



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του
προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου**

**Περγάμαλη Μαρία
Νοσηλεύτρια Γ.Ε.**

- Επιβλέποντες
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 - 2. Α. Αλεγκάκης**, Φυσικός PhD Επιστημών Υγείας

Ηράκλειο, Οκτώβριος 2006

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη, ο οποίος με την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγησή του βοήθησε στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω και τον κ. Αλεγκάκη Αθανάσιο, Φυσικό, Ph.D. Επιστημών Υγείας, για την συμβολή του στο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας καθώς και για τις συμβουλές που μου προσέφερε.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους εργαζόμενους στα Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι του Δ. Ηρακλείου για την βοήθειά τους στη συλλογή των δεδομένων, καθώς επίσης τους ηλικιωμένους – μέλη των προγραμμάτων που συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για το χρόνο που διέθεσαν και για την αγάπη με την οποία με περιέλαβαν.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, κυρίως τον σύζυγό μου, για την αγάπη, την αφοσίωση και την υποστήριξή τους σε ότι κι αν κάνω.

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος
«Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Ηρακλείου

του/της: Περγάμαλη Μαρίας

Υπό την επίβλεψη των: Α. Φιλαλήθη

Α. Αλεγκάκη

Ημερομηνία: 17-10-2006

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες, παρατηρείται μια αύξηση των ατόμων Τρίτης ηλικίας, τα οποία με την συμπαράσταση του Κράτους και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης προσπαθούν να επιτύχουν την παραμονή τους στο φυσικό οικογενειακό τους περιβάλλον συμμετέχοντας στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος 'Βοήθεια στο Σπίτι' στο Δήμο Ηρακλείου και η διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών για τη ενίσχυση των υπάρχοντων στρατηγικών, δομών ώστε να δημιουργηθούν δυνατότητες βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, υγείας και ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 84 ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δ. Ηρακλείου. Για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Home Care Satisfaction Measure (HCSM).

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, εικάζεται ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων (90%) εμφανίζεται ευχαριστημένη τόσο από τις υπηρεσίες των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» όσο και από το προσωπικό τους. Συνάγεται επίσης, ότι οι υπηρεσίες υγείας και η κοινωνική υπηρεσία παρέχονται στην πλειονότητα του δείγματος (80%) αλλά, ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα αναδεικνύεται η επιθυμία τους για παροχή επιπλέον υπηρεσιών, πράγμα που καθιστά σαφή την ανάγκη βελτίωσης της λειτουργίας των προγραμμάτων.

Για την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών κρίνεται απαραίτητο να διεξαχθεί καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων και έρευνα αξιολόγησης της μέχρι τώρα πορείας του θεσμού των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» στον Δήμο Ηρακλείου, αλλά και σε όλη την Ελλάδα, με στόχο την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση, Κατ' οίκον φροντίδα, Ηλικιωμένοι

Abstract

Title: Satisfaction of the elderly with Home Care Services of the municipality of Heraklion

by: Pergamali Maria

Supervisors: A. Philalithis
A. Alegakis

Date: 17/10/2006

In Greece, like in most countries, a growth in the number of elderly is noted. Supported by the State and the local Public Administration, elderly, try to succeed in staying in their natural family environment by participating in the “Homecare” programs.

The aim of the present study is the investigation of the satisfaction of the elderly regarding the offered services of the “Homecare” program in the municipality of Heraklion and the expression of suggestions and strategies for the reinforcement of the existing strategies, structures, so that possibilities of improvement of the living conditions, health and quality of the elderly’ s life will be created.

The sample of the study is made up with 84 elderly that are served by the “Homecare” program of the municipality of Heraklion. The questionnaire, “Home Care Satisfaction Measure” (HCSM) was used for investigating the satisfaction of the elderly.

According to the results of our study, it is concluded that the majority of the elderly (90%) appear to be satisfied from both the services of the “Homecare” programs and their carers. It can also be concluded that the health and social services are offered in the majority of the sample (80%). Yet their wish for the offer of more services appears to be rather interesting, something that makes the need for improvement of the program’ s function clear.

For the offer of the best quality services, it seems necessary, the list of needs of the elderly and the assessment research of the progress so far, of the institution of the “Homecare” programs in the municipality of Heraklion, to be carried out, as well as to the whole Greece, having as goal the improvement of the offered services.

Key words: Satisfaction, Homecare, Elderly

Συντομογραφίες

Α.Τ.Ε.Ι : Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΑΜΕΑ : Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες

ΕΣΥΕ : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

ΚΑΠΗ : Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΕΔΚΕ : Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας

ΚΗΦΗ : Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΟΗΕ : Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΟΤΑ : Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Π.Β.Σ. : Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΦΕΚ : Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



ΠΑΙΔΕΙΑ ΜΠΡΟΣΤΑ
2^ο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Εκπαίδευσης και Αρχικής
Επαγγελματικής Κατάρτισης

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	4
Abstract	5
Συνομογραφίες.....	6
Εισαγωγή.....	9
Σκοπός της Μελέτης.....	10
Α΄ Μέρος.....	11
Κεφάλαιο 1.....	11
1.1 Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας.....	11
1.2. Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας για τους ηλικιωμένους	12
1.2. 1 Αυστραλία	13
Κοινωνικά Κέντρα Αποκατάστασης.....	14
Καθορισμός της φροντίδας των ηλικιωμένων.....	14
Ομάδες καθορισμού φροντίδας ηλικιωμένων	14
1.2.2 Καναδάς- Κεμπέκ.....	15
1.2.3 Σουηδία.....	17
1.2.4 Ιαπωνία.....	19
Κεφάλαιο 2.....	21
2.1 Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και η φροντίδα των ηλικιωμένων στην κοινότητα.....	21
2.2. ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων)	22
Κεφάλαιο 3.....	24
3.1 Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα.....	24
3. 2 Ανθρώπινο Δυναμικό	25
3.3 Νομοθετικό πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»	27
3.4 Προβλήματα λειτουργίας των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι».....	31
Β΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	32
Κεφάλαιο 4.....	32
4.1 Ορισμός της ικανοποίησης.....	32
4.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας	33
4.3 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα	33
4.4 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης	34
4. 5 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.....	34
4.5.1 Πιλοτική Μελέτη.....	35
4.6 Συγκέντρωση Δεδομένων.....	36
4.7 Στατιστική ανάλυση	36
Κεφάλαιο 5.....	37
Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....	37
Δημογραφικά στοιχεία μη απαντούντων.....	37
Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	37
Ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των ΠΒΣ.....	38
Κοινωνική Υπηρεσία.....	38
Υπηρεσίες Υγείας.....	39
Οικογενειακή Βοήθεια	39
Συνολική Ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των ΠΒΣ.....	41
Κεφάλαιο 6.....	42
Συζήτηση	42
Προτάσεις για την ενίσχυση του Προγράμματος.....	45
Προεκτάσεις – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	47
Βιβλιογραφία.....	48
Ελληνική.....	48
Ξενόγλωσση	49

Εισαγωγή

Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων έχει εντεκαπλασιαστεί κατά τη διάρκεια του τελευταίου αιώνα φτάνοντας στην Αμερική τα 33 εκατομμύρια (Hobbs,1999), όπου αναμένεται ότι μέχρι το 2050 θα αποτελεί το 20% του συνολικού πληθυσμού της Αμερικής (Estes and Bodheimer, 1994) και ότι σχεδόν ένας στους τέσσερις Αμερικανούς θα έχει υπερβεί το 85^ο έτος ηλικίας (Kiely and Prince, 1994). Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονα τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4% που ήταν το 1951 σήμερα καλύπτουν το 16% του συνολικού πληθυσμού (ΕΣΥΕ, 2005).

Πολλοί απ' αυτούς τους ηλικιωμένους, πιθανά δεν είναι ασθενείς, αλλά όμως μπορεί να έχουν ανάγκη βοήθειας στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους (Regnier and Overton, 1997). Είναι απόλυτα φυσικό το ότι στην Τρίτη ηλικία αυξάνεται η πιθανότητα ζήτησης βοήθειας λόγω των λειτουργικών δυσλειτουργιών των ηλικιωμένων (Wieland, Ferrell and Rubenstein, 1991). Σύμφωνα με μελέτη του National Medical Expenditure, η οποία διεξήχθη το 1987, περίπου 5,6 εκατομμύρια ηλικιωμένων με λειτουργικές δυσλειτουργίες διέμεναν σε κοινότητες οι οποίοι αποτελούν το 19,7% του μη – ιδρυματικοποιημένου ηλικιωμένου πληθυσμού (Short and Leon, 1990). Δύο είδη φυσικού περιορισμού συμβαίνουν στην Τρίτη ηλικία: περιορισμοί στην καθημερινή ζωή (daily living restrictions -ADL) και περιορισμοί στην καθημερινή ζωή που αφορούν στις οργανικές δραστηριότητες (instrumental activities of daily living restrictions -IADL). Το πρώτο είδος ορίζεται ως ύπαρξη ανάγκης για βοήθεια σχετικά με το ντύσιμο, με την ατομική καθαριότητα, με το φαγητό. Το δεύτερο είδος αφορά στην μεταφορά, την οικοκυρική, με τα ψώνια ή και με τη διαχείριση των χρημάτων (Norgard and Rodgers, 1997; Houde, 1998).

Τα αυξημένα επίπεδα λειτουργικής ανικανότητας των ηλικιωμένων τους οδηγούν στο να βασίζονται σε άλλα πρόσωπα για βοήθεια. Ένα μεγάλο μέρος βοήθειας δίδεται από φίλους ή συγγενείς. Μελέτες έδειξαν ότι συνήθως η σύζυγος και τα ενήλικα παιδιά είναι αυτοί που προσφέρουν φροντίδα στους ηλικιωμένους όταν χρειάζεται (Stoller and Earl, 1983). Σύμφωνα με το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο για τους Ηλικιωμένους (Federal Council on Aging, 1994), οι γυναίκες αποτελούν το 60% του πληθυσμού που έχει υπερβεί το 65^ο έτος ηλικίας. Το γεγονός αυτό έχει αποτέλεσμα να παραμένουν πολλές γυναίκες χωρίς βοήθεια στην μελλοντική τους ζωή, ενώ οι περισσότεροι άντρες να έχουν μία σύζυγο να βασιστούν όσον αφορά στη φροντίδα τους. Από τους ηλικιωμένους που έχουν υπερβεί το 85% έτος της ηλικίας το 50% των ανδρών και μόνο το 8% των γυναικών είναι έγγαμοι (Rosenwaike, 1985).

Η επιθυμία των ηλικιωμένων να παραμένουν στα σπίτια τους όσο το δυνατό μεγαλύτερο διάστημα οδήγησε στην ίδρυση επίσημων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας (Lorata, 1971; Schorr, 1980). Υπηρεσίες όπως νοσηλευτική φροντίδα, οικιακή βοήθεια, προμήθεια φαγητού και είδη τροφίμων, φροντίδα από την κοινωνική υπηρεσία (Neary, 1993) καθιστούν τους ηλικιωμένους ικανούς να παραμένουν σε όσο το δυνατό καλύτερο λειτουργικό επίπεδο κατά τη διάρκεια που ζουν ανεξάρτητοι στα σπίτια τους (Beaulier, 1991; Wieland, Ferrell and Rubenstein, 1991). Τα προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας, υπό την επίβλεψη επίσημων φορέων, όπως οι Δήμοι και οι Κοινότητες, προσφέρουν τις προαναφερόμενες υπηρεσίες, όχι μόνο στους κατοίκους των πόλεων, αλλά και σε ηλικιωμένους με μειωμένη δυνατότητα μετακίνησης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που εδρεύουν στις πόλεις (Parkinson, 1981).

Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της παρούσας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος 'Βοήθεια στο Σπίτι' στο Δήμο Ηρακλείου με στόχο τη διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών για τη ενίσχυση των υπάρχοντων στρατηγικών, δομών ώστε να δημιουργηθούν δυνατότητες βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, υγείας και ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων

Α΄ Μέρος

Κεφάλαιο 1

1.1 Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας

Διεθνώς η πλειοψηφία των μελετών ικανοποίησης αφορούν στην ικανοποίηση κυρίως των ασθενών από τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Lee and Kasper, 1998; Yucelt, 1994), ενώ λιγότερες έχουν ασχοληθεί με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας. Όλες όμως επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ των προσδοκιών και στη διάψευση των προσδοκιών της ζωής (Churchill, Jr. and Suprenant, 1982; Spreng, Mackenzie, and Olshavsky, 1996; Bearden and Teel, 1983).

Σύμφωνα με μελέτες η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους χρήστες και τους προμηθευτές φροντίδας αποτελεί ένα σημαντικό προσδιοριστή ικανοποίησης. Οι Bitner, Booms και Tetreault (1990) διερεύνησαν την αλληλεπίδραση αυτή και κατέληξαν στο ότι υπάρχει θετική και αρνητική αποτίμηση μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα αναγνωρίστηκαν τρεις κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν την ανταπόκριση των προμηθευτών στην αποτυχία του προϊόντος, την ανταπόκριση στις επιθυμίες των καταναλωτών και την εκούσια προσφερθείσα συμπεριφορά των προμηθευτών. Για παράδειγμα, στην πρώτη κατηγορία, οι προμηθευτές κατόρθωσαν να αντιστρέψουν την αρνητική σε θετική αποτίμηση διαμέσου της αλληλεπίδρασης τους με τον καταναλωτή. Γενικά διαπιστώθηκε ότι η ο βαθμός ικανοποίησης διαφέρει ανάλογα με τον τύπο των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Η μελέτη PASSPORT (Kunkel, Murdoch, Straker, Applebaum, 1991) που διεξήχθη στο Οχάιο, διερεύνησε την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την κατ' οίκον φροντίδα, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο HCSM του καθηγητή Geron. Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε υψηλό σκορ ικανοποίησης σχετικά με τις παρεχόμενες κατ' οίκον υπηρεσίες.

Ο τομέας της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Leicestershire, διεξήγαγε το 1995 μια παρόμοια έρευνα διάρκειας πέντε μηνών. Βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι γενικά ήταν ικανοποιημένοι από την προμήθεια των υπηρεσιών παρόλο που δεν συμπεριλαμβανόταν η υπηρεσία της οικιακής βοήθειας. Οι ηλικιωμένοι έδωσαν

μεγάλη βαρύτητα στην παροχή μόνιμης βοήθειας, στην ευγενική αντιμετώπισή τους και στην παροχή πληροφοριών.

Τον Δεκέμβριο του 1993, το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Πρόνοιας της Ιαπωνίας (National Social Welfare Council) διεξήγαγε μελέτη η οποία αφορούσε στα χαρακτηριστικά των χρηστών των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας, στην αιτία χρήσης των υπηρεσιών αυτών και στην διερεύνηση των αναγκών τους. Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής μετρήθηκε η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η ικανοποίηση αυτή ήταν πολύ μεγάλη λόγω της εύκολης πρόσβασης και της ευγένειας του προσωπικού.

Επίσης κατά τη διάρκεια του 2002 – 2003, το Office for National Statistics (ONS) διεξήγαγε μελέτη στην Αγγλία, υπό την αιγίδα του Social Policy Research Unit (SPRU), με σκοπό την διερεύνηση των εμπειριών των χρηστών από την κατ' οίκον φροντίδα και την μέτρηση της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες αυτές.

Η Area Agency on Aging 1-B είναι μια μη κερδοσκοπική υπηρεσία υποστηριζόμενη από την πολιτεία του Michigan και από το Federal Older Americans Act. Η υπηρεσία αυτή διενεργεί ετήσια έρευνα για την ικανοποίηση των ηλικιωμένων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας στην περιφέρειά της. Σκοπός της πέρα από την μέτρηση της ικανοποίησης είναι η διερεύνηση τυχόν αδυναμιών της κατ' οίκον φροντίδας και η διόρθωση αυτών.

Η πλειοψηφία των μελετών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι λόγω της συνεχιζόμενης αύξησης των αναγκών των χρηστών, χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια για να αντεπεξέλθουν οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας.

1.2. Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας για τους ηλικιωμένους

Οι πρώτες προσπάθειες για μια Πολιτική Γήρατος η οποία καθορίζει μια εξειδικευμένη κοινωνική δράση με συνοχή για το Γήρας, αρχίζουν να παρουσιάζονται από τη δεκαετία του 1960 στα Ευρωπαϊκά κράτη και στις Η.Π.Α. Έκτοτε Διεθνείς Οργανισμοί, όπως το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών και πιο πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, εντάσσουν στα Προγράμματά τους τα θέματα Υγείας Ηλικιωμένων, και τούτο διότι όλο και περισσότερο διαφοροποιείται η θέση τους από τον ενεργό πληθυσμό, αποτελώντας μια άλλη πληθυσμιακή ομάδα κοινωνικής υποβάθμισης και σ' ένα ποσοστό στα όρια της φτώχειας.

Στη Βρετανία, σε ότι αφορά στην φροντίδα στην κοινότητα, τα τελευταία χρόνια επιδιώχτηκε η δημιουργία μιας «μικτής οικονομίας παροχής φροντίδας» όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το σχέδιο νόμου White Paper: Caring for People:

Community Care in the next decade and beyond (1989), όπου η αξιοποίηση του εθελοντικού, μη κερδοσκοπικού καθώς και του ιδιωτικού τομέα από τις κρατικές ή τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες αποτελεί μια στρατηγική επιλογή της πολιτείας στην διαδικασία αναζήτησης περισσότερο οικονομικών λύσεων, της αποκέντρωσης και της ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο η Βρετανία έχει προχωρήσει αρκετά προς την κατεύθυνση σύναψης συμβολαίων (contracting) με εθελοντικούς φορείς και οργανισμούς. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η Γαλλία όπως και η Ιταλία. Με το σύστημα αυτό κρατικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο συνάπτουν συμβόλαια- τα οποία περιλαμβάνουν κανονισμούς και όρους για το τι θα προσφέρεται και πως - με εθελοντικές οργανώσεις ή κερδοσκοπικές επιχειρήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε συγκεκριμένες κατηγορίες «πελατών» (Alcock and Christensen, 1995) .

Στη συνέχεια παραθέτουμε μια σύντομη αναφορά στον τρόπο λειτουργίας προγραμμάτων «Φροντίδας Στο Σπίτι» που υλοποιούνται σε διάφορες χώρες και συγκεκριμένα στη Σουηδία, στον Καναδά, στην Ιαπωνία και στην Αυστραλία

1.2. 1 Αυστραλία

Το πρόγραμμα «Φροντίδα στο σπίτι και στην κοινότητα» είναι το κυριότερο στοιχείο της πολιτικής της Κυβέρνησης της Αυστραλίας για την φροντίδα των ηλικιωμένων, προωθώντας κοινωνικές 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.
- 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 οι εξής:

- νοσηλευτική φροντίδα
- ιατρική φροντίδα
- γεύματα και άλλες υπηρεσίες φαγητού
- οικιακή βοήθεια
- εργασίες συντήρησης του σπιτιού
- προσωπική φροντίδα

- μεταφορές των ηλικιωμένων
- συντροφιά
- 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.

Κοινοτικά Κέντρα Αποκατάστασης

Ομάδες από ειδικευμένους γιατρούς προωθούν μία ποικιλία από θεραπείες με άμεσο 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.

Καθορισμός της φροντίδας των ηλικιωμένων

Είναι ένα πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από την Αυστραλιανή Κοινοπολιτεία και της Κυβέρνησης, διαμέσου του Εθνικού προγράμματος καθορισμού της φροντίδας των ηλικιωμένων. Σκοπός του είναι να εξασφαλίσει την πρόσβαση των μη αυτοεξυπηρετούμενων στις υπηρεσίες τις οποίες χρειάζονται. Κατέχει σημαντική θέση στο σύστημα φροντίδας καθώς είναι ο συνδεδετικός 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.

Ομάδες καθορισμού φροντίδας ηλικιωμένων

Σκοπός του προγράμματος είναι 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.

1.2.2 Καναδάς- Κεμπέκ

Για πολλά χρόνια ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης του Καναδά έχει προτείνει μία «ενεργή ενηλικίωση», δηλαδή να επιτραπεί 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
- προσωπική φροντίδα

Ανεξάρτητα από το διάστημα που το άτομο χρειάζεται Φροντίδα Στο Σπίτι, οι ανάγκες του πρέπει να καθοριστούν διαμέσου ενός διαγράμματος εκτίμησης το οποίο χρησιμοποιείται εγκάρσια σε ολόκληρο το Κεμπέκ : το πολύ- πελατειακό εργαλείο. Η χρήση αυτού του μέσου είναι που θα καθορίσει εάν το άτομο θα είναι αποδέκτης υπηρεσιών στο σπίτι. Η κατάσταση υγείας του ατόμου, η δυνατότητα να διευθετηθούν οι καθημερινές δραστηριότητες, και η υποστήριξη που παρέχεται από την οικογένεια και τους φίλους είναι βασικά στοιχεία στην αξιολόγηση ενός αιτήματος για οικιακή φροντίδα. Κάποιες φορές, μερικές από τις παραπάνω

υπηρεσίες και κυρίως προετοιμασία του φαγητού παρέχονται από εθελοντικές οργανώσεις.

Οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες που προσφέρονται από το πρόγραμμα «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας» περιλαμβάνουν προγράμματα που προσαρμόζονται στις δύσκολες καταστάσεις που ορισμένοι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν. 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.

Κατοικία για τα εξαρτώμενα άτομα

Εκείνοι που θεωρούν 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 multicientele, 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. Όσο το δυνατόν περισσότερο τα στελέχη του προγράμματος «Υπηρεσίες Οικιακής Φροντίδας και Βοήθειας» θα προσπαθήσουν να λάβουν υπόψη τις προτιμήσεις του ηλικιωμένου στην επιλογή του νέου περιβάλλοντος διαβίωσης.

Σπίτια ηλικιωμένων ή Ενδιάμεσοι πόροι

Αυτοί οι δύο τύποι κατοικιών δημιουργήθηκαν για να προσφέρουν στους εξαρτώμενους ανθρώπους ένα περιβάλλον όσο το δυνατόν πιο ζεστό και πιο φιλικό και στο οποίο θα 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 επιλεγθεί, το εισόδημα του ατόμου, τους πόρους χρηματοδότησης και τις οικογενειακές υποχρεώσεις.

Εγγόριες προσαρμογές για την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων

Είναι ένα πρόγραμμα που επιχορηγεί τους χαμηλού εισοδήματος ηλικιωμένους 65 ετών και άνω, και έχει ως 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.

1.2.3 Σουηδία

Η Σουηδία έχει ένα εκτενές σύστημα φροντίδας για τους ηλικιωμένους στο σπίτι. **Στόχος** είναι η παραμονή του εξυπηρετούμενου στο φυσικό κοινωνικό του περιβάλλον και αυτό επιτυγχάνεται με **βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όπως καθαριότητα, ψώνια, πληρωμές λογαριασμών, μαγείρεμα, βοήθεια στο πλύσιμο των ρούχων, ατομική υγιεινή, συνοδεία 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 αυτών (caregivers) παρέχονται από το Κράτος και χρηματοδοτούνται κυρίως από τα φορολογικά έσοδα. Οι άτυποι φροντιστές (caregivers) όπως οι συγγενείς, οι φίλοι και οι γείτονες είναι για να συμπληρώσουν το παρεχόμενο έργο των επίσημων φροντιστών. Το Κράτος οφείλει να ακολουθήσει την αρχή ότι, 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.

Δεδομένου ότι οι δημόσιες υπηρεσίες στο σπίτι παρέχονται κατά προτίμηση στα άτομα εκείνα που είναι αδύναμα και ζουν μοναχικά χωρίς συγγενείς, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να παραμείνουν στο σπίτι αυξάνουν την ανάγκη

βοήθειάς τους. Η διαδικασία ένταξης ενός ηλικιωμένου στο πρόγραμμα είναι περίπου όμοια με αυτή του προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι». Γίνεται το αίτημα από τον ενδιαφερόμενο, εξετάζεται, και έπειτα, μετά από επίσκεψη του υπευθύνου στον χώρο του ηλικιωμένου για την λήψη ιστορικού αποφασίζεται αν χρειάζεται βοήθεια, σε ποιο βαθμό και με τι συχνότητα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στα μέσα της δεκαετίας του 1990 έκαναν την εμφάνιση τους οι πρώτες ιδιωτικές επιχειρήσεις που στόχο είχαν 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 ένα ειδικό ανώτερο υπάλληλο ο οποίος θα αξιολογήσει την ανάγκη του ηλικιωμένου και θα αποφασίσει σε πιο 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.

Διαδεδομένος είναι ο θεσμός «**Σπίτια των ηλικιωμένων**» για όσους που παρόλο που είναι αποδέκτες του προγράμματος φροντίδα στο σπίτι δεν μπορούν να επιβιώσουν στην καθημερινότητά τους. Η διαφορά με τα Ελληνικά γηροκομεία είναι ότι το κάθε άτομο έχει το δικό του δωμάτιο με ατομικό μπάνιο, ενώ του δίνεται η δυνατότητα να το επιπλώσει χρησιμοποιώντας τα δικά του έπιπλα.

Τέλος υπάρχουν και οι **οίκοι ευγηρίας** όπου παρέχεται φροντίδα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι κεντρικοί οίκοι ευγηρίας είναι συνήθως συνδεδεμένοι με το γηριατρικό τμήμα των νοσοκομείων και λειτουργούν ως παράρτημα αυτών ενώ οι τοπικοί οίκοι ευγηρίας λειτουργούν ανεξάρτητα από τα νοσοκομεία.

Στη Σουηδία εάν οι συγγενείς εγκαταλείπουν την εργασία τους και φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, μπορούν να υιοθετηθούν από τους δήμους ως «δωρητές – φροντίδας». Οι άτυποι φροντιστές caregivers 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, συν τις συνταξιοδοτικές πιστώσεις που θα είχαν λάβει στην κανονική τους απασχόληση. Οι υπάλληλοι έχουν το δικαίωμα για 60 μέρες το πολύ μέσα σε ένα χρόνο να

πληρώνονται από την κανονική τους εργασία αλλά να αφιερώνουν τον χρόνο τους στην φροντίδα των ηλικιωμένων μελών των οικογενειών τους.

Το πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλειας της Σουηδίας παρέχει υγειονομική περίθαλψη και καθολικές συντάξεις για όλους τους πολίτες της. Αυτά τα προγράμματα επιτρέπουν στους περισσότερους ηλικιωμένους να ζήσουν μια σχετικά άνετη ζωή.

1.2.4 Ιαπωνία

Στην Ιαπωνία οι κοινωνικές υπηρεσίες για την φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι δεν έχουν αναπτυχθεί αρκετά και οι λόγοι είναι οι εξής:

- Θεωρούν ότι ακόμη και αν ζητήσουν την βοήθεια από τις Κρατικές Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας, η οικογένεια θα χαρακτηριστεί ως φτωχή και ανήμπορη.
- Ο αριθμός των φροντιστών είναι πολύ μικρός.
- Αποτελεί ιαπωνικό έθιμο ότι η οικογένεια φροντίζει τα ανήμπορα μέλη αυτής και μόνο οι φτωχοί άνθρωποι μπορούν να εξαρτηθούν από την Κρατική "ευημερία".
- Δεν είναι και τόσο συνηθισμένο στην Ιαπωνία να προσκαλούνται άλλοι άνθρωποι στο σπίτι. Έτσι διστάζουν να ζητήσουν την βοήθεια των φροντιστών.
- Στην Ιαπωνία "το καθήκον των παιδιών να φροντίσουν τους γονείς τους" γράφεται στο ιαπωνικό αστικό δίκαιο.

Έτσι την φροντίδα τους αναλαμβάνουν κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό τα μέλη της οικογένειάς τους και κυρίως οι γυναίκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την «Οικογενειακή Καταστροφή» που προέρχεται από την αδυναμία των συγγενών να φέρουν σε πέρας το δύσκολο έργο της φροντίδας στο σπίτι και το οποίο αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα στην σύγχρονη Ιαπωνία. Μερικοί από τους λόγους είναι :

- Όλο και περισσότερες γυναίκες έχουν βγει στην αγορά εργασίας.
- Οι ηλικιωμένοι ζουν ολοένα και περισσότερα χρόνια
- Στις μεγάλες πόλεις η αναλογία των ηλικιωμένων που ζουν με τα παιδιά τους έχει μειωθεί ενώ αντίθετα έχει αυξηθεί η αναλογία των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους
- Μεγαλώνει το χάσμα μεταξύ των γενεών

Πρέπει να σημειωθεί ότι η οικογένεια παρόλο που επιχορηγείται από τον Δήμο με YEN(333) τον μήνα εάν φροντίζει ανήμπορους ηλικιωμένους στο σπίτι δεν είναι αρκετά προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες τους.

Έτσι οι ανάγκες περίθαλψης και φροντίδας των ανήμπορων και μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων καλύπτονται από τους οίκους ευγηρίας. Η Κυβέρνηση και το Κοινοβούλιο νομοθετούν και διατυπώνουν τις οδηγίες για το πώς οι ηλικιωμένοι θα φροντιστούν και για το ποιος θα φέρει την ευθύνη για τις διάφορες υπηρεσίες που τους παρέχονται εκεί.. Η επιλογή του οίκου ευγηρίας εξαρτάται από τον βαθμό ανάγκης που χρήζει ο εξυπηρετούμενος. Γενικά η ηλικία των ωφελούμενων που μένουν εκεί είναι άνω των 65 ετών. Δεν υπάρχει κανένας οικονομικός περιορισμός. Οι μηνιαίες αμοιβές που χρεώνονται από τους οίκους ευγηρίας είναι ανάλογα με το εισόδημα του κάθε ατόμου. Το υπόλοιπο του κόστους φροντίδας επιχορηγείται από το δήμο και την κεντρική κυβέρνηση. Τους δίνεται η δυνατότητα να μείνουν εκεί για όσο χρονικό διάστημα επιθυμούν ακόμα και μέχρι να πεθάνουν.

Ομάδες Αυτοβοήθειας

Οι οργανώσεις αυτοβοήθειας είναι ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που παρέχουν βοήθεια στο σπίτι για τους ηλικιωμένους, επιτρέποντας τους να ζήσουν ανεξάρτητα στο σπίτι. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 520 τέτοιες οργανώσεις που απασχολούν περίπου 60.000 φορείς παροχής υπηρεσιών και εξυπηρετούν περίπου 90.000 άτομα. Διαφέρουν από τις υπόλοιπες εθελοντικές οργανώσεις στο γεγονός ότι δέχονται αμοιβή για την παρεχόμενη υπηρεσία και αναπτύσσουν συστήματα ιδιότητας μέλους.

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών μπορούν εκτός της ανταμοιβής κατά την διάρκεια της απόδοσης υπηρεσιών τους να κερδίσουν ώρες προς χρήση στο μέλλον εάν κρίνουν ότι θα χρειαστούν ανάλογες υπηρεσίες. Τα μέλη αυτών των οργανώσεων εργάζονται όχι μόνο για την άμεση ή τη μελλοντική αποζημίωση αλλά και για την ανάπτυξη του εθελοντικού πνεύματος.

Ο πιο σημαντικός τύπος αυτού του είδους των οργανώσεων είναι οι Κοινοτικοί Εθελοντές που ως στόχο έχουν την παροχή υπηρεσιών στο σπίτι για τους μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους της κοινότητας.

Πριν από λίγα χρόνια η Ιαπωνική Κυβέρνηση ξεκίνησε μία πολύ σημαντική προσπάθεια με την εφαρμογή του ΧΡΥΣΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ (Ministry of Health and Welfare, 1993) που ως στόχο έχει την υιοθέτηση υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι, αυξάνοντας τον αριθμό των φροντιστών και δημιουργώντας σε κάθε δήμο ανάλογες υπηρεσίες (Adachi, Lubben, Tsukada, 2000). Διαμέσου του σχεδίου αυτού ενισχύεται και ο θεσμός του εθελοντισμού.

Κεφάλαιο 2

2.1 Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και η φροντίδα των ηλικιωμένων στην κοινότητα

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος μπαίνοντας στον 21^ο αιώνα, με δεδομένο ότι, στις αναπτυγμένες και στις περισσότερες χώρες αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων. Ορισμένα κράτη έχουν προσεγγίσει το όριο της αναπαραγωγής τους (2,1 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας), ενώ άλλα – μεταξύ αυτών και η Ελλάδα- εμφανίζουν δείκτες κάτω του ορίου αυτού.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονα τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4% που ήταν το 1951 σήμερα καλύπτουν το 16% του συνολικού πληθυσμού (ΕΣΥΕ, 2005). Σύμφωνα με κριτήρια του ΟΗΕ, μια χώρα χαρακτηρίζεται πληθυσμιακά νέα όταν το ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας είναι κάτω του 4%, ώριμη όταν το ποσοστό είναι 7% και ηλικιωμένη όταν είναι άνω του 7% (Βιολάκη, 1993).

Επίσης, οι κοινωνικο-οικονομικές εξελίξεις που συντελέστηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, όπως η κρίση του κράτους πρόνοιας, η αποϊδρυματοποίηση και η αναδιάρθρωση των κοινωνικών υπηρεσιών, η προώθηση της ιδιωτικοποίησης στην κοινωνική πολιτική, σε συνδυασμό με την αύξηση των ηλικιωμένων, αλλά και των ατόμων με αναπηρία, έχουν φέρει στο επίκεντρο την συζήτηση σχετικά με την φροντίδα στην κοινότητα. Στο επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής της κοινότητας, σταδιακά εγκαταλείπεται το μοντέλο της κλειστής περίθαλψης και αναπτύσσονται δομές ανοικτού τύπου.

Στην Ελλάδα, σε ότι αφορά την φροντίδα στην κοινότητα παρά τις προσπάθειες αποκέντρωσης και τομεοποίησης που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια δεν έχουν επιτευχθεί τα επιθυμητά αποτελέσματα (Kallinikaki, 2003). Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται μια προσπάθεια μεταφοράς αρμοδιοτήτων από το κεντρικό επίπεδο στο τοπικό που δημιουργεί προσδοκίες για μια διαφορετικού τύπου αντιμετώπιση των τοπικών προβλημάτων και αναγκών. Ο Νόμος Καποδίστρια για τη συγκρότηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης δημιούργησε ένα διαφορετικό πλαίσιο προϋποθέσεων που παρά το έλλειμμα πόρων και πηγών, ευνοεί

το σχεδιασμό και εφαρμογή τοπικών αναπτυξιακών προγραμμάτων και πρωτοβουλιών, που στοχεύουν στην ανάπτυξη κοινωνικής φροντίδας και στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων και αναγκών, την αξιοποίηση ευρωπαϊκών κονδυλίων, διακοινοτικών συνεργασιών και την οργάνωση της τοπικής κοινωνίας (Ζαϊμάκης, 2002)

Η ανοικτή φροντίδα στη χώρα μας παρέχεται κυρίως στο πλαίσιο του δικτύου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με την δημιουργία των Κ.Α.Π.Η και την εφαρμογή των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»(Αμηρά Α., 1986).

2.2. ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων)

Η ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους, με τον ταυτόχρονο περιορισμό της ιδρυματοποίησης αυτών, αναγνωρίστηκε από την πολιτεία στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Για το σκοπό αυτό ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία έθεσαν τις βάσεις για νέες προοπτικές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής για την τρίτη ηλικία (Γεωργούση Ε.)

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1979 όταν στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο, ενώ στη συνέχεια λειτούργησαν οχτώ Κέντρα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις (Α., 1993). Σήμερα, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης λειτουργούν περισσότερα από 300 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα.

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των ΚΑΠΗ είναι το Ν.Δ.162/1974, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227). Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν.1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ. Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, των δήμων και των κοινοτήτων, καθώς και των ΚΑΠΗ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Κρεμαλής Κ., 1990).

Σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων,
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση.

Οι βασικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το ΚΑΠΗ είναι:

Η οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και ιατρικής φροντίδας (Γεωργούση Ε., 2001), η προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους, η παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας, η βοήθεια στο σπίτι στις περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης και η συμμετοχή σε εκδρομές και εκδηλώσεις.

Κεφάλαιο 3

3.1 Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα

Το 1997 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα Κ.Α.Π.Η., αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας για μια πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων ξεκίνησε την εφαρμογή του εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι που συγχρηματοδοτούνται από το Γ΄Κ.Π.Σ. και Εθνικούς Πόρους. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 751 Ο.Τ.Α (πάνω από το 80% των Δήμων) με ετήσιο κόστος λειτουργίας 35,76 εκ. € (12,19 δις δρχ.) και στόχος είναι να λειτουργήσει και στους 900 Δήμους της χώρας καθώς και στις μεγάλες κοινότητες, και να προσφέρει, στην πλήρη ανάπτυξή του, υπηρεσίες σε περίπου 80.000 ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα με έντονη κοινωνική αναφορά, καθώς αγγίζει την ευαίσθητη – και με σύνθετης υφής προβλήματα – κοινωνική ομάδα της τρίτης ηλικίας.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ψυχοκινητικά προβλήματα, με προτεραιότητα εκείνους που διαβιών μόνοι τους, που δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας και, των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. Απευθύνεται επίσης, σε άτομα που διαβιών με την οικογένειά τους, αλλά χρήζουν ψυχοσυναισθηματικής στήριξης είτε οι ίδιοι, είτε ο οικογενειακός τους περίγυρος.

Στον Δήμο Ηρακλείου λειτουργούν σήμερα έξι προγράμματα με τίτλο «Βοήθεια στο Σπίτι», τα οποία εντάσσονται στη λειτουργία των αντίστοιχων ΚΑΠΗ.

3. 2 Ανθρώπινο Δυναμικό

Το ΠΒΣ εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Παρέχονται υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας και Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας και ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών.

Οι κατηγορίες επαγγελματιών που εργάζονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί, και ως εξωτερικοί συνεργάτες ιατροί και φυσικοθεραπευτές.

Η κοινωνική λειτουργός

- Κάνει έρευνα των ατόμων που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα συνεργαζόμενη με διάφορους φορείς
- Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό του κάθε ατόμου και αφού κάνει έκθεση κοινωνικής έρευνας για κάθε άτομο, καταγράφει ένα πλάνο των υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφερθούν στα άτομα αυτά – ανάλογα με τις ανάγκες του – και από τα άλλα δύο μέλη της ομάδας.
- Αναλαμβάνει την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών
- Συνεργάζεται με υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ προκειμένου να διευθετηθούν διάφορα θέματα αυτών.
- Συνοδεύει σε Ιατρικά Κέντρα.
- Μαζί με τη νοσηλεύτρια κανονίζει τις επισκέψεις του γιατρού του προγράμματος εκεί που τον έχουν ανάγκη.
- Συνεργάζεται με τις εκκλησίες της περιοχής και τους συλλόγους για να καλυφθούν ανάγκες των μελών του προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια

- Λαμβάνει το ιστορικό υγείας του κάθε ατόμου.
- Κάνει μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης.
- Χορηγεί φάρμακα σύμφωνα με ιατρική συνταγή.
- Μεταφέρει σε Ιατρικά Κέντρα (ιδιωτικά και δημόσια).
- Προμηθεύει φάρμακα.
- Συνεργάζεται με το γιατρό του προγράμματος για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ.

- Ενημερώνει για θέματα υγείας, διατροφής και φαρμακευτικής αγωγής τα μέλη του προγράμματος.
- Σε συνεργασία με την οικογενειακή βοηθό αναλαμβάνει την ατομική καθαριότητα του κάθε ηλικιωμένου και ΑΜΕΑ.

Η οικογενειακή βοηθός αναλαμβάνει

- Την καθαριότητα του σπιτιού
- Την προμήθεια φαρμάκων και τροφίμων
- Την συνοδεία σε γιατρό σε συνεργασία με την νοσηλεύτρια ή με την κοινωνική λειτουργό
- Την πληρωμή λογαριασμών
- Και τέλος σε συνεργασία με την νοσηλεύτρια την ατομική καθαριότητά τους.

Ενώ το προσωπικό παραμένει το ίδιο ο αριθμός των περιστατικών συνεχώς αυξάνεται, με αποτέλεσμα να μειώνεται η συχνότητα επισκεψιμότητας, ο χρόνος παροχής υπηρεσιών ενώ παρουσιάζεται αδυναμία ένταξης καινούργιων περιστατικών. Παρατηρείται ένα συναισθηματικό δέσιμο των μελών της ομάδας με τους εξυπηρετούμενους με αποτέλεσμα να αδυνατούν να διαγράψουν από το πρόγραμμα όσα περιστατικά δεν χρήζουν πλέον υποστήριξης από αυτό. Η σταδιακή διακοπή παροχής υπηρεσιών είναι πολλές φορές η λύση του προβλήματος. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τους επαγγελματίες πόσο μάλλον για τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους η διακοπή της συνεργασίας όμως η ομάδα πρέπει να αντεπεξέλθει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων εκείνων των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν αποδεδειγμένη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.

Είναι συχνό το φαινόμενο να παραπέμπονται περιστατικά τα οποία δεν είναι στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων του προγράμματος. Και αυτό γιατί οι αρμόδιες υπηρεσίες θεωρούν ότι το Βοήθεια Στο Σπίτι είναι η λύση για όλα τα βαριά περιστατικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνεται το προσωπικό με αρμοδιότητες για τις οποίες πολλές φορές δεν είναι νομικά κατοχυρωμένο. Έτσι κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για αρτιότερη συνεργασία μεταξύ των δημόσιων φορέων κοινωνικής πρόνοιας και του προγράμματος ώστε να αντιμετωπίζονται οι πολυπροβληματικές περιπτώσεις άμεσα και αποτελεσματικά. Παρεμβαίνοντας ο κάθε φορέας στον τομέα δράσης που του αντιστοιχεί τότε είναι βέβαιο ότι το σύστημα κοινωνικής φροντίδας θα λειτουργήσει αρτιότερα και με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τον εξυπηρετούμενο και την τοπική κοινωνία.

Το πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι είναι ένας θεσμός ο οποίος θα έπρεπε να ενθαρρύνει και ενισχύει τον εθελοντισμό. Οι ανάγκες είναι πολλές, αλλά η ανταπόκριση της κοινωνίας παρά τις αρχικές προσδοκίες είναι περιορισμένη. Παρόλο που γίνονται προσπάθειες προσέλκυσης εθελοντών λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να αντιληφθούν την σημασία της προσφοράς στους ηλικιωμένους. Δεν είναι χάσιμο χρόνου αλλά ανάσα ζωής για όλους αυτούς που περιμένουν από τα στελέχη του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι να χτυπήσουν την πόρτα τους και να νοιαστούν για τις ανάγκες τους.

3.3 Νομοθετικό πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η Νομοθεσία για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ήλθε να στηρίζει την ευρωπαϊκές κατευθύνσεις για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου κοινωνικής προστασίας (υγειονομική περίθαλψη και μέριμνα) για τους ηλικιωμένους με το σκεπτικό ότι τα συστήματα κοινωνικής προστασίας δεν προβλέπουν, απλώς, παροχές σε χρήμα σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας ή συνταξιοδότησης, αλλά ταυτόχρονα βοηθούν την πρόσβαση των ατόμων στις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες μακροχρόνιας μέριμνας, το κόστος των οποίων συχνά υπερβαίνει τους οικονομικούς πόρους του ασθενούς και της οικογένειάς του. Σύμφωνα με το άρθρο 152 της συνθήκης για την δημόσια υγεία, η Ε.Ε. προσπαθεί να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 1999 στα πλαίσια ενός συνεδρίου με τίτλο : «Συντονισμένη στρατηγική για τον εκσυγχρονισμό της κοινωνικής προστασίας» έθεσε την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης ως ενός από τα κύρια θέματα για στενότερη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος του ίδιου προβλήματος είναι η ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας που τώρα αναγνωρίζεται ως μείζων κοινωνικός κίνδυνος που πρέπει να καλυφθεί από τα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Μακροχρόνια μέριμνα είναι η βοήθεια σε άτομα που δεν είναι ικανά να ζουν αυτόνομα και επομένως εξαρτώνται από τη βοήθεια άλλων στην καθημερινή τους ζωή. Οι ανάγκες τους για βοήθεια μπορούν να κυμαίνονται από τη διευκόλυνση της κινητικότητας, τα ψώνια, την προετοιμασία των γευμάτων και άλλες οικιακές εργασίες έως τη σωματική υγιεινή και τη χορήγηση τροφής στις πιο ακραίες περιπτώσεις.

Επειδή λόγω των μεταβολών που έχουν συντελεστεί στη δομή της αστικής κοινωνίας (κυρίως λόγω της αυξημένης απασχόλησης για την απόκτηση εισοδήματος) δεν μπορεί πλέον να αναμένεται μόνο από τους συγγενείς να παρέχουν φροντίδα στον ίδιο βαθμό απ' ό,τι στο παρελθόν, ένας αυξανόμενος αριθμός

ηλικιωμένων με εύθραυστη υγεία εξαρτώνται από επαγγελματίες παροχής φροντίδας οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο σπίτι του εξαρτώμενου ατόμου ή σε ειδικά ιδρύματα. Το κόστος της μακροχρόνιας μέριμνας πολύ συχνά υπερβαίνει τα τρέχοντα εισοδήματα του ατόμου που χρειάζεται φροντίδα. Έτσι, η ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας αποτελεί μείζονα κοινωνικό κίνδυνο και απαιτεί τη δημιουργία μηχανισμών κοινωνικής προστασίας.

Τέτοιοι μηχανισμοί κοινωνικής προστασίας λαμβάνουν πολύ διαφορετική μορφή μεταξύ των κρατών μελών. Σε μερικές χώρες, η οικογένεια εξακολουθεί να αναλαμβάνει την παροχή φροντίδας ή τη χρηματοδότησή της. Η δημόσια στήριξη, με τη μορφή της κοινωνικής αρωγής, μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών ή της τοποθέτησης σε ιδρύματα μέριμνας είναι διαθέσιμη μόνον εάν δεν υπάρχει στήριξη από την οικογένεια.

Τελευταία, η ζήτηση για βοήθεια στο σπίτι έχει αυξηθεί λόγω των δημογραφικών εξελίξεων και της ολοένα μεγαλύτερης κάλυψης του θέματος από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Είναι γεγονός ότι ακόμα και στην οικογενειοκεντρική Ελλάδα, που η φροντίδα των ηλικιωμένων θεωρείται παραδοσιακά οικογενειακή υπόθεση, καθώς οι οικογενειακές δομές αλλάζουν ολοένα και περισσότερο στρεφόμεστε στην ανάπτυξη προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι.

Στην Ελλάδα του 2000, στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ., άρχισε η συζήτηση για τους τρόπους ενσωμάτωσης της χώρας στις πολιτικές της Ε.Ε. (βλ. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κοινωνική Ενσωμάτωση = Εθνική Πολιτική για τους τομείς Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόνοιας) όσον αφορά στην ανάγκη μακροχρόνιας μέριμνας των κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμιακά ατόμων και ανάπτυξη ειδικών μηχανισμών κοινωνικής προστασίας.

Όμως, σχεδόν 30 χρόνια πριν (το Σεπτέμβριο του 1973) το Νομοθετικό Διάταγμα 162 (ΦΕΚ 227/24-9-1973) «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» στο άρθρο 2 προβλέπει ότι η προστασία αυτή «...δύναται να εκδηλούται ως ιδρυματική περίθαλψις ή ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχομένη υπό μορφήν ηθικής συμπαραστάσεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβιώσεως και περιθάλψεως αυτών».

Ειδική μνεία για τον προϋπολογισμό ή για το προσωπικό που θα αναλάβει αυτή τη δραστηριότητα δεν προβλέπεται. Αργότερα, το πρόγραμμα υλοποιήθηκε ως ανοιχτό πρόγραμμα μέσω των ΚΑΠΗ με ευθύνη της κοινωνικής υπηρεσίας του Ερυθρού Σταυρού.

Πάντως, παρόλο που η έμφαση στο νομοθετικό διάταγμα δίνεται στα ιδρύματα, είναι ενδιαφέρον από άποψη νομοθετικής πρωτοβουλίας το γεγονός ότι μία τόσο προοδευτική διάταξη κοινωνικού χαρακτήρα θεσπίζεται από μια δικτατορική κυβέρνηση, η οποία αναλαμβάνει και το κόστος υλοποίησής της, φυσικά από εθνικούς πόρους. Βέβαια, με τα γεγονότα που επακολούθησαν το 1974, αυτή η ιδέα υλοποιείται 30 χρόνια μετά, από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας μέσω των ΠΕΠ.

Με την Υπουργική Απόφαση 8084/20-2-2003 αναγορεύθηκαν οι Δήμοι ως δικαιούχοι φορείς για την πρόσληψη του αναγκαίου εξειδικευμένου προσωπικού για τη στελέχωση των ομάδων «Βοήθεια στο σπίτι».

Το νομικό πλαίσιο που αποτελεί σήμερα το νομολογιακό καταστάλαγμα όλων των προηγούμενων νομοθετικών ρυθμίσεων που αφορούν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 13-12-2004 με αριθμό ΦΕΚ 1845/Β, και πρόκειται για την Κοινή Υπουργική Απόφαση (Κ.Υ.Α.) τεσσάρων υπουργείων : α) Οικονομίας και Οικονομικών – Εσωτερικών β) Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης γ) Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και δ) Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με θέμα:

«Κωδικοποίηση / Τροποποίηση Κοινών Υπουργικών Αποφάσεων για το Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου - Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), στο πλαίσιο του Γ΄ ΚΠΣ».

Πολλά κράτη - μέλη της Ε.Ε. (όπως η Δανία και η Σουηδία) έχουν θεσπίσει ένα εκτεταμένο νομικό πλαίσιο με στόχο την ανάπτυξη συγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, από τους φορείς υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, τους ιατρικούς συλλόγους ή άλλους φορείς. Άλλες κυβερνήσεις έχουν θεσπίσει νόμους - πλαίσια που στη συνέχεια εφαρμόζονται σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο.

Θα περίμενε λοιπόν κανείς και στην Ελλάδα να δημιουργηθεί παράλληλα ένα νομικό πλαίσιο-δίκτυο που θα προέβλεπε, για παράδειγμα, τις δυνατότητες συνεργασίας του φορέα παροχής βοήθειας στο σπίτι με το φαρμακοποιό, τον ιατρό, κλπ. με συμβατική όμως σχέση των παραπάνω επαγγελματιών με την αναπτυξιακή εταιρεία.

Από την άλλη μεριά, σε όλες σχεδόν τις χώρες, έχουν καταβληθεί προσπάθειες να καθιερωθούν μέτρα για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών, ιδίως στο νοσοκομειακό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, σημαντικά είναι τα θέματα της παροχής στον ασθενή της ικανότητας να λαμβάνει ενημερωμένες

αποφάσεις, της παροχής επαρκούς ενημέρωσης και της διαφάνειας για τις υγειονομικές υπηρεσίες, τις εναλλακτικές θεραπείες και την πρόσβαση στα ιατρικά μητρώα. Για παράδειγμα, υπάρχουν σήμερα ειδικοί νόμοι για τα δικαιώματα των ασθενών στην Αυστρία, στη Φινλανδία και στη Δανία.

Τα περισσότερα κράτη μέλη διαθέτουν εθνικά πρότυπα ποιότητας για τη μέριμνα των ηλικιωμένων. Υπάρχουν, όμως, διαφορές ανάλογα με το αν αυτά είναι νομικά δεσμευτικά ή απλώς συστάσεις. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί, πάντως, ότι η Μεγάλη Βρετανία επανέφερε την αρμοδιότητα αυτή σε εθνικό επίπεδο με την ίδρυση ανεξάρτητου εθνικού φορέα, της Εθνικής Επιτροπής Προτύπων Μέριμνας (E.E.Π.Μ.) για τη ρύθμιση των υπηρεσιών κοινωνικής περίθαλψης και ανεξάρτητης υγειονομικής περίθαλψης. Σκοπός αυτής της νέας ρύθμισης είναι να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών και το επίπεδο προστασίας των ευάλωτων ομάδων, διαφυλάσσοντας και διατηρώντας, ταυτόχρονα, καλής ποιότητας ιδρύματα για τους ηλικιωμένους.

Μερικές χώρες, όπως η Γαλλία, έχουν αναπτύξει επίσης κριτήρια ποιότητας των διαδικασιών για τα ιδρύματα μέριμνας. Αυτή η ποιοτική προσέγγιση των υπηρεσιών κατ' οίκον βοήθειας περιλαμβάνει ειδικούς ποιοτικούς στόχους και την κατάρτιση μιας "στρατηγικής για τις συνθήκες και την ποιότητα των δομών αλλά και των παρεχομένων υπηρεσιών» ώστε να ακολουθείται ένα σύστημα κριτηρίων ποιότητας που θα εξασφαλίζει την τήρηση των όρων που θέτει το πρόγραμμα.

Η ιδρυματική περίθαλψη και η «βοήθεια στο σπίτι» είναι κομμάτια του ίδιου θεσμού, η δημιουργία ενός εθνικού φορέα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με παράλληλη όμως θέσπιση «ποιών» για παράβαση των όρων, π.χ. διακοπής της επιχορήγησης, θα δημιουργούσε μια αίσθηση ευθύνης και επαγγελματικής συνείδησης των φορέων παροχής κοινωνικής μέριμνας. Βέβαια, υπάρχουν οι θεσμοθετημένες διαδικασίες ελέγχου του προγράμματος από τα αρμόδια όργανα. Όμως οι ενέργειές τους έχουν κυρίως λογιστικό/οικονομικό χαρακτήρα. Επιθυμητό είναι ο φορέας ελέγχου να ενεργοποιήσει τους υπεύθυνους μηχανισμούς να παράγουν έργο προς την κατεύθυνση της εξέλιξης και βελτιστοποίησης του θεσμού, πράγμα που εκφεύγει των καθηκόντων των μονάδων ελέγχου.

Το όλο νομικό πλαίσιο της «Βοήθειας στο σπίτι» έχει διαχειριστικό χαρακτήρα, δηλαδή στοχεύει στη «στενή» παροχή κατευθυντήριων γραμμών για την εφαρμογή του προγράμματος. Δεν υπεισέρχεται αλλά ούτε καν παραπέμπει σε τρόπους επίλυσης θεμάτων που μπορούν να ανακύψουν για αστική ή ακόμη και ποινική ευθύνη των ομάδων εργασίας αλλά και γενικά των φορέων υλοποίησης του προγράμματος. Υπάρχει συμβατική υποχρέωση μεταξύ των μερών ή ρυθμίζεται κατά τις διατάξεις του κοινού δικαίου περί αποζημίωσης (άρθρο 914 επόμενα Α.Κ.).

Κατά το νόμο, βέβαια, όπου δεν υπάρχουν ιδιωτικές συμφωνίες ισχύουν οι γενικές περί δικαίου διατάξεις. Θα μπορούσε όμως να γίνει κάποια ρητή αναφορά σ' αυτές ώστε να διευκολύνεται η συνεργασία μεταξύ των εμπλεκομένων φορέων στο πρόγραμμα και εννοώ τους εργαζόμενους, τις δημοτικές αρχές και φυσικά τους βοηθούμενους.

3.4 Προβλήματα λειτουργίας των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι»

Ο τρόπος χρηματοδότησης των προγραμμάτων ο οποίος δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, δυσχεραίνει τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων είναι για τρία χρόνια, γίνεται όπως προαναφέρθηκε από το Γ' ΚΠΣ με την υποχρέωση των Δήμων να συνεχίσουν τη χρηματοδότηση για άλλα δύο χρόνια. Όπως είναι αντιληπτό λόγω της άσχημης οικονομικής κατάστασης των ΟΤΑ εξαιτίας της έλλειψης χρημάτων, καθίσταται επισφαλής η βιωσιμότητα των προγραμμάτων.

Η διαχείριση των προγραμμάτων στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ είναι προβληματική διότι δεν υπάρχει υπηρεσία που να παρέχει σε σταθερή βάση υποστήριξη στους Δήμους, οι οποίοι υλοποιούν τα προγράμματα. Δεν υπάρχει η επιθυμητή στενή διασύνδεση μεταξύ της κεντρική διοίκησης και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, αφού η πρώτη λαμβάνει τις τελικές αποφάσεις για τα προγράμματα και η δεύτερη απλά τα εφαρμόζει. Έτσι, δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά οι ανάγκες των πολιτών και δεν αξιοποιούνται οι πόροι κατά ορθολογικό τρόπο.

Η Επιτροπή Παρακολούθησης της ΚΕΔΚΕ, στα πλαίσια της εποπτείας των προγραμμάτων, λειτουργεί από το 1997, αλλά το έργο της για την προβολή, την παρακολούθηση και το συντονισμό των προγραμμάτων θα μπορούσε να είναι πιο αποτελεσματικό. Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται η έλλειψη ερευνητικής προσπάθειας για την αξιολόγηση της μέχρι τώρα πορείας του θεσμού στην Ελλάδα. Η έρευνα αξιολόγησης θα μπορούσε να συντελέσει στην προσπάθεια προσδιορισμού τομέων πρόσθετης ή εξειδικευμένης παρέμβασης, αποσαφήνισης ή πιθανής διαφορετικής οριοθέτησης των στόχων του προγράμματος, αλλά και της εξασφάλισης της προοπτικής συνέχισης και ενίσχυσής του (ΚΕΔΚΕ, 2002).

Όσον αφορά τη νομική βάση των προγραμμάτων, το γεγονός ότι στο ΠΒΣ εμπλέκονται στο σχεδιασμό, την εποπτεία και τη χρηματοδότησή του τρία Υπουργεία ανάγει σε προαπαιτούμενο για την επιτυχία του τον άρτιο συντονισμό τους, πράγμα ανέφικτο με τη σημερινή πραγματικότητα.

Β΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

Κεφάλαιο 4

4.1 Ορισμός της ικανοποίησης

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι προσπάθειες όλων των οργανισμών παγκοσμίως για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών εστιάστηκαν στις εκτιμήσεις του καταναλωτή για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματά τους με κρίσεις των καταναλωτών, στοχεύοντας να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης. Οι έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται, έτσι, από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητάς τους (Παπανικολάου, 2003).

Η ποιότητα είναι το μέτρο της ικανοποίησης των αναγκών του χρήστη. Στην μελέτη μας, την ικανοποίηση των ηλικιωμένων μπορούμε να τη δούμε σαν ένα μέτρο στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Η ικανοποίηση έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Κυριόπουλος και συν., 1990).

Οι καταναλωτές χρησιμοποιούν παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τον τύπο των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε δέκα κατηγορίες – κλειδιά που καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθοι:

- **Αξιοπιστία** (reliability): Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- **Ανταπόκριση** (responsiveness): Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν το χρήστη.
- **Ικανότητα** (competence): Απαραίτητα προσόντα – δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
- **Πρόσβαση** (access): Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.
- **Ευγένεια** (courtesy): Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.

- **Επικοινωνία** (communication): Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για να ακούσεις τις ανησυχίες του χρήστη.
- **Επαγγελματική πίστη**(credibility): Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
- **Κατανόηση** (understanding): Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.
- **Φυσικά χαρακτηριστικά** (physical tangibles): Εμφάνιση εργαζομένων, ευχάριστο περιβάλλον εργασίας.

4.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Στις περισσότερες χώρες, όπως προαναφέρθηκε, παρατηρείται μια αύξηση των ατόμων Τρίτης ηλικίας τα οποία με την συμπαράσταση κυρίως του κράτους προσπαθούν να επιτύχουν την παραμονή τους στο φυσικό οικογενειακό τους περιβάλλον εφαρμόζοντας προγράμματα «Φροντίδας στο Σπίτι». Η εφαρμογή των συγκεκριμένων προγραμμάτων συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καθώς τους ενδυναμώνει και τους επιτρέπει να ζουν αυτόνομα και ανεξάρτητα.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανάδειξη της μεγάλης σπουδαιότητας των προγραμμάτων αυτών για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Γενικότερα από τα αποτελέσματα των μελετών ικανοποίησης φαίνεται ξεκάθαρα πόσο πραγματικά οι υπηρεσίες αυτές αγγίζουν τις ανάγκες των χρηστών – ηλικιωμένων, επίσης, με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα της αποτύπωσης της γνώμης των χρηστών, μπορούν να αξιοποιηθούν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών (Κυριόπουλος – Γεωργούση – Γεννηματά, 1994).

Σκοπός της παρούσας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ‘Βοήθεια στο Σπίτι’ στο Δήμο Ηρακλείου με στόχο τη διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών για τη ενίσχυση των υπάρχοντων στρατηγικών, δομών ώστε να δημιουργηθούν δυνατότητες βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, υγείας και ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων

4.3 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα, που προέκυψαν από τον σκοπό, είναι τα παρακάτω:

1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η οικογενειακή κατάσταση έχουν σχέση με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των προγραμμάτων;
2. Ο παράγοντας «διαπροσωπικές σχέσεις» με τους προμηθευτές των υπηρεσιών των προγραμμάτων επηρεάζει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων;
3. Είναι ικανοποιημένοι οι ηλικιωμένοι από τις ικανότητες του προσωπικού του προγράμματος;
4. Οι επιλογές των παρεχόμενων υπηρεσιών ικανοποιούν τους ηλικιωμένους;
5. Η επάρκεια του συστήματος ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες των ηλικιωμένων;

4.4 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης

Ο Δήμος Ηρακλείου ανήκει στην επαρχία Μαλεβυζίου του Ηρακλείου Κρήτης και η έδρα του είναι το Ηράκλειο. Ο συνολικός πληθυσμός της περιοχής του Δήμου, βάση της τελευταίας απογραφής (2001), ανέρχεται σε 120.563 κατοίκους.

Στην παρούσα μελέτη, πληθυσμός αναφοράς και πληθυσμός στόχος ταυτίζονται. Αποτελούνται από τους ηλικιωμένους που κατοικούν στα όρια της διοικητικής περιφέρειας του Δήμου Ηρακλείου και εξυπηρετούνται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». Από τα αρχεία των προγραμμάτων υπολογίστηκαν περίπου 499 εξυπηρετούμενα μέλη από τα οποία επιλέχτηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία 84 άτομα, τα οποία αποτελούν το δειγματοληπτικό πλαίσιο.

Ως κριτήρια εισαγωγής στον πληθυσμό της μελέτης ορίστηκαν τα παρακάτω:

- ✓ Να εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα τουλάχιστον 3 μήνες
- ✓ Να έχουν μόνιμη κατοικία σε περιοχές του Δήμου Ηρακλείου
- ✓ Η ηλικία τους να είναι άνω των 60 ετών

4.5 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ψυχομετρικό ερωτηματολόγιο Home Care Satisfaction Measure (HCSM) ελεγμένο για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε αρχικά από το National Association of State Units on Aging. Για την χρησιμοποίησή του ζητήθηκε έγκριση από τον κατασκευαστή του, καθηγητή S. M. Geron Στο αγγλικό ερωτηματολόγιο έχουν γίνει οι κάτωθι ενέργειες μετάφρασης και προσαρμογής του: Η μετάφραση στα ελληνικά έγινε από δύο μεταφράστριες, η μία από τις οποίες έχει ως μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Ακολούθησε η παλίνδρομη μετάφραση (back translation) στα αγγλικά και από τις δύο μεταφράστριες.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο παράρτημα Ι και δομείται σε 4 θεματικές ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, ερωτήσεις επιλογής και συμπλήρωσης για τη συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων που αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στο χρόνο ένταξης των μελών στο πρόγραμμα και στο είδος των υπηρεσιών οι οποίες τους προσφέρονται. Η ενότητα αυτή κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια.

Οι επόμενες ενότητες περιλαμβάνουν το HCSM (Home Care Satisfaction Measure). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται χωριστά σε κάθε υπηρεσία που προσφέρεται στους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα η δεύτερη ενότητα αφορά στην Κοινωνική Υπηρεσία, η Τρίτη στην Υπηρεσία Υγείας και η τέταρτη στην Υπηρεσία Οικιακής Βοήθειας. Επίσης κάθε ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις με θετική και αρνητική σημασία.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις πενταβάθμιας επιλογής (Ναι σίγουρα, Ναι έτσι νομίζω, Ίσως ναι, ίσως όχι, Όχι δε νομίζω, Σίγουρα όχι), και μία μικτή ερώτηση κλειστής επιλογής πέντε διαβαθμίσεων και ανοικτού τύπου. Η τελευταία αυτή ερώτηση επαναλαμβάνεται σε κάθε ενότητα λόγω της μη χρήσης όλων των υπηρεσιών από όλους τους ηλικιωμένους.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει 16 όμοιου τύπου με την πρώτη ενότητα και την τελευταία ερώτηση που επαναλαμβάνεται ομοίως.

Η Τρίτη ενότητα περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις πενταβάθμιας επιλογής, 2 ερωτήσεις φίλτρο ώστε να καθοδηγείται ο εξεταζόμενος στην παράλειψη των άσχετων γι' αυτό ερωτήσεων και την τελευταία όμοια ερώτηση. Κάθε ερώτηση φίλτρο περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα πενταβάθμιας επιλογής.

4.5.1 Πιλοτική Μελέτη

Πριν αρχίσει η διεξαγωγή της μελέτης, το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε μικρό αριθμό ηλικιωμένων (10 άτομα), εξυπηρετούμενων από το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι», οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονταν στο δειγματοληπτικό μας πλαίσιο. Οι ερωτώμενοι είχαν ενημερωθεί για τον σκοπό της μελέτης και ζητήθηκε απ' αυτούς η γνώμη τους σχετικά με την τελική μορφοποίηση του ερευνητικού εργαλείου (Burns, 1995), σχετικά με τη σαφήνεια, την διατύπωση και τη συντακτική διάρθρωση των ερωτήσεων.

Η πιλοτική μελέτη διήρκεσε ένα μήνα (Φεβρουάριο 2006) και εξετάστηκε:

- ✓ Εάν η ενημέρωση για τον σκοπό της μελέτης ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια
- ✓ Εάν στις δημογραφικές ερωτήσεις υπήρχε η κατάλληλη διαθέσιμη απάντηση για κάθε ερωτώμενο

- ✓ Εάν οι ερωτήσεις ήταν σαφείς
- ✓ Εάν οι ερωτήσεις είχαν μονοσήμαντη έννοια
- ✓ Εάν η συντακτική διάρθρωση ήταν σωστή

Τα συμπεράσματα οδήγησαν στην αναδιατύπωση ερωτήσεων οι οποίες ήταν λιγότερο κατανοητές.

4.6 Συγκέντρωση Δεδομένων

Για την διεξαγωγή της μελέτης προηγήθηκε γραπτή ενημέρωση τόσο του Δημάρχου Ηρακλείου όσο και του Προέδρου των ΠΒΣ. Μετά την γραπτή έγκριση του Προέδρου των ΠΒΣ, ενημερώθηκαν οι υπεύθυνοι των ΠΒΣ οι οποίοι παρείχαν τα στοιχεία που ζητήθηκαν από τα αρχεία των προγραμμάτων. Τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις εισαγωγής στη μελέτη ενημερώθηκαν τηλεφωνικά από τον υπεύθυνο κάθε προγράμματος. Αφού συμφώνησαν να συμμετάσχουν, ακολούθησε τηλεφωνική επικοινωνία ώστε να οριστεί η ακριβής ημέρα και ώρα συνάντησής μας.

Κατά την επίσκεψη σε κάθε σπίτι, κάθε ηλικιωμένος /η ενημερωνόταν για τον σκοπό της έρευνας και ακολουθούσε η διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας και ότι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις θα ανακοινωθούν μόνο ως απρόσωπα στατιστικά αριθμητικά σύνολα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν παρούσης της ερευνήτριας για τη δυνατότητα παροχής διευκρινίσεων στον εξεταζόμενο – χρήστη των υπηρεσιών. Η διάρκεια συμπλήρωσης κάθε ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 20 – 30 λεπτά.

4.7 Στατιστική ανάλυση

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων, η καταχώριση αυτών σε λογιστικά φύλλα επεξεργασίας και στη συνέχεια η στατιστική τους επεξεργασία. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 13.0 σε συνδυασμό με το Microsoft Excel.

Κεφάλαιο 5

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Ο συνολικός πληθυσμός του δείγματος είναι 85 άτομα. Στη μελέτη, τελικά συμμετέχουν συνολικά 73 άτομα, εκ των οποίων οι 53 (72.6%) ήταν γυναίκες. Γενικότερα το δείγμα χαρακτηρίζεται «υπερηλικιωμένο», καθώς το 38,4% των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 60 – 75 ετών, ενώ το 61,6% είναι πάνω από 75 ετών.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία του δείγματος (42,5%) δηλώνει χρεία ή διαζευγμένοι, ενώ, το 39,7% δηλώνει έγγαμοι και το 17,8% άγαμοι (Πίνακας 1).

Η σύνθεση της οικογένειας σχετικά με τον αριθμό των παιδιών κατά 27,4% είναι χωρίς παιδιά. Ακολουθεί το 23,3% με δύο παιδιά, ενώ το 31,5% έχει πάνω από τρία παιδιά. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν ηλικιωμένοι με παιδιά που δεν τους προσφέρουν καμία βοήθεια. Συγκεκριμένα, από τους 13 ερωτηθέντες με 1 παιδί (17,8%) οι 3 δήλωσαν ότι δεν τους φροντίζουν τα παιδιά τους, από τους 17 με 2 παιδιά (23,3%) οι 6 δεν έχουν φροντίδα από αυτά (πίνακας 2).

Δημογραφικά στοιχεία μη απαντούντων

Από το αρχικό μέγεθος του δείγματος (85 άτομα) δε συμμετέχουν 12 άτομα, εκ των οποίων οι 8 είναι γυναίκες (66,7%) και οι 4 είναι άνδρες (33,3%) ($p=0,672$).

Αίτια μη απάντησης:

- ✓ Χρόνια ψυχική ασθένεια (4 άτομα)
- ✓ Περιστασιακή εξυπηρέτηση (5 άτομα)
- ✓ Απουσία (3 άτομα)

Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Από τα είδη των υπηρεσιών που παρέχονται από τα προγράμματα στους ηλικιωμένους, 65 άτομα (89%) δηλώνουν ότι λαμβάνουν φροντίδα από την Κοινωνική Υπηρεσία, 38 άτομα (52,1%) δέχονται τις υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοήθειας και 64 άτομα (87.7%) δέχονται τη φροντίδα των Υπηρεσιών Υγείας.

Σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες (46.6%) δηλώνουν ότι οι φροντιστές τους επισκέπτονται 3-4 φορές το μήνα. Οι επισκέψεις 2 φορές το μήνα (27,4%), 1 φορά το μήνα (15,1%) ακολουθούν, ενώ η μειοψηφία απαντά ότι τους επισκέπτονται καμία (4,1%) ή περισσότερο από 5 (6,8%) φορές το μήνα.

Αξίζει να αναφερθεί επίσης, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων (83,6%) δεν έχει επιπλέον φροντίδα επί πληρωμή (πίνακας 3).

Ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των ΠΒΣ

Κοινωνική Υπηρεσία

Από τους 65 ηλικιωμένους που λαμβάνουν φροντίδα από την Κοινωνική Υπηρεσία, διαπιστώνεται ότι στην πλειοψηφία τους παρουσιάζονται αρκετά ικανοποιημένοι σχετικά με τις υπό μελέτη διαστάσεις της ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, η διάμεσος (median) της μεταβλητής «θετικές διαπροσωπικές σχέσεις» είναι 1.7 με καλύτερο σκορ ικανοποίησης το 1 της πενταβάθμιας κλίμακας μέτρησης. Όσον αφορά τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις η διάμεσος είναι 5.0, με αρνητική κλίμακα μέτρησης (το 5 θεωρείται η πιο επιθυμητή απάντηση). Σχετικά με: την επιλογή των υπηρεσιών η διάμεσος είναι 4.0 (καλύτερο σκορ το 1 της πενταβάθμιας κλίμακας), με την ικανότητα του φροντιστή η διάμεσος είναι 1.5 (καλύτερο σκορ το 1), με την επάρκεια του συστήματος η διάμεσος είναι 1.0 (καλύτερο σκορ το 1)(πίνακας 4).

Δεν υπάρχει μια γενική επιρροή από κάποιο παράγοντα, παρόλα αυτά επιμέρους διαφοροποιήσεις συνάγονται από τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις (πίνακας 8) σε σχέση με το φύλο, με τους άνδρες να εκφράζουν χειρότερη άποψη σε σχέση με τις γυναίκες με μέση τιμή $4,68 \pm 0,38$ και $4,82 \pm 0,40$, αντίστοιχα ($p=0,052$).

Η ύπαρξη παιδιών που φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς δε διαφοροποιεί την ικανοποίηση των ως προς τις εξεταζόμενες διαστάσεις της ικανοποίησης. Αντίθετα, παρατηρείται ότι όταν υπάρχει επιπλέον φροντίδα επί πληρωμή υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση ως προς τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις ($p=0,024$) (πίνακας 7).

Ως προς την επιλογή των υπηρεσιών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση υπάρχει διαφοροποίηση, με τα άτομα σε χηρεία – διαζευγμένα να έχουν καλύτερη άποψη ($p=0,084$) (πίνακας 9). Όπως συνάγεται από τα στοιχεία, ο αριθμός των επισκέψεων των φροντιστών στους ηλικιωμένους δε διαφοροποιεί την ικανοποίησή τους.

Υπηρεσίες Υγείας

Φροντίδα από τις Υπηρεσίες Υγείας των προγραμμάτων λαμβάνει το 87,7% (64 άτομα) των ερωτηθέντων. Στην πλειοψηφία τους δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους φροντιστές, μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από την δυνατότητα επιλογής των υπηρεσιών, και πολύ ικανοποιημένοι από την ικανότητα των φροντιστών και την επάρκεια του συστήματος. Συγκεκριμένα, η διάμεσος (median) της μεταβλητής «θετικές διαπροσωπικές σχέσεις» είναι 1.7 με καλύτερο σκορ ικανοποίησης το 1 της πενταβάθμιας κλίμακας μέτρησης. Όσον αφορά τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις η διάμεσος είναι 5.0, με αρνητική κλίμακα μέτρησης (το 5 είναι το καλύτερο σκορ). Σχετικά με: την επιλογή των υπηρεσιών η διάμεσος είναι 4.0 (καλύτερο σκορ το 1), με την ικανότητα του φροντιστή η διάμεσος είναι 1.2 (καλύτερο σκορ το 1), με την επάρκεια του συστήματος η διάμεσος είναι 1.5 (καλύτερο σκορ το 1) (πίνακας 5).

Από τα 64 άτομα που λαμβάνουν υπηρεσίες Υγείας, παρατηρείται διαφοροποίηση ως προς την επιλογή των υπηρεσιών ανάλογα με το φύλο, με τους άνδρες να έχουν χαμηλότερο σκορ ικανοποίησης ($3,52 \pm 0,87$) σε σχέση με τις γυναίκες ($4,04 \pm 0,50$) με $p=0,005$. Την ίδια τάση ακολούθησαν και οι απαντήσεις των ατόμων της ηλικιακής ομάδας 60-75 ετών για την επιλογή των υπηρεσιών ($p=0,016$) (πίνακας 14).

Η ύπαρξη επιπλέον φροντίδας επί πληρωμή δεν διαφοροποιεί την ικανοποίηση των χρηστών ως προς τις εξεταζόμενες διαστάσεις της ικανοποίησης. Αντίθετα, παρατηρείται ότι όταν υπάρχουν παιδιά που φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους υπάρχει τάση διαφοροποίησης ως προς την επιλογή των υπηρεσιών ($p=0,080$) (πίνακας 14).

Ως προς την επιλογή των υπηρεσιών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, υπάρχει μία τάση διαφοροποίησης, όπου τα άτομα σε χηρεία – διαζευγμένα τείνουν να έχουν καλύτερη άποψη ($p=0,069$) (πίνακας 14). Αντίθετα, οι άγαμοι τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ως προς την ικανότητα των φροντιστών ($p=0,096$) (πίνακας 15). Ο αριθμός των επισκέψεων των φροντιστών στους ηλικιωμένους δε διαφοροποιεί την ικανοποίησή τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οικογενειακή Βοήθεια

Όπως διαπιστώνεται ένας στους δύο ηλικιωμένους περίπου λαμβάνει τη φροντίδα των οικογενειακών βοηθών (38 άτομα). Σύμφωνα με τα στοιχεία επιβεβαιώνεται η ικανοποίηση των σχετικά με την ανωτέρω υπηρεσία και η

ικανοποίηση στην πλειοψηφία τους, κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα.

Συγκεκριμένα, η διάμεσος της μεταβλητής «θετικές διαπροσωπικές σχέσεις» είναι 1.3 με καλύτερο σκορ το 1 της πενταβάθμιας κλίμακας. Όσον αφορά τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις η διάμεσος είναι 5.0, με αρνητική κλίμακα (καλύτερο σκορ θεωρείται το 5). Σχετικά με: την επιλογή των υπηρεσιών η διάμεσος είναι 4.0 (καλύτερο σκορ το 1), με την ικανότητα του φροντιστή η διάμεσος είναι 1.0 (καλύτερο σκορ το 1) και με την επάρκεια του συστήματος είναι 1.5 (καλύτερο σκορ το 1) (πίνακας 6).

Από το σύνολο των ηλικιωμένων που δέχονται τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοήθειας (N=38), παρατηρείται διαφοροποίηση ως προς το φύλο σχετικά με την επάρκεια των υπηρεσιών, με τους άνδρες να τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ($p=0,083$) (πίνακας 21). Επίσης, σχετικά με τη δυνατότητα επιλογής των υπηρεσιών διαφαίνεται μεγαλύτερη ικανοποίηση στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (μέση τιμή $3,88 \pm 0,80$ και $3,63 \pm 0,92$ αντίστοιχα) χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,568$) (πίνακας 19).

Η ηλικία σχετίζεται με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, με τους γεροντότερους (>75 ετών) να τείνουν να εκφράζουν καλύτερη άποψη ($p=0,071$) (πίνακας 17).

Η άποψη των ηλικιωμένων σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών (πίνακας 19) και με την ικανότητα των φροντιστών (πίνακας 20) φαίνεται ότι συσχετίζεται με την φροντίδα των παιδιών. Συγκεκριμένα υπάρχει θετική συσχέτιση με $p=0,069$ και $p=0,083$ αντίστοιχα. Όσον αφορά τη φροντίδα επί πληρωμή, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων.

Η συχνότητα των επισκέψεων παρουσιάζει μια μικρή τάση διαφοροποίησης σχετικά με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,098$) (πίνακας 18).

Παρατηρείται μια τάση διαφοροποίησης ως προς την οικογενειακή κατάσταση σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών και με την επάρκεια του συστήματος. Συγκεκριμένα οι έγγαμοι και τα άτομα σε χηρεία εκφράζουν καλύτερη άποψη σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών ($p=0,060$) (πίνακας 19). Αντίθετα, σχετικά με την επάρκεια του συστήματος φαίνεται ότι οι άγαμοι έχουν καλύτερη άποψη ($p=0,090$) (πίνακας 21).

Συνολική Ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των ΠΒΣ

Από τις 16 ερωτήσεις που αφορούν στην κοινωνική υπηρεσία οι 3 έχουν αρνητική κλίμακα μέτρησης. Στις υπηρεσίες υγείας αναφέρονται 15 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 6 έχουν αρνητική κλίμακα μέτρησης ενώ στην οικογενειακή βοήθεια εντάσσονται 15 ερωτήσεις, με τις 6 να βαθμολογούνται με αρνητική κλίμακα. Οι επιθυμητές απαντήσεις που δηλώνουν ικανοποίηση θεωρούνται αυτές με κλίμακα 1 και 2 (ναι, σίγουρα και ναι, έτσι νομίζω).

Από το σύνολο του δείγματος (73 άτομα), τα 65 άτομα λαμβάνουν κοινωνικές υπηρεσίες εκ των οποίων το 87,8% δηλώνει ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες αυτές (πίνακας 22). Σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας, από τα 64 άτομα που δέχονται αυτές τις υπηρεσίες, το 91,5% αναφέρει ικανοποίηση (πίνακας 23) αλλά, και για τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοήθειας το 93,3% των ατόμων δηλώνει ικανοποιημένο (πίνακας 24).

Κεφάλαιο 6

Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης για την μέτρηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», επέβαλε την επιλογή των 6 προγραμμάτων που λειτουργούν στο Δ. Ηρακλείου. Με τυχαία δειγματοληψία, με χρήση του προγράμματος SPSS 13.0, επιλέχτηκε το 25% των εξυπηρετούμενων ατόμων από κάθε πρόγραμμα, τα οποία αποτέλεσαν το δειγματοληπτικό πλαίσιο. Ο πληθυσμός είναι ομοιογενής πράγμα που δεν μας δεσμεύει στο μέγεθος του δείγματος, αφού εξασφαλίζουμε την ακρίβεια στη γενίκευσή μας (Παρασκευόπουλος, 1993).

Το ερωτηματολόγιο HCSM που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, από τον κατασκευαστή του καθηγητή Scott Miyake Geron. Έχει εφαρμοστεί στις Η.Π.Α σε περισσότερους από 6000 ηλικιωμένους που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα. Πρόκειται για αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο αρχικά εφαρμόστηκε σε μειονότητες περιοχών της Αμερικής. Μειονέκτημα της μελέτης ήταν ότι λόγω της δυσκολίας του πληθυσμού στην ανάγνωση, αποκλείστηκε το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Ως ιδανικότερη λύση θεωρήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πρόσωπο με πρόσωπο. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα: 1) Αποφυγή ανακολουθιών και παρερμηνειών 2) Δυνατότητα άντλησης περισσότερων πληροφοριών 3) Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες και ακολουθούσαν συγκεκριμένη σειρά 5. Η συνεντεύκτρια δημιουργούσε κλίμα εμπιστοσύνης, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού συνεργασίας του πληθυσμού. Το μειονέκτημα που λήφθηκε υπόψη ήταν η κατεύθυνση των ερωτήσεων από την συνεντεύκτρια (Crossley et al. 2002).

Ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ήταν αρκετά δύσκολο να λάβουμε. Οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπείς στα σφάλματα απάντησης (response bias), δίνοντας για παράδειγμα απαντήσεις που οι άλλοι θα ήθελαν να ακούσουν. Αυτό συμβαίνει πραγματικά διότι αισθάνονται ευάλωτοι (Geron, 2000) απέναντι στην πιθανότητα των επιβλαβών γι' αυτούς συνεπειών που μπορεί να προκύψουν, αν μάθουν οι προμηθευτές των υπηρεσιών την άποψη και τις ανησυχίες τους. Έτσι, η προσπάθειά τους να δώσουν μια καλή εικόνα, μπορεί να διαστρέβλωσε τα αποτελέσματα.

Ένα μέρος του πληθυσμού έπρεπε να πεισθεί να συμμετάσχει στην έρευνα. Διερευνούσε τα κίνητρα, ήταν καχύποπτοι και δύσπιστοι. Πρόβλημα αποτέλεσε η ταυτόχρονη έρευνα από άλλες υπηρεσίες, όπως το ΑΤΕΙ.

Περιορισμοί τέθηκαν από την γεωγραφική κατανομή του χώρου, όπου ένα άτομο όφειλε να προσεγγίσει ένα πληθυσμό με ιδιαιτερότητες. Ο χρόνος για τις μετακινήσεις ήταν μεγάλος, μιας και είχε να καλύψει μακρινές αποστάσεις αφού αρκετά μέλη του πληθυσμού διαβίωναν σε χωριά μέσα στα όρια του Δ. Ηρακλείου. Επίσης, λόγω του ότι τα ραντεβού κλείνονταν σύμφωνα με το πρόγραμμα των ηλικιωμένων και στο σπίτι των ιδίων, χρειαζόνταν αρκετή ώρα για τη γνωριμία και την συνέντευξη, αλλά και για την μετακίνηση. Τα πράγματα δυσκόλευαν λόγω του ότι οι οικείες των ηλικιωμένων δεν ήταν πάντα στα πιο προσβάσιμα σημεία.

Στην μελέτη αυτή, η πλειοψηφία του δείγματος (61,6%) ανήκει στους υπερηλικιωμένους (>75 ετών), γεγονός το οποίο δεν μας εκπλήσσει αφού αναμένεται ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων πάνω από 85 ετών θα τριπλασιαστεί έως το 2040 (Stone, 1999). Ο πληθυσμός αυτός είναι πιο ευάλωτος όσον αφορά την υγεία και την κοινωνικοποίηση σε σχέση με τους «νεότερους» σε ηλικία. Όσον αφορά τη σύνθεση της οικογένειας, το 31,5% των ερωτηθέντων έχει περισσότερα από 3 παιδιά και το 42,5% δηλώνει σε χηρεία ή διαζευγμένοι. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν ηλικιωμένοι που έχουν παιδιά, αλλά δεν τους φροντίζουν είτε λόγω μακρινής διαβίωσης είτε λόγω αδιαφορίας των παιδιών. Αυτό έχει ως συνέπεια την επιτακτική ανάγκη παρέμβασης των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι».

Η φροντίδα από την Κοινωνική Υπηρεσία, αλλά και από τις Υπηρεσίες Υγείας λαμβάνεται σε μεγάλο βαθμό από τους ηλικιωμένους, 89% και 87,7% αντίστοιχα. Είναι φυσικό λόγω ηλικίας, οι ηλικιωμένοι να χρήζουν ιατρονοσηλευτικής φροντίδας σε μεγάλο βαθμό. Η παροχή κατ' οίκον Υπηρεσιών Υγείας διευκολύνει τους ηλικιωμένους μιας και αποφεύγεται η συχνή μετακίνησή τους για εξετάσεις και η εισαγωγή τους σε νοσοκομεία, παρά μόνο σε επείγουσες καταστάσεις. Ένας στους δύο ηλικιωμένους δέχεται τη φροντίδα των οικογενειακών βοηθών. Στην πλειοψηφία τους βέβαια, οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν επιπλέον φροντίδα από συγγενείς και φίλους (Jones & Vetter 1984, Wenger 1985, Luker & Perkins 1987), κυρίως από τα παιδιά και τον/την σύζυγο (Stoller and Earl, 1983).

Γενικότερα, η παροχή υπηρεσιών από τα ΠΒΣ έχει αποτέλεσμα την μείωση της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων. Στην Αμερική μόνο 5% των ηλικιωμένων διαβιώνει σε ιδρύματα (Brakman, 1994). Είναι γεγονός ότι για κάθε άτομο πέρα των

65 ετών που ζει σε ίδρυμα αντιστοιχούν δύο ηλικιωμένοι με παρόμοια σωματική κατάσταση που λαμβάνουν τις υπηρεσίες των ΠΒΣ (Johnson and Grant, 1985).

Η μέτρηση της ικανοποίησης σχετικά με την κατ' οίκον φροντίδα βρίσκεται ακόμα στα πρώτα βήματα. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η κατάσταση της υγείας των μελών χρηστών των προγραμμάτων σχετίζεται με την ικανοποίηση που εκφράζουν (Curtis, 2005). Η ηλικία, το φύλο (κυρίως άνδρες), η μοναχική διαβίωση, η κατάσταση της υγείας και η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας από επίσημους φορείς αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες ικανοποίησης (Rabiner, 1992). Στην μελέτη αυτή όμως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά από τα δεδομένα που να υποδεικνύει διαφοροποίηση στο βαθμό ικανοποίησης ανάλογα με την ηλικία. Παρόμοια αποτελέσματα διεξήγαγε η μελέτη της Philips στο Κεντάκυ (Philips, 2001).

Προηγούμενες μελέτες αποδεικνύουν ότι η ικανοποίηση από την φροντίδα στο σπίτι διαφέρει συστηματικά σύμφωνα με κάποιους παράγοντες (Rabiner, 1992; Benjamin and Matthias, 2001). Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι ο αριθμός των επισκέψεων ο οποίος, αποτελεί σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης, συγκεκριμένα, όσο πιο πολλές ώρες αφιερώνουν οι φροντιστές στους ηλικιωμένους τόσο πιο υψηλή ικανοποίηση εκφράζουν (Struyk, Alexandrova, Belyakov, Chagin, 2004). Σε προηγούμενη μελέτη αντιθέτως, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση των ηλικιωμένων δεν σχετίζεται σημαντικά με τη συχνότητα των επισκέψεων των φροντιστών και την ύπαρξη επιπλέον βοήθειας επί πληρωμή (Struyk, Alexandrova, Belyakov, Chapin, 2004), συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει και η μελέτη αυτή. Αξιοσημείωτο βέβαια είναι ότι η ικανοποίηση σχετίζεται θετικά με τη συχνότητα της φροντίδας επί πληρωμή, με τους ηλικιωμένους να είναι λιγότερο κριτικοί απέναντι στους φροντιστές. Στη μελέτη μας διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια τάση διαφοροποίησης ως προς τον παράγοντα «θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις» με τα άτομα που έχουν φροντίδα επί πληρωμή να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες.

Σημαντικό είναι ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων (46,6%) που δέχεται την επίσκεψη των φροντιστών 3 – 4 φορές το μήνα, παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από τη φροντίδα αυτή. Ένα ποσοστό (20,1%) επιζητά επιπλέον επιλογή υπηρεσιών στις Υπηρεσίες Υγείας, κυρίως φυσικοθεραπείας, αλλά και διεύρυνση του ωραρίου των υπηρεσιών, ώστε να μπορούν να απευθύνονται οποιαδήποτε στιγμή έχουν ανάγκη. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ελλείψεις στη δομή των

προγραμμάτων οι οποίες πρέπει να αναζητηθούν, με απώτερο σκοπό την μελλοντική ενίσχυση των ΠΒΣ με περισσότερες υπηρεσίες.

Η οικογενειακή κατάσταση, κατ' εξοχήν τα άτομα σε χηρεία – διαζευγμένοι και οι άγαμοι εκφράζουν καλύτερη άποψη και για τις τρεις παρεχόμενες υπηρεσίες των ΠΒΣ. Αυτό δύναται να εξηγηθεί, εάν λάβουμε υπόψη ότι πρόκειται για μοναχικά ηλικιωμένα άτομα. Με την παρουσία των φροντιστών μέσα στο σπίτι τους και με το ενδιαφέρον που δείχνουν για τα προβλήματα και την υγεία τους, οι ηλικιωμένοι αυτοί δεν αισθάνονται πλέον μοναξιά. Ακόμα και η ελάχιστη προσφορά των φροντιστών τους προσφέρει σιγουριά και ικανοποίηση (Netten et al., 2004).

Παρόμοια μελέτη αναφέρει ότι η πλειοψηφία του δείγματος (90%) θεωρεί ότι είναι επαρκής η συχνότητα των επισκέψεων και τα τρία τέταρτα δηλώνουν ότι οι φροντιστές πράττουν σύμφωνα με τις επιθυμίες των ηλικιωμένων, αλλά στην πράξη το ένα τρίτο πιστεύει ότι οι φροντιστές, περιστασιακά, αφιερώνουν λιγότερο χρόνο φροντίδας απ' ότι είναι υποχρεωμένοι. Πάνω από το 50% του δείγματος θεωρεί ότι οι φροντιστές είναι βιαστικοί και το ένα πέμπτο πιστεύει ότι δεν έρχονται στην προγραμματισμένη ώρα, με μόνο το 5% να μη γνωρίζει ότι οι φροντιστές πρόκειται να καθυστερήσουν (Netten et al., 2004). Στην παρούσα μελέτη αντίθετα, το 1,2% του δείγματος πιστεύει ότι οι φροντιστές δεν πράττουν σύμφωνα με τις επιθυμίες των ηλικιωμένων, το ίδιο ποσοστό περίπου θεωρεί ότι οι φροντιστές φεύγουν πολύ νωρίς, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία πιστεύει ότι οι φροντιστές έρχονται στην προγραμματισμένη ώρα με μόνο το 1,2% να μη γνωρίζει ότι πρόκειται να αργοπορήσουν.

Προτάσεις για την ενίσχυση του Προγράμματος

Η επιτυχία όλων των προγραμμάτων στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών εξαρτάται από το βαθμό ανταπόκρισης στα προβλήματα και στις ανάγκες των πολιτών. Θα πρέπει να αξιοποιηθεί η καταγραφή των ποιοτικών χαρακτηριστικών όσων εντάσσονται στο Πρόγραμμα, δηλαδή να καταγραφεί η ηλικία, το είδος προβλήματος, το οικογενειακό περιβάλλον, ο φορέας ασφάλισης, οι ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της περιοχής. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρξουν ενιαίες προδιαγραφές για την κάλυψη των αναγκών με αποτέλεσμα την εξασφάλιση ισότιμων υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες.

Είναι απαραίτητο να υπάρξει ευρύτερη ενημέρωση για τη λειτουργία του Προγράμματος έτσι ώστε οι πολίτες να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των

παρεχόμενων υπηρεσιών. Για το σκοπό αυτό, θα μπορούσε να προβληθεί περισσότερο στα έντυπα, τα ηλεκτρονικά μέσα και σε ομιλίες.

Επίσης, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων, δηλαδή του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Απασχόλησης, του Υπουργείου Εσωτερικών, της ΚΕΔΚΕ και η συνεργασία με τις τοπικές αρχές θα είχε ως αποτέλεσμα την ενημέρωση των διοικητικών υπηρεσιών για τη λειτουργία του Προγράμματος, την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των επαγγελματιών, την πραγματοποίηση αμοιβαίων επισκέψεων σε άλλες χώρες που υλοποιούν τέτοια Προγράμματα. Για την εξασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, απαραίτητη είναι η διαρκής επιμόρφωση της επιστημονικής ομάδας και η επανεκπαίδευσή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η προσέλκυση και η εκπαίδευση εθελοντών μπορεί να οργανωθεί σε πιο συστηματική βάση, αξιοποιώντας την εμπειρία του Ερυθρού Σταυρού και με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα εθελοντών πρόνοιας.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του ΠΒΣ είναι αναγκαίο να γίνουν ορισμένες σημαντικές παρεμβάσεις και να ενισχυθεί ο εξοπλισμός. Ειδικότερα χρειάζονται:

- Παθολόγος και χειρουργός για όλους τους εξυπηρετούμενους
- Φυσιοθεραπευτής για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ και τους ανασφάλιστους
- Ασθενοφόρο για μεταφορά σε νοσοκομείο
- Μεταφορικό μέσο για τις μετακινήσεις των μοναχικών ηλικιωμένων
- Παροχή ιατρικών αναλώσιμων ειδών σε κατάκοιτους
- Αριθμός κλήσης έκτακτων αναγκών
- Οικονομική ενίσχυση στους εξυπηρετούμενους που έχουν απάνθρωπο επίπεδο διαβίωσης.
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια στελεχών του προγράμματος
- Οικονομική ενίσχυση προς οικογένειες για την αναδοχή ηλικιωμένων

Προεκτάσεις – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας έχουν υψηλό οικονομικό κόστος, αλλά σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ποιότητα τους. Σε κάθε τοπική κοινωνία θα πρέπει να ενισχυθεί η προσπάθεια επιστημονικής καταγραφής και εκτίμησης των αναγκών της, έτσι ώστε έχοντας ένας αξιόπιστο κοινωνικό χάρτη να μπορούν να σχεδιαστούν μακροπρόθεσμες στρατηγικές παρέμβασης που να απαντούν στις πραγματικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Γνωρίζοντας ότι η μετατόπιση του κέντρου ευθύνης από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν το κυρίαρχο στοιχείο που διαμορφώθηκε και επεκράτησε μετά την συνδιάσκεψη της Alma – Ata, θα ήταν θεμιτό να διερευνηθεί περαιτέρω η πιθανότητα διεύρυνσης του ωραρίου λειτουργίας των προγραμμάτων, ώστε οι ηλικιωμένοι να έχουν τη δυνατότητα εξυπηρέτησης και παροχής ιατρο – νοσηλευτικής φροντίδας επί 24ώρου βάσεως.

Για την παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών, κρίνεται απαραίτητο να διεξαχθεί έρευνα αξιολόγησης της μέχρι τώρα πορείας του θεσμού των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» στον Δήμο Ηρακλείου, αλλά και σε όλη την Ελλάδα, με στόχο την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, διαφαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι γενικά από το προσωπικό των προγραμμάτων και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η ικανοποίηση του ίδιου του προσωπικού θα ήταν χρήσιμο να μετρηθεί σε μία επόμενη μελέτη, έτσι ώστε να έχουμε μια συνολική εικόνα των εμπλεκόμενων ατόμων στο σύστημα των προγραμμάτων αυτών. Θα είναι ωφέλιμο να γνωρίσουμε τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, είτε αυτά αφορούν τις συνθήκες εργασίας, είτε την έλλειψη των απαραίτητων προμηθειών για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του συστήματος και εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων, είτε την ανάγκη εκπαιδευτικών σεμιναρίων για την καλύτερη εξειδίκευση τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αμηρά., Γ. Ε., Τεπέρογλου Α. (1986). «Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Αθήνα, ΕΚΚΕ.

Βιολάκη Μ., (1993), «Υγεία και Τρίτη ηλικία: παγκόσμια αντιμετώπιση», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ., (1994), «Η ικανοποίηση των χρηστών στις Υπηρεσίες Ανοικτής Φροντίδας Υγείας», στο Γ. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση, κ.ά., *Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, σ. 25 – 34.

Γεωργούση Ε., Ο. Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ. «Αξιολόγηση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Πρόληψης, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων». Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Αθήνα.

Ζαϊμάκης, Γ. (2002) «Κοινοτική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.

ΚΕΔΚΕ (2002). «Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Αθήνα

Κρεμαλής Κ., Λ. Γ., Φλογαϊτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε., (1990). «Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και Αξιολόγηση ενός νέου Συστήματος». Αθήνα.

Παπανικολάου Βίκυ, (2003), «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των χρηστών», στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., (επιμ.), «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Ι.Ν. (1993). «Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας». Αθήνα.

Τεπέρογλου, Α. (1993). « Ο Θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη» στο «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία» Γ.Ε. Κυριόπουλος Γ., Σκουτέλης Γ., (επιμ.). Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα.

Ξενόγλωσση

Adachi K., Lubben E. J., Tsukada N. (2000). "Expansion of Formalized In – Home Services for Japan’s Aged”. Study Report of the Japan College of Social Work.

Bauld L., Chesterman J., Judge K. (2000). "Measures of satisfaction with social care amongst older service users: issues from the literature”. Health and Social care in the Community. vol. 8: 316.

Bearden, W.O. and Teel, J.E. (1983). "Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports." Journal of Marketing Research, 20(21-28).

Beaulieu, J.E. (1991). "The Quality of Home and Community-Based Services." Journal of Applied Gerontology, 10(1): 88-102.

Chiu L. (1997). "Family caregiver’s satisfaction with homecare in the Taipei Metropolitan Area”. Public Health Nursing. 14 (1): 42 – 45

Crossley Thomas F., Kennedy Steven. (2002). "The reliability of self-assessed health status”. Journal oh Health Economics. Vol 21. pp. 643 - 658

Benjamin A.E., Matthias R.E. (2001). "Age, Consumer Direction and outcomes of supportive Services at Home”. The Gerontologist. Vol 41(3):632-42.

Bitner, M.J., Booms, B.H., and Tetreault, M.S. (1990). "The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents." Journal of Marketing, 54(71-84). 24(5), 26-28

Brakman S. (1994). "Adult Daughter Caregivers”. Hasting Center Report

Churchill, G.A., Jr. and Surprenant, C. (1982). "An Investigation into the Determinants of Consumer Satisfaction." *Journal of Marketing Research*, 19(491-504).

Curtis M.P., Sales A.E.B., Sullivan J.H., Gray S.L., Hedrick S.C. (2005). "Satisfaction with care among community residential care residents". *Journal of Aging and Health*. 17 (1), 3 – 27.

Estes, C.L. and Bodenheimer, T. (1994). "Paying for Long-Term Care." *Western Journal of Medicine*, 160(1), 64-69.

Federal Council on the Aging (1994). *The Need for Home and Community-Based Long Term Care: A Rural Perspective*, Washington, DC: Federal Council on the Aging.

Geron S.M., Smith K., Tennstedt S., Jette A., Chassler D. & Kastenc. (2000). "The Homecare satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with homecare services". *Journal of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 55. S259 – 270.

Hobbs, F.B. (1999). *The Elderly Population*. U.S. Bureau of the Census.

Houde, S.C. (1998). "Predictors of Elders' and Family Caregivers' Use of Formal Services." *Research in Nursing and Health* , 21(533-543).

Japanese National Council on Social Welfare (Zenkokusyakaifukushi – kyogikai) (1994). "Research Report on Resident Participation In - Home Services in 1993 (RPT Organizations and Consumer Survey)". Tokyo

Johnson C. and Grant L. (1985). "The Nursing Home in American Society". Baltimore. MD: Johns Hopkins Press.

Jones D.A. & Vetter N.J. (1984) A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs. *Social Science and Medicine* **19** (5), 511–514.

Kiely, S.C. and Prince, P.L. (1994). "Long-Term Home Health Care for the Aged: The West Penn (Allegheny County, PA) Hospital Home Visit Program Experience." *Journal of Long-Term Home Health Care*, 13(2), 41-53.

Kunkel R. S., Murdoch D. L., Straker K. J., Applebaum A. R. (2001). "Examining Ways to Assess Consumer Satisfaction in Ohio' s PASSPORT Program", Scripps Gerontology Center.

Lee, Y. and Kasper, J.D. (1998). "Assessment of Medical Care by Elderly People: General Satisfaction and Physician Quality." *Health Services Research*, 32(6), 741-758.

Lopata, H. (1971). *Widowhood in an American City*, Cambridge, MA: Schenkman.

Luker K.A. & Perkins E.S. (1987) The elderly at home: service needs and provision. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 37, 248–250.

Ministry of Health and Welfare (1995). *New Gold Plan*. Tokyo: Health and Welfare Bureau for the Elderly.

Neary, M.A. (1993). "Community Services in the 1990s: Are They Meeting the Needs of Caregivers?" *Journal of Community Nursing*, 10(2), 105-111.

Netten A., Francis J., Jones K. and Bebbington A. (2004). "Performance and quality: user experiences of home care services". PSSRU Discussion Paper 2104/3.

Norgard, T.M. and Rodgers, W.L. (1997). "Patterns of in-Home Care Among Elderly Black and White Americans." *Journal of Gerontology Series B.Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(93-101).

Oliver, R.L. (1981). "Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Settings." *Journal of Marketing*, Fall(41-50).

Parkinson, L. (1981). "Improving the Delivery of Health Services to the Rural Elderly: A Policy Perspective." In *Toward Mental Health of the Rural Elderly*, P.K.H. Kim and C.P. Wilson (Eds.); Washington, DC: University Press of America, 223-239.

Phillips I. (2001). "Homecare Satisfaction Methodological Study". *The Humanities and Social Sciences*. 62: 1944 –A- 194.

Rabiner DJ. (1992). "The relationship between program participation, use of formal in-home care and satisfaction with care in an elderly population". *Gerontologist*. 32(6): 805-812.

Regnier, V. and Overton, J. (1997). "Factors Affecting the Growth of Assisted Living." *Balance*, July(18-19-38).

Rosenwaike, I. (1985). *The Extreme Aged in America: A Portrait of an Expanding Population*, Westport, CT: Greenwood Press,

Schorr, A. (1980). "Thy Father and Thy Mother..." a Second Look at Filial Responsibility and Family Policy. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Short, P. and Leon, J. (1990). *Use of Home and Community Services by Persons Aged 65 and Older With Functional Difficulties*. National Medical Expenditure Survey Research Findings 5, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville, MD: Public Health Service

Spreng, R.A., MacKenzie, S.B., and Olshavsky, R.W. (1996). "A Reexamination of the Determinants of Consumer Satisfaction." *Journal of Marketing*, 60(15-32).

Stoller, E. and Earl, L. (1983). "Helping With Activities of Everyday Life: Sources of Support for the Noninstitutionalized Elderly." *The Gerontologist*, 23(64-70).

Wenger C. (1985) *Care in the community. Changes in dependency and use of domiciliary services: a longitudinal perspective*. *Ageing and Society* 5, 143–159.

Wieland, D., Ferrell, B.A., and Rubenstein, L.Z. (1991). "Geriatric Home Health Care. Conceptual and Demographic Considerations." *Clinics in Geriatric Medicine*, 7(4), 645- 664.

Yucelt, U. (1994). "An Investigation of Causes of Patient Satisfaction/Dissatisfaction With Physician Services." *Health Marketing Quarterly*, 12(2), 11-28.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

α/α:

Αγαπητέ κύριε, κυρία,

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Υγεία – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σας ενημερώνουμε ότι θα διεξαχθεί μεταπτυχιακή εργασία με θέμα: **«Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι” του Δήμου Ηρακλείου»**

Η προσωπική σας συμμετοχή στην παραπάνω ερευνητική εργασία θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου να αναδειχθεί η αναγκαιότητα των υπηρεσιών αυτών αλλά και να συλλεχθούν πληροφορίες για τη βελτίωσή τους.

Σε κάθε περίπτωση σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί το ανώνυμο για κάθε συμμετέχοντα στην εργασία.

Με τιμή

Υπεύθυνη μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Περγάμαλη Μαρία

Νοσηλεύτρια

ΣΤ΄ Κ.Α.Π.Η.

Δ. Ηρακλείου

Ο επιβλέπων καθηγητής

Φιλαλήθης Αναστάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής

Τμήμα Ιατρικής

Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων ηλικιωμένων – μελών των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δ. Ηρακλείου

	Συχνότητα (N=73)	Ποσοστό (%)
Φύλο		
Άνδρες	20	27,4
Γυναίκες	53	72,6
Ηλικία		
60 – 75 ετών	28	38,4
>75 ετών	45	61,6
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμοι	29	39,7
Άγαμοι	13	17,8
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	31	42,5

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία παιδιών

	Αριθμός Παιδιών				
	Κανένα	1 παιδί	2 παιδιά	3 παιδιά	>=4 παιδιά
Παιδιά που φροντίζουν	0 0%	10 25%	11 27,5%	9 22,5%	10 25%
Παιδιά που δε φροντίζουν	20 60,6%	3 9,1%	6 18,2%	3 9,1%	1 3,0%
Σύνολο	20 27,4%	13 17,8%	17 23,3%	12 16,4%	11 15,1%

Πίνακας 3. Παρεχόμενες Υπηρεσίες

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Υπηρεσίες		
Κοινωνική Υπηρεσία	65	89,0
Υπηρεσία Υγείας	64	87,7
Οικογενειακή Βοήθεια	38	52,1
Επισκέψεις / μήνα		
Καμία	3	4,1
1 φορά	11	15,1
2 φορές	20	27,4
3 – 4 φορές	34	46,6
>5 φορές	5	6,8
Φροντίδα επί πληρωμή		
Ναι	12	16,4
Όχι	61	83,6

Πίνακας 4. Αριθμητικά περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών: θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, επιλογή υπηρεσιών, ικανότητα φροντιστή και επάρκεια συστήματος

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ		N	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Εύρος
ΘΕΤΙΚΕΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ	65	1,70 ± 0,51	1,67	1,00-3,67
ΑΝΤΙΑΨΕΙΣ					
ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ	65	4,78 ± 0,40	5,00	3,00-5,00
ΑΝΤΙΑΨΕΙΣ					
ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		65	3,76 ± 0,67	4,00	1,67-5,00
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ		65	1,60 ± 0,46	1,50	1,00-3,60
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ		65	1,32 ± 0,60	1,00	1,00-4,00

Πίνακας 5. Αριθμητικά περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών: θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, επιλογή υπηρεσιών, ικανότητα φροντιστή και επάρκεια συστήματος

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		N	Μέση τιμή ±τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Εύρος
ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ	64	1,72 ± 0,58	1,67	1,00-4,33
ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ	64	4,83 ± 0,51	5,00	2,50-5,00
ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		64	3,91 ± 0,66	4,00	1,00-5,00
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ		64	1,32 ± 0,43	1,20	1,00-3,80
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ		64	1,64 ± 0,48	1,50	1,25-4,50

Πίνακας 6. Αριθμητικά περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών: θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, επιλογή υπηρεσιών, ικανότητα φροντιστή και επάρκεια συστήματος

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		N	Μέση τιμή ±τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Εύρος
ΘΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ	35	1,42 ± 0,32	1,25	1,00-2,50
ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ	ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ	35	4,95 ± 0,14	5,00	4,50-5,00
ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		35	3,85 ± 0,69	4,00	2,00-5,00
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ		35	1,15 ± 0,20	1,00	1,00-1,75
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ		35	1,57 ± 0,34	1,50	1,00-2,50

Πίνακας 7. Ικανοποίηση ηλικιωμένων από την Κοινωνική Υπηρεσία σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

Κ.Υ. Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	19	1,82 ± 0,61	0,183
Γυναίκες	46	1,64 ± 0,46	
Ηλικία			
60 - 75	24	1,69 ± 0,60	0,666
>75	41	1,70 ± 0,46	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	27	1,77 ± 0,57	0,701*
Άγαμοι	11	1,70 ± 0,59	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	27	1,63 ± 0,42	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	36	1,69 ± 0,53	0,933
Όχι	29	1,70 ± 0,49	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	10	1,90 ± 0,35	0,024
Όχι	55	1,66 ± 0,53	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	13	1,72 ± 0,59	0,596*
2/μήνα	19	1,58 ± 0,35	
>3/μήνα	33	1,76 ± 0,55	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 8. Ικανοποίηση ηλικιωμένων από την Κ.Υ. σχετικά με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

Κ.Υ. Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	19	4,68 ± 0,38	0,052
Γυναίκες	46	4,82 ± 0,40	
Ηλικία			
60 - 75	24	4,69 ± 0,51	0,261
>75	41	4,83 ± 0,31	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	27	4,80 ± 0,35	0,460*
Άγαμοι	11	4,55 ± 0,69	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	27	4,85 ± 0,23	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	36	4,85 ± 0,23	0,381
Όχι	29	4,69 ± 0,52	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	10	4,90 ± 0,21	0,292
Όχι	55	4,75 ± 0,42	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	13	4,77 ± 0,44	0,939*
2/μήνα	19	4,74 ± 0,48	
>3/μήνα	33	4,80 ± 0,33	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 9. Ικανοποίηση ηλικιωμένων από την Κ.Υ. σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών

Κ.Υ. Επιλογή υπηρεσιών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	19	3,56 ± 0,75	0,257
Γυναίκες	46	3,84 ± 0,63	
Ηλικία			
60 - 75	24	3,74 ± 0,63	0,713
>75	41	3,77 ± 0,70	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	27	3,58 ± 0,64	0,084*
Άγαμοι	11	3,76 ± 0,45	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	27	3,94 ± 0,75	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	36	3,80 ± 0,68	0,590
Όχι	29	3,71 ± 0,68	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	10	3,60 ± 0,62	0,344
Όχι	55	3,79 ± 0,68	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	13	3,74 ± 0,61	0,835*
2/μήνα	19	3,68 ± 0,75	
>3/μήνα	33	3,81 ± 0,67	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 10. Ικανοποίηση ηλικιωμένων από την Κ.Υ. σχετικά με την ικανότητα των φροντιστών

Κ.Υ. Ικανότητα Φροντιστών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	19	1,73 ± 0,52	0,181
Γυναίκες	46	1,55 ± 0,43	
Ηλικία			
60 - 75	24	1,64 ± 0,56	0,940
>75	41	1,57 ± 0,40	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	27	1,66± 0,43	0,243*
Άγαμοι	11	1,77 ± 0,74	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	27	1,47 ± 0,30	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	36	1,51 ± 0,33	0,219
Όχι	29	1,71 ± 0,57	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	10	1,72 ± 0,47	0,224
Όχι	55	1,58 ± 0,46	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	13	1,76 ± 0,65	0,663*
2/μήνα	19	1,57 ± 0,33	
>3/μήνα	33	1,55 ± 0,44	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 11. Ικανοποίηση ηλικιωμένων από την Κ.Υ. σχετικά με την επάρκεια του συστήματος

Κ.Υ. Επάρκεια συστήματος			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	19	1,53 ± 0,84	0,249
Γυναίκες	46	1,24 ± 0,44	
Ηλικία			
60 - 75	24	1,35 ± 0,56	0,581
>75	41	1,30 ± 0,62	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	27	1,44 ± 0,68	0,255*
Άγαμοι	11	1,27 ± 0,47	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	27	1,22 ± 0,54	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	36	1,51 ± 0,33	0,662
Όχι	29	1,71 ± 0,57	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	10	1,55 ± 0,60	0,093
Όχι	55	1,28 ± 0,59	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	13	1,31 ± 0,48	0,484*
2/μήνα	19	1,45 ± 0,66	
>3/μήνα	33	1,26 ± 0,60	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 12. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες Υγείας σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές σχέσεις

Υ.Υ. Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	17	1,84 ± 0,80	0,660
Γυναίκες	47	1,67 ± 0,48	
Ηλικία			
60 - 75	22	1,77 ± 0,58	0,466
>75	42	1,69 ± 0,59	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	24	1,88 ± 0,73	0,403*
Άγαμοι	11	1,73 ± 0,65	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	29	1,59 ± 0,36	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	35	1,68 ± 0,45	0,955
Όχι	29	1,77 ± 0,71	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	11	1,90 ± 0,65	0,278
Όχι	53	1,68 ± 0,56	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	10	1,90 ± 0,45	0,241*
2/μήνα	18	1,65 ± 0,53	
>3/μήνα	36	1,70 ± 0,64	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 13. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες Υγείας σχετικά με τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις

Υ.Υ. Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	17	4,73 ± 0,58	0,295
Γυναίκες	47	4,86 ± 0,47	
Ηλικία			
60 - 75	22	4,75 ± 0,67	0,630
>75	42	4,87 ± 0,40	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	24	4,85± 0,50	0,119*
Άγαμοι	11	4,64 ± 0,74	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	29	4,88 ± 0,39	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	35	4,84 ± 0,48	0,749
Όχι	29	4,81 ± 0,54	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	11	4,72 ± 0,75	0,746
Όχι	53	4,84 ± 0,44	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	10	4,70 ± 0,63	0,365*
2/μήνα	18	4,81 ± 0,60	
>3/μήνα	36	4,88 ± 0,42	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 14. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες Υγείας σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών

Υ.Υ. Επιλογή υπηρεσιών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	47	3,52 ± 0,88	0,660
Γυναίκες	17	4,04 ± 0,50	
Ηλικία			
60 - 75	22	3,73 ± 0,55	0,016
>75	42	4,00 ± 0,70	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	24	3,83 ± 0,82	0,069*
Άγαμοι	11	3,64 ± 0,50	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	29	4,07 ± 0,53	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	35	4,03 ± 0,57	0,080
Όχι	29	3,76 ± 0,74	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	11	4,00 ± 0,44	0,713
Όχι	53	3,88 ± 0,70	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	10	4,10 ± 0,32	0,580*
2/μήνα	18	3,89 ± 0,47	
>3/μήνα	36	3,86 ± 0,80	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 15. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες Υγείας σχετικά με την ικανότητα των φροντιστών

Υ.Υ. Ικανότητα των φροντιστών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	47	1,42 ± 0,65	0,424
Γυναίκες	17	1,28 ± 0,32	
Ηλικία			
60 - 75	22	1,31 ± 0,30	0,522
>75	42	1,32 ± 0,49	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	24	1,33 ± 0,57	0,096*
Άγαμοι	11	1,49 ± 0,40	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	29	1,25 ± 0,28	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	35	1,29 ± 0,29	0,604
Όχι	29	1,35 ± 0,57	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	11	1,18 ± 0,19	0,246
Όχι	53	1,34 ± 0,46	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	10	1,28 ± 0,28	0,972*
2/μήνα	18	1,28 ± 0,28	
>3/μήνα	36	1,35 ± 0,52	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 16. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες Υγείας σχετικά με την επάρκεια των υπηρεσιών

Υ.Υ. Επάρκεια των υπηρεσιών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	47	1,75 ± 0,75	0,674
Γυναίκες	17	1,60 ± 0,33	
Ηλικία			
60 - 75	22	1,66 ± 0,31	0,215
>75	42	1,63 ± 0,55	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	24	1,76 ± 0,66	0,230*
Άγαμοι	11	1,59 ± 0,23	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	29	1,55 ± 0,35	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	35	1,60 ± 0,36	0,627
Όχι	29	1,68 ± 0,59	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	11	1,68 ± 0,31	0,253
Όχι	53	1,62 ± 0,50	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	10	1,73 ± 0,30	0,102*
2/μήνα	18	1,69 ± 0,44	
>3/μήνα	36	1,58 ± 0,54	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 17. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοήθειας σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

Ο.Β. Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	11	1,48 ± 0,41	0,975
Γυναίκες	27	1,45 ± 0,35	
Ηλικία			
60 - 75	16	1,58 ± 0,49	0,271
>75	22	1,36 ± 0,20	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	13	1,48 ± 0,37	0,934*
Άγαμοι	7	1,42 ± 0,34	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	18	1,44 ± 0,38	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	21	1,44 ± 0,35	0,906
Όχι	17	1,47 ± 0,38	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	4	1,44 ± 0,37	0,394
Όχι	34	1,56 ± 0,31	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	3	1,66 ± 0,29	0,344*
2/μήνα	11	1,52 ± 0,56	
>3/μήνα	24	1,40 ± 0,23	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 18. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοήθειας σχετικά με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

Ο.Β. Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	11	4,81 ± 0,46	0,590
Γυναίκες	27	4,96 ± 0,13	
Ηλικία			
60 - 75	16	4,87 ± 0,39	0,849
>75	22	4,95 ± 0,15	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	13	4,92 ± 0,19	0,583*
Άγαμοι	7	5,00	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	18	4,89 ± 0,37	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	21	4,97 ± 0,10	0,504
Όχι	17	4,85 ± 0,38	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	4	4,87 ± 0,25	0,630
Όχι	34	4,92 ± 0,28	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	3	5,00	0,098*
2/μήνα	11	4,77 ± 0,46	
>3/μήνα	24	4,97 ± 0,10	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 19. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοήθειας σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών

Ο.Β. Επιλογή υπηρεσιών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	11	3,63 ± 0,92	0,568
Γυναίκες	27	3,88 ± 0,80	
Ηλικία			
60 - 75	16	3,68 ± 1,01	0,672
>75	22	3,90 ± 0,69	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	13	4,00 ± 0,41	0,060*
Άγαμοι	7	3,28 ± 0,75	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	18	3,88 ± 1,02	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	21	4,04 ± 0,66	0,069
Όχι	17	3,52 ± 0,94	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	4	3,50 ± 0,58	0,276
Όχι	34	3,85 ± 0,86	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	3	4,33 ± 0,58	0,344*
2/μήνα	11	3,45 ± 1,29	
>3/μήνα	24	3,91 ± 0,58	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 20. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοήθειας σχετικά με την ικανότητα των φροντιστών

Ο.Β. Ικανότητα των φροντιστών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	P (Mann-Whitney)
Φύλο			
Άνδρες	11	1,12 ± 0,17	0,323
Γυναίκες	27	1,25 ± 0,30	
Ηλικία			
60 - 75	16	1,23 ± 0,25	0,271
>75	22	1,11 ± 0,18	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	13	1,15 ± 0,20	0,226*
Άγαμοι	7	1,29 ± 0,26	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	18	1,12 ± 0,21	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	21	1,09 ± 0,15	0,083
Όχι	17	1,25 ± 0,26	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	4	1,00	0,113
Όχι	34	1,18 ± 0,22	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	3	1,08 ± 0,14	0,560*
2/μήνα	11	1,22 ± 0,26	
>3/μήνα	24	1,14 ± 0,20	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 21. Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοήθειας σχετικά με την επάρκεια των υπηρεσιών

Ο.Β. Επάρκεια των υπηρεσιών			
	Συχνότητα	Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση	Test
Φύλο			
Άνδρες	11	1,81 ± 0,64	0,132
Γυναίκες	27	1,53 ± 0,33	
Ηλικία			
60 - 75	16	1,77 ± 0,58	0,212
>75	22	1,51 ± 0,30	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμοι	13	1,75 ± 0,38	0,090*
Άγαμοι	7	1,53 ± 0,17	
Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	18	1,55 ± 0,55	
Παιδιά που φροντίζουν			
Ναι	21	1,50 ± 0,38	0,045
Όχι	17	1,76 ± 0,50	
Φροντίδα επί πληρωμή			
Ναι	4	1,81 ± 0,24	0,125
Όχι	34	1,60 ± 0,47	
Αριθμός επισκέψεων/μήνα			
0-1/μήνα	3	1,58 ± 0,29	0,428*
2/μήνα	11	1,84 ± 0,67	
>3/μήνα	24	1,52 ± 0,30	

* Kruskal – Wallis Test

Πίνακας 22. Κατηγοριοποίηση ερωτήσεων σε παραμέτρους ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση χρηστών από την Κοινωνική Υπηρεσία

	Συχνότητα – Ποσοστό	
	Ικανοποιημένοι	Μη ικανοποιημένοι
Κοινωνική Υπηρεσία		
Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις Η/Ο κοινωνικός λειτουργός έχει γίνει φίλος/η	60 (92,3%)	5 (7,7%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ευγενικός μαζί μου	63 (96,9%)	2 (3%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός κάνει επιπλέον πράγματα για μένα	45 (69,3%)	20 (30,7%)
Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις Η/Ο κοινωνικός λειτουργός αγνοεί ό,τι του/της λέω για τα πράγματα που χρειάζομαι	64 (98,4%)	1 (1,5%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αγενής απέναντί μου	63 (96,9%)	2 (3%)
Επιλογή υπηρεσιών		
Χρειάζομαι περισσότερη βοήθεια απ' όση παίρνω από τον/την κοινωνικό λειτουργό	56 (86,2%)	9 (13,8%)
Θα επιθυμούσα περισσότερες επιλογές όσον αφορά τα είδη των υπηρεσιών που λαμβάνω	48 (73,8%)	17 (26,1%)
Μακάρι, η/ο κοινωνικός λειτουργός να μπορούσε να κάνει περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που χρειάζομαι να γίνουν	41(63,1%)	24 (36,9%)
Ικανότητα φροντιστών		
Ξέρω ότι μπορώ να έρθω σε επαφή με τον/την κοινωνικό λειτουργό εάν το έχω ανάγκη	63 (96,9%)	2 (3,1%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός είναι πολύ ενημερωμένη/ος για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες	50 (76,9%)	15 (23,1%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός έχει αποτύχει να μου προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζομαι	63 (96,9%)	2 (3%)
Συνολικά, η/ο κοινωνικός λειτουργός κάνει καλή δουλειά όσον αφορά την οργάνωση της φροντίδας μου	63 (96,9%)	2 (3%)
Θα ήταν χάσιμο χρόνου να καλέσω τον/την κοινωνικό λειτουργό, αν είχα κάποιο πρόβλημα	61 (93,8%)	4 (6,2%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός εξήγησε καθαρά το πρόγραμμα των προσφερόμενων υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψής της/του	49 (75,4%)	16 (24,7%)
Επάρκεια συστήματος		
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται τις ημέρες και ώρες που έχουν προγραμματιστεί	60 (92,3%)	5 (7,7%)
Η/Ο κοινωνικός λειτουργός ειδοποιεί σε περίπτωση αργοπορίας ή απουσίας της/του	64 (98,5%)	1 (1,5%)
Μέσος όρος	87,8%	12,2%

Πίνακας 23. Κατηγοριοποίηση ερωτήσεων σε παραμέτρους ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας

	Συχνότητα - Ποσοστό	
	Ικανοποιημένοι	Μη ικανοποιημένοι
Υπηρεσίες Υγείας		
Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις		
H/O νοσηλεύτρια/τής έχει γίνει φίλος/η	61 (95,3%)	3 (4,8%)
Γενικά, ο/η νοσηλευτής/τρια, δείχνει ενδιαφέρον σε μένα σαν άτομο	63 (98,4%)	1 (1,6%)
O/H νοσηλευτής/τρια κάνει επιπλέον πράγματα για μένα	42 (64,6%)	23 (35,4%)
Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις		
H/O νοσηλεύτρια/τής αγνοεί ό,τι του/της λέω για τα πράγματα που χρειάζομαι	63 (98,4%)	1 (1,6%)
H/O νοσηλεύτρια/τής είναι αγενής απέναντί μου	61 (95,3%)	3 (4,7%)
Επιλογή υπηρεσιών		
Μακάρι, η/ο νοσηλευτής να μπορούσε να κάνει περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που χρειάζομαι να γίνουν	54 (84,3%)	10(15,7%)
Ικανότητα φροντιστών		
Γενικά, ο/η νοσηλευτής/τρια γνωρίζει τι να κάνει	63 (98,5%)	1 (1,6%)
O/H νοσηλευτής/τρια φτάνει αργοπορημένος	61 (95,3%)	3 (4,7%)
O/H νοσηλευτής/τρια είναι πολύ επιμελής	63 (98,4%)	1 (1,6%)
O/H νοσηλευτής/τρια φεύγει πολύ νωρίς	60 (93,8%)	4 (6,3%)
O/H νοσηλευτής/τρια έχει αποτύχει στο να μου προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζομαι	62 (96,9%)	2 (3,1%)
Επάρκεια συστήματος		
O/H νοσηλευτής/τρια έχει αρκετό χρόνο για να κάνει όσες δουλειές χρειάζονται	56 (87,5%)	8 (12,5%)
Έχω ανάγκη να βλέπω τον/την νοσηλευτή/τρια περισσότερες φορές κάθε εβδομάδα	46 (71,9%)	18 (28,1%)
O/H νοσηλευτής/τρια έρχεται τις ημέρες και ώρες που έχουν προγραμματιστεί	61 (95,3%)	3 (4,7%)
O/H νοσηλευτής/τρια ειδοποιεί σε περίπτωση αργοπορίας ή απουσίας της/του	63 (98,4%)	1 (1,6%)
Μέσος Όρος	91,5%	8,5%

Πίνακας 24. Κατηγοριοποίηση ερωτήσεων σε παραμέτρους ικανοποίησης και συνολική ικανοποίηση χρηστών από την Υπηρεσία της Οικογενειακής Βοήθειας

	Συχνότητα - Ποσοστό	
	Ικανοποιημένοι	Μη Ικανοποιημένοι
Υπηρεσία Οικογενειακής Βοήθειας		
Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις		
Η οικογενειακή βοηθός έχει γίνει φίλη	38 (100%)	-
Γενικά, η οικογενειακή βοηθός δείχνει ενδιαφέρον σε μένα σαν άτομο	38 (100%)	-
Η οικογενειακή βοηθός κάνει επιπλέον πράγματα για μένα	31 (81,6%)	7 (18,4%)
Η οικογενειακή βοηθός κάνει τα πράγματα με τον τρόπο που θέλω να γίνονται	37 (97,4%)	1 (2,6%)
Αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις		
Η οικογενειακή βοηθός αγνοεί ό,τι της λέω για τα πράγματα που χρειάζομαι	38 (100%)	-
Η οικογενειακή βοηθός είναι αγενής απέναντί μου	37 (97,4%)	1 (2,6%)
Επιλογή υπηρεσιών		
Μακάρι, η οικογενειακή βοηθός να μπορούσε να κάνει περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που χρειάζομαι να γίνουν	30 (79%)	8 (21,1%)
Ικανότητα φροντιστών		
Γενικά, η οικογενειακή βοηθός γνωρίζει τι να κάνει	38 (100%)	-
Η οικογενειακή βοηθός φτάνει αργοπορημένη	38 (100%)	-
Η οικογενειακή βοηθός είναι πολύ επιμελής	38 (100%)	-
Η οικογενειακή βοηθός φεύγει πολύ νωρίς	36 (94,7%)	2 (5,2%)
Επάρκεια συστήματος		
Χρειάζομαι περισσότερες ώρες την υπηρεσία της οικογενειακής βοηθού κάθε εβδομάδα	29 (76,4%)	9 (23,7%)
Η οικογενειακή βοηθός έχει αρκετό χρόνο για να κάνει όσες δουλειές χρειάζονται	29 (76,3%)	9 (23,7%)
Η οικογενειακή βοηθός έρχεται τις ημέρες και ώρες που έχουν προγραμματιστεί	37 (97,4%)	1 (2,6%)
Η οικογενειακή βοηθός ειδοποιεί σε περίπτωση αργοπορίας ή απουσίας της/του	38 (100%)	-
Μέσος Όρος	93,3%	6,7%