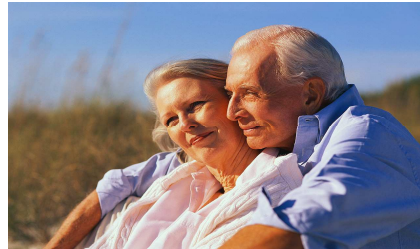




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ:  
**Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ  
ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ <ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ> ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ  
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ.**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΥΤΡΑ ΚΛΕΙΩ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΝΤΑΣΗ ΑΓΓΕΛΙΝΑ – ΣΑΒΙΟΛΗ ΠΑΓΩΝΑ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>3</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....</b>	<b>8</b>
1.1 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ. ....	8
1.2 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ. ....	11
1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....</b>	<b>17</b>
2.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	17
2.2. ΑΤΥΠΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ .....	20
2.3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ.....	21
2.4 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ .....	24
2.4.1 Ορισμός της ικανοποίησης στην υγεία γενικά .....	24
2.4.2. Ορισμός ικανοποίησης ηλικιωμένων .....	26
2.4.3 Ικανοποίηση ηλικιωμένου βάσει της επικοινωνίας .....	27
2.4.4 Υπηρεσίες και ικανοποίηση.....	28
2.4.5 Ποιότητα και Ικανοποίηση .....	30
2.5 Η ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ .....	32
2.6 ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....</b>	<b>38</b>
3.1 Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ, ΤΗΝ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ. ....	38
3.2. Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ....	43
3.2.1 Αρχές του προγράμματος.....	43
3.2.2 Σκοποί του προγράμματος .....	43
3.2.3 Δομή και λειτουργία του προγράμματος (ανθρώπινο δυναμικό, πηγές χρηματοδότησης).....	45
3.3. Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ (ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ).....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....</b>	<b>49</b>
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>49</b>
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	49
4.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	49
4.3 ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ .....	50
4.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	50
4.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ .....	51
4.6 ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....	52
4.7 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....</b>	<b>54</b>
5.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ.....	54
5.2. ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ.....	63
5.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	64
5.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	69
5.4.1: Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	71
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>72</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>77</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....</b>	<b>91</b>

## Εισαγωγή

Σήμερα ο μέσος όρος ζωής είναι πολύ μεγαλύτερος από ότι στο παρελθόν, με συνέπεια να αυξάνεται συνολικά ο αριθμός ηλικιωμένων στις σύγχρονες κοινωνίες. Σύμφωνα με έρευνα της ΕΣΥΕ, προβλέπεται το 2050 ένας στους πέντε Έλληνες θα είναι ηλικιωμένος. Ακόμα, ο πληθυσμός που βρίσκεται στην τρίτη ηλικία αυξήθηκε κατά 29,5% μεταξύ των ετών 1995 και 2007 (Βιολάκη-Παρασκευά, 1989). Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων παγκοσμίως έχει ενδεκαπλασιαστεί κατά την διάρκεια του τελευταίου αιώνα φτάνοντας στην Αμερική τα 33 εκατομμύρια (Hobbs 1999, Περγάμαλη 2006).

Ο ταχύς ρυθμός ανάπτυξης του αριθμού των ηλικιωμένων των αναπτυσσόμενων κρατών είναι αιτία της ιεράρχησης κατά προτεραιότητα των θεμάτων υγείας των ηλικιωμένων από τον Π.Ο.Υ. Μελέτες για τις ανάγκες υγείας, δείχνουν ότι οι ανάγκες αυτές είναι αυξημένες για τους ηλικιωμένους, συγκριτικά με τις άλλες ομάδες πληθυσμού (Αλεξιάς, 2000).

Οι ηλικιωμένοι ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες της κοινωνίας. Τα αυξημένα επίπεδα λειτουργικής ανικανότητας των ηλικιωμένων τους αναγκάζουν να στηριχτούν στην βοήθεια άλλων προσώπων. Αυτά τα πρόσωπα είναι είτε τα παιδιά τους, είτε οι σύζυγοι τους (Connaway & Centry, 1988). «Είναι μύθος ότι οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες εγκαταλείπονται από τις οικογένειες τους αν και η συγκατοίκηση δεν είναι συχνή, οι ηλικιωμένοι ζουν κοντά σε ένα από τα παιδιά τους με τα οποία ανταλλάσσουν πολλές υπηρεσίες και εξυπηρετήσεις» (Πουλοπούλου, 1999: 21).

Η επιθυμία αυτών των ατόμων να παραμένουν στο σπίτι τους ακόμα και αν καταλαβαίνουν πως οι δυνατότητες τους πλέον δεν είναι όπως παλιά, οδηγεί τα κοντινά τους άτομα να αναλάβουν τον ρόλο των φροντιστών με αποτέλεσμα αυτό να τους επιφέρει από την μία την ικανοποίηση της φροντίδας του αγαπημένου τους προσώπου αλλά ταυτόχρονα και κόπωση. Κάποιες άλλες φορές εγκαταλείπονται να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες της ηλικίας και της υγείας τους και κάποιες άλλες οδηγούνται σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. «Παράλληλα, σε όλες τις χώρες οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από άμεση παροχή ιατρικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών υπηρεσιών και από ειδικές δομές υγείας και νοσηλευτικής φροντίδας. Η ανάγκη δηλαδή για κρατικές υπηρεσίες πρόνοιας και προγράμματα για τους ηλικιωμένους γίνεται ολοένα και πιο μεγάλη» (Βουνάκη και Χαραλαμπίκη 2004: 4).

Κάθε οργανωμένη κοινωνία οφείλει να φροντίζει για τους πολίτες της και να λαμβάνει υπόψη της τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τις ανάγκες και τα δικαιώματα της κάθε πληθυσμιακής ομάδας (Turner, 1995). Το χρέος της αυτό οφείλεται στο ότι «κάθε Κοινωνία για να προάγει ποιότητα ζωής στα μέλη της έχει ανάγκη από την δημιουργική δράση όλων των πληθυσμιακών της ομάδων. Κάθε άτομο, χωρίς διάκριση ηλικίας ή κατάσταση υγείας και μειονεξίας, μπορεί να έχει τη θέση του μέσα στη μικρή ή ευρύτερη κοινότητα σαν ζωντανό κύτταρο, εφόσον συνειδητοποιήσει τις ικανότητές του, και δεν αντιμετωπίζει ανυπέρβλητα εμπόδια άμεσα ή έμμεσα από το περιβάλλον του» (Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, 1992).

Κατόπιν αυτού θα πρέπει η πολιτεία να δημιουργεί στρατηγικές και προγράμματα που θα στοχεύουν στην ενίσχυση αυτών των πληθυσμιακών ομάδων. «Είναι αυτονόητο πως σε όλη την διάρκειά της ζωής του ο άνθρωπος προσπαθεί να ικανοποιήσει ποικίλες ανάγκες, οι όποιες είναι μέρος της φύσης του ή δημιουργούνται από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Η κάλυψη αυτών των αναγκών είναι βασική προϋπόθεση για την επιβίωση και την ψυχική του ισορροπία» (Σταθόπουλος 1999: 37).

Το 1880 ο Μπίσμαρκ εισήγαγε στη Γερμανία τον θεσμό της συνταξιοδότησης των ηλικιωμένων, το παράδειγμα του ακολούθησαν τελικά και άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. «Σήμερα περισσότερα από 100 κράτη έχουν θεσπίσει κάποια μορφή προγραμμάτων για την προστασία των ηλικιωμένων. Σήμερα, πέρα από τη συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα, τόσο περίθαλψης όσο και αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων της τρίτης ηλικίας. Ένα από τα πιο σύγχρονα και πρωτοποριακά προγράμματα περίθαλψης των ηλικιωμένων είναι και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» (Βουνάκη και Χαραλαμπίκη 2004: 4, Jenson & Jacobzone, 2000).

Ο γενικότερος σκοπός λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» «είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, να υποβοηθήσει την αυτόνομη και αξιοπρεπή διαβίωση και να υποστηρίξει το οικογενειακό περιβάλλον των επωφελούμενων» (Καλλινάκη, 1998, Κεντρική Επιτροπή Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος, 2002).

Το πρόγραμμα εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Figueras, 1993, Θεοδώρου, 2001). Παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, νοσηλευτικής φροντίδας, οικογενειακής και οικιακής φροντίδας αλλά και ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την

κάλυψη βασικών αναγκών με δυνατότητα επέκτασης του είδους και του εύρους των υπηρεσιών αυτών (Gaeta, 1990, Van Haastregt et al., 2000). Δίνεται προτεραιότητα σε αυτούς που δεν εξυπηρετούνται πλήρως, χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα η διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλελειμμένοι και δεν έχουν επαρκής οικονομικούς πόρους (Johnson, 1983). Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών. Σήμερα, λειτουργούν περισσότερα από 1.000 μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» σε όλη την Ελλάδα (Αμηνά κ.α., 1986).

Με το πρόγραμμα αυτό επιδιώκεται (Russell et al., 1995, Stuck, et al., 2000)

- Η ανίχνευση, η διερεύνηση, η καταγραφή και η μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι
- Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, από καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές για να αναπτύξουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης
- Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- Η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερη κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- Η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων ώστε να υποβάλλονται οι σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα για την κάλυψη αυτών των αναγκών (Egger et al., 2001).

Ο Δήμος Ηρακλείου στην τελευταία απογραφή του 2001 είχε συνολικό πληθυσμό 120,563 κατοίκους. Είναι ένας αρκετά μεγάλος Δήμος με αρκετές ιδιαιτερότητες λόγω του ότι έχει αρκετές ορεινές περιοχές και η πρόσβαση προς την πόλη και στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι εύκολη. «Όσον αφορά την συμμετοχή των πολιτών του Δήμου, σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει στο παρελθόν 1/30 κατοίκους είναι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος. Οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος είναι στην συντριπτική πλειοψηφία τους ηλικιωμένοι (Χναράκη 2005: 127,130).

Συγκεκριμένα, για τους ηλικιωμένους, σε καμία άλλη περίπτωση ο Δήμος Ηρακλείου ή το ΚΑΠΗ δεν έχει προβεί σε κοινωνική, δημογραφική, ή άλλου είδους

μελέτη. Τα προγράμματα από την άλλη στην πλειοψηφία τους έχουν προβεί ή προβαίνουν σε έρευνα εκτίμησης αναγκών των εξυπηρετούμενων τους (Χναράκη 2005: 130).

Παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον να ερευνήσουμε την λειτουργία των προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας σε έναν μεγάλο Δήμο, όπως είναι το Ηράκλειο, από την σκοπιά που το βλέπουν οι ίδιοι οι εξυπηρετούμενοι.

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1997), η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware et al (1983), στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (Levois et al., 1981):

(α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία,

(β) τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος,

γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται.

Υπό αυτήν την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά

απολαμβάνει. Ανάλογα, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη. Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του (Donabedian, 1997).

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στον Δήμο Ηρακλείου.

Το πρώτο κεφάλαιο θα μελετήσει τη γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και τη φροντίδα των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Επίσης θα αναφερθούν τα δικαιώματα και οι ανάγκες των ηλικιωμένων αλλά και ο στόχος της κοινωνικής εργασίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει τα προγράμματα ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, αλλά και τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις. Στη συνέχεια μελετάται η ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις παραπάνω υπηρεσίες, η αυτοαναφερόμενη υγεία και τέλος παρουσιάζονται έρευνες σχετικές με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων. Το τρίτο κεφάλαιο εστιάζει στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τόσο διεθνώς (Σουηδία, Αυστραλία και Καναδά), όσο και στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο δήμο Ηρακλείου. Το τέταρτο κεφάλαιο αναλύει τη μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της παρούσας εργασίας και συγκεκριμένα η έρευνα που έγινε στο δήμο Ηρακλείου για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα τελικά μας συμπεράσματα.

## Κεφάλαιο 1

### 1.1 Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και η φροντίδα των ηλικιωμένων στην κοινότητα.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας είναι μεταξύ των περισσότερο γερασμένων πληθυσμών της Ευρώπης. Οι παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης βρίσκονται στις συνιστώσες δυνάμεις της δημογραφικής μεταβολής, ήτοι, στην θνησιμότητα, τη γεννητικότητα, την εξωτερική μεταναστευτική κίνηση και την εσωτερική μετανάστευση. Μεταξύ των ηλικιωμένων (65 ετών και άνω) η ομάδα των υπερηλίκων (80 ετών και άνω), η οποία παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα, λόγω του ότι τα άτομα αυτά είναι στην πλειονότητά τους εξαρτημένης ζωής, ακολουθεί αύξουσα τάση, μαζί με την αύξηση της επιβίωσης. Η γήρανση του συνολικού πληθυσμού της χώρας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην πτώση της γεννητικότητας (που συρρίκνωσε τον πληθυσμό στις ηλικίες των νέων) και της θνησιμότητας (η οποία επέτρεψε την επιμήκυνση της μέσης προσδοκώμενης ζωής), καθώς επίσης και την εξωτερική μετανάστευση· και ότι στις μικρότερες γεωγραφικές περιοχές της χώρας ο παρατηρούμενος διαφορισμός επιπέδων γήρανσης πρέπει να αποδοθεί κατά ένα μικρότερο μέρος στην εξωτερική μετανάστευση κατά το μεγαλύτερο δε μέρος της στην εσωτερική μετανάστευση (Αλεξιάς, 2000).

Σύμφωνα με την κοινοτική στατιστική υπηρεσία Eurostat το 2005 οι άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αντιπροσώπευαν το 18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (από 15% το 1995). Στην ΕΕ είναι 17%, ενώ το 1995 ήταν 15%. Στους «25» τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό της χώρας παρατηρούνται στη Γερμανία και την Ιταλία με 19% και ακολουθεί η Ελλάδα (18%) ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται στην Ιρλανδία (11%) την Κύπρο και τη Σλοβακία (από 12%) (ΑΠΕ, 2006).

Στα πλαίσια της αλματωδώς αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητας και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφ' όσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους (Aletas et al., 2010).



Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Την τελευταία αυτή κατηγορία, θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 70 ή 75 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται. Σε αντιδιαστολή η τρίτη ηλικία θα μπορούσε να οριστεί ότι αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφόσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή (Jenson & Jacobzone, 2000).

Η συνήθης φροντίδα των ηλικιωμένων διακρίνεται στα ακόλουθα είδη (Σταθόπουλος, 2005):

1. Οικογενειακή φροντίδα
2. Άτυπη φροντίδα, που δίνεται περιστασιακά από άτομα μη ειδικευμένα στους μοναχικούς ηλικιωμένους.
3. Ίδρυματική φροντίδα, δηλαδή κλειστή περίθαλψη από ιδιωτικό ή κρατικό φορέα.
4. Οικιακή φροντίδα. Η οικιακή φροντίδα αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται από κάποιο φορέα και ασκούνται στο σπίτι του ηλικιωμένου. Αυτού του είδους η προσφορά τώρα αρχίζει και εφαρμόζεται στη χώρα μας από την τοπική αυτοδιοίκηση. Η φιλοσοφία υπήρχε και υπάρχει στα προγράμματα των Κ.ΑΠ.Η, αλλά δεν λειτούργησε συστηματικά, τουλάχιστον σε όλα τα Κ.ΑΠ.Η.

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένεια τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειας τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό (Σταθόπουλος, 2005).

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχει εξασφαλίσει μία σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών και την προστασία της υγείας τους. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για την χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν (Jenson & Jacobzone, 2000):

Α) Παροχές σε χρήμα,

Β) Παροχές σε είδος,

Γ) Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει, κατά σειρά προτεραιότητας, τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια (ανίατοι). Επιπλέον, το Υπουργείο έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας, τον έλεγχο και την εποπτεία των προγραμμάτων όλων των οργανισμών (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ.) που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 2005).

Η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας για τους ηλικιωμένους, συνεπάγεται, την αυξημένη κρατική φροντίδα όπως και τη δαπάνη σημαντικών κονδυλίων για τον ίδιο σκοπό. Ριζική επέκταση και αναβάθμιση χρειάζεται για μια σειρά από μέτρα πολιτικής και υποδομής όπως τα ΚΑΠΗ, οι στέγες ηλικιωμένων, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, η τηλεϊδιοποίηση, η προώθηση του θεσμού των κοινωνικών βοηθών, η αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών, η κατ' οίκον νοσηλεία κ.λ.π. Ζωτικής σημασίας είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού του εθελοντισμού, όπως και των παραδοσιακών δεσμών της ελληνικής οικογένειας και ειδικότερα της νεολαίας, με τους ηλικιωμένους. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της εκκλησίας όπως και διαφόρων φορέων και εθελοντικών συλλογικών προσπαθειών, είναι εξ' ίσου σημαντικός (Συμεωνίδου, 1995).

## 1.2 Τα δικαιώματα και οι ανάγκες των ηλικιωμένων.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από (Stuck et al., 2000):

- Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία».
- Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι απαραίτητοι, ή ότι είναι βάρος στους άλλους. Η σιγουριά και η ασφάλεια που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι ζώντας κοντά στα παιδιά τους και στα εγγόνια τους, βοηθάνε ώστε να αποφευχθεί η αποσύνθεση της προσωπικότητάς τους, ενώ συγχρόνως τους δίνουν κουράγιο να αντιμετωπίσουν και να δεχθούν ομαλά την τελευταία αυτή φάση της ζωής τους.
- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους. Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένες γηριατρικές μονάδες, με συνέπεια οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειών, στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α., του Τ.Ε.Β.Ε. και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών μέσω των υπηρεσιών τους και στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσω των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων, απέχει όμως σημαντικά από ένα πλήρες και σωστά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, που να ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στις σύγχρονες

ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας (Stuck et al., 2000).

- Ψυχαγωγία, δραστηριότητα, απασχόληση, αίσθημα ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι είναι απαραίτητοι, ότι προσφέρουν και αναγνωρίζεται η προσφορά τους τόσο από την οικογένεια του όσο και από την κοινωνία. Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο όμως μέρος των ηλικιωμένων, δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Υπερηλικών (Κ.Α.Π.Η.) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν, αίσθημα ότι λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις και στις εξελίξεις που τους αφορούν ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων και ότι έχουν τη δυνατότητα επιλογής και ελέγχου πάνω στη ζωή και στη μοίρα τους.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία. Η κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες, αποτρέπει την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα ή ελαχιστοποιεί το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης, ενώ παράλληλα τους προσφέρει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η παρεχόμενη κατ' οίκον φροντίδα δεν πρέπει να ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα, αλλά πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει κατά περίπτωση ο κάθε υπερήλικας.
- Σεβασμό και αναγνώριση των δικαιωμάτων τους, σεβασμό της προσωπικότητάς τους, της ελευθερίας τους, αυτοσεβασμό και αυτονομία, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό, χωρίς καμία διάκριση

από τα άλλα άτομα των άλλων ηλικιών και ίση μεταχείριση σε όλους τους τομείς.

- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται κάποιο τρίτο άτομο και βοήθεια στην κίνηση τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο, κτλ. Εφόσον όμως, διαθέτουν τα απαραίτητα για την μετακίνηση τους βοηθήματα και εφόσον διαμορφωθούν οι χώροι και η επίπλωση του σπιτιού τους σύμφωνα με τις ανάγκες τους, τότε έχουν περισσότερες πιθανότητες να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.
- Εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες και όχι στον αποκλεισμό, στην απομόνωση και την απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια, απολαμβάνοντας όσα απέκτησαν τόσα χρόνια, στον οικείο χώρο τους ανάμεσα σε αγαπημένα τους πρόσωπα, αναγνωρίζοντας την μακρόχρονη και συνεχή προσφορά τους τόσο προς την οικογένεια τους, όσο και προς το Κράτος.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

Μερικά παραδείγματα (Haastregt et al., 2000): οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωση τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή : για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι

έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας.

Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες (Donabedian, 1997).

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα (Jenson & Jacobzone, 2000).

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους-άρρωστους και τις οικογένειες τους (Κοτζαμάνης κ.α, 1998).

### **1.3 Η Κοινωνική εργασία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που αφορούν στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, παρακολούθηση καθώς και την αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων ενός σαφώς οριζόμενου πληθυσμού. Στόχος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ολόκληρου του πληθυσμού ευθύνης της με τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα ατόμων και οικογενειών. Θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ενιαία κάλυψη όλων των πολιτών ασχέτως των κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών χαρακτηριστικών τους (Μπένος, 1996).

Ο ρόλος τους κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πολύπλευρος. Συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση των συναισθηματικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων του ασθενή και οι δράσεις του επεκτείνονται στην οικογένεια, την κοινότητα και την διασύνδεση - αξιοποίηση φορέων με σκοπό την ενδυνάμωση, την ενεργοποίηση, την αποκατάσταση και την επανένταξή τους στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός δραστηριοποιείται σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, οργανωτικό, ερευνητικό επίπεδο και οι ρόλοι και οι αρμοδιότητές του ποικίλλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα τον άξονα δράσης του (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Συγκεκριμένα συλλέγει στοιχεία που αφορούν νόσους, κοινωνικά αίτια αυτών και συνέπειες στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας για τον σχεδιασμό, συντονισμό και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, που στόχο έχουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας.

Συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ασθενή, το περιβάλλον του και τα προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν (οικονομικά, οικογενειακά κλπ) και τους στηρίζει ψυχοκοινωνικά κατά τη φάση της κρίσης. Συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας ή άλλες υπηρεσίες προκειμένου να ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένεια ή και να διενεργήσει τις κατάλληλες παραπομπές προς όφελος αυτών.

Απευθύνεται όχι μόνο στα άτομα/ασθενείς αλλά και στις οικογένειές τους. Ως προς αυτούς αναπτύσσει συμβουλευτικό και υποστηρικτικό ρόλο. Πιο αναλυτικά ως

προς τον ασθενή ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στη προσαρμογή του ασθενή στο περιβάλλον και στη συναισθηματική εκφόρτιση του. Προετοιμάζει και υποστηρίζει τον ασθενή ώστε να δεχτεί και να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει αλλά και τον βοηθάει στην αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής. Τον ενημερώνει για τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις του. Βοηθά τον ασθενή με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης να ανακτήσει τις δυνάμεις του και να ενισχύσει τις ικανότητες του. Ακόμη προετοιμάζει τον άρρωστο για την επάνοδό του και την ομαλή επανένταξή του στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον. Αναλαμβάνει να υποστηρίξει την οικογένεια, καθώς δεν νοείται κοινωνική εργασία στον ασθενή, χωρίς την προσέγγιση και την υποστήριξη της οικογένειας του. Υποστηρίζει και ενισχύει ψυχολογικά την οικογένεια να αποδεχθεί την νέα κατάσταση, αλλά και να αναπτύξει νέους τρόπους επικοινωνίας με τον ασθενή, που θα διευκολύνουν και τα δύο μέρη. Η συναισθηματική ανακούφιση της οικογένειας είναι πρωταρχικός στόχος ώστε να αποβάλλουν τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργήθηκαν λόγω της νέας κατάστασης (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την νέα πραγματικότητα. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να σταθεί δίπλα στον ασθενή και να αναπτύξουν νέους ρόλους, που θα διευκολύνουν την φροντίδα του (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Ο κοινωνικός λειτουργός τέλος δημιουργεί και συμμετέχει σε ομάδες αρρώστων που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια. Στις ομάδες αυτές, που οι ασθενείς έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα βοηθά τα άτομα μέσω της ομάδας, να αξιοποιήσουν τις ικανότητές τους. Η ομάδα λειτουργεί υποστηρικτικά, συμβουλευτικά και ψυχαγωγικά και αποτρέπει τους ασθενείς να αισθανθούν μόνοι (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).



## Κεφάλαιο 2

### 2.1. Προγράμματα ανοικτής προστασίας για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα.

Οι υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας για τους ηλικιωμένους παρέχονται στο πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων φορέων πρόνοιας μέσω των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ο θεσμός των ΚΑΠΗ εμφανίστηκε από τις αρχές της δεκαετίας ΤΟΥ 1980. Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά στα μέσα της δεκαετίας του 1990.

#### ➤ ΘΕΣΜΟΣ ΚΑΠΗ

Ο Θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αποτελούν φορείς παροχής υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας προς ηλικιωμένους, επιδιώκοντας με αυτό τον τρόπο την παραμονή των ενδιαφερομένων στο ευρύτερο κοινωνικό κι οικογενειακό περιβάλλον. Ο τομέας αυτός της ανοικτής περίθαλψης εγκαινιάσθηκε στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια του πιλοτικού προγράμματος το 1979 από φορείς του εθελοντικού τομέα. Η ενεργοποίηση της Κεντρικής Διοίκησης (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας) οδήγησε και στην τυποποίηση του θεσμού, ο οποίος σήμερα λειτουργεί στο πλαίσιο των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων ίδρυσης και λειτουργίας των ΚΑΠΗ στους ΟΤΑ έγινε με διάταγμα αρ. 68 Ν. 1416/84, όπου και εξαπλώθηκε η παροχή σχετικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα.

Τα ΚΑΠΗ συνιστούν ΝΠΔΔ, ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των ΟΤΑ. Η ίδρυσή του προϋποθέτει την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος, ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με το οποίο ορίζονται τα όργανα της διοίκησης, ο σκοπός, οι πόροι, η περιουσία και το όνομα του ιδρύματος. Η χρηματοδότησή τους στηρίζεται σε επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που καλύπτουν τις ανάγκες λειτουργίας, υποδομής και εξοπλισμού.

Η λειτουργία των ΚΑΠΗ εντάσσεται σε ένα σύγχρονο πλαίσιο με το οποίο προωθείται το μοντέλο της ανοικτής φροντίδας και εξυπηρετεί του εξής σκοπούς:

Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

Τη διαφώτιση και την συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων

Την αξιοποίηση της έρευνας για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΑΠΗ συνδυάζουν τις παραδοσιακές υπηρεσίες ιατρικής κι πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις προνομιακές υπηρεσίες ανοικτού τύπου. Συγκεκριμένα (Αμίτσης, 1993):

Γίνεται πρωτοβάθμια φροντίδα και συμβουλευτική για τη χρήση παροχών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης

Φυσιοθεραπεία και εργασιοθεραπεία

Κοινωνική εργασία

Βοήθεια στο σπίτι για όσους δε μπορούν αν αυτοεξυπηρετηθούν

Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση

Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

Η εξέλιξη του θεσμού (Τεπέρογλου, 1991) μέχρι σήμερα αποδεικνύει ότι λειτούργησε θετικά και ενισχύθηκε η κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση των δυνατοτήτων παραμονής τους στο κοινωνικό περιβάλλον και στην αξιοποίηση εκείνων των μηχανισμών για την κοινωνική προστασία που προβλέπονται για αυτούς. Οι ελλείψεις εστιάζονται στην υλικοτεχνική υποδομή και διάρθρωση των προγραμμάτων, για αυτό και χρειάζεται να γίνει αναθεώρηση του θεσμού και να αναπροσαρμοστεί στις νέες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων.

Με το νόμο 1416/84 άρθρο 38, το κράτος πλέον μεταβίβασε την αρμοδιότητα διοίκησης και λειτουργίας των ΚΑΠΗ στην τοπική αυτοδιοίκηση. Έκτοτε επεκτάθηκε η λειτουργία τους και καλύφθηκε σχεδόν το σύνολο της χώρας. Τα ΚΑΠΗ είναι ΝΠΔΔ και διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, χρηματοδοτούνται από το Δήμο και έχουν δικό τους προϋπολογισμό. Στο διοικητικό

συμβούλιο συμμετέχουν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι μέσω ενός εκπροσώπου τους. Με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσω ενός εκπροσώπου στο διοικητικό συμβούλιο αυτό τον τρόπο προλαμβάνεται η περιθωριοποίηση και η διατήρηση των ηλικιωμένων σε κατάσταση ενεργούς κοινωνικής παρουσίας. Για να συμβεί κάτι τέτοιο τα ΚΑΠΗ δεν αποτελούν ένα κοινωνικά κλειστό σύστημα παροχής υπηρεσιών αλλά δίαυλο μιας αμφίδρομης σχέσης των ηλικιωμένων και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Η δημιουργία των ΚΑΠΗ θεωρήθηκε πρωτοποριακή και επιτυχής παρέμβαση δεδομένου ότι διαφέρει από τις παραδοσιακές υπηρεσίες, καθόσον οι δράσεις τους επικεντρώνονται στην εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, την ενεργοποίηση τους, την πρόληψη της υγείας τους καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Τα ΚΑΠΗ ως προγράμματα ανοικτής περιθαλψής και φροντίδας ξεκίνησαν με την προοπτική να ανταποκριθούν σε μια σειρά από βασικές ανάγκες του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού ηλικιωμένων. Ωστόσο διάφορες μελέτες και έρευνες διαπίστωσαν ότι τα ΚΑΠΗ έχουν προσελκύσει συγκεκριμένες κατηγορίες ηλικιωμένων, δηλαδή τους νεότερους, με καλή υγεία και οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό δεν μένουν μόνοι. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων δεν συμμετέχει ή αποκλείεται από τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ, γεγονός που υπαγορεύει τη διεύρυνση των προγραμμάτων για την ένταξη και των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι, είναι μη αυτοεξυπηρετούμενοι, έχουν μειωμένη κινητικότητα κ.λ.π. Παρόλα αυτά ο ρόλος και το έργο τους έχει ευρέως αναγνωριστεί και κυρίως εκ μέρους των ίδιων των ηλικιωμένων, οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν συμβάλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωής. Αυτό προκύπτει και από τα αποτελέσματα δυο ερευνών που διεξήχθησαν στο παρελθόν από το ΕΚΚΕ (Τεπέρογλου κ.α, 1990, Τσαούσης & Χατζηγιάνη, 1990) και αφορούν η πρώτη τη μελέτη των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των περιοχών όπου προγραμματιζόταν να λειτουργήσουν τα ΚΑΠΗ (προλειτουργική έρευνα - 1986) και η δεύτερη τη διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων όσον αφορά τα προγράμματα των ΚΑΠΗ (1990-Αξιολόγηση της προσφοράς των ΚΑΠΗ).

Συγκεκριμένα, τα ΚΑΠΗ, κατά τους ηλικιωμένους τους προσφέρουν ψυχαγωγία και συντροφιά. Ένα μεγάλο ποσοστό (89%) είναι ευχαριστημένοι από τη λειτουργία και τα προγράμματα των κέντρων. Πρέπει να αναφερθεί ότι η τέταρτη ηλικία δηλώνει ικανοποιημένη σε μεγαλύτερο ποσοστό από την τρίτη, ενώ η τρίτη ηλικία εκφράζει

σε μεγαλύτερο ποσοστό αιτήματα για βελτίωση των προγραμμάτων. Επίσης το 42% του δείγματος δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από τα προγράμματα και δεν ζητά τίποτε περισσότερο. Τα αιτήματα που διατυπώνουν για επιπλέον υπηρεσίες αφορούν ιατρική περίθαλψη και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Η αποδοχή και η στήριξη του θεσμού εκ μέρους των ηλικιωμένων προέκυψαν από έρευνες που αναφέρονται στα πρώτα χρόνια λειτουργίας των ΚΑΠΗ. Έκτοτε και μέχρι σήμερα δεν έχουν διεξαχθεί σε ευρεία κλίμακα παρόμοιες έρευνες και μελέτες. Για το λόγο αυτό έχει προκύψει η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός μηχανισμού αφενός παρακολούθησης των συνεχώς διαμορφούμενων αναγκών των ηλικιωμένων και αφετέρου αξιολόγησης της συμβολής των ΚΑΠΗ στην κάλυψη των αναγκών αυτών. Σήμερα λειτουργούν 607 ΚΑΠΗ σε όλη τη χώρα και σχεδιάζεται η συμπλήρωση των υπαρχουσών δομών με την ανάπτυξη νέων ΚΑΠΗ σε περιοχές που δεν υπάρχει αντίστοιχη υποδομή ή και σε περιοχές όπου έχουν διαπιστωθεί αυξημένες ανάγκες και δεν καλύπτονται από τις υπάρχουσες δομές (Άγνωστος, 2001).

## **2.2. Άτυπα δίκτυα φροντίδας**

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων. Ανήκουν στην Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας και Υγείας, χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του Δήμου και λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χώροι όπου οι ηλικιωμένοι Αθηναίοι μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας προβλέπει επίσης δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Την περίοδο του καλοκαιριού, φιλοξενούνται ηλικιωμένοι στις παιδικές εξοχές του Δήμου Αθηναίων, στον Άγιο Ανδρέα Αττικής. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει.

Πολλοί συμπολίτες μας μεγαλύτερης ηλικίας είχαν την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε πολιτιστικές εκδηλώσεις των Λεσχών Φιλίας αλλά και να ενημερωθούν για ζητήματα που άπτονται των αναγκών και των ενδιαφερόντων τους.

Περισσότερα από 3.800 άτομα επισκέφθηκαν δωρεάν μουσεία και πολιτιστικούς χώρους και παρακολούθησαν εκδηλώσεις μαζικής εστίασης και ψυχαγωγίας, όπως την συναυλία της "Συμφωνικής Ορχήστρας Νέων της Βιρτζίνια" των Ηνωμένων Πολιτειών, που διοργανώθηκε από τον Δήμο Αθηναίων από κοινού με το Μέγαρο Μουσικής Αθηνών. Περισσότερα από 800 άτομα παρακολούθησαν πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων και των πνιγμών, σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή και το Πανεπιστήμιο Αθηνών.

### **2.3. Υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις.**

Το πρόγραμμα «Τηλεβοήθεια στο Σπίτι» εποπτεύεται από τη Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων ατόμων που διαβιώνουν μόνοι και αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω νοητικής ή κινητικής αναπηρίας, προβλημάτων υγείας και υγείας. Αυτό είναι ένα πιλοτικό πρόγραμμα κοινωνικών υπηρεσιών με το οποίο προωθείται η διασύνδεση των χρηστών με προνοιακές μονάδες άμεσης παρέμβαση καθώς και την άμεση επικοινωνία με το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον (Αμίτσης, 1993).

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους" που θεσπίστηκε με το Ν. 2082/92 και εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, την Εκκλησία, και τις μη Κυβερνητικές/ Εθελοντικές Οργανώσεις. Με το πρόγραμμα αυτό εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και συγχρηματοδοτείται από τα Υπουργεία Υγείας - Πρόνοιας και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι λειτουργούν σε άμεση σχέση και διασύνδεση με τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) κάθε δήμου, ενώ το συνολικό Πρόγραμμα συντονίζεται και αξιολογείται από μία Επιτροπή Παρακολούθησης. Η βοήθεια στο σπίτι είναι δικαίωμα του ηλικιωμένου πολίτη, δεδομένου ότι εξασφαλίζει την παραμονή του στο σπίτι και την κοινότητα που επιλέγει να ζήσει, όταν αντιμετωπίζει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και

αποσκοπεί στην ενθάρρυνση των ανθρώπων αυτών. Τα προγράμματα αυτά έχουν συμβάλλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωή.

Σημειώνεται ότι, το 2001, τρία χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας του Πιλοτικού προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους" (1998 - 2003) και ενώ το πρόγραμμα είχε ήδη επεκταθεί, επιχειρήθηκε μια πρώτη αξιολόγηση σε εκατό δήμους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, με βάση τα απολογιστικά στοιχεία που συλλέγονταν για τον ποιοτικό και διαχειριστικό του έλεγχο. Η Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος αποφάσισε την αξιολόγηση της τριετούς λειτουργίας του για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται, για την εκτίμηση της αποδοτικότητας του και τον εντοπισμό των αδυναμιών του. Η αξιολόγηση βασίστηκε στα στοιχεία που συλλέγονται από τους επαγγελματίες που φροντίζουν τους εξυπηρετούμενους. Συγκεκριμένα έγινε επεξεργασία των πληροφοριών που υπάρχουν τόσο στα διάφορα έντυπα/ερωτηματολόγια εκτίμησης αναγκών για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας όσο και στα έντυπα του Κοινωνικού Ιστορικού κάθε ηλικιωμένου - μέλους της "Βοήθειας στο σπίτι". Τα συμπεράσματα από την έρευνα ήταν ότι οι κάτοικοι των περιοχών που λειτούργησαν τα προγράμματα δέχθηκαν πολύ θετικά τη νέα αυτή υπηρεσία και τη στήριξαν, είτε με εθελοντική εργασία, είτε με προσφορά ειδών και χρημάτων. Στα τρία χρόνια λειτουργίας του, εξυπηρετήθηκαν περίπου 9,000 ηλικιωμένα άτομα και αυτός ο αριθμός θεωρείται ότι είναι αρκετά ικανοποιητικός δεδομένης της περιορισμένης έκτασης του προγράμματος. Από το σύνολο των εξυπηρετηθέντων, το 47% ήταν άτομα που διαβιούν μοναχικά και το 34% ήταν μη αυτοεξυπηρετούμενοι. Οι μορφές φροντίδας που προσφέρθηκαν στο σύνολο των εξυπηρετούμενων αφορούσαν υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας. Από τις υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας που προσφέρθηκαν το μεγαλύτερο ποσοστό εξυπηρετούμενων (39%) έκανε χρήση υποστηρικτικής κοινωνικής εργασίας. Όσον αφορά τις υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η αγωγή υγείας εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης από τους εξυπηρετούμενους (26% και 24% αντίστοιχα). Τέλος από τις υπηρεσίες οικογενειακής φροντίδας, τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης από τους εξυπηρετούμενους εμφανίζουν η συντροφιά και οι εξωτερικές εργασίες (28% και 27% αντίστοιχα). Ως προς τη συχνότητα παροχής, η κοινωνική εργασία, στην πλειονότητα εξυπηρετούμενων, προσφέρθηκε μια φορά το δεκαπενθήμερο

(38%) ή μία φορά την εβδομάδα (34%) ενώ στο υπόλοιπο των εξυπηρετούμενων συχνότερα (2-3 φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά). Όσον αφορά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας, εμφανίζεται σε συχνότερη βάση μια φορά την εβδομάδα (34% και 41% αντίστοιχα). Όπου κρίνεται βέβαια αναγκαίο, υπάρχει και καθημερινή προσφορά υπηρεσιών κάθε κατηγορίας.

Το κόστος λειτουργίας μιας υπηρεσίας "βοήθεια στα σπίτι για ηλικιωμένους" είναι για τους 60 ηλικιωμένους 35.000 ευρώ, κόστος που αναλογεί κατά προσέγγιση στην παραμονή δύο ηλικιωμένων σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι λόγω των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν στους ηλικιωμένους από τα προγράμματα, υπήρξε πιθανά μείωση της χρησιμοποίησης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Αυτό δεν ήταν δυνατόν να εκτιμηθεί, αλλά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι περιορίστηκε σημαντικά η χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Τα πλεονεκτήματα από τα προγράμματα αυτά είναι ότι πρόσφεραν ένα αίσθημα ασφάλειας στους μοναχικούς ηλικιωμένους, προσέφεραν την απαραίτητη νοσηλευτική και υποστηρικτική φροντίδα σε όσους δεν ήταν απαραίτητο να παραμείνουν στο νοσοκομείο. Προσέφεραν τη δυνατότητα διεξαγωγής εργαστηριακών εξετάσεων που θα απασχολούσαν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και πιθανά και κλίνες. Και τέλος συνέβαλαν στην πρόληψη εξελίξεων παθήσεων με παρακολούθηση και συχνή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Άγνωστος, 2000, σελ.52)

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» που είναι πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και στοχεύει στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, έχει τη μορφή των αντίστοιχων «home care» του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Σκανδιναβικών χωρών. Αυτή η μορφή της υγειονομικής περίθαλψης δίνει μια νέα μορφή στην παροχή κοινωνικής προστασίας στον πολίτη (<http://www.depoansx.gr/program.php>, 28/3/07).

Σημειώνεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες στα πλαίσια της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας το Βρετανικό ΕΣΥ (NHS) δέχεται ριζικές και παρατεταμένες αλλαγές για να προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες. Οι δαπάνες ανέρχονται σε 128 δις στερλίνες, με ολόκληρο τον κλάδο υγείας να απορροφά 144 δις στερλίνες εν έτη 2001. Η αναβάθμιση του ΕΣΥ σχετίζεται με την περισσότερη πληροφόρηση των ασθενών, με την επάρκεια κλινών και ιατρικών υπηρεσιών, με την επάρκεια ιατρονοσηλευτικού

προσωπικού, με μικρότερες λίστες αναμονής, με καθαρότερους θαλάμους, καλύτερη ποιότητα ξενοδοχειακών υποδομών και σίτισης στα νοσοκομεία, με Ποιότητα φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, με υψηλότερα standards και ανταμοιβές για καλύτερο αποτέλεσμα, και με αποκέντρωση των κέντρων αποφάσεων και ενδυνάμωση της αυτοδιοίκησης (<http://www.depoansx.gr/program.php>, 28/3/07).

Ο μετασχηματισμός σε Care & Foundations Trusts (καινοτόμες μορφές ΝΠΙΔ) αποτελεί ένα παράδειγμα κοινής προσπάθειας μεταξύ του τομέα της υγείας και της τοπικής διοίκησης. Στη Μεγάλη Βρετανία λειτουργούν ήδη 8 Care Trusts και η πρακτική των Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) έχει συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία τους (Ρουμελιώτης et al, 2006).

Γι' αυτή έχει η μορφή της υγειονομικής περίθαλψης το 75% χρηματοδοτείται κατά από το ευρωπαϊκό ταμείο περιφερειακής ανάπτυξης της ευρωπαϊκής ένωσης και κατά 25% από το Ελληνικό δημόσιο και αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να προσφέρονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών

Στην περιφέρεια υλοποιείται από τη Στερεά Ελλάδα με ευθύνη του Δήμου Σχηματαρίου και φορέα υλοποίησης τη Δημοτική επιχείρηση πολιτιστικής ανάπτυξης Σχηματαρίου η οποία παρέχει εκτός από υλικοτεχνικό εξοπλισμό και κάθε δυνατή βοήθεια που κρίνεται απαραίτητη για τη λειτουργία του προγράμματος και την καλή εξυπηρέτηση των πολιτών του δήμου (<http://www.depoansx.gr/program.php>, 28/3/07)

## **2.4 Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες**

### **2.4.1 Ορισμός της ικανοποίησης στην υγεία γενικά**

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1997), η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware et al., (1983) στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ



άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος (Ware et al., 1983).

Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με

1. Τις προσδοκίες του από την υπηρεσία,
2. Τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος,
3. Την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται.

Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει. Ανάλογα, τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη. Άτομα υψηλότερου οικονομικού επιπέδου επισκέπτονται γιατρούς ειδικοτήτων (Mc Isaak W. et al., 1997) κάτι που ισχύει και για άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Lostao L. et al., 2001). Χαρακτηριστικό είναι ότι άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων εισάγονται συχνότερα σε νοσοκομεία (Billings J. et al., 1993). Σύμφωνα επίσης με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Καράγιωργας και συν., 1990), οι άντρες εμφανίζονται να χρησιμοποιούν συχνότερα από τις γυναίκες τις υπηρεσίες υγείας. Το ενδιαφέρον ωστόσο επικεντρώνεται στο γεγονός ότι τη μεγαλύτερη χρήση στους άντρες έκαναν κατά σειρά οι τεχνίτες, οι γεωργοί- κτηνοτρόφοι και οι υπάλληλοι γραφείου ενώ τα διευθυντικά και ανώτερα στελέχη παρουσίαζαν την χαμηλότερη ζήτηση. Για τις γυναίκες, τη μεγαλύτερη χρησιμοποίηση εμφάνιζαν κατά σειρά οι αγρότισσες, οι εργάτριες, οι υπάλληλοι γραφείου και οι επιστήμονες ενώ τα ανώτερα στελέχη και

στην περίπτωση των γυναικών εμφάνιζαν την μικρότερη χρησιμοποίηση.

Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al (1981), μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ότι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Levois et al., 1981).

#### **2.4.2. Ορισμός ικανοποίησης ηλικιωμένων**

Οι υπηρεσίες προστασίας των ηλικιωμένων αποτελούν ένα υπεύθυνο και κοινωνικό έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη της ασθένειας, στην αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων. Είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο και πρέπει να προσφέρεται πάντα σε κλίμα συνεργασίας, διαλόγου, αγάπης και επικοινωνίας.

Ένας από τους σημαντικότερους σκοπούς των υπηρεσιών προστασίας των ηλικιωμένων είναι η επίτευξη του αισθήματος της ασφάλειας, της ευχαρίστησης, της σιγουριάς και της ικανοποίησης του ηλικιωμένου. Δίνοντας έμφαση στην ικανοποίηση του ηλικιωμένου, είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης αποτελεσματικότητας της ποιότητας της κοινωνικής φροντίδας που παρέχεται στον ηλικιωμένο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών (Strasen, 1988, Barbara & Duffy, 1999) η ικανοποίηση δεν είναι απλώς μέτρο αποτελέσματος της ποιότητας, αλλά σκοπός της φροντίδας υγείας που επηρεάζει άλλους σκοπούς και αποτελέσματα.

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που επιβάλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την παρεχόμενη φροντίδα. Αρχικά με βάση αυτήν αξιολογούνται οι προσφερόμενες υπηρεσίες, ενώ σύμφωνα με κάποιους ερευνητές (Petersen, 1988, Smith, 1992), η ικανοποίηση των ηλικιωμένων είναι σημαντική πηγή πληροφοριών για την ποιοτική βελτίωση της φροντίδας. Παράλληλα, άλλοι ερευνητές (Strasen, 1988, Barbara & Duffy, 1999) πιστεύουν, ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προώθηση των υπηρεσιών

προστασίας των ηλικιωμένων.

Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφόσον το προσωπικό βρίσκεται συνεχώς στο πλευρό των ηλικιωμένων, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους.

Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό, από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας αλλά και από την ικανοποίηση των ηλικιωμένων του είναι αναπόσπαστο στοιχείο. Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων παίζει και το μορφωτικό τους επίπεδο. Ένας μορφωμένος άνθρωπος με τις γνώσεις που διαθέτει, μπορεί να αξιολογήσει, να κρίνει και να αποφασίσει ο ίδιος για τα αγαθά που του παρέχονται. Επομένως το μορφωτικό επίπεδο συμβάλλει θετικά στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, που παρέχονται στους ασθενείς (Borras, 1994).

Αντίθετα, ένα άτομο χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, συνήθως έχει λιγότερες απαιτήσεις, κι έτσι αποδέχεται παθητικά όσα του προσφέρονται. Σύμφωνα με την έρευνα του Oberst (1984), ο μέσος ηλικιωμένος δεν έχει την πείρα ή τις γνώσεις να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των υπηρεσιών. Για αυτόν το λόγο χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα απόψεις φίλων και συγγενών για τη συγκεκριμένη υπηρεσία, εάν νιώθει καλύτερα ή όχι και άλλα, που μπορεί ο ίδιος να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μία από τις σημαντικότερες ανάγκες των ηλικιωμένων είναι η επαρκής και συστηματική πληροφόρηση γύρω από την κατάσταση της υγείας τους και η επαρκής φροντίδα από το προσωπικό. Εξίσου σημαντική ανάγκη για τον ηλικιωμένο είναι η συναισθηματική υποστήριξη και η διατήρηση της ελπίδας. Στο πλαίσιο της συναισθηματικής υποστήριξης εμπεριέχεται και η ανάγκη για ασφάλεια και σιγουριά.

#### **2.4.3 Ικανοποίηση ηλικιωμένου βάσει της επικοινωνίας**

Η επικοινωνία μεταξύ ηλικιωμένου και φροντιστή είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής πρακτικής. Σύμφωνα με επικυρωμένες μελέτες όταν γίνεται με σωστό τρόπο μια τέτοια επικοινωνία έχει θεραπευτική επίδραση για τον ηλικιωμένο (John, 2005).

Η σχέση ηλικιωμένου και φροντιστή έχει αναγνωριστεί από καιρό ως σύνθετη

και πολύπλευρη. Ενώ οι διάφορες πτυχές αυτής της σχέσης έχουν εξερευνηθεί, οι μορφές επικοινωνίας εξετάστηκαν από τους (Råstam et al. (1992), οι οποίοι κατέδειξαν έναν άμεσο συσχετισμό μεταξύ των μορφών επικοινωνίας των φροντιστών και της σε σχέση τους με την πορεία του ηλικιωμένου (Råstam et al., 1992). Οι μορφές επικοινωνίας των φροντιστών βρέθηκαν να είναι σημαντικές όχι μόνο στην συμμόρφωση των ηλικιωμένων αλλά επίσης βρέθηκαν ότι επηρεάζουν την ικανοποίησή του ως προς την προσοχή απέναντι στον φροντιστή και την κατανόηση των πληροφοριών (Gordon, 1995).

Ο τρόπος με τον οποίο ένας φροντιστής μεταβιβάζει τις πληροφορίες σε έναν ηλικιωμένο είναι τόσο σημαντικός, όσο και οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σ' αυτόν. Οι ηλικιωμένοι που καταλαβαίνουν τους φροντιστές τους είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματά τους, να καταλάβουν τις επιλογές τους και να ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα (Kidd et al., 2005). Οι δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως αμετάβλητα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός αλλά αντίθετα, ως σύνολο μετρήσιμων και τροποποιήσιμων συμπεριφορών που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν παράλληλα (Teutsch, 2003).

#### **2.4.4 Υπηρεσίες και ικανοποίηση**

Προκειμένου οι ηλικιωμένοι να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, οι υπηρεσίες οφείλουν να εξυπηρετούν τους παρακάτω στόχους (Råstam et al., 1992):

- Να παρέχουν ανώτερη φροντίδα, στα ηλικιωμένα σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της κοινωνικής επιστήμης,
- Να διαθέτουν επαρκή στελέχωση προσωπικού τόσο σε αριθμό όσο και σε σύνθεση επιπέδων σε εικοσιτετράωρη βάση,
- Να ασκούν αποτελεσματική διοίκηση, στον προγραμματισμό και έλεγχο των παρεχόμενων, ανάλογα με τα υπάρχοντα δεδομένα της ποιότητας και ασφάλειας,

Σύμφωνα επίσης με το μοντέλο της διοίκησης ολικής ποιότητας η παραγωγή και η παροχή υπηρεσιών εξαρτάται από την ατομικότητα. Η επιτυχία των υπηρεσιών παροχής φροντίδας στους ηλικιωμένους στηρίζεται στη γνώση και την υπευθυνότητα

των ατόμων. Το προσωπικό ενθαρρύνεται να δημιουργήσει διότι υπάρχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του. Επίσης, στηρίζεται στην ύπαρξη ευκρινών ορίων του οργανισμού, στην ανοικτή οδό, οριζόντια και κάθετη επικοινωνίας, στην ικανοποίηση αναγκών, στην ανάπτυξη ανθρώπινων πηγών, στο στατιστικό έλεγχο με ηλεκτρονικό υπολογιστή και στη επαναπληροφόρηση. Παράμετροι που προτείνονται να χρησιμοποιηθούν από την υπηρεσία είναι (Paice et al., 2002):

- 1.Καθορισμός ατόμων (πελατών): Εξωτερικοί πελάτες είναι οι ηλικιωμένοι, οι οικογένειές τους και γενικά η κοινωνία. Ενώ οι εσωτερικοί πελάτες είναι όλα τα τμήματα τα οποία ανταλλάσσουν εισροές και εκροές,
2. Δημιουργία στόχων: Οι στόχοι πρέπει να αναπτύσσονται και να κατανοούνται από όλα τα μέλη σε όλα τα επίπεδα οργάνωση,
- 3.Αναγνώριση υπευθυνότητας: Ο Διευθυντής, διαμορφώνει κλίμα συνεργασίας και υπευθυνότητας στα πλαίσια του οποίου παρέχεται η φροντίδα.
- 4.Κατάργηση φραγμών επικοινωνίας: Οι ιεραρχικοί φραγμοί σε κάθετη και οριζόντια επικοινωνία, είναι ανασταλτικοί παράγοντες ανάπτυξης του management. Ενώ η ικανότητα ενός στελέχους να ακούει και να διευκρινίζει συντελεί στη δημιουργία περιβάλλοντος επικοινωνίας,
- 5.Εκπαίδευση και προετοιμασία: Συντελεί σε σπατάλη μικρότερου χρόνου και υλικού από πλευράς προσωπικού, σε επάρκεια και αύξηση παραγωγικότητας σε αποφυγή λαθών και σε σωστές ενέργειες,
- 6.Στατιστικές μετρήσεις: Επιβεβαιώνουν την παροχή ποιότητας της φροντίδας, με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή,
- 7.Άσκηση πολιτικής και προγραμματισμός: Θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις στους τομείς management,
- 8.Συμμετοχή προσωπικού: Είναι σημαντικό να συμμετέχει, στις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην αποδοτικότητα του οργανισμού. Η συμμετοχή του προσωπικού σε θέματα λήψης αποφάσεων και η γνώση του τρόπου επίλυσης προβλημάτων, συντελεί στην αύξηση παραγωγικότητας και επιφέρει θετικά αποτελέσματα,

## 2.4.5 Ποιότητα και Ικανοποίηση

Το ενδιαφέρον στην ποιότητα των προγραμμάτων παροχής φροντίδας των ηλικιωμένων, είναι μεγάλο για όλους όσοι εργάζονται σε αυτό και που θέλουν να λειτουργεί εύρυθμα. Η χαμηλή ποιότητα οδηγεί σε ανταγωνιστικά μειονεκτική θέση, επειδή εάν οι ηλικιωμένοι δεν μείνουν ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών, δεν θα αργήσουν να γυρίσουν τις πλάτες τους. Αιτία είναι ότι μαζί με τις υλικοτεχνικές βελτιώσεις έχουν αυξηθεί και οι απαιτήσεις των ηλικιωμένων, όσον αφορά τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Το κυρίως στρατηγικό θέμα είναι εάν οι πελάτες – ηλικιωμένοι, θα αντιληφθούν αυτές τις αλλαγές στην ποιότητα των υπηρεσιών ενός προγράμματος. Ο Gale (1993) μας λέει ότι «Αξία είναι η ποιότητα, παρόλα αυτά ο καταναλωτής την αξιολογεί την στιγμή που θα του δοθεί». Εξαιτίας του μη απτού των υπηρεσιών είναι δύσκολο να αξιολογήσουμε την υπηρεσία. Οι Parasuraman et al (1990) δώσανε τις βασικές ερμηνείες που δίνουν οι καταναλωτές στη ποιότητα υπηρεσιών. Συγκεκριμένα (Parasuraman et al., 1990):

- 1.Αξιοπιστία (Reliability). Αν το όνομα είναι αξιόπιστο και τα αισθήματα που προκαλεί το άκουσμα του ονόματός του. Επίσης το πόσο τίμιος φαίνεται αυτός που προσφέρει τις υπηρεσίες.
- 2.Ασφάλεια (Safety). Το πόσο ασφαλής είναι ο καταναλωτής-ηλικιωμένος από οποιαδήποτε κίνδυνο, ρίσκο ή αμφιβολία.
- 3.Πρόσβαση (Access). Το πόσο εύκολο είναι να πάει κάποιος και το πόσο εύκολο να έχει επαφή με το προσωπικό. Δείγμα ερωτήσεων που μπορούν να γίνουν είναι 'Πόσο θα ανταποκριθεί το προσωπικό αν τους ρωτήσω κάτι;'
- 4.Επικοινωνία (Communication). Είναι το κατά πόσο ακούν τους πελάτες-ηλικιωμένους και ο τρόπος που τους κρατούν σε επαφή. Ο καταναλωτής-ηλικιωμένος μπορεί να αναρωτηθεί 'έχει την διάθεση ο εργαζόμενος να με ακούσει;'
5. Κατανόηση του πελάτη- ηλικιωμένου (Comprehension). Το πόσο προσπαθούν να κατανοήσουν τους ηλικιωμένους και τις ανάγκες τους. Ο ηλικιωμένος μπορεί να αναρωτηθεί «ξέρουν τι ζητάω».
6. Απτά (Tangibly). Η εμφάνιση φυσικών αντικειμένων και προσώπων, όπως τα μηχανήματα.

7.Υπευθυνότητα (Responsibility). Η ικανότητα να ανταποκριθούν σε αυτά που λένε με ακρίβεια και αξιοπιστία. Εδώ ο πελάτης- ηλικιωμένος μπορεί να αναρωτηθεί «όταν λένε ότι θα με αναλάβουν εννοούν ότι θα προσπαθήσουν να λυθεί το θέμα που με απασχολεί»;

8.Αντανακλαστικά (Reflexives). Η πρόθεση και η ικανότητα να ανταποκριθούν και να βοηθήσουν σε τυχόν προβλήματα και να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες.

9.Ικανότητα (Ability). Το πόσο ικανό και εκπαιδευμένο είναι το προσωπικό για να προσφέρει τις αναμενόμενες υπηρεσίες στην επιθυμητή ποιότητα.

10.Ευγένεια (Politeness). Η εξυπηρέτηση, οι τρόποι, ο σεβασμός στον πελάτη- ηλικιωμένος και η φιλικότητα στην επικοινωνία μεταξύ των φροντιστών και των ηλικιωμένων.

## 2.5 Η αυτοαναφερόμενη υγεία

Σύμφωνα με την έρευνα των Βοζικάκη & Μπορμπουδάκη (2004), η οποία είχε ως στόχο τη διερεύνηση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα, έτσι όπως αυτά αντανακλώνται στην αυτοαναφερόμενη υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, βρέθηκε ότι η αυτοαναφερόμενη υγεία σχετίζεται σημαντικά με τους δημογραφικούς παράγοντες (Φύλο-Ηλικία), τους κοινωνικούς (Μορφωτικό Επίπεδο, Εργασιακή Κατάσταση, Οικογενειακή Κατάσταση, Μέγεθος Νοικοκυριού, Μορφές συμβίωσης και Συμμετοχή σε Δραστηριότητες) και τους οικονομικούς παράγοντες (Αντικειμενικοί Οικονομικοί Δείκτες, Αυτοοριζόμενη Οικονομική Εξέλιξη, Δείκτης Οικονομικής Δυνατότητας, Δείκτης Διαμόρφωσης Εισοδηματικών Πόρων και Κατηγορία Ασφαλιστικής Κάλυψης). Τη μεγαλύτερη βαρύτητα βρέθηκαν να έχουν το μορφωτικό επίπεδο, η συμμετοχή σε δραστηριότητες, το εισόδημα, η κατοχή αποταμίευσης, η κατοχή αυτοκινήτου, ο δείκτης διαμόρφωσης εισοδηματικών πόρων και αυτοοριζόμενη οικονομική εξέλιξη. Τέλος, αναφορικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας η αυτοαναφερόμενη υγεία βρέθηκε να συμβάλει περισσότερο στη διαμόρφωση της. Τα ευρήματα της εργασίας αυτής συμβαδίζουν με τα αντίστοιχα της υπάρχουσας ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις διαφοροποιήσεις που απαντώνται στα επίπεδα υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικό-οικονομικών ομάδων και ως εκ τούτου επιβεβαιώνουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Πιο αναλυτικά, ο βαθμός στον οποίο η κοινωνική τάξη επηρεάζει τόσο την επιλογή του φορέα υγείας, όσο και την ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι ενδεικτικός. Ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που χρησιμοποιεί τις δημόσιες υπηρεσίες προέρχεται από τις χαμηλές τάξεις, σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές, όπου η πελατεία τους προέρχεται κυρίως από τα υψηλά και μεσαία κοινωνικά στρώματα. Επίσης οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων ενώ οι ασθενείς των υψηλών κοινωνικών τάξεων εκφράζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονται όσο κινούνται προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες (Σουλιώτης κ.α, 2002). Η διάσταση αυτή της ικανοποίησης έχει επιβεβαιωθεί και από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες (Gavin & Turner, 1997, Salisbury, 1997), απ' όπου προκύπτει ότι οι προσδοκίες των ασθενών



για τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας, συνιστούν τον σημαντικότερο παράγοντα της εκφρασμένης ικανοποίησης από αυτές. Ωστόσο στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι οι έρευνες ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα «ευαίσθητες» σε σχέση με τη μεθοδολογία που ακολουθούν, καθώς το υποκειμενικό στοιχείο το οποίο αποτυπώνουν είναι ευμετάβλητο (Κυριόπουλος κ.α., 1994, Νιάκας & Γναρδέλλης, 2000). Σε κάθε πάντως περίπτωση, η αναγκαιότητά τους είναι δεδομένη, αφού συνιστούν τρόπο έκφρασης και αποτύπωσης της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των πολιτών και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη χάραξη της πολιτικής υγείας δεδομένου ότι συνιστούν δεξαμενές άντλησης πληροφοριών, λειτουργούν ως εργαλείο βελτίωσης της διαχείρισης των νοσοκομείων και δημιουργούν τις προϋποθέσεις για επιλογές στόχων διαχείρισης με βάση τις προτιμήσεις των καταναλωτών (Σουλιώτης κ.α., 2002).

Επίσης στο κεφάλαιο «Χρήση και προσπελασιμότητα υπηρεσιών υγείας: Ανάλυση δεδομένων από το Ευρωπαϊκό δείγμα του SHARE\*» των Μπορμπουδάκη, Αλεγκάκη και Φιλαλήθη (2009), μελετώνται δύο μεταβλητές υγείας: α) η χρόνια νοσηρότητα και β) η αυτο-αναφερόμενη υγεία, σε σχέση με τη χρήση και την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Από τα ευρήματα του κεφαλαίου διαφαίνεται πως η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ικανοποιητική σε όλες τις χώρες που συμμετέχουν στην έρευνα, ενώ επιβεβαιώνονται οι διαφοροποιήσεις στη χρήση και στην προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας – και οι επακόλουθες ανισότητες στα αποτελέσματα υγείας, δηλαδή στα επίπεδα των δεικτών χρόνιας ασθένειας και αυτο-αναφερόμενης υγείας – που έχουν αναφερθεί από άλλες έρευνες, τόσο στην Ελλάδα (έστω και με την περιορισμένη έκταση που είχαν), όσο και στο εξωτερικό. Ειδικότερα, το 20% των ατόμων 50+ στην Ελλάδα δήλωσε ότι δεν έχει επισκεφτεί γιατρό στη διάρκεια του τελευταίου έτους, το 21% ανέφερε σπάνια συχνότητα επισκέψεων, το 22 % συχνή χρήση και μόλις το 10% πολύ συχνή. Επίσης το 18% δήλωσε ότι το τελευταίο έτος δεν έχει επισκεφτεί γενικό γιατρό καμία φορά, το 29% σπάνια, το 26% μερικές φορές, το 20% συχνά και 6% ανέφερε ότι έχει

---

\* Τα δεδομένα της εν λόγω εργασίας αντλήθηκαν από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) που πραγματοποιήθηκε σε έντεκα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά το διάστημα Απριλίου-Σεπτεμβρίου 2004. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από ένα τυχαίο δείγμα ατόμων που είχαν γεννηθεί πριν 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1955 μαζί με τους ενδεχομένως νεότερους συντρόφους τους. Το δείγμα αυτό αποτελείται από 1502 νοικοκυριά, από τους 52 νομούς της χώρας, τα οποία απαρτίζονταν από 3255 άτομα, (όλων των ηλικιών) από τα οποία τελικά έλαβαν μέρος στη μελέτη τα 2142.

εξεταστεί από γενικό γιατρό πολύ συχνά κατά το τελευταίο έτος. Στην ερώτηση «εάν το τελευταίο έτος έχετε εισαχθεί σε νοσοκομείο», το 91% δήλωσε «Όχι».

## 2.6 Σχετικές έρευνες με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων

Βάσει έρευνας, η οποία δημοσιεύθηκε στο ηλεκτρονικό περιοδικό Επιστήμη και Τεχνολογία και διεξήχθη από τους Χαραλάμπους, Κλεισιάρη και Αγά (2009), την χρονική περίοδο 20/06/07 έως 20/08/07 σχετικά με την ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα.

Ο Έλληνας ασθενής φάνηκε να έχει ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό του, γεγονός που πιθανώς θα του αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα. Όταν η επικοινωνία αυτή είναι ελλιπής, πολλές φορές δεν διστάζει να αλλάξει γιατρό. Επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετέχων στη θεραπευτική διαδικασία και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν πάρει γι' αυτόν. Η συμμετοχή της οικογένειας δεν παύει να υπάρχει, αλλά φαίνεται η τάση των ασθενών να έχουν τον κύριο λόγο και να επιζητούν την ενημέρωση για τη φύση της νόσου τους, όσο επώδυνα κι αν είναι αυτά που πρόκειται να ακούσουν.

Ο χρόνος που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωση των ασθενών φάνηκε ότι δεν είναι επαρκής, και σε πολλές περιπτώσεις η ανεπάρκεια αυτή αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο ο ασθενής επιλέγει να αλλάξει θεράποντα ιατρό. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλο βάρος στον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί μαζί τους και πόσο ανθρώπινος είναι στη συμπεριφορά του. Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων, που εργάζονται με συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή. Ωστόσο πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ικανοποίηση δεν έχει πάντα να κάνει με τη χρονική διάρκεια της ενημέρωσης, αλλά και με το περιεχόμενό της και τη συμπεριφορά του γιατρού προς τον ασθενή και τους οικείους του (ενδιαφέρον, ευγένεια, κατανόηση), κάτι που δεν εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη.

Στο σύνολό τους οι ασθενείς δηλώνουν προτίμηση στην προφορική ενημέρωση, αλλά θα πρέπει να υπογραμμισθεί η ανάγκη που φάνηκε σε πολλές

περιπτώσεις για συμπληρωματική πληροφόρηση (έντυπα, γραπτές οδηγίες κτλ.), κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ιατροί θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών τους για καλύτερη επικοινωνία και πληρέστερη ενημέρωση, και να επιδιώξουν τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους με επιμόρφωση σε ειδικά προγράμματα, κάτι που έχει αποφέρει καρπούς σε άλλες χώρες. Η διδασκαλία του μαθήματος της επικοινωνίας με τον ασθενή θα πρέπει κάποτε να ενσωματωθεί στα προγράμματα ιατρικών σπουδών, τόσο για τη λήψη του πτυχίου όσο και στην ειδίκευση. Κλινικές ειδικότητες με αυξημένες απαιτήσεις (π.χ. ογκολόγοι ή χειρουργοί) θα πρέπει να δώσουν περισσότερη έμφαση στη σωστή επικοινωνία, και ιδιαίτερα στην αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων στον ασθενή και την οικογένειά του.

Στην εποχή μας υπάρχει μια αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για όλο και περισσότερη ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Η διασπορά ιατρικών πληροφοριών από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (όχι πάντα με ορθό και ακριβή τρόπο) και η πρόσβαση στο Διαδίκτυο έχουν καταστήσει τον ασθενή πιο ενημερωμένο, αλλά ταυτόχρονα και πιο απαιτητικό απέναντι στο προσωπικό υγείας. Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός δεν παύει να αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης, και κατά συνέπεια σ' αυτόν ανήκει η κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση, αλλά και η σωστή τεχνική της επικοινωνίας θα τον βοηθήσουν να ανταποκρίνεται με επάρκεια, αλλά και ανθρωπιά στις προσδοκίες τους.

Βάσει της αγγλικής βιβλιογραφίας Say & Thomson, 2003 οι περισσότερες καταγγελίες από τους ασθενείς των ευρωπαϊκών νοσοκομείων και τους οικείους τους αναφέρονται σε προβλήματα επικοινωνίας και όχι τόσο στην κακή κλινική πρακτική. Η πιο κοινή καταγγελία είναι ότι οι γιατροί δεν ακούνε τους ασθενείς τους. Διάφορες μελέτες (Back & Curtis, 2002, Skelton, 2005) έχουν δείξει ότι οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν τις δικές τους απόψεις σχετικά με αυτό που κάνει καλή και αποτελεσματική μια επικοινωνία. Αυτές οι διαφορές επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γιατρών και των ασθενών, καθώς και τη συμμόρφωση, την εκπαίδευση των ασθενών, και την έκβαση της υγείας τους (Skelton, 2005). Η συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που σήμερα θεωρείται θεμελιώδες στην σύγχρονη ιατρική διαδικασία. Η όλη αυτή διαδικασία τον καθιστά

υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό του (Say & Thomson, 2003).

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή του έχει ιδιαίτερη σημασία για την επιτυχία οποιασδήποτε θεραπείας. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή με καρκίνο, η σχέση με το γιατρό αποκτά μια άλλη διάσταση. Η συνεχής και μακρόχρονη σχέση που επιβάλλεται μεταξύ τους λόγω της φύσης της ασθένειας παράλληλα με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενούς μπορεί να απειλείται, περιέχει μια ξεχωριστή συναισθηματική ιδιομορφία που χρήζει μεγάλης προσοχής (Back & Curtis, 2002).

Η εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον και υποχρέωση κάθε ιατρού στις μέρες μας αλλά και μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των ιατρικών σχολών. Η διδασκαλία της σωστής επικοινωνίας πρέπει να συμπεριληφθεί σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης και να γίνει μάθημα υποχρεωτικής φύσεως στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. Στις αναπτυγμένες χώρες θεωρείται υποχρεωτική η παρακολούθηση μαθημάτων επικοινωνίας και βασικό στοιχείο για την λήψη του τίτλου του ιατρού (Unger et al., 2003).

Εκτός από την επικοινωνία με τον ιατρό, εξίσου σημαντική και πολύτιμη είναι για τους ηλικιωμένους ασθενείς η επικοινωνία τους με τους νοσηλευτές. Η επικοινωνία εξάλλου αποτελεί ζωτικό στοιχείο στη Νοσηλευτική σε όλους τους τομείς άσκησης και σε όλες τις παρεμβάσεις της: πρόληψη, νοσηλεία, θεραπεία, αποκατάσταση, αγωγή και προαγωγή της υγείας. Ο νοσηλευτής επομένως οφείλει να έχει δεξιότητες ώστε να μπορεί να διαλέγεται με τους ασθενείς, μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και με ειδικές δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας. Ο νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με τους ηλικιωμένους ασθενείς, να τους περιποιείται γεγονός που υποδηλώνει σεβασμό, ενδιαφέρον, διάθεση για ανακούφιση του πόνου (Ραγιά, 2002).

Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι σημαντική κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας. Η προσωπική προσοχή, που δίνεται από το νοσηλευτή στον ασθενή παρέχει την ευκαιρία για επικοινωνία. Όσο πιο πολλές εμπειρίες έχει ο νοσηλευτής με τον ασθενή, τόσο πιο εύκολα θα βρει τρόπο να ανοίξει συζητήσεις με αυτόν. Το γεγονός επίσης ότι ο νοσηλευτής δείχνει ενδιαφέρον για την καθημερινή

ζωή του αρρώστου, τον ενθαρρύνει να πιστεύει ότι εκείνος θέλει το καλό του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επικοινωνήσει στον ασθενή ότι οποιαδήποτε πληροφορία πάρει σχετικά μ' αυτόν είναι τελείως εμπιστευτική. Μπορεί να είναι μεγάλη ανακούφιση για τους αρρώστους και τους συγγενείς ότι σε κανένα δεν θα γίνει γνωστό τίποτε σχετικά με την ασθένειά του, εκτός από εκείνους που έχουν σχέση με τη θεραπεία του. Στην επικοινωνία τέλος, σημαντική είναι η ακρόαση ως συνειδητή χρήση της σιωπής με αληθινό ενδιαφέρον και ευαισθησία στις ιδέες, τις εμπειρίες και τις ανάγκες του ηλικιωμένου ασθενή (Waters, 1986).

Επίσης σύμφωνα με την έρευνα των Ραφτόπουλου & Θεοδοσοπούλου (2002), η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών εξαρτάται από τις τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες της φροντίδας, το φυσικό και τεχνητό περιβάλλον της φροντίδας, το φαγητό και την οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Πιο αναλυτικά η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί προϋπόθεση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια, η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και η εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική φροντίδα συνιστούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες της συνολικής ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Επίσης η στάση των ηλικιωμένων ασθενών απέναντι στη νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί μια λειτουργία των προσδοκιών τους, της εκπλήρωσης των προσδοκιών τους και της ικανοποίησής τους από τη φροντίδα.

Αναφορικά με τις υπηρεσίες σίτισης των νοσοκομείων, αυτές έχουν μια σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου ασθενή (Cassens et al., 1996) αλλά και στην πρόληψη του υποσιτισμού (Ball et al., 2000). Από την άλλη η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών φαίνεται πως δεν είναι μόνο θέμα ποιότητας, αλλά σχετίζεται και με τις καταναλωτικές προσδοκίες (Oh, 2000). Οργανοληπτικά χαρακτηριστικά όπως η εμφάνιση, η γεύση, η σύσταση και η θερμοκρασία του φαγητού βρέθηκαν πως επηρεάζουν σημαντικά την κρίση των ηλικιωμένων ασθενών σε σχέση με την ποιότητα ενός φαγητού (Clark, 1998). Ειδικότερα η θερμοκρασία των ζεστών φαγητών, είναι η κυριότερη αιτία μη ικανοποίησης των ασθενών (Stanga et al, 2003).

## Κεφάλαιο 3

### 3.1 Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στη Σουηδία, την Αυστραλία και τον Καναδά.

#### Σουηδία

Η Σουηδία έχει ένα εκτενές σύστημα φροντίδας για τους ηλικιωμένους στο σπίτι, στόχος του οποίου είναι η παραμονή του εξυπηρετούμενου στο φυσικό κοινωνικό του περιβάλλον. Το παραπάνω επιτυγχάνεται, παρέχοντας βοήθεια στους ηλικιωμένους στις καθημερινές δραστηριότητές τους και συγκεκριμένα στην καθαριότητα, στα ψώνια, στις πληρωμές λογαριασμών, στο μαγείρεμα, στο πλύσιμο των ρούχων, στην ατομική υγιεινή, στο μπάνιο και στο ντύσιμο. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η ευθύνη για την φροντίδα και τη βοήθεια των ηλικιωμένων στηρίζεται στο δημόσιο σύστημα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Οι επίσημοι φροντιστές παρέχονται από το Κράτος και χρηματοδοτούνται κυρίως από τα φορολογικά έσοδα. Οι άτυποι φροντιστές, δηλαδή οι συγγενείς, οι φίλοι και οι γείτονες συμπληρώνουν το έργο των επίσημων φροντιστών. Το Κράτος ακολουθεί την αρχή σύμφωνα με την οποία, έχοντας οι ηλικιωμένοι τις μεγαλύτερες ανάγκες για προστασία και φροντίδα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε αυτούς χωρίς την αναφορά εάν τα οικογενειακά μέλη είναι διαθέσιμα ή όχι. Οι δημόσιες υπηρεσίες στο σπίτι, παρέχονται κατά προτίμηση στα άτομα που είναι αδύναμα και ζουν μοναχικά χωρίς συγγενείς, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να παραμείνουν στο σπίτι. Η διαδικασία ένταξης ενός ηλικιωμένου στο πρόγραμμα είναι περίπου όμοια με αυτή του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι». Αρχικά ο ενδιαφερόμενος καταβάλλει το αίτημα, το οποίο εξετάζεται από τους φορείς, και στη συνέχεια, μετά την επίσκεψη του υπευθύνου στον χώρο του ηλικιωμένου για την λήψη ιστορικού αποφασίζεται αν χρειάζεται βοήθεια, σε ποιο βαθμό και με τι συχνότητα (Πεξάρα, 2005).

Στα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1990 έκαναν την εμφάνιση τους οι πρώτες ιδιωτικές επιχειρήσεις με στόχο την παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους, υποστηρίζοντας ότι η ύπαρξή τους στην αγορά έδινε το δικαίωμα στον εξυπηρετούμενο την ελευθέρια να επιλέξει και να συνδυάσει τις παροχές του δημοσίου με αυτές του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον οι επιχειρήσεις

εισήχθησαν στην αγορά προκειμένου να ικανοποιηθούν καλύτερα τα δικαιώματα του πολίτη. Εδώ το πρότυπο είναι όχι ένα πραγματικό πρότυπο προμηθευτή- αγοραστή αλλά υπάρχει ένας διαχωρισμός μεταξύ της «διαταγής» για την υπηρεσία και της «πραγματοποίησης» αυτής. Η ευθύνη για τη «διαταγή» δίνεται από έναν ειδικό ανώτερο υπάλληλο, ο οποίος θα αξιολογήσει την ανάγκη του ηλικιωμένου και θα αποφασίσει σε ποιο βαθμό χρειάζεται βοήθεια. Είναι δεδομένο ότι στην Σουηδία οι δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι αυξάνονται συνεχώς διότι αυξάνεται συνεχώς και ο αριθμός αυτών (Πεξάρα, 2005).

Σε περίπτωση που οι συγγενείς ενός ηλικιωμένου, εγκαταλείψουν την εργασία τους και φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, μπορούν να υιοθετηθούν από τους δήμους ως «δωρητές - φροντίδας». Οι άτυποι φροντιστές πληρώνονται από το Κράτος μέσω ενός Εθνικού προγράμματος με την ονομασία «Caregiver». Ο μισθός καθορίζεται από τις ανάγκες που υπάρχουν για την φροντίδα του ηλικιωμένου και την αναλογία του αριθμού ωρών που απαιτούνται για την εκτέλεση του έργου. Οι φροντιστές λαμβάνουν όλα τα οφέλη της κοινωνικής ασφάλισης, μαζί με τις συνταξιοδοτικές πιστώσεις που θα είχαν λάβει στην κανονική τους απασχόληση.

## **Αυστραλία**

Στην Αυστραλία η φροντίδα των ηλικιωμένων βασίζεται στο πρόγραμμα «Φροντίδα στο σπίτι και στην κοινότητα» και προωθεί κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας των αδύναμων και μη αυτοεξυπηρετούμενων καθώς και των φροντιστών τους. Οι στόχοι του προγράμματος είναι να παρέχει μία πλήρης, ισότιμη και ολοκληρωμένη σειρά από βασικές υπηρεσίες συντήρησης και υποστήριξης για τους αδύναμους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρίες καθώς και των φροντιστών τους και να υποστηρίξει τα άτομα αυτά ώστε να είναι περισσότερο ανεξάρτητα τόσο στο σπίτι όσο και στην κοινότητα, ώστε με αυτόν τον τρόπο να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Οι υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα είναι η νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, γεύματα και άλλες υπηρεσίες φαγητού, οικιακή βοήθεια, εργασίες συντήρησης του σπιτιού και προσωπική φροντίδα. Επίσης στις υπηρεσίες το πρόγραμμα είναι οι μεταφορές των ηλικιωμένων, η συντροφιά και η παροχή συμβουλών, υποστήριξης και υπεράσπισης. Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται έναντι αμοιβής, η οποία διαφέρει από πολιτεία σε πολιτεία και εξαρτάται από την

οικονομική κατάσταση του ατόμου καθώς και από το πλήθος των υπηρεσιών που θα κάνει χρήση ο εξυπηρετούμενος. Το πρόγραμμα επιχορηγείται κατά 60% από τα κονδύλια της Κυβέρνησης της Αυστραλίας και κατά 40% από τα κονδύλια της εκάστοτε Πολιτείας. Το 2003 υπήρχαν περίπου 3.000 προγράμματα και κατά μέσο όρο εξυπηρετούν 700.000 άτομα το χρόνο (Πεξάρα, 2005).

Στα **Κοινοτικά Κέντρα Αποκατάστασης**, ομάδες από ειδικευμένους γιατρούς προωθούν μία ποικιλία από θεραπείες με στόχο την ανεξάρτητη επιβίωση των ηλικιωμένων στο σπίτι. Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι συμβουλές υγείας, νοσηλευτική φροντίδα (συμβουλές υγείας, επιμόρφωση), φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, κοινωνική εργασία και διαιτολογία.

Το πρόγραμμα **Καθορισμός της φροντίδας των ηλικιωμένων** χρηματοδοτείται από την Αυστραλιανή Κοινοπολιτεία και την Κυβέρνηση, διαμέσου του Εθνικού προγράμματος καθορισμού της φροντίδας των ηλικιωμένων. Σκοπός του είναι να εξασφαλίσει την πρόσβαση των μη αυτοεξυπηρετούμενων στις υπηρεσίες τις οποίες χρειάζονται και κατέχει σημαντική θέση στο σύστημα φροντίδας καθώς είναι ο συνδετικός ανάμεσα στην φροντίδα στο σπίτι και τις πρόσθετες υπηρεσίες της Κοινότητας. Τροφοδοτεί το σύστημα πληροφόρησης και παρέχει βοήθεια σε όσους επιθυμούν την παραμονή τους στο σπίτι ή μην έχοντας άλλη εναλλακτική λύση σκέφτονται να εισαχθούν σε οίκο ευγηρίας ή σε ιδιωτική κλινική.

Το πρόγραμμα **Ομάδες καθορισμού φροντίδας ηλικιωμένων**, έχει σκοπό να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν μία σειρά από τις χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες της Αυστραλιανής Κοινοπολιτείας ώστε να συνεχίσουν να διαμένουν στο σπίτι τους ή αν το επιλέξουν να εισαχθούν σε οικοτροφείο ή σε ιδιωτική κλινική. Τα άτομα που εργάζονται στις ομάδες αυτές βοηθούν τους ηλικιωμένους να αποφασίσουν τι υπηρεσίες χρειάζονται. Βοηθούν στην απόκτηση Φροντίδας Στο Σπίτι ή ένα συνδυασμό των υπηρεσιών που παρέχει η κοινότητα. Η επαφή με τις ομάδες αυτές γίνεται διαμέσου των γιατρών, οι οποίοι κρίνουν αν είναι απαραίτητο να έρθει σε επαφή ο ηλικιωμένος με μία ομάδα Καθορισμού Φροντίδας. Η ομάδα δραστηριοποιείται ή σε Νοσοκομείο ή σε κάποιο κοινοτικό κέντρο και περιλαμβάνει γιατρό, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και φυσιοθεραπευτή.

Μέλος της ομάδας έρχεται σε επαφή με τον ηλικιωμένο και τον επισκέπτεται είτε στο σπίτι είτε στο νοσοκομείο προκειμένου να γίνει η καταγραφή των αναγκών



του. Αφού καθοριστούν οι ανάγκες του τότε τα μέλη της ομάδας σε συνεργασία με τον εξυπηρετούμενο επιλέγουν είτε την Φροντίδα Στο Σπίτι είτε την εισαγωγή του σε οίκο ευγηρίας ή σε ιδιωτική κλινική. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από την Αυστραλιανή Κοινοπολιτεία και εφαρμόζεται στις Διοικητικές Περιοχές της Αυστραλίας.

## **Καναδάς**

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης του Καναδά έχει προτείνει μία «ενεργή ενηλικίωση», να επιτραπεί δηλαδή στους ηλικιωμένους να συνεχίσουν να παίζουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία και την οικονομία. Ένα από τα πολλά προγράμματα που προωθούν τον παραπάνω στόχο είναι το «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας». Κέντρα Υγείας και Κοινωνικά Κέντρα παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι με στόχο να κρατήσουν τα άτομα ενεργά στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες αυτές είναι νοσηλευτική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ψυχοκοινωνική στήριξη, προετοιμασία φαγητού και προσωπική φροντίδα

Οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες που προσφέρονται από το πρόγραμμα «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας» περιλαμβάνουν προγράμματα που προσαρμόζονται στις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν κάποιοι ηλικιωμένοι. Οι κοινωνικοί λειτουργοί διευκολύνουν τη ζωή τους εφαρμόζοντας μεθόδους που τους βοηθούν να σπάσουν την απομόνωσή τους, να αντιμετωπίσουν την απώλεια αγαπημένου προσώπου, ή να βρίσκουν την υποστήριξη που χρειάζονται προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που παρουσιάζονται από μια ασθένεια.

Εκείνοι που πιστεύουν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν στο σπίτι, μπορούν να ζητήσουν από τα στελέχη του προγράμματος «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας», να διευθύνουν μια αξιολόγηση της κατάστασής τους χρησιμοποιώντας το εργαλείο *multiclientele*, το οποίο καθορίζει ακριβώς ποιες είναι οι υπηρεσίες που πρέπει να τους παρασχεθούν προκειμένου να τους βοηθήσουν να παραμείνουν στο σπίτι. Εάν, παρά τις υπηρεσίες οικιακής φροντίδας, τις κεντρικές υπηρεσίες ημέρας, την υποστήριξη των φροντιστών τους (*caregiver*) και την βοήθεια από τις κοινοτικές οργανώσεις, οι εξυπηρετούμενοι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, θα καθοριστεί η στέγαση που είναι πιο κατάλληλη για τις

ανάγκες τους. Τα στελέχη του προγράμματος «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας» προσπαθούν, όσο αυτό είναι δυνατό, να λάβουν υπόψη τις προτιμήσεις του ηλικιωμένου στην επιλογή του νέου περιβάλλοντος διαβίωσης.

Τα **Σπίτια των ηλικιωμένων** ή οι **Ενδιάμεσοι πόροι**, αποτελούν δύο τύπους κατοικίας, οι οποίες προσφέρουν στους ηλικιωμένους ένα περιβάλλον ζεστό και φιλικό μέσα στο οποίο λαμβάνουν την υποστήριξη και τη βοήθεια που χρειάζονται. Οι άνθρωποι που κατευθύνονται για να ζήσουν στους ενδιάμεσους πόρους ή στα σπίτια των ηλικιωμένων δεν είναι απαραίτητο να πληρώσουν τίποτα για την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν εκεί, αλλά πρέπει να έχουν μια οικονομική συμβολή στις δαπάνες κατοικίας τους. Το ποσό αυτό καθορίζεται ανάλογα με την κατοικία και τους οικονομικούς πόρους του ατόμου. Στα μακροπρόθεσμα και κατοικημένα κέντρα περίθαλψης ή νοσοκομεία, οι ευπαθείς ηλικιωμένοι κατευθύνονται στα ιδρύματα που προσφέρουν τη μακροπρόθεσμη φροντίδα εάν η αξιολόγησή τους καταδεικνύει αυτό για να είναι η πιο κατάλληλη αντιμετώπιση της κατάστασης τους. Όπως στο πρόγραμμα «σπίτια των ηλικιωμένων ή ενδιάμεσοι πόροι» τα άτομα έχουν το δικαίωμα λόγου στην επιλογή του ιδρύματος όπου θα ζουν. Θα πρέπει επίσης να καλύψουν το κόστος του δωματίου το οποίο εξαρτάται από τον τύπο του δωματίου που θα επιλεγεί, το εισόδημα του ατόμου, τους πόρους χρηματοδότησης και τις οικογενειακές υποχρεώσεις.

Τέλος οι **Εγγώριες προσαρμογές για την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων**, αποτελεί ένα πρόγραμμα που επιχορηγεί τους χαμηλού εισοδήματος ηλικιωμένους 65 ετών και άνω, με σκοπό να τους επιτρέπει να κάνουν ελάχιστες αλλαγές στο σπίτι τους ώστε να συνεχίζουν να ζουν εκεί ανεξάρτητα και με ασφάλεια για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Όταν η εργασία εκτελείται από μία ανάδοχη εταιρεία που έχει την κατάλληλη άδεια, η χρηματοδοτική συνδρομή μπορεί να είναι μέχρι και 3.500 δολάρια. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, το μέγιστο είναι 1.750 δολάρια και καλύπτει μόνο τις δαπάνες των υλικών και του εξοπλισμού (Πεξάρα, 2005).

## **3.2. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα.**

### **3.2.1 Αρχές του προγράμματος**

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι για ηλικιωμένους εγκαινιάστηκε το 1994 και άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από το 1996. το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα και η λειτουργία του θεσμοθετήθηκε από το 1997, γι' αυτό και επιλέχθηκαν συγκεκριμένοι δήμοι οι οποίοι παρείχαν τις σχετικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με τα Υπουργεία Εσωτερικών, δημόσιας διοίκησης και Αποκέντρωση και Υγεία και Πρόνοιας.

Η προνομιακή λειτουργία των υπηρεσιών που παρέχονται στο σπίτι των ενδιαφερομένων συμβαδίζει ε τις παρεμβάσεις στη δεκαετία του 1980 που έγινε στον τομέα της Υγείας (Κυριακάκης, 1991).

Το πρώτο ολοκληρωμένο σχέδιο για την προώθηση του Προγράμματος κατοχυρώνει την ενεργοποίηση των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την υλοποίηση των δράσεων. Τα ΚΑΠΗ επίσης χρησιμοποιούνταν ως οργανωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους (Άρθρο 1 της υπ'αρ. Π4β/οικ.5814/17.10.97).

Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του. Από το 1981 ο Ε.Ε.Σ. εφαρμόζει πρωτοποριακά προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων, παρέχοντας ιατρική και οικογενειακή φροντίδα στο σπίτι, σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια σε τακτική βάση.

### **3.2.2 Σκοποί του προγράμματος**

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Δίδεται προτεραιότητα σε κατηγορίες ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν πρόσθετα προβλήματα όπως οι ηλικιωμένοι που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, εκείνοι που χρειάζονται ειδική φροντίδα, διαβιούν μοναχικά και δεν έχουν επαρκείς πόρους για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής; Τους και να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι

οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Με τα προγράμματα αυτά επιδιώκεται (Κυριακάκης, 1991):

- ✓ Η ανίχνευση, η διερεύνηση, η καταγραφή και η μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι
- ✓ Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, από καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές για να αναπτύξουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης
- ✓ Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων των ηλικιωμένων δημοτών.
- ✓ Την συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερη κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- ✓ Την σύνδεση των εξυπηρετούμενων με τα ΚΑΠΗ και ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών των ΚΑΠΗ.
- ✓ Την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων
- ✓ Τη διαρκή μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων ώστε να υποβάλλονται οι σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα για την κάλυψη αυτών των αναγκών
- ✓ Τη διαρκή επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

### 3.2.3 Δομή και λειτουργία του προγράμματος (ανθρώπινο δυναμικό, πηγές χρηματοδότησης)

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι (Κυριακάκης, 1991):

- ✓ Η διερεύνηση, η καταγραφή, η επεξεργασία και η μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους σχετικούς δήμους και η κοινωνική χαρτογράφησή τους
- ✓ Η εκπαίδευση εθελοντών και η οργάνωση δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης
- ✓ Η κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες
- ✓ Η ενημέρωση για τα προνομιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων
- ✓ Η διασύνδεση με υπηρεσίες Υγείας –Πρόνοιας και άλλες, που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων
- ✓ Η ιατρική παρακολούθηση, η νοσηλευτική φροντίδα και η φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται
- ✓ Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας
- ✓ Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων
- ✓ Η συστηματοποίηση του δίκτυο υπηρεσιών του Δήμου για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι και η σύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων τυποποιήθηκε θεσμικά με την υπογραφή της σύμβασης μεταξύ του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών και Δημοσίας Διοίκηση και Αποκέντρωση, της ΚΕΔΚΕ, των εκπροσώπων των ΚΑΠΗ κι των Δημοτικών Επιχειρήσεων των αντίστοιχων δήμων. Οι φορείς για την υλοποίηση του προγράμματος ορίστηκαν οι 102 δήμοι οι οποίοι προώθησαν τις δράσεις για 5 έτη.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και ασκείται από την αρμόδια Διεύθυνση Ηλικιωμένων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, και από τα αρμόδια Τμήματα Πρόνοιας της Περιφερειακής Διοίκησης.

Οι δήμοι οι οποίοι επιλέχθηκαν διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι Δήμοι που επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημοσία Διοίκησης και Αποκέντρωση.
- Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσονται οι Δήμοι που επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με τα ίδια ποσά όπως επιχορηγούνταν και οι δήμοι από το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων ανατέθηκε στα ΚΑΠΗ των δήμων, τα οποία εκτός από το τακτικό τους προσωπικό, απασχολούν και εξειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικό λειτουργό ΑΕΙ/ΤΕΙ, νοσηλεύτη ΤΕΙ/ΜΤΕΝΣ και οικογενειακή βοηθό). Οι δήμοι μάλιστα υποχρεούνται να επιχορηγούν τα ΚΑΠΗ με 6,000,000 δρχ για δύο χρόνια.

Το πεδίο εφαρμογής του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διευρύνθηκε από το 2000 με την ένταξη ειδικών υπηρεσιών τηλεβοήθειας οι οποίες παρέχονται στα ηλικιωμένων άτομα. Οι υπηρεσίες «Τηλεβοήθεια στο σπίτι» εγκαινιάζονται κανονιστικά με την έκδοση της υπ'αρ. Π1Γ/οικ. 4128/18.10.200 Απόφασης των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ Β' 1360), με την οποία ορίζονται ως φορείς υλοποίησης του προγράμματος οι δήμοι που εφαρμόζουν το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Βοήθεια ΣΤΟ Σπίτι» και τον Οργανισμό Τηλεπικοινωνιών της Ελλάδας.

### **3.3. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου (δομές που λειτουργούν στο Δήμο).**

Το πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» του Δήμου Ηρακλείου, είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης και συγκεκριμένα σε συνεργασία με τους Δήμους και εντάσσεται στο Μέτρο 6.1 «Ανάπτυξη Κοινωνικών Υπηρεσιών Υποστήριξης για την προώθηση ίσων ευκαιριών». Η παρέμβαση των στελεχών του Προγράμματος αποσκοπεί στην διαμόρφωση εκείνων των όρων που επιτρέπουν την παραμονή του ηλικιωμένου ανθρώπου στο σπίτι του, την αποφυγή της ιδρυματοποίησης ή καταστάσεων

κοινωνικού αποκλεισμού, την διατήρηση της ενότητας της οικογένειας του και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του με την εξασφάλιση συνθηκών υγιεινής.

Το Πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, φροντίδα ατομικής υγείας, νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα, οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, αγωγή υγείας και πρόληψη, διευκόλυνση των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας και διασύνδεση με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα, για την αξιοποίηση μέσων και παροχών που αφορούν την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων (Δήμος Ηρακλείου, 2011).

Στις κοινωνικές υπηρεσίες εντάσσονται α) η κοινωνική λειτουργός η οποία πραγματοποιεί έρευνα για την υγεία, τις συνθήκες διαμονής, διατροφής, την οικογενειακή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του εξυπηρετούμενου. Καταγράφει τα περιστατικά, αξιολογεί και προσδιορίζει τις ανάγκες του υποψήφιου κάθε φορά εξυπηρετούμενου και κρίνει αν το άτομο πληροί τις προϋποθέσεις προκειμένου να ενταχθεί στο πρόγραμμα. Καθορίζει την συχνότητα των επισκέψεων και τη ροή του προγράμματος (σε συνεργασία πάντα με την υπόλοιπη ομάδα). Πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις για ψυχολογική / συναισθηματική στήριξη. Ενημερώνει για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων. Υποστηρίζει και συμβουλεύει την οικογένεια και το άτομο, διευκολύνει τους μοναχικούς ανθρώπους να επικοινωνήσουν, να ενημερωθούν, να έχουν συμμετοχή στην τοπική κοινωνία. Διασυνδέει με υπηρεσίες Υγείας - Πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Β) Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες. Η νοσηλεύτρια παρέχει κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα (μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου, πρόληψη- περιποίηση κατακλίσεων και τραυμάτων, ενεσοθεραπεία, αιμοληψία, ατομική υγιεινή). Πληροφορεί και εκπαιδεύει την οικογένεια σε νοσηλευτικούς χειρισμούς συνεργάζεται με υπηρεσίες υγείας για συνταγογράφηση κτλ. Συνοδεύει το γιατρό. Γ) Υπηρεσίες Οικογενειακής Βοηθού και συγκεκριμένα οικογενειακή φροντίδα (καθαριότητα του σπιτιού, μαγείρεμα, πλύσιμο ρούχων, και πιάτων, σιδέρωμα). Ατομική φροντίδα (φαγητό, ντύσιμο, ξάπλωμα - σήκωμα από το κρεβάτι, μπάνιο, ατομική υγιεινή, κίνηση μέσα και έξω από το σπίτι, χορήγηση φαρμάκων, γράψιμο επιστολών, συντροφιά). Συνοδεύει στο γιατρό. Εξωτερικές εργασίες (ψώνια, πληρωμή λογαριασμών, αγορά φαρμάκων).

Το φάσμα των υπηρεσιών είναι ευρύ και η συχνότητα των επισκέψεων ποικίλλει. Υπάρχουν περιστατικά όπου ο καθαρισμός του σπιτιού μια φορά το 15θήμερο αρκεί για να ανακουφίσει ή να στηρίξει το άτομο και την οικογένεια. Υπάρχουν περιστατικά όπου εξυπηρετούνται δύο και τρεις φορές την εβδομάδα και άλλα όπου μια μικρή βοήθεια 2 φορές τον μήνα επαναφέρει το σπιτικό στην αυτονομία του. Υπάρχουν όμως και περιστατικά όπου η καθημερινή, έντονη και πιθανόν ισόβια παρουσία του προγράμματος αποκαθιστά την αυτονομία του ατόμου στο βαθμό που του επιτρέπει να μείνει στο σπίτι του, στην κοινότητα του και να αποφευχθεί το ίδρυμα ή το νοσοκομείο που έχει υψηλό κοινωνικό, ψυχολογικό αλλά και οικονομικό κόστος τόσο για τον εξυπηρετούμενο όσο και για το κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σ' αυτούς που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν, χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα, διαβιών μοναχικά και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

Μία νέα συνεργασία, με εργαλείο την τεχνολογία, πραγματοποιήθηκε μεταξύ δήμου Ηρακλείου κι ΕΚΑΒ, με εχέγγυο την επιτυχημένη πιλοτική συνεργασία του ΕΚΑΒ με το ΙΤΕ. Κάνοντας χρήση μιας βάσης δεδομένων χρόνια πασχόντων, το ΕΚΑΒ κατάφερε να επεμβαίνει γρηγορότερα, σε περιπτώσεις ασθενών, των οποίων το ιστορικό υπήρχε στη βάση δεδομένων. Η συνεργασία με το δήμο αφορά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα ΚΑΠΗ, οι συμμετέχοντες και οι εγγεγραμμένοι στα οποία, θα παραχωρησουν το ιατρικό ιστορικό και άλλα στοιχεία τους (πάντα με τη συναίνεσή τους). Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, όταν καλέσουν το 166, το ΕΚΑΒ θα ταυτοποιεί τον ασθενή με τα στοιχεία που θα έχει στη βάση δεδομένων του. Έτσι θα επιτευχθεί άμεση κινητοποίηση του ΕΚΑΒ που θα διοχετεύει το προσωπικό του στις περιπτώσεις που χρειάζεται, ενώ παράλληλα θα ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος για τους ασθενείς.



## **Κεφάλαιο 4**

### **Μεθοδολογία έρευνας**

#### **4.1 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Ηρακλείου, από τις υπηρεσίες του προγράμματος. Είναι γνωστό ότι στα ανθρωπιστικού τύπου επαγγέλματα υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να μην αντλείται ικανοποίηση από τους τελικούς τους χρήστες.

Η Μεθοδολογία της έρευνας αναλύεται μέσα από τρεις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται σε μία μελέτη: το θετικισμό, τη φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη. Υπάρχουν ποικίλα μέσα μεθοδολογίας έρευνας. Εδώ θα επικεντρωθούμε στα τρία πιο βασικά, το θετικισμό, τη φαινομενολογία και την ενεργητική μελέτη.

Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέγεται η δραστική έρευνα συμπεριλαμβάνοντας και άλλους ανθρώπους σε αυτήν, τους χρήστες δηλαδή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Η συγκεκριμένη επιλογή βασίστηκε στο γεγονός ότι πρέπει να ληφθεί υπόψη και ο ανθρώπινος παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση, την οποία μελετάμε χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

#### **4.2 Επιλογή σχεδίου έρευνας**

Ανάλογα με το σκοπό που επιδιώκεται, μπορούμε να διακρίνουμε τις επιστημονικές έρευνες σε τρεις βασικές κατηγορίες, τις διερευνητικές, τις περιγραφικές και τις πειραματικές.

Η παρούσα έρευνα κατατάσσεται στις περιγραφικές, με τη χρήση του ερωτηματολογίου, δεδομένου ότι επιθυμούμε να αποτυπώσουμε τα χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης.

### 4.3 Επιλογή μεθόδου συλλογής στοιχείων

Η συγκεκριμένη έρευνα συλλέγει πρωτογενή στοιχεία χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο της το ερωτηματολόγιο. Κατόπιν βιβλιογραφικής και ηλεκτρονικής αναζήτησης καταλήξαμε στην επιλογή ενός έτοιμου ερευνητικού εργαλείου, το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Το ερωτηματολόγιο φτιάχτηκε από τον Β. Αλέτρα, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο της Μακεδονίας. Το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο κάλυψε τις ανάγκες της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τον κ. Αλέτρα και την ομάδα του το έτος 2006 στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, με θέμα την διερεύνηση του δείκτη ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι σε πέντε Προγράμματα που λειτουργούν στην Θεσσαλονίκη (Aletras et al., 2010). Το βασικό εργαλείο της έρευνας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, θα είναι το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο θα περιέχει ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Στις κλειστές ερωτήσεις θα χρησιμοποιηθούν κλίμακες Likert. Οι θεματικοί άξονες, που αποτελούν το ερωτηματολόγιο είναι:

Το προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Προσωπική ικανοποίηση από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Ικανοποίηση από την οργάνωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Δημογραφικά στοιχεία.

Η Αυτοαναφερόμενη υγεία θα μετρηθεί με την κλασική τυπολογία *Τους τελευταίους δώδεκα μήνες θα λέγατε ότι η υγεία σας ήταν γενικά?*» (Πολύ καλή , καλή μέτρια, κακή) (WHOQOL Group, 2004).

### 4.4 Μέθοδοι συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι προκειμένου να συμπληρωθεί ένα ερωτηματολόγιο. Στην παρούσα έρευνα, προκειμένου να πραγματοποιηθεί, χρειάστηκε να επισκεφθούμε τα περιστατικά μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στο πρόγραμμα, προκειμένου να συλλέξουμε τα αποτελέσματα.

## **4.5 Διαδικασία δειγματοληψίας**

Η διαδικασία της δειγματοληψίας αποτελείται από 6 στάδια.

### ***A) ορισμός του πληθυσμού.***

Ο ορισμός πληθυσμού είναι από τα σοβαρότερα προβλήματα στην έρευνα. Ο πληθυσμός αποτελείται από όλους τους δυνητικούς ερωτώμενους οι οποίοι θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετάσχουν στην έρευνα.

### ***B) προσδιορισμός πλαισίου δείγματος.***

Το πλαίσιο δείγματος (sampling frame) είναι οι κατάλογοι εκείνοι που περιλαμβάνουν όλους τους δυνητικούς ερωτώμενους από όπου θα επιλεγεί το δείγμα.

### ***Γ) καθορισμός μονάδας δειγματοληψίας.***

Η μονάδα δειγματοληψίας είναι η βασική μονάδα (πχ επιχείρηση, νοικοκυριό, οργανισμός) που περιέχει τα στοιχεία (δηλαδή τους δυνητικούς ερωτώμενους) του πληθυσμού απ' όπου θα ληφθεί το δείγμα.

### ***Δ) επιλογή μεθόδου δειγματοληψίας***

Η μέθοδος της δειγματοληψίας αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η επιλογή των στοιχείων του πληθυσμού που θα αποτελούν το δείγμα.

### ***E) καθορισμός μεγέθους δείγματος***

Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της δειγματοληψίας είναι ο καθορισμός του μεγέθους του δείγματος που πρέπει να χρησιμοποιηθεί.

### ***ΣΤ) εκτέλεση***

Πολύ σημαντικό στάδιο είναι η ανάλυση των στοιχείων. Αξιολογούνται όλα τα στοιχεία και αποκωδικοποιούνται ώστε να βγουν και τα ανάλογα συμπεράσματα. Επόμενο βήμα είναι η συγγραφή των συμπερασμάτων. Τα συμπεράσματα είναι ουσιαστικά μια σύνθεση του πρακτικού και του θεωρητικού μέρους.

Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός -στόχος είναι οι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στον Δήμο Ηρακλείου Κρήτης, οι οποίοι είναι 520. Το δείγμα τις έρευνας είναι τυχαίο και αποτελείται από 240 άτομα (40 ερωτηματολόγια σε κάθε ένα από τα 6 προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι) (Θερίσου, Φορτέτσας, Κατσαμπά, Πόρου, Αγ. Δημητρίου, Αγ. Τριάδας). Η τυχαιότητα του

δείγματος διασφαλίζεται αφού φροντίσαμε να πάρουμε μια αριθμητική λίστα των εξυπηρετούμενων του κάθε προγράμματος και να επιλέξουμε ανά δύο άτομα ένα άτομο, σύμφωνα με τα λεγόμενα των υπευθύνων του προγράμματος, με τις οποίες έχουμε ήδη έρθει σε μια πρώτη επαφή, ο αριθμός των χρηστών που χρησιμοποιούν τις μονάδες του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στο Ηράκλειο, είναι -κατά μέσο όρο- 80 άτομα. Το δείγμα περιλαμβάνει ηλικιωμένους (γυναίκες και άντρες) που είναι χρήστες του προγράμματος. Προσπαθήσαμε οι δυο κατηγορίες των χρηστών να είναι ίσες σε αριθμό ερωτώμενων έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι αντικειμενικά και για τις δύο κατηγορίες. Το πλαίσιο δείγματος αποτελεί ο κατάλογος δήμου Ηρακλείου. Τέλος, τη μονάδα δειγματοληψίας αποτελεί ο δήμος Ηρακλείου. Η επεξεργασία των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με το πρόγραμμα SPSS (Νοβα-Καλτσούνη 2006).

#### **4.6 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων**

Κατά την μελέτη μας για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι μας δημιουργήθηκε η παρακάτω ερευνητική υπόθεση αλλά και τα κάτωθι ερευνητικά ερωτήματα.

##### **Ερευνητική Υπόθεση:**

*Η ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει θετική συσχέτιση με την αυτοαναφερόμενη υγεία τους.*

##### **Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:**

- 1) Το φύλο των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαφοροποιεί την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος
- 2) Η συχνότητα επισκέψεων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαφοροποιεί την ικανοποίησή των χρηστών από τις υπηρεσίες του προγράμματος
- 3) Η ηλικία των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαφοροποιεί την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος
- 4) Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» εξαρτάται από τη μόρφωση των χρηστών του προγράμματος

- 5) Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση των χρηστών του προγράμματος

#### **4.7 Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της έρευνας**

Εκτιμήσαμε πως ένα πιθανό πρόβλημα το οποίο μπορεί να προκύψει κατά την διεξαγωγή της έρευνας μας, αφορά την άρνηση κάποιων εξυπηρετούμενων να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Η πιθανώς επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας τους, μπορεί να μην τους επιτρέπει να συνεργαστούν. Σε αυτήν την περίπτωση ζητήσαμε την αντικατάσταση του ατόμου, προκειμένου να συμπληρωθεί ο επιδιωκόμενος αριθμός ερωτώμενων. Ακόμα λόγω της ηλικίας ή του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου κάποιων ατόμων, αυτά τα άτομα δεν μπόρεσαν να διαβάσουν ή να γράψουν στο ερωτηματολόγιο. Στην προκειμένη περίπτωση ήμασταν παρούσες να διαβάσουμε και να συμπληρώσουμε το ερωτηματολόγιο εμείς το ερωτηματολόγιο.

## Κεφάλαιο 5

### 5.1. Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής

Αναφορικά με τον άξονα «Το προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το 41,7% των ηλικιωμένων συμφωνεί ότι «Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό», το 10,4% διαφωνεί, το 16,3% συμφωνεί απόλυτα και το 31,7% έχει ουδέτερη γνώμη (πίνακας 1). Παράλληλα, το 41,4% συμφωνεί ότι το προσωπικό χρειάζεται εκπαίδευση, το 20,9% δεν έχει εκφράσει κάποια γνώμη και το 37,7% συμφωνεί απόλυτα ότι το προσωπικό χρειάζεται εκπαίδευση (πίνακας 2). Αλλά, το 20,8% διαφωνεί ότι το προσωπικό τους βοηθάει να παίρνουν πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν, το 31,7% δεν εκφέρει κάποια άποψη, το 31,3% συμφωνεί και το 16,3% συμφωνεί απόλυτα (πίνακας 3). Επιπλέον, το 20,5% διαφωνεί ότι αισθάνονται ότι το προσωπικό τους βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, το 31,8% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 31,4% συμφωνεί και το 16,3% συμφωνεί απόλυτα (πίνακας 4).

Ως προς τον άξονα «Προσωπική ικανοποίηση από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το 41,7% συμφωνεί ότι η εγγραφή του στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής του κατάστασης (π.χ. μεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες), το 37,1% συμφωνεί απόλυτα ενώ το 10,4% διαφωνεί ότι τους έχει βελτιώσει την οικονομική κατάσταση (πίνακας 5).

Αλλά, το 40,6% (31%+9,6%) διαφωνεί (απόλυτα και αρκετά) ότι έχουν την αίσθηση ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι τους, και το 28% (20,9%+7,1%) συμφωνεί (απόλυτα και αρκετά) (πίνακας 6).

Το 41,8% συμφωνεί και το 16,3% συμφωνεί απόλυτα ότι «Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη, ενώ μόλις το 10,5% διαφωνεί. Το 31,4% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί (πίνακας 7). Επίσης, το 10,5% θεωρεί ότι επαρκεί το προσωπικό ενώ το 68,2% (31,4%+36,8%) θεωρεί έπρεπε να ασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού (π.χ. νοσοκόμες, οικογενειακοί βοηθοί, κοινωνικοί λειτουργοί) (πίνακας 8). Όμως, το 10,4% δε θεωρεί

ότι το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα των ηλικιωμένων ενώ το 78,8% (62,5%+16,3%) έχει αντίθετη άποψη (πίνακας 9).

Το 38,1% (31,4%+6,7%) συμφωνεί (απόλυτα και αρκετά) ότι το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου, ενώ το 30,1% έχει αντίθετη άποψη (πίνακας 10). Επιπλέον, το 52,2% (51,5%+6,7%) συμφωνεί (απόλυτα και αρκετά) ότι το προσωπικό πάντοτε τους ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσουν να έρθουν στο σπίτι τους, ενώ το 10,5% δεν ενημερώνεται (πίνακας 11). Επίσης, το 30,1% αισθάνεται ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για τα προβλήματα του, ενώ το 38,5% (31,4%+7,1%) θεωρεί ότι το προσωπικό αδιαφορεί (απόλυτα και αρκετά) (πίνακας 12). Παράλληλα, το 58,1% (41,8%+16,3%) νιώθει ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική του ζωή (έχει τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή του στο "Βοήθεια στο Σπίτι", και μόλις το 10,5% διαφωνεί. Το 31,4% δεν εκφέρει κάποια άποψη (πίνακας 13).

Το 10,1% θεωρεί ότι επαρκούν οι επισκέψεις των εργαζόμενων στο «Βοήθεια στο σπίτι», ενώ το 47,5% (31,5%+16%) θέλει να αυξηθούν οι επισκέψεις (αρκετά, απόλυτα) (πίνακας 14). Παράλληλα, το 10,5% δεν αισθάνεται ασφάλεια από τότε που γράφτηκε στο "Βοήθεια στο Σπίτι", ενώ το 67,7% (41,8%+15,9%) αισθάνεται ασφάλεια επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο (αρκετά και απόλυτα) (πίνακας 15).

Το 40,6% είναι ικανοποιημένο με το προσωπικό που θεωρεί ότι καλύπτει επαρκώς ορισμένες ανάγκες του, ενώ το 27,6% (20,9%+6,7%) δεν ικανοποιημένο (αρκετά και απόλυτα) που την κάλυψη κάποιων αναγκών του από το προσωπικό (πίνακας 16). Επίσης, το 68,5% με τη "Βοήθεια στο Σπίτι" σταμάτησε να υποχρεώνεται στους άλλους (για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης) (σε αρκετό βαθμό, αλλά και απόλυτα) ενώ το 10,1% συνεχίζει να υποχρεούται στους άλλους (πίνακας 17). Επιπλέον, το 58% θεωρεί ότι το προσωπικό τους πιέζει (αρκετά και απόλυτα) να κάνουν πράγματα που τους δυσαρεστούν (π.χ. να συζητούν θέματα που είναι προσωπικά τους, του απαγορεύουν να τρώω φαγητά που του αρέσουν), ενώ το 10,4% δε θεωρεί ότι πιέζεται από το προσωπικό (πίνακας 18).

Επισημαίνεται ότι το 62,7% είναι ικανοποιημένο από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, ενώ το 10,4% δεν είναι ικανοποιημένο από την τηλεφωνική επικοινωνία με την υπηρεσία (πίνακας 19). Παράλληλα, το 37,7% εμπιστεύεται το προσωπικό (αρκετά

και απόλυτα) και του λείπει προσωπικά του θέματα , ενώ το 30,5% δεν εμπιστεύεται το προσωπικό (πίνακας 20). Επίσης, το 68,2% θεωρεί ότι προσωπικό πάντοτε λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη του στις περιπτώσεις λήψης αποφάσεων που τους αφορούν, ενώ το 10,5% θεωρεί ότι το προσωπικό λειτουργεί αυθαίρετα (πίνακας 21).

Οι υπηρεσίες που τους προσφέρει το "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι μείζονος σημασίας για το 48,5% , ενώ είναι ήσσονος σημασία για το 30,5% (αρκετά και απόλυτα) (πίνακας 22). Παράλληλα, το 68,4% εμπιστεύεται το προσωπικό για τη διεκπεραίωση εξυπηρετήσεων, ενώ το 10,4% δεν έχει κάποια εμπιστοσύνη (πίνακας 23). Επίσης το 51,1% θεωρεί ότι το προσωπικό τον εξυπηρετεί όταν του ζητάει εργασίες οι οποίες όμως αποτελούν μέρος των καθηκόντων τους (αρκετά και απόλυτα), ενώ το 17,2% δεν εξυπηρετείται (αρκετά και απόλυτα) από το προσωπικό (πίνακας 24).

Αναφορικά με τον άξονα «Ικανοποίηση από την οργάνωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το 57,7% γράφτηκε στο "Βοήθεια στο Σπίτι" σε σύντομο χρονικό διάστημα (αρκετά και απόλυτα) , ενώ για το 10,5% η εγγραφή διήρκησε αρκετό χρονικό διάστημα (πίνακας 25).

Το προσωπικό σύμφωνα με το 58% αποφεύγει να του απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνει για θέματα που τον αφορούν, ενώ μόλις το 10,4% απαντά σε όλες τις ερωτήσεις (πίνακας 26). Επιπλέον, το "Βοήθεια στο Σπίτι" προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα επιβάρυναν οικονομικά τους ηλικιωμένους ( θα έπρεπε να πληρώνουν οικιακή βοηθό ή νοσοκόμα στο σπίτι) σύμφωνα με το (78,6%) , ενώ το 10,5% θεωρεί ότι το πρόγραμμα δεν μειώνει τις δαπάνες που θα πλήρωναν εάν είχαν κάποια οικιακή βοηθό ή νοσοκόμα στο σπίτι (πίνακας 27). Ενώ, μόλις το 10,5% είναι ικανοποιημένο από το προσωπικό και τις άλλες ειδικότητες (π.χ. γιατρό, ή φυσιοθεραπευτή ή κάτι άλλο) που έχει το πρόγραμμα, ενώ το 68,2% θεωρεί ότι απαιτείται πρόσληψη νέου προσωπικού (51,9%+16,3%) (πίνακας 28).

Το 78,7% (=26,8%+51,9%) έχει την ανάγκη (σε αρκετό βαθμό και απόλυτη) παρουσίας του προσωπικού κοντά του, ενώ το 10,5% δεν έχει. Το 10,9% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ότι άμα έχει κάποια ανάγκη πάντοτε θα υπάρχει κάποιος από το προσωπικό κοντά του (πίνακας 29). Το 37,3% (26,8%+10,5%) των ερωτηθέντων θεωρούν ότι προσωπικό του "Βοήθεια στο Σπίτι" κάνει αλλαγές στο πρόγραμμα αυθαίρετα, ενώ το 31% ερωτάται από το προσωπικό πριν κάνει αλλαγές. Υπάρχει ένα 31,8% που τηρεί ουδέτερη στάση (πίνακας 30). Επίσης, το 68,7% προσδίδει



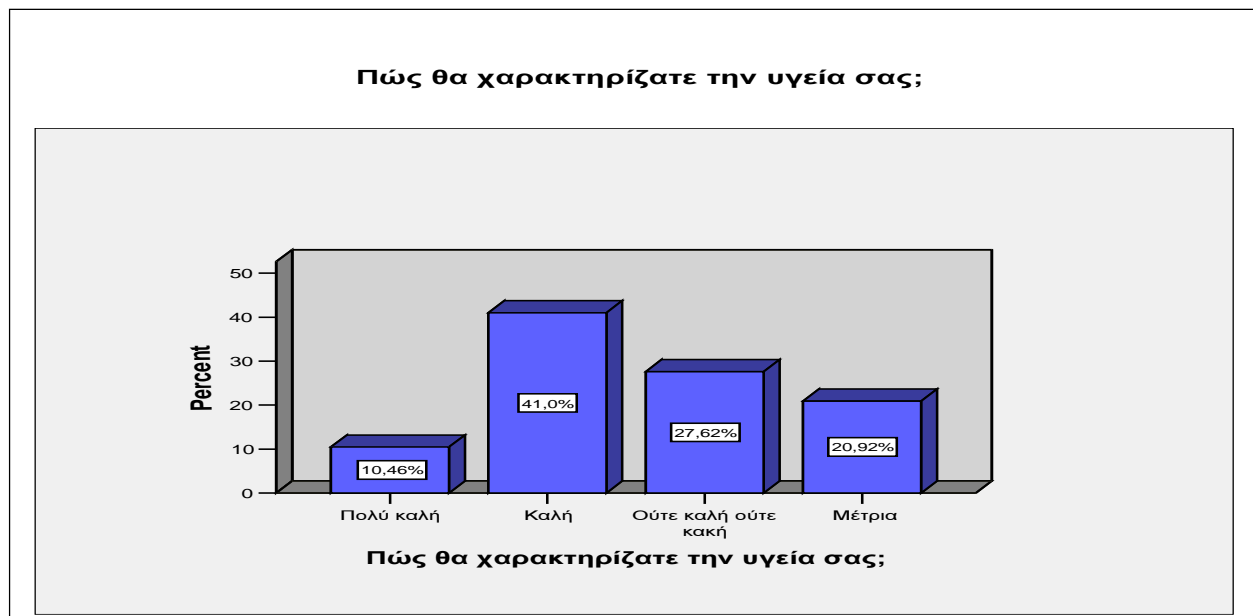
προσεκτικότητα στο προσωπικό όταν κάνει δουλειές (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια). Επισημαίνεται ότι σε αυτή την ερώτηση κανένας ηλικιωμένος δε θεωρεί ότι το προσωπικό δεν είναι προσεκτικό όταν τους κάνει θελήματα (πίνακας 31). Παράλληλα, το 27,6% (=20,9%+6,7%) θεωρεί ότι το προσωπικό συγκρούεται μαζί του χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή, ενώ το 40,6% δεν έχει συγκρούσεις με το προσωπικό (πίνακας 32). Επίσης, το προσωπικό σύμφωνα με το 68,6% (=51,9%+16,7%) γνωρίζει πώς να τους εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάνε, ενώ μόλις το 10,5% δεν τους εξυπηρετούν (πίνακας 33).

Το 36,8% (20,5%+16,3%) θεωρεί θα πρέπει να αλλαχθεί το ωράριο που έρχεται το προσωπικό στο σπίτι, ενώ το 31,4% θεωρεί ότι το ωράριό τους είναι ικανοποιητικό (πίνακας 34). Επίσης, το προσωπικό σύμφωνα με το 68,2% (51,9%+16,3%) τους ακούει προσεκτικά όταν συζητάνε (αποφεύγει να τους διακόπτουν, έχει υπομονή όταν τους ακούει), ενώ το 10,5% θεωρεί ότι το προσωπικό τους διακόπτει όταν συζητούν (πίνακας 9). Παράλληλα, οι προσδοκίες που είχαν όταν γράφτηκαν στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" ήταν υψηλότερες σε σχέση με τις υπηρεσίες που του προσφέρει σύμφωνα με το 26,8% (10,5%+16,3%), ενώ για το 41,4% το πρόγραμμα δεν εκπλήρωσε τις προσδοκίες του. Στο 31,8% ούτε οι προσδοκίες τους επιβεβαιώθηκαν ούτε διαψεύστηκαν με την εγγραφή τους στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" (πίνακας 36).

Το 68,2% (16,3%+51,9%) θα πρότεινε και σε άλλα άτομα να εγγραφούν στην υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι", ενώ το 10,5% δε θα πρότεινε. Το 21,3% τηρεί μια ουδέτερη στάση (πίνακας 37). Στο 78,7% (=26,8%+51,9%) βελτιώθηκε σημαντικά η υγεία τους από τότε που εγγραφήκαν στο πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι>, ενώ στο 10,5% δε βελτιώθηκε. Στο 10,9% των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι η υγεία τους παρέμεινε στα ίδια επίπεδα (πίνακας 38). Τέλος, το 78,6% (41,4%+37,2%) είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται από το πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι>, ενώ το 10,5% δεν είναι ικανοποιημένος. Το 10,9% δεν ήταν ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται από το πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι> (πίνακας 39).

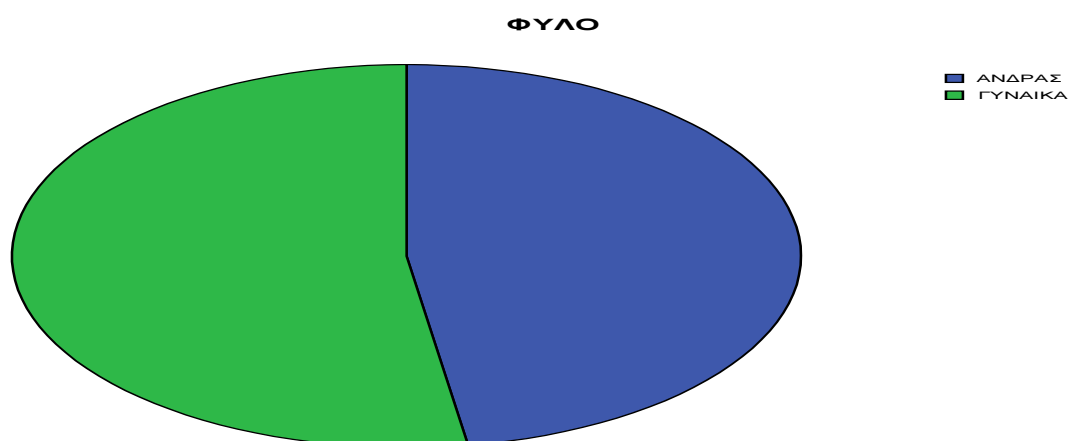
Το 41% χαρακτηρίζει την υγεία του καλή, και το 27,6% ούτε καλή ούτε κακή, το 10,5% πολύ καλή, και το 20,9% μέτρια (Γράφημα 1).

**Γράφημα 1: Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας**



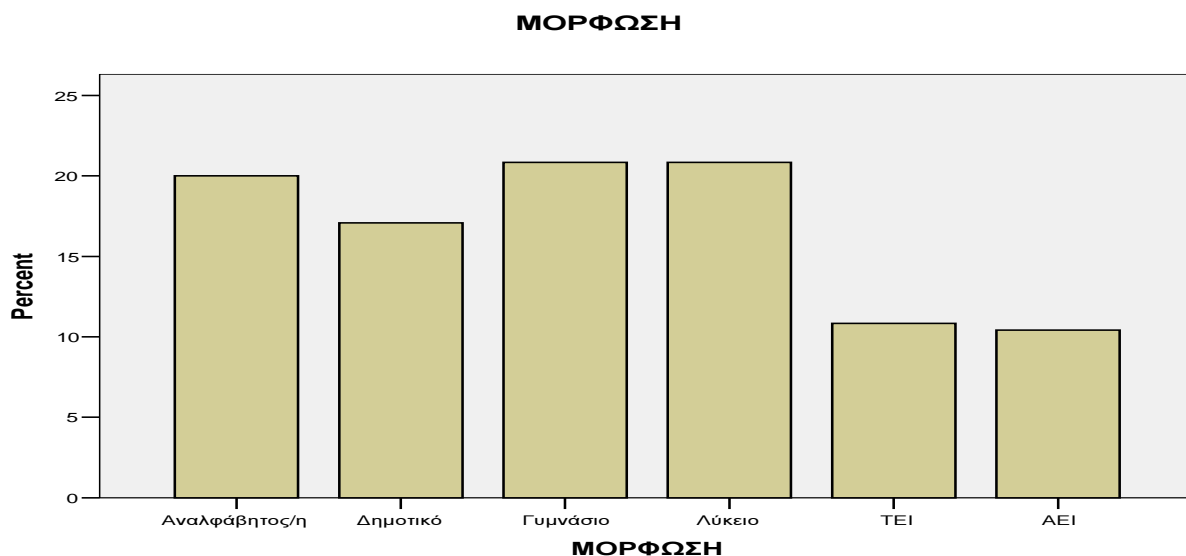
Αναφορικά τέλος με τον άξονα «Δημογραφικά στοιχεία», το 52,5% του δείγματος είναι γυναίκες και το 47,5% άνδρες (Γράφημα 2).

**Γράφημα 2: Φύλο**



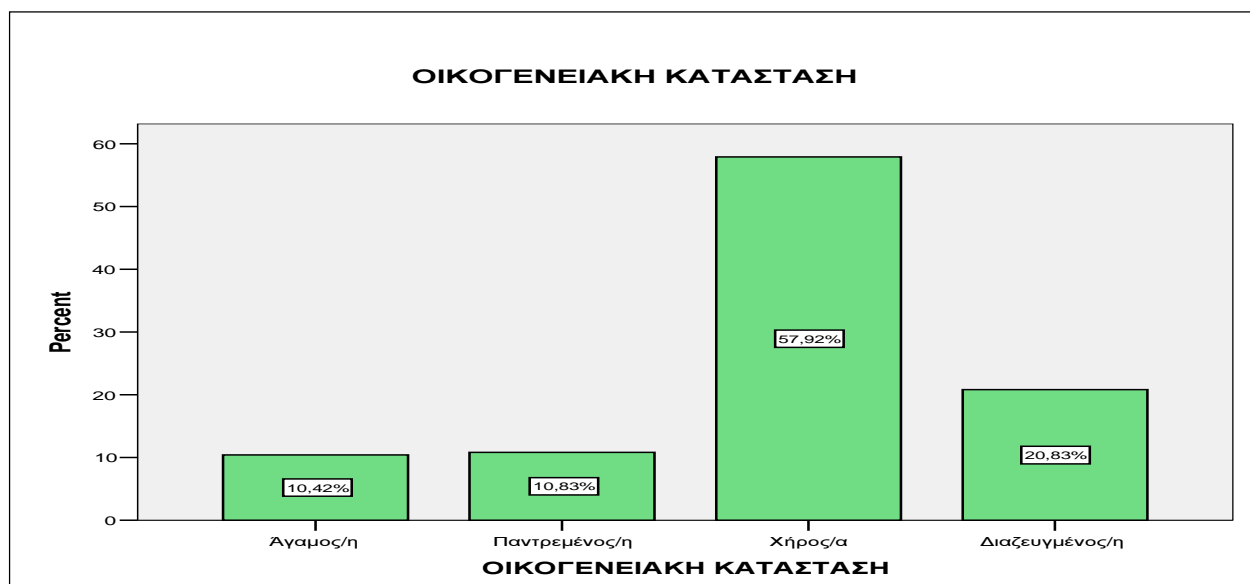
Το 20,8% έχει γυμνασιακή και λυκειακή εκπαίδευση, το 20% είναι αναλφάβητοι το 10,8% απόφοιτοι ΤΕΙ και το 10,4% απόφοιτοι ΑΕΙ (Γράφημα 3).

Γράφημα 3: Μόρφωση



Το 57,92% είναι χήροι/ες το 10,42% άγαμοι, το 20,83% διαζευγμένοι και το 10,83% παντρεμένοι (Γράφημα 4).

Γράφημα 4: Οικογενειακή Κατάσταση



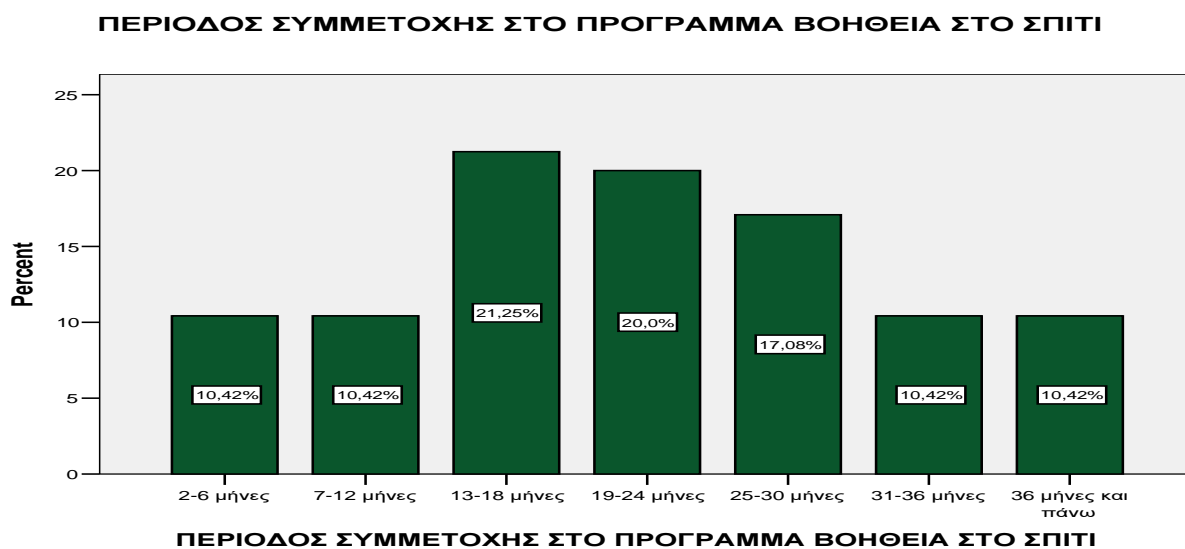
Το 31,3% έχει 701-900 ευρώ μηνιαίο εισόδημα, το 20,8% έχει 501 € - 700 €, το 20,4% 301 € - 500 € και ένα 17,1% έως 300 ευρώ εισόδημα τέλος το 10,4% έχει από 901 ευρώ και πάνω (Γράφημα 5).

Γράφημα 5: Μηνιαίο Εισόδημα ( Σε Ευρώ)



Το 21,5% συμμετέχει στο πρόγραμμα 13-18 μήνες, το 20% 19-24 μήνες, το 17,08% 25-30 μήνες, το 10,4% 2-6 μήνες, 31-36 μήνες, 7-12 μήνες και 36 μήνες και πάνω, το 21,3% 13-18 μήνες, το 17,1% 25-30 μήνες (Γράφημα 6).

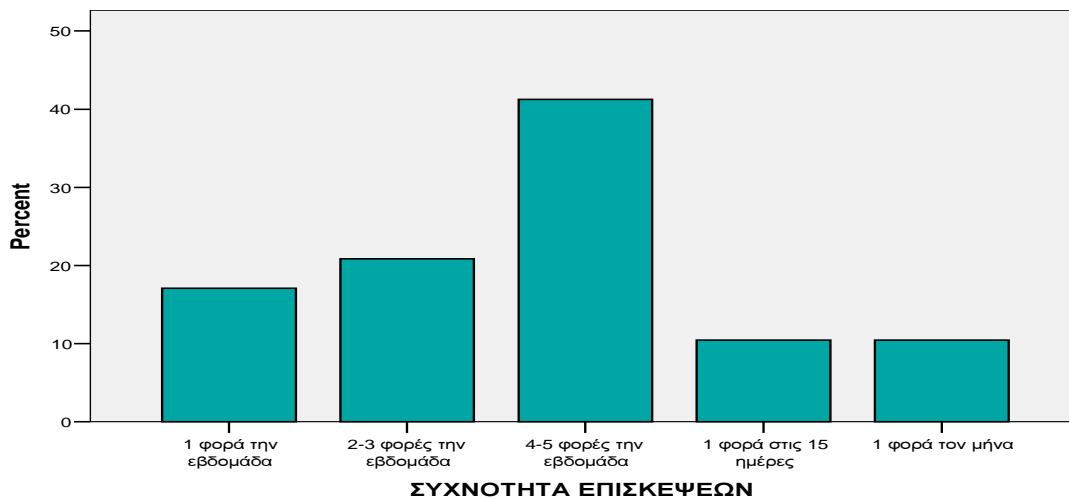
Γράφημα 6: Περίοδος Συμμετοχής Στο Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι



Το 41,3% δέχεται επισκέψεις 4-5 φορές την εβδομάδα, το 20,8% 2-3 φορές την εβδομάδα και το 17,1% 1 φορά την εβδομάδα και το 10,4% 1 φορά στις 15 ημέρες και 1 φορά τον μήνα (Γράφημα 7).

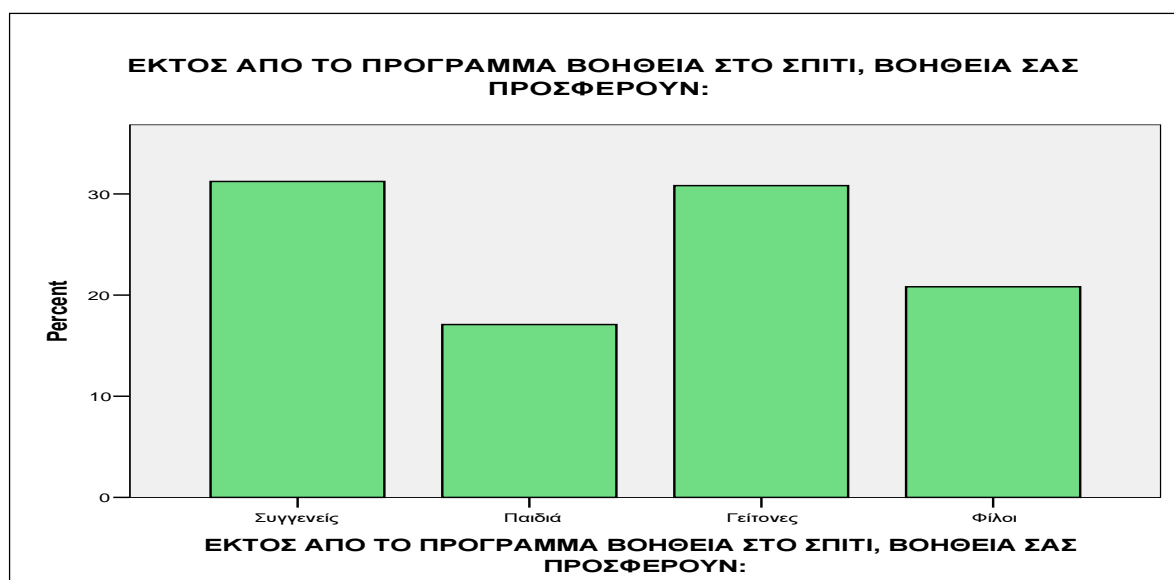
Γράφημα 7: Συχνότητα Επισκέψεων

### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ



Το 31,3% λαμβάνει βοήθεια και από συγγενείς και το 30,8% από γείτονες, το 17,1% από τα παιδιά τους και το 20,8% από φίλους (Γράφημα 8).

Γράφημα 8: Εκτός Από Το Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπιτι, Βοήθεια Σας Προσφέρουν:



**Δείκτης ικανοποίησης για το πόσο είναι ικανοποιημένοι οι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Ηρακλείου, από τις υπηρεσίες του προγράμματος.**

**Πίνακας 1:** ικανοποίηση ηλικιωμένων από το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι'

N	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
240	2,15	4,88	3,5377	,65992

Σημείωση: η μεταβλητή ικανοποίηση δημιουργήθηκε ως ο μέσος όρος των 40 ερωτήσεων που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Ηρακλείου.

Παρατηρούμε ότι το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος 'βοήθεια στο σπίτι' του Δήμου Ηρακλείου είναι αρκετά καλό καθώς η μέση τιμή των απαντήσεων τους είναι ίση με 3,53 (η τιμή της κλίμακας likert είναι ίση με 3).

## **5.2. Έλεγχος Αξιοπιστίας**

Σε αυτό το μέρος της ανάλυσης ελέγχεται η αξιοπιστία της κλίμακας “satisfaction”, πριν τη δημιουργία της. Ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  πληροφορεί για την αξιοπιστία της κλίμακας των παραγόντων που δημιουργήθηκαν

Ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  είναι ,975. Το alpha είναι πολύ υψηλό άρα η αξιοπιστία της κλίμακας είναι πολύ υψηλή. Άρα μπορεί να γίνει ο μετασχηματισμός της

### 5.3. Η Ερευνητική Υπόθεση & τα Ερευνητικά Ερωτήματα

Μετά την περιγραφή των απαντήσεων που δόθηκαν από τους ηλικιωμένους προχωράμε στον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης και των ερευνητικών ερωτημάτων H1, H2, H3, H4, H5. Προκειμένου να διερευνήσουμε τις υποθέσεις αυτές χρησιμοποιήσαμε τρία στατιστικά τεστ, την ανάλυση διασποράς, το t-test και το Spearman's rho

#### Ερευνητικό Ερώτημα .

Πίνακας 2: Συσχέτιση της ικανοποίησης με την αυτοαναφερόμενη υγεία

Spearman's rho	ικανοποίηση
Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;	,312**

\*\* . Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 0.01

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης μεταξύ της ικανοποίησης των ηλικιωμένων και του επιπέδου της αυτοαναφερόμενης τους υγείας. Αυτό σημαίνει ότι όταν το επίπεδο της αυτοαναφερόμενης υγείας των ηλικιωμένων αυξάνει τότε αυξάνει και το επίπεδο της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι' και αντίστροφα.

#### Πρώτο ερευνητικό ερώτημα (H1)

Πίνακας 3α: Περιγραφικός πίνακας

	ΦΥΛΟ	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
ικανοποίηση	ΑΝΔΡΑΣ	105	3,48	,982
	ΓΥΝΑΙΚΑ	115	3,40	,492

Πίνακας 3β: Έλεγχος t-test

	Levene's Test for Equality of Variances				
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)



satisfaction	Equal variances assumed	68,861	,000	,737	218	,462
	Equal variances not assumed			,717	149,998	,474

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των απαντήσεων γυναικών και ανδρών. Επομένως το φύλο δεν επηρεάζει τον βαθμό ικανοποίησης.

### Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα (H2)

Πίνακας 4α: Περιγραφικός πίνακας

	N	Mean	Std. Deviation
1 φορά την εβδομάδα	41	4,2651	,49367
2-3 φορές την εβδομάδα	50	2,7005	,55561
4-5 φορές την εβδομάδα	99	3,5633	,45799
1 φορά στις 15 ημέρες	25	3,7020	,01000
1 φορά τον μήνα	25	3,7535	,01757
Total	240	3,5377	,65992

Πίνακας 4β: Ανάλυση διασποράς

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	58,641	4	14,660	75,818	,000
Within Groups	45,440	235	,193		
Total	104,082	239			

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις μέσες τιμές των κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν την συχνότητα επίσκεψης καθώς  $0,000 < 0,01$ . Όσοι δέχονται μόνο μια επίσκεψη την εβδομάδα (4,26) φαίνεται

να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι εκείνων που δέχονται 2-3 επισκέψεις την εβδομάδα (2,7). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η ομάδα των ηλικιωμένων που δέχεται λιγότερες επισκέψεις έχει και στην πραγματικότητα λιγότερα προβλήματα.

### **Τρίτο ερευνητικό ερώτημα (H3)**

Πίνακας 5α: Ανάλυση διασποράς

	N	Mean	Std. Deviation
65-69	25	3,8750	,00100
70-74	66	3,2932	1,06037
75-79	76	3,2676	,14433
80-85	48	4,0134	,32827
86-90	25	3,7535	,01757
Total	240	3,5377	,65992

Πίνακας 5β: Ανάλυση διασποράς

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24,362	4	6,091	17,954	,000
Within Groups	79,720	235	,339		
Total	104,082	239			

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις μέσες τιμές των κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν τις ηλικιακές ομάδες καθώς  $0,000 < 0,01$ . Όσοι είναι από 70-79 ετών είναι λιγότερο ικανοποιημένοι έναντι των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων.

### **Τέταρτο ερευνητικό ερώτημα (H4)**

Πίνακας 6α: Περιγραφικός πίνακας

	N	Mean	Std. Deviation
Αναλφάβητος/η	48	4,1035	,24087
Δημοτικό	41	3,2136	1,34534
Γυμνάσιο	50	3,3513	,10202
Λύκειο	50	3,4010	,30414
TEI	26	3,7351	,09541
AEI	25	3,4238	,00605
Total	240	3,5377	,65992

Πίνακας 6β: Περιγραφικός πίνακας

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23,686	5	4,737	13,788	,000
Within Groups	80,396	234	,344		
Total	104,082	239			

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις μέσες τιμές των κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων καθώς  $0,000 < 0,01$ . Όσοι είναι αναλφάβητοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι των υπόλοιπων μορφωτικών ομάδων.

### Πέμπτο ερευνητικό ερώτημα (H5)

Πίνακας 7α: Περιγραφικός πίνακας

	N	Mean	Std. Deviation
Άγαμος/η	25	3,7020	,01000
Παντρεμένος/η	26	2,1937	,22055
Χήρος/α	139	3,8537	,51340
Διαζευγμένος/η	50	3,2760	,17792
Total	240	3,5377	,65992

Πίνακας 7β: Ανάλυση διασποράς

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	64,938	3	21,646	130,505	,000
Within Groups	39,144	236	,166		
Total	104,082	239			

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις μέσες τιμές των κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν την οικογενειακή κατάσταση καθώς  $0,000 < 0,01$ . Όσοι είναι χήροι ή άγαμοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι των παντρεμένων και των διαζευγμένων.

## 5.4. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστεί κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» από τις υπηρεσίες του προγράμματος. Βρέθηκε λοιπόν ότι το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος ‘βοήθεια στο σπίτι’ του Δήμου Ηρακλείου είναι αρκετά καλό, οι ηλικιωμένοι είναι ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη του Passport (Kunkel et al, 2001) που διεξήχθη στο Οχάιο και διερεύνησε την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την κατ’οίκον φροντίδα χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε υψηλό σκορ ικανοποίησης σχετικά με τις παρεχόμενες κατ’οίκον υπηρεσίες. Επιπλέον το συμπέρασμα μας έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη των Kunkel et al. (1991) ότι οι ηλικιωμένοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις κατ’οίκον υπηρεσίες που συμβαδίζει.

Οι περισσότερες μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών από τις κατ’οίκον υπηρεσίες φροντίδας επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ των προσδοκιών και της διάψευσής του (Churchill, Suprenant, 1982, Bearden, Teel, 1983). Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους χρήστες και του προσωπικού φροντίδας αποτελεί ένα σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα ικανοποίησης. Οι Bitner et al (1990) που διερεύνησαν την αλληλεπίδραση αυτή κατέληξαν ότι υπάρχει θετική και αρνητική αποτίμηση μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Γενικά διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης διαφέρει ανάλογα με τον τύπο των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Ως προς την ερευνητική υπόθεση *‘Η ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει θετική συσχέτιση με την αυτοαναφερόμενη υγεία τους’* βρέθηκε υπάρχει πράγματι στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση χαμηλής έντασης μεταξύ της ικανοποίησης των ηλικιωμένων και του επιπέδου της αυτοαναφερόμενης τους υγείας. Αυτό σημαίνει ότι όταν το επίπεδο της αυτοαναφερόμενης υγείας των ηλικιωμένων αυξάνει τότε αυξάνει και το επίπεδο της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από το πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο σπίτι’ και αντίστροφα.

Όσον αφορά τα πέντε ερευνητικά ερωτήματα βρήκαμε τα εξής: για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα ‘Το φύλο των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαφοροποιεί την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος’ προέκυψε

ότι το φύλο δεν επηρεάζει τον βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων. Αλλά μελέτες από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Καράγιωργας και συν., 1990), έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και στη συχνότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα 'Η συχνότητα επισκέψεων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαφοροποιεί την ικανοποίησή των χρηστών από τις υπηρεσίες του προγράμματος' βρέθηκε ότι όσοι δέχονται μόνο μια επίσκεψη την εβδομάδα φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι εκείνων που δέχονται 2-3 επισκέψεις την εβδομάδα. Πιθανόν αυτό να εξηγείται από την σοβαρότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι παρά από τον συχνότητα επισκέψεων.

Ως προς το τρίτο ερευνητικό ερώτημα 'Η ηλικία των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαφοροποιεί την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες του προγράμματος' προέκυψε ότι όσοι είναι από 70-79 ετών είναι λιγότερο ικανοποιημένοι έναντι των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων. Μπορεί οι μεγαλύτερες ηλικίες και οι μικρότερες των 70-79 να έχουν μικρότερες απαιτήσεις, αυτό μπορεί α οφείλεται στο ότι οι μικρότερες ηλικίες έχουν μικρότερα προβλήματα ενώ οι πολύ μεγαλύτερες είναι περισσότερο ελαστικές.

Επιπλέον για το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα 'Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» εξαρτάται από τη μόρφωση των χρηστών του προγράμματος' προέκυψε ότι όσοι είναι αναλφάβητοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι των υπόλοιπων μορφωτικών ομάδων. Το συμπέρασμα αυτό συσχετίζεται με τα ευρήματα των μελετών των Lostao L. et al., (2001).

Τέλος για το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα 'Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση των χρηστών του προγράμματος' βρέθηκε ότι όσοι είναι χήροι ή άγαμοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι των παντρεμένων και των διαζευγμένων. Η σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την ικανοποίηση επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφία. Επομένως η συχνότητα επισκέψεων, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων.

Σε κάθε τοπική κοινωνία θα ήταν καλό να ενισχυθεί η προσπάθεια επιστημονικής κατάρτισης και εκτίμησης των αναγκών της, ώστε να παρέχεται αξιόπιστος κοινωνικός χάρτης ώστε να σχεδιάζονται μακροπρόθεσμες στρατηγικές παρέμβασης που να απαντούν στις πραγματικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Μάλιστα κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση της μέχρι τώρα πορείας του θεσμού «Βοήθεια στο σπίτι» σε όλη την Ελλάδα με στόχο την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών Υγείας

#### **5.4.1: Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Οι υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας παρόλο που φαινομενικά έχουν ένα κόστος παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο ως προς την ποιότητα της υγείας αλλά και την μείωση του οικονομικού κόστους (μείωση του νοσοκομειακού κόστους καθώς λειτουργούν υποστηρικτικά, προληπτικά). Θα ήταν ενδιαφέρον να εκτιμηθεί λοιπόν το πιθανόν οικονομικό όφελος που προκύπτει από τις υπηρεσίες της κατ'οίκον φροντίδας σε συνάρτηση με την μείωση του νοσοκομειακού κόστους. Επιπλέον θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθεί η σχέση της ποιότητας των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας με την μείωση του νοσοκομειακού κόστους.

## Βιβλιογραφία

1. Back AL, Curtis JR. Communicating bad news. *West J Med* 2002; 176: 177-80.
2. Ball MM, Whittington FJ, Perkins MM, Patterson VL, Hollingsworth C, King SV, (2000). Quality of life in assisted living facilities: Viewpoints of residents. *Journal of Applied Gerontology* 19(3):304-325
3. Barbara A, Duffy D, E. (1999). Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department *Australian Journal of Rural Health*, 2:97-103.
4. Bearden, W.O., Teel, J.E., 1983, Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports, *Journal of Marketing Research*, 20 (21-28)
5. Billings J., Zeitel L., Lukomnik J., Carey TS., Blank AE., Newman L., (1993). Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City, *Health Aff (Millwood)*, 12(1), 162-173.
6. Bitner , MJ, Booms, BH, Tetreault, MS, (1990) The service encounter diagnosing favorable and unfavorable incidents, *Journal of Marketing*, 54 (71-84). 24 (5), 26-28
7. Borrás J.M., (1994). Utilization of Health Services, *Gac. Sanit.*, 8(40), 30-49
8. Cassens, D., Johnson, E., Keehan, S., (1996). Enhancing taste, texture appearance and presentation of pureed food improved resident quality of life and weight status. *Nutrition. Reviews*, 54 (1), pg 551
9. Churchill, G.A. Suprenant, C. 1982, An Investigation into the determinant of consumer satisfaction, *Journal of Marketing Research*, 19 (491-504)
10. Clark J. E. (1998). Taste and flavour: their importance in food choice and acceptance. *Proceedings of the Nutrition Society*, 57, pp 639-643
11. Dibb, S. (1994). *Pride and Ferrell. Marketing, concepts and strategies*. Houghton Mifflin, σελ. 164
12. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J* 1997, 11:1145–1150



13. Gavin TK, Turner MJ. (1997). Methods of surveying patients' satisfaction. *BMJ*, 314-327
14. Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-Patient Communication in Managed Care. *West J Med* 1995; 163: 527-31.
15. <http://www.depoansx.gr/program.php>, 28/3/07
16. Jenson, Jane, and Stephane Jacobzone. (2000). *Care Allowances for the Frail Elderly and their Impact on Women Care Givers*. Occasional Papers No. 41. Paris: OECD
17. John M. Travaline, Robert Ruchinskas, Gilbert E. D'Alonzo, Patient-Physician Communication, Why and How. *JAOA* • Vol 105 • No 1, January 2005, 13-17.
18. Johnson L. (1983). *Social Work Practice. A Generalist Approach*. Mass: Allyn and Bacon
19. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. *BMJ* 2005; 330: 374-375.
20. Kunkel R.S., Murdoch, DL. Straker, KJ, Applebaum AR (2001) Examining the Ways to Assess Consumer Satisfaction in Ohio's PASSPORT Program, Scripps Gerontology Center
21. Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC. Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning* 1981, 4:139-150
22. Lostao L., Redigor E., Calle M.E., Navaro P., Dominguez V., (2001). Changes in Socioeconomic Differences in the Utilization of the Accessibility to health Services in Spain Between 1987 and 1995/97, *Rev Esp Salud Publica*, 75(2), 115-127.
23. Mc Isaac W., Goel V., Naylor D., (1997). Socioeconomic Status and Visits to Physicians by Adults in Ontario, Canada, *J Health Serv Res Policy*, 2(2), 94-102.
24. Oberst, M.T. (1984). *Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction*. *Imprint*, 53(10), 2366-2373
25. Oh, H. (2000). Diners' perception of quality, value, and satisfaction: A practical viewpoint. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 41(3), pg 58-66

26. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002; 325: 707–710
27. Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1990 “Delivering quality service: Balancing Customer Perceptions and Expectations, New York: The Free Press.
28. Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.
29. Råstam L., Selander S. and Troein M., Communication in Care: A Structural Framework , *The European Journal of Public Health* 1992 2(2):123-127, *European Journal of Public Health*
30. Råstam L., Selander S. and Troein M., Communication in Care: A Structural Framework , *The European Journal of Public Health* 1992 2(2):123-127, *European Journal of Public Health*
31. Salisbury C. (1997). Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative, *BMJ*, 574-594
32. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327: 542-545
33. Skelton JR. Everything you were afraid to ask about communication skills. *British Journal of General Practice*, Volume 55, Number 510, January 2005 , pp. 40-46(7).
34. Smith, C. (1992). Έγκυρωση of a patient satisfaction Αναπάντητα in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3), 171-177.
35. Stanga Z, Zurfluh Y, Roselli M, (2003). Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clinical Nutrition* 22:241-6.
36. Strasen L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18 (11):5-6.
37. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-45.
38. Unger J-P, Ghilbert P, Fisher JP. Doctor-patient communication in developing countries. *BMJ* 2003 ; 327
39. Ware J, Snyder M, WRight R, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983, 6:247–263
40. Waters V. (1986). The sound of silence. *Nursing Times*:40–42

41. Άγνωστος, 2001, Κοινωνικός αποκλεισμός και μειονότητες. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας, πτυχιακή εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης
42. Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων. (2006) *Η Ελλάδα με αριθμούς*. 5-6
43. Αμίτσης, 1993, «Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες- Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες» στο Χτούρη (επ.), Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής
44. Άρθρο 1 της υπ'αρ. Π4β/οικ.5814/17.10.97
45. Δήμος Ηρακλείου (2011). Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Ανακτημένο από: <http://www.nah.gr/prefecture/structure/help-for-housekeeping.html> [πρόσβαση στις 30-3-2011]
46. Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (1992). *Αξιολόγηση Προνοιακού Έργου*. Αθήνα:Έλλην
47. Καραγιώργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζίδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ., (1990). *Διαστάσεις της Φτώχειας στην Ελλάδα*, Ε.Κ.Κ.Ε, Αθήνα.
48. Κοτζαμάνης Β., Μαρούτσου Λ., Τεπέρογλου Α., Τζωρτζινόπουλου Α., (Επιμ), (1998) *Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών*. Αθήνα.
49. Κυριακάκης Β. (1991), *Εναλλακτικές μορφές στην προστασία Ηλικιωμένων στο Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 24*
50. Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α. (1994). *Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια, στο: Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (επιμ.) Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 11-24
51. Μπένος Α (1996). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Προϋπόθεση-στόχος για τον επαναπροσανατολισμό των Υπηρεσιών Υγείας και ταυτόχρονα ρεαλιστική πρόταση για την υπέρβαση της κρίσης του Υγειονομικού Τομέα. Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Θεσσαλονίκη:43-53.
52. Μπορμπουδάκη Λ., Αλεγκάκης Α., Φιλαλήθης Α. (2009) *Ο Ρόλος του Ατομικού Κοινωνικού Κεφαλαίου στη Διαμόρφωση της Υποκειμενικής*

Αντίληψης της Υγείας: Ανάλυση Δεδομένων από το Ελληνικό Δείγμα του «SHARE»

53. Νιάκας Δ, Γναρδέλλης Χ. (2000). Ικανοποίηση Νοσηλευθέντων Ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο. *Ιατρική*, Αθήνα, 77:464-470
54. Πανταζάκας , Π και Μέντης, Μ (2002) «Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας - Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού». *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 66, σ.97-112
55. Πεξάρα Ε. (2005). Βοήθεια στο Σπίτι. Μια Σύγχρονη Μορφή Κοινωνικής Μέριμνας στην Ελλάδα, στην Ευρώπη, Παγκόσμια. 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Βοήθεια στο Σπίτι στην 1<sup>η</sup> Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών». ΚΑΡΔΙΤΣΑ
56. Ραγιά Α. (2002). *Βασική Νοσηλευτική–Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα, 117–120
57. Ραφτόπουλος, Β. Θεοδοσοπούλου, Ε. (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Κύπρος: Βιβλιοθήκη Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου
58. Ρουμελιώτης et al, 6/10/2006, Συμπράξεις Δημοσίου- Ιδιωτικού Τομέα: Τα τρία «Ρ» στην Υγεία, Πρακτικά από 7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας
59. Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κόντος Δ., Οικονόμου Χ. (2002). Η Ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερης περιοχής Αθηνών. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 14, Τεύχος 3, 114-118
60. Σταθακόπουλος,(2001),*Έρευνα Αγοράς*, Αθήνα: Σταμούλης
61. Σταθόπουλος Π. (2005), *Κοινωνική Πρόνοια : Μια γενική θεώρηση*, Αθήνα:Έλλην.
62. Συμεωνίδου Χ. (1995) «Δημογραφική Γήρανση και φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα» στο *Κυριόπουλος κ.ά., Υγεία και κοινωνική Πρόνοια στην Τρίτη ηλικία* , Κ.Κ.Ε.Υ., Αθήνα, σελ.39-50.
63. Τεπέρογλου Α, 1991, Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, ΕΚΚΕ., Αθήνα

64. Γεπέρογλου Α., Κίνια Ε., Παπακώστα Μ. (1990). *Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων Έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ*. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
65. Τσαούσης Δ. Γ., Χατζηγιάννη Α (1990), *Κοινωνικές και Χωροταξικές Προϋποθέσεις Λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως Θεσμών Σύνδεσης των Ηλικιωμένων με την Κοινότητα*, Αθήνα. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας - Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων).
66. Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρη Χ., Αγά Γ. (2009) Μελέτη συνθηκών υγιεινής σε εξυπηρετούμενους από τη δράση «Βοήθεια στο σπίτι» του δήμου Σαρανταπόρου *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας* 3, σελ 55-66

## Παράρτημα

Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,7	42,1
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	100	41,7	41,7	83,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	240	100,0	100,0	

Πίνακας 1:

Θεωρώ ότι το προσωπικό χρειάζεται εκπαίδευση. (Ερώτηση Ελέγχου)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	20,9
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	99	41,3	41,4	62,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	90	37,5	37,7	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		

Πίνακας 2:

**Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	50	20,8	20,8	20,8
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,7	52,5
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	75	31,3	31,3	83,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	240	100,0	100,0	

**Πίνακας 3:**

**Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	49	20,4	20,5	20,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	52,3
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	83,7
ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		

**Πίνακας 4:**

**Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες).**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	26	10,8	10,8	21,3
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	100	41,7	41,7	62,9
ΣΥΜΦΩΝΩ	89	37,1	37,1	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	240	100,0	100,0	

**Πίνακας 5:**

**Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	23	9,6	9,6	9,6
	ΔΙΑΦΩΝΩ	74	30,8	31,0	40,6
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	72,0
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	92,9
	ΣΥΜΦΩΝΩ	17	7,1	7,1	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ	239	99,6	100,0	
	Σύνολο	240	100,0		
	Αναπάντητα	1	,4		

**Πίνακας 6:**

**Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	41,8
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	100	41,7	41,8	83,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ	239	99,6	100,0	
	Σύνολο	240	100,0		
	Αναπάντητα	1	,4		

**Πίνακας 7:**

**Θεωρώ ότι έπρεπε να ασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού (π.χ, νοσοκόμες, οικογενειακοί βοηθοί, κοινωνικοί λειτουργοί).**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,8
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	63,2
	ΣΥΜΦΩΝΩ	88	36,7	36,8	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ	239	99,6	100,0	
	Σύνολο	240	100,0		
	Αναπάντητα	1	,4		

**Πίνακας 8:**

**Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	26	10,8	10,8	21,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	150	62,5	62,5	83,8
	ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	240	100,0	100,0	

**Πίνακας 9:**

**Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	72	30,0	30,1	30,1
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	61,9
	ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	93,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	16	6,7	6,7	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
	Σύνολο	240	100,0		

**Πίνακας 10:**

**Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	41,8
	ΣΥΜΦΩΝΩ	123	51,3	51,5	93,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	16	6,7	6,7	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
	Σύνολο	240	100,0		

**Πίνακας 11:**

**Αισθάνομαι ότι το προσωπικό αδιαφορεί για τα προβλήματα μου**



		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	72	30,0	30,1	30,1
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	61,5
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	92,9
	ΣΥΜΦΩΝΩ	17	7,1	7,1	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0		
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 12:**

**Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι".**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	41,8
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	100	41,7	41,8	83,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0		
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 13:**

**Νομίζω ότι το προσωπικό πρέπει να με επισκέπτεται περισσότερες φορές (μέρες).**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	24	10,0	10,1	10,1
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	101	42,1	42,4	52,5
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	75	31,3	31,5	84,0
	ΣΥΜΦΩΝΩ	38	15,8	16,0	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	238	99,2	100,0		
	Αναπάντητα	2	,8		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 14:**

**Έχω ένα αίσθημα ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	42,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	100	41,7	41,8	84,1
	ΣΥΜΦΩΝΩ	38	15,8	15,9	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
	Σύνολο	240	100,0		

**Πίνακας 15:**

**Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	97	40,4	40,6	40,6
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	72,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	93,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	16	6,7	6,7	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
	Σύνολο	240	100,0		

**Πίνακας 16:**

**Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης).**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	24	10,0	10,1	10,1
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	51	21,3	21,4	31,5
	ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	52,1	83,6
	ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,4	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	238	99,2	100,0	
	Αναπάντητα	2	,8		
	Σύνολο	240	100,0		

**Πίνακας 17:**

Το προσωπικό με πιέζει να κάνω πράγματα που με δυσαρεστούν (π.χ. να συζητώ θέματα που είναι προσωπικά μου, μου απαγορεύει να τρώω φαγητά που με αρέσουν).

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,7	42,1
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	100	41,7	41,7	83,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	240	100,0	100,0	

Πίνακας 18:

Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του και να του πω αυτό που θέλω.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,7
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	100	41,7	41,7	73,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	64	26,7	26,7	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	240	100,0	100,0	

Πίνακας 19:

Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης από εμένα για το προσωπικό.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	73	30,4	30,5	30,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	62,3
ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	74	30,8	31,0	93,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	16	6,7	6,7	100,0
ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		

Πίνακας 20:

Το προσωπικό πάντοτε λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου στις περιπτώσεις λήψης αποφάσεων που με αφορούν.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,8
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	125	52,1	52,3	84,1
	ΣΥΜΦΩΝΩ	38	15,8	15,9	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0		
	Αναπάντηση	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 21:**

Οι υπηρεσίες που μου προσφέρει το "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι μικρής σημασίας για εμένα.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	116	48,3	48,5	48,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	69,5
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	90,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ	23	9,6	9,6	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	239	99,6	100,0		
	Αναπάντηση	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 22:**

Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,7
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	100	41,7	41,7	73,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	64	26,7	26,7	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
Σύνολο	240	100,0	100,0		

**Πίνακας 23:**

Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητάω εργασίες οι οποίες όμως αποτελούν μέρος των καθηκόντων του.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό

Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	25	10,4	10,5	10,5
	ΔΙΑΦΩΝΩ	97	40,4	40,6	51,0
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	82,8
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	93,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	16	6,7	6,7	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 24:**

**Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έγινε σε σύντομο χρονικό διάστημα.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	42,3
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	99	41,3	41,4	83,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 25:**

**Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν.**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,4	10,4
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ	76	31,7	31,7	42,1
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ				
	ΣΥΜΦΩΝΩ	100	41,7	41,7	83,8
	ΣΥΜΦΩΝΩ	39	16,3	16,3	100,0
	ΑΠΟΛΥΤΑ				
	Σύνολο	240	100,0	100,0	

**Πίνακας 26:**

**Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (θα έπρεπε να πληρώνω οικιακή βοήθ ή νοσοκόμα στο σπίτι).**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
--	--	-----------	---------	----------------	--------------------

Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	26	10,8	10,9	21,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	100	41,7	41,8	63,2
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	88	36,7	36,8	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 27:**

Η υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει ανάγκη από προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων (π.χ. γιατρό, ή φυσιοθεραπευτή ή κάτι άλλο).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,8
	ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	51,9	83,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	39	16,3	16,3	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 28:**

Νιώθω ότι άμα έχω κάποια ανάγκη πάντοτε θα υπάρχει κάποιος από το προσωπικό κοντά μου.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	26	10,8	10,9	21,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	51,9	73,2
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	64	26,7	26,8	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 29:**

Το προσωπικό του "Βοήθεια στο Σπίτι" κάνει αλλαγές στο πρόγραμμα χωρίς να ερωτηθώ.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό

Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	74	30,8	31,0	31,0
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	62,8
	ΣΥΜΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	73,2
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	64	26,7	26,8	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 30:**

Το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό όταν κάνει δουλειές για μένα (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, μου φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	31,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ	74	30,8	31,0	62,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	90	37,5	37,7	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 31:**

Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	97	40,4	40,6	40,6
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	72,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	93,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	16	6,7	6,7	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

**Πίνακας 32:**

Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάω.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό

Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	50	20,8	20,9	31,4
	ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	51,9	83,3
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	40	16,7	16,7	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

Πίνακας 33:

Θεωρώ ότι το προσωπικό πρέπει να έρχεται άλλες ώρες ή και μέρες από αυτές που έρχεται στο σπίτι μου.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	75	31,3	31,4	31,4
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	63,2
	ΣΥΜΦΩΝΩ	49	20,4	20,5	83,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	39	16,3	16,3	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

Πίνακας 34:

Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει υπομονή όταν με ακούει).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,8
	ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	51,9	83,7
	ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΑΠΟΛΥΤΑ	39	16,3	16,3	100,0
	Σύνολο	239	99,6	100,0	
	Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο		240	100,0		

Πίνακας 35:

Οι προσδοκίες που είχα όταν γράφτηκα στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" ήταν υψηλότερες σε σχέση με τις υπηρεσίες που μου προσφέρει.

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα	ΔΙΑΦΩΝΩ	99	41,3	41,4	41,4
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ				
	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	76	31,7	31,8	73,2
	ΣΥΜΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	83,7



ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	39	16,3	16,3	100,0
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		

Πίνακας 36:

Θα πρότεινα και σε άλλα άτομα να εγγραφούν στην υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι".

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	51	21,3	21,3	31,8
ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	51,9	83,7
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	39	16,3	16,3	100,0
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		

Πίνακας 37:

Η υγεία σας βελτιώθηκε σημαντικά από τότε που εγγραφήκατε στο πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι>.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	26	10,8	10,9	21,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	124	51,7	51,9	73,2
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	64	26,7	26,8	100,0
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		

Πίνακας 38:

Είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που σας προσφέρονται από το πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι>.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έγκυρα ΔΙΑΦΩΝΩ	25	10,4	10,5	10,5
ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	26	10,8	10,9	21,3
ΣΥΜΦΩΝΩ	99	41,3	41,4	62,8
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	89	37,1	37,2	100,0
Σύνολο	239	99,6	100,0	
Αναπάντητα	1	,4		
Σύνολο	240	100,0		



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

A/A	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1	Το προσωπικό με βοηθάει να ξεπερνάω τα προβλήματα που αντιμετωπίζω όσο είναι δυνατό.					
2	Θεωρώ ότι το προσωπικό χρειάζεται εκπαίδευση. (Ερώτηση Ελέγχου)					
3	Το προσωπικό με βοηθάει να παίρνω πρωτοβουλίες για θέματα που με αφορούν					
4	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό με βλέπει υποτιμητικά εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζω					
5	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει βοηθήσει στη βελτίωση της οικονομικής μου κατάστασης (π.χ. μεσολάβηση για την έκδοση επιδομάτων, παροχή ιατροφαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες).					
6	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό βιάζεται να φύγει από το σπίτι μου					
7	Το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια μου ή το συγγενικό μου περιβάλλον όταν υπάρχει ανάγκη					
8	Θεωρώ ότι έπρεπε να ασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού (π.χ. νοσοκόμες, οικογενειακοί βοηθοί, κοινωνικοί λειτουργοί).					
9	Το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.					
10	Το προσωπικό καθυστερεί να έρθει στο ραντεβού στο σπίτι μου.					
11	Το προσωπικό πάντοτε με ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει να έρθει στο σπίτι μου.					
12	Αισθάνομαι ότι το προσωπικό αδιαφορεί για τα προβλήματα μου					
13	Νιώθω ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή (έχω τακτικά συντροφιά) μετά την εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι".					

A/A	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
14	Νομίζω ότι το προσωπικό πρέπει να με επισκέπτεται περισσότερες φορές (μέρες).					
15	Έχω ένα αίσθημα ασφάλειας από τότε που γράφτηκα στο "Βοήθεια στο Σπίτι" επειδή το προσωπικό είναι έμπειρο.					
16	Νομίζω ότι το προσωπικό καλύπτει ανεπαρκώς ορισμένες μου ανάγκες.					
17	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" συνέβαλε ώστε να σταματήσω να υποχρεώνομαι στους άλλους (για τα ψώνια, την αγορά και την εγγραφή φαρμάκων, για τη μέτρηση της πίεσης).					
18	Το προσωπικό με πιέζει να κάνω πράγματα που με δυσαρεστούν (π.χ. να συζητώ θέματα που είναι προσωπικά μου, μου απαγορεύει να τρώω φαγητά που με αρέσουν).					
19	Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντοτε κάποιο άτομο για να μιλήσω μαζί του και να του πω αυτό που θέλω.					
20	Αποφεύγω να μιλάω για προσωπικά μου θέματα στο προσωπικό επειδή υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης από εμένα για το προσωπικό.					
21	Το προσωπικό πάντοτε λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου στις περιπτώσεις λήψης αποφάσεων που με αφορούν.					
22	Οι υπηρεσίες που μου προσφέρει το "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι μικρής σημασίας για εμένα.					
23	Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό όταν του ζητάω να μου κάνει μια εξυπηρέτηση.					
24	Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετεί όταν του ζητάω εργασίες οι οποίες όμως αποτελούν μέρος των καθηκόντων του.					

A/A	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝΩ	5 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
25	Η εγγραφή μου στο "Βοήθεια στο Σπίτι" έγινε σε σύντομο χρονικό διάστημα.					
26	Το προσωπικό αποφεύγει να μου απαντήσει σε ερωτήσεις που κάνω για θέματα που με αφορούν.					
27	Το "Βοήθεια στο Σπίτι" μου προσφέρει υπηρεσίες οι οποίες θα με επιβάρυναν οικονομικά (θα έπρεπε να πληρώνω οικιακή βοήθ ή νοσοκόμα στο σπίτι).					
28	Η υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι" έχει ανάγκη από προσωπικό και άλλων ειδικοτήτων (π.χ. γιατρό, ή φυσιοθεραπευτή ή κάτι άλλο).					
29	Νιώθω ότι άμα έχω κάποια ανάγκη πάντοτε θα υπάρχει κάποιος από το προσωπικό κοντά μου.					
30	Το προσωπικό του "Βοήθεια στο Σπίτι" κάνει αλλαγές στο πρόγραμμα χωρίς να ερωτηθώ.					
31	Το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό όταν κάνει δουλειές για μένα (π.χ. όταν κάνει οικιακές εργασίες, μου φέρνει τις αποδείξεις από τα ψώνια).					
32	Πιστεύω ότι υπάρχουν φορές που το προσωπικό συγκρούεται μαζί μου χωρίς να έχω δώσει κάποια αφορμή.					
33	Το προσωπικό γνωρίζει πώς να με εξυπηρετεί (να κάνει εργασίες για μένα) όταν του το ζητάω.					
34	Θεωρώ ότι το προσωπικό πρέπει να έρχεται άλλες ώρες ή και μέρες από αυτές που έρχεται στο σπίτι μου.					
35	Το προσωπικό με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε (αποφεύγει να με διακόπτει, έχει υπομονή όταν με ακούει).					
36	Οι προσδοκίες που είχα όταν γράφτηκα στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" ήταν υψηλότερες σε σχέση με τις υπηρεσίες που μου προσφέρει.					
37	Θα πρότεινα και σε άλλα άτομα να εγγραφούν στην υπηρεσία "Βοήθεια στο Σπίτι".					
38	Η υγεία σας βελτιώθηκε σημαντικά από τότε που εγγραφήκατε στο πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι >.					
39	Είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που σας προσφέρονται					

	από το πρόγραμμα < Βοήθεια στο Σπίτι>.					
--	--	--	--	--	--	--

A/A	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 Πολύ καλή	2 Καλή	3 Ούτε καλή ούτε κακή	4 Μέτρια	5 Κακή
40	Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;					

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ

#### 1.ΦΥΛΟ

ΑΝΔΡΑΣ	
ΓΥΝΑΙΚΑ	

#### 2.ΗΛΙΚΙΑ

65-69	70-74	75-79	80-85	86-90

#### 3.ΜΟΡΦΩΣΗ

Αναλφάβητος/η	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο

#### 4.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η	Παντρεμένος/η	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η

#### 5.ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ( ΣΕ ΕΥΡΩ)

Έως 300 €	301 € - 500 €	501 € - 700 €	701 € - 900 €	901 € και πάνω

#### 6. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

2-6 μήνες	7-12 μήνες	13-18 μήνες	19-24 μήνες	25-30 μήνες	31-36 μήνες	36 μήνες και πάνω

#### 7.ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

1 φορά την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	4-5 φορές την εβδομάδα	1 φορά στις 15 ημέρες	1 φορά τον μήνα	Άλλο

#### 8.ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ:

Συγγενείς	Παιδιά	Γείτονες	Φίλοι	Άλλο
-----------	--------	----------	-------	------


ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΝΤΑΣΗ ΑΓΓΕΛΙΝΑ, ΣΑΒΙΟΛΗ ΠΑΓΩΝΑ

