

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής  
Φροντίδας»  
MSc in Health and Social Care Management**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ, ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**Πνακά Ε.Κωνσταντίνα**

**A.M. 19002**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δρ Αγγελική Σταμούλη**

**Μέλος ΕΔΙΠ  
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**Αθήνα 2021**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ, ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ  
ΑΣΘΕΝΩΝ**

**Πνακά Ε. Κωνσταντίνα**

**Α.Μ. 19002**

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

**Επιβλέπουσα  
Καθηγήτρια**

**Αγγελική Σταμούλη, μέλος ΕΔΙΠ  
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

**Μέλος**

**Καθηγητής Μάρκος Σαρρής  
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

**Μέλος**

**Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα  
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη, Πνακά Κωνσταντίνα του Ευστρατίου με αριθμό μητρώου 19002, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ABSTRACT</b>	<b>ΣΕΛ.6</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>ΣΕΛ.7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Ο όρος «υγεία»/ 1.Εισαγωγή</b>	<b>ΣΕΛ.9</b>
<b>2.Ιστορική Αναδρομή</b>	<b>ΣΕΛ.9</b>
<b>3.Το μοντέλο της υγείας και της ασθένειας</b>	<b>ΣΕΛ.10</b>
<b>4.Προσέγγιση του όρου «υγεία»</b>	<b>ΣΕΛ.12</b>
<b>5.Κοινωνική προσέγγιση της «υγείας»</b>	<b>ΣΕΛ.12</b>
<b>6.Οικονομική προσέγγιση της «υγείας»</b>	<b>ΣΕΛ.13</b>
<b>7.Πολιτισμική προσέγγιση της υγείας</b>	<b>ΣΕΛ.13</b>
<b>8.Εννοιολογικός προσδιορισμός αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας</b>	<b>ΣΕΛ.15</b>
<b>9.Η υγεία στην Ελλάδα</b>	<b>ΣΕΛ.16</b>
<b>10.Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος</b>	<b>ΣΕΛ.17</b>
<b>11.Οι χρόνιες παθήσεις ως προσδιοριστικοί παράγοντες</b>	<b>ΣΕΛ.17</b>
<b>12.Παράγοντες κινδύνου</b>	<b>ΣΕΛ.18</b>
<b>13.Η αυτοαξιολόγηση της υγείας του Ελληνικού πληθυσμού</b>	<b>ΣΕΛ.19</b>
<b>14.Συμπεράσματα</b>	<b>ΣΕΛ.20</b>
<b>2° ΚΕΦΑΛΑΙΟ/1.Εισαγωγή</b>	<b>ΣΕΛ.21</b>
<b>2.Η οργανωτική δομή του Ελληνικού συστήματος υγείας</b>	<b>ΣΕΛ.21</b>

<b>3.Οικονομικές δαπάνες και χρηματοδότηση στο ελληνικό σύστημα υγείας</b>	ΣΕΛ.23
<b>4.Χαρακτηριστικές οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς στο ελληνικό σύστημα υγείας</b>	ΣΕΛ.24
<b>5.Η αποτελεσματικότητα του Ελληνικού συστήματος</b>	ΣΕΛ.24
<b>6.Πρωτοβουλίες και δράσεις του ελληνικού συστήματος υγείας</b>	ΣΕΛ.25
<b>7.Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα</b>	ΣΕΛ.26
<b>8.Η ενδυνάμωση από πλευράς επαγγελματιών υγείας</b>	ΣΕΛ.27
<b>9.Η ενδυνάμωση του ασθενή</b>	ΣΕΛ.28
<b>10.Η άποψη των ασθενών για την ενδυνάμωση</b>	ΣΕΛ.30
<b>11.Συμπεράσματα</b>	ΣΕΛ.34
<b>3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ/1.Εισαγωγή</b>	ΣΕΛ.36
<b>2.Ο ορισμός της έννοιας «ποιότητα ζωής»</b>	ΣΕΛ.36
<b>3.Συσχετισμός υγείας και ποιότητας ζωής</b>	ΣΕΛ.37
<b>4.Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής</b>	ΣΕΛ.38
<b>5.Έλλειψη στρατηγικών διασφάλισης ποιότητας</b>	ΣΕΛ.40
<b>6.Προσβασιμότητα</b>	ΣΕΛ.41
<b>7.Οι δυσκολίες στην πρόσβαση περίθαλψης</b>	ΣΕΛ.42
<b>8.Παράγοντες κινδύνου</b>	ΣΕΛ.42
<b>9.Οι κύριες χρηματοδοτικές πηγές του Ελληνικού συστήματος υγείας</b>	ΣΕΛ.43

<b>10.Επίλογος</b>	ΣΕΛ.43
<b>4°ΚΕΦΑΛΑΙΟ/1.Ιστορική αναδρομή του όρου εγγραμματοσύνης</b>	ΣΕΛ.45
<b>2.Επίπεδα υγειονομικής εγγραμματοσύνης</b>	ΣΕΛ.45
<b>3.Χαμηλή εγγραμματοσύνη και συνέπειες αυτής</b>	ΣΕΛ.46
<b>4.Στόχοι εγγραμματοσύνης</b>	ΣΕΛ.46
<b>5.Η εγγραμματοσύνη από πλευράς επιστημόνων υγείας</b>	ΣΕΛ.47
<b>6.Μελέτες εγγραμματοσύνης</b>	ΣΕΛ.48
<b>7.Συμπεράσματα</b>	ΣΕΛ.52
<b>8.Προτάσεις</b>	ΣΕΛ.53
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	ΣΕΛ.57
<b>ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	ΣΕΛ.59

<b>ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΑΡΑΘΕΣΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ</b>	
<b>Πίνακας 1</b>	ΣΕΛ.30
<b>Πίνακας 2</b>	ΣΕΛ.54

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Για την έναρξη διεξαγωγής έρευνας σε βάθος και με αντικειμενικότητα στο ερώτημα της συνεισφοράς της ενδυνάμωσης και της εγγραμματοσύνης των ασθενών αλλά και των παρόχων υπηρεσιών υγείας στη ποιότητα της ζωής των ασθενών, θα ήταν σκόπιμο να προχωρήσουμε αρχικά στην επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και στην αποσαφήνιση των επιστημονικών όρων που αναφέρονται στα πλαίσια αναζήτησης των συγκεκριμένων όρων της ενδυνάμωσης, εγγραμματοσύνης ασθενών και παρόχων υγείας και την επίδρασή τους στη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι όροι προς διερεύνηση που θέτουμε είναι εκείνοι της υγείας που περιέχουν το «σύστημα υγείας», την «ενδυνάμωση» τη «ποιότητας ζωής ασθενών» και την «εγγραμματοσύνη». Στόχος της διερεύνησης αυτής είναι να αναδειχθεί ο πολύπτυχος χαρακτήρας των συγκεκριμένων εννοιών, καθώς και τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν και με ποιο τρόπο γύρω από τις έννοιες αυτές.

Με αφετηρία την υγεία, την ποιότητα ζωής των ασθενών και το τι μπορεί αυτή να σημαίνει και να σηματοδοτεί, θα μεταβούμε στη συνέχεια στον χώρο των συστημάτων υγείας και των υπηρεσιών που αυτά παρέχουν, προκειμένου να καταλήξουμε στην διεξοδική πραγμάτευση του όρου της ενδυνάμωσης, εγγραμματοσύνης σε εργασιακό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο ασθενούς, τα οποία και αποτελούν τη θεμέλιο λίθο της έρευνας.

## **ABSTRACT**

In order to start conducting in-depth and objective research on the question of the contribution of empowerment and literacy of patients and health care providers to the quality of life of patients, it would be appropriate to first review the existing literature and clarify the scientific terms referred to in the search for specific terms of empowerment, patient literacy and health care providers and their impact on patients' quality of life.

The terms to be investigated are those of health that contain the "health system", the "empowerment", the "quality of life of patients" and the "literacy". The aim of this research is to highlight the multifaceted nature of these concepts, as well as the factors that interact and how around these concepts.

Starting with the health, the quality of life of the patients and what it can mean and signify, we will then move on to the field of health systems and the services they provide, in order to reach a thorough discussion of the term empowerment, literacy in work level, but also at the patient level, which are the cornerstone of the research.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι (Hamand Honigsbaum et al, 1998) αναφέρουν ότι η αξιολόγηση της λειτουργίας και της απόδοσης των συστημάτων υγείας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα των επιστημονικού αλλά και πολιτικού κόσμου. Απώτερος στόχος και των δύο κόσμων αποτελεί η ανάδειξη των συστημάτων υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα των χωρών του ΟΟΣΑ έθεσαν το ερώτημα εάν υπάρχει η δυνατότητα ανάπτυξης μεθοδολογικών εργαλείων κατάλληλων έτσι ώστε να εκτιμηθούν οι μεταρρυθμίσεις αυτών των μεθόδων σύμφωνα με τους (Smith, et al,2000).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διενεργώντας μια συγκριτική μελέτη των συστημάτων υγείας των καρτών μελών της, διαμορφώνοντας συγκεκριμένη μεθοδολογία για την αποτίμηση της απόδοσής τους. Εννοιολογικά, το πλαίσιο της μεθοδολογίας αυτής βασίζεται στη διερεύνηση του βαθμού κατά τον οποίο κάθε σύστημα υγείας εκπληρώνει τρεις στόχους (Murray and Frenk 1999, WHO 2000, Kawabata 2001): α) «Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού». Ο στόχος αυτός είναι δυσδιάστατος περιλαμβάνοντας αφενός τη βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού καθώς επίσης και τη διάχυση του ευζείν μεταξύ του πληθυσμού, β) η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις ανάγκες των πολιτών, οι οποίες αφορούν και περιλαμβάνονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και τους επαγγελματίες υγείας και την ανταπόδοση των πολιτών σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος αυτός είναι χωρισμένος σε δύο μέρη όπου το πρώτο αφορά τη βελτίωση του μέσου επιπέδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας και το δεύτερο τη προαγωγή της ισότητας στην κατανομή της ανταποκρισιμότητας μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. γ) Ο τρίτος στόχος αφορά τη δικαιοσύνη στην κατανομή των δαπανών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και τη προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου στο ενδεχόμενο εμφάνισης κάποιας σοβαρής ασθένειας. Ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας ανέλαβε με την υποστήριξη και τη συνεργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, να εφαρμόσει αυτά τα μεθοδολογικά εργαλεία με σκοπό την αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας της Ελλάδας. Ο βαθμός επίτευξης των δύο αρχικών στόχων αξιολογείται με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, ενώ για το ζήτημα της δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας οι υπολογισμοί βασίστηκαν στα στοιχεία της ΕΣΥΕ (έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών), του Κοινωνικού Προϋπολογισμού ,καθώς και των Εθνικών Λογαριασμών.



Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «ως υγεία ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο την απουσία ασθένειας αναπηρίας» (WHO 1946). Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντιπροσωπεύει εκτός από τους κλασσικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τους ίδιους τους ασθενείς.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση «δράσεων υγείας». «Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και οικονομικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση δράσεων υγείας»(WHO 2000), ορισμός ο οποίος αφορά οποιαδήποτε δραστηριότητα ή σύνολο δραστηριοτήτων, η οποία έχοντας ως κύριο της σκοπό τη βελτίωση και τη διατήρηση της υγείας. Στο σύστημα υγείας ανήκουν εκτός από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα. «Επίσης, δράσεις υγείας οι οποίες έχουν ως παρενέργεια τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας, δεν υφίστανται» (WHO 2000).

# 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Ο ΟΡΟΣ «ΥΓΕΙΑ»

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της υγείας κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε από πολιτισμό σε πολιτισμό, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν «ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του» (Σούρτης, 1998). Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν ευρέως αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον (Π.Ο.Υ.) το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όπου όρισε την υγεία σαν «μια κατάσταση πλήρους σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο μια κατάσταση εν απουσία νόσου ή αναπηρίας». Αυτό αποτελεί «περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης αντί για μια απλή σύλληψη της υγείας» (Καραδήμας, 2005). Καταλήγοντας, σύμφωνα με τον (Σαρρής Μάρκος, 2001) «η υγεία θα μπορούσε να οριστεί σαν μια κατάσταση όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, χαράζοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες».

### 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο (Καραδήμας, 2001) αναφέρει ότι «το περιεχόμενο της υγείας εννοιολογικά και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις συνθήκες της κοινωνίας». Κατά τη προϊστορική περίοδο, οι άνθρωποι προσδιόριζαν ως τα αίτια της ασθένειας τα διάφορα «κακά πνεύματα», τα οποία εισέβαλαν στο άτομο (Καραδήμας, 2005). «Οι πρώτες βάσιμες αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια διατυπώθηκαν από τους αρχαίους Έλληνες και έχουν μυθολογικό υπόβαθρο» (Boulogne, 2001). «Τα φυσιοκρατικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης σκέψης στην αρχαία Ελλάδα οδήγησαν στη διαμόρφωση της υποκράτειας ιατρικής, βασισμένης στη φυσική ερμηνεία των φαινομένων» σύμφωνα με τον (Τούντας, 2000). «Την εποχή που στην Ελλάδα γεννιόταν η Ιπποκρατική ιατρική, στην Αρχαία Κίνα πίστευαν ότι η ασθένεια εμφανίζεται, όταν διαταράσσεται η ισορροπία του ατόμου από εξωγενείς παράγοντες του περιβάλλοντος» (Καραδήμας, 2005). Κατά τον Γαληνό τον 2<sup>ο</sup> αιώνα μΧ., «η ιατρική πρακτική επηρεάστηκε από επιδράσεις και αντιλήψεις της εκκλησίας όπου η ασθένεια δαιμονοποιήθηκε». Στην Αναγέννηση, ο τρόπος σκέψης επηρεάστηκε από την εκρηκτική άνοδο των θετικών επιστημών και τις νέες δυνατότητες των ανθρώπων. Κατά τον Καρτέσιο, τον 17ο αιώνα διακηρύχθηκε ότι «το σώμα και ο

νους είναι χωριστές οντότητες (δυϊσμός) και το σώμα γίνεται αντιληπτό σαν μια μηχανή με εξαιρετικά σύνθετες λειτουργίες» (Καραδήμας, 2005). Κατά τον Τούντα (2000), οι αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία και την ασθένεια μπορεί να χωριστεί σε πέντε περιόδους: α) τη μεταφυσική/μαγική, β) τη μεταφυσική/θρησκευτική, γ) τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), δ) τη μηχανιστική/θετιστική (επιστημονική) ε) τη σύγχρονη ολιστική, η οποία διαμορφώνεται τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, «η περίοδος που διανύουμε αφορά μια μεταβατική περίοδο όπου κυριαρχεί η αμφισβήτηση της παλαιότερης γνώσης αλλά και η επιφύλαξη απέναντι στην επικείμενη» (Τούντας, 2000).

### 3. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Κατά τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, τα επιτεύγματα στην βιοϊατρική και τη μικροβιολογία εξασθένησαν το κίνημα της κοινωνικής ιατρικής καθώς ασπάστηκαν τον μονοδιάστατο ορισμό της υγείας και της ασθένειας, η οποία βασιζόταν κυρίως σε κλινικά ευρήματα. Βασιζόμενη στον διαχωρισμό σώματος/ψυχής (Καρτεσιανό) και στη μηχανιστική θεωρία της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού, η ιατρική επιστήμη ήταν αρχικά αδύνατο να κατευθυνθεί προς την κλασσική θεραπεία, χρησιμοποιώντας σε μεγαλύτερο ποσοστό την βοήθεια της τεχνολογίας. Κατά αυτό το τρόπο το ανθρώπινο σώμα θεωρήθηκε ως μια μηχανή και η υγεία, ως η απουσία ασθένειας. Η νοσοκομειακή εντούτοις ιατρική δεν μπόρεσε να προσδιορίσει το σώμα ως μια ολοκληρωμένη υπόσταση, σαν μια αλληλεπίδραση ψυχής και σώματος. Επίσης δεν ήταν σε θέση να προσδιορίσει τις επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος καθώς όπως και τις συμπεριφορές εκείνες που αποτελούν ουσιώδη ρόλο στην εμφάνιση και την έκβαση μιας ασθένειας. «Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η κυριαρχία ενός βιοϊατρικού μοντέλου, σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20<sup>ου</sup> αιώνα» (Τούντας, 2000).

Κατά το βιοϊατρικό μοντέλο, ως υγεία αποτελείται ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται η φυσιολογική λειτουργία ενός οργανισμού. Η φυσιολογική λειτουργία προσδιορίζεται κυρίως με τους δείκτες επιδημιολογίας και την βιοστατιστική και εντοπίζουν παθολογικές ανωμαλίες σε σχέση με το υγιές. Το «φυσιολογικό» ή «υγιές» προσδιορίζεται είτε σε αντιδιαστολή με τη νόσο είτε σε σχέση με τις τυπικές αποκλίσεις μετρήσεων βιολογικών μεταβλητών. Αντιθέτως, η ασθένεια αποτελεί την παρεκτροπή από την «φυσιολογική» τροχιά, έχοντας υπόψη τις βιολογικές παραμέτρους, είτε λόγω εμφάνισης εκ γενετής συγκεκριμένων παθολογιών. Η ασθένεια κατά τον (Τούντας, 2000) προσδιορίζεται με βάση τρία κριτήρια της κλασσικής ιατρικής: α) τα υποκειμενικά συμπτώματα του ασθενή, β) τον εντοπισμό μιας κάκωσης/δυσλειτουργίας σπλαχνικού οργάνου, γ) τα συμπτώματα συνολικά τα οποία οδηγούν στην γενική κλινική εικόνα του ασθενή. «Η ιατρογενής προσέγγιση της αρρώστιας εξελίχθηκε σε αντιστοιχία με την πορεία που ακολούθησε ο

προβληματισμός για την υγεία σε όλη την ιστορική διαδρομή του Δυτικού πολιτισμού. Όπως η υγεία ταυτίστηκε με την ομαλή λειτουργία της ανθρώπινης μηχανής, έτσι και η αρρώστια αντιμετωπίστηκε ως μηχανική βλάβη που πρέπει να διορθωθεί» (Τούντας, 2000).

Η προσέγγιση αυτή ασχολείται με την σωματική προσέγγιση της υγείας και απορρίπτει εντελώς την ψυχοκοινωνική προσέγγιση της υγείας. Παρόλα αυτά, η σωματική λειτουργία δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί χωρίς να υπάρχει κάποια εξάρτηση με το εξωτερικό περιβάλλον φυσικό και κοινωνικό. Υπάρχουν επιπλέον ποσοτικές μεταβλητές που είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστούν. Αυτό συμβαίνει διότι η υγεία αποτελεί μια έννοια πολυδιάστατη και θα υποβάθμιζε τη σημαντικότητα του όρου 'υγεία' εάν ο ορισμός της βασιζόταν απλά και μόνο στις στατιστικές αναλύσεις των βιοϊατρικών μεταβλητών όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα, αν ο ορισμός της υγείας εξαντλούνταν μόνο σε ότι μπορεί να προσδιοριστεί βιοϊατρικά και να μετρηθεί, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. «Η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει τα είδη των σχέσεων που δημιουργούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους και μεταξύ τους. Επομένως δε θα πρέπει να ορίζεται χωρίς αναφορές στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει ο κάθε άνθρωπος» σύμφωνα με τον (Τούντας, 2000).

Στη προσπάθεια προσδιορισμού του όρου της υγείας, θα ήταν ωφέλιμο να ληφθεί υπόψη και οι παράγοντες που συντελούν στο να προαχθεί η καλή υγεία όπως για παράδειγμα την ψυχική και κοινωνική ευεξία, η φυσική κατάσταση του ατόμου και οι γνωσιακές λειτουργίες παρατηρώντας αποκλειστικά και μόνο στην κλινική εικόνα και τη συμπτωματολογία που συσχετίζεται με τη νοσηρότητα και τον θάνατο. Οι αντιλήψεις αυτές προέρχονται από τη Γενική Θεωρία των Συστημάτων, σύμφωνα με την οποία « κάθε σύστημα εντάσσεται μέσα σε ένα άλλο σύστημα και κανένα σύστημα δεν είναι απομονωμένο».

Το γεγονός ότι η ιατρική σκέψη μπορεί να κατευθυνθεί σε μια ολιστική προσέγγιση της υγείας αποκαθιστάται η έννοια της αλληλεπίδρασης σώματος με ψυχή, δίνοντας φως στην έρευνα και τη μελέτη ψυχοκοινωνικών διαταραχών τα οποία αποτελούν τη μαστίγα της σύγχρονης εποχής, και ορίζει την δυναμική ισορροπία, θεμελιώδη έννοια του ορισμού της υγείας: «υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις επιδιώξεις του» (Τούντας, 2000).

Η δυναμική ισορροπία κατά μια οικολογική έννοια επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις, να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές και διασφαλίζει την αρμονική σχέση μεταξύ φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Διαταράσσοντας αυτή την αρμονία σύμφωνα με τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995), είναι δυνατό να προκληθεί η

ασθένεια η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα όπως για παράδειγμα σε κυτταρικά, κοινωνικά και συμπεριφορικά.

#### 4. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΥΓΕΙΑ»

Ένας ολοκληρωμένος ορισμός για τη υγεία είναι πιθανά αδύνατον να προσδιοριστεί, παρόλα αυτά είναι εφικτό το να υποδειχθούν διάφορες παράμετροι που συσχετίζονται με τον ορισμό της. Μια κατάσταση ολοκληρωμένης υγείας αντιλαμβάνεται ως η δυναμική ισορροπία μεταξύ των γενετήσιων παραγόντων (φυσιολογία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας), και των περιβαλλοντικών (κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, πολιτισμικές, κλπ). Ο χαρακτηρισμός της ισορροπίας ως δυναμική έχει δοθεί για τον λόγο ότι η υγεία δεν αποτελεί μια σταθερή κατάσταση αλλά μια μεταβαλλόμενη στο πέρασμα του χρόνου. Σε περιπτώσεις που παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές της, παρατηρούνται παράγοντες όπως για παράδειγμα οι προσωπικές ικανότητες ενός ανθρώπου, η υποστήριξη της κοινωνίας και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, να είναι επαρκείς ώστε να έρθει η κατάσταση εκ νέου σε μία ισορροπία. Δυστυχώς όμως οι παράγοντες αυτοί δεν είναι πάντα στη διάθεση των ανθρώπων με αποτέλεσμα ο βαθμός υγείας ενός ατόμου ή περισσότερων να μη μπορεί να προσδιοριστεί για μακροχρόνιο διάστημα παρά μόνο για το βραχυπρόθεσμο μέλλον. Η υγεία δεν σημαίνει απόλυτα έλλειψη ασθένειας αν ληφθούν υπόψη έννοιες όπως είναι η ευεξία κ η ποιότητα ζωής. Για να προσδιορίσουμε τις έννοιες αυτές είναι σημαντικό να κατανοήσουμε σε βάθος την αλληλεπίδραση μεταξύ των βιολογικών, ψυχικών, και κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων που λαμβάνουν δράση σε κάθε συγκεκριμένη στιγμή. «Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο», σύμφωνα με τον (Σαρρή, 2001). «Η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού πληρότητας, όπως αυτή τη κατανοεί και τη προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητες του, καθώς ανάλογα και με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες» (Καραδήμας,2005). Διαπιστώνουμε ότι η έννοια της υγείας μπορεί να έχει πολλαπλούς ορισμούς. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «η υγεία μπορεί να οριστεί ως μια απουσία συμπτωμάτων ή νόσου, ως σωματική ικανότητα , ως ικανότητα άσκησης ρόλων» ή ως μια «θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας» (Σαρρή, 2001) Οι διαφορετικές προσεγγίσεις σύμφωνα με τον (Σαρρή, 2001) «συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν τις κοινωνικές και ατομικές παραστάσεις των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και όχι αποκλειστικά τις μεταβλητές αυτές αυτούσιες, καθώς και τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους.

## **5. 'ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με το (Konacs, 1998), η υγεία και η ασθένεια βρίσκουν έκφραση στην αλληλεπίδραση του ατόμου με τη κοινωνία. Η ασθένεια μπορεί να διαταράξει εκτός από τη βιολογική ισορροπία ενός ανθρώπου και την λειτουργία του μέσα σε μια κοινωνία. Εν τούτοις, το γεγονός ότι η έννοια του 'φυσιολογικού' μπορεί να επηρεαστεί από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δρώμενα, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί. Στους δυτικούς πολιτισμούς η εργασία και η παραγωγικότητα αποτελούν τους κυρίαρχους παράγοντες με αποτέλεσμα το υγιές και παθολογικό να έχουν προσδιορισθεί κατά ένα μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του ατόμου για εργασία ή όχι. Συγκεκριμένα, λόγο του ότι στο παρελθόν η εργασία αφορούσε περισσότερο τη χειρωνακτική, ο προσδιορισμός του βαθμού της παθολογίας είχε ταυτιστεί με τη μυϊκή αδυναμία. Σύμφωνα με τον (Τούντας, 2000), «οι περισσότερες πνευματικές ή ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν ως παθολογικές τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, όταν η εργασία στους δυτικούς πολιτισμούς ήταν περισσότερο νοητική από χειρωνακτική».

## **6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Είναι γνωστό ότι υπάρχει στενή σχέση της υγείας με την οικονομία. Η αντιστοιχία της οικονομίας μιας χώρας με την υγεία του πληθυσμού της είναι άμεση, σε παγκόσμιο επίπεδο, και έχει αναφερθεί ότι στα 2/3 της διαφοράς στους δείκτες υγείας που εμφανίζονται από χώρα σε χώρα οφείλεται σε οικονομικούς παράγοντες. Αυξημένο εισόδημα αυξάνει και τη ποιότητα της υγείας ενός ατόμου αφού δίνεται η δυνατότητα για ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, επάρκεια τροφής καθώς επίσης και για άλλα υλικά αγαθά και κοινωνικές υπηρεσίες. Το υψηλό εισόδημα αυξάνει τους οικονομικούς πόρους που είναι αναγκαίοι για την πρόληψη των ασθενειών, την περίθαλψη και γενικότερα τις κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες. Αντιστρόφως, η υγεία προσδιορίζει το επίπεδο του εισοδήματος. Σύμφωνα με (Τούντας, 2001), «ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός, και αυτό συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας».

## **7. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι διάφοροι πολιτισμοί σύμφωνα με το (Σαρρής, 2001) επιλέγουν μεταξύ των δυνατοτήτων του τους παρέχονται από την εποχή, τις αξίες, το περιβάλλον, τους κανόνες και τα είδη των γνώσεων που τους είναι απαραίτητα για να κατανοήσουν, να θεραπεύσουν, να διαφυλάξουν την υγεία και να την προάγουν. Μία ασθένεια μπορεί να χαρακτηριστεί ως βλάβη ή ως χάρισμα ανάλογα με την επίδραση του εκάστοτε πολιτισμού, τιμωρία, αμαρτία αλλά και επιβράβευση. Ο Πλάτων αναφέρει ότι «η αρρώστια προκαλείται από το πολιτισμό και όσο ο άνθρωπος ζούσε στη φύση ήταν υγιής και δεν είχε ανάγκη για ιατρική φροντίδα καθώς επίσης η «υπερβολική, εξειδικευμένη διατροφή και η

μαλθακότητα αποτελούν τις βασικές αιτίες νοσηρότητας». Την αντίληψη αυτή υιοθέτησε και ο Πλούταρχος και τον 1<sup>ο</sup> αιώνα μΧ. στη Ρώμη ο Κέλσος, υποστήριξε ότι «στην εποχή του Ομήρου η υγεία των ανθρώπων ήταν γενικά καλή εξαιτίας των υγιεινών συνθηκών που δεν είχαν ακόμα διαφθαρεί ούτε από τη νωθρότητα ούτε από τη πολυτέλεια του πολιτισμού. Ο ορισμός της υγείας διευρύνθηκε όταν δόθηκαν ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις σημειώνοντας σημαντική πρόοδο. Η διεύρυνση αυτή κατά τον (Saracci,1997) ως προς την εννοιολογική σημασία της υγείας μπέρδενε τα πράγματα περισσότερο από το να απλοποιήσει. Μια κατάσταση πλήρους διανοητικής, σωματικής, κοινωνικής υγείας συνάδει περισσότερο με την ευτυχία παρά με τη φυσική υγεία, καθώς η ευτυχία αποτελεί υποκειμενικό αγαθό για τον κάθε άνθρωπο. Οι (Lawet et al, 2007) θεωρούν ότι «είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί η εξελικτική βιολογία για μια επιστημονική περιγραφή της βιολογικής λειτουργίας», ενώ ο (Schramme, 2007) αναφέρει ότι η ασθένεια αποτελεί «την ανικανότητα εκτέλεσης φυσιολογικών λειτουργιών με μια σχετική αποδοτικότητα». Σύμφωνα με τους (Hammonet et al,2001) ως υγεία ορίζεται «η ισορροπία που περιγράφει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του περιβάλλοντος του, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη». Σε αντίθεση ο (Mordacci,1995) υποστήριξε ότι «η έννοια της υγείας εισαγάγει μία φαινομενολογική θεώρηση, έχοντας μια λογική προτεραιότητα έναντι της ασθένειας η οποία είναι περισσότερο μια εμπειρία». Κατά τον (Schramme, 2007), «ο Nordenfelt ανέφερε ότι το άτομο είναι απόλυτα υγιές αν έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει υπόψη τις εκάστοτε περιστάσεις και να επιτυγχάνει όλους τους στόχους ζωτικής σημασίας». Εντοπίζοντας ότι υπάρχουν αρκετές αντίθετες απόψεις σχετικά με το ότι μια μόνο αρνητική περιγραφή της υγείας έχει καταγραφεί καθορίζοντας τη ως απουσία της ασθένειας η θεωρία του Nordenfelt είναι ολιστική επειδή εμπεριέχει τα προσωπικά βιώματα των ατόμων. (Konacs, 1998). Ο (Talged et al, 2004) θεώρησε ότι παρατηρήθηκε μια ταύτιση στη θεώρηση ότι η υγεία είναι η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν οι απαιτήσεις της ζωής και η δυνατότητα να εκτελεστούν οι βασικές λειτουργίες, ενώ, σύμφωνα με τον Nordenfelt 2007 η ολιστική αντίληψη της υγείας δεν διαφοροποιείται μόνο ως το φιλοσοφικό της περιεχόμενο αλλά έχει και άμεσες πρακτικές συνέπειες ως προς τον χαρακτήρα και προσανατολισμό της ιατρικής. Ο (Khushf, 2007) αναφέρει ότι εφόσον η ασθένεια αποτελεί διαταραχή της ανθρώπινης ισορροπίας η αντιμετώπιση της δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στη σωματική και ψυχική μεταβλητή. Οφείλεται να περιλαμβάνονται πρακτικές που να μπορούν να αντιμετωπίσουν και τις τρεις διαστάσεις (σωματική, ψυχική, κοινωνική) και τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Εν κατά κλειδί, η υγεία του ανθρώπου ή του πληθυσμού εξαρτάται από βιολογικούς παράγοντες στο 20% από το φυσικοκοινωνικό περιβάλλον στο 30%, από τις υπηρεσίες υγείας στο 20% και από την ανθρώπινη συμπεριφορά στο 20%. Η κατανόηση της επίδρασης των παραμέτρων αυτών και του τρόπου αλληλεπίδρασης τους σύμφωνα με τον

(Τούντας,2000) είναι δυνατόν να βοηθήσουν στην κατανόηση και ερμηνεία του φαινομένου της υγείας και της ασθένειας.

## **8. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

Το επίπεδο υγείας όπως είναι το ίδιο αντιληπτό από τον άνθρωπο εκτός του ότι βασίζεται στην πραγματική κατάσταση της υγείας του, δεν σημαίνει αυτό απαραίτητα ότι συμβαδίζει και με αυτήν. Η υγεία, η ευημερία αλλά και οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις σχετικά με το επίπεδο της υγείας διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο και παίζει σημαντικό ρόλο η κουλτούρα του ανθρώπου καθώς επίσης ο πολιτισμός, οι αντιλήψεις, ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τις πληροφορίες και τα γενικότερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Η αντίληψη του ανθρώπου σχετικά με την υγεία του δεν βρίσκεται παράλληλα πάντοτε με το κοινωνικό επίπεδο και το πραγματικό επίπεδο της υγείας του όπως έχει αυτό αξιολογηθεί (Sadana et al,2000). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα σε περιπτώσεις ψυχικών ασθενειών όπου για τους λόγους αποφυγής κοινωνικού στιγματισμού οι ασθενείς που πολλές φορές αποκρύπτουν τη διαταραχή τους. Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της πραγματικής υγείας του ανθρώπου όπως αυτή αξιολογείται από την κλινική εξέταση σε σχέση με το πώς αντιλαμβάνεται την υγεία ο καθένας για τον εαυτό του. σύμφωνα με τον (Erikson et al, 2001), η αντίληψη του ίδιου του ασθενή σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας του μπορεί να λειτουργήσει ως σημαντικός δείκτης της μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας του, ενώ σύμφωνα με τον (Idler et al,1997), το επίπεδο της υγείας ενός ασθενούς όπως αυτό προσδιορίζεται από την κλινική αξιολόγηση παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τη θνησιμότητα, ανεξάρτητα από παράγοντες κινδύνου οι οποίοι έχουν να κάνουν με το ιστορικό του ασθενούς και το πρότυπο ζωής του το οποίο ακολουθεί ενώ οι (Idler et al 1991) αναφέρουν ότι, οι κοινωνικές και οικονομικές και οι ψυχολογικές μεταβλητές μπορούν να φανούν επιβλαβείς συνήθειες για την υγεία και αντικατοπτρίζονται στον τρόπο ζωής του ασθενούς και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί το επίπεδο της υγείας του. Η χαμηλή συσχέτιση του επιπέδου υγείας με τη χρησιμότητα ενός ασθενούς δεν παρατηρείται μόνο στους ηλικιωμένους αλλά και σε νέους και σε αυτή την περίπτωση το ιατρικό ιστορικό αλλά και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να έχει χαμηλό βαθμό σύμφωνα με τον (Heistaro et al,2001).

Παρά το ότι η αυτοαξιολόγηση της υγείας είναι χρήσιμη για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας ενός ανθρώπου, υπάρχουν ενστάσεις σχετικά με την αξιοπιστία της μεθόδου αυτής. Ωστόσο, η υποκειμενική άποψη του ασθενούς για την υγεία του όπως αποτυπώνεται με τη βοήθεια



ερωτηματολογίων, φαίνεται να επιδρά θετικά στην καταγραφή του ιατρικού ιστορικού (LaRue et al, 1979; Unden&Elofsson, 2001).

Η έννοια της υγείας μπορεί να είναι πολυδιάστατη εφόσον οι άνθρωποι δεν μπορούν να αποδώσουν το ίδιο νόημα στον όρο 'καλή υγεία' και είναι λογικό να υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες, ειδικότερα ανάμεσα στα δύο φύλα, όπου οι γυναίκες αναφέρουν ως κακή υγεία περισσότερο την παρουσία οξέων συμπτωμάτων του πόνου σύμφωνα με τον (Heistaro et al, 2001), συνδυαστικά με την έλλειψη ψυχοκοινωνικής ευεξίας, ενώ οι άντρες την ταυτίζουν με την έλλειψη ή την αδυναμία φυσικής δραστηριότητας και ικανότητας σύμφωνα με τους (Unden&Elofsson, 2001). Στις μελέτες αυτοαξιολόγησης το ακριβές αντικείμενο αυτοαξιολόγησης αποτελεί το ερευνητικό ερώτημα, καθώς επίσης και ποιοι είναι οι παράγοντες ενδογενείς και εξωγενείς οι οποίοι έχουν ληφθεί υπόψη κατά την αξιολόγηση αυτή. Επομένως, σύμφωνα με τους (Fylkesnes&Forde, 1991), τη σημαντικότερη στην εκτίμηση της υγείας του ατόμου επιρροή ασκεί η ύπαρξη ή όχι μακροχρόνιων ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι συμμετέχοντες σε έρευνα βαθμολόγησαν το επίπεδο της υγείας τους με βάση τη λειτουργικότητα τους τις συνήθειές τους και τον γενικότερο τρόπο ζωής τους ή αναφέρουν ότι οι διαφορές στο επίπεδο αυτοαξιολόγησης διαφορά αποτελεί εκτός από το φύλο και η ηλικιακή ομάδα (Krause& Jay,1994). Για παράδειγμα, οι νεότεροι αξιολογούν την υγεία με βάση τη φυσική τους κατάσταση, ενώ τα άτομα μέσης ηλικίας με βάση την ψυχική τους κατάσταση. Η τρίτη ηλικία αυτοαξιολογείται με κύριο γνώμονα την ύπαρξη ή όχι χρόνιας ασθένειας. (Jylhaetal, 1986).

Επιπροσθέτως, η συνύπαρξη με ασθενικά άτομα στο ευρύτερο συγγενικό κοντινό περιβάλλον έχει αρνητική επίδραση στον τρόπο με τον οποίο αυτοαξιολογείται ένα άτομο ως προς την υγεία του. Η θρησκεία είναι ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί και αντιλαμβάνεται την ασθένεια του και ταυτόχρονα συνήθειες εξάρτησης όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα είναι δυνατόν να επηρεάζουν τον τρόπο αυτοαξιολόγησης. Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται το επίπεδο της υγείας ο κάθε άνθρωπος όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό ενώ πρόσφατη έρευνα έδειξε σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με κοινή ερευνητική μεθοδολογία, ότι στο 53% των Δανών βρέθηκε να έχει προσδιορισθεί η υγεία των πολιτών ως 'πολύ καλή' ενώ στον πληθυσμό των Πορτογάλων ο ίδιος ο χαρακτηρισμός αποτελούσε μόνο το 8% (Eurostat, 1997). Τυπικές αποκλίσεις σε ποσοτικές έρευνες έχουν δείξει ότι, η προτίμηση στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων καταγράφονται τιμές κεντρικότερες σε σχέση με τις ακραίες θετικές και αρνητικές. (Sadanaetal, 2000).

## **9. Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο μέσος όρος προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα το 2015 καταγράφηκε στα 81,1 χρόνια με τη διαφορά στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στα δύο φύλα να ήταν αξιοσημείωτη με τις γυναίκες να έχουν αυξημένη βιωσιμότητα κατά 5 έτη έναντι των ανδρών. Επίσης, σημαντική διαφορά στο προσδόκιμο ζωής έδειξε να υφίσταται μεταξύ ατόμων με υψηλό μορφωτικό χαμηλό επίπεδο κατά 4 έτη. Σύμφωνα με το μέσο όρο βιωσιμότητας στο προσδόκιμο ζωής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η μέση Ελληνίδα γυναίκα μπορεί να θέσει προσδόκιμο ζωής συν 21,3 έτη εάν και εφόσον ακολουθηθεί ένας υγιής τρόπος ζωής. Παρόλα αυτά, το 1/3 των γυναικών αυτών θα μπορεί να ζει χωρίς την παρουσία κάποιας αναπηρίας. Στους άντρες το ποσοστό προσδοκώμενης βιωσιμότητας αφορά συν 18,5 έτη συνυπολογίζοντας τον παράγοντα του 'ευ ζην'.

## **10. ΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα επιμένουν να βρίσκονται στην πρώτη θέση στις αιτίες θανάτου παρά το γεγονός ότι το ποσοστό θνησιμότητας από το 2000 και μετά έχει μειωθεί κατά 14% με τις γυναίκες να κατέχουν τα δύο πέμπτα των θανάτων και τους άντρες το ένα τρίτο. Στις συγκεκριμένες ασθένειες συγκαταλέγονται τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα καρδιακά νοσήματα ευρέως φάσματος ενώ την δεύτερη θέση στις βασικές αιτίες θανάτου περιλαμβάνεται ο καρκίνος, ο οποίος σημείωσε 20% θνησιμότητα στις γυναίκες και 30% στους άντρες για τις χρονικές περιόδους (2000-2014). Συγκεκριμένα, στοχοποιείται ο καρκίνος του πνεύμονα με ποσοστό πενταπλάσιο στους άντρες έναντι των γυναικών, οι οποίες έχουν σημειώσει αύξηση κατά 27% στο ποσοστό θνησιμότητας από το 2000 έως το 2014. Αμέσως επόμενος τύπος καρκίνου με ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια αφορά στον καρκίνο του παγκρέατος κατά 55%, του παχέως εντέρου κατά 51% ,τον καρκίνο του προστάτη κατά 35% και τον καρκίνο του μαστού κατά 25%.Αξιοσημείωτη αύξηση στο ποσοστό θνησιμότητας σημειώθηκε κατόπιν οικονομικής κρίσεως στην Ευρώπη, με αίτιο την αυτοκτονία για τα έτη 2000 με 2008 και 2009 έως 2014, από 362 σε 475 θανάτους. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα υπήρξε σημαντική μείωση στο ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων κατά 38% μετά το 2009, κατέχοντας ένα ποσοστό από τα υψηλότερα ανάμεσα στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΟΟΣΑ 2017).

## **11. ΟΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Οι ασθένειες αυτές οι οποίες αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην στάθμιση της επιβάρυνσης που μπορεί να επιφέρει μια ασθένεια στο πέρασμα των χρόνων, αποτελούν τις ισχαιμικές καρδιοπάθειες οι οποίες ακολουθούνται από τις μυοσκελετικές διαταραχές όπως για

παράδειγμα είναι η οσφυαλγία και η αυχεναλγία. Η νόσος του Αλτσχάιμερ και της άνοιας γεροντικής και νεανικής, έχουν σημειώσει αξιολογη άνοδο από το 2000 και μετά, επηρεάζοντας άμεσα την ποιότητα ζωής και το ποσοστό θνησιμότητας των ανθρώπων σε ποσοστό 50% (ΟΟΣΑ 2017). Μετά από έρευνα του Ινστιτούτου Ευρωπαϊκής έρευνας για την υγεία, ένας στους πέντε πολίτες στην Ελλάδα πάσχει από υπέρταση, καθώς ένας στους δέκα πάσχουν από διαβήτη. Περίπου ένας στους 20 ασθενείς υποφέρουν από άσθμα ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης ή εγγραμματοσύνης από πλευράς ασθενών έδειξε να παίζει σημαντικό ρόλο στον επιπολασμό των χρόνιων αυτών νοσημάτων. Ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ως προς την πάθηση τους σε σχέση με άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης ως προς την πάθηση τους, φαίνεται να πάσχουν λιγότερο από κάποια χρόνια ασθένεια περιλαμβανομένης και της χρόνιας κατάθλιψης. Έως τώρα, υψηλό επιπολασμό στις μολύνσεις, εκτός από τον covid-19, δείχνουν να εμφανίζουν και η Ηπατίτιδα Β και C. Στην Ελλάδα το 74% του πληθυσμού έχει καταγράψει ότι διαθέτει καλή υγεία, ποσοστό το οποίο βρίσκεται σε υψηλή θέση σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χαμηλότερο όμως συγκριτικά με τα προηγούμενα δέκα έτη (ΟΟΣΑ&European Observatory on Health Systems and Policies,2017).

## 12. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η διατροφή και κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ελλαδικού πληθυσμού, αδιαμφισβήτητα. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας επιβαρυντικές ασθένειες στην Ελλάδα έως το 2015 έχουν καταγραφεί σε ποσοστό αύξησης 30% σε σχέση με τα προηγούμενα έτη και βασίζονται σε ασθένειες συνδεδεμένες με κακές συνήθειες, όπως είναι η διατροφή, το αλκοόλ, το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 2008 το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη δημόσια υγεία ασχολήθηκε με αυτούς τους τομείς σε θεωρητικό πλαίσιο αλλά ποτέ σε πρακτικό. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει μεταβάλει τα ποσοστά της φτώχειας και της ανεργίας, γεγονός που έχει δημιουργήσει μεγάλη πίεση στον προϋπολογισμό των νοικοκυριών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντανακλάται αρνητικά στη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στις καταχρήσεις (Φιλιππίδης 2017). Ένας στους τέσσερις ενήλικες φαίνεται να καπνίζει καθημερινά φέρνοντας την Ελλάδα στη δεύτερη θέση με υψηλό ποσοστό ανάμεσα στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αρκετά υψηλό σε σχέση με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (21%). Αξίζει να σημειωθεί και σε αυτό το σημείο, ότι τα ποσοστά του καπνίσματος με το πέρασμα των ετών αρχίζουν να μειώνονται, εξακολουθεί ωστόσο να υπάρχει διαφορά στο ποσοστό μεταξύ καπνιστών ως προς τα δύο φύλα, σημειώνοντας 34% οι άντρες έναντι των γυναικών στο 21%. Δυστυχώς, έχει

καταγραφεί και ποσοστό 16% που αφορά ανήλικα αγόρια δηλαδή 1 στα 6 και ποσοστό 13% σε ανήλικα κορίτσια, δηλαδή 1 στα 8.

Σήμερα, η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους δεν έχει δείξει να εμφανίζει αξιόλογα ποσοστά στη μείωση των καπνιστών. Από την άλλη πλευρά, η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα φαίνεται να σημείωσε χαμηλό ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2014 θέτοντας την στην 5η θέση. Μία άλλη κατηγορία συνηθειών εξάρτησης που οδηγούν σε ασθένεια όπως η κακή διατροφή η οποία ευθύνεται μαζί με την έλλειψη φυσικής άσκησης, η παχυσαρκία, το 2014 σημείωσε ποσοστό 17% στην Ελλάδα, δηλαδή ένας στους έξι ενήλικες έπασχε από παχυσαρκία. Επίσης, καταγράφηκε ότι άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης κατώτερη της δευτεροβάθμιας, εμφάνισαν διπλάσιες σχεδόν πιθανότητες να πάσχουν από παχυσαρκία σε σχέση με άτομα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 22% έναντι του ποσοστού 13% .

Συνοψίζοντας, το 2013 έως το 2014 η Ελλάδα κατείχε την δεύτερη υψηλότερη θέση ανάμεσα στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ακολουθούμενη από τη Μάλτα, στις καταγραφές παιδικής παχυσαρκίας, γεγονός που σημαίνει ότι 1 στους τέσσερις εφήβους γύρω στα 15 έτη ήταν παχύσαρκος ,με μεγαλύτερο ποσοστό να εμφανίζουν τα αγόρια σε 32% έναντι των κοριτσιών 16% (ΟΟΣΑ&European Observatory on Health Systems and Policies,2017).

### **13. Η ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΥΘΗΣΜΟΥ**

Βασικοί παράγοντες αυτοαξιολόγησης της υγείας των Ελλήνων αποτελούν το φύλο, η ηλικία, ο τόπος κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η ύπαρξη ή όχι ασφάλισης για Πρωτοβάθμια περίθαλψη, η ύπαρξη ασφάλισης ή όχι για Δευτεροβάθμια περίθαλψη, σύμφωνα με τους (Sweeting et al,1999). Οι γυναίκες εκφράζουν εντονότερα τα συμπτώματα ασθένειας σε σχέση με τους άντρες και συγκεκριμένα οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν καταγράψει χαμηλότερα ποσοστά ποιότητα ζωής σε σχέση με τους ηλικιωμένους άντρες. Οι οικονομικές ανισότητες έχουν δείξει στατιστικές διαφορές μεταξύ το πώς αντιλαμβάνονται την υγεία τους τα άτομα και παρατηρείται ότι άτομα με υψηλά εισοδήματα καταγραφούν περισσότερο τιμές συσχετιζόμενες με την ‘καλή υγεία’ ακολουθούμενοι από τους ανθρώπους εκείνους με τα μεσαία εισοδήματα. Τα άτομα με τα χαμηλά εισοδήματα καταγραφούν τις περισσότερες τιμές που περιγράφουν την ‘κακή ποιότητα ζωής’ , ενώ σημαντικές είναι και οι διαφορές που έχουν εντοπιστεί στο πώς αντιλαμβάνονται και αξιολογούν την υγεία τους άτομα με ασφάλιση για Πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα χωρίς Πρωτοβάθμια ασφάλιση κατοικούν εκτός του κέντρου της Αττικής, σε ποσοστό 23,6% και στην περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας σε ποσοστό 22,2%. Στη Δυτική Ελλάδα τα άτομα αυτά, καταγράφουν ποσοστό 21,9% ενώ υψηλά

ποσοστά στο 20,6% ανασφάλιστων έχουν εντοπιστεί στην περιφέρεια της Πελοποννήσου. Η περιγραφή των ατόμων αυτών ως προς την υγεία τους αναφέρεται ως κακή και πολύ κακή. Το 57,8% ανασφάλιστων συνολικά κατά την Ελλάδα αφορά άντρες ενώ 42,2% γυναίκες και το ποσοστό των αντρών ανασφάλιστων για Πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 1.000 ευρώ. Ηλικιακές ομάδες ανασφάλιστων κυμαίνονται από 31 έτη έως 45 και 46 έως 60, ενώ μόνο ένα 2,3% αφορά άτομα πάνω από 75 ετών. Ανασφάλιστοι για την Πρωτοβάθμια υγεία φαίνεται να αφορούν σε άτομα που έχουν συμπληρώσει μέχρι έξι έτη εκπαίδευσης, ενώ λιγότερη εμφανίζεται σε όσους έχουν συμπληρώσει από έξι έως δώδεκα έτη εκπαίδευσης. Επιπλέον, εμφανίζεται πολύ μικρό ποσοστό 10,1% σε εκείνους με περισσότερα από 13 έτη εκπαίδευσης ενώ άτομα τα οποία δεν διαθέτουν Δευτεροβάθμια ασφάλιση είναι εκείνα που δεν διαθέτουν ούτε Πρωτοβάθμια. Σε ποσοστό 55% σύμφωνα με αποτελέσματα διεθνών μελετών αναφέρεται χαρακτηριστικά, ότι όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη υποκειμενικότητα στην αξιολόγηση εμφανίζεται να πραγματοποιείται και από τα δύο φύλα (Heistaro et al,2001). Γενικότερα έχει παρατηρηθεί, ότι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες έχουν πιο ξεκάθαρη αντίληψη σχετικά με την αυτοαξιολόγηση της υγείας σε σχέση με τα γηραιότερα (Sadana et al,2000).

#### **14. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται η διαπίστωση ότι, στον ελλαδικό χώρο τα άτομα αυτοαξιολογούν την υγεία τους ως καλή και πολύ καλή και η διαπίστωση αυτή φαίνεται να συμφωνεί απόλυτα με πρόσφατη έρευνα της (eurostat,2017), όπου καταγράφηκε ποσοστό των Ελλήνων στο 70,2% να αξιολογεί την υγεία του πολύ καλή. Ταυτόχρονα η διαπίστωση αυτή επαληθεύεται από το γεγονός ότι οι δείκτες υγείας όπως έχουν προκύψει από καταγραφές του (ΟΑΣΑ 2017), οι Έλληνες στο 80% έχουν περιγράψει την κατάσταση της υγείας τους πολύ καλή ή καλή. Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε επίσης, ότι εφόσον δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορετικότητα με το πώς κατανέμεται η αντίληψη της αυτοαξιολόγησης της υγείας μεταξύ των κατοίκων διαφορετικών γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας μας, όπως επίσης και ανεξαρτήτου φύλου. Δεν μπορεί ωστόσο, να αμφισβητηθεί το γεγονός ότι όσο υψηλό είναι το εισόδημα ενός νοικοκυριού, τόσο μεγαλύτερη είναι η δυνατότητα διασφάλισης παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συνεπώς, επικρατεί καλύτερη το αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας καθώς επίσης, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το άτομο την ποιότητα της υγείας του, σημειώνοντας μεγαλύτερα ποσοστά καλύτερες ποιότητας υγείας ανάμεσα σε άτομα με μακρόχρονη εκπαίδευση, σε σχέση με τα άτομα βραχύχρονης εκπαίδευσης.

## **2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Για να μπορέσουμε να ερευνήσουμε με απόλυτη αντικειμενικότητα κατά πόσον η ενδυνάμωση του ασθενή μπορεί να συνεισφέρει στη λειτουργικότητα μιας μονάδας υγείας, θα εμβαθύνουμε σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις μονάδες υγείας αυτές, καθώς επίσης και στον τρόπο και τις μορφές διαχείρισής τους. Οι όροι ‘σύστημα υγείας’ και ‘ενδυνάμωση’ είναι εκείνοι με τους οποίους θα ασχοληθούμε σε αυτό το κεφάλαιο. Ο στόχος μας είναι να βγουν στην επιφάνεια οι διαφορετικές πτυχές που περιβάλλουν τους όρους αυτούς καθώς επίσης και τους παράγοντες που τους προσδιορίζουν, κάνοντας μία διερεύνηση στα συστήματα υγείας και στις υπηρεσίες αυτές. Μπορούμε να εντοπίσουμε τις παραμέτρους που πραγματεύονται γύρω από την ενδυνάμωση από πλευράς ασθενή αλλά και παρόχου υπηρεσιών υγείας ενώ το κύριο ερώτημα που τίθεται αφορά στο εάν ένας ενδυναμωμένος ασθενής αλλά και επαγγελματίες υγείας είναι ικανοί να βελτιώσουν τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας και με ποιους τρόπους.

### **2. Η ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας όπως ορίζονται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα που μπορεί και συνδυάζει στοιχεία από τα υπόλοιπα συστήματα υγείας ,ενσωματώνοντας πτυχές από διαφορετικά οργανωτικά πρότυπα. Η ποικιλομορφία στα υποσυστήματα και οργανωτικά μοντέλα συνδυαστικά με την έλλειψη μηχανισμού συντονισμού, οδηγούν σε κατάτμηση και αλληλοεπικάλυψη στις παροχές υγείας και είναι δυνατόν να επιφέρει σημαντικές δυσκολίες στο πώς διαχειρίζονται τις διοικήσεις τους οι Μονάδες υγείας. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και στον επιχειρησιακό σχεδιασμό της εκάστοτε μονάδας υγείας, γεγονός το οποίο μπορεί να επηρεάσει και το πώς εφαρμόζονται οι πολιτικές στην υπηρεσίες αυτές. Εκτός από την ύπαρξη διαφορετικών προτύπων οργάνωσης τα οποία έχουν δημόσιο χαρακτήρα στο σύστημα υγείας, το ελληνικό ενσωματώνει σε υπολογίσιμο βαθμό χαρακτηριστικά και από τον ιδιωτικό τομέα. Το 1983 λίγο πριν θεσμοθετηθεί το ΕΣΥ, οι παροχές φροντίδας υγείας ακολουθούσαν ένα πρότυπο υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Σήμερα, τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν βασικό ρόλο στην παροχή και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ειδικότερα σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια υγεία. Τα υποδείγματα που ακολουθούνται μέχρι και σήμερα είναι δύο, όπου στο πρώτο ανήκουν τα ασφαλιστικά ταμεία με τις δικές τους δομές ιατρικής φροντίδας, καλύπτοντας τις ανάγκες των

ασθενών σε βαθμό Πρωτοβάθμιας υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνταν τότε στις υπηρεσίες αυτές, αμείβονταν με μισθό. Στο δεύτερο υπόδειγμα συμπεριλαμβανόταν ταμεία τα οποία δεν διέθεταν αποκλειστικά δομές ιατρικής περίθαλψης. Αυτό που συνέβαινε ήταν ότι συνάπτονταν συμβάσεις με διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν κατά πράξη και περίπτωση από δημόσιο φορέα υπηρεσιών υγείας, σε τιμές όπως έχουν συμφωνηθεί πάντοτε μετά την έγκριση του Υπουργείου Υγείας του Υπουργείου Εργασίας και του Υπουργείου Οικονομικών. Στο παρελθόν παραλλαγή αυτού του τύπου παροχής υγείας, ήταν ότι στις περιπτώσεις όπου τα ασφαλισμένα πρόσωπα διέθεταν την δυνατότητα να επισκέπτονται οποιονδήποτε γιατρό ή επαγγελματία υγείας προτιμούσαν εκείνοι και να τον πληρώσουν με βάση τις τιμές της αγοράς και, εν συνεχεία επιστρεφόταν στον ασφαλισμένο ένα ποσό που είχε καταβάλει, σε ποσοστό το οποίο είχε συμφωνηθεί σύμφωνα με τα προαναφερθέντα Υπουργεία. Σήμερα, έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες μεταρρυθμίσεις, ενσωματώνοντας την μέθοδο της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των παροχών υγείας, σύμφωνα με τα κλιμάκια περιθαλπομένων δικαιούχων για φροντίδα. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, περιλάμβανε μεγάλο φάσμα ασφαλιστικών σχημάτων και μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών ταμείων τα οποία υποπεύονταν από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Εντούτοις, υπήρχαν 30 ασφαλιστικοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, διαφορετικοί μεταξύ τους όπου τα περισσότεροι από αυτούς ήταν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ελεγχόμενοι από το κράτος.

Γενικότερα τα συστήματα υγείας αποτελούνται από έναν αριθμό υγειονομικών μονάδων παραγωγικότητας όπου ο βασικός στόχος είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αναλυτικότερα, σύστημα υγείας θα ορίζαμε το σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης (Levy,1975). Τα συστήματα υγείας υιοθετούν κανόνες όπως έχουν θεσμοθετηθεί από τις εκάστοτε κυβερνήσεις, έχοντας σαν στόχο να προάγεται το δικαίωμα στην υγεία, για όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες της. Σύμφωνα με τον (Levy,1975), ένα σύστημα υγείας χωρίζεται σε τρία επίπεδα: το πρώτο αφορά το γενικότερο επίπεδο της υγείας των πολιτών, το δεύτερο την παραγωγή των υπηρεσιών υγείας και το τρίτο τους μηχανισμούς που είναι απαραίτητοι για να καλυφθούν οι οικονομικές δαπάνες για τις υπηρεσίες αυτές. Το επίπεδο της ποιότητας της υγείας πολιτών αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα στο πως θα σχεδιαστεί ολόκληρος ο υγειονομικός τομέας και οι μεταβλητές που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη αποτελούν: πρώτον, τον δείκτη γήρανσης των πολιτών, δεύτερον το προσδόκιμο επιβίωσης, τρίτον τη θνησιμότητα, τέταρτον τη πρόωμη θνησιμότητα και τέλος τα μεταναστευτικά ρεύματα.

### **3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελείται από μία συνδυαστική παροχή πόρων δημόσια και ιδιωτική. Η χρηματοδότηση από τον δημόσιο φορέα προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και την φορολόγηση των πολιτών ενώ την κύρια πηγή εσόδων για το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων και των εισφορών από το κράτος προς τους δημοσίους υπαλλήλους. Μέσω της έμμεσης αλλά και της άμεσης φορολογίας και τον κρατικό προϋπολογισμό, χρηματοδοτείται το ΕΣΥ, παρέχοντας επείγουσα προνοσοκομειακή, νοσοκομειακή και Πρωτοβάθμια φροντίδα, παρέχοντας αγροτικά ιατρεία, Κέντρα Υγείας και δημόσια νοσοκομεία. Αλλαγές όπως δρομολογήθηκαν, αφορούν στην εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων ΚΕΝ, σύμφωνα με το πρότυπο ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών. Οι γιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας ως πλήρους και αποκλειστικής, είναι μισθωτοί και απαγορεύεται να ασκείται ιδιωτική πρακτική. Στον ιδιωτικό τομέα συγκαταλέγονται τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία, κλινικές και διαγνωστικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας κ.ο.κ., τα οποία απασχολούν ιδιώτες επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πληρώνονται άμεσα από τους ασθενείς και σε ένα μικρό ποσοστό από το ασφαλιστικό ταμείο, επί το πλείστον είναι ο ΕΟΠΥΥ. Όπως έχει προαναφερθεί, μεγάλο πλήθος επαγγελματιών ιδιωτών υγείας συνάπτει συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία προκειμένου να παρέχεται Πρωτοβάθμια υγεία στους πολίτες, οι οποίοι επαγγελματίες πληρώνονται κατά πράξη και Κατά περίπτωση σε τιμές όπως έχουν προσυμφωνηθεί. Την τρίτη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι ιδιωτικές δαπάνες του Ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο και είναι ποικιλόμορφο. Καταβάλλοντας άμεσες πληρωμές για παροχές υπηρεσιών υγείας που δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση, είτε καλύπτει ένα μέρος από αυτές και οι πολίτες πληρώνουν τη διαφορά για την καλύτερη αντιμετώπιση σε ότι αφορά το χρόνο αναμονής και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνοψίζοντας, ως γνωστόν το κράτος εισπράττει μέσω της φορολόγησης των πολιτών χρήματα, αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι εφόσον η έμμεση φορολόγηση έχει μεγαλύτερη αναλογία ως προς την άμεση, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κατανέμεται άνισα το φορολογικό φορτίο των πολιτών, οδηγώντας σε ανισοκατανομής στη φορολόγηση και συνεπώς διαπιστώνεται, ότι ο ασφαλιζόμενος θα ανταποκριθεί οικονομικά στα συστήματα υγείας σύμφωνα με το επάγγελμα, την κοινωνική του θέση και γενικότερα την οικονομική δυνατότητα, γεγονός που μπορεί να κρύψει πολλούς κινδύνους, σε περίπτωση που η ασθένεια χρίζει υψηλούς κόστους αντιμετώπιση, έτσι ώστε να είναι αποτελεσματική. Υπάρχουν και περιπτώσεις, όπου οι πολίτες



πληρώνουν απευθείας τα συστήματα υγείας από το εισόδημά τους και οι πόροι αυτοί δεν μπορούν να καλυφθούν από την κοινωνική ασφάλιση.

#### **4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΟΙ ΑΜΕΣΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Πριν το 2016, οι Έλληνες πολίτες καλύπτονταν ως προς την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη μέσω του εκάστοτε ασφαλιστικού ταμείου υγείας (ΑΤΥ), που είχαν στη διάθεσή τους, ανάλογα την επαγγελματική ιδιότητα. Από το 2016 και μετά, η ασφαλιστική κάλυψη αυτή έγινε καθολική, εξαιτίας μιας νομοθεσίας που εξασφάλισε κάλυψη για όλους τους Έλληνες πολίτες, συμπεριλαμβάνοντας και τους ανασφάλιστους λόγω ανεργίας, είτε αδυναμίας καταβολής των εισφορών. Από το 2009 έως το 2016, τα ποσοστά μη ικανοποιημένων αναγκών είχαν αυξηθεί και αυτό οφειλόταν στο ότι είχε χαθεί το δικαίωμα ασφαλιστικής κάλυψης, εξαιτίας της μακροχρόνιας ανεργίας. Ένα χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελούν ωστόσο, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες σε ότι αφορά την υγεία, έχοντας τη μορφή άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς οι οποίες εξακολουθούν να αυξάνονται μέχρι και σήμερα. Μέχρι το 2015, το 35% των συνολικών δαπανών στην υγεία προσδιόριζαν τις άμεσες πληρωμές σε ένα ποσοστό το οποίο αποτελούσε το διπλάσιο του 15% επικρατούσε στην Ευρωπαϊκή Ένωση και βρισκόταν στην τέταρτη θέση μεταξύ των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης. Σήμερα οι άμεσες πληρωμές αφορούν στο 90% εισφορά ιδιωτικά από τους ίδιους τους ασθενείς και όχι απλώς συμμετέχοντας στις πληρωμές, όπως συμβαίνει συνήθως για χειρουργεία, έτσι ώστε να αποφευχθεί η τοποθέτηση των ασθενών σε λίστα αναμονής ή ακόμα και εξασφαλίζοντας μία θέση για την πραγματοποίηση του χειρουργείου (Observatory on Health Systems and Policies,2017).

#### **5. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Την τελευταία δεκαετία, η επιτρεπτή θεραπεύσιμη συχνότητα παρουσίασε σημαντική μείωση, φτάνοντας κάτω από το μέσο όρο στον δείκτη θνησιμότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης δηλαδή,125 στους 100.000 πολίτες, έναντι των 126 στην Ευρώπη. Όπως καταλαβαίνουμε, οι υπηρεσίες υγείας έχουν άμεσο αντίκτυπο ως προς το αποτέλεσμα αυτό. Η διαφορά μεταξύ των φύλων παραμένει σταθερή ενώ η γενικότερη θέση στην Ευρώπη παραμένει σε υψηλή. Σε ότι αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και του προστάτη, τα κρούσματα βρίσκονται σε αρκετά χαμηλότερη θέση σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά δύο ή τρεις θέσεις. Παρόλα αυτά, τα ποσοστά θνησιμότητας παραμένουν σχεδόν τα ίδια με την υπόλοιπη Ευρώπη. Διαπιστώνεται έτσι, ότι τα προγράμματα σχετικά με την συστηματική προσυμπτωματική πρόληψη

και ελέγχου των μορφών καρκίνου αυτόν στον ελληνικό πληθυσμό, είναι ανεπαρκή ή αρκετά ελλιπή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μη έγκαιρη και αναποτελεσματική θεραπεία των καρκινοπαθών ασθενών. Επιπλέον, το ήδη υπάρχον σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει συμπεριλάβει προσανατολισμούς ως προς τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και της πρόληψης, καθώς η υποβαθμισμένη ενημέρωση των γιατρών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εξέλιξη των θεραπευτικών πλάνων σε παγκόσμιο επίπεδο βρίσκεται σε αρκετά πρώιμο στάδιο έως και έλλειπες, με άμεσο αντίκτυπο και σε αυτή την περίπτωση τους ίδιους τους ασθενείς. Ένα αισιόδοξο δρώμενο για τα συστήματα παροχής φροντίδας, αφορά σε μία σειρά από νέες διαγνωστικές εξετάσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου οι οποίες έχουν ήδη εδραιωθεί στους καταλόγους των αποζημιωμένων εξετάσεων (Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

## **6. ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η εικόνα της Ελλάδας σε ότι αφορά τη θνησιμότητα έχει ποικίλες μορφές σχετικά με την πρόληψη μέσω των ίδια τομεακών πολιτικών. Τα ποσοστά του καπνίσματος παραμένουν υψηλά και ομοίως οι θάνατοι λόγω τροχαίων ατυχημάτων. Ωστόσο, υπάρχει αντιστάθμιση στο ποσοστό θνησιμότητας, σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Την πρώτη θέση στις κύριες αιτίες θανάτου, αποτελούν ο καρκίνος του πνεύμονα στους άντρες, εν συνέχεια στις γυναίκες και έπειτα ακολουθείται καρκίνος του μαστού στις γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό θνησιμότητας έχει παρουσιάσει σημαντική αύξηση σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δηλαδή, έχουμε 62 ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 54 στους 100.000 κατοίκους το 2014. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μικρό ποσοστό θνησιμότητας σε ότι αφορά τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, δηλαδή, 110 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους έναντι 85 στους 100.000 κατοίκους, σχετικά με τα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2010, η Ελλάδα ψήφισε νόμους σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους εργασίας, εστιατορίων, μπαρ και νυχτερινών κέντρων διασκέδασης. Παρότι η απαγόρευση είναι πλημμελής παράπτωμα, φαίνεται πως αγνοήθηκε σε μεγάλο βαθμό από τους πολίτες εξαιρουμένων των ιατρικών εγκαταστάσεων και των δημόσιων συγκοινωνιών. Το 2016, ο νόμος αυτός ενισχύθηκε με επιπλέον μέτρα σχετικά με την πώληση και την διαφήμιση καπνικών προϊόντων, ενώ μένει η αποτελεσματικότητα να φανεί στο προσεχές μέλλον και να αξιολογηθεί. Σίγουρα όμως, απαιτούνται συνεχείς και νέες προσπάθειες για την επιβολή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Εκστρατείες ενημέρωσης σχετικά με τον κίνδυνο που κρύβεται λόγω του καπνίσματος στην υγεία των πολιτών, βρίσκονται σε δράση, παρόλα αυτά εθνικές στρατηγικές στοχοθετημένες σχετικά με τη συσχέτιση του καπνίσματος και των επικειμένων ασθενειών που τις

προκαλούν, φαίνεται να είναι ελλιπείς και συγκεκριμένα σε ότι αφορά πρόληψη τους, κάτι που αποδεικνύεται με το γεγονός ότι, το 2008 όταν το πρώτο τετραετές Εθνικό σχέδιο δράσης της Δημόσιας Υγείας ενώ είχε εκδοθεί, δεν υλοποιήθηκε ποτέ. Οδηγούμαστε λοιπόν στο γενικό συμπέρασμα ότι, οι εφαρμογές για τις στρατηγικές στη δημόσια υγεία είναι περιορισμένες, όπως και το ενδιαφέρον για τη δημιουργία τους, επίσης (Observatory on Health Systems and Policies,2017).

## **7. Η ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στο μικτό ελληνικό σύστημα υγείας, συμμετέχει τόσο ο ιδιωτικός όσο και ο δημόσιος τομέας, όχι μόνο από την πλευρά παροχής φροντίδας, αλλά και σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί αναπόσπαστο δικαίωμα του κάθε πολίτη και έχει παρατηρηθεί να έχει άμεση συσχέτιση με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση, τις ασφαλιστικές εισφορές κ.ο.κ. Η βελτίωση της υγείας των πολιτών αποτελεί βασικό σκοπό του ΕΣΥ και συχνά από τον δημόσιο τομέα υπάρχει η ικανοποίηση σε ότι αφορά τις ανάγκες των πολιτών, ενώ στον ιδιωτικό τομέα παρατηρείται να καλύπτεται η ζήτηση. Το ΕΣΥ, χρηματοδοτείται και από την γενική φορολογία (Beveridgetype), από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarcktype). Γενική φορολογία παρατηρείται στη Μεγάλη Βρετανία, την Ιρλανδία και γενικότερα στις Σκανδιναβικές χώρες, ενώ κοινωνική ασφάλιση παρατηρείται στην υπόλοιπη Δυτική κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Στην κοινωνική ασφάλιση, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης εξυπηρετούνται μέσω της αγοράς των υπηρεσιών των δημόσιων και ιδιωτικών παροχών υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο του (Bismarcktype) είναι αυτό που ακολουθήθηκε στην Ελλάδα από το 1983 και πίσω, δηλαδή, βασιζόταν κατά κύριο λόγο στην κοινωνική ασφάλιση. Μέχρι και το 2010 στην Ελλάδα, το ΕΣΥ το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1983 μαζί με 30 περίπου ταμεία, λειτουργούσαν παράλληλα υπό την εποπτεία κρατικών μηχανισμών. Συναντάμε ωστόσο, τρία υποσυστήματα το σύστημα υγείας της Ελλάδας: Α) το ΕΣΥ, νοσοκομεία και κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στα συγκαταλέγονται το ΙΚΑ και λοιπά ασφαλιστικά ταμεία, παρέχοντας ιατροφαρμακευτική κάλυψη στους πολίτες ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και Β) ο ιδιωτικός τομέας, δηλαδή κερδοσκοπικού τύπου κλινικές νοσοκομεία διαγνωστικά κέντρα και οδοντιατρεία. Επιπλέον, ως προς την υγειονομική περίθαλψη έχουμε και κάποιον επιπλέον διαχωρισμό: Πρώτον, την Πρωτοβάθμια περίθαλψη, στην οποία συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενών χωρίς νοσηλεία, όπως συμβαίνει στα Κέντρα Υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία και από ιδιωτικούς φορείς, όπου συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες πρόληψης διάγνωσης, τα ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές και οδοντιατρεία. Δεύτερον, στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες με υποχρεωτική νοσηλεία, όπως συμβαίνει στα δημόσια

νοσοκομεία και σε κάποια ανεξάρτητα θεραπευτήρια επιχορηγούμενα από το κράτος και σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τρίτον, στην Τριτοβάθμια περίθαλψη, όπου σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία υψηλής δυναμικής, τα οποία διαθέτουν πλήρη ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό, έτσι ώστε να μπορεί να διεξάγεται και η έρευνα σε επίπεδο βιοτεχνολογίας και ιατρικής (Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

## **8. Η ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΠΟ ΠΛΕΥΡΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τον (Μπουραντάς 2002), οι προϋποθέσεις ώστε η ενδυνάμωση του ασθενούς να καταστεί επιτυχής προσδιορίζεται από κάποιες βασικές προϋποθέσεις. Μία ενδυνάμωση από πλευράς των ασθενών, αυξάνει το αίσθημα της αυτό ικανοποίησης και της αποδοτικότητας άρα κ βελτίωση της κατάστασης της υγείας του, καθώς απαιτείται εμπειριστατωμένη στρατηγική εφαρμογής ενδυνάμωσης από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι απαραίτητο να κατέχουν τα απαραίτητα προσόντα και εφόδια, έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέρχονται στις ανάγκες και στα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί. Επαρκής ενδυνάμωση στους επαγγελματίες υγείας, ισοδυναμεί με αυξημένη αυτοπεποίθηση με άμεση συνέπεια την προώθηση της ανάπτυξης πρωτοβουλιών. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να είναι σε θέση να βελτιώσουν στρατηγικές και εφαρμογές προκειμένου να είναι επαρκής, ενώ η απόδοση και τα καθήκοντα εκπληρώνονται με μεγαλύτερο ζήλο, άνεση και ευχάριστη διάθεση, έχοντας μία αίσθηση αυτονομίας και οι επαγγελματίες υγείας γίνονται περισσότερο υπεύθυνοι και αισθάνονται δέσμιοι στο να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους. Όντας ανεξάρτητοι αλλά σεβόμενοι ο ένας τον άλλο, στο προσωπικό, μειώνονται η συναδελφική και εργασιακή πίεση. Γενικότερα, ο τρόπος ο οποίος διαχειρίζεται ένας επαγγελματίας υγείας της υπηρεσίες του, επηρεάζει ολόκληρη τη λειτουργία του οργανισμού ή της κλινικής, ή της οποιασδήποτε επιχείρησης και ως εκ τούτου είναι δυνατόν να πραγματοποιείται συνεχής βελτίωση λόγω της αυτοκριτικής, του προβληματισμού και της αναζήτησης εναλλακτικών λύσεων. Τέλος, διατηρώντας τις παραπάνω προϋποθέσεις, προάγεται η ομαδική εργασία η συναδελφικότητα.

Λόγω της εξέλιξης της αναζήτησης μέσω διαδικτύου, οι ασθενείς δεν καθίστανται πλέον παθητικοί στην πληροφόρηση και αυτό είναι γεγονός το οποίο συναντάται και στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Οι τελευταίοι, έχουν αποκτήσει ατομική ευθύνη σχετικά με την ενημέρωση της υγείας της και έχουν την ανάγκη να έχουν απόλυτη συμμετοχή στην επιλογή της φαρμακευτικής και ιατρικής αγωγής τους. Οι ασθενείς επίσης, επεξεργάζονται την πληροφορία, δεν την δέχονται τυφλά και τις περισσότερες φορές πραγματοποιούν έρευνα πριν από οποιαδήποτε θεραπεία τους έχει χορηγηθεί. Η συμμετοχή και η πρόσβαση των ασθενών σε εκπαιδευτική πληροφορία για την

κατάσταση της υγείας και το θεραπευτικό πλάνο, περιγράφεται με τον όρο «patient management» και ο βασικός της στόχος της στρατηγικής αυτής, είναι να αξιοποιηθεί η συνεργασία του ασθενή με τον θεράποντα γιατρό ή επαγγελματία υγείας. Από την άλλη πλευρά όμως, η εξέλιξη αυτή είναι αξιοσημείωτη και αυτόματα οδήγησε στο συμπέρασμα σε έρευνα που έγινε, διότι η ελλιπής ενημέρωση από πλευράς επαγγελματιών υγείας για τα θέματα υγείας είναι υπεύθυνη για το 3 έως 5% του ολικού κόστους του συστήματος υγείας και συγκεκριμένα στην περίπτωση των φαρμάκων το 2012, μία μελέτη υπολόγισε ότι περίπου μισό τρισεκατομμύριο δολάρια σε παγκόσμια ετήσια δαπάνη ήταν δυνατόν να αποφευχθεί, εάν και εφόσον ο κάθε ένας χρησιμοποιούσαν τα φάρμακα με μεγαλύτερη υπευθυνότητα και ακρίβεια στην παρακολούθηση των οδηγιών των γιατρών (Δελαπόρτας,2015).

Ο Linda Harris, 2018, διάσημος αγγειοχειρουργός της Νέα Υόρκης, ανέφερε ότι, η Ανατολική Αγγειακή Εταιρεία (EVS) ήταν πάντα ιδιαίτερη για εκείνη, καθώς ξεκίνησε την έκθεσή της στον τομέα της αγγειακής χειρουργικής στο EVS όταν ήταν γενικός χειρουργικός κάτοικος και είχε την ευκαιρία να παρουσιάσει σε αυτήν τη συνάντηση σχετικά με ρήξη ανευρύσματος της αορτής το 1991. Χωρίς την υποστήριξη των αξιωματικών και της εκτελεστικής επιτροπής καθώς και το έργο όλων των επιτροπών, η ετήσια συνεδρίαση και όλες οι άλλες δραστηριότητες της Εταιρείας δεν θα ήταν δυνατές. Χρειάζεται μια κοινότητα, που εργάζεται μαζί, για να επιτύχει αποτελέσματα και θεώρησε τον εαυτό της τυχερό που είχε μια εξαιρετική ομάδα ατόμων για να δουλέψω μαζί της εκείνη τη χρονιά. Τα επιτεύγματα οποιουδήποτε ατόμου είναι σπάνια μόνα τους ανέφερε, μεταξύ άλλων, ενώ κατάφεραν να συμπεριλάβουν τα υπονήφια μέλη τους σε μόνιμες επιτροπές και θα μπορούσαν να συμμετέχουν πλήρως τον επόμενο χρόνο. Αυτό, ήλπιζαν, θα τους ενέπνεε να γίνουν πιο δραστήριοι στην κοινωνία και θα τους προσέφερε μια νέα προοπτική σε όσους από εκείνους που δεν ήταν τόσο νέοι πια. Θεώρησε επιτακτική την ανάγκη να συμπεριλάβει τα νεότερα μέλη ενεργά στους οργανισμούς τους, διότι εάν δεν δεσμεύονταν ενεργά τα νεότερα μέλη, οι κοινωνίες είναι καταδικασμένες σε αποτυχία, τόνισε χαρακτηριστικά Linda M. Harris «Empowerment and involvement», Journal of Vascular Surgery, 2018, pp 997.

## **9. «Η ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ» ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Έχει διαπιστωθεί ελλιπής βιβλιογραφική πληροφορία στον ελλαδικό χώρο σχετικά με την ενδυνάμωση από πλευράς ασθενών, καθιστώντας αναγκαία την ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία. Με τον όρο ενδυνάμωση του ασθενούς, ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στην επιλογή των αποφάσεων αυτοδιαχείρισης, στις οποίες συγκαταλέγονται και οι επιλογές έτσι ώστε να ωφεληθεί η ποιότητα ζωής μέσω της πληροφόρησης από το διαδίκτυο, τις συζητήσεις, τη βιβλιογραφία, τα διαδραστικά βίντεο κ.λ.π, (Segen's 2012). Σύμφωνα με τον (Mc

Graw-Hill, 2002), στην ενδυνάμωση του ασθενούς περιλαμβάνεται η παροχή πληροφόρησης σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και το θεραπευτικό πλάνο, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στο αν θα υποβληθεί ή όχι σε μία διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία, ή ακόμη και να ζητήσει κάποια εναλλακτική. Σύμφωνα με τον (Elsevier, 2009), η ενδυνάμωση του ασθενούς ορίζεται ως μια φιλοσοφία, όπου οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στην διαδικασία της φροντίδας τους και δεν αποτελούν παθητικούς δέκτες αυτής, με αποτέλεσμα να πρέπει να κατέχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με όλες τις παραμέτρους που αφορούν το θεραπευτικό πλάνο, την κατάσταση και το στάδιο της ασθένειας, απομυζώντας όσο το δυνατόν μεγαλύτερο όφελος σχετικά με τις απαιτήσεις τους. Η ενδυνάμωση, τοποθετεί τον ασθενή στο επίκεντρο του θεραπευτικού πλάνου, στον ο συνολικό σχεδιασμό και επιτρέπουν στον ασθενή να αποκτά έλεγχο της φροντίδας υγείας του. Βασικές προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ενδυναμωμένος ένας ασθενής, είναι αρχικά να μπορεί να έχει αυτογνωσία της κατάστασης της υγείας του και των συμπτωμάτων της ασθένειας του. Δεύτερον, να αισθάνεται ικανός στο να μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με το θεραπευτικό του πλάνο μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, και τρίτον, να είναι ικανός να μπορεί να έχει πρόσβαση στην πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθεί οποιαδήποτε αλλαγή αφορά το θεραπευτικό πλάνο, έτσι ώστε να προαχθεί η υγεία του, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο, καθώς επίσης, να μπορεί να απευθύνει οποιοσδήποτε απορίες σχετικά με τη νόσο, την πορεία της και τα συμπτώματα αυτής στους επαγγελματίες υγείας έχοντας τη δυνατότητα να αξιολόγησης της πληροφορίας. Οι Anna Thit et al, 2017 αναφέρουν ότι η ενδυνάμωση του ασθενούς μπορεί να οριστεί ως η ευκαιρία για τους ασθενείς να ασχοληθούν με σημαντικούς για την υγεία τους. Ο στόχος της μελέτης τους, ήταν να αντιληφθεί την ενδυνάμωση ο ασθενής και πώς εκδηλώνεται η αντίληψη για τους ασθενείς με καρκίνο. Παρακολούθηση, προκειμένου να αναπτύξει ένα σχετικό και ευαίσθητο ερωτηματολόγιο για αυτόν τον πληθυσμό, δημιουργήθηκε ένα θεωρητικό μοντέλο, βασισμένο στη θεωρία του Zimmerman για την ψυχολογική χειραφέτηση, τα τέσσερα επίπεδα ανάπτυξης του Barry J. Zimmerman για αυτορρύθμιση (δηλαδή, παρατήρηση, προσομοίωση, αυτοέλεγχος και αυτορύθμιση), Barry Zimmerman, 2011. Οι ασθενείς που παρακολούθηθηκαν μετά από θεραπεία πρώτης γραμμής για τον καρκίνο τους (n/416), έδωσαν συνέντευξη σχετικά με τις εμπειρίες τους με την παρακολούθηση. Μια αναγωγική θεματική ανάλυση διεξήχθη για να πλαισιώσει τη θεωρία και να βρει συγκεκριμένες εκδηλώσεις ενδυνάμωσης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν για να βρεθούν καταστάσεις που εξέφραζαν ενδυνάμωση ή έλλειψη ενδυνάμωσης. Στη συνέχεια, ανέλυσαν ποιες ικανότητες απαιτούσαν αυτές οι καταστάσεις και αναλύσαμε περαιτέρω πώς ταιριάζουν αυτές οι ικανότητες με τη θεωρία του Zimmerman. Συνολικά, 16 ασθενείς από δύο διαφορετικά νοσοκομεία συμμετείχαν στις συνεντεύξεις. Το δείγμα με τους ενδυναμωμένους ασθενείς στο follow-up του καρκίνου θεωρήθηκε ως: (1) η αντίληψη ότι κάποιος είχε τη δυνατότητα να κυριαρχήσει στη

θεραπεία και τη φροντίδα (π.χ. τη δυνατότητα να μην πει κανείς τη θεραπεία και να έρθει σε επαφή με την υγειονομική περίθαλψη όταν απαιτείται), (2) να έχει γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με, για παράδειγμα θεραπεία, φροντίδα, σχέδιο θεραπείας και φροντίδα, φυσιολογικές αντιδράσεις και καθυστερημένες επιπτώσεις, αν και η γνώση και η πληροφόρηση δεν θεωρήθηκαν πάντα θετικές και (3) να είναι σε θέση να κάνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίζει τις ανησυχίες και τις ανάγκες κάποιου και, για ορισμένους ασθενείς, να μπορεί επίσης να παρακολουθεί τη θεραπεία, τις εξετάσεις και τη φροντίδα κάποιου.

ΜΕΛΕΤΕΣ	ΣΤΟΧΟΣ
Διαδικτυακή μελέτη «Big White Wall», Βρετανία, 2007	Αυτοαξιολόγηση προόδου της υγείας των ασθενών
Γενετικός έλεγχος, Ηνωμένα Εμιράτα, 2013	Ενημέρωση φοιτητών επαγγελματιών υγείας και στη συνέχεια στις οικογένειές τους για τα οφέλη του προγεννητικού ελέγχου
Beth Israel Deaconess, Boston, 2006-2011	Μείωση των δυσμενών γεγονότων μεταξύ των συναδέλφων
<p><b>Πηγή:</b> Jeremy Laurance et al, 2014, <i>“Patient Engagement: Four Case Studies That Highlight The Potential For Improved Health Outcomes And Reduced Costs”</i>, Health Affairs 33 No 9, p.p.1627-1633.</p>	
Anna Thit Johnsen et al, <i>“Conceptualizing patient empowerment in cancer follow-up by combining theory and qualitative data”</i> , ACTA ONCOLOGICA, 2017, VOL.56, NO.2, pp 232–238	Αντίληψη της έννοιας της ενδυνάμωσης σε πρακτικό επίπεδο σε ασθενείς με καρκίνο

Πίνακας 1 ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

## 10. Η ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ «ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ»

Λόγω έλλειψης επαρκούς πληροφόρησης σε ότι αφορά το ρόλο του ασθενούς στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γεννήθηκε η ανάγκη για ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τον ρόλο της ενδυνάμωσης του ασθενούς και της επίδρασης στη διοίκηση των υγείας. Το 2012, στην Κοπεγχάγη στις 11 και 12 Απριλίου διοργανώθηκε το πρώτο Ευρωπαϊκό συνέδριο από τον ΠΟΥ αλλά και τη συνεισφορά του European network and patient empowerment (μη κερδοσκοπικός σύνδεσμος ευρωπαϊκού δικτύου ενδυνάμωσης ασθενούς), σχετικά με την συνεισφορά της ενδυνάμωσης του ασθενούς στον ευρύτερο χώρο της υγείας. Δόθηκε έμφαση λοιπόν, στην ανάγκη που έχει ο ασθενής για πρόσβαση στην πληροφόρηση και τη γνώση, σχετικά με την κατάσταση της ασθένειας ή της υγείας του (social media, προγράμματα αυτόνομης διαχείρισης), καθώς και εκτός από το γεγονός για τη συμμετοχή του στα νομικά πλαίσια που περιβάλλουν την εκάστοτε κατάσταση. Ο ασθενής αναφέρθηκε ότι όφειλε να συμμετέχει την αναδιοργάνωση του θεραπευτικού πλάνου ή της γενικότερης υπηρεσίας παροχής φροντίδας και των νέων τεχνολογιών. Αυτή η δυναμική νέα πραγματικότητα, οδηγεί τους ασθενείς να μπορούν να επαναπροσδιορίζουν εκ νέου τη θέση τους στις υπηρεσίες υγείας ενώ τονίστηκε το γεγονός ότι υπάρχει κενό στην πληροφόρηση σχετικά με την ενδυνάμωση του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, στο Ευρωπαϊκό αυτό συνέδριο εκφράστηκαν τα χαρακτηριστικά της έννοιας ενδυνάμωση του ασθενούς και οι ποικίλες παραμέτρους που το περιβάλλουν. Ο εκπρόσωπος του μη κερδοσκοπικού δικτύου ανέφερε ότι, *«η ενδυνάμωση του ασθενούς είναι απλώς μία διαδικασία όπου βοηθάμε τους ανθρώπους να αποκτήσουν τον έλεγχο της κατάστασής τους δηλαδή να παίρνουν πρωτοβουλίες να λύνουν προβλήματα και να λαμβάνουν αποφάσεις κάτι που βρίσκει εφαρμογή σε διαφορετικά επίπεδα στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας και με αυτόν τον τρόπο να είναι ικανοί να διαχειριστούν μόνοι τους την κατάστασή τους»*. Οι συμμετέχοντες του συνεδρίου ήταν 250 ασθενείς, αξιωματούχοι του ευρωπαϊκού Υπουργείου Υγείας, γιατροί και ειδικοί στη δημόσια υγεία, έχοντας ως κοινό στόχο την ανταλλαγή απόψεων εμπειριών σε ότι αφορά τα διαφορετικά επίπεδα της διαδικασίας ενδυνάμωσης του ασθενή. Κατέληξαν ωστόσο, όλοι σε ένα κοινό συμπέρασμα σε ότι αφορά τις βασικές παραμέτρους που προσδιορίζουν την διαδικασία της ενδυνάμωσης των ασθενών. Πρωταρχικής σημασίας παράμετρος, θεωρήθηκε η αυτογνωσία της κατάστασης της υγείας μαζί με την πληροφόρηση της ασθένειας, έπειτα η δυνατότητα για αυτοδιαχείριση χρόνιας πάθησης και τον ρόλο της τεχνολογίας σε αυτές τις καταστάσεις. Οι απαιτήσεις από πλευράς ασθενών, αφορούσε την ενεργό συμμετοχή τους στο νομικό πλαίσιο του σχεδιασμού των υπηρεσιών παροχής φροντίδας, ενώ από πλευράς γιατρών, τονίστηκε η έλλειψη των οικονομικών πόρων στις εγκαταστάσεις υγείας, καθώς τονίστηκε και η σημαντικότητα από πλευράς γιατρών της



ενδυνάμωσης των ασθενών, εκείνων που δεν βρίσκονται σε φυσική ικανότητα να τη λάβουν και σε εκείνους που δεν έχουν την θέληση.

Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ήταν το επίκεντρο της συζήτησης και της διερεύνησης σε ότι αφορά την ενδυνάμωση των ασθενών, ενώ προτάθηκαν προγράμματα προώθησης αυτοδιαχείρισης χρόνιων παθήσεων για τους ασθενείς, έτσι ώστε να είναι ικανοί να μπορούν να αυτό διαχειρίζονται την κατάστασή τους, την πάθησή τους, αναγνωρίζοντας τους περιορισμούς που τους προκαλεί, την σημαντικότητα της φαρμακευτικής και συντηρητικής αγωγής, καθιστώντας τους ικανούς στο να επιλέξουν για εναλλακτικές θεραπείες, εφόσον οι παράμετροι της ασθένειας το επιτρέπουν, με απώτερο στόχο την ένταξη τους και την αντιμετώπισή τους από την κοινωνία, ως ισότιμα μέλη και λειτουργικά. Η ευρωπαϊκή ηγεσία με το «Health 2020», δεσμεύτηκε ότι η Ευρώπη θα οδηγούνταν σε ένα σύστημα υγείας, με τον ασθενή ως επίκεντρο, και όχι όπως ισχύει το ιατροκεντρικό μέχρι και σήμερα, τονίζοντας την αναγκαιότητα για διάλογο με τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ενδυνάμωση των ασθενών. Μία αποτίμηση του συνεδρίου, ήταν το γεγονός ότι ενώ η ενδυνάμωση του ασθενούς είναι χρέος των επαγγελματιών υγείας, οι ασθενείς, παλεύουν για να τους πείσουν για την πρόσβαση τους στο δικαίωμα αυτό.

Τον Μάρτιο του 2014, πραγματοποιήθηκε το 2ο Ευρωπαϊκό συνέδριο περί ενδυνάμωσης του ασθενή. Μέχρι τότε, το μη κερδοσκοπικό δίκτυο ενδυνάμωσης ασθενών, ανήρτησε στην ιστοσελίδα του, τις προθέσεις και τις αποφάσεις που είχε λάβει, οι οποίες ήταν οι εξής: Αρχικά, η προώθηση της ενημέρωσης στο υπόλοιπο κοινό, επαγγελματίες υγείας και πολιτικούς σχετικά με την σημαντικότητα της ενδυνάμωσης των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, η αναγκαιότητα για ενσωμάτωση της ενδυνάμωσης των ασθενών στο Ευρωπαϊκό σύστημα υγείας, οι ήδη υπάρχουσες στρατηγικές ενδυνάμωσης ασθενών να διατεθούν και στα υπόλοιπα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η διοργάνωση επιπλέον εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με την προώθηση στρατηγικών ενδυνάμωσης ασθενών, αύξηση της πληροφόρησης στα προγράμματα αυτά, και τέλος, πραγματοποίηση ημερίδων, συνεδρίων για την ανταλλαγή ιδεών σχετικά με το θέμα αυτό, δημιουργώντας μία διαδραστική μετεκπαιδευτική δραστηριότητα. Τον Μάρτιο του 2014 λοιπόν όταν πραγματοποιήθηκε το 2ο Ευρωπαϊκό συνέδριο στην Ελβετία, το Ευρωπαϊκό μη-κερδοσκοπικό δίκτυο σχετικά με την ενδυνάμωση ασθενών, αυτή τη φορά παρευρεθεί χωρίς την αιγίδα του ΠΟΥ, κάτι το οποίο φάνηκε και λόγω έλλειψης αναφοράς του στην ιστοσελίδα του και είχε τίτλο «*η δύναμη των ασθενών*». Προσκεκλημένοι ήταν όλοι εκείνοι που εργάζονται τα συστήματα υγείας, τα οποία έχουν ως πολιτική τους τον ασθενή ώστε επίκεντρο, καθώς επίσης και ασθενείς, κυβερνητικά και πολιτικά σώματα. Σε αυτό το συνέδριο, τέθηκαν πέντε νέες καινοτόμες παράμετροι, που θα υπόκειντο σε διερεύνηση, σχετικά με την ενδυνάμωση του ασθενούς: Η πρώτη ήταν η συμμετοχή στην προαγωγή της υγείας με την συνεργασία στον σχεδιασμό της φροντίδας, η δεύτερη, η προώθηση καινοτόμων ιδεών και πρακτικών, έτσι ώστε να σταματήσουν τα συστήματα υγείας να

είναι ιατροκεντρικά, η τρίτη αφορούσε την υποστήριξη των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και ειδικές ανάγκες και η υποστήριξη των ασθενών αυτών στην αυτοαξιολόγηση της υγείας και στη διαμόρφωση των συστημάτων υγείας, εξασφαλίζοντας τα δικαιώματά τους, η τέταρτη ήταν το υγεία-30, το οποίο δεσμεύει τους παρόχους υγείας του δημόσιου τομέα, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε ότι αφορά την αναζήτηση των πλεονεκτημάτων μιας ανοιχτής πληροφόρησης στην υγεία, όπως στα social media, για την θεραπεία την αυτοδιαχείριση της ποιότητας υγείας, την ελευθερία στην πρόσβαση λήψεων αποφάσεων για την ποιότητα της υγείας και της φροντίδας και σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις παρέχοντας τις πληροφορίες σχετικά με τους περιορισμούς και Πέμπτη, την έρευνα γύρω από θέματα σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας και υποστήριξης της αυτοδιαχείρισης των ασθενών. Τα αποτελέσματα της δεύτερης απόπειρας παραγωγικής σύμπραξης στο Ευρωπαϊκό συνέδριο αναφορικά με όλους τους εμπλεκόμενους του χώρου της υγείας και της παροχής υπηρεσιών αυτής, έδειξε μία τάση έμπρακτης εφαρμογής των διαδικασιών σε ότι αφορά την ενδυνάμωση των ασθενών. Όπως διαφαίνεται από το θεωρητικό πλαίσιο του ΠΟΥ κατά την χάραξη πολιτικών στρατηγικών στο 1ο συνέδριο του 2012, στο δεύτερο του 2014, φάνηκε η απόπειρα μετάβασης από τη θεωρία στην πράξη, με την τάση να τεθεί σε λειτουργία μία σειρά από εκπαιδευτικά προγράμματα υπό την αιγίδα του Careum.

Μια έρευνα που διαδραματίστηκε με σκοπό την ενδυνάμωση των ασθενών στην παροχή υπηρεσιών υγείας, το ρόλο της, και τη σημαντικότητα της βελτίωσης της ενδυνάμωσης από πλευράς ασθενών, δημοσιεύθηκε το Μάιο του 2014, με τίτλο «*Τα αποτελέσματα ενός προγράμματος ενδυνάμωσης ασθενών με διαβήτη τύπου 2, στην κλινική κατάσταση και στη χρήση παροχής υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: μία προοπτική μελέτη παρατήρησης*», (David Connelly et al, 2014), για το περιοδικό Plosone vol:9;5. Η έρευνα αυτή, αποτελεί την μοναδική μελέτη, η οποία δημοσιεύθηκε και συσχέτισε την εφαρμογή της ενδυνάμωσης των ασθενών με τις παροχές υπηρεσιών υγείας σε πρακτικό επίπεδο. Στόχος αυτής της μελέτης, ήταν η αξιολόγηση των επιπτώσεων σε κλινικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας ενός δείγματος 1.141 ασθενών με διαβήτη τύπου 2 και ονομάστηκαν με τη μεταβλητή (T2DM). Αφού ακολουθήθηκαν προγράμματα ενδυνάμωσης ασθενών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας υγείας, επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα το οποίο και εντάχθηκε σε πρόγραμμα ενδυνάμωσης ασθενών, από το Μάρτιο έως και το Σεπτέμβριο του 2010. Έγινε σύγκριση με δείγμα ασθενών το οποίο δεν είχε ενταχθεί σε πρόγραμμα ενδυνάμωσης ασθενών, σχετικά με την ηλικία το επίπεδο της HbA<sub>1c</sub>, το φύλο, (ποσοτικές και ποιοτικές συσχετίσεις). Από τις συσχετίσεις της HbA<sub>1c</sub>, εκτιμήθηκαν τα αποτελέσματα σε επίπεδο κλινικής εικόνας, ενώ οι συσχετίσεις σε επίπεδο χρήσης παροχής υπηρεσιών υγείας, αξιολογήθηκαν αναφορικά με τις επισκέψεις των ασθενών σε εξειδικευμένες κλινικές εξωτερικής παρακολούθησης, σε τμήμα επειγόντων περιστατικών, καθώς και σχετικά με τον αριθμό των εισαγωγών στα νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή του Hong-Kong, την χρονική

περίοδο όπως έχει οριστεί από την αρχή της έρευνας. Στις συζητήσεις της έρευνας, τονίστηκε η σημασία των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 Mellitus, σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες, τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και το γενικότερο lifestyle των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης και της φυσικής κατάστασης, διότι αποτελεί μία χρόνια πάθηση και ο έλεγχος της είναι καθοριστικής σημασίας για τη μείωση των επιπλοκών. Από την έρευνα αυτή, φάνηκε ότι οι ασθενείς αδυνατούν να ελέγξουν τη νόσο τους, γεγονός που καθιστά αναγκαίο το να εφαρμοστεί ένα αποτελεσματικό σχέδιο στρατηγικής τεχνικών αυτοελέγχου των ασθενών με χρόνιες παθήσεις.

Σύμφωνα με τον (Nutbeam,1998), με τον όρο ενδυνάμωση ασθενούς, αναφερόμαστε «σε μία διαδικασία όπου οι άνθρωποι αποκτούν μεγαλύτερο έλεγχο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους». Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη, κινήθηκε και η μελέτη αναφορικά με το διαβήτη τύπου 2. Διαπιστώνεται ότι, το κύριο μέλημα είναι να καταστούν ικανοί οι ασθενείς να αποφασίζουν ποιες στρατηγικές πρέπει να ακολουθήσουν, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα καθημερινότητας τους, συμβαδίζοντας με την πάθηση τους, λαμβάνοντας υπόψη, την αντίληψη η οποία θέλει τους ασθενείς να είναι πρόθυμοι να ασπαστούν εναλλακτικές συμπεριφορές με τη θέλησή τους, σε αντίθεση με την υπόδειξη από τρίτους (Anderson RM et al,2010). Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να υιοθετηθεί μία σχέση συνεργασίας ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, όπου οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με κύριο στόχο, τη διευκόλυνση των ασθενών στον τομέα της λήψης των αποφάσεων, ενημερώνοντάς τους για οποιεσδήποτε παραμέτρους και εναλλακτικές. Μέχρι σήμερα, ομοφωνία αναφορικά με τον διαβήτη και τα προγράμματα ενδυνάμωσης ασθενών δεν έχει υπάρξει, παρόλα αυτά, οι προσδιοριστικές μεταβλητές, όπως είναι η διατροφή, η φυσική άσκηση, ο αυτοέλεγχος του ζαχάρου, η περιποίηση των κάτω άκρων, η διαχείριση των επιπλοκών (υπογλυκαιμία), η συναισθηματική διαχείριση, η επίλυση προβλημάτων, οι αλλαγές διαχείρισης του τρόπου ζωής, η στοχοθεσία, η καταγραφή καθημερινών μετρήσεων, αποτελούν κοινή συνιστώσα στην διαμόρφωση ενός αξιόπιστου προγράμματος ενδυνάμωσης ασθενή με διαβήτη (Tang TS et al, 2010). Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν: Συγκριτικά με το δείγμα που δεν εντάχθηκε στο πρόγραμμα ενδυνάμωσης ασθενών, το υπόλοιπο, εμφάνισε χαμηλότερο ποσοστό σε διαφορετικούς δείκτες. Οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία ήταν λιγότερες σε σχέση με εκείνους που δεν εντάχθηκαν στο πρόγραμμα κατά 81.3%. Συνοψίζοντας, το γεγονός ότι τα προγράμματα ενδυνάμωσης επέδρασαν θετικά στην κλινική εικόνα των ασθενών με διαβήτη τύπου 2, όσο και στη λειτουργικότητα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, είναι αδιαμφισβήτητο. Επισκέψεις στις μονάδες υγείας μειώθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια ενός χρόνου, ενώ τα επίπεδα ζαχάρου ήταν σε μία ρυθμιζόμενη κατάσταση ( $HbA1c \leq 7\%$  και  $LDL-C \leq 2,6mmol/L$  κατόπιν 12μηνου follow up).

## **11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι όροι «υγεία», «σύστημα υγείας» και «ενδυνάμωσης», καταλαβαίνουμε ότι συναποτελούν ένα ενιαίο πλαίσιο στην ανασκόπηση των ερευνών. Επιθυμητή κατάσταση είναι η υγεία με την ισορροπία της, η οποία είναι εκείνη που θα οδηγήσει το σύστημα υγείας σε μία αξιόλογη λειτουργικότητα, εφόσον όμως, ληφθεί υπόψη και η παράμετρος της ενδυνάμωσης σε επίπεδο ασθενών αλλά και παροχών υπηρεσιών υγείας. Αδιαμφισβήτητα, το επίκεντρο του ενδιαφέροντος κλείνει προς την ενδυνάμωση του ασθενή και εξαιτίας της εντοπισμένης έλλειψης εμπεριστατωμένων στρατηγικών ενδυνάμωσης ασθενών, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα, ότι η αναγκαιότητα για την υιοθέτηση σχετικών προγραμμάτων είναι υψίστης σημασίας. Όλες οι προσεγγίσεις που έχουν έρθει στο προσκήνιο ωστόσο, επιβεβαιώνουν ότι η έννοια του ενδυναμωμένου ασθενούς και της πραγματικότητας που πρεσβεύεται είναι αναγκαία.

### **3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ποιότητα ζωής, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον του ιατρικού κλάδου και γενικότερα του τομέα της υγείας. Ο συγκεκριμένος όρος έχει ερμηνευτεί μέσω πολλών εκδοχών αλλά το σημαντικό είναι ότι εστιάζει και ασχολείται με την ψυχική, κοινωνική και σωματική κατάσταση του ατόμου, μέσα από το πρίσμα του πως αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο την όλη κατάσταση της υγείας του. Ανώτερος στόχος είναι η επισκόπηση γενικών εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας και γι' αυτό το λόγο συλλέχθηκαν στοιχεία, τα οποία προέρχονται από επιστημονικά περιοδικά που έχουν ασχοληθεί με το θέμα, όπως και βιβλία, τα οποία ασχολούνται με την εξέταση του πολυδιάστατου χαρακτήρα της έννοιας ποιότητα ζωής και κάνουν αναφορά στους τομείς της σωματικής υγείας, στην ψυχολογική κατάσταση, στην κοινωνικοποίηση, στις προσωπικές βλέψεις του ατόμου και στο πνευματικό του επίπεδο. Τέλος, όσον αφορά τους προβληματισμούς που ανακύπτουν σχετικά με τη χρήση των εργαλείων αυτών στην κλινική πράξη και την έρευνα απαιτείται συνεχής αξιολόγηση, μέσω της οποίας μπορεί να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

#### **2. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ»**

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται έντονο ενδιαφέρον από τις πολιτικές, διοικητικές και κοινωνικές επιστήμες για ζητήματα που αφορούν την ποιότητα ζωής, όπως και για την ανεύρεση μεθόδων με απώτερο στόχο τη μέτρησή της (Yfantopoulos 2001). Γενικότερα, αποτελεί μια έννοια η χρήση της οποίας συναντάται σε πολλούς τομείς, όπου και επιτελείται μέτρηση και καταγραφή των επιπτώσεων αυτής. Συγκεκριμένα, οι γιατροί εστιάζουν στην εξέταση των φυσικών διαστάσεων της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι ασχολούνται με τον απόηχο των ψυχολογικών και συναισθηματικών διαστάσεων στην υγεία του ατόμου (Υφαντόπουλος 2003). Επιπλέον, η συγκεκριμένη έννοια αποτελεί μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια και κατά διαστήματα έχουν αποδοθεί διάφοροι ορισμοί, με βάση τον τρόπο που αντιμετωπίζει το θέμα ο κάθε μελετητής. Επιπρόσθετα, κατά τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, ενώ άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί το χαρακτηριστικό εκείνο της κοινωνίας που σχετίζεται με τις προϋποθέσεις, που οφείλει να ακολουθεί το άτομο προκειμένου να είναι ευτυχισμένο (McCall 1975). Ακόμα, ως ποιότητα ζωής, ορίζεται η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, όπως και η δυνατότητά του να μπορεί να ανταποκριθεί στην καθημερινότητα και στις απαιτήσεις αυτής κάνοντας ένα διαχωρισμό ανάμεσα στις συνθήκες διαβίωσης γενικότερα και στην καθημερινότητα ειδικότερα σύμφωνα με κάποιους παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να είναι το εισόδημα και τα καταναλωτικά

πρότυπα, αν και η συγκεκριμένη έννοια αποσκοπεί στην ευημερία και ευδαιμονία των ατόμων που πλαισιώνουν μία κοινωνία (Bowling 1997).

Επίσης, για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο την θέση του και την αξία του μέσα στην κοινωνία σύμφωνα με τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά και τις αξίες αυτής, τα οποία έρχονται σε συνάφεια με την κατάκτηση των προσωπικών στόχων που έχουν τεθεί από την πλευρά του κοινωνικού συνόλου (THE WHOQOL GROUP 1995). Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής σηματοδοτεί την πρόσβαση στις συνθήκες εκείνες που εξασφαλίζουν την ευτυχία (McCall 1975). Βέβαια, κάποιοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων σχετικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην και μάλιστα από την πλευρά τους η έννοια θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες έρχονται σε συνάφεια με τον αντίκτυπο που έχουν στην ψυχολογία του οι διάφορες καταστάσεις που βιώνει στη ζωή του. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τις απαραίτητες καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», όπως είναι η προσωπική υγεία, η εργασία, το μορφωτικό επίπεδο, ο θεσμός της οικογένειας, η κοινωνικότητα του ατόμου, η οικονομική του κατάσταση κ.ά. (Αλουμανής 2002).

Είναι αξιοσημείωτο ότι παρατηρείται μια διαφοροποίηση μεταξύ υποκειμενικότητας και αντικειμενικότητας, που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής σηματοδοτεί μια καλή ζωή, η οποία αξιολογείται με υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους, οι οποίες πηγάζουν από τα εξωτερικά ερεθίσματα που δέχεται το άτομο (Zautra, Goodhart 1979, Baker, Intagliata 1982). Τέλος, μέσω της σύστασης του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για την Κοινωνική Ποιότητα, εισήχθη η έννοια της κοινωνικής ποιότητας, σύμφωνα με την οποία ορίζεται κατά πόσο δύνανται κάποιοι πολίτες να προβούν στην κοινωνική και οικονομική συμμετοχή της κοινότητας, σε συνδυασμό με την επίτευξη της προσωπικής ευεξίας και ευημερίας τους (Yfantopoulos 2001b). Ειδικότερα, ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως τίτλος στη Medline το 1975 και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977 και από τότε έγινε η αναγνώρισή του από τον επιστημονικό κλάδο και μάλιστα υπήρξε έντονο ενδιαφέρον, το οποίο είναι εμφανές από τις αναφορές που γίνονται σε ιατρικά κείμενα, σε εφημερίδες και επιστημονικά περιοδικά.

### **3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ»**

Ο άνθρωπος στη διάρκεια της ζωής του, έχει ως σκοπό να δημιουργήσει ένα δεσμό μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού κόσμου, μιας και η ανθρώπινη ζωή είναι οργανωμένη σε επίπεδα, όπου το καθένα από αυτά χαρακτηρίζεται από ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία, τα οποία συνδράμουν στην έκφραση της ανθρώπινης ζωής και μάλιστα πρέπει να υπάρχουν σε πληθώρα (Σαρής 2001).

Στις μέρες μας η υγεία και συνάμα η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο χαρακτηρίζεται όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί από τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται από το κάθε άτομο ξεχωριστά σε συνδυασμό με τις συνθήκες που επικρατούν και συνδράμουν στην εκπλήρωση των προσωπικών αναγκών του ατόμου. Ειδικότερα, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας σε συνδυασμό με την σωματική και ψυχική ευεξία του ανθρώπου, όπως και με την κοινωνικοποίηση αυτού, αφού όλα τα παραπάνω αποτελούν βασικούς παράγοντες και συντελεστές που συνδράμουν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου (Rokeach 1973, Andrews, Whitney 1974, Campelletal. 1976).

Γενικότερα, η υγεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που εξασφαλίζει την ευημερία, αφού αποσκοπεί στην ανάπτυξη της κοινωνίας και της οικονομίας, δύο σημαντικών τομέων που οδηγούν στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου. Ειδικότερα, η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου καθορίζεται και δέχεται επιρροές από διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς, εκπαιδευτικούς, ιατρικούς, πολιτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης 1997). Συγκεκριμένα οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής (Σαρρής 2001): α) Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας β) Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες γ) Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες δ) Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες ε) Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες στ) Γεωφυσικοί παράγοντες ζ) Δημογραφικοί παράγοντες η) Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες.

#### **4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

Ένα από τα εργαλεία μέτρησης είναι ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969), ο οποίος ασχολείται κυρίως με τη λειτουργία του σώματος, κάτι το οποίο εκτιμάται από τους γιατρούς και το ιατρικό προσωπικό γενικότερα. Η βαθμολόγηση γίνεται με τη χρήση μιας ποσοστιαίας κλίμακας από το 0 έως το 100, όπου πλαισιώνονται 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας. Η βαθμολογία που έχει θεσμοθετηθεί και υλοποιείται από το γιατρό σχετίζεται με τη σωστή λειτουργία του σώματος και σε αυτή την περίπτωση βαθμολογείται με 100% και με 0%, όταν σχετίζεται με το θάνατο (Conill, Verger, Salamero 1990, Mercler, Schraub, Bransfield, Fournier 1992, Griego, Long 1984).

Επιπλέον, ο WHO (1979) προέβη στη δημιουργία ενός δείκτη λειτουργικότητας, όπου υφίσταται μια κλίμακα των 5 βαθμών και ειδικότερα η βαθμίδα 0 δείχνει την κατάσταση του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να προβεί στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων χωρίς περιορισμούς, ενώ η βαθμίδα 4 σηματοδοτεί ότι ο ασθενής βρίσκεται σε τέτοια κατάσταση που αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του και γενικότερα να κάνει το οτιδήποτε.

Επιπρόσθετα, ο δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε για την εκτίμηση της κατάστασης των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε ευαγή ιδρύματα από γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό

μέσω ενός ερωτηματολογίου έξι ερωτήσεων, που αποσκοπούν στη διερεύνηση της αυτοεξυπηρέτησης και της φροντίδας τους και μάλιστα η βαθμολόγηση γίνεται σύμφωνα με το πόσο εξαρτημένοι είναι πάνω σε θέματα καθημερινής φροντίδας. Οι ερωτήσεις που διατίθενται έχουν διαβαθμιστεί σύμφωνα με βαθμό δυσκολίας και μάλιστα αυτή η μέθοδος θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη για τους αρρώστους.

Ακόμα, ο δείκτης Spitzer (1981) διερευνά την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, αν και βρίσκει εφαρμογή και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η διερεύνηση αφορά πέντε βασικούς τομείς: α) δραστηριότητες, β) καθημερινότητα, γ) υγεία, δ) κοινωνική υποστήριξη και ε) άποψη για τη ζωή, όπου ο ασθενής μπορεί να προβεί στην βαθμολόγηση του εαυτού του ή μπορεί αυτό να γίνει από το γιατρό, ο οποίος βαθμολογεί από το 0 μέχρι το 2. Ο συγκεκριμένος δείκτης βοηθά στη διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως διαφόρων επιπέδων μίας αρρώστιας.

Επιπλέον, οι Melzack και Torgerson κατασκεύασαν το 1971 ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης για τον πόνο, αφού παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή ενός ασθενούς και μάλιστα ασκεί έντονη επιρροή σε αυτή. Το ερωτηματολόγιο που έχει συσταθεί για τον πόνο αφορά καταστάσεις που σχετίζονται με την περιγραφή καταστάσεων σχετικά με το πώς ένας άρρωστος αισθάνεται τον πόνο. Επίσης, η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980 για να μελετήσουν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από τους ασθενείς και διαθέτει αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης (Βιδάλης, Συγγελάκης 2000) και μάλιστα αποτελείται από δύο μέρη, όπου στο πρώτο μέρος αναφέρονται 38 καταστάσεις που κατηγοριοποιούνται σε έξι μέρη, τα οποία αφορούν τα εξής προβλήματα: α) ενεργητικότητα, β) πόνος, γ) συναισθηματική κατάσταση, δ) ύπνος, ε) κοινωνική αποξένωση και στ) σωματική άσκηση. Από την άλλη, το δεύτερο μέρος αφορά επτά τομείς της καθημερινής ζωής: α) εργασία, β) οικιακές εργασίες, γ) κοινωνικοποίηση, δ) διαπροσωπικές σχέσεις, ε) σεξουαλικότητα, στ) ελεύθερος χρόνος. Σε κάθε ερώτηση, ο ασθενής μπορεί να απαντήσει με ναι ή όχι και στο τέλος προκύπτει η τελική βαθμολογία μέσω ενός ειδικού συντελεστή βαρύτητας, όπου η υψηλή βαθμολογία σηματοδοτεί την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων υγείας. Βέβαια, το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, μέσω της καταγραφής εγκυρότητας μεταξύ υγιών ατόμων και ασθενών (Hunt, McEwen, McKenna 1985).

Μετέπειτα, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από τον Goldberg το 1972 και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις, όπου η πρώτη περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, η δεύτερη 30 και η τρίτη 60. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν: α) συμπτώματα που σχετίζονται με το σώμα, β) αγχώδεις διαταραχές, γ) την κοινωνική απομόνωση και δ) κατάθλιψη. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας χρησιμοποιείται συνάμα σε υγιείς και μη



πληθυσμούς και χαρακτηρίζεται από αξιοπιστία και εγκυρότητα, αν και το αρνητικό είναι ότι αποσκοπεί αποκλειστικά στη σωματική και ψυχική ευεξία αδιαφορώντας για άλλους τομείς.

Ακόμα, η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια κατασκευάστηκε το 1978 από τον Morrow και τους συνεργάτες του. Οι 45 ερωτήσεις της κλίμακας αφορούν 7 κύριους τομείς της Ποιότητας Ζωής: α) φροντίδα υγείας, β) εργασιακές σχέσεις, γ) οικιακές σχέσεις, δ) σεξουαλικότητα, ε) οικογενειακό περιβάλλον, στ) κοινωνικοποίηση και ζ) ψυχολογική κατάπτωση. Η συγκεκριμένη Κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως και από ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς, αφού έχουν διενεργηθεί κάποιες συνεντεύξεις με τους ασθενείς. Ακόμα, βρίσκει εφαρμογή σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Επιπλέον, η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας δημιουργήθηκε το 1981 από τον Bergner και τους συνεργάτες του και είναι από τα συνηθέστερα χρησιμοποιημένα όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις που σχετίζονται με τους εξής τομείς: α) της σωματικής λειτουργίας και β) της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Ειδικότερα, οι 136 ερωτήσεις σχετίζονται με την επίδραση που έχει μια ασθένεια στη συμπεριφορά και στον τρόπο δράσης ενός ατόμου και οι απαντήσεις σημειώνονται μέσω του Ναι ή του Όχι και η βαθμολογία υπολογίζεται σύμφωνα με σταθμισμένους δείκτες που έχουν τεθεί για κάθε ερώτηση (Laupacis, Muirhead, Keown 1992). Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες ασθενών, αν και λόγω μεγέθους είναι ιδιαίτερα χρονοβόρο και κουραστικό.

Τέλος, η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware για την καταμέτρηση των ψυχομετρικών προδιαγραφών σχετικά με τη σύγκριση μεταξύ υγιών και ασθενών και των θεραπευτικών μεθόδων που ακολουθούνται ανάλογα με την κατηγορία των ασθενών. Ειδικότερα, αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τους εξής τομείς: α) Σωματική λειτουργικότητα και πόνος, β) Γενική υγεία και ζωτικότητα, γ) Κοινωνική λειτουργικότητα, δ) Ψυχική υγεία. Η κλίμακα μπορεί να συμπληρωθεί από τα ίδια τα άτομα ή μέσω συνεντεύξεων που επιτελούνται με τα άτομα είτε αυτοπροσώπως είτε τηλεφωνικά για άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α και της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ο χρόνος συμπλήρωσής του απαιτεί 5 έως 10 λεπτά ενώ διαθέτει αξιοπιστία και εγκυρότητα (Wight et al, 1998, Merkus 1999, Mingardietal, 1999). Γενικότερα, παρουσιάζεται ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Tarlow, Ware, Greenfield 1989, Ware, Sherbourne 1992, McHorney, Ware, Racjek 1993).

## 5. ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η αξιολόγηση σχετικά με την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών που υλοποιούνται από τους ιατρικούς φορείς, όπως τα νοσοκομεία σχετικά με τα ποσοστά που σημειώνονται όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή θνητότητα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, δεν είναι διαθέσιμοι στην Ελλάδα. Αν και είναι εμφανής η παρουσία επιτροπών για τη διασφάλιση της ποιότητας των νοσοκομείων δεν υπάρχει μηχανισμός για τη δημόσια υποβολή στοιχείων που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας. Βέβαια, υπάρχουν κάποιοι εθνικοί φορείς, οι οποίοι ασχολούνται με την ποιότητα της περίθαλψης, αλλά επικεντρώνονται κυρίως στο να ρυθμίσουν και όχι στο να εφαρμόσουν κάποια αξιόπιστα προγράμματα για τη διασφάλιση της ποιότητας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το μείζον ζήτημα που απασχολεί γενικότερα ανησυχία είναι η πληθώρα των νοσοκομειακών λοιμώξεων, οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση συσκευών στις μονάδες εντατικής θεραπείας, όπως και ανάλογα το νοσοκομείο (Apostolou et al, 2013). Ειδικότερα, στην Ελλάδα συναντάται το εξής: η χώρα έρχεται στην πρώτη θέση όσον αφορά την κατανάλωση αντιβιοτικών φαρμάκων. Ειδικότερα, το 2015 οι νοσοκομειακές βακτηριαμιές από *Klebsiellapneumoniae* ήταν σε ποσοστό 61,9 % ανθεκτικές στις καρβαπενέμες, μια σημαντική κατηγορία αντιβιοτικών τελευταίας γραμμής για την αντιμετώπιση των βακτηριακών λοιμώξεων, ένα ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ακόμα, το 2013 θεσμοθετήθηκαν νέοι νόμοι μέσω των οποίων περιλαμβάνεται η θέσπιση ετήσιων σχεδίων δράσης, με την υποχρεωτική επιτήρηση και συνάμα την επαγγελματική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά την εφαρμογή μέτρων, προκειμένου να υπάρχει ένας σχετικός έλεγχος όσον αφορά τις λοιμώξεις, καθώς και τη χρήση των αντιβιοτικών. Η εφαρμογή της βρίσκεται σε εξέλιξη και στηρίζεται αφενός στους διατιθέμενους πόρους και αφετέρου στην προθυμία και στη ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας (ΟΟΣΑ&European Observatory on Health Systems and Policies,2017).

## 6. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η οικονομική κρίση απέβη μοιραία για όσους έμειναν άνεργοι και δεν μπορούσαν να καταβάλουν πλέον τις εισφορές, αφού η παροχή υπηρεσιών ήταν το μέγιστο 2 χρόνια κι έπειτα την παρέλευση του χρονικού αυτού διαστήματος σταματούσε αυτόματα. Η ανεργία το 2015 σημείωσε αύξηση μεγαλύτερη του 25%, κάτι το οποίο επηρέασε 2,5 εκατομμύρια άτομα. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση αυτού του κενού το 2013 και το 2014 απέβησαν θετικές, κάτι το οποίο προώθησε τη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, βάσει της οποίας κατοχυρώνεται η ελευθερία όλων των πολιτών να έχουν πλέον πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, κάτι το οποίο ισχύει όχι μόνο για τους γηγενείς αλλά και για τους πρόσφυγες και για τους μετανάστες.

Η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση όσον αφορά τον αριθμό των μεταναστών που φιλοξενεί και ειδικότερα το 2015 το ελληνικό κράτος και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις χειρίστηκαν περίπου 870.000 νέες αφίξεις, παρέχοντας διαμονή, τροφή και ιατρική βοήθεια. Η Ελλάδα αποτελεί σημείο διέλευσης και από τις αρχές του 2016, μετά το κλείσιμο των συνόρων των Βαλκανίων παρατηρείται αριθμός άνω των 62.000 ατόμων, τα οποία φιλοξενούνται σε προσφυγικούς καταυλισμούς της χώρας.

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ συνέβαλε στην παροχή βοήθειας και συνάμα προέβη στην ενίσχυση της ελεύθερης και ισότιμης πρόσβασης στους τομείς της υγείας. Κατά το παρελθόν, τα ασφαλιστικά ταμεία παρείχαν διαφορετικού είδους εισφορές και παροχές ανάλογα με το επάγγελμα του καθενός, κάτι το οποίο δημιουργούσε ανισότητες και μάλιστα έρχεται σε αντιδιαστολή με τα σημερινά δεδομένα, όπου ανάμεσα στις υπόλοιπες παροχές υγείας προστέθηκαν και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (ΟΟΣΑ&European Observatory on Health Systems and Policies,2017).

## **7. ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Στην Ελλάδα, η μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής τριπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία και είναι πλέον η δεύτερη υψηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της ΕΕ), κάτι το οποίο συσχετίζεται άμεσα με γνώμονα τα εισοδηματικά κριτήρια.

Ο κυρίαρχος παράγοντας είναι το κόστος, το οποίο σχετίζεται όχι μόνο με οικονομικές δυσκολίες που παρουσιάζονται όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες αλλά και στις μεταβολές που επέρχονται στα εισοδηματικά κριτήρια κατά διαστήματα από το κράτος. Το ποσοστό του πληθυσμού, το οποίο κάνει λόγο για μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω υψηλού κόστους υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2015 (από 4,2% σε 10,9%),ενώ ιδιαίτερα μεγάλες είναι οι ανισότητες ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα (ΟΟΣΑ&European Observatory on Health Systems and Policies,2017).

## **8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η Ελλάδα κατέχει υψηλή θέση όσον αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες στον τομέα της υγείας, αφού ο ασφαλισμένος επιβάλλεται να συμμετέχει στις υπηρεσίες που παρέχονται ιδιωτικά κι έχουν να κάνουν σε σχέση με διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, με φαρμακευτική αγωγή και επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους. Ωστόσο, υπάρχει μια μερίδα ατόμων, τα οποία εξαιρούνται από όλα αυτά λόγω των παθήσεων που έχουν ή όταν πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Επιπλέον, το 2015 αποσύρθηκε η νομοθεσία σχετικά με την επιβολή του χρηματικού ποσού των 5 EUR για πρόσβαση σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας, καθώς είχε δημιουργήσει τρομερές ανησυχίες.

Κατά κύριο λόγο όσον αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες σχετίζεται με τις άμεσες πληρωμές των ασθενών και όχι μέσω της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μια από τις βασικότερες αιτίες είναι οι λίστες αναμονής που υπάρχουν σε ορισμένες υπηρεσίες, όπως και τα ποσοστά αποζημίωσης και αμοιβών σε συμβεβλημένους παρόχους, το όριο που τίθεται μέσα στον μήνα σχετικά με τις επιτρεπτές επισκέψεις που μπορούν να υλοποιηθούν σε γιατρούς, κάτι που προδικάζει την προσφυγή στον ιδιωτικό τομέα, η υπολειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών και η προσφορά υπηρεσιών από τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων με αμοιβή (ΟΟΣΑ&European Observatory on Health Systems and Policies,2017).

## **9. ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το ελληνικό σύστημα υγείας λειτουργεί στο πλαίσιο σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών (Economouetal., 2015). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται δυσκολία στην παροχή των δημόσιων χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, όπου τα οικογενειακά εισοδήματα μειώνονται σε μεγάλο βαθμό, κάτι που καθιστά αδύνατη την πρόσβαση στις ιδιωτικές υπηρεσίες.

Βέβαια, το σύστημα ΚΑΥ συνδράμει στη συγχρηματοδότηση των υπηρεσιών του ΕΣΥ κατά 30%, αν και παρατηρείται μείωση των εσόδων του εξαιτίας των υψηλών ποσοστών ανεργίας, της αυξανόμενης ημιαπασχόλησης και των μειωμένων ημερομισθίων. Ακόμα, η μείωση της άτυπης οικονομίας της Ελλάδας σηματοδοτεί την έλλειψη καταβολής των εισφορών στα ασφαλιστικά ταμεία από τους εργαζομένους. Επιπλέον, ο προϋπολογισμός του ΕΣΥ λειτουργεί μέσα στο πλαίσιο των αυστηρών ορίων που επιβάλλονται από τους στόχους δημοσιονομικής βιωσιμότητας. Από το 2010 παρατηρείται εξορθολογισμός των δαπανών στο υγειονομικό σύστημα μέσω της μείωσης των μισθών των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα σε συνδυασμό με αυτούς που εργάζονται και στους τομείς της υγείας μέσω μιας προσπάθειας που συντελείται για μείωση του κόστους. Οι πιέσεις αυτές, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι ιδιωτικές δαπάνες είναι ήδη υψηλές και κατά πάσα πιθανότητα δεν δύνανται να διευρυνθούν περαιτέρω, δημιουργούν ορατές ανησυχίες για την επάρκεια χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, ιδίως μακροπρόθεσμα

## **10. ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Αν και έχει υλοποιηθεί πληθώρα ερευνών για την ποιότητα ζωής παρατηρούνται συνάμα και αρκετές προσεγγίσεις όσον αφορά τη συγκεκριμενοποίηση της έννοιας μέσω εννοιών, προσδιορισμών και αντιλήψεων, οι οποίες σχετίζονται με την αντικειμενική ή υποκειμενική υπόστασή της. Ήδη από το 1981, οι Najman και Levine είχαν επισημάνει την εννοιολογική σύγχυση σχετικά με τους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες της ποιότητας ζωής, όπως και την

αυθαίρετη επιλογή παραμέτρων, οι οποίες πρέπει να μετρηθούν, όπως και η έλλειψη προσοχής μεταξύ τους.

Βέβαια, στη δεκαετία του '90, σημειώθηκε σημαντική εξέλιξη όσον αφορά τους τομείς της εννοιολογίας και της μεθοδολογίας μέσω της παραδοχής των περισσότερων ερευνητών για συσχετισμό των αντικειμενικών με τις υποκειμενικές παραμέτρους. Επίσης, είναι σημαντικό να επιτευχθεί η διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων, όπως και οι διαχρονικές μελέτες, οι οποίες προβαίνουν στη σύγκριση εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας, οι οποίες είναι σχεδιασμένες με προσεκτικό τρόπο σε συνδυασμό με αυτές, οι οποίες προσπαθούν να προβούν στην εκτίμηση της ζωής, όταν ακολουθείται μια και μόνο θεραπευτική πράξη (Evansetal. 1985, Simmons,Anderson, Abress 1988, Simmonsetal. 1990).

Επιπλέον, η δειγματοληψία αποτελεί ένα ακόμα πρόβλημα, αφού οι περισσότερες μελέτες διαθέτουν πολύ μικρό δείγμα, αν και οι μεταμοσχεύσεις έχουν ενταθεί κατά πολύ την τελευταία 15ετία. Από την πλευρά τους οι Joralemon και Fujinaga (1996) έκαναν αναδρομή σε 58 μελέτες, οι οποίες διενεργήθηκαν κατά την περίοδο 1981-1995 και βρήκαν ότι ο μέσος όρος των ασθενών που έλαβαν μέρος στις έρευνες ήταν 83, ενώ το εύρος κυμαινόταν από 10 έως 859 που ήταν το μεγαλύτερο δείγμα στη μελέτη του Evansetal. (1985). Από την άλλη, το μικρό μέγεθος δείγματος που συνήθως συναντάται δε συνάδει με τον τρόπο συγκέντρωσης των στοιχείων, αφού γίνεται χρήση περιληπτικών ερωτηματολογίων, τα οποία προσκομίζονται ταχυδρομικά και περιλαμβάνουν ολιγόλεπτες συνεντεύξεις, μιας και δεν διενεργείται αναλυτική περιγραφή της ζωής των ασθενών. Ακόμα, η επιλογή του τρόπου μέτρησης και η απουσία ενός εννοιολογικού και μεθοδολογικού πλαισίου προκειμένου να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής έχει οδηγήσει σε πληθώρα μεθόδων μέτρησης των οποίων η χρήση γίνεται όταν αποσκοπάται η εκτίμηση μιας κατάστασης ή γενικότερα το επίπεδο της υγείας. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι μέσω αυτής της πληθώρας των μεθόδων μέτρησης καθίσταται αδύνατη η έλλειψη συμφωνίας και συνάμα δεν μπορεί να είναι εφικτή και σύγκριση των αποτελεσμάτων. Οι Gill και Feinstein (1994) εντόπισαν 159 διαφορετικούς τρόπους μέτρησης σε 75 επιστημονικά άρθρα, όπου οι 136 είχαν χρησιμοποιηθεί μόνο μία φορά. Βέβαια, η παραγωγικότητα των μεθόδων μέτρησης έχει μειωθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, ενώ κάποιες έχουν αρχίσει να επικρατούν και να βρίσκονται σε προτεραιότητα έναντι άλλων. Έτσι, η ποιότητα ζωής δεν σχετίζεται με κάποιο συγκεκριμένο εξωτερικό χαρακτηριστικό γνώρισμα αλλά σχετίζεται και αφογκράζεται την υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου και προσπαθεί να προσδιορίσει τους παράγοντες εκείνους που συνδράμουν στην κριτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Σαρρής,Σούλης 2001). Έτσι, είναι σημαντικό να υλοποιηθεί η καταγραφή τόσο της αντικειμενικής όσο και της υποκειμενικής χρησιμότητας μέσω της καταγραφής της αξίας που έχει μια θεραπευτική μέθοδος σε συνδυασμό με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενούς και τις ατομικές ιδιαιτερότητές του.

## 4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ»

Όταν ένα άτομο έχει τη δυνατότητα να μπορεί να διαχειρίζεται και να κατανοεί βασικές ιατρικές πληροφορίες, καθώς και τις υπηρεσίες υγείας, με απώτερο σκοπό να μπορέσει να λάβει τις δικές του αποφάσεις σχετικά με την υγεία, τότε αυτό ονομάζεται εγγραμματοσύνη υγείας (Ratzan and Parker, 2000). Οι αποφάσεις αυτές μπορεί να σχετίζονται με την προσωπική φροντίδα υγείας, με την πρόληψη ασθενειών αλλά και τη γενικότερη διασφάλιση της υγείας με σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής του κάθε ανθρώπου (Michou, 2018).

Μέχρι τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, ο όρος εγγραμματοσύνη αντικατοπτριζόταν στη δυνατότητα που είχε το άτομο να μπορεί να υπογράψει με το όνομα του και συνάμα στην ικανότητά του να διαβάζει και να γράφει. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα ελάχιστο ποσοστό ήταν αγράμματοι, ενώ στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, κάνει την εμφάνισή της η έννοια της λειτουργικής εγγραμματοσύνης, της οποίας η κατοχή είναι απαραίτητη για να μπορεί ένα άτομο να μπορεί να εργαστεί. Τις επόμενες δεκαετίες οι αυξανόμενες εργασιακές απαιτήσεις προστάζουν όλο και περισσότερη εξειδικευμένη γνώση και εκπαίδευση (Berkman, Davis and McCormack, 2010).

Ο όρος της υγειονομικής εγγραμματοσύνης διατυπώθηκε τη δεκαετία του 1970, έχοντας αυξανόμενο ρόλο στη φροντίδα υγείας αλλά και στη δημόσια υγεία γενικότερα (Sorensen et al., 2012). Αν και η υγειονομική εγγραμματοσύνη εμφανίστηκε στην Αμερική και τον Καναδά, έχει απασχολήσει διεθνώς και μάλιστα έχουν υλοποιηθεί αρκετές μελέτες στην Ευρώπη. Έτσι, η εγγραμματοσύνη υγείας έχει απασχολήσει τον επιστημονικό κόσμο, ο οποίος έχει επιδοθεί σε έρευνες (Berkman et al, 2011), και μάλιστα κάποιοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να αποτελέσει ισχυρό εργαλείο, τόσο για την βελτίωση της υγείας και της ευζωίας του κάθε ατόμου, όσο και για την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (D'Eath, 2012).

Για αρκετό καιρό η υγειονομική εγγραμματοσύνη σχετιζόταν με την κατανόηση και διαχείριση των ιατρικών κειμένων. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια σηματοδοτεί την ενεργή συμμετοχή του ατόμου στη μελέτη και τη δράση στην ιατρική πληροφορία, όπως και στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και στην κατανόηση και αντίληψη των ιατρικών οδηγιών (Sorensen et al, 2012).

### 2. ΕΠΙΠΕΔΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ

Σύμφωνα με τον Nutbeam, η εγγραμματοσύνη μπορεί να χωριστεί σε 3 επίπεδα: α) Το πρώτο είναι η βασική ή λειτουργική εγγραμματοσύνη, που σχετίζεται με τους τομείς και τις ικανότητες ανάγνωσης και γραφής, προκειμένου να ανταποκριθεί κάποιος στις ανάγκες της καθημερινότητας

αλλά και σε αυτές που συνδέονται άμεσα με την εγγραμματοσύνη. β) Η επικοινωνιακή ή διαδραστική εγγραμματοσύνη, αναφέρεται σε ανώτερο γνωστικό επίπεδο, το οποίο σε συνάρτηση με τις κοινωνικές δεξιότητες δύναται να εφαρμοστεί σε τομείς της καθημερινότητας με στόχο την εκμείωση πληροφοριών, την άντληση νοημάτων από διαφορετικές μορφές επικοινωνίας και την εφαρμογή νέων πληροφοριών για την μεταβολή καταστάσεων πάνω στην υγεία. γ) Τέλος, η κριτική εγγραμματοσύνη σχετίζεται με την κρίση και την ανάλυση των πληροφοριών προκειμένου ο καθένας να μπορεί να λάβει τις δικές του προσωπικές αποφάσεις αλλά και σχετικά με την κοινωνία (Nutbeam, 2000).

### **3. ΧΑΜΗΛΗ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΥΤΗΣ**

Η απουσία της υγειονομικής εγγραμματοσύνης έχει ως αντίκτυπο την εμφάνιση ατομικών και κοινωνικών συνεπειών. Η εγγραμματοσύνη υγείας συμβάλλει στη μείωση των υγειονομικών ανισοτήτων, ενώ ταυτόχρονα προϋποθέτει μια καλύτερη ποιότητας ζωής για το άτομο σε όλη τη διάρκεια ζωής του (Perlow, 2008). Στις μέρες μας οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες συμβάλουν στην εμφάνιση και επικράτηση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να γίνονται διακρίσεις στον τρόπο παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών (Arcayaetal, 2015).

Ακόμα, η μειωμένη εγγραμματοσύνη σηματοδοτεί την αποδυνάμωση της υγείας και συνδράμει στην εξάπλωση σοβαρών ασθενειών, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν προβλεφθεί μέσω της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας πρόληψης. Είναι εμφανές ότι η συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα δεν έχει επίγνωση της πρόληψης πάνω σε θέματα υγείας, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση και να μην μπορούν να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες και τη θεραπεία που τους προτείνεται για την καλύτερευση της υγείας τους (Carmona, 2006). Επιπλέον, πολλοί δεν καταδέχονται να μοιραστούν το πρόβλημά τους με κάποιον ειδικό ή να επισκεφτούν κάποια μονάδα υγείας μιας και κλονίζονται ψυχικά (Baker, 1996).

Τέλος η χαμηλή εγγραμματοσύνη σχετίζεται με το οικονομικό κομμάτι, αφού κάποιιοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν, ειδικά αν πρόκειται για χρόνιες ασθένειες που απαιτούν νοσηλεία πολλών ημερών (Eichler, Wieser and Brügger, 2009, Perlow, 2008). Είναι κατανοητό επομένως, πως η υψηλή εγγραμματοσύνη μπορεί να συνδράμει στην πρόβλεψη σοβαρών ή χρόνιων προβλημάτων υγείας όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, ο καρκίνος και τα διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα (Carmona, 2006).

### **4. ΣΤΟΧΟΙ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ**

Οι στόχοι της εγγραμματοσύνης είναι οι εξής: α) Η προστασία της υγείας μέσω της πρόληψης ασθενειών. β) Η κατανόηση, ερμηνεία και ανάλυση της υγειονομικής πληροφορίας. γ) Η εφαρμογή

της πληροφορίας υγείας ανάλογα την κατάσταση της υγείας. δ) Η χρήση του συστήματος υγείας. ε) Η ενεργή συμμετοχή σε συναντήσεις με επαγγελματίες υγείας. στ) Η κατανόηση και παραχώρηση συναίνεσης. ζ) Η κατανόηση και συμμετοχή σε υγειονομικά δικαιώματα (Nielsen-Bohlman, Panzer and Kindig, 2004).

Στις μέρες μας αν και έχει επιτευχθεί τεχνολογική πρόοδος παρατηρείται ότι οι άνθρωποι δεν δύνανται να την ακολουθήσουν, αφού δεν χαρακτηρίζονται από υγιείς συμπεριφορές, κάτι το οποίο διαφαίνεται και μέσα από την συμπεριφορά τους, αφού αποφεύγουν να κάνουν προληπτικούς ελέγχους και να αποβάλουν από τη ζωή τους άσχημες καθημερινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα. Αυτό βέβαια οφείλεται στο γεγονός ότι η πληθώρα αδυνατεί να προβεί στην κατανόηση και επεξεργασία των πληροφοριών υγείας. Επιπρόσθετα, το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζεται απόλυτα με την αντιληπτή κατανόηση ενός ιατρικού κειμένου. Ακόμα, στην προώθηση και επίτευξη της εγγραμματοσύνης εμπλέκονται παράγοντες, όπως τα ΜΜΕ, οι ηλεκτρονικές μορφές επικοινωνίας, η πρόοδος των διαδικτυακών τεχνολογιών και η εξ' αποστάσεως πληροφόρηση (Ratzanetal, 2000). Τέλος, η βελτίωση της εγγραμματοσύνης βρίσκεται σε συνάρτηση με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, όπως και την επιρροή που δέχεται από το οικογενειακό του περιβάλλον και το κοινωνικό γενικότερα (Manganello, 2007).

## **5. Η ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τη μελέτη του Ινστιτούτου NIVEL, η ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ πριν από χρόνια στην Ελλάδα έλαβε χαμηλή βαθμολογία (Kringosetal., 2013). Γενικότερα, η φροντίδα απουσιάζει από τις υπηρεσίες ΠΦΥ και από τα νοσοκομεία, κάτι που σηματοδοτεί την ύπαρξη πληθώρας συνεπειών και την ταλαιπωρία των πολιτών τόσο σε χρόνο αναμονής, όσο και σε σπατάληση χρηματικών πόρων για μη αναγκαίες διαγνωστικές δοκιμασίες. Ως έννοια η φροντίδα υγείας σηματοδοτεί την παρακολούθηση από το ίδιο πρόσωπο ή ομάδα μέσα στον χρόνο, σύμφωνα με το ηλικιακό επίπεδο, τα τεχνολογικά μέσα και τα προβλήματα υγείας. Η κατανόηση της φυσικής πορείας ενός νοσήματος επιτυγχάνεται μόνο μέσα από τη συνεχή φροντίδα, κάτι το οποίο δεν γίνεται αντιληπτό από όλους, οι οποίοι πολλές φορές ασχολούνται με τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Βέβαια, η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν έχει συζητηθεί στον βαθμό που θα έπρεπε, τόσο στην ακαδημαϊκή κοινότητα, όσο και στους επιστημονικούς κλάδους που συνθέτουν την ΠΦΥ στη χώρα μας. Έτσι, η ολοκληρωμένη φροντίδα δεν συνδράμει και δεν προσφέρει συνεχή φροντίδα σε ένα άτομο από την ημέρα που γεννιέται μέχρι την γήρανσή του και μάλιστα η Γενική Ιατρική ασχολείται με τη φροντίδα των ενηλίκων, χωρίς να υπολογίζει τη φροντίδα της οικογένειας, κάτι που σηματοδοτεί την αποδυνάμωσή της ειδικά σε ότι αφορά τον ελληνικό πληθυσμό. Επίσης, η ΠΦΥ στη χώρα μας υπολείπεται στις υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας, αλλά και στο



κατάλληλο μίγμα υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής υγείας, αποκατάστασης και υποστηρικτικής φροντίδας σε προχωρημένες περιπτώσεις. Ακόμα, ο οικογενειακός γιατρός δεν σχετίζεται με τα μείζονα προβλήματα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, ούτε και με τη μείωση του φορτίου νοσήματος, όπως και της αναπηρίας, στερώντας με αυτό τον τρόπο από την ΠΦΥ τη δυνατότητα γεφύρωσής της με τη δημόσια υγεία (Lionisetal., 2018).

Το έλλειμμα στην πρόσβαση δεν σχετίζεται με τη δυνατότητα μιας άμεσης επίσκεψης σε περίπτωση ανάγκης αλλά στην καταλληλότητα της πρώτης επικοινωνίας, που προϋποθέτει ένδειξη συμπίνας και ενσυναίσθησης από την πλευρά του ιατρού και γενικότερα την ανάπτυξη μιας ουσιώδους σχέσης με τον ασθενή, όπως και τη χρήση μιας γλώσσας που ενισχύει την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων (Lionis, 2015; Lionis&Shea, 2010)Τέλος, σύμφωνα με τον ΠΟΥ ο όρος «εγγραμματοσύνη υγείας» αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των προσώπων, όπως και στις κοινωνικές πηγές που ωθούν στην κατανόηση της πληροφορίας και στην κατανόηση της σημασίας αυτής, έτσι ώστε να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους. Η συζήτηση για την εγγραμματοσύνη της υγείας στην Ελλάδα δεν έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις αν και οι πρώτες δημοσιεύσεις δείχνουν ότι η εκπαίδευση έχει θετική συνάφεια με την εγγραμματοσύνη και με το ετήσιο εισόδημα (Michouetal., 2019). Η συνδρομή των υπηρεσιών ΠΦΥ όσον αφορά τη διαχείριση του κινδύνου στις περιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων, τα οποία επιφέρουν υψηλή θνησιμότητα και κόστος θα πρέπει να γίνεται με παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη μεταβολή της συμπεριφοράς σε σχέση με τους μείζονες προσδιοριστές των εν λόγω νοσημάτων, αλλά και στην επιτακτική υιοθέτηση κάποιων πρακτικών υγείας, όπως οι εμβολιασμοί.

## **6. ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ**

Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Health Literacy δημιούργησε ένα εργαλείο μέτρησης της εγγραμματοσύνης όσον αφορά τα θέματα υγείας στην Ευρώπη. Στη διάρκεια της Ευρωπαϊκής Έρευνας για την Εγγραμματοσύνη σε Θέματα Υγείας (HLS-EU), η οποία διενεργήθηκε το καλοκαίρι του 2011 έγινε συλλογή των αποτελεσμάτων της έρευνας, τα οποία προσέδωσαν δεδομένα για την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βουλγαρία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες, Πολωνία και Ισπανία). Η συγκεκριμένη έκθεση εξετάζει ότι έχει να κάνει σε σχέση με τον ελλαδικό χώρο και μάλιστα το πρόγραμμα HLS-EU έχει ως έδρα το Πανεπιστήμιο του Μάαστριχτ.

Η έρευνα διενεργήθηκε τον Ιούλιο του 2011 από την εταιρία TNS σε όλες τις χώρες του προγράμματος και σχεδιάστηκε σύμφωνα με το μοντέλο της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας, όπου χρησιμοποιήθηκαν 47 ερωτήσεις για θέματα υγείας και 39 ερωτήσεις σχετικά με τις

επιπτώσεις στην υγεία και τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Στην Ελλάδα η έρευνα έγινε με τη μορφή ICAP από την TNS και πραγματοποιήθηκαν 1.000 συνεντεύξεις.

Αρχικά δόθηκαν ποσοτικά δεδομένα από την TNS ξεχωριστά για κάθε χώρα και δόθηκαν κάποιες επισημάνσεις για συσχετισμούς, ενώ η πλήρης συγκριτική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τους συνεργάτες της Αυστρίας, τους καθηγητές J. Pelikan και F. Röthlin από το Ινστιτούτο Ludwig Boltzmann στη Βιέννη. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στις συγκριτικές αναλύσεις ανάμεσα στις συμμετέχουσες χώρες αναφορικά με τα ευρήματα που σχετίζονται με τις εθνικές ιδιαιτερότητες ως προς την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας.

Η συνολική κατανομή της γενικής εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας, δείχνει ότι 55% του ελληνικού δείγματος κατέχει πλήρη και επαρκή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας, ενώ το υψηλότερο ποσοστό σημείωσαν οι Κάτω Χώρες (71%) και το χαμηλότερο (38%) η Βουλγαρία του. Το ελληνικό δείγμα των 1.000 συμμετεχόντων αποτελείται από 50,3% άνδρες και 49,7% γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 46 έτη. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο το 32% ανήκει από το Επίπεδο 0, δηλαδή προ-πρωτοβάθμια εκπαίδευση μέχρι το Επίπεδο 2, όπου ανήκει η χαμηλότερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 40% στο Επίπεδο 3, όπου είναι κάτοχοι ανώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευση και το 28% στο Επίπεδο 4, όπου ανήκει η μετα-δευτεροβάθμια εκπαίδευση μέχρι το Επίπεδο 6, όπου ανήκουν όσοι είναι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 43% δεν έχει παιδιά, ενώ το 73% συζεί με άλλα άτομα. Μεταξύ των δύο φύλων δεν υπάρχουν διαφορές, αφού οι νεαρές ηλικίες έχουν μεγάλη αυτοπεποίθηση και το 76% του πληθυσμού πιστεύει είναι υγιής, ενώ 74% θεωρεί ότι είναι εύκολο να βρει πληροφορίες για μια νόσο και μάλιστα οι πιο χαμηλές επιδόσεις εντοπίστηκαν στους ανέργους (65%), στους συνταξιούχους (58%), σε αυτούς που δυσκολεύονται να πληρώσουν τους λογαριασμούς τους (57%), σε αυτούς με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (49%), σε αυτούς που βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση υγείας (50%), σε αυτούς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (57%), σε άτομα ηλικίας άνω των 55 (53%), σε χήρους (50%), και σε αυτούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (36%).

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική πρωτογενής μελέτη για να μπορέσει να διερευνηθεί το επίπεδο της ψηφιακής εγγραμματοσύνης και της εγγραμματοσύνης υγείας μέσω της μετάφρασης και με τη χρήση ερωτηματολογίων OHIS, eHEALS και HLS-EU. Η μελέτη διενεργήθηκε σε 236 άτομα, τα οποία προσήλθαν στο ΚΥ Κορωπίου και επιλέχθηκαν ανάμεσα σε εκείνους που πραγματοποίησαν τακτική αιμοληψία με τυχαία δειγματοληψία και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 92,8% των ερωτηθέντων χρησιμοποιεί το Ίντερνετ και μάλιστα 95,4% κάνουν χρήση αυτού για αναζήτηση πληροφοριών υγείας, όπου 59,3% πραγματοποίησε αναζήτηση τουλάχιστον μια φορά το μήνα, ενώ 58,9% έχουν ρωτήσει το γιατρό τους σχετικά με πληροφορίες που βρήκαν στο

διαδίκτυο. Ακόμα, το είδος της πληροφορίας που αναζητήθηκε περισσότερο ήταν τα συμπτώματα (81,3%) και ακολούθησαν η ασθένεια (70,8%) και οι πληροφορίες για υπηρεσίες υγείας (62,2%).

Ο λόγος της αναζήτησης επικεντρώθηκε περισσότερο στην αναζήτηση και επιλογή ιατρού ή μονάδας υγείας (52,2%) και η εμφάνιση συμπτωμάτων ή η πρόθεση αλλαγής επιβλαβών συνηθειών (45,5%). Οι δημοφιλέστερες πηγές ανεύρεσης ήταν οι ιστοσελίδες για την υγεία (61,7%) και οι διαδικτυακές εγκυκλοπαίδειες (50,7%). Η ανάλυση με τη μέθοδο ANOVA κατέδειξε ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών μεταβλητών με τους διάφορους παράγοντες υγείας. Με τη χρήση της πολλαπλής συσχέτισης επιβεβαιώθηκε πως η νεαρή ηλικία, η συχνή χρήση του Ίντερνετ, η συχνότητα ανεύρεσης πληροφοριών υγείας στο διαδίκτυο, καθώς και τα περισσότερα από τα είδη των πληροφοριών υγείας που αναζητούνται διαδικτυακά, αποτελούν θετικούς προγνωστικούς παράγοντες για τα υψηλά επίπεδα ψηφιακής εγγραμματοσύνης υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Όλες οι συσχετίσεις είχαν συντελεστή σημαντικότητας  $p < 0.005$ .

Η ψηφιακή εγγραμματοσύνη υγείας στους ασθενείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρουσιάζεται αυξημένη κυρίως σε νεαρής ηλικίας άτομα και στις μέσης ηλικίας, οι οποίοι μοιράζονται τις πληροφορίες με τους γιατρούς τους, οι οποίοι τις λαμβάνουν υπόψη τους σε ικανοποιητικό βαθμό και μάλιστα οφείλουν να προβούν σε ενέργειες για να ενισχυθεί η χρήση των ψηφιακών μέσων για την προαγωγή και πρόληψη της υγείας.

Οι Chen et al, 2018, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της εγγραμματοσύνης στον τομέα της υγείας, της χρήσης πηγών πληροφοριών για την υγεία και την εμπιστοσύνη στις πηγές πληροφοριών για την υγεία. Αυτή η μελέτη αντιμετώπισε κενά στην προηγούμενη βιβλιογραφία από την εξέταση της τάσης του ενήλικου πληθυσμού των Η.Π.Α., συμπεριλαμβάνοντας ένα ευρύ φάσμα πηγών και με τη διάκριση μεταξύ διαφορετικών τύπων διαδικτυακών πηγών. Προσδιόρισαν ωστόσο, τις πηγές πληροφοριών για την υγεία που χρησιμοποιήθηκαν και εμπιστεύθηκαν άτομα με διαφορετικά επίπεδα παιδείας για την υγεία και εξέτασαν τις σχέσεις μεταξύ της υγείας των ανθρώπων με γνώση γραφής. Οι συμμετέχοντες ήταν πιθανότερο να λάβουν πληροφορίες για την υγεία από τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκόμες, οικογένεια, ιατρικές ιστοσελίδες, διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης, ειδικοί γιατροί και φίλοι, σε αυτή η παραγγελία. Προηγούμενες μελέτες ανέφεραν επίσης ότι οι επαγγελματίες υγείας και το Διαδίκτυο ήταν το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο ως πηγή για πληροφορίες για την υγεία και οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν ο πιο αξιόπιστη πηγή (Kelley, Su, & Britigan, 2016; Poínhos et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, Υπήρχαν σημαντικές έμμεσες επιπτώσεις της εγγραμματοσύνης στην υγεία, στη χρήση μέσω της εμπιστοσύνης για επτά πηγές: ειδικοί γιατροί, οδοντίατροι, τηλεόραση, κοινωνικά μέσα, ιστολόγια ή ιστοσελίδες διασημοτήτων, φίλους και φαρμακευτικές εταιρείες. Η υψηλότερη παιδεία στον τομέα της υγείας συνδέθηκε έμμεσα με μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης ειδικών γιατρών ( $ab = 0,04$ ,  $SE = 0,02$ ,  $p = 0,16$ ) και οδοντιάτρων ( $ab = 0,09$ ,  $SE = 0,03$ ,  $p = .002$ ) για

πληροφορίες σχετικά με την υγεία μέσω υψηλότερων επιπέδων εμπιστοσύνης. Πιο ψηλά, η παιδεία για την υγεία συνδέθηκε έμμεσα με τη χαμηλότερη πιθανότητα χρήσης τηλεόρασης ( $ab = -0.10, SE = 0,03, p = .006$ ), μέσα κοινωνικής δικτύωσης ( $ab = -0.11, SE = 0,04, p = .002$ ), ιστολόγια ή ιστοσελίδες διασημοτήτων ( $ab = -0.07, SE = 0,03, p = .025$ ), φίλοι ( $ab = -0,08, SE = 0,04, p = .027$ ) και φαρμακευτική εταιρείες ( $ab = -0,09, SE = 0,04, p = .013$ ) μέσω χαμηλότερων επιπέδων εμπιστοσύνης, Xuwei Chena et al., 2018, «Health Literacy and Use and Trust in Health Information», HHS Public Access, pp 7. Οι Yoon-Sook Kim et al, 2020 πραγματοποίησαν μια συγκριτική μελέτη που περιελάμβανε πριν και μετά τις δοκιμές αναλύοντας την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού υλικού για την ασφάλεια των ασθενών που αναπτύχθηκε και για τα ολοκληρωμένα σχέδια για την Ασφάλεια Ασθενών στην Κορέα (2018-2022) και τέλος να προταθεί να βελτιώσουν την παιδεία στην ασφάλεια των ασθενών. Μια προσωπική συνέντευξη έρευνας που περιλάμβανε στοιχεία που σχετίζονται με γενικές πληροφορίες και την ασφάλεια των ασθενών, διενεργήθηκε σε πρώτη φάση. Η εγγραμματοσύνη ολοκληρώθηκε από 217 ασθενείς και τις οικογένειές τους που επισκέφτηκαν τρία γενικά νοσοκομεία στη Σεούλ και ένα γενικό νοσοκομείο στο Gyeonggi-do για θεραπεία μεταξύ 25 Οκτωβρίου και 15 Νοεμβρίου 2019. Στη συνέντευξη, οι ασθενείς ρωτήθηκαν σχετικά με το εάν η ασφάλεια του ασθενούς είναι εκπαιδευτική και αν τα υλικά ήταν «εύκολα κατανοητά», παρείχαν «βοήθεια στην ασφαλή νοσηλεία». Στη συνέχεια, επέτρεψαν στους ασθενείς να εξασκήσουν την ασφάλεια του ασθενούς ανεξάρτητα ("κάντε το μόνοι σας"). Η εγγραμματοσύνη της εκπαίδευσης για την ασφάλεια των ασθενών αναλύθηκε στατιστικά, χρησιμοποιώντας ένα ζεύγος t-test με τιμή  $p < 0,05$ . Η σύγκριση των ασθενών πριν και μετά τις δοκιμές αποκάλυψε ότι μεταξύ όλων των συμμετεχόντων, υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες: "εύληπτες", "βοήθεια στην ασφαλή νοσηλεία" και "κάντε μόνοι σας". Για τη βελτίωση της παιδείας για την ασφάλεια των ασθενών, το υλικό εκπαίδευσης των ασθενών πρέπει να βελτιστοποιήσει την επικοινωνία έως την εδραίωση στη βελτίωση των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των στάσεων των ασθενών για τη διατήρηση και την προώθηση της υγιούς ζωής. Οι Benjamin Smith et al, 2019 σε άρθρο τους επισήμαναν ότι η «φορητή υγεία», ή το mHealth, είναι η εφαρμογή ψηφιακών υπηρεσιών υγείας με κινητές συσκευές και φορητές συσκευές, και έχει πολλές δυνατότητες ενίσχυσης της αυτοδιαχείρισης των χρόνιων παθήσεων, ιδιαίτερα παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (π.χ. έλεγχος της αρτηριακής πίεσης). Παραμένει ασαφές, ωστόσο, εάν τέτοιες τεχνολογίες μπορούν να βελτιώσουν τα καρδιαγγειακά αποτελέσματα. Το πιο σημαντικό, το mHealth αντιμετωπίζει την πρόσθετη πρόκληση, τη ψηφιακή παιδεία για την υγεία, η οποία απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες συμπληρωματικές προς τη γενική. Οι πληθυσμοί που κινδυνεύουν με περιορισμένη εγγραμματοσύνη στην υγεία είναι εξίσου ευάλωτοι στις προκλήσεις του ψηφιακού εγγραμματος για την υγεία. Προσδιόρισαν τέτοιες προκλήσεις και περιέγραψαν λύσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης σε ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και η χρήση τους για άτομα με

περιορισμένο ψηφιακή εγγραμματοσύνη της υγείας. Παρουσίασαν εντούτοις, μια «ψηφιακή καθολική προφύλαξη» 18 σημείων ως εντολή για οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης προς την αντιμετώπιση και τη διευκόλυνση της εγγραμματοσύνης της ηλεκτρονικής υγείας. Καθώς τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης αυξάνονται όλο και περισσότερο, προωθώντας mHealth μέσω της παράδοσης on-line υλικού, αντιμετωπίζεται η πρόκληση της διασφάλισης, ότι οι ψηφιακές υπηρεσίες υγείας και το περιεχόμενο είναι διαθέσιμα σε όλους τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τους Xuewei Chen et al, 2019, οι κάτοικοι της υπαίθρου μπορεί να έχουν χαμηλότερη πρόσβαση και χρήση συγκεκριμένων πηγών πληροφοριών για την υγεία σε σχέση με τους κατοίκους των πόλεων. Διερεύνησαν τις διαφορές στην πρόσβαση και τη χρήση πηγών πληροφοριών μεταξύ αγροτικών και αστικών ενηλίκων των Η.Π.Α. και εάν το χαμηλό επίπεδο παιδείας μπορεί να επιδεινώσει την αγροτική περιοχή και αν υπάρχουν ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση πληροφοριών για την υγεία. Εξακόσιοι συμμετέχοντες (50% αγροτικοί) ολοκλήρωσαν μια διαδικτυακή έρευνα σχετικά με την πρόσβαση και τη χρήση από 25 πηγές πληροφοριών για την υγεία. Χρησιμοποίησαν στη συνέχεια μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για να δοκιμάσουν συσχετισμούς μεταξύ των αγροτών και πρόσβαση και χρήση πηγών πληροφοριών για την υγεία και κατά πόσο αλληλεπιδρά με το επίπεδο της εγγραμματοσύνης στην υγεία που διέθεταν σε σύγκριση με τους αστικούς κατοίκους. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι κάτοικοι της υπαίθρου είχαν χαμηλότερη πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγεία από πηγές, συμπεριλαμβανομένων παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ειδικών γιατρών, ιστολογίων και περιοδικών και λιγότερο χρήση μηχανών αναζήτησης. Μετά τη στατιστική συσχέτιση, οι κάτοικοι της υπαίθρου είχαν χαμηλότερα επίπεδα πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς από τους κατοίκους των πόλεων. Οι κάτοικοι της υπαίθρου με περιορισμένη εγγραμματοσύνη στην υγεία είχαν χαμηλότερη πρόσβαση σε μέσα μαζικής ενημέρωσης και επιστημονική βιβλιογραφία.

## **7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η πορεία της έρευνάς μας χρησιμοποίησε πληθώρα πηγών και εργαλείων. Επιχειρώντας μια προσέγγιση της έννοιας ενδυνάμωσης, αναφερθήκαμε στην έννοια της υγείας μέσω μιας μικρής ιστορικής αναδρομής και καταλήξαμε στην απόδοση ορισμού από τον Π.Ο.Υ. όπου υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Ο ορισμός αυτό διακρίνει τρεις μεταβλητές που προσδιορίζουν την έννοια της υγείας: α) την σωματική ευεξία, β) την ψυχική ευεξία και γ) την κοινωνική ευεξία. Συνεπώς, η ύπαρξη νόσου, σχετίζεται όχι μόνο με σωματικούς παράγοντες, αλλά και ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, που απαιτούν ειδική μεταχείριση. Ακόμα, η συμμετοχή και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της κατάστασης της υγείας του. Επίσης, αναφερθήκαμε η συσχέτιση του όρου

υγεία με την ποιότητα ζωής, αντανακλά τον δείκτη ευημερίας και ευεξίας του ατόμου. Επομένως, το μέλλον διαγράφεται θετικό, αφού οι ασθενείς θα επιδιώκουν καλύτερη πληροφόρηση, που θα τους επιτρέψει να προβούν σε συνειδητές αποφάσεις, μέσω ενός ικανοποιητικού μετασχηματισμού της υγειονομικής περιθάλψης σε φροντίδα προστιθέμενης αξίας.

## 8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις μας θα κινηθούν στο πλαίσιο της ενδυνάμωσης του ασθενούς, στις παραμέτρους που το προσδιορίζουν, καθώς και στο ιδιαίτερα κρίσιμο ερώτημα της πρακτικής εφαρμογής και της θετικής συνεισφοράς της ενδυνάμωσης στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τις προτάσεις αναμόρφωσης και αλλαγής, η αναφορά πλέον σε ασθενείς χρόνιων νοσημάτων, όπως ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος σηματοδοτεί ότι οι ασθενείς αυτοί είναι υποχρεωμένοι να ζήσουν με την νόσο τους και να αλλάξουν την καθημερινότητά τους. Η εμπειρία έχει δείξει ότι η ενασχόληση των επαγγελματιών της υγείας με κάποιον ασθενή περιορίζεται σε κάποιες ώρες ανά μήνα/ έτος κλπ., αν και η φροντίδα για την υγεία του δεν μπορεί να δέχεται περιορισμούς κι έχει διάρκεια μια ολόκληρη ζωή.

Η διαδικασία της ενδυνάμωσης ενέχει τρεις θεμελιώδεις παραμέτρους: την πληροφόρηση, την επικοινωνία και την εκπαίδευση. Αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής είναι ο ασθενής να έχει την γνώση, τις ικανότητες και την αυτοπεποίθηση να διαχειρίζεται την υγεία του και την φροντίδα αυτής, καθώς και να επιλέγει ένα υγιεινό τρόπο ζωής, να παίρνει αποφάσεις ύστερα από ενημέρωση και προσωπική αντίληψη σχετικά με την θεραπεία και την φροντίδα του, να ακολουθεί την θεραπευτική αγωγή, να βιώνει λιγότερες παρενέργειες και να χρησιμοποιεί λιγότερο το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι προτάσεις μας θα πρέπει να καλύπτουν τις επιμέρους ανάγκες των ασθενών για καλύτερη γνώση και κατανόηση της κατάστασής τους, της θεραπείας, της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, της φαρμακευτικής αγωγής, των τεχνικών διαχείρισης της νόσου και πρόληψής της, και των ομάδων υποστήριξης. Επίσης, θα πρέπει να καλυφθεί και η ανάγκη για καθοδήγηση και στήριξη από τους επαγγελματίες της υγείας. Η επιθυμητή αλλαγή στο ήδη υπάρχον σύστημα θα πρέπει να προκύψει μέσω της συμμετοχής των ίδιων των ασθενών.

Επομένως, η λύση που προτείνουμε είναι η συνείδηση και πειστικότητα των γιατρών για συνεργασία σε ύψιστο βαθμό και συνάμα να προσπαθήσουν οι ασθενείς να επιμορφωθούν όσον αφορά τα νοσήματα και την πρόληψή τους. Έτσι, πρέπει να υιοθετηθεί μια πιο ολιστική στρατηγική, ένα μοντέλο διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων που θα οδηγεί στην ενδυνάμωση ως διαδικασία και ως αποτέλεσμα. Τέλος, το ιατρικό σύστημα οφείλει να προσφέρει στήριξη για αυτο-διαχείριση, σχεδιασμό για το σύστημα διανομής, στήριξη για τη λήψη αποφάσεων και συστήματα κλινικής ενημέρωσης.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΑΘΕΣΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ 2

Αντικείμενο έρευνας	Χρόνος υλοποίησης	Φορέας υλοποίησης
«Health Literacy and Use and Trust in Health Information», HHS Public Access, pp 7.	2018	Department of Community Health and Health Behavior, University at Buffalo, 3435 Main St. Buffalo, NY 14214, USA
«Αξιολόγηση υγείας από ευρωπαϊκούς λαούς».	2017	EUROSTAT
«Προσδόκιμο ζωής στον ελλαδικό χώρο».	2017	EUROSTAT
«Αιτίες θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνος».	2000 και μετά	Economou, C. et al. (2017), “Greece: Health System Review”, Health Systems in Transition, in press, EUROSTAT 2017
«Θάνατοι από αυτοκτονίες».	2000-2008 2009-2014	Economou, C. et al. (2017), “Greece: Health System Review”, Health Systems in Transition, in press, EUROSTAT 2017
«Θάνατοι από τροχαία ατυχήματα».	2009	Economou, C. et al. (2017), “Greece: Health System Review”, Health Systems in Transition, in press, EUROSTAT 2017
«Θάνατοι από Ηπατίτιδα Β&C,	2016	Economou, C. et al. (2017), “Greece: Health System Review”, Health

κατάθλιψη, διαβήτη και υπέρταση».		Systems in Transition, in press, EUROSTAT 2017
«Ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα».	2015	Ινστιτούτο Μέτρησης και Αξιολόγησης Υγείας
«Ασθένειες που οφείλονται στο αλκοόλ».	2014	Economou, C. et al. (2017), “Greece: Health System Review”, Health Systems in Transition, in press, EUROSTAT 2017
«Ασθένειες που οφείλονται στην παχυσαρκία».	2014	Economou, C. et al. (2017), “Greece: Health System Review”, Health Systems in Transition, in press, EUROSTAT 2017
«Έρευνα HLS Εγγραμματοσύνης».	2011	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
«Ψηφιακή εγγραμματοσύνη ασθενών Πρωτοβάθμιας υγείας».	2020	Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) 1 η ΥΠΕ/ Κ.Υ. Κορωπίου/Μικροβιολογικό εργαστήριο.
Xuwei Chena et al., «Health Literacy and Use and Trust in Health Information»	2018	HHS Public Access
Yoon-Sook Kim et al., «How to Improve Patient Safety Literacy»?	2020	International Journal of Environmental Research and Public Health



Benjamin Smith et al, «New technologies, new disparities: the intersection of electronic health and digital health literacy»	2019	HHS Public Access
Xuewei Chen et al, «Differences in Rural and Urban Health Information Access and Use»	2019	HHS Public Access

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ✓ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αλουμανή Αντωνοπούλου Λ. (1987). Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Αναπτυγμένου Κόσμου. Αθήνα: Σύγχρονα Θέματα.
- Apostolopoulou, E., et al. (2013), “Surveillance of Device-associated Infection Rates and Mortality in 3 Greek Intensive Care Units”, *American Journal of Critical Care*, Vol. 22(3), pp. e12-20. (2002). Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης. Αθήνα: ΙΚΑ.
- Βιδάλης Α, Συγγελάκης Μ. (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτης*: 4: 39-42.
- Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ., (1994), «Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., (επιμ.), «Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Δεδούκου, Ξ. και συν. (2011), «Νοσοκομειακές λοιμώξεις: Εθνικό σχέδιο δράσης Προκρούστης, τα πρώτα αποτελέσματα και το επόμενο βήμα», *ΚΕΕΛΠΝΟ E-bulletin*, <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=1016>
- Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., Κοντός Δ., (2001), «Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του Λεκανοπεδίου Αττικής», στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., (επιμ.), «Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα: (έκδ. ιδίων συγγραφέων).
- Καραδήμας Ε. (2005): Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Economou, E. et al., (2015). The impact of the Economic Crisis on the Health System and Health in Greece, in A. Maresso et al. (eds.), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience*”, WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., (1994), «Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., (επιμ.), «Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

- Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ. Θεωρητικό Υπόβαθρο. Σύγχρονες Πρακτικές. Αθήνα: Εκδόσεις Γ. Μπένου.
- Liaropoulos L., (1995), Health services financing in Greece: a role for private health insurance, *Health Policy* 34:53-62.
- Kawabata K., (2001), “A framework for health systems performance assessment”, in: Kyriopoulos J., Beazoglou T., Heffley D., (eds.), “Health economics in the new era”, Exandas, Athens.
- Lionis, C., Petelos, E., Papadakis, S., Tsiligianni, IG., Anastasaki, M., Angelaki, A., et al.. Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: Experiences from Crete. *Public Health Panorama* 2018, 4:491–735.
- Οικονόμου, Χ., Καραλής, Γ. και Κυριόπουλος, Γ. (2001). «Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα: Μια απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου», στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ. και Οικονόμου, Χ. (επιμ.), Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Lionis, C. Why and how is compassion necessary to provide goodhealthcare? Comments from an academic physician commenton “why and how is compassion necessary to provide goodquality healthcare?”. *Int J Health Policy Manag* 2015, 4:771–772.
- Michou, M., Panagiotakos, D., Lionis, C., Costarelli, (2018). Εγγραματοσύνη της υγείας & της διατροφής: Ο ρόλος της χρόνιας πάθησης.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ.(1995): Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Σαρρής Μ (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
- Σουρτζή Π.(1998): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10(4):179-185
- Τούντας Γ.(2000): Κοινωνίακαι Υγεία, Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικάτης Υγείας. *ΝέαΥγεία*: 36: 4-7.
- Yfantopoulos J. (2001a). The "Social" Quality of Life. *Archives of HellenicMedicine*: 18: 108-113.
- Yfantopoulos J. (2001b). Quality of Life and QALYs in the measurement ofhealth. *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 114-130.
- Anderson RM, Funnell MM (2002) Using the empowerment approach to help patients change behavior, *American Diabetes Association*

## ✓ ΔΙΕΘΝΗΣ

- Andrews F, Whitney S B. (1974). Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality. New York: Plenum Press.
- Arcaya, M., Arcaya, A. and Subramanian, S. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), p.27106.
- Armstrong, M. (2003), A Handbook of Human Resource Management Practice (9th ed). London: Kogan.
- Baker F, Intagliata J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*: 5: 69-79.
- Baker, D. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5(6), pp.329-334.
- Berkman, N., Davis, T. and McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It?. *Journal of Health Communication*, 15(sup2), pp.9-19.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D. and Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), p.97.
- Bergner M, Bobbit R A, Carter W B, Gilson B S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*: 19: 787-805.
- Blanchard, K., Carlos J., Randolph, A. (1999). The 3 keys to empowerment. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Boulogne J. (2001): Medical myths and notions in Ancient Greece, *Med Nowozytna*; 8(2):33-52.
- Bowen D. E., Lawler, E. E. (1992). The Empowerment of Service Workers: Why, How and When?. Sloan Management Review; Spring.
- Bowling A. (1997). Measuring health: a review of quality of life measurement scales. UK: Open University Press.
- Campbell A, Converse PE, Rodgers W L. (1976). The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction. New York: Russell Sage Foundation.
- Carmona, R. (2006). Health literacy: A national priority. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), pp.803-803.
- Conger, J. A., Canungo R. A. (1988): The Empowerment process: Integrating Theory and Practice. *Academy of Management Review*; 13(3).

- Conill C, Verger E, Salamer M. (1990). Performance status assessment in cancer patients. *Cancer*: 65: 1864-1866.
  - Coulter A., Ham C., (eds.), (2000), "The global challenge of health care rationing", Open University Press, Buckingham.
  - Darby C., Valentine N., Murray C., de Silva A., (2000), "Strategy on measuring responsiveness", World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No 23).
  - D'Eath, M., Barry, M.M., Sixsmith, J. (2012). A rapid evidence review of interventions for improving health literacy. *Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control*
  - ECDC (2016). *Systematic Review on Hepatitis B and C Prevalence in the EU/EEA*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
  - ECDC (2017). *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- Eichler, K., Wieser, S. and Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), pp.313-324.
- Eriksson I., Undén A. L., Eloffson S., (2001), "Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study", *International Journal of Epidemiology*, 30: 326-333.
  - European Commission (1998), "Citizens and health systems: Main results from a Eurobarometer survey", Luxembourg.
  - Eurostat, (1997), "Self-reported health in the European Community. Statistics in focus, populations and social conditions", Luxembourg.
  - Fylkesnes K., Forde O.H., (1991), "The Tromsø study: predictors of self-evaluated health: has society adopted the expanded health concept?" *Social Science and Medicine*, 32: 141-14.
  - Gakidou E., Murray CJL., Frenk J., (2000), "Measuring Preferences on Health System Performance Assessment", World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No.20).
  - Ham C., Honigsbaum F., (1998), "Priority setting and rationing health services", in: Saltman R., Figueras J., Sakellariades C., (eds.), "Critical challenges for health care reform in Europe", Open University Press, Buckingham.
  - Hamonet C., Magalhaes T. (2001): The notion of health, *Presse Med.* 2001; Mar 31; 30(12):587-90.

- Heistaro S., Jousilahti P, Lahelma E., Vartiainen E., Puska P., (2001), “Self-rated health and mortality: a long-term prospective study in eastern Finland”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 227-232.
- Holden, P. (1998), *The Excellent Manager's Companion*. Aldershot, Hamshire: Gower Publishing.
- Hunt S M, Mc Ewen J. (1980). The development of a subjective health indicator. *Sociology of Health and Illness*: 2: 231-246.
- Hunt S M, McEwen J, McKenna S P. (1985). Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*: 35: 185-188.
- Idler E.L., Kasl S., (1991), “Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?”, *Journal of Gerontology*, 46: 55-65.
- IHME (2026), “Global Health Data Exchange”, Institute for Health Metrics and Evaluation, available at <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Jylha M., Leskinen E., Alanen E., Leskinen A.L., Heikkinen E., (1986), “Self-rated health and associated factors among men of different ages”, *Journal of Gerontology*, 41: 710-717.
- Karnaghan, K., Borins, S. F., Marson, B. (2000). *The New Public Organization*. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.
- Karnofski D A, Burchenal J H. (1969). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents. In: McLeod, (eds), *Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. New York: Columbia University Press.
- Katz S T, Ford AB, Mosowitz R W, Jackson BA, Jaffe M W. (1963). Studies of illness in the aged. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*:185: 914-919.
- Khushf G.(2007) : An agenda for future debate on concepts of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy* 10:19–27.
- Kinlaw, D. C. (1995). *The Practice of Empowerment: Making the Most of Human Competence*. Aldershot, Hamshire: Gower Publishing.
- Kovacs J.(1998): The concept of health and disease, *Medicine, Health Care and Philosophy* 1: 31–39.
- Krause N.M., Jay G.M., (1994), “What do global self-rated health items measure?” *Medical Care*, 32: 930-942.
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. et al.. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *BrJGenPract* 2013, 63:e742–e750

- LaRue A., Bank L., Jarvik L., Hetland M., (1979), “Health in old age: how do physicians’ ratings and self-ratings compare?”, *Journal of Gerontology*, 34: 687-91.
- Laupacis A, Muirhead N, Keown P. (1992). A disease specific questionnaire for assessing quality of life in patients on haemodialysis. *Nephron*: 60: 302-306.
- Law I., Widdows H. (2007): *Conceptualising Health : Insights from the Capability Approach Health Care Anal* DOI 10.1007/s10728-007-0070-8 Springer Science Business Media, LLC 2007
- Manganello, J. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), pp.840-847.
- Mc Call W V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*: 2: 229-248.
- McCallum J., Shadbolt B., Wang D., (1994), “Self-rated health and survival: a 7-year follow-up study of Australian elderly”, *American Journal of Public Health*, 84: 1100-1105.
- McHorney C A, Ware J E, Racjek A G. (1993). The MOS 36 item short form health survey II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. *Medical Care*: 31: 247.
- Melzack R, Torgerson W S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*:34: 50-55
- Mercler M, Schraub S, Bransfield B, Fournier A. (1992). Acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life Research*: 1: 53-61.
- Merkus MP. (1999). Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study Group on the adequacy of dialysis. *NECOSAD Study Group. Kidney International*: 56: 720-728
- Mingardi G, Cornalba L, Cortinovic E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G.(1999). Health - related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *DIAQOL Group. Nephrology Dialysis Transplantation*: 14: 1503-1510.
- Mordancy R. (1995): Health as an analogical concept, *J Med Phil’s Oct*; 20(5):475-97.
- Marrow G R, Cigarillo R J, Derogates L R. (1978). A new scale for assessing patients’ psychological adjustment to medical illness. *Psychological Medicine*: 8:605-610.
- Mossialos, E. and Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union* Copenhagen: Observatory on Health Systems and Policies
- Murray C., Frenk J., (1999), “A WHO framework for health system performance assessment”, *GPE Discussion Paper Series No 6*, WHO, Geneva.
- Nelson, D. L., Quick, C. (2006). *Organizational behavior: Foundations, realities, and challenges (5th ed)*. Mason, Ohio: Thomson/SouthWestern.

- Nielsen- Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2005). Health literacy: a prescription to end confusion.. *Choice Reviews Online*, 42(07), pp.42-4059-42-4059.
- Nordenfelt L (2007): The concepts of health and illness revisited, *Medicine, Health Care and Philosophy* 10:5–10.
- Nutbeam D (1998) Health promotion glossary. Health Promotion International .
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), pp.259-267
- OECD (1999), “An assessment of health system performance across OECD countries”, OECD DEELSA/ELSA/WPI 3.
- Perlow, E. (2008). Accessibility: Global Gateway to Health Literacy. *Health Promotion Practice*, 11(1), pp.123-131.
- Prager E., Walter-Ginzburg A., Blumstein T., Modan B., (1999), “Gender differences in positive and negative self-assessments of health status in a national epidemiological study of Israeli aged”, *Journal of Women Aging*, 11: 21-41.
- Ratzan, S. & Parker, R., & Selden, C & Zorn, Marcia. (2000). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, MD: *National Institutes of Health*.
- Rokeach J. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press/Macmillan.
- Rutten G (2005) Diabetes patient education: time for a new era. *Dianetic Medicine National Institute for Health and Clinical Excellence(2009) National Institute for Health and Clinical Excellence Guidance 87. Type 2 diabetes: the management of type 2 diabetes (partial update)*.
- Sadana R., Mathers C., Lopez A., Murray C., Iburg K., (2000), “Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status”, World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No 15).
- Saracci R.(1997) The world health organisation needs to reconsider its definition of health, *BMJ*; 314:1409.
- Schramme T (2007) : Lennart Nordenfelt’s theory of health: Introduction to the theme *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10:3–4.
- Shea,S., Lionis C. Restoring humanity in health care through the art of compassion: An issue for the teaching and research agenda in rural health care. *Rural Remote Health* 2010, 10:1679.



- Shibuya K., Hashimoto H., Yano E., (2002), “Individual income, income distribution and self-rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample”, *British Medical Journal*, 324: 16-23.
- Silva de A., Valentine N., (2000), “Measuring Responsiveness: Results of a key informants survey in 35 countries”, World Health Organization, Geneva, (GPED discussion Paper Series: No. 21).
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. and Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1).
- Spitzer W, Dobson A, Hall J, Cheeseman E, Levi J, Shepherd R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QoL index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*: 34: 585-597.
- Sweeting H., (1995), “Reversals of fortune? Sex differences in health in childhood and adolescence”, *Social Science and Medicine*, 40: 77-90.
- Taljedal Inge-Bert (2004): Strong holism, weak holism, and health, *Medicine, Health Care and Philosophy* 7: 143–148.
- Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE (2010) Self-management support in “real-world” settings: an empowerment-based intervention. *Patient education and counseling*.
- Tarlow AA, Ware J E, Greenfield S. (1989). The MOS study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*: 262: 925-930.
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*: 41: 1403-1409.
- Uden A.L., Eloffsson S., (2001), “Health from the patient’s point of view. How does it relate to the physician’s judgement?”, *Family Practitioner*, 18: 174-80.
- Ware J E, Sherbourne C D. (1992). The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care*: 30: 473-483.
- WHO (1946), “Constitution”, Geneva.
- WHO (1997): Improving the Performance of Health Centers in District Health Systems, Report of a WHO Study Group, Geneva.
- WHO (2000), “The world health report 2000. Health systems: Improving performance”, Geneva.

- Wight J P, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne J N, Brown C B. (1998). The SF-36 as an outcome measure of services for end-stage renal failure. *Quality of Health Care*: 7: 209-221.
- World Health Organisation (1979). *Hand book for reporting results of cancer treatment*. Geneva: WHO.
- Zutra A, Goodhart D. (1979). *Quality of life indicators: A review of the literature*. *Community Mental Health Review*: 4: 1-10

## **ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

[http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file\\_3.Polyzos-Drakopoulos.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_3.Polyzos-Drakopoulos.pdf)

