



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΚΟΣΜΑΣ ΘΕΟΚΛΗΤΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΝΟΣ ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-2017

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Μεταπτυχιακή διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ

Κοσμάς Θεοκλήτου

Λευκωσία, 2017

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ

του

Κοσμά Θεοκλήτου

Λευκωσία, 2017

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Μεταπτυχιακή διατριβή

**Διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας των
Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Γενικού
Νοσοκομείου Αμμοχώστου**

Παρουσιάστηκε από

Κοσμά Θεοκλήτου

Επιβλέπων καθηγητής: Πάνος Μινογιάννης, Συνεργαζόμενο εκπαιδευτικό προσωπικό

Μέλος επιτροπής: Μάμας Θεοδώρου, Καθηγητής

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ιανουάριος, 2017

Η έγκριση της μεταπτυχιακής διατριβής από το Τμήμα Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Πάνο Μινογιάννη για τη στήριξη και τη βοήθεια που μου πρόσφερε κατά τη διεξαγωγή της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Σε συνεχή βάση με καθοδήγηση και επίβλεψη της διαδικασίας που ακολουθούσα ο κύριος Πάνος Μινογιάννης λειτούργησε ως ένας σημαντικός παράγοντας για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Χωρίς τη βοήθεια και τις συμβουλές του σίγουρα η ποιότητα της διατριβής αυτής δεν θα ήταν η ίδια. Ευχαριστίες λοιπόν στον σύμβουλο καθηγητή μου.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, η οποία καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας με στήριξε· γεγονός που συνέβαλε καθοριστικά στην εκπλήρωση των στόχων μου. Με σύμμαχο την οικογένειά μου η διεξαγωγή της μεταπτυχιακής διατριβής ολοκληρώθηκε με επιτυχία.

Παράβλεψή μου θα ήταν να μην ευχαριστήσω και όλους τους υπόλοιπους καθηγητές μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, που με τις γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων μου έδωσαν όλα τα απαραίτητα εφόδια για τη διεκπεραίωση μιας διατριβής μεταπτυχιακού επιπέδου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω γενικά όλους τους ανθρώπους που ήταν κοντά μου όλο αυτό το διάστημα, οι οποίοι με τον δικό τους τρόπο μου προσέφεραν βοήθεια και στήριξη όποτε και όταν την χρειαζόμουν.

Περίληψη

Σκοπός διεξαγωγής της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός ανταποκρισιμότητας των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Χειρουργικό – Ορθοπαιδικό, Γυναικολογικό – Μαιευτικό και Παθολογικό τμήμα) του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου αναφορικά με τις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών σε μη ιατρικές και μη οικονομικές πτυχές της υγείας. Η έννοια της ανταποκρισιμότητας προσμετράται βάσει οκτώ παραμέτρων: της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας, της εμπιστευτικότητας – απορρήτου, της επικοινωνίας, της επιλογής, της κοινωνικής υποστήριξης, της έγκαιρης προσοχής και του περιβάλλοντος. Οι οκτώ πτυχές σχετίζονται τόσο με τον σεβασμό του ατόμου όσο και με τον προσανατολισμό του στο σύστημα υγείας, ενώ ταυτόχρονα δεν σχετίζονται, όπως αναφέρθηκε με τις ιατρικές και τις οικονομικές πτυχές της υγείας. Οι συμμετέχοντες – ασθενείς της έρευνας απάντησαν σε ένα ποσοτικό ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις και για τα οκτώ στοιχεία της ανταποκρισιμότητας. Οι συμμετέχοντες επιλέγηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας και επιτόπια συμπλήρωσαν το ποσοτικό ερωτηματολόγιο. Μέσα από τη διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας εξετάζεται παράλληλα και η πιθανή επίδραση στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από μεταβλητές όπως το μορφωτικό επίπεδο, το φύλο, η ηλικία και η κουλτούρα. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ικανοποιητικά μέχρι και υψηλά ποσοστά ανταποκρισιμότητας επί του συνόλου των ασθενών. Περαιτέρω, ξεκαθάρισε την επίδραση των μεταβλητών όσον αφορά τον βαθμό ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας συσχετίζονται και συγκρίνονται με τα συμπεράσματα άλλων διεθνών ερευνών.

Λέξεις – Κλειδιά: ανταποκρισιμότητα, ΔΦΥ, θεμιτές προσδοκίες, αξιοπρέπεια, αυτονομία, εμπιστευτικότητα – απόρρητο, επικοινωνία, επιλογή, κοινωνική υποστήριξη, έγκαιρη προσοχή, βασικές παροχές

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	6
Πίνακας Περιεχομένων	7
Κατάλογος Πινάκων	9
Κατάλογος Διαγραμμάτων	10
Συντομογραφίες	11
Εισαγωγή	12
1 Περιγραφή Προβλήματος – Αναγκαιότητα Έρευνας	15
2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	17
2.1 Ορίζοντας την Υγεία.....	17
2.2 Η εξέλιξη της έννοιας της ανταποκρισιμότητας.....	18
2.2.1 Ορίζοντας την ανταποκρισιμότητα	18
2.2.2 Ικανοποίηση ασθενών και ανταποκρισιμότητα	19
2.2.3 Ανταποκρισιμότητα και ποιότητα περίθαλψης.....	20
2.3 Στοιχεία ανταποκρισιμότητας.....	21
2.3.1 Σεβασμός του ατόμου	22
2.3.1.1 Αξιοπρέπεια.....	22
2.3.1.2 Αυτονομία.....	22
2.3.1.3 Επικοινωνία	23
2.3.1.4 Εμπιστευτικότητα στις πληροφορίες – Απόρρητο	23
2.3.2 Προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας	24
2.3.2.1 Έγκαιρη προσοχή	24
2.3.2.2 Επιλογή.....	24
2.3.2.3 Κοινωνική Υποστήριξη	25
2.3.2.4 Βασικές Παροχές.....	25
2.4 Αποτελέσματα υφιστάμενων ερευνών	26
2.5 Περιορισμοί ανταποκρισιμότητας	28
2.6 Συμπεράσματα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση	29
3 Ερευνητικά Ερωτήματα – Υποθέσεις Έρευνας	31
3.1 Ερευνητικά ερωτήματα.....	31
3.2 Υποθέσεις έρευνας.....	32
4 Μεθοδολογία.....	33

4.1	Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας.....	33
4.2	Μέσα συλλογής δεδομένων	34
4.3	Πληθυσμός Ενδιαφέροντος – Δειγματοληψία	35
4.4	Ηθικά Ζητήματα	35
5	Ανάλυση Δεδομένων.....	36
5.1	Ανάλυση Ερωτηματολογίου	36
6	Συζήτηση – Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	37
7	Συμπεράσματα	48
8	Περιορισμοί έρευνας – Μελλοντικές έρευνες.....	51
	Βιβλιογραφία	53
	Ελληνική Βιβλιογραφία	53
	Αγγλική Βιβλιογραφία	53
	Παραρτήματα	55
1	Ερωτηματολόγιο	55
2	Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα	67
3	Σημαντικές αναλύσεις από το SPSS	68

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Ηλικία και βαθμός ανταποκρισιμότητας	68
Πίνακας 2: Μορφωτικό επίπεδο και βαθμός ανταποκρισιμότητας.....	68
Πίνακας 3: Μορφωτικό επίπεδο & η σημαντικότερη παράμετρος της ανταποκρισιμότητας..	69
Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο & η λιγότερο σημαντική πτυχή της ανταποκρισιμότητας...	69
Πίνακας 5: Οικογενειακή κατάσταση & η σημαντικότερη πτυχή της ανταποκρισιμότητας..	70
Πίνακας 6: Φύλο και βαθμός ανταποκρισιμότητας.....	70
Πίνακας 7: Κουλτούρα και βαθμός ανταποκρισιμότητας.....	71
Πίνακας 8: Χρόνος αναμονής, εξέτασης και μετακίνησης στο ΓΝΑ	71
Πίνακας 9: Βαθμός ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ στο ΓΝΑ τον τελευταίο χρόνο	72
Πίνακας 10: Σημαντικότερη πτυχή ανταποκρισιμότητας	72

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Έργασιακή απασχόληση συμμετεχόντων	38
Διάγραμμα 2: Επιλογή της σημαντικότερης πτυχής της ανταποκρισιμότητας	39
Διάγραμμα 3: Ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο.....	40
Διάγραμμα 4: Η ποιότητα του περιβάλλοντος στο ΓΝΑ	41
Διάγραμμα 5: Ανταποκρισιμότητα και έγκαιρη προσοχή.....	44
Διάγραμμα 6: Ανταποκρισιμότητα και επικοινωνία	45

Συντομογραφίες

ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΓΝΑ:	Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου
ΔΦΥ:	Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΜΕΘ:	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΧΕΙΡ/ΟΡΘ:	Χειρουργικό – Ορθοπαιδικό
ΠΑΘ/ΚΟ:	Παθολογικό
ΓΥΝΑΙΚ/ΜΑΙΕ/ΚΟ	Γυναικολογικό – Μαιευτικό

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ανταποκρισιμότητα στις θεμιτές προσδοκίες των ατόμων όσον αφορά μη ιατρικές και μη οικονομικές πτυχές, αποτελεί ένα από τους στόχους των συστημάτων υγείας, εξίσου σημαντικό με την ισότητα στην πρόσβαση και τη χρηματοδοτική δικαιοσύνη (De Silva & Valentine, 2000).

Ο όρος ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελούσε μέχρι πρόσφατα ένα βασικό εργαλείο για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση αξιοποιούνταν ως παράμετρος αξιολόγησης των συστημάτων υγείας καθώς θεωρούνταν εύκολα μετρήσιμο κριτήριο. Η αντικατάσταση της έννοιας της ικανοποίησης από τη διάσταση της ανταποκρισιμότητας ήταν το αποτέλεσμα προσπάθειας του ΠΟΥ να εισαγάγει ένα νέο μεθοδολογικό εργαλείο πιο αξιόπιστο και πιο αποτελεσματικό για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους Darby et. al (2000), το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης της ανταποκρισιμότητας αναφέρεται στις θεμιτές προσδοκίες των χρηστών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές και τις μη οικονομικές πτυχές της συναλλαγής τους με το σύστημα υγείας, όπως είναι η έγκαιρη λήψη της ιατρικής φροντίδας, η αξιοπρεπής συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους χρήστες, η δυνατότητα των χρηστών να επιλέγουν παροχές, κ.ο.κ.

Όσον αφορά στη διεθνή βιβλιογραφία, αριθμός μελετών έχει ασχοληθεί με την μέτρηση της ανταποκρισιμότητας χρησιμοποιώντας ως βάση το εργαλείο συλλογής δεδομένων που ανέπτυξε ο ΠΟΥ, με κάποιες διαφοροποιήσεις – προσαρμογές στα δεδομένα των εκάστοτε χωρών και των συστημάτων υγείας τους. Τα ευρήματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς σημαντικοί προσδιοριστές φαίνεται πως επιδρούν, στον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες αντιλαμβάνονται την ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ένα παράδειγμα είναι ότι σε κάποιες ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες ο υψηλός βαθμός ανταποκρισιμότητας συνδέεται με υψηλές δαπάνες στην υγεία (είτε μέσω ασφάλισης, είτε ιδιωτικά). Άλλοι παράγοντες που πιθανόν να επηρεάζουν τον βαθμό ανταποκρισιμότητας είναι η κουλτούρα, το πολιτισμικό υπόβαθρο, η ηλικία καθώς και το μορφωτικό επίπεδο κάθε ατόμου.

Η επικείμενη έρευνα αναμένεται να διερευνήσει τον βαθμό ανταποκρισιμότητας των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας (ΔΦΥ) του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου (ΓΝΑ). Διερευνάται δηλαδή, κατά πόσο το επιμέρους αυτό τμήμα του υγειονομικού συστήματος ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες και απαιτήσεις των χρηστών, όσον αφορά τον τρόπο

παροχής των υπηρεσιών υγείας προς αυτούς, σε συνδυασμό με την πιθανή επίδραση παραμέτρων όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση – το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η κουλτούρα κ.ά. Ειδικότερα, μέσα από την έρευνα, καταβάλλεται προσπάθεια να διαφανεί σε ποιο βαθμό οι χρήστες βρίσκονται στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας, τι συμβαίνει μέσα από την αμφίδρομη επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις και ποια είναι η άποψη των χρηστών σχετικά με την αλληλεπίδραση αυτή. Η επικείμενη έρευνα θα αφορά τα τέσσερα τμήματα νοσηλείας ασθενών των ΔΦΥ, δηλαδή τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), το Χειρουργικό – Ορθοπαιδικό (ΧΕΙΡ/ΟΡΘ), το Παθολογικό (ΠΑΘ/ΚΟ) και το Γυναικολογικό – Μαιευτικό τμήμα (ΓΥΝΑΙΚ/ΜΑΙΕ/ΚΟ). Επιλέγηκαν τα συγκεκριμένα τμήματα γιατί κρίθηκαν ως τα πλέον αντιπροσωπευτικά του συστήματος και των υπηρεσιών του.

Αρχικά, στην παρούσα διατριβή παρουσιάζεται ο λόγος για τον οποίο επιλέγεται να διεκπεραιωθεί έρευνα που αφορά στην ανταποκρισιμότητα των ΔΦΥ του ΓΝΑ, ανάλογα με τις θεμιτές προσδοκίες των χρηστών – ασθενών, ως ένα σύστημα αξιολόγησης των συστημάτων υγείας. Το ενδιαφέρον που υπάρχει στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για το συγκεκριμένο θέμα, ιδιαίτερα σε μικρές χώρες, καθιστούν την έρευνα αυτή απαραίτητη και δηλώνουν την αναγκαιότητα για την επιτέλεσή της. Στο κεφάλαιο δύο, παρουσιάζεται ενδελεχώς και βάσει της βιβλιογραφίας η σχετική θεωρία επί του συγκεκριμένου εργαλείου, η διεθνής βιβλιογραφία, τα αποτελέσματα, οι περιορισμοί και οι κριτικές που διατυπώθηκαν καθώς και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεκπεραίωση ερευνών που σχετίζονται με τον τομέα της ανταποκρισιμότητας.

Στο τρίτο κεφάλαιο ακολουθεί η καταγραφή των ερευνητικών ερωτημάτων και των υποθέσεων που εξετάζει η υφιστάμενη έρευνα. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, ο τρόπος επιλογής του δείγματος, το εργαλείο συλλογής δεδομένων και η ανάλυσή τους. Ακολούθως, στο κεφάλαιο πέντε περιγράφεται η διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσα από τα ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα, επεξηγούνται οι αναλύσεις που έγιναν μέσα από το στατιστικό πακέτο SPSS.

Έπειτα, στο κεφάλαιο έξι περιγράφονται με λεπτομέρεια και με τη βοήθεια των γραφικών παραστάσεων τα αποτελέσματα που προκύπτουν μέσα από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα αυτά συγκρίνονται με απώτερο στόχο τη λεπτομερή καταγραφή τους στο κεφάλαιο επτά όπου παρουσιάζονται και τα συμπεράσματα της έρευνας. Ακόμη αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας, και στη συνέχεια στο

κεφάλαιο οκτώ προτείνονται κάποιες μελλοντικές προσεγγίσεις που θεωρούνται απαραίτητες γύρω από το υπό μελέτη ζήτημα. Τέλος, παρατίθενται οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς επίσης και όλα τα παραρτήματα.

1 Περιγραφή Προβλήματος – Αναγκαιότητα Έρευνας

Η παρούσα έρευνα εξετάζει το πώς το ΓΝΑ, ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια του 2016. Η ανταποκρισιμότητα εξετάζεται γύρω από οκτώ στοιχεία – παραμέτρους, όπως αυτές καθορίζονται από τον ΠΟΥ, και που αποτελούν το πλαίσιο για τη μέτρησή της. Η αξιοπρέπεια, η αυτονομία, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, το περιβάλλον, η δυνατότητα επιλογής, η κοινωνική υποστήριξη, η έγκαιρη προσοχή και η επικοινωνία, αποτελούν τις οκτώ αυτές παραμέτρους μέσα από τις οποίες προσμετρείται η έννοια της ανταποκρισιμότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανταποκρισιμότητα αφορά μη ιατρικές και μη οικονομικές πτυχές της ιατρικής φροντίδας (De Silva & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Bleich, Özaltın, & Murray, 2009; Mohammed, Bermejo, Souares, Sauerborn, & Dong 2013; Karami-Tanha, Moradi-Lakeh, Fallah-Abadi, & Nojomi, 2014).

Η υφιστάμενη έρευνα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Πρέπει να σημειωθεί ότι η έννοια της ανταποκρισιμότητας έχει μετρηθεί κυρίως σε μεγάλες αναπτυγμένες χώρες. Σε μικρότερες χώρες, καθώς επίσης και σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως θεωρείται η Κύπρος, δεν έχουν διεκπεραιωθεί μελέτες που να εξετάζουν και να μελετούν την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών όπως αυτή καθορίζεται από την ανταπόκριση στις θεμιτές προσδοκίες τους (Valentine, et al., 2003; Mohammed, Bermejo, Souares, Sauerborn, & Dong 2013). Ακόμη, οι Valentine, et al. (2003) τονίζουν το μεγάλο ενδιαφέρον που υπάρχει για τις μικρότερες χώρες όσον αφορά τη μελέτη της ανταποκρισιμότητας.

Οι μεγάλες αλλαγές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια και που αφορούν το οικονομικό, το κοινωνικό, το πολιτικό και το τεχνολογικό επίπεδο, επηρεάζουν αναπόφευκτα και τα συστήματα υγείας των χωρών. Οι τεχνολογικές εξελίξεις, η μετανάστευση, η ανεργία, η οικονομική κρίση, οι περιορισμένοι πόροι για την Υγεία και η ανισότητα, έχουν δημιουργήσει μια νέα πραγματικότητα· την ανάγκη για αξιολόγηση των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας της φροντίδας, μέσα από μετρήσιμους δείκτες (Coulter & Jenkinson, 2005). Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αντιληπτό ότι χωρίς μέτρα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων υγείας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η επίλυση των πιο πάνω προβλημάτων, αλλά και η ορθολογική αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων θεωρείται δύσκολο, αν όχι ανυπέρβλητο εγχείρημα. Μέσα από τη δημιουργία συγκρίσιμων δεικτών και μέσα από τη μέτρηση συγκεκριμένων διαστάσεων, επιχειρείται η εκτίμηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Η ανταποκρισιμότητα αφορά τη μια από τις διαστάσεις

μέσω των οποίων προσμετράται η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στα συστήματα υγείας.

Σημειώνεται επιπρόσθετα ότι η έρευνα αυτή θα διεκπεραιωθεί σε ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο της Κύπρου. Τα αποτελέσματα της υφιστάμενης έρευνας όμως θα περιγράφουν σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό τις καταστάσεις που επικρατούν και σε μεγαλύτερα νοσοκομεία της Κύπρου, λαμβάνοντας υπόψη τις τυποποιημένες διαδικασίες που ακολουθούνται σε όλα τα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας. Επειδή πρόκειται για δημόσιες υπηρεσίες, η έρευνα και τα αποτελέσματά της, θα «φωτογραφίζουν» σε ένα αρκετά υψηλό ποσοστό τις αντίστοιχες υπηρεσίες των υπολοίπων δημόσιων νοσοκομείων. Αυτό θα δώσει κίνητρο στους ιθύνοντες κάθε νοσοκομειακού περιβάλλοντος, να υιοθετήσουν τις απαραίτητες πρακτικές για την αύξηση της ανταποκρισιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς – πολίτες.

2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Ορίζοντας την Υγεία

Μέσα από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας γύρω από τον ορισμό της έννοιας της υγείας, εύκολα διαπιστώνει κανείς ότι σωρεία πτυχών και παραμέτρων επηρεάζουν την υγεία κάθε ατόμου. Η έννοια της υγείας διαχωρίζεται σε σωματική, ψυχική και συναισθηματική. Συνεπώς, η υγεία κάθε ανθρώπου επηρεάζεται τόσο από το κοινωνικό όσο και από το φυσικό του περιβάλλον (Bury, 2005; Bash, 2015).

Οι Blank και Burau, (2004), ορίζουν την υγεία «ως την απουσία ασθένειας ή αρρώστιας οποιουδήποτε είδους». Από το 1948 ο ΠΟΥ ορίζει την υγεία ως «μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς την απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας». Μέσα από τον συγκεκριμένο ορισμό, είναι ξεκάθαρο ότι ένα σύστημα υγείας θα πρέπει, πέραν από τις ιατρικές ανάγκες των ατόμων, να αντιμετωπίζει και άλλες πτυχές που πιθανόν να επηρεάζουν την ευημερία και την πορεία της υγείας των ατόμων (WHO, όπως αναφέρεται στο Warwick, 2012; Karami-Tanha, Moradi-Lakeh, Fallah-Abadi, & Nojomi, 2014).

Ο ΠΟΥ, το 2000, ανέπτυξε ένα μοντέλο μέτρησης της υγείας που προσφέρεται στα διάφορα συστήματα υγείας. Αυτό το μοντέλο αφορά τρεις παραμέτρους, μέσα από τις οποίες μετράται ο παράγοντας υγείας. Οι τρεις αυτές διαστάσεις – τομείς είναι η αποτελεσματικότητα, η ανταποκρισιμότητα και η ασφάλεια (Ristea, Stegăroiu, Ioan-Franc, & Dinu, 2009). Οι Gakidou, Murray και Evans (2003), τονίζουν ότι υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον αναφορικά με την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας.

Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στον δεύτερο τομέα εξέτασης του τρόπου λειτουργίας των συστημάτων υγείας, αυτόν που αναφέρεται στην ανταποκρισιμότητα. Παρακάτω παρουσιάζεται αναλυτικά και βάσει της βιβλιογραφίας η έννοια της ανταποκρισιμότητας.

2.2 Η εξέλιξη της έννοιας της ανταποκρισιμότητας

2.2.1 Ορίζοντας την ανταποκρισιμότητα

Η ανταποκρισιμότητα σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο τα νοσηλευόμενα άτομα αντιμετωπίζονται, αλλά και το περιβάλλον (υγείας) μέσα στο οποίο αλληλεπιδρούν. Σημειώνεται ότι η ανταποκρισιμότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα σύστημα υγείας αλληλεπιδρά με τον ασθενή – χρήστη. Οι ασθενείς βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και οι εμπειρίες τους αποτελούν τον παράγοντα μέτρησης της ανταποκρισιμότητας ανάλογα με τη φροντίδα που λαμβάνουν, την επικοινωνία που έχουν με το νοσηλευτικό προσωπικό και την ενσυναίσθηση. Η ανταποκρισιμότητα αφορά δηλαδή στις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών ανάλογα με τις προσδοκίες τους, και στα δικαιώματά τους όσον αφορά την προσωπική τους υγεία και όχι τις ιατρικές και τις οικονομικές πτυχές της υγείας. Μέσα από την ανταποκρισιμότητα αξιολογείται το σύστημα υγείας και δίνονται χρήσιμες πληροφορίες για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας (Valentine, Murray, & De Silva, 2000; Gakidou, Murray, & Evans, 2003; Κωσταγιόλας, Κατελίδου, & Χατζοπούλου, 2008; Kowal, Naidoo, Williams, & Chatterji, 2011; Karami-Tanha, Moradi-Lakeh, Fallah-Abadi, & Nojomi, 2014).

Από το 1980 και έπειτα, αυξημένο ενδιαφέρον παρουσίαζε η ικανοποίηση των ασθενών σαν επακόλουθο της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονταν. Μέσω ερωτηματολογίων γινόταν προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών ανάλογα με τη φροντίδα που λάμβαναν από το νοσηλευτικό προσωπικό (Leiter, Harvie, & Frizzell, 1998). Ωστόσο, το 2000, ο ΠΟΥ μέσα από ένα επαναπροσδιορισμό της έννοιας της ικανοποίησης των ασθενών, τόνισε την πρωταρχική σημασία που έχουν τα συστήματα υγείας σχετικά με τη φροντίδα που λαμβάνουν οι εκάστοτε ασθενείς και την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ ασθενών και συστημάτων υγείας (Valentine, et al., 2003; Valentine, Darby, & Bonsel, 2008). Αυτός ο επαναπροσδιορισμός της έννοιας της υγείας, έφερε στην επιφάνεια τον όρο της ανταποκρισιμότητας. Σημειώνεται ότι η ανταποκρισιμότητα δημιουργήθηκε με στόχο την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας ανά το παγκόσμιο, σε εθνικό δηλαδή επίπεδο (Bramesfeld, Wedegärtner, Elgeti, & Bisson, 2007).

Το πλαίσιο που ανέπτυξε ο ΠΟΥ για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας αναπτύχθηκε μέσα από τη θέσπιση ενός απλού ερωτήματος: «*Ποιος είναι ο ρόλος και ποιος είναι ο σκοπός των συστημάτων υγείας;*». Οι Murray & Frenk (1999), έδωσαν μια αυτονόητη απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα, «*αφού τα συστήματα υγείας*

υπάρχουν για να βελτιώνουν και να διατηρούν την υγεία του εκάστοτε πληθυσμού». Παράλληλα, μια εξίσου πειστική απάντηση σε αυτό, είναι ότι τα συστήματα υγείας υπάρχουν για ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού που υπηρετούν σε κάθε περίπτωση. Η ικανοποίηση αυτών των αναγκών είναι και ο ουσιαστικός στόχος ενός συστήματος υγείας, τον οποίο ο ΠΟΥ ονομάζει «ανταποκρισιμότητα» (Valentine, et al., 2003, σ. 573; Robone, Rice, & Smith, 2011).

Η έννοια της ανταποκρισιμότητας δεν σχετίζεται με τις ιατρικές και οικονομικές πτυχές της υγείας, ένεκα του γεγονότος ότι αυτές προσμετρούνται μέσω άλλων ειδικών δεικτών. Αντίθετα, εξετάζει τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών – πολιτών. Η ανταποκρισιμότητα έχει οριστεί ως ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους των συστημάτων υγείας για μελέτη (Üstün et al., 2001; Robone, Rice, & Smith, 2011).

2.2.2 Ικανοποίηση ασθενών και ανταποκρισιμότητα

Προτού εισαχθεί στην παγκόσμια βιβλιογραφία η έννοια της ανταποκρισιμότητας των συστημάτων υγείας, μεγάλη έμφαση δινόταν στην ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με τις υπηρεσίες που δέχονταν σε διάφορα νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Πολλοί μάλιστα είναι αυτοί που συγγέουν την ικανοποίηση των ασθενών με την ανταποκρισιμότητα και θεωρούν ότι πρόκειται για ταυτόσημες έννοιες. Οι έννοιες αυτές συγγέονται και από διάφορους ερευνητές (Δανιηλίδου, 2009). Ωστόσο, είναι πολύ σημαντικό να επεξηγηθούν οι ουσιαστικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δύο αυτών εννοιών, έτσι ώστε να είναι ξεκάθαρη η έννοια της ανταποκρισιμότητας που εξετάζει η υφιστάμενη έρευνα.

Υπάρχουν βασικές διαφορές ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών και στην ανταποκρισιμότητα. Αρχικά, η ανταποκρισιμότητα στους νοσηλευόμενους ασθενείς, δεν σχετίζεται με τις ιατρικές πτυχές της υγείας. Σε αντίθεση με αυτό, η ικανοποίηση των ασθενών αφορά και την ιατρική πτυχή της υγείας. Η δεύτερη διαφορά μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ανταποκρισιμότητας σχετίζεται με το γεγονός ότι η ανταποκρισιμότητα μελετά και εξετάζει όλες τις αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα με το σύστημα υγείας στο σύνολό του, έναντι της ικανοποίησης που σχετίζεται μόνο με την αλληλεπίδραση που διαδραματίζεται στις ιατρικές εγκαταστάσεις (De Silva, & Valentine, 2000; Karami-Tanha, Moradi-Lakeh, Fallah-Abadi, & Nojomi, 2014).

Όπως τονίζει η Δανιηλίδου (2009, σ. 61), *«μέσα από τη χρήση του εργαλείου της ανταποκρισιμότητας, αποφεύγονται οι αδυναμίες που προέκυπταν μέσα από την ικανοποίηση».*

Αυτό εξηγείται και αιτιολογείται από το γεγονός ότι στην έννοια της ανταποκρισιμότητας μελετώνται και σχολιάζονται από τον χρήστη – ασθενή όλα τα πραγματικά γεγονότα που λαμβάνουν χώρα κατά τη θεραπεία του σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι εμπειρίες του ασθενή δηλαδή είναι αυτές πάνω στις οποίες βασίζεται η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας. Εν αντιθέσει, η ικανοποίηση των ασθενών προσμετρούνταν βάσει των αποτελεσμάτων υγείας του ασθενούς, αφού στηριζόταν στην ιατρική πτυχή της υγείας που προσφερόταν.

2.2.3 Ανταποκρισιμότητα και ποιότητα περίθαλψης

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η εννοιολογική ανεξαρτησία της ανταποκρισιμότητας από τις υπόλοιπες πτυχές βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, δεν σημαίνει ότι η ανταποκρισιμότητα δεν συνδράμει στην προαγωγή, στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας. Άτομα που αντιμετωπίζονται και τυγχάνουν φροντίδας σε ένα ευχάριστο, υποστηρικτικό και φιλικό περιβάλλον, είναι πιθανόν να ανταποκριθούν καλύτερα στη θεραπεία τους, καθώς μέσα από την αλληλεπίδραση με το σύστημα υγείας, αφομοιώνουν καλύτερα τις πληροφορίες που αφορούν στην υγεία τους. Είναι παράλληλα και ένας τρόπος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω της ζήτησης ή της απόρριψης αυτών.

Η έννοια της ανταποκρισιμότητας βασίστηκε και αναπτύχθηκε μέσα από διάφορα μοντέλα ποιότητας της περίθαλψης. Βασίστηκε όμως κυρίως στο πλαίσιο – μοντέλο του Donabedian. Ο Avedis Donabedian, γιατρός και ιδρυτής της μελέτης της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης, ανέπτυξε το μοντέλο αυτό το 1966 (Rais, 2013). Το μοντέλο Donabedian είναι ένα εννοιολογικό μοντέλο που παρέχει ένα πλαίσιο μέσα από το οποίο αξιολογούνται οι υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης που προσφέρεται. Αναφορικά με το συγκεκριμένο μοντέλο, οι πληροφορίες για την ποιότητα φροντίδας που δίνεται μπορούν να εξαχθούν μέσα από τρεις συγκεκριμένες κατηγορίες: τις «δομές», τις «διαδικασίες» και τα «αποτελέσματα» (Donabedian, 1988; Hiss, 1988, σ. 171; Rais, 2013, σ. 20).

Όσον αφορά στις «δομές», αυτές περιγράφουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα και περιλαμβάνει τις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, το προσωπικό, τη χρηματοδότηση και τον εξοπλισμό. Όσον αφορά στις «διαδικασίες», αυτές υποδηλώνουν τις συναλλαγές μεταξύ ασθενών και παροχών καθ' όλη τη διάρκεια της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, όσον αφορά στα «αποτελέσματα», αυτά αναφέρονται στις

επιδράσεις της υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης πάνω στην υγεία των ασθενών και του πληθυσμού γενικότερα (Donabedian, 1988; Hiss, 1988; Rais, 2013).

Ωστόσο, το μοντέλο Donabedian δέχθηκε κάποιες κριτικές. Πρώτα απ' όλα, τονίζεται ότι μέσα από το μοντέλο αυτό δεν είναι ξεκάθαρο πως οι τρεις κατηγορίες -δομές, διαδικασίες και αποτελέσματα- αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Έπειτα, τονίζεται πως το συγκεκριμένο μοντέλο αγνοεί σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης που προσφέρεται, παραμέτρους όπως τα χαρακτηριστικά του ασθενή και το περιβάλλον στο οποίο δίνεται η νοσοκομειακή φροντίδα (Coyle & Battles, 1999; Carayon et al., 2006). Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το μοντέλο περίθαλψης του Donabedian, θεωρείται ως ένα από τα χρησιμότερα εργαλεία μελέτης της ποιότητας φροντίδας που προσφέρουν τα συστήματα υγείας ανά το παγκόσμιο (Hiss, 1988).

2.3 Στοιχεία ανταποκρισιμότητας

Όπως έχει προαναφερθεί, η ανταποκρισιμότητα απαρτίζεται συνολικά από οκτώ στοιχεία – παραμέτρους τα οποία αντικατοπτρίζουν κάθε σύστημα υγείας. Τα οκτώ αυτά στοιχεία προέκυψαν μέσα από την προσπάθεια που καταβλήθηκε για να απαντηθεί το ερώτημα αναφορικά με το τι θεωρούσαν οι ασθενείς σημαντικό στις αλληλεπιδράσεις τους με τα συστήματα υγείας. Έτσι, γνωστοποιήθηκαν τα παρακάτω οκτώ στοιχεία ως αυτά που αντικατοπτρίζουν και καθορίζουν την έννοια της ανταποκρισιμότητας (Valentine, et al., 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα οκτώ στοιχεία, χωρίζονται σε δύο διαφορετικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία – ομάδα, αφορά στον σεβασμό του ατόμου ενώ η δεύτερη κατηγορία – ομάδα αφορά στη διευκόλυνση του προσανατολισμού του ασθενή στο σύστημα υγείας. Στην πρώτη ομάδα εμπίπτουν τα στοιχεία που αφορούν στην αξιοπρέπεια, στην εμπιστευτικότητα – στο απόρρητο, στην αυτονομία και στην επικοινωνία. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τα στοιχεία που αφορούν στην άμεση προσοχή, στην κοινωνική υποστήριξη – στο δίκτυο, στις βασικές ανέσεις – διευκολύνσεις και στην επιλογή του παρόχου (Gakidou, Murray, & Evans, 2003; Rice, Robone, & Smith, 2008; Bleich, Özaltin, & Murray, 2009; Prakash & Singh, n.d.).

Για την ιστορία, η ανταποκρισιμότητα απαρτιζόταν αρχικά από επτά στοιχεία, με την επικοινωνία να μην συμπεριλαμβάνεται σε αυτά. Αφού έγιναν κάποιες έρευνες αναφορικά με την ανταποκρισιμότητα, διαπιστώθηκε ότι χρειαζόταν να προστεθεί ένα ακόμη στοιχείο για

τη ολοκληρωμένη μέτρησή της. Έχοντας αυτό ως άξονα αναφοράς, ο ΠΟΥ το 2001, μέσα από κάποιες τροποποιήσεις πρόσθεσε τον τομέα της επικοινωνίας ως ένα βασικό στοιχείο για μέτρηση της ανταποκρισιμότητας. Μάλιστα, το στοιχείο αυτό εντάχθηκε στην πρώτη κατηγορία η οποία αφορά στον σεβασμό του ατόμου (Prakash & Singh, n.d.).

2.3.1 Σεβασμός του ατόμου

Όπως προαναφέρθηκε η πρώτη κατηγορία στην οποία χωρίζεται η ανταποκρισιμότητα αφορά στον σεβασμό του ατόμου. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα στοιχεία της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας, της εμπιστευτικότητας στις πληροφορίες, δηλαδή το απόρρητο, και της επικοινωνίας. Πρόκειται για μια κατηγορία που σε μεγάλο βαθμό είναι υποκειμενική, ένεκα του γεγονότος ότι αξιολογείται κυρίως από τον ασθενή (Δανιηλίδου, 2009).

2.3.1.1 Αξιοπρέπεια

Το στοιχείο της αξιοπρέπειας (άξιος και πρέπω) αναφέρεται ξεκάθαρα στον σεβασμό που πρέπει να λαμβάνουν οι ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον που ευρίσκονται, στην απουσία της οποιασδήποτε διάκρισης και στον σεβασμό της ιδιωτικότητάς τους. Επιπρόσθετα, ο ασθενής πρέπει να έχει την ευχέρεια να κάνει ερωτήσεις και ταυτόχρονα να δέχεται σαφείς απαντήσεις και πληροφορίες που αφορούν στην υγεία του (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997; Δανιηλίδου, 2009). Όπως τονίζουν οι Valentine, et al., (2003, σ. 580), η αξιοπρέπεια περιλαμβάνει τις έννοιες του *«σεβασμού, της ευγένειας, της προσοχής, της φροντίδας και της καλής συμπεριφοράς, με την απουσία του θυμού και των επιπλήξεων στους ασθενείς»*.

2.3.1.2 Αυτονομία

Η λέξη αυτονομία (αυτός και νέμω) αναφέρεται στην ανεξαρτησία ενός ατόμου, δηλώνει δηλαδή ότι κάποιος μπορεί να διοικείται μέσα από τους δικούς του νόμους (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997). Το στοιχείο της αυτονομίας αναφέρεται στο δικαίωμα του κάθε ασθενή, αν και εφόσον χαρακτηρίζεται από λογική, ψυχική και πνευματική υγεία, να επιλέγει, να αποφασίζει και να αρνείται οποιοδήποτε είδους θεραπεία. Επιπρόσθετα, η αυτονομία δηλώνει ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση της υγείας του, να συμμετέχει στη διαδικασία λήψης απόφασης και να αρνείται

κάποιου είδους θεραπεία με την οποία δεν είναι σύμφωνος. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ο ασθενής δεν αναγκάζεται να λειτουργεί αυτόνομα, αφού μπορεί να επιλέξει να μην έχει καμία ανάμειξη με τις αποφάσεις που θα παίρνονται για την υγεία του. Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα επιλογής, αφού δύναται να συμμετέχει στη διαδικασία λήψης απόφασης, αλλά αν το επιθυμεί δύναται να απέχει από τις αποφάσεις που θα λαμβάνονται από το υγειονομικό προσωπικό για την υγεία του (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009).

2.3.1.3 Επικοινωνία

Ορίζοντας τη λέξη «επικοινωνία» (επί και κοινωνία), αναφερόμαστε στη συνάφεια που υπάρχει μεταξύ ατόμων ή ομάδων και στη μεταβίβαση οποιωνδήποτε μηνυμάτων ή πληροφοριών (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997). Η συνεργασία, ο σεβασμός και ο διάλογος μεταξύ δύο εμπλεκόμενων μερών με την απουσία οποιουδήποτε είδους ασαφειών, αποτελούν τα στοιχεία μέσα από τα οποία παράγεται και προάγεται η επικοινωνία. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας για την ύπαρξη σωστής επικοινωνίας, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι λιτός και κατανοητός, χωρίς ιατρικούς ή περίπλοκους όρους που πιθανόν να είναι άγνωστοι για τον ασθενή. Παράλληλα, με στόχο την ύπαρξη μιας σωστής επικοινωνίας, δεν αρκεί μόνο ο ιατρός να χρησιμοποιεί απλό λόγο και να απαντά στις ερωτήσεις του κάθε ασθενούς. Αντίθετα, το σύστημα υγείας στην ολότητά του πρέπει να μπορεί να επικοινωνεί σωστά με τους ασθενείς (Valentine, et al., 2003; Δανηλίδου, 2009).

Ένα πρόβλημα που παρουσιάζεται συχνά ως ανασταλτικός παράγοντας για την επικοινωνία είναι η έλλειψη χρόνου. Ο μειωμένος χρόνος που έχουν οι ιατροί για την εξέταση ενός ασθενή και οι πολλές υποχρεώσεις του ιατρικού και μη προσωπικού λειτουργούν ως παράγοντες που δεν ευνοούν την επικοινωνία με τον τρόπο που πρέπει να υπάρχει σε κάθε σύστημα υγείας (Δανηλίδου, 2009).

2.3.1.4 Εμπιστευτικότητα στις πληροφορίες – Απόρρητο

Η εμπιστευτικότητα προέρχεται από τη λέξη εμπιστοσύνη (εν και πιστεύω) και δηλώνει την εχεμύθεια και την ικανότητα κάποιου να μην φανερώνει αυτά που του εμπιστεύονται (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997). Πρωταρχικό ρόλο στην εμπιστευτικότητα των πληροφοριών των ασθενών έχει η διακριτικότητα. Το υγειονομικό προσωπικό καλείται να χειρίζεται όλες τις πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς με διακριτικότητα και εχεμύθεια. Περαιτέρω, τα ιατρικά δεδομένα του ασθενούς δεν πρέπει να τυγχάνουν εύκολης

και αχρείαστης πρόσβασης. Ο ασθενής είναι αυτός που καλείται να δώσει τη συγκατάθεσή του, έτσι ώστε να δίνεται η δυνατότητα πρόσβασης στα ιατρικά του δεδομένα σε συγκεκριμένα άτομα (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009).

2.3.2 Προσανατολισμός ασθενή στο σύστημα υγείας

Όπως έχει προαναφερθεί η δεύτερη κατηγορία στην οποία χωρίζεται η έννοια της ανταποκρισιμότητας είναι αυτή του προσανατολισμού του ασθενή στο σύστημα υγείας στο οποίο βρίσκεται κάθε φορά. Σε αυτή την κατηγορία εμπίπτουν τα στοιχεία της έγκαιρης προσοχής, του δικαιώματος της επιλογής, της πρόσβασης σε κοινωνική υποστήριξη και της ποιότητας των βασικών παροχών. Σε αντίθεση με την προηγούμενη κατηγορία, η υφιστάμενη είναι περισσότερο αντικειμενική, καθώς είναι εύκολα παρατηρήσιμη (Δανηλίδου, 2009).

2.3.2.1 Έγκαιρη προσοχή

Σύμφωνα με τον Τεγόπουλο – Φυτράκη (1997), έγκαιρη προσοχή ορίζεται ως η κατάσταση στην οποία η απαραίτητη φροντίδα δίνεται την κατάλληλη στιγμή. Η έγκαιρη προσοχή στην έννοια της ανταποκρισιμότητας αφορά τη φροντίδα που πρέπει να δίνεται άμεσα σε επείγουσες περιπτώσεις, καθώς και τη φροντίδα που πρέπει να δίνεται επίσης άμεσα σε περιπτώσεις ασθενών που δεν χαρακτηρίζονται ως επείγοντα περιστατικά (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009).

Ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, αν δεν μπορεί να ανταποκριθεί έγκαιρα στις απαιτήσεις των ασθενών, αυτό έχει επίπτωση και στην ποιότητα ζωής τους, αφού δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα που χρειάζονται. Για να μπορέσει ένα νοσοκομείο να ανταποκρίνεται στους ασθενείς εγκαίρως, χρειάζεται να υπάρχει σωστή οργάνωση και σωστός προγραμματισμός (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009).

2.3.2.2 Επιλογή

Η επιλογή (επί και λέγω) δηλώνει το δικαίωμα κάποιου ανθρώπου να διαλέγει, να κάνει εκλογή και να επιλέγει ανάμεσα σε πολλούς ή και σε πολλά (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1997). Ένας ασθενής πρέπει να έχει το δικαίωμα της επιλογής του ιατρού, του νοσοκομειακού περιβάλλοντος που θα νοσηλευτεί και το δικαίωμα του να λαμβάνει μια

δεύτερη γνώμη. Όλα αυτά μπορούν να επιτευχθούν αν και εφόσον υπάρχει η δυνατότητα ο ασθενής να επιλέγει. Στις πλείστες των περιπτώσεων, ασθενείς που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές και σε μικρά χωριά δεν έχουν το δικαίωμα της επιλογής, αφού οι ιατρικές κλίνες που προσφέρονται είναι περιορισμένες. Συναντώνται δηλαδή γεωγραφικά εμπόδια (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανιηλίδου, 2009).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε περιπτώσεις ανά το παγκόσμιο, όπου το σύστημα υγείας δίνει το δικαίωμα επιλογής στους ασθενείς – χρήστες, το ποσοστό ικανοποίησης αυξάνεται καθώς επίσης αυξάνεται και το αίσθημα της εμπιστοσύνης και της ευημερίας που νιώθουν (Δανιηλίδου, 2009). Για να μπορέσει να επιτευχθεί κάτι τέτοιο πρέπει ένα σύστημα υγείας να είναι ευέλικτο. Η ευελιξία δηλαδή του κάθε συστήματος υγείας προάγει το δικαίωμα της επιλογής από μέρους των ασθενών (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανιηλίδου, 2009).

2.3.2.3 Κοινωνική υποστήριξη

Σύμφωνα με τον Τεγόπουλο – Φυτράκη (1997), η λέξη υποστήριξη (υπό και στηρίζω) ισοδυναμεί με τη βοήθεια και την ενίσχυση που δίνεται σε ένα άτομο. Η κοινωνική υποστήριξη ισοδυναμεί με τη βοήθεια που δέχεται ένα άτομο από το οικογενειακό ή κοινωνικό του περιβάλλον.

Σε περιπτώσεις όπου ένας ασθενής αναζητεί την υποστήριξη από το κοινωνικό του περιβάλλον, τότε το σύστημα υγείας οφείλει να την παρέχει. Έρευνες δείχνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη μειώνει το αίσθημα του άγχους από μέρους των ασθενών και αντίθετα αυξάνει το αίσθημα της ευημερίας. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να διεκπεραιωθεί μέσα από απλές επισκέψεις της οικογένειας ή του κοινωνικού περίγυρου του ασθενή και μέσα από το δικαίωμα του ασθενή να διατηρεί τα θρησκευτικά του καθήκοντα, καθώς και τα έθιμα και τις παραδόσεις του (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανιηλίδου, 2009).

2.3.2.4 Βασικές παροχές

Η παροχή (παρά και έχω) ορίζεται ως η χορήγηση, το δόσιμο που δίνεται σε κάποιο άτομο (Τεγόπουλο – Φυτράκη, 1997). Όσον αφορά σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, οι βασικές παροχές αφορούν την κατάλληλη υποδομή και την ποιότητα του περιβάλλοντος που προσφέρουν οι υπηρεσίες υγείας. Κάθε νοσοκομείο οφείλει και πρέπει να πληροί κάποιες

«βασικές προϋποθέσεις» έτσι ώστε οι ασθενείς να νιώθουν ευημερία και ικανοποίηση (Δανηλίδου, 2009, σ. 85).

Οι ερευνητές Draper και Hill (1996), αναφέρουν ότι ένα νοσοκομειακό περιβάλλον πρέπει να παρέχει τέτοιες υπηρεσίες καθαριότητας και άνεσης, τόσες ώστε να χαρακτηρίζεται ως ένα νοσοκομείο με «ξενοδοχειακό εξοπλισμό» (σ. 461). Η σωστή επίπλωση του χώρου, η άνεση, η καθαριότητα, η κατάλληλη θερμοκρασία και ο φωτισμός, η διαθεσιμότητα χώρου στάθμευσης και ανάπαυσης, καθώς και τα δωμάτια νοσηλείας αποτελούν μέρος των βασικών παροχών που πρέπει να προσφέρονται σε ένα νοσοκομείο (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009).

2.4. Αποτελέσματα υφιστάμενων ερευνών

Ο δείκτης ποιότητας της ανταποκρισιμότητας έχει μετρηθεί σε πολλές χώρες ανά το παγκόσμιο. Σύμφωνα με την Peltzer (2009) σε έρευνά της που διεξήχθη στη Νότια Αφρική εξετάζοντας την ανταπόκριση του συστήματος υγείας στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών, διαπιστώθηκε ότι τα στοιχεία της επικοινωνίας, της αυτονομίας και της εμπιστευτικότητας στις πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία των ασθενών, αναγνωρίζονται ως οι σημαντικότερες πτυχές της ανταποκρισιμότητας. Μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Ταϊβάν και που σαν κύριο της στόχο είχε να αξιολογήσει τα προτεινόμενα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας από τον ΠΟΥ, έδειξε ότι τα στοιχεία της αυτονομίας, της έγκαιρης προσοχής και της επιλογής, ιεραρχούνται ως τα σημαντικότερα όσον αφορά την ανταποκρισιμότητα (Hsu, Chen, Hu, Yip, & Shu, 2006). Μέσα από τις δύο αυτές έρευνες διαπιστώνεται ότι η κουλτούρα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο αναφορικά με τη μέτρηση της ανταποκρισιμότητας, βάσει των εμπειριών και των απόψεων των ασθενών, ανάλογα με τις θεμιτές προσδοκίες τους.

Σύμφωνα με τους Mohammed, Bermejo, Souares, Sauerborn και Dong (2013), σε έρευνά τους που διεκπεραιώθηκε στη Νιγηρία τα κρισιμότερα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας και της ποιότητας υγείας που προσφέρεται στα συστήματα υγείας της χώρας, θεωρήθηκαν αυτά της αυτονομίας, της επικοινωνίας και της έγκαιρης προσοχής. Συγκεκριμένα, η πιο σωστή οργάνωση των ιατρικών συναντήσεων, ο μειωμένος χρόνος αναμονής και η ξεκάθαρη και κατανοητή χρήση του λόγου από το υγειονομικό προσωπικό στην ολότητά του, οδηγούν στην αύξηση της ανταποκρισιμότητας και βελτιώνουν το

σύστημα υγείας στη Νιγηρία βάσει της προαναφερθείσας έρευνας. Περαιτέρω, μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα διαφάνηκε ότι τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας, έπρεπε να προσαρμοστούν στα ιδιαίτερα δεδομένα και χαρακτηριστικά της χώρα αυτής και σε επόμενο στάδιο να αξιολογηθούν. Διευκρινίζεται δηλαδή ο σημαντικός ρόλος της κουλτούρας των χωρών.

Οι Ευρωπαίοι ασθενείς επιζητούν περισσότερη αυτονομία στις αποφάσεις που παίρνονται για την υγεία τους. Στην έρευνα των Coulter και Jenkinson (2005), παρατηρήθηκε χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στις πραγματικές τους εμπειρίες όσον αφορά τον ρόλο της αυτονομίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Οι ασθενείς επιθυμούν ένα ενεργητικότερο και πιο αυτόνομο ρόλο για τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους. Περαιτέρω, στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας όσον αφορά την επικοινωνία μεταξύ υγειονομικού προσωπικού και ασθενών, έναντι ατόμων μικρότερης ηλικίας. Στο Ιράν σύμφωνα με τους ερευνητές Karami-Tanha, Moradi-Lakeh, Fallah-Abadi και Nojomi (2014), οι σημαντικότερες πτυχές της ανταποκρισιμότητας αφορούν την αυτονομία, το δικαίωμα της επιλογής και την έγκαιρη προσοχή. Αυτές οι πτυχές της ανταποκρισιμότητας εξασφάλισαν τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από μέρους των ασθενών. Ωστόσο, τονίζονται ως τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας που κατέχουν ύψιστη σημασία για τη βελτίωση του εκάστοτε συστήματος υγείας από μέρους των ασθενών.

Σε έρευνα που διεκπεραιώθηκε στον ελλαδικό χώρο, διαπιστώθηκε ότι η θετική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας προέρχεται από ηλικιωμένα άτομα καθώς επίσης και από άτομα με υψηλά εισοδήματα. Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα έρχονται στην επιφάνεια παράμετροι, όπως η ηλικία και το ετήσιο εισόδημα, οι οποίοι πιθανόν να επηρεάζουν τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των χρηστών – ασθενών. Παράλληλα, υψηλά ποσοστά λαμβάνουν οι παράμετροι της ανταποκρισιμότητας που αφορούν την κοινωνική υποστήριξη και την εμπιστευτικότητα, παράμετροι όμως που θεωρούνται λιγότερο σημαντικές για τους ασθενείς (Δανιηλίδου, 2009). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι και στη Ρουμανία, σε έρευνα που διεξήχθη από τους Ristea, Stegăroiu, Ioan-Franc και Dinu (2009) τα θετικά ποσοστά ανταποκρισιμότητας προέρχονταν από ηλικιωμένα άτομα. Η έρευνα αυτή παρουσίασε σε γενικότερο πλαίσιο χαμηλά ποσοστά ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ των νοσοκομείων και των κλινών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη.

Στην Ινδία οι πτυχές της ανταποκρισιμότητας που αφορούν την αυτονομία και τις βασικές παροχές, εξασφάλισαν τα χαμηλότερα ποσοστά από τους ασθενείς, χωρίς όμως να

θεωρούνται από τους ασθενείς ως ασήμαντες πτυχές για την ανταποκρισιμότητα (Prakash & Singh, n.d.). Σύμφωνα με την έρευνα των Kowal, Naidoo, Williams και Chatterji (2011), τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, επηρεάζουν τα ποσοστά ανταποκρισιμότητας. Στην έρευνά τους που διεξήχθη στην Κίνα οι γυναίκες και τα νεότερα άτομα επέδειξαν χαμηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας έναντι των αντρών και των ατόμων με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, όπου παρουσιάστηκαν υψηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας.

Μέσα από τις παραπάνω έρευνες το στοιχείο της αυτονομίας παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά σε πολλές χώρες ανά το παγκόσμιο, με τους ασθενείς όμως να θεωρούν την αυτονομία ως μια ιδιαίτερα σημαντική πτυχή της ανταποκρισιμότητας. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν τα ποσοστά ανταποκρισιμότητας, αφού άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν θετικότερες στάσεις έναντι ατόμων μικρότερης ηλικίας. Τέλος, διαπιστώνεται ότι η κουλτούρα και τα χαρακτηριστικά κάθε χώρας επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ανταποκρισιμότητα. Τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας σε πολλές των περιπτώσεων έπρεπε να προσαρμοστούν και να διαμορφωθούν ανάλογα, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα ιδιαίτερα δεδομένα και χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Η ανταποκρισιμότητα βρίσκεται σε ένα πρώιμο στάδιο μελέτης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Prakash και Singh (n.d.), η μελέτη της ανταποκρισιμότητας προσφέρεται ως μια «*πλούσια αντζέντα*» για μελλοντικές έρευνες (σ. 19).

2.5 Περιορισμοί ανταποκρισιμότητας

Σύμφωνα με τους Mugray και Evans (2006) ο ΠΟΥ χρειάζεται να γίνει περισσότερο «*πολιτισμικά ευαίσθητος*». Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι κάθε χώρα έχει τα δικά της πολιτισμικά χαρακτηριστικά, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη μελέτη της ανταποκρισιμότητας (σ.81). Περαιτέρω, σε κάθε χώρα στην οποία διεξάγεται έρευνα αναφορικά με την ανταποκρισιμότητα, πρέπει να προστίθενται ερωτήσεις για την έρευνα ή και να διαμορφώνονται οι υφιστάμενες που προσφέρει ο ΠΟΥ στο ερωτηματολόγιό του, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά κάθε χώρας ξεχωριστά (Hsu, Chen, Hu, Yip, & Shu, 2006). Όπως έχει προαναφερθεί η ανταποκρισιμότητα μελετά και εξετάζει τις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών – χρηστών σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον ανάλογα με τις θεμιτές προσδοκίες τους. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι δεν μπορεί να υπάρξει

καθολικός έλεγχος των προσδοκιών των ασθενών, αφού κάτι τέτοιο δεν θεωρείται πατερναλιστικό.

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων του ΠΟΥ έχει συζητηθεί εκτενώς και έχει δεχθεί κριτική κυρίως όσον αφορά την αξιοπιστία του ως αποδεκτού εργαλείου για σύγκριση συστημάτων υγείας μεταξύ διαφορετικών χωρών. Σχετικές έρευνες έχουν επισημάνει τις αδυναμίες που παρουσιάζει το εργαλείο ως απόλυτο στη μέτρηση και αξιολόγηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Η κουλτούρα, το βιοτικό επίπεδο, το πολιτισμικό υπόβαθρο κ.ά, είναι μερικές παράμετροι οι οποίοι επηρεάζουν τον βαθμό αξιοπιστίας του συγκεκριμένου εργαλείου.

Η μέτρηση της ανταποκρισιμότητας, όπως τονίζουν οι Hsu, Chen, Hu, Yip, και Shu, (2006), πρέπει να γίνεται βάσει των εμπειριών των ατόμων – ασθενών κάθε έθνους και κάθε χώρας ξεχωριστά. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι σε κάθε χώρα ενδέχεται να θεωρούν κάποιους τομείς υγείας σημαντικότερους από κάποιους άλλους.

Σημειώνεται ότι η παρούσα έρευνα λαμβάνει υπόψη τους παραπάνω προαναφερθέντες περιορισμούς που αφορούν την ανταποκρισιμότητα. Το ερωτηματολόγιο που προσφέρει ο ΠΟΥ διαμορφώθηκε ανάλογα, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κυπριακής κοινωνίας.

2.6 Συμπεράσματα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η υγεία ενός ατόμου πιθανόν να επηρεάζεται και από άλλες πτυχές πέραν από τις ιατρικές του ανάγκες (Karami-Tanha, Moradi-Lakeh, Fallah-Abadi, & Nojomi, 2014). Έχοντας αυτό ως άξονα αναφοράς ο ΠΟΥ ανέπτυξε ένα μοντέλο υγείας που αναφερόταν στην εξέταση του τρόπου λειτουργίας των συστημάτων υγείας μέσα στο οποίο εμπίπτει και ο παράγοντας της ανταποκρισιμότητας (Ristea, Stegăroiu, Ioan-Franc, & Dinu, 2009). Η ανταποκρισιμότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ασθενείς από το υγειονομικό προσωπικό αλλά αφορά και το περιβάλλον υγείας μέσα στο οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς αλληλεπιδρούν (Valentine, Murray, & De Silva, 2000).

Μέσα από την ανταποκρισιμότητα εξετάζονται οι προσωπικές εμπειρίες των ασθενών που αφορούν την υγεία τους και όχι οι ιατρικές και οι οικονομικές πτυχές της υγείας. Εξετάζεται βάσει των οκτώ στοιχείων της που χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στον σεβασμό του ατόμου και στον προσανατολισμό του ασθενή στο σύστημα υγείας. Στην πρώτη ομάδα εμπίπτουν τα στοιχεία που αφορούν στην αξιοπρέπεια, στην εμπιστευτικότητα – στο

απόρρητο, στην αυτονομία και στην επικοινωνία. Στη δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται τα στοιχεία που αφορούν στην άμεση προσοχή, στην κοινωνική υποστήριξη – στο δίκτυο, στις βασικές ανέσεις – διευκολύνσεις και στην επιλογή του παρόχου (Gakidou, Murray, & Evans, 2003; Rice, Robone, & Smith, 2008; Bleich, Özaltın, & Murray, 2009; Prakash & Singh, n.d.). Καθένα από τα παραπάνω οκτώ στοιχεία εξετάζεται ξεχωριστά και μελετάται πλήρως μέσα από την ανάλυση των δεδομένων.

3 Ερευνητικά Ερωτήματα – Υποθέσεις Έρευνας

3.1 Ερευνητικά Ερωτήματα

Η υφιστάμενη έρευνα εξετάζει τον βαθμό στον οποίο οι ΔΦΥ (νοσηλευθέντων ατόμων κατά τη διάρκεια του 2016) του ΓΝΑ ανταποκρίνονται στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών, ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από το σύστημα υγείας και τους λειτουργούς του. Μέσα από την έρευνα εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας του ΓΝΑ και οι λειτουργοί του ανταποκρίνονται στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών όσον αφορά τις μη οικονομικές και τις μη ιατρικές πτυχές της συνδιαλλαγής τους με αυτό. Η αξιολόγηση του συστήματος υγείας του ΓΝΑ καθορίζεται βάσει των οκτώ στοιχείων που απαρτίζουν την ανταποκρισιμότητα (η αξιοπρέπεια, η αυτονομία, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, το περιβάλλον, η δυνατότητα επιλογής, η κοινωνική υποστήριξη, η έγκαιρη προσοχή και η επικοινωνία).

Η παρούσα έρευνα διεκπεραιώνεται στο *μικροεπίπεδο*. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι μονάδες ανάλυσης της έρευνας είναι τα ίδια τα άτομα, δηλαδή οι ασθενείς του ΓΝΑ. Πιο κάτω αναφέρονται τα *περιγραφικά* ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται υπό μελέτη:

1. Σε ποιο βαθμό οι συγκεκριμένες υπηρεσίες του ΓΝΑ λειτουργούν με τρόπο που να τοποθετούν τον ασθενή στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας;

Μέσα από το πρώτο ερευνητικό ερώτημα θα εξεταστεί αν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της υγειονομικής φροντίδας βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος του συστήματος υγείας. Εξετάζεται δηλαδή ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας δίνονται έγκαιρα και χωρίς καθυστερήσεις ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα του περιστατικού υγείας που αντιμετωπίζει κάθε ασθενής.

2. Ποια είναι η άποψη των ασθενών για το τι συμβαίνει όταν έρχονται σε επαφή με τις ΔΦΥ του ΓΝΑ;

Μέσα από το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα θα μελετηθεί η πρώτη υποκατηγορία της ανταποκρισιμότητας, αυτής του σεβασμού του ατόμου. Στην υποκατηγορία αυτή προσδίδεται ο υποκειμενικός χαρακτήρας, ένεκα του γεγονότος ότι αξιολογείται ως επί το πλείστον από τον ασθενή. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα εξετάζονται τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας που περιλαμβάνονται στον σεβασμό του ατόμου, τα στοιχεία δηλαδή

της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας, της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών και της επικοινωνίας.

3. Τι πραγματικά συμβαίνει όταν ο ασθενής έρχεται σε επαφή με τις συγκεκριμένες υγειονομικές υπηρεσίες;

Μέσα από το τρίτο ερευνητικό ερώτημα θα εξεταστεί η δεύτερη υποκατηγορία της ανταποκρισιμότητας, αυτής του προσανατολισμού του ασθενούς στο σύστημα υγείας. Η υφιστάμενη υποκατηγορία χαρακτηρίζεται περισσότερο ως αντικειμενική, εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι εύκολα παρατηρήσιμη τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και από απλούς επισκέπτες του εκάστοτε νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα εξετάζονται τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας που περιλαμβάνονται στον προσανατολισμό του ασθενούς στο σύστημα υγείας, αυτά της έγκαιρης προσοχής, της επιλογής, της κοινωνικής υποστήριξης και των βασικών παροχών.

3.2 Υποθέσεις Έρευνας

Έχοντας σαν άξονα αναφοράς τα περιγραφικά ερευνητικά ερωτήματα που παρατίθενται πιο πάνω, εξετάζονται στην υφιστάμενη έρευνα οι εξής υποθέσεις:

Υπόθεση 1:

Αναμένεται ότι η ΜΕΘ θα παρουσιάσει υψηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας έναντι των υπολοίπων ΔΦΥ του ΓΝΑ.

Υπόθεση 2:

Αναμένεται ότι η ανταποκρισιμότητα επί του συνόλου θα παρουσιάσει ικανοποιητικά μέχρι υψηλά ποσοστά.

Υπόθεση 3:

Αναμένεται ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα επιδείξουν πιο θετική στάση έναντι των παρεχόμενων υπηρεσιών που αντικατοπτρίζουν την έννοια της ανταποκρισιμότητας.

Υπόθεση 4:

Αναμένεται ότι ο σεβασμός του ατόμου ως υποκατηγορία της ανταποκρισιμότητας θα παρουσιάσει υψηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας έναντι του προσανατολισμού του ασθενούς στο σύστημα υγείας.

4 Μεθοδολογία

Η έρευνα που διεκπεραιώνεται είναι *περιγραφική*, αφού σαν σκοπό της έχει να περιγράψει και να αποτυπώσει πως το ΓΝΑ ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών όσον αφορά μη οικονομικές και μη ιατρικές πτυχές της υγείας. Μέσα από τις αναλύσεις που ακολουθούν περιγράφονται με λεπτομέρεια οι προσδοκίες των ασθενών και παράλληλα ο βαθμός στον οποίο το ΓΝΑ θεωρείται αντάξιο των προσδοκιών τους αναφορικά με τις μη ιατρικές και τις μη οικονομικές πτυχές της υγείας. Παράλληλα, μέσα από την έρευνα διερευνάται η συσχέτιση της ανταποκρισιμότητας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια του 2016 με άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο κ.ο.κ.

4.1 Διαδικασία επιτέλεσης της έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων διεκπεραιώνεται μέσα από τη χορήγηση ερωτηματολογίου. Το υφιστάμενο εργαλείο συλλογής δεδομένων είναι βασισμένο στο ερωτηματολόγιο που ανέπτυξε ο ΠΟΥ αναφορικά με την έρευνα του επιπέδου υγείας και της ανταποκρισιμότητας των συστημάτων υγείας σε χώρες – μέλη του. Στο συγκεκριμένο εργαλείο συλλογής δεδομένων ο ΠΟΥ εισήγαγε μια καινοτόμα μεθοδολογία, αφού προσμετρούνται και άλλες διαστάσεις, όπως για παράδειγμα η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας, καθώς και η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων. Το ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ έχει μεταφραστεί ολοκληρωτικά και ταυτόχρονα προσαρμοστεί στα δεδομένα της ελληνικής κοινωνίας μέσα στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής που διεκπεραιώθηκε το 2009 από τη Δανηλίδου, Β. Α.

Στην επικείμενη έρευνα χρησιμοποιείται το μεταφρασμένο ελληνικό ερωτηματολόγιο με τις ενότητες που αφορούν την ανταποκρισιμότητα των ΔΦΥ και τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Πρέπει να σημειωθεί, ότι οι ερωτήσεις αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, έχουν προσαρμοστεί ανάλογα για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 250 άτομα, δειγματοληψία ευκολίας, και τα οποία έχουν νοσηλευτεί κατά τη διάρκεια του 2016 στα τμήματα των ΔΦΥ (ΜΕΘ 30, ΧΕΙΡ/ΚΟ 82, ΠΑΘ/ΚΟ 85, ΓΥΝΑΙΚ/ΜΑΙΕΥ/ΚΟ 53). Ο αριθμός από κάθε τμήμα είναι κατά αναλογία των κλινών και εισαγωγών του, επί ποσοστού, μέσα στο έτος. Ωστόσο, κατά τη διαδικασία

συλλογής του ερωτηματολογίου παρουσιάστηκαν συγκεκριμένα προβλήματα τα οποία και οδήγησαν στο αποτέλεσμα των 100 συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, (ΜΕΘ 18, ΧΕΙΡ/ΚΟ 29, ΠΑΘ/ΚΟ 28, ΓΥΝΑΙΚ/ΚΟ 25). Μετά την επιλογή των ατόμων και την αποδοχή εκ μέρους τους για συμμετοχή, η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε επιτόπια. Απώτερος στόχος ήταν η αναλυτική επεξήγηση στους συμμετέχοντες του σκοπού διεξαγωγής της έρευνας και η επίλυση πιθανών αποριών που θα προκύπτουν από τη συμπλήρωσή του. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι πραγματοποιήθηκε η χορήγηση του ερωτηματολογίου, αφού εξασφαλίστηκαν όλες οι εγκρίσεις που προαπαιτούνταν από την Υπηρεσία Βιοηθικής Κύπρου. Οι συμμετέχοντες προτού συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να δηλώσουν τη συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα συμπληρώνοντας ειδικό έντυπο συγκατάθεσης στο οποίο παρουσιάζεται περιληπτικά ο σκοπός διεξαγωγής της έρευνας και ταυτόχρονα παρέχονται διαβεβαιώσεις για εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και ανωνυμία (Βλέπε παράρτημα 2).

Μετά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου ακολουθεί η ανάλυσή του μέσα από το στατιστικό πακέτο SPSS (23^η έκδοση). Οι στατιστικές αναλύσεις και τα αποτελέσματα απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας και επιβεβαιώνουν ή απορρίπτουν τις υποθέσεις της.

4.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Εργαλείο συλλογής δεδομένων, όπως έχει προαναφερθεί, είναι το ερωτηματολόγιο που ανέπτυξε ο ΠΟΥ αναφορικά με την ανταποκρισιμότητα μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στα κυπριακά δεδομένα. Το ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ είναι σημαντικό εργαλείο και δύναται να προσφέρει πολλές και χρήσιμες πληροφορίες για τα συστήματα υγείας, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και τη διευκόλυνση του χρήστη στο σύστημα υγείας χωρίς ιδιαίτερο κόστος και σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Οι Darby, Valentine, Murray και Silva (2000), επισημαίνουν ότι ένα σύστημα υγείας, στα πλαίσια του διαχειριστικού του ρόλου, καλείται να διατηρεί ένα επίπεδο ισότιμων όρων μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών και των χρηστών. Δεδομένου ότι οι πολίτες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, η διευκόλυνση μιας αποδεκτής αλληλεπίδρασης με το σύστημα είναι βασικό στοιχείο της ανταποκρισιμότητας. Είναι επομένως χρήσιμο εργαλείο, γιατί παραθέτει το ανισοζύγιο που υπάρχει στη «σχέση» αυτή. Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο θεωρείται σημαντικό γιατί αφορά τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Όλες οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Στο πρώτο μέρος μέσα από ερωτήσεις με διατακτική κλίμακα και συγκεκριμένα μέσα από ερωτήσεις με κλίμακα σημασιολογικής διαφοροποίησης καθώς και μέσα από ερωτήσεις με κλίμακα Likert, οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τις απόψεις τους αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες που δέχονται από το σύστημα υγείας και από τους λειτουργούς του. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert πέντε διαβαθμίσεων με τις εξής τιμές: «πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή και πολύ κακή». Συνολικά το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου απαρτίζεται από 17 ερωτήσεις με τα υποερωτήματά τους. Κάθε ερώτηση που εμπίπτει στο ερωτηματολόγιο αφορά σε ένα από τα οκτώ στοιχεία της ανταποκρισιμότητας. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου ζητείται από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Χρησιμοποιούνται ερωτήσεις με ονομαστική κλίμακα για στατιστικούς λόγους. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου απαρτίζεται στο σύνολο από 12 ερωτήσεις με τα υποερωτήματά τους (Βλέπε παράρτημα 1).

4.3 Πληθυσμός Ενδιαφέροντος και Δειγματοληψία

Πληθυσμός ενδιαφέροντος για τη διεκπεραίωση της έρευνας αυτής είναι όλοι οι χρήστες – ασθενείς των ΔΦΥ του ΓΝΑ. Ως δείγμα της έρευνας επιλέγονται χρήστες – ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια του 2016 και συγκεκριμένα στα τμήματα ΜΕΘ, ΧΕΙΡ/ΚΟ, ΠΑΘ/ΚΟ, ΓΥΝΑΙΚ/ΜΑΙΕΥ/ΚΟ. Το ποσοτικό ερωτηματολόγιο απαντιέται από 100 άτομα, τα οποία επιλέγονται με τη μέθοδο της *δειγματοληψίας ευκολίας*. Ο αριθμός των ασθενών από κάθε τμήμα των ΔΦΥ είναι ανάλογος με τις εισαγωγές του (επί ποσοστού) μέσα στο έτος 2016.

4.4 Ηθικά Ζητήματα

Αξίζει να σημειωθεί ότι για σκοπούς ηθικών ζητημάτων εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων· ένας απαραίτητος παράγοντας για τη συμμετοχή τους στην παρούσα έρευνα. Περαιτέρω, οι πληροφορίες που δίνονται από τους ασθενείς χειρίζονται με εχεμύθεια, εμπιστευτικότητα και διακριτικότητα. Σε ουδεμία των περιπτώσεων δεν αναφέρεται το όνομα του ασθενούς ή και οποιαδήποτε προσωπικά του στοιχεία.

5 Ανάλυση Δεδομένων

5.1 Ανάλυση Ερωτηματολογίου

Αρχικά καταχωρήθηκαν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα 100 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια στο στατιστικό πακέτο SPSS (23^η έκδοση). Ο τρόπος εισδοχής των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια στο στατιστικό πακέτο SPSS διασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκαν και για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν εντολές από το στατιστικό πακέτο. Οι εντολές αυτές αναφέρονταν στην περιγραφή των μεταβλητών και στη συσχέτιση μεταξύ τους. Εκτενέστερα, μέσα από την επιλογή Frequencies, περιγράφηκαν όλες οι μεταβλητές που υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο και με την ανάλυσή τους εξετάστηκε ο βαθμός ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ του ΓΝΑ ανάλογα με τις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών. Για τη λεπτομερέστερη περιγραφή των μεταβλητών εκτός από τους πίνακες που προκύπτουν από τις αναλύσεις, χρησιμοποιούνται και διάφορα γραφήματα όπως ραβδογράμματα, γραφήματα πίτας κ.ά.

Σκοπός όμως της έρευνας αυτής είναι να εξετάσει το κατά πόσον το επιμέρους τμήμα του υγειονομικού συστήματος, αυτό των ΔΦΥ, του ΓΝΑ ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες και απαιτήσεις των χρηστών, όσον αφορά τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας προς αυτούς, σε συνδυασμό με την πιθανή επίδραση παραμέτρων όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση – το μορφωτικό επίπεδο, η κουλτούρα κ.ά.

Ο βαθμός ανταποκρισιμότητας εξετάζεται βάσει των οκτώ παραμέτρων που την απαρτίζουν. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου χρησιμοποιούνται οι εντολές Compare means με σκοπό τη σύγκριση των μέσων ορών των μεταβλητών. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε η εντολή Independent Samples T-test για τη σύγκριση δύο ανεξάρτητων μεταβλητών. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η εντολή Correlate και ο συντελεστής r του Pearson για τη σύγκριση δύο μεταβλητών με πολλές κατηγορίες. Εξετάστηκε δηλαδή μέσω του συντελεστή r του Pearson η πιθανή επίδραση των μεταβλητών του μορφωτικού επιπέδου, της κουλτούρας, της εργασιακής απασχόλησης κ.ά στον βαθμό ανταποκρισιμότητας που παρουσιάζουν οι ΔΦΥ του ΓΝΑ. Περαιτέρω, χρησιμοποιήθηκε η εντολή One way ANOVA για τον έλεγχο της ομοιογένειας μεταξύ των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Τέλος χρησιμοποιήθηκε η εντολή Crosstabs για τη συσχέτιση επίσης μεταβλητών που είχαν όμως λιγότερες από 3 επιλογές απάντησης (Βλέπε Παράρτημα 3).

6 Συζήτηση – Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

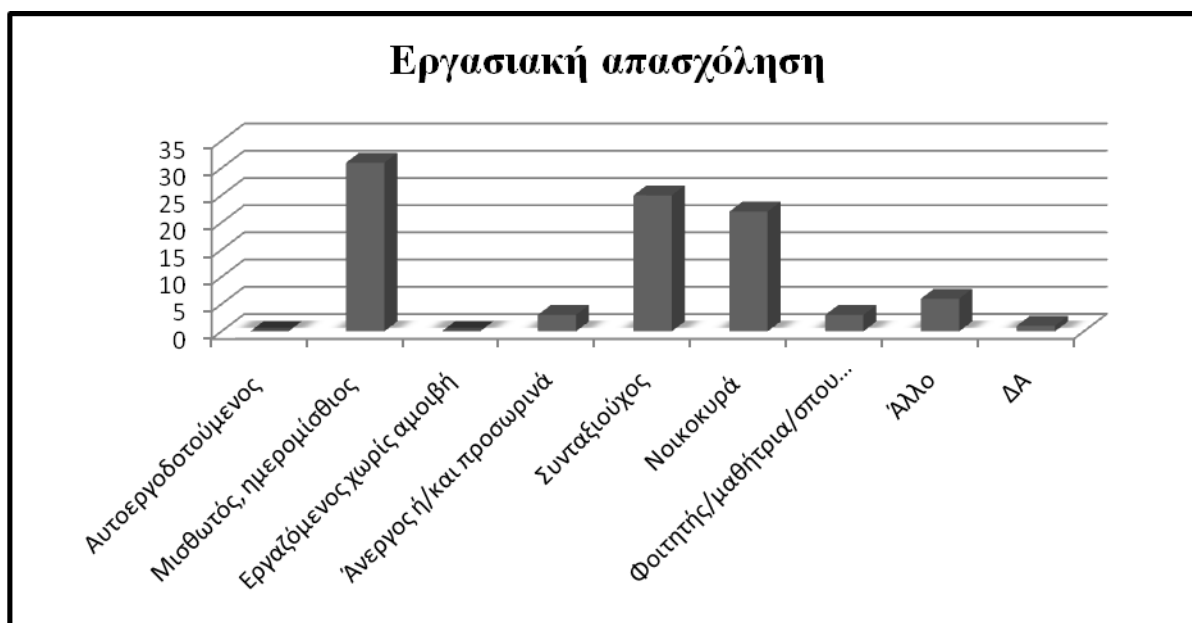
Έπειτα από τη συλλογή των δεδομένων, μετά την παραχώρηση και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες, προκύπτουν τα ακόλουθα στατιστικά αποτελέσματα.

Αρχικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα: Από τους 100 συμμετέχοντες, οι έξι επέλεξαν να μην αναφέρουν το φύλο τους. Περισσότερες συμμετοχές είχαν οι γυναίκες με ποσοστό 69,1% και 65 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Οι άντρες καταλαμβάνουν το ποσοστό του 30,9% επί του συνόλου έχοντας 29 συμμετοχές. Όσον αφορά την ηλικιακή κατηγορία των συμμετεχόντων μόλις τρεις επέλεξαν να μην δηλώσουν την ηλικία τους. Περαιτέρω, 26 άτομα δήλωσαν ότι εμπίπτουν στην ηλικιακή κατηγορία των ετών 1981 με 1990, ενώ 24 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ανήκουν στην κατηγορία των χρονολογιών 1951 έως 1960. Οι 17 ασθενείς ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των ετών 1940 με 1950, ενώ 15 άτομα δήλωσαν ότι εμπίπτουν στην κατηγορία των χρονολογιών 1991 έως 2000. Στις ηλικιακές κατηγορίες παρατηρείται δηλαδή μια ποικιλομορφία στις απαντήσεις ένεκα του γεγονότος ότι υπήρχαν συμμετοχές από όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει κυπριακή υπηκοότητα, αφού 87 άτομα δήλωσαν ότι γεννήθηκαν στην Κύπρο. Μόλις 10 ασθενείς του ΓΝΑ δεν γεννήθηκαν στην Κύπρο με ποσοστό 10,3% και οι άλλοι τρεις επέλεξαν να μην απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων οι 75 δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι με ποσοστό 79,8%, ενώ δέκα δήλωσαν ότι είναι ανύπαντροι με οικογένεια. Πέντε άτομα ανέφεραν ότι είναι χήροι, ενώ έξι δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή. Μόλις τρεις συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είναι ανύπαντροι με συγκάτοικο.

Αναφορικά με την ασχολία των συμμετεχόντων οι εννέα επέλεξαν να μην δηλώσουν με τι ασχολούνται, αφού δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Με 34,1% το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι μισθωτοί ή ημερομίσθιοι υπάλληλοι. Επιπρόσθετα, οι 25 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είναι συνταξιούχοι με ποσοστό 27,5%, και παράλληλα 22 γυναίκες δήλωσαν ότι είναι νοικοκυρές. Μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων καταλαμβάνουν οι φαντάροι, οι σπουδαστές, οι μαθητές και οι φοιτητές με 3,3% επί του συνόλου. Μικρό ποσοστό καταλαμβάνουν και οι άνεργοι ή αυτοί που βρίσκονται προσωρινά εκτός δουλειάς με ποσοστό επίσης 3,3%. Στον πιο κάτω πίνακα

παρουσιάζονται με λεπτομέρεια οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την εργασιακή τους απασχόληση.

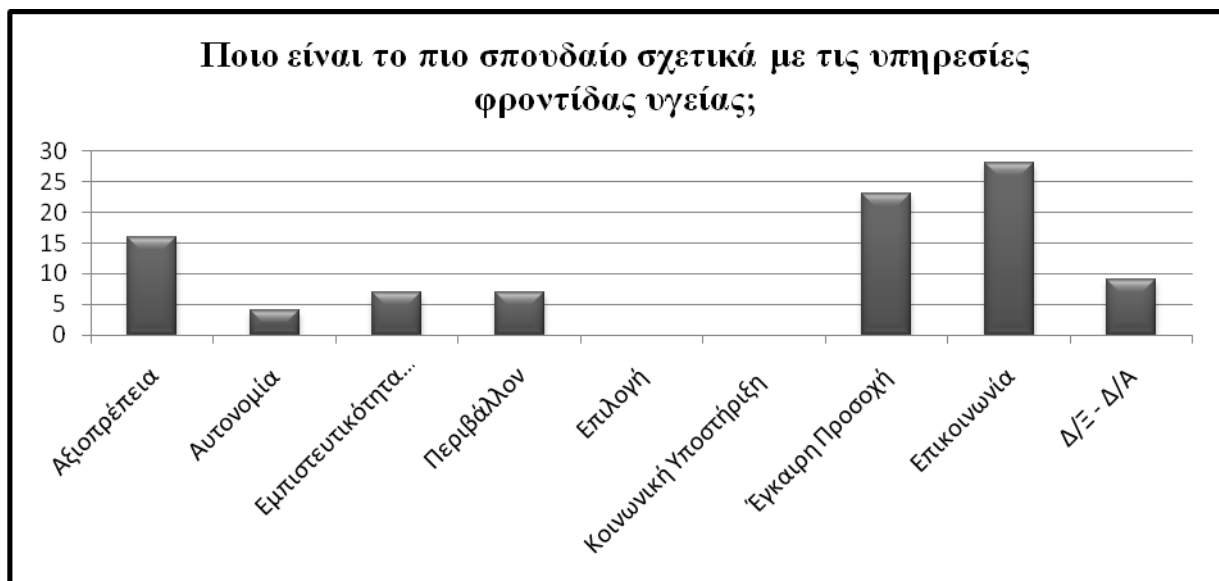


Διάγραμμα 1: Εργασιακή απασχόληση συμμετεχόντων

Αναφορικά με τις ώρες εργασίας των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα οι 95 από τους 100 επέλεξαν να μην δηλώσουν τον συνολικό χρόνο εργασίας του ανά βδομάδα. Μόλις 5 συμμετέχοντες ανέφεραν τον συνήθη συνολικό χρόνο εβδομαδιαίας εργασίας τους με ποσοστό πέντε τοις εκατόν. Τέλος, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και το ανώτερο επίπεδο μόρφωσής τους παρουσιάζεται επίσης μια ποικιλομορφία στις απαντήσεις τους. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της τάξης του 13,8% επέλεξε να μην δηλώσει το μορφωτικό του επίπεδο. Έπειτα, 16 άτομα δήλωσαν πως έχουν πάρει απολυτήριο δημοτικού, ενώ 15 άτομα έχουν πάρει απολυτήριο τριτάξιου γυμνασίου. Μόλις 11 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι απέκτησαν απολυτήριο λυκείου και άλλοι 14 έχουν πάρει πτυχίο μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Οι δέκα από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι απέκτησαν απολυτήριο τεχνικού επαγγελματικού λυκείου και επτά ανέφεραν ότι έχουν πάρει πτυχίο τεχνικής σχολής, χωρίς όμως απολυτήριο λυκείου.

Όπως προαναφέρθηκε κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η έννοια της ανταποκρισιμότητας προσμετράται βάσει των οκτώ παραμέτρων που την απαρτίζουν. Μάλιστα το στοιχείο της επικοινωνίας δεν αποτελούσε αρχικά μέρος της έννοιας της ανταποκρισιμότητας και το 2001 μετά από τροποποιήσεις εντάχθηκε κι αυτό στην ανταποκρισιμότητα ως ένα από τα απαραίτητα στοιχεία της (Prakash & Singh, n.d.).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν στην πρώτη ερώτηση αναφορικά με το ποια παράμετρο από αυτές της ανταποκρισιμότητας θεωρούν ως τη σημαντικότερη και ποια θεωρούν ως τη λιγότερο σημαντική. Μέσα από τις απαντήσεις τους δήλωσαν ότι το σημαντικότερο από τα οκτώ στοιχεία της ανταποκρισιμότητας είναι αυτό της επικοινωνίας με ποσοστό 29,8% (n=28). Ακολούθως, 23 άτομα απάντησαν ότι η έγκαιρη προσοχή είναι η πιο σημαντική πτυχή της ανταποκρισιμότητας για τις υπηρεσίες υγείας, ενώ 16 άτομα δήλωσαν ότι το σημαντικότερο στοιχείο είναι η αξιοπρέπεια που πρέπει να δείχνει το υγειονομικό προσωπικό προς το άτομό τους. Κανένας συμμετέχοντας δεν επέλεξε την κοινωνική υποστήριξη, αλλά ούτε και την επιλογή ως τη σημαντικότερη πτυχή της ανταποκρισιμότητας. Στην πιο κάτω γραφική παράσταση παρουσιάζονται παραστατικά οι επιλογές των συμμετεχόντων όσον αφορά τη σημαντικότερη πτυχή των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ανταποκρισιμότητα.



Διάγραμμα 2: Επιλογή της σημαντικότερης πτυχής της ανταποκρισιμότητας

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν και τη λιγότερο σημαντική πτυχή των υπηρεσιών υγείας που αφορά την ανταποκρισιμότητα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες με ποσοστό 47,4% επέλεξαν την κοινωνική υποστήριξη ως τη λιγότερο σημαντική πτυχή της ανταποκρισιμότητας και 14 συμμετέχοντες με ποσοστό 14,4% δήλωσαν την επιλογή. Παρά το γεγονός ότι οι πλείστοι συμμετέχοντες επέλεξαν την επικοινωνία ως τη σημαντικότερη πτυχή της ανταποκρισιμότητας, 12 άτομα δήλωσαν ότι η επικοινωνία είναι η λιγότερο σημαντική παράμετρος με ποσοστό 12,4%. Εννέα άτομα

επέλεξαν την αυτονομία και επίσης εννέα άτομα δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση με ποσοστό 9,3% αντίστοιχα.

Σε ακόλουθη ερώτηση όπου οι συμμετέχοντες είχαν να βαθμολογήσουν με βάση την εμπειρία τους τον τελευταίο χρόνο τις υπηρεσίες υγείας του ΓΝΑ εξάχθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα το 61,7% χαρακτήρισε ως πολύ καλή την εμπειρία του στο ΓΝΑ αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας. Το 29,6% χαρακτήρισε ως καλή την εμπειρία του και μόλις το ποσοστό του 3,1% επί του συνόλου βαθμολόγησε την εμπειρία του ως πολύ κακή.

Οι συμμετέχοντες κράτησαν την ίδια στάση και σε επόμενη ερώτηση που αφορούσε σε γενικότερο πλαίσιο την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών που δέχτηκαν τον τελευταίο χρόνο. Οι 64 από τους 100 συμμετέχοντες χαρακτήρισαν την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών ως πολύ καλή, 29 ως καλή και μόλις τέσσερις ως μέτρια. Έτσι επιβεβαιώνεται η υπόθεση της έρευνας που αναφέρει ότι η ανταποκρισιμότητα των ΔΦΥ στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών θα παρουσιάσει υψηλά ποσοστά επί του συνόλου των ασθενών – συμμετεχόντων. Στο πιο κάτω διάγραμμα παρουσιάζονται παραστατικά όλες οι απαντήσεις των συμμετεχόντων.



Διάγραμμα 3: Ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για τον χρόνο αναμονής, εξέτασης αλλά και μετακίνησής τους στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσα από τη συγκεκριμένη ερώτηση δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, αφού κανένας ασθενής δεν απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής, εξέτασης και μετακίνησής του είναι «πολύ μικρός» κατά την επίσκεψή του στο νοσοκομείο. Οι 15 από τους 100 συμμετέχοντες απάντησαν ότι ο χρόνος μετακίνησης, αναμονής και εξέτασης είναι πολύ μεγάλος και οι 32 απάντησαν ότι ο

χρόνος είναι μεγάλος. Ακολούθως, 35 άτομα απάντησαν ότι η χρονική διάρκεια που απαιτείται για μια νοσοκομειακή επίσκεψη είναι μέτρια και άλλοι 13 δήλωσαν ότι είναι μικρή (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 8). Σε συνεχιζόμενη ερώτηση όμως που αναφερόταν επίσης σε θέματα χρονικής διάρκειας λήψης της νοσοκομειακής φροντίδας με μεγάλο ποσοστό της τάξης του 87% οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η νοσοκομειακή φροντίδα τους παρέχεται γρήγορα, στοιχείο που δημιουργεί αντικρουόμενες απόψεις.

Όσον αφορά την ποιότητα του χώρου αναμονής το ποσοστό της τάξης του 36,4% χαρακτήρισε την ποιότητα της αίθουσας αναμονής αναφορικά με τον χώρο, τα καθίσματα και τον καθαρό αέρα ως πολύ καλή. Το ποσοστό του 31,3% χαρακτήρισε την αίθουσα αναμονής ως καλή, το 18,3% ως μέτρια και μόλις το 3% χαρακτήρισε την ποιότητα της αίθουσας αναμονής ως κακή. Ταυτόχρονα, η καθαριότητα στους χώρους του ΓΝΑ καταλαμβάνει υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, αφού 63 άτομα δήλωσαν ότι είναι πολύ καλή και 27 άτομα ότι είναι καλή. Κανένας συμμετέχοντας δεν χαρακτήρισε την καθαριότητα στους χώρους των υπηρεσιών υγείας ως κακή ή πολύ κακή.

Σε γενικότερο πλαίσιο και με ποσοστό του 67,7% οι ασθενείς βαθμολόγησαν την ποιότητα του περιβάλλοντος ως πολύ καλή. Το 20,2% βαθμολόγησε το γενικότερο περιβάλλον του νοσοκομειακού ιδρύματος ως καλό και το 5,1% ως μέτριο. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας συμμετέχοντας δεν βαθμολόγησε την ποιότητα του περιβάλλοντος ως κακή ή πολύ κακή. Πιο κάτω παρουσιάζονται παραστατικά τα αποτελέσματα που προκύπτουν μέσα από τη βαθμολόγηση της ποιότητας του περιβάλλοντος του ΓΝΑ ανάλογα με τις εμπειρίες των ασθενών τον τελευταίο χρόνο.



Διάγραμμα 4: Η ποιότητα του περιβάλλοντος στο ΓΝΑ

Στο ερωτηματολόγιο εξετάστηκαν σημαντικά όλα τα στοιχεία που απαρτίζουν την ανταποκρισιμότητα με ερωτήσεις που αφορούσαν το καθένα ξεχωριστά. Όσον αφορά την αξιοπρέπεια που αναφέρεται στον σεβασμό του ατόμου οι αποκριθέντες δήλωσαν με ποσοστό 64% ότι πάντα αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια από το υγειονομικό προσωπικό. Οι 24 συμμετέχοντες απάντησαν ότι αντιμετωπίζονται συνήθως με σεβασμό από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές και μόλις το τρία τοις εκατόν απάντησε ότι ποτέ δεν αντιμετωπίζεται με σεβασμό.

Επίσης, η πτυχή της αξιοπρέπειας αναφέρεται και στην ιδιωτικότητα στην οποία πραγματοποιείται η οποιαδήποτε σωματική εξέταση ή θεραπεία. Με το ποσοστό του 75% οι αποκριθέντες δήλωσαν ότι πάντα η θεραπεία ή η οποιαδήποτε σωματική εξέταση τον τελευταίο χρόνο έγινε με ιδιωτικότητα. Μόλις το ποσοστό του τρία τοις εκατόν δήλωσε ότι οι εξετάσεις και οι θεραπείες δεν πραγματοποιήθηκαν με ιδιωτικότητα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες παράλληλα κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με τις εμπειρίες τους κατά τον τελευταίο χρόνο. Οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν με το ποσοστό του 67,7% ως πολύ καλή την εμπειρία τους αναφορικά με την αντιμετώπισή τους με αξιοπρέπεια από το υγειονομικό προσωπικό. Ακολούθως, 17 συμμετέχοντες βαθμολόγησαν ως καλή την αντιμετώπισή τους με αξιοπρέπεια και τρεις ανέφεραν ότι η εμπειρία τους ήταν μέτρια. Επτά συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε πολύ κακή αντιμετώπιση ενώ πέντε δεν απάντησαν στην υφιστάμενη ερώτηση.

Ακολούθως, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερώτηση που αφορούσε το στοιχείο της αυτονομίας. Συγκεκριμένα ρωτήθηκαν αν το υγειονομικό προσωπικό προτού αρχίσει μια θεραπεία ή μια σωματική εξέταση ζητάει την άδειά τους. Οι πέντε από τους 100 συμμετέχοντες επέλεξαν να μην απαντήσουν την υφιστάμενη ερώτηση με ποσοστό 5%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε ότι πάντα το υγειονομικό προσωπικό ζητάει την άδεια από τους ασθενείς προτού αρχίσει μια θεραπεία ή κάποια εξέταση με ποσοστό 43%. Παράλληλα, 25 ασθενείς δήλωσαν ότι αυτό γίνεται συνήθως, ενώ οι 17 συμμετέχοντες απάντησαν ότι τους ζητείται άδεια κάποιες φορές. Οι υπόλοιποι δέκα συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αυτό δεν γίνεται ποτέ.

Σε ξεχωριστή ερώτηση που αφορούσε τη βαθμολόγηση της αυτονομίας που δόθηκε στους ασθενείς αναφορικά με την εμπειρία τους τον τελευταίο χρόνο 42 ερωτηθέντες έκριναν ότι τους δόθηκε αυτονομία σε μεγάλο βαθμό αφού τη βαθμολόγησαν ως πολύ καλή. Έπειτα, 27 άτομα βαθμολόγησαν τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα

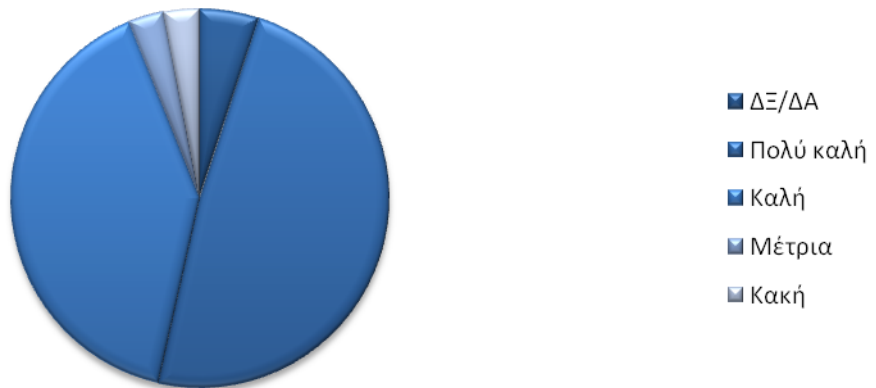
τους ως καλή, ενώ 14 τη βαθμολόγησαν ως μέτρια. Πέντε άτομα αναφέρθηκαν σε κακή αντιμετώπιση αναφορικά με την αυτονομία τους και τρία άτομα επέλεξαν να δώσουν πολύ κακή βαθμολογία.

Οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ερωτήσεις για το στοιχείο του απορρήτου, δηλαδή της εμπιστευτικότητας στις πληροφορίες που αφορούν κάθε ασθενή ξεχωριστά. Σε ερώτηση αν οι συζητήσεις σχετικά με την υγεία του ασθενούς γίνονταν ιδιωτικά, έτσι ώστε άλλοι ασθενείς να μην μπορούν να ακούσουν τα λεγόμενά τους οι συμμετέχοντες απάντησαν με ποσοστό της τάξης του 46% ότι αυτό πραγματοποιείται πάντα. Οι 35 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αυτό γίνεται συνήθως, ενώ μόλις τρεις απάντησαν ότι αυτό γίνεται κάποιες φορές. Σε συνεχιζόμενη ερώτηση αναφορικά με το στοιχείο του απορρήτου και συγκεκριμένα για την εμπιστευτικότητα στις πληροφορίες για την ιατρική κατάσταση κάθε ασθενούς οι αποκριθέντες δήλωσαν με μεγάλο ποσοστό του 77% ότι αυτό πραγματοποιείται πάντα και ότι οι προσωπικές πληροφορίες τους παραμένουν εμπιστευτικές. Μόλις ένας συμμετέχοντας δήλωσε ότι αυτό δεν πραγματοποιείται ποτέ και επίσης ένας δήλωσε ότι αυτό γίνεται κάποιες φορές. Εννέα από αυτούς δήλωσαν ότι συνήθως οι προσωπικές πληροφορίες παραμένουν εμπιστευτικές.

Οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν βάσει της εμπειρίας τους τον τρόπο διαχείρισης των προσωπικών πληροφοριών τους. Μάλιστα το ποσοστό του 70,4% επί του συνόλου παρουσίασε ως πολύ καλή την εμπιστευτικότητα – απόρρητο που διατηρήθηκε. Το ποσοστό του 14,3% αναφέρθηκε σε καλή βαθμολογία και το ποσοστό του 4,1% σε μέτρια. Πέντε άτομα επέλεξαν να μην απαντήσουν στην υφιστάμενη ερώτηση.

Σε ακόλουθη ερώτηση εξετάστηκε το στοιχείο της ανταποκρισιμότητας που αναφέρεται στην έγκαιρη προσοχή. Η έγκαιρη προσοχή όπως προαναφέρθηκε κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χαρακτηρίζεται από την άμεση φροντίδα που πρέπει να δίνεται τόσο σε επείγουσες περιπτώσεις, καθώς και τη φροντίδα που πρέπει να δίνεται και σε περιπτώσεις ασθενών που δεν χαρακτηρίζονται ως επείγοντα περιστατικά (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009). Οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν με ποσοστό 56,6% την παροχή έγκαιρης προσοχής ως πολύ καλή, ενώ το ποσοστό του 32,3% επέλεξε να τη χαρακτηρίσει ως καλή. Μόλις τρεις συμμετέχοντες βαθμολόγησαν τη λήψη έγκαιρης προσοχής στο νοσοκομείο ως κακή και τέσσερις τη χαρακτήρισαν ως μέτρια. Πιο κάτω παρουσιάζονται σε διάγραμμα όλες οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων που αναφέρονται στη λήψη έγκαιρης προσοχής.

Πώς θα βαθμολογούσατε τη λήψη έγκαιρης προσοχής στο νοσοκομείο;

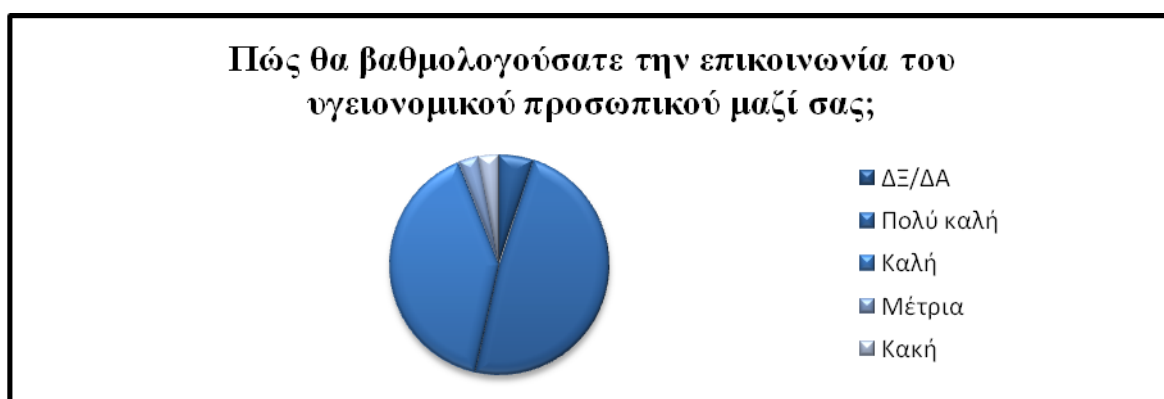


Διάγραμμα 5: Ανταποκρισιμότητα και έγκαιρη προσοχή

Ένα ακόμη στοιχείο της ανταποκρισιμότητας είναι η κοινωνική υποστήριξη. Σε συγκεκριμένη ερώτηση οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν και να βαθμολογήσουν τις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη. Πέντε συμμετέχοντες επέλεξαν να μην απαντήσουν αναφορικά με το αν αντιμετώπισαν προβλήματα επικοινωνίας με την οικογένειά τους ή συνέχισης των θρησκευτικών τους συνηθειών κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Το ποσοστό του 61,6% βαθμολόγησε την κοινωνική υποστήριξη που δέχθηκαν ως πολύ καλή, ενώ το 19,2% τη χαρακτήρισε ως καλή. Επτά συμμετέχοντες βαθμολόγησαν την εμπειρία τους αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη ως μέτρια, τρεις ως κακή και τέσσερις ως πολύ κακή.

Όσον αφορά το στοιχείο της επιλογής οι ερωτηθέντες απάντησαν και βαθμολόγησαν με βάση την εμπειρία τους κατά πόσον αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα πρόσβασης σε έναν υγειονομικό ή σε μια υπηρεσία υγείας της επιλογής τους. Οι απαντήσεις που προέκυψαν είναι οι εξής: 52 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα στην προσπάθειά τους να χρησιμοποιήσουν ή να εντοπίσουν άλλες μονάδες υγείας βάσει της επιλογής τους. Παράλληλα, 18 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν ένα μικρό πρόβλημα, ενώ οκτώ ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν ένα μέτριο πρόβλημα. Σε γενικότερο πλαίσιο οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν τη δυνατότητά τους να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσία υγείας της επιλογής τους ως πολύ καλή με 51 απαντήσεις, ενώ 37 τη χαρακτήρισαν ως καλή. Μόλις τρεις συμμετέχοντες βαθμολόγησαν την εμπειρία τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους ως κακή και άλλοι τρεις επίσης τη βαθμολόγησαν ως μέτρια με ποσοστό 3,1% αντίστοιχα.

Σε προηγούμενη ερώτηση οι συμμετέχοντες κατέταξαν την πτυχή της επικοινωνίας στο υψηλότερο σκαλοπάτι της ανταποκρισιμότητας ως το σημαντικότερο από τα οκτώ στοιχεία – παραμέτρους της. Πόσο καλά όμως οι υγειονομικοί του ΓΝΑ επικοινωνούν με τους ασθενείς; Πέντε ασθενείς δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση και παράλληλα τρεις τη χαρακτήρισαν ως κακή. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 48,5% βαθμολόγησαν την επικοινωνία τους με τους υγειονομικούς ως πολύ καλή και το ποσοστό του 40,4% ως καλή. Μόλις τρεις ερωτηθέντες χαρακτήρισαν την επικοινωνία με το υγειονομικό προσωπικό ως μέτρια. Στο πιο κάτω διάγραμμα παρουσιάζονται παραστατικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων.



Διάγραμμα 6: Ανταποκρισιμότητα και επικοινωνία

Οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν ιδιαίτερα ποσοστά ικανοποίησης στον εντοπισμό ενός γιατρού, υγειονομικού ή νοσηλευτή με τον οποίο ήταν ευχαριστημένοι, αφού με ποσοστό 89% δήλωσαν ότι δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Ταυτόχρονα όμως άλλοι δέκα συμμετέχοντες με ποσοστό 9% δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν σοβαρό πρόβλημα εντοπισμού του υγειονομικού με τον οποίο ήταν ευχαριστημένοι.

Οι ασθενείς ερωτήθηκαν παράλληλα αν εξαιτίας κάποιων οικονομικών προβλημάτων αντιμετώπισαν δυσκολίες και δεν αναζήτησαν την κατάλληλη φροντίδα υγείας. Σε μεγάλη πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι τα οικονομικά ζητήματα δεν λειτουργούν ως ανασταλτικός παράγοντας για την αναζήτηση της κατάλληλης φροντίδας υγείας, αφού οι 79 από τους 100 συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά. Παράλληλα, οι ασθενείς ερωτήθηκαν αν αντιμετώπισαν οποιουδήποτε είδους προβλήματα αναφορικά με την αναζήτηση κάποιας υπηρεσίας κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης οι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά, αφού δήλωσαν στο μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 71,7% ότι δεν αντιμετώπισαν οποιαδήποτε προβλήματα εντοπισμού των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.

Όπως έχει αναφερθεί η έρευνα εξετάζει κατά πόσον οι ΔΦΥ του ΓΝΑ ανταποκρίνονται στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών και αν παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν τον βαθμό ανταποκρισιμότητας. Μέσα από συγκεκριμένες αναλύσεις στο στατιστικό πακέτο φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερος είναι ένας ασθενής, τόσο θετικότερη στάση παρουσιάζει απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες που αντικατοπτρίζουν την ανταποκρισιμότητα. Μάλιστα προκύπτει το συμπέρασμα μιας μέτριας θετικής συσχέτισης (0.378), η οποία κρίνεται και στατιστικά σημαντική ($p=0.000$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 1).

Ο παράγοντας της ηλικίας επηρεάζει και τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον τρόπο βαθμολόγησης των ΔΦΥ τον τελευταίο χρόνο. Οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας έτειναν να βαθμολογούν με βάση την εμπειρία τους πιο θετικά τις ΔΦΥ του ΓΝΑ. Σημειώνεται ότι η σχέση που παρατηρείται κρίνεται ως στατιστικά σημαντική ($p=0.000$).

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στις υπηρεσίες υγείας που αφορούν την ανταποκρισιμότητα. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση διαφαίνεται ότι ασθενείς με ανώτερο επίπεδο σπουδών παρουσιάζουν θετικότερες στάσεις προς τις υπηρεσίες υγείας που αντικατοπτρίζουν την ανταποκρισιμότητα. Παρατηρείται μια μέτρια θετική συσχέτιση (0.478), η οποία κρίνεται και στατιστικά σημαντική ($p=0.000$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 2).

Παράλληλα, στατιστικά σημαντική σχέση κρίνεται και η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου σχετικά με την παράμετρο της ανταποκρισιμότητας που θεωρούν σημαντικότερη οι συμμετέχοντες ($p=0.000$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 3). Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει και την πτυχή της ανταποκρισιμότητας την οποία θεωρούν οι αποκριθέντες ως τη λιγότερο σημαντική πτυχή της ($p=0.000$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 4). Μάλιστα και οι δύο αναλύσεις παρουσιάζουν μια ισχυρή θετική συσχέτιση. Επίσης μέσα από τις αναλύσεις προκύπτει ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς χαρακτηρίζουν την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Προκύπτει μια μέτρια θετική συσχέτιση (0.484), στοιχείο που δηλώνει ότι όσο πιο ανώτερο είναι το επίπεδο μόρφωσης του κάθε ασθενούς τόσο πιο θετικά αποτελέσματα δίνει αναφορικά με την ανταποκρισιμότητα των ΔΦΥ. Η σχέση αυτή κρίνεται ως στατιστικά σημαντική ($p=0.000$).

Μια μέτρια θετική συσχέτιση παρατηρείται ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και της πτυχής της ανταποκρισιμότητας που θεωρείται σημαντικότερη για αυτούς (0.284). Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την παράμετρο που κρίνουν οι

συμμετέχοντες ως τη σημαντικότερη και η σχέση κρίνεται στατιστικά σημαντική ($p=0.006$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 5).

Όσον αφορά την επίδραση της κουλτούρας κατά τη διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ του ΓΝΑ, παρουσιάστηκε μια μέτρια θετική συσχέτιση όσον αφορά τη συσχέτιση των δύο (0.200) με την κουλτούρα να επηρεάζει τις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών όσον αφορά τον βαθμό ανταποκρισιμότητας. Η χώρα στην οποία γεννήθηκαν και μεγάλωσαν οι συμμετέχοντες επηρεάζει δηλαδή τις θεμιτές προσδοκίες τους. Η σχέση αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.050$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 7).

Το φύλο των συμμετεχόντων επηρεάζει τον βαθμό ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ του ΓΝΑ. Συγκεκριμένα διαφάνηκε ότι το φύλο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο βαθμολογούν οι συμμετέχοντες την ανταποκρισιμότητα των ΔΦΥ κατά τον τελευταίο χρόνο. Παρουσιάστηκε μια ορατή διαφορά (-0.473), γεγονός που δηλώνει ότι οι γυναίκες βαθμολογούν πιο θετικά τις ΔΦΥ του ΓΝΑ κατά 0.473 μονάδες συγκριτικά με τους άντρες. Μάλιστα η σχέση θεωρείται στατιστικά σημαντική ($p=0.000$) (Βλέπε παράρτημα 3, πίνακας 6).

Μια επιπρόσθετη υπόθεση της υφιστάμενης έρευνας αναφερόταν στο γεγονός ότι η ΜΕΘ αναμενόταν να παρουσιάσει υψηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας συγκριτικά με τις άλλες μονάδες των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, μέσα από τις αναλύσεις παρουσιάστηκε μια ομοιογένεια στις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες. Δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν. Η στατιστική ανάλυση κρίνεται σημαντική ($p=0.000$).

7 Συμπεράσματα

Απώτερος σκοπός διεξαγωγής της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ του ΓΝΑ μέσα από τις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών ανάλογα με τις θεμιτές προσδοκίες τους. Εξετάστηκε ο βαθμός ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς που χρησιμοποίησαν τις ΔΦΥ τον τελευταίο χρόνο. Κάθε ένα από τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας μελετήθηκε πλήρως και ταυτόχρονα διερευνήθηκε το κατά πόσον οι επί μέρους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η κουλτούρα επηρεάζουν το ποσοστό ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ. Παρακάτω περιγράφονται με λεπτομέρεια τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η υφιστάμενη έρευνα.

Μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το σημαντικότερο από τα οκτώ στοιχεία της ανταποκρισιμότητας είναι αυτό της επικοινωνίας, όπως αυτή επεξηγείται από το γεγονός ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό επεξηγούν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο στους ασθενείς και οι ασθενείς από την πλευρά τους έχουν τη δυνατότητα να υποβάλλουν ερωτήσεις για περαιτέρω εξηγήσεις που αφορούν την υγεία τους. Στο συγκεκριμένο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα της Peltzer (2009) που διεξήχθη στη Νότια Αφρική, αφού και εκεί οι συμμετέχοντες κατέταξαν ως σημαντικότερη παράμετρο της ανταποκρισιμότητας την επικοινωνία.

Περαιτέρω, ως η λιγότερο σημαντική πτυχή της ανταποκρισιμότητας θεωρείται η κοινωνική υποστήριξη. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στη δυνατότητα παροχής δώρων, τροφίμων και άλλων αντικειμένων από συγγενικά πρόσωπα των ασθενών, αλλά και στην ελευθερία άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων και εθίμων των ασθενών, στοιχείο που θεωρήθηκε ως το λιγότερο σημαντικό για τους ασθενείς (De Silva, & Valentine, 2000; Valentine, et al., 2003; Ristea, Stegăroiu, Valeriu, & Vasile, 2009; Δανηλίδου, 2009).

Ένα ακόμη συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η παρούσα έρευνα είναι ότι η ανταποκρισιμότητα των ΔΦΥ του ΓΝΑ επί του συνόλου καταλαμβάνει υψηλά ποσοστά. Όλες οι παράμετροι της ανταποκρισιμότητας εξασφάλισαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης και υψηλές βαθμολογίες αναφορικά με τις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών κατά τον τελευταίο χρόνο. Έτσι επιβεβαιώνεται η υπόθεση που ανέφερε ότι η ανταποκρισιμότητα αναμενόταν να παρουσιάσει ικανοποιητικά μέχρι και υψηλά ποσοστά επί του συνόλου. Η χρονική διάρκεια αναμονής, εξέτασης και μετακίνησης των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον δημιούργησε αντικρουόμενες απόψεις. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι ενώ η

παράμετρος της έγκαιρης προσοχής κατέλαβε υψηλά ποσοστά ανταποκρισιμότητας από τους ασθενείς, ο παράγοντας της χρονικής διάρκειας αναμονής, εξέτασης και μετακίνησης, που εμπίπτει στα πλαίσια της έγκαιρης προσοχής χαρακτηρίστηκε ως «μεγάλος» σε πολλές των περιπτώσεων.

Στα συμπεράσματα της έρευνας εντάσσεται και το γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας συγκριτικά με τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Η ηλικία δηλαδή επηρεάζει τις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών και κατ' επέκταση τον βαθμό ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ αναφορικά με τις προσωπικές τους εμπειρίες. Σημειώνεται ότι η έρευνα των Coulter και Jenkinson (2005) που πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη κατέληξε σε όμοια συμπεράσματα αναφορικά με τον παράγοντα της ηλικίας. Μια ακόμη έρευνα που κατέδειξε ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν πιο θετικά αποτελέσματα είναι η έρευνα των Ristea, Stegăroiu, Ioan-Franc και Dinu (2009) που έλαβε χώρα στη Ρουμανία. Μέσα από το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται η υπόθεση της έρευνας που ανέφερε ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα παρουσίαζαν θετικότερα αποτελέσματα συγκριτικά με τον βαθμό ανταποκρισιμότητας.

Η κουλτούρα επηρεάζει τις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών, άρα επαγωγικά επηρεάζει και τον βαθμό ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ. Προκύπτει το συμπέρασμα ότι η χώρα στην οποία μεγάλωσαν οι ασθενείς επηρεάζει τις προσδοκίες τους και οδηγεί σε διαφορετικά ποσοστά ανταποκρισιμότητας. Μάλιστα σε όμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα που διεκπεραιώθηκε στη Ταϊβάν από τους Hsu, Chen, Hu, Yip και Shu (2006) καθώς και από την έρευνα των Mohammed, Bermejo, Souares, Sauerborn και Dong (2013) που διεξήχθη στη Νιγηρία. Τα ιδιαίτερα δεδομένα και χαρακτηριστικά της κάθε κουλτούρας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε κάθε ασθενή.

Το μορφωτικό επίπεδο επίσης ως παράγοντας επηρεάζει την πτυχή της ανταποκρισιμότητας την οποία θεωρούν ως σημαντικότερη και ως λιγότερο σημαντική οι ασθενείς. Επιπρόσθετα όμως το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει και τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς χαρακτηρίζουν και βαθμολογούν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Προκύπτει το συμπέρασμα ότι άτομα με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο βαθμολογούν με υψηλότερα ποσοστά τις ΔΦΥ του ΓΝΑ. Σε όμοιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των Kowal, Naidoo, Williams και Chatterji (2011) που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα.

Η ΜΕΘ αναμενόταν να παρουσιάσει υψηλότερα ποσοστά έναντι των υπολοίπων ΔΦΥ του ΓΝΑ γι' αυτό και ήταν μια από τις υποθέσεις της έρευνας. Ωστόσο μέσα από την έρευνα αυτή παρατηρήθηκε μια ομοιογένεια στις απαντήσεις των ασθενών από όλες τις

νοσοκομειακές υπηρεσίες που εξετάστηκαν, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ΜΕΘ δεν παρουσίασε θετικότερα αποτελέσματα ανταποκρισιμότητας έναντι των άλλων ΔΦΥ.

Περαιτέρω αναμενόταν ότι ο σεβασμός του ατόμου ως υποκατηγορία της ανταποκρισιμότητας θα παρουσίαζε υψηλότερα ποσοστά ανταποκρισιμότητας έναντι του προσανατολισμού του ασθενούς στο σύστημα υγείας. Μέσα από τις στατιστικές αναλύσεις διαπιστώθηκε ότι τόσο η κατηγορία που αφορά τον σεβασμό του ατόμου, όσο και η κατηγορία που αναφέρεται στον προσανατολισμό του ασθενούς στο σύστημα υγείας εξασφάλισαν υψηλά ποσοστά ανταποκρισιμότητας, ένεκα του γεγονότος ότι και τα οκτώ στοιχεία – παράμετροι της ανταποκρισιμότητας εξασφάλισαν ικανοποιητικά μέχρι και πολύ θετικά αποτελέσματα.

8 Περιορισμοί Έρευνας – Μελλοντικές Έρευνες

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ του ΓΝΑ ανάλογα με τις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν τον τελευταίο χρόνο. Για τη διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε επιτόπια χορήγηση ερωτηματολογίου σε 100 άτομα που νοσηλεύθηκαν τον τελευταίο χρόνο στο ΓΝΑ και συγκεκριμένα στα τμήματα ΜΕΘ, ΧΕΙΡ/ΚΟ, ΠΑΘ/ΚΟ και ΓΥΝΑΙΚ/ΜΑΙΕΥ/ΚΟ. Ωστόσο, η έρευνα αυτή χαρακτηρίζεται από κάποιους περιορισμούς, που δεν επιτρέπουν τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 250 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κατά την διάρκεια του 2016. Παρόλα αυτά, διαδικαστικές δυσκολίες κατέστησαν αδύνατη την συμπλήρωση και παραλαβή όλων των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς. Αυτό είχε ως επακόλουθο τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από 100 άτομα, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενικευσιμότητα στα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα. Οι διαδικαστικές δυσκολίες σε συνδυασμό με τον περιορισμένο χρόνο για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διατριβής οδήγησε στο δείγμα των 100 ατόμων στοιχείο που μειώνει την εγκυρότητα και την αντιπροσωπευτικότητα του αποτελέσματος.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αναπτύχθηκε από τον ΠΟΥ. Μέσα από τις κατάλληλες τροποποιήσεις και προσαρμογές αποτέλεσε το μέσο συλλογής των δεδομένων της έρευνας. Παρά το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο είχε αξιοπιστία, όντας δημιούργημα του ΠΟΥ, αποτελούνταν από 11 σελίδες. Αυτό είχε ως συνεπακόλουθο οι συμμετέχοντες να μην δίνουν την απαραίτητη βαρύτητα στις τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με αποτέλεσμα κάποιες να μένουν αναπάντητες. Η χορήγηση του ερωτηματολογίου ήταν επιτόπια, αλλά εντούτοις παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς απαντούσαν με μεγαλύτερη συγκέντρωση και ευκολία τις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συγκριτικά με τις τελευταίες. Αυτό το στοιχείο μειώνει επίσης την εγκυρότητα της έρευνας.

Η διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας ανά το παγκόσμιο είναι ένα θέμα που απασχολεί όλο και περισσότερο τη διεθνή βιβλιογραφία, ένεκα και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας σήμερα· όπως περιορισμένοι πόροι, γήρανση πληθυσμού, μετανάστευση – δημογραφικές αλλαγές, τεχνολογική διεύρυνση στον τομέα υγείας – κόστος κλπ. Όπως έχει σημειωθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως θεωρείται και η Κύπρος, δεν έχουν διεκπεραιωθεί μελέτες που

να εξετάζουν και να μελετούν την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών στις προσδοκίες των ασθενών (Valentine, et al., 2003).

Η διεξαγωγή μιας έρευνας με δείγμα μεγαλύτερο των 100 ατόμων θεωρείται αναγκαία, ώστε να μπορούν να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η παρούσα έρευνα. Δεδομένου του δημόσιου χαρακτήρα της Υγείας στην Κύπρο μια μελλοντική έρευνα που να καλύπτει όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια θα έδινε μια πληρέστερη εικόνα.

Εξίσου σημαντικό, αλλά και επιθυμητό, μελλοντικές έρευνες να προσμετρήσουν ή συμπεριλάβουν και τις παραμέτρους της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας σε συνδυασμό με την ανταποκρισιμότητα για την ύπαρξη μιας ολοκληρωμένης εικόνας των συστημάτων υγείας κάθε χώρας. Μόνο έτσι θα εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία θα αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας στην ολότητά τους και δεν θα σχετίζονται με τις οικονομικές και ιατρικές πτυχές της υγείας.

Σε τοπικό επίπεδο, τα αποτελέσματα δείχνουν την ανάγκη των ασθενών – πολιτών να έχουν μια καλύτερη, αμφίδρομη επικοινωνία σε ότι αφορά την Υγεία τους. Μέσα από συγκεκριμένες πρωτοβουλίες, η διοίκηση του νοσοκομείου σε συνεργασία με τις κλινικές – τμήματα να εντάξουν την επικοινωνία στο πλάνο νοσηλείας, χωρίς αυτό να απαιτεί, επιπλέον χρόνο, ανθρώπινο δυναμικό και το πιο σημαντικό, χωρίς κόστος. Θα μπορούσαν οι ασθενείς και συγγενείς σε προκαθορισμένο χρόνο να τυγχάνουν ενημέρωσης και ανταλλαγής απόψεων σε ότι αφορά τη θεραπεία από λειτουργό Υγείας στον χώρο νοσηλείας του ασθενή.

Παράλληλα, ένα συντονισμένο σχέδιο δράσης, όπως η υιοθέτηση και συμπλήρωση ενός εντύπου με τις παραμέτρους της ανταποκρισιμότητας τόσο από ασθενείς όσο και από επαγγελματίες Υγείας, θα ήταν υποβοηθητικό ως προς τις εξατομικευμένες ανάγκες πλέον των ασθενών.

Επιπλέον, ένα άλλο σημαντικό εύρημα που κατέδειξε η έρευνα είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής, μετακίνησης και εξέτασης των ασθενών. Αυτό εξηγείται εν μέρει και από τις υπηρεσίες που δύναται να προσφέρει το νοσοκομείο. Πχ κάποιες επεμβατικές και μη εξετάσεις δεν μπορούν να διεκπεραιωθούν εντός του ΓΝΑ, γι' αυτό και οι ασθενείς πρέπει να διακομίζονται σε άλλα νοσοκομεία για συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Το σύστημα υγείας βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο, ένεκα της επικείμενης αυτονομίησης και της εφαρμογής του ΓΕΣΥ. Οι καθυστερήσεις, οι ελλείψεις εξειδικευμένου προσωπικού και η αυξημένη πληρότητα που παρατηρείται δυσχεραίνουν

ακόμη περισσότερο την ήδη βεβαρημένη κατάσταση στα δημόσια νοσηλευτήρια. Αυτό που θα μπορούσε να γίνει από τη διοίκηση του νοσοκομείου είναι η σύναψη συμβολαίων με τον ιδιωτικό τομέα για τη διενέργεια συγκεκριμένων εξετάσεων, επεμβατικών και μη. Θα μπορούσε επίσης να γίνεται μια κατηγοριοποίηση των περιστατικών προς μεταφορά – διακομιδή, σε επείγοντα και μη. Πέραν των συγκεκριμένων μέτρων αυτό που μπορεί να γίνει άμεσα είναι ο συντονισμός και η σωστή αξιοποίηση του χρόνου μεταξύ των ιατρικών, κυρίως, λειτουργών του νοσοκομείου. Η λήψη αποφάσεων την κατάλληλη στιγμή θα είναι προς όφελος πρωτίστως των ασθενών, αλλά και προς το ίδιο το νοσοκομείο και την κοινωνία γενικότερα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δανηλίδου, Α. (2009). Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.
Κωσταγιόλας, Π. Α., Καϊτελίδου, Δ., & Χατζοπούλου, Μ. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.
Τεγόπουλος – Φυτράκης, (1997). Ελληνικό Λεξικό.

Αγγλική Βιβλιογραφία

- Bash, E. (2015). Οι σύγχρονες τάσεις της προαγωγής υγείας. Ανακτήθηκε από http://healthpromotion.med.uoa.gr/pm/1_sigrones_taseis.pdf
- Blank, Robert H., and Viola Burau. Comparative health policy. Palgrave Macmillan, 2004.
- Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278.
- Bramesfeld, A., Wedegärtner, F., Elgeti, H., & Bisson, S. (2007). How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC health services research*, 7(1), 99.
- Carayon, P., Hundt, A. S., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(suppl 1), i50-i58.
- Coulter, A., & Jenkinson, C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The European Journal of Public Health*, 15(4), 355-360.
- Coyle, Y., & Battles, J. B. (1999). Using antecedents of medical care to develop valid quality of care measures. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 5-12.
- Darby C., Valentine N., Murray J.L & Silva D.A. (2000) A WHO strategy on measuring responsiveness. GPE discussion paper series: No.23 Geneva, WHO
- De Silva A, Valentine N. (2000) Measuring Responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. GPE Discussion Paper Series:No.21 Geneva, WHO
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *Jama* 260.12: 1743-1748.
- Draper, M., & Hill, S. (1996). Feasibility of national benchmarking of patient satisfaction with Australian hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 457-466.
- Gakidou, E., Murray, C. J., & Evans, D. B. (2003). Quality and equity: preferences for health system outcomes. *Health system performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 667-765.
- Hiss, R. G. (1988). Diabetes in communities. *The Diabetes Educator*, 14(3), 171-173.
- Hsu, C. C., Chen, L., Hu, Y. W., Yip, W., & Shu, C. C. (2006). The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public health*, 6(1), 1.

- Karami-Tanha, F., Moradi-Lakeh, M., Fallah-Abadi, H., & Nojomi M. (2014). Health System Responsiveness for Care of Patients with Heart Failure: Evidence from a University Hospital. *Archives of Iranian medicine*, 17(11), 736.
- Kowal, P., Naidoo, N., Williams, S. R., & Chatterji, S. (2011). Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health*, 3(10), 638.
- Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social science & medicine*, 47(10), 1611-1617.
- Murray CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. Geneva, World Health Organizations 1999 (Global Programme on Evidence for Health Policy. Discussion Paper No 6)
- Murray, C. J., & Evans, D. (2006). Health systems performance assessment. Office of Health Economics.
- Peltzer, K. (2009). Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC health services research*, 9(1), 1.
- Prakash, G., & Singh, A. (n.d.). Responsiveness in a District Health System: The Changing Relationship of the State with its Citizen.
- Rais, N. (2013). Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008.
- Rice, N., Robone, S., & Smith, P. C. (2008). The measurement and comparison of health system responsiveness. University of York. Health econometrics and data group (HEDG).
- Ristea, Ana-L., Stegăroiu, Ion, Valeriu Ioan-Franc, & Vasile Dinu. (2009) Responsiveness of health systems: a barometer of the quality of health services. *Amfiteatru Economic* 11.26: 277-287.
- Robone, S., Rice, N., & Smith, P. C. (2011). Health Systems' Responsiveness and Its Characteristics: A Cross -Country C
46(6pt2), 2079-2100.
- Robone, S., Rice, N., & Smith, P. C. (2011). Health Systems' Responsiveness and Its Characteristics: A Cross-Country Comparative Analysis. *Health services research*, 46(6pt2), 2079-2100.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendib, L., Çelik, C., Sadana, R., & Cao, Y. (2001). WHO multi-country survey study on health and responsiveness. Geneva: *World Health Organization*.
- Valentine B.N, De Silva A, Kawabata K. et al. (2003) Health System Responsiveness: concepts, domains and operationalization *In Health System Performance Assessment: debates, methods and empiricisms*. C.J.L. Murray and D.B Evans (eds) Geneva, WHO 2003a 573-596.
- Valentine, N., Darby, C., & Bonsel, G. J. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social science & medicine*, 66(9), 1939-1950.
- Valentine, N., Murray, C. J., & De Silva, A. (2000). *World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness*. World Health Organization.
- Warwick-Booth, Louise, Ruth Cross, and Diane Lowcock. Contemporary health studies: An introduction. Polity, 2012.

Παραρτήματα

1 Ερωτηματολόγιο

Στόχος της υφιστάμενης έρευνας είναι να εξετάσει την ποιότητα των παρεχόμενων μη ιατρικών υπηρεσιών υγείας της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου, μέσω της ανταποκρισιμότητας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και όλες οι απαντήσεις που θα δοθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας. Θα τηρηθεί πλήρης εμπιστευτικότητα και εχεμύθεια των προσωπικών σας δεδομένων.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

ΜΕΡΟΣ Α΄

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

1. Διάβασε τις παρακάτω κάρτες. Δίνουν πληροφορίες διαφορετικών τρόπων με τους οποίους οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας στη χώρα μας δείχνουν σεβασμό για τους ανθρώπους και τους θέτουν στο επίκεντρο της φροντίδας. Σκεπτόμενοι/ες το περιεχόμενο αυτών των καρτών και το συνολικό σύστημα υγείας, ποιο είναι το πιο σπουδαίο για εσάς και ποιο το λιγότερο σπουδαίο;

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
ΑΞΙΟ- ΠΡΕΠΕΙΑ	ΑΥΤΟ- ΝΟΜΙΑ	ΕΜΠΙΣΤΕΥ- ΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟ- ΦΟΡΙΩΝ	ΠΕΡΙ- ΒΑΛΛΟΝ	ΕΠΙΛΟΓΗ	ΚΟΙΝΩΝΙ- ΚΗ ΥΠΟ- ΣΤΗΡΙΞΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΠΡΟΣΟΧΗ	ΕΠΙΚΟΙ- ΝΩΝΙΑ
<ul style="list-style-type: none">• Να σας δείχνουν σεβασμό• Οι ιατρικές εξετάσεις να γίνονται	<ul style="list-style-type: none">• Να συμμετέχετε στις αποφάσεις της φροντίδας και της θεραπείας σας αν το θέλετε	<ul style="list-style-type: none">• Να κρατούν το ιατρικό σας ιστορικό εμπιστευτικό• Οι συζητήσεις σας με	<ul style="list-style-type: none">• Ύπαρξη αρκετού χώρου καθισμάτων και καθαρού αέρα στην αίθουσα αναμονής	<ul style="list-style-type: none">• Δυνατότητα επιλογής γιατρού, νοσηλευτών/τριών ή άλλων	<ul style="list-style-type: none">• Η παροχή τροφής και άλλων δώρων από τους συγγενείς• Ελευθερία στα	<ul style="list-style-type: none">• Να υπάρχει λογική απόσταση και χρόνος μετακίνησης από το σπίτι μέχρι τον τόπο της υπηρεσίας	<ul style="list-style-type: none">• Να σας ακούν με προσοχή• Να σας εξηγούν τα πράγματα με τέτοιο

με σεβασμό της ιδιωτικότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Να σας ζητούν την άδεια πριν αρχίσουν θεραπείες και εξετάσεις 	<p>υγειονομικούς να γίνονται έτσι που άλλοι άνθρωποι που δεν θέλετε να ακούσουν να μην μπορούν να κρυφακούσουν</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαρές εγκαταστάσεις • Υγιεινή και σχετικά νόστιμη τροφή 	<p>υγειονομικών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δυνατότητα να πάτε σε ένα άλλο μέρος για φροντίδα υγείας αν θέλετε 	<p>θρησκευτικά καθήκοντα και έθιμα</p>	<p>υγείας / να παίρνετε γρήγορα φροντίδα στις επείγουσες περιπτώσεις</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να έχετε μικρούς χρόνους αναμονής στα ραντεβού και στις επισκέψεις και να κάνετε εξετάσεις γρήγορα • Μικρές λίστες αναμονής για μη επείγοντα περιστατικά 	<p>τρόπο που να μπορείτε να τα καταλαβαίνετε</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να έχετε χρόνο να ρωτάτε
------------------------------	---	--	--	--	--	--	---

ΤΟ ΠΙΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

ΤΟ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

Δ.Ξ. / Δ. Α.

2. Κύκλωσε εκείνο που σου ταιριάζει:

Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας, σε σχέση με το να λάβετε την απαιτούμενη προσοχή από τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιήσατε:

1= πολύ καλή 2= καλή 3= μέτρια 4= κακή 5= πολύ κακή 0=Δ.Ξ. / Δ.Α.

3. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο όταν αναζητήσατε φροντίδα υγείας:

1= πάντα, 2= συνήθως, 3= κάποιες φορές, 4= ποτέ, 5= δεν ξέρω, 0= δεν απαντώ

<p>3.1. Πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλευτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας αντιμετώπισαν με τον απαιτούμενο σεβασμό;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.2. Πόσο συχνά το διοικητικό προσωπικό, όπως οι υπάλληλοι από τον χώρο υποδοχής ή οι γραμματείς σας αντιμετώπισαν με τον απαιτούμενο σεβασμό;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.3. Πόσο συχνά η σωματική εξέταση και η θεραπεία έγινε με τρόπο που σεβάστηκε την ιδιωτικότητά σας;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.4. Πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλευτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί, σας άκουσαν προσεχτικά;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.5. Πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλευτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί, σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο που ήταν κατανοητός;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.6. Πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλευτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί, σας έδωσαν χρόνο να υποβάλετε ερωτήσεις για τα προβλήματα της υγείας ή της θεραπείας σας;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.7. Πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλευτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί, ζήτησαν την άδειά σας πριν αρχίσουν μια θεραπεία ή κάποια εξέταση;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		
<p>3.8. Πόσο συχνά έγιναν συζητήσεις με τον γιατρό σας, τον/τη νοσηλευτή/τρια ή άλλο υγειονομικό που πραγματοποιήθηκαν ιδιωτικά, έτσι ώστε άλλοι άνθρωποι που δεν θέλατε να ακούσουν, δεν μπορούσαν να κρυφακούσουν αυτό που λεγόταν;</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1</td> <td style="width: 16.6%;">2</td> <td style="width: 16.6%;">3</td> <td style="width: 16.6%;">4</td> <td style="width: 16.6%;">5</td> <td style="width: 16.6%;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		

<p>3.9. Πόσο συχνά ο γιατρός σας, ο/η νοσηλευτής/τρια ή άλλος υγειονομικός κράτησαν τις προσωπικές σας πληροφορίες εμπιστευτικές; Αυτό σημαίνει, ότι οποιοσδήποτε ο οποίος δεν θέλατε να πληροφορηθεί, δεν θα μπορούσε να μάθει για την ιατρική σας κατάσταση.</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">0</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	0
1	2	3	4	5	0		

4. Συνολικά τον τελευταίο χρόνο πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με:

1= πολύ καλή 2= καλή 3= μέτρια 4= κακή 5= πολύ κακή 0=Δ.Ξ. / Δ.Α.

4.1. το να σας αντιμετωπίσουν με αξιοπρέπεια στις υπηρεσίες υγείας

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

4.2. το πόσο καλά οι υγειονομικοί επικοινωνήσαν μαζί σας

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

4.3. τη συμμετοχή σας στη λήψη των αποφάσεων για τη φροντίδα ή τη θεραπεία σας σε σχέση με όσα θα θέλατε

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

4.4. τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κράτησαν τις πληροφορίες για σας εμπιστευτικές

1	2	3	4	5	0
---	---	---	---	---	---

5. Συνολικά τον τελευταίο χρόνο, πόσο σοβαρό πρόβλημα ήταν, εάν ήταν, να βρείτε έναν γιατρό, νοσηλευτή/νοσηλεύτρια ή άλλο υγειονομικό με τον οποίο ήσασταν ευχαριστημένος/η;

Κανένα πρόβλημα

1

Σοβαρό πρόβλημα

4

Μικρό πρόβλημα

2

Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα

5

Μέτριο πρόβλημα

3

Δ.Ξ. / Δ.Α.

0

6. Συνολικά τον τελευταίο χρόνο, πόσο σοβαρό πρόβλημα ήταν, εάν ήταν, να χρησιμοποιήσετε άλλες μονάδες υγείας πέραν από εκείνη που χρησιμοποιείτε συνήθως;

Κανένα πρόβλημα	<input type="text" value="1"/>	Σοβαρό πρόβλημα	<input type="text" value="4"/>
Μικρό πρόβλημα	<input type="text" value="2"/>	Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα	<input type="text" value="5"/>
Μέτριο πρόβλημα	<input type="text" value="3"/>	Δεν το επιχείρησα ποτέ	<input type="text" value="6"/>
		Δ.Ξ. / Δ.Α.	<input type="text" value="0"/>

7. Συνολικά, πώς θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με τη δυνατότητα να έχετε πρόσβαση για φροντίδα υγείας σε έναν υγειονομικό ή στην υπηρεσία της επιλογής σας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών;)

Πολύ καλή	<input type="text" value="1"/>	Κακή	<input type="text" value="4"/>
Καλή	<input type="text" value="2"/>	Πολύ κακή	<input type="text" value="5"/>
Μέτρια	<input type="text" value="3"/>	Δ.Ξ. / Δ.Α.	<input type="text" value="0"/>

8. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο σκεπτόμενος/η τους χώρους που επισκεφθήκατε για φροντίδα υγείας, πώς θα βαθμολογούσατε:

1= πολύ καλή 2= καλή 3= μέτρια 4= κακή 5= πολύ κακή 6= δεν επισκέφθηκα κάποιο χώρο, έλαβα μόνο κατ' οίκον επισκέψεις 0=Δ.Ξ. / Δ.Α.

8.1. τη βασική ποιότητα της αίθουσας αναμονής, π.χ., τον χώρο, τα καθίσματα, τον καθαρό αέρα

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="0"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

8.2. την καθαριότητα του χώρου

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="0"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

8.3. την ποιότητα του περιβάλλοντος, για παράδειγμα χώρους, καθίσματα, καθαρό αέρα, καθαριότητα των υπηρεσιών υγείας

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="0"/>
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

9. Κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, ο χρόνος που απαιτείται για την επίσκεψή σας στον γιατρό ή την παραμονή σας στο νοσοκομείο (μετακίνηση + αναμονή + εξέταση) θεωρείτε ότι είναι:

Πολύ μεγάλος
 Μεγάλος
 Μέτριος
 Μικρός
 Πολύ μικρός
 Δ.Ξ/Δ.Α

10. Συνολικά τον τελευταίο χρόνο, λάβατε τη νοσοκομειακή φροντίδα όσο γρήγορα θα θέλατε;

Ναι
 Όχι
 Δ.Ξ/Δ.Α

11. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, εφόσον ήσασταν στο νοσοκομείο, πόσο συχνά λάβατε την προσοχή του γιατρού, των νοσηλευτών/τριών τόσο γρήγορα όσο εσείς θα θέλατε;

Πάντα	<input type="text" value="1"/>	Ποτέ	<input type="text" value="4"/>
Συνήθως	<input type="text" value="2"/>	Δεν ξέρω	<input type="text" value="5"/>
Κάποιες φορές	<input type="text" value="3"/>	Δεν απαντώ	<input type="text" value="0"/>

12. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, εφόσον ήσασταν στο νοσοκομείο, πώς θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με:

1= πολύ καλή 2= καλή 3= μέτρια 4= κακή 5= πολύ κακή 0=Δ.Ξ. / Δ.Α.

12.1. τη λήψη έγκαιρης προσοχής στο νοσοκομείο	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
12.2. το να αντιμετωπισθείτε με αξιοπρέπεια στο νοσοκομείο	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
12.3. το πόσο καλά οι υγειονομικοί επικοινωνήσαν μαζί σας	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>

12.4. τη συμμετοχή σας στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα ή τη θεραπεία σας, τόσο όσο εσείς θα θέλατε	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
12.5. τον τρόπο που το νοσοκομείο κράτησε τις προσωπικές σας πληροφορίες εμπιστευτικές	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
12.6. τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσετε το νοσοκομείο της επιλογής σας	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>
12.7. το πώς επέτρεψε το νοσοκομείο να επικοινωνήσετε με την οικογένεια, τους φίλους και να συνεχίσετε τις κοινωνικές και θρησκευτικές συνήθειες, κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="0"/>

13. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, εφόσον μείνατε σε ένα νοσοκομείο, πόσο μεγάλο ήταν το πρόβλημα, αν υπήρχε, να επιτρέπει το νοσοκομείο στην οικογένειά σας και στους φίλους σας να φροντίσουν τις προσωπικές σας ανάγκες, όπως το να σας φέρουν το αγαπημένο σας φαγητό, σαπούνι, κλπ.;

Κανένα πρόβλημα	<input type="text" value="1"/>	Σοβαρό πρόβλημα	<input type="text" value="4"/>
Μικρό πρόβλημα	<input type="text" value="2"/>	Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα	<input type="text" value="5"/>
Μέτριο πρόβλημα	<input type="text" value="3"/>	Δ.Ξ. / Δ.Α.	<input type="text" value="0"/>

14. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, εφόσον μείνατε σε ένα νοσοκομείο, πόσο μεγάλο ήταν το πρόβλημα, αν υπήρχε, να επιτρέπει το νοσοκομείο να ασκήσετε τα θρησκευτικά ή παραδοσιακά έθιμα ή καθήκοντα, αν εσείς το θέλατε;

Κανένα πρόβλημα	<input type="text" value="1"/>	Σοβαρό πρόβλημα	<input type="text" value="4"/>
Μικρό πρόβλημα	<input type="text" value="2"/>	Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα	<input type="text" value="5"/>
Μέτριο πρόβλημα	<input type="text" value="3"/>	Δ.Ξ. / Δ.Α.	<input type="text" value="0"/>

15. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε φροντίδα υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά;

Ναι

Όχι

Δ.Ξ/Δ.Α

16. Συνολικά, τον τελευταίο χρόνο, υπήρξε στιγμή κατά την οποία χρειαστήκατε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και δεν τις αναζητήσατε επειδή δεν γνωρίζατε πού πρέπει να απευθυνθείτε;

Ναι

Όχι

Δ.Ξ/Δ.Α

17. Γενικά πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών αν και εφόσον τις έχετε χρησιμοποιήσει τον τελευταίο ΧΡΟΝΟ;

Πολύ καλή

Κακή

Καλή

Πολύ κακή

Μέτρια

Δεν έχω χρησιμοποιήσει νοσοκομειακές υπηρεσίες

Δ.Ξ. / Δ.Α.

ΜΕΡΟΣ Β' ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Δ.1. Φύλο:

Αντρας	Γυναίκα
1	2

Δ.2. Πότε γεννηθήκατε: (βάλτε ✓)

- 1940 – 1950
 1951 – 1960
 1961 – 1970
 1971 – 1980
 1981 – 1990
 1991 – 2000
 Άλλο

Δ.3. Έχετε γεννηθεί στην Κύπρο; 1 2 0
Ναι Όχι Δ.Α

Δ.4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; (κυκλώστε)

Παντρεμένος	Ανύπαντρος/η που ζει με γονείς/συγγενείς	Ανύπαντρος που ζει μόνος/η ή με συγγάτοικο	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η Σε διάσταση	Δ.Α
1	2	3	4	5	0

Δ.5. Έχετε παιδιά ηλικίας έως και 18 ετών; 1 2 0
Ναι Όχι Δ.Α

Δ.6. Πείτε μου σας παρακαλώ ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο σπουδών που έχετε συμπληρώσει; (κυκλώστε)

Δεν έχει πάει καθόλου σχολείο / δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση	01
Έχει τελειώσει μέχρι 3 ^η Δημοτικού	02
Έχει πάρει απολυτήριο Δημοτικού	03
Έχει πάρει απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου	04

Έχει πτυχίο Τεχνικής Σχολής, χωρίς απολυτήριο Λυκείου	05
Έχει τελειώσει 1 ^η , ή 2 ^α Λυκείου / 4 ^η , 5 ^η εξατάξιου Γυμνασίου	06
Έχει απολυτήριο Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου	07
Έχει πάρει απολυτήριο Λυκείου (Γενικού, Ενιαίου) / Απολυτήριο εξατάξιου Γυμνασίου	08
Έχει πτυχίο Μεταδευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης / Μέσης Ιδιωτικής Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής, με απολυτήριο Λυκείου (π.χ., ΙΕΚ, Ιδιωτικά Κολλέγια, κλπ.)	09
Έχει πτυχίο ΤΕΙ	10
Έχει πτυχίο ΑΕΙ	11
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (Μάστερ, Διδακτορικό, κλπ.)	12
ΔΓ/ΔΑ	0

Δ.7. Απαντήστε στην ερώτηση αυτή αν ακόμη σπουδάζετε – Πού σπουδάζετε; (κυκλώστε)

Μαθητής Ενιαίου Λυκείου	1
Μαθητής Τεχνικής Σχολής	2
Σπουδαστής Μεταδευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με απολυτήριο Λυκείου (π.χ., ΙΕΚ, Ιδιωτικά Κολλέγια)	3
Σπουδαστής ΤΕΙ	4
Φοιτητής ΑΕΙ	5
Μεταπτυχιακός Φοιτητής	6

Δ.8. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΟΣ

Με τι ασχολείστε σήμερα; Είστε εργοδότης, αυτοαπασχολούμενος/η, μισθωτός/η, άνεργος/η, συνταξιούχος, νοικοκυρά, ή κάτι άλλο; (κυκλώστε)

Εργοδότης, Αυτ/ούμενος, Εργαζόμενος για δικό του λογαριασμό	Μισθωτός, Ημερομίσθιος	Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης	Άνεργος, προσωρινά εκτός δουλειάς	Συνταξιούχος	Νοικοκυρά	Φοιτητής, μαθητής, σπουδαστής, φαντάρος	Άλλο	ΔΑ
1	2	3	4	5	6	7	8	0

Δ.9. Αν είστε ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ / ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ / ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΓΙΑ ΔΙΚΟ ΤΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ, απαντήστε στην πιο κάτω ερώτηση:

Ποια είναι η απασχόλησή σας; (κυκλώστε)

Ελεύθερος επαγγελματίας (γιατρός, δικηγόρος, μηχανικός, αρχιτέκτονας, οικονομολόγος, λογιστής, σύμβουλος επιχειρήσεων κλπ.) 1

Αγρότης / κτηνοτρόφος / ψαράς 2

Επαγγελματίας / μικρέμπορας / βιοτέχνης 3

Ιδιοκτήτης επιχείρησης / επιχειρηματίας 4

Δ.10. Αν είστε ΜΙΣΘΩΤΟΣ / ΗΜΕΡΟΜΙΣΘΙΟΣ, απαντήστε στις πιο κάτω ερωτήσεις:

Στην απασχόλησή σας είστε (βάλτε √):

Μισθωτός Δημόσιος Υπάλληλος	
Μισθωτός Ευρύτερου Δημόσιου τομέα	
<u>Μισθωτός / ημερομίσθιος στον Ιδιωτικό τομέα</u>	

Ανειδίκευτος / βοηθητικός εργάτης	
Ειδικευμένος εργάτης / τεχνίτης / χειριστής μηχανήματος	
Υπάλληλος εκτός γραφείου (σερβιτόρος, πωλητής, κλπ)	
Κατώτερος διοικητικός υπάλληλος, υπάλληλος γραφείου	
Μεσαίο στέλεχος επιχείρησης (με διοικητικά καθήκοντα)	
Ανώτερο – ανώτατο στέλεχος επιχείρησης (με διοικητικά καθήκοντα)	
Εκπαιδευτικός Ιδιωτικού Τομέα (σχολείο, φροντιστήριο)	
Άλλο	

Δ.11. Πόσες ώρες εργάζεστε συνήθως την εβδομάδα; (βάλτε √)

Ωρες ΔΓ ΔΑ

Δ.12. Πόσο καιρό είστε άνεργος; (βάλτε √)

Σε μήνες
ΔΑ

2 Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Έντυπο Συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα με τίτλο:

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ

Όνομα ερευνητή: **Κοσμάς Θεοκλήτου** (νοσηλευτικός λειτουργός και μεταπτυχιακός φοιτητής)

Αυτό το έντυπο συγκατάθεσης είναι για ασθενείς που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια του 2016 οι οποίοι καλούνται να συμμετάσχουν στην έρευνα με τίτλο «Διερεύνηση του βαθμού ανταποκρισιμότητας των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου», η οποία διεξάγεται από τον Κοσμά Θεοκλήτου μεταπτυχιακό φοιτητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Σκοπός Έρευνας: Η έρευνα αυτή έχει σαν σκοπό της να εξετάσει την ανταποκρισιμότητα, που αφορά μη ιατρικές και μη οικονομικές πτυχές της υγείας, των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου, όσον αφορά στις θεμιτές προσδοκίες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά τη διάρκεια του 2015. Αναλυτικότερα, θα διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο το σύστημα και οι λειτουργοί του σέβονται την αξιοπρέπεια και την ελευθερία των ατόμων, διευκολύνουν και ενθαρρύνουν τους ασθενείς και αντιμετωπίζουν τα όσα προβλήματα προκύπτουν. Επιπλέον θα διερευνηθεί κατά πόσον παράγοντες όπως η ηλικία, το βιοτικό επίπεδο, η εθνικότητα κ.ά., πιθανόν να επηρεάζουν το επίπεδο ανταποκρισιμότητας.

Εμπιστευτικότητα και Ανωνυμία: Οι πληροφορίες που θα δοθούν είναι απόλυτα εμπιστευτικές και κανένας άλλος εκτός του ερευνητή δεν θα έχει πρόσβαση σε αυτές. Κάθε συμμετοχή είναι **εθελοντική**.

Επικοινωνία: ctheoklitou@primehome.com

Όνομα συμμετέχοντα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

3 Σημαντικές αναλύσεις μέσα από το SPSS

Πίνακας 1: Ηλικία και βαθμός ανταποκρισιμότητας

Correlations ^b			
		v19birth Έτος Γέννησης	v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;
v19birth Έτος Γέννησης	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.378** .000
v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.378** .000	1

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

b. Listwise N=97

Πίνακας 2: Μορφωτικό επίπεδο και βαθμός ανταποκρισιμότητας

Correlations ^b			
		v25studies Ανώτερο επίπεδο σπουδών	v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;
v25studies Ανώτερο επίπεδο σπουδών	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.478** .000
v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.478** .000	1

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

b. Listwise N=87

Πίνακας 3: Μορφωτικό επίπεδο και η σημαντικότερη παράμετρος της ανταποκρισιμότητας

Correlations^b

		v25studies Ανώτερο επίπεδο σπουδών	v01mostimpro Ποιο είναι το πιο σπουδαίο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;
v25studies Ανώτερο επίπεδο σπουδών	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.764** .000
v01mostimpro Ποιο είναι το πιο σπουδαίο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.764** .000	1

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

b. Listwise N=84

Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο και η λιγότερο σημαντική πτυχή της ανταποκρισιμότητας

Correlations^b

		v25studies Ανώτερο επίπεδο σπουδών	v01lessimpro Ποιο είναι το λιγότερο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;
v25studies Ανώτερο επίπεδο σπουδών	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.605** .000
v01lessimpro Ποιο είναι το λιγότερο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.605** .000	1

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

b. Listwise N=84

Πίνακας 5: Οικογενειακή κατάσταση και η σημαντικότερη πτυχή της ανταποκρισιμότητας

Correlations ^b			
		v21familysitu Οικογενειακή κατάσταση	v01mostimpo Ποιο είναι το πιο σπουδαίο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;
v21familysitu Οικογενειακή κατάσταση	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.284** .006
v01mostimpo Ποιο είναι το πιο σπουδαίο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.284** .006	1

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

b. Listwise N=91

Πίνακας 6: Φύλο και βαθμός ανταποκρισιμότητας

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;	Equal variances assumed	89.119	.000	-3.896	92	.000	-.473	.121	-.714	-.232
	Equal variances not assumed			-5.465	83.609	.000	-.473	.087	-.645	-.301

Πίνακας 7: Κουλτούρα και βαθμός ανταποκρισιμότητας

Correlations^b

		v20citizenship Έχετε γεννηθεί στην Κύπρο;	v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;
v20citizenship Έχετε γεννηθεί στην Κύπρο;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.200* .050
v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.200* .050	1

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

b. Listwise N=97

Πίνακας 8: Χρόνος αναμονής, εξέτασης και μετακίνησης στο ΓΝΑ

v09waitingtime Ο χρόνος που απαιτείται για την επίσκεψή σας ή την παραμονή σας στο νοσοκομείο είναι:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ΔΞ/ΔΑ	3	3.0	3.1	3.1
	1 Πολύ μεγάλος	15	15.0	15.3	18.4
	2 Μεγάλος	32	32.0	32.7	51.0
	3 Μέτριος	35	35.0	35.7	86.7
	4 Μικρός	13	13.0	13.3	100.0
	Total	98	98.0	100.0	
Missing	System	2	2.0		
Total		100	100.0		

Πίνακας 9: Βαθμός ανταποκρισιμότητας των ΔΦΥ του ΓΝΑ τον τελευταίο χρόνο

v17responevalu Πώς θα χαρακτηρίζατε την ανταποκρισιμότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών τον τελευταίο χρόνο;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ΔΞ/ΔΑ	3	3.0	3.0	3.0
	1 Πολύ καλή	64	64.0	64.0	67.0
	2 Καλή	29	29.0	29.0	96.0
	3 Μέτρια	4	4.0	4.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Πίνακας 10: Σημαντικότερη πτυχή ανταποκρισιμότητας

v01mostimpro Ποιο είναι το πιο σπουδαίο σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ΔΞ/ΔΑ	9	9.0	9.6	9.6
	1 Αξιοπρέπεια	16	16.0	17.0	26.6
	2 Αυτονομία	4	4.0	4.3	30.9
	3 Εμπιστευτικότητα	7	7.0	7.4	38.3
	4 Περιβάλλον	7	7.0	7.4	45.7
	7 Έγκαιρη προσοχή	23	23.0	24.5	70.2
	8 Επικοινωνία	28	28.0	29.8	100.0
	Total	94	94.0	100.0	
Missing	System	6	6.0		
Total		100	100.0		