



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

*«ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΠΑΘΩΝ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΝΟΣ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.  
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ»*

*ΡΟΥΣΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ  
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2019*

Σε όλους όσους βοήθησαν στο να ολοκληρωθεί η εργασία,  
Στον αδερφό μου,  
Στους γονείς μου,  
Στον καθηγητή που με υποστήριξε όποτε χρειάστηκε,  
Στο εργασιακό μου περιβάλλον.

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τη θεματική, που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών που είναι δέκτες των υγειονομικών υπηρεσιών, σε ένα πρωτοβάθμιο μη κερδοσκοπικό σωματείο. Παρακάτω, τονίζεται η σημασία της κατανόησης της συγκεκριμένης θεματικής, γιατί πλέον όλοι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ γίνεται προσπάθεια απάντησης στο ερώτημα, αν οι δέκτες των προαναφερόμενων υπηρεσιών πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν πελάτες, σαν ασθενείς ή συνδυαστικά.

Η επιστημονική προσέγγιση στο γνωστικό αντικείμενο του Μάρκετινγκ, η οποία εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών, κρίνεται απολύτως αναγκαία η εξασφάλιση της παροχής υπηρεσιών μέσω ενός ολιστικού πλαισίου. Παρόλο που η επικοινωνία και η αμεσότητα είναι δύο κύρια χαρακτηριστικά, τα οποία επιζητούν οι ασθενείς για να υπάρξει ικανοποίηση, υπάρχει μια σειρά επιπρόσθετων συντελεστών, που πρέπει να πλαισιώσουν τα δύο προαναφερόμενα. Το πλαίσιο αυτό είναι πολυδιάστατο και αφορά την άρτια παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, την άμεση ανταπόκριση, την άρτια εκπαίδευση του προσωπικού, τον εκσυγχρονισμό των τεχνολογικών μέσων, την καθαριότητα, τις εγκαταστάσεις, τη συμπεριφορά προς τον ασθενή, ειδικά όταν ο φορέας απευθύνεται σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες.

Κάνοντας αναφορά στην έννοια σχετικά την ικανοποίηση ή μη των ασθενών, η πρώτη σκέψη συνήθως πηγαιίνει στα παράπονα, τα οποία προκύπτουν από τους εξωτερικούς πελάτες, δηλαδή τους ασθενείς. Επομένως το ζητούμενο για πολλούς επαγγελματίες υγείας είναι πως θα μειώσουν ή θα περιορίσουν τη συχνότητα των παραπόνων και πως θα αποκρίνονται σε αυτά τη στιγμή που λαμβάνουν χώρα μειώνοντας στιγμιαία τη δυσαρέσκεια του ασθενούς. Παρόλο που πολλοί ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την ιατρική-νοσηλευτική φροντίδα που τους παρασχέθηκε, δηλώνουν μερικώς ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι από το σύνολο της υπηρεσίας. Στο σημείο αυτό, εισέρχεται το μάνατζμεντ στη φροντίδα υγείας και το οποίο θέτει ως στόχο την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των σχετικών με αυτές εξυπηρετήσεων. Με την παρούσα έρευνα, επισημαίνεται η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών και μέσω ερωτηματολογίων-δεικτών εξάγονται τα συμπεράσματα για το που πρέπει να υπάρξει εστίαση με σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Οργανισμοί υγείας, ικανοποίηση ασθενών, δυσαρέσκεια, μάρκετινγκ, μάνατζμεντ**

## Περιεχόμενα

<b>Περίληψη</b> .....	2
<b>Εισαγωγή</b> .....	5
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b> .....	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b> .....	6
Ορισμός ικανοποίησης ασθενών .....	6
Ασθενείς ή πελάτες .....	7
Η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.....	8
Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών .....	10
Προσδοκίες των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας .....	11
Ο χρόνος αναμονής ως δείκτης ικανοποίησης.....	12
Αντιλήψεις που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης .....	13
Η βελτίωση των ομάδων ως μέσο για μεγιστοποίηση της ικανοποίησης .....	14
Πίνακας 1. ....	15
Χαρακτηριστικά ομάδων .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b> .....	16
<b>Οι ευπαθείς ομάδες και οι πολιτικές υποστήριξης τους</b> .....	16
<i>Τα άτομα με αναπηρίες</i> .....	17
Οι αιτούντες διεθνούς προστασίας και οι μετανάστες .....	19
Τα άτομα σε επισφαλή στέγη .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b> .....	21
<b>Η εθελοντική προσφορά</b> .....	21
Ψυχοκοινωνική υποστήριξη στην φροντίδα υγείας. Ο ρόλος των εθελοντών .....	21
Σκιαγραφώντας την γενική εικόνα του εθελοντισμού.....	23
Ο ρόλος των εθελοντών στα χρηματοδοτούμενα προγράμματα.....	25
Η οικονομική αξία των εθελοντών.....	27
Η σχέση των εθελοντών με το έμμισθο προσωπικό .....	29
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</b> .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b> .....	35
<b>ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ</b> .....	35
Οι γιατροί του κόσμου- Ελληνική αντιπροσωπεία .....	35
Οι αποστολές- Κοινωνικές δομές.....	37
Ολοκληρωμένα προγράμματα.....	41

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</b> .....	44
Ο σκοπός και η μέθοδος RGA .....	44
Παραλλαγή της τεχνικής RGA .....	46
Το εργαλείο μεθόδου της έρευνας .....	48
Περιεχόμενο πλέγματος ρεπερτορίου και δείγματος .....	49
Αποτελέσματα .....	49
Συζήτηση - Συμπεράσματα .....	55
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	57
<b>Παράρτημα</b> .....	62
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	62

## Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1978), στις σύγχρονες και δημοκρατικές κοινωνίες, αυτοί που επηρεάζονται από μια ρύθμιση ή απόφαση, πρέπει να έχουν δικαίωμα να γνωμοδοτήσουν σε αυτή. Η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση τέλειας φυσικής, πνευματικής και σωματικής ευημερίας και το να νιώθει ο ασθενής ότι οι ανάγκες του δεν καλύφθηκαν ή ότι δεν ακούστηκαν, φανερώνει δυσαρέσκεια επομένως είναι δείγμα έλλειψης ποιότητας στις παροχές υγειονομικών υπηρεσιών.

Τις τελευταίες δεκαετίες οι οργανισμοί επηρεάστηκαν από τις απόψεις και τις εκτιμήσεις των δεκτών των υπηρεσιών, στοχεύοντας στην βελτίωση τους και την αύξηση της ποιότητας (Deming, 1982). Οι υπηρεσίες υγείας ως οργανισμοί δεν εξαιρούνται από την παραπάνω θεωρία, γι' αυτό και οι διοικήσεις πλέον, λαμβάνουν υπόψη τους σε μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με το παρελθόν, την ικανοποίηση των ασθενών. Με αυξημένη εστίαση στην αποδοτικότητα, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι πιο προσεκτικοί στη διασφάλιση της αποδοτικότητας. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενή μέσα στον κάθε οργανισμό, σχετικά με το αν μπορεί να αναδείξει την παραγωγικότητα και την ολιστική εξυπηρέτηση του πελάτη. Η απάντηση στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα ήταν ο κύριος στόχος, ο οποίος επετεύχθη σε μεγάλο βαθμό (Cunnigham, 1991).

Στη σημερινή εποχή, οι εταιρίες ζητούν τη γνώμη των καταναλωτών στοχεύοντας στη διαρκή βελτίωση. Το ίδιο συμβαίνει και στις υπηρεσίες υγείας, αφού οι δέκτες αυτών είναι οι καταναλωτές οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να κρίνουν είτε εκφράζοντας παράπονα είτε με θετικά σχόλια είτε διατυπώνοντας τις δικιές τους προτάσεις για βελτίωση (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994).

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

#### Ορισμός ικανοποίησης ασθενών

Με τον όρο ικανοποίηση των ασθενών αναφερόμαστε στις απόψεις, στις στάσεις και τις πεποιθήσεις που εκφράζουν οι ασθενείς σχετικά με την υπηρεσία υγείας την οποία χρησιμοποίησαν. Η άποψη του πελάτη- ασθενή σχετίζεται πάντα και με τις προσδοκίες τις οποίες έχει αλλά και με προηγούμενες εμπειρίες του στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Robinson, 2002).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1988), όσο πιο ικανοποιημένος είναι ένας δέκτης υπηρεσιών υγείας τόσο πιο πιθανό είναι να επιτευχθεί μία άρτια συνεργασία μεταξύ προσωπικού- ασθενή, αφού θα υπάρξει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη για την επίτευξη της τελικής θεραπείας. Επομένως, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η άποψη για την ποιότητα της φροντίδας υγείας, που παρεσχέθη και συμβαδίζει με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή.

Κατά τον Hunt (1977), η ικανοποίηση του ασθενή και η έννοια της, είναι μια αξιολογητική αντίδραση, ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης της παρεχόμενης υπηρεσίας με τις προσδοκίες του ατόμου και είναι σε μεγαλύτερο βαθμό μια γνωστική αντίδραση, παρά ένα εξωτερικευμένο συναίσθημα.

## Ασθενείς ή πελάτες

Καθώς η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών γίνεται όλο και πιο συνηθισμένη και διαδίδεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς, ένα μεγάλο δίλημμα χρήζει απάντησης και είναι κάτι που προβληματίζει όλους τους επαγγελματίες υγείας ή τα άτομα που απασχολούνται σε φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Το δίλημμα αυτό δεν είναι άλλο από το ερώτημα που αφορά το πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Αν θα πρέπει δηλαδή να ορίζονται ως «πελάτες» ή ως «ασθενείς» (Mayer & Cates, 2004).

Οι ασθενείς, οι οποίοι παρουσιάζονται ως πιο «έντονα» άρρωστοι, έχουν περιορισμένο αριθμό επιλογών, είναι πλήρως εξαρτημένοι από το προσωπικό υγείας με σκοπό να φέρει σε πέρας τη θεραπεία. Επομένως, αν θεωρήσουμε ως δεδομένο ότι υπερισχύει η έννοια «ασθενής», τότε στη σχέση ασθενούς- γιατρού, ο επαγγελματίας υγείας είναι στο επίκεντρο και έχει τον πλήρη έλεγχο της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι πελάτες δεν είναι το ίδιο έντονα με τους ασθενείς άρρωστοι ή τραυματισμένοι, έχουν εναλλακτικές επιλογές, όπου μπορεί να τους παρασχεθεί ιατρική φροντίδα, είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητοι και έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό ισχύ και έλεγχο από τον υγειονομικό εντολοδόχο συγκριτικά με τους ασθενείς. Επομένως οι ανάγκες των πελατών εστιάζουν περισσότερο στην παροχή υπηρεσιών ολιστικά, ενώ των ασθενών εστιάζουν περισσότερο στο κλινικό κομμάτι.

Τέλος, είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι οι επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας αποζητούν ένα μεγάλο βαθμό σαφήνειας στο να γνωρίζουν το πως πρέπει να φροντίσουν τους δέκτες των υπηρεσιών, που απαιτούν εξειδικευμένες δεξιότητες πέρα της κλινικής αντιμετώπισης. Ωστόσο, οι πλειοψηφία αυτών δεν έχουν τη γνώση, ως προς το πώς πρέπει να προσεγγίσουν τον πελάτη, εξ' αιτίας της έλλειψης της εξειδικευμένης εκπαίδευσης, που απαιτείται για την κάλυψη των προαναφερόμενων προσδοκιών (Mayer & Cates, 2004 ).



## Η σημασία της ικανοποίησης των ασθενών και οι παράγοντες που την επηρεάζουν

Μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες βιομηχανίες στην παροχή υπηρεσιών, είναι η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Οι δυνάμεις που αλληλεπιδρούν στη σημερινή κοινωνία συμπεριλαμβάνουν πιέσεις στις αγορές υπηρεσιών μέσω του αυξημένου ανταγωνισμού, εναλλακτικές μορφές και μηχανισμούς φροντίδας υγείας καθώς και τροποποιήσεις στις υπάρχουσες δομές παροχής υπηρεσιών αναλόγως τις ανάγκες των διαφορετικών ομάδων. Το σίγουρο λοιπόν είναι ότι οι αύξηση των απαιτήσεων η οποία οφείλεται και στη δυνατότητα αυξημένης πληροφόρησης οδηγεί τους παρόχους φροντίδας υγείας στο να εστιάζουν περισσότερο στην ικανοποίηση των ληπτών (Syed,1998). Πολλοί πάροχοι, με τη βοήθεια της ερευνητικής κοινότητας, συνειδητοποίησαν ότι η ικανοποίηση των πελατών είναι το κλειδί στη στρατηγική του κάθε οργανισμού και στη χρόνια βιωσιμότητα του.

Ο Donabedian (1988), αναφέρει ότι « η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένα από τα πλέον σημαντικά έσοδα στη φροντίδα υγείας και αποτελεί μια πολύ σημαντική στρατηγική ανταγωνισμού». Η σημασία της γίνεται όλο και πιο απαραίτητη μέρα με τη μέρα, αφού το μορφωτικό επίπεδο βελτιώνεται και η πρόσβαση στην πληροφόρηση γίνεται πιο εύκολη, επομένως οι καταναλωτές μπορούν να μελετήσουν προσεκτικά τις επιλογές τους.

Επίσης οι Kurtz & Wolinsky (1985), αναφέρουν ότι πλέον η επιλογή του «σωστού» φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας δε γίνεται με βάση μόνο το ιατρικό προσωπικό, αλλά σύμφωνα με προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή, καθώς και με βάση του κατά πόσο ο οργανισμός υγείας που θα επιλεγεί κατανοεί τη σημασία της ικανοποίησης του σε μία σειρά από υπηρεσίες.

Η ίαση είναι η κύρια προσδοκία στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Κατά τον Gilbert, οι προσδοκίες και η ικανοποίηση των ασθενών κινούνται μεταξύ τριών αξόνων- κριτηρίων (Gilbert, 1992):

- Τα δωμάτια των επειγόντων περιστατικών
- Τους ιδιώτες ιατρούς
- Τους πρωτοβάθμιους φορείς υγείας

Τα ερωτήματα που τίθενται σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών καλύπτουν τα εξής παρακάτω πεδία:

1. Την ώρα που ξοδεύτηκε με το ιατρικό προσωπικό
2. Τον τρόπο που δόθηκαν εξηγήσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία
3. Το πόσο φιλικό ήταν το προσωπικό
4. Το κόστος της παρεχόμενης υπηρεσίας
5. Η επάρκεια της παρεχόμενης υπηρεσίας

Κατά τους Pitta & Laric (2004), η αλυσίδα της αξίας της ικανοποίησης περιλαμβάνει πέντε ομάδες οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- I. Παίκτες- κυβερνήσεις, εργοδότες και ενδιαφερόμενα άτομα
- II. Ενδιάμεσους χρηματοδοτικούς οργανισμούς- ασφαλιστές
- III. Παρόχους- νοσοκομεία
- IV. Αγοραστές
- V. Παραγωγούς

Σε άλλη μελέτη τονίζεται ότι η χρήση μιας υπηρεσίας επηρεάζεται επίσης από την προσβασιμότητα της. Ερευνητικά στοιχεία αναδεικνύουν το γεγονός πως κάτοικοι μη αστικών περιοχών είναι πιο πιθανό να εισαχθούν σε κάποια κλινική συγκριτικά με κατοίκους αστικών κέντρων (Goodman et al, 1997), ενώ σύμφωνα με τον Tucker (2002), η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται και από πολλούς ακόμα κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η χρόνια κατάσταση της υγείας, η οικογενειακή κατάσταση, καθώς και η κοινωνική τάξη.

Οι Iftikhar & Siraj (2010) αναδεικνύουν τη σημασία της ικανοποίησης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, διότι:

- Η ικανοποίηση αντιπροσωπεύει ένα κύριο κριτήριο ανάδειξης της ποιοτικής παροχής μιας υγειονομικής υπηρεσίας.
- Η συμμετοχή των ληπτών- δεκτών των υπηρεσιών στην ίδια τη διαδικασία της υπηρεσίας μέσω της εκτίμησης- αξιολόγησης οδηγεί σε καλύτερο μακροπρόθεσμα τελικό αποτέλεσμα.
- Η ικανοποίηση ή μη των ασθενών για το υγειονομικό σύστημα είναι αυτή που καθορίζει την ποιότητα σε μεγάλο βαθμό και πρέπει να μετράται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Τέλος και σύμφωνα με τους Clearly & McNeil (1988), αξίζει να αναφέρουμε και τους κοινωνικόδημογραφικούς παράγοντες, που έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την ικανοποίηση των ασθενών. Αυτοί οι παράγοντες μπορούμε να αναφέρουμε ότι είναι η σωματική και ψυχική υγεία, οι δυνατότητες και οι προσδοκίες, που υπάρχουν ή έχουν καλλιεργηθεί, η δομή του συστήματος υγείας, στο οποίο απευθύνεται ο πελάτης, η προσβασιμότητα και η συνοχή της φροντίδας υγείας και του συστήματος στο οποίο δρα, καθώς και η προσωπική οπτική του τι θεωρείται ως κατάλληλη φροντίδα, που στοχεύει στην ικανοποίηση.

## Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Δεν υπάρχει μία σταθερά σχετικά με τη μέθοδο, που ακολουθείται για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Ο διαχωρισμός που λαμβάνει χώρα από τους ερευνητές της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνει δύο προσεγγίσεις. Σύμφωνα με τον Pascoe (1983), η πρώτη προσέγγιση βασίζεται σε δείγματα από την κοινότητα ή την ομάδα ενδιαφέροντος και περιλαμβάνει πολλά γνωστικά αντικείμενα, που αναφέρονται σε παρόχους υγείας. Σε αντίθεση με την πρώτη προσέγγιση, μια δεύτερη λειτουργεί ως υπόδειγμα, με το οποίο μετράται η ικανοποίηση του κάθε ασθενή ατομικά, ενώ δίνεται έμφαση στις λεπτομέρειες των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια της υπηρεσίας.

Κατά τους Westbrook & Oliver (1981), τονίζεται ότι παρόλο που και οι δύο προσεγγίσεις περιλαμβάνουν διαφορετικά ήδη ικανοποίησης, είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι έμμεσες προσεγγίσεις είναι πλέον κατάλληλες για τη μέτρηση της ικανοποίησης. Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη άλλοι τρεις επιπλέον παράγοντες. Αυτοί είναι α) οι προσδοκίες του ασθενή ως ένα στάνταρ που εστιάζει ο φορέας παροχής της υπηρεσίας β) ο τομέας του συστήματος κατανάλωσης συγκριτικά με την ζήτηση για τις υπηρεσίες γ) οι κατευθύνσεις για το που πρέπει να εστιάσει ο οργανισμός, με σκοπό τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης.

Οι Larsen & Rootman (1976) αναφέρουν ότι πολλοί ερευνητές της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, προχωρούν σε έρευνες μέτρησης της χωρίς να υπολογίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της. Η αιτία του γιατί είναι σημαντική η μέτρηση της ικανοποίησης, απαντάται με την κατανόηση της σημασίας του να μπορούν να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες του ασθενή ολιστικά από το προσωπικό του φορέα που παρέχει την υπηρεσία. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει ήδη εδραιωθεί σαν ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το αν ένας ασθενής ζητά απλά ιατρική υποστήριξη, συνέχιση μιας φαρμακευτικής αγωγής ή εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ίδιου και της θεραπευτικής ομάδας. Το δείγμα το οποίο λαμβάνεται υπόψη για τη μέτρηση της ικανοποίησης περιέχει κάποια πολυπλοκότητα ως προς τη επιλογή. Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι το δείγμα θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στους λήπτες των υπηρεσιών αφού η άποψη αυτών που δεν τις χρησιμοποιούν είναι σχετική.

Ακόμη σύμφωνα με τους Car-Hill (1992), οι μάνατζερ των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να εστιάζουν στη συλλογή δεδομένων και να τη λαμβάνουν σοβαρά υπόψη, όντας μέρος της καθημερινής ρουτίνας. Στη σημερινή εποχή, οι απόψεις των ασθενών για εμπειρίες τους σε οργανισμούς υγείας δεν περιορίζονται μόνο σε κτύπα παραπόνων, αλλά καταγράφονται από MME και προβάλλονται στα social media, άρα η διάχυση της πληροφορίας είναι αρκετά εύκολη, όπως και η συλλογή δεδομένων.

## Προσδοκίες των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας ορίζονται ως μια ιδιαίτερη μορφή παροχής υπηρεσιών που συνδέονται και αλληλεπιδρούν με τον άνθρωπο και την δυνατότητα του να ζήσει μια ζωή μέσα σε ένα πλαίσιο υγείας χωρίς πόνο και κινδύνους ασθενειών. Αυτό και μόνο αναδεικνύει το γεγονός ότι οι πολίτες περιμένουν περισσότερο στην παροχή υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με άλλες υπηρεσίες. Οι Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας (2007) αναφέρουν ότι οι προσδοκίες των πολιτών επικεντρώνονται στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση, στην άμεση και επαγγελματική ιατρική παρέμβαση, στην εμπειρία, στην υψηλή τεχνολογία καθώς και στη λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων, ενώ σπουδαία είναι η σημασία του άμεπτου επαγγελματισμού και της αξιοπρέπειας στη συμπεριφορά του προσωπικού υγείας.

Οι δέκτες των υπηρεσιών αναζητούν την ποιότητα στις υπηρεσίες οι οποίες στοχεύουν στη σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση του προβλήματος. Συγκεκριμένα οι ασθενείς έχουν έναν αριθμό συγκεκριμένων προσδοκιών για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι προσδοκίες αυτές είναι οι παρακάτω:

- Άμεση πρόσβαση στην υπηρεσία με την ελάχιστη δυνατή γραφειοκρατία
- Αποτελεσματική διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση σύμφωνα πάντα με το πρόβλημα του ασθενή και την πρόοδο της επιστήμης και των τεχνολογικών μέσων
- Επαρκή πληροφόρηση και δικαίωμα επιλογής μεθόδου αντιμετώπισης του προβλήματος αν και εφόσον υπάρχει
- Κάλυψη κόστους από τα ασφαλιστικά ταμεία
- Ανθρώπινες συνθήκες μεταχείρισης στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων ασθενών με το προσωπικό υγείας καθώς και σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων
- Άνετες συνθήκες διαβίωσης τόσο στους χώρους διαμονής όσο και στους περιβάλλοντες χώρους

## Ο χρόνος αναμονής ως δείκτης ικανοποίησης

Συγκεκριμένη έρευνα μελέτησε τη σχέση του χρόνου αναμονής για τη λήψη μιας υγειονομικής υπηρεσίας και πως αυτή αλληλεπιδρά με την επιθυμία να επιστρέψει ο ασθενής για υπηρεσίες στον ίδιο φορέα.

Μεγάλα χρονικά διαστήματα αναμονής, συνδέονται άμεσα με χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς, επομένως ελαχιστοποίηση του ενδεχόμενου να επιστρέψει ο εξυπηρετούμενος στον ίδιο φορέα για μια νέα υπηρεσία. Ωστόσο, ο χρόνος που ξόδεψε το υγειονομικό προσωπικό για τη παροχή υπηρεσίας στον ασθενή, είναι ο κύριος παράγοντας ικανοποίησης ή μη ικανοποίησης. Επομένως, η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να αυξηθεί -παρόλη τη μεγάλη διάρκεια αναμονής- αν το προσωπικό αφιερώσει τον μέγιστο δυνατό που απαιτείται για την ορθότερη ιατρική πράξη. Ο συνδυασμός του μεγάλου χρόνου αναμονής μαζί με την ολιγόλεπτο ή ανεπαρκή χρόνο ενασχόλησης με ένα πρόβλημα υγείας, καθώς και η συμπεριφορά του επαγγελματία μπορεί οδηγήσει σε πιθανή μη ικανοποίηση (Anderson et al., 2007).

## Αντιλήψεις που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης

Οι Zeithaml & Bitner (1996) αναφέρουν ότι οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, διερευνούν τις αντιλήψεις των ληπτών των υπηρεσιών, σχετικά με το τι πρέπει να παρέχεται στις υπηρεσίες υγείας για να επιτευχθεί η ικανοποίηση.

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, η μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς και η βελτίωση αυτών τίθενται ως κύριοι στόχοι των δυνάμεων εξουσίας με σκοπό την προσαρμογή στις ανάγκες όλων των διαφορετικών ομάδων. Επιπροσθέτως, αναφέρεται ότι οι ομάδες ασθενών ποικίλλουν ως προς τις αντιλήψεις τους σχετικά με το τι χρειάζεται να τους παρασχεθεί για την πλήρη ικανοποίησή τους στην παροχή υπηρεσιών (Campbell et al., 2001).

Κάποιες από τις απαιτήσεις του δέκτη της υπηρεσίας για να επιτευχθεί η ικανοποίηση είναι οι εξής:

- Η γνωστική επάρκεια του ατόμου που προσφέρει την υπηρεσία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η εμπιστοσύνη που δείχνει ένας ασθενής σε έναν κλινικό γιατρό όταν δείχνει καταρτισμένος στο τρόπο που προσεγγίζει το πρόβλημα
- Οι διαπροσωπικοί παράγοντες που διαδραματίζονται κατά την λήψη της υπηρεσίας. Σε πολλές περιπτώσεις ο δέκτης δεν μπορεί να κρίνει τις ικανότητες του επαγγελματία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κρίνει την υπηρεσία με άλλα κριτήρια όπως το βαθμό της πληροφόρησης και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του επαγγελματία.
- Προσβασιμότητα και υποδομές. Παρόλο που παίζουν σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησης του δέκτη, δεν επηρεάζουν τόσο την επιλογή της υπηρεσίας όσο οι προαναφερόμενοι δύο παράγοντες.

Οι παράγοντες που αφορούν τους ασθενείς και έχουν να κάνουν με τα χαρακτηριστικά που τους διακρίνουν, ως προς το βαθμό ικανοποίησης, είναι οι παρακάτω (Goedhart & Eijkman, 1996):

- Το φύλο και η ηλικία
- Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- Οι προηγούμενες εμπειρίες
- Αν ζητούν συχνά μία συγκεκριμένη υπηρεσία

## Η βελτίωση των ομάδων ως μέσο για μεγιστοποίηση της ικανοποίησης

Σύμφωνα με άλλη μελέτη, στην φροντίδα υγείας διαφορετικές μονάδες είναι αναγκαίο να συνεργάζονται για να προσφέρουν σε ασθενείς. Παρότι περιγράφονται σαν ομαδική εργασία, πρέπει μέσω της δράσης τους να αποκτήσουν τον όρο ομάδα σε πρακτικό επίπεδο, δηλαδή στην καθημερινή άσκηση των καθηκόντων του .

Οι ομάδες με συνοχή διακρίνονται από πέντε κύρια χαρακτηριστικά εκτός των στερεότυπων. Τα κύρια αυτά χαρακτηριστικά μπορούμε να πούμε ότι είναι πρώτο και κύριο χαρακτηριστικό είναι οι καθαροί στόχοι με μετρήσιμα αποτελέσματα. Βασικά είναι τα σύγχρονα κλινικά και διοικητικά συστήματα, η εκπαίδευση όλων των μελών της ομάδας (διοικητικού και υγειονομικού), η ορθή κατανομή των ρόλων και των καθηκόντων με στόχο την αποτελεσματική επικοινωνία. Όπως προαναφέρθηκε ομάδες με μεγαλύτερη συνοχή μπορούν να επιτύχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών, αφού υπάρχει ο κοινός στόχος της καλύτερης φροντίδας των ασθενών, ενώ στις κλινικές ρυθμίσεις όπου οι υγειονομικοί και μη επαγγελματίες δουλεύουν μαζί σαν ομάδες, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα, κάνοντας μικρά βήματα προόδου και ανάπτυξης. Τα βήματα αυτά μπορεί να βελτιώσουν αργά και σταδιακά -όμως σημαντικά- το περιβάλλον των πρακτικών στη φροντίδα υγείας (Grunbach & Bodenheimer, 2004).

## Πίνακας 1.

### Χαρακτηριστικά ομάδων

#### 1.Ξεκάθαροι στόχοι

- Βελτίωση της υγείας των ασθενών
- Μείωση των εμποδίων στην πρόσβαση
- Βελτίωση της οικονομικής απόδοσης
- Ικανοποίηση προσωπικού

#### 2.Συστήματα

- Κλινικά
- Διοικητικά

#### 3.Διαχωρισμός της εργασίας

- Καθορισμός ρόλων

#### 4.Καθολική εκπαίδευση προσωπικού

- Εκπαίδευση στις λειτουργίες που εκτελεί κάθε κομμάτι της ομάδας

#### 5.Επικοινωνιακές δεξιότητες

- Δημιουργία επικοινωνιακού περιβάλλοντος
- Θεσμοθέτηση επικοινωνιακών διαδικασιών



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Οι ευπαθείς ομάδες και οι πολιτικές υποστήριξης τους

Στην υγειονομική έρευνα και την πολιτική υγείας, η ευαλωτότητα είναι ένα αντικείμενο το οποίο επιδρά τόσο σε αυτούς που ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όσο και σε αυτές που δεν εντάσσονται σε αυτές. Ερευνητές, υγειονομικοί και ασκώντας πολιτική, πρέπει να έχουν την ικανότητα-δυνατότητα του εντοπισμού αντικειμενικών αναγκών που αφορούν τις ευπαθείς ομάδες, με σκοπό την ορθή κατανομή των πόρων για την προώθηση κοινωνικών αγαθών (Ruof, 2004). Κατά των Panis & Patrick (2007), οι δυσκολίες στο να ορισθεί η ευαλωτότητα, οδήγησαν σε συζητήσεις και συμπεράσματα στα οποία τονίστηκε η σημασία της για την κατανομή των υγειονομικών πόρων. Ωστόσο, αναπτύχθηκε και η άποψη πως με το να χαρακτηρίζεις ευπαθή μια ομάδα, υπάρχει ο κίνδυνος αντιμετώπισης της ομάδας ως «κάτι το διαφορετικό» (κίνδυνος στίγματος), ενώ ο Brock (2002) αναφέρει ότι αντί να δημιουργούνται κατηγορίες ευπαθών ομάδων, είναι σημαντικότερη η δημιουργία πολιτικών για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων. Για πολλούς ερευνητές, ο όρος ευάλωτος συνδέεται με τα εκάστοτε λάθη. Ο Goodin (1985), αναφέρει ότι αυτό που ορίζεται ως ευαλωτότητα, πηγάζει από τις υποχρεώσεις και το αίσθημα ευθύνης που έχει ο άνθρωπος για την υποστήριξη ευπαθών ομάδων.

Κατά τον Nicholson (2002), ο όρος ευπαθής παραμένει απαραίτητος και σημαντικός. Οι προσπάθειες που πραγματοποιούνται για να ορισθεί εκ νέου και πιο διεξοδικά, συνδυάζεται με ερευνητικές διαδικασίες για θέματα φροντίδας υγείας – ευπαθείς ομάδες και υγειονομικά προβλήματα, ιατρικές έρευνες καθώς και βοηθητικές. Ο Couser (2004) τονίζει το γεγονός ότι η παγκόσμια τράπεζα αναγνωρίζει την ανάγκη του ορισμού του ευπαθούς με όρους μετρίσιμους και λειτουργικούς. Οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικών και εφαρμοστές από διάφορες κατευθύνσεις θέτουν κάποια στάνταρ δουλεύοντας με ανθρώπους σε κίνδυνο, χρησιμοποιώντας διαφορετικούς δείκτες για να ορίσουν την ευπάθεια- ευαλωτότητα.

### Τα άτομα με αναπηρίες

Το 1945 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών διακήρυξε το χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ΑΜΕΑ, το οποίο αποτελεί τον εγγυητή των κρατών μελών του ΟΗΕ, για να προασπίζουν τα δικαιώματα των ΑΜΕΑ και να ασκούν πολιτικές για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Ο όρος “ανάπηρο άτομο” αναφέρεται σε άτομο, το οποίο δεν είναι ικανό να επιβιώσει μόνο του, είτε μερικώς είτε ολικώς, λόγω μειωμένων σωματικών και πνευματικών που έχει, εκ γενετής ή όχι.

Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) αναφέρει ότι η αναπηρία μπορεί να είναι άτομα που αντιμετωπίζουν κινητική αναπηρία, αισθητηριακή αλλά και νοητική. Η αναπηρία δημιουργεί ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση η ψυχαγωγία και γενικότερα η κοινωνική συμμετοχή (Π.Ο.Υ, 2002). Η Ε.Σ.Α.Μ.Ε.Α τονίζει και αναδεικνύει τα κύρια σημεία στα οποία τα Α.Μ.Ε.Α βιώνουν τον αποκλεισμό. Αυτά είναι τα εξής:

- Η εκπαίδευση
- Στην προσβασιμότητα
- Στον πολιτισμό και την ψυχαγωγία
- Στην υγεία
- Στην εργασία

Μετά από πολλαπλούς και επίπονους αγώνες και διεκδικήσεις του αναπηρικού κινήματος και του οικογενειακού περιγύρου του, το 1989 συστάθηκαν οι υγειονομικές επιτροπές πιστοποίησης της αναπηρίας (ΚΕΠΑ). Αυτές είχαν ως στόχο την απόδοση κοινωνικών παροχών (επιδόματα, συντάξεις, φοροαπαλλαγή, ελεύθερη μετακίνηση με τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς) στα άτομα εκείνα που ήταν ανασφάλιστα ή έμμεσα ασφαλισμένα και λόγω σοβαρής σωματικής, νοητικής ή ψυχικής ασθένειας ή αναπηρίας ήταν ανίκανα, σε ποσοστό τουλάχιστον 67%, για άσκηση βιοποριστικού επαγγέλματος.

Η ειδοποιός διαφορά των εννοιών αναπηρίας – υγεία είναι όρος σχετικός (Krahn et al., 2006). Μέχρι πρόσφατα η αναπηρία συνδυάζονταν με την ασθένεια και τον ίδιο βαθμό εξάρτησης από άλλο άνθρωπο, με τον ίδιο βαθμό συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, έχοντας ταυτόχρονα χειρότερη υγεία από ένα άτομο που απλά νοσεί. Άτομα με αναπηρίες σε πολλές περιπτώσεις βασίζονται στη φροντίδα από το περιβάλλον τους για δραστηριότητες της καθημερινότητας και κάλυψη βασικών αναγκών. Αυτό περιλαμβάνει φροντίδα στον εντοπισμό τυχόν προβλημάτων, επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας, καθώς και δέσμευση στη προώθηση και υιοθέτηση συμπεριφορών για τη βελτίωση της υγείας.

Κατά τους Sharelle & Straws (1999), η προσαρμογή της διαβίωσης ΑμεΑ από μεγάλες κοινότητες σε μικρότερες έχει να κάνει με την ποιότητα και ασφάλεια στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Ωστόσο, ανεξαρτήτου διαμονής σε μικρή – μεγάλη κοινότητα τα ΑμεΑ τυγχάνουν μικρότερες σε έκταση προληπτικές διαδικασίες φροντίδας υγείας από τον πληθυσμό άνευ οποιασδήποτε μορφής αναπηρία. Η ανάγκη για βελτίωση του επιπέδου υγείας των ΑμεΑ αναγνωρίζεται από πληθώρα κυβερνήσεων ανά τον κόσμο, όπως και από τον ΠΟΥ. Διάφοροι μελετητές ανέπτυξαν μια αναφορά για την ιστορία, τις πολιτικές και την τωρινή κατάσχεση που αφορούν τη φροντίδα υγείας ΑμεΑ. Πλήθος χωρών όπως ο Καναδάς, η Αυστραλία, το ΗΒ, εκδίδουν ετήσια ατζέντα για τα προβλήματα των ΑμεΑ στη χώρα τους θέτοντας τους στόχους της επόμενης χρονιάς και δίνοντας έμφαση σε διάφορα τμήματα – πεδία που πρέπει να συνυπολογιστούν, όπως τις οικονομικές μελέτες, το συντονισμό – συνεργασία των υπηρεσιών καθώς και στα μοντέλα προγραμμάτων που πρέπει να υιοθετηθούν ή να αποκλειστούν (Hale et al., 2000).

## Οι αιτούντες διεθνούς προστασίας και οι μετανάστες

Αλλοδαπός θεωρείται οποιοσδήποτε βρίσκεται εντός της ελληνικής επικράτειας φέροντας άλλη ιθαγένεια. Το δίκαιο των αλλοδαπών αφορά κυρίως τους πολίτες εκτός Ε.Ε αφού οι ευρωπαίοι πολίτες δύνανται να εγκατασταθούν και να εργαστούν σε οποιοδήποτε κράτος- μέλος της Ε.Ε. Από το 2015 οι αλλοδαποί φέροντες αίτηση ασύλου (Διεθνής προστασία), οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες καθώς και έχοντες άδεια παραμονής αλλοδαποί, έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας καθώς και στην φαρμακευτική περίθαλψη όπως ο κάθε ανασφάλιστος έλληνας πολίτης (ν. 4368/16, άρθρο 33).

Οι κύριες κατηγορίες των αλλοδαπών είναι τρεις. Οι οικονομικοί μετανάστες καθώς και οι αιτούντες επικουρικής προστασίας. Οικονομικός μετανάστης είναι αυτός ο οποίος εγκαταλείπει οικειοθελώς τη χώρα του για επαγγελματικά, προσωπικά και φυσικά οικονομικά αίτια, στοχεύοντας παράλληλα σε αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης για τον ίδιο και την οικογένειά του.

Αιτών ασύλου αλλοδαπός είναι αυτός που σύμφωνα με τη συνθήκη της Γενεύης (1951), βρίσκεται εκτός της επικράτειας της χώρας καταγωγής του για θρησκευτικούς και φυλετικούς λόγους, καθώς και λόγω πολιτικών ή σεξουαλικών πεποιθήσεων. Πρόσφυγες θεωρούνται ακόμα τα άτομα που εγκαταλείπουν τη χώρα τους εξαιτίας συρράξεων ή γενικευμένης βίας ή φυσικών καταστροφών.

Αλλοδαπός που διαμένει στη χώρα υπό το καθεστώς επικουρικής προστασίας, είναι το άτομο το οποίο χρήζει προστασίας και δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «πρόσφυγας» αλλά υπάρχουν σοβαροί λόγοι πως ενδεχόμενη επιστροφή του στη χώρα καταγωγής θα φέρει σε κίνδυνο τον ίδιο και τα συγγενικά του πρόσωπα. Πιο συγκεκριμένα:

**Επικουρική προστασία** δικαιούνται τα πρόσωπα τα οποία έχουν υποστεί ή κινδυνεύουν να υποστούν σοβαρή βλάβη.

Η σοβαρή βλάβη συνίσταται σε:

- θανατική ποινή ή εκτέλεση
- βασανιστήρια ή απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία του αιτούντος στη χώρα καταγωγής του
- σοβαρή προσωπική απειλή κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας αμάχου λόγω βίας ασκούμενης αδιακρίτως σε καταστάσεις διεθνούς ή εσωτερικής ένοπλης σύρραξης.

## Τα άτομα σε επισφαλή στέγη

Η οικονομική κρίση που έπληξε και πλήττει την ΕΕ από το 2008, έχει οδηγήσει σε αύξηση του φαινομένου των αστέγων. Σήμερα το πρόβλημα της έλλειψης στέγης στη χώρα μας, έχει διευρυνθεί πέραν του μη γηγενούς πληθυσμού (αλλοδαποί, αιτούντες ασύλου), αφού το ποσοστό των Ελλήνων πολιτών που είναι είτε άστεγοι είτε διαβιούν σε επισφαλή κατοικία, αυξάνεται χρόνο με το χρόνο.

Σύμφωνα με την έρευνα (2011) της ΜΚΟ ΚΛΙΜΑΚΑ, η οποία υποστηρίζει ανθρώπους σε αστεγία, το 2011 είχαμε αύξηση 25% του ποσοστού των αστέγων με κλιμακωτή ετήσια αύξηση. Στη χώρα μας οι κατηγορίες των ατόμων σε αστεγία, μπορούμε να πούμε ότι διαχωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες. Αυτές είναι οι εξής:

1. Συνδυαστικοί παράγοντες όπως ανεργία, χρόνια ψυχική νόσος, εθισμός σε τυχερά παίγνια και αλκοόλ
2. Άτομα άνευ στέγης ή σε επισφαλή στέγη χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο
3. Αλλοδαποί που βρίσκονται μικρό χρονικό διάστημα στη χώρα και είναι σε ένα στάδιο μετάβασης- προσαρμογής

Από το 2012, με το Ν. 4052/12, οι άστεγοι χαρακτηρίζονται ευπαθείς κοινωνικές ομάδες στη χώρα μας και ορίζονται ως όλα εκείνα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### Η εθελοντική προσφορά

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη στην φροντίδα υγείας. Ο ρόλος των εθελοντών

Στην μελέτη του Faulkner επιχειρήθηκε να διερευνηθεί ο ρόλος των εθελοντών ως παράγοντα κοινωνικής στήριξης, μέσα σε δομές υγειονομικής περίθαλψης και κατά πόσο αυτή η συμμετοχή μπορεί να έχει αποτελεσματικά οφέλη για την υγεία των ίδιων των ασθενών που υποστηρίζονται. Η συμμετοχή εθελοντών, με βάση στοιχεία που δίνει η Εθνική Ιατρική Υπηρεσία (1996, 1998) του Ηνωμένου Βασιλείου, συμβάλλει όντως σημαντικά στην υγειονομική και κοινωνική φροντίδα ασθενών. Εδώ, για να καταλήξουν σε συμπεράσματα υλοποιήθηκαν δύο μελέτες, η μια αξιολόγησε εθελοντές που υποστηρίζουν ασθενείς σε δύο διαφορετικές δομές υγειονομικής περίθαλψης (Davies, 2001) και η δεύτερη βασίστηκε στην γενική πρακτική, έχοντας ως βασικό άξονα αξιολόγησης, τους τέσσερις μηχανισμούς υποστήριξης που περιγράφονται από τον Langford (1997). Αναφέρεται ότι οι Cohen & Wills (1985) υποδεικνύουν ότι η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει τους ανθρώπους από τις παθογόνες επιδράσεις των αγχωτικών καταστάσεων που αντιμετωπίζουν, αφενός γιατί επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι εκτιμούν τα αγχωτικά γεγονότα και ως εκ τούτου μπορούν να ενισχύσουν την αντιληπτή ικανότητα τους να τα αντιμετωπίσουν, και αφετέρου γιατί η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρεμβαίνει για τη μείωση των φυσιολογικών συμπτωμάτων του χρόνιου στρες, όπως η αύπνία ή η κατάθλιψη (Faulkner, 2004).

Τα εργαλεία και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν στην παραπάνω μελέτη περιγράφονται εν συντομία παρακάτω και πραγματοποιήθηκαν πρώτα σε μια υπηρεσία εθελοντικής συμβουλευτικής και παραπομπής ασθενών των οποίων τα προβλήματα θεωρούνται ότι προέρχονται από υποκείμενα ψυχοκοινωνικά ζητήματα και έπειτα σε ένα εθελοντικό πρόγραμμα υποστήριξης ασθενών που προσφέρεται από έξι νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο, με εθελοντές που παρέχουν υπηρεσίες σε ηλικιωμένους ασθενείς σε συνολικά 13 θαλάμους. Όλοι οι εθελοντές ακολουθούσαν και πρόγραμμα εκπαίδευσης, για να μειώσουν το ρίσκο της επικινδυνότητας της συναισθηματικής τους φόρτισης, αλλά και της λανθασμένης καθοδήγησης προς τους ασθενείς. Στόχος του πρώτου σχήματος είναι να προσφέρει κοινωνική και πρακτική υποστήριξη σε εθελοντές που εκτελούν μια σειρά από δραστηριότητες, όπως η συζήτηση με τους ασθενείς, η παροχή συμβουλευτικής, η διεξαγωγή επαφών, η συνοδεία ασθενών σε άλλα τμήματα και η παροχή βοήθειας στους ασθενείς να τρώνε και να πίνουν. Στο πρώτο, οι εθελοντές καλούνται να ακούσουν σε ήσυχο και διακριτικό περιβάλλον τους ασθενείς κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού σε μορφή μιας ημι-δομημένης συνέντευξης με ερωτήματα που βασίζονταν στους βασικούς στόχους της μελέτης, να καθοδηγήσουν και να τους παραπέμψουν σε υπηρεσίες που θα ασχοληθούν με την διευθέτηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, ή να παραπέμψουν στον γενικό γιατρό ή νοσηλεύτη, κλπ. Αναφέρεται ότι αυτοί οι ασθενείς θα επωφεληθούν από ένα δίκτυο υποστήριξης που τους ενισχύει να διερευνούν τα προβλήματά τους, τους παρέχει συμβουλευτική και, όπου χρειάζεται, τους παραπέμπει σε κατάλληλες υπηρεσίες οπότε η ψυχοκοινωνική τους κατάσταση μπορεί να αποφευχθεί από την επιδείνωση των προβλημάτων τους (π.χ. προβλήματα σχέσεων, οικονομικές δυσκολίες ή προβλήματα

στέγασης). Στο δεύτερο μοντέλο, οι ερευνητές παρακολούθησαν τέσσερις συνεδρίες εθελοντικής εργασίας, όπως η συνομιλία των εθελοντών με ασθενείς, η συνοδεία τους, η επικοινωνία με το προσωπικό, όπου τηρούνται σημειώσεις κατά την διάρκεια και κατόπιν των συνεδριών. Αυτά τα δεδομένα παρείχαν ουσιαστικά τις πληροφορίες για τον πιθανό αντίκτυπο του έργου των εθελοντών και οδήγησαν τους δύο ερευνητές στην ανάπτυξη ξεχωριστών ερωτηματολογίων που θα συμπληρώνονταν από ασθενείς, προσωπικό και εθελοντές (Faulkner, 2004).

Μετά την αρχική ανάλυση των δεδομένων και την παρουσίαση των συμπερασμάτων στις δύο μελέτες, τα δεδομένα αναλύθηκαν ξανά, χρησιμοποιώντας τα τέσσερα χαρακτηριστικά (συναισθηματική, ενόργανη, ενημερωτική και αξιολογική) της κοινωνικής υποστήριξης που προσδιορίστηκαν από το Langford (1997). Τα δεδομένα χαρτογραφούνται εύκολα και έτσι αποτέλεσαν σύμφωνα με τους δύο συγγραφείς ένα χρήσιμο μηχανισμό για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των εθελοντικών προγραμμάτων στην υγεία και την κοινωνική φροντίδα. Υπήρξαν ευρήματα που ανέδειξαν, αναφέρουν οι δύο ερευνητές, ότι οι εθελοντές μέσα στα δύο σχήματα ήταν σε θέση να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναλογιστούν την τρέχουσα κατάσταση τους και να αξιολογήσουν τις επιλογές που έχουν στη διάθεσή τους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, συχνά μέσω του απλού μηχανισμού του να έχουν χρόνο να ακούσουν. Επιπλέον, οι ασθενείς παρατήρησαν την «απρόσμενη» συμπεριφορά των εθελοντών και εκτιμούσαν την μεγαλύτερη χρονική διάρκεια των συνεδριών, σε σύγκριση για παράδειγμα με τους γιατρούς.

Εν συντομία, οι μελέτες που συζητήθηκαν στο παρόν έγγραφο υποδηλώνουν ότι το έργο των εθελοντών στις δομές υγειονομικής περίθαλψης αντικατοπτρίζει τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης που περιγράφεται από τον Langford και σύμφωνα με τους ερευνητές, υπάρχουν πολλά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι θεραπευτική για τον ασθενή, τόσο από φυσιολογικές, όσο και από ψυχολογικές απόψεις. Ωστόσο, ενώ το παρόν έγγραφο παρέχει μια ενδιαφέρουσα εικόνα για τον υποστηρικτικό ρόλο των εθελοντών, τα ευρήματά του έχουν γενικευθεί μέσω της δευτερογενούς ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων από δύο αντιπαραβαλλόμενα σχήματα, με αποτέλεσμα πάντα σύμφωνα με τους ίδιους τους ερευνητές, να πρέπει να γενικευθούν μόνο με προσοχή. Για το μέλλον, υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με τον υποστηρικτικό ρόλο των εθελοντών και τα σχετικά αποτελέσματα των ασθενών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αξιολόγηση των επιπτώσεων της εθελοντικής υποστήριξης στο στρες του ασθενούς, το άγχος και την κατάθλιψη και τη συνολική σωματική ευεξία (Faulkner, 2004).

## Σκιαγραφώντας την γενική εικόνα του εθελοντισμού

Ο εθελοντισμός δεν είναι ένα πρόσφατο φαινόμενο. Πολλοί οργανισμοί για την υλοποίηση των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων τους εξαρτώνται αποκλειστικά από την εθελοντική εργασία. Πολλοί άνθρωποι έχουν ήδη αφιερώσει ή αφιερώνουν κάποιο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους για την επίτευξη κάποιου εθελοντικού σκοπού. Όπως δείχνουν έρευνες κατά το παρελθόν τα ποσοστά των ανθρώπων που συμμετέχουν σε εθελοντικά προγράμματα ποικίλουν από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στην Μεγάλη Βρετανία περίπου το 39% του ενήλικου πληθυσμού έχει συμμετάσχει σε κάποια εθελοντική δραστηριότητα για κάποιο χρονικό διάστημα. Στις ΗΠΑ τα ποσοστά αυτά φθάνουν το 50% (Wilson & Pimm, 1996). Στην Ισπανία αντιπροσωπεύουν μόνο το 5% (Beerli et al., 2004), ενώ στην Πορτογαλία τα ευρήματα δείχνουν ότι η κοινωνία των πολιτών συνιστά μια σημαντική οικονομική δύναμη και κινητοποιεί περίπου 250.000 άτομα σε θέσεις πλήρους απασχόλησης 1, με το 70% από αυτούς να στελεχώνουν έμμισθες θέσεις και το υπόλοιπο να αποτελείται από εθελοντές. Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές, αυτό αντιπροσωπεύει περίπου το 4,2% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού της χώρας (Ferreira et al., 2010).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια σημαντική κινητοποίηση όσον αφορά την προσφορά εθελοντικής εργασίας, η οποία περιγράφεται ως προέκταση της δράσης της κοινωνίας των πολιτών. Ωστόσο, η κινητοποίηση αυτή ήταν προσωρινή και κυρίως με αφορμή κάποια θετικά ή αρνητικά γεγονότα (π.χ. οι Ολυμπιακοί Αγώνες του 2004, οι φωτιές στην Ηλεία το 2007, κτλ). Η εκτεταμένη μορφή της οικονομικής κρίσης έχει αναμφίβολα επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική συνοχή και την αίσθηση της κοινωνικής ευθύνης. Παρά την συρρίκνωση της κοινωνικής πρόνοιας, υπάρχει μια σημαντική ανάπτυξη πρωτοβουλιών από με κερδοσκοπικούς οργανισμούς, οι οποίοι προσπαθούν μέσα από χρηματοδοτούμενα προγράμματα κοινωνικής αλληλεγγύης να ανακουφίσουν τις ευπαθείς ομάδες (Μπασδάρης, 2016).

Σε γενικές γραμμές, η πλειοψηφία του πληθυσμού στην Ελλάδα θεωρεί τον εθελοντισμό σημαντικό κομμάτι της λειτουργίας μιας κοινωνίας. Η κοινωνική αλληλεγγύη και η ανθρωπιστική βοήθεια, το περιβάλλον, η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι οι τομείς που φαίνεται ότι απασχολούν περισσότερο τους εθελοντές στην Ελλάδα. Έχει πολύ ενδιαφέρον να παρατηρήσει κάποιος ότι σε σχέση με το 2010, σήμερα τα ποσοστά που αφορούν την προσφορά εθελοντικής εργασίας στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας έχουν αυξηθεί κατά 14%, ποσοστό που είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο της ΕΕ (Μπασδάρης, 2016).

Παρόλα αυτά, η οικονομική κρίση έχει επιφέρει μια σημαντική συρρίκνωση στους πόρους των εθελοντικών οργανώσεων και παράλληλα έχει ενισχύσει τον ανταγωνισμό μεταξύ τους. Κάποιες από τις βασικές αιτίες που θεωρούνται ως υπεύθυνες για την μείωση της προσφοράς εθελοντικής εργασίας στην ελληνική κοινωνία είναι ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου και η αύξηση των οικογενειακών υποχρεώσεων, η απουσία επαρκούς ενημέρωσης του κοινού σχετικά με την σημασία του εθελοντισμού, η παρουσία μιας γενικότερης αίσθησης αποξένωσης μεταξύ των ανθρώπων, η άνοδος της απογοήτευσης σχετικά με την ενδεχόμενη βελτίωση της κατάστασης στο μέλλον και τα μειωμένα επίπεδα αυτοπεποίθησης (Μωραΐτη, 2016).

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία – δεν περιλαμβάνουν τις άτυπες μορφές εθελοντισμού – στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται επίσημα 545 οργανώσεις. Το μεγαλύτερο



κομμάτι αυτών των οργανώσεων είναι ΜΚΟ που έχουν θρησκευτική βάση, πρόκειται δηλαδή για εθελοντικούς οργανισμούς που λειτουργούν μέσα στο πλαίσιο της Εκκλησίας (Μπασδάρης, 2016).

## Ο ρόλος των εθελοντών στα χρηματοδοτούμενα προγράμματα

Οι εθελοντές μπορούν να αποτελέσουν έναν σημαντικό πόρο σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα πολλών μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Η ικανότητα να ανταποκριθούν οι οργανισμοί αυτοί στην αποστολή, τους στόχους και στους σκοπούς του προγράμματος, εξαρτάται συχνά από την αποτελεσματικότητα της συμμετοχής εθελοντών στην άμεση παροχή υπηρεσιών ή την έμμεση υποστήριξη των προγραμμάτων. Η συμμετοχή των εθελοντών απαιτεί την αξιοποίηση οικονομικών και μη οικονομικών πόρων από έναν οργανισμό. Δεδομένων των προκλήσεων που σχετίζονται με το συντονισμό και τη διαχείριση των εθελοντών, οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις πρέπει να αξιολογήσουν τις πρωτοβουλίες που αφορούν τα προγράμματα εθελοντών (Terry et al., 2011).

Οι οργανισμοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και οι δημόσιοι οργανισμοί συχνά βασίζονται σε εθελοντές για να πραγματοποιήσουν την αποστολή και τους στόχους τους. Αυτό συχνά περιλαμβάνει την παροχή άμεσης εξυπηρέτησης προς τις ομάδες ανθρώπων στις οποίες απευθύνονται, καθώς και έμμεση υποστήριξη του οργανισμού (Hartenian, 2007). Κάποιοι οι οποίοι μπορεί να παρέχουν άμεσες υπηρεσίες προς τις διάφορες ομάδες ανθρώπων είναι οι δάσκαλοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι σύμβουλοι των νέων και των ενηλίκων, άνθρωποι που παρέχουν υποστήριξη και/ή πληροφορίες μέσω τηλεφώνου ή άλλων ηλεκτρονικών μέσων, κα (McKee & McKee, 2008).

Οι εθελοντές έμμεσης υποστήριξης μπορεί να αναλάβουν ρόλους συντονισμού και διαχείρισης μεταξύ του οργανωτικού προσωπικού, άλλων εθελοντών και του κοινού. Οι εθελοντές έμμεσης υπηρεσίας είναι εθελοντές που συντονίζουν και διαχειρίζονται συγκεκριμένες δραστηριότητες και εκδηλώσεις. Μπορεί επίσης να τεθούν επικεφαλής εθελοντών που εκπαιδεύουν άλλους εθελοντές ή να αποτελέσουν μέλη επιτροπών που βοηθούν στον έμμεθο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και την αξιολόγηση των στόχων των μη κερδοσκοπικών και κυβερνητικών οργανώσεων (Terry et al., 2011).

Μελέτες κατά το παρελθόν επιχείρησαν να κατανοήσουν τον χαρακτήρα των σχέσεων που διαμορφώνονται μεταξύ μη κερδοσκοπικών οργανισμών και των εθελοντών. Το βασικό ζητούμενο ήταν το κατά πόσο και σε ποιο επίπεδο οι σχέσεις αυτές είναι σχέσεις εξάρτησης. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η ανάπτυξη χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς εξαρτάται περισσότερο από τους εθελοντές άμεσης υπηρεσίας και λιγότερο από τους εθελοντές έμμεσης υπηρεσίας. Καθώς η εξάρτηση ενός οργανισμού από τους εθελοντές άμεσης υπηρεσίας ενισχύθηκε, η εξάρτησή τους από έμμεσους εθελοντές υπηρεσίας μειώθηκε. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι οργανισμοί μπορούν να εκτιμήσουν διαφορετικά τους άμεσους και έμμεσους εθελοντές υπηρεσιών. Αυτό υποδηλώνει ότι η κοινή μέθοδος εκτίμησης της αξίας της εθελοντικής εργασίας – μέσα από την χρήση ενός τυποποιημένου κριτηρίου – μπορεί να μην αντικατοπτρίζει πάντα την αληθινή εικόνα των οφελών που αντλούν οι οργανώσεις από τους εθελοντές (Hartenian, 2007).

Σε γενικές γραμμές, οι οργανισμοί αποκομίζουν σημαντικά οφέλη όταν οι πόροι έχουν χρησιμοποιηθεί επιτυχώς. Για μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, τα οφέλη μπορούν να συγκεντρωθούν όταν εκπληρωθούν η αποστολή και οι στόχοι. Οι εθελοντές αποτελούν συχνά

έναν απαραίτητο πόρο για την επιτυχημένη περάτωση χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Graff, 2006).

Τα οργανωτικά οφέλη από τους εθελοντές αφορούν την εξοικονόμηση οργανωτικού κόστους, την δυνατότητα παροχής υπηρεσιών – οι οποίες δεν μπορούν να παρασχεθούν με άλλους τρόπους – σε τοπικές κοινωνίες, την παροχή εξειδικευμένων δεξιοτήτων, την ενίσχυση της δημόσιας υποστήριξης, κα. Μελέτες επιβεβαιώνουν τα οφέλη που παρέχουν οι εθελοντές, τόσο στους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς όσο και στην ευρύτερη κοινότητα (Terry et al., 2011).

Εκτός από τα οφέλη που προκύπτουν από την ανάπτυξη εθελοντικών πόρων, οι οργανισμοί αντιμετωπίζουν επίσης κάποιες προκλήσεις από την συμμετοχή εθελοντών. Ο Boyd (2003) παρατήρησε ότι οι εθελοντές από μόνοι τους δεν μπορούν να βελτιώσουν τις κοινότητές τους. Οι εθελοντές χρειάζονται την καθοδήγηση των ηγετών που μπορούν να εστιάσουν τις προσπάθειές τους στην επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων. Η παροχή ηγεσίας συνεπάγεται την παρουσία κάποιου οικονομικού κόστους που συνδέονται με την αξιοποίηση των εθελοντών, όπως οι μισθοί των εργαζομένων, καθώς και αμοιβές που σχετίζονται με νομικά ζητήματα όπως και η άμεση οικονομική στήριξη για εθελοντικές πρωτοβουλίες. Επιπλέον, υπάρχουν κάποια κόστη τα οποία περιγράφονται ως «μη χρηματοοικονομικά» όπως ο κίνδυνος της ανεπιτυχούς ικανοποίησης των αναγκών της τοπικής κοινωνίας και η δημιουργία κακής φήμης για τον οργανισμό (Thompson & Strickland, 2003).

Ορισμένα από αυτά τα κόστη εκδηλώνονται με την πάροδο του χρόνου. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν τον χρόνο που αφιερώνεται στην πρόσληψη εθελοντών (McKee & McKee, 2008), την παροχή κατάρτισης και προσανατολισμού των εθελοντών σε συγκεκριμένα καθήκοντα (Vineyard, 1995), την επίβλεψη της εθελοντικής συμμετοχής (Vineyard, 1996) την αξιολόγηση των εθελοντικών και οργανωτικών επιδόσεων (McCurley & Lynch, 2006) και φυσικά την διατήρηση του ίδιου του εθελοντισμού (Rusin, 1999).

Ο αυξημένος χρόνος ζωής ενός οργανισμού αυξάνει και το οικονομικό κόστος για τον οργανισμό. Για άλλα μη οικονομικά κόστη, όπως η κακή ποιότητα των υπηρεσιών προς τις ομάδες ανθρώπων, υπάρχει ο κίνδυνος για την πρόκληση αρνητικών επιπτώσεων τόσο στους ανθρώπους όσο και στην οργανωτική φήμη. Όσο μεγαλύτερη είναι η πρόκληση τόσο το μεγαλύτερο το κόστος για τον οργανισμό. Σημειώνεται πως το βασικό ζητούμενο για οργανισμούς που χρησιμοποιούν εθελοντές είναι η κατανόηση ότι οι εθελοντές δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως ένας πόρος ο οποίος έρχεται δωρεάν (Terry et al., 2011).

Οι οργανισμοί μπορούν να παρακινήσουν τους ανθρώπους να παραμείνουν επικεντρωμένοι και αφοσιωμένοι στους στόχους, αλλά είναι γεγονός πως κάθε οργανισμός, ακόμη και μη κερδοσκοπικός, περιλαμβάνει όπως όλοι τους δικούς του κύκλους εργασίας, οι οποίοι εμπεριέχουν κάποιες προκλήσεις (Watson & Abzug, 2005). Το κόστος του εθελοντικού κύκλου εργασιών μπορεί να είναι πολύ εξασθενητικό, καθώς μπορεί να εξαρτάται από διαδικασίες πρόσληψης, επιλογής και ακόμη και κατάρτισης. Ακόμη, όταν πρόσωπα έμπειρα τα οποία ήταν για μεγάλο χρονικό διάστημα στον οργανισμό φύγουν, τότε υπάρχει το ενδεχόμενο να προκύψουν διάφορα προβλήματα σε ποικίλες πτυχές της λειτουργίας του οργανισμού, γεγονός που δείχνει μια συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από την εθελοντική εργασία – η οποία εξαρτάται με την σειρά της από μια καλή ηγεσία – και τον εθελοντικό κύκλο εργασιών (Watson & Abzug, 2005).

## Η οικονομική αξία των εθελοντών

Οι εθελοντές είναι προφανώς σημαντικοί από κοινωνική άποψη, αλλά οι ερευνητές εστιάζουν επίσης στο πόσο σημαντικοί είναι και από οικονομικής άποψης. Οι διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης του χρόνου που αφιερώνουν οι εθελοντές έχουν οδηγήσει σε σημαντικά διαφορετικά αποτελέσματα. Ο Hager (2004) εκτίμησε ότι ο εθελοντικός χρόνος έχει αξία ίση περίπου με είκοσι δολάρια ανά ώρα διατυπώνοντας έτσι το ερώτημα προς τους μη κερδοσκοπικούς διαχειριστές τι ποσό θα ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για να αντικαταστήσουν τους εθελοντές. Άλλοι ερευνητικοί οργανισμοί υπολόγισαν δεκαεπτά δολάρια την ώρα το 2004 με βάση το μέσο μισθό (IndependentSector, 2006), ενώ ερευνητές εκτιμούν κατά μέσο όρο 10 δολάρια ανά ώρα στον Καναδά (προσαρμοσμένα σε δολάρια ΗΠΑ το 2004). Δεδομένης της έλλειψης συναίνεσης σχετικά με μια κοινή μετρική και το φάσμα των αξιών που παράγουν διαφορετικά μοντέλα, για κάποιους ερευνητές είναι αναγκαία μια συνολική οικονομική ανάλυση του προβλήματος της αποτίμησης (Handy et al., 2008).

Η οικονομική αξία μιας συναλλαγής στην αγορά είναι σχετικά σαφής. Είναι ίδια για τον αγοραστή και τον πωλητή και, ελλείψει εξωτερικών παραγόντων, είναι η ίδια για την κοινωνία στο σύνολό της. Η τιμή της αμειβόμενης εργασίας, γνωστή και ως μισθός, καθορίζεται από την αγορά, οπότε είναι φυσικό να προσδιορίζεται η οικονομική αξία αυτού του πόρου με την τιμή του. Ωστόσο, δεν υπάρχει τιμή αγοράς για την εθελοντική εργασία, συνεπώς η οικονομική της αξία πρέπει να αποδίδεται. Η οικονομική αξία της εθελοντικής εργασίας είναι διφορούμενη, διότι εξαρτάται από την προοπτική του παρατηρητή (Fosteretal, 2001). Ο εθελοντής, ένας οργανισμός, οι δικαιούχοι του, ή η κοινωνία στο σύνολό της μπορεί να αποδίδει η καθεμία διαφορετική αξία.

Μια ορθολογική υπόθεση υπονοεί ότι οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί αξιοποιούν αποτελεσματικά τους εθελοντές, έτσι ώστε να μην έχουν καθαρή απώλεια. Η «καθαρή απώλεια» είναι μια παλιά έννοια στα οικονομικά, αλλά σχετικά νέα στην έρευνα γύρω από τον εθελοντισμό. Οι Handy & Brudney (2007) την ορίζουν ως αρνητική αξία, την οποία αποδίδουν στην αναποτελεσματική διαχείριση, όπως η ανάθεση εθελοντών σε καθήκοντα που δεν ανταποκρίνονται στις δεξιότητές τους. Η διαγραφή της καθαρής απώλειας ισοδυναμεί με την υπόθεση ότι το «μηδέν» είναι η μικρότερη δυνατή οικονομική αξία ενός εθελοντή. Η υπόθεση ότι οι εθελοντές σε μια συγκεκριμένη περίπτωση έχουν «μηδενική οικονομική αξία» σημαίνει απλά ότι η συγκεκριμένη οργάνωση που βοηθούν δεν έχει οικονομικό κίνητρο να δαπανήσει τους σπάνιους πόρους για να τους διαχειριστεί (τους εθελοντές). Παρόλα αυτά, αυτοί οι εθελοντές μπορεί να έχουν θετική κοινωνική αξία (Handy & Brudney, 2007).

Η οικονομική αξία των εθελοντών σε έναν οργανισμό σχετίζεται με την αξία που έλαβαν οι δικαιούχοι της. Από αυτή την προοπτική, η ωριαία αξία της εθελοντικής εργασίας είναι ουσιαστικά η αξία του αντίστοιχο προϊόντος προς τον δικαιούχο του μη κερδοσκοπικού οργανισμού. Αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να διακριθεί σε δύο συνιστώσες: α) τον αριθμό των φυσικών μονάδων που παράγονται από τον εθελοντή κατά τη διάρκεια μίας ώρας, και β) την τιμή (ή χρηματική αξία για τον δικαιούχο) κάθε φυσικής μονάδας που έχει παραχθεί (Foster, etal, 2001)

Όταν οι εθελοντές είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία δωρεών, μέσω συγκέντρωσης κεφαλαίων ή προωθώντας τις φιλανθρωπικές δράσεις και κάνοντας τες πιο ελκυστικές για τους υποψήφιους δωρητές, η οικονομική τους αξία οφείλει να αντανakλά την συμβολή του

έργου τους. Επιπλέον, όταν οι εθελοντές ενισχύουν την ποιότητα μιας φιλανθρωπικής υπηρεσίας, αυξάνοντας την προθυμία των δικαιούχων να πληρώσουν περισσότερα για την ίδια ποσότητα, η εθελοντή αξία τους – με βάση ένα έγκυρο μετρικό κριτήριο – επίσης θα πρέπει να τους αποδοθεί. Τα έσοδα που δημιουργούν οι εθελοντές (μετά την αφαίρεση των δαπανών της πρόσληψης, της κατάρτισης και της εποπτείας) δεν τους καταβάλλεται, αλλά παραμένει εντός του οργανισμού και διοχετεύεται με μορφή επιδοτήσεων στην παραγωγή έργου (Bowman, 2009).

Στο πεδίο της οικονομικής επιστήμης είναι αποδεδειγμένο ότι η οριακή συνεισφορά του κάθε πόρου είναι ίση με την τιμή αγοράς του, η οποία στην περίπτωση της αμειβόμενης εργασίας είναι το μισθολογικό της ποσοστό. Σε ένα μη κερδοσκοπικό περιβάλλον, δεν υπάρχει μια εξωτερικά καθορισμένη «τιμή» για τον εθελοντικό χρόνο εργασίας ανάλογη με τον μισθολογικό συντελεστή που υπάρχει για την αμειβόμενη εργασία. Έτσι, είναι σχετικά δύσκολο και μάλλον απίθανο να υπάρξει μόνο ένας αριθμός που να καθορίζει την αξία / τιμή της εθελοντικής εργασίας, αντίστοιχο με αυτόν που καθορίζει την έμμισθη εργασία. Όπως σημειώνουν οι ερευνητές, το καλύτερο δυνατό που μπορεί να υπάρξει είναι η καθιέρωση ενός ανώτατου και κατώτατου ορίου της οικονομικής αξίας των εθελοντών (Bowman, 2009).

Η συμβολή των εθελοντών στα έσοδα καθιερώνει ένα χαμηλό επίπεδο που συνδέεται με την αξία των εθελοντών η οποία συσσωρεύεται στους δικαιούχους ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού. Αυτός είναι ένας τρόπος εκτίμησης της εθελοντικής συνεισφοράς. Από την άποψη ενός οργανισμού ωστόσο, η συμβολή των εθελοντών στα έσοδα ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού, καθιερώνει ένα ανώτερο όριο στην αξία των εθελοντών επειδή ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός δεν έχει κανένα οικονομικό κίνητρο να πληρώσει περισσότερα για να προσλάβει, να εκπαιδεύσει και να εποπτεύσει τους εθελοντές από την προκύπτουσα συνεισφορά τους στα συνολικά έσοδα (Bowman, 2009).

Αν οι εθελοντές και η αμειβόμενη εργασία είναι υποκατάστατα, αυτό το ανώτερο όριο βρίσκεται κάτω από το κόστος αντικατάστασης των εθελοντών, διότι η υποκατάσταση τους επιτρέπει την αξιοποίηση ενός φθηνότερου πόρου αντί για έναν πιο ακριβό. Αν αυτοί οι δύο (εθελοντές και αμειβόμενο προσωπικό) είναι συμπληρωματικοί, το νέο ανώτατο όριο μπορεί να βρίσκεται πάνω από το κόστος αντικατάστασης, διότι και οι δύο πόροι πρέπει να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα (Bowman, 2009).

## Η σχέση των εθελοντών με το έμμισθο προσωπικό

Το κόστος αντικατάστασης μετρά την αξία των εθελοντών με το κόστος αντικατάστασης μίας ώρας αμειβόμενης εργασίας για μία ώρα εθελοντικής βοήθειας. Η μέθοδος του κόστους αντικατάστασης προϋποθέτει ότι η εθελοντική εργασία και η έμμισθη εργασία είναι ανταλλάξιμες. Μιλώντας με τυπικούς οικονομικούς όρους, η μέθοδος αντικατάστασης κόστους προϋποθέτει ότι οι εθελοντές και η αμειβόμενη εργασία είναι ιδανικά “ένα-προς-ένα» υποκατάστατα στοιχεία (Fosteretal, 2001). Το ερώτημα που γεννιέται είναι κατά πόσο ισχύει αυτή η σχέση

Δύο πόροι μπορούν να είναι ανταλλάξιμοι – ο ένας του άλλου – αν η τιμή ενός πόρου συσχετίζεται θετικά με τη χρήση του άλλου. Είναι συμπληρωματικοί εάν η τιμή ενός ο πόρου συσχετίζεται αρνητικά με τη χρήση του άλλου (Takayama, 1986). Εάν είναι συμπληρωματικοί αντί για ανταλλάξιμοι, εθελοντές και οι αμειβόμενοι εργαζόμενοι πρέπει να χρησιμοποιούνται μαζί ως «πακέτο», όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές σε ένα νοσοκομείο ή οι εκπαιδευτικοί και οι βοηθοί των εκπαιδευτικών σε έναν εκπαιδευτικό οργανισμό (Brudney, 1990).

Οι παρατηρήσεις ερευνητών για το γεγονός ότι πολλοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό εθελοντικής και έμμισθης εργασίας (Handy et al., 2008) στην ουσία ακυρώνει την υπόθεση της ιδανικής ένα – προς – ένα σχέσης ανταλλαγής. Σύμφωνα με τους Handy & Srinivasan (2005), οι εθελοντές, κατά κανόνα, δεν έχουν ούτε την επίσημη κατάρτιση ούτε την εμπειρία των αμειβόμενων εργαζομένων. Άλλοι ερευνητές τείνουν να διαπιστώσουν ότι οι εθελοντές και οι έμμισθοι εργαζόμενοι στα καναδικά νοσοκομεία είναι ανταλλάξιμοι μόνο σε ένα πολύ μικρό ποσοστό το οποίο αφορά μόνο καθήκοντα και εργασίες μη ιατρικού χαρακτήρα (Handy et al., 2008).

Η πρώτη εμπειρική μελέτη σχετικά με το αν και κατά πόσο οι εθελοντές αντικαθιστούν το έμμισθο προσωπικό στα προγράμματα που αναλαμβάνουν οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί πραγματοποιήθηκε από τους Brudney και Gazley (2002). Οι ερευνητές δεν βρήκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν την θέση ότι το εθελοντικό προσωπικό αντικαθιστά το έμμισθο προσωπικό αλλά ούτε και την θέση ότι οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί προβαίνουν σε μείωση του έμμισθου προσωπικού έχοντας στην διάθεση τους τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντές. Αντίθετα, αυτό που έδειξαν τα ευρήματα είναι ότι οι εθελοντές λειτουργούν συμπληρωματικά του έμμισθου προσωπικού.

Η παραπάνω μελέτη αποτέλεσε ένα είδος μετά-ανάλυσης, ανατρέχοντας τα πορίσματα προηγούμενη μελετών για την σχέση μεταξύ εθελοντών και έμμισθου προσωπικού. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η πρώτη μελέτη που εξέτασαν έδειξε ότι το 1/4 περίπου των μη κερδοσκοπικών οργανισμών προχώρησε σε εναλλαγές στα καθήκοντα μεταξύ του έμμισθου προσωπικού από εθελοντές, ενώ το διπλάσιο περίπου ποσοστό παρουσίασε μια ακριβώς αντίθετη τάση. Η δεύτερη μελέτη δύο Καναδικών νοσοκομείων, έδειξε ότι ακόμη και αν και υπήρχαν διακριτοί τομείς καθηκόντων που αναλάμβαναν οι εθελοντές και το έμμισθο προσωπικό, υπήρχαν καθήκοντα στα οποία η μία ομάδα εναλλάσσονταν με την άλλη. Η επόμενη μελέτη έχοντας εστιάσει στην έννοια της αντικατάστασης έδειξε πως περίπου τα 2/3 των μη κερδοσκοπικών οργανισμών όντως αξιοποιούν την μέθοδο της εναλλαγής μεταξύ εθελοντών και έμμισθου προσωπικού στις διάφορες υπηρεσίες και καθήκοντα. Ωστόσο, οι οργανισμοί εκτίμησαν ότι τα καθήκοντα που

εκτελούνται αμφότερα από το αμειβόμενο προσωπικό και τους εθελοντές αντιπροσωπεύουν μόνο το 12,4% των συνολικών καθηκόντων (Handy et al., 2008).

Η άποψη των Handy, Mook, Quarter, είναι ότι το κυρίαρχο χαρακτηριστικό των με κερδοσκοπικών οργανισμών που αναλαμβάνουν χρηματοδοτούμενα προγράμματα είναι η παρουσία μιας σχέσης εναλλαγής μεταξύ έμμισθο προσωπικό και εθελοντών. Οι ερευνητές δεν θεωρούν πως αυτό ισοδυναμεί με μια σχέση συμπληρωματικού χαρακτήρα ούτε με μια σχέση αντικατάστασης επειδή τα οργανωτικά κριτήρια δεν είναι σαφή. Αυτό που θα μπορούσε να υποστηριχθεί είναι ότι όταν εθελοντές και έμμισθο προσωπικό αξιοποιούνται για την περάτωση των ίδιων καθηκόντων, υπάρχει μια δεδομένα κατάσταση εναλλαγής.

Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι για ορισμένους οργανισμούς, οι εθελοντές αναλαμβάνουν καθήκοντα τα οποία προηγουμένως έχουν γίνει από το έμμισθο προσωπικό. Με μια πρώτη ματιά, αυτό φαίνεται ότι αντιπροσωπεύει μια σχέση αντικατάστασης και όχι εναλλαγής, αλλά κάτι τέτοιο μπορεί να ισχύει μόνο σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, αν αυτού του τύπου η διευθέτηση (μεταξύ αμειβόμενου προσωπικού και εθελοντών) είναι προσωρινή, για παράδειγμα αν κάποιος από το έμμισθο προσωπικό απουσιάζει χωρίς προηγούμενη ειδοποίηση. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ακόμη και αν κάτι τέτοιο προκύψει για έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό, υπάρχουν λύσεις, όπως η αντικατάσταση του υπαλλήλου από κάποιον άλλο υπάλληλο ή από κάποιον εθελοντή (Handy et al., 2008).

Σε μια άλλη περίπτωση, για να επωφεληθούν από τις μη αμειβόμενες υπηρεσίες εθελοντών, κάποια νοσοκομεία φαίνεται να χρησιμοποιούν σκόπιμα εθελοντές για ορισμένα καθήκοντα, με γνώμονα την μείωση των λειτουργικών εξόδων. Ως εκ τούτου, τα κριτήρια για τον προσδιορισμό του κατά πόσο η σχέση εναλλαγής αντανάκλα μια σχέση αντικατάστασης μπορεί να ποικίλουν. Από την μια πλευρά, μια ολοκληρωμένη και εκτεταμένη εναλλαγή στα καθήκοντα μπορεί να ισοδυναμεί με ένα είδος σχέσης αντικατάστασης, από την άλλη μια τέτοια σχέση μπορεί να θεωρηθεί βάσιμη όταν υπάρχει μια μόνιμη απομάκρυνση του κανονικού έμμισθο προσωπικό από τις θέσεις που κατέχουν και μια τοποθέτηση εθελοντών σε αυτά (Handy et al., 2008).

## Η σημασία της παρακίνησης των εθελοντών

Σύμφωνα με τους Shin & Kleiner (2003), ο εθελοντής είναι ένα άτομο που προσφέρει την υπηρεσία του σε μια συγκεκριμένη οργάνωση / οργανισμό, χωρίς να αναμένει χρηματική αποζημίωση. Οι υπηρεσίες που προσφέρει θα μπορούσαν να αποφέρουν οφέλη για αυτόν και για άλλους. Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, η εθελοντική δραστηριότητα δεν αναπτύσσεται με γνώμονα το οικονομικό όφελος, γίνεται με βάση την ελεύθερη και προσωπική βούληση των ατόμων και επιφέρει οφέλη τόσο στην ευρύτερη κοινότητα όσο και στους ίδιους τους εθελοντές (Wilson & Pimm, 1996).

Όπως σημειώνουν οι ερευνητές, οι πρακτικές της εθελοντικής διαχείρισης μπορούν να επηρεάσουν και να εξηγήσουν, με διάφορους τρόπους, διαφορετικές πτυχές της συμπεριφοράς των εθελοντών. Όταν οι εθελοντές συμμετέχουν σε οργανισμούς, οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους ποικίλουν, έχουν διαφορετικό υπόβαθρο, διαφορετικά ενδιαφέροντα και δεξιότητες και διαφορετικές εμπειρίες. Συνεπώς, τα κίνητρό τους, τα επίπεδα δέσμευσης και συμμετοχής σε έναν οργανισμό, καθώς και τα οφέλη που αναμένουν από αυτή την εμπειρία και το χρόνο που θα αφιερώσουν θα διαφέρουν πολύ (Cuskelly & Auld, 2000). Για την αποτελεσματική διαχείριση των εθελοντών είναι πολύ σημαντικό οι υπεύθυνοι διαχείρισης να κατανοήσουν τα κίνητρα που μπορούν να τους επηρεάσουν. Οι οργανισμοί πρέπει να γνωρίζουν τη σχέση μεταξύ κατανόησης του κινήτρου των εθελοντών και της ανάγκης ανάληψης δράσης για την προσέλκυση και διατήρηση των κινήτρων τους (Anderson & Cairncross, 2005).

Οι οργανισμοί δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπίζουν τους εθελοντές ως ανθρώπους που αποφάσισαν καλοπροαίρετα και ανιδιοτελώς να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, αλλά οφείλουν να τους προσφέρουν δεξιότητες μέχρις ότου αναδειχθούν ως εκπαιδευμένα, με επαγγελματικό υπόβαθρο, και μη αμειβόμενα μέλη του προσωπικού (Cunningham, 1999). Η επαγγελματική διαχείριση των εθελοντικών προγραμμάτων είναι απαραίτητη για να ξεπεραστούν τα εμπόδια που ενδεχομένως προκύπτουν μέσα από την εθελοντική συμμετοχή των ατόμων σε διάφορα χρηματοδοτούμενα προγράμματα μη κερδοσκοπικών οργανισμών (Cuthill & Warburton, 2005).

Για πολλούς οργανισμούς, οι εθελοντές αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού. Μερικές φορές μάλιστα, μικρότεροι οργανισμοί μπορεί να βασίζονται αποκλειστικά στην προσφορά εθελοντικής εργασίας (Jäger, Schmidt & Beyes, 2007). Κάποιοι από τους με κερδοσκοπικούς οργανισμούς δεν χρειάζεται να καταβάλουν μεγάλες προσπάθειες για την προσέλκυση εθελοντών, αν και αυτή η διαδικασία είναι σχετικά δύσκολη για τους περισσότερους οργανισμούς. Για τους οργανισμούς που διαθέτουν κάποιο κύρος είναι σχετικά πιο εύκολο να προσελκύσουν εθελοντές (Wilson & Pimm, 1996).

Επίσης σχετικά εύκολη διαδικασία είναι η προσέλκυση όταν υπάρχει ένα ορισμένο μετρήσιμο όφελος για τους εθελοντές. Ωστόσο, μέσα στο πλαίσιο του επικοινωνιακού έργου που πρέπει να αναπτύξει ο οργανισμός ώστε να προσελκύσει αλλά και να διατηρήσει τους εθελοντές είναι και η εκτίμηση όλων εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν και κινητοποιούν τα άτομα ώστε να προσφέρουν τον χρόνο τους σε διάφορα χρηματοδοτούμενα προγράμματα εθελοντισμού (Dolnicar & Randle, 2007).

Για κάποιους ερευνητές που έχουν εστιάσει στην μελέτη προγραμμάτων από κρατικές υπηρεσίες, είναι αρκετά δύσκολη διαδικασία η προσέλκυση εθελοντών και πάντα ο αριθμός



τους είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών του εκάστοτε προγράμματος (Brudney & Kellough, 2000). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η προσέλκυση εθελοντών είναι ίσως το σοβαρότερο εμπόδιο στην επιτυχή εφαρμογή ενός χρηματοδοτούμενο προγράμματος από κάποιον μη κερδοσκοπικό οργανισμό. Συνεπώς, η κατανόηση των κινήτρων που κάνουν έναν άνθρωπο να προσφέρει ανιδιοτελώς τον χρόνο μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τόσο τις στρατηγικές προσέλκυσης εθελοντών όσο και την εθελοντική εμπειρία (Trogon, 2005).

## Κατανοώντας τα κίνητρα των εθελοντών

Οι μελέτες σχετικά με την οργανωτική συμπεριφορά των αμειβόμενων εργαζομένων δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην εθελοντική εργασία επειδή υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Παρόλο που τα κίνητρα που αφορούν τους έμμισθους υπαλλήλους είναι σημαντικά και απαραίτητα θεμέλια για την κατανόηση των κινήτρων στον τομέα του εθελοντισμού, υπάρχουν ωστόσο πολλά στοιχεία που διακρίνουν τη φύση του εθελοντικού έργου (Ferreira et al., 2010).

Οι ανταμοιβές που συνδέονται με την εργασία είναι τελείως διαφορετικές. Για τους περισσότερους ανθρώπους, τα οικονομικά οφέλη είναι κρίσιμα για την ποιότητα ζωής τους και την επιβίωσή τους. Ωστόσο, οι εθελοντές μπορούν να παραμερίσουν αυτή τη μορφή ανταμοιβών, απαιτώντας από τους υπεύθυνους των μη κερδοσκοπικών οργανισμών να επικεντρωθούν, μέσα από τις τεχνικές διαχείρισης των προγραμμάτων, στην κατανόηση των κινήτρων και των οφελών που συνδέονται με αυτό το έργο (Wilson & Pimm, 1996).

Αυτή η ωφελιμότητα για έναν εθελοντή μπορεί να συνδεθεί με την επίτευξη ενός σκοπού ή την εργασία σε έναν συγκεκριμένο οργανισμό. Σύμφωνα με κάποιους, οι εθελοντές δεν απαιτούν κάποια χρηματική αποζημίωση για το έργο που προσφέρουν, παρά μόνο μια εκτίμηση για την προσφορά τους. Αυτή η επιθυμία για εκτίμηση και αναγνώριση του έργου τους, μπορεί να συνδέεται με τα ανώτερα επίπεδα της θεωρίας των ανθρωπίνων αναγκών που περιέγραψε ο Maslow, δηλαδή να σχετίζεται με τις κοινωνικές ανάγκες που αφορούν την αίσθηση του ανήκειν σε μια ομάδα και την ανάγκη για αυτοπραγμάτωση (Wilson, 2000).

Εάν τα κίνητρα των εθελοντών έχουν αυτό το είδος πλαισίωσης, τότε οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί θα πρέπει να αναμένουν μεγαλύτερη δέσμευση των εθελοντών στα προγράμματα που υλοποιούν και κατά συνέπεια καλύτερη απόδοση σε σύγκριση με τους έμμισθους υπαλλήλους. Παρόλα αυτά θα ήταν υπερβολικό να υποθέσει κάποιος ότι ο κύριος ή ο μοναδικός λόγος της εθελοντικής εργασίας μπορεί να ερμηνευθεί με βάση τα παραπάνω (Jäger et al., 2007).

Επίσης σημαντικά είναι τα κίνητρα που σχετίζονται με τον αλτρουισμό. Συνεπώς, οι λόγοι που ωθούν κάποιο άτομο να συμμετέχει εθελοντικά σε προγράμματα μη κερδοσκοπικών οργανισμών έχουν να κάνουν με την προσφορά βοήθειας προς τους άλλους ανθρώπους, την αίσθηση μιας αποστολής προς την ευρύτερη κοινωνία, αλλά και την ιδέα ότι οι πράξεις και οι ενέργειες μας πράγματι αξίζουν και είναι σημαντικές (Vitner et al., 2005).

Η αίσθηση του ανήκειν περιλαμβάνει στοιχεία όπως η δημιουργία νέων φίλων, η συνάντηση με ανθρώπους ή η αποδοχή από την κοινότητα. Η συμμετοχή σε μια εθελοντική ομάδα εργασίας μπορεί να είναι ένα ισχυρό κίνητρο αν ο εθελοντής ψάχνει για την δημιουργία νέων σχέσεων και την γνωριμία νέων ανθρώπων. Βέβαια, το κίνητρο αυτό κάλλιστα μπορεί να συμπεριληφθεί στην επιθυμία για κοινωνική αναγνώριση (Holmberg & Söderlung, 2005).

Τα κίνητρα ωστόσο δεν σχετίζονται μόνο με το «εγώ» και την κοινωνική αναγνώριση. Οι εθελοντές ενδέχεται να έχουν προσδοκίες για ανταμοιβές ή την αποκόμιση κάποιων οφελών μέσα από τον προσφορά του έργου τους. Ερευνητές έχουν δείξει ότι τα άτομα αναμένουν ότι ο εθελοντισμός θα τους αποζημιώσει η προσφορά των υπηρεσιών τους μπορεί να είναι μια αξιόπιστη πηγή ικανοποίησης, σεβασμού και αναγνώρισης, μια βάση

προσωπικού εμπλουτισμού και διεύρυνσης των οριζόντων, από την στιγμή που ο ελεύθερος χρόνος επικεντρώνεται σε ένα ποιοτικό έργο. Αυτό δεν αποκλείει το γεγονός ότι κάποια κίνητρα μπορεί να σχετίζονται με περισσότερες από μία κατηγορίες. Για παράδειγμα, η επιθυμία να είναι κάποιος χρήσιμος στην κοινότητα μπορεί να κάλλιστα να ερμηνευθεί την ανάγκη του εθελοντή να νιώσει ότι ανήκει σε μια ομάδα ανθρώπων, από την στιγμή που αναζητά να γίνει αποδεκτός από αυτή. Αν ο εθελοντής αναζητάει να αναγνωριστεί η αξία του έργου που προσφέρει στην κοινότητα, τότε το κίνητρο μπορεί να σχετίζεται με το «εγώ» και την ανάγκη για κοινωνική αναγνώριση (Vitner et al., 2005).

Για κάποιους εθελοντές, ο εθελοντισμός έχει τη δυνατότητα να έχει θετικό αντίκτυπο σε πτυχές της προσωπικότητας τους που αφορούν την μάθηση, τον εμπλουτισμό της εμπειρίας τους, και την διεύρυνση των προσωπικών οριζόντων. Για τους ανθρώπους αυτούς, οι συγκεκριμένοι λόγοι είναι πιο σημαντικοί από όλους και δικαιολογούν στην ανιδιοτελή προσφορά του ελεύθερου χρόνου τους. Τα κίνητρα αυτής της κατηγορίας περιγράφονται συνήθως ως κίνητρα ανάπτυξης και μάθησης. Δύο παράδειγμα τέτοιων κινήτρων είναι η επαγγελματική ανάπτυξη και η απόκτηση γνώσης για την υλοποίηση χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων. Ωστόσο, θα μπορούσαν, από την στιγμή που γίνονται αντιληπτά ως πηγές επίτευξης και συσσώρευσης γνώσης, και στα κίνητρα κοινωνικής αναγνώρισης, καθώς συνιστούν μια πηγή κοινωνικής προόδου για τους εθελοντές (Trogdon, 2005).

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

#### ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

##### Οι γιατροί του κόσμου- Ελληνική αντιπροσωπεία

Οι Γιατροί του Κόσμου / Médecins du Monde είναι μία διεθνής, ανθρωπιστική Μη Κυβερνητική και ανεξάρτητη, ανθρωπιστική οργάνωση η οποία ιδρύθηκε το 1980 στη Γαλλία. Η ιδρυτική ομάδα που αποτελούνταν από 15 Γάλλους γιατρούς, πίστεψε στη δύναμη της μαρτυρίας, στην ανάγκη της άμεσης ιατρικής παρέμβασης και στο δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στην ιατρική φροντίδα, με έμφαση στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς του πλανήτη.

Η πρώτη αποστολή των Γιατρών του Κόσμου είναι να θεραπεύσουν. Η δράση ωστόσο επεκτείνεται και πέρα από τον τομέα της υγείας: Στηριζόμενοι πάντα στην ιατρική εμπειρία και σε πλήρη ανεξαρτησία, οι ΓτΚ μιλούν ανοιχτά κατά της παρεμπόδισης πρόσβασης στην υγεία, εναντίον της καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας. Σταθεροί υπερασπιστές των ανθρώπινων δικαιωμάτων, αντιτίθενται στο ρατσισμό, την ξενοφοβία, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων. Σε αυτές τις αρχές στηρίχθηκε η ίδρυση της οργάνωσης «Médecins du Monde», που αργότερα άρχισε να επεκτείνεται και σε άλλες χώρες (Αργεντινή, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιαπωνία, Ισπανία, Καναδάς, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία και Σουηδία), δημιουργώντας ένα διεθνές δίκτυο άμεσης παρέμβασης.

Οι Γιατροί του Κόσμου αποτελούν σήμερα ένα αναπόσπαστο μέρος του διεθνούς δικτύου των Μη-Κυβερνητικών Ανθρωπιστικών Οργανώσεων. Το λογότυπο των Γιατρών του Κόσμου σχεδιάστηκε το Νοέμβριο του 1987 από τον Ρίτσαρντ Ροσίν. Το περιστέρι που δεσπόζει στο κέντρο συμβολίζει την παγκόσμια ειρήνη και την ιατρική φροντίδα. Τα φύλλα του κλαδιού, αναπαριστούν τις πέντε ηπείρους και η χρήση του μπλε χρώματος αντιπροσωπεύει τη φυσική σύνδεση των ηπείρων, δηλαδή τον ουρανό και τη θάλασσα. Το περιστέρι συμβολικά διασχίζει τα σύνορα των χωρών και απεικονίζεται μέσα σε έναν κύκλο, ο οποίος είναι ο πλανήτης μας.

Οι Γιατροί του Κόσμου – Ελλάδας (ΓτΚ – Ελλάδας), ιδρύθηκαν το 1990 και αποτελούν μία ιατρική, ανθρωπιστική Μη Κυβερνητική Οργάνωση, μέλος του Διεθνούς Δικτύου των Γιατρών του Κόσμου το οποίο αποτελείται από 16 αντιπροσωπείες (Αργεντινή, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιαπωνία, Τουρκία, Ισπανία, Καναδάς, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία και Σουηδία).

Κινητήρια αρχή της οργάνωσης είναι ότι κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει δικαίωμα στην ανθρωπιστική βοήθεια, ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τη θρησκεία, την ιδεολογία ή την πολιτική πεποίθηση. Κατά συνέπεια, οι Γιατροί του Κόσμου δρουν με βάση τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας. Το γεγονός όμως ότι διατηρούν την ουδετερότητά τους, δεν τους εμποδίζει από το να μιλούν

ανοιχτά για την καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, όταν οι ίδιοι γίνονται αυτόπτες μάρτυρες. Όπου αυτό είναι δυνατόν, οι Γιατροί του Κόσμου επισημαίνουν τους κινδύνους από ανάλογες καταπατήσεις, είτε μέσω της σιωπηρής διπλωματίας, είτε μέσω της παρέμβασής μας στα ΜΜΕ.

Από την αρχή της δράσης τους, οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας έχουν δημιουργήσει πλήθος προγραμμάτων τόσο στο εσωτερικό της χώρας αλλά και στο εξωτερικό με στόχο την παροχή ιατρικών και άλλων υπηρεσιών σε περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες που δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και χρειάζονται ιατρική περίθαλψη.

#### Η Αποστολή μας

Η πρώτη και κύρια αποστολή των Γιατρών του Κόσμου είναι η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Ωστόσο, οι δράσεις επεκτείνονται και πέρα από το πλαίσιο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης: Στηριζόμενοι πάντα στην ιατρική εμπειρία, οι Γιατροί του Κόσμου μιλούν ανοιχτά κατά της παρεμπόδισης της πρόσβασης στην υγεία, εναντίον της καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Μακροπρόθεσμος στόχος των Γιατρών του Κόσμου είναι να εξασφαλίσουν την ανεμπόδιστη πρόσβαση στην υγεία και να διασφαλίσουν ότι είναι ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα.

### **Ραμόνα- Ενδιάμεση Δομή Φιλοξενίας Γυναικών σε Επισφάλεια**

Οι Γιατροί του Κόσμου αναγνωρίζοντας το έλλειμμα σε στεγαστικές δομές που να απευθύνονται σε άστεγες γυναίκες και σε μητέρες με παιδιά, ανοίγουν τις πύλες μιας νέας δομής φιλοξενίας. Στόχος τους αφενός μεν να ανταποκριθούν στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες για στέγαση γυναικών που δεν εντάσσονται στις συνήθεις δομές φιλοξενίας, οι οποίες επικεντρώνονται κυρίως στο θέμα της κακοποίησης (π.χ. άνεργες μητέρες με παιδιά, ηλικιωμένες υπό έξωση από την κατοικία τους, κ.α.), αφετέρου δε, στην περίπτωση της κακοποίησης να καλύψουν το κενό φιλοξενώντας άμεσα την γυναίκα σε κίνδυνο, μέχρι την εισαγωγή της στην κατάλληλη δομή για θύματα ενδοοικογενειακής βίας.

Η δομή φιλοξενίας χωρητικότητας 24 ατόμων έχει ενδιάμεσο χαρακτήρα και λειτουργεί με βάση το φύλο αλλά όχι το είδος του προβλήματος, χωρίς να τοποθετεί «ταμπέλες» που θυματοποιούν και υποβιβάζουν τις γυναίκες σε κίνδυνο. Στηρίζεται σε ολιστική μεθοδολογία ως προς το ιατρικό και ψυχοκοινωνικό σκέλος και έχει καθαρά ενταξιακό στόχο σε συνάρτηση ενός πλαισίου τεσσάρων αξόνων: στέγασης, ενδυνάμωσης, ένταξης και μεταπαρακολούθησης. Οι φιλοξενούμενες και τα παιδιά τους διαμένουν σε ατομικά πλήρως εξοπλισμένα δωμάτια, ενώ τους διατίθενται χώροι δραστηριοτήτων και ψυχαγωγίας, προσβάσιμοι σε ΑμεΑ μέσω ειδικού αναβατορίου και ανελκυστήρα. Η ατομική συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη γίνεται μέσω εξατομικευμένης και ομαδικής εργασίας από διεπιστημονική ομάδα (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ιατρός, κ.α.).

Οι Γιατροί του Κόσμου με συναίσθημα ευθύνης απέναντι στην κοινωνία και στους συνανθρώπους μας που έχουν ανάγκη, στηρίζουν τη δομή φιλοξενίας με τη βοήθεια των χορηγών τους αλλά και με ιδίους υλικούς και ανθρώπινους πόρους.

Στο νέο αυτό ξενώνα δόθηκε η ονομασία «Ραμόνα» . Η Ραμόνα ήταν ένα παιδί δικό μας που έφυγε πολύ νωρίς από τη ζωή. Οι Γιατροί του Κόσμου την τιμούν δίνοντας το όνομά της στη δομή.

## Τα ανοιχτά πολυϊατρεία

Τα Ανοιχτά Πολυϊατρεία των Γιατρών του Κόσμου λειτουργούν με βασικό στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καθώς και κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως άστεγοι, άποροι, ανασφάλιστοι, μετανάστες χωρίς διοικητικά έγγραφα, πρόσφυγες καθώς και σε κάθε άλλο άτομο με περιορισμένη ή μηδενική πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τα Ανοιχτά Πολυϊατρεία των Γιατρών του Κόσμου σε όλη τη χώρα είναι στο σύνολο 6 και λειτουργούν στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα, τα Χανιά και την Καβάλα.

Εθελοντές γιατροί όλων των ειδικοτήτων (παθολόγοι, παιδίατροι, χειρουργοί, γυναικολόγοι, δερματολόγοι, καρδιολόγοι, οφθαλμίατροι, ορθοπαιδικοί, ακτινολόγοι, πνευμονολόγοι, ΩΡΛ, ψυχίατροι, νευρολόγοι) παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα για τους ασθενείς να πραγματοποιήσουν δωρεάν εργαστηριακές εξετάσεις, μέσω παραπομπών σε συνεργαζόμενους φορείς. Μετά την παρακολούθηση των ασθενών από τους ιατρούς του Πολυιατρείου, τους χορηγούνται τα απαραίτητα φάρμακα. Στο πλαίσιο λειτουργίας των Ανοιχτών Πολυιατρείων, εντάσσονται η Κοινωνική υπηρεσία και το τμήμα Ψυχολογικής υποστήριξης.

Η Κοινωνική υπηρεσία στοχεύει στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων και δυσκολιών τόσο των ατόμων που φιλοξενούνται στις δομές των Γιατρών του Κόσμου όσο και όσων απευθύνονται σε αυτήν μέσω των Ανοιχτών Πολυιατρείων. Πιο συγκεκριμένα, η Κοινωνική υπηρεσία αναλαμβάνει τη λήψη κοινωνικού ιστορικού (καταγραφή κοινωνικών στοιχείων και αιτημάτων εξυπηρετημένων), την παροχή κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, κοινωνικής συμβουλευτικής και στήριξης (ενημέρωση εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και τις δυνατότητες τους για πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας και κοινωνικής αρωγής) και την ενημέρωση για θέματα εκπαίδευσης, κατάρτισης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Το τμήμα Ψυχολογικής υποστήριξης αποτελείται από εθελοντές ψυχολόγους και έχει στόχο την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες στο πλαίσιο μιας στοχοθετημένης και βραχυπρόθεσμης (6 μήνες έως 12) παρέμβασης.

Στο τμήμα απευθύνονται άτομα τα οποία βιώνουν καθημερινά ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες σε οικονομικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο (ανεργία, κοινωνική απομόνωση, κλινικές διαταραχές) και είτε είναι ανασφάλιστα είτε δε μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους από τις διαρκώς συρρικνούμενες κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. Επίσης μπορεί να είναι μετανάστες ή πρόσφυγες, αιτούντες πολιτικό άσυλο, οι οποίοι έχουν έρθει αντιμέτωποι με αντίξοα και πολλές φορές ακραία, γεγονότα (βασανιστήρια, απαγωγές, τρομοκρατικές και ρατσιστικές επιθέσεις) και αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής. Συχνά είναι αναγκαία η παραπομπή και συνεργασία με ψυχίατρο. Το τμήμα συνεργάζεται επιπλέον με μια παιδοψυχίατρο με στόχο την ψυχιατρική εκτίμηση και παρακολούθηση παιδιών και εφήβων με αναπτυξιακές διαταραχές αλλά και μαθησιακές δυσκολίες, ενώ παρέχεται και η δυνατότητα συμβουλευτικής στην οικογένεια.

Τα Ανοιχτά Πολυϊατρεία των Γιατρών του Κόσμου στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, τη Πάτρα και τα Χανιά, λειτουργούν κυρίως με πόρους της οργάνωσης.

## Κοινωνικό Φαρμακείο

Το έργο «Κοινωνικές Δομές Αντιμετώπισης της Φτώχειας στο Δήμο Αθηναίων» υλοποιείται στα πλαίσια του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού», χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και προωθεί την ανάπτυξη και λειτουργία ενός διευρυμένου δικτύου Κοινωνικών Δομών Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας. Στο πλαίσιο αυτού του δικτύου, μεταξύ άλλων δομών, έχει δημιουργηθεί το Κοινωνικό Φαρμακείο.

Το Κοινωνικό Φαρμακείο λειτουργεί σε υφιστάμενη Δομή Φαρμακείου των Γιατρών του Κόσμου, η οποία λειτουργεί παράλληλα με το πρόγραμμα Ανοιχτό Πολυιατρείο, από το 1997, με στόχο την δωρεάν παροχή φαρμάκων, τόσο στους ασθενείς που παρακολουθούν οι ιατροί των ΓΤΚ όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς που αν και έχουν ανάγκη φαρμάκων, δεν έχουν την οικονομική ή και την ασφαλιστική δυνατότητα να τα προμηθευτούν (απαραίτητη είναι η ύπαρξη συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής).

Το Κοινωνικό Φαρμακείο παρέχει δωρεάν φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα, σε άτομα τα οποία έχουν ελάχιστη έως και μηδαμινή πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και είναι κυρίως άνεργοι/ανασφάλιστοι, άποροι, υπερήλικες / χαμηλοσυνταξιούχοι, άστεγοι, μετανάστες, μονογονεϊκές / πολύτεκνες οικογένειες, άτομα με αναπηρία κ.α.

Το Κοινωνικό Φαρμακείο έχει αναπτύξει ένα πλέγμα δράσεων προκειμένου να εξασφαλίσει τη δωρεάν προμήθεια του σε φαρμακευτικά σκευάσματα και προϊόντα από φαρμακοβιομηχανίες, φαρμακευτικούς συλλόγους και τοπικούς συλλογικούς φορείς. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ).



## Υπνωτήριο Αστέγων των Γιατρών του Κόσμου στον Δήμο Αθηναίων

Η δομή του Υπνωτηρίου Αστέγων λειτουργεί με συγχρηματοδότηση από το Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Αττικής για την προγραμματική περίοδο 2014 – 2020. Η πράξη στοχεύει στην κάλυψη επείγουσών στεγαστικών και βιοτικών αναγκών των αστέγων και αποτελεί μέρος της Εθνικής και Περιφερειακής Στρατηγικής για την Κοινωνική Ένταξη (ΕΣΚΕ & ΠΕΣΚΕ) για τη διασφάλιση της πρόσβασης σε κατάλληλη στέγη. Το έργο με τίτλο «Υπνωτήριο» αναφέρεται στη λειτουργία Υπνωτηρίου Αστέγων των Γιατρών του Κόσμου για εκείνο το μέρος του πληθυσμού που δεν μπορεί να καλύψει τη βασική ανάγκη στέγασης.

Ειδικότερα, τα «Υπνωτήρια» είναι δομές άμεσης φιλοξενίας που λειτουργούν μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και καλύπτουν επείγουσες στεγαστικές ανάγκες όσων διαβιούν στο δρόμο. Παρέχουν υπηρεσίες διανυκτέρευσης, ατομικής φροντίδας και υγιεινής, ψυχοκοινωνικής στήριξης και διασύνδεσης με υπηρεσίες στέγασης, ψυχολογικής υποστήριξης, νομικής συνδρομής, συμβουλευτικής, υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής επανένταξης.

Στόχος του έργου είναι:

- Η παροχή βασικών αγαθών, η παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των αστέγων.
- Η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και η πρόληψη φαινομένων περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού.

Φιλοξενούμενοι στο Υπνωτήριο:

Φιλοξενούμενοι του Υπνωτηρίου είναι οι άστεγοι που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, οι οποίοι στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης. Στους αστέγους περιλαμβάνονται ιδίως αυτοί που διαβιούν στο δρόμο, σε ξενώνες, αυτοί που φιλοξενούνται από ανάγκη προσωρινά σε ιδρύματα ή άλλες κλειστές δομές, καθώς και αυτοί που διαβιούν σε ακατάλληλα καταλύματα. Η δυναμικότητα της Δομής είναι 55 άτομα.

Το έργο με τίτλο «Υπνωτήριο» της Πράξης «Υφιστάμενη Δομή Αστέγων Δήμου Αθηναίων: Υπνωτήριο» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5002818, χρηματοδοτείται από το Περιφερειακό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Αττικής.

## Ολοκληρωμένα προγράμματα

### **ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΡΟΜΑ**

Οι περισσότεροι καταυλισμοί Ρομά βρίσκονται κοντά σε υποβαθμισμένες περιοχές, χωρίς πρόσβαση σε ηλεκτρικό ρεύμα και τρεχούμενο νερό και οι κάτοικοι τους είναι συχνά εκτεθειμένοι σε πληθώρα μολύνσεων και μικροβίων. Οι Γιατροί του Κόσμου μέσω ειδικά διαμορφωμένης Κινητής Ιατρικής Μονάδας, υποστηρίζουν την ευπαθή κοινωνική ομάδα των Ρομά στην ελληνική επικράτεια, πραγματοποιώντας ένα πρόγραμμα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Βασικοί άξονες του προγράμματος αποτελούν η εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού, η προληπτική φροντίδα, η αγωγή υγείας, η καταγραφή των στοιχείων και των αναγκών του πληθυσμού για υγειονομική και επιδημιολογική μελέτη αλλά και οι παραπομπές στις αρμόδιες υπηρεσίες για περαιτέρω ιατρική φροντίδα και κοινωνική στήριξη, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Το πρόγραμμα υλοποιείται με επισκέψεις σε καταυλισμούς αθίγγανων στην περιφέρεια της Αθήνας, σε περιοχές όπως ο Ασπρόπυργος, η Νέα Ζωή, η Γκορυτσά και η Ελευσίνα καθώς και στην περιφέρεια της Θεσσαλονίκης.

Το πρόγραμμα πραγματοποιείται με πόρους των Γιατρών του Κόσμου.

### Δομή Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων “Ελαία”

Η δομή φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων βρίσκεται στην Παιανία και έχει δυναμικότητα 100 ατόμων. Φιλοξενεί αγόρια ηλικίας 10 – 16 ετών σε ένα σύγχρονο κτίριο 1950 τ.μ. στο οποίο πέρα από τους κοιτώνες, τους χώρους υγιεινής και εστίασης, υπάρχουν άφθονοι εσωτερικοί χώροι για δραστηριότητες καθώς και διαμορφωμένο εξωτερικό χώρο τριών στρεμμάτων με κήπο με δένδρα, ένα αίθριο, ένα αμφιθέατρο για πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες, ένα θερμοκήπιο και έναν υπαίθριο παιδότοπο.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασυνόδευτους ανήλικους, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην δομή φιλοξενίας είναι:

- Διαμονή, διατροφή και παροχή ειδών πρώτης ανάγκης
- Νομική βοήθεια / Πληροφόρηση
- Κοινωνική Συμβουλευτική
- Ψυχολογική Υποστήριξη
- Πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε συνεργασία με τις άλλες δομές/προγράμματα της Οργάνωσής μας
- Διευκόλυνση της προσαρμογής και ένταξης στην τοπική κοινωνική και πολιτισμική πραγματικότητα
- Οργάνωση επιμορφωτικών και ψυχαγωγικών εκδηλώσεων και δραστηριότητες δημιουργικής αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου τους

Η δομή φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων άνοιξε τις πύλες της στις 29-09-2016 και για τη χρονική περίοδο από 1η Μαΐου 2016 έως 30η Ιουνίου 2017 εντάσσεται στο έργο “Emergency support to assist most vulnerable migrants stranded in Greece” χρηματοδοτείται από το Ταμείο Ασύλου Μετανάστευσης και Ένταξης και πραγματοποιείται σε συνεργασία με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης.

### **Υποστήριξη των Γιατρών του Κόσμου στην Υπηρεσία Ασύλου (Αθήνα, Θεσσαλονίκη)**

Οι Γιατροί του Κόσμου εξυπηρετώντας ανελλιπώς τα τελευταία έτη μέσα από τα Ανοιχτά Πολυϊατρεία τους εκατοντάδες αιτούντες άσυλο σε όλη την Ελλάδα που παραπέμπονται σε καθημερινή βάση από την Υπηρεσία Ασύλου, ξεκίνησαν να λειτουργούν ένα Γραφείο Υγείας και Πρώτων Βοηθειών εντός του ΠΓΑ Αττικής από τον Αύγουστο του 2018 ώστε να οργανωθεί και να εντατικοποιηθεί ένα αποτελεσματικό σύστημα παραπομπών και διασύνδεσης για τους αιτούντες άσυλο και τους πολίτες τρίτων χωρών σε υπηρεσίες υγείας.

Το κλιμάκιο αποτελείται από έναν ιατρό, ένα νοσηλεύτη και έναν διοικητικό υπάλληλο. Ο νοσηλεύτης παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής υγείας και πρώτες βοήθειες όταν χρειαστεί στο χώρο της Υπηρεσίας Ασύλου και εντοπίζει τα πρόσωπα που τυχόν χρήζουν παραπομπής στο Ανοιχτό Πολυϊατρείο των ΓτΚ, στην Αθήνα. Ο ιατρός παρέχει υπηρεσίες στο Πολυϊατρείο των ΓτΚ στην οδό Πειραιώς 33, δέχεται τις παραπομπές που συντονίζει ο νοσηλεύτης ή/και ο διοικητικός υπάλληλος και εκδίδει τα απαραίτητα έγγραφα όπου χρειάζεται. Επίσης, ο ιατρός συνδράμει στη σύνταξη και υπογραφή της απαιτούμενης φόρμας ιατρικών πληροφοριών/ιατρικής βεβαίωσης των αιτούντων διεθνής προστασίας που πάσχουν από ορισμένες παθήσεις ή χρήζουν ειδικής φροντίδας, προκειμένου αυτοί να ταξιδέψουν αεροπορικώς σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο πλαίσιο του Κανονισμού (ΕΕ) αριθμ. 604/2013.

Το παρόν πρόγραμμα υποστηρίζεται από το FoundationOpen Society Institute σε συνεργασία με το OSIFE του Open Society Foundations.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### Ο σκοπός και η μέθοδος RGA

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διαπιστωθεί το επίπεδο των υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται στη συγκεκριμένη ΜΚΟ, ως φορέα Πρωτοβάθμιου Οργανισμού Υγείας. Ο βαθμός της ικανοποίησης προκύπτει από τα ερωτηματολόγια που καλούνται να απαντήσουν οι εργαζόμενοι του φορέα και στοχεύει στο να αναδείξει ενδεχόμενα σημεία που χρειάζονται μεγαλύτερη εστίαση, ώστε να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός ικανοποίησης.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι παραλλαγή της τεχνικής RGA (Repertory Grid Approach), η οποία σύμφωνα με τον VandenKerkhof (2004), έχει τις ρίζες της στη δομική ψυχολογική προσέγγιση. Επομένως, στη συγκεκριμένη ενότητα, όπου αναλύεται η μεθοδολογία, θα περιγραφεί αρχικά η τεχνική RGA και στη συνέχεια η προτεινόμενη παραλλαγή της τεχνικής RGA, με τρόπο προσαρμοσμένο στις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης, οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω.

Πιο συγκεκριμένα, η RGA ή αλλιώς το πλέγμα ρεπερτορίου (Repertory Grid Approach) είναι μια τεχνική, η οποία στοχεύει στην ερμηνεία ή στη νοηματοδότηση, που δίνει ο ίδιος ο άνθρωπος σε μια συγκεκριμένη εμπειρία του, η οποία σχετίζεται τόσο με την μοναδική προσωπικότητά του (individuality), όσο και με κοινά μοτίβα που παρατηρούνται σε παρόμοιες εμπειρίες (commonality). Υποστηρίζεται από την θεωρία προσωπικών δομών (personal construct theory) του George Kelly, η οποία δημοσιεύτηκε πρώτη φορά το 1955 (Kelly, 1955).

Το πλέγμα ρεπερτορίου περιλαμβάνει ένα «θέμα», δηλαδή την ονομασία που δίνεται για την πτυχή κάποιας εμπειρίας, ένα «σύνολο στοιχείων (elements)», τα οποία αναφέρονται σε συγκεκριμένα παραδείγματα ή παρουσιάσεις του αρχικού θέματος, ένα «σύνολο κατασκευών (constructs)», που αφορούν στους βασικούς όρους που χρησιμοποιεί ο ερωτώμενος/ συμμετέχων στην έρευνα, για να περιγράψει και να κατανοήσει τα στοιχεία, τα οποία πρέπει να εκφραστούν ως αντίθετα μεταξύ τους, και ένα σύνολο βαθμολογήσεων (ratings) των στοιχείων στις κατασκευές (Shaw, 1980).

Αρχικά, ο Kelly ενδιαφέρθηκε για το πώς μπορεί να εφαρμοστεί η RGA στην κλινική ψυχολογία και πιο συγκεκριμένα, στο πως ερμήνευαν οι πελάτες συγκεκριμένους καθημερινούς ρόλους (πχ. ο ρόλος του πατέρα, της μητέρας ή του καλύτερου φίλου). Στη συνέχεια, το πλέγμα ρεπερτορίου χρησιμοποιήθηκε ευρέως και σε διαφορετικά πλαίσια, όπως στο οργανωτικό, στο εκπαιδευτικό, στο επαγγελματικό και στο μάρκετινγκ, επειδή μπορεί να χρησιμοποιήσει ως «στοιχεία» (elements), όλα τα σαφώς καθορισμένα σύνολα λέξεων, φράσεων ή ακόμη και σύντομων σημείων συμπεριφοράς (Saul et al., 2012).

Επομένως, οι «κατασκευές», ως βασικοί όροι που χρησιμοποιούνται από τους ερωτώμενους, για να περιγράψουν την αντίθεση δύο στοιχείων, σχετίζονται άμεσα με τα ίδια τα στοιχεία. Για παράδειγμα, η αντίθεση καλός/κακός έχει άλλη σημασία, όταν πρόκειται να προσδιορίσει το στοιχείο μιας υπηρεσίας και άλλη σημασία, όταν πρόκειται να προσδιορίσει μια ηθική κατάσταση περισσότερο θεμελιωδών εμπειριών. Αναφορικά με τις βαθμολογήσεις, κάθε στοιχείο τοποθετείται μεταξύ των δύο άκρων του κατασκευάσματος,

χρησιμοποιώντας ένα σύστημα κλίμακας βαθμολόγησης 5 ή 7 σημείων, τα οποία είναι διαστάσεις του αρχικού θέματος. Αυτό γίνεται επανειλημμένα για όλα τα κατασκευάσματα που ισχύουν και έτσι, διαμορφώνεται η σημασία του στον πελάτη/ερωτώμενο και καθίσταται δυνατή η ανάλυση των δεδομένων, που κυμαίνεται από την απλή καταμέτρηση έως την πιο πολύπλοκη στατιστική πολυπαραγοντική ανάλυση (Saul et al., 2012).

Συνοπτικά, η RGA επικεντρώνεται σε δύο βασικές έννοιες, τα «στοιχεία», τα οποία δίνονται ως δεδομένα και τις «εννοιολογικές κατασκευές», για το πως ερμηνεύονται τα στοιχεία από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Τα στοιχεία είναι τα αντικείμενα, που βρίσκονται στην ανθρώπινη αντίληψη και αλληλεπιδρούν με τις αξίες και τις ιδέες τους. Οι εννοιολογικές κατασκευές είναι οι διακρίσεις, που κάνουν τα άτομα μέσω του τρόπου σκέψης και αντίληψης τους, για να περιγράψουν τα στοιχεία, τα οποία τους δίνονται.

Σύμφωνα με τον Janovicz (2004), η βασική διαδικασία του RGA περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

- Συμφώνησε στο αντικείμενο της έρευνας με τον ερωτηθέντα
- Συμφώνησε στο πακέτο των δεδομένων με τον ερωτηθέντα
- Ενημέρωση τον ερωτηθέντα για το γεγονός ότι επιθυμείς να μάθεις τι πιστεύει για τα δεδομένα
- Ρώτα τον ερωτηθέντα για το αν βλέπει κοινά αλλά και τις αντιθέσεις ως προς τα στοιχεία
- Έλεγξε αν έγιναν κατανοητές οι αντιθέσεις αλλά και τα κοινά στοιχεία
- Παρουσίασε τις αντιθέσεις και την κλίμακα διαβάθμισης
- Ζήτη από τον ερωτηθέντα να βαθμολογήσει τα στοιχεία με τον ζητούμενο τρόπο
- Αξιολόγησε τα αποτελέσματα

Κατά τον Lambert (1997), η RGA είναι μια μοναδική στρατηγική συνέντευξης και μέτρησης δεδομένων, η οποία έχει τις βάσεις της στη θεωρία της προσωπικής δόμησης. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για έρευνες στον τομέα της ψυχολογίας, καθώς και σε διαδικασίες επίλυσης προβλημάτων, που προέκυψαν σε εκπαιδευτικά προγράμματα.

Η μεθοδολογία RGA είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και αποτελεσματική, όταν εξετάζονται ορισμένα υπό κρίση αντικείμενα ή καταστάσεις, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε εσωτερικές διαδικασίες μέσα στον εκάστοτε φορέα – οργανισμό. Η ανάλυση πλέγματος ρεπερτορίου είναι μια προσπάθεια, που στοχεύει στο να γίνει εφικτό από τον ερευνητή «να μπει στα παπούτσια των άλλων» και να κατανοήσει ο εκάστοτε ερευνητής τις διαφορετικές σκέψεις και τους προβληματισμούς των ερωτώμενων (White, 1996).

Σε μια πρόσφατη έρευνα διερευνώνται συγκεκριμένα παραδείγματα στον εκπαιδευτικό τομέα και μελετώνται οι δυνατότητες εφαρμογής των τεχνικών του πλέγματος ρεπερτορίου στο πλαίσιο προγραμμάτων σπουδών, που σχετίζονται με τα «Προϊόντα και τις Εφαρμογές» και την «Ποιότητα», στο σχεδιασμό και την τεχνολογία. Επιπλέον, προτείνεται μια τροποποιημένη εκδοχή της κλασικής μεθόδου «triad elicitation», δηλαδή της διερεύνησης μέσω μικρών ομάδων με ελάχιστο αριθμό συμμετοχής τριών ατόμων, που προέρχεται από το πλέγμα ρεπερτορίου, παρέχοντας ένα ισχυρό μέσο αποκάλυψης των προσωπικών κατασκευών (των φοιτητών) για τα τεχνολογικά προϊόντα και αντικείμενα (Siraj-Blatchford, 2019).

Πιο συγκεκριμένα, στην παραπάνω μελέτη, επισημαίνεται ότι η τεχνική του πλέγματος ρεπερτορίου δύναται να προσφέρει ένα αξιόλογο μέσο, με το οποίο ο ερευνητής/ εκπαιδευτής μπορεί να προσδιορίσει τις θεμελιώδεις κατηγορίες, από τις οποίες μια ποικιλία προϊόντων ή αντικειμένων διαφοροποιείται από τα άτομα ή τις ομάδες. Ακόμη, προσφέρει ένα παιδαγωγικό εργαλείο, με το οποίο μπορούν να γίνουν εναλλακτικές αξιολογήσεις/ εκτιμήσεις, οι οποίες αποτελούν μια πρόκληση στις συζητήσεις των ομάδων. Επισημαίνεται ότι κατά την υιοθέτηση της παραπάνω στρατηγικής, μπορούν να εντοπιστούν αντικρουόμενες τιμές, εφόσον η στρατηγική είναι «ανοιχτή» και ακολουθεί τη διαλογική προσέγγιση, ένα εκπαιδευτικό κλίμα ανοχής και αμοιβαιότητας (Siraj-Blatchford, 2019).

Το θεμελιώδες αξίωμα στην θεωρία του Kelly, είναι ότι οι διαδικασίες με τις οποίες λειτουργεί ένα άτομο, φιλτράρονται σε ψυχολογικό επίπεδο, μέσα από τους τρόπους με τους οποίους «περιμένει» να συμβούν τα γεγονότα. Η θεωρία επομένως βασίζεται σε μια περισσότερο ανθρωπιστική έννοια, συγκριτικά με αυτές που υιοθετούνται σε πειράματα με ζώα και προγραμματισμένους λαβύρινθους, καθώς τα ανθρώπινα όντα δημιουργούν δικά τους αυθύπαρκτα δίκτυα διαδρομών, που άλλοτε σχετίζονται με τις γνωστικές δομές και άλλοτε με τα συστήματα. Εφόσον το μέγιστο κίνητρο των ερευνητών είναι η ανάγκη για πρόβλεψη, τότε οι προσωπικές κατασκευές είναι οι διαστάσεις που χρησιμοποιούνται, για να αποδοθούν ως έννοιες, οι πτυχές του καθημερινού μας κόσμου. Η θεωρία του Kelly προτείνει ότι οι διαστάσεις αυτές είναι συνεχώς αναπτυσσόμενες, και ότι αυτές, που αποδεικνύονται ως «καλοί προγνωστικοί παράγοντες» τίθενται υπό επεξεργασία, ενώ αυτοί που δεν ενισχύονται στην πρακτική εφαρμογή τους, απορρίπτονται (Siraj-Blatchford, 2019).

Λαμβάνοντας υπόψη τις εναλλακτικές προτάσεις για την αξιοποίηση της RGA από διαφορετικά πεδία και τις πρακτικές δυσκολίες, που προέκυψαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης του αρχικού μεθοδολογικού σχεδίου, για τις ανάγκες αυτής της μελέτης, δημιουργήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο παρόμοιο με το πλέγμα ρεπερτορίου, το οποίο όμως βασίστηκε σε μια διαφορετική, από την πρωτότυπη RGA, διαδικασία διερεύνησης, όσον αφορά στο στάδιο διαμόρφωσης των εννοιολογικών κατασκευών. Η προτεινόμενη παραλλαγή της RGA τεχνικής αναλύεται στην αμέσως επόμενη ενότητα, όπου και σχολιάζονται εκτενώς οι πρακτικές δυσκολίες που παρουσιάστηκαν και οι συνέπειές τους στον μεθοδολογικό σχεδιασμό.

### Παραλλαγή της τεχνικής RGA

Αρχικά, στο πρώτο στάδιο εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης, ο στόχος ήταν να εκτιμηθούν και να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες της δομής «Γιατροί του κόσμου» από τους ίδιους τους ασθενείς, που προέρχονταν από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Το πρώτο μεθοδολογικό σχέδιο προέβλεπε την ενεργό συμμετοχή τους σε μικρές ομάδες, όπως προτείνει η RGA, οι οποίες με βάση τον διάλογο και την ανταλλαγή πληροφοριών, θα συνέβαλαν στη διερεύνηση των «στοιχείων» και των «κατασκευών», που συνθέτουν την εμπειρία εξυπηρέτησής τους, από τον εν λόγω Πρωτοβάθμιο Οργανισμό Υγείας. Κατ' επέκταση, το αρχικό μεθοδολογικό σχέδιο θα αποσκοπούσε στην εύρεση των βασικών όρων, που χρησιμοποιούνται από τους ίδιους τους ασθενείς – ερωτώμενους, για να περιγράψουν την αντίθεση δύο στοιχείων (προτιμώμενος και μη προτιμώμενος πόλος), αναφορικά με κάθε υπηρεσία, η οποία προσφέρεται από τους «Γιατρούς του Κόσμου» και αποτελεί δομικό στοιχείο στην εμπειρία εξυπηρέτησής των ασθενών από ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Ωστόσο, το αρχικό μεθοδολογικό σχέδιο συνάντησε πρακτικές δυσκολίες, οι οποίες δεν λήφθηκαν υπόψη στο στάδιο της προετοιμασίας της συγκεκριμένης μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι ασθενείς δεν ήταν διαθέσιμοι να αφιερώσουν χρόνο για την προαναφερθείσα διαδικασία, καθώς είτε αντιμετώπιζαν οικονομικές και πρακτικές δυσκολίες στην μετακίνησή τους, είτε είχαν αλλάξει μέρος διαμονής και βρισκόνταν σε άλλη πόλη, είτε δεν μπορούσαν να είναι παρόντες στο χρονικό διάστημα που υπήρχε διαθέσιμο για την εκπόνηση της μελέτης. Πολλοί μάλιστα είχαν διαφορετικά στοιχεία επικοινωνίας, από αυτά που ήταν ήδη αποθηκευμένα στα αρχεία της δομής, και καμία επικοινωνία δεν ήταν εφικτή μαζί τους.

Επομένως, εφόσον ήταν δύσκολη έως αδύνατη η συμμετοχή των ίδιων των ασθενών, επιλέχθηκαν ως συμμετέχοντες οι ίδιοι οι εργαζόμενοι της δομής υγείας και κάποια άτομα από την ηγεσία, οι οποίοι είχαν ήδη κάποια ανεπίσημα αρχεία άτυπης αξιολόγησης από την μεριά των ασθενών, που έθεσαν την βάση πάνω στην οποία συντάχθηκε το εργαλείο για τη συγκεκριμένη έρευνα. Όπως φαίνεται και παρακάτω, η μορφή του εργαλείου είναι σχεδόν πανομοιότυπη με το πλέγμα ρεπερτορίου, με τη διαφορά ότι έχει 4 σημεία προς αξιολόγηση (όχι 5 ή 7), τα οποία όμως προήλθαν από μεμονωμένες εκτιμήσεις των ίδιων των ασθενών, χωρίς διαβάθμιση και χωρίς τη διεργασία εκμείυσης των ερωτήσεων από τον ερευνητή. Σαφώς, είναι άξιο αναφοράς, ότι εφόσον επιλέχθηκαν ως δευτερογενή δεδομένα και τυποποιήθηκαν από άτομα που είναι στην ηγεσία, είναι πιθανόν να έχουν φιλτραριστεί από την δική τους υποκειμενική εμπειρία και οπτική.

Θα μπορούσε ακόμη να ειπωθεί, ότι λόγω της αυξημένης υποκειμενικότητας που επιτρέπει το μεθοδολογικό κενό που παρουσιάστηκε, η αντίληψη της διοίκησης του φορέα ενδέχεται να διαμορφώθηκε σε ασυνείδητο επίπεδο από την δική της προσέγγιση, θέτοντας έτσι τις υποτιθέμενες «κατασκευές» του πλέγματος, ως προκαθορισμένα κριτήρια, τα οποία είχε ενδιαφέρον να εκτιμηθούν στη συνέχεια από τους εργαζόμενους – συμμετέχοντες στην έρευνα με συμβολισμούς Χ (μη προτιμώμενος πόλος) και Ο (προτιμώμενος πόλος). Σε αυτήν την περίπτωση, η παραλλαγή της τεχνικής περισσότερο παραπέμπει σε ερευνητικό εργαλείο μέτρησης αντιλήψεων και διαφέρει ριζικά από τον αρχικό μεθοδολογικό σχεδιασμό. Ούτως ή άλλως, οι πρακτικές δυσκολίες που παρουσιάστηκαν δεν μπορούσαν να επιλυθούν εν ευθέτω χρόνο, οπότε για λόγους τυποποίησης ελέγχου της πολιτικής του φορέα σε κριτήρια που εν μέρει προκαθορίστηκαν, και για λόγους ευκολίας στην επακόλουθη μέτρηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, υιοθετήθηκε η παραλλαγή της τεχνικής RGA.

Εντέλει, αξίζει να διευκρινιστεί, ότι η παραλλαγή της τεχνικής που χρησιμοποιήθηκε, συγκριτικά με την RGA, σαφώς στερείται αντικειμενικότητας, καθώς δεν ακολουθήθηκε μια σταθερή και τυπική μεθοδολογία, όπως αυτή που προτείνει η θεωρία RGA. Παρόλα αυτά, το ίδιο το εργαλείο του πλέγματος ρεπερτορίου είναι αρκετά βοηθητικό από άποψη χρηστική και δύναται να συμβάλλει στη διεξαγωγή σημαντικών και πολυάριθμων δεδομένων, ως προς την αξιολόγηση των υπηρεσιών της συγκεκριμένης δομής, η οποία βέβαια γίνεται από τους ίδιους τους εργαζόμενους, με βάση όμως τα στοιχεία που προέκυψαν από άτυπες αξιολογήσεις ασθενών, που έγιναν πριν καιρό και ήταν στα αρχεία της διοίκησης.



Το εργαλείο μεθόδου της έρευνας

<b><u>ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΟΣ</u></b> <b><u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u></b>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<b><u>ΜΗ</u></b> <b><u>ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΟΣ</u></b> <b><u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u></b>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ					ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»					ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ					ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ					ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ					ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ					ΑΠΟΥΣΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ

## Περιεχόμενο πλέγματος ρεπερτορίου και δείγματος

Το περιεχόμενο των πόλων ικανοποίησης ή μη του προαναφερόμενου ερωτηματολογίου, προέκυψε έπειτα από διερεύνηση και επικοινωνία με την ηγεσία και το προσωπικό του φορέα. Θεωρήθηκε σημαντικό να γίνει εστίαση στους δείκτες, που θέτει ο φορέας, βασιζόμενος στις μεμονωμένες και ανεπίσημες εκτιμήσεις των ασθενών -για να προκύψει και να αποδοθεί μέσω μηνιαίων αναφορών η απόδοση-, για να διακρίνει το κατά πόσο η απόδοση του οργανισμού στο σύνολο της ήταν η αναμενόμενη και το ποιες βελτιώσεις μπορούν να γίνουν σε τυχόν αστοχίες και σφάλματα, που πιθανώς έλαβαν χώρα.

Οι συμμετέχοντες ήταν δεκαέξι άτομα στα οποία συμπεριλαμβάνεται το σύνολο του προσωπικού, καθώς και η ηγεσία. Από τους δεκαέξι συμμετέχοντες οι δώδεκα ήταν το έμμισθο προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων του φορέα από όλες τις διαβαθμίσεις της ηγεσίας και οι τέσσερις ήταν εθελοντές, που έχουν αναλάβει σημαντικά καθήκοντα με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία του φορέα. Από τους δεκαέξι συμμετέχοντες οι δέκα ήταν γυναίκες και οι έξι ήταν άντρες.

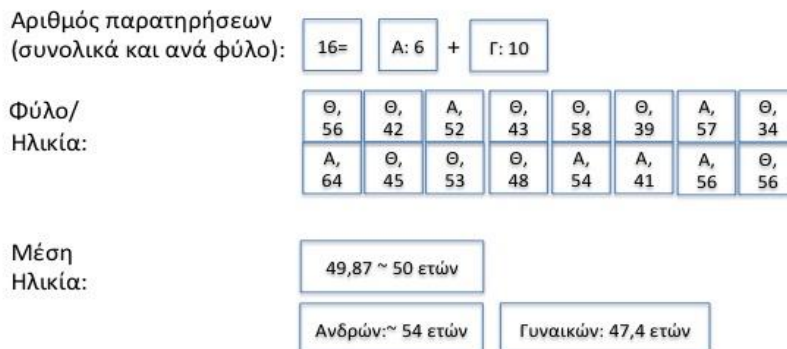
Μέσω των δίπολων που αναπτύχθηκαν στο ερωτηματολόγιο του πλέγματος ρεπερτορίου, έγινε προσπάθεια να αναδειχθούν τα δυνατά σημεία του οργανισμού που λαμβάνουν χώρα μέσω της υιοθέτησης καλών πρακτικών, καθώς και οι αδυναμίες-δυσλειτουργίες στις διαδικασίες που εφαρμόζονται. Ωστόσο, πέραν των καλών πρακτικών, που μπορεί να εφαρμόζονται, τα δίπολα περιλαμβάνουν και άλλους παράγοντες, που μπορεί να οδηγήσουν στην ικανοποίηση των ασθενών, όπως οι διαθέσιμοι πόροι, η επάρκεια των εσωτερικών πελατών, καθώς και η επάρκεια των εγκαταστάσεων.

## Αποτελέσματα

Οι συμμετέχοντες, όπως φαίνεται στην παρακάτω εικόνα (Εικόνα 1), βρίσκονται σε ένα παρόμοιο ηλικιακό φάσμα, καθώς οι μεγάλες αποκλίσεις από τον μέσο όρο ηλικίας είναι ελάχιστες. Γενικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι οι συμμετέχοντες βρίσκονται στο στάδιο της μέσης ηλικίας, καθώς ο μέσος όρος για τους άντρες είναι 54 έτη και για τις γυναίκες είναι 47,4 έτη. Επομένως, δεν είναι δυνατόν να παρατηρηθεί κάποια αξιοσημείωτη διαφορά, που να σχετίζεται ουσιωδώς με την ηλικία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι αρχικά το ερευνητικό εργαλείο στόχευε στην συμπλήρωση της «ειδικότητας» του συμμετέχοντα, για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ειδικότητας και οπτικής ανάλογα με την ειδικότητα, αλλά μετά από την επικοινωνία με τους συμμετέχοντες, αφαιρέθηκε η αντίστοιχη ερώτηση, καθώς τόσο ο ερευνητής, όσο και οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι η ειδικότητά θα «φωτογράφιζε» τους συμμετέχοντες και θα ήταν δύσκολη η διατήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας των ερωτηθέντων.

Περιγραφή παρατηρήσεων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική ποιοτική σπουδή της Ανάλυσης Πλεγμάτων Ρεπερτορίου (Repertory Grid Approach)



Εικόνα 1: Ηλικία συμμετεχόντων

Επομένως, τα συνολικά αποτελέσματα της συμπλήρωσης του ερευνητικού εργαλείου, αποτυπώνονται λεπτομερώς στους δύο παρακάτω πίνακες (Πίνακας 1.1 και Πίνακας 1.2), οι οποίοι διαφοροποιούνται με βάση το φύλο, καθώς είναι ο μοναδικός διαφοροποιημένος παράγοντας, που προκύπτει από τα δεδομένα της έρευνας. Ο διαχωρισμός των δεδομένων γίνεται με βάση τον προτιμώμενο (Ο) και μη προτιμώμενο πόλο (Χ). Για κάθε συμμετέχοντα αντιστοιχούν 24 (4\*6) απαντήσεις/εκτιμήσεις, ως προς τα τέσσερα στοιχεία, τα οποία αποτυπώνουν τις βασικές υπηρεσίες της δομής και ως προς τις αντίστοιχες κατασκευές τους, οι οποίες προσδιορίζουν με περισσότερη σαφήνεια τις επιμέρους εννοιολογικές αναφορές των βασικών υπηρεσιών.

Σε πρώτο επίπεδο διερεύνησης, αναδεικνύονται κάποιες διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των δύο φύλων. Αρχικά, αξίζει να ειπωθεί ότι στους άντρες δεν υπάρχει καμία απάντηση που να έμεινε κενή, ενώ στις γυναίκες έχουμε 19 κενές απαντήσεις συνολικά, όσες περίπου αντιστοιχούν σε έναν συμμετέχοντα.

Μια άλλη διαφορά βρίσκεται στην ομοφωνία των γυναικών για **την μη ικανοποιητική απόδοση** σε επίπεδο «πόρων», ενώ σε αυτήν την άποψη βρίσκονται τα 2/3 των αντρών. Όσο αφορά στην **ανεπάρκεια των «μονάδων»** η πλειοψηφία των γυναικών δεν είναι ευχαριστημένη σε επίπεδο «εσωτερικών πελατών» και «πόρων», ενώ η πλειοψηφία των αντρών μόνο σε επίπεδο «πόρων». Η πλειοψηφία επίσης των γυναικών επιθυμεί **άμεση αναβάθμιση** σε όλα τα επίπεδα, ενώ η πλειοψηφία των αντρών μόνο και πάλι σε επίπεδο «πόρων», ενώ ομόφωνα επιθυμεί αναβάθμιση στις «υποδομές».

Αναφορικά με την **επάρκεια σε άλλους φορείς**, οι περισσότερες γυναίκες είναι ευχαριστημένες μόνο σε επίπεδο ηγεσίας, ενώ ομόφωνα οι άντρες είναι ευχαριστημένοι σε επίπεδο «ηγεσίας» και «εσωτερικών πελατών». Σε αυτήν την ερώτηση αξίζει να σημειωθεί

ότι οι γυναίκες έχουν τις περισσότερες υπολειπόμενες απαντήσεις. Στην **ικανοποίηση εσωτερικών πελατών** οι περισσότερες γυναίκες διαλέγουν τον προτιμώμενο πόλο σε επίπεδο «ηγεσίας», «εσωτερικών πελατών» και «υποδομών», ενώ οι άντρες ομόφωνα συμφωνούν για την ικανοποίηση των εσωτερικών πελατών στις δύο πρώτες κατηγορίες και πλειοψηφικά στην τρίτη.

Σχετικά με τις ομοιότητες, παρατηρείται ότι υπάρχει ομοφωνία για την **ικανοποιητική απόδοση** σε επίπεδο «ηγεσίας» και «εσωτερικών πελατών», τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες. Επίσης, στην **ικανοποίηση εξωτερικών πελατών** παρατηρείται ακριβώς το ίδιο μοτίβο, δηλαδή ομοφωνία στον προτιμώμενο πόλο, τόσο για τους άντρες, όσο και για τις γυναίκες σε επίπεδο «ηγεσίας» και «εσωτερικών πελατών». Επιπλέον, η πλειοψηφία αντρών και γυναικών εκτιμά ότι οι εξωτερικοί πελάτες ικανοποιούνται σε επίπεδο «υποδομών», όχι όμως σε επίπεδο «πόρων».

Από την παραπάνω σύγκριση των δεδομένων, μπορεί να ειπωθεί μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, η οποία έγκειται στο επίπεδο «επιείκειας» της εκτίμησης των ποικίλων υπηρεσιών, με τις γυναίκες να υιοθετούν μια λίγο πιο «αυστηρή» οπτική στην αξιολόγησή τους, σε σχέση με τους άντρες. Από μια άλλη οπτική, μπορεί απλά να ερμηνευθεί ως επίπεδο «προσοχής στην λεπτομέρεια», με τις γυναίκες να δίνουν περισσότερη σημασία στη διαφορά των εννοιών, που παρουσιάζονται σε κάθε κατασκευή, που προσδιορίζει την εκάστοτε υπηρεσία, και για αυτό να είναι και σε θέση να διαφοροποιούν την αντίστοιχη βαθμολόγηση και να παρουσιάζουν ποικιλομορφία στις απαντήσεις τους.

Η ερμηνεία του συγκεκριμένου ευρήματος επιδέχεται διάφορες προσεγγίσεις, οι οποίες προέρχονται, είτε από τις κοινωνικές θεωρήσεις που συνδέονται με το φύλο, είτε από τις αντίστοιχες βιολογικές θεωρήσεις. Επομένως, σύμφωνα με τις κοινωνικές προσεγγίσεις, η έμφαση στην λεπτομέρεια μπορεί να οφείλεται στο κοινωνικό στερεότυπο, της γυναικείας ευαισθησίας και κατανόησης, ως βασικής ανταπόκρισης σε συναισθήματα, όπως είναι η αδιαφορία, η κόπωση, η νευρικότητα και το άγχος. Άρα, για να συμβαδίσουν με το συγκεκριμένο στερεότυπο, οι γυναίκες είναι πιο παρατηρητικές σε ελλείψεις και εντάσεις που συμβαίνουν στο εργασιακό πλαίσιο, συγκριτικά με τους άντρες και αναγνωρίζουν τα στοιχεία αυτά, οπότε είναι και πιο λεπτομερείς στις εκτιμήσεις τους. Σύμφωνα με τις βιολογικές προσεγγίσεις οι γυναίκες είναι εκ φύσεως πιο οργανωτικές και λεπτομερείς, οπότε η παραπάνω διαφοροποίηση ενυπάρχει και δεν είναι ένα αβάσιμο κοινωνικό στερεότυπο (Lazaratou et al., 2010).

Αναμφίβολα, οι συμμετέχοντες είναι λίγοι σε αριθμό και υπάρχει ανομοιομορφία (10 γυναίκες και 6 άντρες), οπότε τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνευτούν με ιδιαίτερη επιφύλαξη ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης σε ευρύτερο πληθυσμό. Η αιτιολογία του παραπάνω φαινομένου δεν μπορεί να αποδοθεί σε μεμονωμένους παράγοντες, καθώς αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που άλλοτε μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με προσωπικούς παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα του συμμετέχοντα και άλλοτε μπορεί να σχετίζεται με περισσότερους κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η μακροχρόνια συνεργασία με αυτόν ή με άλλους φορείς υγείας ή η οπτική γωνία που κάποιος υιοθετεί λόγω ειδικότητας (νοσηλεύτης, γιατρός, ψυχολόγος, κλπ).

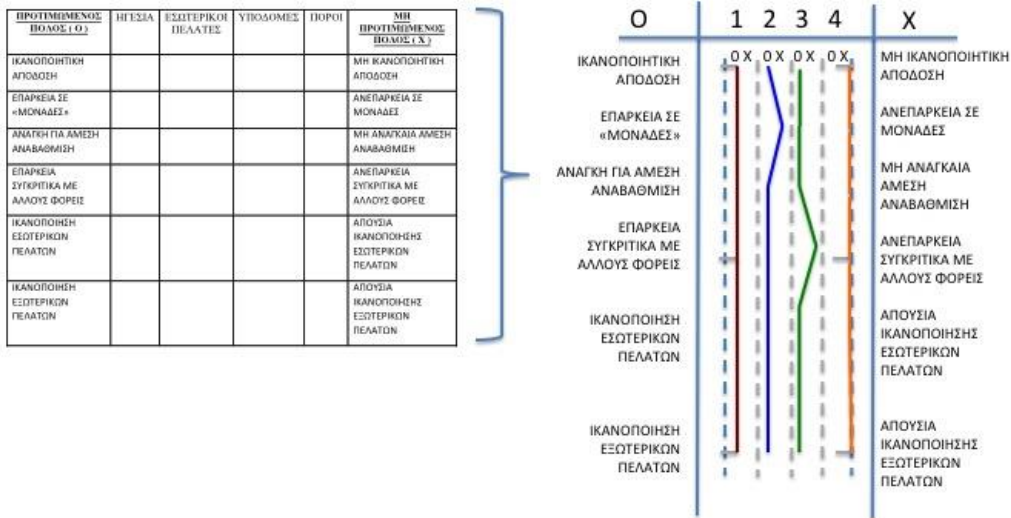
Προτιμώμενος πόλος (Ο)	Μη προτιμώμενος πόλος (Χ)
<b><u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 10	0
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 10	0
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 5	4 (1 ANSWER MISSING)
ΠΟΡΟΙ: 0	10
<b><u>ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»</u></b>	<b><u>ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 5	4 (1 ANSWER MISSING)
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 3	7
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 5	4 (1 ANSWER MISSING)
ΠΟΡΟΙ: 3	7
<b><u>ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 8	2
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 7	3
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 8	1 (1 ANSWER MISSING)
ΠΟΡΟΙ: 7	3
<b><u>ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</u></b>	<b><u>ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 6	3 (1 ANSWER MISSING)
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 3	4 (3 ANSWERS MISSING)
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 1	6 (3 ANSWERS MISSING)
ΠΟΡΟΙ: 1	6 (3 ANSWERS MISSING)
<b><u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 9	1
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 8	2
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 5	4 (1 ANSWER MISSING)
ΠΟΡΟΙ: 2	8
<b><u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 10	0
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 10	0
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 6	3 (1 ANSWER MISSING)
ΠΟΡΟΙ: 4	6

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1: ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Προτιμώμενος πόλος (Ο)	Μη προτιμώμενος πόλος (Χ)
<b><u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 6	0
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 6	0
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 4	2
ΠΟΡΟΙ: 2	4
<b><u>ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»</u></b>	<b><u>ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 4	2
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 4	2
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 3	3
ΠΟΡΟΙ: 2	4
<b><u>ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΑΝΑΓΚΑΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 1	5
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 3	3
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 6	0
ΠΟΡΟΙ: 4	2
<b><u>ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</u></b>	<b><u>ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 6	0
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 6	0
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 3	3
ΠΟΡΟΙ: 3	3
<b><u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 6	0
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 6	0
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 4	2
ΠΟΡΟΙ: 1	5
<b><u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>	<b><u>ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ</u></b>
ΗΓΕΣΙΑ: 6	0
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ: 6	0
ΥΠΟΔΟΜΕΣ: 4	2
ΠΟΡΟΙ: 1	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2 : ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΝΤΡΩΝ

## Δημιουργία φιδιογράμματος αποτύπωσης της συνολικής Μέσης αντίληψης των παρατηρήσεων



Σημείωση:

Οι μέσες τιμές με κριτήριο το 0,44 κυμάνθηκαν από 0,00 έως 0,88

Όπου 1=Ηγεσία, 2=Εσωτερικοί πελάτες, 3=Υποδομές, 4=Πόροι

Εικόνα 2: Μέση αντίληψη των παρατηρήσεων

Στο παραπάνω σχήμα - φιδόγραμμα παρουσιάζεται η μέση αντίληψη των παρατηρήσεων (εκ των οποίων το 62,5% αντιστοιχεί σε Γυναίκες και το 37,5% σε Άνδρες σε σύνολο 16 ατόμων), όπου κάθε στοιχείο παρουσιάζεται με διαφορετικό χρώμα με μια νοητή γραμμή, η οποία, όσο περισσότερο απομακρύνεται από την αντίστοιχη διακεκομμένη της, τόσο πλησιάζει στον μη προτιμώμενο πόλο.

Όπως γίνεται αντιληπτό και από τους παραπάνω πίνακες, τα περισσότερα δεδομένα που βρίσκονται στον μη προτιμώμενο πόλο αφορούν τους διαθέσιμους «πόρους» (4=πόροι κίτρινη γραμμή). Αντίθετα, τα περισσότερα δεδομένα που ομοιόμορφα βρίσκονται στον προτιμώμενο πόλο αφορούν την «ηγεσία» (1=ηγεσία, καφέ γραμμή).

Ευδιάκριτα είναι τα σημεία που παρουσιάζουν ανομοιομορφία και απομακρύνονται κατά πολύ από τον προτιμώμενο πόλο. Πιο συγκεκριμένα, αφορούν τους «εσωτερικούς πελάτες» σε επίπεδο «ανεπάρκειας σε μονάδες» (2=εσωτερικοί πελάτες, μπλε γραμμή) και τις «υποδομές» σε επίπεδο «ανεπάρκειας συγκριτικά με άλλους φορείς» (3=υποδομές, πράσινη γραμμή). Ουσιαστικά, το σχήμα αυτό αποτυπώνει συνοπτικά τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία στην λειτουργία της εν λόγω δομής, ως προς την εξυπηρέτηση των πελατών-ασθενών.

## Συζήτηση - Συμπεράσματα

Μέσω του ερωτηματολογίου πλέγματος ρεπερτορίου το οποίο διατυπώθηκε, λήφθηκαν απαντήσεις πάνω σε σημαντικά ζητήματα που αφορούν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία λειτουργίας του οργανισμού, ενώ έγινε σύγκριση σε σχέση με άλλους φορείς που παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες.

Λαμβάνοντας υπόψη το περιεχόμενο του πλέγματος ρεπερτορίου -του οποίου το περιεχόμενο εξήχθη μέσω των δεικτών που θέτει ο φορέας για την επίτευξη των ετήσιων στόχων-, καθώς και την ικανοποίηση του οράματος και του αφηγήματος που τον χαρακτηρίζει, είναι δυνατόν να διεξαχθούν συγκεκριμένα συμπεράσματα.

Τα συμπεράσματα αυτά σχετίζονται με την κατανόηση του τι θεωρούν σημαντικό οι εμπλεκόμενοι μέσα στο φορέα, για να επιτευχθεί η ικανοποίηση των εξωτερικών πελατών, δηλαδή των ασθενών.

Αναφορικά με τους προτιμώμενους πόλους, η ηγεσία του φορέα ήταν αυτή που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης, σχετικά με τους υπόλοιπους υπό κρίση δείκτες, ενώ τονίσθηκε η επάρκεια συγκριτικά με άλλους φορείς σε επίπεδο ηγεσίας και εσωτερικών πελατών. Αν αυτό συγκριθεί με το χαμηλότερο βαθμό αξιολόγησης, που έλαβαν οι υφιστάμενες υποδομές και τον ακόμα χαμηλότερο βαθμό, που έλαβαν οι πόροι προς διαχείριση, τότε αναδεικνύεται ακόμα περισσότερο η ικανοποίηση της απόδοσης και του μάντζμεντ της ηγεσίας.

Η χαμηλότερη αξιολόγηση που λαμβάνει χώρα μέσω του πλέγματος ρεπερτορίου, είναι αυτή των υφιστάμενων πόρων. Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των προγραμμάτων του φορέα βρίσκονται στο λεκανοπέδιο της Αττικής και όχι στην Βόρεια Ελλάδα εξηγεί την απουσία επαρκών πόρων προς διάθεση για βελτιώσεις και αναβαθμίσεις. Επίσης, το γεγονός ότι μεγάλο μέρος του υγειονομικού προσωπικού του οργανισμού στη Θεσσαλονίκη είναι εθελοντές ιατροί, νοσηλευτές και άλλες παραϊατρικές ειδικότητες, έχει ως αποτέλεσμα τους μειωμένους πόρους ως προς το έμμισθο ανθρώπινο δυναμικό. Ωστόσο, η έλλειψη επαρκούς έμμισθου προσωπικού σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί στην μη ικανοποίηση των ασθενών, αφού υπάρχουν ακυρώσεις ιατρικών ή μεταφορές αυτών σε άλλες ημερομηνίες, οι οποίες δεν διευκολύνουν σε πολλές των περιπτώσεων τους ασθενείς. Ακόμη, δημιουργούνται μεγάλες ελλείψεις σε φάρμακα, αφού δεν υπάρχει διαθέσιμο μπάτζετ για την αγορά σκευασμάτων, αφού οι πλειοψηφία αυτών προκύπτουν από δωρεές. Επομένως, η χορήγηση αγωγής δίνεται στους πλέον ευπαθείς ασθενείς του φορέα μέσω της ψυχοκοινωνικής υπηρεσίας, προκαλώντας δυσαρέσκεια σε αυτούς που δεν τηρούν τα κοινωνικά κριτήρια, που ορίζει ο οργανισμός για να λάβουν φάρμακα. Η ανεπάρκεια πόρων συγκριτικά με άλλους φορείς αναδεικνύεται μέσω του πλέγματος ρεπερτορίου και επιβεβαιώνει τα παραπάνω.

Η απουσία επαρκών διαθέσιμων πόρων έχει ως φυσικό επακόλουθο την αδυναμία διαρκούς βελτίωσης και εκσυγχρονισμού των υποδομών. Ωστόσο, η αξιολόγηση των υποδομών μέσω του πλέγματος ρεπερτορίου μπορεί να ειπωθεί ότι είναι αρκετά υψηλότερη του αναμενόμενου. Το γεγονός αυτό ήταν και ένας από τους κύριους λόγους που η ηγεσία είχε αυτήν την αξιολόγηση, αφού μέσω διαρκούς αναζήτησης δωρεών και χορηγιών δημιουργήθηκε ένα αρκετά σύγχρονο πρωτοβάθμιο πολυϊατρείο, το οποίο δεν δείχνει ανεπάρκεια συγκριτικά με αντίστοιχους φορείς ως προς τις υποδομές.



Τέλος όσον αφορά τους εσωτερικούς πελάτες του φορέα, είχαν τη δεύτερη καλύτερη αξιολόγηση εξ' αιτίας κάποιων σημαντικών παραμέτρων. Αναδείχθηκε ότι δεν είναι επαρκείς σε μονάδες, αφού πέραν της καθημερινής υποστήριξης των πελατών του φορέα, επωμίζονται και τα καθήκοντα της ενημέρωσης εθελοντών και της ομαλής ένταξης τους στην καθημερινότητα του οργανισμού. Επίσης, η έλλειψη επαρκούς αριθμού έμμισθου διοικητικού προσωπικού, αναγκάζει πολλές φορές στο να υποστηρίζονται διοικητικά πόστα και ρόλοι από τους έμμισθους υπαλλήλους που στην πλειοψηφία τους αποτελούνται από ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες. Ωστόσο, επισημαίνεται πως δεν υπάρχει ανάγκη της άμεσης ποιοτικής αναβάθμισης τους – σε αντίθεση με την ποσοτική-, καθώς αναδεικνύεται και η επάρκειά τους σε σύγκριση με άλλους φορείς.

## Βιβλιογραφία

- Aditi, N. (2007) “Factors affecting patient satisfaction and health care quality”, ICFAI Business School, Indore- India
- Anderson, E., Cairncross, G. (2005)“Understanding and managing volunteer motivation: Two regional tourism cases”, Australian Journal on Volunteering
- Anderson, R., Camacho, F., Balkrishnan R. (2007). “Willing to wait. Influence of patient waiting time in satisfaction”, Ohio State University.
- Beerli, A., Díaz, G., Martín, J. D. (2004). “The Behavioural Consequences of Self-Congruency in Volunteers”, International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing
- Bowman, W. (2009)“The economic value of volunteers to nonprofit organizations”, Nonprofit Management & Leadership
- Boyd, B. L. (2003)“Identifying competencies for volunteer administrators for the coming decade: A Delphi study”, Journal of Agricultural Education,
- Brudney, J. L., Gazley, B. (2002) “Testing the conventional wisdom regarding volunteer Programs”, Non-profit and Voluntary Sector Quarterly
- Brudney, J. L. (1990)“Fostering Volunteer Programs in the Public Sector: Planning, Initiating and Managing Voluntary Activities”, San Francisco: Jossey-Bass
- Brudney, J. L., Kellough, J. E. (2000)“Volunteers in State Government: Involvement, Management, and Benefits” Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly
- Campbell, J., Ramsay, J., Green, J. (2001) “Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients’ assessments of primary health care”, Quality in healthcare
- Carr-Hill, RA (1992) “The measurement of patient satisfaction”, Centre for Health Economics, University of York
- Clearly, P. & Mcneil, B. (1988) “Patient satisfaction as an indicator of quality care”, Excellus Health Plan
- Cohen, S.,& Wills T. (1985) “Stress, social support, and the buffering hypothesis”, Psychological Bulletin
- Couser, T. (2004) “Vulnerable Subjects: Ethics and Life Writing”, Cornell University Press
- Cunningham, L. (1991) “The quality connection in health care”, Oxford, Jossey- Bass publishers
- Cunningham, I. (1999), “Human Resource Management in the Voluntary Sector: Challenges and Opportunities”, Public Money & Management
- Cuskelly, G., & Auld, C. (2000)“Volunteer Management Program- Recruiting Volunteers”, Brisbane: Australian Sports Commission
- Cuthill, M., & Warburton, J. (2005)“A Conceptual Framework for Volunteer Management in Local Government”, Urban Policy and Research,
- Davies, S., Nolan, M., Ferguson, A., Mason, H. (2001) “A Myriad of Small Kindnesses. An Initial evaluation of the Volunteer Patient Support Program of the Orders of St John Care Trust”, University of Sheffield.

Deming, E. (1982) "Quality, productivity, and competitive position", Massachusetts Institute of Technology

Dolnicar, S., & Randle, M. (2007) "What Moves Which Volunteers to Donate Their Time? An Investigation of Psychographic Heterogeneity Among Volunteers in Australia", *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organisations*

Donabedian, A. (1988) "Quality assessment and assurance", *Excellus health plan*.

Faulkner M. (2004) "Supporting the psychosocial needs of patients in general practice: the role of a voluntary referral service", *Patient Education and Counselling*

Ferreira, M., Proenca, J., Proenca, T. (2010). "Motivations and factors of volunteer work in nonprofit organizations", *International Review on non-profit and public marketing*.

Foster, V., Mourato, S., Pearce, D., Fzdemiroglu, E. (2001) "The Price of Virtue: The Economic Value of the Charitable Sector", Cheltenham, U.K.

Gilbert, F. (1992) "Adaptation and customer expectations in health care", *Journal of health care management*

Goedhart, H., Eijkman, M., Horst, G. (1996) "Quality of dental care: the view of regular attenders", *Community Dent Oral Epidemiology*

Goodin, R. (1985) "Protecting the Vulnerable: A Reanalysis of Our Social Responsibilities", University of Chicago Press

Goodman, D., Fisher, E., Stuckel, T. (1997) "The distance of the local community medical care service and the likelihood of being hospitalized", *American journal of public health*

Graff, L. L. (2006) "Declining profit margin: When volunteers cost more than they return", *International Journal of Volunteer Administration*

Grunbach, K., & Bodenheimer, T. (2004) "Can health care teams improve primary care practice", *American medical association*

Hager, M. A. (2004). "Volunteer Management: Capacity in America's Charities and Congregations", Washington, D.C.: Urban Institute.

Handy, F. & Srinivasan, N. (2004) "Valuing Volunteers: An Economic Evaluation of the Net Benefits of Hospital Volunteers", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*

Handy, F., & Brudney, J. (2007). "When to Use Volunteer Labor Resources? An Organizational Analysis for Nonprofit Management",

διαθέσιμο στο: [https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1092&context=spp\\_papers](https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1092&context=spp_papers).

Handy, F., Mook, L., Quarter, J. (2008). «The interchangeability of paid staff and volunteers in nonprofit organizations», *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*.

Hartenian, L. S. (2007). "Nonprofit agency dependence on direct service and indirect support volunteers: An empirical investigation", *non-profit Management and Leadership*.

Holmberg, E., & Söderlung, K. (2005) "Work for Free", Jönköping University, [http://www.independentsector.org/programs/research/volunteer\\_time.html](http://www.independentsector.org/programs/research/volunteer_time.html)

Holt, G., Costello, H., Bouras, N. (2000) "Service provision for adults with intellectual disability", *Journal of intellectual disability research*.

Jäger, U., Schmidt, K., Beyes, T. (2007) "Leading Without Formal Power", Paper presented at the 6th Workshop on the Challenges of Managing the Third Sector, Venice

Jankowicz, D. (2004) "The easy guide to repertory grids", John Wiley & Sons Ltd. UK

Iftikhar, A., & Siraj, D. (2010) "Patient satisfaction from the health care services", Gomal Journal of Medicine sciences, Gomal University, Pakistan

Kelly, G. (1955). "The repertory test". *The psychology of personal constructs*. 1. A theory of personality, p. 219–266. New York:W. W. Norton & Company.

Krahn, G., Hammond, L., Turner, A. (2006) "Health and healthcare access for people with disabilities", Oregon health and science university

Kurtz,S., & Wolinsky, F. (1985) "Who picks the hospital? Practitioner or patient", Hospital and health services administration

Langford, C., Bowsher J., Maloney, J.P. (1997) "Social support: a conceptual analysis",Journal of Advanced Nursing

Lambert, R. (1997) "The repertory grid as a qualitative technique for use in survey development", University of North Carolina

Larsen, R. & Rootman,E. (1976). "Physicians role performance and patient satisfaction", Social science medicine.

Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C. (2010). *Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure*. Community mental health journal, 46(3): 289-295.

Marley, K.,Colliert, D., Goldstein, S. (2004) "The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction", Decision sciences journal

McCurley, S., & Lynch, R. (2006)"Volunteer management: Mobilizing all the resources of the community (2nd ed.)",Johnstone Training and Consultation

McKee, J., & McKee, T. (2008). "The new breed: Understanding and equipping the 21st century volunteer". Loveland, CO: Group.

Mdmgreece.gr (<https://mdmgreece.gr/missions/stin-ellada/>)

Meterko, M., Mohr, D., Young, G. (2004) "Teamwork culture and patient satisfaction", Lippincott Williams & Wilkins

Meyer, T.,& Cates, J. (2004) "Leadership for great customer service", ACHE management series, Health administration press

National Health Service (1997) "Volunteering in NHS Trusts", Department of Health, London.

National Health Service (1998) "Volunteers Change Lives: Quality Patient Care through Community Involvement", Department of Health, London.

Newsame, P.,& Wright, G. (2000) "A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature", British dental journal

Pascoe, G. (1983) "Patient satisfaction in primary health care", University of California

Pitta, D., & Laric, M. (2004) "Value chains in health care", Journal of consumer marketing

Ruof, M. (2004) "Vulnerability, vulnerable population and policy", Kennedy institute of ethics journal

Rusin, J. B. (1999)"Volunteers wanted: A practical guide to finding and keeping good volunteers", Magnolia Mansion Press

- Saúl, L.A.; López-González, M. A.; Moreno-Pulido, A.; Corbella, S.; Compañ, V.; Feixas, G. (2012). "Bibliometric review of the repertory grid technique: 1998–2007". *Journal of Constructivist Psychology*. **25** (2): 112–131.
- Shavelle, R., & Strauss, D. (1999) "Mortality of persons with developmental disabilities after transfer into community care center", *American Journal on Mental Retardation*
- Shaw, M.L.G. (1980). "The analysis of a repertory grid". *British Journal of Medical Psychology*. **53** (2): 117–126.
- Shin, S., & Kleiner, B. H. (2003) "How to Manage Unpaid Volunteers in Organisations", *Management Research News*.
- Siraj-Blatchford, John. 2019. "Kelly's Repertory Grid: A Technique for Developing Evaluation in Design and Technology". figshare. <https://hdl.handle.net/2134/1526>.
- Susskind, A., Kacmar, K., Borchgrevnik, C. (2003) "Customer service providers attitudes relating to customer service and satisfaction", *American psychological association*
- Syed, S. (1998) "Determinants of customer satisfaction with hospitals", *International journal of health care quality assurance*
- Takayama, A. (1986) "Mathematical Economics", Cambridge University Press
- Terry, B., Harder, A., Pracht, D. (2011). "Understanding the value of volunteer involvement", *Journal of Agricultural Education*
- Strickland, A. J. (2003). "Strategic management: Concepts and cases (13th ed.)", New York, McGraw-Hill.
- Trogon, S. E. (2005). "A Study of Parks and Recreation Citizen Board Members in North Carolina and their Motivation for Participation", North Carolina State University.
- United Nations (2006) "Convention on the Rights of Persons with Disabilities and optional protocol", Geneva
- Van de Kerkhof, M. (2004) "Debating climate change. A study of stakeholder participation in an integrated assessment of long-term climate policy in the Netherlands" Lemma Publishers. Utrecht
- Vineyard, S. (1995) "The great trainer's guide", Downers Grove, IL: Heritage Arts
- Vineyard, S. (1996) "Stop managing volunteers: New competencies for volunteer administrators", Downers Grove, IL: Heritage Arts Publishing
- Vitner, G., Shalom, V., Yodfat, A. (2005) "Productivity of Voluntary Organizations: the Case of Counseling Services for the Eldery (CSE) of the National Insurance Institute (NII) in Israel", *International Journal of Public Sector*
- Watson, M. R., & Abzug, R. (2005) "Finding the Ones You Want, Keeping the Ones You Find. In R. D. Herman, & Associates (Eds.), *The Jossey-Bass Handbook of Nonprofit Leadership & Management*, San Francisco: Jossey-Bass
- Westbrook, A. & Oliver, R. (1981) "Developing Better Measures of Consumer Satisfaction", *Association for consumer research*
- White, A. (1996) "A theoretical framework created from a repertory grid analysis of graduate nurses", Leeds Metropolitan University, Leeds, UK
- Who (2001) "International classification of functioning, disability and health"

- Wilson, A. & Pimm, G. (1996). "The Tyranny of the Volunteer: the care and feeding of voluntary workforce", MCB University Press.
- Wilson, J. (2000) "Volunteering", Annual Review of Sociology.
- ΜΚΟ ΚΑΙΜΑΚΑ (2011) "The Configuration of Homelessness in Greece during the Financial Crisis", Πανευρωπαϊκό συνέδριο FEANTSA
- Μουρδουκούτας, Π., & Καλογεροπούλου, Μ. (2007) «Υπηρεσίες υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος
- Μπασδάρης, Γ. (2016) «Εθελοντισμός και κοινωνική αλληλεγγύη. Η περίπτωση των παιδικών χωριών SOS Ελλάδος», Διπλωματική Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεολογική Σχολή
- Μωραΐτη, Β. (2016). «Εθελοντισμός: Εθελοντική δραστηριότητα στην Ελλάδα», Διπλωματική Εργασία, Α.Ε.Ι. Πειραιά, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας
- Ν. 4368/2016, Άρθρο 33 «Η υγειονομική κάλυψη των αλλοδαπών»
- Ν.4025/12, Άρθρο 29 «Ορισμός αστέγων ως ευπαθής κοινωνική ομάδα»
- ΟΗΕ (2001) «Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης». Νίκαια Γαλλίας, Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων
- Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1994) « Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας », Συνέδριο Θεσσαλονίκης με θέμα: « Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας στο χώρο υπηρεσιών υγείας», Θεσσαλονίκη.

## Παράρτημα

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

<b>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( 0 )</b>	<b>ΗΓΕΣΙΑ</b>	<b>ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)</b>	<b>ΥΠΟΔΟΜΕΣ</b>	<b>ΠΟΡΟΙ</b>	<b>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( X )</b>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	0	0	X	X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	X	X	X	X	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	0	0	0	0	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	0				
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	0	X	X	X	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	0	0	0	0	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

56

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	Ο	Ο	Χ	Χ	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	Χ	Χ	Χ	Χ	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	Ο	Ο	Ο	Ο	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	Χ	Χ	Χ	Χ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	Ο	Ο	Χ	Χ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	Ο	Ο	Χ	Χ	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία: 42 ετών.



<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	○	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	○	○	×	×	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	×	×	○	○	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	○	○	○	○	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	○	○	○	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	○	○	×	×	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

52

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	○	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	○	○	○	×	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	○	○	×	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	○	○	×	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	○	○	○	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	○	○	×	×	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

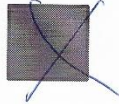
43

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	0	0	0	X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	0	X	X	X	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	0	0	0	0	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	0				
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	0	X	X	X	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	0	0	0	0	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

58 years old

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	Ο	Ο	Χ	Χ	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	Χ	Χ	Χ	Χ	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	Ο	Ο	Ο	Ο	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	Χ	Ο	Χ	Χ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	Χ	Ο	Χ	Χ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	Ο	Ο	Χ	Χ	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία: 39

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	0	0	X	X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	X	X	X	X	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	X	0	0	0	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	0	0	0	0	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	0	0	X	X	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	0	0	0	X	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

~~67~~ 1  
57

<b>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ (Ο)</b>	<b>ΗΓΕΣΙΑ</b>	<b>ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)</b>	<b>ΥΠΟΔΟΜΕΣ</b>	<b>ΠΟΡΟΙ</b>	<b>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ (Χ)</b>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	○	○	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	<del>○</del>	○	○	○	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	×	○	○	<del>○</del>	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	○	○	○	○	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	○	○	○	○	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	○	○	○	○	

Αρρεν



Θήλυ



Ηλικία: 56

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	○	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	×	×	○	×	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	○	×	○	○	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	×	×	×	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	○	○	○	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	○	○	○	×	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία: 34



<b>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( 0 )</b>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<b>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( X )</b>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	0	0	0	X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	0	0	0	0	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	X	X	0	0	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	0	0	0	0	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	0	0	0	X	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	0	0	0	X	

Άρρεν



Θήλυ



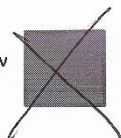
Ηλικία:

56



<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ</u> <u>ΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	○	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	○	○	○	○	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	×	×	○	○	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	○	○	×	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	○	○	○	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	○	○	○	×	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

64

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( 0 )</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( X )</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	0	0	0	X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	0	X	0	0	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	0	0	0	X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	0	X	X	X	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	0	0	0	0	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	0	0	0	0	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία: 45

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙΑ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΠΟΡΟΙ	<u>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	×	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	○	×	○	○	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	○	○	○	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	○	×	×	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	○	○	○	○	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	○	○	○	○	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία:

53

<b>ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( 0 )</b>	<b>ΗΓΕΣΙΑ</b>	<b>ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΕΛΑΤΕΣ (προσωπικό και εθελοντές)</b>	<b>ΥΠΟΔΟΜΕΣ</b>	<b>ΠΟΡΟΙ</b>	<b>ΜΗ ΠΡΟΤΙΜΩΜ ΕΝΟΣ ΠΟΛΟΣ ( X )</b>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΗ ΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	0	0		X	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»		0		X	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	X	X		0	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ					
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (προσωπικό και εθελοντές)	0	0		X	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ (ασθενείς)	0	0		X	

Άρρεν



Θήλυ



Ηλικία: 48

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙ Α	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ Γ ΠΕΛΑΤΕΣ	ΥΠΟΔΟΜΕ Σ	ΠΟΡΟ Ι	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	○	○	○	○	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	○	○	○	×	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	○	○	○	×	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	○	○	×	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ	○	○	○	×	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ	○	○	○	×	

Φεβο  
ΑΡΡΚ

Η Γκιερ  
54

<u>ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Ο)</u>	ΗΓΕΣΙ Α	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ Ι ΠΕΛΑΤΕΣ	ΥΠΟΔΟΜΕ Σ	ΠΟΡΟ Ι	<u>ΜΗ</u> <u>ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΟΣ</u> <u>ΠΟΛΟΣ (Χ)</u>
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	Ο	Ο	Χ	Χ	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ «ΜΟΝΑΔΕΣ»	Ο	Χ	Χ	Χ	
ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	Χ	Χ	Ο	Ο	
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	Ο	Ο	Χ	Χ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ	Ο	Ο	Χ	Χ	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ	Ο	Ο	Χ	Χ	

Φίλο  
Αρρεν

Αρρεν 41.