



Ευρωπαϊκό
Πανεπιστήμιο Κύπρου
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES



**ΣΧΟΛΗ: ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»**

**Θέμα : «ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΝΩ ΤΩΝ 60 ΕΤΩΝ
ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΚΡΙΣΗΣ»**

Φοιτήτρια: Καρακολίδου Μαρία

ΔΜΥ-74

Επιβλέπων Καθηγητής: ΓΙΑΓΚΟΣ ΛΑΒΡΑΝΟΣ

Αιγάλεω, Ιανουάριος 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των απόψεων των ατόμων ηλικίας άνω των εξήντα ετών αναφορικά με την πρόσβαση και την ικανοποίηση τους από τις Υπηρεσίες Υγείας την περίοδο μετά το 2008, όπου στη χώρα μας εμφανίστηκε η οικονομική κρίση. Προκειμένου να εξαχθούν ορισμένα συμπεράσματα από τη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο (έτοιμο ερωτηματολόγιο) με βάση το Ευρωβαρόμετρο 80.2. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τυχαίο διαστρωματοποιημένο δείγμα 138 ατόμων ηλικίας άνω των εξήντα ετών σε τέσσερις Νομούς, Σέρρες (35 άτομα), Αττικής (34 άτομα), Σάμου (39 άτομα) και Ευρυτανίας (30 άτομα) κατά το χρονικό διάστημα του Δεκεμβρίου-Ιανουαρίου του 2017-2018. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από δυο μέρη, το πρώτο αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία και το δεύτερο μέρος περιλάμβανε γενικές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αναφέρονταν κυρίως στην ικανοποίηση και την πρόσβαση των ηλικιωμένων στις Υπηρεσίες Υγείας. Με βάση το ερωτηματολόγιο αυτό προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα: Η πλειονότητα των συμμετεχόντων χαρακτηρίζουν την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης ως «κακή», ενώ παράλληλα επισημαίνουν ότι η γενική κατάσταση είναι «χειρότερη» συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων πιστεύει ότι τα τρία κριτήρια που παρέχουν υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης είναι το εκπαιδευμένο προσωπικό, η αποτελεσματική θεραπεία και ο σύγχρονος εξοπλισμός. Για τους Νομούς Σερρών και Ευρυτανίας εντοπίζονται δυο σημαντικά σημεία, οι λίστες αναμονής και η γεινίαση με το νοσοκομείο του εκάστοτε Νομού. Τέλος, προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες εμπιστεύονται δυο πρόσωπα τον φαρμακοποιό και τον παθολόγο/ειδικό γιατρό για την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας.

Λέξεις-Κλειδιά: σύστημα υγείας, οικονομική κρίση, ικανοποίηση ασθενών, πρόσβαση, υπηρεσίες υγείας

ABSTRACT

The purpose of this postgraduate thesis is to investigate the opinions of people over the age of sixty for their satisfaction and access health services in the period after 2008 when our country experienced the economic crisis. In order to present some conclusions from this study, the research tool (ready questionnaire) based on the Eurobarometer 80.2. The questionnaire was distributed in a randomized, stratified sample of people aged over sixty years from Serres (35 persons), Attica (34 persons), Samos (39 people) and Evritania (30 persons) during the period December and January of 2017-2018. The questionnaire was composed of two parts, the first concerning of demographic data and the second part included general questions. The questions concerned of the satisfaction and access the elderly in health services. Based on this questionnaire, the following conclusions were reached: The majority of participants describe the quality of health care as "bad", while pointing out that the overall situation is "worse" than in other European countries. The majority of participants believe that the three criteria that provide high quality medical care are trained personnel, effective treatment and modern equipment. The prefectures of Serres and Evritania identified two important points that the waiting lists and the proximity to hospital and doctor respectively. Finally, the participants entrusted two persons to the pharmacist and the physician / specialist doctors for seeking information on the quality of health services.

Key-Words: health system, economic crisis, patient satisfaction, accessibility, health services

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	2
Abstract	3
Πίνακας Περιεχομένων	4
Κατάλογος Διαγραμμάτων	6
Κατάλογος Εικόνων	8
Κατάλογος Πινάκων	9
Κατάλογος Συνοτομογραφιών	10
Εισαγωγή	11
Τμήμα 1 ^ο : Θεωρητική Προσέγγιση	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΟΜΗ ΠΡΟΤΑΣΗΣ- ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.	13
1. Η σημαντικότητα της έρευνας	14
2. Πεδίο εφαρμογής της έρευνας	14
3. Σκοπός της ερευνητικής πρότασης	14
4. Στόχοι	15
4.1 Θεωρητικοί Στόχοι	15
4.2 Ερευνητικοί Στόχοι	15
5. Βιβλιογραφική Προσέγγιση	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.1 Έννοια της προσβασιμότητας και της πρόσβασης των πολιτών	20
2.2 Οι διαστάσεις της πρόσβασης	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	23
3.1 Ορισμός ικανοποίησης ασθενών	23
3.2 Έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας	23
3.3 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	24
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	27
4.1 Σύστημα Υγείας	27
4.2 Βασικοί Δείκτες Υγείας	27
4.3 Τα τρία είδη Συστημάτων Υγείας και οι βασικές πηγές χρηματοδότησης τους	28
4.4 Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Μεταρρυθμίσεις	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	40
Τμήμα 2 ^ο : Ερευνητική Προσέγγιση	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	50
8.1 Φιλοσοφία της Έρευνας (Θετικισμός vs Φαινομενολογία)	50
8.2 Ερευνητική Προσέγγιση (Παραγωγική vs Επαγωγική)	51
8.3 Διαδικασία δειγματοληψίας (Μέθοδος Δειγματοληψίας)	52
8.4 Μέθοδοι έρευνας (Ποσοτικοί –Ποιοτικοί)	53
8.5 Τεχνική/Τύπος της Έρευνας	54
8.6 Αξιοπιστία	55

8.7 Εγκυρότητα	55
8.7.1 Εξωτερική Εγκυρότητα	56
8.7.2 Εσωτερική Εγκυρότητα	56
8.10 Περιορισμοί της Έρευνας	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ	58
9.1 Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης	58
9.2 Σύγκριση των τεσσάρων Νομών με τη χρήση της μεθόδου	84
Ανονα	
9.3 Σημεία Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για τους τέσσερις	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	102
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο	102
Παράρτημα Β: Πίνακες Συχνοτήτων	107

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

- Διάγραμμα 1: Συγκριτική απεικόνιση του φύλου για τους τέσσερις Νομούς.. σελ.58
- Διάγραμμα 2: Συγκριτική απεικόνιση του ελάχιστου και μέγιστου ορίου ηλικίας για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.59
- Διάγραμμα 3: Συγκριτική απεικόνιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.60
- Διάγραμμα 4: Συγκριτική απεικόνιση της οικογενειακής κατάστασης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.61
- Διάγραμμα5: Συγκριτική απεικόνιση της εργασιακής κατάστασης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.62
- Διάγραμμα 6: Συγκριτική απεικόνιση του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.64
- Διάγραμμα 7: Συγκριτική απεικόνιση της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.65
- Διάγραμμα 8: Συγκριτική απεικόνιση αξιολόγησης ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς..... σελ.66
- Διάγραμμα 9: Συγκριτική απεικόνιση ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης..... σελ.67
- Διάγραμμα 10: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Αττικής..... σελ.68
- Διάγραμμα 11: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Σερρών..... σελ.69
- Διάγραμμα 12: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Σάμου..... σελ.70
- Διάγραμμα 13: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Ευρυτανίας..... σελ.71
- Διάγραμμα 14: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Αττικής)..... σελ.72
- Διάγραμμα 15: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Σερρών)..... σελ.73
- Διάγραμμα 16: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Σάμου)..... σελ.74

- Διάγραμμα 17: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Ευρυτανίας)..... σελ.75
- Διάγραμμα 18: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την πρόκληση ζημιάς στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη..... σελ.76
- Διάγραμμα 19: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την πρόκληση ζημιάς στους ασθενείς από τη μη νοσοκομειακή περίθαλψη..... σελ.77
- Διάγραμμα 20: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την εμφάνιση ενός ανεπιθύμητου συμβάντος κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης σελ.78
- Διάγραμμα 21: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη δήλωση ενός ανεπιθύμητου συμβάντος κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης σελ.79
- Διάγραμμα 22: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη νοσηλεία ή εισαγωγή συγγενικού προσώπου σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας..... σελ.80
- Διάγραμμα 23: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη..... σελ.81
- Διάγραμμα 24: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την πραγματοποίηση κάποιας χειρουργικής επέμβασης σελ.82
- Διάγραμμα 25: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη γραπτή συγκατάθεση πριν τη χειρουργική επέμβαση..... σελ.83

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Κεφάλαιο 2

Εικόνα 2.2.1: Οι πέντε πτυχές της κάλυψης σύμφωνα με το μοντέλο του Tanahashi..... σελ. 21

Κεφάλαιο 9

Εικόνα 9.2.1: Απεικόνιση του νομού Αττικής σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας..... σελ.90

Εικόνα 9.2.2: Απεικόνιση του νομού Σερρών σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας..... σελ.91

Εικόνα 9.2.3: Απεικόνιση του νομού Σάμου σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας σελ.92

Εικόνα 9.2.4: Απεικόνιση του νομού Ευρυτανίας σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας..... σελ.93

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Test of Homogeneity of Variances για το κριτήριο «Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό».....	σελ. 87
Πίνακας 2: ANOVA για το κριτήριο «Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό».....	σελ. 87
Πίνακας 3: Multiple Comparisons για το κριτήριο «Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό».....	σελ. 87
Πίνακας 4: Test of Homogeneity of Variances για τη μεταβλητή «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός».....	σελ. 88
Πίνακας 5: ANOVA για τη μεταβλητή «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός».....	σελ. 88
Πίνακας 6: Multiple Comparisons για τη μεταβλητή «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός».....	σελ. 89
Πίνακας 7: Test of Homogeneity of Variances για τη μεταβλητή «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια».....	σελ. 90
Πίνακας 8: ANOVA για τη μεταβλητή «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια».....	σελ. 91
Πίνακας 9: Robust Tests of Equality of Means «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια».....	σελ. 91
Πίνακας 10: Multiple Comparisons «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια».....	σελ. 91

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΟΠΠΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ : Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΠΑΣΟΚ: Πανελληνίο Σοσιαλιστικό Κίνημα

ΠΕΣΥ: Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας

ΤΥΔΚΥ: Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των πολιτών ηλικίας άνω των 60 ετών αναφορικά με τις Υπηρεσίες Υγείας και σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιημένος ο γεροντικός πληθυσμός από τις εκάστοτε Υπηρεσίες που τους προσφέρονται σε αυτούς και στους συγγενείς τους. Προγενέστερες μελέτες των τελευταίων χρόνων έδειξαν ότι ο μέσος πολίτης δεν είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Από την άλλη μεριά, τα υψηλά ποσά δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο Σύστημα Υγείας επηρεάζουν τη δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Συνεπώς, η Ελλάδα καλείται να αντιμετωπίσει δυο καίρια ζητήματα, τον περιορισμό των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και την εμπειρική έρευνα.

Το πρώτο κεφάλαιο, επικεντρώνεται στη δομή της παρούσας εργασίας. Παρουσιάζονται αναλυτικά η σημαντικότητα της έρευνας, το πεδίο εφαρμογής, ο σκοπός της ερευνητικής πρότασης, οι θεωρητικοί και ερευνητικοί στόχοι και η βιβλιογραφική προσέγγιση σε μια σύντομη αναφορά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας και γίνεται λόγος στις πέντε επιμέρους διαστάσεις της.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνονται οι εννοιολογικές προσεγγίσεις της ικανοποίησης των ασθενών, του τρόπου μέτρησης της και των παραγόντων που την επηρεάζουν καθώς και της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται ο θεσμός του Συστήματος Υγείας, οι βασικοί δείκτες υγείας και οι πηγές χρηματοδότησης αυτών. Παράλληλα, γίνεται επικέντρωση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, αλλά και στις μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στις ευρωπαϊκές χώρες, ενώ παράλληλα στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μνημονιακές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας μετά το 2010 όπου η κρίση στην Ελλάδα ήταν έντονη.

Κλείνοντας το πρώτο θεωρητικό μέρος, καταγράφονται μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης προγενέστερες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες χώρες παγκοσμίως, αναφορικά με την πρόσβαση και την ικανοποίηση των πολιτών από τις Υπηρεσίες Υγείας.

Το δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας αναφέρεται στο σχεδιασμό της έρευνας και μεθοδολογίας. Αρχικά, δίνεται έμφαση στο θεωρητικό μέρος επικεντρώνοντας στις έννοιες φιλοσοφία της έρευνας, ερευνητική προσέγγιση, διαδικασία δειγματοληψίας, μέθοδοι έρευνας, τεχνική/τύπος της έρευνας, αξιοπιστία, εγκυρότητα (εσωτερική και εξωτερική) και περιορισμοί που λαμβάνονται υπόψη σε μια έρευνα.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής περιγραφικής ανάλυσης με τη χρήση των κατάλληλων γραφημάτων, ενώ παράλληλα εισάγονται οι πίνακες σύγκρισης των τεσσάρων περιοχών με τη βοήθεια των προγραμμάτων Microsoft Excel 2010 και SPSS 20.

Τέλος, παρατίθενται τα κεφάλαια της συζήτησης και των γενικών συμπεράσματος που έχουν προκύψει από τη συγκεκριμένη μελέτη. Στο κεφάλαιο συζήτηση παρουσιάζονται όλα τα αποτελέσματα της εμπειρικής ανάλυσης και συγκρίνονται με τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, ακολουθούν η βιβλιογραφία ελληνική, ξένη και διαδικτυακή που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα διπλωματική εργασία και το παράρτημα, το οποίο περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο της έρευνας και τους πίνακες της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΟΜΗ ΠΡΟΤΑΣΗΣ- ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύνολο των κατοίκων της χώρας μας, είτε είναι Έλληνες πολίτες, είτε αλλοδαποί (μετανάστες και πρόσφυγες με ή χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα). Το πρόβλημα εντάθηκε ακόμη περισσότερο από το 2010 και μετά, με το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Τα χρόνια που ακολούθησαν, με την υπογραφή και των επόμενων μνημονίων συνεργασίας, συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή σκληρών μέτρων και ακραίων φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας, που δεν άφησαν ανέπαφες τις κοινωνικές παροχές και στον τομέα της Υγείας.

Οι ανακατατάξεις του χάρτη υγείας στη χώρα μας με τη συρρίκνωση και το κλείσιμο Νοσοκομείων, η πληθώρα των νέων νομοθετικών ρυθμίσεων, οι μειώσεις των παροχών, η νέα πολιτική στα φάρμακα και η μείωση της χρηματοδότησης σε συνδυασμό με την αλλαγή της οικονομικής κατάστασης και του τρόπου διαβίωσης μεγάλου μέρους του πληθυσμού, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης (απώλεια θέσεων εργασίας, ασφαλιστικών δικαιωμάτων κλπ) επηρέασαν σαφώς την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας, φτάνοντας σε πολλές περιπτώσεις ως τον αποκλεισμό από αυτές, λόγω μη ασφαλιστικής κάλυψης ή άλλων παραγόντων.

Στην παρούσα έρευνα θα αποσαφηνιστεί σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιημένοι οι πολίτες από την ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών με την εφαρμογή των μνημονιακών πολιτικών που εφαρμόστηκαν στη χώρα μας από το 2010 και έπειτα.

1. Η σημαντικότητα της έρευνας

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης πραγματοποιήθηκε ένας μεγάλος αριθμός ερευνών αναφορικά με την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας και την ποιότητα των παρεχόμενων αυτών υπηρεσιών στο ΕΣΥ. Είναι ένα μείζον θέμα που έχει προβληματίσει τα τελευταία χρόνια μια μεγάλη μερίδα ερευνητών. Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να φτάσει σε ένα παραπάνω επίπεδο κάνοντας προσπάθεια να καταλήξει σταδιακά στον προσδιορισμό του βαθμού ικανοποίησης του γεροντικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών από την προσβασιμότητα τους στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ. Η πρωτοτυπία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι θα εξεταστούν τέσσερις Νομοί της Ελλάδας με διαφορετική γεωλογική δομή (αστική, νησιωτική, πεδινή και ορεινή περιοχή).

2. Πεδίο εφαρμογής της έρευνας

Το πεδίο της έρευνας μας είναι οι πολίτες της χώρας ηλικίας άνω των 60 ετών από τέσσερις Νομούς με διαφορετική γεωλογική δομή (αστική, νησιωτική, πεδινή και ορεινή περιοχή), οι οποίοι έχουν τύχει παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε Νοσοκομείο, τουλάχιστον μία φορά την τελευταία πενταετία είτε οι ίδιοι είτε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο.

3. Σκοπός της ερευνητικής πρότασης

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξεταστεί μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προγενέστερων ερευνών ο τρόπος που η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων έχει επηρεάσει την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας και την ποιότητα αυτών. Μέσα από την εμπειρική μελέτη θα αναδειχθεί σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιημένοι οι ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών από τις Υπηρεσίες που προσφέρονται σε αυτούς ή στους συγγενείς τους.

4. Στόχοι

4.1. Θεωρητικοί Στόχοι

1^{ος} Θεωρητικός Στόχος: Θα προσεγγιστούν μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης οι έννοιες της προσβασιμότητας και πρόσβασης των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας καθώς και οι πέντε επιμέρους διαστάσεις της

2^{ος} Θεωρητικός Στόχος: Θα προσεγγιστεί μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης η ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.

3ος Θεωρητικός Στόχος: Θα προσεγγιστεί μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης ο θεσμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) και οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα.

4ος Θεωρητικός Στόχος: Θα προσεγγιστούν μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης οι μνημονιακές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας.

4.2. Ερευνητικοί στόχοι

1^{ος} Ερευνητικός Στόχος: Θα διερευνηθεί ο βαθμός πρόσβασης των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας την περίοδο της οικονομικής κρίσης με βάση τα σημεία παροχής κάθε Νομού.

2^{ος} Ερευνητικός Στόχος: Θα διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

3ος Ερευνητικός Στόχος: Θα διερευνηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας με γνώμονα τις μνημονιακές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στο Ε.Σ.Υ. συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες

5. Βιβλιογραφική προσέγγιση

I. Εννοιολογική διάσταση των όρων Προσβασιμότητα και Πρόσβαση πολιτών

Με τον όρο προσβασιμότητα εννοούμε ότι ένα προϊόν είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους δυνητικούς χρήστες. Οι Υπηρεσίες Υγείας ενός κράτους είναι προσβάσιμες όταν όλοι οι άνθρωποι που ζουν σε αυτό, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, θρησκείας, οικονομικής και κοινωνικής τάξης μπορούν να επωφεληθούν στο μέγιστο δυνατό βαθμό από τις Υπηρεσίες Υγείας.

Η ισότιμη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας αλλά και η δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης ανήκουν στα οικουμενικά δικαιώματα των ασθενών και καταγράφονται στον χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία της υγείας: «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαμβάνει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου».

Η απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι κυρίαρχο ζητούμενο της πολιτικής υγείας της κάθε χώρας. Η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών της είναι κατοχυρωμένη συνταγματικά στα περισσότερα κράτη. Για την επίτευξη της ισότητας πρέπει να εξαλειφθούν οι διαφορές μεταξύ των περισσότερο και λιγότερο ευνοημένων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες απολαμβάνουν διαφορετικό επίπεδο υγείας λόγω του διαφορετικού κοινωνικού πλεονεκτήματος (Braveman 2003). Η προσβασιμότητα προϋποθέτει επάρκεια και διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας εκφράζοντας την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας από όλους τους δικαιούχους χωρίς γεωγραφικά ή οικονομικά εμπόδια.

Σύμφωνα με τον Economidou (2015b) οι πέντε διαστάσεις της πρόσβασης είναι:

- α) Η διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών: δείχνει τη σχέση μεταξύ αριθμού και τύπου διαθέσιμων υπηρεσιών και αριθμού ατόμων και τύπου αναγκών.

β) Η προσπελασιμότητα: Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη γεωγραφική θέση των Υπηρεσιών Υγείας και στον τόπο κατοικίας των χρηστών των υπηρεσιών με βάση τη χιλιομετρική απόσταση και το χρόνο και τον τρόπο μετακίνησής τους.

γ) Η εξυπηρέτηση: η δυνατότητα να δεχθούν χρήστες και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους

δ) Η αποδοχή: σχέση των συμπεριφορών του χρήστη απέναντι στους επαγγελματίες υγείας.

ε) Η παροχή: σχέση μεταξύ της τιμής των υπηρεσιών και της ικανότητας πληρωμής των χρηστών.

Το σύστημα υγείας πάσχει από πολλές ανεπάρκειες, οι οποίες ειδικά ως προς το θέμα της πρόσβασης των ασθενών σε αυτό θα μπορούσαν να εντοπισθούν ως εξής:

- Υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού στη λήψη των αποφάσεων, ο οποίος δεν είναι προς την κατεύθυνση των αποτελεσματικών διοικητικών διαδικασιών
- Διοικητικές δομές οι οποίες αδυνατούν να παράσχουν στους πολίτες επαρκείς πληροφορίες και οι οποίες συχνά είναι στελεχωμένες από ανθρώπινο δυναμικό που δεν διαθέτει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να είναι σε θέση να παράσχει σωστή και ικανοποιητική πληροφόρηση στους πολίτες
- Κερματισμένη πληθυσμιακή κάλυψη
- Έλλειψη συστήματος παραπομπής των πολιτών προς την σωστή υγειονομική υπηρεσία
- Ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών –ασθενών Economou et al.,(2015a)

II. Ποιότητα παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

Ακριβής ορισμός δεν έχει δοθεί για την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας καθώς εξαρτάται από το άτομο που επεξηγεί την έννοια. Οι Μπαλάσκα και Μπιτσώρη (2015) επισήμαναν αρχικά την άποψη του Donabedian ο οποίος ασχολήθηκε με την εννοιολογική διάσταση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και διατύπωσε ότι η ποιότητα είναι ένα είδος φροντίδας που επιδιώκει να μεγιστοποιήσει το όφελος του ασθενή έχοντας υπόψη τις ωφέλειες και τις απώλειες που περιλαμβάνει η διαδικασία της περίθαλψης. Μερικά χρόνια αργότερα, το 1993 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρθηκε στην ποιότητα των Υπηρεσιών η οποία αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που είναι ικανές να διασφαλίσουν τα καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. Στη συνέχεια, οι Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, (2015) προσδιόρισαν τους παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας με βάση ορισμένων κριτηρίων, όπως η άμεση παροχή των υπηρεσιών, η καταλληλότητα, η αξιοπιστία, η ευκολία πρόσβασης και η υποστήριξη που παρέχεται κατόπιν διάθεσης της.

III. Εθνικό Σύστημα Υγείας

Οι Karassavidou et al., (2013) εξέτασαν πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στα Ελληνικά Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και διευκρίνισαν ποια είναι η ποιότητα που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία. Έγινε λόγος στην εννοιολογική διάσταση του ΕΣΥ και στην ιστορική αναδρομή του θεσμού ειδικότερα τότε δημιουργήθηκε από την ελληνική κυβέρνηση και ποιοι ήταν οι στόχοι της μεταρρύθμισης. Μέσα στους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης της δημιουργίας του θεσμού του ΕΣΥ ήταν η ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας. Στην ίδια άποψη κατέληξε λίγα χρόνια αργότερα ο Οικονόμου (2012) ο οποίος υποστήριξε το θεσμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και την προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ όπως είναι η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας.

IV. Μνημονιακές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας

Κατά τους Κυριόπουλος και Τσιάντου (2010) η χρηματοπιστωτική κρίση δημιουργεί μεγάλα προβλήματα στη χρηματοδότηση και στη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής Υπηρεσιών Υγείας εξαιτίας της αυξημένης ζήτησης, η οποία επιδρά αρνητικά στις δημόσιες μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι το εισόδημα των πολιτών μειώνεται συνεχώς με αποτέλεσμα να στρέφονται σε υπηρεσίες που η πρόσβαση συνδέεται με την ασφαλιστική κάλυψη.

Στην ίδια άποψη κατέληξαν δυο χρόνια αργότερα οι Μαλλιάρου και Σαράφης (2012) οι οποίοι ανέλυσαν με ποιον τρόπο η οικονομική κρίση συνέβαλε στην υγεία των πολιτών και στο σύστημα υγείας. Όπως είναι αναμενόμενο η οικονομική κρίση οδηγεί σταδιακά στην ανεργία και στη φτώχεια συνακόλουθα στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων και σε διάφορες μορφές ψυχικής διαταραχής. Συνεπώς, από τη μία η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά τους δείκτες προσδόκιμο επιβίωσης, νοσηρότητα και πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και από την άλλη το σύστημα υγείας έρχεται αντιμέτωπο με τη χρηματοδότηση εξαιτίας της μείωσης των δαπανών για την υγεία λόγω περιορισμένου αριθμού οικονομικών πόρων.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, των μνημονιακών επιταγών και των εφαρμοσμένων πολιτικών στην πρόσβαση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από το 2010 και έπειτα θα μπορούσαν επίσης, να εντοπισθούν και στην αύξηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Η για μεγάλο χρονικό διάστημα ανεργία από τη μία μπορεί να δημιουργήσει στα άτομα «απαξίωση του εαυτού τους», οδηγώντας ταυτόχρονα σε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, κατανάλωση ουσιών (ναρκωτικών και αλκοόλ) και αύξηση αυτοκτονιών, από την άλλη μειώνει τη ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας τόσο των ιδιωτικών, λόγω της απαίτησης άμεσης καταβολής του κόστους των υπηρεσιών, όσο και των δημόσιων, λόγω του υψηλού κόστους συμμετοχής στις υπηρεσίες αυτές, που συνεπάγεται φυσικά περιορισμό και της προσφοράς των υπηρεσιών. (Οικονόμου, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Έννοια της προσβασιμότητας και της πρόσβασης των πολιτών

Με τον όρο προσβασιμότητα εννοούμε ότι ένα προϊόν είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους δυνητικούς χρήστες. Οι Υπηρεσίες Υγείας ενός κράτους είναι προσβάσιμες όταν όλοι οι άνθρωποι που ζουν σε αυτό, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, θρησκείας, οικονομικής και κοινωνικής τάξης μπορούν να επωφεληθούν στο μέγιστο δυνατό βαθμό από τις Υπηρεσίες Υγείας. Θεωρείται το μέτρο της αναλογίας του πληθυσμού που είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει τις Υπηρεσίες (World Health Organization, Geneva, 1998).

Η πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό, όμως δε προσφέρεται με αυτή την ιδιότητα καθώς στηρίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης.

Η ισότιμη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας αλλά και η δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης ανήκουν στα οικουμενικά δικαιώματα των ασθενών και καταγράφονται στο χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο άρθρο 35, για την προστασία της υγείας: «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου». (Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2000).

Η απρόσκοπτη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας είναι κυρίαρχο ζητούμενο της πολιτικής υγείας της κάθε χώρας. Η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών της είναι κατοχυρωμένη συνταγματικά στα περισσότερα κράτη. Για την επίτευξη της ισότητας πρέπει να εξαλειφθούν οι διαφορές μεταξύ των ευνοημένων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες απολαμβάνουν διαφορετικό επίπεδο υγείας (Braveman 2003).

2.2 Οι διαστάσεις της πρόσβασης

Σύμφωνα με τον Economou (2015b) οι πέντε διαστάσεις της προσβασιμότητας είναι:

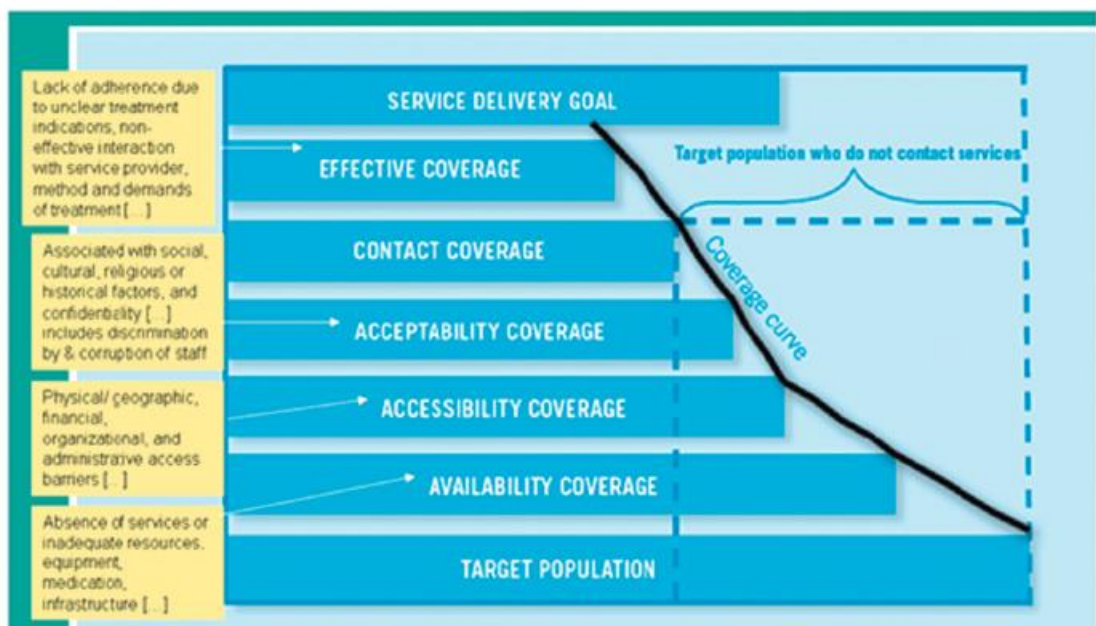
α) Η διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών: δείχνει τη σχέση μεταξύ αριθμού και τύπου διαθέσιμων υπηρεσιών και αριθμού ατόμων και τύπου αναγκών.

β) Η προσπελασιμότητα: Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη γεωγραφική θέση των Υπηρεσιών Υγείας και στον τόπο κατοικίας των χρηστών των υπηρεσιών με βάση τη χιλιομετρική απόσταση, το χρόνο και τον τρόπο μετακίνησής τους (απομακρυσμένες νησιωτικές και χέρσες περιοχές).

γ) Η εξυπηρέτηση: η δυνατότητα να δεχθούν χρήστες και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους

δ) Η αποδοχή: σχέση των συμπεριφορών του χρήστη απέναντι στους επαγγελματίες υγείας.

ε) Η παροχή: σχέση μεταξύ της τιμής των υπηρεσιών και της ικανότητας πληρωμής των χρηστών.



Εικόνα 2.2.1: Οι πέντε πτυχές της κάλυψης σύμφωνα με το μοντέλο του Tanahashi
Πηγή: Economou (2015b) Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece

Το σύστημα υγείας πάσχει από πολλές ανεπάρκειες, ειδικά ως προς το θέμα της πρόσβασης των ασθενών. Ειδικότερα:

- Υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού στη λήψη των αποφάσεων, ο οποίος δεν είναι προς την κατεύθυνση των αποτελεσματικών διοικητικών διαδικασιών
- Διοικητικές δομές οι οποίες αδυνατούν να παρέχουν στους πολίτες επαρκείς πληροφορίες και συχνά είναι στελεχωμένες από ανθρώπινο δυναμικό που δεν διαθέτει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες
- Κερματισμένη πληθυσμιακή κάλυψη
- Έλλειψη συστήματος παραπομπής των πολιτών προς τη σωστή υγειονομική υπηρεσία
- Ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών –ασθενών (Economou et al.,2015a)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Ορισμός ικανοποίησης ασθενών

Οι Αντεριώτη και Αντωνίου (2014) αναφέρθηκαν στην έννοια της ικανοποίησης των ασθενών αντλώντας πληροφορίες από παλιότερη αναφορά των Bond και Thoma (1992) οι οποίοι με τη σειρά τους όρισαν ως ικανοποίηση, τις εσωτερικές ανάγκες των ασθενών που εκπληρώνονται, εξαιτίας της απαίτησης για διαπροσωπικές σχέσεις και συμμετοχή στις αποφάσεις, σε αντίθεση με τους δυσαρεστημένους πολίτες που πιστεύουν ότι οι ανέσεις που τους παρέχονται δεν είναι κατάλληλες. Φαίνεται επίσης, ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο δεκτικοί και πρόθυμοι να συνεργαστούν ξανά και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη που τους προσφέρεται από το ιατρικό προσωπικό, επιθυμούν να έχουν ενεργό ρόλο στην αποτελεσματική για αυτούς θεραπεία και συνεχίζουν να εμπιστεύονται τις ιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014)

3.2 Έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Ακριβής ορισμός δεν έχει δοθεί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς εξαρτάται από το άτομο που επεξηγεί την έννοια αυτή. Οι Μπαλάσκα και Μπιτσώρη (2015) εστίασαν στον Donabedian ο οποίος ήταν ο πρώτος που διατύπωσε ότι η ποιότητα είναι ένα είδος φροντίδας που επιδιώκει να μεγιστοποιήσει το όφελος κάθε ασθενή έχοντας λάβει σοβαρά υπόψη τις ωφέλειες και τις απώλειες που περιλαμβάνει η διαδικασία της περίθαλψης. Το 1993 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε την έννοια της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας υποστηρίζοντας ότι είναι η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που διασφαλίζουν τα καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας με βάση ορισμένων κριτηρίων είναι η άμεση παροχή των υπηρεσιών, η καταλληλότητα, η αξιοπιστία, η ευκολία πρόσβασης και η υποστήριξη που παρέχεται κατόπιν διάθεσης της (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015). Ακόμη, η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών αντιπροσωπεύει το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των σχέσεων που διαμορφώνονται στα πλαίσια της

παροχής φροντίδας. Από την άλλη μεριά, διαπιστώθηκαν δυο σημαντικά προβλήματα αναφορικά με την ποιότητα των ελληνικών Υπηρεσιών Υγείας. Το ένα ήταν οι προσλήψεις προσωπικού και το άλλο οι μεγάλες λίστες αναμονής. Ειδικότερα, οι νέες προσλήψεις προσωπικού διεκόπηκαν με αποτέλεσμα οι ασθενείς προσλάμβαναν ιδιωτικό νοσηλευτικό προσωπικό και συνακόλουθα οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας δυσλειτουργούσαν. Ενώ το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα ήταν οι μακροσκελείς λίστες αναμονής, καθώς οι ασθενείς αναμένουν από τρεις έως και έξι μήνες για να εξυπηρετηθούν για οποιοδήποτε σοβαρό πρόβλημα υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν (Οικονόμου, 2012)

3.3 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών υπολογίζεται σε συνάρτηση με το κόστος, την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας και τη χρήση τους. Αρμόδια αρχή κατάλληλη για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι η διοίκηση η οποία αξιολογεί τις απόψεις των ασθενών. Οι πληροφορίες των ασθενών συμβάλλουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών, με την προϋπόθεση αυτές να είναι έγκυρες. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί το σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και ένα αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, καθώς παρατηρείται στενή σχέση της φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων. (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Επιπλέον, ο ασθενής χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υποχρεωτικά, έτσι τις περισσότερες φορές δε γνωρίζει ποια είναι τα δικαιώματά του από τη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας (Μπασδάνη και Νιάρχου, 2004).

Σύμφωνα με τις Μπασδάνη και Νιάρχου (2004) τα οφέλη που προκύπτουν από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι τέσσερα. Ειδικότερα,

A) Νέες ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Από την πτυχή αυτή διακρίνεται πόσο έτοιμες είναι οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις των χρηστών.

Β) Θετικά και αρνητικά σημεία των τμημάτων λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις των χρηστών.

Γ) Κινητήριος δύναμη για τη βελτίωση του προσωπικού αναφορικά με την παραγωγικότητα του.

Δ) Επίβλεψη και αξιολόγηση των νέων ενεργειών αν πράγματι συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών.

3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών είναι

α) οι προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία

β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών

γ) τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών και

δ) οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014 ; Kalogeroroulou, 2011)

Η ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών εξαρτάται από το βαθμό που επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας και υπολογίζεται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν οι ασθενείς και σε εκείνο που απολαμβάνουν τελικά.

Τέσσερις είναι οι αιτίες στις οποίες αποδίδεται αυτή η διαφορά της πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών σύμφωνα με τις Αντεριώτη και Αντωνίου (2014).

Η πρώτη αιτία είναι η διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών-ασθενών και των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο, το οποίο αδυνατεί να προσφέρει υπηρεσίες, καθώς δε γνωρίζει τις προσδοκίες και τις ανάγκες των χρηστών-ασθενών, συνεπώς προσφέρονται υπηρεσίες που δεν πλησιάζουν τις προσδοκίες τους.

Η δεύτερη αιτία οφείλεται στη διαφορά των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών. Συνεπάγεται την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει τις παρεχόμενες υπηρεσίες διότι ερμηνεύει λανθασμένα τις προσδοκίες των ασθενών.

Η τρίτη αιτία καταλογίζεται στη διαφορά των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης των χρηστών-ασθενών. Εμπεριέχει την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει τις ποιοτικές υπηρεσίες, γιατί δεν εφαρμόζει τα πρότυπα εξυπηρέτησης που είχε θέσει αρχικά, όπως η αδυναμία των εργαζομένων να ανταπεξέλθουν στις προδιαγραφές.

Τέλος, η τέταρτη αιτία αναφέρεται στη διαφορά των υπηρεσιών που υπόσχεται το νοσοκομείο και τις υπηρεσίες που τελικά προσφέρει στους ασθενείς (Αντεριώτη and Αντωνίου, 2014 ; Kalogeropoulou, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Σύστημα Υγείας

Ως 'Σύστημα Υγείας' νοείται το σύστημα ιατρικής φροντίδας μιας χώρας. Το σύστημα περίθαλψης έχει την τάση να γίνει σύστημα στο βαθμό που ο αρμόδιος φορέας, το Υπουργείο Υγείας παρεμβαίνει στην πολιτική που εφαρμόζεται στους υπόλοιπους τομείς όπως απασχόληση, κατοικία, περιβάλλον. Συνεπώς, το Σύστημα Υγείας είναι το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που συνεργάζονται μεταξύ τους θέτοντας ως στόχο τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών. (Μωραϊτης, 1985). Σύμφωνα με την Μαχαίρα (2008) τέσσερις είναι οι στόχοι των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα:

- 1) Βελτίωση της υγείας των πολιτών
- 2) Ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών
- 3) Παροχή οικονομικής προστασίας για τις δαπάνες υγείας και
- 4) Θεραπεία της ασθένειας χρησιμοποιώντας ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

4.2 Βασικοί Δείκτες Υγείας

Οι δείκτες υγείας παρουσιάζουν δεδομένα για την κατάσταση της υγείας, τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι βασικοί δείκτες υγείας κατηγοριοποιούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες. Ειδικότερα,

- 1) Δημογραφική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση όπως πληθυσμός, ποσοστό γεννήσεων, αριθμός άνεργων ατόμων
- 2) Κατάσταση υγείας όπως βρεφική θνησιμότητα, τραυματισμοί από τροχαία
- 3) Καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία όπως κάπνισμα, εθισμός σε επικίνδυνες ουσίες (ναρκωτικά και αλκοόλ)
- 4) Παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, υγειονομικές υπηρεσίες όπως εμβολιασμός παιδιών, δαπάνες για την υγεία

- 5) Παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, προαγωγή της υγείας όπως πολιτικές για την προαγωγή της υγιεινής διατροφής (https://ec.europa.eu/health/indicators/echi_el)

Ο κυριότερος δείκτης υγείας είναι :

Η Δημογραφική Γήρανση

Οι κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις τα τελευταία χρόνια οξύνονται από τη γρήγορη δημογραφική γήρανση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας το ποσοστό των πολιτών που έχουν υπερβεί το 60^ο ή 65^ο έτος της ηλικίας τους αποτελούν τον πληθυσμό των ηλικιωμένων, ο οποίος είναι υψηλότερος συγκριτικά με τον αντίστοιχο αριθμό της ΕΕ. Προβλέπεται ότι μέχρι το 2025 τα άτομα που αποτελούν το γεροντικό πληθυσμό θα αυξηθούν κατά 75% περίπου συγκριτικά με την αύξηση του πληθυσμού που θα υπολογίζεται στο 50%. Η δημογραφική γήρανση δεν συγχέεται με την έννοια της βιολογικής γήρανσης του ατόμου. Συμβάλλει στην αλλαγή του επιδημιολογικού χάρτη των νόσων και επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας. Διαγραμματικά η δημογραφική γήρανση παρουσιάζεται με τη μορφή της ανεστραμμένης πυραμίδας, με άλλα λόγια η γεννητικότητα βρίσκεται στη βάση της πυραμίδας και στενεύει σε αντίθεση με την γήρανση που μεγαλώνει στην κορυφή της πυραμίδας (Χαραλάμπους και Σωκράτους, 2009).

4.3 Τα τρία είδη συστημάτων υγείας και οι βασικές πηγές χρηματοδότησης τους

Με βάση τις διεθνείς αναφορές τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από τρεις κύριες πηγές, κρατικό προϋπολογισμό, κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση. Ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής των πόρων, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρεις τύπους, το μοντέλο-πρότυπο Beveridge, το μοντέλο-πρότυπο Bismark και το φιλελεύθερο μοντέλο, ενώ παράλληλα οι μη οικονομικά αναπτυγμένες χώρες βασίζονται στην εξωτερική βοήθεια διεθνών Οργανισμών και άλλων κρατών (Καραμήτρη, 2012) .

Μια βασική πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός που συναντάται σε συστήματα μοντέλου Beveridge. Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του μοντέλου είναι η Μεγάλη Βρετανία. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται με αρωγό το Υπουργείο Υγείας και άλλων υπουργείων. Σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge το διοικητικό κόστος είναι ελάχιστο, καθώς δεν είναι απαραίτητη η ύπαρξη μηχανισμών συλλογής των εισφορών από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ παράλληλα οι ιατρονοσηλευτικές μέθοδοι δίνουν έμφαση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και καθόλου στο κόστος των ιατρικών πράξεων. Σε όλους τους πολίτες παρέχεται ισότιμη και καθολική κάλυψη, ενώ επιπρόσθετα το μοντέλο Beveridge επικεντρώνεται στη δημόσια υγεία και την πρόληψη. Από την άλλη μεριά, τα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της επιλογής του μοντέλου- προτύπου Beveridge είναι το γεγονός ότι περιορίζει την επιλογή ιατρού, τις λίστες αναμονής στα νοσοκομεία και την οικονομική εξάρτηση των εσόδων (Καραμήτρη, 2012)

Επιπλέον, η δεύτερη πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι η κοινωνική ασφάλιση. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα πρότυπα- μοντέλα του Bismark. Χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του μοντέλου είναι η Γερμανία. Το μοντέλο βασίζεται στις εισφορές των ελεύθερων επαγγελματιών όπως είναι οι αυτοαπασχολούμενοι και οι εργαζόμενοι. Ένα μεγάλο μέρος των δαπανών καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αύξηση των εισφορών ερμηνεύεται ως αύξηση των τιμών των προϊόντων και συνακόλουθα ως μείωση της ανταγωνιστικότητας (Καραμήτρη, 2012).

Τέλος, η τρίτη πηγή χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση με την οποία καλύπτονται οι δαπάνες. Οι οικονομικοί πόροι προκύπτουν από τους ασφαλισμένους ή από τους εργοδότες. Κύριο χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι δρα σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, ώστε να επιτυγχάνεται η σταθεροποίηση των τιμών. Σε χώρες όπως η Αμερική που στηρίζονται σε φιλελεύθερα συστήματα, η υγεία δε στηρίζεται αποκλειστικά στην ιδιωτική ασφάλιση (Καραμήτρη, 2012).

4.4 Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Μεταρρυθμίσεις

Το ΕΣΥ ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 1983 σύμφωνα με το Ν.1397/1983 όπου σηματοδοτήθηκε η προσπάθεια της τότε κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ να δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας που σκοπό είχε την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού με βάση το μοντέλο-πρότυπο του Beveridge. Στόχοι του Νόμου είναι η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, η ισοκατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η εδραίωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού σε πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Μωραΐτης, 1985 ; Οικονόμου, 2012). Συνεπώς, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται ως σύστημα ασθένειας καθώς επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της και όχι στη αγωγή και προαγωγή υγείας (Έλληνας, 1983). Το ιδρυτικό έργο του Εθνικού Συστήματος Υγείας νομιμοποιήθηκε εξαιτίας της κατάστασης στην οποία βρίσκονταν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας λίγο πριν την ίδρυση του ΕΣΥ (Antonopoulou, 2008).

Σύμφωνα με τον Νόμο που θεσμοθετήθηκε στο ΕΣΥ το εσωτερικό της χώρας διανεμήθηκε σε υγειονομικές περιφέρειες, ενώ ταυτόχρονα οι αρμόδιοι πρότειναν την ίδρυση ενός εποπτικού οργάνου, το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ). Τελικά, τα ΠΕΣΥ δε συστάθηκαν και δε λειτούργησαν με αποτέλεσμα οι κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των πολιτών αυξήθηκαν (Οικονόμου, 2012). Επιπρόσθετα, μία ακόμη αλλαγή ήταν αυτή των νοσοκομείων που κατατάσσονταν σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Η πρώτη κατηγορία περιλάμβανε όλες τις ειδικότητες και παρείχαν ιατρική εκπαίδευση και η δεύτερη κάλυπτε τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού, ενώ παράλληλα την ίδια χρονική περίοδο ιδρύθηκαν τα αγροτικά κέντρα υγείας. Ένα ακόμη αξιοσημείωτο θέμα είναι το γεγονός ότι στο Νόμο που θεσμοθετήθηκε το ΕΣΥ καμία διάταξη δεν προέβλεπε να ρυθμίζει την κατανομή των οικονομικών πόρων και τις πηγές χρηματοδότησης. Συστάθηκε η ενοποίηση των ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα όμως δεν λήφθηκαν υπόψη οι αρχές χρηματοδότησης και τα ελλείμματα που εμφανίστηκαν με την ενοποίηση αυτών. Από την άλλη δόθηκε έμφαση στην προσφορά των Υπηρεσιών Υγείας με σκοπό τη βελτίωση των υγειονομικών υποδομών και την ενίσχυση του δημόσιου τομέα και τον περιορισμό του ιδιωτικού (Οικονόμου, 2012). Τέλος, με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ δε δόθηκε λύση στο πρόβλημα της εσωτερικής μετακίνησης

των πολιτών στα δυο μεγάλα αστικά κέντρα, Αθήνα και Θεσσαλονίκη. (Έλληνας, 1983).

Στην Ελλάδα έλαβαν χώρα δυο υγειονομικές μεταρρυθμίσεις εξαιτίας της υποβάθμισης του δημόσιου τομέα και της αύξησης των άτυπων ιδιωτικών πληρωμών. Η μία το 1983 με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η άλλη το 2001 που επικεντρώθηκε στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, με την εισαγωγή στοιχείων για την αξιοποίηση των πόρων και τον ανταγωνισμό με τον ιδιωτικό τομέα.

Ειδικότερα, η πρώτη μεταρρύθμιση έλαβε χώρα με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ σύμφωνα με τις παρακάτω διατάξεις

- Με το Ν. 1397/1983 αναβαθμίστηκαν οι υγειονομικές υποδομές, αυξήθηκε το προσωπικό των μονάδων υγείας και βελτιώθηκε η ποιότητα και η πρόσβαση των Υπηρεσιών Υγείας. Ακόμη, εφαρμόστηκαν μέτρα που αφορούσαν την ανάπτυξη των μονάδων υγείας, την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας με τη συμβολή των 400 Κέντρων Υγείας και την καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ με αύξηση του μισθού τους.
- Με το Ν. 2071/1992 τα Κέντρα Υγείας υπάγονταν πλέον στις Νομαρχίες και ρυθμίστηκε η δυνατότητα επιλογής των γιατρών του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Επίσης, στη διάταξη του Ν. 2071/1992 ρυθμίστηκε η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών, η ελευθερία επιλογής γιατρών, η αύξηση των νοσηλίων, η αύξηση συμμετοχής των πολιτών στην αγορά των φαρμάκων και η θέσπιση εισητηρίου στις επισκέψεις των εξωτερικών ιατρείων. Τέλος, σύμφωνα με το Ν. 2071/1992 δόθηκαν κίνητρα ώστε οι πολίτες να συνάψουν συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης.
- Με το Ν. 2194/1994 προβλέφθηκε ο κοινωνικός χαρακτήρας του ΕΣΥ και κατήργησε τη δυνατότητα της μερικής απασχόλησης για τους γιατρούς ενώ ταυτόχρονα μετέτρεψε τα Κέντρα Υγείας σε αποκεντρωμένες νοσοκομειακές μονάδες. Με άλλα λόγια ο Ν 2194/1994 είχε διαρθρωτικό χαρακτήρα.

- Με το Ν. 2519/1997 ρυθμίστηκε ο εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ. Η διάταξη επικεντρώθηκε στα δικαιώματα των ασθενών που διαμορφώνονταν από την ειδική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, τις δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Ένα άλλο καίριο σημείο του Νόμου ήταν ο διορισμός γενικών διευθυντών που συνέβαλαν στη βελτίωση της διοίκησης και χρηματοδότησης των νοσοκομείων, ενώ παράλληλα προέβλεπε την αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με τη θέσπιση του θεσμού του γενικού γιατρού. Ωστόσο οι διατάξεις του Ν 2519/1997 δεν υλοποιήθηκαν στην πράξη και παρέμειναν στα ανεπίσημα έγγραφα (Οικονόμου, 2012).

Η δεύτερη μεταρρύθμιση που έλαβε χώρα τη δεκαετία του 2000 αποτελείται από δυο περιόδους, το χρονικό διάστημα 2001-2004 και το 2005-2007. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας τον Ιούλιο του 2000 έφερε στο φως της δημοσιότητας το «Υγεία για τον Πολίτη», ένα σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, όπου καταγράφονταν 200 μέτρα αναφορικά με την αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Στη συνέχεια, προτάθηκε η ενοποίηση των ταμείων σε ενιαίο, στον Οργανισμό Διαχείρισης Πόρων Υγείας, καθώς καλύπτεται από το 85% του ελληνικού πληθυσμού. Με τη δημιουργία του ενιαίου θεσμού η κατανομή των πόρων θα ακολουθούσε τα δημογραφικά κριτήρια. Ωστόσο, υπήρξαν έντονες αντιδράσεις από τα συνδικαλιστικά κινήματα αναφορικά με τα 200 μέτρα αλλά και τη λειτουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας. Επιπλέον, προέκυψαν δυο βασικά προβλήματα στην πρώτη περίοδο της δεύτερης μεταρρύθμισης το ένα ήταν η μετατροπή των πολυϊατρείων του ΙΚΑ, που αποτελούσαν περιουσία του ΙΚΑ, σε αστικά κέντρα υγείας και η ένταξη τους στο ΕΣΥ και το δεύτερο ήταν τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία στα δημόσια νοσοκομεία που θα οδηγούσαν σε αύξηση των ανισοτήτων επηρεάζοντας την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας.

Στη συνέχεια, θα γίνει λόγος σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στο χώρο της Υγείας τη δεκαετία του 2000. Ειδικότερα,

- Με το Ν. 2889/2001 αποσαφαιστίστηκε το πλαίσιο ίδρυσης, διοίκησης, οργάνωσης και χρηματοδότησης των νοσοκομείων και κατανεμήθηκε η χώρα σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ).

- Με το Ν. 3106/2003 τα ΠΕΣΥ μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠ το καθένα αποτελούσε δημόσιο και νομικό πρόσωπο διοικούμενο από δεκαμελές συμβούλιο αρμόδιο για το σχεδιασμό, τον οικονομικό έλεγχο και την παρακολούθηση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Επιπλέον, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες διοικητικά και οικονομικά αυτόνομες μονάδες των ΠεΣΥΠ τα οποία διοικούνταν από έναν Διοικητή με πενταετούς θητεία και ένα Διοικητικό Συμβούλιο.
- Με το Ν. 2889/2001 θεσμοθετήθηκε η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων και οι γιατροί παρείχαν τις υπηρεσίες σε ιδιώτες ασθενείς με βάση την κατά πράξη αμοιβή. Στόχος ήταν να περιοριστεί το φαινόμενο της παραοικονομίας, και να πραγματοποιηθεί χωρίς δυσκολία η πρόσβαση των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αναφορικά με τους νεοπροσλαμβανόμενους ιατρούς αποκτούσαν μονιμοποίηση της θέσης τους εφόσον είχαν επιλεχθεί για δύο συνεχόμενες πενταετείς θητείες, ενώ οι πανεπιστημιακοί είχαν τη δυνατότητα να παραμείνουν στο ΕΣΥ λαμβάνοντας επιπλέον αμοιβή και συμμετέχοντας στα απογευματινά ιατρεία αλλά με το κόστος να χάσουν τη διεκδίκηση της θέσης του διευθυντή κλινικών του ΕΣΥ.
- Με το Ν. 2955/2001 τα νοσοκομεία και τα ΠεΣΥ υποχρεώθηκαν να καταρτίζουν ένα ετήσιο σχέδιο προμηθειών. Με υπουργική απόφαση θα εγκρίνονταν τα είδη ιατροτεχνολογικών μηχανημάτων και υλικών όπου καταγράφονταν σε ένα ειδικό μητρώο και καθορίζονταν οι τεχνικές προδιαγραφές οι οποίες ήταν κοινές για όλες τις μονάδες υγείας.
- Με το Ν. 3172/2003 προτάθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και η δημιουργία οργάνων συντονισμού της δημόσιας υγείας.
- Με το Ν. 3029/2002 προβλεπόταν η δημιουργία επαγγελματικών ταμείων ασφάλισης με τη μορφή ΝΠΙΔ. Επιπρόσθετα, παρέχεται εθελοντική ασφαλιστική κάλυψη στους παρόχους και η χρηματοδότηση αυτών πραγματοποιείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.
- Με το Ν. 3235/2004 συζητήθηκε ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο Νόμο αυτό οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης είχαν τη δυνατότητα να δημιουργήσουν δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας και να

φέρουν στο φως τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Τέλος, ο Νόμος αυτός προέβλεπε την εγκατάσταση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, την κατ'οίκον φροντίδα και την πιστοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω μηχανισμών (Οικονόμου, 2012).

Μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και τις μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι στόχοι του δε δικαιώθηκαν και το σύστημα υγείας συνεχίζει να αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα, με αποτέλεσμα η κρίση να βαθαίνει στον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης επικεντρώνεται α) στην πρόληψη μέσω της προαγωγής σε ένα υγιεινό τρόπο ζωής β) στις ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη προς όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου των δημογραφικών χαρακτηριστικών ηλικίας, φύλου και εισοδήματος, γ) στην αντιμετώπιση των σοβαρών προβλημάτων υγείας, δ) στη φροντίδα για την υγεία των ηλικιωμένων και ε) στην προώθηση νέων τεχνολογιών (https://europa.eu/european-union/topics/health_el).

Η πιο σημαντική μεταρρύθμιση που έλαβε χώρα στην Ευρώπη ήταν η καθιέρωση του νέου τρόπου χρηματοδότησης του δημόσιου νοσοκομείου, την πληρωμή κατ'ασθένεια. Σύμφωνα με την Antonopoulou, (2008) οι παλιοί τρόποι χρηματοδότησης που καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και την ιδιωτική ασφάλιση οφείλονταν στα αυξημένα διοικητικά κόστη των νοσοκομείων, στις νοσοκομειακές οικονομικές σπατάλες αλλά και στην αναποτελεσματικότητα της λειτουργίας των νοσοκομείων. Από την άλλη μεριά, με το νέο τρόπο χρηματοδότησης, πληρωμή κατ'ασθενείας καθιερώθηκε η σταθερή τιμή για την αμοιβή των φροντίδων και ο «υγιής» ανταγωνισμός αναπτύχθηκε μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Η πληρωμή κατ'ασθενείας καθιερώθηκε σε είκοσι περίπου ευρωπαϊκές χώρες με τελευταία χώρα εισαγωγής το 2004 την Γαλλία (Antonopoulou, 2008).

Στη συνέχεια, αξίζει να δοθεί έμφαση στις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες της Ευρώπης με χαρακτηριστικά παραδείγματα την Κύπρο, τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γερμανία, τη Γαλλία και τη Σουηδία. Αρχικά, η Κύπρος είναι μια χώρα που το Κυπριακό Σύστημα Υγείας αναπτύχθηκε το 1957 επί Αγγλοκρατίας όπου εμφανίστηκε το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της μορφής Beveridge. Ωστόσο, οι μεταρρυθμίσεις στο Κυπριακό Σύστημα Υγείας καθυστέρησαν εξαιτίας της πολιτικής βούλησης και των προβλημάτων της δημόσιας διοίκησης. Έτσι στην Κύπρο επικρατεί ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής. Από τη μια μεριά, η ανάπτυξη των ιδιωτικών φορέων που επηρεάζει τη δυνατότητα πρόσβασης των οικονομικά αδύνατων πολιτών και από την άλλη οι υπηρεσίες του δημόσιου φορέα που εξυπηρετούν πολίτες με

χαμηλό εισόδημα και ασθενείς με σοβαρές ασθένειες. Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου είχαν δραματικές εξελίξεις για τον ιδιωτικό φορέα και την ανάπτυξη του. Οι τιμές των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας καθορίζονται με βάση το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης δημιουργώντας έτσι ένα μοντέλο αγοράς αντίθετο με αυτό που προωθεί το κρατικό σύστημα υγείας (Χαραλάμπους και Σωκράτους, 2009).

Στη συνέχεια, ένα ακόμη σύστημα υγείας που αξίζει να επισημανθεί είναι αυτό της Μεγάλης Βρετανίας που βασίζεται στο μοντέλο- πρότυπο Beveridge. Αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρέχει δωρεάν κάλυψη και χρηματοδοτείται απευθείας από τη γενική φορολογία η οποία ανέρχεται στο 80% της συνολικής χρηματοδότησης του συστήματος. Οι Υπηρεσίες Υγείας παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία. Μια από τις σημαντικές μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας που πραγματοποιήθηκε ήταν η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Ο θεσμός αποτελεί ουσιαστικά την είσοδο των ασθενών στο σύστημα υγείας (Χλέτσος, 2013).

Επιπρόσθετα, το γερμανικό σύστημα υγείας βασίζεται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark. Οι πυλώνες του συστήματος είναι τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν τους πολίτες που ασκούν το ίδιο επάγγελμα. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τις ασφαλιστικές εισφορές τόσο των εργαζομένων όσο και των εργοδοτών. Το γερμανικό σύστημα υγείας δέχθηκε αρκετές αλλαγές, μία από αυτές ήταν η δημιουργία ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Χλέτσος, 2013).

Το σύστημα της Γαλλίας συνδυάζει το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας στην παροχή και στη χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας. Βασίζεται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του τύπου Bismark. Το κράτος έχει την ευθύνη για την προστασία των πολιτών. Αναφορικά με τους γιατρούς μια σημαντική διαφορά που εντοπίστηκε μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων είναι η αμοιβή των εργαζομένων. Στα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με μισθούς, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη (Χλέτσος, 2013).

Τέλος, αναφορικά με το σύστημα υγείας στη Σουηδία αξίζει να επισημανθεί ότι οι πολίτες δικαιούνται ισότιμη κάλυψη των αναγκών τους. Το σύστημα υγείας

είναι δημόσιο. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης προκύπτει από τους φόρους που επιβάλλονται στα νομαρχιακά συμβούλια και τα εκλεγμένα νομαρχιακά όργανα. Οι Υπηρεσίες Υγείας κατανέμονται σε τρία επίπεδα α) επίπεδο περιφέρειας β) επίπεδο νόμου και γ) επίπεδο δήμου. Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό γιατρό και το νοσοκομείο που προτιμούν. Ωστόσο η χρήση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας είναι περιορισμένη διότι το 46% των επισκέψεων που προορίζονται για αυτή πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων. Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί που έχουν υπογράψει σύμβαση με το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι υπόλοιποι είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι, είτε αμείβονται κατά κεφαλή. Οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Η αποκεντρωμένη δομή στο Σύστημα Υγείας στη Σουηδία καθώς και η ανά τομέα διοίκηση διαμορφώνουν μια χρήσιμη πρακτική από την πλευρά της πολιτείας, ώστε αφενός να επιλύονται τα διάφορα προβλήματα που ανακύπτουν σε όλους τους τομείς και αφετέρου να ικανοποιούνται οι ανάγκες των πολιτών (Τούντας, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΝΗΜΟΝΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τους Κυριόπουλος και Τσιάντου, (2010) η χρηματοπιστωτική κρίση ξεκίνησε από τις ΗΠΑ το 2008. Μεταφέρθηκε στις Ευρωπαϊκές χώρες και επηρέασε την Ελλάδα και τους τομείς χρηματοδότησης του καπιταλιστικού συστήματος όπως τις τράπεζες (Sakellagorou, 2012). Μεγάλα προβλήματα δημιουργήθηκαν στη χρηματοδότηση αλλά και στη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της αυξημένης ζήτησης, η οποία επηρέασε αρνητικά στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό συνέβει διότι το εισόδημα των πολιτών μειώνεται συνεχώς με αποτέλεσμα οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας να στρέφονται σε υπηρεσίες που η πρόσβαση συνδέεται με την ασφαλιστική κάλυψη τους (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Όπως είναι αναμενόμενο η οικονομική κρίση οδηγεί σταδιακά στην ανεργία και στη φτώχεια συνακόλουθα στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων και σε διάφορες μορφές ψυχικής διαταραχής. Συνεπώς, από τη μία η οικονομική κατάσταση των ατόμων επηρεάζει τους δείκτες προσδόκιμο επιβίωσης, νοσηρότητα και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και από την άλλη το σύστημα υγείας έρχεται αντιμέτωπο με τη χρηματοδότηση εξαιτίας της μείωσης των δαπανών για την υγεία λόγω περιορισμένου οικονομικών πόρων (Μαλλιαρού και Σαράφης 2012).

Από το 2010 έως σήμερα με την ένταξη της Ελλάδας στα μνημόνια παρατηρήθηκαν νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας με στόχο την αλλαγή στη δομή. Έτσι υπό την πίεση της Τρόικας α) δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΠΥ από τη συγχώνευση επτά ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου) ώστε να προσφέρει τις Υπηρεσίες Υγείας σε περισσότερους από εννιά εκατομμύρια πολίτες. Με τη δημιουργία του ΕΟΠΠΥ δεν εξασφαλίστηκε η βιωσιμότητα του ενιαίου φορέα, καθώς ως ασφαλιστικός πάροχος καλείται να καλύψει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των επτά ταμείων χωρίς να έχει προβλεφθεί η ανάλογη χρηματοδότηση. Επίσης, δεν υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα για τα έσοδα του καθώς οι ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών πιστοποιούνται και εισπράττονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τέλος, ο ΕΟΠΠΥ αποτελείται από γιατρούς που εργάζονται στις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και ανήκουν στον

ΕΟΠΠΥ αλλά παράλληλα συνεργάζεται με γιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΠΥ κατά πράξη (Χλέτσος, 2013).

Ένα ακόμη μέτρο που εφαρμόστηκε στο χώρο της υγείας εξαιτίας των σκληρών και ακραίων πολιτικών που επέβαλλαν οι μνημονιακές δεσμεύσεις ήταν η επέκταση του Ν. 2889/2001 για τα απογευματινά ιατρεία, η καθιέρωση της λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ με βάση την επέκταση λειτουργίας των εξωτερικών ιατεινών και την πραγματοποίηση διαγνωστικών, θεραπευτικών πράξεων επιπλέον του καθιερωμένου ωραρίου. Αποτέλεσμα αυτού του μέτρου α) η δυνατότητα επιλογής των ασθενών σε γιατρό της προτίμησής τους, β) μείωση των λιστών αναμονής και γ) αύξηση των εσόδων των νοσοκομείων. Ωστόσο δε βρέθηκε αποτελεσματική λύση στο θέμα της άνισης πρόσβασης των πολιτών που εμφανίστηκε εξαιτίας της καθιέρωσης της καταβολής αντιτίμου στα απογευματινά ιατρεία (Οικονόμου, 2012). Τέλος, εφαρμόστηκε ένα ακόμη δυσβάστακτο μέτρο αυτό της ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών εξετάσεων. Όλοι οι γιατροί, φαρμακοποιοί που είναι συμβεβλημένοι στα ασφαλιστικά ταμεία κλήθηκαν να εγγραφούν στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, παρόλου που τελικά δεν έχει ακόμη επιτευχθεί η ορθή λειτουργία σε όλο το σύστημα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η αρθρογραφία που θα παρουσιαστεί στο τρέχον κεφάλαιο αφορά την ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα των Υπηρεσιών Υγείας αλλά και την πρόσβαση σε αυτές κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Από τις εμπειρικές μελέτες προέκυψε ότι η ικανοποίηση των ασθενών συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών και στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία.

Ξεκινώντας την ανάλυση, η πρώτη έρευνα έλαβε χώρα την περίοδο Απρίλιο-Μαίο του 2008 από την Kalogerouli, (2011) και εξετάστηκε η ικανοποίηση των ασθενών από τις Υπηρεσίες Υγείας σε έξι γενικά δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπλήρωσαν 300 άτομα με τη μέθοδο της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας με την οποία εξασφαλίστηκε η αξιοπιστία του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 38 ερωτήσεις χωρισμένο σε τρεις κατηγορίες 1) έλεγχος προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, 2) ανίχνευση παραπόνων των ασθενών και 3) απόψεις των ασθενών για τα μέτρα βελτίωσης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές οι οποίες σχετίζονταν άμεσα με τη χρήση των υπηρεσιών και την αξιολόγησή τους. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της τριτοβάθμιας κλίμακας Likert, όπου ένα το «καθόλου ικανοποιημένος» και τρία το «απόλυτα ικανοποιημένος». Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη είναι ότι οι 160 ασθενείς-ερωτώμενοι δήλωσαν ότι δεν ήταν ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών έδειξε ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρέασαν την εικόνα του νοσοκομείου ήταν οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής. Σύμφωνα με τις απόψεις των ασθενών προέκυψε ότι οι άσχημες συνθήκες διαμονής και σίτισης και ο απαρχαιωμένος τεχνολογικός εξοπλισμός αποτέλεσαν σημαντικές ελλείψεις για τα νοσοκομεία του ελληνικού συστήματος. Τέλος, σύμφωνα με την Kalogerouli, (2011) ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών επηρεάστηκε από α) τις προσδοκίες των ασθενών β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και γ) τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Η επόμενη έρευνα διηγήχθη από τους Karassavidou, et al. (2013) οι οποίοι εξέτασαν τρεις παραμέτρους α) την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών στα ελληνικά νοσοκομεία β) την αξιολόγηση των αντιλήψεων, των προσδοκιών του κάθε ασθενή για την ποιότητα των δημόσιων νοσοκομείων και γ) τη συσχέτιση των παραγόντων της ποιότητας με τις αντιλήψεις των ασθενών. Στη συνέχεια, δόθηκε έμφαση από τους αρθρογράφους σε τρεις διαστάσεις οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, όπως είναι χαρακτηριστικά η ανθρώπινη πλευρά, το φυσικό περιβάλλον και η υποδομή. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το εργαλείο SERVQUAL και συμμετείχαν 137 άτομα από 6 νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της Βόρειας Ελλάδος, αφού προηγουμένως δόθηκε πιλοτικά σε 5 ασθενείς. Το ερευνητικό εργαλείο διακρίνεται σε δυο ενότητες, η πρώτη περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ατομικό εισόδημα και η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τις τρεις διαστάσεις που επηρεάζουν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υψηλή συσχέτιση με τον παράγοντα «προσδοκίες» είχαν οι μεταβλητές 1) οι γιατροί που έχουν ευρύ φάσμα γνώσεων πάνω σε ιατρικά θέματα 2) οι ασθενείς που αισθάνονται ασφαλείς στη λήψη της ιατρικής περίθαλψης 3) οι γιατροί/προσωπικό οι οποίοι επιδεικνύουν ειλικρινές ενδιαφέρον για τη γρήγορη ανάρρωση των ασθενών 4) οι υπηρεσίες που εκτελούνται ορθά και 5) η συμπεριφορά του προσωπικού η οποία εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς. Με χαμηλή συσχέτιση βρέθηκαν οι μεταβλητές 1) ενημερωτικά φυλλάδια για την παρεχόμενη υπηρεσία τα οποία διανέμονται στους ασθενείς με σκοπό την πλήρη ενημέρωσή τους πάνω σε ιατρικά θέματα 2) τα γεύματα είναι προσεγμένα στις θρεπτικές ανάγκες των ασθενών 3) το καθαρό και ελκυστικό περιβάλλον και 4) οι γιατροί/προσωπικό οι οποίοι ακολουθούν όλους τους κανόνες υγιεινής. Αναφορικά με το δεύτερο παράγοντα «αντιλήψεις», προέκυψε ότι συσχετίζεται με τις μεταβλητές 1) οι γιατροί/προσωπικό που έχουν ευρύ φάσμα γνώσεων 2) η πρόσβαση στο Χ νοσοκομείο είναι εύκολη 3) το προσωπικό είναι πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς 4) οι ασθενείς αισθάνονται ασφάλεια με την ιατρική περίθαλψη που τους παρέχεται και 5) οι γιατροί/προσωπικό ακολουθούν τους κανόνες υγιεινής, ενώ χαμηλή συσχέτιση έχει με τις μεταβλητές 1) ενημερωτικά φυλλάδια για την παρεχόμενη υπηρεσία που διανέμονται στους ασθενείς 2) τα γεύματα είναι προσεγμένα στις θρεπτικές

ανάγκες των ασθενών 3) ο σύγχρονος εξοπλισμός του νοσοκομείου 4) παρέχεται άμεσα εξυπηρέτηση στους ασθενείς 5) το προσωπικό/γιατροί προσφέρει στους ασθενείς ιδιαίτερη προσοχή. Τέλος, μέσα από την έρευνα αυτή προέκυψε ότι ο παράγοντας «ποιότητα» συσχετίζεται με τις μεταβλητές 1) ενημερωτικά φυλλάδια για την παρεχόμενη υπηρεσία που διανέμονται στους ασθενείς 2) ο σύγχρονος εξοπλισμός του νοσοκομείου 3) παρέχεται άμεση εξυπηρέτηση στους ασθενείς 4) παρέχεται 24ωρη εξυπηρέτηση στους ασθενείς και 5) οι γιατροί/ προσωπικό πρέπει να εξηγούν με λεπτομέρειες τις ιατρικές συνθήκες στους ασθενείς, ενώ υπάρχει χαμηλή συσχέτιση με τις μεταβλητές 1) η πρόσβαση στο X νοσοκομείο είναι εύκολη. 2) οι γιατροί/προσωπικό ακολουθούν όλους τους κανόνες υγιεινής 3) το προσωπικό είναι πρόθυμο να βοηθήσει τους ασθενείς 4) οι γιατροί/προσωπικό που έχουν ένα ευρύ φάσμα γνώσεων και 5) οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό.

Στη συνέχεια η επόμενη έρευνα έλαβε χώρα από τους Κυριόπουλος και Τσιάντου, (2010) μέσω της θεωρητικής προσέγγισης προσπάθησαν να συνδέσουν την οικονομική κρίση με τις επιπτώσεις στην ιατρική περίθαλψη. Αναλυτικότερα, ορισμένοι τομείς που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση ήταν η οικονομία μιας χώρας και η απασχόληση. Επίσης, η οικονομική κρίση δημιούργησε προβλήματα όπως α) ανισότητες στο εσωτερικό των χωρών β) ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας και γ) ζητήματα αναφορικά με την κλιματική αλλαγή και την οικολογική υπερθέρμανση. Εξαιτίας της κρίσης εμφανίστηκαν έντονα κοινωνικά φαινόμενα όπως ανεργία, ανασφάλεια στην εργασία και απώλεια εισοδήματος και συνακόλουθα επηρέασαν τον τομέα της υγείας. Οι επιπτώσεις στην υγεία όπως κατάθλιψη, πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα δημιούργησε μια επιπρόσθετη ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας. Επιβάρυνση παρατηρήθηκε κυρίως στις δημόσιες μονάδες καθώς σε περιόδους που το εισόδημα ελαττώνονταν, οι πολίτες στρέφονταν σε υπηρεσίες όπου υπήρχε ασφαλιστική κάλυψη. Επίσης, οι αρθρογράφοι αναφέρθηκαν στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Συστήματα Υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Επικεντρώθηκαν στη μείωση των κρατικών χρηματοδοτήσεων λόγω της στενότητας των οικονομικών πόρων και στη διακοπή της εξωτερικής πρόσθετης βοήθειας από τις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς εξασφάλιζαν μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας.

Δυο χρόνια αργότερα οι Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012) ανέλυσαν με τη βοήθεια της θεωρητικής προσέγγισης, τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών και στα Συστήματα Υγείας. Αναλυτικότερα, η κρίση οδηγεί στην ανεργία και τη φτώχεια και συνακόλουθα στον κοινωνικό αποκλεισμό των πολιτών. Βρέθηκε ότι η ανεργία σχετίζεται με την αύξηση των κοινωνικών φαινομένων όπως κατανάλωσης του αλκοόλ, αυτοκτονιών και ενδοοικογενειακή βία, ενώ παράλληλα ο παράγοντας της φτώχειας σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών, καθώς οι πολίτες διαβιώνουν σε ένα ανθυγιεινό περιβάλλον και τρέφονται χωρίς να λαμβάνουν πλήρως όλα τα θρεπτικά συστατικά. Στη συνέχεια, οι αρθρογράφοι αναφέρθηκαν στα Συστήματα Υγείας στα οποία υφίστανται προβλήματα κυρίως στον τρόπο χρηματοδότησης εξαιτίας της μείωσης των κρατικών δαπανών. Αυτό οφείλεται στην οικονομική στενότητα και στη διακοπή της εξωτερικής βοήθειας από τις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες καλύπτουν ένα υψηλό τμήμα της χρηματοδότησης. Τέλος, σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες προέκυψε ότι στις δυτικές χώρες η οικονομική κρίση σχετίζεται α) με την επιδείνωση των τροφικών συνηθειών, διότι ένα μεγάλο ποσοστό των πολιτών στρέφεται σε φθινό πλαστικό φαγητό β)πολλοί προτιμούν το σπιτικό φαγητό για λόγους εξοικονόμησης χρημάτων.

Μία ακόμη έρευνα έλαβε χώρα το 2010 από τους Zarei, et al., (2014) οι οποίοι μελέτησαν πως η ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας επηρέασε την ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία της Τεχεράνης του Ιράν. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 969 νοσηλευόμενοι ασθενείς από 8 ιδιωτικά νοσοκομεία όπου επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο όπου διανεμήθηκε στους ασθενείς, αφού αρχικά εξασφαλίστηκε η ανωνυμία και η μη κοινοποίηση των προσωπικών στοιχείων σε τρίτους. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ένας εκπαιδευμένος ερευνητής ανέλαβε συμβουλευτικό ρόλο προς στους αναλφάβητους ασθενείς, ώστε να απαντήσουν ορθά και αμερόληπτα σε όλες τις ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε διακρίθηκε σε τρία μέρη. Αναλυτικότερα, το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 7 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το δεύτερο μέρος 17 ερωτήσεις οι οποίες χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες. Α) ποιότητα φυσικού περιβάλλοντος με 4 ερωτήσεις Β) ποιότητα διεργασίας με 6

ερωτήσεις Γ) ποιότητα αλληλεπίδρασης με 4 ερωτήσεις οι οποίες προσαρμόστηκαν στο ερωτηματολόγιο SERVPERF και Δ) 3 ακόμη ερωτήσεις σχετικά την επίδραση του κόστους στην αντίληψη ποιότητας. Τέλος, το τρίτο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Η ανάλυση των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του t-test, ANOVA και της πολλαπλής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το κόστος υπηρεσίας, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας και η αλληλεπίδραση με τον ασθενή βρέθηκε ότι έχουν θετική σχέση/επίπτωση με την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ παράλληλα βρέθηκε ισχυρή η σχέση μεταξύ της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών. Παράλληλα οι Zarei, et al., (2014) δήλωσαν ότι οι διευθυντές και οι ιδιοκτήτες των νοσοκομείων είναι υπεύθυνοι να καθορίζουν ορθολογικές τιμές σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών. Τέλος, ένα ακόμη συμπέρασμα που προέκυψε από τους αρθρογράφους μέσα από την έρευνα ήταν το γεγονός ότι ο χρόνος αναμονής για τις επισκέψεις, τις νοσοκομειακές και χειρουργικές επεμβάσεις ελαττώθηκε, για να παρέχονται άμεσα οι υπηρεσίες χωρίς καθυστερήσεις.

Στο νοσοκομείο Σινά έλαβε χώρα η επόμενη έρευνα το έτος 2014 από τους Eshghi et al. (2016) , η οποία διήρκησε ένα μήνα. Εξέτασαν την ικανοποίηση των ασθενών στο τμήμα έκτακτης ανάγκης. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε σε 425 ασθενείς το χρονικό διάστημα Νοέμβριο έως Δεκέμβριο κατά τη διάρκεια του 2014. Το ερωτηματολόγιο στηρίχθηκε σε προηγούμενες μελέτες, ώστε να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων παρακολουθούσε τη διαδικασία χωρίς να συμμετέχει ενεργά ένας ερευνητής που δεν ανήκε στο ιατρικό προσωπικό. Στην έρευνα αυτή αποσαφηνίστηκαν από την αρχή ορισμένοι περιορισμοί όπως η έλλειψη κατανόησης των ερωτηματολογίων, η αδυναμία των ασθενών να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο και όσοι δεν συμφώνησαν με γραπτή συγκατάθεση να συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, ημέρα επίσκεψης και τύποι ασθενείας ενώ παράλληλα το δεύτερο μέρος αποτελούνταν από 25 ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση των ασθενών, διαμορφωμένες με τη

χρήση της πενταβάθμιας κλίμακας Likert από το «πολύ κακή» μέχρι το «πολύ καλή».

Σύμφωνα με τους Eshghi et al. (2016) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην έρευνα συμμετείχαν 229 άνδρες ασθενείς και 196 γυναίκες ασθενείς, επιπλέον οι 367 ασθενείς ήταν από τις αστικές περιοχές ενώ οι 58 προέρχονταν από αγροτικές περιοχές. Οι 116 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν παντρεμένοι, το 24,9% δεν είχε τις βασικές εκπαιδευτικές γνώσεις, το 11,3% είχε τη βασική εκπαίδευση, το 13,2% είχε μέση εκπαίδευση, το 32,5% είχε πτυχίο ενώ το 14,1% ήταν κάτοχοι ματαπτυχιακού τίτλου. Επιπρόσθετα, οι αρθρογράφοι κατέληξαν συνολικά στα παρακάτω αποτελέσματα, αρχικά στην σχολαστική εποπτεία και καθαριότητα των θαλάμων αλλά και των χώρων υγιεινής, αύξηση στον αριθμό των κλινών και της δημιουργίας μονάδας παρατήρησης για την άνεση των ασθενών καθώς ο χρόνος αναμονής αποδείχθηκε πως ήταν χρονοβόρος. Τέλος, η αύξηση των παροχών στην αίθουσα αναμονής για τις οικογένειες των ασθενών ήταν ένα ακόμη συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι Eshghi et al.(2016) ενώ παράλληλα οι παράγοντες που αναφέρονται στην αύξηση του αριθμού του προσωπικού και των υπηρεσιών αλλά και στη μείωση του αριθμού των ασθενών είναι οι λόγοι που συμβάλλουν στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Αντίστοιχη έρευνα πραγματοποιήσαν οι Boyer et al. (2006) οι οποίοι μελέτησαν τις απόψεις του προσωπικού αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε σε 500 άτομα που εργάζονταν στο ιατρικό και χειρουργικό τμήμα, όμως τελικά συμπληρώθηκαν 261 ερωτηματολόγια. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν αρχικά η συνέντευξη με μέλη του προσωπικού από έξι τμήματα. Η συνέντευξη ήταν καθοδηγούμενη από έναν γιατρό και τους ερευνητές της κοινωνιολογίας. Στη συνέχεια, από τις συνεντεύξεις προέκυψαν 30 στοιχεία, τα οποία αποτέλεσαν το αρχικό ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε 26 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 4 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και τελικά επιλέγησαν από τους αρμοδίους 17 ερωτήσεις κλειστού τύπου διαμορφωμένες με τη χρήση της πενταβάθμιας κλίμακας Likert και τέσσερις ανοιχτού τύπου. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 10.1, ενώ πριν την τελική διανομή εφαρμόστηκε πιλοτικά ώστε να εξασφαλιστεί η

εγκυρότητα του περιεχομένου, ενώ παράλληλα η εσωτερική συνοχή εξασφαλίστηκε με τη μέτρηση του συντελεστή Cronbach $>0,70$.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι ποσοστό της τάξεως του 94% δήλωσε πως οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών, σε αντίθεση με την άποψη μιας μερίδας συμμετεχόντων που φάνηκαν πιο επιφυλακτικοί στο γεγονός ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχεται. Ακόμη, οι Boyer et al. (2006) διαπίστωσαν ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με το φυσικό περιβάλλον όπως καθαριότητα, ποιότητα φαγητού οφείλονταν στην έλλειψη των πόρων στο νοσοκομείο, ενώ ταυτόχρονα διατυπώθηκαν αρνητικά σχόλια για την έλλειψη πληροφόρησης των ασθενών, την ηχορύπανση στην ατμόσφαιρα και τις συνθήκες διαβίωσης. Τέλος, οι αρθρογράφοι πρότειναν λύσεις-μέτρα για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, μια αποτελεσματική λύση ήταν η κατάρτιση ενημερωτικού φυλλαδίου για την πλήρη ενημέρωση των ασθενών, επίσης η αλλαγή ωραρίου στις ώρες επίσκεψης αλλά και η εκπαίδευση του προσωπικού για το τμήμα υποδοχής ήταν ορισμένες από τα μέτρα που προτάθηκαν. Μια ακόμη αποτελεσματική λύση υπήρξε η ανατροφοδότηση των ασθενών για την πορεία της υγείας τους και τη διευκόλυνση των προβλημάτων που χρήζουν λύση και λαμβάνουν χώρα σπάνια (Boyer et al. 2006).

Σκοπός της έρευνας από τους Amin and Zahora (2013) ήταν να διαπιστωθεί αν η ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στο νοσοκομείο επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών στη Μαλαισία. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο και οι ερωτήσεις ήταν προσαρμοσμένες στη πενταβάθμια κλίμακα Likert. Διανεμήθηκε τυχαία σε 350 ασθενείς που είχαν λάβει τουλάχιστον μια ημέρα Υπηρεσίες Υγείας είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 38 ιδιωτικά και 130 δημόσια νοσοκομεία της Μαλαισίας. Μεταξύ των δυο ειδών νοσοκομείων εντοπίζονται διαφορές αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τις κλίνες και το σύνολο του αριθμού των προσφερόμενων ιατρικών ειδικοτήτων. Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρεται στα νοσοκομεία χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο CFA. Σύμφωνα με τους Amin and Zahora (2013) εξέτασαν πέντε διαστάσεις (είσοδος, ιατρική υπηρεσία, συνολική υπηρεσία, απαλλαγή και κοινωνική ευθύνη) οι οποίες είναι

άρρηκτα συνδεδεμένες με την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας, ενώ παράλληλα η σχέση που βρέθηκε μεταξύ αυτών των μεταβλητών ήταν σημαντική. Επιπλέον, προέκυψε ότι η συνολική υπηρεσία έχει υψηλό συντελεστή παλινδρόμησης, καθώς οι ασθενείς ψάχνουν για ένα νοσοκομείο που παρέχει υπηρεσίες, ενώ παράλληλα αυτές με τη σειρά τους ανταπεξέρχονται στα προβλήματα των ασθενών και παρέχουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης.

Και στην επόμενη έρευνα οι Al-Abri and Al-Balushi, (2014) εξέτασαν με τη χρήση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης προγενέστερων μελετών, την ικανοποίηση των ασθενών και τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας. Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν 29 άρθρα από το 1997 έως το 2012. Οι βάσεις αναζήτησης των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι Google Scholar, Medline, Emerald, Pub-Med and Science. Στις περισσότερες μελέτες εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ικανοποίηση των ασθενών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα οι δυο έρευνες και τα αντικρουόμενα αποτελέσματα αυτών. Η μία έρευνα διεξήχθη στη Σκωτία, στην οποία συμμετείχαν 650 ασθενείς, έλαβαν εξιτήριο από τέσσερα μεγάλα νοσοκομεία κατά το Φεβρουάριο και Μάρτιο 2002. Ενώ παράλληλα η δεύτερη έρευνα διεξήχθη σε τριάντα δύο διαφορετικά μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι άνδρες ασθενείς ηλικίας άνω των πενήντα ετών, ασθενείς που έχουν μικρή διάρκεια διαμονής στα νοσοκομεία και οι ασθενείς με πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι τρεις παράγοντες που βρέθηκε να σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Αντίθετα, σε μια ακόμη έρευνα που διεξήχθη σε διαφορετικά νοσοκομεία στη Ταϊβάν διαπιστώθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως ηλικία, φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται σε μικρότερο βαθμό με την ικανοποίηση των ασθενών αλλά η κατάσταση υγείας των ασθενών βρέθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών.

Σύμφωνα με τους αρθρογράφους της επόμενης μελέτης η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας περιλαμβάνει τις έννοιες αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, την τεχνική αρτιότητα, την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την ανάπτυξη των υπηρεσιών δίνοντας έμφαση στον ασθενή και στη φροντίδα που χρειάζεται να λάβει. Έδωσαν έμφαση στη θεωρία του Donabedian η οποία κατηγοριοποιεί τις Υπηρεσίες Υγείας σε τρία συστατικά στοιχεία: α) δομή όπως ανθρώπινοι πόροι και

εγκαταστάσεις β) διαδικασίες όπως οργάνωση και λειτουργία του οργανισμού και γ) αποτελέσματα των δράσεων και υπηρεσιών. Κάθε κατηγορία αποτελείται από μετρήσιμα στοιχεία όπως εκπαίδευση, χρόνια εμπειρίας των ιατρών, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Προκύπτει έντονη η ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της διοίκησης ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Από τη μεριά της η ηγεσία οφείλει να ενισχύσει το όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στον ασθενή, μέσα από μια διαδικασία βελτίωσης όπου δε θα αποτελεί απειλή για τους εργαζομένους αλλά μια ευκαιρία για την επαγγελματική ολοκλήρωση. Τέλος, οι Παπακωστίδη και Τσουκαλάς (2012) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η βελτίωση της ποιότητας προκύπτει εφόσον μετρηθεί η απόδοση της.

Σύμφωνα με τους Karassavidou et al. (2013) πραγματοποίησαν την έρευνα ώστε να γίνει κατανοητό πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στα Ελληνικά Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά και διευκρίνισαν ποια είναι η ποιότητα που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία. Μέσα στους βασικούς στόχους της μεταρρύθμισης της δημιουργίας του θεσμού του ΕΣΥ ήταν η ίση πρόσβαση όλων των πολιτών στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας. Στην ίδια άποψη κατέληξε αργότερα ο Οικονόμου, 2012 ο οποίος υποστήριξε την έννοια του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των θεμελιωδών αξιών του ΕΣΥ όπως είναι η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας.

Κλείνοντας την ενότητα της βιβλιογραφικής επισκόπησης οι Κοτσαγιώργη και Γκέκα (2010) τόνισαν την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας με τη βοήθεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση των κατάλληλων άρθρων έλαβε χώρα μέσα από τη βάση Pubmed και οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ικανοποίηση ασθενών, ανάγκες ασθενών, ποιότητα φροντίδας, αντιλήψεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα θέμα που απασχολεί τους αρμόδιους το τελευταίο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση οι ικανοποιημένοι ασθενείς αποδέχονται περισσότερο την ιατρική περίθαλψη, τη θεραπεία και εμπιστεύονται τις Υπηρεσίες Υγείας, σε αντίθεση με τους μη ικανοποιημένους ασθενείς. Όσον αφορά την αξιολόγηση της ικανοποίησης των αναγκών αυτή συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών και στην καλύτερη διαχείριση των

δαπανών για την υγεία. Συνεπώς, οι αρθρογράφοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια υποκειμενική έννοια όπου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας. Τέλος, οι Κοτσαγιώργη και Γκέκα (2010) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η σύγχρονη προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης επιδιώκει τη συμμετοχή των ασθενών στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στην ισότητα της πρόσβασης, ωστόσο η σύγχρονη αυτή προσέγγιση δεν είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί καθώς απαιτείται χρόνος, δέσμευση και πολιτική υποστήριξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

8.1 Φιλοσοφία της Έρευνας (Θετικισμός vs Φαινομενολογία)

Τα πεδία της φιλοσοφίας της έρευνας είναι δυο: η οντολογία και η επιστημολογία. Η οντολογία έχει τις βάσεις της στην αρχαία Ελλάδα, σχετίζεται με τις υπονοούμενες ή σαφείς υποθέσεις των ερευνητών για το πως στοιχειοθετείται η γνώση. Απαντά στις ερωτήσεις «τι» και «πως» μπορεί να γίνει κάτι γνωστό και μπορούμε να μάθουμε μόνο μέσα από τα τελικά αποτελέσματα. Ενώ παράλληλα, στην επιστημολογία η οποία εμφανίστηκε το 1854 γνωστή ως φιλοσοφία των επιστημών αναφέρεται στο ποιος μπορεί να κατέχει τη γνώση.

Οι κύριες προσεγγίσεις της φιλοσοφίας της έρευνας είναι ο θετικισμός και η φαινομενολογία. Αναλυτικότερα, στην περίπτωση του θετικισμού τα φαινόμενα αναλύονται με τη βοήθεια των μεταβλητών και η έρευνα στοχεύει στην οικοδόμηση της θεωρίας. Χαρακτηριστικό του θετικισμού είναι η συγκέντρωση στοιχείων είτε με την παραγωγική είτε με την επαγωγική μέθοδο, ενώ παράλληλα είναι ευδιάκριτη η θεωρία από την έρευνα, διότι ο ρόλος της έρευνας είναι να προσφέρει υλικό για την ανάπτυξη των νόμων. Τέλος, οι υποθέσεις ελέγχονται και επιτρέπουν την ερμηνεία των υπό εξέταση νόμων. Από την άλλη μεριά, στη φαινομενολογία τα δεδομένα συλλέγονται με όσο το δυνατό αμερόληπτο τρόπο από αυτόν που πραγματοποιεί την έρευνα. Σκοπός του ερευνητή μέσα από αυτή τη διαδικασία είναι η κατανόηση των δεδομένων και η παραγωγή της θεωρίας. Επίσης, επιδιώκει ο ερευνητής να αντιληφθεί πως οι άνθρωποι κατανοούν και ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους. Με άλλα λόγια, ο ερευνητής ταυτίζεται με τα άτομα που ερευνα και προσπαθεί να αποδώσει τα αποτελέσματα με αντικειμενικό ύφος (Κυριαζόπουλο και Σαμαντά, 2011) .

Για την παρούσα έρευνα καταλληλότερη προσέγγιση κρίθηκε αυτή που ακολουθεί τον τρόπο έρευνας του θετικισμού, δηλαδή η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών από την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, η συλλογή δεδομένων με τη χρήση ενός δομημένου ερωτηματολογίου καθώς και ο έλεγχος

των ερευνητικών στόχων που τέθηκαν, αφού πρώτα λάβει χώρα μια βιβλιογραφική μελέτη όπου θα αναλύονται οι θεωρητικοί στόχοι που τέθηκαν στην αρχή.

8.2 Ερευνητική προσέγγιση (Παραγωγική vs Επαγωγική)

Ακολουθώντας σε όλα τα στάδια της ερευνητικής μας προσέγγιση τους Κυριαζόπουλο και Σαμαντά (2011), διαπιστώνουμε αρχικά ότι ο ρόλος της θεωρίας σε σχέση με την ερευνητική μέθοδο, σχετίζεται με δύο βασικές παραμέτρους:

A. Αν ο ερευνητής επιθυμεί να ελέγξει μία ή περισσότερες υποθέσεις που έχει αναπτύξει μέσω της θεωρίας ή

B. Αν επιθυμεί να ερευνήσει διεξοδικά ένα θέμα και μέσω της διερεύνησης αυτής να παράξει και θεωρία

Η πρώτη περίπτωση οδηγεί στην παραγωγική μέθοδο κατά την οποία: Από τη θεωρία οδηγούμαστε στην παρατήρηση και συμπεραίνουμε μία ή και περισσότερες υποθέσεις, οι οποίες μέσω στατιστικού ελέγχου επαληθεύονται ή απορρίπτονται.

Αντίθετα στην επαγωγική μέθοδο, από την παρατήρηση οδηγούμαστε στη θεωρία, αναζητώντας και μελετώντας εις βάθος όσο περισσότερα δεδομένα γίνεται.

Στην πρώτη περίπτωση της παραγωγικής μεθόδου, η έρευνα είναι ποσοτική που σημαίνει: εξέταση της θεωρίας, μετρήσιμα αποτελέσματα, ενσωμάτωση της αντικειμενικής πραγματικότητας.

Στη δεύτερη περίπτωση της επαγωγικής μεθόδου, η έρευνα είναι ποιοτική που σημαίνει: έμφαση στο πώς ο ερευνητής ερμηνεύει τον κόσμο, παρατήρηση, έλεγχος της θεωρίας και παραγωγή νέας.

Για την παρούσα έρευνα θα υιοθετηθεί η παραγωγική μέθοδος συνεπώς θα τεθούν οι υποθέσεις με βάση τη θεωρία, στη συνέχεια θα ελεγχούν με τη χρήση στατιστικού προγράμματος, συσχετιστούν και αναλυθούν σε τι βαθμό θετικό ή αρνητικό επιδρούν στη θεωρία. (θεωρητικοί στόχοι που έχουν τεθεί).

8.3 Διαδικασία δειγματοληψίας (Μέθοδος Δειγματοληψίας)

Η δειγματοληψία σχετίζεται με τη λήψη ενός τμήματος από κάποιο ευρύτερο σύνολο. Θεωρείται επιτυχής όταν το δείγμα επιλέγεται με αμερόληπτα κριτήρια και παράγει αποτελέσματα που μπορούν να γενικευθούν και βρίσκονται πιο κοντά στις αντίστοιχες παραμέτρους του ευρύτερου συνόλου. Η δειγματοληψία διακρίνεται σε δυο είδη, στη δειγματοληψία για πιθανά δείγματα και στη δειγματοληψία με μη πιθανά δείγματα. Αναλυτικότερα, η πρώτη διαδικασία διακρίνεται σε απλή, τυχαία, στρωματοποιημένη (λαμβάνουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα επιβάλλοντας ορισμένους περιορισμούς στη σύνθεση του) και κατά ομάδες (με βάση κάποιες λειτουργικές ομάδες στις οποίες ανήκουν τα μέλη του πληθυσμού). Από την άλλη η δειγματοληψία με μη πιθανά δείγματα περιλαμβάνει τη δειγματοληψία ποσοτώσεων (επιλογή δείγματος με καθορισμένα κριτήρια), ευκολίας (επιλογή με μη καθορισμένα κριτήρια πχ εθελοντικό δείγμα) και σε δείγμα χιονοστιβάδας (επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος που θα υποδείξουν άλλα άτομα που μπορεί να συμμετάσχουν στην έρευνα).

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα διακρίθηκε σε τυχαίο διαστρωματοποιημένο και εξετάστηκε σε ποιο βαθμό η οικονομική κρίση που πλήττει τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα, έχει επηρεάσει την πρόσβαση των πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας και την ποιότητα αυτών. Συνεπώς στην έρευνα, το αντιπροσωπευτικό δείγμα θα είναι πολίτες που ανήκουν στο γεροντικό πληθυσμό της ηλικιακής κατηγορίας άνω των 60 ετών. Το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο θα κατασκευαστεί με βάση των προγενέστερων ερευνών που θα αναλυθούν στο κεφάλαιο βιβλιογραφική ανασκόπηση και σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο 80,2 που αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με τις Υπηρεσίες Υγείας. Πριν λάβει την τελική του μορφή θα δοθεί πιλοτικά σε 10 πολίτες προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν προβλήματα, ώστε να επιτευχθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Η δομή του ερωτηματολογίου θα είναι τέτοια ώστε να μη προκαλεί σύγχυση στον ερωτώμενο. Το πρώτο σκέλος του ερωτηματολογίου θα αποτελείται από ερωτήσεις που θα αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο και το δεύτερο σκέλος του ερωτηματολογίου θα αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου κλίμακας Likert

τρίτιμες όπου ο ερωτώμενος θα κληθεί να απαντήσει σε ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση τους από την ποιότητα των Υπηρεσιών με βάση το ερωτηματολόγιο του Ευρωβαρομέτρου 80.2.

8.4 Μέθοδοι έρευνας (Ποσοτικοί –Ποιοτικοί)

Ένα από τα είδη δεδομένων που χρησιμοποιούνται σε μια έρευνα είναι η πρωτογενής διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την ποσοτική και ποιοτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα μελετά το «γιατί της συγκεκριμένης συμπεριφοράς», ενώ η ποσοτική έρευνα μελετά «τι, πότε, που, πως της συμπεριφοράς». Αναλυτικότερα, η ποιοτική έρευνα εξετάζει το γιατί της συμπεριφοράς. Τα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην ποιοτική έρευνα είναι η συνέντευξη (δομημένη και μη), η παρατήρηση, η βιογραφική ανάλυση, η ιστορική συγκριτική ανάλυση, η μελέτη περίπτωσης, η ανάλυση περιεχομένου, η έρευνα δράσης και η έρευνα ομάδας. Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά, η χρήση αυτών καθορίζεται από τη φύση της έρευνας, του ερευνητικού προβλήματος και τις απαιτήσεις των ερευνητών.

Από την άλλη μεριά, οι ποσοτικές μέθοδοι στηρίζονται σε αριθμητικά στοιχεία και στατιστικές συγκρίσεις. Έχουν ως στόχο την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών σε κατηγορίες ώστε να μετρηθούν και να αποδοθούν στατιστικά μοντέλα με τα οποία θα εξηγηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Συνεπώς, με την ποσοτική μέθοδο μετρούνται και ποσοτικοποιούνται τα κοινωνικά φαινόμενα. Ελέγχονται προδιατυπωμένες υποθέσεις οι οποίες έχουν συναχθεί με την παραγωγική μέθοδο με βάση ένα συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο. Η αντικειμενικότητα είναι το κύριο χαρακτηριστικό της ποσοτικής μεθόδου με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου και μέσω των συγκέντρωσης αριθμητικών δεδομένων (Κυριαζόπουλο και Σαμαντά, 2011).

Στην παρούσα έρευνα η μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι η ποσοτική. Στόχος είναι η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων, η επεξεργασία αυτών με τη χρήση της στατιστικής ανάλυσης ώστε να παραχθεί το αποτέλεσμα της επιβεβαίωσης ή απόρριψης της υφιστάμενης θεωρίας. Επιπρόσθετα, η αναζήτηση και η επιλογή της βιβλιογραφίας έλαβε χώρα στις βάσεις δεδομένων PubMed,

Emeraldinsight, EBSCO ώστε να διασφαλιστεί η επιστημονική εγκυρότητα των πηγών που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Ηλεκτρονικές επιστημονικά έγκυρες πηγές και περιοδικά επίσης χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα ερευνητική πρόταση.

8.5 Τεχνική/Τύπος της Έρευνας

Σε κάθε επιστημονική έρευνα επιλέγεται μια μέθοδος μεταξύ κάποιων κατηγοριών όπως διερευνητική, περιγραφική, συμπερασματική, αιτιολογική, πειραματική.

Στην περιγραφική έρευνα δίδεται έμφαση στην ακριβή περιγραφή των μεταβλητών του προβλήματος. Χρειάζεται προσοχή όταν υφίσταται μεροληψία και πρέπει να είναι περισσότερο οργανωμένες και σχεδιασμένες. Στόχος της περιγραφικής έρευνας είναι ο προσδιορισμός, εκτίμηση μιας κατάστασης και ο καθορισμός των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Το αντικείμενο της περιγραφικής έρευνας είναι ο σχηματισμός ενός συγκεκριμένου προφίλ. Απαραίτητη προϋπόθεση για να υλοποιηθεί η περιγραφική έρευνα είναι ο σχηματισμός μιας πλήρους εικόνας των φαινομένων, βάσει αυτών συλλέγονται οι πληροφορίες πριν αρχίσει η ανάλυση.

Στη συμπερασματική έρευνα δίδεται έμφαση στην εξακρίβωση της γνώσης που υπάρχει για μια κατάσταση και ενισχύει την επιλογή μιας συγκεκριμένης δράσης. Αυτή η έρευνα διεξάγεται εφόσον υπάρχει ήδη η πληροφορία/γνώση για το θέμα.

Στην αιτιολογική έρευνα δίδεται έμφαση στην προσπάθεια προσδιορισμού της φύσης των λειτουργικών σχέσεων μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών μέσω της στατιστικής ανάλυσης ποσοτικών πληροφοριών και αποδίδει αιτιακές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Για την επίτευξη της αιτιολογικής έρευνας ακολουθούνται τρεις τρόποι, η έρευνα μέσω παρελθούσας βιβλιογραφίας, μέσω συνεντεύξεων από ειδικούς πάνω στο θέμα και μέσω συνεντεύξεων από focus group.

Στην πειραματική έρευνα δίδεται έμφαση στον έλεγχο της ορθότητας των υποθέσεων. Ελέγχεται μεταξύ δυο μεταβλητών αν υπάρχει σχέση.

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η περιγραφική σε συνδυασμό με τη συμπερασματική έρευνα. Συνεπώς, μέσω της μεθόδου αυτής διατυπώθηκε το θεωρητικό πλαίσιο, τέθηκαν οι ερευνητικοί στόχοι και προσδιορίστηκε το πλαίσιο συλλογής των δεδομένων ώστε να αποτυπωθούν, διευκρινιστούν, οι απόψεις των πολιτών για την πρόσβαση στις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας του Ε.Σ.Υ κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

8.6 Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία (credibility) σε μια έρευνα οδηγεί στην ελαχιστοποίηση του τυχαίου σφάλματος. Συνδέεται εννοιολογικά με τους όρους συνοχή, συνέπεια και σταθερότητα μέσω της επαναληπτικότητας και της αναπαραγωγισιμότητας μιας σειράς μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, στη συνοχή και στην ομοιογένεια ενός εργαλείου μέτρησης. Η αξιοπιστία είναι το πρώτο κύριο χαρακτηριστικό που χρειάζεται να διαθέτει μια έρευνα. Αξιόπιστο θεωρείται όταν σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις, εμφανίζει σταθερά τα ίδια αποτελέσματα στο ίδιο δείγμα αλλά σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Όσον αφορά τη στατιστική ανάλυση η αξιοπιστία υπολογίζεται με τη βοήθεια του συντελεστή correlation coefficient, ο οποίος λαμβάνει τις τιμές 0 έως 1. Όσο πιο πολύ πλησιάζει το 1, τόσο πιο αξιόπιστη είναι η έρευνα (Ouzouni and Nakakis, 2011).

8.7 Εγκυρότητα

Ένα εργαλείο μέτρησης μπορεί να είναι αξιόπιστο όχι όμως έγκυρο, συνεπώς χρειάζεται να ελεγχεί η εγκυρότητα. Η εγκυρότητα αναφέρεται στο κατά πόσο ένα όργανο μέτρησης μετράει ότι υποστηρίζει ότι μετράει και συνδέεται με την ύπαρξη του συστηματικού σφάλματος. Έτσι όταν ένα εργαλείο μέτρησης είναι έγκυρο, αυτό αντανακλά την έννοια/μεταβλητή που μετρά. Ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης που επιλέγεται να μετρηθεί η εγκυρότητα, χρησιμοποιούνται τύποι εγκυρότητας όπως περιεχόμενο, εννοιολογική κατασκευή (Ouzouni and Nakakis, 2011).

8.7.1 Εξωτερική Εγκυρότητα

Η εξωτερική εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό βεβαιότητας του ερευνητή ότι η απάντηση στην ερευνητική ερώτηση σε συγκεκριμένες συνθήκες και χρονική στιγμή μπορεί να γενικευθεί στον υπόλοιπο πληθυσμό. Συνεπώς για να οδηγηθεί ο ερευνητής στη γενίκευση των αποτελεσμάτων χρειάζεται να επιλέξει το δείγμα με τυχαία διαδικασία (Ouzouni and Nakakis, 2011; Σταλίκας, 2009).

8.7.2 Εσωτερική Εγκυρότητα

Η εσωτερική εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό βεβαιότητας του ερευνητή ότι τα αποτελέσματα στα οποία καταλήγει οφείλονται στους δικούς του ερευνητικούς χειρισμούς και επιστημονικές μεθόδους και όχι σε κάποιους άλλους ανεξέλεγκτους παράγοντες ή μεταβλητές που μπορεί να έχουν εμπλακεί στη διαδικασία της έρευνας χωρίς ο ίδιος να τους λάβει υπόψη στον ερευνητικό σχεδιασμό (Ouzouni and Nakakis, 2011). Ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα στην εσωτερική εγκυρότητα να ελέγξει και να χειριστεί τις μεταβλητές της έρευνας ώστε να αποτρέψει την πιθανότητα να προκύψουν αποτελέσματα που θα οδηγήσουν αυτομάτως σε λανθασμένο συμπέρασμα.

8.8 Περιορισμοί της έρευνας

Οι δυσκολίες που ενδεχομένως ανακύψουν κατά την πραγματοποίηση της έρευνας είναι αρχικά η ανθρώπινη πολυπλοκότητα. Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός σε προσωπικότητα, κοινωνικό περιβάλλον, πνευματικές ικανότητες, κατάσταση υγείας και τρόπο ζωής. Συνεπώς χρειάζεται το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό ώστε να καταλήξει η έρευνα στην εξωτερική εγκυρότητα. Όσο πιο αντιπροσωπευτικό και ικανός αριθμός πληθυσμιακών μονάδων τόσο πιο εύκολα διασφαλίζεται η εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας.

Ακόμη, ο τρόπος διεξαγωγής των αποτελεσμάτων της έρευνας να μην περιλαμβάνει ακραίες τιμές και ο χρόνος να είναι σύντομος ώστε να μην απειλείται η εσωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Η αξιοπιστία της έρευνας μπορεί να μειωθεί εφόσον οι απαντήσεις συμπληρωθούν στην «τύχη» και οι συμμετέχοντες δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες συμπλήρωσης εξαιτίας μια πιθανής κόπωσης ή πλήξης.

Ένας ακόμη περιορισμός που χρειάζεται να ληφθεί υπόψιν είναι η φυσική φθορά του δείγματος αλλά και τα ελλιπή στοιχεία που ενδεχομένως να βρίσκονται στο ερευνητικό εργαλείο-ερωτηματολόγιο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ερωτήσεις που τυχόν να μείνουν αναπάντητες είτε δεν αντιπροσωπεύουν το δείγμα είτε δεν επιλέγουν να απαντήσουν οι ίδιοι. Τέλος, το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται από την αρχή, πριν διεξαχθεί η έρευνα ώστε να αποφευχθούν πιθανές κατηγορίες ότι διεκόπη η συλλογή των στοιχείων στο χρονικό διάστημα όπου θα διαπιστωθεί ότι τα δεδομένα στηρίζουν την ερευνητική υπόθεση.

Στη παρούσα έρευνα οι περιορισμοί που λήφθηκαν από την αρχή ήταν ο καθορισμός του συνολικού αριθμού ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για τον κάθε Νομό. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν στην έρευνα για το λόγο αυτό το κατώτατο όριο συμμετοχής ορίστηκε η ηλικία άνω των 60. Από την αρχή της έρευνας ορίστηκε ο χρόνος συμπλήρωσης και επιστροφής των ερωτηματολογίων καθώς για τους Νομούς Σάμου και Ευρυτανίας ήταν αδύνατο να διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο αυτοπροσώπως. Συνεπώς, ορίστηκαν δυο πρόσωπα για τον κάθε Νομό και ανέλαβαν την διανομή του ερωτηματολογίου υπό την επίβλεψη μου.

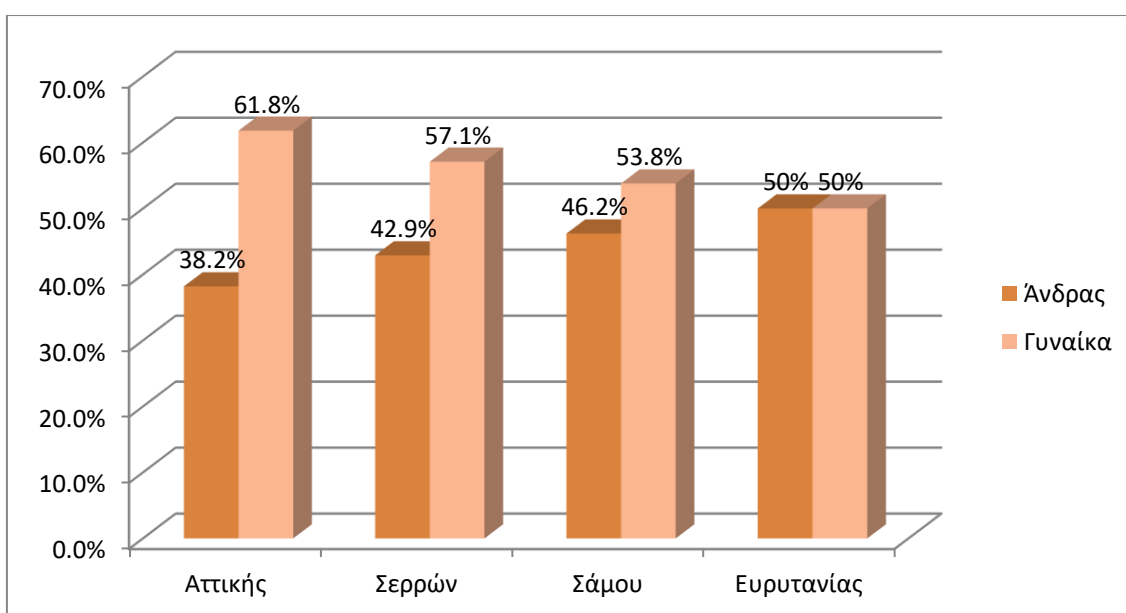
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

9.1 Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης

Αρχικά θα γίνει καταγραφή των αποτελεσμάτων για τα δημογραφικά στοιχεία. Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 34 άτομα από το Νομό Αττικής, 35 άτομα από το Νομό Σερρών, 39 άτομα από το Νομό Σάμου και 30 άτομα από το Νομό Ευρυτανίας. Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα δημογραφικά και οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για κάθε Νομό.

Διαγραμματικά, απεικονίζεται παρακάτω το ποσοστό του γεροντικού πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα. Από το Νομό Αττικής το 38,2% (N=13 άτομα) ήταν άνδρες και το 61,8% (N=21 άτομα) ήταν γυναίκες, από το Νομό Σερρών το 42,9% (N=14 άτομα) ήταν άνδρες και το 57,1% (N=20 άτομα) ήταν γυναίκες. Επίσης, από το Νομό Σάμου το 46,2% (N=18 άτομα) ήταν άνδρες ηλικιωμένοι και το 53,8% (N=21 άτομα) ήταν γυναίκες, ενώ παράλληλα στο τέταρτο υπο διερεύνηση Νομό, συμμετείχαν 50% (N=15 άτομα) άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

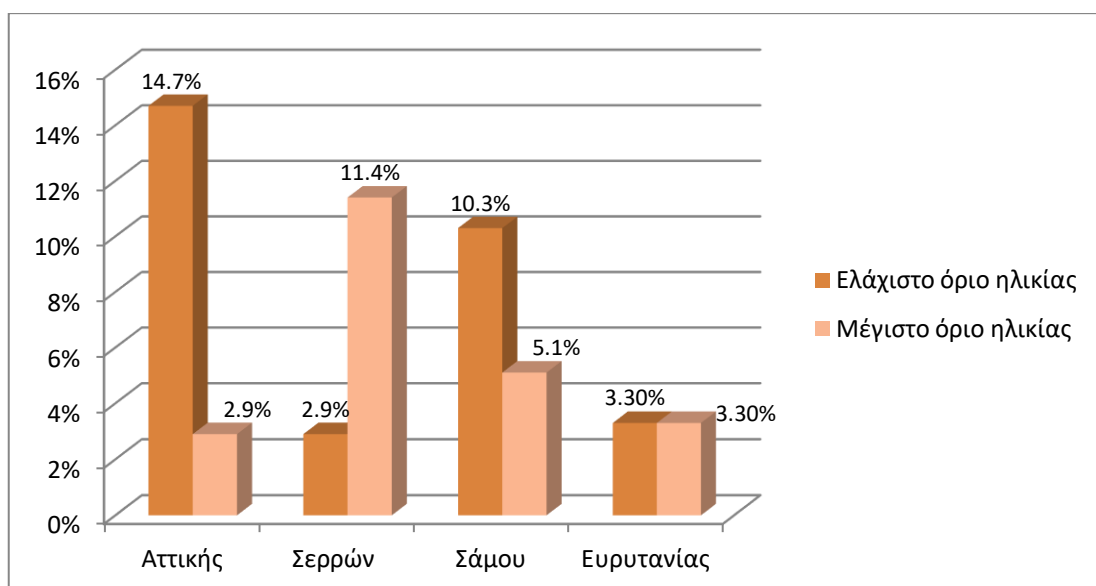
Διάγραμμα 1: Συγκριτική απεικόνιση του φύλου για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Σύμφωνα με το διάγραμμα 2 στο Νομό Αττικής το ελάχιστο όριο ηλικίας ήταν 60 ετών σε 5 άτομα (14,7%) και το μέγιστο όριο ηλικίας ήταν 87 ετών σε 1 άτομο με ποσοστό 2,9%. Στο Νομό Σερρών το ελάχιστο όριο ήταν 60 ετών σε 1 άτομο με ποσοστό 2,9% και το μέγιστο σε 4 άτομα με ποσοστό 11,4%. Στο Νομό Σάμου το ελάχιστο όριο ηλικίας ήταν επίσης, 60 ετών και βρέθηκε σε 4 συμμετέχοντες με ποσοστό 10,3% και το μέγιστο όριο ηλικίας ήταν 95 ετών, ποσοστό 5,1%. Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας το ελάχιστο όριο ήταν 60 ετών σε 1 ερωτώμενο που συμμετείχε στην έρευνα με ποσοστό 3,3% και το μέγιστο όριο ηλικίας ήταν 88 ετών σε 1 ερωτώμενο με ποσοστό 3,3%.

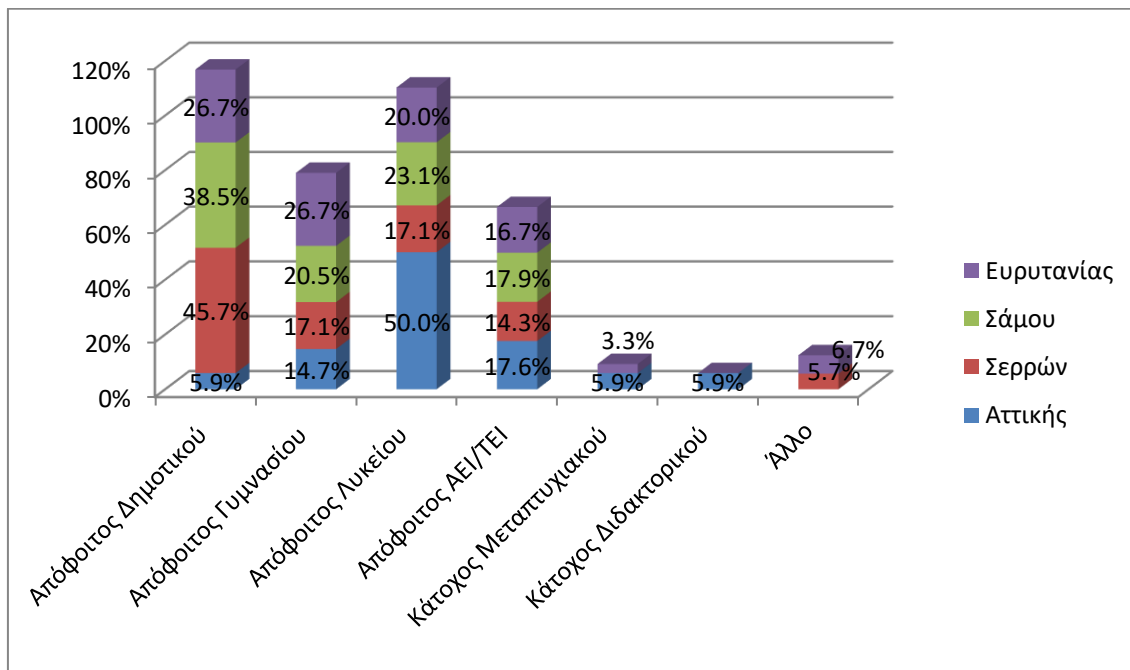
Διάγραμμα 2: Συγκριτική απεικόνιση του ελάχιστου και μέγιστου ορίου ηλικίας για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Στο επόμενο διάγραμμα με τον αριθμό 3, απεικονίζεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων από τους τέσσερις Νομούς. Ειδικότερα, η πλειονότητα των ερωτώμενων στο Νομό Αττικής ήταν απόφοιτοι Λυκείου με ποσοστό 50% (N=17 άτομα), στο Νομό Σερρών ήταν απόφοιτοι Δημοτικού με ποσοστό 45,7% (N=16 άτομα), επίσης στο Νομό Σάμου ήταν απόφοιτοι Δημοτικού με ποσοστό 38,5% (N=15 άτομα) και στο Νομό Ευρυτανίας ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και Γυμνασίου με ποσοστό 26,7% (N=8 άτομα) αντίστοιχα.

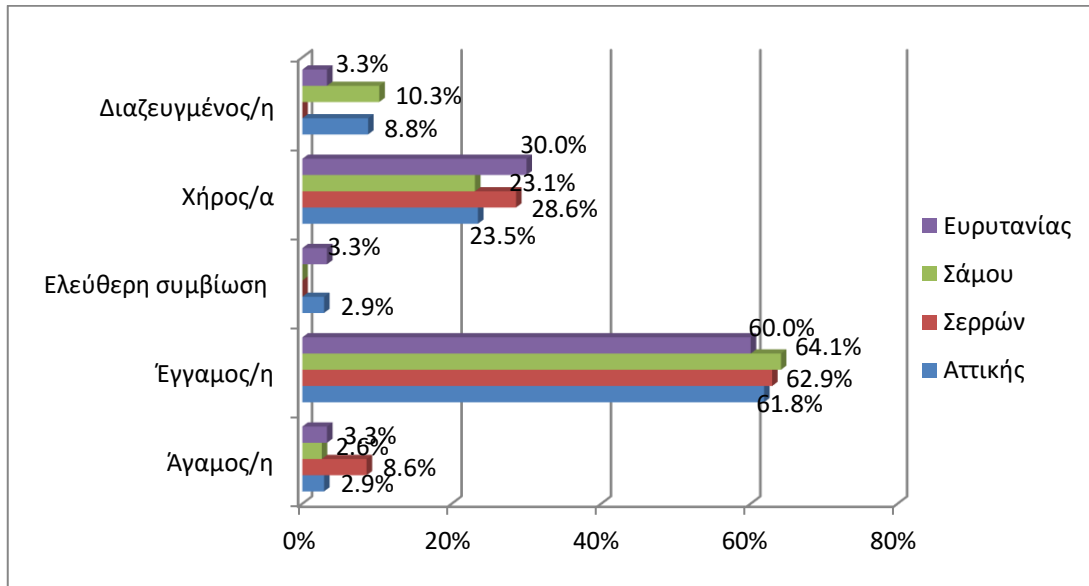
Διάγραμμα 3: Συγκριτική απεικόνιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Στο διάγραμμα 4 παριστάνεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων. Η πλειονότητα αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα στους Νομούς Αττικής, Σερρών, Σάμου και Ευρυτανίας ήταν έγγαμοι με ποσοστά 61,8% (N=21 άτομα), 62,9% (N=22 άτομα), 64,1% (N=25 άτομα) και 60% (N=18 άτομα) αντίστοιχα.

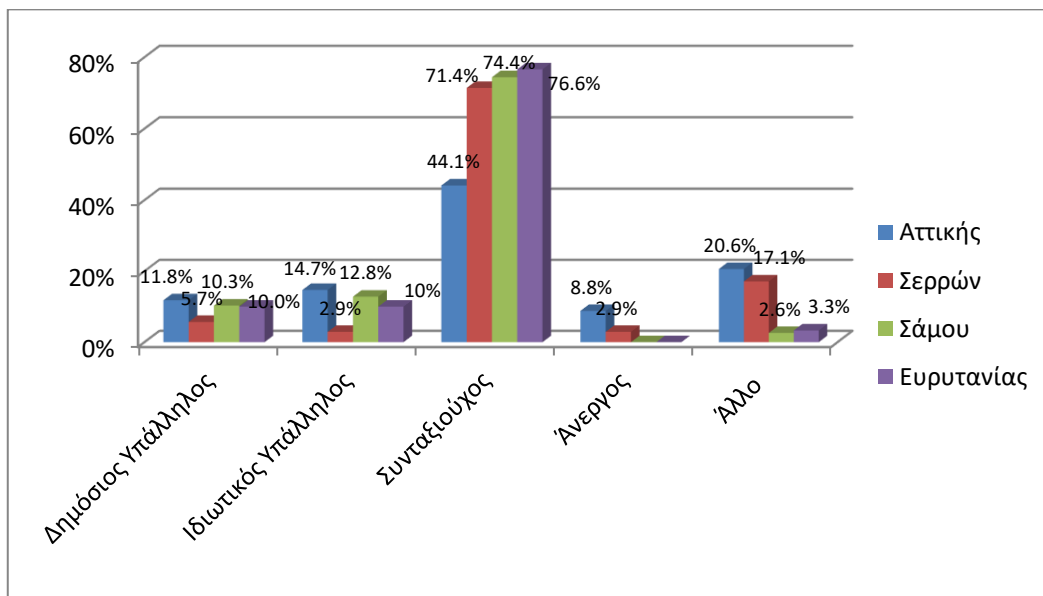
Διάγραμμα 4: Συγκριτική απεικόνιση της οικογενειακής κατάστασης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Στο διάγραμμα 5 απεικονίζεται η εργασιακή κατάσταση του γεροντικού πληθυσμού. Η πλειονότητα των ερωτώμενων που συμμετείχε στην έρευνα στους τέσσερις Νομούς Αττικής, Σερρών, Σάμου και Ευρυτανίας ήταν συνταξιούχοι με ποσοστά 44,1% (N=15 άτομα), 71,4% (N=25 άτομα), 74,4% (N=29 άτομα) και 76,6% (N=23 άτομα) αντίστοιχα, ενώ σε μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται οι υπόλοιπες κατηγορίες.

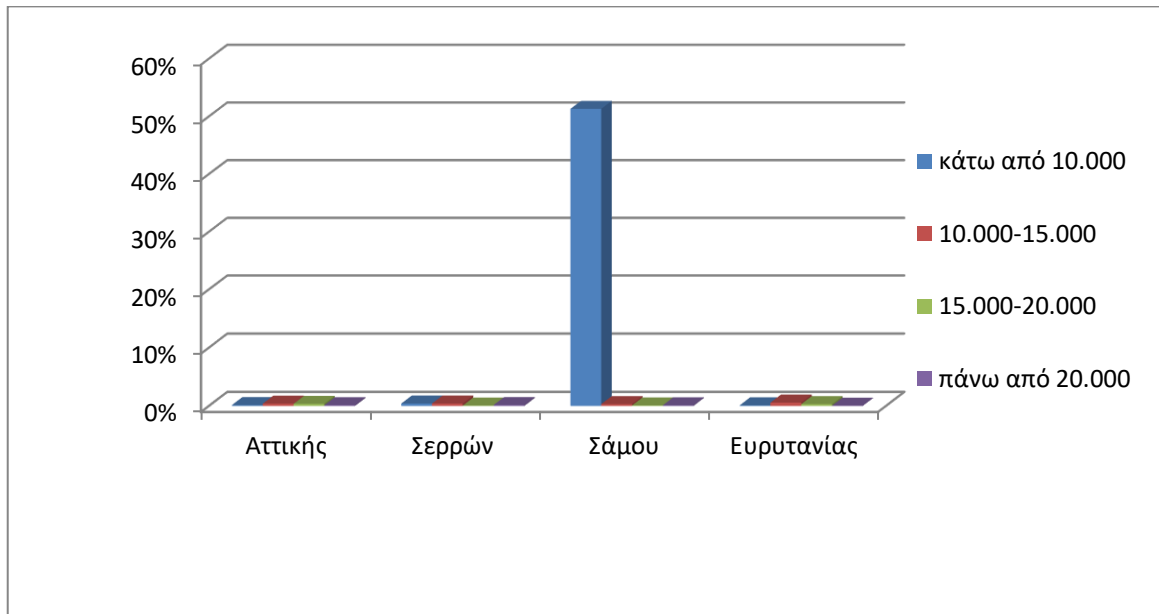
Διάγραμμα 5: Συγκριτική απεικόνιση της εργασιακής κατάστασης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Στο διάγραμμα 6 απεικονίζεται το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα του γεροντικού πληθυσμού. Ειδικότερα, στο Νομό Αττικής η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 10.000-15.000 ευρώ με ποσοστό 38,2% (N=13 άτομα), ακολουθεί όσοι δήλωσαν εισόδημα 15.000-20.000 ευρώ με ποσοστό 35,3% (N=12 άτομα), όσοι δήλωσαν κάτω από 10.000 ευρώ με ποσοστό 14,75 (N=5 άτομα) και όσοι δήλωσαν πάνω από 20.000 ευρώ με ποσοστό 11,8% (N=4 άτομα). Στο Νομό Σερρών η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω από 10.000 ευρώ και 10.000-15.000 ευρώ με ποσοστό 40% (N=14 άτομα) αντίστοιχα, ακολουθεί όσοι δήλωσαν πάνω από 20.000 ευρώ με ποσοστό 14,3% (N=5 άτομα) και όσοι δήλωσαν 15.000-20.000 ευρώ με ποσοστό 5,7% (N=2 άτομα). Στο Νομό Σάμου η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 10.000-15.000 ευρώ με ποσοστό 30,8% (N=12 άτομα), ακολουθεί όσοι δήλωσαν κάτω από 10.000 ευρώ με ποσοστό 10,3% (N=4 άτομα), όσοι δήλωσαν πάνω από 20.000 ευρώ με ποσοστό 10,3% (N=4 άτομα) και όσοι 15.000-20.000 ευρώ με ποσοστό 7,7% (N=3 άτομα). Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα 10.000-15.000 ευρώ με ποσοστό 56,7% (N=27 άτομα), έπεται οι ερωτώμενοι που σημείωσαν εισόδημα 15.000-20.000 ευρώ με ποσοστό 30% (N=9 άτομα), όσοι δήλωσαν εισόδημα κάτω από 10.000 ευρώ με ποσοστό 10% (N=3 άτομα) και πάνω από 20.000 ευρώ με ποσοστό 3,3% (N=1 άτομο).

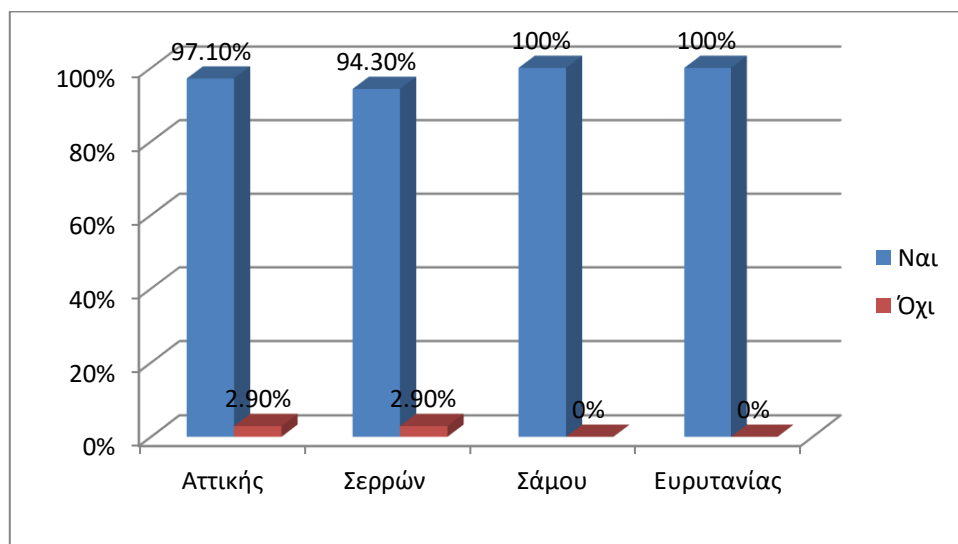
Διάγραμμα 6: Συγκριτική απεικόνιση του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Κλείνοντας το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια ακόμη ερώτηση που αναφερόταν στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Όπως φαίνεται διαγραμματικά οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι υπάρχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη και στους τέσσερις Νομούς Αττικής, Σερρών, Σάμου και Ευρυτανίας με ποσοστά 97,1% (N=33 άτομα), 94,30% (N=35 άτομα), 100% (N=39 άτομα) και 100% (N=30 άτομα) αντίστοιχα.

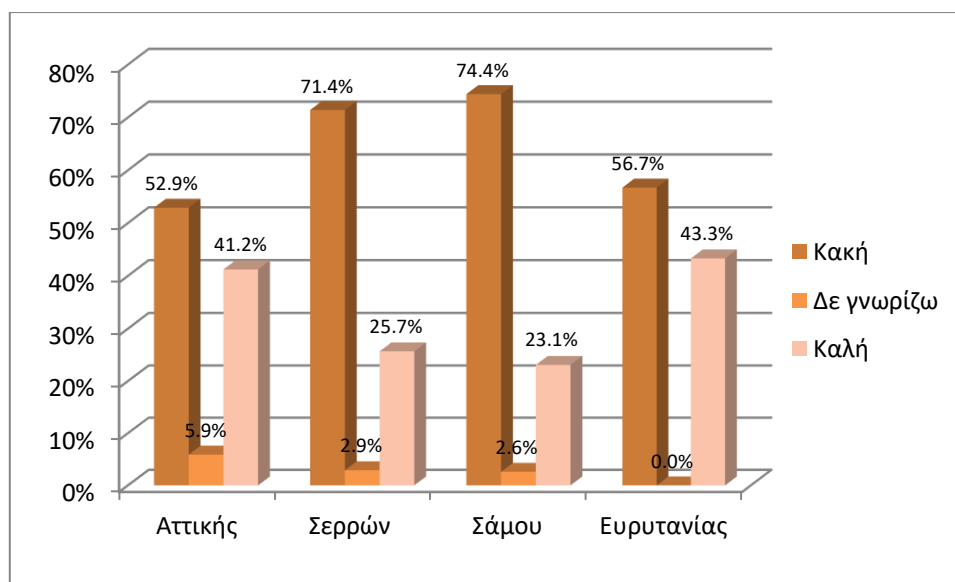
Διάγραμμα 7: Συγκριτική απεικόνιση της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Περνώντας στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας σε κάθε Νομό. Ειδικότερα, όπως παριστάνεται στο διάγραμμα 8 στο Νομό Αττικής το 52,9% (N=18 άτομα) υποστήριξε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι «κακή», το 41,2% (N=14 άτομα) «καλή» και το 5,9% (N=2 άτομα) «δε γνωρίζω». Στο Νομό Σερρών η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι «κακή» (71,4%, N=25 άτομα), «καλή» χαρακτηρίστηκε από το 23,1% (N=9 άτομα) και η απάντηση «δε γνωρίζω» συγκέντρωσε ποσοστό της τάξεως του 2,9% (N=2 άτομα). Σε ανάλογα επίπεδα κυμάνθηκαν οι απαντήσεις στο Νομό Σάμου, καθώς «κακή» χαρακτηρίστηκε από το 74,4% των ερωτηθέντων (N=29 άτομα), «καλή» από το 23,1% (N=9 άτομα) και «δε γνωρίζω» από το 2,6% (N=1 άτομα). Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας το 56,7% (N=17 άτομα) δήλωσε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι «κακή» και ακολουθεί όσοι δήλωσαν «καλή» με ποσοστό 43,3% (N=13 άτομα).

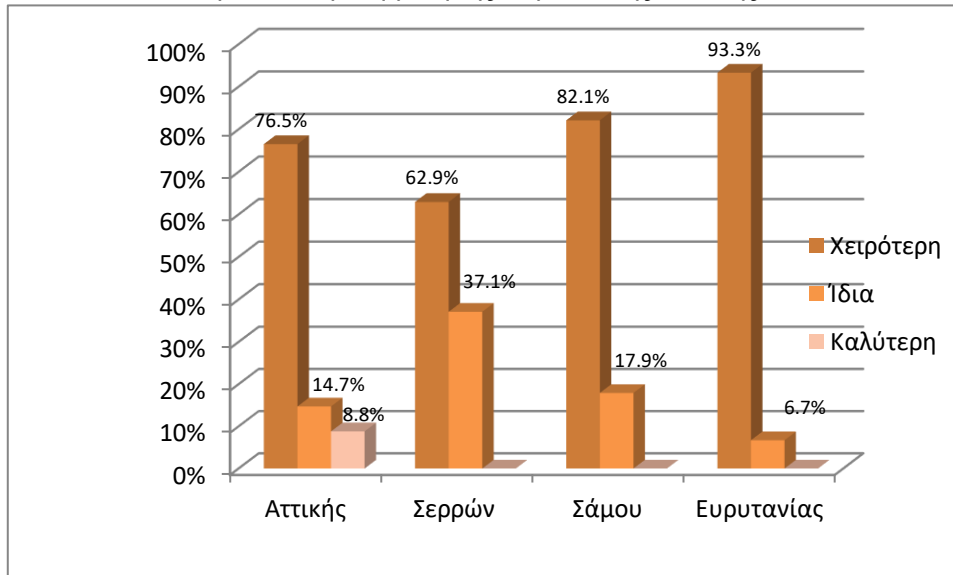
Διάγραμμα 8: Συγκριτική απεικόνιση αξιολόγησης ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης των ερωτώμενων για τους τέσσερις Νομούς



Πηγή: database, 2018

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, σύμφωνα με το διάγραμμα 9 φαίνεται ότι στο Νομό Αττικής το 76,5% (N=26 άτομα) υποστήριξε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι «χειρότερη», το 14,7% (N=5 άτομα) «ίδια» και το 8,8% (N=3 άτομα) «καλύτερη». Στο Νομό Σερρών η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι «χειρότερη» (62,9%, N=22 άτομα), «ίδια» χαρακτηρίστηκε από το 37,1% (N=13) ενώ κανείς από τους ερωτώμενους δεν τη χαρακτήρισε ως «καλύτερη». Σε ανάλογα επίπεδα κυμάνθηκαν οι απαντήσεις στο Νομό Σάμου, καθώς «χειρότερη» χαρακτηρίστηκε από το 82,1% των ερωτηθέντων (N=32 άτομα), «ίδια» από το 17,9% (N=7 άτομα) ενώ στην απάντηση «καλύτερη» δεν απάντησε κανένας. Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας το 93,3% (N=28 άτομα) δήλωσε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι «χειρότερη» στην Ελλάδα και ακολουθεί όσοι δήλωσαν «ίδια» με ποσοστό 6,7% (N=2 άτομα).

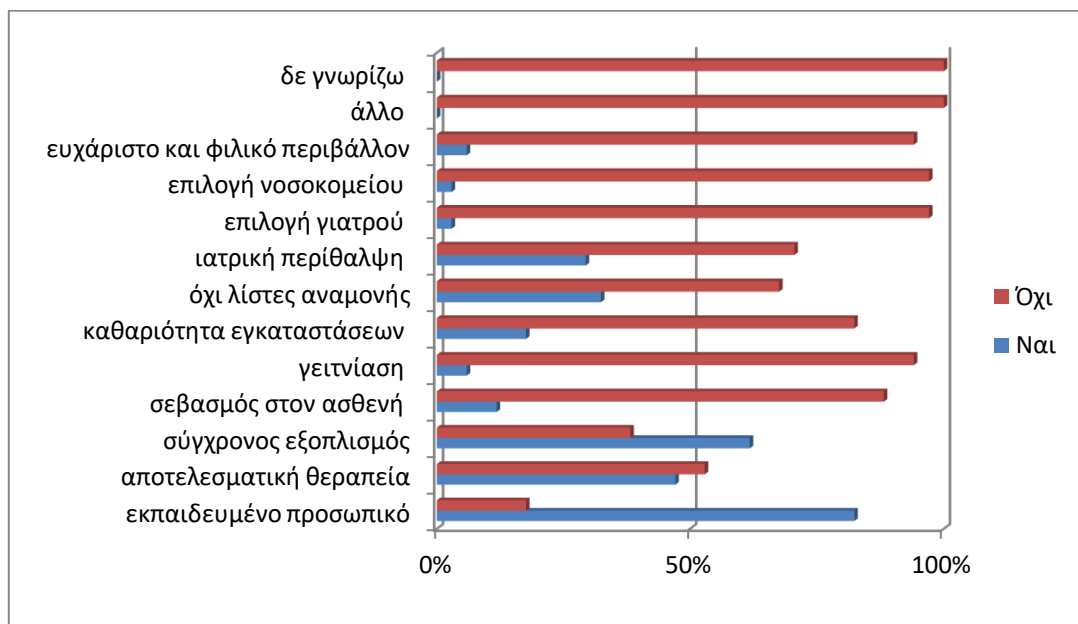
Διάγραμμα 9: Συγκριτική απεικόνιση ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πηγή: database, 2018

Στην επόμενη ερώτηση οι ερωτώμενοι του Νομού Αττικής κλήθηκαν να δηλώσουν τα τρία σημαντικότερα κριτήρια που πιστεύουν ότι χρειάζεται να υφίστανται, ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα στην ιατρική περίθαλψη. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 10 ο γεροντικός πληθυσμός του Νομού Αττικής θεωρεί ότι το «καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό», η «αποτελεσματική θεραπεία» και ο «σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός» είναι τα τρία σημαντικότερα κριτήρια. Ειδικότερα, τα παραπάνω κριτήρια με 82,4% (N=28 άτομα), 47,1% (N=16 άτομα) και 61,8% (N=21 άτομα) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνεπώς οι ερωτώμενοι δίνουν μεγάλη βαρύτητα στις γνώσεις που κατέχει το ιατρικό προσωπικό, στο αποτέλεσμα που επέρχεται από τις παρεχόμενες ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας, μέσω της αποτελεσματικής θεραπείας και στο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό με τεχνολογία αιχμής.

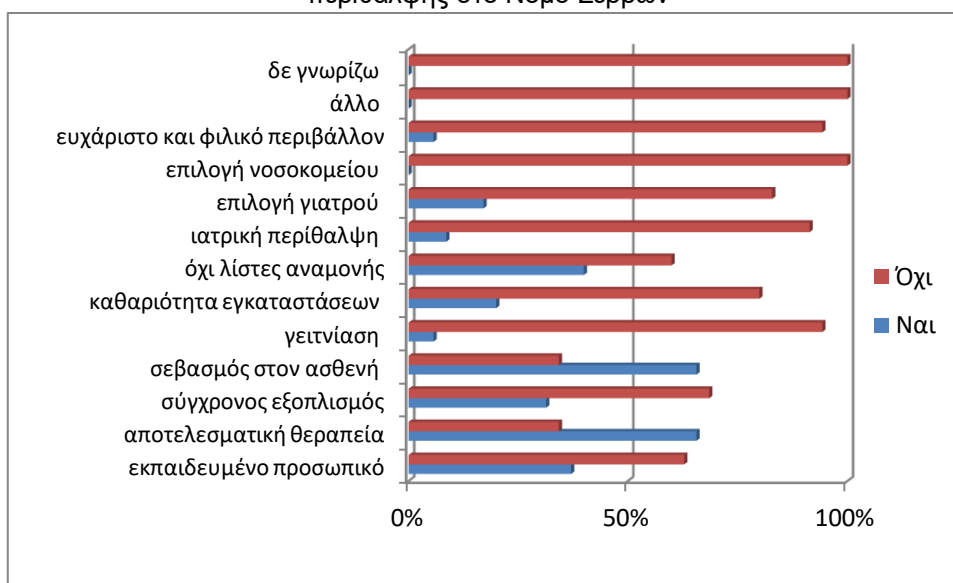
Διάγραμμα 10: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Αττικής



Πηγή: database, 2018

Οι ερωτώμενοι του Νομού Σερρών θεωρούν ότι η «αποτελεσματική θεραπεία» ο «σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή», και «όχι σε λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία» είναι τα τρία σημαντικότερα κριτήρια. Ειδικότερα, τα παραπάνω κριτήρια με 65,7% (N=23 άτομα), 65,7% (N=23 άτομα) και 40,0% (N=14 άτομα) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνεπώς οι ερωτώμενοι στο Νομό Σερρών δίνουν μεγάλη βαρύτητα στο αποτέλεσμα που επέρχεται από τις παρεχόμενες ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας, όπως συμβαίνει στο Νομό Αττικής (Διάγραμμα 10) μέσω της αποτελεσματικής θεραπείας. Ακόμη, ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στη μείωση του χρόνου αναμονής στις λίστες. Συνεπώς, αποφεύγονται οι επιπτώσεις στην υγεία που ενδεχομένως να δημιουργήσει μια καθυστέρηση στην ιατρική εξέταση.

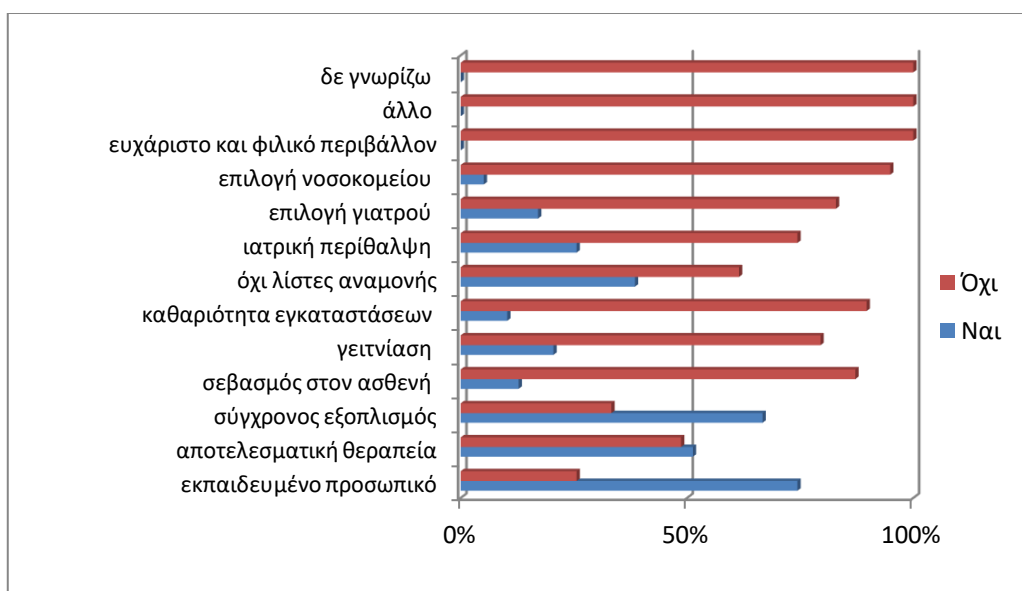
Διάγραμμα 11: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Σερρών



Πηγή: database, 2018

Οι ερωτώμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα από το Νομό της Σάμου δήλωσαν ότι τα τρία σημαντικότερα κριτήρια είναι οι απαντήσεις «καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό», «αποτελεσματική θεραπεία» και «σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός». Ειδικότερα, οι απαντήσεις συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά 74,4% (N=29 άτομα), 51,3% (N=20 άτομα) και 66,7% (N=26 άτομα). Συνεπώς οι ερωτώμενοι δίνουν μεγάλη βαρύτητα στις γνώσεις που κατέχει το ιατρικό προσωπικό, στο αποτέλεσμα που επέρχεται από τις παρεχόμενες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, μέσω της αποτελεσματικής θεραπείας και στο σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό με τεχνολογία αιχμής.

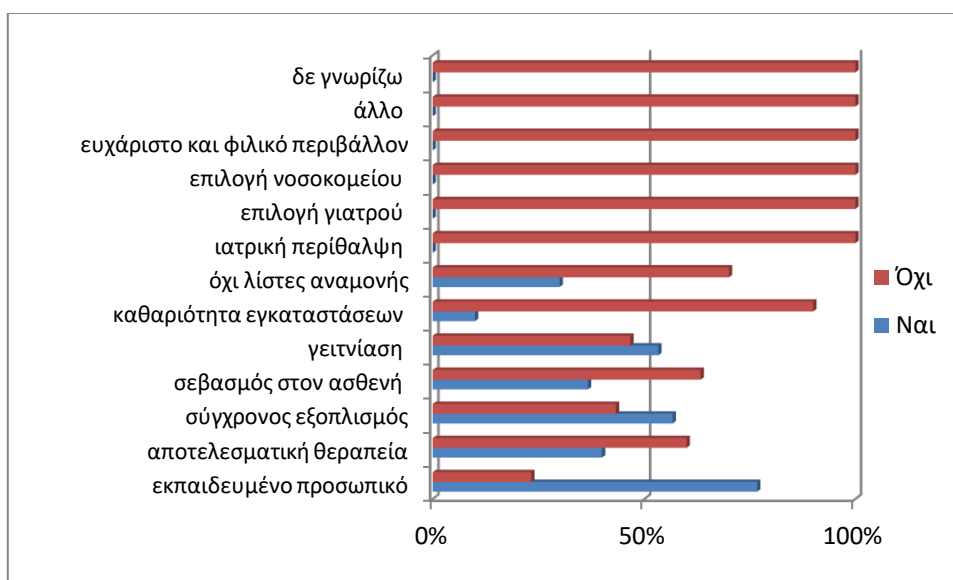
Διάγραμμα 12: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Σάμου



Πηγή: database, 2018

Οι ερωτώμενοι του Νομού Ευρυτανίας θεωρούν ότι το «καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό» ο «σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός», και η «γεινίαση με νοσοκομείο και γιατρό» είναι τα τρία σημαντικότερα κριτήρια. Ειδικότερα, τα παραπάνω κριτήρια με 76,7% (N=23), 56,7% (N=17) και 53,3% (N=16) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνεπώς οι ερωτώμενοι στο Νομό Ευρυτανίας δίνουν μεγάλη βαρύτητα σε ένα ακόμη παράγοντα, στην προσβασιμότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εξαιτίας της γεωλογικής μορφολογίας του Νομού Ευρυτανίας κυρίως αν αναλογιστεί κανείς τον «Άτλαντα Υγείας» όπου υφίσταται το πιο αραιό δίκτυο ιδιωτικών φαρμακείων και των ιδιωτικών ιατρείων.

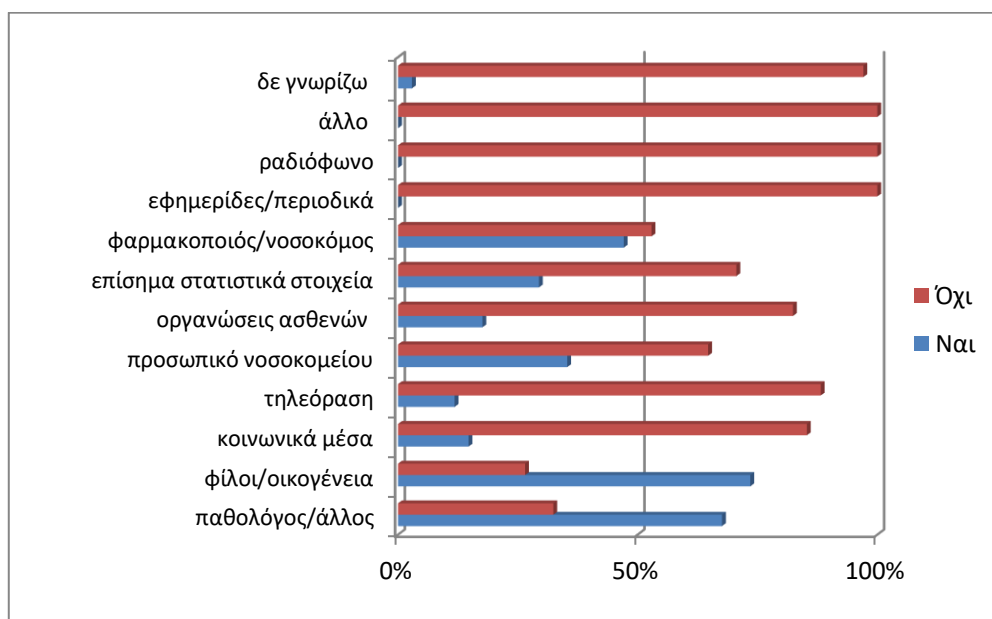
Διάγραμμα 13: Τα τρία σημαντικότερα κριτήρια ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης στο Νομό Ευρυτανίας



Πηγή: database, 2018

Στην επόμενη ερώτηση ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν τις τρεις κύριες πηγές που χρησιμοποιούν ώστε να αναζητήσουν πληροφορίες αναφορικά με την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης. Ξεκινώντας με το Νομό Αττικής προέκυψε ότι οι απαντήσεις «φίλοι/οικογένεια», «παθολόγος ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός» και «φαρμακοποιός ή νοσοκόμος» είναι οι τρεις κύριες πηγές που επηρεάζουν τις αποφάσεις των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι παραπάνω πηγές με 73,5% (N=25 άτομα), 67,6% (N=11 άτομα) και 47,1% (N=16 άτομα) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνεπώς οι ερωτώμενοι δίνουν βαρύτητα στις εμπειρίες και τις γνώσεις που διαθέτουν οι φίλοι ή η οικογένεια τους, ενώ παράλληλα εμπιστεύονται όπως αποδείχθηκε δυο πρόσωπα τον παθολόγο και το φαρμακοποιό τους καθώς πολλές φορές ζητούν την συμβουλή τους σε θέματα υγείας.

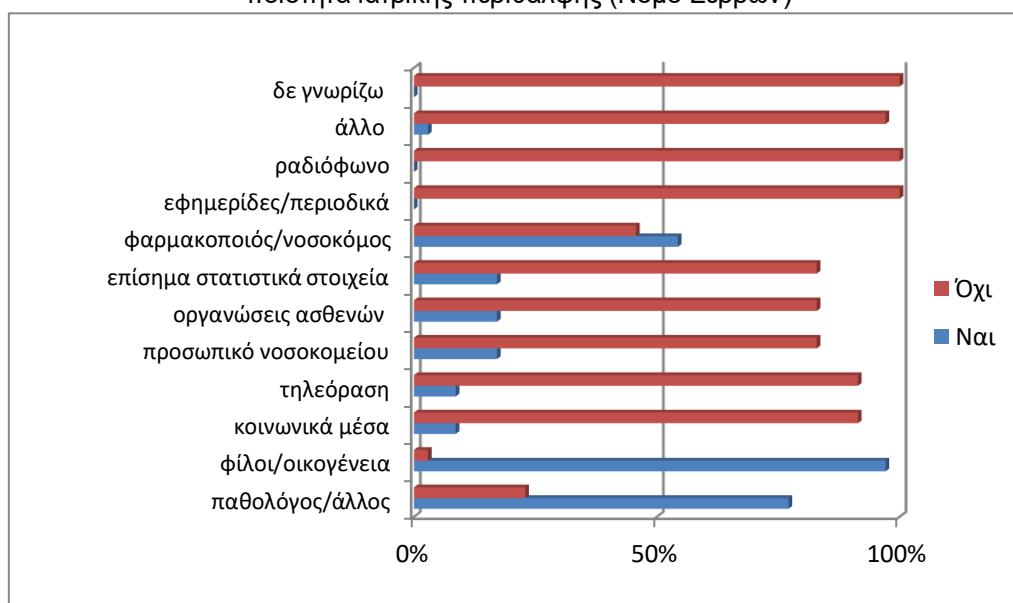
Διάγραμμα 14: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Αττικής)



Πηγή: database, 2018

Επιπρόσθετα, οι ερωτώμενοι του Νομού Σερρών θεωρούν επίσης, ότι το «φίλοι/οικογένεια», ο «παθολόγος ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός» και ο «φαρμακοποιός ή νοσοκόμος» είναι οι τρεις κύριες πηγές που επηρεάζουν τις αποφάσεις των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι παραπάνω πηγές με 97,1% (N=34 άτομα), 77,1% (N=27 άτομα) και 54,3% (N=19 άτομα) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνεπώς οι ερωτώμενοι και αυτοί δίνουν έμφαση στις εμπειρίες και τις γνώσεις που διαθέτουν οι φίλοι ή η οικογένεια τους, ενώ παράλληλα εμπιστεύονται όπως αποδείχθηκε δυο πρόσωπα τον παθολόγο και το φαρμακοποιό τους καθώς πολλές φορές ζητούν την ουσιαστική συμβουλή τους.

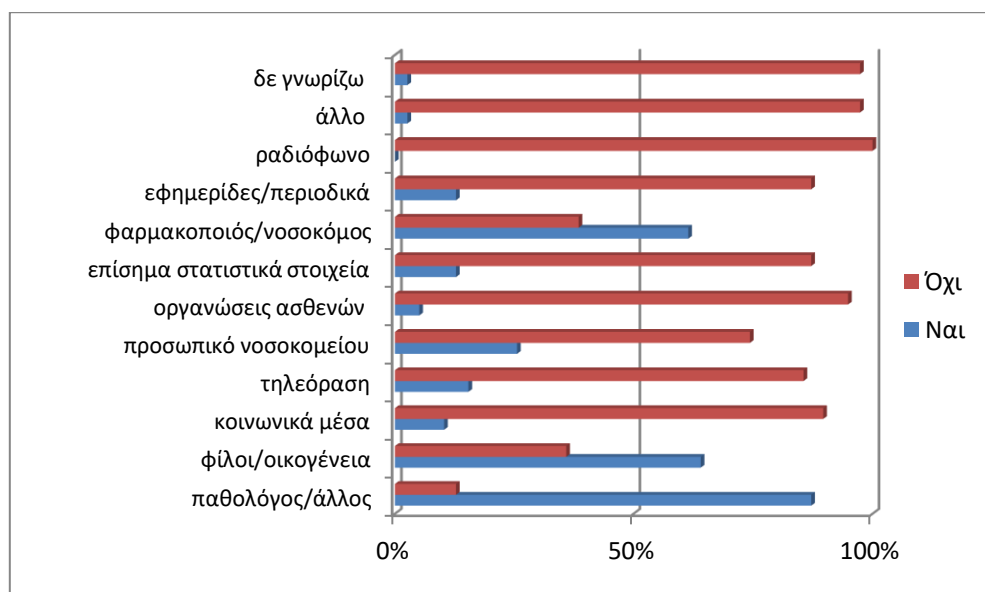
Διάγραμμα 15: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Σερρών)



Πηγή: database, 2018

Επιπρόσθετα, οι ερωτώμενοι του Νομού Σάμου θεωρούν επίσης, ότι ο «παθολόγος ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός», οι «φίλοι/οικογένεια», και ο «φαρμακοποιός ή νοσοκόμος» είναι οι τρεις κύριες πηγές που επηρεάζουν τις αποφάσεις των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι παραπάνω πηγές με 87,2% (N=34 άτομα), 64,1% (N=25 άτομα) και 61,5% (N=24 άτομα) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνεπώς οι ερωτώμενοι και στην περίπτωση αυτή δίνουν έμφαση στις εμπειρίες και τις γνώσεις που διαθέτουν οι φίλοι ή η οικογένεια τους, ενώ παράλληλα εμπιστεύονται όπως αποδείχθηκε δυο πρόσωπα τον παθολόγο και το φαρμακοποιό τους καθώς πολλές φορές ζητούν την ουσιαστική συμβουλή τους.

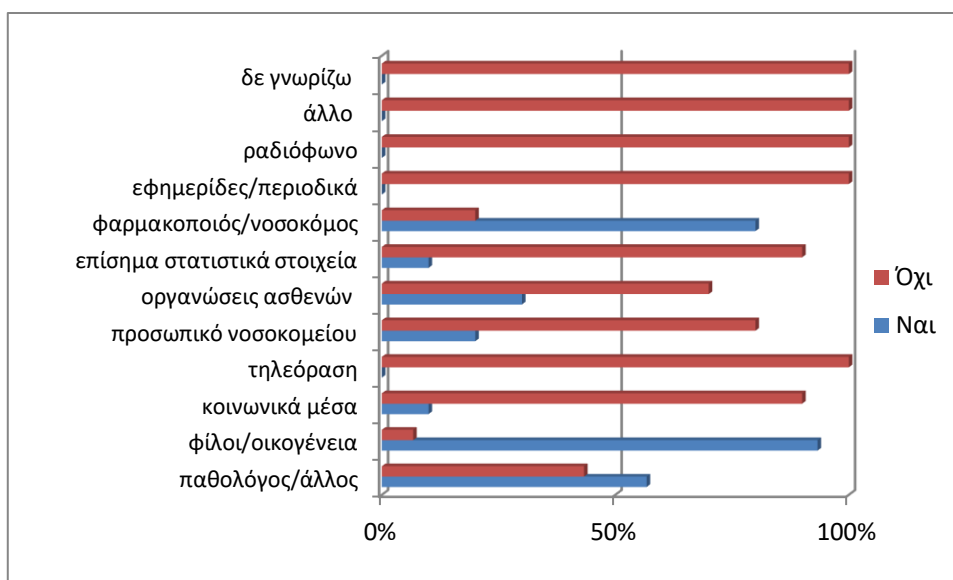
Διάγραμμα 16: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Σάμου)



Πηγή: database, 2018

Τέλος, οι ερωτώμενοι του Νομού Ευρυτανίας δήλωσαν επίσης, ότι οι «φίλοι/οικογένεια», ο «φαρμακοποιός ή νοσοκόμος» και ο «παθολόγος ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός είναι οι τρεις κύριες πηγές που επηρεάζουν τις αποφάσεις των συμμετεχόντων. Οι παραπάνω πηγές με 93.3% (N=28 άτομα), 80% (N=24 άτομα) και 56,7% (N=17 άτομα) συγκέντρωσαν τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά. Συνέπεια των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι πως οι ερωτώμενοι και στην περίπτωση αυτή δίνουν έμφαση στις εμπειρίες και τις γνώσεις που διαθέτουν οι φίλοι ή η οικογένεια τους, ενώ παράλληλα εμπιστεύονται όπως αποδείχθηκε τον παθολόγο και το φαρμακοποιό τους.

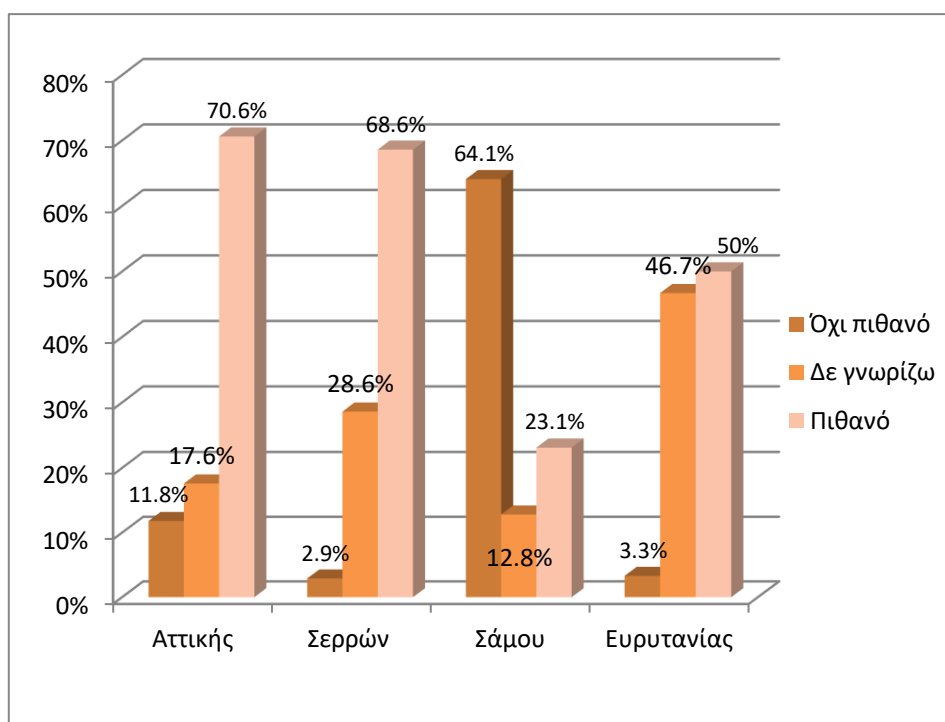
Διάγραμμα 17: Οι τρεις κύριες πηγές για αναζήτηση πληροφοριών ώστε να παρέχεται υψηλή ποιότητα ιατρικής περίθαλψης (Νομό Ευρυτανίας)



Πηγή: database, 2018

Επιπρόσθετα, οι ερωτώμενοι απάντησαν σε μία ακόμη ερώτηση αποτελούμενη από δυο σκέλη. Αρχικά, κλήθηκαν να εκφράσουν τη γνώμη τους αναφορικά με την πρόκληση μιας ζημιάς στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη. Ειδικότερα, σύμφωνα με το διάγραμμα 17 φαίνεται πως η πλειονότητα των ερωτηθέντων στους τέσσερις Νομούς, Αττικής, Σερρών, Σάμου και Ευρυτανίας δήλωσε ότι είναι «πιθανό» να εμφανιστεί ζημιά εξαιτίας της νοσοκομειακής περίθαλψης με ποσοστά 70,6% (N=24 άτομα), 68,6% (N=24 άτομα), 23,1% (N=9 άτομα) και 50% (N=15 άτομα) αντίστοιχα. Η απάντηση τους συνδέεται άμεσα με τις εμπειρίες που διαθέτουν οι ερωτώμενοι και σε ποιο βαθμό έμειναν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας.

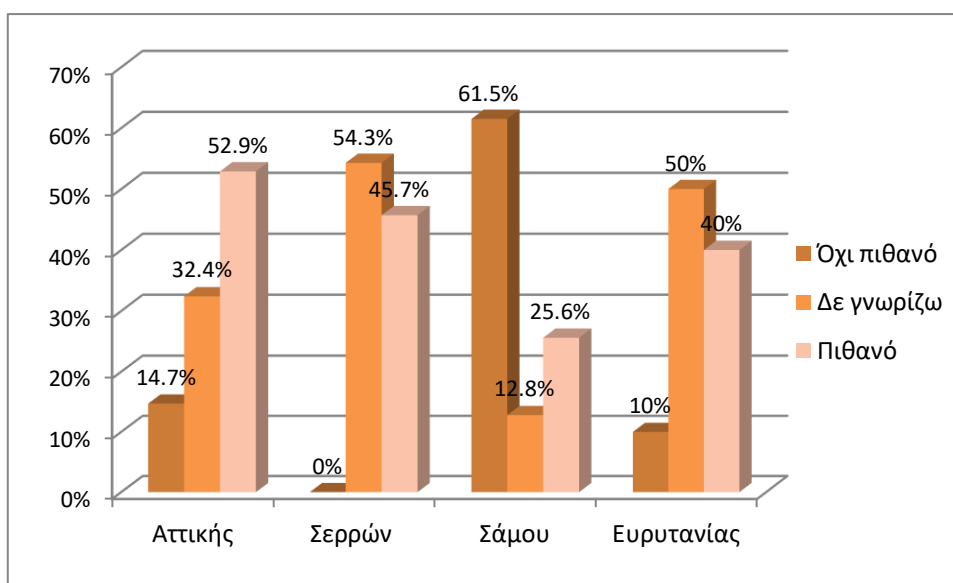
Διάγραμμα 18: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη πρόκληση ζημιάς στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη



Πηγή: database, 2018

Παράλληλα, η επόμενη ερώτηση συνδέεται ξανά με την εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς όμως σε αυτή την περίπτωση εξετάστηκε από τη μη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ειδικότερα, σύμφωνα με το διάγραμμα 18 φαίνεται πως η πλειονότητα των ερωτηθέντων στο Νομό Αττικής δήλωσε ότι είναι «πιθανό» να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από τη παροχή της μη νοσοκομειακής περίθαλψης με ποσοστό 52,9% (N=18 άτομα), το 32,4% (N=11 άτομα) δήλωσε «δε γνωρίζω» και το 14,7% (N=5 άτομα) «όχι πιθανό». Αναφορικά με το Νομό Σερρών το 54,3% σημείωσε «δε γνωρίζω» και ακολουθεί το 45,7% (N=16 άτομα). Στο Νομό Σάμου το 61,5% (N=24 άτομα) υποστήριξε την απάντηση «όχι πιθανό» και ακολουθεί το 25,6% (N=10 άτομα). Τέλος, το 12,8% (N=5 άτομα) δεν απάντησε στην παρούσα ερώτηση. Τελος, η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε «δε γνωρίζω», με ποσοστό 50% (N=15 άτομα), ακολουθεί όσοι δήλωσαν «πιθανό» με ποσοστό 40% (N=12 άτομα) και τέλος όσοι δήλωσαν 10% (N=3 άτομα).

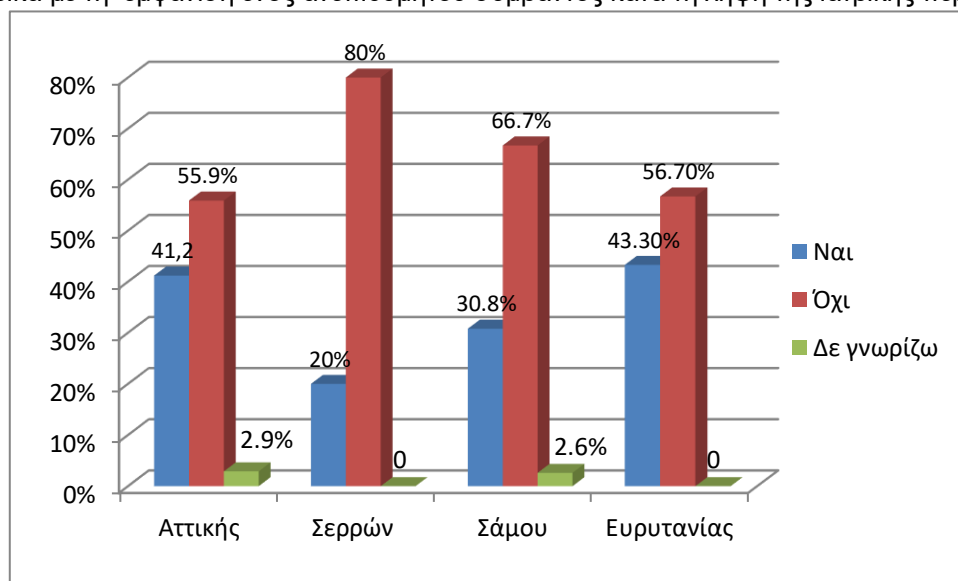
Διάγραμμα 19: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη πρόκληση ζημιάς στους ασθενείς από τη μη νοσοκομειακή περίθαλψη



Πηγή: database, 2018

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τα ανεπιθύμητα συμβάντα που αντιμετώπισαν κατά διαστήματα οι ερωτώμενοι. Ειδικότερα, απάντησαν στην πρόταση αν έχουν βιώσει οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειας τους ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης. Συγκρίνοντας τους τέσσερις Νομούς όπως φαίνεται διαγραμματικά παρακάτω διαπιστώνεται ότι τα ποσοστά αυτών που δε βίωσαν ένα ανεπιθύμητο συμβάν είναι υψηλά στους τέσσερις Νομούς. Στο Νομό Αττικής δήλωσε το 55,9% (N=19 άτομα), στο Νομό Σερρών το 80% (N=28 άτομα), στο Νομό Σάμου το 66,7% (N=26 άτομα) και στο Νομό Ευρυτανίας το 56,7% (N=15 άτομα). Αυτό δείχνει ότι παρά το γεγονός της μαζικής μετανάστευσης του ιατρικού προσωπικού στο εξωτερικό, όσοι παραμένουν στην Ελλάδα φαίνεται να διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ασθενούς.

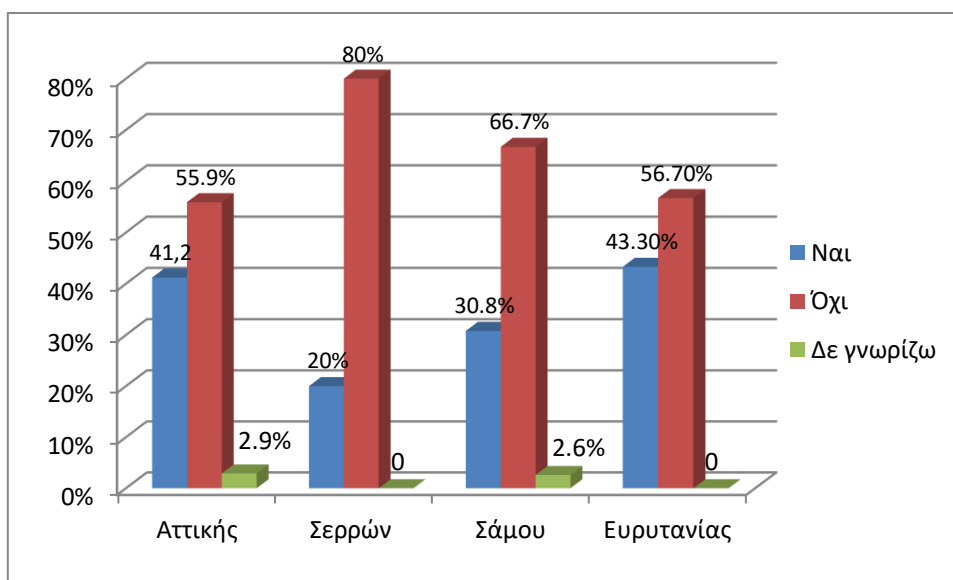
Διάγραμμα 20: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη εμφάνιση ενός ανεπιθύμητου συμβάντος κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης



Πηγή: database, 2018

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε στους ερωτώμενους που απάντησαν καταφατικά στην πρόταση αν έχουν βιώσει οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειας τους ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης. Συγκρίνοντας τους τέσσερις νόμους όπως φαίνεται διαγραμματικά παρακάτω διαπιστώνεται ότι τα ποσοστά αυτών που δε ανέφεραν το ανεπιθύμητο συμβάν είναι υψηλά, ενώ ελάχιστο στο σύνολο ανέφερε το συμβάν. Στο Νομό Αττικής δήλωσε το 55,9% (N=19 άτομα), στο Νομό Σερρών το 80% (N=28 άτομα), στο Νομό Σάμου το 66,7% (N=26 άτομα) και στο Νομό Ευρυτανίας το 56,7% (N=15 άτομα).

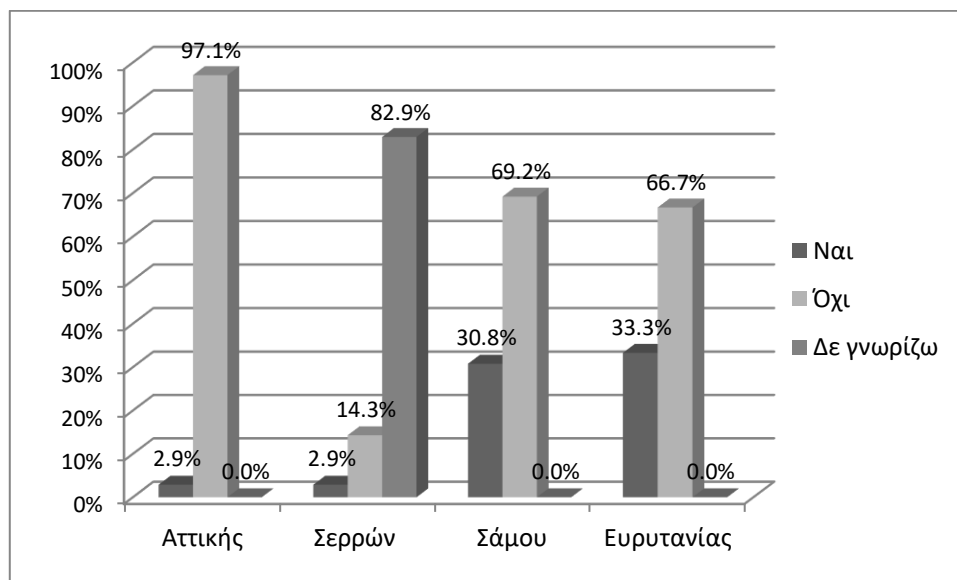
Διάγραμμα 21: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη δήλωση του ανεπιθύμητου συμβάντος κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης



Πηγή: database, 2018

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τη νοσηλεία ή εισαγωγή συγγενικού προσώπου σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας όπως οίκος ευγηρίας, εστία ηλικιωμένων ανά Νομό. Ειδικότερα, στο Νομό Αττικής το ποσοστό των ατόμων που δήλωσε καταφατικά στην ερώτηση ήταν το 2,9% (N=1 άτομο) καθώς η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε αρνητικά με ποσοστό 97,1% (N=33 άτομα), στο Νομό Σερρών το 14,3% (N=5 άτομα) απάντησε «όχι», το 82,9% (N=29 άτομα) δήλωσε «δε γνωρίζω» και μόλις το 2,9% (N=1 άτομο) απάντησε «ναι». Επιπλέον, στο Νομό Σάμου το 69,2% (N=17 άτομα) απάντησε «όχι» και το 30,8% (N=12 άτομα) απάντησε «ναι», τέλος στο Νομό Ευρυτανίας το 66,7% (N=20 άτομα) απάντησε «όχι» και το 33,3% (N=10 άτομα) απάντησε «ναι». Αυτό δείχνει ότι στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια οι οικογένειες λόγω της οικονομικής κρίσης αδυνατούν να στηρίξουν οικονομικά την νοσηλεία ή εισαγωγή συγγενικών τους προσώπων σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, εξαιτίας των επιπλέον εξόδων. Συνεπώς, προτιμούν τα παιδιά ή τα εγγόνια των ηλικιωμένων να επιτρέπουν τη διαμονή στα πατρικά τους για την εξοικονόμηση των εξόδων.

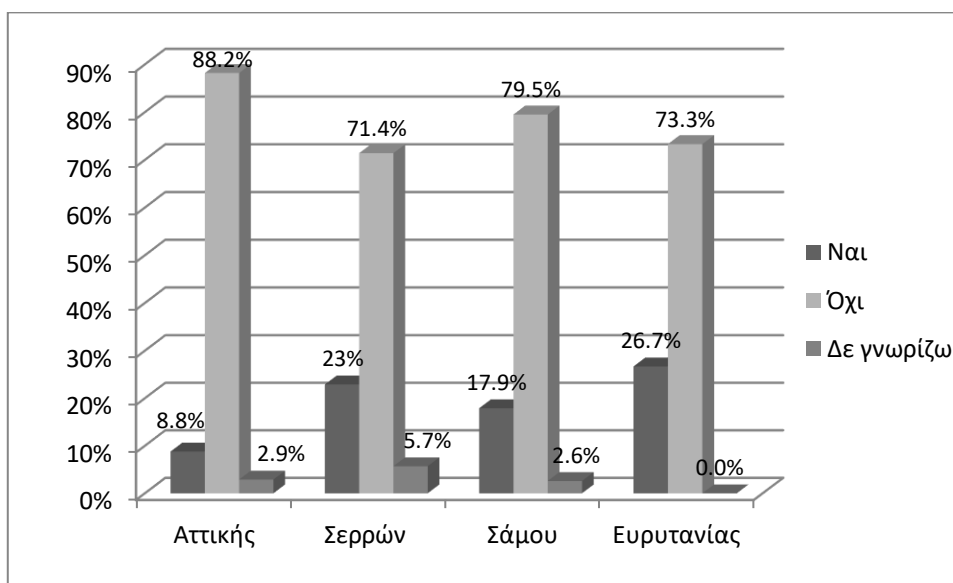
Διάγραμμα 22: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη νοσηλεία ή εισαγωγή συγγενικού προσώπου σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας



Πηγή: database, 2018

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την παροχή πληροφοριών σε κάποιο μέλος της οικογένειας αναφορικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη. Ειδικότερα, στο Νομό Αττικής το 88,2% (N=30 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει λάβει ανάλογες πληροφορίες, το 8,8% (N=3 άτομα) δήλωσε «ναι» και το 2,9% (N=1 άτομο) απάντησε «δε γνωρίζω». Στο Νομό Σερρών το 71,4% (N=25 άτομα) δήλωσε «όχι», το 23% (N=8 άτομα) δήλωσε «ναι» και το 5,7% (N=2 άτομα) απάντησε «δε γνωρίζω». Αναφορικά με το Νομό Σάμου το 79,5% (N=31 άτομα) των ερωτώμενων δήλωσε «όχι», έπεται το 17,9% (N=7 άτομα) «ναι» και το 2,6% (N=1 άτομο) «δε γνωρίζω». Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας το 73,3% (N=22 άτομα) απάντησε «όχι» και ακολουθεί το 26,7% (N=8 άτομα) «ναι».

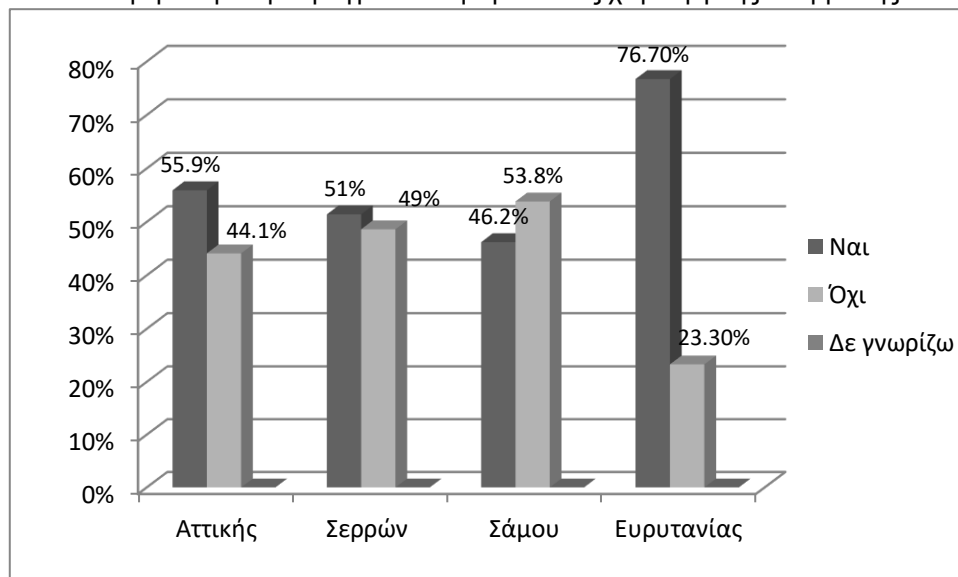
Διάγραμμα 23: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη



Πηγή: database, 2018

Μία ακόμη ερώτηση αφορούσε τη παροχή πληροφοριών σε κάποιο μέλος της οικογένειας αναφορικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη. Ειδικότερα, στο Νομό Αττικής το 55,9% (N=19 άτομα) δήλωσε ότι έχει υποβληθεί αυτός ή κάποιο συγγενικό του πρόσωπο σε χειρουργική επέμβαση, το 44,1% (N=15 άτομα) δήλωσε «όχι». Στο Νομό Σερρών το 51% (N=18 άτομα) δήλωσε «ναι» και το 49% (N=17 άτομα) δήλωσε «όχι». Στο Νομό Σάμου το 53,8% (N=21 άτομα) των ερωτώμενων δήλωσε «όχι» και το 46,2% (N=18 άτομα) «ναι». Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας το 76,7% (N=23 άτομα) απάντησε «ναι» και το 23,3% (N=7 άτομα) «όχι».

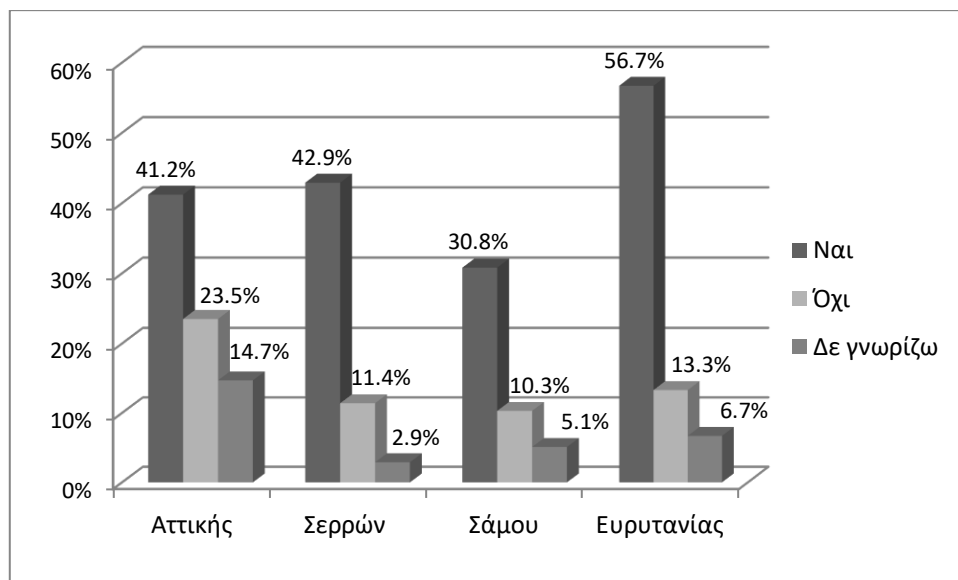
Διάγραμμα 24: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με την πραγματοποίηση κάποιας χειρουργικής επέμβασης



Πηγή: database, 2018

Κλείνοντας το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μια ακόμη ερώτηση η οποία συνδεόταν με την ερώτηση «τα τελευταία τρία χρόνια υποβληθήκατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας σε κάποια χειρουργική επέμβαση». Όσοι από τους ερωτηθέντες απάντησαν καταφατικά κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση αν τους ζητήθηκε από τους αρμόδιους η γραπτή συγκατάθεση για ενδεχόμενες επιπλοκές. Όπως φαίνεται διαγραμματικά παρακάτω στο Νομό Αττικής το 41,2% (N=14 άτομα) δήλωσε ότι τους ζητήθηκε γραπτή συγκατάθεση πριν λάβει χώρα το χειρουργείο, το 23,5% (N=8 άτομα) δήλωσε «όχι» και το 14,7% (N=5 άτομα) απάντησε «δε γνωρίζω». Στο Νομό Σερρών το 42,9% (N=15 άτομα) δήλωσε «ναι», το 11,4% (N=4 άτομα) δήλωσε «όχι» και το 2,9% (N=1 άτομο) «δε γνωρίζω». Στο Νομό Σάμου το 30,8% (N=12 άτομα) των ερωτώμενων δήλωσε «ναι», το 10,3% (N=4 άτομα) «όχι» και το 5,1% «δε γνωρίζω». Τέλος, στο Νομό Ευρυτανίας το 56,7% (N=17 άτομα) απάντησε «ναι», το 13,3% (N=7 άτομα) «όχι» και το 6,7% απάντησε «δε γνωρίζω».

Διάγραμμα 25: Συγκριτική απεικόνιση της άποψης των ερωτώμενων από τους τέσσερις Νομούς αναφορικά με τη γραπτή συγκατάθεση πριν τη χειρουργική επέμβαση



Πηγή: database, 2018

9.2 Σύγκριση των τεσσάρων Νομών με τη χρήση της Anova (Αττικής, Σερρών, Σάμου και Ευρυτανίας)

Άρχικα ορίζονται οι δυο υποθέσεις οι H_0 (μηδενική υπόθεση) και H_1 (εναλλακτική υπόθεση). Η μηδενική υπόθεση είναι η μεταβλητή για την οποία αμφιβάλλουμε και εξετάζουμε αν ένα τυχαίο δείγμα που παίρνουμε από τον πληθυσμό, συμβάλλει στην απόρριψη της έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης. Ειδικότερα, η υπόθεση που θα ελέγξουμε είναι ότι:

$$H_0: \sigma^2_1 = \sigma^2_2 = \sigma^2_3 = \sigma^2_4$$

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$$

$$H_1: \sigma^2_i \neq \sigma^2_j \text{ για τουλάχιστον ένα ζευγάρι } H_1: \mu_i \neq \mu_j,$$

πραγματοποιώντας στατιστικό έλεγχο σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Το κριτήριο «καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό» σύμφωνα με τον πίνακα 1 βρέθηκε ότι το $p\text{-value} = 0,056 > 0,05$, συνεπώς δεν απορρίπτουμε την H_0 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις των μεταβλητών είναι ίσες. Στον πίνακα 2 παρατηρείται ότι το $p\text{-value} = 0 < 0,05$, άρα απορρίπτεται H_0 . Προκύπτει ότι οι μέσες τιμές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά. Οι μέσες τιμές που διαφέρουν στατιστικά σημαντικά αναγράφονται στον πίνακα 3. Ειδικότερα, η πρώτη περίπτωση που θα εξεταστεί είναι ο Νομός Αθήνας και ο Νομός Σερρών. Βρέθηκε ότι το $p\text{-value} = 0 < 0,05$, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση H_0 άρα οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στους δυο αυτούς Νομούς. Επίσης, εξετάστηκαν οι Νομοί Αθήνα και Σάμου, όπου προέκυψε ότι το $p\text{-value} = 0,799 > 0,05$, συνεπώς δεν απορρίπτουμε την H_0 και οι μέσες τιμές δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά. Συγκρίνοντας τους Νομούς Σερρών και Ευρυτανίας προέκυψε ότι το $p\text{-value} = 0,001 < 0,05$ συνεπώς απορρίπτεται η H_0 άρα οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δυο Νομών. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι Νομοί Σάμου και Αθήνας και προέκυψε ότι το $p\text{-value} = 0,637 > 0,05$, συνεπώς οι μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά, καθώς δεν απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση. Τέλος, αναλύθηκε ο Νομός Ευρυτανίας με το Νομό Σάμου. Επειδή το $p\text{-value} = 0,809 < 0,05$, συνεπώς η μηδενική υπόθεση δεν απορρίφθηκε και οι μέσες τιμές μεταξύ των δυο Νομών δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

Πίνακας 1: Test of Homogeneity of Variances για το κριτήριο «Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό»

Levene Statistic	Sig.
2,584	,056

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 2: ANOVA για το κριτήριο «Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό»

	Sum of Squares	df	F	Sig.
Between Groups	4,763	3	6,899	,000
Within Groups	30,838	134		
Total	35,601	137		

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 3: Multiple Comparisons για το κριτήριο «Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό»

LSD

(I) ΝΟΜΟΣ	(J) ΝΟΜΟΣ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ΑΘΗΝΑΣ	ΣΕΡΡΩΝ	,452*	,116	,000	,22	,68
	ΣΑΜΟΥ	,029	,113	,799	-,19	,25
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	,057	,120	,637	-,18	,29
ΣΕΡΡΩΝ	ΑΘΗΝΑΣ	-,452*	,116	,000	-,68	-,22
	ΣΑΜΟΥ	-,423*	,112	,000	-,64	-,20
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	-,395*	,119	,001	-,63	-,16
ΣΑΜΟΥ	ΑΘΗΝΑΣ	-,029	,113	,799	-,25	,19
	ΣΕΡΡΩΝ	,423*	,112	,000	,20	,64
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	,028	,116	,809	-,20	,26
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΑΘΗΝΑΣ	-,057	,120	,637	-,29	,18
	ΣΕΡΡΩΝ	,395*	,119	,001	,16	,63
	ΣΑΜΟΥ	-,028	,116	,809	-,26	,20

Πηγή: database, 2018

Το κριτήριο «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός» σύμφωνα με τον πίνακα 4 βρέθηκε ότι το $p\text{-value}=0,292>0,05$, συνεπώς δεν απορρίπτουμε την H_0 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις των μεταβλητών είναι ίσες. Στον πίνακα 5 παρατηρείται ότι το $p\text{-value}=0,013<0,05$, άρα απορρίπτεται H_0 . Προκύπτει ότι οι μέσες τιμές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά. Οι μέσοι που διαφέρουν στατιστικά σημαντικά αναγράφονται στον πίνακα 6. Ειδικότερα, η πρώτη περίπτωση που θα εξεταστεί είναι ο Νομός Αθήνας και ο Νομός Σερρών. Βρέθηκε ότι το $p\text{-value}=0,011<0,05$, συνεπώς απορρίπτεται η H_0 άρα οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στους δυο αυτούς Νομούς. Επίσης, εξετάστηκαν οι Νομοί Αθήνα και Σάμου, όπου προέκυψε ότι το $p\text{-value}=0,668>0,05$, συνεπώς δεν απορρίπτουμε την H_0 και οι μέσες τιμές δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά για το κριτήριο «σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός». Συγκρίνοντας τους Νομούς Σερρών και Ευρυτανίας προέκυψε ότι το $p\text{-value}=0,039<0,05$ συνεπώς απορρίπτεται η H_0 άρα οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δυο Νομών. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι Νομοί Σάμου και Σερρών προέκυψε ότι το $p\text{-value}=0,002<0,05$, συνεπώς οι μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά, καθώς απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση (H_0). Τέλος, αναλύθηκε ο Νομός Ευρυτανίας με το Νομό Σάμου. Επειδή το $p\text{-value}=0,398>0,05$, συνεπώς η μηδενική υπόθεση δεν απορρίφθηκε και οι μέσες τιμές μεταξύ των δυο Νομών δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

Πίνακας 4: Test of Homogeneity of Variances για τη μεταβλητή «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός»

Levene Statistic	Sig.
1,256	0,292

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 5: ANOVA για τη μεταβλητή «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός»

	Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί ελευθερίας	ελεγχοσυνάρτηση	Sig.
Δοκιμασίες	2,634	3	3,722	0,013
Υπόλοιπο	31,606	134		
Σύνολο	34,239	137		

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 6: Multiple Comparisons για τη μεταβλητή «Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός»

(I) ΝΟΜΟΣ	(J) ΝΟΜΟΣ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ΑΘΗΝΑΣ	ΣΕΡΡΩΝ	,303*	,117	,011	,07	,53
	ΣΑΜΟΥ	-,049	,114	,668	-,27	,18
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	,051	,122	,676	-,19	,29
ΣΕΡΡΩΝ	ΑΘΗΝΑΣ	-,303*	,117	,011	-,53	-,07
	ΣΑΜΟΥ	-,352*	,113	,002	-,58	-,13
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	-,252*	,121	,039	-,49	-,01
ΣΑΜΟΥ	ΑΘΗΝΑΣ	,049	,114	,668	-,18	,27
	ΣΕΡΡΩΝ	,352*	,113	,002	,13	,58
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	,100	,118	,398	-,13	,33
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΑΘΗΝΑΣ	-,051	,122	,676	-,29	,19
	ΣΕΡΡΩΝ	,252*	,121	,039	,01	,49
	ΣΑΜΟΥ	-,100	,118	,398	-,33	,13

Πηγή: database, 2018

Τέλος, μελετήθηκε μία από τις κύριες πηγές που χρησιμοποιούν οι πολίτες προκειμένου να αναζητήσουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης, αυτή είναι η μεταβλητή «φίλοι/οικογένεια». Σύμφωνα με τον πίνακα 7 βρέθηκε ότι το $p\text{-value}=0,000<0,05$, συνεπώς απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση (H_0) δεχόμεστε την εναλλακτική H_1 . Προκύπτει ότι οι διακυμάνσεις των μεταβλητών είναι δεν είναι ίσες. Συνεπώς είναι αδύνατο να εφαρμοστεί η Ανονα. Για το λόγο αυτό θα συγκρίνουμε τις μέσες τιμές για κάθε Νομό έχοντας υπόψιν ότι οι διασπορές είναι διαφορετικές. Στον πίνακα 9 παρατηρείται ότι το $p\text{-value}=0,000<0,05$, άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0). Στη συνέχεια χρειάζεται να συγκριθούν οι διασπορές ανά δυο Νομούς. Ειδικότερα, στον πίνακα 10 απεικονίζονται οι διασπορές. Η πρώτη περίπτωση που θα εξεταστεί είναι ο Νομός Αθήνας και ο Νομός Σερρών. Βρέθηκε ότι το $p\text{-value}=0,037<0,05$, συνεπώς απορρίπτεται η H_0 άρα οι διασπορές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά στους δυο αυτούς Νομούς. Επίσης, εξετάστηκαν οι Νομοί Αθήνας και Ευρυτανίας, όπου προέκυψε ότι το $p\text{-value}=0,175>0,05$, συνεπώς δεν απορρίπτουμε την H_0 και οι διασπορές δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά για κύρια πηγή πληροφόρησης σχετικά με την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης «φίλοι/οικογένεια». Συγκρίνοντας τους Νομούς Σερρών και Σάμου προέκυψε ότι το $p\text{-value}=0,001<0,05$ συνεπώς απορρίπτεται η H_0 άρα οι διασπορές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δυο Νομών. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι Νομοί Σάμου και Ευρυτανίας προέκυψε ότι το $p\text{-value}=0,012<0,05$, συνεπώς οι διασπορές διαφέρουν στατιστικά σημαντικά, καθώς απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση (H_0). Τέλος, αναλύθηκε ο Νομός Ευρυτανίας με το Νομό Σερρών. Επειδή το $p\text{-value}=0,982>0,05$, συνεπώς η μηδενική υπόθεση δεν απορρίφθηκε και οι διασπορές μεταξύ των δυο Νομών δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

Πίνακας 7: Test of Homogeneity of Variances για τη μεταβλητή «φίλοι/οικογένεια»

Levene Statistic	Sig.
41,596	,000

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 8: ANOVA για τη μεταβλητή «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια»

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,671	3	,890	6,474	,000
Within Groups	18,430	134	,138		
Total	21,101	137			

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 9: Robust Tests of Equality of Means «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια»

	Statistic	df1	df2	Sig.
Brown-Forsythe	6,810	3	99,370	,000

Πηγή: database, 2018

Πίνακας 10: Multiple Comparisons «αναζήτηση πληροφοριών για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τους φίλους/οικογένεια»

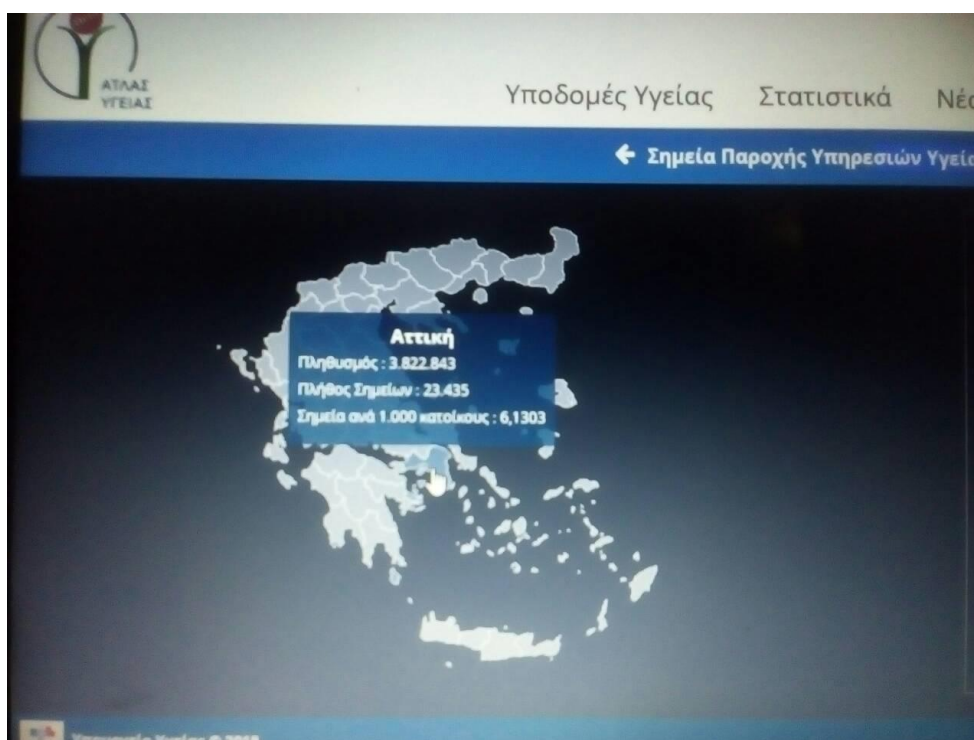
Tamhane

(I) ΠΕΡΙΟΧΗ	(J) ΠΕΡΙΟΧΗ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ΑΘΗΝΑΣ	ΣΕΡΡΩΝ	-,236*	,082	,037	-,46	-,01
	ΣΑΜΟΥ	,094	,109	,949	-,20	,39
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	-,198	,090	,175	-,44	,05
ΣΕΡΡΩΝ	ΑΘΗΝΑΣ	,236*	,082	,037	,01	,46
	ΣΑΜΟΥ	,330*	,083	,001	,10	,56
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	,038	,054	,982	-,11	,19
ΣΑΜΟΥ	ΑΘΗΝΑΣ	-,094	,109	,949	-,39	,20
	ΣΕΡΡΩΝ	-,330*	,083	,001	-,56	-,10
	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	-,292*	,091	,012	-,54	-,05
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΑΘΗΝΑΣ	,198	,090	,175	-,05	,44
	ΣΕΡΡΩΝ	-,038	,054	,982	-,19	,11
	ΣΑΜΟΥ	,292*	,091	,012	,05	,54

Πηγή: database, 2018

9.3 Σημεία Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για τους τέσσερις εξεταζόμενους Νομούς (Αττικής, Σερρών, Σάμου και Ευρυτανίας)

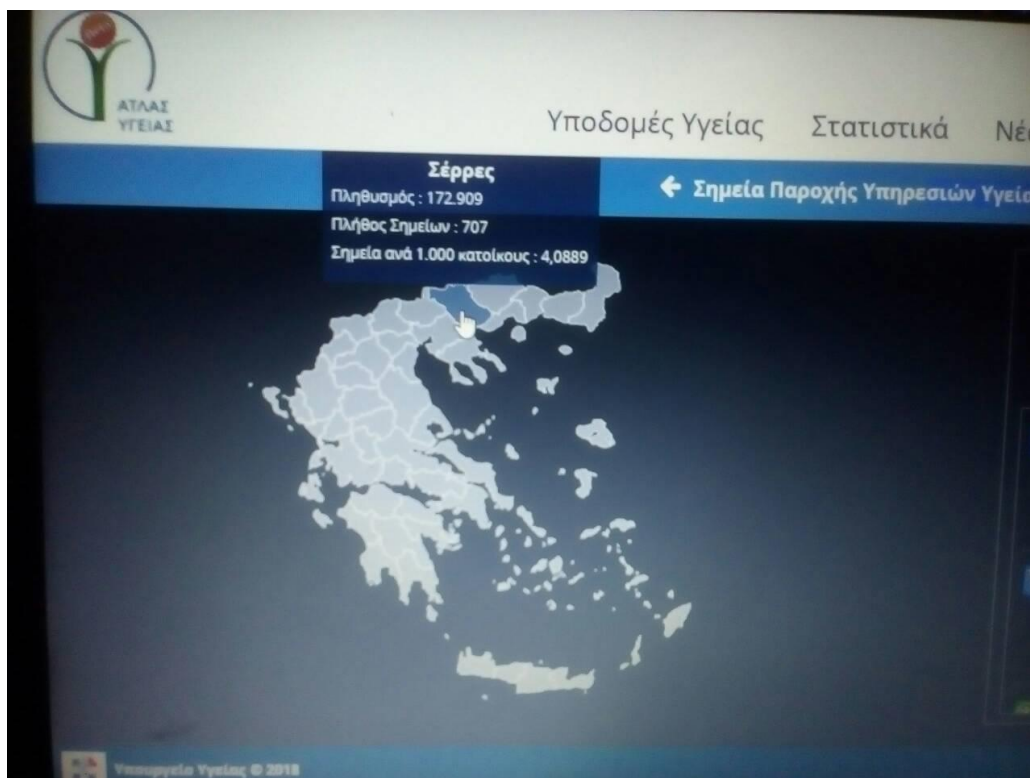
Σύμφωνα με τον Άτλαντα Υγείας απεικονίζονται τα σημεία παροχής Υπηρεσιών Υγείας για το Νομό Αττικής. Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται το πλήθος των σημείων (23.435) που καταγράφονται στο Νομό αναλογικά με το συνολικό πληθυσμό (3.822.843), αλλά και τον αριθμό των συνολικών σημείων που αντιστοιχούν ανά 1000 κάτοικοι (6,1303). Στο χάρτη αναγράφονται τα είδη των Υπηρεσιών Υγείας που έχουν δυνατότητα πρόσβασης όπως χαρακτηριστικά είναι ιδιωτικό ιατρείο, οδοντιατρείο, φαρμακείο, διαγνωστικό κέντρο, αποκατάσταση και αποθεραπεία, πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας, μονάδα ψυχικής υγείας, μονάδα εξειδικευμένης φροντίδας, αιμοκάθαρση και αιμοδοσία, ιδιωτικό πολυϊατρείο, διοικητική υπηρεσία, ιδιωτική κλινική και νοσοκομείο (<https://healthatlas.gov.gr>).



Εικόνα 1: Απεικόνιση του νομού Αττικής σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας

Πηγή: Άτλας Υγείας

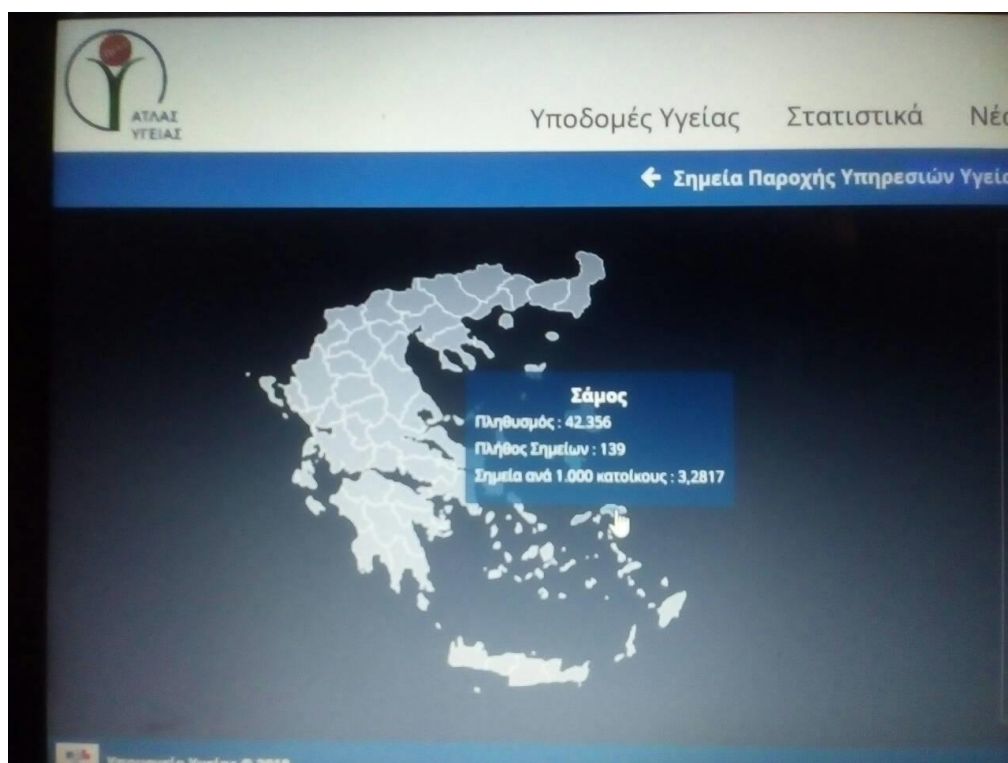
Στην εικόνα 2 παρουσιάζεται το πλήθος των σημείων (707) που καταγράφονται στο Νομό Σερρών αναλογικά με το συνολικό πληθυσμό (172.909), αλλά και τον αριθμό των συνολικών σημείων που αντιστοιχούν ανά 1000 κάτοικοι (4,0889). Διαπιστώνεται ότι ο Νομός Σερρών είναι μια μικρή αστική περιοχή για τον λόγο αυτό το πλήθος των σημείων πρόσβασης είναι ελάχιστος συγκριτικά με το Νομό Αττικής που χαρακτηρίζεται ως μεγάλο αστικό κέντρο. Σύμφωνα με το χάρτη στο Νομό Σερρών καταγράφονται τα παρακάτω είδη Υπηρεσιών Υγείας όπου οι πολίτες έχουν δυνατότητα πρόσβασης. Ειδικότερα, ιδιωτικό ιατρείο, φαρμακείο, οδοντιατρείο, πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας, αποκατάσταση και αποθεραπεία, διαγνωστικό κέντρο, μονάδα εξειδικευμένης φροντίδας, αιμοκάθαρση και αιμοδοσία, διοικητική υπηρεσία, μονάδα ψυχικής υγείας, ιδιωτική κλινική και νοσοκομείο (<https://healthatlas.gov.gr>).



Εικόνα 2: Απεικόνιση του νομού Σερρών σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας

Πηγή: Άτλας Υγείας

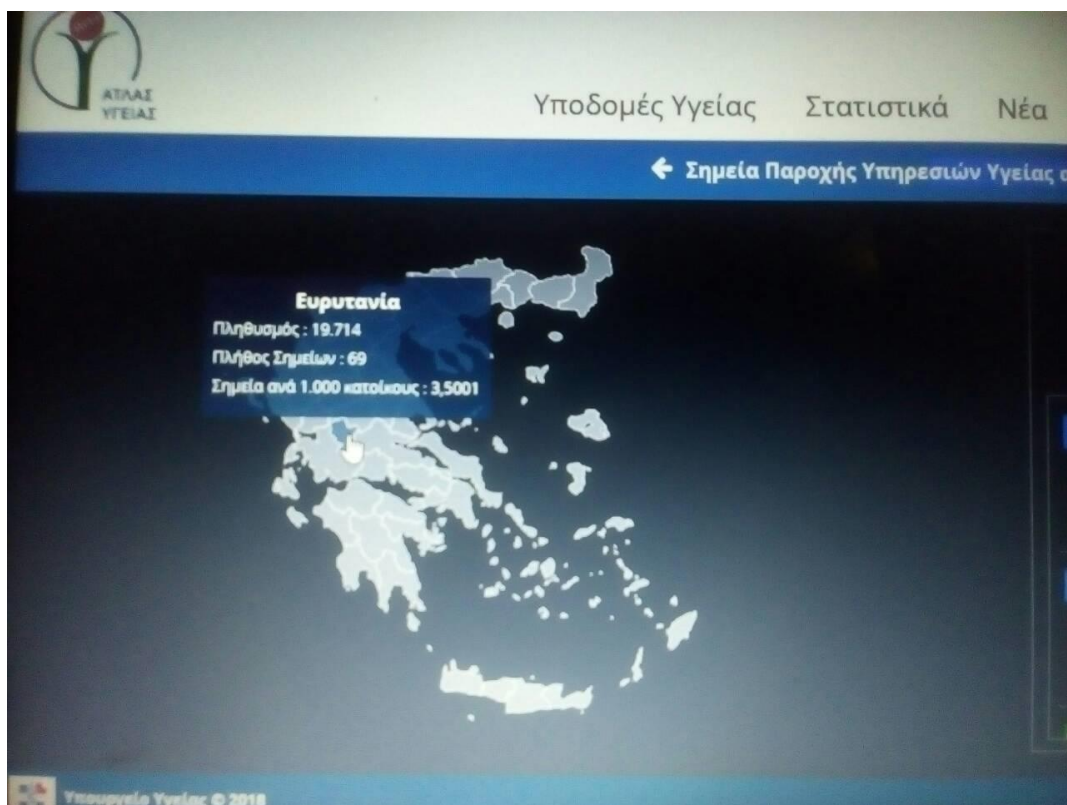
Στην εικόνα 3 παρουσιάζεται το πλήθος των σημείων (139) που καταγράφονται στο Νομό Σάμο, ο οποίος ανήκει σε νησιωτική περιοχή και τα σημεία πρόσβασης είναι λιγότερα εξαιτίας της γεωλογικής μορφολογίας των νησιών. Ειδικότερα, ο συνολικός πληθυσμός είναι 172.909 και ο αριθμός των σημείων που αντιστοιχούν ανά 1000 κάτοικοι είναι 4,0889. Διαπιστώνεται ότι στο Νομό Σάμου παρατηρούνται τα παρακάτω είδη Υπηρεσιών Υγείας όπου οι κάτοικοι του νησιού έχουν δυνατότητα πρόσβασης, ιδιωτικό ιατρείο, φαρμακείο, οδοντιατρείο, πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας, αποκατάσταση και αποθεραπεία, διαγνωστικό κέντρο, μονάδα ψυχικής υγείας, διοικητική υπηρεσία, νοσοκομείο, αιμοκάθαρση και αιμοδοσία. (<https://healthatlas.gov.gr>).



Εικόνα 3: Απεικόνιση του νομού Σάμου σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας

Πηγή: Άτλας Υγείας

Στην εικόνα 4 παρουσιάζεται το πλήθος των σημείων (69) που καταγράφονται στο Νομό Ευρυτανίας αναλογικά με το συνολικό πληθυσμό (19,714), αλλά και πόσα σημεία αντιστοιχούν ανά 1000 κάτοικοι (3,5001). Διαπιστώνεται ότι ο Νομός Ευρυτανίας ανήκει στο γεωγραφικό διαμέρισμα της Στερεάς Ελλάδας και εξαιτίας της γεωλογικής μορφολογίας η πρόσβαση των πολιτών είναι δύσβατη και αυτό διαπιστώνεται από τον περιορισμένο αριθμό σημείων παροχής πρόσβασης. Σύμφωνα με το χάρτη στο Νομό Ευρυτανίας καταγράφονται οι παρακάτω Υπηρεσίες πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας, ιδιωτικό ιατρείο, φαρμακείο, οδοντιατρείο, αποκατάσταση και αποθεραπεία, διαγνωστικό κέντρο, διοικητική υπηρεσία, μονάδα εξειδικευμένης φροντίδας, μονάδα ψυχικής υγείας, νοσοκομείο και αιμοκάθαρση και αιμοδοσία, (<https://healthatlas.gov.gr>).



Εικόνα 4: Απεικόνιση του νομού Ευρυτανίας σύμφωνα με τον Άτλας Υγείας

Πηγή: Άτλας Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας ήταν η καταγραφή των γνώσεων και των απόψεων του γεροντικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών σε τέσσερις Νομούς της Ελλάδας αναφορικά με την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας και τη δυνατότητα της πρόσβασης σε αυτές την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Για τη διεξαγωγή της εμπειρικής έρευνας συμμετείχαν 34 άτομα από το Νομό Αττικής, 35 άτομα από το Νομό Σερρών, 39 άτομα από το Νομό Σάμου και 30 άτομα από το Νομό Ευρυτανίας. Γεγονός είναι ότι η επιλογή των ερωτηθέντων έγινε τυχαία, όπως ακριβώς διαπιστώνεται και στις προγενέστερες έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στο κεφάλαιο «βιβλιογραφική ανασκόπηση». Τα αποτελέσματα για τη μεταβλητή «φύλο» έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στους τέσσερις Νομούς ήταν γυναίκες όπως διαπιστώνεται επίσης στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες είναι πιο πρόθυμες συγκριτικά με τους άνδρες να συμμετέχουν σε μία έρευνα. Επίσης, οι περισσότεροι ερωτώμενοι ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών, ενώ παράλληλα το επίπεδο μόρφωσης του δείγματος στους τέσσερις Νομούς ήταν κυρίως απόφοιτοι Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου. Η ανάλυση της οικογενειακής κατάστασης έδειξε ότι το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι και η εργασιακή κατάσταση των περισσότερων ήταν συνταξιούχοι. Τέλος, ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι διαθέτουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη, σε μία χώρα που το φαινόμενο της ανεργίας και της αδήλωτης εργασίας παρατηρούνται σε υψηλό βαθμό.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου επικεντρώνεται στην ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας εξετάζοντας αναλυτικά κάθε Νομό. Ειδικότερα, τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ερωτώμενοι στους Νομούς Σερρών και Σάμου χαρακτήρισαν την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης ως «κακή» με ποσοστά 71,4% και 74,4% αντίστοιχα, ενώ παράλληλα στους Νομούς Αττικής και Ευρυτανίας το ποσοστό ήταν 52,9% και 56,7% αντίστοιχα. Είναι γεγονός ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτώμενων για την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης είναι χαμηλός. Αυτό οφείλεται κυρίως στις περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημόσιων υγειονομικών δομών και στην αναστολή νέων προσλήψεων. Το ίδιο συμπέρασμα

εξήχθη επίσης στις προγενέστερες μελέτες καθώς στο σύνολο των εξεταζόμενων άρθρων οι πολίτες που συμμετείχαν στις έρευνες δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας.

Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι σημείωσαν ότι η ποιότητα της Ελλάδας συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης είναι «χειρότερη». Συνεπώς, προκύπτει πως οι ερωτώμενοι δεν είναι ευχαριστημένοι τα τελευταία χρόνια από την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας καθώς η χώρα βιώνει ακόμη τις συνέπειες των μνημονιακών επιταγών. Στο Νομό Ευρυτανίας το ποσοστό ήταν 93,3%, ακολουθεί ο Νομός Σάμου και έπειτα οι άλλοι δύο Νομοί. Αυτό οφείλεται στη γεωγραφική θέση του κάθε Νομού και στο βαθμό ευκολίας πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας. Επίσης, ενδιαφέρον παρουσίασαν οι ερωτήσεις σχετικά με τα τρία σημαντικά κριτήρια παροχής ιατρικής περίθαλψης αλλά και τις τρεις κύριες πηγές πληροφόρησης της. Ειδικότερα, στους Νομούς Αττικής και Σάμου οι ερωτώμενοι δίνουν μεγάλη βαρύτητα στις γνώσεις του ιατρικού προσωπικού, στην εφαρμογή μιας αποτελεσματικής θεραπείας και στο σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό. Στο Νομό Σερρών τα τρία σημαντικά κριτήρια που προέκυψαν από τη μελέτη ήταν το δικαίωμα που κατέχει κάθε ασθενής με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του, η μείωση του χρόνου αναμονής στις λίστες (οι Zarei et al., 2014) και τα εμφανή αποτελέσματα μιας θεραπείας. Σε ένα ακόμη κριτήριο δίνεται έμφαση κυρίως στο Νομό της Ευρυτανίας, η γεινίαση με το νοσοκομείο και το γιατρό, καθώς λόγω της μορφολογίας του Νομού και της έλλειψης πλήρους οδικού δικτύου η πρόσβαση των ηλικιωμένων είναι δύσβατη. Είναι γεγονός ότι τα παραπάνω στοιχεία εμφανίζονται και σε άλλη έρευνα (Karassavidou et al., 2013).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι τρεις κύριες πηγές για την αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης ήταν οι «φίλοι/οικογένεια», ο «φαρμακοποιός ή νοσοκόμος», ο «παθολόγος ή κάποιος ειδικός γιατρός και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης όπως τηλεόραση, περιοδικά, στατιστικά στοιχεία, ενημερωτικά φυλλάδια. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν από τις προγενέστερες έρευνες που έλαβαν χώρα από τους Boyer et al., (2006) και Karassavidou et al., (2013). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δε βίωσαν ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης. Αυτό δείχνει πως παρά το γεγονός της μαζικής μετανάστευσης του ιατρικού προσωπικού στο εξωτερικό, όσοι από το προσωπικό παραμένουν έως και σήμερα στην Ελλάδα

φαίνεται να διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν πως η πλειονότητα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι δε βίωσαν ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα ο ελάχιστος αριθμός που δήλωσε ότι βίωσε ένα ανεπιθύμητο συμβάν δε το ανέφερε ο ίδιος ή η οικογένεια στους αρμόδιους και στο ιατρικό προσωπικό. Τέλος, ενδιαφέρον είχε η επόμενη ερώτηση αν νοσηλεύτηκε συγγενικό πρόσωπο των ερωτώμενων σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά, καθώς στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια οι οικογένειες λόγω της οικονομικής κρίσης αδυνατούν να στηρίξουν οικονομικά τη νοσηλεία ή την εισαγωγή συγγενικών τους προσώπων εξαιτίας των επιπρόσθετων εξόδων που είναι αδύνατο να καλύψουν. Επιπλέον, στην έρευνα αυτή προέκυψε ότι το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι τους παρέχονται οι απαραίτητες πληροφορίες αναφορικά με τον κίνδυνο λοίμωξης ήταν υψηλό, κυρίως στο Νομό Ευρυτανίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι ερωτώμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα από τους τέσσερις Νομούς δήλωσαν ότι τα τρία τελευταία χρόνια οι ίδιοι ή κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση. Ειδικότερα, το ποσοστό ήταν υψηλό στο Νομό Ευρυτανίας (56,7%) και έπειτα ακολούθησαν οι υπόλοιποι τρεις Νομοί.

Τέλος, το κεφάλαιο της εμπειρικής ανάλυσης έκλεισε με τη σύγκριση των Νομών. Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι μέσοι όροι και οι διασπορές των τεσσάρων Νομών με τη χρήση της μεθόδου Anova, ορίζοντας αρχικά δυο υποθέσεις, τη μηδενική H_0 και την εναλλακτική υπόθεση H_1 . Με βάση το p -value υπήρχε η δυνατότητα να απορριφθεί ή όχι η μηδενική υπόθεση. Ειδικότερα, από την έρευνα προέκυψε ότι οι διασπορές των Νομών Αττικής και Σερρών ήταν ίσες και οι μέσοι όροι δε βγήκαν στατιστικά σημαντικοί. Ομοίως οι Νομοί Ευρυτανίας και Σάμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία προσπάθεια συμβολής στην κουβέντα που έχει ανοίξει τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, από το 2008 και μετά. Η υπάρχουσα οικονομική κρίση και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές των μνημονίων δεν προκάλεσαν τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει το Ελληνικό σύστημα υγείας. Τα προβλήματα προϋπήρχαν και η κρίση ίσως τα όξυνε. Οι δεσμεύσεις της Ελλάδας απέναντι στους δανειστές, την ανάγκασε, ίσως λίγο βίαια, να αντικρύσει η μεγαλύτερη μερίδα πολιτών την πραγματικότητα και να δράσει για την επίλυση των προβλημάτων. Εμφανείς οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, κυρίως στους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών, άτομα που χρειάζονται περισσότερη υγειονομική περίθαλψη από ότι τα νεώτερης ηλικίας άτομα λόγω της συχνότητας των σοβαρών ασθενειών. Ο περιορισμός των δαπανών υγείας καθιστά αναγκαία τη συνεισφορά τριών παραγόντων της πρόληψης, της αγωγής και της προαγωγής υγείας με στόχο την ευεξία του πληθυσμού. Στα συμπεράσματα που κατέληξε αυτή η μελέτη είναι ότι ο βαθμός ικανοποίησης του γεροντικού πληθυσμού είναι χαμηλός. Με δεδομένη την επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης των τελευταίων χρόνων οι πολίτες προσπαθούν να προσαρμοστούν στις νέες αλλαγές που έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα, οι συγχωνεύσεις των τμημάτων, το πάγωμα νέων προσλήψεων, οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, οι μειώσεις στους μισθούς, η κατάργηση των επιδομάτων, οι αλλαγές στην τιμολόγηση των φαρμάκων, η μείωση των δαπανών σε τέσσερις βασικές κατηγορίες όπως ορθοπεδικού υλικού, φαρμάκων, χημικών και αντιδραστηρίων και η υποβάθμιση της λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι αναγκαίο να διαμορφωθεί εθνική πολιτική υγείας που θα διερευνά και θα προτείνει λύσεις και θα έχει μια συνέχεια, χωρίς να εξυπηρετεί μικροπολιτικά συμφέροντα, αλλά μόνο το συμφέρον του πολίτη και το δικαίωμά του για ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας, για να υπάρξει ένα οικονομικά βιώσιμο, αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

Είναι αναγκαίο να διασφαλιστούν μελλοντικά:

- ❖ Η ριζική αναδιάρθρωση του συστήματος βασισμένη στην οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, γενικοί – οικογενειακοί

γιατροί. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού Συστήματος Υγείας είναι διευρυμένος.

- ❖ Η άμεση δημιουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού σε όλα τα Κέντρα Υγείας, με την αποτελεσματική αξιοποίηση των γενικών γιατρών και των ειδικών τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα.
- ❖ Ένα σύστημα προσανατολισμένο στις ανάγκες του ασθενή, ικανό να τον κατευθύνει και να του εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας υγείας
- ❖ Ο εξορθολογισμός του συστήματος, του τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και ορθή κατανομή των οικονομικών πόρων.
- ❖ Η αξιολόγηση και η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού με βάση τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών. Η επικέντρωση σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να λύσει πολλαπλά προβλήματα που προέρχονται από αυτό. Ειδικότερα, η εκπαίδευση και η κατάρτιση του προσωπικού θα πρέπει να είναι πολύπλευρη και να περιλαμβάνει την αναγνώριση και την κατανόηση των αναγκών όλων των πολιτών όχι μόνο σε επίπεδο φροντίδας αλλά και ψυχολογικά και κοινωνικά.
- ❖ Η σύγχρονη διοίκηση και διαχείριση των μονάδων υγείας
- ❖ Η διασφάλιση ίσης πρόσβασης για ίση ανάγκη για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου ή μορφωτικού επιπέδου.
- ❖ Η συμμετοχή στο κόστος, ανάλογη του εισοδήματος. Ειδικότερα, μηδενικές τιμές πρόσβασης σε πολίτες που είναι κάτω ή κοντά στο όριο της φτώχειας, αλλά και σε ευπαθείς ομάδες όπως χρόνιοι άρρωστοι με χαμηλό εισόδημα.
- ❖ Οι αλλαγές στον τρόπο υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών με ευνοϊκή μεταχείριση των επιχειρήσεων έντασης εργασίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Al-Abri R. and Al-Balushi A. 2014. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), pp.3–7.

Amin M. and Zahora Nasharuddin S. 2013. Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. *Clinical Governance: An International Journal*, [online] 18(3), pp.238–254. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο : <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/CGIJ-05-2012-0016>.

Antonopoulou L. 2008. Regulation and reforms of the Greek National Health System : comparisons with the European experience. 3(2), pp.109–120.

Bond S. and LH. Thomas 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care, *Journal of advanced Nursing*.17, pp.52-56.

Boyer L., Francois P., Doutré E., Weil G. and Labarere J. 2006. *Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital*.

Braveman, P. 2003. "Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework", *Journal of Health Population Nutrition*, 21, pp. 181-192.

Economou C. 2012. The impact of the economic crisis on health care systems. *Social Cohesion and Development 2012*, 7(1), pp.5–9.

Economou et al.,2015a. The impact of the crisis on health in Greece Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou C. 2015b. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. pp.1–174.

Eshghi M., Rahmani F., Derakhti B., Robai N., Abdollahi F. and Tajoddini S. 2016. Patient satisfaction in the emergency department: a case of Sina hospital in Tabriz. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, [online] 2(1), pp.16–20. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://jept.ir/article_11271_2063.html.

Kalogeropoulou M. 2011. Measurement of patient satisfaction: A method for improving hospital quality and effectiveness. *Archives of Hellenic Medicine*, 28(5), pp.667–673.

Karassavidou E., Glaveli N., Papadopoulos C.T., Karassavidou E., Glaveli N. and Papadopoulos C.T. 2013. Quality in NHS hospitals : no one knows better than patients. *Measuring Business Excellence*, 13(1), pp.34–46.

Ouzouni C. and Nakakis K. 2011. Validity and reliability of measurement instruments in quantitative studies. *Nosileftiki*, 50(2), pp.231–239.

Sakellaropoulos Th., (2012), "Debt crisis and the welfare state in Greece, *Global Express*, February 12, International Sociological Association, (<http://www.isasociology.org/globaldialogue/2012/03/debt-crisis-and-the-welfare-state-in-greece/>).

Zarei E., Daneshkohan A., Pouragha B., Marzban S. and Arab M. 2014. *An Empirical Study of the Impact of Service Quality on Patient Satisfaction in Private Hospitals, Iran. Global Journal of Health Science*, διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο : <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/37627>.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Αντεριώτη Π. and Αντωνίου Γ.Α. 2014. Patients' satisfaction by the provided care. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, [online] 1(1), σελ.62–68. διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο : <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/8346>

Έλληνας Δ. 1983. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας. (48), σελ.17–23.

Καραμήτρη Ι. 2012. Συστήματα Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Υγείας, Επιστημονικές σημειώσεις, σελ.1-11.

Κοτσαγιώργη Ι. and Γκέκα Κ. 2010. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας.

Κυριαζόπουλος, Π. και Ε. Σαμαντά, 2011 *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*, Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική

Κυριόπουλος Γ. and Τσιάντου Β. 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), σελ.834–840.

Μαλλιάρου Μ. and Σαράφης Π. n.d. Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. σελ.202–212.

Μαχαίρα Ε. 2008 *Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας μεταξύ Ελλάδας, Γαλλίας και ΗΠΑ (Πτυχιακή Εργασία)*, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας «Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας», Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας.

Μπαλάσκα Δ. and Μπιτσώρη Ζ. 2015. Ποιοτητα Των Παρεχομενων Υπηρεσιων Υγείας Και Ο Βάθος Ικανοποίησης των ασθενών *Quality in health care and the degree of Satisfaction of patients. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, ΤΟΜΟΣ 4, ΤΕ, σελ.106–120.

Μπασδάνη Γ. and Νιάρχου Α. 2004. Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Μελέτη περίπτωσης του Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης και του ΠΑ.Γ.Ν.Η. (Πτυχιακή

Εργασία), Σχολή Διοίκησης Οικονομίας «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας», Καλαμάτα: ΤΕΙ Καλαμάτας διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://nestor.teipel.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/12436/SDO_DMYP_00398_Medium.pdf?sequence=1.

Μωραΐτης Ε. 1985. Συστήματα Υγείας, Σπουδαστικές Σημειώσεις του ΤΕΙ Πειραιά «Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας», Πειραιάς, ΤΕΙ Πειραιά.

Οικονόμου Χ. 2012. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οικονόμου, Χ., 2014, "Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας", Νοσηλεία και έρευνα, 37, σελ.18-20.

Παπακωστίδη Α., and Τσουκαλάς Ν. 2012. Quality in health care and its evaluation. *Archives of Hellenic Medicine: Issn 11-05-3992*, 9(621), σελ.480–488.

Σταλίκας, Α., 2009. Μέθοδοι έρευνας στην κλινική ψυχολογία. 4η επιμ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τούντας, Γ., 2003. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 20 (1) σ. 76–87 διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf> ημερομηνία επίσκεψης 28/11/2017.

Χαραλάμπους Α. and Σωκράτους Σ. 2009. Περιγραφική Ανάλυση του Συστήματος Υγείας της Κύπρου στη Βάση των Κυριότερων Θεωριών Κράτους Πρόνοιας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 48(2), σελ.136–142.

Χλέτσος Μ., (2013), «Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία», Σπουδαστικές Σημειώσεις του μαθήματος, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα. Επίσης, διαθέσιμο στο: http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/kratos_p_ronias/ili_mathimatatos/kefalaiο2.pdf, ημερομηνία ανάκτησης 15/1/2018.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Άτλαντας Υγείας: διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <https://healthatlas.gov.gr/HealthCareStats/#!/reports/05001>, (25/1/2018).

Ευρωπαϊκή Ένωση: διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο https://europa.eu/european-union/topics/health_el.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή: διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο https://ec.europa.eu/health/indicators/echi_el.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO): διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο διαθέσιμο <http://www.who.int/en/>.

Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Επίσημη εφημερίδα των ευρωπαϊκών κοινοτήτων, 2000.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο



Αξιότιμε Κύριε/α

Ονομάζομαι Καρακολίδου Μαρία και είμαι φοιτήτρια στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας» του τμήματος Δοίκησης Επιχειρήσεων του ΑΕΙ Πειραιά. Στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας κατά τη διάρκεια του τρέχοντος ακαδημαϊκού έτους 2017-2018 με θέμα «**Πρόσβαση και ικανοποίηση των πολιτών άνω των 60 ετών από τις Υπηρεσίες Υγείας στο Ε.Σ.Υ την περίοδο της οικονομικής κρίσης**» θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε με ιδιαίτερη προσοχή στις παρακάτω ερωτήσεις.

Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί χωρίς αυτή η έρευνα μου καθίσταται αδύνατη.

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνάς μας.

Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για το χρόνο σας και τη συμμετοχή σας.

No. ερωτηματολογίου:.....

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

Συμπληρώθηκε πλήρως: ΝΑΙ/ΟΧΙ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

3. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

Απόφοιτος Δημοτικού	
Απόφοιτος Γυμνασίου	
Απόφοιτος Λυκείου	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
Κάτοχος Διδακτορικού	

Άλλο:.....

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/α	
Έγγαμος/η	
Ελεύθερη συμβίωση	
Χήρος/α	
Διαζευγμένος/η	

5. Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση;

Δημόσιος Υπάλληλος	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	
Συνταξιούχος/α	
Άνεργος /η	
Άλλο	

6. Ποιο είναι το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα (σε Ευρώ);

Κάτω από 10.000	
10.000-15.000	
15.000-20.000	
Πάνω από 20.000	

7. Υπάρχει ιατροφαρμακευτική κάλυψη Ναι / Όχι

ΜΕΡΟΣ II (με βάση το ευρωβαρόμετρο 80.2)

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ **ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ** ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ

ΑΝΑΦΕΡΕΣΤΕ:.....

8. Πως θα αξιολογούσατε τη γενική ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης;

Κακή	Δεν γνωρίζω	Καλή

9. Με βάση αυτά που γνωρίζετε, νομίζετε 'ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ

Χειρότερη	Ίδια	Καλύτερη

10. Από τα παρακάτω κριτήρια, ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα;

Καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό	
Αποτελεσματική θεραπεία	
Σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός	
Σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή	
Γεινίαση με νοσοκομείο και γιατρό	
Καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης	
Όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία	
Ιατρική περίθαλψη που σας παρέχει ασφάλεια	
Ελεύθερη επιλογή γιατρού	
Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου	
Ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον	
Άλλο	
Δε γνωρίζω	

11. Ποες είναι οι τρεις κύριες πηγές που θα χρησιμοποιούσατε για να αναζητήσετε πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης

Ο παθολόγος σας ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός	
Φίλοι/οικογένεια	
Κοινωνικά μέσα/ φόρουμ στο Ίντερνετ	
Τηλεόραση	
Το προσωπικό των νοσοκομείων	
Οργανώσεις ασθενών ή άλλες ΜΚΟ	
Επίσημα στατιστικά στοιχεία	
Φαρμακοποιός ή νοσοκόμος	
Εφημερίδες και περιοδικά	
ραδιόφωνο	
Άλλο	
Δε γνωρίζω	

12. Εκλαμβάνόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης

	Όχι πιθανό	Δε γνωρίζω	Πιθανό
1. Πόσο πιθανό πιστεύετε ότι είναι να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη στη Ελλάδα (η θεραπεία σε νοσοκομείο ως εξωτερικός ή εσωτερικός ασθενής)			
2. Πόσο πιθανό πιστεύετε ότι είναι να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από μη νοσοκομειακή περίθαλψη στη Ελλάδα			

13. Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα

	Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω
1. Βιώσατε ποτέ εσείς ή η οικογένειά σας ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης			
2. Αν απαντήσατε ναι, το αναφέρατε εσείς ή η οικογένεια σας			

14. Πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών

	Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω
1. Τους τελευταίους μήνες εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας νοσηλεύτηκε ή εισάχθηκε σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας όπως οίκος ευγηρίας ή εστία ηλικιωμένων			
2. Λάβατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη			
3. Τα τελευταία τρία χρόνια υποβληθήκατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας σε κάποια χειρουργική επέμβαση			
4. αν ναι, ζητήθηκε προηγουμένως από εσάς ή το μέλος της οικογένειάς σας γραπτή συγκατάθεση;			

Παράρτημα Β: Πίνακες Συχνοτήτων

ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Πίνακας 1: Κατανομή Συχνοτήτων για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνδρας	13	38,2	38,2
Γυναίκα	21	61,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 2: Κατανομή Συχνοτήτων για την ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
60	5	14,7	14,7
61	1	2,9	17,6
62	4	11,8	29,4
63	1	2,9	32,4
64	4	11,8	44,1
65	5	14,7	58,8
66	3	8,8	67,6
67	1	2,9	70,6
68	1	2,9	73,5
70	3	8,8	82,4
72	1	2,9	85,3
73	1	2,9	88,2
77	1	2,9	91,2
82	1	2,9	94,1
83	1	2,9	97,1
87	1	2,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 3: Κατανομή Συχνοτήτων για το μορφωτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος δημοτικού	2	5,9	5,9
Απόφοιτος Γυμνασίου	5	14,7	20,6
Απόφοιτος Λυκείου	17	50,0	70,6
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	6	17,6	88,2
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	2	5,9	94,1
Κάτοχος Διδακτορικού	2	5,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 4: Κατανομή Συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμος/η	1	2,9	2,9
Έγγαμος/η	21	61,8	64,7
Έλευθερη συμβίωση	1	2,9	67,6
Χήρος/α	8	23,5	91,2
Διαζευγμένος/η	3	8,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 5: Κατανομή Συχνοτήτων για την εργασιακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δημόσιος Υπάλληλος	4	11,8	11,8
Ιδιωτικός Υπάλληλος	5	14,7	26,5
Συνταξιούχος	15	44,1	70,6
Άνεργος	3	8,8	79,4
Άλλο	7	20,6	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 6: Κατανομή Συχνοτήτων για το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κάτω από 10.000	5	14,7	14,7
10.000-15.000	13	38,2	52,9
15.000-20.000	12	35,3	88,2
Πάνω από 20.000	4	11,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 7: Κατανομή Συχνοτήτων για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	1	2,9	2,9
Ναι	33	97,1	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 8: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «πως θα αξιολογούσατε τη γενική ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κακή	18	52,9	52,9
Δε γνωρίζω	2	5,9	58,8
Καλή	14	41,2	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 9: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «με βάση αυτά που γνωρίζετε, νομίζετε 'ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χειρότερη	26	76,5	76,5
Ίδια	5	14,7	91,2
Καλύτερη	3	8,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 10: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα (καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	6	17,6	17,6
Ναι	28	82,4	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 11: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (αποτελεσματική θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	18	52,9	52,9
Ναι	16	47,1	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 12: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	13	38,2	38,2
Ναι	21	61,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 13: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	88,2	88,2
Ναι	4	11,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 14: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (γεινίαση με νοσοκομείο και γιατρό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	32	94,1	94,1
Ναι	2	5,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 15: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	28	82,4	82,4
Ναι	6	17,6	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 16: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	23	67,6	67,6
Ναι	11	32,4	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 17: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (ιατρική περίθαλψη που σας παρέχει ασφάλεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	24	70,6	70,6
Ναι	10	29,4	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 18: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (ελεύθερη επιλογή γιατρού)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	33	97,1	97,1
Ναι	1	2,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 19: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	33	97,1	97,1
Ναι	1	2,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 20: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	32	94,1	94,1
Ναι	2	5,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 21: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	100,0	100,0

Πίνακας 22: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	100,0	100,0

Πίνακας 23: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (ο παθολόγος σας ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	11	32,4	32,4
Ναι	23	67,6	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 24: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (φίλοι/οικογένεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	9	26,5	26,5
Ναι	25	73,5	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 25: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (κοινωνικά μέσα/φόρουμ στο Ιντερνετ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	85,3	85,3
Ναι	5	14,7	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 26: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (τηλεόραση)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	88,2	88,2
Ναι	4	11,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 27: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (το προσωπικό των νοσοκομείων)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	22	64,7	64,7
Ναι	12	35,3	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 28: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (οργανώσεις ασθενών ή άλλες ΜΚΟ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	28	82,4	82,4
Ναι	6	17,6	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 29: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (επίσημα στατιστικά στοιχεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	24	70,6	70,6
Ναι	10	29,4	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 30: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (φαρμακοποιός ή νοσοκόμος)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	18	52,9	52,9
Ναι	16	47,1	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 31: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (εφημερίδες και περιοδικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	100,0	100,0

Πίνακας 32: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (ραδιόφωνο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	100,0	100,0

Πίνακας 33: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	100,0	100,0

Πίνακας 34: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Αττικής (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	33	97,1	97,1
Ναι	1	2,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 35: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Αττικής

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι πιθανό	4	11,8	11,8
Δε γνωρίζω	6	17,6	29,4
Πιθανό	24	70,6	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 36: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης.

Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά από μη νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Αττικής

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	5	14,7	14,7
Όχι	11	32,4	47,1
Δε γνωρίζω	18	52,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 37: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	14	41,2	41,2
Όχι	19	55,9	97,1
Δε γνωρίζω	1	2,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 38: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη τους, αν ναι το αναφέρατε εσείς ή η οικογένειάς σας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	6	17,6	17,6
Ναι	8	23,5	41,2
Όχι	20	58,8	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 39: Τους τελευταίους μήνες εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας νοσηλεύτηκε ή εισάχθηκε σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας όπως οίκος ευγηρίας ή εστία ηλικιωμένων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	1	2,9	2,9
Όχι	33	97,1	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 40: Λάβατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειας σας οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	3	8,8	8,8
Όχι	30	88,2	97,1
Δε γνωρίζω	1	2,9	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 41: Τα τελευταία τρία χρόνια υποβληθήκατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειας σας σε κάποια χειρουργική επέμβαση

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	19	55,9	55,9
Όχι	15	44,1	100,0
Σύνολο	34	100,0	

Πίνακας 42: Αν ναι, ζητήθηκε προηγουμένως από εσάς ή το μέλος της οικογένειας σας γραπτή συγκατάθεση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	7	20,6	20,6
Ναι	14	41,2	61,8
Όχι	8	23,5	85,3
Δε γνωρίζω	5	14,7	100,0
Σύνολο	34	100,0	

ΝΟΜΟΣ ΣΕΡΡΩΝ

Πίνακας 43: Κατανομή Συχνοτήτων για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνδρας	15	42,9	42,9
Γυναίκα	20	57,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 44: Κατανομή Συχνοτήτων για την ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
60	1	2,9	2,9
61	2	5,7	8,6
63	2	5,7	14,3
64	4	11,4	25,7
65	2	5,7	31,4
66	6	17,1	48,8
67	2	5,7	54,3
68	2	5,7	60,0
70	3	8,6	68,6
73	2	5,7	74,3
75	1	2,9	77,1
77	1	2,9	80,0
83	1	2,9	82,9
88	2	5,7	88,6
89	4	11,4	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 45: Κατανομή Συχνοτήτων για το μορφωτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος δημοτικού	16	45,7	45,7
Απόφοιτος Γυμνασίου	6	17,1	62,9
Απόφοιτος Λυκείου	6	17,1	80,0
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	5	14,3	94,3
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	2	5,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 46: Κατανομή Συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμος	3	8,6	8,6
Έγγαμος	22	62,9	71,4
Χήρος/α	10	28,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 47: Κατανομή Συχνοτήτων για την εργασιακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δημόσιος Υπάλληλος	2	5,7	5,7
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1	2,9	8,6
Συνταξιούχος	25	71,4	80,0
Άνεργος	1	2,9	82,9
Άλλο	6	17,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 48: Κατανομή Συχνοτήτων για το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κάτω από 10.000	14	40,0	40,0
10.000-15.000	14	40,0	80,0
15.000-20.000	2	5,7	85,7
Πάνω από 20.000	5	14,3	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 49: Κατανομή Συχνοτήτων για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	1	2,9	2,9
Ναι	33	94,3	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 50: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «πως θα αξιολογούσατε τη γενική ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κακή	25	71,4	71,4
Δε γνωρίζω	1	2,9	74,3
Καλή	9	25,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 51: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «με βάση αυτά που γνωρίζετε, νομίζετε 'ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χειρότερη	22	62,9	62,9
Ίδια	13	37,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 52: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	22	62,9	62,9
Ναι	13	37,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 53: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (αποτελεσματική θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	12	34,3	34,3
Ναι	23	65,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 54: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	24	68,6	68,6
Ναι	11	31,4	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 55: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	12	34,3	34,3
Ναι	23	65,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 56: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (γειτνίαση με νοσοκομείο και γιατρό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	33	94,3	94,3
Ναι	2	5,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 57: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	28	80,0	80,0
Ναι	7	20,0	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 58: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	21	60,0	60,0
Ναι	14	40,0	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 59: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (ιατρική περίθαλψη που σας παρέχει ασφάλεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	32	91,4	91,4
Ναι	3	8,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 60: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (ελεύθερη επιλογή γιατρού)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	82,9	82,9
Ναι	6	17,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 61: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	100,0	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 62: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	33	94,3	94,3
Ναι	2	5,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 63: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	100,0	100,0

Πίνακας 64: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	100,0	100,0

Πίνακας 65: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (ο παθολόγος σας ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	8	22,9	22,9
Ναι	27	77,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 66: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (φίλοι/οικογένεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	1	2,9	2,9
Ναι	34	97,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 67: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (κοινωνικά μέσα/φόρουμ στο Ιντερνετ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	32	91,4	91,4
Ναι	3	8,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 68: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (τηλεόραση)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	32	91,4	91,4
Ναι	3	8,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 69: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (το προσωπικό των νοσοκομείων)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	82,9	82,9
Ναι	6	17,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 70: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (οργανώσεις ασθενών ή άλλες ΜΚΟ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	82,9	82,9
Ναι	6	17,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 71: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (επίσημα στατιστικά στοιχεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	82,9	82,9
Ναι	6	17,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 72: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (φαρμακοποιός ή νοσοκόμος)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	16	45,7	45,7
Ναι	19	54,3	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 73: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (εφημερίδες και περιοδικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	100,0	100,0

Πίνακας 74: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (ραδιόφωνο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	100,0	100,0

Πίνακας 75: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	97,1	97,1
Ναι	1	2,9	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 76: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σερρών (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	100,0	100,0

Πίνακας 77: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Σερρών

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι πιθανό	1	2,9	2,9
Δε γνωρίζω	10	28,6	31,4
Πιθανό	24	68,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 78: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά από μη νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Σερρών

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δε γνωρίζω	19	54,3	54,3
Πιθανό	16	45,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 79: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	7	20,0	20,0
Όχι	28	80,0	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 80: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη τους, αν ναι το αναφέρατε εσείς ή η οικογένειάς σας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	26	74,3	74,3
Ναι	6	17,1	91,2
Όχι	3	8,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 81: Τους τελευταίους μήνες εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας νοσηλεύτηκε ή εισάχθηκε σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας όπως οίκος ευγηρίας ή εστία ηλικιωμένων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	1	2,9	2,9
Όχι	5	14,3	17,1
Δε γνωρίζω	29	82,9	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 82: Λάβατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	8	22,9	22,9
Όχι	25	71,4	94,3
Δε γνωρίζω	2	5,7	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 83: Τα τελευταία τρία χρόνια υποβλήθηκατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας σε κάποια χειρουργική επέμβαση

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	18	51,4	51,4
Όχι	17	48,6	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 84: Αν ναι, ζητήθηκε προηγουμένως από εσάς ή το μέλος της οικογένειάς σας γραπτή συγκατάθεση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	15	42,9	42,9
Ναι	15	42,9	85,7
Όχι	4	11,4	97,1
Δε γνωρίζω	1	2,9	100,0
Σύνολο	35	100,0	

ΝΟΜΟΣ ΣΑΜΟΥ

Πίνακας 85: Κατανομή Συχνοτήτων για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνδρας	18	46,2	46,2
Γυναίκα	21	53,8	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 86: Κατανομή Συχνοτήτων για τη ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
60	4	10,3	10,3
61	1	2,6	12,8
62	1	2,6	15,4
63	2	5,1	20,5
64	2	5,1	25,6
66	3	7,7	33,3
67	3	7,7	41,0
68	4	10,3	51,3
69	2	5,1	56,4
70	1	2,6	59,0
72	1	2,6	61,5
73	3	7,7	69,2
74	1	2,6	71,8
75	1	2,6	74,4
79	1	2,6	76,9
81	1	2,6	79,5
84	2	5,1	84,6
89	1	2,6	87,2
90	2	5,1	92,3
93	1	2,6	94,9
95	2	5,1	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 87: Κατανομή Συχνοτήτων για το μορφωτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος Δημοτικού	15	38,5	38,5
Απόφοιτος Γυμνασίου	8	20,5	59,0
Απόφοιτος Λυκείου	9	23,1	82,1
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	7	17,9	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 88: Κατανομή Συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμος	1	2,6	2,6
Έγγαμος	25	64,1	66,7
Χήρος/α	9	23,1	89,7
Διαζευγμένος/η	4	10,3	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 89: Κατανομή Συχνοτήτων για την εργασιακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δημόσιος Υπάλληλος	4	10,3	10,3
Ιδιωτικός Υπάλληλος	5	12,8	23,1
Συνταξιούχος	29	74,4	97,4
Άλλο	1	2,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 90: Κατανομή Συχνοτήτων για το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κάτω από 10.000	20	51,3	51,3
10.000-15.000	12	30,8	82,1
15.000-20.000	3	7,7	89,7
Πάνω από 20.000	4	10,3	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 91: Κατανομή Συχνοτήτων για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	39	100,0	100,0

Πίνακας 92: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «πως θα αξιολογούσατε τη γενική ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κακή	29	74,4	74,4
Δε γνωρίζω	1	2,6	76,9
Καλή	9	23,1	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 93: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «με βάση αυτά που γνωρίζετε, νομίζετε 'ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε 'σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χειρότερη	32	82,1	82,1
Ίδια	7	17,9	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 94: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	10	25,6	25,6
Ναι	29	74,4	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 95: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (αποτελεσματική θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	19	48,7	48,7
Ναι	20	51,3	100,0

Σύνολο	39	100,0
--------	----	-------

Πίνακας 96: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	13	33,3	33,3
Ναι	26	66,7	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 97: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	87,2	87,2
Ναι	5	12,8	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 98: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (γειτνίαση με νοσοκομείο και γιατρό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	31	79,5	79,5
Ναι	8	20,5	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 99: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	89,7	89,7
Ναι	4	10,3	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 100: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	24	61,5	61,5
Ναι	15	38,5	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 101: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (ιατρική περίθαλψη που σας παρέχει ασφάλεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	74,4	74,4
Ναι	10	25,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 102: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (ελεύθερη επιλογή γιατρού)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	82,9	82,9
Ναι	6	17,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 103: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	37	94,9	94,9
Ναι	2	5,1	100,0
Σύνολο	35	100,0	

Πίνακας 104: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	39	100,0	100,0

Πίνακας 105: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	39	100,0	100,0

Πίνακας 106: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	39	100,0	100,0

Πίνακας 107: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (ο παθολόγος σας ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	5	12,8	12,8
Ναι	34	87,2	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 108: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (φίλοι/οικογένεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	14	35,9	35,9
Ναι	25	64,1	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 109: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (κοινωνικά μέσα/φόρουμ στο Ιντερνετ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	35	89,7	89,7
Ναι	4	10,3	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 110: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (τηλεόραση)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	33	85,6	84,6
Ναι	6	15,4	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 111: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (το προσωπικό των νοσοκομείων)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	29	74,4	74,4
Ναι	10	25,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 112: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (οργανώσεις ασθενών ή άλλες ΜΚΟ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	37	94,9	94,9
Ναι	2	5,1	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 113: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (επίσημα στατιστικά στοιχεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	87,2	87,2
Ναι	5	12,8	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 114: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (φαρμακοποιός ή νοσοκόμος)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	15	38,5	38,5
Ναι	24	61,5	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 115: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (εφημερίδες και περιοδικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	34	87,2	87,2
Ναι	5	12,8	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 116: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (ραδιόφωνο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	39	100,0	100,0

Πίνακας 117: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	38	97,4	97,4
Ναι	1	2,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 118: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Σάμου (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	38	97,4	97,4
Ναι	1	2,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 119: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Σάμου

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι πιθανό	25	64,1	64,1
Δε γνωρίζω	5	12,8	76,9
Πιθανό	9	23,1	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 120: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά από μη νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Σάμου

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι πιθανό	24	61,5	61,5
Δε γνωρίζω	5	12,8	74,4
Πιθανό	10	25,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 121: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	12	30,8	30,8
Όχι	26	66,7	97,4
Δε γνωρίζω	1	2,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 122: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη τους, αν ναι το αναφέρατε εσείς ή η οικογένειάς σας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	9	23,1	23,1,
Ναι	9	23,1	46,2
Όχι	18	46,2	92,3
Δε γνωρίζω	3	7,7	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 123: Τους τελευταίους μήνες εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας νοσηλεύτηκε ή εισάχθηκε σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας όπως οίκος ευγηρίας ή εστία ηλικιωμένων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	12	30,8	30,8
Όχι	27	69,2	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 124: Λάβατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	7	17,9	17,9
Όχι	31	79,5	97,4
Δε γνωρίζω	1	2,6	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 125: Τα τελευταία τρία χρόνια υποβλήθηκατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας σε κάποια χειρουργική επέμβαση

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	18	46,2	46,2
Όχι	21	53,8	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 126: Αν ναι, ζητήθηκε προηγουμένως από εσάς ή το μέλος της οικογένειάς σας γραπτή συγκατάθεση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	21	53,8	53,8
Ναι	12	30,8	84,6
Όχι	4	10,3	94,9
Δε γνωρίζω	2	5,1	100,0
Σύνολο	39	100,0	

ΝΟΜΟΣ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ

Πίνακας 127: Κατανομή Συχνοτήτων για το φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άνδρας	15	50,0	50,0
Γυναίκα	15	50,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 128: Κατανομή Συχνοτήτων για την ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
60	1	3,3	3,3
62	2	6,7	10,0
63	2	6,7	16,7
64	1	3,3	20,0
65	1	3,3	23,3
66	1	3,3	26,7
67	3	10,0	36,7
68	3	10,0	46,7
69	2	6,7	53,3
71	2	6,7	60,0
73	3	10,0	70,0
74	1	3,3	73,3
75	1	3,3	76,7
78	1	3,3	80,0
79	1	3,3	83,3
84	2	6,7	90,0
85	1	3,3	93,3
86	1	3,3	96,7
88	1	3,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 129: Κατανομή Συχνοτήτων για το μορφωτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Απόφοιτος Δημοτικού	8	26,7	26,7
Απόφοιτος Γυμνασίου	8	26,7	53,3
Απόφοιτος Λυκείου	6	20,0	73,3
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	5	16,7	90,0
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	1	3,3	93,3
Άλλο	2	6,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 130: Κατανομή Συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμος/η	1	3,3	3,3
Έγγαμος/η	18	60,0	63,3
Ελεύθερη συμβίωση	1	3,3	66,7
Χήρος/α	9	30,0	96,7
Άνεργος/η	1	3,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 131: Κατανομή Συχνοτήτων για την εργασιακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δημόσιος Υπάλληλος	3	10,0	10,0
Ιδιωτικός Υπάλληλος	3	10,0	20,0
Συνταξιούχος	23	76,6	96,7
Άλλο	1	3,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 132: Κατανομή Συχνοτήτων για το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κάτω 10.000	3	10,0	10,0
10.000-15.000	27	56,7	66,7
15.000-20.000	9	30,0	96,7
Πάνω από 20.000	1	3,3	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 133: Κατανομή Συχνοτήτων για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	30	100,0	100,0

Πίνακας 134: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «πως θα αξιολογούσατε τη γενική ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κακή	17	56,7	56,7
Καλή	13	43,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 135: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση «με βάση αυτά που γνωρίζετε, νομίζετε ότι η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ»

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χειρότερη	28	93,3	93,3
Ίδια	2	6,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 136: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (καλά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	7	23,3	23,3
Ναι	23	76,7	100,0
Σύνολο	39	100,0	

Πίνακας 137: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (αποτελεσματική θεραπεία);

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	18	60,0	60,0
Ναι	12	40,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 138: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (σύγχρονος ιατρικός εξοπλισμός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	13	43,3	43,3
Ναι	17	56,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 139: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	19	63,3	63,3
Ναι	11	36,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 140: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (γεινίαση με νοσοκομείο και γιατρό)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	14	46,7	46,7
Ναι	16	53,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 141: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (καθαριότητα στις εγκαταστάσεις ιατρικής περίθαλψης)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	27	90,0	90,0
Ναι	3	10,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 142: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (όχι λίστες αναμονής για εξέταση και θεραπεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	21	70,0	70,0
Ναι	9	30,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 143: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (ιατρική περίθαλψη που σας παρέχει ασφάλεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 144: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (ελεύθερη επιλογή γιατρού)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 145: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 146: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 147: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 148: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 149: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (ο παθολόγος σας ή κάποιος άλλος γιατρός/ειδικός γιατρός)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	13	43,3	43,3
Ναι	17	56,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 150: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (φίλοι/οικογένεια)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	2	6,7	6,7
Ναι	28	93,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 151: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (κοινωνικά μέσα/φόρουμ στο Ιντερνετ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	27	90,0	90,0
Ναι	3	10,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 152: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (τηλεόραση)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 153: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (το προσωπικό των νοσοκομείων)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	24	80,0	80,0
Ναι	6	20,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 154: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (οργανώσεις ασθενών ή άλλες ΜΚΟ)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	21	70,0	70,0
Ναι	9	30,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 155: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (επίσημα στατιστικά στοιχεία)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	27	90,0	90,0
Ναι	3	10,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 156: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (φαρμακοποιός ή νοσοκόμος)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	6	20,0	20,0
Ναι	24	80,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 157: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (εφημερίδες και περιοδικά)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 158: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (ραδιόφωνο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 159: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (άλλο)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 160: Κατανομή Συχνοτήτων για την ερώτηση ποια είναι τα τρία σημαντικότερα για σας ώστε να περιέχεται υψηλής ποιότητας ιατρική περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας (δε γνωρίζω)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι	30	100,0	100,0

Πίνακας 161: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά στους ασθενείς από νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό Ευρυτανίας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι πιθανό	1	3,3	3,3
Δε γνωρίζω	14	46,7	50,0
Πιθανό	15	50,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 162: Εκλαμβανόμενη πιθανότητα πρόκλησης ζημιάς από υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Πόσο πιθανό είναι να προκληθεί ζημιά από μη νοσοκομειακή περίθαλψη στο νομό

Ευρυτανίας

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Όχι πιθανό	3	10,0	10,0
Δε γνωρίζω	15	50,0	60,0
Πιθανό	12	40,0	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 163: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη της ιατρικής περίθαλψης.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	13	43,3	43,3
Όχι	17	56,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 164: Εμπειρία από ανεπιθύμητα συμβάντα, βιώσατε ποτέ εσείς ή οικογένεια ένα ανεπιθύμητο συμβάν κατά τη λήψη τους, αν ναι το αναφέρατε εσείς ή η οικογένειάς σας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	16	53,3	53,3
Ναι	12	40,0	93,3
Όχι	2	6,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 165: Τους τελευταίους μήνες εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας νοσηλεύτηκε ή εισάχθηκε σε κάποιο ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας όπως οίκος ευγηρίας ή εστία ηλικιωμένων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	10	33,3	33,3
Όχι	20	66,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 166: Λάβατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειας σας οποιοσδήποτε πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με την ιατρική περίθαλψη

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	8	26,7	26,7
Όχι	22	73,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 167: Τα τελευταία τρία χρόνια υποβλήθήκατε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειας σας σε κάποια χειρουργική επέμβαση

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ναι	23	76,7	76,7
Όχι	7	23,3	100,0
Σύνολο	30	100,0	

Πίνακας 168: Αν ναι, ζητήθηκε προηγουμένως από εσάς ή το μέλος της οικογένειας σας γραπτή συγκατάθεση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
-9	7	23,3	23,3
Ναι	17	56,7	80,0
Όχι	4	13,3	93,3
Δε γνωρίζω	2	6,7	100,0
Σύνολο	30	100,0	