα με τους στόχους και τους δείκτες αξιολόγησης που έχουν τεθεί, από το επιχειρησιακό πρόγραμμα του Δήμου Μαλεβιζίου μέχρι τη δεδομένη στιγμή φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά αδύνατα σημεία στη λειτουργία και στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Β' ΜΕΡΟΣ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Μεθοδολογία έρευνας

6.1 Σκοπός της μελέτης

Βασικός σκοπός της μελέτης μας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που λαμβάνουν οι εξυπηρετούμενοι του Δήμου Μαλεβιζίου βάση της ικανοποίησης των χρηστών.

6.2 Στόχοι της έρευνας

Στόχος της έρευνας αποτελούν η εκτίμηση του δείκτη της δομής της διαδικασίας και του αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Δήμου Μαλεβιζίου, η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση:

- των εγκαταστάσεων και του προσωπικού των υπηρεσιών από την πλευρά των εξυπηρετούμενων (λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, άνεση των χώρων),
- της διαδικασίας, η οποία αναφέρεται στην εξυπηρέτηση και τη συμμετοχή των ωφελούμενων στη διαδικασία της παρέμβασης
- του αποτελέσματος, που αφορά στις επιδράσεις, που έχουν οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην υγεία των εξυπηρετούμενων (π.χ τη μείωση των συμπτωμάτων), στη φροντίδα υγείας που έλαβαν,
- του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τη χρήση και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών, όπως αυτά εκφράζονται από τους ίδιους.
- της αλληλεπίδρασης κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων σε σχέση με την αντίληψη των ωφελούμενων για την κατάσταση της υγείας τους αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους (σωματική, ψυχολογική και κοινωνική) δεδομένου ότι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. συνδέεται με την ποιότητα ζωής των ωφελούμενων.

6.3 Ερευνητική υπόθεση

Στο Δήμο Μαλεβιζίου οι εξυπηρετούμενοι είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

6.4 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν είναι τα ακόλουθα:

- Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.;
- Τα έτη εγγραφής των εξυπηρετούμενων διαφοροποιούν την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα;
- Η προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα εξαρτάται από το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών;
- Η προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα εξαρτάται από το περιβάλλον της υπηρεσίας;
- Η προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την συμμετοχή και ενδυνάμωση που παρέχεται από τις υπηρεσίες;
- Η προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την πληροφόρηση και τα δικαιώματα;
- Η πληροφόρηση των χρηστών για τις υπηρεσίες σχετίζεται με το μορφωτικό τους επίπεδο;

6.5 Μέθοδος Συλλογής στοιχείων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της ποσοτικής μεθόδου, λόγω της σχετικής δυνατότητάς της να οδηγεί σε γενικεύσιμα δεδομένα, καθώς επίσης λόγω του υψηλού αριθμού των ερωτηθέντων.

6.6 Εργαλείο έρευνας και άξονες ερωτηματολογίου

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της πτυχιακής είναι το ερωτηματολόγιο από την ανασκόπηση της έρευνας στο περιοδικό «Νοσηλευτική» (τεύχος 2) με τίτλο: «Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα» (Λαζάρου και Οικονομοπούλου, 2007).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε για την απόκτηση της δυνατότητας ελέγχου όλων των παραγόντων που επηρεάζουν κάθε διεργασία, όπως το ανθρώπινο δυναμικό, τις μεθόδους εκτέλεσης αυτών, την εισροή πληροφόρησης και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται, προκειμένου να εξασφαλιστεί η παροχή ποιοτικής φροντίδας. Έτσι, αποδεικνύεται η αξία εφαρμογής της, ελέγχεται η επίτευξη των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων της και αιτιολογείται η αποδοτικότητα

εφαρμογής. Για την εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκαν κάποιες αλλαγές στο ερωτηματολόγιο προκειμένου να εφαρμοστεί πιο κατάλληλα στο πεδίο και το δείγμα μας. Ωστόσο, κατόπιν επικοινωνίας με την συγγραφέα δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί ειδική άδεια προκειμένου να χρησιμοποιηθεί. Η έρευνα διήρκησε από τον Δεκέμβριο του 2013 έως τον Μάιο του 2014.

Άξονες ερωτηματολογίου –Θεματικές Ενότητες

- A) Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- B) Συμμετοχή και ενδυνάμωση
- Γ) Πληροφόρηση και δικαιώματα
- Δ) Περιβάλλον
- E) Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα
- ΣΤ) Γενική εκτίμηση

6.7 Πεδίο Μελέτης

Το πεδίο μελέτης μας είναι οι υπηρεσίες του Δημοτικού Οργανισμού Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ.). Σ' αυτές περιλαμβάνονται τα ΚΑΠΗ της Δημοτικής Κοινότητας Γαζίου, της Τοπικής Κοινότητας Καλεσσών, και της Τοπικής Κοινότητας Τυλίσου, το Κ.Η.Φ.Η της Δημοτικής Κοινότητας Γαζίου και τέλος, τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» της Δημοτικής Κοινότητας Γαζίου και της τοπικής Κοινότητας Τυλίσου.

6.8 Δείγμα μελέτης

Το δείγμα μελέτης αποτελούν οι χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Μαλεβιζίου με απαραίτητη προϋπόθεση να είναι ενεργοί συμμετέχοντες τουλάχιστον ένα χρόνο. Επιπλέον, επιδιώχθηκε το δείγμα να περιλαμβάνει διαφορετικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, ώστε να διασφαλιστεί η διαφορετικότητα του δείγματος. Έγινε προσπάθεια, δηλαδή, το δείγμα να περιλαμβάνει και άντρες και γυναίκες, άτομα που έχουν αποφοιτήσει, καθώς επίσης μέλη που δεν έχουν αποφοιτήσει, ωφελούμενοι που απασχολούνταν σε αγροτικές εργασίες, αλλά και χρήστες των υπηρεσιών που απασχολούνταν είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο φορέα, μέλη με ενεργή συμμετοχή στις υπηρεσίες, αλλά και μη ενεργά μέλη, καθώς επίσης μέλη που έχουν εκφράσει ικανοποίηση για το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών, αλλά και μέλη που έχουν εκφράσει δυσαρέσκεια.

6.9 Δειγματοληψία

Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας σύμφωνα με τη μέθοδο των «Μη πιθανοτήτων». Δόθηκαν, δηλαδή ερωτηματολόγια στους εξυπηρετούμενους των υπηρεσιών που παρευρίσκονταν στο χώρο καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής μας στις υπό μελέτη υπηρεσίες (Πασχαλούδης και Ζαφειρόπουλος, 2002). Η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιήθηκε, καθώς η έρευνά μας αποτελεί ένα αρχικό στάδιο της αξιολόγησης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του δήμου Μαλεβιζίου και επιδιώχθηκε να ληφθεί μία γενικότερη εκτίμηση των αποτελεσμάτων (δεδομένου επίσης, του χρόνου που υπήρχε διαθέσιμος για τη συλλογή των δεδομένων).

6.10 Μέθοδος ανάλυσης στοιχείων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δυο είδη ανάλυσης των στοιχείων. Τα ποσοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 19 (Portable IBM). Θα πραγματοποιηθούν συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με καταστάσεις που βιώνουν στις υπηρεσίες. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε είναι ο χ^2 – έλεγχος ανεξαρτησίας, καθώς οι μεταβλητές είναι ποιοτικές με πάνω από δύο κατηγορίες (Συμεωνάκη, 2008). Τα ποιοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με βάση την θεματική ανάλυση, συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική θεματική ανάλυση. Σύμφωνα με αυτή ερμηνεύσαμε τα δεδομένα που πήραμε από τις απαντήσεις των μελών και τα τοποθετήσαμε σε κατηγορίες με σκοπό να δείξουμε μια γενική τάση των απόψεών τους (Βάμβουκας, 2002).

6.11 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης

Μία από τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν η καθυστέρηση αφενός της χορήγησης της έγκρισης από την αρμόδια Διεύθυνση των υπηρεσιών του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ., ώστε να διεξαχθεί η έρευνα και η άρνηση αφετέρου να υλοποιήσουμε την έρευνα στην περιοχή του Κρουσώνα, στο Κ.Α.Π.Η. συγκεκριμένα και στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι.

Στη συνέχεια, όσον αφορά στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, τα ερωτηματολόγια, χορηγήθηκαν από τις Κοινωνικές Λειτουργούς των προγραμμάτων, λόγω του ότι δεν είχαμε την έγκριση να επισκεφθούμε τις οικείες των εξυπηρετούμενων του προγράμματος, καθώς επίσης η είσοδος στον ιδιωτικό χώρο

των ηλικιωμένων αποτελεί πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα και θεωρείται από άποψη δεοντολογίας απόρρητο. Αυτό ίσως είχε επήρεια στις απαντήσεις των ωφελούμενων, καθώς ενδέχεται να δυσκολεύτηκαν να δώσουν αρνητικές απαντήσεις στις επαγγελματίες των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Ακόμη, συναντήσαμε δυσκολία ως προς την προσέγγιση του δείγματος και την προθυμία των εξυπηρετούμενων των υπηρεσιών να συμμετέχουν στην έρευνα λόγω του ενδεχόμενου φόβου να ασκήσουν κριτική στις υπηρεσίες θεωρώντας ότι τυχόν παράπονά τους θα οδηγήσουν στην απόσυρση της υπηρεσίας από την περιοχή τους.

Επιπλέον, η υγεία των εξυπηρετούμενων των προγραμμάτων βοήθεια στο σπίτι, όπως μας πληροφόρησαν οι υπεύθυνες του προγράμματος που χορήγησαν τα ερωτηματολόγια ήταν ιδιαίτερα επιβαρημένη (πολλοί απ' αυτούς ήταν κληήρεις και είχαν προβλήματα βαρηκοΐας), ομοίως όμως και στις υπόλοιπες υπηρεσίες (Κ.Α.Π.Η. και Κ.Η.Φ.Η.) συναντήσαμε περιπτώσεις όπου τα μέλη αδυνατούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, λόγω προβλημάτων βαρηκοΐας, όρασης ή ακόμα και νοητικών προβλημάτων. Τέλος, η ηλικία και στις περισσότερες περιπτώσεις το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αποτέλεσαν εμπόδια στο να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια μόνα τους τα μέλη, καθώς η κατανόηση των ερωτήσεων ήταν αρκετά δύσκολη.

Προκειμένου να διευκολύνουμε τη διαδικασία ήρθαμε σε επαφή με τους υπεύθυνους επαγγελματίες, ώστε να τους γνωστοποιήσουμε ποιοί είμαστε, ποιός είναι ο σκοπός της μελέτης και στη συνέχεια, τους δόθηκε σχετικό ενημερωτικό έντυπο (Παράρτημα 2).

Στόχος των παραπάνω ενεργειών ήταν η έγκριση και η ανάπτυξη συνεργασίας με τις αρμόδιες υπηρεσίες, οι υπεύθυνοι των οποίων συνέβαλαν ως προς το να παρακινήσουν πιο εύκολα τους χρήστες ώστε να συμμετέχουν στη διαδικασία. Παράλληλα, δόθηκε ενημερωτικό έντυπο και στους χρήστες των υπηρεσιών, το οποίο διαβεβαίωνε ότι θα διατηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα, καθώς επίσης ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν προαιρετική τονίζοντας τους πόσο σημαντικό είναι για τους ίδιους να συμμετέχουν στη διαδικασία της αξιολόγησης (Παράρτημα 1).

Επίσης, εφόσον δε μας δόθηκε η δυνατότητα να έχουμε στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, ώστε να δώσουμε εμείς τα ερωτηματολόγια, συνεργαστήκαμε με τους υπεύθυνους κοινωνικούς λειτουργούς του προγράμματος, οι οποίοι δέχθηκαν να

χορηγήσουν οι ίδιοι τα ερωτηματολόγια στους εξυπηρετούμενους. Ακόμη, λόγω του ότι συναντήσαμε τη δυσκολία της πρόσβασης στο Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης (Κ.Δ.Α.Π.) της Τυλίσου, λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου, περιελάβαμε στο δείγμα του Κ.Α.Π.Η. της Τυλίσου, το οποίο είχε συμπληρώσει τον απαιτούμενο χρόνο λειτουργίας (ένας χρόνος), όπως είχε οριστεί, προκειμένου να γίνει η αξιολόγηση. Στις περιπτώσεις όπου τα μέλη δυσκολεύονταν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια μόνα τους λόγω αδυναμίας είτε κατανόησης των ερωτήσεων είτε όρασης, η συμπλήρωση γινόταν από εμάς κάνοντάς τους πρόσωπο με πρόσωπο τις ερωτήσεις.

6.12 Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν

Μεταξύ των σημαντικότερων ζητημάτων στα πλαίσια του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης της έρευνας στο χώρο της υγείας, είναι και η ηθική. Η ηθική είναι μια έννοια που διακρίνεται για το φιλοσοφικό χαρακτήρα της και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τα πρώτα στάδια της έρευνας. Δεν επιβάλλεται από κρατικές νομοθετικές ρυθμίσεις, αλλά κύριος κριτής της, είναι η ηθική συνείδηση.

Οι λόγοι που εφιστούν την τήρηση των ηθικών κανόνων είναι η κατάκτηση και ο εμπλουτισμός της γνώσης και συνεπώς της αλήθειας. Σημαντική παράμετρος της ηθικής στην έρευνα είναι η αύξηση των πιθανοτήτων να αποφευχθούν επιβλαβείς ή επικίνδυνες για την ζωή των υποκειμένων συνθήκες.

Κάποια βασικά ηθικά ερωτήματα που ανταποκρίνονται στην ηθική διάσταση της έρευνας και απαντήσαμε είναι τα ακόλουθα:

1. Υπάρχει ηθικά δικαιολογημένη αιτία για την έρευνα;
2. Υπάρχει λογική προσδοκία, ότι η έρευνα θα προσφέρει τη γνώση που αναζητήθηκε;
3. Είναι απόλυτα απαραίτητη η χρησιμοποίηση ανθρώπων;
4. Έχουν πληροφορηθεί τα υποκείμενα της έρευνας για το σκοπό και τα οφέλη της; Έχει εξασφαλιστεί η συγκατάθεση και η εθελοντική συμμετοχή τους;
5. Έχει μελετηθεί η αναλογία του οφέλους, ως προς τους κινδύνους που διατρέχουν τα υποκείμενα, κατά τη διάρκεια της έρευνας;

Αυτά τα ερωτήματα προσπαθήσαμε να απαντήσουμε, ώστε η έρευνά μας να έχει ηθική υπόσταση:

Οι λόγοι της έρευνάς μας είναι κυρίως εκπαιδευτικοί για τη διαδικασία της εκπόνησης πτυχιακής εργασίας. Στη συνέχεια, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. στον Δήμο Μαλεβιζίου είναι απαραίτητη, γιατί μπορεί να βοηθήσει στο σχεδιασμό και σε υγιείς αλλαγές σε έναν τοπικό δήμο που με τα χρόνια φαίνεται ότι εξελίσσεται και μεριμνά με σταθερά βήματα για την κοινωνική πολιτική. Καθώς τα χαρακτηριστικά της ποιότητας αποτελούνται από ασφάλεια, επικοινωνία, ευγένεια, κατανόηση, επαγγελματική πίστη, ικανότητα, ανταπόκριση, και αξιοπιστία, σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν αυτά τα χαρακτηριστικά αποδίδονται πλήρως. Συνεπώς η έρευνά μας περιλαμβάνει ηθικά δικαιολογημένες αιτίες.

Επιπλέον, η αξιολόγηση θα γίνει με συγκεκριμένους δείκτες. Επομένως, θα προκύψει νέα γνώση απ' την προσπάθεια συλλογής της άποψης των χρηστών για το πώς βλέπουν τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν κι αυτό πιθανόν με την κατάλληλη αξιοποίηση να οδηγήσει σε προβληματισμό και συζήτηση από τους επαγγελματίες για την παρεχόμενη ποιότητα των εν λόγω υπηρεσιών δεδομένου επίσης ότι δεν έχει γίνει ανάλογη έρευνα στην περιοχή που εξετάζουμε.

Στην έρευνα μας η άποψη των χρηστών είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της ποιότητας. Οι χρήστες αξιολογούν και εκτιμούν βάση της ικανοποίησης τους και της αποτελεσματικότητας που έχει η υπηρεσία γι' αυτούς στην υγεία τους. Ένα άλλο σημαντικό ηθικό ζήτημα είναι η εξασφάλιση της τεκμηριωμένης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων. Χωρίς αυτή δεν θα μπορούσαμε να προβούμε στην έρευνά μας, καθώς καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα και ο σεβασμός προς αυτών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε έπειτα από την συγκατάθεση των υπεύθυνων επαγγελματιών και τη συναίνεση των χρηστών, το οποίο εξασφαλίστηκε μέσα από τη χορήγηση ενημερωτικού εντύπου για το σκοπό της έρευνας (Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο έρευνας και Παράρτημα 2: Ενημερωτικό έντυπο έρευνας προς υπηρεσίες).

Τα υποκείμενα της έρευνας δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο, καθώς η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών γίνεται προς όφελός τους. Στόχος είναι η καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών στο μέλλον, για να διορθωθούν όσα (ζητήματα) δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πελατών. Η αξιολόγηση στοχεύει στο να επιφέρει αλλαγές στις μεθόδους, στις τεχνικές των υπηρεσιών και να αποδώσει το καλύτερο αποτέλεσμα σε αυτές (Παπανικολάου, 2007).

6.13 Περιορισμοί της έρευνας

Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας ήταν το γεγονός ότι δεν ορίστηκε εξ' αρχής ο τρόπος δειγματοληψίας. Αρχικά, η έρευνα είχε σχεδιαστεί να πραγματοποιηθεί με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ωστόσο, αυτή πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της μεθόδου της δειγματοληψίας ευκολίας, καθώς ο πληθυσμός των υπηρεσιών ήταν πολύ μεγάλος, επομένως και το δείγμα θα ήταν εξίσου αρκετά μεγάλο που θα έπρεπε να συλλεχθεί, ώστε αυτό να είναι αντιπροσωπευτικό δεδομένο. Επιπλέον, η λήψη ενός τέτοιου μεγάλου δείγματος θα ήταν αδύνατη δεδομένου του χρόνου που υπήρχε, καθώς επίσης ότι η έρευνα γίνεται στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας.

Ένας άλλος περιορισμός που προέκυψε κατά τη διάρκεια της έρευνας ήταν οι απαντήσεις των μελών των υπηρεσιών στις ανοιχτές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, που αφορούσαν στον άξονα για τη γενική εκτίμηση, από τις οποίες οι περισσότερες ήταν μονολεκτικές. Ίσως να μην ήταν κατανοητό από τους συμμετέχοντες ότι έπρεπε να εμβαθύνουν σε αυτές τις ερωτήσεις ή ο περιορισμός αυτός να αφορούσε στην απειρία των συνεντευκτών να αντλήσουν με αυτόν τον τρόπο την πληροφορία. Συνεπώς, αυτό αποτέλεσε εμπόδιο ως προς το να αναλύσουμε τα δεδομένα περισσότερο.

Ένας ακόμα περιορισμός ήταν ότι δεν προβλέψαμε το κριτήριο της συμμετοχής των χρηστών μόνο από μία υπηρεσία και λάβαμε ερωτηματολόγια από χρήστες που δέχονταν περισσότερο από μια υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα μας μπορεί να μην είναι αντικειμενικά, διότι το προσωπικό μπορεί να είναι το ίδιο οπότε οι απαντήσεις δεν διαφοροποιούνται.

Επιπλέον, δεν είχαμε τη δυνατότητα να διεξάγουμε την έρευνα στο Κ.Α.Π.Η., καθώς επίσης στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» της Δημοτικής Ενότητας Κρουσώνα, καθώς δε μας δόθηκε η έγκριση από την αρμόδια Διεύθυνση των υπηρεσιών του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ., το οποίο συνέβαλε στη συλλογή μικρότερου δείγματος.

Άλλος περιορισμός ήταν πως περιοριστήκαμε μόνο στα κριτήρια επιλογής του δείγματος, χωρίς να κοιτάζουμε τον αριθμό του δείγματος σύμφωνα με το σύνολο των χρηστών στις υπηρεσίες. Οπότε το δείγμα ίσως να μην είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου των χρηστών.

Τέλος, επειδή υπήρχε δυσκολία στην ανεύρεση των μελών από το μητρώο της υπηρεσίας καθώς η επαφή με τα μέλη ήταν ανέφικτη, διότι τα συγκεκριμένα δεν έκαναν χρήση των υπηρεσιών συχνά, το δείγμα μας καθορίστηκε από μέλη –συχνούς χρήστες των υπηρεσιών. Οπότε, λόγω της επιλογής του συγκεκριμένου δείγματος, ίσως να έχουν επηρεαστεί τα αποτελέσματά μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Ανάλυση περιγραφικής στατιστικής

7.1.1 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Όπως απεικονίζεται στον **Πίνακα 1**, το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν 220. Από αυτούς, οι 66 ήταν άντρες και 154 ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι ήταν άνω των 56 ετών, ειδικότερα 213 άτομα (96,8%). Όσον αφορά στον τόπο κατοικίας, οι 55 (25,0%) διέμεναν στο Γάζι και οι 30 (13,6%) στα Κάτω Καλέσσα. Από τους συμμετέχοντες, οι 57 (25,9%) δεν είχαν αποφοιτήσει και οι 131 (59,5%) ολοκλήρωσαν το Δημοτικό Σχολείο. Ως προς το επάγγελμα οι 66 (30,0%) δήλωσαν αγρότες/κτηνοτρόφοι, οι 93 (42,0%) ασχολούνταν με τα οικιακά και τέλος, οι 25 (11,4%) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής υπηκοότητας, δηλαδή και οι 220 (100,0%). Σχετικά με τα έτη εγγραφής οι 165 (75,0%) συμμετέχοντες ήταν εγγεγραμμένοι από 5 έτη και άνω.

Πίνακας 1: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

	Μέλη υπηρεσιών (N=220)	
	n	%
Φύλο		
<i>Άνδρας</i>	66	30,0
<i>Γυναίκα</i>	154	70,0
Ηλικία		
<i>18-25</i>	1	0,5
<i>26-39</i>	3	1,4
<i>40-55</i>	3	1,4
<i>56 και άνω</i>	213	96,8
Τόπος κατοικίας		
<i>Αγάκου Μετόχι</i>	1	0,5
<i>Αγία Πελαγία</i>	6	2,7
<i>Αμμονδάρα</i>	7	3,2
<i>Άνοδος</i>	2	0,9
<i>Αστυράκι</i>	4	1,8
<i>Αχλάδα</i>	3	1,4
<i>Γάζι</i>	55	25,0
<i>Γωνιές</i>	7	3,2
<i>Δαμάστα</i>	2	0,9

<i>Εργατικές Κατοικίες</i>	4	1,8
<i>Καβροχώρι</i>	2	0,9
<i>Κάτω Καλέσσα</i>	30	13,6
<i>Πάνω Καλέσσα</i>	4	1,8
<i>Καμάρι</i>	7	3,2
<i>Κεραμούτσι</i>	14	6,4
<i>Κρουσώνας</i>	4	1,8
<i>Μάραθος</i>	2	0,9
<i>Μονή</i>	1	0,5
<i>Ξηροπόταμος</i>	2	0,9
<i>Παλαιόκαστρο</i>	4	1,8
<i>Ρογδιά</i>	7	3,2
<i>Σάρχος</i>	1	0,5
<i>Τσαλικάκι</i>	10	4,5
<i>Τύλισος</i>	37	16,8
<i>Φόδελε</i>	4	1,8
Μορφωτικό επίπεδο		
<i>Δεν έχω αποφοιτήσει</i>	57	25,9
<i>Δημοτικό</i>	131	59,5
<i>Γυμνάσιο</i>	12	5,5
<i>Λύκειο</i>	8	3,6
<i>Τεχνική σχολή</i>	3	1,4
<i>T.E.I.</i>	2	0,9
<i>Πανεπιστήμιο</i>	7	3,2
Επάγγελμα		
<i>Δημόσιος Υπάλληλος</i>	18	8,2
<i>Ιδιωτικός Υπάλληλος</i>	25	11,4
<i>Ελεύθερος Επαγγελματίας</i>	4	1,8
<i>Επιχειρηματίας</i>	6	2,7
<i>Αγρότης/Κτηνοτρόφος</i>	66	30,0
<i>Οικιακά</i>	93	42,0
<i>Άνεργος</i>	8	3,6
Υπηκοότητα		
<i>Ελληνική</i>	220	100,0
<i>Άλλο</i>	0	0
Έτη Εγγραφής		
<i>Από 1 έως 2</i>	32	14,5
<i>Από 3 έως 4</i>	23	10,5
<i>Από 5 έτη και άνω</i>	165	75,0

7.1.2 Συμμετοχή και ενδυνάμωση

Όπως απεικονίζεται στον **Πίνακα 2**, το σύνολο των ατόμων που απάντησαν τις ερωτήσεις σχετικά με τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση ήταν 220. Από αυτούς,

οι 194 (88,2%) απάντησαν ότι νιώθουν πολύ άνετα να κάνουν ερωτήσεις στο προσωπικό, ενώ καθόλου απάντησαν μόνο 3 άτομα (1,4%). Σχεδόν ο ίδιος αριθμός συμμετεχόντων απάντησε ότι το προσωπικό τους εμψυχώνει κατά την παραμονή τους στην υπηρεσία, ειδικότερα 195 άτομα (88,6%). Από τους συμμετέχοντες, οι 173 (78,6%) δήλωσαν ότι το προσωπικό τους βοηθάει πολύ να διαχειριστούν τα προβλήματα τους, οι 24 (10,9%) δέχονται μέτρια βοήθεια, ενώ καθόλου δήλωσαν 14 άτομα (6,4%). Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμμετέχουν πολύ στις διάφορες δραστηριότητες της υπηρεσίας, ο αριθμός των οποίων φτάνει τα 169 άτομα (76,8%).

Πίνακας 2. Συμμετοχή και ενδυνάμωση

	Μέλη υπηρεσιών (N=220)	
	n	%
Άνεση ερωτήσεων		
<i>Καθόλου</i>	3	1,4
<i>Λίγο</i>	8	3,6
<i>Μέτρια</i>	15	6,8
<i>Πολύ</i>	194	88,2
Εμψύχωση εξυπηρετούμενων κατά την παραμονή τους στην υπηρεσία		
<i>Καθόλου</i>	2	0,9
<i>Λίγο</i>	4	1,8
<i>Μέτρια</i>	19	8,6
<i>Πολύ</i>	195	88,6
Βοήθεια Διαχείρισης Προβλημάτων		
<i>Καθόλου</i>	14	6,4
<i>Λίγο</i>	9	4,1
<i>Μέτρια</i>	24	10,9
<i>Πολύ</i>	173	78,6
Επιθυμητή συμμετοχή		
<i>Καθόλου</i>	13	5,9
<i>Λίγο</i>	7	3,2
<i>Μέτρια</i>	31	14,1
<i>Πολύ</i>	169	76,8

7.1.3 Πληροφόρηση και δικαιώματα

Όπως απεικονίζεται στον **Πίνακα 3**, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες, 215 (97,9%) δήλωσαν ότι το προσωπικό σέβεται πολύ τις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες (εθνικότητα, θρήσκευα), ενώ μέτρια απάντησαν 5 άτομα (2,3%). Από τους συμμετέχοντες, οι 197 (89,5%) χαρακτήρισαν τις απαντήσεις που παίρνουν από το προσωπικό πολύ κατανοητές και μέτρια 16 άτομα (7,3%). Όσον αφορά το αν έχουν δεχτεί πληροφόρηση για τα δικαιώματα τους ως μέλη των υπηρεσιών, πολύ απάντησαν 190 (86,4%) άτομα, μέτρια 20 (9,1%), λίγο 7 (3,2%) και καθόλου 3 συμμετέχοντες (1,4%).

Πίνακας 3. Πληροφόρηση και δικαιώματα

	Μέλη υπηρεσιών (N=220)	
	n	%
Σεβασμός πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων		
<i>Μέτρια</i>	5	2,3
<i>Πολύ</i>	215	97,7
Κατανοητές απαντήσεις		
<i>Καθόλου</i>	3	1,4
<i>Λίγο</i>	4	1,8
<i>Μέτρια</i>	16	7,3
<i>Πολύ</i>	197	89,5
Ενημέρωση για τα δικαιώματα		
<i>Καθόλου</i>	3	1,4
<i>Λίγο</i>	7	3,2
<i>Μέτρια</i>	20	9,1
<i>Πολύ</i>	190	86,4

7.1.4 Περιβάλλον

Σύμφωνα με τον **πίνακα 4**, 96 συμμετέχοντες (43,6%) από τα Κ.Α.Π.Η. και το Κ.Η.Φ.Η. δήλωσαν ότι είχαν την ιδιωτικότητα που επιθυμούσαν, τονίζοντας ότι εμπιστεύονται τόσο το προσωπικό όσο και τα μέλη για προσωπικά τους θέματα και ότι δεν πρόκειται κανείς από τους δύο να το σχολιάσει με κακοπροαίρετο τρόπο.

Επίσης, σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι, συγκεκριμένα 118 άτομα (53,6%) από τα Κ.Α.Π.Η. και το Κ.Η.Φ.Η. θεωρούν ότι η υπηρεσία είναι άνετη και καθαρή, ενώ μόνο 2 συμμετέχοντες (0,9%) την χαρακτήρισαν ως μέτρια. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες από το πρόγραμμα στο Βοήθεια στο σπίτι δεν απάντησαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις καθώς δεν επισκέπτονται την υπηρεσία και δεν έρχονται σε επικοινωνία με άλλα μέλη. Ο αριθμός των μελών των προγραμμάτων Βοήθεια στο σπίτι ανέρχεται στα 100 άτομα (45,5%).

Πίνακας 4. Περιβάλλον

	Μέλη υπηρεσιών (N=220)	
	n	%
Ιδιωτικότητα		
<i>Δεν αντιστοιχεί</i>	100	45,5
<i>Καθόλου</i>	6	2,7
<i>Λίγο</i>	3	1,4
<i>Μέτρια</i>	15	6,8
<i>Πολύ</i>	96	43,6
Άνετη και καθαρή υπηρεσία		
<i>Δεν αντιστοιχεί</i>	100	45,5
<i>Μέτρια</i>	2	0,9
<i>Πολύ</i>	118	53,6

7.1.5 Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Στον Πίνακα 5, απεικονίζονται οι απαντήσεις των μελών όσο αφορά την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι μπορούν να ιεραρχήσουν καλύτερα τα καθημερινά τους προβλήματα μετά την εγγραφή του στην υπηρεσία, ειδικότερα 171 άτομα (77,7%). Περίπου ο ίδιος αριθμός συμμετεχόντων δήλωσε ότι η εγγραφή τους στην υπηρεσία τους βοήθησε να συνεχίσουν τις δραστηριότητες που είχαν και πριν την εγγραφή τους, συγκεκριμένα 177 άτομα (80,5%). Από τους συμμετέχοντες, οι 194 (88,2%) δήλωσαν ότι έχουν βοηθηθεί πολύ από τις υπηρεσίες που πρόσφερε το προσωπικό, ενώ καθόλου πιστεύουν μόνο 8 άτομα (3,6%). Τέλος, 167 άτομα (75,9%) ανέφεραν ότι η υγεία

τους έχει βελτιωθεί πολύ μετά την επίσκεψη τους στην υπηρεσία ενώ καθόλου 11 άτομα (5,0%).

Πίνακας 5. Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Μέλη υπηρεσιών (N=220)	
	n	%
Ιεράρχηση καθημερινών προβλημάτων		
<i>Καθόλου</i>	8	3,6
<i>Λίγο</i>	8	3,6
<i>Μέτρια</i>	33	15,0
<i>Πολύ</i>	171	77,7
Ενεργή συμμετοχή σε προηγούμενες δραστηριότητες		
<i>Καθόλου</i>	4	1,8
<i>Λίγο</i>	13	5,9
<i>Μέτρια</i>	26	11,8
<i>Πολύ</i>	177	80,5
Προσφερόμενη βοήθεια		
<i>Καθόλου</i>	8	3,6
<i>Λίγο</i>	2	0,9
<i>Μέτρια</i>	16	7,3
<i>Πολύ</i>	194	88,2
Βελτίωση επιπέδου υγείας		
<i>Καθόλου</i>	11	5,0
<i>Λίγο</i>	13	5,9
<i>Μέτρια</i>	29	13,2
<i>Πολύ</i>	167	75,9

7.2 Περιγραφική ανάλυση θεματικού περιεχομένου

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την περιγραφική ανάλυση θεματικού περιεχομένου στις ερωτήσεις που αφορούσαν στη γενική εκτίμηση των μελών για την ποιότητα των υπηρεσιών.

Κ.Α.Π.Η. Γαζίου

Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας

Αξιολογώντας την ποιότητα της φροντίδας παρουσιάστηκαν τρεις απόψεις από τους ερωτώμενους. Η μία άποψη χαρακτηρίζει την ποιότητα άριστη η άλλη αρκετά καλή και η τρίτη καλή. Οι απόψεις αυτές χαρακτηρίζονται έτσι καθώς οι συμμετέχοντες μιλούν για την προθυμία του προσωπικού να συμβουλέψει και να τονώσει το ηθικό των μελών, για το θετικό κλίμα και την παρέα που βρίσκουν στην υπηρεσία ενώ κάποιοι θεωρούν ότι τίποτα δεν μπορεί να είναι πολύ καλό ή άριστο διότι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα δεν αφήνουν τίποτα να βελτιωθεί.

«Η παρέα και το κλίμα που επικρατεί όταν ερχόμαστε φυσικά και την κάνει άριστη, έτσι θα την χαρακτήριζα εγώ» (ε.52). «Η ποιότητα είναι καλή γιατί το προσωπικό έχει διάθεση να βοηθήσει» (ε.55), «αλίμονο να μην είναι καλή από τη στιγμή που μας τονώνουν το ηθικό και μας συμβουλεύουν», «τέλειο δεν υπάρχει με την οικονομική κρίση» (ε.56).

Ικανοποίηση από εξυπηρέτηση

Οι ερωτώμενοι από το Κ.Α.Π.Η. Γαζίου δηλώνουν γενικά ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση που έλαβαν από την υπηρεσία. Παρουσιάστηκαν τρεις απόψεις όσον αφορά την ικανοποίηση. Η μία άποψη χαρακτήρισε την ικανοποίηση ως καλή, η άλλη άποψη μέτρια και η τρίτη άποψη αρκετή καλή. Οι πρώτοι τεκμηρίωσαν την απάντηση τους αναφέροντας τη συμπεριφορά του προσωπικού ως την κυριότερη αιτία ικανοποίησης. Κάποιοι συμμετέχοντες δήλωσε ότι η ικανοποίηση του προέρχεται από το προσωπικό καθώς υπάρχει σεβασμός, ευγένεια και προθυμία για βοήθεια. Κάποιοι τόνισαν ότι δέχονται ενθάρρυνση και παρότρυνση για συμμετοχή στις δραστηριότητες όπως επίσης και σωστή και έγκαιρη ενημέρωση, ειδικότερα για τις εκδηλώσεις. Αντιθέτως, υπάρχει η άποψη ότι ο γιατρός δεν είναι συνεπής και δεν τηρεί το ωράριο λειτουργίας του τμήματος του, καθώς απουσιάζει ακόμα και τις μέρες που είναι προγραμματισμένες να βρίσκεται στο Κ.Α.Π.Η. Επίσης, κάποιοι ερωτώμενοι δεν αιτιολόγησαν την απάντηση τους, αναφέροντας γενικά ότι είναι ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση που έλαβαν από την υπηρεσία. Μια άλλη τάση που υπάρχει είναι ότι το Κ.Α.Π.Η. για την Τρίτη ηλικία είναι η ψυχαγωγία τους, ότι

τους ικανοποιεί και μόνο το γεγονός ότι βγαίνουν από το σπίτι τους και συζητάνε αλλά και συμμετέχουν στα κοινά.

«Μας λένε να συμμετέχουμε» (ε.55), «μας σέβονται και πάντα θέλουν να μας βοηθήσουν» (ε.52). «Όλοι οι άλλοι εκτός του γιατρού με αφήνουν ικανοποιημένο. Εκείνος θεωρώ ότι είναι περισσότερο απαραίτητος, αλλά λείπει ακόμη και τις μέρες που πρέπει να έρχεται, οπότε δεν είμαι ικανοποιημένος από αυτόν» (ε.61). «Μας ενημερώνουν πάντα στην ώρα τους και ειδικά για τις εκδηλώσεις» (ε.63). «Μας ικανοποιεί και μόνο το ότι βγαίνουμε από τα σπίτια μας και ξεφεύγουμε», «ερχόμαστε εδώ και βρίσκουμε άλλα άτομα της ηλικίας μας και συζητάμε» (ε.73).

Ανταπόκριση ποιότητας υπηρεσιών στις προσδοκίες

Οι απόψεις των συμμετεχόντων στη έρευνα όσον αφορά την ανταπόκριση της ποιότητας των υπηρεσιών στις προσδοκίες τους, έδειξε ότι η ποιότητα ανταποκρίνεται αρκετά, μέτρια και πάρα πολύ. Οι συμμετέχοντες μίλησαν συγκεκριμένα για το προσωπικό, το περιβάλλον της υπηρεσίας και τις ομάδες και εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται. Όσοι αναφέρθηκαν στο προσωπικό, τόνισαν ότι από τη μεριά του κάνει ότι μπορεί για να βοηθήσει, αλλά το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης το έχει η πολιτεία που δεν ενδιαφέρεται για την 3^η ηλικία και δεν υπάρχουν χρηματοδοτήσεις για περισσότερα προγράμματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μια πλευρά συμμετεχόντων δήλωσε πως η ποιότητα ανταποκρίνεται μέτρια στις προσδοκίες του, εξαιτίας του γιατρού ο οποίος απουσιάζει πολλές φορές, ενώ υπήρξε μια άλλη άποψη ότι εξυπηρετεί μόνο συνταξιούχους του ΟΓΑ με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι των υπόλοιπων ταμείων να μην μπορούν να επωφεληθούν από αυτήν την υπηρεσία. Ακόμη, κάποιιοι αναφέρθηκαν στις ελλείψεις του προσωπικού. Ειδικότερα, τονίστηκε ότι οι υπηρεσίες δεν λειτουργούν όπως θα επιθυμούσαν εξαιτίας της δημιουργίας παραρτημάτων του Κ.Α.Π.Η. στα Καλέσσα και στην Τύλισο, όπου κάποιιοι από το προσωπικό επισκέπτονται τα συγκεκριμένα Κ.Α.Π.Η. με αποτέλεσμα να μην βρίσκονται συνέχεια στο Γάζι και αυτό να δυσαρεστεί τους χρήστες των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, αναφέρθηκαν στο ρόλο της Κοινωνικού Λειτουργού, αναφέροντας ότι είναι δραστήρια, αλλά εκείνο που θα επιθυμούσαν είναι να γίνονται κατ' οίκον επισκέψεις στα περιστατικά που χρήζουν κοινωνικής εργασίας.

Σχετικά με το περιβάλλον του Κ.Α.Π.Η., σχεδόν όλοι θεωρούν ότι είναι φιλικό, ότι υπάρχει σεβασμός, αλληλοϋποστήριξη, αναπτύσσεται επικοινωνία και δημιουργούνται φιλίες. Αντίθετα, υπάρχει και η άποψη ότι δεν υπάρχει τίποτα από τα

παραπάνω και δεν είναι αυτό που περίμενε να πάρει από το Κ.Α.Π.Η. Υπάρχει συμφωνία απόψεων ότι η ποιότητα ανταποκρίνεται θετικά στις προσδοκίες τους όσον αφορά τις ομάδες, τις εκδηλώσεις και τις ομιλίες που πραγματοποιούνται.

«Όσον αφορά το γιατρό δεν ανταποκρίνεται γιατί δυο μέρες μόνο είναι να έρχεται κι αυτός δεν έρχεται», (ε.61) «εγώ που είμαι ασφαλισμένος στο Ι.Κ.Α. δεν μπορώ να εξυπηρετηθώ και να γράψω τα φάρμακα μου εδώ» (ε.74), «η πολιτεία πρέπει να προσέχει την 3^η ηλικία επειδή το έχει ανάγκη αλλά δεν το κάνει, δεν υπάρχουν χρηματοδοτήσεις για περισσότερα και καλύτερα πράγματα, παρ' όλα αυτά, το προσωπικό κάνει ότι μπορεί έστω και με τις λίγες» (ε.76), «τώρα που άνοιξαν και τα άλλα Κ.Α.Π.Η. και κάποιοι από το προσωπικό πηγαίνουν κι εκεί δεν μου αρέσει» (ε.80), «περίμενα άλλα, δεν υπάρχουν φιλίες εδώ, τα μέλη δεν σέβονται και ούτε υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη» (ε.81).

Κ.Α.Π.Η. Καλεσσών

Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας

Αξιολογώντας την ποιότητα της φροντίδας παρουσιάστηκαν δύο απόψεις από τους ερωτώμενους. Η μία άποψη χαρακτηρίζει την ποιότητα πολύ καλή δίνοντας όμως κι άλλους χαρακτηρισμούς, όπως τέλεια, άψογη και άριστη και η άλλη καλή. Χαρακτήρισαν έτσι την ποιότητα εξαιτίας του προσωπικού, το οποίο σύμφωνα με την άποψη τους είναι αξιόλογο, αλλά και εξαιτίας της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνουν.

«Θέλω να παραμείνει εδώ το Κ.Α.Π.Η. για να συνεχίσουμε να ερχόμαστε μέχρι να πεθάνουμε, άρα η φροντίδα είναι πολύ καλή», (ε.83). «Η φροντίδα από το γιατρό είναι καλή» (ε.79). «Δεν θα μπορούσε να μην είναι καλή, εφόσον το προσωπικό είναι αξιόλογο» (ε.85).

Ικανοποίηση από εξυπηρέτηση

Συμφωνία απόψεων υπήρξε σχετικά με την ερώτηση της ικανοποίησης από την εξυπηρέτηση που έλαβαν οι ερωτώμενοι, η οποία ήταν θετική. Η κύρια αιτία ικανοποίησης τους είναι το προσωπικό, όπου κάποιοι μίλησαν συγκεκριμένα για την Κοινωνική Λειτουργό και το έργο της, καθώς επίσης για τη φροντίδα από το γιατρό και το νοσηλευτή. Κάποιοι, αντίθετα δεν επιθυμούσαν να κάνουν κάποια διάκριση

μεταξύ του προσωπικού. Μια άλλη τάση που παρουσιάστηκε ήταν ότι υπάρχει πλήρης κάλυψη των αναγκών.

«Είμαι ικανοποιημένος από το γιατρό και τη νοσηλεύτρια» (ε.89), «είμαι ικανοποιημένη από την Κοινωνική Λειτουργό γιατί της λέω τα προβλήματα μου και με βοηθάει», «η κουβέντα που κάνω με την κα. Χρυσούλα είναι ψυχοθεραπεία για μένα» (ε.93), «όλοι τους είναι πολύ καλοί, άρα μένω ικανοποιημένη» (ε.98). «Όλες οι ανάγκες μας καλύπτονται, άρα εγώ μένω ικανοποιημένη» (ε.94).

Ανταπόκριση ποιότητας υπηρεσιών στις προσδοκίες

Τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν ότι γενικά ανταποκρίνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις προσδοκίες τους. Κάποιοι ανέφεραν πως ο λόγος που πιστεύουν ότι η ποιότητα ανταποκρίνεται θετικά στις προσδοκίες τους, είναι η πραγματοποίηση των εκδρομών, καθώς αυτό επιθυμούν περισσότερο από κάθε άλλη υπηρεσία του Κ.Α.Π.Η. Επίσης, κάποιοι άλλοι ερωτώμενοι υποστήριζαν πως η ικανοποίησή τους οφείλεται στο φιλικό περιβάλλον, καθώς υπάρχει ζεστασιά και επικοινωνία τόσο με το προσωπικό, όσο και με τα υπόλοιπα μέλη. Μια άλλη άποψη που υπάρχει είναι ότι η ποιότητα ανταποκρίνεται στις περισσότερες προσδοκίες τους και σε μεγάλο βαθμό, εξαιτίας του προσωπικού, ενώ σε αντίθεση, υπάρχει και η άποψη ότι η ποιότητα δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους εξηγώντας ότι έχουν ανάγκη από κοινωνικό λειτουργό, γιατρό και νοσηλεύτη σε καθημερινή βάση. Αξίζει να σημειωθεί, ότι κάποιοι τόνισαν πως εξαιτίας της οικονομικής κατάστασης της χώρας, όπου τίποτα δεν είναι σταθερό, το Κ.Α.Π.Η. με τις υπηρεσίες και το προσωπικό που διαθέτει, ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους

«Ανταποκρίνεται γιατί γίνονται εκδρομές και πηγαίνουμε» (ε.100), «εμένα μ' αρέσει που πάμε εκδρομές και μόνο αυτό θέλω από το Κ.Α.Π.Η., τις υπόλοιπες υπηρεσίες δεν τις χρησιμοποιώ γιατί δεν το έχω ανάγκη» (ε.96). «Μπορούμε και μιλάμε με το προσωπικό και τα υπόλοιπα μέλη και γενικότερα είναι φιλικό το περιβάλλον» (ε.93). «Αν σκεφτώ την κατάσταση της χώρας, με την οικονομία, τότε σίγουρα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες μου, δεν έχω την πολυτέλεια για κάτι παραπάνω» (ε.105). «Πιστεύω πως αν τους ζητούσαμε κάτι άλλο απ' αυτό που μας προσφέρουν ήδη, θα το έκαναν με όλη την καλή τους διάθεση, αλλά δεν μπορούμε να ζητήσουμε, είναι βλέπεις και η οικονομική κατάσταση της χώρας μας που δεν μας αφήνει» (ε.108).

Κ.Α.Π.Η. Τυλίσου

Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας

Στην ερώτηση για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας η κυρίαρχη τάση που υπήρξε ήταν μονολεκτικές απαντήσεις, που τη χαρακτηρίζουν άριστη, πολύ καλή και καλή. Κάποιοι άλλοι τεκμηρίωσαν την απάντηση τους δηλώνοντας ότι είναι καλή, αλλά θα προτιμούσαν να υπάρχει γιατρός και νοσηλεύτης σε σταθερή βάση στην υπηρεσία μας. Αντίθετα, κάποιοι άλλοι πιστεύουν ότι δεν έχουν λάβει κάποια φροντίδα γιατί δε συμμετείχαν, εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που έχουν.

«Η ποιότητα της φροντίδας είναι καλή» (ε.115), «Θα ήθελα να είναι εδώ ο γιατρός πιο συχνά», «Η αλήθεια είναι ότι χρειαζόμαστε τον γιατρό σε σταθερή βάση», «Δεν έχω λάβει κάποια φροντίδα, γιατί δε συμμετέχω στις ομάδες και τις δραστηριότητες εξαιτίας του προβλήματος ακοής που έχω» (ε.112).

Ικανοποίηση από εξυπηρέτηση

Αναφορικά με την ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση που έλαβαν από την υπηρεσία, τόσο από το προσωπικό και τις υπηρεσίες που προσφέρει, όσο και από το περιβάλλον του Κ.Α.Π.Η. υπήρχε θετική άποψη. Κάποιοι εξέφρασαν ότι νιώθουν ικανοποίηση εξαιτίας της ύπαρξης των ομάδων και τη συμμετοχή τους σε αυτές, αλλά και λόγω των διάφορων εκδηλώσεων που πραγματοποιούνται. Επίσης αναφέρθηκαν στη συμπεριφορά του προσωπικού μιλώντας για την ευγένεια και την κατανόηση που δείχνουν όσο αφορά τα προβλήματα τους και την προσφορά των υπηρεσιών που δέχονται. Μια άλλη άποψη που εκφράστηκε σχετικά με την ικανοποίηση των μελών, ήταν η καλή λειτουργία του Κ.Α.Π.Η., καθώς είναι ένας χώρος συνάντησης, όπου τα μέλη επικοινωνούν μεταξύ τους και μ' αυτόν τον τρόπο ξεφεύγουν από τα καθημερινά τους προβλήματα.

«Είμαι πολύ ικανοποιημένη από τις ομάδες που υπάρχουν στο Κ.Α.Π.Η. και συμμετέχω σχεδόν σε όλες», «Μου αρέσει που γίνονται κατά καιρούς, εκδηλώσεις στο Κ.Α.Π.Η. και που υπάρχει η δυνατότητα να συμμετέχουμε σε ομάδες» (ε.189). «Το προσωπικό είναι ευχάριστο, ευγενικό, μας σέβεται και πάντα είναι πρόθυμο να βοηθήσει» (ε.116), «Η κοινωνική λειτουργός μας ενισχύει ψυχολογικά και σίγουρα το χρειαζόμαστε» (ε.113). «Είναι χώρος συνάντησης για μας του ηλικιωμένους, έρχονται και άνδρες και γυναίκες και έτσι μιλάμε όλοι με όλους και ξεχνάμε τα προβλήματα μας» (ε.126).

Ανταπόκριση ποιότητας υπηρεσιών στις προσδοκίες

Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το αν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ερωτώμενων, παρουσιάστηκαν δύο τάσεις. Σύμφωνα με την πρώτη τάση ανταποκρίνεται λίγο, ενώ σύμφωνα με τη δεύτερη πάρα πολύ. Μια άποψη που κυριαρχεί είναι ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν ανταποκρίνεται θετικά στις προσδοκίες τους εξαιτίας των εκδρομών, της συντροφικότητας και γενικότερα του φιλικού περιβάλλοντος που επικρατεί και του σεβασμού που δείχνει το προσωπικό προς τα μέλη. Επίσης, κάποιοι υποστήριξαν ότι νιώθουν ενθουσιασμό, ευχαρίστηση και ότι το Κ.Α.Π.Η. με τις υπηρεσίες που προσφέρει ξεπερνάει τις προσδοκίες τους και λύνει όλα τα προβλήματα των μελών. Υπήρξε επίσης η τάση ότι η ποιότητα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των ερωτώμενων, αναφέροντας κάποιοι από αυτούς ότι δεν έχουν απαιτήσεις από το προσωπικό. Μια άλλη που εμφανίστηκε ήταν ότι η ποιότητα δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις τους και ότι επιθυμούν κάτι παραπάνω. Συγκεκριμένα, τόνισαν ότι επιθυμούν κάποια αλλαγή στο Κ.Α.Π.Η. με την δημιουργία παραπάνω ομάδων και την επίσκεψη φυσικοθεραπευτή και γιατρού στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. Σε αντίθεση υπάρχει η άποψη ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους καθώς το μόνο που θέλει είναι να υπάρχουν περισσότερες εκδηλώσεις και ομάδες.

«Αυτό που θέλω είναι να συμμετέχω σε εκδρομές και το κάνω, οπότε ανταποκρίνεται» (ε.133). «Το προσωπικό και τα μέλη είναι φιλικά και αυτό ήθελα να έχω όταν ήρθα και έγινα μέλος του Κ.Α.Π.Η.»(ε.139), «εγώ ήθελα το προσωπικό να μας σέβεται και ευτυχώς το κάνει» (ε.138). «Ξεπερνάει τις προσδοκίες μου γιατί εδώ μας λύνουν τα προβλήματα μας» (ε.140). «Ανταποκρίνεται στις προσδοκίες μου γιατί εγώ σαν άνθρωπος δεν έχω απαιτήσεις από το προσωπικό» (ε.141). «θα ήθελα να υπάρχει ομάδα μαγειρικής και ομάδα γυμναστικής και σαφώς ο απαραίτητος εξοπλισμός, κουζίνα και όργανα γυμναστικής» (ε.146). «θα ήθελα να έχουμε φυσικοθεραπευτή και γιατρό γιατί τους χρειαζόμαστε» (ε.159).

Κ.Η.Φ.Η.

Αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας

Τα μέλη του Κ.Η.Φ.Η. που συμμετείχαν στην έρευνα, αξιολόγησαν την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν ως άριστη, αρκετά καλή, και καλή. Οι

απόψεις αυτές χαρακτηρίζονται έτσι καθώς τα μέλη έκαναν λόγο για την καθαριότητα του χώρου, το καλό φαγητό, και το πρόσχαρο προσωπικό.

«Το φαγητό πάντα είναι πολύ καλό, ο χώρος καθαρός και το προσωπικό μας προσέχει» (ε.64). «Ο χώρος είναι καθαρός και το προσωπικό πάντα πρόσχαρο, χαμογελαστό και με διάθεση για προσφορά» (ε.67).

Ικανοποίηση από εξυπηρέτηση

Αξιολογώντας την ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση που έλαβαν τα μέλη του Κ.Η.Φ.Η., βρέθηκε από κάποια μέλη πως η ικανοποίησή τους προέρχεται από την φροντίδα, την προθυμία, το σεβασμό και τη γενικότερη συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στα προβλήματα τους.

«Έχουν διάθεση να βοηθήσουν και σέβονται εμάς και τα προβλήματα μας» (ε.63). «Μας προσέχουν πολύ» (ε.62). «Όποτε νιώθω μοναξιά, συζητάω μαζί τους» (ε.61).

Ανταπόκριση ποιότητας υπηρεσιών στις προσδοκίες

Στην αξιολόγηση της ανταπόκρισης της ποιότητας των υπηρεσιών σύμφωνα με τις προσδοκίες των μελών κάποιοι την χαρακτήρισαν θετική λόγω της αγάπης του προσωπικού που νιώθουν τα μέλη και κάποιοι θεωρούν ότι δεν ανταποκρίνεται λόγω της μεταφοράς τους στον χώρο του Κ.Η.Φ.Η., καθώς το λεωφορείο ξεκινά νωρίς το πρωί.

«Προσφέρουν πολύ αγάπη και μας αποδέχονται όπως είναι» (ε.61). «Έχουν άψογη συμπεριφορά» (ε.63). «Είναι σωστοί επαγγελματίες» (ε.62). «Το λεωφορείο ξεκινά πολύ πρωί και με δυσκολεύει» (ε.66).

Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι Γαζίου

Αξιολόγηση ποιότητας φροντίδας

Αξιολογώντας την ποιότητα της φροντίδας, παρουσιάστηκαν δυο απόψεις από τους ερωτώμενους. Η μια άποψη χαρακτηρίζει την ποιότητα άριστη και η άλλη πολύ

καλή. Οι απόψεις αυτές χαρακτηρίζονται έτσι καθώς οι συμμετέχοντες μιλούν για την άριστη φροντίδα που λαμβάνουν λόγω υγείας και την σταθερή της ποιότητα.

«Η φροντίδα που λαμβάνω είναι άριστη δεδομένης της κατάστασης της υγείας μου (τετραπληγία)» (ε.10). «Η ποιότητα είναι πολύ καλή» (ε.3), «Αρκετά καλή και σταθερή στην ποιότητά της» (ε.6).

Ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση

Αξιολογώντας την ικανοποίηση των χρηστών από την εξυπηρέτηση που λαμβάνουν από το προσωπικό παρουσιάστηκε η τάση πως υπάρχει ικανοποίηση. Αυτό συνέβη διότι οι ερωτώμενοι μίλησαν για την διαθεσιμότητα και την σταθερή βάση των υπηρεσιών, για τη βοήθεια από το προσωπικό σε ότι πρόβλημα και αν αντιμετωπίσουν, για την καλή εξυπηρέτηση σε προβλήματα υγείας και σε οικονομικά θέματα και τέλος έκαναν λόγο για την συναισθηματική στήριξη που τους παρέχεται και την βοήθεια σε θέματα μετακίνησης.

«Δέχομαι σταθερές υπηρεσίες και αυτό με κάνει να είμαι ικανοποιημένος» (ε.14). «Είμαι πολύ ικανοποιημένη γιατί είναι δίπλα μου σε κάθε πρόβλημα ή δυσκολία που αντιμετωπίζω» (ε.18). «Με έχουν βοηθήσει και έχω αποφύγει τις συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο» (ε.23). «Είμαι πολύ ικανοποιημένη, έχω οργανώσει τη ζωή μου, έχω δραστηριοποιηθεί και έχω διακόψει τη φαρμακευτική μου αγωγή με τη βοήθειά τους» (ε.32). «Με πηγαίνουν στο νοσοκομείο» (ε.33).

Ανταπόκριση ποιότητας σύμφωνα με τις προσδοκίες

Αξιολογώντας την ανταπόκριση της ποιότητας σύμφωνα με τις προσδοκίες των ερωτώμενων, υπήρξε συμφωνία απόψεων που χαρακτηρίζει την ανταπόκριση της ποιότητας θετική. Η άποψη αυτή χαρακτηρίστηκε έτσι καθώς οι συμμετέχοντες μιλούν για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, για τον προγραμματισμό των ιατρικών ραντεβού, την παροχή της φαρμακευτικής αγωγής, της ψυχοκοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης, την βοήθεια σε εξωτερικές υποχρεώσεις και τέλος κάνουν λόγο για την σταθερή παρακολούθηση από το προσωπικό.

«Ναι ανταποκρίνεται, έχω νεφρική ανεπάρκεια και χρειάζομαι μια σταθερή παρακολούθηση, την οποία και μου παρέχουν» (ε.35), «Ναι ανταποκρίνεται λόγω της αδυναμίας της μετακίνησής μου, έχω ανάγκη τακτικών αιμοληψιών και αυτό μου το προσφέρουν αποκλειστικά με δικό τους προγραμματισμό» (ε.40), «Έρχονται σε σταθερή εβδομαδιαία βάση και φροντίζουν την αγωγή μου, έχουν επικοινωνία με τον

γιατρό μου και με το οικογενειακό περιβάλλον» (ε.43). «Ναι ανταποκρίνεται στις προσδοκίες μου, μετά το θάνατο του συζύγου μου είχα ανάγκη από συντροφιά» (ε.52).

Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι Τυλίσου

Αξιολόγηση ποιότητας φροντίδας

Αξιολογώντας την ποιότητα της φροντίδας στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι Τυλίσου, παρουσιάστηκε θετική τάση από τους εξυπηρετούμενους, αφού επικράτησαν οι απόψεις της πολύ καλής και άριστης φροντίδας χωρίς κάποια συγκεκριμένη τεκμηρίωση.

«Είναι πολύ καλή» (ε.57), «είναι η καλύτερη» (ε.58), «είναι πάρα πολύ καλή» (ε.60), «είναι καλή η ποιότητα» (ε.63).

Ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση

Σχετικά με την εξυπηρέτηση επικράτησε από τους εξυπηρετούμενους η τάση της ικανοποίησης, χωρίς αιτιολόγηση από αυτούς.

«Είμαι ευχαριστημένος» (ε.67), «είμαι ικανοποιημένη» (ε.55).

Ανταπόκριση ποιότητας σύμφωνα με τις προσδοκίες

Σχετικά με την αξιολόγηση της ανταπόκρισης της ποιότητας σύμφωνα με τις προσδοκίες των μελών, επικράτησε θετική άποψη. Δεν πραγματοποιείται περαιτέρω ανάλυση, καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα που να αιτιολογούν την συγκεκριμένη άποψη.

«Ναι, ανταποκρίνεται» (ε.77), «ναι» (ε.86), «ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό» (ε.80).

7.3 Απάντηση στην ερευνητική υπόθεση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνεται η υπόθεση εργασίας ότι στο Δήμο Μαλεβιζίου οι εξυπηρετούμενοι είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

7.4 Απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα

Κ.Α.Π.Η. Γαζίου

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα έτη εγγραφής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που είναι εγγεγραμμένοι στο Κ.Α.Π.Η. από 1 έως 2 χρόνια, με αυτούς που είναι από 3 έως 4 και από 5 έτη και άνω, ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,317$, fisher exact= 0,242).

***Πίνακας 1.** Συσχέτιση των ετών εγγραφής ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα*

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Έτη εγγραφής	n	%	n	%	n	%		
Από 1 έως 2 έτη	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0,317	0,242
Από 3 έως 4 έτη	1	50,0	0	0,0	1	50,0		
Από 5 και άνω	7	10,3	25	36,8	36	52,9		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,914$, fisher exact=0,929).

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Μορφωτικό επίπεδο	n	%	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	2	12,5	4	25,0	10	62,5	0,914	0,929
Δημοτικό	4	11,1	16	44,4	16	44,4		
Γυμνάσιο	0	0,0	2	50,0	2	50,0		
Λύκειο	0	0,0	1	33,3	2	66,7		
Τ.Ε.Ι.	0	0,0	0	0,0	2	100		
Πανεπιστήμιο	1	20,0	1	20,0	3	60,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το περιβάλλον της υπηρεσίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον της υπηρεσίας ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,0001$, fisher exact=0,000). Άρα, οι μεταβλητές δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητοι.

Πίνακας 3. Συσχέτιση του περιβάλλοντος της υπηρεσίας ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Περιβάλλον	n	%	n	%	n	%		
Λίγο	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0,0001	0,000
Αρκετά	2	16,7	5	41,7	5	41,7		
Πολύ	2	3,8	19	36,5	31	59,6		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη συμμετοχή και ενδυνάμωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του

Κ.Α.Π.Η. Γαζίου, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα σ' αυτούς που συμμετέχουν και λαμβάνουν ενδυνάμωση από το προσωπικό λίγο, αρκετά και πολύ ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,021$, fisher exact=0,011). Άρα, οι μεταβλητές δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητοι.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της συμμετοχής και ενδυνάμωσης ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Συμμετοχή και ενδυνάμωση	n	%	n	%	n	%		
Λίγο	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0,021	0,011
Αρκετά	5	20,8	10	41,7	9	37,5		
Πολύ	1	2,6	11	28,9	26	68,4		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 5**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στον βαθμό ικανοποίησης από την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,014$, fisher exact=0,010). Άρα, οι μεταβλητές δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητοι.

Πίνακας 5. Συσχέτιση για την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Πληροφόρηση και δικαιώματα								
Αρκετά	3	20,0	9	60,0	3	20,0	0,014	0,010
Πολύ	4	7,5	16	30,2	33	62,3		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς το μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Α.Π.Η. Γαζίου, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο ως προς πληροφόρηση και τα δικαιώματα ($p=0,599$, fisher exact=0,315).

Πίνακας 6. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την πληροφόρηση και τα δικαιώματα

Μορφωτικό επίπεδο	Πληροφόρηση και δικαιώματα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	1	6,3	15	93,8	0,599	0,315
Δημοτικό	9	25,0	27	75,0		
Γυμνάσιο	1	25,0	3	75,0		
Λύκειο	1	33,3	2	66,7		
Τεχνική Σχολή	1	50,0	1	50,0		
Τ.Ε.Ι.	1	50,0	1	50,0		
Πανεπιστήμιο	1	20,0	4	80,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα έτη εγγραφής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εγγραφής των μελών και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=0,742$) και fisher's exact test=1,095.

***Πίνακας 1.** Συσχέτιση των ετών εγγραφής ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα*

Έτη εγγραφής	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Από 1 έως 2 έτη	1	5,9	4	23,5	12	70,6	0,742	1,095
Από 3 έως 4 έτη	0	0,0	2	40,0	3	60,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου (μέλη που δεν έχουν αποφοιτήσει, που έχουν αποφοιτήσει από το δημοτικό, το γυμνάσιο, το ΤΕΙ και το Πανεπιστήμιο) και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, ($p=5,337$) και fisher's exact=7,676

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Μορφωτικό επίπεδο	n	%	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	0	0,0	2	2,0	6	75,0	5,337	7,676
Δημοτικό	1	11,1	4	44,4	4	44,4		
Γυμνάσιο	0	0,0	0	0,0	2	100,0		
Λύκειο	0	0,0	0	0,0	1	100,0		
T.E.I.	0	0,0	0	0,0	2	100,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το περιβάλλον της υπηρεσίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 , δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε αυτούς που δήλωσαν λίγο, αρκετά, και πολύ σχετικά με το περιβάλλον ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. ($p=11,917$) και fisher's exact test=7,486.

Πίνακας 3. Συσχέτιση του περιβάλλοντος της υπηρεσίας ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Περιβάλλον	n	%	n	%	n	%		
Λίγο	1	50,0	1	50,0	0	0,0	11,917	7,486
Αρκετά	0	0,0	1	25,0	3	75,0		
Πολύ	0	0,0	4	25,0	12	75,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη συμμετοχή και ενδυνάμωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής και ενδυνάμωσης και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=10,765$) και (fisher's exact=8,359). Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών που έχουν δηλώσει ότι είναι λίγο, αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή και ενδυνάμωση σε σχέση με την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της συμμετοχής και ενδυνάμωσης ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Συμμετοχή και ενδυνάμωση	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Λίγο	1	33,3	2	66,7	0	0,0	10,675	8,359
Αρκετά	0	0,0	1	16,7	5	83,3		
Πολύ	0	0,0	3	23,1	10	76,9		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 5**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πληροφόρηση και δικαιώματα και την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=23,467$) και (fisher's exact=8,727). Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών που έχουν δηλώσει ότι είναι λίγο αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τα δικαιώματα σε σχέση με την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 5. Συσχέτιση για την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Πληροφόρηση και δικαιώματα	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Λίγο	1	100,0	0	0,0	0	0,0	23,467	8,727
Αρκετά	0	0,0	0	0,0	3	100,0		
Πολύ	0	0,0	6	33,3	12	66,7		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς το μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 , δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και την πληροφόρηση-δικαιώματα. (p value=3,191 και fisher's exact test=6,640). Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών που έχουν δηλώσει ότι είναι λίγο, αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση-δικαιώματα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο (μέλη που δεν έχουν αποφοιτήσει, που έχουν αποφοιτήσει το δημοτικό, το γυμνάσιο, το ΤΕΙ και το Πανεπιστήμιο).

Πίνακας 6. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την πληροφόρηση και τα δικαιώματα

Μορφωτικό επίπεδο	Πληροφόρηση και δικαιώματα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	0	0%	2	25,0%	6	75,0%	3,191	6,640
Δημοτικό	1	11,1	1	11,1%	7	77,8		
Γυμνάσιο	0	0,0	0	0%	2	100,0		
Τ.Ε.Ι.	0	0,0	0	0%	1	100,0		
Πανεπιστήμιο	0	0,0	0	0%	2	100,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα έτη εγγραφής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εγγραφής και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=4,102$) και (fisher exact=4,036).

Πίνακας 1. Συσχέτιση των ετών εγγραφής ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
Έτη εγγραφής	n	%	n	%		
Από 1 έως 2 έτη	1	50,0	1	50,0	4,102	4,036
Από 3 έως 4 έτη	0	0,0	4	100,0		
Από 5 και άνω	9	56,3	7	43,8		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=2,986$) και (fisher exact=2,644).

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
Μορφωτικό επίπεδο	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	3	50,0	3	50,0	2,986	2,644
Δημοτικό	5	35,7	9	64,3		
Τεχνική Σχολή	2	100,0	0	0,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το περιβάλλον της υπηρεσίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του περιβάλλοντος της υπηρεσίας και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=0,018$) και (fisher exact=0,714). Τα μέλη που έχουν απαντήσει ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από το περιβάλλον της υπηρεσίας δηλώνουν υψηλότερο ποσοστό προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας σε σχέση με εκείνα που έχουν απαντήσει ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι.

Πίνακας 3. Συσχέτιση του περιβάλλοντος της υπηρεσίας ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
Περιβάλλον	n	%	n	%		
Αρκετά	1	50,0	1	50,0	0,018	0,714
Πολύ	9	45,0	11	55,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς τη συμμετοχή και ενδυνάμωση σε σχέση με το περιβάλλον της υπηρεσίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής και ενδυνάμωσης και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=6,712$) και (fisher exact=0,020). Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών που έχουν δηλώσει ότι είναι αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή και ενδυνάμωση σε σχέση με την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 4. Συσχέτιση της συμμετοχής και ενδυνάμωσης ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%		
Συμμετοχή και ενδυνάμωση						
Αρκετά	6	85,7	1	14,3	6,712	0,020
Πολύ	4	26,7	11	73,3		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 5**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην πληροφόρηση και δικαιώματα και την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=2,640$) και (fisher exact=0,195). Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών που έχουν δηλώσει ότι είναι αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τα δικαιώματα σε σχέση με την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 5. Συσχέτιση για την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%		
Πληροφόρηση και δικαιώματα						
Αρκετά	2	100,0	0	0,0	2,640	0,195
Πολύ	8	40,0	12	60,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς το μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και την πληροφόρηση και δικαιώματα ($p=5,867$) και (fisher exact=5,193). Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των μελών που έχουν δηλώσει ότι είναι αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση και τα δικαιώματα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

Πίνακας 6. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την πληροφόρηση και τα δικαιώματα

Μορφωτικό επίπεδο	Πληροφόρηση και δικαιώματα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	1	16,7	5	83,3	5,867	5,193
Δημοτικό	0	0,0	14	100,0		
Τεχνική Σχολή	1	50,0	1	50,0		

Κ.Η.Φ.Η.

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα έτη εγγραφής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Η.Φ.Η. δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που είναι εγγεγραμμένα μέλη στο Κ.Η.Φ.Η.. από 1 έως 2 χρόνια, με αυτούς που είναι από 3 έως 4 και από 5 έτη και άνω, ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,547$, fisher exact= 1,000).

***Πίνακας 1.** Συσχέτιση των ετών εγγραφής ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα*

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Έτη εγγραφής	n	%	n	%	n	%		
Από 1 έως 2 έτη	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0,547	1,000
Από 3 έως 4 έτη	0	0,0	1	50,0	1	50,0		
Από 5 και άνω	0	0,0	5	62,5	2	25,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Η.Φ.Η. δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που δεν έχουν αποφοιτήσει και σ' εκείνους που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,449$, fisher exact=1,000).

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Μορφωτικό επίπεδο	n	%	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0,449	1,000
Δημοτικό	0	0,0	2	100	0	0,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το περιβάλλον της υπηρεσίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 3**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Η.Φ.Η. δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον της υπηρεσίας ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,710$, fisher exact=1,000).

Πίνακας 3. Συσχέτιση του περιβάλλοντος της υπηρεσίας ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
Περιβάλλον	n	%	n	%	n	%		
Αρκετά	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0,710	1,000
Πολύ	1	12,5	5	62,5	2	25,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς τη συμμετοχή και ενδυνάμωση σε σχέση με το περιβάλλον της υπηρεσίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 4**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Η.Φ.Η., δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα σ' αυτούς που συμμετέχουν και λαμβάνουν ενδυνάμωση από το προσωπικό, αρκετά και πολύ ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,155$, fisher exact=0,286).

Πίνακας 4. Συσχέτιση της συμμετοχής και ενδυνάμωσης ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Συμμετοχή και ενδυνάμωση	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Αρκετά	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0,155	0,286
Πολύ	0	0,0	4	66,7	2	33,3		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την πληροφόρηση και τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον **Πίνακα 5**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Η.Φ.Η., δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης από την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα ($p=0,710$, fisher exact=1,000).

Πίνακας 5. Συσχέτιση για την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Πληροφόρηση και δικαιώματα	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα						p-value	fisher exact
	Λίγο		Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%	n	%		
Αρκετά	0	0,0	1	100	0	0,0	0,710	1,000
Πολύ	1	12,5	5	62,5	2	25,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την πληροφόρηση και δικαιώματα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6**.

Η μέθοδος χ^2 (Pearson Chi - square) έδειξε ότι για τους συμμετέχοντες του Κ.Η.Φ.Η. δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σ' αυτούς που δεν

έχουν αποφοιτήσει και σ' εκείνους που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό ως προς την πληροφόρηση και τα δικαιώματα ($p=0,064$, fisher exact=0,250).

Πίνακας 6. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την πληροφόρηση και τα δικαιώματα

Μορφωτικό επίπεδο	Πληροφόρηση και δικαιώματα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	0	0,0	6	100,0	0,064	0,250
Δημοτικό	1	50,0	1	50,0		

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» Γαζίου

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα έτη εγγραφής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών εγγραφής και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=2,971$) και (fisher exact=2,853).

Πίνακας 1. Συσχέτιση των ετών εγγραφής ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

Έτη εγγραφής	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
	n	%	n	%		
Από 1 έως 2 έτη	1	25,0	3	75,0	2,971	2,853
Από 3 έως 4 έτη	0	0,0	3	100,0		
Από 5 και άνω	2	4,9,0	39	95,1,0		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Με βάση τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p=2,993$) και (fisher exact=3,089).

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
Μορφωτικό επίπεδο	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	1	5,9	16	94,1	2,993	3,089
Δημοτικό	1	4,0	24	96,0		
Γυμνάσιο	1	25,0	3	75,0		
Λύκειο	0	0,0	4	100,0		

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» Τυλίσου

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα έτη εγγραφής των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα μέλη που είναι εγγεγραμμένα στο πρόγραμμα, από 1 έως 2 έτη, από 2 έως 4 και από 5 και άνω, ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. ($P=0,608$ και fisher's exact test=0,834).

Πίνακας 1. Συσχέτιση των ετών εγγραφής ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
Έτη εγγραφής	n	%	n	%		
Από 1 έως 2 έτη	0	0,0	2	100,0	0,608	0,834
Από 3 έως 4 έτη	0	0,0	6	100,0		
Από 5 και άνω	3	7,1	39	92,9		

Λεπτομερείς περιγραφές ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2**.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας ($p= 0,608$ και fisher's exact test=1,584). Τα μέλη δηλώνουν υψηλό ποσοστό προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας χωρίς να σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο.

Πίνακας 2. Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων στην έρευνα ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα

	Προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα				p-value	fisher exact
	Αρκετά		Πολύ			
Μορφωτικό επίπεδο	n	%	n	%		
Δεν έχω αποφοιτήσει	0	0,0	4	100,0	0,608	1,584
Δημοτικό	3	7,1	39	92,9		
Γυμνάσιο	0	0,0	2	100,0		
Λύκειο	0	0,0	2	100,0		

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών έγινε με βάση κυρίως το δείκτη του αποτελέσματος όπως αυτός αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος ότι αφορά στις επιδράσεις, που έχουν οι υπηρεσίες υγείας στην υγεία των εξυπηρετούμενων, καθώς επίσης στην αξιολόγηση από την πλευρά των ωφελούμενων για τη φροντίδα υγείας που έλαβαν. Έγινε δηλαδή, μία εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσα από την ικανοποίηση των μελών για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Επιπλέον, συμπεριλάβαμε και κάποιους δείκτες δομής, οι οποίοι αναφέρονται στην επάρκεια πόρων (ανθρώπινων και οικονομικών), στην επιστημονική και τεχνολογική επάρκεια, στη «Διαθεσιμότητα» υπηρεσιών σε κάθε χρονική στιγμή, αλλά και στην ισότητα στην παροχή υπηρεσιών, όπως αναλύθηκαν στο θεωρητικό μέρος. Από την ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων της έρευνας, σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι εξυπηρετούμενοι των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Μαλεβιζίου, προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Ως προς τον δείκτη της δομής, στις υπηρεσίες, σχετικά δηλαδή με τις εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων), τα αποτελέσματα από τους εξυπηρετούμενους ήταν θετικά. Σχετικά με το περιβάλλον, ο χώρος στις εκάστοτε υπηρεσίες, σύμφωνα με την γνώμη των χρηστών, είναι καθαρός, άνετος, διαθέτει τον απαιτούμενο εξοπλισμό, υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε αυτόν και προσδίδει ασφάλεια. Επικρατεί επίσης ένα ευχάριστο, φιλικό και ζεστό περιβάλλον, κατάλληλο για τους εξυπηρετούμενους, δίνοντάς τους αφορμή να τον επισκέπτονται συνέχεια.

Αυτό έρχεται σε συμφωνία με το θεωρητικό μέρος, όπου υποστηρίχθηκε πως το επίπεδο της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται άμεσα με τη στάση του προσωπικού που παρέχει τις υπηρεσίες προς τους ωφελούμενους, καθώς επίσης με μεταβλητές όπως ο κτηριακός εξοπλισμός, ιατρικά μηχανήματα, η προσβασιμότητα και η ασφάλεια (Ζηλίδης, 1989). Σχετικά με το περιβάλλον, ο Ishikawa (1985 στην Παπανικολάου, 2007) υποστηρίζει ότι η ποιότητα εφαρμόζεται στο περιβάλλον μέσα από το οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Η ποιότητα είναι μια δυναμική κατάσταση και έτσι μεταβάλλεται ανάλογα με τις αλλαγές στο περιβάλλον της οργάνωσης (Παπανικολάου, 2007).

Ακόμη υπάρχει ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων λόγω του καλού προσωπικού των υπηρεσιών, της συμπεριφοράς του, του σεβασμού που δείχνουν απέναντι στους εξυπηρετούμενους και την συναισθηματική στήριξη που τους παρέχουν. Ειδικότερα, χαρακτηρίζεται από τα μέλη των δομών Π.Φ.Υ. ως ευγενικό, ευχάριστο και πάντα διαθέσιμο στις ανάγκες των μελών. Επίσης γίνεται λόγος για την προθυμία του προσωπικού να συμβουλέψει και να τονώσει το ηθικό των χρηστών. Τα μέλη δέχονται ενθάρρυνση και παρότρυνση για συμμετοχή στις δραστηριότητες όπως επίσης και σωστή και έγκαιρη ενημέρωση, ειδικότερα για τις εκδηλώσεις. Δεν υπάρχει όμως αναλογία προσωπικού/ασθενών, καθώς το προσωπικό είναι λιγότερο σε σχέση με τον αριθμό των εξυπηρετούμενων. Μια κοινωνική λειτουργός καλύπτει την θέση σε τρία Κ.Α.Π.Η. και ένας γιατρός υπάρχει για όλα τα Κ.Α.Π.Η. επίσης. Ακόμη και τα βοήθεια στο σπίτι διαθέτουν λίγο προσωπικό σε σχέση με τον αριθμό των εγγεγραμμένων μελών τους. Σύμφωνα με την άποψή τους, θα προτιμούσαν, οι δομές να διέθεταν παραπάνω προσωπικό που να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες τους, χωρίς να υπάρχει αναμονή στην παροχή υπηρεσιών. Το ότι η ποιότητα είναι επιτυχής όταν υπάρχει αρμονική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των πελατών είναι κάτι που επιβεβαιώνεται και στο θεωρητικό μέρος από τους Παπακωστίδη και Τσουκαλά (2012).

Ως προς τους δείκτες αποτελέσματος, δηλαδή τους δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών και την ικανοποίησή τους, όπως αυτή εκφράστηκε μέσα από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τα αποτελέσματα ήταν ως επί το πλείστον θετικά. Υπάρχει ικανοποίηση από τα μέλη λόγω της σταθερής ποιότητας που τους παρέχεται. Υπάρχει σταθερή βάση υπηρεσιών που αυτό με τη σειρά του παρέχει στο μέλος ασφάλεια και γενικότερα υπάρχει η τάση της καλής φροντίδας από όλες τις δομές Π.Φ.Υ. του Δήμου Μαλεβιζίου για τους παραπάνω λόγους. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως τονίστηκε και στο θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012). Η συνεχόμενη φροντίδα αποτελεί βασική αρχή της λειτουργίας, ενός σύγχρονου πρωτοβάθμιου συστήματος, ώστε να αντιμετωπίζεται κάθε κοινό πρόβλημα υγείας σε τοπικό επίπεδο και να υπάρχουν τα αναγκαία διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα, αποφεύγοντας έτσι την μη αναγκαία προσφυγή σε νοσοκομειακή μονάδα (Μωραΐτης κ.α., 1995).

Η ικανοποίηση σύμφωνα με τα ποσοτικά μας δεδομένα φαίνεται να μη σχετίζεται γενικότερα με τα έτη εγγραφής των μελών στις υπηρεσίες, το μορφωτικό

επίπεδο των μελών, τη συμμετοχή των μελών στις υπηρεσίες, το περιβάλλον, το βαθμό που το προσωπικό προσφέρει ενθάρρυνση για συμμετοχή στις υπηρεσίες και ενδυνάμωση, την πληροφόρηση των ωφελομένων και την ενημέρωση για τα δικαιώματά τους ως μέλη των υπηρεσιών.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά στα έτη εγγραφής σε σχέση με την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των μελών, τα μέλη που είναι εγγεγραμμένα στις υπηρεσίες από 1 έως 2 έτη και από 3 έως 4, βρέθηκε πως έχουν ακριβώς την ίδια προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. Συνεπώς, τα έτη εγγραφής δεν συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα που λαμβάνουν οι εξυπηρετούμενοι. Επομένως, η ικανοποίηση δεν έχει να κάνει μόνο με ποσοτικά χαρακτηριστικά, δηλαδή τον χρόνο εγγραφής των μελών αλλά ενδεχομένως με ποιοτικά στοιχεία, δηλαδή την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το προσωπικό, ανεξάρτητα αν είναι τα μέλη εγγεγραμμένα 1, 2, 3 ή 4 έτη.

Ομοίως, όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική. Τα μέλη των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου (μέλη που δεν είχαν αποφοιτήσει, μέλη που αποφοίτησαν το Δημοτικό, το Γυμνάσιο, το ΤΕΙ και το Πανεπιστήμιο) αξιολογούν θετικά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Αισθάνονται, δηλαδή, πως ιεραρχούν καλύτερα τα καθημερινά τους προβλήματα από την εγγραφή τους και έπειτα, αισθάνθηκαν βελτίωση στην υγεία τους, έχουν βοήθεια από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του προσωπικού και συνεχίζουν δραστηριότητες με την παρότρυνση τους.

Το στοιχείο αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της μελέτης του Oberst (1984), όπου βρέθηκε ότι σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων παίζει και το μορφωτικό τους επίπεδο. Ένας μορφωμένος άνθρωπος με τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να αξιολογήσει, να κρίνει και να αποφασίσει ο ίδιος για τα αγαθά που του παρέχονται. Επομένως το μορφωτικό επίπεδο συμβάλλει θετικά στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, που παρέχονται στους ασθενείς (Boiras, 1994). Αντίθετα, ένα άτομο χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, ο μέσος ηλικιωμένος δεν έχει την πείρα ή τις γνώσεις να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των υπηρεσιών. Έτσι, έχει λιγότερες απαιτήσεις συνήθως, κι έτσι αποδέχεται παθητικά όσα του προσφέρονται (Oberst, 1984).

Επίσης, δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής-ενδυνάμωσης και της προσλαμβανόμενης αποτελεσματικότητας. Δεν

φαίνεται δηλαδή να υπάρχει διαφορά μεταξύ των εξυπηρετούμενων της υπηρεσίας που έχουν δηλώσει ότι είναι λίγο, αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι από την συμμετοχή και ενδυνάμωση, ως προς την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. Είναι, δηλαδή ικανοποιημένοι σχετικά με την άνεση που νιώθουν να κάνουν ερωτήσεις στο προσωπικό, από την εμπύχωση που λαμβάνουν από τους ίδιους, από τη διαχείριση των προβλημάτων και την συμμετοχή που επιθυμούν στην υπηρεσία. Σύμφωνα με την έρευνα των Glasson και συν. (2006) η προσωπική επαφή με τους επαγγελματίες υγείας συντελεί στην πληρέστερη ενημέρωση των ατόμων και αποτελεί αποδοτικότερο τρόπο ενημέρωσης των.

Ακόμη, φάνηκε ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι ικανοποιημένα ανεξάρτητα από την πληροφόρηση που δέχονται για τα δικαιώματά τους στην υπηρεσία, καθώς δε βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην πληροφόρηση και δικαιώματα και την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα. Βέβαια, η έρευνα των Zebiene και συν., έδειξε ότι οι ασθενείς που συμβουλευόταν τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ έχουν ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση και περισσότερες επεξηγήσεις από τους επαγγελματίες υγείας. Σημαντικό είναι επίσης το εύρημα των Paragiannis και συν., όπου έρχεται σε αντίθεση με την δική μας έρευνα, καθώς υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων εξέφρασαν την επιθυμία για έντυπο ενημερωτικό υλικό σε κάθε επίσκεψή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των μελών και την πληροφόρηση – δικαιώματα που δέχονται απ' τις υπηρεσίες, βρέθηκε πως δεν υπάρχει μεταξύ τους στατιστικώς σημαντική σχέση. Συγκεκριμένα, τα μέλη που απάντησαν, είχαν διαφορετικά επίπεδα μόρφωσης. Οι περισσότεροι δεν είχαν αποφοιτήσει, κάποιοι είχαν φοιτήσει μόνο στο Δημοτικό, κάποιοι άλλοι στο Γυμνάσιο και ελάχιστοι είχαν αποφοιτήσει από Πανεπιστήμιο ή Τ.Ε.Ι. Από τις απαντήσεις τους φάνηκε ότι λαμβάνουν ακριβώς την ίδια πληροφόρηση και ενημέρωση ως προς τα δικαιώματά τους. Δέχονται τον ίδιο σεβασμό στις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες και λαμβάνουν κατανοητές απαντήσεις από το προσωπικό στις ερωτήσεις που κάνουν. Αυτό δείχνει πως τα μέλη της υπηρεσίας, ανεξαρτήτου μορφωτικού επιπέδου, λαμβάνουν από το προσωπικό την ίδια πληροφόρηση και ενημέρωση που χρειάζεται.

Η υπηρεσία δηλαδή, φάνηκε να έχει ως σκοπό την ίση μεταχείριση των εξυπηρετούμενων, χωρίς να κάνει διακρίσεις και είναι δεοντολογικά κατευθυνόμενη προς όλους με ίσο τρόπο.

Επιπλέον, οι ωφελούμενοι είναι ικανοποιημένοι από την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας, χωρίς αυτό να σχετίζεται με το περιβάλλον των υπηρεσιών. Ωστόσο, στο Κ.Α.Π.Η. Γαζίου και στο Κ.Α.Π.Η. Καλεσσών το περιβάλλον φάνηκε να επηρεάζει την προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των εξυπηρετούμενων για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Όσο περισσότερο, δηλαδή, δήλωναν ότι είναι ευχαριστημένοι από το περιβάλλον τόσο αυξανόταν ο βαθμός ικανοποίησης των ωφελούμενων από τις υπηρεσίες. Ομοίως, για το Κ.Α.Π.Η. Γαζίου φάνηκε συγκεκριμένα η προσλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα των ωφελούμενων να σχετίζεται με τη συμμετοχή τους και την ενδυνάμωση που λαμβάνουν από το προσωπικό των υπηρεσιών, καθώς επίσης από την πληροφόρηση και την ενημέρωση που λαμβάνουν για τα δικαιώματά τους στο χώρο των υπηρεσιών.

Σχετικά με την εξυπηρέτηση σε θέματα υγείας, αυτή γίνεται κυρίως από νοσηλευτική και φαρμακευτική φροντίδα και υπάρχει έγκαιρη μεταφορά ασθενών στο νοσοκομείο. Υπάρχει συμφωνία απόψεων ότι η ποιότητα ανταποκρίνεται θετικά στις προσδοκίες των μελών όσον αφορά τις ομάδες, τις εκδηλώσεις και τις ομιλίες που πραγματοποιούνται. Ωστόσο σε σχέση με την ιατρική φροντίδα, αυτή υπάρχει αλλά όχι σε σταθερή βάση. Γίνεται λόγος λοιπόν για επιθυμία και ανάγκη των εξυπηρετούμενων από συχνότερη επαφή με ιατρικό προσωπικό. Ωστόσο υπάρχει ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχεται και τώρα, σε αυτή την ελλιπή μορφή που οι ίδιοι αναφέρουν, καθώς αρκετός αριθμός εξυπηρετούμενων δεν έχει πολλές απαιτήσεις από τις συγκεκριμένες δομές. Όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος η ποιότητα συνδέεται με την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών. Σύμφωνα με τον Deming (1993 στην Παπανικολάου, 2007) οι μελλοντικές ανάγκες των πελατών θα πρέπει να μεταφραστούν σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά, ώστε το προϊόν να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των χρηστών.

Συγκριτικά με άλλες έρευνες ως προς την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τις υπηρεσίες που παρέχουν τα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Μαλεβιζίου, βρέθηκε ότι υπάρχει ένα αρκετά καλό επίπεδο ικανοποίησης. Αυτό έρχεται σε σύνδεση και με μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων των δομών βοήθεια στο σπίτι, του δήμου Ηρακλείου (Ντάση και Σαβιόλη, 2012). Αυτό δείχνει πόσο σημαντικές είναι οι δομές για τους κατοίκους των δήμων, αφού ικανοποιεί μέσω των υπηρεσιών τις ανάγκες τους. Γίνεται αντιληπτό επίσης ότι υπάρχει εξίσου ικανοποίηση στα βοήθεια του δήμου Ηρακλείου και του δήμου Μαλεβιζίου. Άρα είναι δομές αναγκαίες για τους

πολίτες που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας των ηλικιωμένων καθώς τους ενδυναμώνει και με αυτόν τον τρόπο παραμένουν στο φυσικό τους περιβάλλον.

Το ποσοστό συνολικής ικανοποίησης με τις υπηρεσίες κατοίκων φροντίδας στο δήμο Ηρακλείου συνάδει και με τα αποτελέσματα μιας μεταπτυχιακής μελέτης που πραγματοποιήθηκε για την ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατοίκων φροντίδας στο δήμο Ηρακλείου (Χαλκουτσάκη, 2006). Τέλος αυτά τα ευρήματα συνάδουν και με υπόλοιπες έρευνες, όπου τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης (Bauld et al., 2000). Από την άλλη πλευρά, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τους LeVois et al (1981), μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ότι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Levois et al., 1981).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, διεξάγεται το συμπέρασμα ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Μαλεβιζίου. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των χρηστών φαίνεται να αξιολογούν θετικά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών λόγω κυρίως της ικανοποίησής τους από το προσωπικό αλλά και από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Ωστόσο, σύμφωνα με την γνώμη των χρηστών των δομών Π.Φ.Υ. υπάρχουν ελλείψεις σε ανθρώπινους πόρους με αποτέλεσμα το προσωπικό να μην είναι ανάλογο του αριθμού των ωφελούμενων. Επιπλέον, εκφράσθηκε η επιθυμία για δημιουργία παραπάνω ομάδων, διοργάνωση περισσότερων εκδηλώσεων και για την επίσκεψη φυσικοθεραπευτή και γιατρού στους χώρους των Κ.Α.Π.Η. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι εξυπηρετούμενοι δε φάνηκε να έχουν ιδιαίτερες προσδοκίες και απαιτήσεις από τις υπηρεσίες, στις οποίες απευθύνονται. Ίσως αυτό να αποτελεί έναν λόγο, ο οποίος εμποδίζει ενδεχομένως την αξιοποίηση των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών ή ακόμα και τη διεκδίκηση για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που λαμβάνουν.

Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχει ανάγκη για ενίσχυση των υπηρεσιών από ανθρώπινους πόρους, ώστε το προσωπικό να υπάρχει για τους εξυπηρετούμενους σε σταθερή βάση, αλλά και από οικονομικούς πόρους προκειμένου αυτό να επιτρέψει τη βελτίωση των ήδη υπάρχοντων δομών, την υλοποίηση προγραμμάτων, τη διοργάνωση εκδηλώσεων και τη δημιουργία επιπλέον ομάδων. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να ασκεί το ρόλο του ως διαχειριστής πόρων και να αναζητά συνεχώς διαθέσιμους πόρους για την κάλυψη των αναγκών όσο αυτό είναι δυνατόν. Έτσι, στην περίπτωση, που η κρατική χρηματοδότηση θα ήταν αδύνατη, ίσως η συνεργασία με προσωπικό από τα νοσοκομεία σε επίπεδο πρακτικής άσκησης μπορούσε να αποτελέσει μία πιθανή λύση.

Επιπλέον, για την ικανοποιητική χρήση των υπηρεσιών και τη διεκδίκηση για τη συνεχή βελτίωσή τους είναι απαραίτητο οι ίδιοι οι χρήστες να έχουν απαιτήσεις και προσδοκίες από τις υπηρεσίες, πράγμα που θα ήταν χρήσιμο να διερευνάται με κάποιο τρόπο από το υπεύθυνο προσωπικό των υπηρεσιών. Αυτό θα μπορούσε να γίνει στα πλαίσια της ενημέρωσης των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους ως

χρήστες των υπηρεσιών από τον αρμόδιο Κοινωνικό Λειτουργό, ο οποίος μέσα από αυτή τη διαδικασία εφαρμόζοντας επίσης το ρόλο του αξιολογητή αναγκών μπορεί να διερευνά τις ανάγκες των ωφελούμενων και να σχεδιάσει στη συνέχεια προγράμματα.

Επιπρόσθετα, καθώς στη συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα αποτέλεσαν τα μέλη που παρευρίσκονταν εκείνη τη στιγμή στην υπηρεσία, θα είχε ενδιαφέρον σε μια επόμενη μελέτη να συμπεριληφθούν και μέλη που έχουν ελάχιστη συμμετοχή, ή ακόμα και καθόλου διερευνώντας επίσης και τους λόγους για τους οποίους δε συμμετέχουν.

Κλείνοντας, σε μια επόμενη μελέτη, θα ήταν χρήσιμο να μετρηθεί η ικανοποίηση του ίδιου του προσωπικού, ώστε να υπάρχει μια συνολική εικόνα των εμπλεκόμενων ατόμων στο σύστημα των υπηρεσιών αυτών. Μέσα από αυτή τη μελέτη, μπορούμε να γνωρίσουμε τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, είτε αυτά αφορούν τις συνθήκες εργασίας είτε την έλλειψη των απαραίτητων προμηθειών για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος και εξυπηρέτηση των χρηστών, είτε την ανάγκη εκπαιδευτικών σεμιναρίων για την καλύτερη εξειδίκευσή τους. Τέλος, αναγκαίο θα ήταν μια μελέτη αξιολόγησης της ικανοποίησης και του διοικητικού προσωπικού ώστε να δούμε την γνώμη και την στάση όσων διοικούν τις υπηρεσίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 47(3), σ. 320–333.
- Αδαμόπουλος, Π. (1992) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια σφαιρική προσέγγιση*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Αμηρά, Α., Γεωργιάδη, Ε., Τεπέρογλου, Α. (1986) *Ο θεσμός της Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Έρευνα για τα ΚΑΠΗ*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Αμίτσης, Γ. (2001) *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η ευρωπαϊκή εμπειρία*. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Βάμβουκας, Μ.Ι. 2002. *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία*. Αθήνα: Γρηγόρης.
- Δαρβίρη, Χ. (2010) *Προαγωγή υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις.
- Έμκε – Πουλοπούλου, Η. (1999) *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες. Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.
- Ζαϊμάκης, Γ. (2009) *Κοινοτική Εργασία και τοπικές κοινωνίες*. 8^η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζαϊμάκης, Γ. (2011) *Κοινοτική Εργασία και τοπικές κοινωνίες*. Αθήνα: Πλέθρον.
- Ζαϊμάκης Γ., Κανδυλάκη Α. (επιμ) (2005) *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*. Αθήνα: Κριτική.
- Ζηλίδης, Χ. (1989) *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Αθήνα : Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Καραδήμας Ε.Χ., (2005) *Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: ΤΥΠΟΘΗΤΩ-ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Κασιμάτη, Κ. (2006) *Κοινωνικός Σχεδιασμός και Αξιολόγηση. Μέθοδοι και Πρακτικές*. Αθήνα: Gutenberg.
- Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. (2007) *Δημόσια Υγεία. Θεωρία-Πράξη-πολιτικές*. Τεχνογραμμα: Αθήνα.

- Κούτρα, Κ. (2012) *Υγεία και Ασθένεια*. Σημειώσεις από το μάθημα «Ηλικιωμένα και ανάπηρα άτομα-Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας». Ηράκλειο.
- Κυριόπουλος, Γ. (1995) *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο/Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορυ, Σ. και Οικονόμου, Χ. (2003) *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ. και Σουλιώτης, Κ. (2003) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
- Κυριόπουλος, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2002) *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα: μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (1996) *Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. και Χατζοπούλου Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Παπασωτηρίου.
- Λαζάρου, Π. και Οικονομοπούλου, Χ. (2007) *Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα* ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46(2), σ. 199-214.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2010) *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Αθήνα: ΒΗΓΑ Ιατρικές εκδόσεις.
- Λιονής, Χ. και Κούτης, Α. (1995) *Εκτίμηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. Ο ρόλος του γενικού Γιατρού*. ΙΑΤΡΙΚΗ, 68(6), σ. 570-575.
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεωδώρου, Μ. και Πολύζος, Ν. (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας: Αθήνα.
- Πανταζάκας, Π και Μέντης, Μ (2002) «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 66, σ. 97-112.
- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της*. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 4(29) σ. 480-488.
- Παπανικολάου, Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Πάρλαλης, Σ.Κ. (2011) *Οι πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο*. Αθήνα: Πεδίο.

- Πασχαλούδης, Δ. και Ζαφειρόπουλος, Κ. (2002) *Έρευνα Marketing*. Γκιούρδας εκδοτική ΕΠΕ: Αθήνα.
- Πιερράκος, Γ. (2008) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σταθόπουλος Π. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Συμεωνάκη, Μ. (2008) *Στατιστικής ανάλυση κοινωνικών δεδομένων με το SPSS 15.0*. Θεσσαλονίκη: Σοφία.
- Τούντας, Γ. (2006) *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Οδυσσεύς/Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ. (2009) *Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού: 1986-2006*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Nettleton, S. (2003) *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Sullivan, E. & Decker, P. (2009) *Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*, μεταφρ. Μπελλάλη Θ. Αθήνα: Μόσχος Γκούρδας.

Ξενόγλωσση

- Bauld, L., Chesterman, J. and Judge, K. (2000) *Measuring satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature*. Health and Social Care in the Community 8(5), pp. 316–324.
- Bingefors, K., Hedblom Pharm, E., Pashos, C. and Torrance, G. (2003) *Health care cost, quality, and outcomes*. International society for pharmacoconomics and outcome research.
- Bowling, A. (2002) *Research methods in health. Investigating health and health services*. 2nd. Philadelphia: Open University Press Maidenhead.
- Schneider, M. (2006) *Introduction to public Health*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, Publishers.
- Bopp, M., Fallon, E., Bolton, D., Kaczynski, A., Lukwago, S. & Brooks, A. (2012) *Conducting a Hispanic Health Needs Assessment in rural Kansas: Building the foundation for community action*. Evaluation and Program Planning, 35, (4) pp. 453-460. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718912000109> [accessed 15 March, 2012].
- Borras, J.M., (1994) *Utilization of Health Services*. Gac. Sanit., 8(40), 30-49. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8056490> [accessed 10 October, 2014].

Glasson, J., Chang E., Chenoweth, L., Hanconk, K., Hall T., Hill - Murray, F., Collier, L. (2006) *Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward*. J Clin Nurs. 15(5), pp. 588 - 98. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629968> [accessed 5 October, 2014].

Levois, M., Nguyen, TD. and Attkisson, CC. (1981) *Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings*. Evaluation and Program Planning 4, pp. 139–150.

Oberst, M.T. (1984) *Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction*. Imprint, 53(10), pp. 2366-2373. <http://blog.tcu.edu.tw/gallery/127/%E6%98%A5%E6%BB%BF65.pdf> [accessed 5 October, 2014].

Papagiannis, A., Richards, R. and Shale ,DJ. (1995) *Patient satisfaction with information provided at an outpatient clinic for respiratory diseases*. Respir - Med. 89(10) pp. 673 - 6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8570881> [accessed 10 October, 2014].

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B. et al. (2001) *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. WHO Regional Office for Europe, 31, pp. 1079. <http://ije.oxfordjournals.org/content/31/5.toc> [accessed 17 April, 2013].

Simpson, J. A. & Weiner, E.S.C. (1989) *The Oxford English dictionary*. New York : Oxford University Press.

Vukovi, M., Gvozdenovi, B.S., Gaji T., Stamatovic Gaji, B., Jakovljevi, M. & Mc Cormick, B.P. (2012) *Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care*. Public Health, 126, pp. 710-718. <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00333506> [accessed 29 October, 2012].

World Health Organization. Regional Office for Europe Copenhagen. (1988) *Priority research for health for all*. European Health for All Series, 3. http://whqlibdoc.who.int/euro/hfas/EURO_HFAS_3.pdf. [accessed 10 October, 2012].

Zebiene, E., Razgauskas, E., Basys, V., Baubiniene, A., Gurevicius, R., Padaiga, Z. and Svab, I. (2004) *Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania*. Int J Qual Health Care 16(1), pp. 83 - 9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15020564> [accessed 10 October, 2014].

Διδακτορικές Διατριβές

Θεοδώρου, Μ. (1992) *Η επίδραση εναλλακτικών οργανωτικών σχημάτων στη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας: η περίπτωση του οικογενειακού γιατρού στο Ι.Κ.Α.* Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. (πηγή: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών-ΕΚΤ).

Κακούσιας, Ν. (2010) *Κατανομή του ιατρικού προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα Κέντρα Υγείας της Θεσσαλίας: σχέση με τη νοσηρότητα και η συμβολή της Π.Φ.Υ. στη δημόσια υγεία.* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. (πηγή: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών-ΕΚΤ).

Κούτης, Α. (1993) *Η μελέτη Σπηλίου. Μια μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας και ανάπτυξης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης. (πηγή: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών-ΕΚΤ).

Παππά, Ε. (2007) *Διερεύνηση της ισότητας στη χρήση υπηρεσιών υγείας: η περίπτωση της περιφέρειας της πρωτεύουσας.* Διδακτορική διατριβή. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. (πηγή: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών-ΕΚΤ).

Παπουτσής, Α. (2007) *Συγκριτική μελέτη διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών δημόσιας Πρωτοβάθμιας Υγείας σε Ελλάδα και Βρετανία.* Διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. (πηγή: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών-ΕΚΤ).

Σουλιώτης, Κ. (2000) *Χρηματοδότηση του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος: κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας.* Διδακτορική διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. (πηγή: Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών-ΕΚΤ).

Μεταπτυχιακές Εργασίες

Μουστάκα, Α. (2008) *Η αξιολόγηση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: μια συστηματική ανασκόπηση.* Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Τσεκούρα, Α. (2003) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας.* Μεταπτυχιακή εργασία. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.

Φεργαδάκη, Μ. (2011) *Κοινωνική Πολιτική Υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση: Η περίπτωση του δήμου Ν. Αλικαρνασσού.* Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Χαλκουτσάκη, Σ. (2006) *Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο δήμο Ηρακλείου*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Πτυχιакές Εργασίες

Ντάση, Α. και Σαβιόλη Παγώνα (2012) *Ο βαθμός ικανοποίησης και η αυτοαναφερόμενη υγεία των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο δήμο Ηρακλείου*. Πτυχιακή Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.

Πηγές από διαδίκτυο

Δ.Υ.Π.Ε. Ηρακλείου: www.hc-crete.gr [Ημερομηνία πρόσβασης: 10 Οκτωβρίου, 2012].

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: <http://www.hc-crete.gr/nomothesia/Nomos3235.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 2 Οκτωβρίου, 2012].

Λαζάρου, Π. και Οικονομοπούλου, Χ. (2007) «Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα» *Νοσηλευτική*, 46(2) σελ 199-214. http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=122 [Ημερομηνία πρόσβασης: 20 Ιανουαρίου, 2013].

Φ.Ε.Κ. Α53/18.2.2004. Νόμος ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3235 *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. [Nomoi.info/Φ.Ε.Κ.-Α-53-2004-σελ-1.html](http://www.nomoi.info/Φ.Ε.Κ.-Α-53-2004-σελ-1.html). [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Φεβρουαρίου, 2013].

Φ.Ε.Κ. 87Α'/07.6.2010 *Πρόγραμμα «Καλλικράτης»* http://www.eetaa.gr:8080/kallikratis/nomosxedio/Fek_html/index.html [Ημερομηνία πρόσβασης: 22 Δεκεμβρίου, 2013].

<http://www.dokappam.gr/> [Ημερομηνία πρόσβασης: 12 Φεβρουαρίου, 2014].

http://www.eetaa.gr/kallikratis/nomosxedio/Fek_html/ [Ημερομηνία πρόσβασης: 10 Ιανουαρίου, 2014].

http://www.gazi.gov.gr/images/ArticleImages/Organotiki_Domi/Epicheirisiako_Programma/DMaleviziou_Epicheirisiako_Programma_2011_2015.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης: 13 Ιανουαρίου, 2014].

<http://www.gerontology.gr> [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Φεβρουαρίου, 2014].

<http://www.kallikratis.eu/dimos-malebizioy-pe-irakleioy/> [Ημερομηνία πρόσβασης: 17 Ιανουαρίου, 2014].

<http://www.malevizi.gr/> [Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Δεκεμβρίου, 2013].

<http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης:
16 Ιουνίου, 2014].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ^{1 2}

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων. Το παράδειγμα ενός ημι-αστικού Δήμου.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A.A.E. □□□

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, Δεκέμβριος 2013

¹ «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τους εξυπηρετούμενους»

² Λαζάρου, Π. και Οικονομοπούλου, Χ. (2007) «Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα» Νοσηλευτική, 46(2) σελ. 199-214

Έντυπο ενημέρωσης

Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Το παρόν ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας από τις σπουδάστριες Αϊβαλιώτη Μαρία, Δημητράκη Μεταξία και Στραταντωνάκη Σοφία με επιβλέπων εργαστηριακό συνεργάτη την κα. Πελεκίδου Λίνα στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα και εκτιμά την άποψη των χρηστών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του δήμου Μαλεβιζίου βάση της ικανοποίησης των χρηστών. Η συμμετοχή τους θα βοηθήσει στην εύκολη έκβαση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλουν στην ανάδειξη της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της ικανοποίησης από την πλευρά των εξυπηρετούμενων στις Δημοτικές Ενότητες Γαζίου και Τυλίσου και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για εκπαιδευτικούς λόγους.

Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

- A) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.
- B) Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.
- Γ) Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούνται 10 λεπτά.

Σας προσκαλούμε, λοιπόν, να συμβάλετε σε αυτή την προσπάθεια με τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Επιβλέπων εργαστηριακός συνεργάτης

Πελεκίδου Λίνα

Σπουδαστές τμήματος

Κοινωνικής Εργασίας

Αϊβαλιώτη Μαρία

Δημητράκη Μεταξία

Στραταντωνάκη Σοφία

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

(SD1) Φύλο

- (1) Άνδρας (2) Γυναίκα

(SD2) Ηλικία

- (1) 18 – 25
(2) 26 - 39
(3) 40 – 55
(4) 55 και άνω

(SD3) Τόπος κατοικίας _____

(SD4) Μορφωτικό επίπεδο

- (1) Δεν έχω αποφοιτήσει
(2) Δημοτικό
(3) Γυμνάσιο
(4) Λύκειο
(5) Τεχνική Σχολή
(6) Τ.Ε.Ι.
(7) Πανεπιστήμιο

(SD5) Υπηκοότητα

- (1) Ελληνική
(2) Άλλη _____

(SD6) Πόσο καιρό είστε εγγεγραμμένο μέλος στην υπηρεσία;

- (1) Από 1 έως 2 έτη
(2) Από 3 έως 4 έτη
(3) Από 5 και άνω

B. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

(SD7) Νιώθετε άνετα να κάνετε ερωτήσεις στο προσωπικό;

- (1) Καθόλου
(2) Λίγο
(3) Μέτρια
(4) Πολύ

(SD8) Σας εμπύχωσε το προσωπικό κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στην υπηρεσία;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD9) Σας βοήθησε το προσωπικό να διαχειριστείτε τα προβλήματα;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD10) Είχατε την συμμετοχή που επιθυμούσατε στην συμμετοχή των υπηρεσιών;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

(SD11) Σέβεται το προσωπικό τις πολιτισμικές σας ιδιαιτερότητες; (εθνικότητα, θρήσκευμα;)

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD12) Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις σας ήταν κατανοητές;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD13) Σας έχουν ενημερώσει για τα δικαιώματά σας ως μέλος της υπηρεσίας;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

Δ. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

(SD14) Είχατε την ιδιωτικότητα που έπρεπε στον χώρο της υπηρεσίας;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD15) Η υπηρεσία ήταν άνετη και καθαρή;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

Ε. ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

(SD16) Αισθάνεστε ότι ιεραρχείτε καλύτερα τα καθημερινά σας προβλήματα, μετά από την εγγραφή σας στην υπηρεσία σε σχέση με πριν την εγγραφή σας;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD17) Σας βοήθησε η εγγραφή σας στην υπηρεσία να συνεχίσετε τις δραστηριότητες που είχατε πριν την εγγραφή σας;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD18) Πόσο βοηθηθήκατε από τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν από το προσωπικό της υπηρεσίας;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

(SD19) Κατά πόσο αισθανθήκατε κάποια βελτίωση στην υγεία σας μετά την επίσκεψή σας στην υπηρεσία;

- (1) Καθόλου
- (2) Λίγο
- (3) Μέτρια
- (4) Πολύ

ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

(SD20) Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε;

(SD21) Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εξυπηρέτηση που λάβατε από την υπηρεσία; Περιγράψτε.

(SD22) Η ποιότητα των υπηρεσιών που λάβατε ανταποκρίνεται στις προσδοκίες που είχατε από την υπηρεσία; Περιγράψτε.

2. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Προς Δ/ση Υπηρεσίας,

Στο πλαίσιο των προπτυχιακών μας σπουδών, εκπονείται πτυχιακή εργασία με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων. Το παράδειγμα Ενός ημι-αστικού Δήμου» των σπουδαστών του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Αϊβαλιώτη Μαρία, Δημητράκη Μεταξία και Στραταντωνάκη Σοφία με υπεύθυνη επιβλέποντα την κα. Πελεκίδου Λίνα, ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργό, Εργαστηριακό Συνεργάτη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΔΟΚΑΠΑΜ από την πλευρά των χρηστών.

Με το παρών έγγραφό ζητάμε τη συνεργασία σας για την διαμεσολάβηση μας στους χρήστες των υπηρεσιών σας, προκειμένου να συλλεχθούν τα στοιχεία της έρευνας μας. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα και εκτιμά την άποψη των χρηστών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Η συμμετοχή τους θα βοηθήσει στην εύκολη έκβαση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Σας ενημερώνουμε ότι πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους εξυπηρετούμενους θα τηρηθούν τα παρακάτω:

- A) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.
- B) Οι πληροφορίες που θα δώσουν είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.
- Γ) Οι πληροφορίες που θα δώσουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούνται 10 λεπτά.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Σπουδάστριες τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Αϊβαλιώτη Μαρία

Δημητράκη Μεταξία

Στραταντωνάκη Σοφία

Επιβλέπων εργαστηριακός
συνεργάτης

Πελεκίδου Λίνα