

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**Οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας
στην Ελλάδα:Προβλήματα και προϋποθέσεις**

Σπουδαστές:

Μαρίνος Γεώργιος

Σούφη Αθανασία

Εισηγητής:

Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

Πάτρα,2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτήν την προσπάθεια.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας που μας στήριξαν ψυχολογικά και οικονομικά αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας ζωής.

Τον καθηγητή μας κ. Μπακάλη Νικόλαο, που με την πολύτιμη βοήθεια του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία, παρά τις δυσκολίες που συναντήσαμε. Επίσης, που με την κατάλληλη μέθοδο διδασκαλίας του, μας βοήθησε να κατανοήσουμε την δομή, την μέθοδο και τον τρόπο σκέψης που χρειάζεται για να πραγματοποιηθεί μια έρευνα και την βοήθεια του στην μέθοδο αναζήτησης πληροφοριών.

Την Κατσαδωράκη Μαλβίνα και Φραγκογιάννη Άννα για τη πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφεραν.

Τις προϊσταμένες των Κέντρων Υγείας της Αθήνας και της Πάτρας που επισκεφτήκαμε, για την συγκατάθεση τους στην διεκπεραίωση της έρευνας και την άμεση συνεργασία τους.

Τέλος, τους πολίτες των Κέντρων Υγείας της Αθήνας και της Πάτρας για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προαγωγή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι ένας όρος που απασχολεί τη κοινωνία από τα αρχαία χρόνια ως σήμερα. Στην Ελλάδα κύτταρο και πυρήνα της ΠΦΥ αποτελεί το Κέντρο Υγείας με τις παρεχόμενες νοσηλευτικές, ιατρικές και διοικητικές υπηρεσίες καθώς και με τις κατάλληλες κτηριακές εγκαταστάσεις και τον ανάλογο τεχνικό εξοπλισμό.

Η παρούσα έρευνα, είχε σκοπό πρώτον, να διαπιστώσει τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες(ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακή υποδομή) που προσφέρουν τα Κ.Υ(αστικού και αγροτικού τύπου) στην Ελλάδα, δεύτερον να εντοπίσει τα θετικά και αρνητικά σημεία των Κ.Υ και τρίτον να διατυπώσει αλλαγές όπου και αν χρειάζεται. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου που περιείχε 28 ερωτήσεις. Συλλέχθηκαν 140 ερωτηματολόγια από πολίτες, σε τέσσερα Κ.Υ της Αττικής(δύο αστικού τύπου) και της Αχαΐας(δύο αγροτικού τύπου). Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0.

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι η πλειοψηφία των πολιτών, τόσο στα αστικού όσο και στα αγροτικού τύπου Κ.Υ εκτιμούν, ότι η παροχή φροντίδας υγείας είναι καλή. Επίσης, οι πολίτες που επισκέπτονται τα Κ.Υ πιστεύουν ότι ο τεχνικός εξοπλισμός είναι καλός ενώ ισχυρίζονται πως δεν έχουν κάνει αιματολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις στο χώρο του Κ.Υ, σε ποσοστά 52.9% και 58.6% αντίστοιχα, λόγω της έλλειψης εργαστηρίων. Όσον αφορά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα, τις επιστημονικές τους γνώσεις, τις ικανότητες, τη παροχή φροντίδας και τις πληροφορίες που τους παρέχονται, οι πολίτες τις κρίνουν καλές. Επίσης, καλή κρίνουν και τη διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού, τις επιστημονικές τους γνώσεις, τις ικανότητες τους και το σεβασμό απέναντι στην άποψη των πολιτών. Επιπλέον, οι πολίτες σε ποσοστό 65% υποστηρίζουν πως στο

Κ.Υ δεν τους παρέχεται καθόλου ενημέρωση σχετικά με θέματα υγείας ενώ το 96.4% ισχυρίζεται ότι δεν έχουν χρησιμοποιήσει το πρόγραμμα φροντίδας "Βοήθεια στο Σπίτι". Σχετικά με τους χώρους του Κ.Υ οι πολίτες κρίνουν πως είναι καθαροί σε ποσοστό 67%.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι θα πρέπει να γίνουν ενέργειες για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Κ.Υ. Η βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και η καλύτερη οργάνωση θα βοηθούσαν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών των Κ.Υ. Θα πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα του αρρώστου. Επιπλέον, επιτακτική ανάγκη είναι η λειτουργία μικροβιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων για την σωστή διάγνωση των προβλημάτων υγείας που έχουν όσοι επισκέπτονται το Κ.Υ. Για να βελτιωθούν όμως οι παροχές των Κ.Υ απαραίτητο είναι να αυξηθούν οι οικονομικές απολαβές. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να γίνεται μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην ΠΦΥ, ειδικότερα σε αυτήν του νοσηλευτικού προσωπικού, με την ανάπτυξη της ειδικότητας της κοινοτικής νοσηλευτικής, έτσι η ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας και η διεξαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνεται πιο σωστά προς όφελος των πολιτών που επισκέπτονται το Κ.Υ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	5

Κεφάλαιο 1 (Βιοβλιογραφική Ανασκόπηση)

1.1 Εισαγωγή.....	7
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	9
1.3 Διακήρυξη της Alma-Ata.....	13
1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	17
1.4.1 Η ΠΦΥ στον κόσμο και την Ευρώπη.....	17
1.4.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	18
1.4.2.1 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.....	20
1.4.2.2 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το Ι.Κ.Α.....	21
1.4.2.3 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το Τ.Ε.Β.Ε.....	22
1.4.2.4 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	25
1.4.2.5 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τον Ιδιωτικό Τομέα.....	25
1.5 Κέντρα Υγείας.....	25
1.6 Πρόληψη – Προαγωγή και Αγωγή Υγείας.....	29
1.7 Υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Υγείας.....	33
1.8 Σωστή Αντιμετώπιση Θωρακικών Κακώσεων στα Κ.Υ.....	35
1.9 Απαραίτητη η χρήση ηλεκτροκαρδιογράφου στα Κ.Υ.....	36
1.10 Σχέση γιατρού-ασθενή.....	37
1.11 Ένα μοντέλο για την βήμα προς βήμα καθοδήγηση της επίσκεψης στην ΠΦΥ (step by step model for conducting the consultation in general practice).....	39
1.12 Οι Νοσηλευτές στην ΠΦΥ.....	40
1.13 Κοινωνική Νοσηλευτική και Κ.Υ.....	41
1.13.1 Κύριες δραστηριότητες κοινωνικού νοσηλευτή στα Κ.Υ.....	42
1.14 1 ^ο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου στην Ελλάδα(Κ.Υ. Βύρωνα).....	45
1.15 Αστικά Κέντρα Υγείας σε σχέση με την Ελληνική Ύπαιθρο	50

1.16 Ελλείψεις στα Κ.Υ Αγροτικού Τύπου.....	52
1.17 Ελλείψεις στη ΠΦΥ.....	53
1.18 Λειτουργία Κέντρων Υγείας.....	58
1.19 Προτάσεις.....	59
1.20 Αξιολόγηση.....	60

Κεφάλαιο 2 (Μέθοδος)

2.1	
Σχεδιασμός.....	64
2.2 Διαδικασία.....	65
2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	66
2.4 Δείγμα.....	70
2.5 Στατιστική ανάλυση.....	72

Κεφάλαιο 3 (Αποτελέσματα)

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (αστικού και αγροτικού τύπου).....	73
3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου.....	76

Κεφάλαιο 4 (Συζήτηση)

4.1 Συζήτηση.....	90
4.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	94
4.3 Προτάσεις.....	95

Βιβλιογραφία.....	96
-------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	103
------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	104
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	105
--------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τη συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1972) η υγεία είναι βασικό δικαίωμα, ατομική και συλλογική ευθύνη ισοδύναμη με την έννοια της ευκαιρίας και απαραίτητο στοιχείο της δημοσιονομικής ανάπτυξης. Αυτά αποτελούν και την φιλοσοφική δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας(Holzemer,1996).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπως ορίστηκε από την Alma-Ata είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν(Κυριακίδου,2004).

Με την προαγωγή της Π.Φ.Υ. για την υγεία, καθίσταται εφικτή η δυνατότητα εξασφάλισης ενός αποδεκτού επιπέδου υγείας για όλο τον πληθυσμό με την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη χρησιμοποίηση των διατιθεμένων πόρων (Κυριόπουλος και Γεωργούση,1991).

Το 1983 που εφαρμόστηκε το Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα, καθορίστηκε βάσει νόμου και ο τρόπος λειτουργίας και διοίκησης των υπηρεσιών που αποτελούν την ΠΦΥ. Έτσι,η ΠΦΥ παρέχεται σε κέντρα υγείας, σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, σε αγροτικά ιατρεία και

επεκτείνεται στο σπίτι, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας και ψυχαγωγίας(Μπακάλης,2007).

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

- είναι προσιτές σε όλους
- είναι απαραίτητη η συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας
- η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στη πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία
- χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία
- οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας.

Όπως αναφέρονται από τη Κυριακίδου(2004)μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται και οι σκοποί της ΠΦΥ,

- διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους
- εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους
- εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού
- φροντίδα υγείας μητέρας-βρέφους
- οικογενειακός προγραμματισμός

- εμβολιασμοί, πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν στην κάθε χώρα
- αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων και εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων.

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Η κίνηση για την ΠΦΥ είχε αρχίσει πολύ πριν από τη συνδιάσκεψη της Άλμα Άτα. Διαχρονικά, η εξέλιξη της ΠΦΥ έχει ως ακολούθως: το 1945-1960, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, τα κράτη-μέλη του ΠΟΥ έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην κοινωνικό-οικονομική τους ανάπτυξη, που θα συντελούσε στη βελτίωση της υγείας των λαών τους. Το 1960-1970 σημειώθηκε μεγάλη ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, εξέλιξη των ιατρικών γνώσεων, πληθώρα ιατρικών ειδικοτήτων, ταχεία τεχνολογική ανάπτυξη όμως, παρουσιάστηκε στασιμότητα και, σε μερικές περιπτώσεις, επιδείνωση στην κατάσταση της υγείας πολλών λαών.

Το 1970-1975 εντοπίζονται παράγοντες που δρούσαν ανασταλτικά στην υγεία, όπως η άνοδος των δαπανών για την υγεία, η έλλειψη προληπτικών υπηρεσιών και οι διαφορές στο τρόπο παροχής υγείας. Το 1975-1977 με πρωτοβουλία του ΠΟΥ, οργανώθηκαν συναντήσεις στις διάφορες περιοχές του, κατά τις οποίες η ΠΦΥ χαρακτηρίστηκε ως το κλειδί, που θα εξασφάλιζε την επιτυχία του στόχου «Υγεία για όλους». Η νοσηλευτική συμμετείχε με το επίσημο όργανό της στο Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών(ICN), το οποίο υποστήριξε τη πρόταση και υποσχέθηκε συνεργασία. Το 1978 γίνεται η συνδιάσκεψη 134 εκπροσώπων των χωρών-μελών του ΠΟΥ στην Άλμα-Άτα. Το 1979

επικυρώνεται η διακήρυξη της Άλμα-Άτα, ενώ το 1980 ακολουθείται κοινή πολιτική και από τα 33 κράτη-μέλη του ΠΟΥ περιοχής Ευρώπης, με στόχο τη μελέτη των προβλημάτων της περιοχής και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Από τη συνεργασία αυτή, προέκυψαν 38 ευρωπαϊκοί στόχοι. Το 1984 επικυρώθηκαν 38 στόχοι από τα κράτη-μέλη της περιοχής.

Το περιεχόμενο των στόχων επικεντρώνεται στη προαγωγή υγιεινού τρόπου ζωής, στην ελάττωση νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν και στη πρόβλεψη για ένα σύστημα υγείας που θα στηρίζεται με το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό, την ανάλογη τεχνολογία και τις διοικητικές και ερευνητικές δραστηριότητες(Πλατή,1991).Το 1985-1988 υιοθετείται σχέδιο δράσης, που αποβλέπει στην εφαρμογή της ευρωπαϊκής στρατηγικής για την προώθηση της ΠΦΥ στην περιοχή της Ευρώπης και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων των στόχων. Οι νοσηλευτές των κρατών-μελών της περιοχής σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις τους και το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης του ΠΟΥ οργάνωσαν και πραγματοποίησαν εθνικά σεμινάρια για την ερμηνεία και τη διάδοση των στόχων και την προώθηση της ΠΦΥ.

Το 1988 πραγματοποιήθηκε πανευρωπαϊκό νοσηλευτικό συνέδριο στη Βιέννη της Αυστραλίας, με στόχο τη μελέτη των προβλημάτων που προέκυψαν από τα εθνικά σεμινάρια και τη λήψη αποφάσεων. Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου της Βιέννης, διατυπώθηκαν απόψεις για τη συμβολή της Νοσηλευτικής στην ΠΦΥ με σκοπό να προωθηθούν

ταχύτερα οι ευρωπαϊκοί στόχοι που προσβλέπουν στο τελικό στόχο «Υγεία για Όλους».

Η Διακήρυξη περιλαμβάνει έξι άρθρα και δέκα συστάσεις. Συνοπτικά, τα άρθρα αυτά αναφέρουν τα εξής:

- η επίτευξη της υγείας είναι κοινωνικός στόχος του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών επαγγελματιών και επιστημών
- κοινό ενδιαφέρον για όλες τις νοσηλεύτριες αποτελεί η ύπαρξη ανισοτήτων στην κατάσταση της υγείας των πολιτών
- η Διάσκεψη επαναβεβαιώνει τη θέση της Νοσηλεύτριας σαν τη μεγάλη δύναμη που μπορεί να συμβάλει θετικά στην επιτυχία των 38 ευρωπαϊκών στόχων
- οι σύνεδροι δεσμεύονται να φέρουν το νέο ρόλο της νοσηλεύτριας στην περιοχή του «Υγεία για όλους» στην προσοχή των Υπουργείων Υγείας
- νέες στάσεις και αξίες θα πρέπει να καλλιεργούνται
- οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν σε ερευνητικές διαδικασίες.

Ενώ οι 10 συστάσεις αναφέρουν τα εξής:

- την υποστήριξη των προγραμμάτων «Υγεία για Όλους»
- την ανάγκη ανάπτυξης των νοσηλευτικών υπηρεσιών με στόχο την υγεία παρά την ασθένεια

- η νοσηλευτική άσκηση θα πρέπει να στηρίζεται στις ενυπάρχουσες αρχές της προσεγγίσεως για ΠΦΥ
- ενίσχυση των προγραμμάτων βασικής εκπαίδευσέως της Νοσηλευτικής
- όσοι ασχολούνται με τη διοίκηση να ακολουθούν τις αρχές στρατηγικής «Υγεία για Όλους»
- να διοριστούν νοσηλεύτριες έρευνας
- καθιέρωση συστημάτων πληροφορικής
- οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να λαμβάνουν ενεργό ρόλο στις συζητήσεις των προγραμμάτων υγείας
- η πολιτική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται στον τομέα υγείας πρέπει να στηρίζεται στις αρχές του «Υγεία για Όλους»
- οι νοσηλευτές να αποτελούν παράδειγμα υγιεινού τρόπου ζωής.

Το 1989 έγινε η πρώτη συνάντηση ανώτερων κυβερνητικών στελεχών στο Λιντσόπικ της Σουηδίας, με σκοπό να συζητηθούν οι εφαρμογές που έγιναν στους στόχους μετά τη Διακήρυξη της Βιέννης. Επίσης, μελετήθηκε το πρώτο διάγραμμα του πενταετούς ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής και ιατροκοινωνικής εργασίας. Το 1990 η μελέτη του πρώτου σχεδίου που σχετίζεται με το νέο θεσμό του γενικού νοσηλευτή, όπως διατυπώθηκε στις συστάσεις της Βιέννης(Κυριακίδου, 2004).

1.3 Διακήρυξη της Alma-Ata

Η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) που πραγματοποιήθηκε στην Alma-Ata, στις 12 Σεπτεμβρίου 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για επείγουσα κινητοποίηση όλων των κυβερνήσεων, των επιστημόνων υγείας και της Παγκόσμιας Κοινότητας, με σκοπό να προστατεύσει και προαγάγει την υγεία όλου του πληθυσμού της γης, προβαίνει στην ακόλουθη διακήρυξη με 10 άρθρα. Παρακάτω καταγράφονται τα 10 άρθρα όπως τα αναφέρει η Κυριακίδου(2004):

Άρθρο 1: Η συνάντηση επαναβεβαιώνει σταθερά ότι η Υγεία, η οποία αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριοποίηση όχι μόνο του τομέα υγείας αλλά και πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων.

Άρθρο 2: Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ αναπτυσσομένων και ανεπτυγμένων χωρών αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού όλων των χωρών.

Άρθρο 3: Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία να βασίζεται σε μια νέα Παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του στόχου "Υγεία για όλους" και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προαγωγή και προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη

προϋπόθεση για την εξασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, συμβάλλει δε σε καλύτερη ποιότητα ζωής και παγκόσμια ειρήνη.

Άρθρο 4: Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της φροντίδας υγείας τους.

Άρθρο 5: Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνοι για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση των αναγκών για την υγεία υπηρεσιών και μέσων. Βασικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της Παγκόσμιας Κοινότητας τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι το έτος 2000, πρέπει να είναι η εξασφάλιση, σε όλο τον πληθυσμό της γης, επιπέδου υγείας το οποίο να τους επιτρέπει να ζουν παραγωγική κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.

Άρθρο 6: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξης τους. Η ΠΦΥ, είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα Υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.

Άρθρο 7: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

α. Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας και βασίζεται τόσο στην εφαρμογή των γνώσεων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα έρευνας στους τομείς υγείας όσο και στην εμπειρία της Δημόσιας υγείας.

β. Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.

γ. Περιλαμβάνει τουλάχιστον: α) Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους. β) Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού, γ) Φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό, δ) Εμβολιασμούς, ε) Πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων, ζ) Κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα, η) Εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων.

δ. Συνεργάζεται τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με πολλούς άλλους τομείς της κοινωνικής και εθνικής ζωής όπως: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, κατοικία, εργασία, επικοινωνία καθώς και όλους τους άλλους τομείς της κοινότητας, των οποίων επιδιώκει την υποστήριξη.

ε. Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών ΠΦΥ, χρησιμοποιώντας στον μεγαλύτερο βαθμό τοπικές,

εθνικές και άλλες πηγές και μέσα. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού με την κατάλληλη εκπαίδευση, αναπτύσσει στα άτομα της κοινότητας αυτή την δυνατότητα συμμετοχής.

ζ. Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο λειτουργικό και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας προς όλους, δίδοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.

η. Στηρίζεται στους επιστήμονες υγείας τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο αναφοράς που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, μαιές, βοηθητικό προσωπικό και άλλους κοινωνικούς εργάτες ανάλογα με τις ανάγκες καθώς και οποιαδήποτε άλλα άτομα και ομάδες κατάλληλα εκπαιδευμένα και τεχνικά κατηρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.

Άρθρο 8: Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την ΠΦΥ σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού χρειάζεται πολιτική θέληση για να χρησιμοποιηθούν οι πηγές που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.

Άρθρο 9: Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδερφικό για να εξασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της γης. Διότι η εξασφάλιση υγιούς πληθυσμού σε μια χώρα αφορά άμεσα και έχει θετική επίδραση και στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στερεά βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο.

Άρθρο 10: Αποδεκτό επίπεδο υγείας στον κόσμο το 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης, ανεξαρτησίας των κρατών, και αποστρατικοποίησης μπορεί και πρέπει να ελευθερώσει πρόσθετες πηγές οι οποίες μπορούν να διατεθούν σε ειρηνικά μέσα και συγκεκριμένα στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, της οποίας τμήμα πρέπει να διατεθεί και στην ΠΦΥ.

1.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1.4.1 Η ΠΦΥ στον Κόσμο και την Ευρώπη

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια, το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας(Κυριακίδου,2004).

Το θέμα ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος αποτελεί διεθνή Οργανισμό με 183 χώρες μέλη. Ο ΠΟΥ, ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διεκήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το δυναμικό σύνθημα "Υγεία για όλους το 2000"(Κυριακίδου,2004).

1.4.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στην πατρίδα μας, αρχίζει η προσπάθεια εφαρμογής των κατευθύνσεων αυτών και οργάνωσης της ΠΦΥ το 1983 με τη δημοσίευση του νόμου 1397/1983 που προβλέπει την Ίδρυση Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με τα νοσοκομεία από τα οποία και εξαρτώνται. Η Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και τη Διοικητική υπηρεσία, αφού τα ΚΥ αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων. Στην Ελλάδα μετά τη δημοσίευση του νόμου 1397/83, οι δύο νόμοι που ακολούθησαν 1597/1985 και 1759/1988 δεν αναφέρονται καθόλου και δεν διευκρινίζουν θέματα που αφορούν το Νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας. Το αποτέλεσμα του κενού αυτού, είναι να δημιουργείται σύγχυση στη διεκπεραίωση της εργασίας των Νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιοτική απόδοση της εργασίας στα Κέντρα αυτά(Κυριακίδου,2004).

Ο νόμος 1579/85 άρθρο 5 κατοχυρώνει τον τίτλο του νοσηλευτή ο οποίος απονέμεται στους αποφοίτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική). Ο πιο πάνω νόμος με τα άρθρα 12 και 13 αναφέρεται στην ΠΦΥ και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κέντρα Υγείας καθώς και ιατρικά θέματα. Συγκεκριμένη αναφορά στις νοσηλευτικές δραστηριότητες και καθήκοντα νοσηλευτών στα Κέντρα Υγείας δεν περιλαμβάνεται(Κυριακίδου,2004).

Στην συνέχεια, ο νόμος 2071/92 χωρίζει την χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κέντρα Υγείας κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό τα Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ οι οποίες δεν υπάγονται στα Νοσοκομεία όπως ο προηγούμενος νόμος (1397/83) προέβλεπε. Ο πιο πάνω νόμος επίσης καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των κέντρων υγείας και με τα άρθρα 28, 29, 30 καθορίζει τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα Κέντρα Υγείας. Με τα άρθρα 31 μέχρι 38 καθορίζει τα καθήκοντα και αρμοδιότητες της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας.

Καθορίζει επίσης τις εργασιακές σχέσεις, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση γιατρών. Σημαντικό για τη Νοσηλευτική είναι το γεγονός ότι ο νόμος αυτός αναφέρεται στην αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου νοσηλευτών, χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό. Καθιερώνει επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, το οποίον αποτελεί συμβουλευτικό σώμα σε θέματα Νοσηλευτικής υπό τον Υπουργό Υγείας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν τον κλάδο της Νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών(Κυριακίδου,2004).

Με το "μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία", όπως ονομάζεται, τα Κέντρα Υγείας επανέρχονται στα Νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για την ΠΦΥ(Κυριακίδου,2004). Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο τελευταίος νόμος του 2005 δεν αναφέρει κάτι σχετικό για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα(www.mohaw.gr).

1.4.2.1 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

Λόγω της έλλειψης Κέντρων Υγείας αστικού τύπου και της ελλιπούς στελέχωσής τους στις αγροτικές περιοχές, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχουν αναλάβει σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Το 25% των εξωτερικών ιατρείων βρίσκεται συγκεντρωμένο στην περιοχή της Αττικής και το 15% στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Η υπόλοιπη χώρα χαρακτηρίζεται όχι μόνο από την άνιση κατανομή αλλά και από σημαντικές ελλείψεις ειδικών υπηρεσιών, εξοπλισμού, γιατρών σημαντικών ειδικοτήτων, καθώς και εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Εκτός από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, υπάρχουν ακόμα 13 Στρατιωτικά νοσοκομεία που παρέχουν επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα. Πρέπει να αναφερθεί ότι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρονται και μέσα στις στρατιωτικές μονάδες από στρατιωτικούς γιατρούς και γιατρούς που εκτελούν την θητεία τους, για την κάλυψη των αναγκών των στρατευμένων, τους οποίους αν χρειαστεί παραπέμπουν στα αντίστοιχα στρατιωτικά νοσοκομεία (Μπακάλης,2007).

Στα περισσότερα νοσοκομεία η επίσκεψη στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία πραγματοποιείται ύστερα από τηλεφωνικό ραντεβού. Για κάθε επίσκεψη

ο ασθενής πληρώνει στο νοσοκομείο ανάλογα σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο ανήκει. Ωστόσο, πολλά προβλήματα προκύπτουν λόγω του περιορισμένου ωραρίου που υπάρχει το πρωί, με αποτέλεσμα η περιορισμένη αυτή διαθεσιμότητα να δυσκολεύει τους εργαζόμενους. Τις υπόλοιπες ώρες του 24ωρου οι ασθενείς μπορούν να προσφύγουν μόνο σε εφημερεύοντα νοσοκομεία (Μπακάλης,2007).

Τα περισσότερα εξωτερικά ιατρεία παρέχουν παθολογικό τομέα (αλλεργιολογικό, γαστρεντερολογικό, ενδοσκοπήσεις, γηριατρικό, δερματολογικό, διαβητολογικό, νεφρολογικό, παιδιατρικό, παθολογικό, πνευμονολογικό, ρευματολογικό, ενδοκρινολογικό) και χειρουργικό τομέα(γυναικολογικό, θωρακοχειρουργικό, αγγείο-καρδιοχειρουργικό, καρδιολογικό, νευρολογικό, νευροχειρουργικό, ογκολογικό, ορθοπεδικό, ουρολογικό, οφθαλμολογικό, πλαστικής χειρουργικής, χειρουργικό, ψυχιατρικό, Ω.Ρ.Λ.(www.nimts.gr).

1.4.2.2 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το Ι.Κ.Α.

Το ΙΚΑ, είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας αφού ασφαλίζει περισσότερο από το 50% του ελληνικού πληθυσμού. Δικαιούχοι περίθαλψης από το ΙΚΑ είναι όσοι παρέχουν εξαρτημένη εργασία, τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και οι συνταξιούχοι του ΙΚΑ και τα εξαρτημένα μέλη τους. Επίσης, δικαιούχοι του κλάδου είναι και οι συνταξιούχοι του ΤΕΒΕ και του ΤΣΑ. Όλες οι υπηρεσίες παρέχονται στους δικαιούχους δωρεάν στο χώρο και την ώρα της παροχής τους(Μπακάλης,2007). Το ΙΚΑ ασφαλίζει τις εξής κατηγορίες εργαζομένων:

- α. Εργαζόμενους που προσφέρουν εξαρτημένη εργασία σε τρίτους (εργοδότες)
- β. Εργαζόμενους που προσφέρουν εξαρτημένη εργασία στο εξωτερικό (εάν η επιχείρηση για λογαριασμό της οποίας εργάζονται εδρεύει στην Ελλάδα)
- γ. Εργαζόμενους που προσφέρουν προσωπική εργασία, με σύμβαση εκμίσθωσης έργου
- δ. Αλλοδαπούς εργαζόμενους
- ε. Τα μέλη της οικογένειας των ασφαλισμένων

Η ασφάλιση στο ΙΚΑ προσφέρει:

- α. Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- β. Νοσοκομειακή περίθαλψη
- γ. Επιδόματα (μητρότητας, αναπηρίας κλπ)
- δ. Σύνταξη
- ε. Λοιπές παροχές(www.epixeirein.career.teiath.gr)

1.4.2.3 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από το Τ.Ε.Β.Ε.

Το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας (ΤΕΒΕ) καλύπτει ασφαλιστικά περίπου 1,400,000 αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες και μέλη των οικογενειών τους. Το ΤΕΒΕ εξασφαλίζει την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας δίνοντας το δικαίωμα στους ασφαλισμένους

του να επισκέπτονται συμβεβλημένους με αυτό ιδιώτες γιατρούς (Μπακάλης,2007).

Στο ΤΕΒΕ - ΟΑΕΕ ασφαλίζονται:

- Οι επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους σε πόλεις και κωμοπόλεις άνω των 2000 ατόμων (με εξαίρεση τις περιοχές Αττικής, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Κορινθίας, Βοιωτίας και Ευβοίας, όπου ισχύουν τα παραπάνω για πόλεις και κωμοπόλεις άνω των χιλίων ατόμων)
- Τα μέλη Διοικητικών Συμβουλίων, εφόσον είναι μέτοχοι με ποσοστό ίσο ή μεγαλύτερο του 5%
- Οι ξενοδόχοι που έχουν αρχίσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα πριν τις 28/02/99 (προαιρετικά)
- Οι εκτελωνιστές

Το ΤΕΒΕ - ΟΑΕΕ παρέχει στους ασφαλισμένους του:

- Σύνταξη
- Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Ασφάλιση για τα μέλη της οικογένειας των ασφαλιζομένων(www.epixeirein.career.teiath.gr)

1.4.2.4 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Πολλοί Δήμοι και Κοινότητες προσφέρουν υπηρεσίες προνοιακού περισσότερο χαρακτήρα, μέσω των ΚΑΠΗ και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας. Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αποτελούν ένα ιδιαίτερο πετυχημένο θεσμό που καθιερώθηκε στη δεκαετία του '90 στο χώρο της προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Αποτελούν κυρίως κέντρα κοινωνικής συναναστροφής και ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων.

1.4.2.5 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τον Ιδιωτικό Τομέα

Η χώρα διαθέτει μεγάλο αριθμό γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό της, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η πλειονότητα των γιατρών που δεν έχουν ενταχθεί στα Κέντρα Υγείας να αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στην άσκηση ιδιωτικής ιατρικής.

Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας δεν αρκέστηκε μόνο στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των ιδιωτικών ιατρείων, αλλά τα τελευταία χρόνια επένδυσε σημαντικά κεφάλαια και στην υψηλή ιατρική τεχνολογία. Οι σημαντικές τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την αδυναμία του δημοσίου φορέα να τις παρακολουθήσει, δημιούργησαν ευκαιρίες ιδιωτικών επενδύσεων. Οι περισσότερες έγιναν στην διαγνωστική τεχνολογία λόγω της προβλεπόμενης υψηλής κερδοφορίας. Σήμερα τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα είναι εξοπλισμένα με τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα και

μπορούν να προσφέρουν ακόμη και τις πιο σπάνιες εξετάσεις (Μπακάλης,2007).

1.5 Κέντρα Υγείας

Στην πατρίδα μας κύτταρο και πυρήνα της ΠΦΥ αποτελεί το Κέντρο Υγείας, γι' αυτό το λόγο καθίσταται απαραίτητο να δούμε πιο αναλυτικά την οργάνωση, τη στελέχωση και τη λειτουργία του (Κυριακίδου,2004). Οι υπηρεσίες υγείας κατευθύνονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λειτουργούν σε 3 επίπεδα. Τα μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία τα οποία πρέπει να είναι πλήρως εξοπλισμένα, με όλες τις ειδικότητες και προσφέρουν την λεγόμενη Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα υγείας δίδεται από τα μικρότερα Νομαρχιακά νοσοκομεία που διαθέτουν όλες τις βασικές ειδικότητες. Τέλος, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δίδεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας τα οποία βρίσκονται κατά το δυνατόν κοντά στον τόπο ζωής και δραστηριότητας του ατόμου (Κυριακίδου,2004).

Τα Κέντρα Υγείας καλύπτουν ένα ορισμένο πληθυσμό που περικλείεται από συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια, μια συγκεκριμένη κοινότητα. Το μέγεθος των Κέντρων Υγείας, ο εξοπλισμός και η στελέχωση τους με το απαραίτητο επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό πρέπει να είναι ανάλογο του πληθυσμού, τις ανάγκες του οποίου καλύπτει (Κυριακίδου,2004).

Τα Κέντρα Υγείας πρέπει να συνεργάζονται άμεσα τόσο με τα νοσοκομεία Δευτεροβάθμιας όσο και τα νοσοκομεία Τριτοβάθμιας Φροντίδας. Το άτομο της κοινότητας για κάθε οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει δεν καταφεύγει στο νοσοκομείο, αλλά στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, βέβαια, που είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο, μετά από σύντομη νοσηλεία -ανάλογα με την περίπτωση- ο άρρωστος επιστρέφει στο σπίτι του. Η συνέχιση της φροντίδας για την αποκατάσταση της υγείας του, αναλαμβάνεται πάλι από το Κέντρο Υγείας. Η φροντίδα οργανώνεται με βάση τις πληροφορίες από το νοσοκομείο που νοσήλευσε τον άρρωστο (Κυριακίδου,2004).

Για να ανταποκριθεί στον προορισμό του το Κέντρο Υγείας πρέπει να έχει τις κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, ανάλογο εξοπλισμό και να είναι επανδρωμένο με κατάλληλο προσωπικό. Είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα χώρο υποδοχής των ατόμων, ο οποίος αποτελεί συνήθως τον κεντρικό χώρο του κτιρίου και γύρω από τον οποίο βρίσκονται όλοι οι άλλοι χώροι(Κυριακίδου,2004). Στον χώρο υποδοχής δίδονται οι πληροφορίες και από εδώ κατευθύνεται το άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του (Κυριακίδου,2004).

Οι αίθουσες ιατρικής εξέτασης είναι ανάλογες σε αριθμό με τις ειδικότητες που διαθέτει το Κέντρο. Το ίδιο ισχύει και για τα γραφεία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Τα διάφορα εργαστήρια (Μικροβιολογικό, Ακτινολογικό κλπ.) με τον ανάλογο εξοπλισμό τους είναι απαραίτητα για τη διάγνωση του προβλήματος υγείας. Η αίθουσα

μικροεπεμβάσεων χρησιμοποιείται για διάφορες απλές επεμβάσεις (Κυριακίδου,2004).

Σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στα ΚΥ λειτουργούν ολόκληρα Νοσηλευτικά τμήματα πλήρως οργανωμένα τα οποία φιλοξενούν αρρώστους που χρειάζονται βοήθεια για λίγες ημέρες προκειμένου να παρακολουθηθούν (Κυριακίδου,2004).

Το δωμάτιο ή ο χώρος φυσιοθεραπείας είναι πολύ χρήσιμος στο Κέντρο Υγείας διότι μπορεί το άτομο να κάνει τη φυσιοθεραπεία του χωρίς να χρειάζεται να ξοδεύει σε ιδιώτες ή να αναγκάζεται να πάει σε νοσοκομείο για το σκοπό αυτό(Κυριακίδου,2004). Αυτό αποτελεί ένα βασικό μειονέκτημα και ουσιαστική έλλειψη των Κ.Υ. της Ελλάδος, τα οποία παρά τον κτιριακό εξοπλισμό που διαθέτουν στην πλειονότητα τους, δεν λειτουργούν φυσιοθεραπευτικό τμήμα(Κυριακίδου,2004).

Οι αίθουσες διδασκαλίας χρησιμοποιούνται:

1. Για τις εκπαιδευτικές ανάγκες του επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας. Στους χώρους αυτούς γίνονται επιμορφωτικά σεμινάρια, ημερίδες, συναντήσεις των μελών της υγειονομικής ομάδος, συναντήσεις επιστημόνων, συζητήσεις προβλημάτων.
2. Για ομαδική διδασκαλία του πληθυσμού της κοινότητας. Μπορούν να γίνουν ενημερωτικά μαθήματα σε ομάδες παιδιών ή σε ενήλικες με συγκεκριμένα προβλήματα (διαβητικοί, παχύσαρκοι, υπέρτασικοί κλπ.).

3. Ακόμη σε ομάδα επιτόκων, εφήβων ή ενηλίκων και υπερηλίκων με συγκεκριμένα θέματα που τους αφορούν ή τους ενδιαφέρουν(Κυριακίδου,2004).

Είναι απαραίτητο να υπάρχουν χώροι βοηθητικοί, τόσο για το προσωπικό όσο και για τους επισκέπτες. Η τραπεζαρία ή κάποιος χώρος αναπαύσεως για το προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι απαραίτητο να υπάρχει για τα διαλείμματα της εργασίας, όπως επίσης και η ύπαρξη ενός κυλικείου, προς εξυπηρέτηση όλων(Κυριακίδου,2004).

Σήμερα υπολογίζεται ότι στις μη αστικές περιοχές έχουν συσταθεί 194 Κέντρα Υγείας, με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση. Από αυτά λειτουργούν περίπου 170. Κάθε Κέντρο Υγείας διαθέτει Περιφερειακά Ιατρεία, ο αριθμός των οποίων είναι ανάλογος με τον πληθυσμό ευθύνης του. Συνολικά λειτουργούν 1.311 Περιφερειακά Ιατρεία. Κάθε Κέντρο Υγείας έχει συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Συνολικά καλύπτονται περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα, όλοι δηλαδή οι πολίτες που διαμένουν στους καθορισμένους τομείς ευθύνης των Κέντρων Υγείας(Μπακάλης,2007).

Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν σε οκτάωρη βάση, πέντε μέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν τις υπόλοιπες ώρες, τα σαββατοκύριακα και τις αργίες, ενώ οι αγροτικοί γιατροί που υπηρετούν στα περιφερειακά ιατρεία τους είναι σε 24ωρη διαθεσιμότητα. Στα Κέντρα Υγείας μπορεί να προσφύγει κάθε πολίτης και να ζητήσει την παροχή υγειονομικής φροντίδας δωρεάν. Δεν υπάρχει λίστα ασφαλισμένων και δεν λειτουργεί

σύστημα ραντεβού, ούτε σύστημα παραπομπών προς τις άλλες ειδικότητες. Τα πολύ σοβαρά ή επείγοντα περιστατικά εφόσον δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στο Κέντρο Υγείας διακομίζονται με ασθενοφόρο στο νομαρχιακό νοσοκομείο(Μπακάλης,2007).

Παρά τα μεγάλα και σοβαρά προβλήματα, φαίνεται ότι η προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας είναι πολύ σημαντική, σε σχέση πάντα με το παρελθόν. Τα Κέντρα Υγείας πέτυχαν να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, προσφέροντας στον αγροτικό πληθυσμό ένα μεγάλο όγκο υγειονομικών υπηρεσιών, μειώνοντας έτσι τις έντονες περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες που υπάρχουν. Υπολογίζεται ότι το 1995 αναλογούσαν ετησίως 3,400 κατά μέσο όρο επισκέψεις ανά 1,000 κατοίκους, που σημαίνει ότι κάθε πολίτης επισκέφτηκε πάνω από 3 φορές κάποιο Κέντρο Υγείας(Μπακάλης,2007).

1.6 Πρόληψη-Προαγωγή και Αγωγή Υγείας

Η πρόληψη στην υγεία έχει ως στόχο την αποτροπή της εκδήλωσης των νόσων και των ανεπιθύμητων συνεπειών τους για το άτομο, την κοινωνία, και το περιβάλλον μέσω προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας. Η Προαγωγή Υγείας προσανατολισμένη στην περιοχή ευθύνης των Κέντρων Υγείας οφείλει να καλύψει το κενό μεταξύ της νοσοκομειακής/θεραπευτικής ιατρικής και της μέχρι τώρα κατάστασης καθώς η πρόληψη περιορίζεται συνήθως στο διαγνωστικό-εργαστηριακό τομέα(Μαριόλης,2004).

Ένας από τους στόχους της Προαγωγής Υγείας είναι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών η οποία αποτελεί και το αντικείμενο της Αγωγής Υγείας. Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μία ολοκληρωμένη δέσμη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και όχι απλώς υγειονομική διαφώτιση. Έτσι, θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του έργου των Κέντρων Υγείας για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας(Μαριόλης,2004).

Αγωγή υγείας είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος, και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα υγείας(Ζηλίδης και Δατσέρης,1992).

Οι βασικοί σκοποί της αγωγής υγείας είναι:

- η παροχή πληροφοριών. Οι πληροφορίες μπορεί να είναι θεωρητικές ή να αφορούν συγκεκριμένη συμπεριφορά ή δραστηριότητα όπως για παράδειγμα, η χορήγηση ένεσης ινσουλίνης.
- η αλλαγή συμπεριφοράς. Μπορεί να είναι απλή (διδασκαλία μιας δεξιοτεχνίας) και σύνθετη (αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου και προαγωγή της υγείας).
- να καταστήσει το άτομο υπεύθυνο για τη δική του φροντίδα υγείας (θεωρείται ο συνολικός αντικειμενικός σκοπός της αγωγής υγείας και εμπεριέχει και τους δύο προηγούμενους)(Ζηλίδης και Δατσέρης,1992).

Οι σκοποί αυτοί άλλοτε είναι επιτεύξιμοι και άλλοτε πιο δύσκολα φέρνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ένα μεγάλο μέρος ευθύνης σ' αυτό

έχει ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει την αγωγή υγείας του ασθενή. Εξαρτάται φυσικά και από τον ίδιο τον ασθενή, πόσο διατίθεται να ακούσει και να εφαρμόσει αυτά που θα διδαχθεί.

Επειδή η αγωγή υγείας είναι καθαρά εκπαιδευτική διαδικασία, είναι απαραίτητο να γνωρίζει και να εφαρμόζει ο κοινοτικός νοσηλευτής τη διαδικασία διδασκαλίας. Υπάρχουν τρεις τύποι μάθησης: η θεωρητική (σκοπεύει στην απόκτηση θεωρητικών γνώσεων), η επιδρασιακή (σκοπεύει στην αλλαγή διαθέσεων), και η ψυχοκινητική μάθηση (σκοπεύει στην απόκτηση δεξιοτήτων). Μετά την αξιολόγηση και τη διατύπωση του προβλήματος, ο κοινοτικός νοσηλευτής σχεδιάζει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε συνεργασία με το άτομο, την οικογένεια ή την ομάδα. Οι ερωτήσεις που θα πρέπει να απαντήσει είναι: τι θα διδάξει, πως θα το διδάξει, που θα το διδάξει, και πότε θα το διδάξει.

Σύμφωνα με στοιχεία προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε κέντρο υγείας αγροτικού τύπου, διαπιστώθηκε ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να μη συμμετέχουν σε παρόμοια προγράμματα (Ζηλίδης και Δατσέρης, 1992). Σε τέτοιες περιπτώσεις θα πρέπει να βρεθούν άλλοι τρόποι προσέγγισης, πιο απλοί και κατανοητοί ενδεχομένως. Άλλη μια έρευνα, που δείχνει πόσο χαμηλό είναι το επίπεδο πρόληψης ειδικότερα σε αγροτικές περιοχές είναι αυτή των Δήμου και Καβαλιεράτου (1995), όπου καταλήγουν στο συμπέρασμα πως οι γνώσεις υγείας γύρω από το τέτανο και την αντιτετανική προφύλαξη στον αγροτικό πληθυσμό, που μελετήθηκε είναι ελλιπής (Δήμου και Καβαλιεράτου, 1995). Όπως

φαίνετε, άλλες έρευνες για το χαμηλό επίπεδο πρόληψης στις αγροτικές περιοχές, δεν έχουν γίνει.

Φυσικά, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου υπάρχει πρόληψη και έχει θετικά αποτελέσματα. Όπως στο κέντρο υγείας Αριδαίας, όπου όλα τα παιδιά της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης υποβάλλονται σε προληπτική οδοντοστοματολογική εξέταση, ενώ γίνεται ενημέρωση των γονέων τους με επιστολή για τα προβλήματα της στοματικής υγείας των παιδιών τους(Φωτοπούλου,1999). Πραγματοποιούνται επισκέψεις σε σπίτια ασθενών που είναι αδύνατη η προέλευση τους στο Κ.Υ. και γίνονται αιμοληψίες για μικροβιολογικές εξετάσεις(Φωτοπούλου,1999). Από τους παιδίατρος πραγματοποιούνται υποχρεωτικοί εμβολιασμοί σε βρέφη και παιδιά της περιοχής ,ενώ γίνεται εξέταση μαστού και διενεργούνται PAP-ΤΕΣΤ(Φωτοπούλου,1999). Τέλος, δημοσιεύονται ιατρικά άρθρα στον τοπικό τύπο με θέματα πρόληψης και ενημέρωσης και γίνονται ομιλίες ενημέρωσης και αγωγής υγείας στα σχολεία(Φωτοπούλου,1999).

Η πρόληψη αποτελεί πρωταρχικό σκοπό της αγωγής υγείας. Η προληπτική παρέμβαση, στην αγωγή υγείας, ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες. Με βάση λοιπόν, τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας, διακρίνονται τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων, η πρωτογενής, η δευτερογενής, και η τριτογενής προληπτική παρέμβαση (Μπακάλης,2007).

1.7 Υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Υγείας

Η περιοχή ευθύνης ενός κέντρου υγείας καθορίζεται με υπουργική απόφαση και αριθμεί συνήθως κάποιες κοινότητες. Οι υπηρεσίες παρέχονται όχι μόνο στους μόνιμους κατοίκους μέσα στα γεωγραφικά όρια που οι κοινότητες της περιοχής ευθύνης ορίζουν, αλλά και σε όλους όσους βρίσκονται στην περιοχή και έχουν ανάγκη για πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας(Αθηνάκη,1992).

Τα Κ.Υ. προσέφεραν σημαντικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και αξιόλογου βαθμού πρωτοβάθμια περίθαλψη στην ύπαιθρο(Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995). Αυτό έγινε έντονα αισθητό στις ιδιαίτερα προβληματικές και απομονωμένες περιοχές, όπου πλέον οι κάτοικοι αυτών των περιοχών μπορούσαν εύκολα να επισκέπτονται το Κ.Υ. για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας τους απασχολούσε(Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995).Στη συνέχεια θα αναφέρουμε κάποια Κ.Υ. και τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους πολίτες.

Στο Κ.Υ. Δεσκάτης Γρεβενών εργάζονται ο Διευθυντής, που είναι ειδικός Παθολόγος, μια γιατρός με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, ένας γιατρός χωρίς ειδικότητα, δύο αγροτικοί γιατροί, μια οδοντίατρος και παιδίατρος(Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995).Σε εβδομαδιαία βάση γίνεται η επίσκεψη του κλιμάκιου γιατρών από το νοσοκομείο Γρεβενών (Γυναικολόγου, Καρδιολόγου, Χειρουργού, Ορθοπαιδικού)(Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995).Μια από τις κύριες δραστηριότητες του Κ.Υ. είναι και η διενέργεια προληπτικών εμβολιασμών.

Αρχικά δεν καταγράφονται στοιχεία για τους εμβολιασμούς και γίνονταν μόνο τα υποχρεωτικά εμβόλια(DTP,SABIN). Στη συνέχεια, και με τη συνεργασία της παιδιάτρου άρχισαν να γίνονται συστηματικά εμβολιασμοί και για MMR,BCG και ηπατίτιδα(Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995). Αξιοσημείωτο είναι ότι άρχισε να λειτουργεί τμήμα για παιδιά με ειδικές ανάγκες με ευθύνη της παιδιάτρου του Κ.Υ.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει γυμναστική,φυσιοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη (Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι έχει καθιερωθεί η ανά τετράμηνο εθελοντική προσφορά αίματος.Έτσι δημιουργήθηκε η Τράπεζα αίματος για τη Δεσκάτη,κάτι που το είχε ξεκινήσει ο τοπικός Γυναικείος Σύλλογος (Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995).Από αυτό φαίνεται και ότι η συμμετοχή της κοινότητας ήταν σημαντική.

Στο κέντρο υγείας Αριδαίας, λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία Γενικής Ιατρικής,Παθολογίας,Παιδιατρικής και Οδοντιατρείο.Λειτουργεί αίθουσα Πρώτων Βοηθειών για τραυματολογικά περιστατικά και σηπτικό χειρουργείο καθώς και θάλαμος για τα επείγοντα περιστατικά που έχουν ανάγκη καρδιοαναπνευστικής ανάταξης(Φωτοπούλου,1999).Επίσης, λειτουργεί καθημερινά μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο, ενώ γίνονται αιμοληψίες απο αιμοδότες κάθε μήνα(Φωτοπούλου,1999).

Όσον αφορά το τομέα περίθαλψης,το Κ.Υ. Αριδαίας λειτουργεί σε 24ωρη βάση με γιατρούς,νοσηλεύτρια,θυρωρό,οδηγό ασθενοφόρου και

τραυματιοφορέα που καλύπτουν τα έκτακτα περιστατικά και τη μεταφορά τους στο Κ.Υ.ή το νοσοκομείο. Διαθέτει επίσης δύο θαλάμους βραχείας νοσηλείας όπου γίνεται η νοσηλεία που διαρκεί κάποιες ώρες(Φωτοπούλου,1999). Τέλος, γίνεται εξέταση μαστού και διενεργούνται PAP-TEST από Γενικό Ιατρό ενώ πραγματοποιούνται επισκέψεις Χειρουργού Μαιευτήρα και Δερματολόγου στο Κ.Υ. μια φορά το μήνα (Φωτοπούλου,1999).

Το διαφορετικό που προσφέρει το Κ.Υ. Λευκίμμης στην Κέρκυρα, είναι διαβητολογικό,υπερτασικό και ιατρείο άσθματος με υπεύθυνους τρεις γιατρούς και λειτουργούν με ραντεβού για τη καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Επιπλέον, πολύ σημαντικό είναι και οι αιμοληψίες κατ'οίκον που οργανώνει το Κ.Υ. για άτομα με δυσκολία στη μεταφορά τους για μικροβιολογικές εξετάσεις(Μονέδας,1999). Φαίνεται, ότι στα υπόλοιπα Κέντρα Υγείας προσφέρεται μόνο η βασική φροντίδα σε όσους τα επισκέπτονται.

1.8 Σωστή Αντιμετώπιση Θωρακικών Κακώσεων στα Κ.Υ.

Κάποια κέντρα υγείας έχουν την δυνατότητα να διαγνώσουν τις θωρακικές κακώσεις άμεσα και με απόλυτη επιτυχία καθώς διαθέτουν τα απαραίτητα μέσα. Πολλές φορές μάλιστα δεν είναι απαραίτητη ούτε η μεταφορά των ασθενών σε κάποιο νοσοκομείο. Ένα από τα μέσα αυτά είναι :

- η φυσική εξέταση η οποία αρκεί για την διάγνωση καταγμάτων πλευρών σχεδόν για όλους τους ασθενείς που

έχουν καλό επίπεδο συνείδησης(Σανιδάς και Βραχασωτάκης,2000).

- η ακτινογραφία η οποία είναι κατάλληλη για τη διάγνωση του αιμο/πνευμοθώρακα(Σανιδάς και Βραχασωτάκης,2000).
- οι εξετάσεις αίματος και ούρων οι οποίες είναι χρήσιμες σε ασθενείς που προσήλθαν αργά μετά το τραυματισμό για να επιβεβαιώσουμε ότι δεν υπήρξε απώλεια αίματος και να φύγουν με ασφάλεια από το Κ.Υ. ενώ προτείνεται επανέλεγχος μετά από μερικές μέρες(Σανιδάς και Βραχασωτάκης,2000).
- το υπερηχογράφημα κοιλίας το οποίο είναι πολύ αξιόπιστο για την ανίχνευση ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα(συνηθέστερα αίμα)και λιγότερο αξιόπιστο στις κακώσεις συμπαγών οργάνων ενώ η εξέταση εξαρτάται άμεσα από την εμπειρία του εξεταστή (Σανιδάς και Βραχασωτάκης,2000).

1.9.Απαραίτητη η χρήση ηλεκτροκαρδιογράφου στα Κ.Υ.

Η χρήση ΗΚΓ/τος θεωρείται απαραίτητη στο Κέντρο Υγείας αφού ο ασθενής που προσέρχεται σ'αυτό εναποθέτει την υγεία του στη κρίση και απόφαση του υγειονομικού προσωπικού (Ζώγας και Ελευθερίου,1997). Περισσότερο σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος του ΗΚΓ/τος την ώρα της εφημερίας στο Κέντρο Υγείας, κατά την οποία ο εφημερεύων ιατρός αντιμετωπίζει ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με ποικίλη συμπτωματολογία,ενώ στερείται κατά κανόνα της συνδρομής του εργαστηρίου για την επίλυση των διαγνωστικών του προβλημάτων(Ζώγας και Ελευθερίου,1997).

1.10 Σχέση γιατρού-ασθενή

Η ιατρική προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο στοιχείο της ορθής κλινικής πράξης ιδιαίτερα στη ΠΦΥ. Το “ανθρωποκεντρικό” μοντέλο ιατρικής φροντίδας στοχεύει στη διεύρυνση τόσο της αντικειμενικής πλευράς της ιατρικής πάθησης (“νόσος”) όσο και της υποκειμενικής της πλευράς (“αρρώστια”), όπως τη βιώνει ο ασθενής ,μέσα από τα συναισθήματά του ,τις ανησυχίες του, τις προσδοκίες του, τις απορίες του και την επίδρασή της στις καθημερινές του δραστηριότητες(Τσίμτσιου,2006).

Η ολιστική προσέγγιση του ασθενή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της γενικής ιατρικής.Σύμφωνα με την Balint(1993),ο ιδανικός γενικός ιατρός δεν αναμένεται να είναι ένας ειδικός επί “παντός επιστητού”. Είναι όμως ο ιατρός που επενδύει στη σχέση με τον ασθενή του και επιδιώκει την κατανόηση του ασθενή ως ανθρώπου ,με απώτερο σκοπό να κατανοήσει τις ιδιαίτερες ανάγκες του και να του παρέχει την καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα. Περιγράφοντας τη σχέση αυτή ο Balint(2000) είχε εισάγει τον όρο “εταιρία αμοιβαίας επένδυσης” (mutual investment company),αναφερόμενος στη μακροχρόνια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Ο Levinson και άλλοι(1994) αναλύοντας μαγνητοφωνημένες ιατρικές επισκέψεις γενικών ιατρών παρατήρησαν ότι αυτοί που δεν αντιμετώπισαν αντιδικίες με τους ασθενείς τους ήταν αυτοί που έδιναν στον ασθενή χρόνο να εκφράσει τους προβληματισμούς του,έλεγχαν αν όσα είχαν συζητήσει έγιναν κατανοητά και τέλος χρησιμοποιούσαν

περισσότερο χιούμορ επιτυγχάνοντας μία πιο φιλική επικοινωνία. Για αυτούς τους λόγους η ιατρική προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή αναγνωρίζεται πλέον ως αναπόσπαστο στοιχείο της ορθής κλινικής πράξης και αποτελεί πρωταρχικό καθήκον κάθε γενικού ιατρού(Τσίμτσιου,2006).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής σε αναφορά του το 2001, περικλύει την ανθρωποκεντρικότητα στα έξι απαραίτητα στοιχεία που οριοθετούν την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στην ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και έγκαιρη αντιμετώπιση.

Δεν έχει αναφερθεί κάτι αντίστοιχο όσον αφορά τον τρόπο που δουλεύουν οι γιατροί στα Κ.Υ. στην Ελλάδα. Συμπερασματικά, μελέτες με αντικείμενο τις προσδοκίες του ασθενή όσον αφορά τη σχέση ιατρού-ασθενή ουδέποτε έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελληνικό χώρο, παρά τις καταγεγραμμένες πολιτισμικές μας ιδιαιτερότητες. Αναγκαιότητα λοιπόν για τον Ελλαδικό χώρο αποτελεί η ερευνητική καταγραφή αντιλήψεων και αναγκών ιατρών και ασθενών με σκοπό την εκπαίδευση των ιατρών και την μορφοποίηση,αξιολόγηση και προσαρμογή ενός ανθρωποκεντρικού ιατρικού μοντέλου,προσαρμοσμένου στις ανάγκες της Ελληνικής κοινωνίας και της ιδιαιτερότητας του Έλληνα ασθενή ,στα πλαίσια της ουσιαστικής αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τσίμτσιου,2006).

1.11 Ένα μοντέλο για την βήμα-προς-βήμα καθοδήγηση της επίσκεψης στην ΠΦΥ (step by step model for conducting the consultation in general practice).

Φαίνεται αναγκαίο να αναπτυχθεί ένα συγκροτημένο πλαίσιο επικοινωνιακής πρακτικής που θα επιχειρήσει να καλύψει το κενό της επικοινωνίας με τον ασθενή. Θα θέσει τον ασθενή στο επίκεντρο της δουλειάς στην ΠΦΥ, αξιοποιώντας τη δυνατότητά του να περιγράψει τα προβλήματα υγείας του. Θα βοηθήσει επίσης το γιατρό να ανιχνεύσει όλο το πλέγμα των αιτιών που ωθούν τον ασθενή να επισκεφθεί τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Έτσι, οι Larse, Risor και Putman περιγράφουν ένα μοντέλο αποτελούμενο από εννέα βήματα στο οποίο περιγράφει τη συνεργασία του γενικού ιατρού και του ασθενή.

- Πριν από την επίσκεψη: Πως προετοιμάστηκε ο/η ασθενής;
- Σχέση-επικοινωνία: Αφήστε τον/την ασθενή να μιλήσει
- Άγχος, ιδέες, ανησυχίες, προσδοκίες του/της ασθενούς
- Κοινή γλώσσα: Κάνοντας ανασκόπηση του προβλήματος
- Μεταφράζοντας την πληροφορία σε επιστημονική σκέψη
- Αλληλεπίδραση: Αμφίδρομη κατανόηση, εφαρμογή κοινού πλαισίου αναφοράς
- Μετατρέποντας τη σκέψη σε καθημερινή πράξη
- Ελέγχοντας τη συμφωνία. Βελτιώνοντας το αποτέλεσμα της
- Φεύγοντας ο/η ασθενής: Παραλείψεις, λάθη, ανησυχίες του/της γιατρού (Larse, Risor και Putman, 1997).

1.12 Οι Νοσηλευτές στην ΠΦΥ

Στην Ελλάδα δεν έχει συζητηθεί διεξοδικά ο ρόλος των νοσηλευτών, η πιθανή συμβολή, το περιεχόμενο της μετεκπαίδευσης και της εξειδίκευσης τους. Συνεπώς, εξακολουθεί να γίνεται αναφορά σε αυτά τα επαγγέλματα υγείας με τον όρο παραϊτρικά (paramedical) επαγγέλματα. Οι δε επαγγελματίες υγείας αναφέρονται και από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς ως «μη ιατρικό προσωπικό» ή «λοιπό προσωπικό».

Ο βοηθητικός ρόλος και το περιορισμένο εύρος και φάσμα δραστηριοτήτων, νοσηλευτών και μαίων, στην κοινότητα, όπως μια πρόσφατη δημοσίευση των Clendon και White(2001) υπογραμμίζει, διαχωρίζει ουσιαστικά τις προσφερόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα από τις αντίστοιχες των προηγμένων χωρών.

Η ανάγκη για οριοθέτηση και αποσαφήνιση της νοσηλευτικής πράξης στην ΠΦΥ γίνεται επιτακτικότερη με ερωτήματα όπως:

- § Ποιος οφείλει να είναι ο ρόλος του νοσηλευτή ΠΦΥ με βάση τις διεθνής επιταγές αλλά και την αμείλικτη ελληνική πραγματικότητα;
- § Περιλαμβάνει αυτός ο όρος την ιδιότητα του κοινοτικού νοσηλευτή και την ιδιότητα του επισκέπτη υγείας;
- § Ποια πρέπει να είναι η κατεύθυνση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης για την κατάλληλη προετοιμασία του νοσηλευτή ΠΦΥ;
- § Πως θα διασφαλίζεται η ομαλή και αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία όλων των μελών της ομάδας ΠΦΥ; (Λιονής και Μαρκάκη,2006).

1.13 Κοινοτική Νοσηλευτική και Κ.Υ.

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του ΚΥ, μαζί με την Ιατρική και Διοικητική Υπηρεσία, όπως καθορίστηκαν από τον νόμο 1397/83 που διέπει την λειτουργία των ΚΥ, αφού σύμφωνα με τον ίδιο νόμο τα ΚΥ αποτελούν αποκεντρωμένες λειτουργικές μονάδες των νοσοκομείων.

Σημαντική θεωρείται η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επιστημόνων που αποτελούν την ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδος Υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί η συστηματική οργάνωση και λειτουργία της κάθεμιας επιστημονικής ειδικότητας. Η νοσηλευτική υπηρεσία του ΚΥ πρέπει να οργανωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να εργάζεται αποδοτικά και συνεργάζεται με όλα τα άλλα μέλη της ομάδος για την επιτυχία του κοινού σκοπού που είναι η εξασφάλιση καλύτερης υγείας στον πληθυσμό της κοινότητας(Κυριακίδου,2004). Ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος με την ανάλογη εκπαίδευση ώστε να μπορεί να δίνει προληπτική και θεραπευτική αγωγή σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Η νοσηλευτική ιεραρχία του ΚΥ ακολουθεί την ιεραρχία του νοσοκομείου: 1) Προϊστάμενος/νη ΚΥ, 2) νοσηλευτές υπεύθυνοι τομέων, 3) πτυχιούχοι νοσηλευτές, 4) βοηθοί νοσηλευτές(Κυριακίδου,2004).

1.13.1 Κύριες δραστηριότητες κοινοτικού νοσηλευτή στα Κ.Υ.

Στην νοσηλευτική υπηρεσία χρειάζεται να ακολουθηθεί κάποια ιεραρχία και να καθοριστούν τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες κάθε

νοσηλευτικού επιπέδου, με σκοπό την εξασφάλιση καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον πληθυσμό.

Ο προϊστάμενος/νη της νοσηλευτικής υπηρεσίας του ΚΥ πρέπει απαραίτητα να είναι νοσηλευτής με ειδικότητα στην κοινοτική νοσηλευτική, η οποία σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου δίνεται μετά την συμπλήρωση της βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και έχει διάρκεια ενός έτους ή δίνεται σε μεταπτυχιακό επίπεδο (masters) ανάλογα με το σύστημα της χώρας διάρκειας ενός ή δύο ετών. Έτσι θα μπορεί να είναι περισσότερο προετοιμασμένος και εξοπλισμένος για να αναλάβει την οργάνωση και λειτουργία του ΚΥ (Κυριακίδου,2004).

Στην Ελλάδα, μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στη κοινοτική δίνεται τόσο στο Πανεπιστήμιο Αθηνών όσο και σε ΤΕΙ(σε σύμπραξη με ΑΕΙ). Η νοσηλευτική εκπαίδευση φαίνεται ότι δεν προσανατολίζεται όσο θα έπρεπε στην Π.Φ.Υ, ενώ η ειδικότητα της κοινοτικής νοσηλευτικής δεν υπάρχει στις ήδη υπάρχουσες κλινικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική και ψυχιατρική). Τα καθήκοντα του προϊσταμένου του ΚΥ είναι η κατανομή της εργασίας στο νοσηλευτικό προσωπικό, η εποπτεία και ο έλεγχος της εργασίας, ο συντονισμός νοσηλευτικής εργασίας και συνεργασίας νοσηλευτών και άλλων επιστημόνων.

Η επιμόρφωση προσωπικού, εξασφάλιση ευκαιριών για ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, φροντίδα για εξασφάλιση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού, ο έλεγχος της ποιότητας της φροντίδος που

προσφέρεται, η οποία θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Τέλος, η φροντίδα για την τήρηση γραπτού συστήματος επικοινωνίας και σωστή ενημέρωση νοσηλευτικών εντύπων(Κυριακίδου,2004). Στην Ελλάδα, όπως αναφέραμε και πιο πάνω, δεν έχει συζητηθεί διεξοδικά το περιεχόμενο της μετεκπαίδευσης και της εξειδίκευσης των νοσηλευτών(Λιονής και Μαρκάκη,2006).

Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές είναι επαγγελματικά υπεύθυνοι για την εκτίμηση των αναγκών, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση του αποτελέσματος της φροντίδος που προσφέρεται στα άτομα σε συνεργασία με τους βοηθούς νοσηλείας. Επιβλέπουν και κατευθύνουν τους βοηθούς νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται κάτω από την δική τους επίβλεψη και είναι υποχρεωμένοι να λογοδοτούν άμεσα σε αυτούς. Έτσι, η νοσηλευτική υπηρεσία του ΚΥ συντονίζεται και διεκπεραιώνεται με πρόγραμμα και συνεργασία.

Στους βοηθούς νοσηλευτές δίνεται μόνο η ευθύνη για απλές νοσηλείες όπως η καθαριότητα αρρώστου, βοήθεια για την μετακίνηση του, την διατροφή κλπ. Και βοηθούν τον νοσηλευτή στην υπόλοιπη φροντίδα, πάντα κάτω από την δική του επίβλεψη και ευθύνη.

Οι οικιακοί βοηθοί όταν χρησιμοποιούνται σωστά, ελευθερώνουν το νοσηλευτικό προσωπικό από μη νοσηλευτικά καθήκοντα και κάνουν την εργασία τους πιο εύκολη.Είναι διορισμένοι στο ΚΥ και πηγαίνουν στο σπίτι του αρρώστου μετά από σχετική πρόταση του νοσηλευτή ο οποίος

καθορίζει τόσο το είδος της βοήθειας που χρειάζεται το άτομο όσο και το πόσο συχνά χρειάζεται τη βοήθεια αυτή.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής που εργάζεται στο ΚΥ έχει δύο βασικές δραστηριότητες: την αγωγή υγείας και την νοσηλεία(Κυριακίδου,2004). Οι ελλείψεις βέβαια όσον αφορά την αγωγή υγείας είναι αρκετές, σύμφωνα με έρευνα των Δήμου και Καβαλιεράτου(1995). Οι σκοποί της αγωγής υγείας είναι η διατήρηση της υγείας και η προαγωγή της, η πρόληψη της αρρώστιας και των αναπηριών, η αντιμετώπιση των προβλημάτων, η αποκατάσταση, η χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου και η αυτοφροντίδα. Ενώ στους σκοπούς της νοσηλείας περιλαμβάνεται η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, η θεραπευτική αγωγή, η παραμονή στο οικογενειακό περιβάλλον, η ανάρρωση, η αποκατάσταση, η εξασφάλιση θεραπευτικού περιβάλλοντος, η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα και η αυτοεξυπηρέτηση. Στους μακροπρόθεσμους αντικειμενικούς σκοπούς περιλαμβάνουμε την αύξηση των γνώσεων του κοινού σε θέματα υγείας και τη δυνατή ανεξαρτητοποίηση του ατόμου(Κυριακίδου,2004).

1.14 1^ο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου στην Ελλάδα(Κ.Υ. Βύρωνα)

Η πλοήγηση του 1ου Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου στην Ελλάδα από την πρώτη κιόλας ημέρα, ήταν εξαιρετικά δυσχερής. Το εγχείρημα να εφαρμοστεί πιλοτικά η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε αστικές περιοχές έπρεπε να περάσει μέσα από το ναρκοθετημένο πεδίο του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Το μέχρι σήμερα έργο του Κέντρου Υγείας δεν εγκλωβίστηκε μόνο στην παραγωγή αριθμών που εκφράζουν

ποσότητα και επάρκεια στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όπως προκύπτει από ερευνητικές μελέτες του κέντρου που σύντομα θα δημοσιευθούν, επεκτάθηκε στην τεκμηριωμένη ικανοποίηση και την ανταποκρισιμότητα των πολιτών. Στην πορεία αυτή, πρωταγωνιστικό ρόλο είχαν οι εργαζόμενοι Ιατροί, Νοσηλεύτριες, Επισκέπτριες Υγείας και Διοικητικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας που προσπάθησαν να κάνουν καθημερινά , ποιοτική την παροχή υπηρεσιών στον πολίτη-ασθενή (Μαριόλης,2004).

Στο ΚΥ Βύρωνα πραγματοποιούνται τα κάτωθι:

- Û Διαχείριση των πιο συχνών χρόνιων νοσημάτων
- Û Διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση των πιο συχνών συμπτωμάτων
- Û Παροχή άνετης περίθαλψης σε επείγοντα περιστατικά
- Û Ιατρείο επειγόντων, οξέων περιστατικών, θάλαμος βραχείας νοσηλείας
- Û Παροχή φροντίδας στον ασθενή ως ολότητα και όχι ως μεμονωμένο σύμπτωμα
- Û Παροχή υπηρεσιών προληπτικής Ιατρικής και προαγωγή υγείας σε ατομικό και συνολικό επίπεδο
- Û Κατ'οικον νοσηλεία και φροντίδα
- Û Δημιουργία αρχείου ασθενών με ατομικό φάκελο, κάρτα υγείας
- Û Εμβολιασμοί τακτικοί και έκτακτοι ευπαθών ομάδων

- Û Ενημέρωση και διαφώτιση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και κοινωνικής φροντίδας
- Û Αγωγή υγείας σε σχολεία της περιοχής

Στο ΚΥ Βύρωνα υπάγονται τα εξής:

- Ø Παιδική Πολυκλινική Αθηνών
- Ø Κέντρο Οικογένειας Αθηνών
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ζωγράφου
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Πλ. Αμερικής
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ν. Σφαγείων
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Ασυρμάτου
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Καισαριανής
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Γαλασίου
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Καλλιθέας
- Ø Ιατροκοινωνικό Κέντρο Πατησίων(Μαριόλης, 2004)

Στο Κ.Υ Βύρωνα εκπαιδεύονται:

- ✓ Ειδικευόμενοι Ιατροί γενικής Ιατρικής
- ✓ Φοιτητές Ιατρικής Σχολής Αθηνών
- ✓ Φοιτητές Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

- ✓ Φοιτητές Στρατιωτικής Σχολής Αξιωματικών Νοσηλευτών
- ✓ Σπουδαστές τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθηνών(στα πλαίσια του μαθήματος Κοινωνική Νοσηλευτική Ι,ΙΙ)
- ✓ Μεταπτυχιακοί φοιτητές

Η διάρθρωση του έχει ως εξής:

- Ιατρεία
- Εργαστήριο
- Κατ'οίκον νοσηλεία και φροντίδα
- Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Γραφείο Επισκεπτών-τριών Υγείας
- Γραφείο Διοικητικής Υπηρεσίας
- Γραφείο Βιοστατιστικής
- Γραφείο Εκπαίδευσης – Έρευνας
- Γραφείο Προληπτικής ιατρικής, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας

Ιατρεία

- Γενικής / Οικογενειακής ιατρικής
- Επειγόντων περιστατικών (Θάλαμος βραχείας νοσηλείας)
- Διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων
- Παιδιατρικής

- Εμβολίων
- Πρόληψης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου
- Μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας
- Οικογενειακού προγραμματισμού
- Εκπαίδευσης ασθενών
- Συνταγογραφίας
- Οδοντιατρείο

Κλινικό έργο

Λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας όπως αποτυπώνονται

στη διεθνή βιβλιογραφία, στο Κέντρο Υγείας πραγματοποιούνται τα παρακάτω:

- Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων. (Διάγνωση – Αντιμετώπιση –

Παρακολούθηση)

- Παροχή άμεσης περίθαλψης σε επείγοντα περιστατικά.

- Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου.

- Παροχή φροντίδας στον ασθενή ως ολότητα και όχι σαν μεμονωμένο σύμπτωμα, πράγμα που διευκολύνεται όταν ο ασθενής βρίσκεται μέσα στο οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον.

- Παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και προαγωγής υγείας σε ατομικό και συνολικό επίπεδο.

- Κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα ξεπερνώντας τα όρια της παροχής φροντίδας στα όρια του Κέντρου Υγείας.
- Αρχείο ασθενών με ατομικό φάκελο (Κάρτα Υγείας) ούτως ώστε να διευκολύνεται η παρακολούθηση κάθε ασθενούς από τη γέννηση ως το βαθύ γήρας.
- Εμβολιασμοί παιδικής ηλικίας και ευπαθών ομάδων.
- Διεξαγωγή προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Ενημέρωση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Αγωγή υγείας σε σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Έλεγχος περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου.
- Συμμετοχή των ασθενών στη λήψη ιατρικών αποφάσεων.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή επιδημιολογικών ερευνών στον πληθυσμό ευθύνης, με σκοπό την εκτίμηση των αναγκών υγείας και την παρέμβαση σε συνεργασία με άλλους φορείς.

Τέλος το Κ.Υ Βύρωνα πραγματοποιεί προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας σε:

- Ομάδες υψηλού κινδύνου.
- Σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Κοινωνικούς ξενώνες.
- Οικοτροφεία.

- Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων(Μαριόλης,2004).

1.15 Αστικά Κέντρα Υγείας σε σχέση με την Ελληνική Ύπαιθρο

Η ανάπτυξη της δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα αστικά κέντρα της χώρας μας υπολείπεται σε σχέση με αυτήν στην Ελληνική ύπαιθρο. Ένα Περιφερειακό Ιατρείο(Π.Ι.), στο Ηράκλειο της Κρήτης, ενώ ιδρύθηκε σαν αγροτικό ιατρείο σήμερα έχει όλα τα χαρακτηριστικά του Π.Ι. αστικού τύπου λόγω της μετεξέλιξης της πόλης(Τσαχάκη, Κατσαπή και Αντωνάκης,2007).

Είκοσι περίπου χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας των πρώτων κέντρων υγείας στην ελληνική ύπαιθρο, η ανάπτυξη δημόσιας ΠΦΥ στα αστικά κέντρα κάνει δειλά τα πρώτα της βήματα. Η προσπάθεια ανάπτυξης δημόσιας και αποκεντρωμένης από τα νοσοκομεία ΠΦΥ στα αστικά κέντρα είναι λογικό να αντιμετωπίσει διαφορετικά προβλήματα από αυτά που αντιμετώπισε η ανάπτυξη της στις αγροτικές περιοχές.

Ύστερα από έρευνα που έγινε από τους Τσαχάκη, Κατσαπή και Αντωνάκη(2007) στο περιφερειακό ιατρείο Γαζίου διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αξιολογούν θετικά τις υπηρεσίες που τους παρέχονται αφού κανένας ασθενής δεν τις βαθμολόγησε ως μέτριες ή κακές. Αντίθετα το 16,3% τις αξιολόγησε ως καλές ενώ το 83,0% πολύ καλές. Η ιδιαίτερα υψηλή βαθμολογία που έδωσαν οι ασθενείς είναι ενδεικτική της θετικής στάσης απέναντι στις υπηρεσίες του Π.Ι. αστικού τύπου.

Το γεγονός ότι εμφανίστηκαν οι ασθενείς ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που πρόσφερε ολόκληρο το υγειονομικό προσωπικό δείχνει ότι το Π.Ι. καταφέρνει, παρά το φόρτο εργασίας, να ανταποκρίνεται στον ρόλο του και να έχει κερδίσει την εκτίμηση των κατοίκων της περιοχής. Φαίνεται επίσης ότι τα αστικά κέντρα είναι έτοιμα να δεχθούν τις υπηρεσίες των γιατρών γενικής ιατρικής. Αν προσπαθήσουμε να εξετάσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει διεθνώς η ανάπτυξη της ΠΦΥ θα διαπιστώσουμε ότι οι αιτίες τους βρίσκονται σε οικονομικούς, οργανωτικούς, επιστημολογικούς και πολιτικούς παράγοντες.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι ανάγκες για δημόσιες, καλά οργανωμένες, υπηρεσίες ΠΦΥ στα κέντρα υγείας αστικού τύπου είναι μεγάλες, αλλά και οι δυσκολίες που πιθανότατα να αντιμετωπίσουν τέτοιες μονάδες, να είναι εξίσου σημαντικές (Τσαχάκη, Κατσαπή και Αντωνάκης,2007).

Σε έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι πολλά και σημαντικά προβλήματα έχουν αντιμετωπιστεί με απόλυτη επιτυχία σε κέντρα υγείας ημιαστικού τύπου. Ένα παράδειγμα είναι το ΚΥ Χαλανδρίτσας όπου αντιμετωπίζονται συχνά κρούσματα ισχαιμικής καρδιακής νόσου σε έφηβους (Καραγεώργος, Νικολοπούλου και Λαζαρίδης,1999).

1.16 Ελλείψεις στα Κ.Υ. Αγροτικού Τύπου

Οι ελλείψεις που παρουσιάζουν τα κέντρα υγείας που έχουν αναπτυχθεί στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας, τόσο στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας όσο και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας κυρίως με την μορφή υπηρεσιών πρόληψης της νόσου και γενικότερα προαγωγής της υγείας, τροφοδοτούν συζητήσεις που συχνά παρουσιάζονται στον ημερήσιο τύπο και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Από την άλλη πλευρά, η αδυναμία ανάπτυξης της ΠΦΥ στις αστικές περιοχές είτε με την δημιουργία ΚΥ αστικού τύπου είτε δικτύων ΠΦΥ, έχει εμποδίσει το σύστημα υγείας στην καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού(Λιόνης και Μερκούρης,2000).

Έρευνες για το ΙΚΑ και για τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων δεν έχουν γίνει. Οι μόνες έρευνες που έχουν διεξαχθεί είναι για την έλλειψη των Κέντρων Υγείας Αγροτικού Τύπου όσον αφορά τις γνώσεις υγείας του πληθυσμού γύρω από τον τέτανο και την αντιτετανική προφύλαξη(Δήμου και Καβαλιεράτου,1995).

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί η διαφορά συμμετοχής στην αγωγή υγείας του αστικού/ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού. Η διαφορά αυτή αντανακλά τόσο στις δυσκολίες μετακίνησης όσο και την διαφορά εκπαίδευσης – νοοτροπίας του αστικού/ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού(Φωτοπούλου, Σπαθαράκης και Ποντικής,2000). Ουσιαστικά στην Ελλάδα όταν αναφερόμαστε στο ΕΣΥ αναφερόμαστε κυρίως στα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου(Θωμά και Καραγιαννοπούλου,1995).

1.17 Ελλείψεις στη ΠΦΥ

Σύμφωνα με διαπιστώσεις των Λιονή και Μερκουρή(2000) μετά απο μελέτη και έρευνα στο πεδίο της ΠΦΥ, σημαντικός χρόνος έχει δαπανηθεί για την οργάνωση και την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ, χωρίς όμως μια ουσιαστική συζήτηση των λειτουργιών και δραστηριοτήτων. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας και στην περίπτωση της ΠΦΥ, δεν έχει λάβει υπόψιν τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού που έχουν αναλάβει να εξυπηρετούν οι υπηρεσίες υγείας ενώ δεν έχει πραγματοποιηθεί μια συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ που έχουν παρασχεθεί από τα ΚΥ(Λιονή και Μερκουρή,2000). Τέλος, απουσιάζει η συστηματική έρευνα της ΠΦΥ, και οι επενδύσεις σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που θα πρέπει να τις συνοδεύουν(Λιονή και Μερκουρή,2000).

Αυτά έχουν ως συνέπεια, την αποκλειστική απασχόληση των εργαζομένων στην ΠΦΥ χωρίς κατευθυντήριες γραμμές, χωρίς εξειδίκευση στα πιο συχνά χρόνια νοσήματα και σε μεγάλο βαθμό απορροφούμενοι από την συνταγογράφηση (Λιονή και Μερκουρή,2000). Απουσιάζουν παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού γενικότερα(Λιονή και Μερκουρή,2000). Άλλες συνέπειες, είναι η πρόσληψη του προσωπικού με βάση μόνο πληθυσμιακά ή γεωγραφικά κριτήρια και την μη αξιοποίηση των αποτελεσμάτων από τα ερευνητικά προγράμματα που έχουν εκπονηθεί. Τέλος, δεν υπάρχει μια συστηματική ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας στη ΠΦΥ που θα βοηθούσε τους ερευνητές και τους κλινικούς ιατρούς στην διαμόρφωση νέας γνώσης και νέων προτάσεων(Λιονή και Μερκουρή,2000).

Σε έρευνα που έγινε στο ΚΥ Βάμου (Νομός Χανίων) από την Αθενάκη(1992) παρατηρήθηκε έλλειψη οργάνωσης και ανάπτυξης αρχείων καταγραφής ιατρικών ιστορικών. Η ομαδοποίηση στοιχείων ανα ιατρείο δεν δίνει ενδείξεις για να γίνει δυνατή η ζητούμενη διάγνωση, εφόσον δεν παρέχεται καμία πληροφορία για τις νόσους που εμφανίζουν ή όχι οι επισκέπτες. Η ανομοιογένεια του τρόπου καταχώρησης της πληροφορίας υπονομεύει οποιαδήποτε προσπάθεια ταξινόμησης των στοιχείων. Τέλος, η έλλειψη επικοινωνίας με το νοσοκομείο, σταματά την έρευνα στο επίπεδο της παραπομπής αφού δεν ενημερώνεται το ΚΥ για την μετέπειτα πορεία του ασθενή.

Ένα ακόμη πρόβλημα που παρατηρήθηκε στο παραπάνω Κ.Υ. αφορά τα υπερήλικα άτομα με μικρότερες δυνατότητες προσπέλασης των υπηρεσιών υγείας, αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην υγειονομική του προστασία και το γεγονός αυτό οδηγεί στην αναγκαιότητα αναπροσαρμογής των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΚΥ, δίνοντας έμφαση στην φροντίδα στο σπίτι, στα περιφερειακά ιατρεία και στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που αφορούν την διαχείριση χρόνιων νοσημάτων(Αθενάκη,1992).

Όσον αφορά την στελέχωση των ΚΥ με νοσηλευτές είναι πολύ ελλειπής, πρόβλημα που αποτελεί δυστυχώς πραγματικότητα και στα νοσοκομεία μας. Είναι απαραίτητο να στελεχώσουν τα ΚΥ πολύ περισσότεροι και κατα πλειοψηφία πτυχιούχοι νοσηλευτές, δηλαδή απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ). Οι απόφοιτοι ΜΤΕΝΣ πρέπει να

χρησιμοποιούνται εφόσον υπάρχουνε στην πατρίδα μας, αλλά είναι αναγκαίο να αυξηθεί ο αριθμός των νοσηλευτών αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται τόσο στα νοσοκομεία όσο και στα κέντρα υγείας πρέπει να είναι πτυχιούχοι. Αυτό για την σημερινή πραγματικότητα στην Ελλάδα είναι αδύνατον, μπορεί όμως με κατάλληλο προγραμματισμό να επιτευχθεί σταδιακά(Κυριακίδου,2004).

Προβλήματα παρουσιάζονται και στην οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης στα ΚΥ λόγω των ελλείψεων τους σε ανθρώπινο δυναμικό καθώς και σε υλικά μέσα. Αυτό έχει ως συνέπεια πολλές φορές η εφαρμογή τους να μην γίνεται εφικτή. Όσον αφορά πάλι αυτά τα προγράμματα και την υποδομή τους το σημαντικότερο πρόβλημα για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φαίνεται να είναι η έλλειψη κυτταρολογικών εργαστηρίων (Ζηλίδης και Δατσέρης,1992).

Ελλείψεις παρουσιάζονται στο κάθε ΚΥ ξεχωριστά, όπως σε αυτό της Λευκίμμης όπου οι κτιριακές του εγκαταστάσεις είχαν θεωρηθεί ακατάλληλες για ΚΥ. Το ασθενοφόρο που διαθέτει λειτουργεί πολλές φορές χωρίς πλήρες πλήρωμα (μόνο ο οδηγός) λόγω έλλειψης προσωπικού και φροντίζει για την διακομιδή των βαρέων περιστατικών, την διακίνηση των εξερχομένων από το νοσοκομείο ασθενών της περιοχής ευθύνης του ΚΥ καθώς για την μεταφορά της μηνιαίας τροφοδοσίας φαρμακευτικού υλικού(Μονέδας,1999). Ενώ και σε αυτό το ΚΥ το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στην κακή στελέχωση με ιατρικό αλλά και με νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα την σχεδόν

ανύπαρκτη παροχή υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας(Μονέδας,1999).

Σύμφωνα με τους Φιορέτος, Διαμαντόπουλος, Σαββάκη και Λιονής(1994) η ακαταλληλότητα και η μη πληρότητα του εξοπλισμού και των κτιριακών εγκαταστάσεων των ΚΥ, αλλά και ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός των κτιρίων κρίνεται πρόχειρος, αφού δεν λαμβάνει υπόψιν τις λειτουργίες του χώρου, τις αντίστοιχες στα προβλήματα και στις ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας της κάθε περιοχής. Θίγεται φυσικά και το θέμα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού που αποτελούν έναν σημαντικό αλλά προβληματικό χώρο(Φιορέτος, Διαμαντόπουλος, Σαββάκη και Λιονής,1994). Ο Μπένος(1992) μάλιστα αναφέρεται συγκεκριμένα στην έλλειψη γνώσεων των ιατρών σε ψυχιατρικά θέματα και την μη εκπαίδευση και εξειδίκευση τους.

Ο Νιάκας(1995)θέτει κάποια ερωτήματα σε σχέση με τους οικογενειακούς/γενικούς ιατρούς στα ΚΥ. Αρχικά τονίζει την έλλειψη τους, αφού αναφέρει ότι δεν ξεπερνούν τους πεντακόσιους ενώ θα έπρεπε να είναι διαθέσιμοι 5.000-6.000 γενικοί/οικογενειακοί ιατροί. Διερωτάται εάν θα έχουν τις δραστηριότητες και τις δεξιότητες που απαιτούνται για να καλύψουν ένα εύρος υπηρεσιών που περιλαμβάνει ειδικές υπηρεσίες όπως παθολογίας, μαιευτικής, παιδιατρικής, καρδιολογίας, χειρουργικής, δερματολογίας κλπ.

Αν τα πράγματα εξελιχθούν θα είναι συχνή η παραπομπή των ασθενών στους ειδικούς ιατρούς(Νιάκας,1995).Αυτό όμως θα επιφέρει την αύξηση

της δυσαρέσκειας του πληθυσμού, αλλά και την οικονομική επιβάρυνση του συστήματος. Ο πολίτης αντί να διευκολύνεται και να βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, θα υφίσταται μια τρομερή ταλαιπωρία αφού θα βρίσκεται στην ανάγκη να προσφεύγει στους γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς για να λάβει την απαραίτητη έγκριση-παραπομπή για τις υπηρεσίες των ειδικών. Τέλος, λόγω της έλλειψης σωστής εκπαίδευσης των οικογενειακών-γενικών ιατρών πολλοί ασθενείς αποφεύγουν να τους εμπιστευτούν για κάποιο σοβαρό θέμα υγείας τους(Νιάκας,1995).

Σύμφωνα με τη Γιακοπούλου(2008) τα κέντρα υγείας και τα πολυδύναμα και περιφερειακά ιατρεία της νησιωτικής χώρας με τις περιορισμένες, έτσι κι αλλιώς από τη σύσταση τους, «προδιαγραφές», καλούνται να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες του καλοκαιριού, λόγω της συσσώρευσης του τουρισμού, με σοβαρές ελλείψεις. Μία από αυτές είναι το αριθμητικά ανεπαρκές ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Όπως υποστηρίζουν οι διευθυντές των κέντρων υγείας, προκηρύσσονται τακτικά θέσεις για γιατρούς με ειδικότητα και νοσηλευτές, αλλά δεν υπάρχει ενδιαφέρον και έτσι οι θέσεις μένουν ακάλυπτες και τα προβλήματα χρονίζονται. Οι οδηγοί ασθενοφόρων είναι «περιζήτητοι» και η μεγαλύτερη ανησυχία των γιατρών είναι να «μη χαθεί ασθενής στον δρόμο από έλλειψη οδηγού», όπως λένε χαρακτηριστικά. Τα ΚΥ που σημειώθηκαν τα σοβαρότερα προβλήματα το διάστημα του καλοκαιριού είναι της Πάτμου, Πάρου, Σκιάθου, Μήλου, Καρπάθου, Σαντορίνης και Θάσου (Γιακοπούλου,2008).

1.18 Λειτουργία Κέντρων Υγείας

Σε όλες τις χώρες της αναπτυγμένης Ευρώπης οι μονάδες ΠΦΥ έχουν τουλάχιστον σχετική διαχειριστική αυτονομία λογοδοτώντας στις περισσότερες από αυτές στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Για διαφόρους λόγους και μολονότι το γεγονός επισημάνθηκε κατά το σχεδιασμό, ψήφιση και εφαρμογή του νόμου 1397/83 για το ΕΣΥ, στη χώρα μας τα Κέντρα Υγείας υπήχθησαν –προσωρινά όπως αποφασίστηκε τότε – στα νοσοκομεία. Κρίναμε και κρίνουμε ότι το γεγονός αυτό αποτελεί ουσιαστική τροχοπέδη για την λειτουργία τους. Από τότε μέχρι τώρα πόροι οικονομικοί, προσωπικό και μηχανήματα μεταγγίζονται φανερά ή κρυφά, νόμιμα και παράνομα από τα κέντρα υγείας στα νοσοκομεία (Μερκούρης, 1997).

Τα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων δεν δίνουν την απαραίτητη προσοχή στο έργο των ΚΥ και στην χειρότερη τα εγκαταλείπουν στην τύχη τους και τα οδηγούν σε μαρασμό. Διάφορες πιλοτικές εφαρμογές που έγιναν στα πλαίσια της συνεργασίας ΠΟΥ – ΚΕΣΥ έδειξαν ότι αντίστοιχα με τα νοσοκομεία τα ΚΥ είναι λιγότερο ζημιογόνα και ότι μέσα από αυτά μπορεί πραγματικά να περάσει στους απλούς ανθρώπους η σπουδαιότητα της ΠΦΥ και η ουσιαστική παρέμβαση στον λαό αναφορικά με την προαγωγή και την προάσπιση της υγείας του (Μερκούρης, 1997).

Αντίστοιχη είναι η θέση μας αναφορικά με την παρουσία και λειτουργία γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων στις μονάδες ΠΦΥ σε καθημερινή βάση ή περιοδικά. Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα μπορεί και πρέπει να

παρέχεται μόνο από γενικό/οικογενειακό ιατρό. Σύμφωνα με τον Μερκούρη(1997) η παρουσία γιατρών άλλων ειδικοτήτων στις μονάδες ΠΦΥ δεν είναι απλώς περιττή αλλά πολλές φορές επιζήμια.

Τέλος, βασικό εργαλείο, για την αποτελεσματική λειτουργία και διαχρονική παρέμβαση των ΚΥ, αποτελεί ένα εναίο σύστημα καταγραφής που θα επιτρέψει τη συστηματική παρακολούθηση των δεικτών υγείας, την επιδημιολογική έρευνα αλλά και την αξιολόγηση των μονάδων(Μερκούρης,1997).

1.19 Προτάσεις

Οι προτάσεις τις οποίες παρέθεσαν οι Λιονής και Μερκούρης(2000)είναι οι εξής:

- ✚ ανάπτυξη της ακαδημαϊκής γενικής ιατρικής
- ✚ ανάπτυξη του θεσμού του γενικού ιατρού
- ✚ συγκρότηση μιας ομάδας που θα αναζητήσει συστηματικά την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία σχετική με τις επιτεύξεις της ΠΦΥ θα την αξιολογήσει και θα υποβάλει σχετικές προτάσεις στο Υπουργείο
- ✚ αξιολόγηση του έργου των ΚΥ ανά υγειονομική περιφέρεια από ομάδα έμπειρων προσώπων
- ✚ ανάπτυξη ενός πληροφορικού συστήματος κατάλληλο για την ΠΦΥ στα ΚΥ

- ✚ διαμόρφωση πρακτικών οδηγιών για την διαχείριση των κοινών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας στην ΠΦΥ, καθώς και ανάλογων για τον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου από την ελληνική εταιρία γενικής ιατρικής. Οι οδηγίες αυτές στην συνέχεια θα πρέπει να διανεμηθούν στα ΚΥ και στους λειτουργούς της ΠΦΥ, ώστε να αποτελέσουν την βάση για την οικοδόμηση της καθημερινής εργασίας τους
- ✚ να υπάρχει μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην ΠΦΥ, ειδικότερα σε αυτήν του νοσηλευτικού προσωπικού, με την ανάπτυξη της ειδικότητας της κοινοτικής νοσηλευτικής αλλά και την ανάπτυξη της έρευνας στην ΠΦΥ, με χρηματοδότηση πανεπιστημίων και νοσοκομείων σε περιοχές υψηλής προτεραιότητας για το σύστημα υγείας(Λιονής και Μερκούρης,2000).

1.20 Αξιολόγηση

Ο σκοπός της εργασίας μας είναι να διαπιστώσουμε τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα κέντρα υγείας στην Ελλάδα. Αρχικά λοιπόν θα πρέπει να αναλύσουμε τον όρο αξιολόγηση. Αξιολόγηση είναι ένα σύνολο διαδικασιών που επιχειρούν να αποτιμήσουν τα οφέλη από την εφαρμογή ενός προγράμματος ή τη λειτουργία μιας υπηρεσίας υγείας και να εξασφαλίσει πληροφορίες σχετικές με τους στόχους, δραστηριότητες, επιδράσεις και ο κόστος του(Γεωργούση και Κυριόπουλος,1991).

Στο χώρο της Π.Φ.Υ, η εφαρμογή της αξιολόγησης γίνεται πολυπλοκότερη και αυτό γιατί συναντά πολυάριθμα μεθοδολογικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, το ευρύ νοσολογικό φάσμα που το συνιστούν κυρίως χρόνιες παθήσεις ή έλλειψη ενιαίου και τεχνικά ορθώς συμπληρωμένου ατομικού ιστορικού των ασθενών και ο τρόπος χρηματοδότησης των υπηρεσιών ΠΦΥ, δε βοηθούν στην αποδοχή μιας γενικής μεθοδολογίας ελέγχου των δραστηριοτήτων της ΠΦΥ και δε συντελούν στη καθιέρωση μιας ενιαίας τεχνικής αξιολόγησης του χώρου της ΠΦΥ(Γεωργούση και Κυριόπουλος,1991).

Κατά την αξιολόγηση ενός συστήματος (προγράμματος ή υπηρεσία υγείας), χρησιμοποιούνται ορισμένα κριτήρια-έννοιες, που κατά τις πιο πρόσφατες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- 1.τη συνάφεια του προγράμματος
2. την επάρκεια υπηρεσιών και πόρων
- 3.την πρόοδο των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο σε σχέση με αυτές που είχαν προγραμματίσει να πραγματοποιηθούν
- 4.την αποδοτικότητα του προγράμματος ή της υπηρεσίας υγείας
- 5.την αποτελεσματικότητα
6. την επίδραση του προγράμματος ή της υπηρεσίας υγείας στη συνολική υγειονομική και συναφή κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη(Γεωργούση και Κυριόπουλος,1991).

Πρακτικά, όταν λέμε ότι αξιολογούμε ένα πρόγραμμα υγείας ή μια υπηρεσία υγείας, εννοούμε ότι προσπαθούμε να αποτιμήσουμε/προσδιορίσουμε την αξία μιας παρέμβασης από μέρους των υπηρεσιών υγείας σε ένα πληθυσμό αναφοράς. Η αποτίμηση αυτή μπορεί να γίνει με διάφορες τεχνικές και μεθόδους που συνοψίζονται στις παρακάτω: α. εκτίμηση των προσφερόμενων πόρων (προσωπικό, υλικοτεχνική υποδομή κ.τ.λ) , β. εκτίμηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, γ. εκτίμηση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αναφοράς, δ. εκτίμηση ενός προγράμματος ή υπηρεσίας υγείας σε σχέση με το κόστος του(Γεωργούση και Κυριόπουλος,1991).

Σκοπός της αξιολόγησης είναι η βελτίωση των σημερινών δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή καταλληλότερων, αποδοτικότερων και αποτελεσματικότερων προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας, μέσω ενός κατάλληλου σχεδιασμού, σύμφωνα με το πνεύμα της Π.Φ.Υ (Αθηνάκη, 1992).Το σύνολο των συμπερασμάτων της αξιολόγησης στοιχειοθετεί τη συνισταμένη που απαντά το ερώτημα αν και κατά πόσο το ΚΥ καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης για Π.Φ.Υ. Η αξιολόγηση πρέπει να ανιχνεύει μεταβλητές που εκφράζουν τις σχέσεις ΚΥ και Πληθυσμού, ΚΥ και Νοσοκομείου, Πληθυσμού και Νοσοκομείου και τέλος του ΚΥ με τον εαυτό του(Αθηνάκη, 1992).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουμε συλλέξει φαίνεται ότι δεν έχουν γίνει έρευνες που να καλύπτουν το θέμα μας σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας στη Ελλάδα. Συγκεκριμένα, η μοναδική έρευνα που αφορά τις ελλείψεις των ΚΥ είναι αυτή των Δήμου και

Καβαλιεράτου (1995), οι οποίοι καταλήξανε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις υγείας γύρω από τον τέτανο και την αντιτετανική προφύλαξη στον αγροτικό πληθυσμό που μελέτησαν ήταν ελλιπής, όπως άλλωστε ήταν και η κατάσταση της αντιτετανικής προφύλαξης στον ίδιο πληθυσμό.

Σκοπός της έρευνας μας ήταν:

- Να διαπιστώσουμε τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες(ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακή υποδομή) που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας (αστικού και αγροτικού τύπου) στην Ελλάδα
- Να εντοπίσουμε τα θετικά και αρνητικά σημεία των ΚΥ
- Να προταθούν αλλαγές, στα Κ.Υ. της χώρας μας, όπου και αν χρειάζεται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μέθοδος

Σύμφωνα με τον Μαντζαράκη (2004) μέθοδος είναι ο συστηματικός και προγραμματισμένος τρόπος δράσης, προσέγγισης, εξέτασης, ανάλυσης και ερμηνείας προβλημάτων ή φαινομένων βάση συγκεκριμένων κανόνων προκειμένου να επιτευχθεί ένας εκ των προτέρων προκαθορισμένος στόχος. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2008. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να αναγνωρίσει και να συγκρίνει τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες (ιατρικές, νοσηλευτικές, ξενοδοχειακή υποδομή) που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας, αστικού και αγροτικού τύπου, στην Ελλάδα. Για να διαχειριστούμε μια συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε δυο διαφορετικούς τύπους (αγροτικό και αστικό). Επιλέξαμε τέσσερα διαφορετικά Κ.Υ. της Αθήνας και της Πάτρας.

2.1 Σχεδιασμός

Για τον σχεδιασμό της ερευνάς, έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τα θέματα που θα εξερευνούσαμε για τις παροχές των Κ.Υ. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, στο προηγούμενο κεφαλαίο, έδειξε ότι έχει γίνει παρόμοια έρευνα στην Ελλάδα, αλλά αναφέρεται στις ελλείψεις των Κ.Υ. αγροτικού τύπου, και δεν εστιάζεται στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Φαίνεται ότι, υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης στην Ελλάδα σχετικά με τις απόψεις των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Υ. αγροτικού και αστικού τύπου. Ως

αποτέλεσμα, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί τέτοια έρευνα, που όχι μόνο θα αναγνωρίζει τις απόψεις των πολιτών αλλά και θα συγκρίνει τα αστικού και αγροτικού τύπου Κ.Υ. Περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε. Σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) η περιγραφική έρευνα δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Επιπλέον, ο Παρασκευόπουλος (1984) αναφέρει ότι μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 28 ερωτήσεις και διατυπώσεις για τους πολίτες (παράρτημα 1).

2.2 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα Κ.Υ. της Αθήνας και της Πάτρας, δύο αγροτικού και δύο αστικού τύπου. Αφού επιλέχτηκαν τα Κ.Υ., στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες του κάθε τμήματος (παράρτημα 1 και 2). Το γράμμα επεξηγούσε το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο σύλλεξης πληροφοριών και ζητώντας άδεια να προσεγγίσουμε τους πολίτες που βρίσκονταν στο Κ.Υ., με σκοπό να διαπιστώσουμε τις απόψεις τους για την παροχή φροντίδας αφού κάθε ένας από τους παραπάνω τύπους έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των πολιτών

περιλαμβάνονταν στα γράμματα. Αφού η έγκριση εξετάστηκε από την/τον προϊσταμένη/ο του κάθε τμήματος, δόθηκε η έγκριση για πραγματοποίηση της έρευνας.

Το δείγμα συλλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Μετά από συνεννόηση με την/τον προϊσταμένη/ο, τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους πολίτες. Διευκρινιζόταν ότι πρώτον, η συμμετοχή ήταν εθελοντική δεύτερον, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και τρίτον, να επιλέξουν μόνο μια απάντηση σε κάθε ερώτηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 5 έως 7 λεπτά. Ερωτήσεις κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων δεν έγιναν από τους πολίτες.

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην περιγραφική μας έρευνα, ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με τους Burns και Grove (1987) είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει, να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδο για την ανάπτυξη της επιστήμης. Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (1994) το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπλέον, η Σαχίνη-Καρδάση (2004) παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου:

- Είναι λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για την διαχείριση τους.

- Παρέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας.
- Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή
- Συλλογή περισσότερων πληροφοριών, και τέλος
- Μειώνει τα λάθη της συνέντευξης.

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων:

- Να αποφεύγονται οι συνθέτες ερωτήσεις.
- Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- Να αποφεύγεται η χρήση όρων που φορτίζουν/καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- Θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας.
- Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις-κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.
- Το λεξιλογικό και η συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτικό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση του περιεχομένου της ερώτησης.

Παρότι το ερωτηματολόγιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, οι Clifford και Cough (1990) αναφέρουν τα παρακάτω μειονεκτήματα:

- Δυσκολία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου
- Χαμηλός αριθμός ανταπόκρισης
- Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντα στην έρευνα
- Ο ερωτώμενος δεν έχει την δυνατότητα να του δοθούν διευκρινίσεις

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας περιλάμβανε 6 μέρη. Οι διατυπώσεις είχαν θετική κατεύθυνση και οι πολίτες απαντούσαν ανάλογα, χρησιμοποιώντας τις κλίμακες Likert που κατασκευάστηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, στο 1^ο μέρος του ερωτηματολογίου κατασκευάστηκαν 10 ερωτήσεις, γενικού περιεχομένου, σχετικά με το πόσες φορές έχουν επισκεφτεί το Κέντρο Υγείας, με ποιο μέσο, πόση ώρα ήταν σε αναμονή, ο λόγος της επίσκεψης τους, την άποψη τους για το τεχνικό εξοπλισμό, ποιος τους παρείχε πληροφορίες κατά την είσοδο τους και το πώς κρίνουν τη συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert διαφόρων σημείων.

Το 2^ο μέρος περιλάμβανε 5 διατυπώσεις σχετικά με την άποψη των πολιτών για το νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά τη διαθεσιμότητα τους, τις επιστημονικές τους γνώσεις, τις ικανότητες τους, τη παρεχόμενη φροντίδα και τις πληροφορίες που παρέχουν. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από πολύ καλή μέχρι ανεπαρκείς).

Το 3^ο μέρος αποτελείται από 5 διατυπώσεις σχετικά με την άποψη των πολιτών για το ιατρικό προσωπικό όσον αφορά τη διαθεσιμότητα τους, τις επιστημονικές τους γνώσεις, την ικανότητα τους να διαγνώσουν το πρόβλημα τους, το σεβασμό απέναντι στην άποψη τους καθώς και τις οδηγίες που τους δόθηκαν. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από πολύ καλή μέχρι ανεπαρκείς).

Το 4^ο μέρος περιλάμβανε 3 διατυπώσεις σχετικά με το αν χρησιμοποιούν οι πολίτες το πρόγραμμα φροντίδας «Βοήθεια στο Σπίτι», σε ποιο βαθμό υπάρχει ενημέρωση για θέματα όπως το κάπνισμα κ.α. και πως κρίνουν συνολικά τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας στο Κ.Υ. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert διαφόρων σημείων.

Το 5^ο μέρος περιλάμβανε συνολικά 5 διατυπώσεις σχετικά με την υλικοτεχνική υποδομή του Κ.Υ. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από συμφωνώ απόλυτα μέχρι διαφωνώ απόλυτα). Τέλος, το 6^ο μέρος περιλάμβανε μερικές δημογραφικές ερωτήσεις (παράρτημα 3).

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεκτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) αξιοπιστία, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης, ενώ οι Polit και Hungler (1997) την ορίζουν ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς την μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού. Τρία είναι τα χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης όταν οι ερευνητές συλλέγουν δεδομένα: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στη μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Σήμερα, χρησιμοποιούνται τρεις τύποι εγκυρότητας: εγκυρότητα περιεχομένου (CONTENT VALIDITY), εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion-related validity) και δομική εγκυρότητα (construct validity) (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στην παρούσα έρευνα για την εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα χρησιμοποιήθηκε ειδική ομάδα καθηγητών που πιστοποίησε ότι το περιεχόμενο, η δομή και η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν ικανοποιητική.

2.4 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη-Καρδάση (2004) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται από δυο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στην παρούσα έρευνα, δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιήθηκε λόγω της έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας

ή περιστασιακή δειγματοληψία (accidental or convenience sampling), επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας (Σαχίνη-Καρδάση,2004). Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί τη χρήση του πιο βολικού δείγματος από τον πληθυσμό. Το πρόβλημα στην δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται (Polit και Hungler,1997). Για να ελαττώσουμε το λάθος στην έρευνα μας, συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Όλο το δείγμα ήταν πολίτες. Το ίδρυμα επιλέχτηκε με δειγματοληψία ευκολίας.

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν ξεκινήσει η έρευνα. Γενικά, και όταν το επιτρέπουν οι οικονομικοί πόροι, τα μεγάλα δείγματα προτιμώνται από τα μικρότερα. Σύμφωνα με τον Sirkin (1985) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος "RULE OF THUMP" που απαιτεί τουλάχιστον τούς συμμετέχοντες όσες και οι μεταβλητές που εξετάζονται. Έτσι, χρειαζόμασταν τουλάχιστον 35 πολίτες από κάθε Κ.Υ. (αγροτικού και αστικού τύπου). Στην έρευνα, συμπεριλήφθηκαν 70 πολίτες από τα αγροτικού τύπου Κ.Υ. και 70 πολίτες από τα αστικού τύπου Κ.Υ.. Το δείγμα ήταν συνολικά 140 πολίτες. (n=140).

2.5 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό $p < 0,05$ για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Επίσης, για την περιγραφή και παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήσαμε περιγραφικοί στατιστική. Ο Δημητρόπουλος (1994) προτείνει ότι με την χρήση της περιγραφικής στατιστικής μπορούμε να πετύχουμε:

- την περιγραφή ποσοτικών δεδομένων μέσω πινάκων
- γραφικών απεικονίσεων
- την περιγραφή της κεντρικής τάσης και της διασποράς της κατανομής
- την μεταφορά δεδομένων στις διάφορες κλίμακες έκφρασης τιμών (συχνότητα (f), την διάμεση τιμή (median), εύρος (range), σταθερή απόκλιση (standard deviation)).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος(αστικού και αγροτικού τύπου)

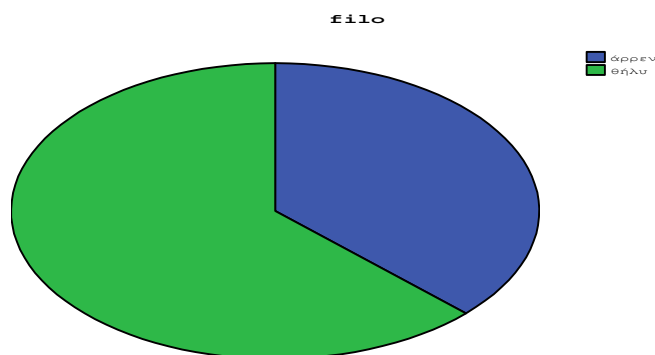
Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία.

Ηλικία

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
16-26	15	10,7	10,7	10,7
26-36	25	17,9	17,9	28,6
36-46	20	14,3	14,3	42,9
46-56	32	22,8	22,8	65,7
56-66	23	16,4	16,4	82,1
66-76	19	13,6	13,6	95,7
76-86	6	4,3	4,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

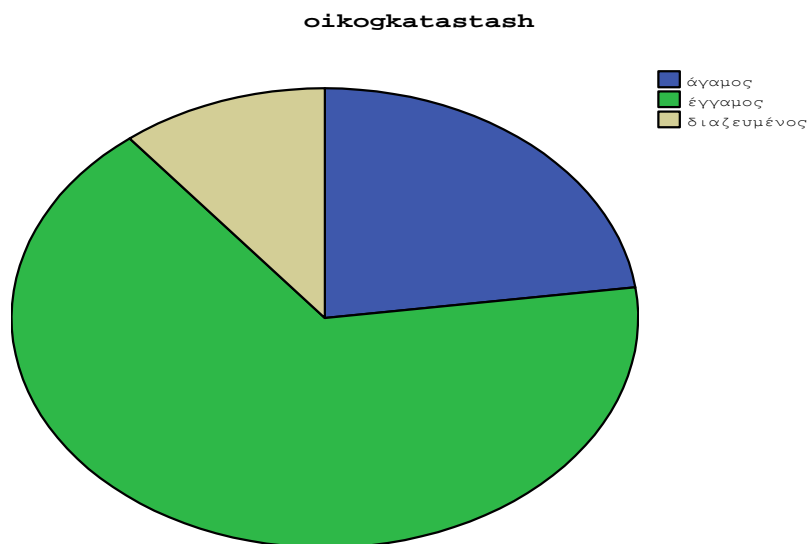
Οι ηλικίες των περισσότερων πολιτών κυμαίνονταν από **46-56 ετών** (22.8%), από 26-36 ετών (18.6%) και από 56-66 ετών(17.2%).

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



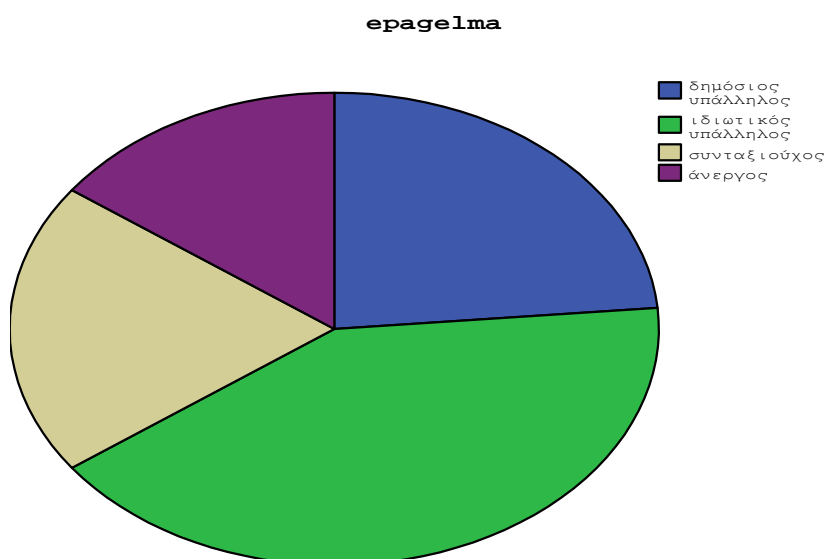
Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών ήταν **γυναίκες**.

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση.



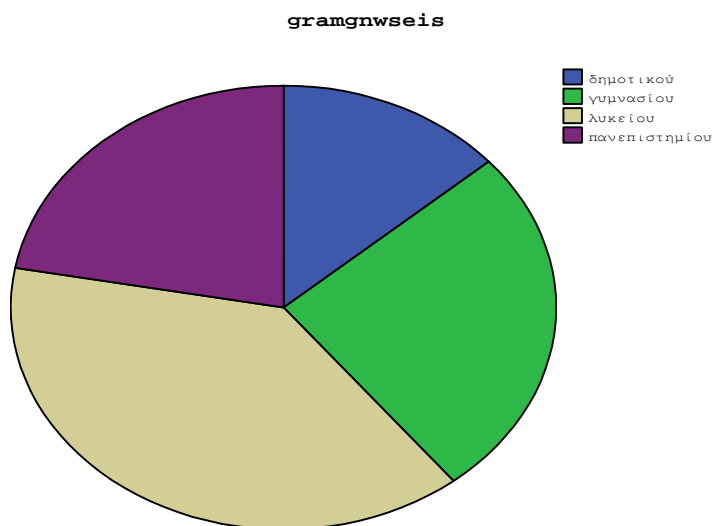
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος(66.4%) ήταν **έγγαμοι**, ενώ το 22.9% ήταν **άγαμοι**.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμά τους.



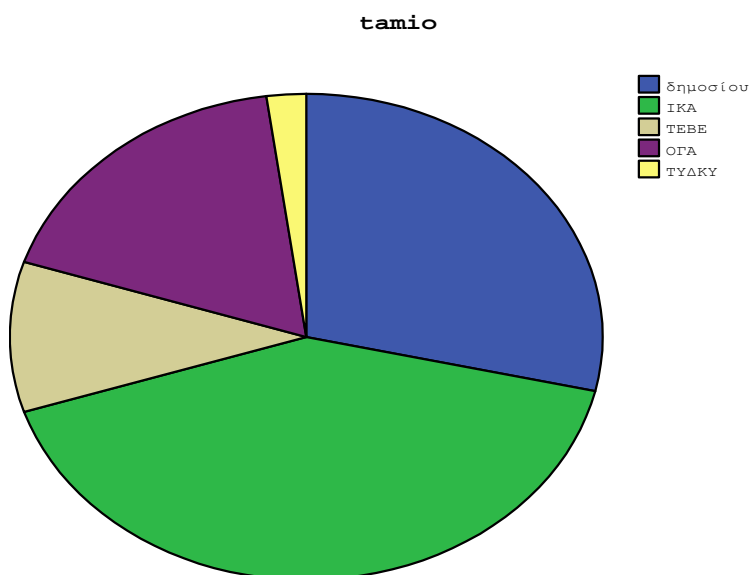
Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών(41.4%) εργάζονταν στον **ιδιωτικό τομέα**, ενώ το 23.6% στον δημόσιο τομέα και το 20% ήταν συνταξιούχοι.

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με τις γραμματειακές τους γνώσεις.



Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος(38.6%) ήταν τελειόφοιτοι **λυκείου**, ενώ το 25.7% τελειόφοιτοι γυμνασίου.

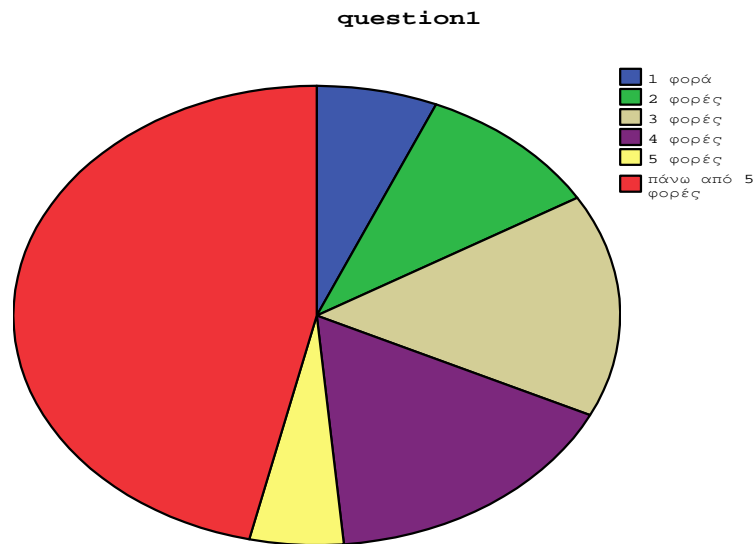
Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με το ασφαλιστικό τους ταμείο.



Ένα μεγάλο μέρος των πολιτών(41.4%) ήταν ασφαλισμένοι στο **ΙΚΑ**, ενώ το 28.6% στο ταμείο του δημοσίου.

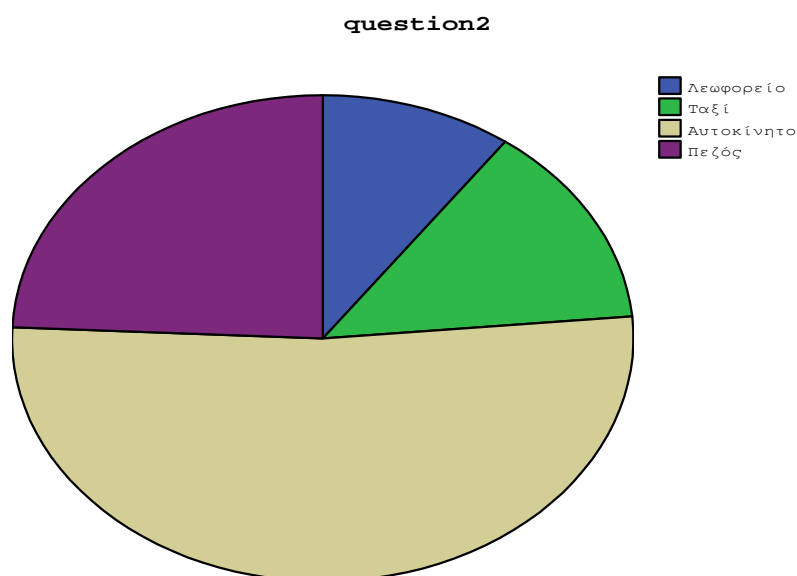
3.2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου

Γράφημα 7: Συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Υ.



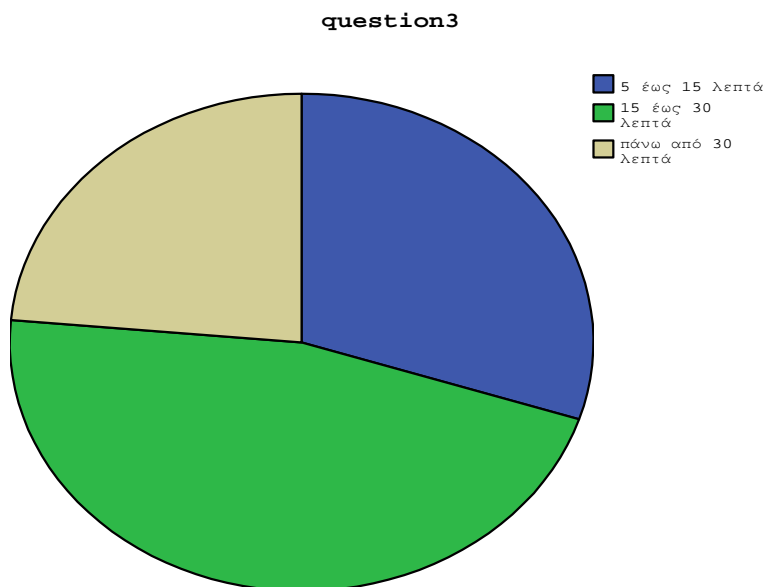
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(46.4%) είχε επισκεφτεί το Κ.Υ. **πάνω από 5 φορές**, ενώ το 16.4% το είχε επισκεφτεί 4 φορές.

Γράφημα 8: Μέσο μεταφοράς που χρησιμοποιήθηκε.



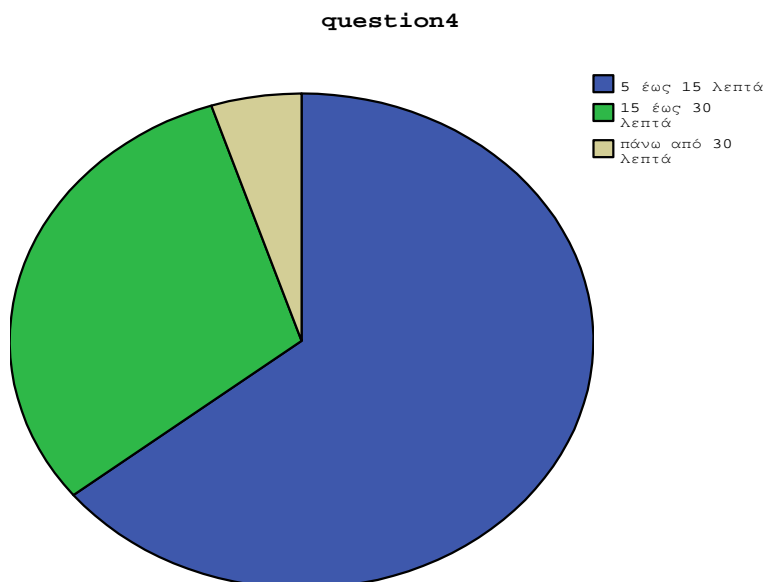
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(52.1%) χρησιμοποίησε το **αυτοκίνητο** ως μέσο μεταφοράς, ενώ το 24.3% πεζοί.

Γράφημα 9: Ο χρόνος αναμονής.



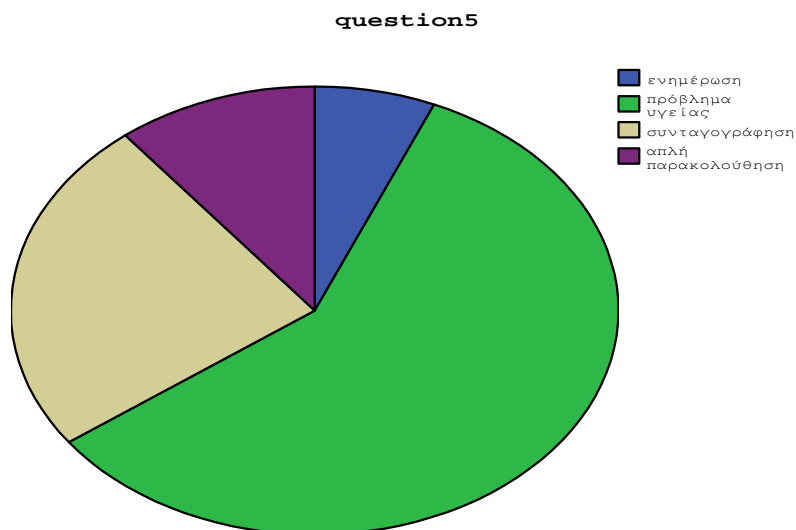
Οι περισσότεροι πολίτες(46.4%) απάντησαν ότι ο χρόνος αναμονής τους ήταν **15 έως 30 λεπτά**, ενώ το 30% ήταν 5 έως 15 λεπτά.

Γράφημα 10: Διάρκεια εξέτασης.



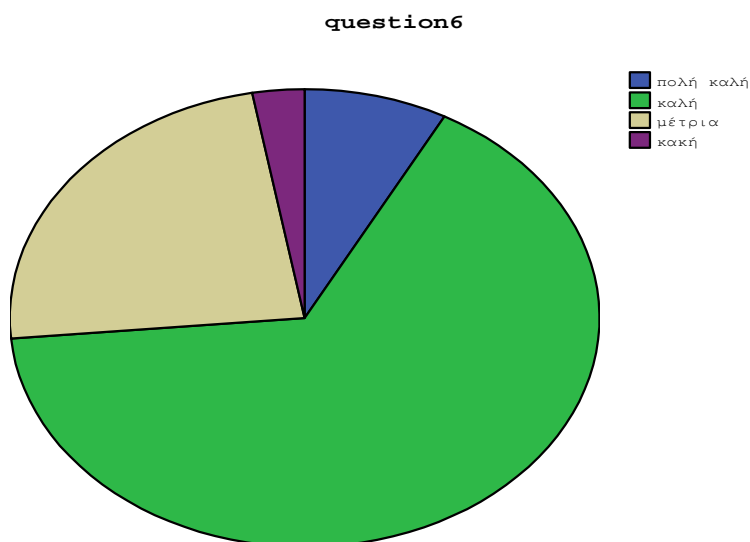
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(64.3%) απάντησαν ότι η εξέταση διήρκεσε **5 έως 15 λεπτά**, ενώ το 30.7% διήρκεσε 15 έως 30 λεπτά.

Γράφημα 11: Ο λόγος επίσκεψης.



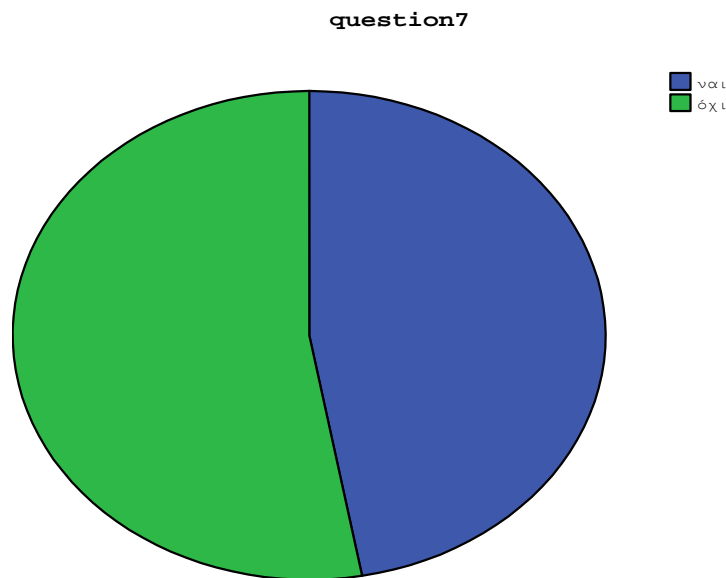
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(58.6%) επισκέφτηκε το Κ.Υ για **πρόβλημα υγείας**, ενώ το 24.3% για συνταγογράφηση.

Γράφημα 12: Τεχνικός εξοπλισμός.



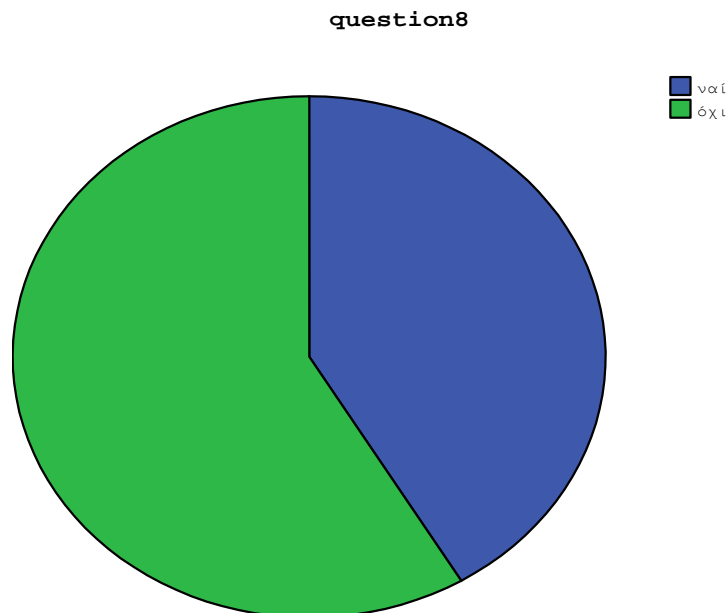
Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών(65.7%) υποστηρίζει ότι ο τεχνικός εξοπλισμός στα Κ.Υ ήταν **καλός**, ενώ το 23.6% υποστηρίζει ότι ήταν μέτριος.

Γράφημα 13: Αιματολογικές εξετάσεις.



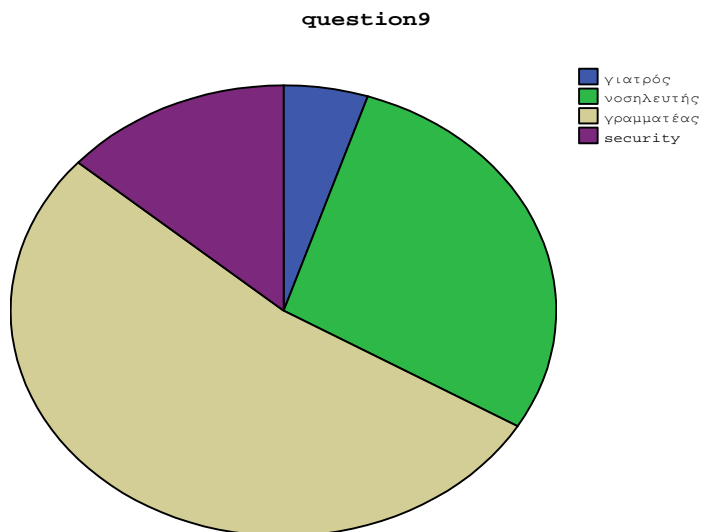
Οι περισσότεροι πολίτες(52.9%) **δεν** είχαν κάνει αιματολογικές εξετάσεις στο Κ.Υ., ενώ το 47.1% είχαν κάνει.

Γράφημα 14: Ακτινολογικές εξετάσεις.



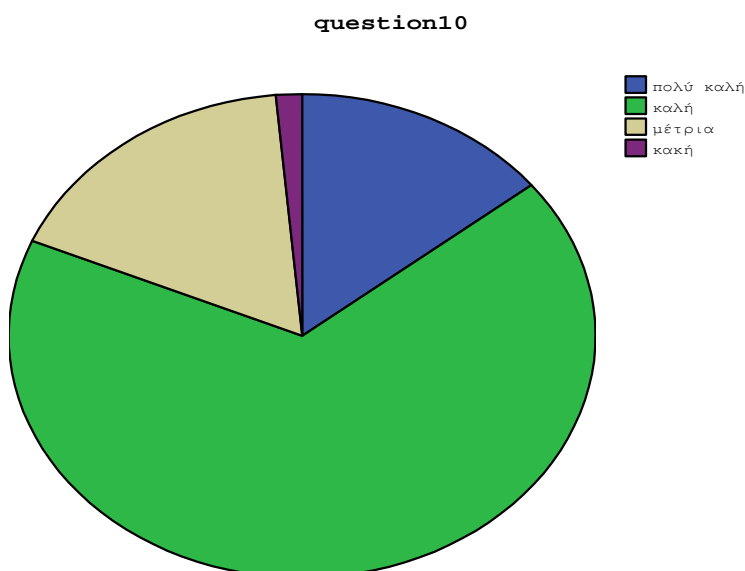
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(58.6%) **δεν** είχαν κάνει ακτινολογικές εξετάσεις στο Κ.Υ., ενώ το 41.4% είχαν κάνει.

Γράφημα 15: Παροχή πληροφοριών.



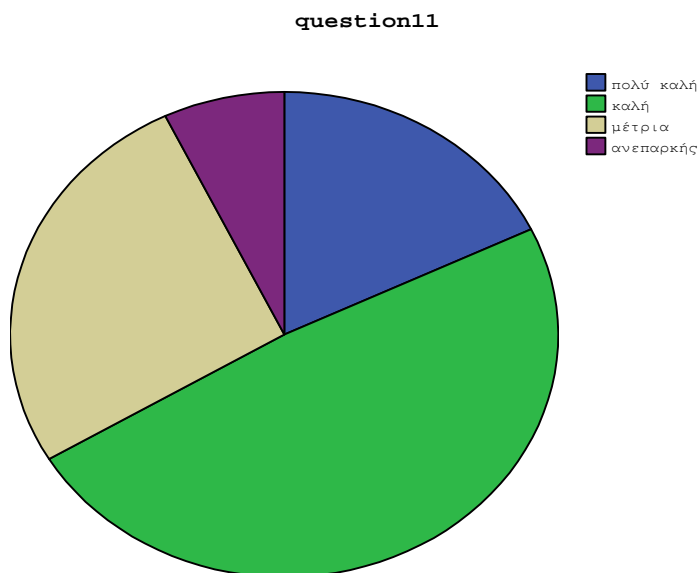
Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών(52.9%) υποστηρίζει ότι κατά την είσοδο τους, τους παρείχε πληροφορίες η **γραμματεία** του Κ.Υ., ενώ το 28.6% υποστηρίζει ότι τους παρείχε πληροφορίες νοσηλευτής/τρια.

Γράφημα 16: Συνεργασία γιατρών με τους νοσηλευτές.



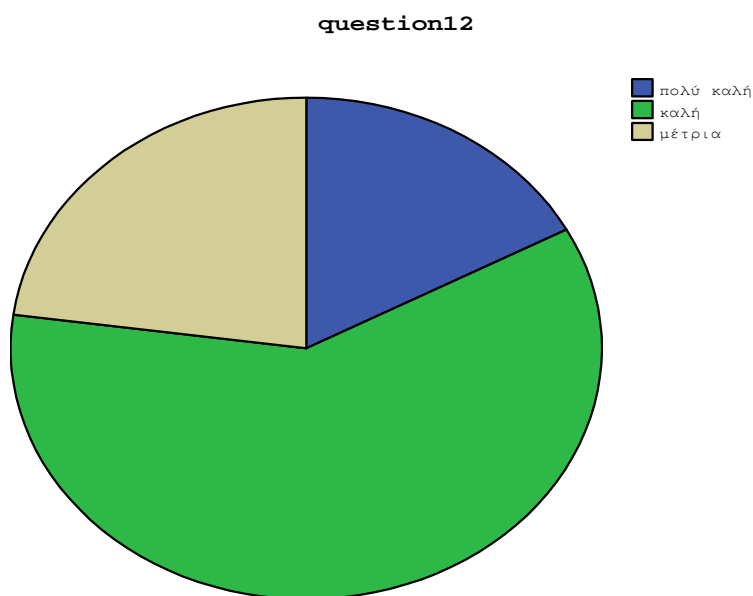
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(67.1%) εκτιμά ότι η συνεργασία των γιατρών με τους νοσηλευτές ήταν **καλή**, ενώ το 17.1% εκτιμά ήταν μέτρια.

Γράφημα 17: Διαθεσιμότητα νοσηλευτικού προσωπικού.



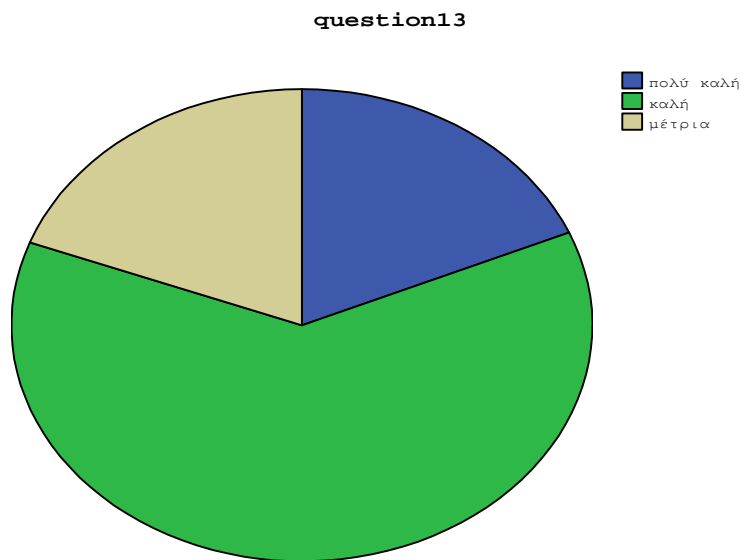
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(48.6%) χαρακτήρισε τη διαθεσιμότητα των νοσηλευτών **καλή**, ενώ το 26.4% μέτρια.

Γράφημα 18: Επιστημονικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού.



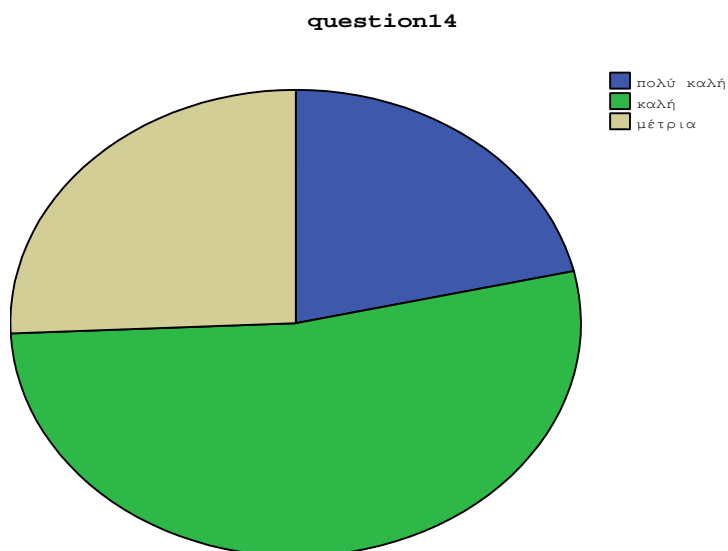
Οι περισσότεροι πολίτες(60%) θεωρούν ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών ήταν **καλές**, ενώ το 22.9% ήταν μέτριες.

Γράφημα 19: Ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού.



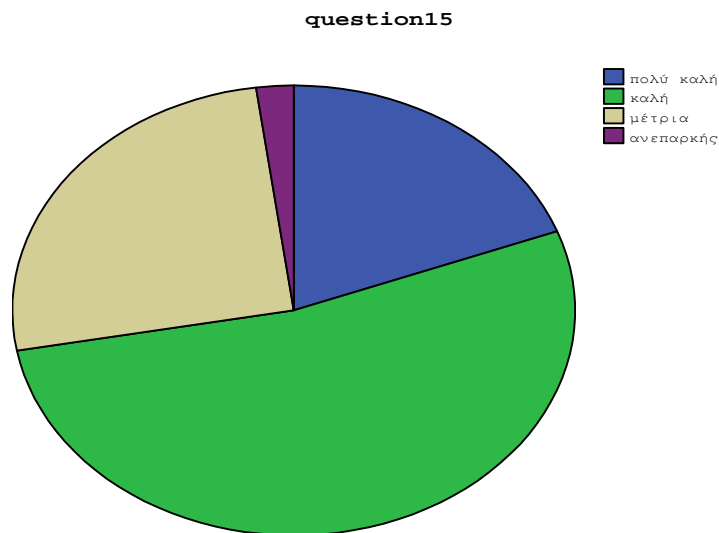
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(52.9%) υποστηρίζει ότι η ικανότητα των νοσηλευτών ήταν **καλή**, ενώ το 19.3% υποστηρίζει ότι ήταν μέτρια.

Γράφημα 20: Παροχή φροντίδας του νοσηλευτικού προσωπικού.



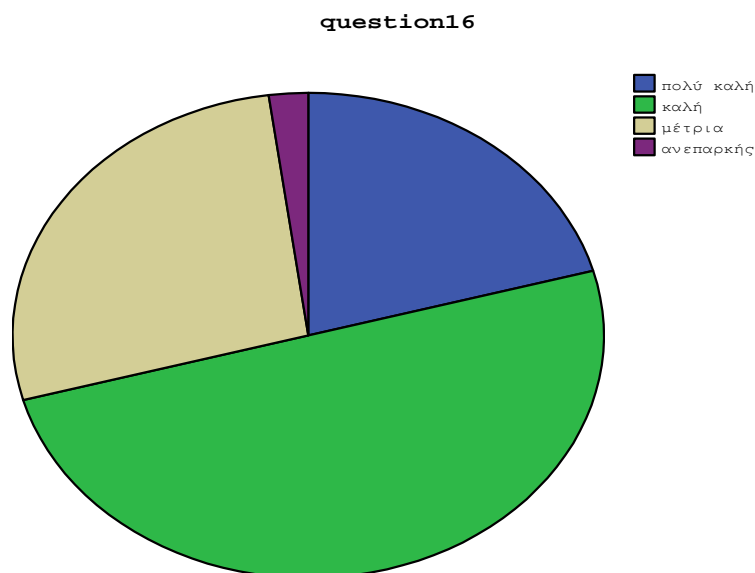
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(52.9%) εκτιμά ότι η παροχή φροντίδας που τους παρείχαν οι νοσηλευτές ήταν **καλή**, ενώ το 25.7% εκτιμά ότι ήταν μέτρια.

Γράφημα 21: Πληροφορίες που παρέχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό.



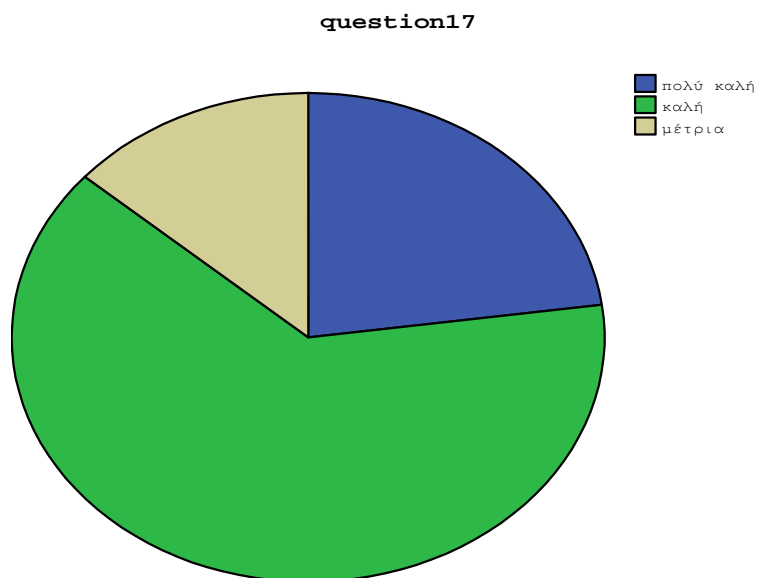
Οι περισσότεροι πολίτες(52.9%) υποστηρίζουν ότι οι πληροφορίες που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν **καλές** ενώ το 25.7% υποστηρίζει ότι ήταν μέτριες.

Γράφημα 22: Διαθεσιμότητα ιατρικού προσωπικού.



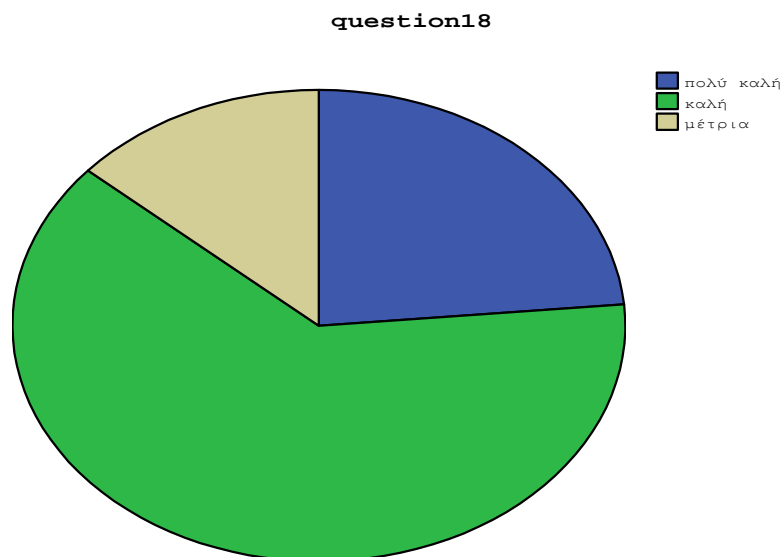
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(52%) χαρακτήρισε τη διαθεσιμότητα των γιατρών **καλή**, ενώ το 27.1% μέτρια.

Γράφημα 23: Επιστημονικές γνώσεις ιατρικού προσωπικού.



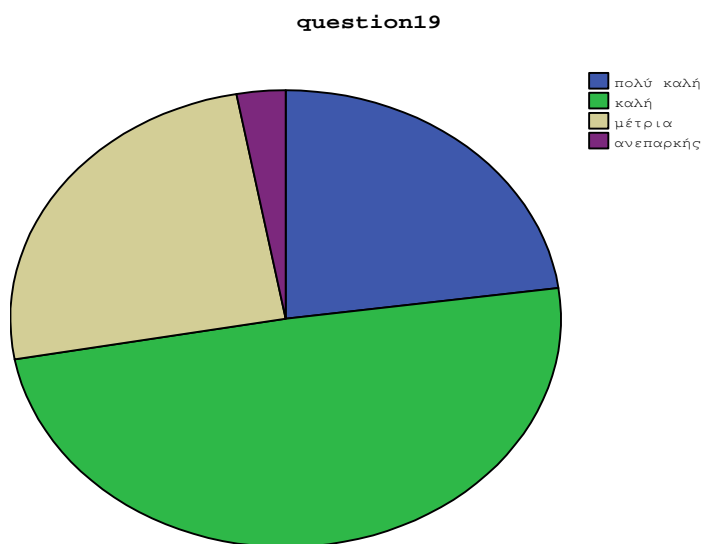
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(63.6%) θεωρεί την επιστημονική γνώση των γιατρών **καλή**, ενώ το 22.9% τη θεωρεί πολύ καλή.

Γράφημα 24: Διαγνώσεις ιατρικού προσωπικού.



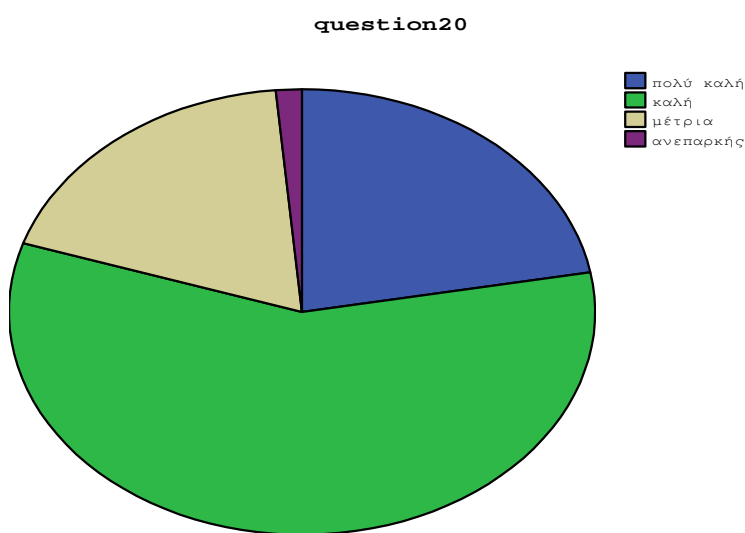
Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών(62.9%) υποστηρίζει ότι η ικανότητα των γιατρών να διαγνώσουν το προβλημά τους ήταν **καλή**, ενώ το 23.6% υποστηρίζει ότι ήταν πολύ καλή.

Γράφημα 25: Σεβασμός ιατρικού προσωπικού απέναντι στην άποψη των πολιτών.



Οι περισσότεροι πολίτες(49.3%) υποστηρίζουν ότι ο σεβασμός των γιατρών απέναντι στην άποψή τους ήταν **καλός**, ενώ το 25% υποστηρίζει ότι ήταν μέτριος.

Γράφημα 26: Οδηγίες που δίνονται από το ιατρικό προσωπικό.



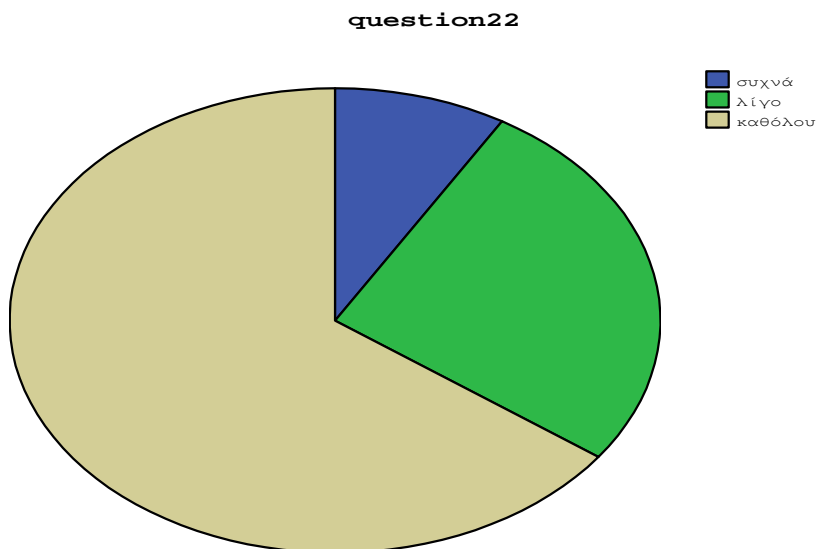
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(57.9%) εκτιμά ότι οι οδηγίες που τους δόθηκαν από τους γιατρούς ήταν **καλές**, ενώ το 22.1% εκτιμά ότι ήταν πολύ καλές.

Γράφημα 27: Πρόγραμμα φροντίδας “Βοήθεια στο Σπίτι”.



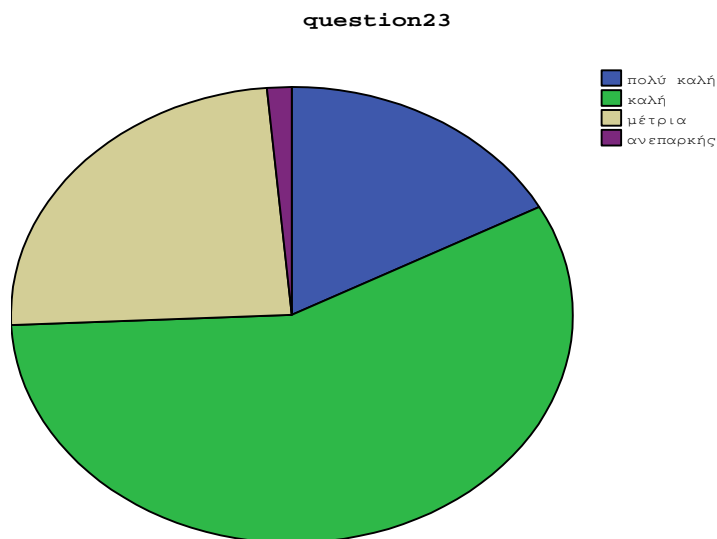
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(96.4%) ισχυρίζεται ότι **δεν** έχουν χρησιμοποιήσει το πρόγραμμα φροντίδας “Βοήθεια στο Σπίτι”, ενώ το 3.6% ισχυρίζεται ότι το έχουν χρησιμοποιήσει.

Γράφημα 28: Ενημέρωση πολιτών.



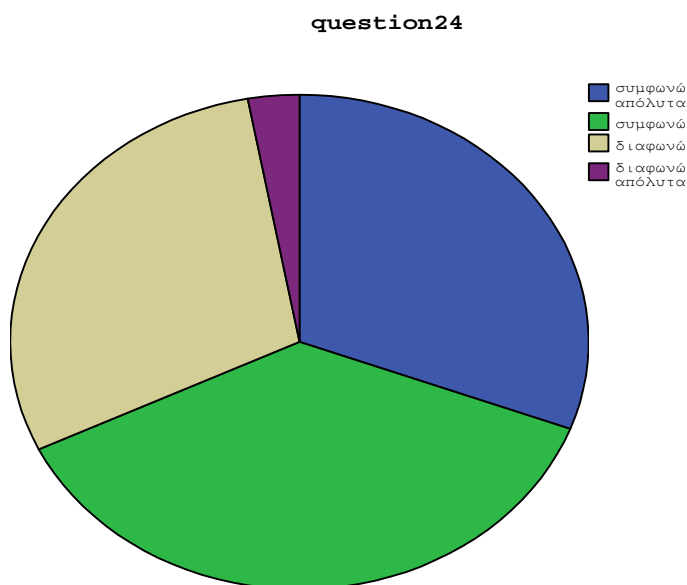
Οι περισσότεροι πολίτες(65%) υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει **καθόλου** ενημέρωση σχετικά με θέματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα κ.α., ενώ το 26.4% υποστηρίζει ότι υπάρχει λίγη ενημέρωση.

Γράφημα 29: Παροχή φροντίδας υγείας συνολικά στο Κ.Υ.



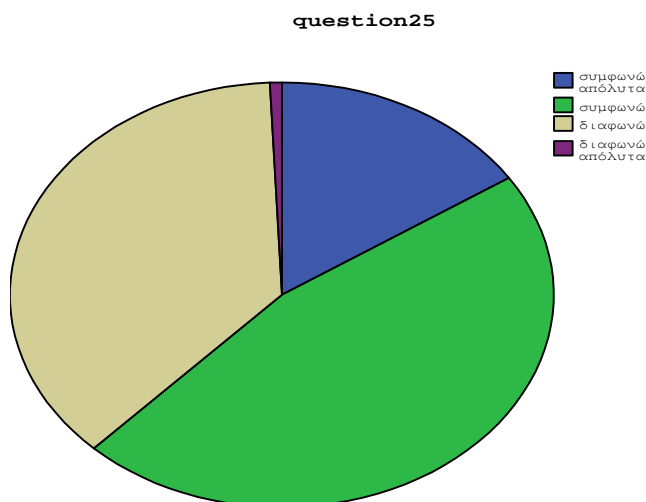
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(57.1%) εκτιμά ότι η παροχή φροντίδας υγείας στο Κ.Υ. ήταν **καλή**, ενώ το 24.3% εκτιμά πως ήταν μέτρια.

Γράφημα 30: Χώροι στάθμευσης.



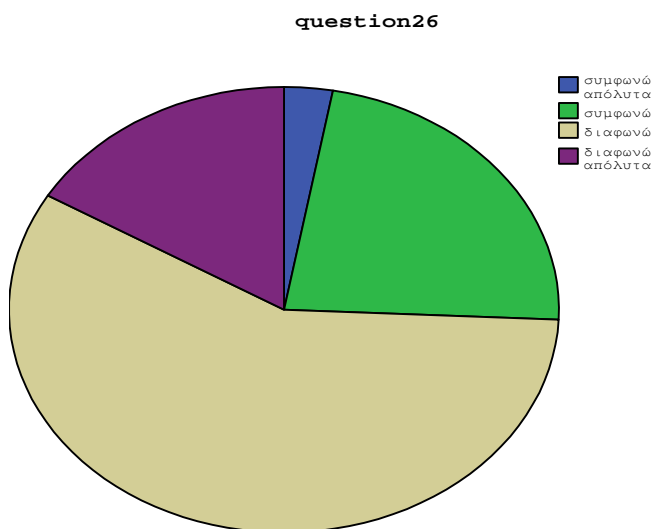
Οι περισσότεροι πολίτες(65%) **συμφωνούν** ότι οι χώροι στάθμευσης στο Κ.Υ. είναι ανεπαρκείς, ενώ το 30.7% παραδέχονται ότι είναι επαρκής.

Γράφημα 31: Κατευθυντήριες πινακίδες.



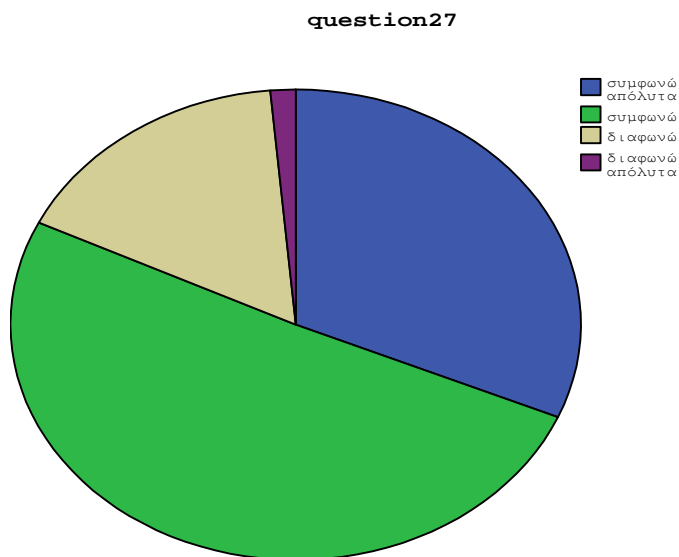
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(68%) **συμφωνεί** στο ότι υπάρχουν κατευθυντήριες πινακίδες στους χώρους του Κ.Υ., ενώ το 37.1% διαφωνεί.

Γράφημα 32: Η θερμοκρασία στους χώρους του Κ.Υ.



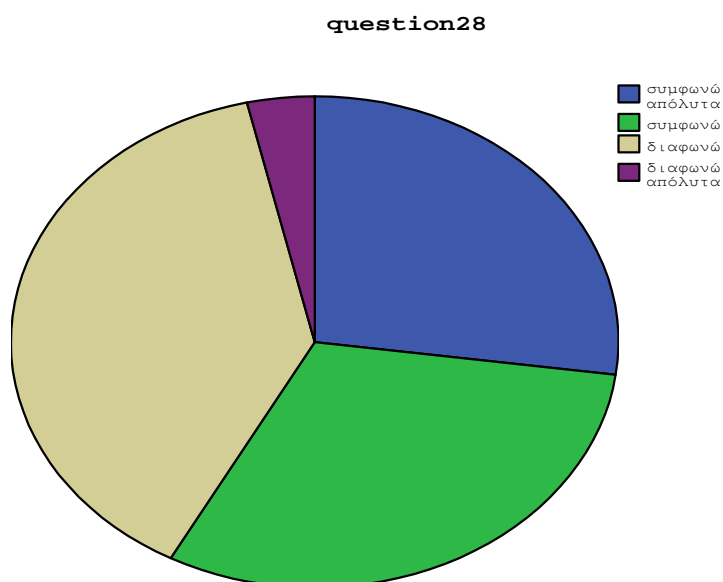
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος(65%) **υποστηρίζει** ότι η θερμοκρασία στους χώρους του Κ.Υ. είναι κατάλληλη, ενώ το 22.9% ότι είναι ακατάλληλη.

Γράφημα 33: Καθαροί χώροι στο Κ.Υ.



Οι περισσότεροι πολίτες(67%) **διαπιστώνουν** ότι οι χώροι του Κ.Υ είναι καθαροί, ενώ το 30% διαφωνεί.

Γράφημα 34: Κατάσταση επίπλων στον χώρο του Κ.Υ.



Το μεγαλύτερο μέρος των πολιτών(55%) **υποστηρίζει** ότι τα έπιπλα στον χώρο του Κ.Υ. ήταν σε άριστη κατάσταση, ενώ ένα σημαντικό ποσόστο(45%) διαφωνεί με αυτή την άποψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε μία εποχή γρήγορων ανακατατάξεων και αλλαγών. Η σύγχρονη κοινωνία είναι πολύπλοκη ενώ τα προβλήματα και οι ανάγκες της προϋποθέτουν τρόπους αντιμετώπισης διαφορετικούς από εκείνους που μέχρι τώρα γνωρίζαμε. Το θέμα των υπηρεσιών που παρέχουν τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα είναι ένα επίκαιρο, πολυδιάστατο και πολυσυζητημένο θέμα στο χώρο της υγείας.

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα συζητήσουμε τις απόψεις των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των κέντρων υγείας. Οι σκοποί της έρευνας ήταν πρώτον, να εντοπίσουμε τα θετικά και αρνητικά σημεία των Κ.Υ. και δεύτερον να προταθούν αλλαγές, στα Κ.Υ. της χώρας μας, όπου και αν χρειάζεται.

Η Βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα που να εξετάζει συνολικά τις απόψεις των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας. Έχει πραγματοποιηθεί μία έρευνα σχετικά με τις ελλείψεις των Κ.Υ. όπου αναφέρεται ότι οι γνώσεις υγείας γύρω από το τέτανο και την αντιτετανική προφύλαξη στον αγροτικό πληθυσμό που μελετήθηκε ήταν ελλιπής.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών που επισκέπτονται τα Κ.Υ. αγροτικού και αστικού τύπου εκτιμούν ότι η παροχή φροντίδας υγείας είναι καλή σε ποσοστό 57.1%. Αυτό φαίνεται και από το ποσοστό (46.4%) των πολιτών που έχουν επισκεφτεί το Κ.Υ πάνω από πέντε φορές, ενώ και ο χρόνος αναμονής, που θα μπορούσε να τους δυσανασχετίσει, ήταν σχετικά λίγος (15 έως 30 λεπτά). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η φροντίδα υγείας βασίζεται σε

επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν. Αυτό αποτελεί και τη ΠΦΥ, όπως ορίστηκε από την Alma-Ata (Κυριακίδου,2004).

Οι τρεις βασικές υπηρεσίες του Κ.Υ. είναι η Νοσηλευτική, Ιατρική και η Διοικητική υπηρεσία (Κυριακίδου,2004). Όπως φαίνεται από την έρευνα μας, σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό η διαθεσιμότητα τους, οι επιστημονικές τους γνώσεις, οι ικανότητες τους, η παροχή φροντίδας και οι πληροφορίες που παρέχουν στους πολίτες είναι καλές. Οι παράγοντες που οι νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν χαρακτηρίζονται πολύ καλές, πιθανόν να είναι: α)η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, β)το ότι δεν υπάρχει διασαφήνιση μεταξύ νοσηλευτών και βοηθών, γ)οι γνώσεις και οι ικανότητες τους μερικές φορές δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των πολιτών και δ)η αδιαφορία που πιθανότατα να εισπράττουν από το νοσηλευτικό προσωπικό κάποιες φορές, εξαιτίας του μεγάλου φόρτου εργασίας.

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, θεωρείται επίσης καλή η διαθεσιμότητα τους, οι επιστημονικές γνώσεις τους, η ικανότητα τους να διαγνώσουν το πρόβλημα τους, ο σεβασμός απέναντι στην άποψη τους και πλήρεις οι οδηγίες που τους δόθηκαν. Κάποιες από τις ειδικότητες που είναι διαθέσιμες για τους πολίτες, συνήθως όμως μόνο τις πρωινές ώρες, είναι: Παθολόγος, Παιδίατρος, Καρδιολόγος, Πνευμονολόγος και Γυναικολόγος. Ανάμεσα στο ιατρικό προσωπικό πολλοί είναι εκείνοι που εκπαιδεύονται για την ειδικότητα τους στη γενική ιατρική. Οι περισσότεροι γιατροί προσπαθούν να ακούνε και να συμμερίζονται την άποψη των ασθενών τους καθώς επίσης να τους δίνουν οδηγίες, για το πως θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους, οι οποίες συνήθως είναι αναλυτικές και με απλά λόγια ούτως ώστε να γίνονται κατανοητές και από τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς. Αυτό βέβαια δεν είναι πάντα εφικτό, ειδικότερα όταν έχουν να εξυπηρετήσουν πάρα πολλά άτομα.

Επίσης είναι λογικό να δίνουν προτεραιότητα και μεγαλύτερη προσοχή στα πιο βαριά περιστατικά.

Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος κρίνει τη συνεργασία γιατρών με τους νοσηλευτές, καλή και αυτό γιατί δεν διαπιστώνουν εντάσεις μεταξύ τους, αντίθετα κρίνουν πως δρουν σαν ομάδα για τη καλύτερη και πιο σωστή εξυπηρέτηση των πολιτών. Υπάρχει διάθεση συνεργασίας και αμοιβαίος σεβασμός απέναντι στη δουλειά του κάθενος. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει τη συνεργασία των υπηρεσιών της ΠΦΥ (Ιατρική, Νοσηλευτική), που αναφέρεται στη βιβλιογραφία μας, ως πολύ σημαντική για την εξασφάλιση καλύτερης υγείας στον πληθυσμό της κοινότητας (Κυριακίδου, 2004).

Από την έρευνα φαίνεται επίσης ότι η γραμματεία των Κ.Υ παρέχει στους πολίτες τις πληροφορίες που χρειάζονται, με μία εξαίρεση το Κ.Υ Βύρωνα όπου δεν υπάρχει γραμματεία και πληροφορίες παρέχει το προσωπικό ασφαλείας, με αποτέλεσμα να είναι ελλειπής η τάξη και η ασφάλεια του Κ.Υ καθώς και η πληροφόρηση των πολιτών που το επισκέπτονται.

Μία σημαντική υπηρεσία που θα έπρεπε το Κ.Υ να προσφέρει σε άτομα τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να το επισκεφτούν, είναι το πρόγραμμα φροντίδας "Βοήθεια στο Σπίτι". Η έρευνα μας έδειξε πως το 96.4% του δείγματος δεν έχουν χρησιμοποιήσει το πρόγραμμα αυτό, ενώ εντύπωση προκάλεσε το γεγονός πως δεν το γνώριζαν κιόλας πολλοί από αυτούς. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι ενώ το πρόγραμμα αυτό θα μπορούσε να φανεί χρήσιμο σε αρκετούς πολίτες με σημαντικές ανάγκες, η πολιτεία δεν έχει φροντίσει να τους ενημερώσει για την ύπαρξη αυτής της σπουδαίας παροχής.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αγωγή υγείας είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα

σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα υγείας(Ζηλίδης και Δατσέρης, 1992). Η αγωγή υγείας είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία οπου θα πρέπει να εφαρμόζει ο κοινοτικός νοσηλευτής στους πολίτες που επισκέπτονται το Κ.Υ. Από την έρευνα μας φαίνεται ότι δεν υπάρχει καθόλου ενημέρωση σχετικά με θέματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα κ.α και αυτό πιθανότατα να οφείλεται στην έλλειψη κοινοτικών νοσηλευτών στα Κ.Υ, κατάλληλα εκπαιδευμένων, γ'αυτή τη διαδικασία διδασκαλίας. Αυτό φαίνεται και από το πολύ μικρό ποσοστό (6.4%) που οι πολίτες επισκέπτονται το Κ.Υ για την ενημέρωση τους σε θέματα υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πολίτες να έχουν πλήρη άγνοια για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζουν ή που ενδεχομένως αντιμετωπίσουν στο μέλλον. Γι'αυτό το λόγο θα πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση στη νοσηλευτική εκπαίδευση σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, όσον αφορά τους κοινοτικούς νοσηλευτές, καθώς και στη κλινική εμπειρία.

Σημαντικό ρόλο για τη διάγνωση και τη σωστή αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων υγείας, έχει ο τεχνικός εξοπλισμός, οπου όπως φαίνεται είναι ικανοποιητικός. Για τη διάγνωση του προβλήματος υγείας απαραίτητα είναι τα διάφορα εργαστήρια (Μικροβιολογικό, Ακτινολογικό). Όπως φαίνεται από την έρευνα μας, οι πολίτες δεν κάνουν ούτε μικροβιολογικές ούτε ακτινολογικές εξετάσεις στο χώρο του Κ.Υ. εξαιτίας της έλλειψης εργαστηρίων. Άρα, η πολιτεία πρέπει να χρηματοδοτήσει περισσότερο την ΠΦΥ για να μην καταφεύγει ο πολίτης στην ιδιωτική πρωτοβουλία με ότι επιπτώσεις (κυρίως οικονομικές) μπορεί να έχει.

Στη σωστή λειτουργία του Κ.Υ. και στη καλή εξυπηρέτηση των πολιτών που το επισκέπτονται, συντελούν οι ξενοδοχειακές υποδομές του κάθε Κ.Υ. Οι χώροι στάθμευσης στα Κ.Υ θεωρούνται ανεπαρκείς γ'αυτό το λόγο ένα σημαντικό ποσοστό (47.9%) των πολιτών προτιμούν να μεταφερθούν με κάποιο άλλο μέσο μεταφοράς ή πεζοί. Για τη πιο γρήγορη και εύκολη μετακίνηση των πολιτών μέσα στους χώρους του

Κ.Υ, υπάρχουν κατευθυντήριες πινακίδες. Όπως σε όλους τους χώρους υγείας, έτσι και στα Κ.Υ οι χώροι και το κλίμα θα πρέπει να είναι ευχάριστο, καθαρό και ήρεμο. Όλα αυτά συντελούν στην πιο εύκολη εξυπηρέτηση των πολιτών. Σύμφωνα με την έρευνα, η θερμοκρασία στους χώρους των Κ.Υ είναι κατάλληλη και οι χώροι καθαροί, ενώ η κατάσταση των επίπλων δεν είναι αυτή που θα ικανοποιούσε τους πολίτες που το επισκέφθηκαν. Ως επακόλουθο, εκτός από τον τεχνολογικό εξοπλισμό, τα Κ.Υ χρειάζονται και ξενοδοχειακές υποδομές, σύγχρονες που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας είναι πολύ σημαντική, σε σχέση με το παρελθόν, ωστόσο σοβαρά προβλήματα συνεχίζουν να υπάρχουν (Μπακάλης, 2007). Η έρευνα μας έδειξε ότι οι παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν την εικόνα των Κ.Υ είναι : α)η μη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση στην κοινοτική νοσηλευτική, β)η έλλειψη οικονομικών πόρων και γ)η λάθος οργάνωση.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Αν και η παρούσα έρευνα διαπίστωσε σημαντικά αποτελέσματα για τις υπηρεσίες που παρέχουν τα Κ.Υ, αστικού και αγροτικού τύπου, στην Ελλάδα, υπήρχαν και κάποιοι περιορισμοί. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό (n=140). Ελπίζουμε μελλοντικά, να γίνει από κάποια άλλη ομάδα παρόμοια έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα. Επιπροσθέτως, για την έρευνα μας χρησιμοποιήσαμε δειγματοληψία ευκολίας, χρησιμοποιώντας τέσσερα (4) Κ.Υ, στο νομό Αχαΐας (δύο αγροτικού τύπου) και στο νομό Αττικής (δύο αστικού τύπου). Οι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσαμε να επεκταθούμε σε περισσότερα Κ.Υ ήταν πρώτον, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων και δεύτερον ήταν περιορισμένος ο χρόνος που είχαμε στην διάθεση μας ώστε να ολοκληρώσουμε την έρευνα. Τέλος, ενώ το ερωτηματολόγιο που κατασκευάσαμε ήταν σε πιλοτική μορφή, έδειξε αρκετά καλά στοιχεία αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

4.3 Προτάσεις

Κατά τη δική μας άποψη, οι παράγοντες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κ.Υ αγροτικού και αστικού τύπου είναι :

- Η συγκρότηση μιας ομάδας που θα αναζητήσει συστηματικά την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία σχετική με τις επιτεύξεις της ΠΦΥ, θα την αξιολογήσει και θα υποβάλει σχετικές προτάσεις στο Υπουργείο.
- Η αξιολόγηση του έργου των Κ.Υ ανά υγειονομική περιφέρεια από ομάδα έμπειρων προσώπων.
- Η αύξηση οικονομικών απολαβών.
- Να υπάρχει μετεκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού που υπηρετεί στην ΠΦΥ, ειδικότερα σε αυτήν του νοσηλευτικού προσωπικού, με την ανάπτυξη της ειδικότητας της κοινοτικής νοσηλευτικής.
- Η πρόσληψη, σημαντικού αριθμού, νοσηλευτών στην ΠΦΥ.
- Η καλύτερη ενημέρωση των πολιτών για προβλήματα υγείας και για προγράμματα που προσφέρει το Κ.Υ.
- Η λειτουργία μικροβιολογικών και ακτινολογικών εργαστηρίων.
- Η δημιουργία χώρου στάθμευσης.
- Η δημιουργία ευχάριστου και ανθρώπινου χώρου αναμονής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθενάκη Δ (1992) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: δυνατότητες αξιολόγησης. ΠΦΥ, 4(4):184-191

Balint E (1993) The doctor, his patient and the group: Balint revisited. Routledge, London

Balint M (2000) The doctor, his patient and the illness. Millennium reprint of 2nd edition. Churchill Livingstone, New York

Bowling A (1997) Research Methods in Health: investigation health and health services. Open university Press, Buckingham

Brint P και Wood M (1989) Advanced Design in Nursing Research. Sage, News bury Park

Burns N και Grove G (1987) Nursing Research. WB Saunders, Philadelphia

Cevinson W (1994) Physician-Patient Communication: A key to malpractice prevention. JAMA, 272:1619-1620

Clendon J and White G (2001) The feasibility of a nurse practitioner-led primary health care clinic in a school setting: a community needs analysis. *Journal Advanced Nursing*, 34:171-178

Clifford C και Cough S (1990) *Nursing Research: a skill-based introduction*. Prentice-Hall, New York

Γεωργούση Ε και Κυριόπουλος Γ(1991) Σχεδιασμός-Οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.ΠΦΥ,3(10):128-132

Γιακοπούλου Ρ. «Νοσούν» κάθε καλοκαίρι τα Κέντρα Υγείας στα νησιά μας. ΕΘΝΟΣ, Σάββατο 23 Αυγούστου 2008, σελ 24-25

Δημητριάδης Ζ (2000) *Μεθοδολογία έρευνας*. Interbooks, Αθήνα

Δημητρόπουλος Ε (1994) *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Ελλην, Αθήνα

Δήμου Τ και Καβαλιεράτος Χ(1995) Γνώσεις Υγείας σε αγροτικό πληθυσμό για τον τέτανο και την αντιτετανική προφύλαξη του.ΠΦΥ,7(1):29-32

http://www.epixeirein.career.teiath.gr/dimiourgia/ikoniki/asfalisi_teve.htm

http://www.epixeirein.career.teiath.gr/dimiourgia/ikoniki/asfalisi_ika.htm

Holzemer WL (1996) Η σύνδεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της αυτοφροντίδας μέσω της προσωπικής διευθέτησης αρρώστου-ατόμου. Νοσηλευτική, 2:81-87

Ζηλίδης Χ και Δατσέρης Ι (1992) Οργάνωση Προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε ένα κέντρο υγείας. ΠΦΥ, 4(3):127-135

Ζήγας Δ και Ελευθερίου Ν (1997) Ο ρόλος του ΗΚΓ/τος και ο βαθμός αξιοποίησής του την ώρα της εφημερίας σ' ένα Κέντρο Υγείας. ΠΦΥ, 9(2):94-101

Θωμά Ε και Καραγιαννοπούλου Σ (1995) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Κέντρο Υγείας Δεσκάτης Γρεβενών. ΠΦΥ, 7(4):229-231

Καραγεώργος Α, Νικολοπούλου Α και Λαζαρίδης Ι (1999) Μελέτη παραγόντων κινδύνου για ισχαιμική καρδιακή νόσο σε εφήβους

αγροτικών και ημιαστικών περιοχών του Κέντρου Υγείας Χαλανδρίτσας.
ΠΦΥ, 11(3):160-162

Κυριακίδου Ε(2004) Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις 5^η, Η ΤΑΒΙΘΑ,
Αθήνα

Larsen J, Risor O and Putnam S (1997) A step by step model for
conducting the consultation in general practice. Family Practice, 14:295-
301

Λιονής Χ και Μαρκάκη Α (2006) Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια
φροντίδα υγείας: αναγκαιότητα ή ουτοπία. ΠΦΥ, 18(4):164-165

Λιονής Χ και Μερκούρης Π (2000) Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση
στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της.
ΠΦΥ,12(1):7-9

Μαντά Ν και Ντάνο Α (1994) Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών
εργασιών. Σύγχρονη εκδοτική, Αθήνα

Μαντζαράκης Γ (2004) Επιστημονική Έρευνα, Θεσσαλονίκη

Μαριόλης Α (2004) Κλινικό Επιστημονικό Εκπαιδευτικό Έργο, παρουσίαση

Μερκούρης Π (1997) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική "10 χρόνια μετά". ΠΦΥ, 9(1):11-12

Μονέδας Ι(1999) Το Κέντρο Υγείας Λευκίμμης στην Κέρκυρα.ΠΦΥ,11(3):163-165

Μπακάλης Ν(2007) Σημειώσεις Κοινωνική Νοσηλευτική Ι. ΑΤΕΙ Πάτρας

Μπένος Α (1995) Η συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων στην ΠΦΥ. ΠΦΥ,4(4):199-200

<http://www.mohaw.gr/gr/theministry/nomothesia>

Νιάκας Δ (1995) Είναι εφικτές οι προτάσεις της διεθνούς επιτροπής των εμπειρογνομόνων για τη ΠΦΥ στην Ελλάδα; ΠΦΥ,7(1):33-38

http://www.nimts.gr/content/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=74

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας, Αθήνα

Polit I και Hungler P (1997) Nursing Research: methods appraisal and utilization. 4th ed. Lippincott, Philadelphia

Σανιδάς Η και Βραχασωτάκης Ν(2000) Αντιμετώπιση απλών θωρακικών κακώσεων στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου.ΠΦΥ,12(1):15-24

Σαχίνη-Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία έρευνας- εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Βήτα, Αθήνα

Sirkin M (1985) Statistics for the social sciences. Sage, Thousand, Oaks

Τσαχάκη Γ, Κατσάπη Χ και Αντωνάκης Ν (2007) Ποια προβλήματα θα αντιμετωπίσει η ανάπτυξη ιατρικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις πόλεις ; εμπειρία από τη λειτουργία Περιφερειακού Ιατρείου σε αστική περιοχή. ΠΦΥ,19(2):79-84

Τσίμτσιου Ζ(2006) Η σχέση ιατρού-ασθενή και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο ιατρικής πράξης: Μια πρόκληση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας.ΠΦΥ,18(1):42-48

Φιλαλήθης Α (2003) Η Ιατρική εκπαίδευση και η εκπαίδευση στο Κέντρο Υγείας. ΠΦΥ, 15(1):5-7

Φιορέτος Μ, Διαμαντόπουλος Θ, Σαββάκη Μ και Λιονής Χ (1994) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης. ΠΦΥ,6(3):131-138

Φωτοπούλου Σ(1999) Το Κέντρο Υγείας Αριδαίας.ΠΦΥ,11(1):45-48

Φωτοπούλου Σ, Σπαθαράκης Χ και Ποντίκης Κ (2000) Χρήση της δοκιμασίας κατά Παπανικολάου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η εμπειρία του Κ.Υ. Αριδαίας. ΠΦΥ,12(3):138-144

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

13 Οκτωβρίου 2008

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ.26334

Πάτρα

Αγαπητή Προϊσταμένη

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ.Ν. Μπακάλη, ερευνά τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.

Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 28 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των πολιτών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα σας είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους πολίτες που βρίσκονται στο Κέντρο Υγείας. Η συμμετοχή των πολιτών είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Μαρίνος Γεώργιος

Σούφη Αθανασία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

13 Οκτωβρίου 2008

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ.26334

Πάτρα

Αγαπητέ Διευθυντή

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ.Ν. Μπακάλη, ερευνά τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα.

Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 28 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των πολιτών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα σας είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους πολίτες που βρίσκονται στο Κέντρο Υγείας. Η συμμετοχή των πολιτών είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Μαρίνος Γεώργιος

Σούφη Αθανασία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί πολίτες,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Περιλαμβάνει μερικές ερωτήσεις και διατυπώσεις έτσι ώστε να ερευνήσουμε τις απόψεις των πολιτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, διαλέγοντας μια μόνο επιλογή.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ

Εάν χρειαστείται οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!!

Μαρίνος Γεώργιος

Σούφη Αθανασία

Γενικές ερωτήσεις

1. Πόσες φορές έχετε επισκεφτεί το Κέντρο Υγείας;

1 2 3 4 5 πάνω από 5 φορές

1 1 1 1 1 1

2. Ποιο μέσο μεταφοράς χρησιμοποιείτε για να επισκεφθείτε το Κέντρο Υγείας;

Λεωφορείο Ταξί Αυτοκίνητο Πεζός

1 1 1 1

3. Πόσα λεπτά είναι ο χρόνος αναμονή σας ώσπου να εξυπηρετηθείτε;

5 έως 15 λεπτά 15 έως 30 λεπτά πάνω από 30 λεπτά

1 1 1

4. Αν πραγματοποιήθηκε εξέταση πόσα λεπτά διήρκεσε;

10 έως 15 λεπτά 15 έως 30 λεπτά πάνω από 30 λεπτά

1 1 1

5. Ποιός ήταν ο λόγος της επίσκεψή σας;

Ενημέρωση 1

Πρόβλημα υγείας 1

Συνταγογράφηση 1

Απλή παρακολούθηση 1

Άλλος λόγος _____

6. Ποιά είναι η άποψή σας για τον τεχνικό εξοπλισμό;

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
1	1	1	1

Ναι Όχι

7. Έχετε κάνει αιματολογικές εξετάσεις στο Κέντρο Υγείας; 1 1

8. Έχετε κάνει ακτινολογικές εξετάσεις στο Κέντρο Υγείας; 1 1

9. Κατά την είσοδο σας στο Κέντρο Υγείας, ποιός σας παρείχε πληροφορίες;

Γιατρός	Νοσηλεύτης	Διοικητικό προσωπικό(γραμματέας)
1	1	1

10. Πώς κρίνετε την συνεργασία των γιατρών με τους νοσηλευτές;

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
1	1	1	1

Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό

<u>Πώς θα εκτιμούσατε</u>	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Ανεπαρκής
Την διαθεσιμότητά τους	1	1	1	1
Τις επιστημονικές γνώσεις τους	1	1	1	1
Τις ικανότητές τους	1	1	1	1
Την παροχή φροντίδας	1	1	1	1
Τις πληροφορίες που σας παρέχουν	1	1	1	1

Σχετικά με το ιατρικό προσωπικό

<u>Πώς θα εκτιμούσατε</u>	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Ανεπαρκής
Την διαθεσιμότητά τους	1	1	1	1
Τις επιστημονικές γνώσεις τους	1	1	1	1
Την ικανότητά τους να διαγνώσουν το πρόβλημά σας	1	1	1	1
Το σεβασμό τους απέναντι στην άποψή σας	1	1	1	1
Οδηγίες που σας δόθηκαν	1	1	1	1

Ερωτήσεις για το Κέντρο Υγείας

Χρησιμοποιείτε το πρόγραμμα φροντίδας "Βοήθεια στο Σπίτι";

Ναι 1 Όχι 1

Σε τι βαθμό γίνεται η ενημέρωση των πολιτών στο Κέντρο Υγείας σχετικά με θέματα όπως Σακχαρώδης Διαβήτης, Κάπνισμα κ.α.;

Συχνά	Λίγο	Καθόλου
1	1	1

Κατά την άποψή σας πώς θα κρίνατε συνολικά την παροχή φροντίδας υγείας στο Κέντρο Υγείας;

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Ανεπαρκής
1	1	1	1

Ερωτήσεις για το Κέντρο Υγείας

-Οι χώροι στάθμευσης είναι ανεπαρκείς

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	1	1	1

-Υπάρχουν κατευθυντήριες πινακίδες στους χώρους του Κέντρου Υγείας

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	1	1	1

-Η θερμοκρασία στους χώρους του Κέντρου Υγείας δεν είναι κατάλληλη

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	1	1	1

-Οι χώροι του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	1	1	1

-Τα έπιπλα στο χώρο του Κέντρου Υγείας βρίσκονται σε άριστη κατάσταση

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	1	1	1

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

-Ποιό έτος γεννηθήκατε;_____

-Φύλο: Άρρεν 1 Θήλυ 1

-Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος 1 Έγγαμος 1 Διαζευγμένος 1

-Επάγγελμα

Δημόσιος υπάλληλος 1 Ιδιωτικός υπάλληλος 1 Συνταξιούχος 1
Άνεργος 1

-Γραμματικές γνώσεις

Δημοτικού 1 Γυμνασίου 1 Λυκείου 1 Πανεπιστημίου 1

-Ασφαλιστικό Ταμείο

Δημόσιου 1 ΙΚΑ 1 ΤΕΒΕ 1 Άλλο_____