



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Αξιολόγηση της Ικανοποίησης των Εξυπηρετούμενων του
Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Μεγαλόπολης»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
Λαμπρόπουλος Γεώργιος
(Κοινωνικός Λειτουργός)

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Αξιολόγηση της Ικανοποίησης των Εξυπηρετούμενων του Προγράμματος
«Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Μεγαλόπολης»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

Λαμπρόπουλος Γεώργιος

(Κοινωνικός Λειτουργός)

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρος Καθηγήτρια

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την επιβλέπουσα Καθηγήτρια Δρ. Αθηνά Λαζακίδου η οποία με τις οδηγίες και τις πολύτιμες παρατηρήσεις τις προσέφερε σημαντική βοήθεια και υποστήριξη για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επίσης ευχαριστώ τους Κωσταρέλη, Τσιτουρίδου, Αλέτρα και Νιάκα για την παραχώρηση άδειας χρησιμοποίησης του ερωτηματολογίου τους.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο και τη Διευθύντρια του Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη του Δήμου Μεγαλόπολης για τη συναίνεσή τους στην πραγματοποίηση της έρευνας και για την τελική έγκριση καθώς και το προσωπικό του Νομικού Προσώπου για την παροχή διευκολύνσεων κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εξυπηρετούμενους του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι που διέθεσαν ένα μέρος από το χρόνο τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" του Δήμου Μεγαλόπολης και πώς αυτή η ικανοποίηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

Υλικό και μέθοδος: Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Κωσταρέλη και συν. (2006) έπειτα από την έγγραφη άδεια των συντακτών. Το δείγμα επιλέχθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και το μέγεθος αυτού ήταν τελικά 250 άτομα που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του δήμου Μεγαλόπολης. Έχει δοθεί άδεια εκπόνησης της έρευνας από το Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη του δήμου Μεγαλόπολης στο οποίο ανήκει το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 18.0, έκδοση για Windows.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (63,3%) κι ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 80-85 ετών. Οι άνω των 80 ετών ήταν το 67,5% ποσοστό επί του συνολικού δείγματος ενώ τα άτομα 65-69 ετών αποτελούν μόνο το 5%. Το μορφωτικό επίπεδο προκύπτει ότι είναι γενικά χαμηλό. Οι παντρεμένοι ανέρχονται σε ποσοστό 51,8% αποτελώντας την πλειοψηφία των ερωτηθέντων αλλά και το ποσοστό των χήρων είναι αρκετά μεγάλο και είναι 40,8%. Επίσης φαίνεται ότι υπάρχει μόνο ένας διαζευγμένος σε ποσοστό 0,5% όπως και 15 άγαμοι σε ποσοστό 6,9%. Υπήρχε μεγάλο ποσοστό (65,1%) χαμηλοσυνταξιούχων. Το 88,1 % ήταν μακροχρόνιοι χρήστες του προγράμματος. Το 98,2% δέχονται επισκέψεις από τα στελέχη του προγράμματος μία φορά την εβδομάδα ενώ συχνή χρήση των υπηρεσιών του προγράμματος πάνω από δύο φορές την εβδομάδα γίνεται από ένα μικρό ποσοστό που κυμαίνεται στο 1,9 % του δείγματος. Το 56% δέχεται βοήθεια και από τα παιδιά του και σε μικρότερο βαθμό το ευρύτερο συγγενικό (22,5%) γειτονικό (5,5%) και φιλικό περιβάλλον (1,8%). 14,2% είναι το ποσοστό αυτών που δέχονται άλλη βοήθεια και αφορά κυρίως την πρόσληψη επί πληρωμή κάποιας οικιακής βοηθού. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα, την επάρκεια του προσωπικού και την ορθότητα του προγραμματισμού.

Συμπεράσματα: Από την μελέτη προέκυψε ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα εξαρτάται και από τις προσωπικές τους εμπειρίες αλλά και από τις προσδοκίες που έχουν από ένα τέτοιο πρόγραμμα. Επίσης η ανάλυση κατάφερε να αναδείξει ότι τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ρόλο έπαιξε μόνο η οικογενειακή τους κατάσταση. Οι παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση φαίνεται να είναι η αποτελεσματικότητα του προγράμματος, η ορθότητα του προγραμματισμού, η επάρκεια του προσωπικού και η συμπεριφορά και οι ικανότητες του προσωπικού. Διαπιστώθηκε ακόμα ότι το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στο δήμο Μεγαλόπολης πέτυχε τον σκοπό του αφού άλλαξε σε ένα βαθμό την καθημερινότητα των συμμετεχόντων.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, κοινωνική στήριξη, τρίτη ηλικία, κράτος πρόνοιας, πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, ικανοποίηση εξυπηρετούμενων, μέτρηση ικανοποίησης, ερωτηματολόγιο, αξιοπιστία, εγκυρότητα.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this research is to measure the satisfaction of those served by the program "Help at Home" of the municipality of Megalopolis, and how this satisfaction affects their quality of life.

Material and Methods: For the study there was used the questionnaire of Kostarelis et al. (2006) after the written permission of the authors. The sample was selected using the simple random sampling and the size of this was finally 250 people who are being served by the program "Help at Home" of the municipality of Megalopolis. The Municipality of Megalopolis has given us permission to develop the survey for the "Help at Home" program. The statistical analysis of the data was performed using the statistical package SPSS 18.0, version for Windows.

Results: The majority of respondents were female (63.3 %) and belonged to the age group 80-85 years and those over 80 years had 67.5 % share of the overall sample , while subjects 65-69 years of age comprised only 5% . The educational level is generally low. Married amount to 51.8 % constituting the majority of the respondents and the percentage of widows is quite large and is 40.8 %. It also appears that there is only one divorced (0.5%) as 15 singles by 6.9 %. There was a large proportion (65.1 %) of low-income pensioners. 88.1 % were long-term users of the program. 98.2 % receive visits by executives of the program once a week while a small percentage –that is around 1.9%- of the sample often use the services of the program more than twice a week. 56% receive help from their children, from relatives (22.5%), neighbors (5.5 %) and friends (1.8 %) as well. 14.2 % receive other assistance and mainly recruit for payment of a domestic worker, too. The majority of participants were satisfied with the program giving high ratings to the adequacy of personnel and adequacy of planning.

Conclusions: The study showed that the satisfaction of a participant in the program depends on their personal experiences and perceptions as well as the expectations they have when beginning such a program. The analysis revealed that of all the demographics of the participants in the program "Help at Home" only the marital status affects their satisfaction

with the program. Also factors that determine the satisfaction seem to be program effectiveness, accuracy of planning, staff adequacy, as well as behavior and abilities of the staff. It was also found that the “Help at Home” program in the municipality of Megalopolis achieved its purpose since it changed the daily lives of participants up to a degree.

Keywords: quality of life, social support, old age, welfare state, assistance program Help at Home, participants’ satisfaction, satisfaction measurement, questionnaire, reliability, validity

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
Εισαγωγή-Θεωρητικό πλαίσιο	13
Σκοπός-Επιμέρους στόχοι	14
Σχεδιασμός μελέτης και μεθοδολογία.....	14
Δομή Εργασίας.....	15
Γενικό Μέρος	17
Κεφάλαιο 1ο: Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας.....	17
1.1 Η ποιότητα στην υγεία	17
1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	18
1.3 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	21
1.4 Εθνική πολιτική για την ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας.....	23
1.4.1 Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών	24
Κεφάλαιο 2: Φροντίδα στο σπίτι.....	27
2.1 Φροντίδα στο σπίτι στην Ευρώπη.....	27
2.2 Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα	28
2.2 Ιστορική αναδρομή-Νομοθετικό πλαίσιο Προγράμματος	29
2.3 Αρχές του προγράμματος.....	31
2.4 Σκοπός και στόχος του προγράμματος.....	32
2.5 Προσωπικό υλοποίησης του προγράμματος.....	33
2.5.1 Προετοιμασία και κύριες φάσεις του προγράμματος.....	35
2.5.2 Υπηρεσίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»	36
2.6 Χαρακτηριστικά της πορείας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι.....	37

Κεφάλαιο 3ο: Η σημασία της ικανοποίησης των χρηστών από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».....	39
3.1 Ορισμός της Ικανοποίησης	39
3.2 Παράγοντες ικανοποίησης εξυπηρετούμενων από το «Βοήθεια στο Σπίτι»	40
3.3 Η σημασία της αξιολόγησης για τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι.....	41
3.3.1 Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του «Βοήθεια στο σπίτι» ως αποτέλεσμα ...	43
3.4 Οφέλη από τη μέτρηση ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων	44
Κεφάλαιο 4: Δήμος Μεγαλόπολης: Βοήθεια στο σπίτι	46
4.1 Ο Δήμος Μεγαλόπολης.....	46
4.2 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Μεγαλόπολης.....	47
Ειδικό Μέρος.....	50
Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία.....	50
5.1 Σκοπός και στόχος της μελέτης.....	50
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	50
5.3. Είδος της έρευνας – δείγμα της έρευνας-εργαλεία	51
Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα.....	54
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση - Συμπεράσματα	73
7.1 Συζήτηση.....	73
7.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις	77
7.3 Περιορισμοί της έρευνας.....	81
Βιβλιογραφία.....	83
Ελληνόγλωσση	83
Ξενόγλωσση	87
Παραρτήματα	89
1. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.....	89
2. Έντυπο βεβαίωσης συμμετοχής στην έρευνα	93

3. Ηλεκτρονική αδειοδότηση από τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου	94
5. Χορήγηση άδειας πραγματοποίησης έρευνας από το Ν.Π.Δ.Δ.	95

Εισαγωγή-Θεωρητικό πλαίσιο

Όλο και πιο συχνά γίνεται λόγος για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προς τα άτομα που τις χρειάζονται ώστε να μη βιώσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Συχνά όμως οι υπηρεσίες αυτές, είτε δεν επαρκούν, είτε η κάλυψη των αναγκών μέσα από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, που λειτουργεί και ως μέσο άσκησης κοινωνικής πρόνοιας δεν φέρνει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Όπως αναφέρει ο Αμίτσης (2001) βασικός σκοπός και στόχος του κράτους πρόνοιας είναι η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης για κάθε άτομο που έχει ανάγκη. Στην Ελλάδα όμως το κράτος πρόνοιας άργησε πολύ να εξελιχθεί (από το 1974 και μετά) και η ανάπτυξή του στηρίχθηκε αποκλειστικά και μόνο στο κράτος, που επέκτεινε τις παροχές του σε μεγάλη κλίμακα (Σωτηρόπουλος, 2001). Ωστόσο όμως, ο Αμίτσης (2001) τονίζει ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο οι συνθήκες και οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν τη ζωή του κοινωνικού ιστού, στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση του κράτους πρόνοιας. Με αυτό τον τρόπο το κράτος υιοθετεί νέα μέτρα παροχής υπηρεσιών που υπαγορεύονται από την κρίση του κράτους πρόνοιας και τη νέα τάξη πραγμάτων που διαμορφώνεται παγκόσμια (Αμίτσης, 2001).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι στο πλαίσιο ανάπτυξης του νέου κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει δοθεί στην ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για τη δημιουργία κοινωνικών προγραμμάτων από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) μεταφέροντας τη δράση αυτήν και στην Ελλάδα. Σύμφωνα μάλιστα με το Ν.2218/94 οι ΟΤΑ μπορούν να προχωρούν στην ίδρυση και διαχείριση κοινωνικών προγραμμάτων για την κάλυψη των ομάδων του κοινωνικού αποκλεισμού, που περιλαμβάνουν την κάλυψη όλων των περιπτώσεων που χρειάζονται βοήθεια, ενώ αναπτύσσουν και δραστηριότητες για προγράμματα πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας (Αμίτσης, 2001).

Κυρίαρχη τάση στη χώρα μας είναι η ανάπτυξη πολιτικής ανάπτυξης υπηρεσιών φροντίδας όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» (Χατζηβαρνάβα-Καζάση, 2005). Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που με βάση το περιεχόμενο του συγκαταλέγεται στην κατηγορία των υπηρεσιών

ανοιχτής φροντίδας που παρέχονται στην οικία του ενδιαφερόμενου (Αμίτσης, 2001) και που ήδη εφαρμόζεται σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Συμεωνίδη, 1996).

Το εν λόγω πρόγραμμα δίνει μεγάλη έμφαση στην ικανοποίηση του ασθενούς και στη γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας, γιατί ο βαθμός της ικανοποίησης του αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Peterson η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας ενώ για τον Smith η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας (Μερκούρης, 1996).

Σκοπός-Επιμέρους στόχοι

Η μελέτη αυτή θα έχει ως σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" του δήμου Μεγαλόπολης (π.χ κατάρτιση προσωπικού, συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς, βοήθεια στον ασθενή, επίπεδο βοήθειας που λαμβάνει) και πώς αυτή η ικανοποίηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (π.χ εξοικονόμηση χρημάτων, οικιακές εργασίες, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συντροφιά, κοινωνικοποίηση).

Σχεδιασμός μελέτης και μεθοδολογία

Διενεργήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: ποιότητα ζωής, κοινωνική στήριξη, τρίτη ηλικία, κράτος πρόνοιας, πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, ικανοποίηση εξυπηρετούμενων, μέτρηση ικανοποίησης, ερωτηματολόγιο, αξιοπιστία, εγκυρότητα. Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε κυρίως η περίοδος 2006-2013, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιστοίχιση των ευρημάτων με τα σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα των κοινωνικών εξελίξεων και την σύγχρονη βιβλιογραφία, αλλά έγιναν και κάποιες παλαιότερες αναδρομές, εξαιτίας της σημαντικής και διαχρονικής αξίας αποτελεσμάτων των συγκεκριμένων μελετών. Παράλληλα τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Κωσταρέλη, Τσιτουρίδου, Αλέτρα και Νιάκα που δημοσιεύθηκε το 2006 έπειτα από την έγγραφη άδεια των συντακτών. Το δείγμα επιλέχθηκε με την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και το μέγεθος αυτού αρχικά ήταν 250 άτομα που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του δήμου Μεγαλόπολης. Έχει δοθεί άδεια εκπόνησης της έρευνας από το Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη του δήμου Μεγαλόπολης στο οποίο ανήκει το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του SPSS 18.0, έκδοση για Windows.

Τα πιθανά οφέλη είναι η δυνατότητα βελτίωσης των αδυναμιών του προγράμματος Βοήθεια στο σπίτι, ο εντοπισμός των αδυναμιών ή των προτερημάτων του προσωπικού και παράλληλα ο εντοπισμός των παραμέτρων για την αποτελεσματική ανακούφιση και αποτελεσματική διαχείριση των αναγκών των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι. Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπάρχουν. Βεβαιώνεται ότι εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και τηρήθηκε ανωνυμία, ο φορέας στον οποίο έγινε η εκπόνηση της μελέτης δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά και εξασφαλίστηκε προηγουμένως η συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση.

Δομή Εργασίας

Η εργασία αποτελείται από την εισαγωγή και δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στην εισαγωγή της εργασίας τίθεται ο προβληματισμός και το θεωρητικό πλαίσιο, ο σκοπός και οι στόχοι, ο σχεδιασμός της μελέτης και η μεθοδολογία. Στη συνέχεια στο γενικό μέρος επιχειρείται στο πρώτο κεφάλαιο μια θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας, κάνοντας αναφορά στην ποιότητα στην υγεία, στις υπηρεσίες υγείας, στην αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την εθνική πολιτική για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αλλά και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την φροντίδα στο σπίτι. Πιο συγκεκριμένα γίνεται αναφορά για την φροντίδα στο σπίτι στην Ευρώπη, για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα, ακολουθεί μια ιστορική αναδρομή του προγράμματος. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά για τις αρχές τους σκοπούς και τους στόχους του προγράμματος, το προσωπικό του προγράμματος αλλά και για την πορεία του «Βοήθεια στο Σπίτι». Στο τρίτο κεφάλαιο του ειδικού μέρους γίνεται λόγος για τη

σημασία της ικανοποίησης των χρηστών από το πρόγραμμα στο «Βοήθεια στο Σπίτι». Δίνεται ο ορισμός της ικανοποίησης και οι παράγοντες ικανοποίησης για το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Ακολουθεί υποενότητα για τη σημασία της αξιολόγησης για τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, και για τα οφέλη από την μέτρηση ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων. Το γενικό μέρος ολοκληρώνεται με το τέταρτο κεφάλαιο που αφορά το Δήμο Μεγαλόπολης και το «Βοήθεια στο Σπίτι». Παρέχονται γενικές πληροφορίες για ο δήμο και το πρόγραμμα. Ακολουθεί το ειδικό μέρος, η έρευνα. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην μεθοδολογία, στο δεύτερο στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων ενώ το τρίτο αποτελεί τη συζήτηση των ευρημάτων. Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1ο: Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας

1.1 Η ποιότητα στην υγεία

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές σε συνδυασμό με την ραγδαία εξέλιξη και ανάπτυξη της τεχνολογίας στέκονται η αφορμή για την αρχή μιας μεγάλης συζήτησης στον χώρο της υγείας, που αμφισβητεί τις μέχρι τώρα αντιλήψεις και νοοτροπίες σχετικά με την ποιότητα σε σχέση με την παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από αυτές τις συζητήσεις και τις αμφισβητήσεις βασίστηκαν στην παρεχόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη, στα χειρουργεία και στα εξωτερικά ιατρεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας (Πελεκίδου, 2010).

Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και την Αμερική, τη δεκαετία του '60 συμπεριλάμβαναν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Τη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε ο αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit). Οι δεκαετίες του 1980 και 1990 βίωσαν μια σημαντική αλλαγή, η οποία περιγράφεται συχνά ως η «βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας» (Παπακωστούδη, Τσουκαλάς, 2012). Τη δεκαετία του 80 επομένως, η διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) ήταν η επιλογή την οποία όλοι προτιμούσαν και η οποία προωθήθηκε έντονα. Την δεκαετία του '90 αλλάζει το τοπίο και οι τάσεις των οργανισμών στρέφονται γύρω από τη διοίκηση της ολικής ποιότητας (Πελεκίδου, 2010).

Οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για την ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Η ουσιαστική φύση κάθε εξέλιξης είναι να διατηρεί τα πλεονεκτήματα κάθε προσέγγισης και να βελτιώνει τα μειονεκτήματα διδασκόμενη από τα λάθη του παρελθόντος (Brown, 1995). Σήμερα, εξαιτίας της εξέλιξης τόσο στον τομέα της επιστήμης της ιατρικής, της νοσηλευτικής όσο και της τεχνολογίας, τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών έχουν μεταβληθεί, με συνέπεια τα αποτελέσματα της περίθαλψης να μεταβάλλονται σε σύντομα χρονικά διάστημα από τις διαφορετικές

παρεμβάσεις. Έτσι ανοίγει ο δρόμος για μια νέα στροφή στην ποιότητα της φροντίδας, πέρα και έξω από κάθε συμβατική αντίληψη, διευρύνοντας τον ορίζοντα της ποιότητας όχι μόνο στον τομέα της φροντίδας, αλλά και της ζωής του ασθενούς. Γίνεται επομένως κατανοητό ότι η διατήρηση της ποιότητα ζωής, όπως αυτή ορίζεται από το ίδιο το άτομο, μπορεί να είναι πιο σημαντική (Πελεκίδου, 2010). Πολλές, λοιπόν, από αυτές τις αλλαγές θέτουν σε αμφισβήτηση τους στόχους και το σύστημα αξιών μας. Σύμφωνα με ποιους παράγοντες, λοιπόν, θα πρέπει να μετριέται η ποιότητα, με βάση τον ασθενή, τον επαγγελματία της υγείας, τον ασφαλιστικό οργανισμό ή το κοινό (Παπανικολάου, 2007).

1.2 Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η προσπάθεια ορισμού και προσέγγισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την επαγγελματική ιδιότητα και εμπειρία όλων όσοι εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Γρηγορούδη και Ζοπονούδη (2000) ο γιατρός δίνει περισσότερο έμφαση στα κλινικά αποτελέσματα και στη δημόσια υγεία, ο στατιστικολόγος δίνει έμφαση στον έλεγχο των στατιστικών δεδομένων και των ποσοτικών μετρήσεων ενώ ο διαχειριστής ανθρώπινων πόρων εστιάζει στην ομάδα, στην ομαδική εργασία και στην επίδοση των μελών της. Μέσα από την προσέγγιση του Γρηγορούδη και Ζοπονούδη (2000) αντιλαμβάνεται κανείς από τη μια την πολυσημία και πολυπλοκότητα της ποιότητας και από την άλλη προκύπτουν ερωτήματα που αφορούν στον ορισμό της ποιότητας, του τρόπου προσέγγισης και του τρόπου που πρέπει να μελετούμε την ποιότητα στο χώρο της υγείας. Γίνεται σαφές ότι η *«ποιότητα είναι μια σύνθετη έννοια και αντιπροσωπεύει μια σύνθεση μεθόδων και αποκτημένης γνώσης από μια σειρά επιστημονικών κλάδων»* (Dalrymple & Drew, 2000, οπ. αναφ η Πελεκίδου, 2010).

Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι το ζήτημα της ποιότητας στους οργανισμούς υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών προσπαθειών για γρήγορες λύσεις, σύμφωνα πάντα με τις πρακτικές διοίκησης. Το σίγουρο πάντως είναι ότι παρόλες τις αλλαγές και τις εξελίξεις, οι διαχειριστές της ποιότητας οφείλουν να κατανοούν τα νέα δεδομένα ώστε να προωθούν την ποιότητα και τις δραστηριότητες που σχετίζονται με αυτές. Για να γίνει όμως κάτι τέτοιο θα πρέπει να υπάρξει μια ενιαία αντίληψη της ορολογίας της ποιότητας. Έτσι λοιπόν προκύπτει ότι η τόσο ο ορισμός της ποιότητας όσο και η μέτρησή της, είναι διαδικασίες

πολυδιάστατες, αλλά παρόλα αυτά η ποιότητα ορίζεται σε σχέση με τον αποδέκτη ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, αντανakλώντας τους σκοπούς και τις αξίες ενός συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος, ενταγμένο μέσα στο σύστημα που λειτουργεί (Πελεκίδου, 2010).

Η ποιότητα επομένως της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας αποτελεί ένα πολυδιάστατο μέγεθος. Μολονότι ως γενική έννοια είναι κατανοητή σε όλους, η προσπάθεια να οριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια δεν είναι επιτυχής. Αυτό γίνεται πιο δύσκολο, όταν πρόκειται για την επακριβή επισήμανση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών και μάλιστα υπηρεσιών υγείας, όπου με σαφήνεια πρέπει να διαφοροποιηθούν από εκείνα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στην κατανάλωση άλλων προϊόντων. Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα περισσότερο αναφερόμενα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από άλλες υπηρεσίες ή προϊόντα είναι η δυσκολία επισήμανσης, ορισμού, μέτρησης και αξιολόγησης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε σχέση με τον τελικό στόχο, που αποτελεί η αποθεραπεία του ασθενούς (Σκαλκίδης και συν., 2010).

Το ζήτημα γίνεται ακόμη πιο σύνθετο, δεδομένου ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν ένα ενιαίο αλλά πολλά επιμέρους προϊόντα, που συντιθέμενα καταλήγουν στο τελικό ζητούμενο, δηλαδή την προαναφερθείσα αποθεραπεία του ασθενούς. Τέλος, η εκ των πραγμάτων συμμετοχή του τελικού αποδέκτη, του ασθενούς, στην όλη διαδικασία της παροχής των υπηρεσιών καθιστά τον αποδέκτη αυτόν ταυτόχρονα και συντελεστή στην όλη διαδικασία, με συνακόλουθο αναδραστικό αποτέλεσμα στην τελική έκβαση (Σκαλκίδης και συν., 2010).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις που ορίζουν τις συνιστώσες της ποιότητας περίθαλψης. Από τις περισσότερο προβεβλημένες προσεγγίσεις είναι εκείνη του Koch (1991 οπ. αναφ. οι Σκαλκίδης και συν., 2010) κατά την οποία οι κύριες συνιστώσες είναι οι εξής:

- Προσβασιμότητα
- Διαθεσιμότητα
- Ισότητα

Σήμερα οι συνιστώσες της ποιότητας περίθαλψης πρέπει να εξετάζονται μέσα στο ισχύον σύστημα υγείας και στο επίκεντρο να μπαίνουν οι ασθενείς, το ενημερωμένο κοινό, το οποίο συγκρίνει την επίδοση με άλλες χώρες και η ανταγωνιστική αγορά. Για να επιτευχθεί όμως

κάτι τέτοιο σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2007), επιβάλλεται η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα δομών, διαδικασιών, επίδοσης και αποτελεσμάτων, ώστε να εξασφαλίζεται η διαφάνεια, η δημόσια ευθύνη και τα όρια των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων. Αυτό που προβληματίζει όμως είναι ότι σε παγκόσμιο επίπεδο οι υπηρεσίες υγείας δε λειτουργούν σύμφωνα με τα πρότυπα ποιότητας προκαλώντας τη δημόσια, πολιτική και επαγγελματική δυσαρέσκεια. Εξαιτίας αυτών των προβλημάτων επομένως δεν μπορεί να υπάρξει ομοφωνία σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ή με τον τρόπο της μέτρησής της, είτε συνολικά στα συστήματα υγείας είτε στην ατομική φροντίδα υγείας. Αξίζει να αναφερθεί όμως, ότι η δυσαρέσκεια αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη φροντίδα, την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια των ασθενών, την αξία των χρημάτων, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των καταναλωτών και τη δημόσια ευθύνη. Έτσι λοιπόν όσοι ασχολούνται με τις υπηρεσίες υγείας ασχολούνται πλέον περισσότερο με την πρόληψη, την πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά και τη συμμετοχή των καταναλωτών (Παπανικολάου, 2007).

Σύμφωνα με τον Evans (2001), κάποιιο θεωρούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας καλή όταν υπάρχει επαρκές προσωπικό και κατάλληλες εγκαταστάσεις, κάποιιο άλλοι όμως χαρακτηρίζουν την ποιότητα καλή όταν υπάρχει στο υγειονομικό σύστημα αμεροληψία και κατανόηση, ενώ για άλλους σημασία έχουν τα καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Έτσι λοιπόν οι διαφορετικές κουλτούρες θεμελιώνονται με διαφορετικές αξίες και προτεραιότητες. Ωστόσο όμως αυτό δεν είναι κάτι που δεν επιτρέπει στους αρμόδιους φορείς να προσπαθήσουν για ένα υγιές και ποιοτικό σύστημα υγείας. Αντίθετα οφείλουν να αναγνωρίσουν όλες αυτές τις διαφορετικές τάσεις και να τις ενοποιήσουν σε μια προσέγγιση. Στην προσπάθεια αυτή κινήθηκε και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας/Ποιότητα Υγείας το 2001, ο οποίος εξέδωσε ένα ορισμό για την ποιότητα των συστημάτων υγείας, που αναφέρει ότι πρόκειται για *«το επίπεδο επίτευξης των εγγενών στόχων των συστημάτων υγείας για τη βελτίωση υγείας και την ανταπόκριση στις εύλογες προσδοκίες του πληθυσμού»* (Evans, 2001). Αξιολογή είναι και η προσέγγιση της Επιτροπής Διαπίστευσης των Οργανώσεων Υγείας, που ορίζει την ποιότητα ως *«το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν τη πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη τη παρούσα γνώση»* (JCAHO, 2004, οπ. αναφ η Πελεκίδου, 2010).

Αν και η έννοια της διασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει συνδεθεί με τεχνικά θέματα, όπως η λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας είναι ευρύτερη και αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης έως την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς. Συνεπώς, η βελτιστοποίηση μόνο ορισμένων κρίσιμων σημείων της λειτουργίας ενός τμήματος δεν είναι πλέον αρκετή για να εξασφαλιστεί ότι κάθε ασθενής θα λάβει τη βέλτιστη διαθέσιμη αντιμετώπιση για την περίπτωση του (Παπακωστούδη, Τσουκαλάς, 2012).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι μέσα από την προσπάθεια να συνοψιστούν όλες οι διαφορετικές προσεγγίσεις και ορισμοί που αφορούν στην ποιότητα των υπηρεσιών που αφορούν στην υγεία, προκύπτει ότι (Πελεκίδου, 2010):

- Οι παραπάνω ορισμοί, προσδιορίζονται από μια σειρά παραμέτρων.
- Ο ορισμός της ποιότητας καθορίζεται και τοποθετείται στο πλαίσιο του εκάστοτε υγειονομικού συστήματος.
- Ο κάθε ορισμός που αφορά στην ποιότητα, αντανακλά τις αξίες και τους προβληματισμούς του υγειονομικού συστήματος στο πλαίσιο του οποίου διαμορφώνεται.
- Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος που προκύπτει για τον ασθενή.
- Οι περισσότεροι ορισμοί για την ποιότητα περιλαμβάνουν τόσο το κοινωνικό όφελος όσο και την αποτελεσματική χρήση των διατιθεμένων πόρων.

1.3 Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Οι σύγχρονες εξελίξεις τόσο σε οικονομικό όσο και κοινωνικοπολιτικό επίπεδο επέβαλλαν ως κεντρικό ζήτημα και υποχρεωτική διαδικασία σε κάθε υγειονομικό σύστημα τόσο την αξιολόγηση όσο και τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Μουστάκα, 2008). Ωστόσο όμως πρέπει να τονιστεί ότι οι όροι «αξιολόγηση» και «μέτρηση» απέχουν σημαντικά καθώς η μέτρηση αφορά στη διαδικασία αποκόμισης της βαθμολογίας για μια μεταβλητή, ενώ η αξιολόγηση αφορά στην κρίση της απόδοσης. Πρόκειται για μια πραγματικά πολύ σημαντική διαδικασία, επειδή η διαμόρφωση μιας κρίσης σημαίνει τόσο την αναγνώριση της επίδρασης των προσωπικών όσο και των οργανωτικών συστημάτων (Πελεκίδου, 2010).

Σύμφωνα όμως με τους Campbell et. all., (2003) η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να εξελιχθεί και χωρίς να μετρηθεί όταν χρησιμοποιούνται ειδικευμένα και με υψηλές απαιτήσεις προγράμματα αλλά και με συνεντεύξεις ασθενών. Όμως η αξιολόγηση διαδραματίζει ένα πολύ σπουδαίο ρόλο στην εξέλιξη και στην πρόοδο των παρεχόμενων υπηρεσιών και για αυτό εδώ και δεκαετίες καταβάλλονται μεγάλες προσπάθειες για την ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων μέτρησης της ποιότητας.

Πρωτοποριακή προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή, ώστε η αξιολόγηση της περίθαλψης, εκτός από την ικανοποίηση των ασθενών, να περιλαμβάνει και την αποτίμηση της ιατρικής αποτελεσματικότητας με δείκτες που απορρέουν από τις αναφορές των ασθενών, έγινε από τους ερευνητές της μελέτης PROSPER (Longo, 1994). Η μέτρηση της παροχής περίθαλψης με αντικειμενικότερους τρόπους συνεχίστηκε και συμπληρώθηκε σε νεότερες και μεγαλύτερες μελέτες, όπως εκείνες των CAHPS, HEDIS και ECHO (Σκαλκίδης και συν., 2010).

Σύμφωνα όμως με μελέτη του Donabedian, (1996, οπ. αναφ. η Πελεκίδου, 2010), τις περισσότερες φορές η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας δεν επικεντρώνεται στην ίδια την «φροντίδα» αλλά στα επιμέρους στοιχεία τα οποία την συνιστούν. Με αυτό τον τρόπο η αξιολόγηση μετατρέπεται σε μια διαδικασία διαπίστωσης της αξίας ενός πράγματος, ενώ η πραγματική έρευνα αξιολόγησης χρησιμοποιεί επιστημονικές μεθόδους αναλύοντας τις σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος προκειμένου να διαπιστώσει την αξία ενός προγράμματος (Πελεκίδου, 2010).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεχόμενων υπηρεσιών συγκεκριμένα προσδιορίζει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων για την επίτευξη ενός στόχου (Lohrh, 1997), στην περίπτωση που μας ενδιαφέρει της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση και η μέτρηση επομένως των υπηρεσιών υγείας μπορεί να βοηθήσουν *«να διακόψουν ή να συνεχίσουν το πρόγραμμα, να βελτιώσουν τις διαδικασίες του, να προσθέσουν ή να σταματήσουν συγκεκριμένες στρατηγικές ή τεχνικές, να χρησιμοποιήσουν παρόμοια προγράμματα σε άλλους τομείς, να καταναείμουν τους περιορισμένους πόρους μεταξύ*

των προγραμμάτων και να αποδεχτούν ή να απορρίψουν την προσέγγιση ενός προγράμματος» (Πελεκίδου, 2010).

Σύμφωνα με τους Balestracci & Barlow, (1996, οπ. αναφ η Πελεκίδου, 2010), όταν οι ειδικοί φορείς θέλουν να εστιάσουν τα αποτελέσματα ενός προγράμματος, αξιολογείται η ακεραιότητα της θεραπείας. Όταν πρόκειται να διερευνηθεί η δυνατότητα αναπαραγωγής των αποτελεσμάτων, αξιολογείται ουσιαστικά η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Για να μπορέσουν επομένως οι αρμόδιοι φορείς και οι υπεύθυνοι των προγραμμάτων να μπορέσουν να βελτιώσουν τα προγράμματα (κλινικά και διοικητικά) απαιτείται η σωστή μέτρηση, η σωστή συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, σύμφωνα πάντα με τις αρχές που διέπουν την έρευνα, δηλαδή την εγκυρότητα και την αξιοπιστία αλλά και η ορθή στοχοθεσία σύμφωνα με τους Sitzia & Wool, (1997, οπ. αναφ. η Πελεκίδου, 2010).

Σύμφωνα με τον Donabedian, (1990) τα κριτήρια που σχετίζονται με το θέμα της αξιολόγησης μπορούν να συνοψιστούν σε τρεις βασικούς παράγοντες που θα αφορούν τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Πιο αναλυτικά τα δομικά κριτήρια (structure) αφορούν στην οργάνωση του οργανισμού και στις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και περιλαμβάνουν τόσο χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το προσωπικό, όσο και άλλα «φυσικά» χαρακτηριστικά, τα κριτήρια διαδικασιών (process) αφορούν στις δραστηριότητες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας και εστιάζονται στην κλινική ή τεχνική φροντίδα που παρέχεται και τέλος τα κριτήρια αποτελεσμάτων, τα οποία αναφέρονται στην έκβαση των διαδικασιών των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνουν τόσο την κατάσταση της υγείας, όσο και την αξιολόγηση της από τον ασθενή.

1.4 Εθνική πολιτική για την ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας

Στην Ελλάδα η στροφή προς τον έλεγχο της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έγινε στη δεκαετία του 90 με το νόμο 2519/1997, ο οποίος μεταξύ άλλων αναφέρεται σε θέματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα μεριμνούσε για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών με τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας αυτοτελούς υπηρεσίας «έλεγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών» καθώς και τη λειτουργία σε κάθε νοσοκομείο γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη, ενώ ταυτόχρονα θεσμοθετούσε και τον

ποιοτικό έλεγχο των προσφερόμενων υπηρεσιών που θα πραγματοποιούνταν από το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και των προγραμμάτων τους, την στατιστική ανάλυση και οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και των υπηρεσιών υγείας γενικότερα, τον έλεγχο για τη διασφάλιση της ποιότητας στον χώρο της υγείας (Παπανικολάου, 2007).

Μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια έλαβε χώρα το 2001 με τον νόμο 2889/2001, ο οποίος στόχευε στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στην καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών, στην ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων και υλικών. Ακολούθησε προεδρικό διάταγμα που εξουσιοδοτούσε την εκτελεστική επιτροπή του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) να προχωρήσει στην σύσταση ειδικών μόνιμων επιτροπών ελέγχου των φορέων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η επόμενη μεταρρυθμιστή προσπάθεια έλαβε χώρα το 2003 με το νόμο 3172/2003 για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Ακολούθησε η μεταρρύθμιση του 3235/2004 για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που στόχευε στην ισότιμη πρόσβαση των ασθενών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας (Παπανικολάου, 2007).

Ακολούθησε ο νόμος 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ81, 4 Απριλίου, 2005). Σε θέματα ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας προχωράει ένα βήμα παραπάνω με την ανάθεση στο τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α να προχωρήσουν σε διαδικασία πιστοποίησης και διαπίστευσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (ΦΕΚ 81, 4 Απριλίου, 2005). Ακολούθησαν αλλαγές με το νόμο 3370/2005 για την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας και το εθνικό σύστημα πληροφοριών υγείας.

1.4.1 Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι παρά της νομοθετικές προσπάθειες που έγιναν και γίνονται για την εξασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, οι πολίτες δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι με τις υπηρεσίες υγείας και τα διάφορα προγράμματα πρόληψης και φροντίδας. Τούτο το πιστοποιεί η έρευνα γνώμης που έγινε το 1996 από το Ευρωβαρόμετρο και το 53,9% των Ελλήνων δήλωσαν ότι ήταν από μέτρια έως πολύ δυσαρεστημένοι από τη

λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας. Το ποσοστό αυτό δημόσιας δυσαρέσκειας ήταν το τρίτο υψηλότερο μεταξύ των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά των Ιταλών (59,4%) και των Πορτογάλων (59,3%). Επιπλέον, 69,2% των Ελλήνων εξέφραζαν την άποψη ότι χρειαζόταν μια ριζική αναδόμηση του συστήματος υγείας ή θεμελιακές αλλαγές αυτού, σε σύγκριση με το 76,9% των Ιταλών και το 70,1% των Πορτογάλων που δήλωναν το ίδιο (Mossialos, 1998). Όταν η ίδια έρευνα επαναλήφθηκε μερικά χρόνια αργότερα (2002) το ποσοστό των Ελλήνων που υποστήριζαν την ανάγκη για θεμελιακές αλλαγές ή ριζική αναδόμηση του συστήματος υγείας αυξήθηκε σε 78,1%, έναντι 80,4% των Πορτογάλων και 65,5% των Ιταλών (Eurobarometer, 2002).

Σε μια νέα έρευνα γνώμης του 2010 του Ευρωβαρόμετρου με κύριο στόχο τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι Ευρωπαίοι προσλαμβάνουν την ασφάλεια των ασθενών και αντιλαμβάνονται την ποιότητα της φροντίδας υγείας στη χώρα τους, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των Ελλήνων (83%) οι οποίοι δήλωσαν ότι αισθάνονται πως υπάρχει ο κίνδυνος να υποστούν βλάβη στην υγεία τους από τη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο ήταν πολύ υψηλότερο από το ποσοστό όλων των υπόλοιπων Ευρωπαίων. Αντίστοιχη ήταν η κατάσταση και για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τα διάφορα προγράμματα όπως το *Βοήθεια στο Σπίτι*, όπου και πάλι το ποσοστό των Ελλήνων (78%) που δήλωσαν ότι νιώθουν φόβο πως η υγεία τους θα υποστεί βλάβη από την επίσκεψή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν το υψηλότερο από όλους τους άλλους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurobarometer, 2010).

Παράλληλα θα πρέπει να τονίσουμε ότι λόγω των μνημονιακών πολιτικών που ακολουθούνται τα τελευταία χρόνια στη χώρα, όπως το πάγωμα των προσλήψεων στον δημόσιο τομέα, είχε σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αναγκάζονται να προσλάβουν ιδιωτικό, και σε πολλές περιπτώσεις χωρίς τα αναγκαία προσόντα, αποκλειστικό νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να αντιμετωπίσουν την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία και προγράμματα παροχής φροντίδας σε εξωνοσηλευτικό επίπεδο (Σαπουντζή και Λεμονίδου, 1994· Geitona et al., 1998). Το πρόβλημα είναι πιθανό να διογκωθεί εάν ο νέος θεσμός της εργασιακής εφεδρείας εφαρμοστεί χωρίς προσοχή και στο υγειονομικό

δυναμικό που απασχολείται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων (Οικονόμου, 2012).

Σύμφωνα με τους Theodorokioglou and Tsiotras,(2000 οπ. αναφ., ο Οικονόμου, 2012) η εφαρμογή στις μονάδες υγείας συστημάτων διαχείρισης και διασφάλισης της ποιότητας στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη και καθίσταται αναγκαία η ευρύτερη εισαγωγή τους. Υποστηρίζουν ακόμα ότι όποτε έγιναν προσπάθειες για την εφαρμογή τέτοιων συστημάτων, ήταν αποτέλεσμα της πρωτοβουλίας των εργαζομένων και δεν προερχόταν από ένα κεντρικά διαμορφωμένο σχέδιο της πολιτικής ηγεσίας του χώρου.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι η έννοια της ποιότητας καλύπτει την «ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας», όπως ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Σε αυτή την περίπτωση αξιολογείται η αξιοπρέπεια, η αυτονομία, η έγκαιρη προσοχή, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, η επικοινωνία, η δυνατότητα επιλογής των προμηθευτών, η κοινωνική υποστήριξη και η ποιότητα του περιβάλλοντος χώρου (Οικονόμου, 2012).

Κεφάλαιο 2: Φροντίδα στο σπίτι

2.1 Φροντίδα στο σπίτι στην Ευρώπη

Όπως είναι φυσικό υπάρχει μια μεγάλη ετερογένεια στην Ευρώπη σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι (Boerma, 2006). Μια τέτοια διαφορετική προσέγγιση αποτελεί το παράδειγμα της Γαλλίας, όπου παρέχεται από έναν οργανισμό τον AFAP με βασικό σκοπό και στόχο την παροχή βοήθειας σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν μόνοι τους και έχουν ανάγκη φροντίδας στο χώρο τους (Πελεκίδου, 2010). Ο οργανισμός που έχει αναλάβει την πραγματοποίηση του προγράμματος έχει δώσει μεγάλη έμφαση στην εξασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό το σύστημα ποιότητας αποτελεί την ειδοποιό διαφορά σε σχέση με τα συστήματα άλλων αντίστοιχων προγραμμάτων καθώς οδηγεί στην παροχή αποκλειστικά εξατομικευμένων υπηρεσιών ώστε να ικανοποιούν στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Αξίζει να αναφερθεί ότι μέσω του προγράμματος εξασφάλισης ποιότητας γίνεται η επιλογή του προσωπικού, η οργάνωση και η αξιολόγηση του ίδιου του προγράμματος. Το γαλλικό πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι δίνει μεγάλη έμφαση στην ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού, στις αλλαγές που απαιτούνται στην οργάνωση και βάζει στο επίκεντρό του τον ασθενή, γεγονός που το καθιστά ένα από τα καλύτερα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι στην Ευρώπη (Πελεκίδου, 2010).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το αγγλικό πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι το οποίο θεσμοθετήθηκε το 2000 καταφέροντας να εξασφαλίσει στο ελάχιστο τα κριτήρια που πρέπει να διέπουν έναν οργανισμό ή μια υπηρεσία ώστε να μπορεί να παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σπίτι. Ο οργανισμός που έχει αναλάβει το πρόγραμμα είναι ο UKHCA, διαθέτοντας νομική και τεχνική βοήθεια στα μέλη του. Η χρηματοδότησή του για την εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού γίνεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το Αγγλικό αυτό πρόγραμμα προσφέρει φροντίδα σε άτομα στο σπίτι τους τα οποία έχουν ανάγκη από την βοήθεια και την μέριμνα κάποιου άλλου. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι σε αυτό το πρόγραμμα πρώτα γίνεται μια αξιολόγηση των περιπτώσεων που θέλουν να επωφεληθούν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με σκοπό οι ασθενείς αλλά και το οικείο τους περιβάλλον να συμμετέχει όσο το δυνατό στις διαδικασίες (Πελεκίδου, 2010).

Τέλος στην Ιταλία, όλες οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από τις περιφέρειες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον προϋπολογισμό των τοπικών κέντρων υγείας. Οι περιφέρειες χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πρόκειται δηλαδή για μια κρατική υπόθεση. Οι υπηρεσίες για την φροντίδα στο σπίτι αφορούν σε ηλικιωμένους, σε άτομα με ανάγκες που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν (Πελεκίδου, 2010).

2.2 Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι στην Ελλάδα

Ο Νόμος 2071/1992 εισήγαγε για πρώτη φορά στην Ελλάδα τον όρο της «νοσηλείας στο σπίτι», ενώ αργότερα ο Νόμος 2519/1997 για την ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, θεσμοθέτησε την κατ' οίκον νοσηλεία δίνοντας νέα ώθηση στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο η τοπική αυτοδιοίκηση αναμιγνύεται ενεργά στις υπηρεσίες υγείας με αρμοδιότητες προγραμματισμού ενώ συνδέεται η πρωτοβάθμια φροντίδα με υπηρεσίες όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», ώσπου να φτάσει στη σημερινή μορφή και να θεσπιστεί νομικά μέσα από το Νόμο 3106/2003. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ξεκίνησε ουσιαστικά πιλοτικά το 1994 και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά δυο χρόνια αργότερα από το Δήμο Περιστερίου (Οικονόμου 2004).

Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό, ότι το «Βοήθεια στο σπίτι» σχεδιάστηκε για να μπορέσει να εξυπηρετήσει τις ευπαθείς ομάδες ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες τους. Παράλληλα ο σχεδιασμός του αφορούσε και στη διαχείριση του δημογραφικού ζητήματος, στην ενίσχυση της ανάπτυξης κοινωνικής δράσης από τους ΟΤΑ αλλά και στον περιορισμό των δαπανών υγείας μέσα από την παροχή κατ' οίκον νοσηλείας με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών κλινών και τη μείωση των δαπανών υγείας (Οντίλε, 2008).

Για την υλοποίηση δηλαδή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σημαντικό ρόλο έπαιξε και η έλλειψη κλινών για την αποθεραπεία ή τη μακρόχρονη νοσηλεία των ηλικιωμένων και γενικά των αναξιοπαθόντων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του χαμηλού κόστους του προγράμματος είναι το γεγονός ότι για την φροντίδα εξήντα ηλικιωμένων από το «Βοήθεια στο Σπίτι», το ετήσιο κόστος ανέρχεται στα 35.000 ευρώ, ποσό που στον ιδιωτικό τομέα, σε μια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων καλύπτει μόλις τα δυο άτομα (Sissouras et .al, 2002).

Σύμφωνα με τον Sissouras et.al, (2002) το «Βοήθεια στο σπίτι» λειτουργεί, σε όλη την Ελλάδα, σε 253 δήμους και οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν και έχει εξυπηρετήσει 9000 άτομα άνω των εξήντα ετών, στην περίοδο 1998-2001 σύμφωνα με στοιχεία έρευνας που έχει διεξαχθεί από την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ). Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί ότι το πρόγραμμα καλύπτει κοινωνικές παροχές, υγειονομική περίθαλψη και οικογενειακή βοήθεια (δουλειές στο σπίτι, ψώνια) και συμμετέχουν Κοινωνικοί λειτουργοί (ΑΕΙ /ΤΕΙ), νοσηλευτές (ΑΕΙ /ΤΕΙ /ΔΕ), οικογενειακοί βοηθοί και εθελοντές (Sissouras et.al, 2002).

Φορείς υλοποίησης του προγράμματος ορίστηκαν οι δήμοι. Η έναρξη λειτουργίας του προγράμματος θεσπίστηκε με την υπογραφή του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, της ΚΕΔΚΕ, των ΚΑΠΗ και των Δημοτικών Επιχειρήσεων που έχουν και την ευθύνη οργάνωσής του (Αμίτσης, 2001).

2.2 Ιστορική αναδρομή-Νομοθετικό πλαίσιο Προγράμματος

Ο νόμος 4514/1996 αποτελεί την αφετηρία για την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» καθώς με Κοινή Υπουργική Απόφαση (Κ.Υ.Α) του Υπουργού Οικονομικών και Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας θεσμοθετείται η «Εφαρμογή Πιλοτικού Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στο Δήμο Περιστερίου» (Κ. Υ. Α. 4514/1996 «Εφαρμογή Πιλοτικού Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στο Δήμο Περιστερίου»). Ένα χρόνο αργότερα, το 1997 τα Υπουργεία Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ανήγγειλαν με Κοινή Υπουργική Απόφαση, την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» για ηλικιωμένους σε 102 Κ.Α.Π.Η από όλη την Ελλάδα για τα επόμενα πέντε χρόνια, ρυθμίζοντας παράλληλα και τους σκοπούς του προγράμματος αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Κ.Υ.Α 5814/1997 «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι»).

Πιο συγκεκριμένα η Κ.Υ.Α με αριθμό 5814/1997 όριζε ότι η εφαρμογή του προγράμματος θα γινόταν σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση εντάχθηκαν 51 δήμοι, που χρηματοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης ενώ στη δεύτερη φάση εντάχθηκαν οι υπόλοιποι 51 δήμοι που χρηματοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ακολούθησε ο νόμος 2646/1998 «για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (Φ.Ε.Κ.236/τα'/20-10-1998) που τονίζει την αναγκαιότητα

της οργάνωσης και λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και της υλοποίησης προγραμμάτων με ομάδες στόχους μεταξύ άλλων τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, χωρίς όμως να γίνεται ξεκάθαρη αναφορά στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι πολύτιμη βοήθεια για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτέλεσε η χρηματοδότηση από το Γ' Κ.Π.Σ μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων, καθώς έδωσε στους δήμους να δημιουργήσουν νέα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» καθώς και άλλες μονάδες για την προώθηση και ενίσχυση της κοινωνικής φροντίδας. Έτσι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξελίχθηκε και με την Κ.Υ. Α 4035 (Φ.Ε.Κ.1127/τβ'/30-8-2001) μπόρεσαν πλέον να ενταχθούν όλοι οι δήμοι της χώρας στο πρόγραμμα.

Θα πρέπει να τονιστεί επιπλέον ότι η Κ.Υ.Α 4035 /2001 επανατοποθέτησε τους σκοπούς του προγράμματος, πρόσθεσε επίσης στην ομάδα στόχο πέρα από τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ενώ ξεκαθάριζε ότι για το συντονισμό, την υποστήριξη και την παρακολούθηση της εξέλιξης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» υπεύθυνη είναι η Ο.Δ.Ε. (Ομάδα Διοίκησης Έργου) η οποία είχε συσταθεί με κοινή υπουργική απόφαση (Φ.Ε.Κ.726/τβ'/2001) και απαρτίζεται από εκπροσώπους υπουργείων, της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., της Εκκλησίας κ.α.

Το 2003 ο Ν. 3106/2003 (Φ.Ε.Κ. 30/τα'/10-2-2003) έδωσε τη δυνατότητα σε Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. και στην Εκκλησία να υποβάλλουν αίτηση για έγκριση προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ωστόσο όμως ενώ το πρόγραμμα, ήρθε να συμπληρώσει το κενό μόνιμα θεσμοθετημένων υπηρεσιών ενός συγκροτημένου κράτους πρόνοιας, βρέθηκε στις παγίδες του μνημονίου, αλλά και μιας προχειρότητας, έλλειψης ολοκληρωμένου σχεδίου αλλά και της συνήθους κακοδιαχείρισης των ευρωπαϊκών κονδυλίων με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η λειτουργία μέχρι τις 30-9-2013.

2.3 Αρχές του προγράμματος

Το πρόγραμμα διέπεται από τις αρχές που εμπεριέχονται στις γενικές διακηρύξεις και συνθήκες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως και στις ειδικές αρχές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους και τα ΑΜΕΑ. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων όπως στο (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2002):

- ο Να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους
- ο Να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον
- ο Να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών
- ο Να απολαμβάνουν υπηρεσιών και παροχών που να τους εξασφαλίζουν υγεία και επιβίωση
- ο Να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και να αυξάνουν την αυτάρκεια τους
- ο Να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους

Αξίζει να αναφερθεί ότι για τις αρχές του προγράμματος λήφθησαν υπόψη οι ανάγκες των ηλικιωμένων όπως αυτές προέκυψαν από ξένες και ελληνικές επιστημονικές έρευνες και μελέτες (Οντίλε, 2008). Οι ανάγκες αυτές μπορούν να συνοψιστούν στις εξής (Οντίλε, 2008):

1. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από ένα εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες.
2. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από στέγη, ρουχισμό και κατάλληλη τροφή.
3. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από την ανθρώπινη επαφή και την ασφάλεια του οικογενειακού τους περιβάλλοντος χωρίς να αισθάνονται ότι είναι βάρος στους άλλους.
4. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από την κατ' οίκον φροντίδα.
5. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψη χωρίς ταλαιπωρία.
6. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη να απασχολούνται δημιουργικά.
7. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη να προσφέρουν και να αναγνωρίζεται η προσφορά τους.

8. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη να συμμετέχουν στις εξελίξεις της ζωής τους και στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν.
9. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη νομικής εξυπηρέτησης και προστασίας.
10. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη ενημέρωσης είτε για θέματα υγείας και πρόληψης, για γραφειοκρατικά θέματα που αφορούν τις υποθέσεις τους, για τα δικαιώματά του.

2.4 Σκοπός και στόχος του προγράμματος

Η Ομάδα Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) εξέδωσε ένα «Σχέδιο Περιγραφής της δράσης βοήθεια στο σπίτι» στο πλαίσιο των ΠΕΠ του Γ' ΚΠΣ, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο οποίο αναγράφεται αναλυτικά ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος. Έτσι λοιπόν ο σκοπός του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διαμορφώνεται ως εξής (ΚΕΔΚΕ, 2002): *«Παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιώνουν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσής να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία»* (ΚΕΔΚΕ, 2002).

Επιμέρους στόχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι (ΚΕΔΚΕ, 2002):

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ΑΜΕΑ ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η υγιής διαμονή και επαρκής διατροφή της ομάδας στόχου.
- Η διαφώτιση και συνεργασία του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ανήμπορων ατόμων.
- 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 χρηστής ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού.

- ο Η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Διαπιστώνεται ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» επιδιώκει την ενίσχυση όλων των ατόμων και των οικογενειών τους, χωρίς κριτήρια ηλικιακά ή οικονομικά για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που τους απασχολούν μόνιμα ή μη. Μολονότι το πρόγραμμα απευθύνεται σε κάθε άτομο, χωρίς κριτήρια και περιορισμούς, ο μεγαλύτερος αριθμός των εξυπηρετούμενων είναι ηλικιωμένοι (Οντίλε, 2008).

2.5 Προσωπικό υλοποίησης του προγράμματος

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προκειμένου να μπορεί να λειτουργήσει στελεχώνεται από (Οντίλε, 2008):

- Ένα / Μία Κοινωνικό /ή λειτουργό(πτυχιούχου ΑΕΙ/ΤΕΙ, με άδεια άσκησης επαγγέλματος) ή Ψυχολόγο ή πτυχιούχο ΑΕΙ Κοινωνιολογίας ή Κοινωνικής Πολιτικής ή Κοινωνικής Δράσης, ο οποίος /η οποία είναι υπεύθυνος / η του συντονισμού του προγράμματος.
- Ένα / Μία Νοσηλεύτη/τρια (με άδεια άσκησης επαγγέλματος και οποιαδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ΙΕΚ ή σχολών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή άλλου ισότιμου τίτλου σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής με άδεια άσκησης επαγγέλματος). Σε περίπτωση που δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από Νοσηλεύτη μπορεί να ασχοληθεί Επισκέπτης Υγείας.
- Βοηθητικό Προσωπικό, με αντίστοιχη κατάρτιση, ή αποδεδειγμένη εμπειρία.

Στο πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η κοινωνική εργασία και αυτό γιατί σε ένα πρώτο επίπεδο είναι πολύ σημαντική η διερεύνηση, η καταγραφή και η αξιολόγηση των αναγκών των αιτουμένων, ώστε να ακολουθήσει η ένταξή τους στο πρόγραμμα, ο προγραμματισμός των επισκέψεων και ο καθορισμός των υπηρεσιών που θα τους παρασχεθούν (Κωσταρέλης, Τσιτουρίδου, 2006).

Σύμφωνα με τους Sissouras et al., (2002) ο κοινωνικός λειτουργός στηρίζει ψυχολογικά αυτούς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα ψυχολογικά αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον, συνεργάζεται μαζί του, δίνει συμβουλές, φροντίζει για την οικονομική κατάσταση του συμμετέχοντα και της οικογένειας (μεριμνά για συντάξεις, επιδόματα κ.λ.π.), κλείνει

ραντεβού σε νοσοκομεία και επιτροπές για συντάξεις, συνοδεύει τα άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν εύκολα, καταγράφει την πορεία του περιστατικού σε καρτέλα παρακολούθησης, καθώς και τα έξοδα του συγκεκριμένου προγράμματος. Επιπλέον είναι υπεύθυνος για τη συνεργασία με τοπικούς φορείς και λοιπές υπηρεσίες και οργανώσεις, φροντίζοντας παράλληλα να παρέχει συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη στους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα και στους οικείους τους (Sissouras et al., 2002).

Ο νοσηλευτής/τρια συμμετέχει στο πρόγραμμα για την πραγματοποίηση νοσηλευτικών πράξεων, όπως είναι η καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, η μέτρηση του σακχάρου, ο αντιγριπικός εμβολιασμός, οι ενδομυϊκές ενέσεις, η παρακολούθηση της λήψης φαρμάκων, η ενημέρωση για ασθένειες και νόσους που αντιμετωπίζουν ή που είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, η πληροφόρηση πάνω σε θέματα διατροφής, η πρόληψη και θεραπεία των κατακλίσεων αλλά και η βοήθεια στην ατομική καθαριότητα των ανήμπορων (Sissouras et al, 2002). Γίνεται σαφές επομένως ότι στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» η νοσηλευτική φροντίδα είναι επικεντρωμένη στην πρόληψη κι όχι τόσο στη θεραπεία καθώς και στην σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων ώστε να μπορούν να χειρίζονται με αποτελεσματικό τρόπο τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Θα πρέπει να προστεθεί στο σημείο αυτό ότι η οικογενειακή βοήθος ασχολείται με τα ψώνια των ατόμων που συμμετέχουν και δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν, την καθαριότητα του σπιτιού τους, το μαγείρεμα αλλά και τη σίτιση αυτών που δεν μπορούν αυτοεξυπηρετηθούν. Η οικογενειακή – οικιακή βοήθεια παράλληλα περιλαμβάνει τη φροντίδα της ατομικής υγιεινής και την καθαριότητα του προσωπικού χώρου των εξυπηρετούμενων, την εξόφληση λογαριασμών καθώς και άλλες οικιακές εργασίες. Γίνεται σαφές ότι για κάθε μονάδα είναι απαραίτητη η απασχόληση όλων των ειδικοτήτων (Sissouras et al, 2002).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στο πρόγραμμα απασχολούνται εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, οι οποίοι όμως δεν είναι μόνιμοι υπάλληλοι του δήμου (Sissouras et al, 2002). Η Οντίλε, (2008) υπογραμμίζει ότι τα στελέχη που στελεχώνουν το πρόγραμμα, εφαρμόζουν τις αρχές και μεθόδους της ομαδικής εργασίας και του κοινωνικού σχεδιασμού, που σημαίνει ότι ορίζουν μια σταθερή ημέρα και ώρα για τον μηνιαίο και εβδομαδιαίο προγραμματισμό και

απολογισμό της ομάδας αφού έχουν γίνει πρώτα οι απαραίτητες φάσεις εργασιών. Όλοι όσοι στελεχώνουν το πρόγραμμα οφείλουν να αρχειοθετούν και να καταγράφουν όλες τις υπηρεσίες που έχουν προσφέρει σε εβδομαδιαίο δελτίο και να τα παραδίδουν στον συντονιστή του προγράμματος για τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη του. Επιπλέον απαιτείται η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού καθώς και η ικανοποιητική αμοιβή του (Οντίλε, 2008).

Είναι πολύ σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι όλα τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα είναι απόρρητα και μόνο τα στελέχη του προγράμματος έχουν πρόσβαση, που δεσμεύονται για την τήρηση του απορρήτου μέσω των αδειών τους άσκησης επαγγέλματος, όπως άλλωστε ορίζει ο νόμος και φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος, με ευθύνη του /της κοινωνικού λειτουργού υπευθύνου του προγράμματος (Οντίλε, 2008).

2.5.1 Προετοιμασία και κύριες φάσεις του προγράμματος

1. Σύμφωνα με το Υπουργείο το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» στο στάδιο προετοιμασίας και εκτέλεσης περιλαμβάνει (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, -2002):
 - εκπαίδευση προσωπικού και προσαρμογή του σχεδίου στις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε δήμου
 - δημιουργία χρονοδιαγράμματος και στοχοθεσία
 - αγορά αναγκαίου υλικού και εξοπλισμού
 - επιλογή τρόπου εσωτερικής αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα για τον έλεγχο της επιτυχίας του προγράμματος.

Οι κύριες φάσεις ενεργειών είναι (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2002):

1. «Κοινωνική χαρτογράφηση της περιοχής ευθύνης και της ευρύτερης κοινότητας».
2. «Διερεύνηση, καταγραφή – συστηματική επεξεργασία των αναγκών των ηλικιωμένων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα. Πηγές θα αποτελέσουν, οι επιστημονικές μελέτες, οι ανάγκες που έχουν εντοπίσει τα ΚΑΠΗ, οι συλλογικές οργανώσεις των ΑΜΕΑ, τα αιτήματα που θα υποβληθούν από τους πολίτες, οι παραπομπές άλλων τοπικών φορέων, οι καταγραφές των στελεχών της δράσης κ.α.»

3. «Ιεράρχηση αναγκών ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ του πληθυσμού προς εξυπηρέτηση (καθορισμός προτεραιοτήτων)
 - α. ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης
 - β. ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας (διαβίωσης)
 - γ. αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων
 - δ. κάλυψη πολιτιστικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων»
4. «Συνεργασία και συντονισμός με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΒ), με τοπικούς φορείς ή δίκτυα, με προτεραιότητα τις υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες του δημοσίου τομέα, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εθελοντικών οργανώσεων καθώς και των προγραμμάτων πρόνοιας της Εκκλησίας».
5. «Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και προετοιμασία της κοινότητας για τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ καθώς και για το περιεχόμενο του προγράμματος»
6. «Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία»
7. «Ανάπτυξη ασφαλούς και απόρρητου συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος και συστήματος συγκέντρωσης στατιστικών δεδομένων, με ευθύνη του υπευθύνου του συντονισμού του προγράμματος, για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της δράσης και τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη αυτής».

2.5.2 Υπηρεσίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Σύμφωνα με τους Sissouras et all., (2002), οι υπηρεσίες του προγράμματος παρέχονται με προγραμματισμένες επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των συμμετεχόντων. Ο αριθμός των επισκέψεων εξαρτάται από τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει (Sissouras et all., 2002):

1. Κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:
 - συμβουλές και πληροφορίες για τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα

- συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξης στους συμμετέχοντες και στις οικογένειές τους
- υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας
- προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων με σκοπό την ευαισθητοποίηση όχι μόνο του άμεσου αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντος.

2. Υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- νοσηλευτική φροντίδα
- πληροφορίες σε θέματα αγωγής υγείας και πρόληψης
- φυσιοθεραπεία στο σπίτι
- δυνατότητα μεταφοράς του συμμετέχοντα στο πρόγραμμα σε γιατρό
- βοήθεια στην ατομική υγιεινή του συμμετέχοντα στο πρόγραμμα
- δυνατότητα συνοδείας του συμμετέχοντα στο πρόγραμμα σε νοσοκομείο
- συνταγογράφηση φαρμάκων από τους οικογενειακούς ιατρούς

3. Οικογενειακή Βοήθεια, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- βοήθεια που αφορά στις δουλειές του σπιτιού
- βοήθεια που αφορά στη σίτιση, στα ψώνια, στο μαγείρεμα και στην καθαριότητα
- βοήθεια που αφορά στις ανάγκες μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας
- βοήθεια που αφορά στην πολιτιστική, θρησκευτική και κοινωνική συμμετοχή και δραστηριοποίηση του συμμετέχοντα στο πρόγραμμα

2.6 Χαρακτηριστικά της πορείας του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», το οποίο ήταν ένα πραγματικά καινοτόμο πρόγραμμα εναρμονισμένο τόσο με τα ευρωπαϊκά πρότυπα πρόνοιας όσο και με τις δομές και τις ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας, συνετέλεσε στην αποκέντρωση των κοινωνικών δράσεων και της ανάπτυξής του σε τοπικό επίπεδο προκειμένου να είναι πιο ευέλικτες και αποτελεσματικές. Στάθηκε δίπλα σε ηλικιωμένους και σε ευπαθείς ομάδες που χρειάζονταν προγράμματα συστηματικής κοινωνικής πολιτικής σε θέματα υγείας και κοινωνικού αποκλεισμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας Improving Policy Responses and Outcomes to Socio-Economic Challenges (IPROSEC) οπ. αναφ. ο Στρατηγάκης (2005), η Ελλάδα ανήκει στις χώρες στις οποίες, ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας είναι σημαντικός και θεωρήθηκε απαραίτητος ο ρόλος του κράτους πρόνοιας στην αντιμετώπιση των ευπαθών

ομάδων. Ένα άλλο στοιχείο που δείχνει την επιτυχία του προγράμματος αυτού στην Ελλάδα είναι το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι προτιμούν το σπίτι και όχι το γηροκομείο ως χώρο στέγασης και φροντίδας και γενικότερα, το γηροκομείο απορρίπτεται ως χώρος φροντίδας (Τεπέρογλου, 1990).

Ωστόσο όμως κρίθηκε προβληματική η οικονομική διαχείριση του προγράμματος στο πλαίσιο του Γ ΚΠΣ και αυτό γιατί δεν υπάρχει υπηρεσία που να μπορεί να παρέχει σε σταθερή βάση οικονομική ενίσχυση στους Δήμους που έχουν αναλάβει το πρόγραμμα μιας και το κόστος του προγράμματος είναι υψηλό (Πελεκίδου, 2010). Γίνεται επομένως κατανοητό ότι σήμερα, σε μια εποχή κρίσης και δεινής οικονομικής κατάστασης της χώρας, το πρόγραμμα αυτό σταματά να υφίσταται στις 30-09-2013, για να το διαδεχθεί το πρόγραμμα «Κατ' οίκον φροντίδα». Η ρύθμιση, περιλαμβάνεται σε τροπολογία που ψηφίστηκε στο Σχέδιο Νόμου «Κύρωση της από 31.12.2012 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου *«Ρυθμίσεις κατεπειγόντων θεμάτων αρμοδιότητας των υπουργείων Εσωτερικών, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη, της Γενικής Γραμματείας της Κυβέρνησης και του υπουργού Επικρατείας» και άλλες διατάξεις»* (ΚΕΔΚΕ, 2013).

Άλλο ένα μελανό σημείο του προγράμματος σύμφωνα με τους Καϊάφα και συν., (2005) είναι η απουσία των περιοδικών εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης που θα ήταν πολύτιμες στις επιστημονικές ομάδες επειδή θα παρείχαν την απαραίτητη ανατροφοδότηση και θα συντελούσαν στις αναγκαίες βελτιώσεις των υπηρεσιών, όπως εξάλλου προβλέπουν και τα ευρωπαϊκά δεδομένα για τέτοια προγράμματα.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οδηγούν στην άποψη ότι είναι ανάγκη να δημιουργηθεί ένα σύστημα φροντίδας στο σπίτι, που να είναι σχεδιασμένο και να κατευθύνεται με ξεκάθαρους στόχους και προοπτικές για τους χρήστες του, που θα δίνει έμφαση στην αξιολόγηση και την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει. Προκειμένου δηλαδή να εξασφαλιστεί η επιτυχία ενός προγράμματος φροντίδας στο σπίτι είναι ανάγκη να γίνουν έρευνες και μελέτες που τα αποτελέσματά τους θα καταλήξουν σε νέο προγραμματισμό και αλλαγές (Οντίλε, 2008).

Κεφάλαιο 3ο: Η σημασία της ικανοποίησης των χρηστών από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

3.1 Ορισμός της Ικανοποίησης

Η προσπάθεια αποσαφήνισης του όρου ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία κυρίως γιατί υπάρχουν πολλές παράμετροι που την επηρεάζουν. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός αλλά κατά καιρούς έχουν δοθεί αρκετοί ορισμοί για την ικανοποίηση. Το βέβαιο είναι ότι ο κάθε ένας εύκολα μπορεί να κατανοήσει τι σημαίνει ικανοποίηση δίνοντας το δικό του ορισμό (Οντίλε, 2008).

Ο Donabedian (1980, οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008) απομακρύνεται από τον κοινωνικό ορισμό της έννοιας ικανοποίηση και προσδιορίζει την ικανοποίηση του ασθενούς ως τη γνώμη που έχει για την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει από κάποια υπηρεσία ή κάποιο πρόγραμμα και σχετίζεται άμεσα με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Οι Clearly, Barbara, (1988, οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008) από την άλλη θεωρούν ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι «η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσδοκίας του ασθενή για τη ιδανική φροντίδα και της αντίληψης για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνεται». Ένας άλλος ορισμός είναι αυτός του Pascoe ο οποίος θεωρεί ότι η ικανοποίηση του ασθενή ουσιαστικά είναι η αντίδραση του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη που προέρχεται από την προσωπική του εμπειρία από τις υπηρεσίες αυτές (Οντίλε, 2008).

Σύμφωνα με τον Peterson η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς όμως ο ασθενής να είναι σε θέση να αξιολογήσει ούτε τα αποτελέσματα ούτε την καταλληλότητα της φροντίδας. Ένας άλλος ορισμός είναι αυτός του Smith, οποίος θεωρεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας (Οντίλε, 2008).

Συμπερασματικά, ως ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να οριστεί, η προσωπική του εκτίμηση, όχι μόνο για τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες υγείας, αλλά και για τους εργαζόμενους

στις υπηρεσίες αυτές, καθώς και για τον τρόπο παροχής τους. Είναι απαραίτητο λοιπόν οι εργαζόμενοι σε αυτά, κατά τον προσδιορισμό του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας, να γνωρίζουν τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή. Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο γιατί βοηθά τους οργανισμούς προσφοράς υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο να προσαρμόσουν, αλλά και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες τους, με τρόπο που να ικανοποιούν τις προσδοκίες του ασθενή (Sansgiry, 2005).

Η πολυπλοκότητα της ζωής και οι εξελίξεις συντελούν στην αναγκαιότητα της εξασφάλισης της ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και από προγράμματα που σχετίζονται με τη φροντίδα όπως αυτό της «Βοήθειας στο Σπίτι». Η προσπάθεια που γίνεται σήμερα για την εξασφάλιση όσο το δυνατό περισσότερο της ικανοποίησης καταδεικνύει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, το βιοτικό και πολιτισμικό επίπεδο της κοινωνίας αλλά και την εξέλιξη της κοινωνίας και της τεχνολογίας. Γίνεται επομένως εύκολα αντιληπτό ότι η απομυθοποίηση της αναπηρίας και της ανικανότητας αυτοεξυπηρέτησης, η αύξηση του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου δημιούργησαν τις συνθήκες ώστε η ικανοποίηση σήμερα, να θεωρείται ένα καθολικό αίτημα την κοινωνίας μας την οποία διέπουν θεσμοί, κανόνες και νόμοι (Οντίλε, 2008).

3.2 Παράγοντες ικανοποίησης εξυπηρετούμενων από το «Βοήθεια στο Σπίτι»

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν και παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση των χρηστών από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Ο Lebow (οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008) ύστερα από πλήρη βιβλιογραφική επισκόπηση καταλήγει ότι ενώ έχουν γίνει πάρα πολλές έρευνες σχετικά με το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών από διάφορα προγράμματα, δεν υπάρχει καμία ομοφωνία για τους για τους παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση και τις μεθόδους μέτρησής της.

Οι Straser κ.α. (οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008) έδειξαν πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία και το εισόδημα, επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα τέτοιων προγραμμάτων και συμπληρώνουν πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Στην

προσπάθειά μας να προσδιορίσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» τους κατηγοριοποιήσαμε σε τρεις και αφορούν στα/στις (Θεοδώρου, 1993 οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008):

- ο χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων: (κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο υγείας, απαιτήσεις που έχουν από τις υπηρεσίες υγείας)
- ο χαρακτηριστικά του προσωπικού: (οι γνώσεις, η προσωπικότητα, η τέχνη και η τεχνική με τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες).
- ο σχέσεις εξυπηρετούμενων-προσωπικού: (σωστή επικοινωνία και αλληλοκατανόηση).

3.3 Η σημασία της αξιολόγησης για τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι

Σύμφωνα με τον Lishaman, 1998, (οπ. αναφ. Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, 2008), η αξιολόγηση προγραμμάτων γενικά είναι ένα εργαλείο που μπορεί να ωφελήσει πραγματικά καθώς αποτελεί μια διαδικασία ενσωματωμένη στη κοινωνική εργασία και την κοινωνική φροντίδα, αναδεικνύοντας από τη μια την αναγκαιότητα συνέχισης ενός εφαρμοσμένου προγράμματος και από την άλλη εξετάζοντας την παρουσιαζόμενη εξέλιξη κατά την εφαρμογή του και την ανταπόκριση, που έχουν οι διαδικασίες εφαρμογής του στους αποδέκτες.

Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί ότι η αξιολόγηση προγραμμάτων δύναται να συμβάλει στην αποτίμηση επίτευξης των στόχων, μέσα από μια διαδικασία συλλογής, ανάλυσης και ερμηνείας στοιχείων, που αφορούν στην πραγματοποίηση των στόχων και των σκοπών των συγκεκριμένων προγραμμάτων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η εξέταση και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων που αφορούν την φροντίδα στο σπίτι όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι», για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η βελτίωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί γιατί μέσα από την αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» εντοπίζονται τα κενά που υπάρχουν ενώ ταυτόχρονα οι αρμόδιοι φορείς μπορούν να προχωρήσουν στο σχεδιασμό και την εφαρμογή νέων μοντέλων παρέμβασης και παροχής υπηρεσιών (Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, 2008).

Η αξιολόγηση δηλαδή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» εστιάζει στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, στην ικανοποίηση των εργαζομένων από αυτό και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Παράλληλα μέσα από την αξιολόγηση του

προγράμματος το ενδιαφέρον στρέφεται και στη μελέτη αλλά και τη σύγκριση του κόστους της φροντίδας από το «Βοήθεια στο Σπίτι» με το κόστος της φροντίδας από ένα ίδρυμα κλειστής φροντίδας. (Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, 2008).

Σύμφωνα με τον Shaw, (1996 οπ. αναφ. Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, 2008) μέσα από την αξιολόγηση του προγράμματος διερευνάται εκτός από την αποτελεσματικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και η άποψη των εργαζομένων αξιολογώντας οι ίδιοι την προσφορά τους. Ταυτόχρονα, *«περιλαμβάνει και την κριτική της πολιτικής, που υπαγορεύει την εφαρμογή των υπό αξιολόγηση προγραμμάτων. Προσφέρεται δε για την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ δικτύου υπηρεσιών αναφορικά με τους αποδέκτες υπηρεσιών των προγραμμάτων»* (Smith, 2002).

Οι Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, (2008) θέτουν ένα άλλο προβληματισμό σχετικά με την αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθειας στο Σπίτι», καθώς αναφέρουν ότι το πρόγραμμα αυτό στην Ελλάδα δεν κατάφερε να υποκαταστήσει την πλήρη φροντίδα που παρέχει κατ' οίκον κάποιος συγγενής, με αποτέλεσμα τα άτομα που συμμετείχαν σε αυτό να είναι εξαρτώμενα και από τους οικείους τους. Η αδυναμία αυτή του προγράμματος οφείλεται στον αρχικό σχεδιασμό του και στους περιορισμένους πόρους που δεν επέτρεπαν την εικοσιτετράωρη ή κατ' ελάχιστον την οκτάωρη συνεχή αποκλειστική φροντίδα στους συμμετέχοντες, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα στους οικείους των ατόμων αυτών να απαλλαγούν από την αποκλειστική τους φροντίδα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» δεν ήταν η αρχική επιλογή των αρμοδίων μιας και στόχευαν στη λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα οποία δε λειτούργησαν ποτέ εξαιτίας των περιορισμένων υλικοτεχνικών υποδομών. Ωστόσο όμως όπου εφαρμόστηκε κατάφερε να καλύψει μόνο τη φροντίδα των ηλικιωμένων κι όχι των ατόμων που χρειάζονται πλήρη και αποκλειστική φροντίδα (Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, 2008). Οι Κανδυλάκη και Τσαιρίδης (2008) αναφέρουν στην έρευνά τους ότι οι δήμοι της χώρας δεν είχαν τη δυνατότητα να παρέχουν συνεχόμενη ή αποκλειστική φροντίδα εξαιτίας του ότι παρουσιάστηκαν πολύ περισσότερα άτομα που χρειαζόντουσαν πρωτοβάθμια φροντίδα από ότι αρχικά υπολόγιζαν. Έτσι αποφάσισαν να

προχωρήσουν στην υποστήριξη περιορισμένων αναγκών των ατόμων αυτών μέσα από το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Πέραν τούτου όμως θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η αξιολόγηση των προγραμμάτων παροχής φροντίδας και συγκεκριμένα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορεί να βοηθήσει και σε γνωστικό επίπεδο για τις παρεμβάσεις που χρειάζονται, τις μελέτες και τους σωστούς υπολογισμούς. Ο προβληματισμός που αφορά στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών είναι πάντα καίριος και επίκαιρος για τους επαγγελματίες, διότι είναι υπόλογοι πάντοτε απέναντι στους αποδέκτες υπηρεσιών αλλά και σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, 2008). Για το λόγο αυτό οι Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, (2008) στην έρευνά τους κατέληξαν ότι μέσα από μια πολύπλευρη αξιολογητική διαδικασία του Προγράμματος υπάρχουν θετικά αποτελέσματα τόσο επίπεδο προσωπικού όσο και σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας των δομών του προγράμματος.

3.3.1 Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του «Βοήθεια στο σπίτι» ως αποτέλεσμα

Η ικανοποίηση που προέρχεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» και πιο συγκεκριμένα οι μεταβολές της μέσα σε ένα χρονικό διάστημα είναι ένα αποτέλεσμα που μπορεί να μετρηθεί. Η μέτρηση της ικανοποίησης πολλές φορές έχει υποκειμενικά κριτήρια και επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων ωστόσο όμως αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη που μπορεί να αξιολογήσει το πρόγραμμα και να εξασφαλίσει την ποιότητά του. Η μέτρηση της ικανοποίησης επομένως αποτελεί τον πιο άμεσο τρόπο αξιολόγησης της επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε σύγκριση με άλλους δείκτες όπως οι αλλαγές στο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η κατάθλιψη, η ποιότητα ζωής ή ακόμα και το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας (Χαλκουτσάκη, 2006).

Ωστόσο όμως θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Ελλάδα - σύμφωνα με έκθεση του ΟΑΣΑ (οπ. αναφ. ο Οικονόμου, 2012) έχει τη χειρότερη επίδοση στην αυτονομία, την επικοινωνία, την αξιοπρέπεια και την έγκαιρη προσοχή, τη δεύτερη χειρότερη επίδοση στην επιλογή των προμηθευτών και την κοινωνική υποστήριξη και την τέταρτη χειρότερη επίδοση στην εμπιστευτικότητα των πληροφοριών ενώ παράλληλα καταγράφει στις εξωνοσοκομειακές

υπηρεσίες και προγράμματα (όπως το Βοήθεια στο Σπίτι) τη χειρότερη επίδοση σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, όπου εμφανίζει την τέταρτη χειρότερη επίδοση (Οικονόμου, 2012).

3.4 Οφέλη από τη μέτρηση ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων

Η μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα είναι χρήσιμη και επιβεβλημένη αφού χρησιμεύει στην ανάδειξη των προβλημάτων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», στην συλλογή πληροφοριών που αφορούν όλη την κοινωνία της υγείας, δημιουργεί κίνητρα για υποκίνηση των συντελεστών υγείας με σκοπό την εξεύρεση μεθόδων ικανοποίησης όλων των εξυπηρετούμενων του προγράμματος (Οντίλε, 2008).

Τα οφέλη από την μέτρηση ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων είναι:

1. Βελτίωση και αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Με την συνεχή μέτρηση ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος αναδύεται τόσο η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα ορισμένων εργαζομένων όσο και η αναποτελεσματικότητα κάποιων άλλων. Τα αποτελέσματα μιας μέτρησης θα σηματοδοτήσουν και τις πολιτικές οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη π.χ. η επανεξέταση του τρόπου διοίκησης, η επιμόρφωση και η ανακατανομή του προσωπικού, η αποζημίωση των συντελεστών υγείας (Οντίλε, 2008).
2. Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Η αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» καθώς και οι προσπάθειες τροποποίησης, όπου είναι απαραίτητο, της παροχής αυτών των Υπηρεσιών, διασφαλίζει την προσδοκώμενη ποιότητα της φροντίδας υγείας (Black 1990 οπ. αναφ. Τσιότρας, 2002).
3. Βελτίωση της αντίληψης των ασθενών ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του προγράμματος. Η άμεση συμμετοχή των ανθρώπων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των φροντίδων μέσω της μέτρησης ικανοποίησής, θα τους δημιουργήσει αντιλήψεις και διεκδικήσεις που θα αφορούν στην βελτίωση της κοινωνικής τους συμπεριφοράς απέναντι στους συντελεστές υπηρεσιών, αλλά και στον τρόπο διαχείρισης και διάθεσης των υπηρεσιών (Οντίλε, 2008).

4. Βελτίωση της πολιτικής υγείας (Health Policy). Τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών θα δημιουργήσουν μια δυναμική σε επίπεδο πολιτικό με σκοπό, την κατανόηση των βαθύτερων αιτίων των προβλημάτων της υγειονομικής περίθαλψης και την δημιουργία ενός Ελληνικού προτύπου (Οντίλε, 2008).

Παρά τα οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα υπάρχουν και κάποιες αντιρρήσεις ως προς την χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη εκτίμησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας και οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν στις ακόλουθες (Οντίλε, 2008):

- Οι εξυπηρετούμενοι και ειδικά οι ηλικιωμένοι δεν έχουν τις γνώσεις για να εκτιμήσουν τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας. Πολύ περισσότερο όταν βρίσκονται σε τέτοια ψυχολογική και σωματική κατάσταση που επηρεάζει κατά πολύ την κρίση τους.
- Οι εξυπηρετούμενοι επηρεάζονται πάρα πολύ από μη ιατρικούς παράγοντες όπως τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας.
- Οι εξυπηρετούμενοι δεν είναι πρόθυμοι να αναφέρουν τι πραγματικά σκέφτονται λόγω της αίσθησης εξάρτησης που νιώθουν ή των προηγούμενων αποτυχημένων επαφών τους με τους επαγγελματίες υγείας.
- Οι εξυπηρετούμενοι δεν μπορούν με ακρίβεια να εκτιμήσουν πλευρές της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας. Οι έρευνες ασθενών είναι ακατάλληλο μέσο για την μέτρηση τόσο υψηλά υποκειμενικών φαινομένων.

Κεφάλαιο 4: Δήμος Μεγαλόπολης: Βοήθεια στο σπίτι

4.1 Ο Δήμος Μεγαλόπολης

Ο δήμος Μεγαλόπολης είναι δήμος της Περιφέρειας Πελοποννήσου και προέρχεται από την συνένωση των δήμων της νοτιοδυτικής Αρκαδίας: Γόρτυνος, Μεγαλόπολης και Φαλαισίας οι οποίοι καταργήθηκαν. Ο δήμος Μεγαλόπολης συστάθηκε το 2010 με την εφαρμογή του Προγράμματος «Καλλικράτης». Ο πληθυσμός του είναι 11.030 άτομα, βάση της τελευταίας απογραφής του 2011. Οι πρώην δήμοι Γόρτυνος και Φαλαισίας ήταν αγροτικοί δήμοι ενώ ο δήμος Μεγαλόπολης αστικός (ΕΛΣΤΑΤ, 2011).

Η βασική απασχόληση των κατοίκων είναι το εργοστάσιο παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας της ΔΕΗ στην περιοχή το οποίο διαθέτει 4 μονάδες ενώ τώρα κατασκευάζεται και μία νέα μονάδα που θα λειτουργεί με φυσικό αέριο. Σε μεγάλο ποσοστό οι κάτοικοι ασχολούνται με γεωργικές και κτηνοτροφικές εργασίες και σε μικρότερο στις ολιγάριθμες επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην περιοχή. Ο δήμος διαθέτει 5 δημοτικά σχολεία, από τα οποία το ένα βρίσκεται στην Καρύταινα, ένα γυμνάσιο, ένα γενικό λύκειο και ένα τεχνικό-επαγγελματικό εκπαιδευτήριο. Δημοτικό πάρκο δεν υπάρχει, ούτε κέντρο νεότητας, κολυμβητήριο δεν διαθέτει ο δήμος αλλά υπάρχει αθλητικό στάδιο. Οι κάτοικοι είναι αρκετά κλειστοί ως άνθρωποι, δεν κυκλοφορούν συχνά στην πόλη και στα μαγαζιά της και είναι επιφυλακτικοί και διστακτικοί απέναντι σε καθετί καινούριο και διαφορετικό.

Η πλειοψηφία των κατοίκων είναι ηλικίας άνω των 40 ετών από τους οποίους το μεγαλύτερο ποσοστό είναι ηλικιωμένοι. Οι νέοι της περιοχής είναι λίγοι σε αριθμό και απουσιάζουν κίνητρα ή δομές που θα μπορούσαν να αποτελέσουν πόλο έλξης με μόνη εξαίρεση το εργοστάσιο της ΔΕΗ. Γηροκομείο στην περιοχή δεν υπάρχει αυτή την στιγμή αλλά είναι σε διαδικασία κατασκευής χώρος φιλοξενίας ηλικιωμένων από την Ιερά Μητρόπολη Γόρτυνος και Μεγαλοπόλεως. Ο δήμος δεν διαθέτει νοσοκομείο αλλά Κέντρο Υγείας το οποίο είναι ελλειπώς στελεχωμένο σε προσωπικό και εξοπλισμό και στην πλειοψηφία τους τα περιστατικά μεταφέρονται στο Παναρκαδικό Νοσοκομείο της Τρίπολης με το μοναδικό ασθενοφόρο του Κέντρου.

Οι ηλικιωμένοι της περιοχής ασχολούνται κυρίως με την φροντίδα των εγγονιών τους, με γεωργικές ασχολίες όσοι μπορούν σωματικά, με οικιακές εργασίες οι γυναίκες, ενώ τον ελεύθερο χρόνο τους τον περνούν στα τοπικά καφενεία και λίγοι από αυτούς στο ΚΑΠΗ Μεγαλόπολης. Τα βασικά προβλήματα των ηλικιωμένων που κατοικούν στα χωριά των πρώην δήμων Γόρτυνος και Φαλαισίας είναι η μεγάλη απόσταση που τους χωρίζει από το κέντρο της Μεγαλόπολης με ότι αυτή συνεπάγεται σε συνδυασμό με το ανεπαρκές δίκτυο συγκοινωνιών, η έλλειψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στις περιοχές τους, η απουσία καταστημάτων και καφενείων και ο κακοτράχαλος χαρακτήρας των χωριών τους που περιορίζει αρκετούς από αυτούς στο σπίτι τους.

4.2 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Μεγαλόπολης

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Μεγαλόπολης είχε ως στόχο του τη σωστή και ποιοτική φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας αλλά και τη ψυχολογική στήριξη αυτών και των οικογενειών τους, έτσι ώστε να παραμείνουν στο σπίτι και να είναι, όσο γίνεται, πιο αυτόνομα. Η ένταξη των ηλικιωμένων ατόμων στο πρόγραμμα γίνεται με αίτημα των ιδίων, ή της οικογένειάς τους. Ακολουθεί έρευνα και αξιολόγηση των αναγκών από τον Κοινωνικό Λειτουργό και ανάλογα με αυτές προσφέρεται η σχετική βοήθεια. Για κάθε περιστατικό υπάρχει η αναγκαία καρτέλα παρακολούθησης (Δήμος Μεγαλόπολης, 2012).

Αξίζει να αναφερθεί ότι το προσωπικό υλοποίησης του προγράμματος του Δήμου Μεγαλόπολης ακολουθεί το ίδιο πλαίσιο εργασίας που έχουν όλοι οι δήμοι. Πιο αναλυτικά (Δήμος Μεγαλόπολης, 2012):

- Ο/η Κοινωνική λειτουργός:
 - ο Έχει την ευθύνη συντονισμού της δουλειάς και τον προγραμματισμό των επισκέψεων των ειδικοτήτων που εργάζονται στο πρόγραμμα.
 - ο Βοηθά το άτομο ψυχολογικά, στηρίζει το οικογενειακό περιβάλλον, συνεργάζεται μαζί του, με σκοπό αυτό να ευαισθητοποιείται σχετικά με τις ανάγκες του ατόμου.
 - ο Φροντίζει για τα οικονομικά του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του. Ειδικότερα, μεριμνά για τις συντάξεις, τα αναπηρικά επιδόματα και όλες τις παροχές που έχουν σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα και τις αναπηρίες τους από τα Ταμεία και τους Οργανισμούς, όπως π.χ Ο.Γ.Α., Ι.Κ.Α. και Κοινωνική Πρόνοια.

- Μεσολαβεί για ραντεβού σε Νοσοκομεία και Επιτροπές για συντάξεις αναπηρίας και συνοδεύει τα άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν εύκολα.
- Για τα άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται, έχει την ευθύνη για την πληρωμή των συντάξεων από τις Τράπεζες και την Κοινωνική Πρόνοια.
 - Ο/η οικογενειακή βοηθός:
 - Ατομική περιποίηση στον ηλικιωμένο, καθαριότητα σπιτιού, μαγείρεμα, φροντίδα για τρόφιμα, βοήθεια στη σίτιση.
 - Πρακτικές εξυπηρετήσεις, ψώνια τροφίμων και οικιακού εξοπλισμού, πληρωμή λογαριασμών.
 - Οι νοσηλευτές/τριες:
 - Κάνουν επισκέψεις μαζί με το γιατρό στο σπίτι του ασθενή, όπου συμπληρώνεται και η σχετική καρτέλα του.
 - Μετρούν στο σπίτι την αρτηριακή πίεση και το σάκχαρο σε ασθενείς που παρουσιάζουν σάκχαρο.
 - Βοηθούν στο μπάνιο στα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, στο λούσιμο και την ατομική καθαριότητα και περιποιούνται τις κατακλίσεις.
 - Αλλάζουν τα ενδύματα και σεντόνια του ασθενή.
 - Παρέχουν οδηγίες στον ασθενή για τη διατροφή του με ανάλογο διαιτολόγιο, σε συνεργασία με το γιατρό.
 - Προλαμβάνουν τις κατακλίσεις και συμβουλεύουν το οικογενειακό περιβάλλον για τη σωστή περιποίησή τους.
 - Κάνουν εμβόλια γρίπης σε άτομα με μειωμένη την αντίσταση του οργανισμού τους και ενδομυϊκές ενέσεις για θεραπεία σιδηροπενικής αναιμίας, οστεοπόρωσης, μετά από εντολή γιατρού.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι στο δήμο Μεγαλόπολης τον Ιούνιο του 2011 συστήθηκε το Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου Κοινωνικής Προστασία και Αλληλεγγύης. Προήρθε από την συγχώνευση των Νομικών Προσώπων: α) Παιδικός σταθμός δήμου Μεγαλόπολης, β) Δημοτική Κοινωνική Πρόνοια Μεγαλόπολης, γ) ΚΑΠΗ Μεγαλόπολης. Σκοποί του νεοσυσταθέντος Νομικού Προσώπου είναι η υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα βρεφικής-παιδικής και τρίτης ηλικίας με την λειτουργία παιδικού

σταθμού και ΚΑΠΗ και την υλοποίηση προγραμμάτων ή συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις συγχρηματοδοτούμενων από κοινοτικά και εθνικά προγράμματα.

Το Νομικό Πρόσωπο ανέλαβε ως διάδοχος φορέας τα κοινωνικά προγράμματα που υλοποιούσε η Κοινωφελής Δημοτική Επιχείρηση Πολιτιστικής Ανάπτυξης Δήμου Μεγαλόπολης τα οποία ήταν: Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας και Βοήθεια στο Σπίτι. Σκοπός και των δύο προγραμμάτων είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας τους και η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας παρείχε υπηρεσίες στην περιοχή του πρώην δήμου Μεγαλόπολης και το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στις περιοχές των πρώην δήμων Γόρτυνος και Φαλαισίας. Πλέον δεν υπάρχει διάκριση μεταξύ των δύο ομάδων και εξακολουθούν να παρέχουν υπηρεσίες στους κατοίκους των περιοχών τους η κάθε μία όπως πριν την συγχώνευση. Η μόνη διαφορά είναι ότι το προσωπικό της Μονάδας Κοινωνικής Μέριμνας εργάζεται με συμβάσεις αορίστου χρόνου ενώ το προσωπικό της Βοήθειας με συμβάσεις ορισμένου χρόνου.

Η Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας διαθέτει ως προσωπικό μία κοινωνική λειτουργό ΤΕ, δύο νοσηλεύτριες ΔΕ, μία φυσιοθεραπεύτρια ΔΕ και τρεις οικογενειακές βοηθούς ΥΕ. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στελεχώνεται από δύο κοινωνικούς λειτουργούς ΤΕ, μία νοσηλεύτρια ΤΕ, μία νοσηλεύτρια ΔΕ και από δύο οικογενειακούς βοηθούς ΥΕ. Έχουν δημιουργηθεί δύο υποομάδες στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι οι οποίες περιλαμβάνουν ένα άτομο από κάθε ειδικότητα και η μία υποομάδα απευθύνεται στα ευπαθή άτομα του πρώην δήμου Γόρτυνος και η άλλη στα αντίστοιχα του πρώην δήμου Φαλαισίας. Η Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας παρέχει υπηρεσίες σε 200 άτομα στην περιοχή του πρώην δήμου Μεγαλόπολης και το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι σε 250 άτομα στους πρώην δήμους Γόρτυνος και Φαλαισίας.

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε τη σπουδαιότητα της ικανοποίησης των χρηστών των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ως καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση πολιτικών ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

5.1 Σκοπός και στόχος της μελέτης

Η μελέτη αυτή είχε ως σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του δήμου Μεγαλόπολης (π.χ κατάρτιση προσωπικού, συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς, βοήθεια στον ασθενή, επίπεδο βοήθειας που λαμβάνει) και τη διερεύνηση του τρόπου που η ικανοποίηση αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (π.χ εξοικονόμηση χρημάτων, οικιακές εργασίες, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συντροφιά, κοινωνικοποίηση).

Οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας μπορούν να καταγραφούν ως εξής:

- Να καταγραφούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών.
- Να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στο «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» που σχετίζονται με το βαθμό της ικανοποίησης που εκφράζουν.
- Να μελετηθεί ο βαθμός που τα στοιχεία της συμπεριφοράς του προσωπικού του «Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι» καθορίζουν το βαθμό της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών;

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τους στόχους της παρούσας μελέτης προκύπτουν τα ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία η εργασία αυτή προτίθεται να απαντήσει:

- Είναι ικανοποιημένοι οι συμμετέχοντες στο «Πρόγραμμα Βοήθεια» στο σπίτι;

- Βελτιώθηκε η καθημερινότητά τους καθόλου μέσα από τη συμμετοχή τους στο «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι»;
- Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ικανοποίηση αυτή και με ποιο τρόπο είδαν να βελτιώνεται η καθημερινότητά τους.

5.3. Είδος της έρευνας – δείγμα της έρευνας-εργαλεία

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι του Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη του δήμου Μεγαλόπολης, δηλαδή σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Η αρχική ομάδα στόχος ήταν διακόσια πενήντα (250) άτομα. Στην έρευνα – συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συμμετείχαν τα διακόσια δεκαοκτώ (218) άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 88,72 %). Τριάντα δύο άτομα (12,8 %) είτε δεν δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα είτε απουσίαζαν κατά το χρονικό διάστημα της διεξαγωγής. Το χρονικό διάστημα της μελέτης ήταν περίπου 3 μήνες (από τις 8 Απριλίου μέχρι και τις 28 Ιουνίου του 2013). Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε σχετική έγκριση από το Ν.Π.Δ.Δ. του δήμου Μεγαλόπολης η οποία και δόθηκε.

Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων του δείγματος ήταν:

- 1) να υπάρχει δυνατότητα κατανόησης των ερωτήσεων.
- 2) να θέλουν να συμμετάσχουν στην έρευνα.
- 3) να μην πάσχουν από προβλήματα υγείας που επηρέαζαν τη διανοητική τους κατάσταση όπως άνοια ή να μην είχαν υποστεί σοβαρά εγκεφαλικά επεισόδια.
- 4) να είναι ωφελούμενοι του συγκεκριμένου προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων και τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (face-to-face interview). Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ήταν παρών μόνο ο ερευνητής με σκοπό να βοηθήσει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι εξυπηρετούμενοι ενημερώνονταν αναλυτικά για την έρευνα και υπέγραφαν το δελτίο συγκατάθεσης. Η μέθοδος της συνέντευξης επιλέχθηκε γιατί μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων ατόμων είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου με σοβαρά προβλήματα όρασης που δυσχεραίνουν την ανάγνωση και την κατανόηση του ερωτηματολογίου. Επίσης η

μέθοδος της συνέντευξης συνήθως έχει μεγάλο βαθμό ανταπόκρισης και κάνει τον ερωτώμενο να νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια.

Σε όλους τους εξυπηρετούμενους δόθηκαν διαβεβαιώσεις για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των παρεχόμενων πληροφοριών και τονίστηκε ιδιαίτερα ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής τους. Επιπλέον επισημάνθηκε στους ερωτώμενους ότι τα αποτελέσματα της έρευνας δεν θα είχαν αρνητική επίπτωση στις υπηρεσίες που λαμβάνουν και υπήρχε η προτροπή να είναι ειλικρινείς ώστε τα εξαγόμενα συμπεράσματα να βοηθήσουν στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η συμπλήρωση των σχετικών ερωτηματολογίων. Οι συνεντεύξεις διεξάγονταν στα σπίτια των εξυπηρετούμενων.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η χρήση σύνθετου ερωτηματολογίου το οποίο κατασκευάστηκε και εφαρμόστηκε σε παλαιότερη έρευνα (Κωσταρέλης και συν., 2006) και είχε δύο μέρη: α) 8 ερωτήσεις κλειστού τύπου με αναφορά στα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, β) 37 ερωτήσεις κλειστού τύπου Likert πέντε επιπέδων. Οι ερωτήσεις τύπου Likert παίρνουν τιμές κλίμακας πέντε βαθμών, στην οποία το 1 σημαίνει διαφωνώ απολύτως, το 2 διαφωνώ, το 3 ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 4 συμφωνώ και το 5 συμφωνώ απολύτως.

Οι Κωσταρέλη, Τσιτουρίδου, (2006), δημιούργησαν αθροιστικές κλίμακες συσχετίζοντας κάποιες ερωτήσεις μεταξύ τους. Η ανάδειξη των αθροιστικών κλιμάκων είχε σκοπό να ομαδοποιηθούν τα διάφορα στοιχεία υπό έναν κοινό παράγοντα. Κατέληξαν έτσι σε πέντε βασικούς παράγοντες (Κωσταρέλη και Τσιτουρίδου, 2006): Ο πρώτος παράγοντας αφορά τις ερωτήσεις 4, 6, 26, 30, 31, 32, 33, 35 και αυτή η κλίμακα χαρακτηρίστηκε «συμπεριφορά και ικανότητες προσωπικού». Ο δεύτερος παράγοντας αφορούσε τις ερωτήσεις 3, 5, 13, 16, 27, 36 που συνιστούν την αθροιστική κλίμακα «κοινωνικό-οικονομική αλλαγή». Ο τρίτος παράγοντας συσχετίζεται με τις ερωτήσεις 20, 21, 22, 24 που και αποτελούν την αθροιστική κλίμακα «αποτελεσματικότητα». Ο τέταρτος παράγοντας παρουσιάζει συσχέτιση στις ερωτήσεις 14 και 34 και η αθροιστική κλίμακα που προκύπτει είναι η «ορθότητα του προγραμματισμού». Ο πέμπτος παράγοντας αφορά τις ερωτήσεις 8 και 28 και δημιουργεί την αθροιστική κλίμακα «επάρκεια του προσωπικού».

Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο γιατί είναι ένα από τα λίγα που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα και έχουν προσαρμοστεί στις αρχές και στην φιλοσοφία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Επίσης έχει ελεγχθεί κατά την ανάπτυξη του, έχει περάσει πιλοτικό έλεγχο, έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες και το κυριότερο ανταποκρίνεται στον στόχο της έρευνας και συγκεκριμένα τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων από το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Ζητήθηκε άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από τους συντάκτες του η οποία και δόθηκε.

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Sciences). Η παρουσίαση των ποσοτικών μεταβλητών έγινε με τους πίνακες της στατιστικής ανάλυσης ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές εκφραστήκαν με ποσοστά. Η ανάλυση περιλάμβανε αρχικά τα αδρά περιγραφικά αποτελέσματα. Στο πλαίσιο αυτό υπολογίστηκαν τα ποσοστά των απαντήσεων σε κάθε κατηγορία των χαρακτηριστικών των ατόμων που αντιστοιχούσαν σε μεταβλητές ονομαστικής κλίμακας (π.χ. το φύλο). Τα χαρακτηριστικά που αφορούσαν σε ποιοτικές μεταβλητές (πχ οικογενειακή κατάσταση) παρουσιάστηκαν με συχνότητες (ποσοστό %).

Για τις στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ δύο μεταβλητών πραγματοποιήθηκε παραμετρικός έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ περισσότερων ομάδων ελέγχθηκαν με τον παραμετρικό έλεγχο ANOVA. Με το independent t-test συγκρίνουμε τις επιδόσεις δύο ανεξάρτητων ομάδων με κανονική κατανομή. Αντίστοιχα το τεστ ANOVA αναφέρεται σε σύγκριση μεταξύ περισσότερων των δυο ανεξαρτήτων ομάδων με κανονική κατανομή δεδομένων. Η στατιστική σημαντικότητα (p-value) τέθηκε στο 5%.

Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα

Για τη συγκεκριμένη έρευνα ερωτήθηκαν 250 άτομα που συμμετείχαν στο «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» του δήμου Μεγαλόπολης, απάντησαν 218 και το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 87%. Από αυτούς οι 133 προέρχονταν από την τοπική κοινότητα του πρώην δήμου Φαλαισίας και οι 85 από τον πρώην δήμο Γόρτυνος.

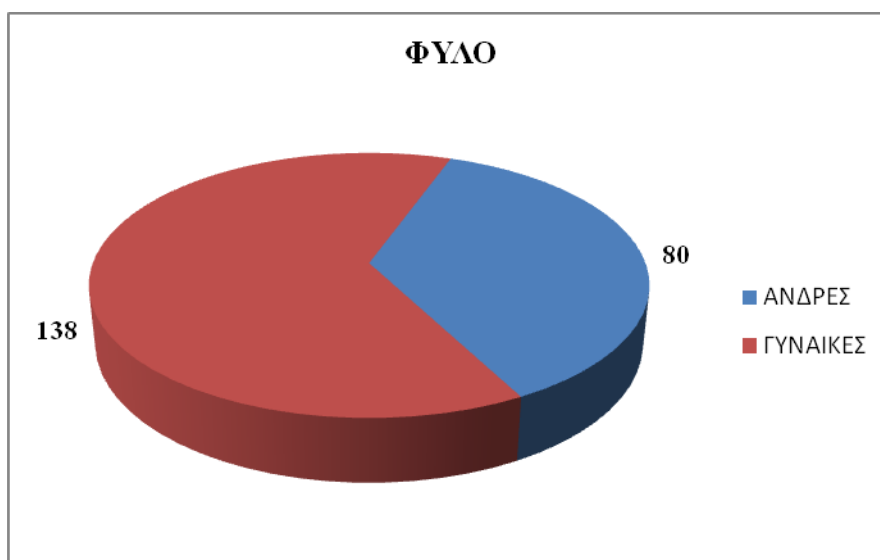
Η αξιοπιστία άλφα (Cronbach's α) των 37 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου είναι 0,43. Τιμή α μεγαλύτερη από 0,70 θεωρείται ικανοποιητική. Η αξιοπιστία διχοτόμησης των 37 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου είναι 0,55.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άνδρας	80	36,7
Γυναίκα	138	63,3
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.1. Φύλο

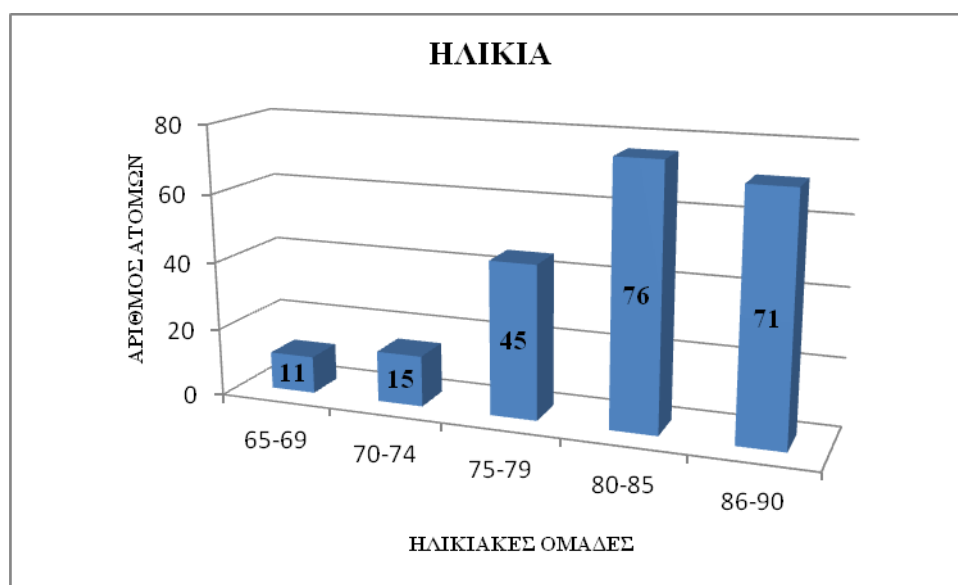


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες. Οι γυναίκες υπερτερούν αριθμητικά έναντι των αντρών με το ποσοστό τους να είναι 63,3% ενώ οι άντρες αντιπροσωπεύουν μόλις το 36,7%.

Ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό %
65-69	11	5
70-74	15	6,9
75-79	45	20,6
80-85	76	34,9
86-90	71	32,6
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.2. Ηλικία

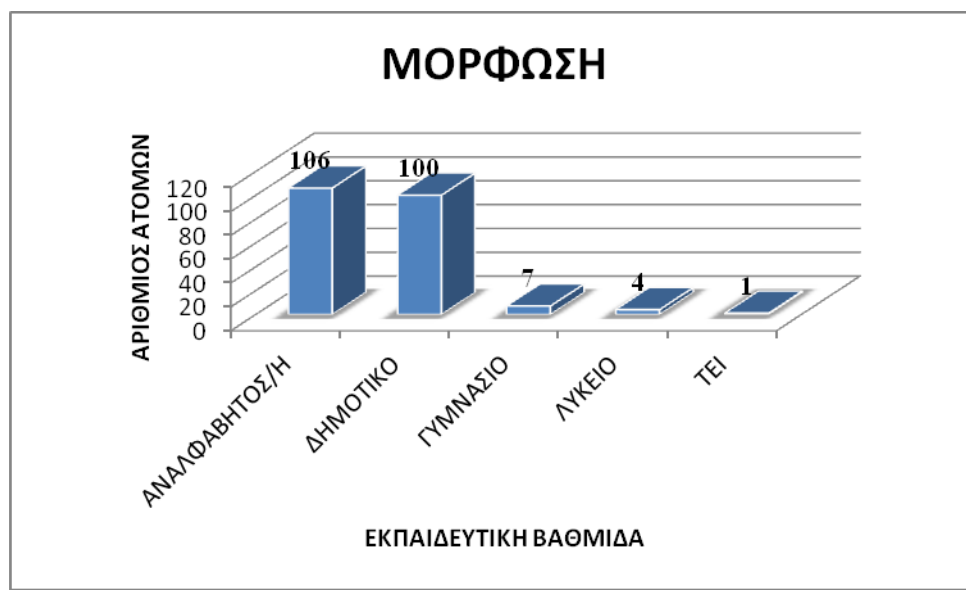


Από τον πίνακα 1 διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 80-85 ετών σε ποσοστό 34,9% και φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι εξυπηρετούμενοι άνω των 80 ετών που πήραν μέρος στην έρευνα αντιστοιχούν σε 67,5% ποσοστό επί του συνολικού δείγματος ενώ τα άτομα 65-69 ετών αποτελούν μόνο το 5%.

Μορφωτικό επίπεδο

Μόρφωση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αναλφάβητος/η	106	48,6
Δημοτικό	100	45,9
Γυμνάσιο	7	3,2
Λύκειο	4	1,8
ΤΕΙ	1	0,5
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.3. Μορφωτικό επίπεδο

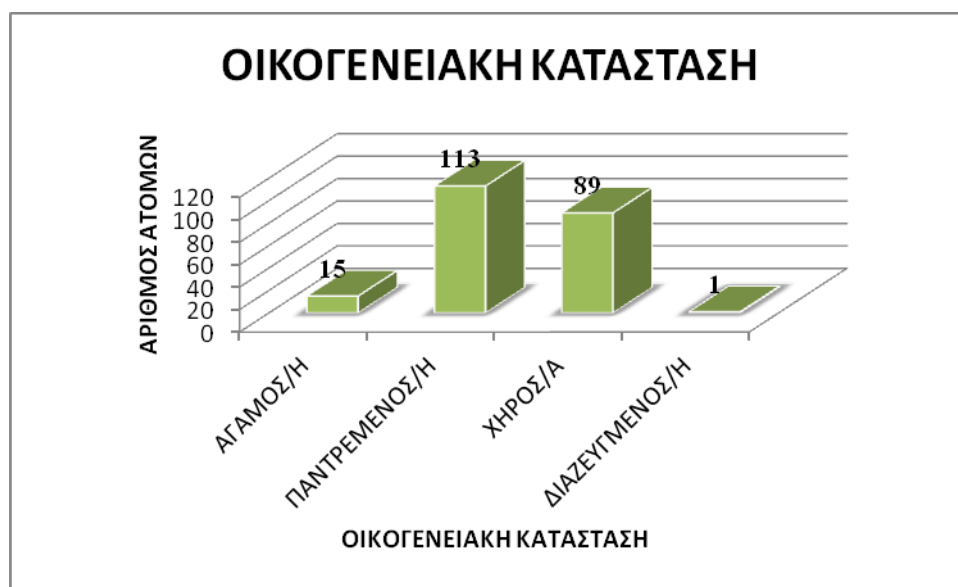


Το μορφωτικό επίπεδο προκύπτει ότι είναι γενικά χαμηλό, με σχεδόν μηδενικό αριθμό ατόμων (0,5%) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είναι αναλφάβητοι 48,6%, με το ποσοστό των αποφοίτων δημοτικού να εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλό 45,9% ενώ αυτοί που συνέχισαν τις σπουδές τους σε γυμνάσιο και λύκειο αποτελούν το 5%.

Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άγαμος/η	15	6,9
Παντρεμένος/η	113	51,8
Χήρος/α	89	40,8
Διαζευγμένος/η	1	0,5
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.4. Οικογενειακή κατάσταση

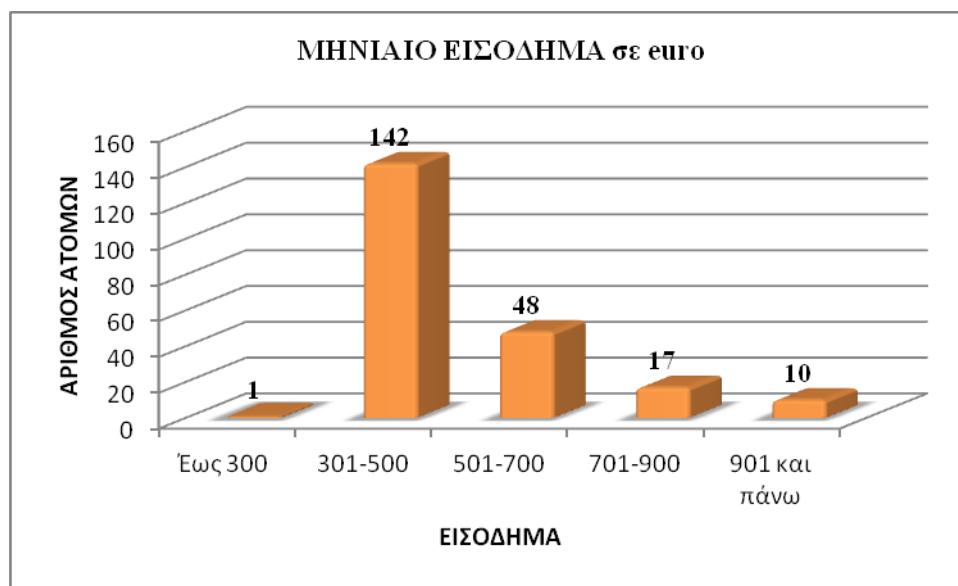


Οι παντρεμένοι ανέρχονται σε ποσοστό 51,8% αποτελώντας την πλειοψηφία των ερωτηθέντων αλλά και το ποσοστό των χήρων είναι αρκετά μεγάλο και είναι 40,8%. Επίσης φαίνεται ότι υπάρχει μόνο ένας διαζευγμένος σε ποσοστό 0,5% όπως και 15 άγαμοι σε ποσοστό 6,9%.

Μηνιαίο εισόδημα

Εισόδημα	Συχνότητα	Ποσοστό %
Έως 300	1	0,5
301-500	142	65,1
501-700	48	22
701-900	17	7,8
901 και πάνω	10	4,6
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.5. Μηνιαίο εισόδημα σε euro

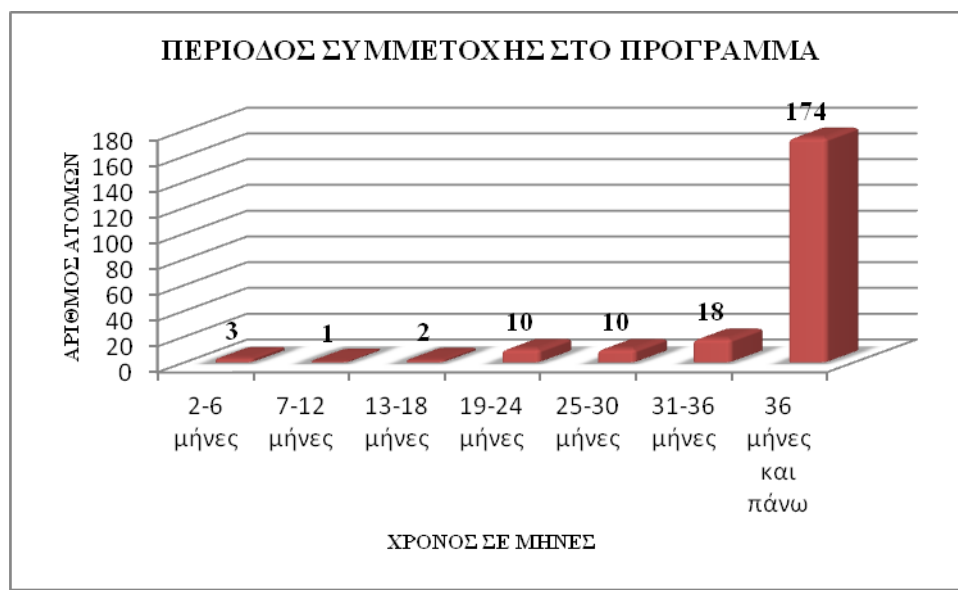


Σε ποσοστό 65,1% οι ερωτηθέντες είναι χαμηλοσυνταξιούχοι και παίρνουν μόνο την βασική σύνταξη με τα εισοδήματά τους να μην ξεπερνούν τα 500 ευρώ τον μήνα. Επιπλέον φαίνεται ότι το 87,6% έχει εισοδήματα μικρότερα των 700 ευρώ τον μήνα ενώ όσοι έχουν απολαβές πάνω από 700 ευρώ είναι το 12,4% του δείγματος. Παράλληλα όσοι λαμβάνουν πάνω από 900 ευρώ τον μήνα αντιπροσωπεύουν μόλις το 4,6%.

Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα

Χρονικό διάστημα	Συχνότητα	Ποσοστό %
2-6 μήνες	3	1,4
7-12 μήνες	1	0,5
13-18 μήνες	2	0,9
19-24 μήνες	10	4,6
25-30 μήνες	10	4,6
31-36 μήνες	18	8,3
36 μήνες και πάνω	174	79,8
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.6. Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα

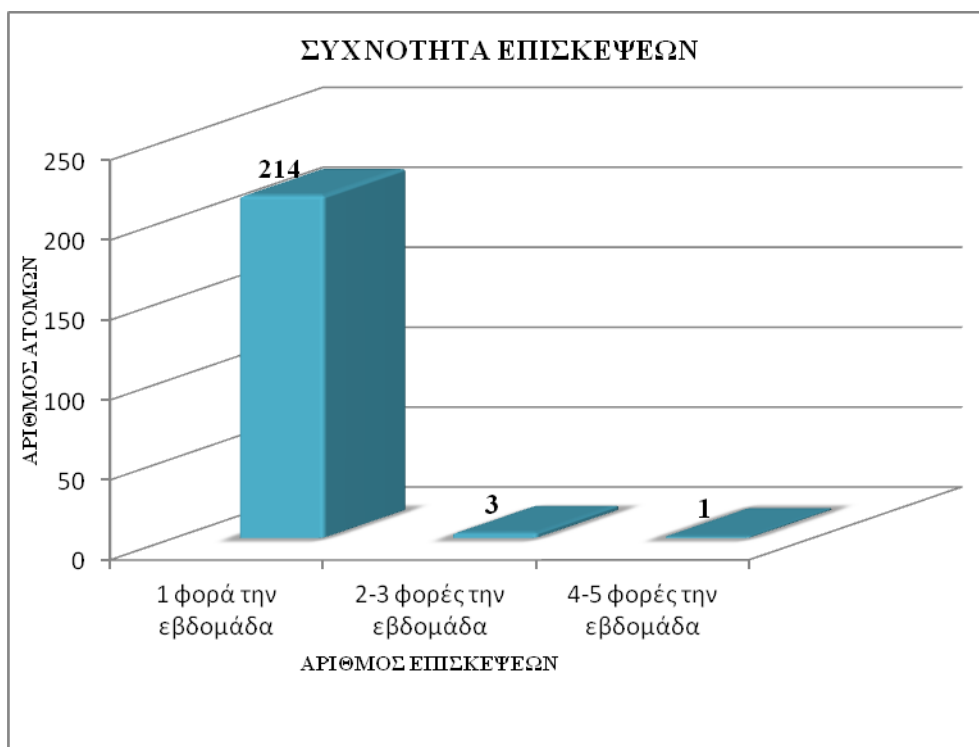


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 79,8% εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα πάνω από 36 μήνες και το 88,1% για περισσότερο από 30 μήνες. Η πλειοψηφία δηλαδή των ερωτηθέντων αποτελείται από μακροχρόνιους χρήστες του συγκεκριμένου προγράμματος.

Συχνότητα επισκέψεων

Συχνότητα επισκέψεων	Συχνότητα	Ποσοστό %
1 φορά την εβδομάδα	214	98,2
2-3 φορές την εβδομάδα	3	1,4
4-5 φορές την εβδομάδα	1	0,5
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.7. Συχνότητα επισκέψεων

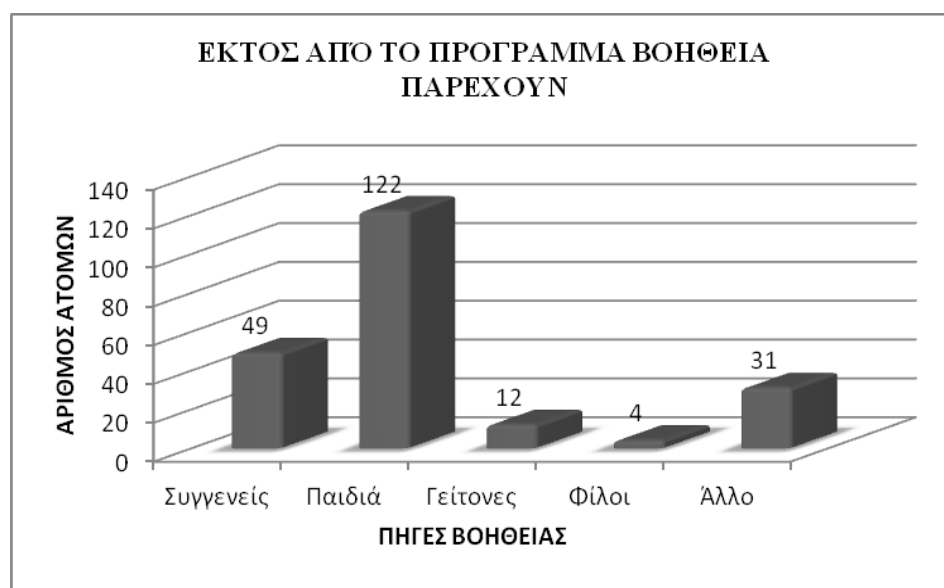


214 ηλικιωμένα άτομα σε ποσοστό 98,2% δέχονται επισκέψεις από τα στελέχη του προγράμματος μία φορά την εβδομάδα ενώ συχνή χρήση των υπηρεσιών του προγράμματος πάνω από δύο φορές την εβδομάδα γίνεται από ένα μικρό ποσοστό που κυμαίνεται στο 1,9 % του δείγματος.

Εκτός από το πρόγραμμα βοήθεια παρέχουν

Πηγές βοήθειας	Συχνότητα	Ποσοστό %
Συγγενείς	49	22,5
Παιδιά	122	56
Γείτονες	12	5,5
Φίλοι	4	1,8
Άλλο	31	14,2
Σύνολο	218	100

Πίνακας 6.8. Εκτός από το πρόγραμμα βοήθεια παρέχουν



Βοήθεια παρέχουν κυρίως τα παιδιά σε ποσοστό 56% και σε μικρότερο βαθμό το ευρύτερο συγγενικό (22,5%) γειτονικό (5,5%) και φιλικό περιβάλλον (1,8%). 14,2% είναι το ποσοστό αυτών που δέχονται άλλη βοήθεια και αφορά κυρίως την πρόσληψη επί πληρωμή κάποιας οικιακής βοηθού.

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΔΙΑΦ. ΟΥΤΕ ΣΥΜΦ.	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	1	4	12	169	32
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	25	136	43	13	1
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	0	2	10	188	18
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	78	130	3	7	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	0	0	28	170	20
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	36	142	36	4	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	0	2	9	183	24
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	7	67	48	77	19
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	2	3	6	176	31
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	18	147	45	8	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	1	53	78	76	10
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	87	127	2	2	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 13	1	1	25	174	17
ΕΡΩΤΗΣΗ 14	7	70	40	84	17
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	0	0	16	176	26
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	35	147	25	11	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	1	0	10	177	30
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	66	135	7	10	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	0	2	33	168	15
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	54	149	12	3	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	0	1	8	183	26

ΕΡΩΤΗΣΗ 22	39	160	16	3	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	0	0	3	170	45
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	70	142	6	0	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	1	2	35	143	37
ΕΡΩΤΗΣΗ 26	74	133	9	1	1
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	0	6	16	162	34
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	0	5	21	126	66
ΕΡΩΤΗΣΗ 29	0	5	31	161	21
ΕΡΩΤΗΣΗ 30	12	119	63	24	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 31	0	1	5	182	30
ΕΡΩΤΗΣΗ 32	76	136	6	0	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 33	0	0	8	188	22
ΕΡΩΤΗΣΗ 34	18	105	63	31	1
ΕΡΩΤΗΣΗ 35	2	1	6	180	29
ΕΡΩΤΗΣΗ 36	36	148	30	4	0
ΕΡΩΤΗΣΗ 37	0	0	8	105	105

Πίνακας 6.9. Βαθμολογία στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Στον πίνακα 6.9 είναι καταχωρημένες οι απαντήσεις που έδωσαν οι 218 συμμετέχοντες στην έρευνα σε κάθε ερώτηση. Στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 3, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 και 35 η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν απαντήσει ότι συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα ενώ στις ερωτήσεις 2, 4, 6, 10, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 32 και 36 το μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα.

Αθροιστικά στις απαντήσεις συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα με την μεγαλύτερη συχνότητα:

- 94,49% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι το προσωπικό τους βοηθάει να παίρνουν πρωτοβουλίες (ερώτηση 3).

- 94,95% του δείγματος απάντησε ότι το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια των εξυπηρετούμενων όταν υπάρχει ανάγκη (ερώτηση 7).
- 94,95% άτομα πιστεύουν ότι το προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο (ερώτηση 9).
- Το 92,66% του δείγματος πιστεύει ότι νιώθει ασφάλεια από όταν γράφτηκε στο Βοήθεια Στο Σπίτι (ερώτηση 15).
- 94,95% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι η εγγραφή τους στο πρόγραμμα τους σταμάτησε να υποχρεώνονται σε άλλους για βοήθεια (ερώτηση 17).
- Το 95,87% απάντησε θετικά ότι το προσωπικό πάντα λαμβάνει υπόψη την γνώμη των εξυπηρετούμενων (ερώτηση 21).
- Το 98,62% των ηλικιωμένων έχουν εμπιστοσύνη στο προσωπικό (ερώτηση 23).
- Το 97,24% θεωρεί ότι το προσωπικό είναι πολύ προσεκτικό κατά την διάρκεια των εργασιών του (ερώτηση 31).
- Το 96,33% των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα πιστεύουν ότι το προσωπικό γνωρίζει πώς να τα εξυπηρετεί (ερώτηση 33).
- 95,87% του δείγματος πιστεύει ότι οι εργαζόμενοι του προγράμματος τους ακούν προσεκτικά κατά την διάρκεια των συζητήσεων τους (ερώτηση 35).
- Το 96,33% των εξυπηρετούμενων θα πρότεινε και σε άλλα άτομα να γραφτούν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι (ερώτηση 37).

Αθροιστικά στις απαντήσεις διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα που έχουν την μεγαλύτερη συχνότητα:

- Το 95,41% του δείγματος δεν πιστεύει ότι το προσωπικό τους βλέπει υποτιμητικά (ερώτηση 4).
- 98,16% των ερωτηθέντων δεν αισθάνονται ότι το προσωπικό αδιαφορεί για τα προβλήματα τους (ερώτηση 12).
- Το 92,2% των εξυπηρετούμενων πιστεύει ότι το προσωπικό δεν τους πιέζει να κάνουν πράγματα που τους δυσαρεστούν (ερώτηση 18).
- 93,12% του δείγματος δεν αποφεύγει να μιλάει για τα προσωπικά τους στο προσωπικό (ερώτηση 20).
- Το 97,24% των ηλικιωμένων θεωρεί ότι το προσωπικό δεν αρνείται να τους εξυπηρετήσει όταν του ζητούν να κάνει εργασίες (ερώτηση 24).

- Το 94,95% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι τα στελέχη του προγράμματος δεν αποφεύγουν να τους απαντήσουν σε ερωτήσεις για θέματα που τους αφορούν (ερώτηση 26).
- 97,24% των ηλικιωμένων απάντησαν ότι το προσωπικό δεν συγκρούεται μαζί τους χωρίς αφορμή (ερώτηση 32).

Την μεγαλύτερη ουδετερότητα δηλαδή ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν έδειξαν οι ερωτηθέντες σε ποσοστά:

- 22,01% στην ερώτηση 8 σχετικά με το αν έπρεπε να απασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού.
- 20,64% στην ερώτηση 10 που αφορά αν το προσωπικό καθυστερεί να προσέλθει στο σπίτι των ηλικιωμένων.
- 35,78% στην ερώτηση 11 αν το προσωπικό ενημερώνει τηλεφωνικά όταν πρόκειται να καθυστερήσει.
- 28,89% στην ερώτηση 30 σχετικά με το αν το προσωπικό κάνει αλλαγές στο πρόγραμμα χωρίς να ερωτηθούν οι εξυπηρετούμενοι.
- 28,89 % στην ερώτηση 34 που αφορά αν οι εργαζόμενοι του προγράμματος θα έπρεπε να έρχονται άλλες ώρες ή μέρες από αυτές που πάει τώρα στα σπίτια.

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range
Ερώτηση 1	218	4,04	0,56	1	5	4
Ερώτηση 2	218	2,22	0,74	1	5	4
Ερώτηση 3	218	4,02	0,41	2	5	3
Ερώτηση 4	218	1,72	0,65	1	4	3
Ερώτηση 5	218	3,97	0,47	3	5	2
Ερώτηση 6	218	2,04	0,64	1	4	3
Ερώτηση 7	218	4,05	0,43	2	5	3
Ερώτηση 8	218	3,15	1,06	1	5	4

Ερώτηση 9	218	4,06	0,55	1	5	4
Ερώτηση 10	218	2,2	0,63	1	4	3
Ερώτηση 11	218	3,18	0,87	1	5	4
Ερώτηση 12	218	1,63	0,56	1	4	3
Ερώτηση 13	218	3,94	0,5	1	5	4
Ερώτηση 14	218	3,16	1,06	1	5	4
Ερώτηση 15	218	4,05	0,44	3	5	2
Ερώτηση 16	218	2,06	0,69	1	4	3
Ερώτηση 17	218	4,08	0,47	1	5	4
Ερώτηση 18	218	1,82	0,7	1	4	3
Ερώτηση 19	218	3,9	0,5	2	5	3
Ερώτηση 20	218	1,83	0,58	1	4	3
Ερώτηση 21	218	4,07	0,41	2	5	3
Ερώτηση 22	218	1,9	0,55	1	4	3
Ερώτηση 23	218	4,19	0,43	3	5	2
Ερώτηση 24	218	1,7	0,51	1	3	2
Ερώτηση 25	218	3,98	0,64	1	5	4
Ερώτηση 26	218	1,72	0,61	1	5	4
Ερώτηση 27	218	4,03	0,58	2	5	3
Ερώτηση 28	218	4,16	0,68	2	5	3
Ερώτηση 29	218	3,91	0,57	2	5	3
Ερώτηση 30	218	2,45	0,76	1	4	3
Ερώτηση 31	218	4,11	0,41	2	5	3

Ερώτηση 32	218	1,68	0,52	1	3	2
Ερώτηση 33	218	4,06	0,37	3	5	2
Ερώτηση 34	218	2,5	0,86	1	5	4
Ερώτηση 35	218	4,07	0,51	1	5	4
Ερώτηση 36	218	2,01	0,61	1	4	3
Ερώτηση 37	218	4,45	0,57	3	5	2

Πίνακας 6.10. Μέσος όρος απαντήσεων και τυπική απόκλιση για κάθε ερώτηση

Σε ερωτήσεις που αφορούν την «συμπεριφορά και ικανότητες προσωπικού» (ερωτήσεις 4, 6, 26, 30, 31, 32, 33, 35) οι μέσοι όροι φανερώνουν ένα χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης με εξαίρεση τις ερωτήσεις 31 (αν το προσωπικό είναι προσεκτικό όταν κάνει δουλειές), 33 (αν το προσωπικό γνωρίζει πώς να εξυπηρετεί) και 35 (αν το προσωπικό ακούει προσεκτικά) όπου σε αυτές οι απαντήσεις έδειξαν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης.

Στις ερωτήσεις που αφορούν την «κοινωνικό-οικονομική αλλαγή» (ερωτήσεις 3, 5, 13, 16, 27, 36) οι μέσοι όροι αντανακλούν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από μέρους των εξυπηρετούμενων.

Χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης παρουσιάζουν οι ερωτήσεις που αφορούν την «αποτελεσματικότητα» (ερωτήσεις 20, 21, 22, 24) με εξαίρεση την ερώτηση 21 (αν το προσωπικό λαμβάνει υπόψη την άποψη των εξυπηρετούμενων).

Σχετικά υψηλός βαθμός ικανοποίησης προκύπτει για την «ορθότητα του προγραμματισμού» (ερωτήσεις 14 και 34), ενώ για την «επάρκεια του προσωπικού» (ερωτήσεις 8 και 28) η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένοι.

	Mean	SD
Συμπεριφορά και ικανότητες προσωπικού	2,7	0,56
Κοινωνικό-οικονομική αλλαγή	3,34	0,54
Αποτελεσματικότητα	2,38	0,51
Ορθότητα προγραμματισμού	2,83	0,96
Επάρκεια προσωπικού	3,66	0,87
Συνολική ικανοποίηση	3,14	0,59

Πίνακας 6.11. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας στις 5 διαστάσεις (παράγοντες) τους ερωτηματολογίου και στη συνολική βαθμολογία.

Από τον πίνακα 6.11 προκύπτει ότι η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στη διάσταση «επάρκεια προσωπικού» (Mean= 3.66, SD=0.87).

Η μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στον παράγοντα «αποτελεσματικότητα» (Mean= 2.38, SD=0.51).

Στην πρώτη διάσταση (συμπεριφορά και ικανότητες προσωπικού) βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα: Mean= 2.7, SD=0.56.

Στον δεύτερο παράγοντα (κοινωνικό-οικονομική αλλαγή) βρέθηκαν: Mean= 3.34, SD=0.54.

Στην τρίτη διάσταση (αποτελεσματικότητα) βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα: Mean= 2.38, SD=0.51.

Στην τέταρτη διάσταση (ορθότητα προγραμματισμού) βρέθηκαν: Mean= 2.83, SD=0.96.

Στον πέμπτο παράγοντα (επάρκεια προσωπικού) βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα: Mean= 3.66, SD=0.87.

Η συνολική ικανοποίηση των ερωτηθέντων ήταν: Mean= 3.14, SD=0.59.

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range
Ερώτηση 4	218	1,72	0,65	1,00	4,00	3,00
Ερώτηση 6	218	2,04	0,64	1,00	4,00	3,00
Ερώτηση 26	218	1,72	0,61	1,00	5,00	4,00
Ερώτηση 30	218	2,45	0,76	1,00	4,00	3,00
Ερώτηση 31	218	4,11	0,41	2,00	5,00	3,00
Ερώτηση 32	218	1,68	0,52	1,00	3,00	2,00
Ερώτηση 33	218	4,06	0,37	3,00	5,00	2,00
Ερώτηση 35	218	4,07	0,51	1,00	5,00	4,00

Πίνακας 6.12. Περιγραφικά δεδομένα για τις ερωτήσεις που αφορούν στην «συμπεριφορά και τις ικανότητες του προσωπικού»

Από τον πίνακα 6.12 διαπιστώνουμε ότι η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 31 (αν το προσωπικό είναι προσεκτικό όταν κάνει δουλειές): Mean=4.11, SD=0.41. Η μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 32 (αν το προσωπικό συγκρούεται με τους ηλικιωμένους χωρίς να υπάρχει αφορμή): Mean=1.68, SD=0.52.

Μεγάλη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 33 (αν το προσωπικό γνωρίζει πώς να εξυπηρετεί τους ηλικιωμένους): Mean=4.06, SD=0.37, και στην ερώτηση 35 (αν το προσωπικό ακούει τους ηλικιωμένους προσεκτικά όταν συζητούν): Mean=4.07, SD=0.51.

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range
Ερώτηση 3	218	4,02	0,41	2,00	5,00	3,00
Ερώτηση 5	218	3,97	0,47	3,00	5,00	2,00
Ερώτηση 13	218	3,94	0,5	1,00	5,00	4,00
Ερώτηση 16	218	2,06	0,69	1,00	4,00	3,00
Ερώτηση 27	218	4,03	0,58	2,00	5,00	3,00
Ερώτηση 36	218	2,01	0,61	1,00	4,00	3,00

Πίνακας 6.13. Περιγραφικά δεδομένα για τις ερωτήσεις που αποτελούν την διάσταση «κοινωνικό-οικονομική αλλαγή»

Ο πίνακας 6.13 δείχνει ότι η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 27 (αν το προσωπικό προσφέρει υπηρεσίες που θα επιβάρυναν οικονομικά τον ηλικιωμένο): Mean=4.03, SD=0.58.

Η μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 36 (αν οι προσδοκίες που είχαν οι ηλικιωμένοι όταν γράφτηκαν στο πρόγραμμα ήταν υψηλότερες σε σχέση με τις υπηρεσίες που τους πρόσφερε): Mean=2.01, SD=0.61.

Μεγάλη βαθμολογία παρατηρήθηκε και στην ερώτηση 3 (αν το προσωπικό βοηθάει τους ηλικιωμένους να παίρνουν πρωτοβουλίες για θέματα που τους αφορούν): Mean=4.02, SD=0.41.

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range
Ερώτηση 20	218	1,83	0,58	1,00	4,00	3,00
Ερώτηση 21	218	4,07	0,41	2,00	5,00	3,00
Ερώτηση 22	218	1,92	0,55	1,00	4,00	3,00
Ερώτηση 24	218	1,7	0,51	1,00	3,00	2,00

Πίνακας 6.14. Περιγραφικά δεδομένα για τις ερωτήσεις που αποτελούν την διάσταση «αποτελεσματικότητα»

Σύμφωνα με τον πίνακα 6.14 μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 21 (αν το προσωπικό πάντοτε λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη των ηλικιωμένων στις περιπτώσεις λήψης αποφάσεων που τους αφορούν): Mean=4.07, SD=0.41.

Η μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 24 (αν το προσωπικό αρνείται να εξυπηρετεί τους ηλικιωμένους; όταν του ζητούν εργασίες οι οποίες όμως αποτελούν μέρος των καθηκόντων του): Mean=1.7, SD=0.51.

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range
Ερώτηση 14	218	3,16	1,06	1,00	5,00	4,00
Ερώτηση 34	218	2,5	0,85	1,00	5,00	4,00

Πίνακας 6.15. Περιγραφικά δεδομένα για τις ερωτήσεις που αποτελούν την διάσταση «ορθότητα του προγραμματισμού»

Από τον πίνακα 6.15 προκύπτει ότι και οι δύο απαντήσεις έχουν υψηλή βαθμολογία.

Η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 14 (αν το προσωπικό πρέπει να πραγματοποιεί περισσότερες επισκέψεις): Mean=3.16, SD=1.06.

Η μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 34 (αν το προσωπικό πρέπει να έρχεται άλλες ώρες ή μέρες): Mean=2.5, SD=0.85.

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Range
Ερώτηση 8	218	3,16	1,06	1,00	5,00	4,00
Ερώτηση 28	218	4,16	0,68	2,00	5,00	3,00

Πίνακας 6.16. Περιγραφικά δεδομένα για τις ερωτήσεις που αποτελούν τον παράγοντα «επάρκεια του προσωπικού»

Στον πίνακα 6.16 παρατηρούμε πολύ υψηλή βαθμολογία και στις δύο απαντήσεις.

Η μεγαλύτερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 28 (αν το πρόγραμμα έχει ανάγκη από προσωπικό άλλων ειδικοτήτων): Mean=4.16, SD=0.68.

Η μικρότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση 8 (αν έπρεπε να ασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού): Mean=3.16, SD=1.06.

	N	Mean	Sd
ΦΥΛΟ			
ΑΝΔΡΑΣ	80	3,14	0,15
ΓΥΝΑΙΚΑ	138	3,14	0,12
<i>p</i>		NS	
ΗΛΙΚΙΑ			
65-69	11	3,15	0,1
70-74	15	3,08	0,13
75-79	45	3,12	0,12
80-85	76	3,13	0,13
86-90	71	3,17	0,14
<i>p</i>		NS	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η	106	3,14	0,13
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	100	3,13	0,14
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	7	3,22	0,13
ΛΥΚΕΙΟ	4	3,19	0,16
ΤΕΙ	1	3,16	.
<i>p</i>		NS	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
ΑΓΑΜΟΣ/Η	15	3,22	0,09
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	113	3,11	0,13
ΧΗΡΟΣ/Α	89	3,17	0,13
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	1	3,21	.
<i>p</i>		<0.01	
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ			
Έως 300	1	3,16	.
301-500	142	3,14	0,14
501-700	48	3,12	0,13
701-900	17	3,14	0,12
901 και πάνω	10	3,19	0,17
<i>p</i>		NS	

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ			
2-6 μήνες	3	3,12	0,13
7-12 μήνες	1	3	.
13-18 μήνες	2	2,98	0,19
19-24 μήνες	10	3,09	0,14
25-30 μήνες	10	3,1	0,14
31-36 μήνες	18	3,18	0,2
36 μήνες και πάνω	174	3,14	0,12
<i>p</i>		NS	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ			
1 φορά την εβδομάδα	214	3,14	0,13
2-3 φορές την εβδομάδα	3	3,15	0,18
4-5 φορές την εβδομάδα	1	3,27	.
<i>p</i>		NS	

Για το *p*: NS= No Significant (στατιστικά μη σημαντικό)

Πίνακας 6.17. Συνολική ικανοποίηση-δημογραφικοί παράγοντες

Ο έλεγχος ANOVA έδειξε ότι οι υποομάδες της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση (δηλ. άγαμος, παντρεμένος, χήρος, διαζευγμένος) διαφέρουν σημαντικά ως προς τη βαθμολογία στη συνολική ικανοποίηση ($F_{3,214}=5.845$, $p=0.001$). Μετά από προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων παρατηρήθηκαν τα εξής: 1. οι άγαμοι έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους παντρεμένους στη συνολική ικανοποίηση ($t=3.18$, $DF=126$, $p=0.02$, δίπλευρος έλεγχος). Ο μέσος όρος των άγαμων ($Mean= 3.22$, $SD=0.09$) ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των παντρεμένων ($Mean= 3.11$, $SD=0.13$). 2. οι χήροι/ες έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους παντρεμένους στη συνολική ικανοποίηση ($t=-3.27$, $DF=200$, $p=0,01$, δίπλευρος έλεγχος). Ο μέσος όρος των χήρων ($Mean= 3.17$, $SD=0.13$) ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των παντρεμένων ($Mean= 3.11$, $SD=0.13$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση – Συμπεράσματα

7.1 Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι του Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη του δήμου Μεγαλόπολης, δηλαδή σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και διερεύνησης του τρόπου που η ικανοποίηση αυτή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Από την βιβλιογραφική επισκόπηση δεν προέκυψε σχετική μελέτη για δήμο Μεγαλόπολης και αυτό αναδεικνύει τη χρησιμότητά της στο επιστημονικό πεδίο.

Χρησιμοποιήθηκε συγχρονικός σχεδιασμός (cross-sectional study). Ο αρχικός στόχος ήταν διακόσια πενήντα (250) άτομα αλλά τελικά στην έρευνα συμμετείχαν τα διακόσια δεκαοκτώ (218) άτομα. Υπήρξε δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης 88,72 %. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες μεταξύ 80-85 ετών, ενώ οι εξυπηρετούμενοι άνω των 80 ετών που πήραν μέρος στην έρευνα αντιστοιχούν σε 67,5%. Αξίζει να αναφερθεί ότι το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν χαμηλό καθώς είτε ήταν αναλφάβητοι (48,6%), είτε απόφοιτοι του δημοτικού (45,9%). Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν παντρεμένοι (51,8%), ενώ αρκετοί ήταν και οι χήροι 40,8%. Λίγες όμως ήταν οι περιπτώσεις των άγαμων και των διεζευγμένων. Οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι χαμηλοσυνταξιούχοι με λίγες έως ελάχιστες μηνιαίες απολαβές.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αποτελούνταν από μακροχρόνιους χρήστες του συγκεκριμένου προγράμματος, που λαμβάνουν στην πλειοψηφία τους τη βοήθεια μια φορά την εβδομάδα ενώ μόλις το 1,9% δέχεται τις υπηρεσίες του προγράμματος πάνω από δυο φορές την εβδομάδα. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι τα ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά και το προφίλ των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία και το εισόδημα, επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα τέτοιων προγραμμάτων όπως έδειξε η μελέτη των Straser κ.α. (οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες σημείωσαν ότι εκτός από τις υπηρεσίες του προγράμματος δέχονται βοήθεια είτε από τα παιδιά τους, είτε από συγγενείς, γείτονες και φίλους και κάποιιο άλλοι από κάποιον άλλο ιδιώτη επαγγελματία. Το εύρημα αυτό ενισχύεται από την μελέτη των Κανδυλάκη, Τσαιρίδης, (2008) οι οποίοι αναφέρουν μεταξύ άλλων ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην Ελλάδα δεν κατάφερε να υποκαταστήσει την πλήρη φροντίδα που παρέχει κατ' οίκον κάποιος συγγενής ή φίλος ή ιδιώτης επαγγελματίας, με αποτέλεσμα τα άτομα που συμμετείχαν σε αυτό να είναι εξαρτώμενα και από άλλους, κυρίως άτομα του ευρύτερου συγγενικού ή φιλικού τους περιβάλλοντος.

Σχετικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο «Πρόγραμμα Βοήθεια» στο σπίτι, προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (95%) είναι ικανοποιημένοι καθώς πιστεύουν ότι το προσωπικό ενημερώνει την οικογένεια τους όταν υπάρχει ανάγκη, είναι ευαίσθητοποιημένο και λαμβάνει υπόψη την γνώμη των εξυπηρετούμενων. Αυτό τους κάνει να έχουν εμπιστοσύνη στο προσωπικό θεωρώντας το πολύ προσεκτικό κατά την διάρκεια των εργασιών του, γνωρίζοντας πώς να τους εξυπηρετεί. Παράλληλα θεωρούν ότι οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα τους ακούν προσεκτικά κατά την διάρκεια των συζητήσεων τους. Αξίζει να αναφερθεί ότι το 95,41% του δείγματος δεν πιστεύει ότι το προσωπικό τους βλέπει υποτιμητικά και το 98,16% δεν αισθάνονται ότι το προσωπικό αδιαφορεί για τα προβλήματα τους. Εντύπωση όμως προκαλεί και η ουδετερότητα που παρουσίασε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα των ερωτηθέντων σχετικά με την ικανοποίηση του από το πρόγραμμα όπως το 22,01% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με το αν έπρεπε να απασχολείται μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού.

Παρατηρείται επομένως μια διαφορετική αντιμετώπιση σχετικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο Πρόγραμμα η οποία σύμφωνα με τον Sansgiry (2005) οφείλεται στο γεγονός ότι ως ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αφορά στην προσωπική του εκτίμηση, όχι μόνο για τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες υγείας, αλλά και για τους εργαζόμενους στις υπηρεσίες αυτές, καθώς και για τον τρόπο παροχής τους ενώ κατά τον Smith (οπ. αναφ. η Οντίλε, 2008) η ικανοποίηση των χρηστών του προγράμματος αφορά τον συνδυασμό των αντιλαμβανόμενων αναγκών, των προσδοκιών και της εμπειρίας που μπορεί να διαθέτει από τη φροντίδα υγείας. Η ικανοποίηση επομένως από το πρόγραμμα του Δήμου Μεγαλόπολης είναι ικανοποιητική

παρόλο που ο ΟΑΣΣΑ σε έκθεσή του (οπ. αναφ. ο Οικονόμου, 2012) έχει τη χειρότερη επίδοση σε ευρωπαϊκό επίπεδο στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και προγράμματα (όπως το Βοήθεια στο Σπίτι) σε όλες τις διαστάσεις, εκτός από την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών (Οικονόμου, 2012).

Αντιλαμβάνεται επομένως κανείς ότι για να είναι σε θέση οι συμμετέχοντες να εκφράσουν την ικανοποίησή τους και να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται, θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένοι για τις διαδικασίες πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές, την προσπελασιμότητα και το είδος των υπηρεσιών που τους παρέχονται (Χατζηβαρνάβα-Καζάση, 2005).

Το εύρημα αυτό όμως που αφορά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς σύμφωνα με τον Sansgiry, (2005) μπορεί να βοηθήσει τόσο το Δήμο Μεγαλόπολης όσο και τους άλλους αρμόδιους φορείς να προσαρμόσουν, αλλά και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες τους, με τρόπο που να ικανοποιούν τις προσδοκίες του ασθενή.

Εξίσου σημαντικό είναι και το εύρημα σχετικά με τη βελτίωση της καθημερινότητας των συμμετεχόντων στο «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι». Στις ερωτήσεις που αφορούν την «κοινωνικό-οικονομική αλλαγή» της ζωής των ερωτηθέντων οι μέσοι όροι αντανακλούν μεγάλο βαθμό ικανοποίησης από μέρος των εξυπηρετούμενων καθώς θεωρούν ότι η ζωή τους άλλαξε προς το καλύτερο. Ενδεικτικό είναι το 94,49% των ερωτηθέντων που θεωρούν ότι το προσωπικό τους βοηθάει να παίρνουν πρωτοβουλίες. Εξαιτίας της αλλαγής και της βελτίωσης που είδαν στην καθημερινότητά τους το 96,33% των εξυπηρετούμενων θα πρότεινε και σε άλλα άτομα να γραφτούν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Το εύρημα αυτό έρχεται σε ταύτιση με το ΚΕΔΚΕ (2002) που ορίζει ότι το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι παρέχει τις απαιτούμενες υπηρεσίες, «ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα και μέσω της ενδυνάμωσής τους να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία» (ΚΕΔΚΕ, 2002).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι το εύρημα που αφορά την «κοινωνικό-οικονομική αλλαγή» της ζωής των ερωτηθέντων, έρχεται σε αντίθεση με το εύρημα της

έρευνας των Αλεξιά, Φλάμου, (2007), οι οποίοι ανέδειξαν ότι για τους οικονομικά αδύνατους οι αυξημένες απαιτήσεις της ιατρικής περίθαλψης δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», με αποτέλεσμα να περιορίζεται, λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, η κοινωνική κινητικότητά τους.

Από την έρευνα προέκυψε επίσης ότι στους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εντάσσονται η αποτελεσματικότητα του προγράμματος, η ορθότητα του προγραμματισμού, η επάρκεια του προσωπικού, η συμπεριφορά και οι ικανότητες του προσωπικού και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που συμμετέχει στο εν λόγω πρόγραμμα. Μάλιστα προέκυψαν αρκετά χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης σχετικά με την «αποτελεσματικότητα» (ερωτήσεις 20, 21, 22, 24) με εξαίρεση την ερώτηση 21 (αν το προσωπικό λαμβάνει υπόψη την άποψη των εξυπηρετούμενων), αντίθετα όμως οι παρουσιάστηκε αρκετά υψηλός βαθμός για την «ορθότητα του προγραμματισμού» (ερωτήσεις 14 και 34), ενώ για την «επάρκεια του προσωπικού» (ερωτήσεις 8 και 28) η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένοι.

Πιο αναλυτικά στην συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες δίνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία στον παράγοντα «επάρκεια προσωπικού» (Mean= 3.66, SD=0.87). ενώ τη μικρότερη στον παράγοντα «αποτελεσματικότητα» (Mean= 2.38, SD=0.51). Πιο αναλυτικά για τη συμπεριφορά και ικανότητες προσωπικού, οι τιμές ήταν Mean= 2.7, SD=0.56, για την κοινωνικό-οικονομική αλλαγή βρέθηκαν: Mean= 3.34, SD=0.54 ενώ για την ορθότητα προγραμματισμού οι τιμές ήταν Mean= 2.83, SD=0.96.

Το εύρημά αυτό σχετικά με του παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ταυτίζεται με την κατηγοριοποίηση που έκανε ο Θεοδώρου (1993 οπ. αναφ. Οντίλε, 2008) και αφορά στα χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων (κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο υγείας, απαιτήσεις που έχουν από τις υπηρεσίες υγείας), στα χαρακτηριστικά του προσωπικού (οι γνώσεις, η προσωπικότητα, η τέχνη και η τεχνική με τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες) αλλά και στις σχέσεις εξυπηρετούμενων-προσωπικού (σωστή επικοινωνία και αλληλοκατανόηση).

Η μέτρηση της ικανοποίησης επομένως αποτελεί τον πιο άμεσο τρόπο αξιολόγησης της επίδρασης των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε σύγκριση με άλλους δείκτες όπως οι αλλαγές στο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η κατάθλιψη, η ποιότητα ζωής ή ακόμα και το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας (Χαλκουτσάκη, 2006).

7.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εξυπηρετεί ένα μεγάλο αριθμό ατόμων. Προσφέρει νοσηλευτική, οικιακή υπηρεσία και στήριξη και αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα μέσα που διαθέτει. Απευθύνεται σε μοναχικά άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορες μορφές δυσκολιών ενώ παράλληλα προσφέρει εργασία σε ένα σημαντικό αριθμό ατόμων (Αλεξιάς, Φλάμου, 2007).

Με αφορμή την παρούσα μελέτη που αφορά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων στο «Βοήθεια στο Σπίτι», προκύπτει ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων έχει πολύ μεγάλη σημασία για την επίτευξη των σκοπών και των στόχων του προγράμματος. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα εξαρτάται και από τις προσωπικές τους εμπειρίες και προσλαμβάνουσες αλλά και από τις προσδοκίες που έχουν όταν ξεκινούν ένα τέτοιο πρόγραμμα. Επίσης η ανάλυση κατάφερε να αναδείξει ότι τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ρόλο έπαιξε μόνο η οικογενειακή τους κατάσταση. Από τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας ιδιαίτερα σημαντικά φαίνεται να είναι για την ικανοποίηση των συμμετεχόντων η αποτελεσματικότητα του προγράμματος, η ορθότητα του προγραμματισμού, η επάρκεια του προσωπικού και η συμπεριφορά και οι ικανότητες του προσωπικού. Επίσης διαπιστώθηκε ότι το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στο δήμο Μεγαλόπολης πέτυχε τον σκοπό του αφού άλλαξε σε ένα βαθμό την καθημερινότητα των συμμετεχόντων.

Η συμπεριφορά του προσωπικού φαίνεται να είναι πολύ σημαντικό κριτήριο για την διαμόρφωση της άποψης που έχουν για το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Το προσωπικό για να κερδίσει τους χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» θα πρέπει να είναι εξυπηρετικό, φιλικό, εχέμυθο, καλό στη δουλειά του, επιμελές και να φέρεται με σεβασμό. Σημαντικό στοιχείο επίσης για την ικανοποίηση όσους δέχονται τις

υπηρεσίες του προγράμματος είναι και η ηρεμία που πρέπει να διαθέτει το προσωπικό σε συνδυασμό με το αριθμό και τη διάρκεια των επισκέψεων.

Ένα άλλο σημείο που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι όλοι όσοι ρωτήθηκαν και εκφράζουν μέσα από τις βαθμολογίες που έδωσαν στις ερωτήσεις την επιθυμία να αλλάξουν κάποια στοιχεία στη φροντίδα τους είναι αυτοί που έχουν και τη μικρότερη ικανοποίηση. Ωστόσο όμως ούτε η ποσότητα της βοήθειας που δέχονται οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, είτε από συγγενείς είτε από φίλους είτε από το προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», δε δείχνει να επηρεάζει την ικανοποίησή τους από το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί ότι οι στόχοι που αφορούν στην ικανοποίηση των ατόμων που δέχονται τις υπηρεσίες από το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» συνδέονται άμεσα με τους δείκτες ποιότητας, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα ξεχωριστό πεδίο μελέτης και να οδηγήσουν στον καθορισμό ανάλογων θεματικών αξόνων για την κατασκευή ενός ερωτηματολογίου για την ορθότερη αξιολόγησή της.

Γίνεται επομένως κατανοητό ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» αποτέλεσε για το χρονικό διάστημα που εφαρμόστηκε πραγματική καινοτομία στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής πολιτικής για την κατ' οίκον φροντίδας μιας και ενέπλεκε άμεσα τον ιδιωτικό (οικογένεια) με το δημόσιο (τοπική κοινότητα) χώρο. Η ευελιξία του προγράμματος και η ικανότητά του να ενσωματώνει τα μοναχικά άτομα στο κοινωνικό περιβάλλον της τοπικής κοινότητας είναι δύο στοιχεία που το συγκαταλέγουν στα πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά κοινωνικά προγράμματα.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι ηλικιωμένοι με προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης, σοβαρών προβλημάτων υγείας και αποκλεισμού τίθενται σύμφωνα με τους Αλεξιά, Φλάμου (2007) *«ως ιδιαίτερο αντικείμενο διαχείρισης όχι μόνο από το ευρύτερο σύστημα υγείας, αλλά και από τους δήμους και γενικότερα την Τοπική Αυτοδιοίκηση, η οποία στο πλαίσιο της αποκέντρωσης των λειτουργιών καλείται να αναπτύξει μηχανισμούς και δράσεις οι οποίες θα διαχειρίζονται σε τοπικό επίπεδο τα προβλήματα φροντίδας υγείας, αλλά και τα ευρύτερα κοινωνικά προβλήματα των ομάδων αυτών»*.

Η λειτουργία προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι» σε τοπικό επίπεδο προσφέρει παράλληλα και τη δυνατότητα ανάπτυξης άμεσων και προσωπικών επαφών με τους χρήστες του προγράμματος, από εργαζόμενους του ίδιου δήμου, του ίδιου δηλαδή περιβάλλοντος. Η σημαντικότητα αυτών των προγραμμάτων είναι τόσο σημαντική, ώστε επιδοτούνται ως δράσεις προκειμένου να αναπτυχθούν και να καλύψουν τα προβλήματα που ανακύπτουν» (Αλεξιάς, Φλάμου, 2007).

Ένα άλλο συμπέρασμα που βγαίνει από την παρούσα μελέτη είναι ότι προγράμματα σαν το «Βοήθεια στο σπίτι» είναι δυνατόν να ικανοποιήσουν τους χρήστες για τους οποίους είναι σχεδιασμένα, αλλά απαιτείται σημαντική προσπάθεια για να εκπληρωθούν όλοι οι στόχοι ενός τέτοιου προγράμματος. Παράλληλα η απόκτηση πληροφοριών που σχετίζονται με την ικανοποίηση όλων όσοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του προγράμματος, είναι απαραίτητος παράγοντας για τη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο τρόπος όμως με τον οποίο αυτή η πληροφορία μπορεί να αξιολογηθεί και να ενσωματωθεί στον προγραμματισμό των υπηρεσιών αλλά και τη στοχοθεσία του ίδιου του προγράμματος Βοήθεια στο σπίτι δεν είναι εύκολος, καθώς υπάρχουν δυσκολίες στη μεθοδολογία που αφορούν στη διαδικασία της γήρανσης αλλά και στην τάση που έχουν οι μεγαλύτερη σε ηλικία άνθρωποι να είναι πιο επιεικείς και να δίνουν μεγαλύτερες βαθμολογίες και άρα ποσοστά ικανοποίησης για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει μια καλά οργανωμένη πολιτική που να αφορά στην μέτρηση της ποιότητας και της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και προγράμματα, όπως το Βοήθεια στο Σπίτι, πάρα της εκκλήσεις της ελληνικής επιστημονικής και ερευνητικής κοινότητας να εντάξει οργανωμένα και συστηματικά το θέμα τόσο της αξιολόγησης της ποιότητας όσο και της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών των προγραμμάτων αυτών.

Για το λόγο αυτό για την αποτελεσματικότερη λειτουργία προγραμμάτων που αφορούν την κατ' οίκον φροντίδα στο Νομό Μεγαλόπολης απαιτείται:

- Η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων σε θέματα φροντίδας στο σπίτι αλλά και εκπαίδευσης τόσο των χρηστών των προγραμμάτων όσο και των οικογενειών τους.

- Η στήριξη και η αρωγή της τοπικής αυτοδιοίκησης στο έργο των εργαζομένων.
- Η διαρκής συνεργασία με τοπικούς φορείς, νοσοκομείο, πρόνοια, σωματεία κι ο κοινός προγραμματισμός των δράσεων τους.
- Η ορθή επάνδρωση του προγράμματος με προσωπικό όλων των ειδικοτήτων, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, οικογενειακούς βοηθούς, ψυχιάτρους ή και φυσιοθεραπευτές.
- Η ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών για να είναι δυνατή και εύκολη η στατιστική μελέτη και εξαγωγή συμπερασμάτων για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος.
- Η συστηματική μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης από το πρόγραμμα.

Οι πολιτικές δηλαδή που αναπτύσσονται για την στήριξη τόσο των ηλικιωμένων όσο και των ευπαθών ομάδων θα ήταν καλό να τεθούν στην αρμοδιότητα της τοπικής κοινότητας και να είναι ανοιχτές για όλους εκείνους που δε μπορούν να έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Τόσο το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», όσο και κάθε πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας θα πρέπει να αποτελεί το συνδυαστικό κρίκο ανάμεσα στην κοινωνία και την πολιτεία παρεμβαίνοντας όπου η ανάγκη το απαιτεί.

Για να γίνει όμως κάτι τέτοιο θα πρέπει να διερευνηθούν οι μέθοδοι αξιολόγησης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων σε προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας και να διδαχθούμε από τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές μεθόδους. Οι εμπλεκόμενοι φορείς σε αυτή τη διαδικασία όμως θα πρέπει να διαθέτουν χρόνο, επιμονή και εμπιστοσύνη. Η προσπάθεια διαμόρφωσης συστήματος αξιολόγησης της ικανοποίησης και της ποιότητας εν γένει των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας, όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι μια διαδικασία αρκετά αμφισβητήσιμη στη χώρα μας, φορτισμένη με πολιτικές επιλογές και σκοπιμότητες. Ωστόσο όμως είναι πλέον αναγκαία η συνεργασία της επιστημονικής γνώσης με πολιτικούς φορείς, για να μπορέσει να διαμορφωθεί μια ορθή υγειονομική πολιτική που θα υπηρετεί την κοινωνική ισότητα, την ιατρική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητα.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι με την παρούσα εργασία μπορεί να ανοίξει ένας διάλογος για την αναγκαιότητα μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών που

σχετίζονται με την κατ' οίκον νοσηλεία σε πανελλήνιο επίπεδο. Επίσης θα ήταν ενδιαφέρον να επιχειρηθεί μια μελέτη που σκοπό θα έχει να καταγράψει τους δείκτες ικανοποίησης των χρηστών τέτοιων προγραμμάτων. Η μέτρηση της ικανοποίησης θα μπορούσε να αφορά και τους εργαζομένους αλλά και τους συγγενείς των χρηστών.

Ακόμα θα μπορούσε να θεωρηθεί ενδιαφέρουσα προσέγγιση μια προσπάθεια μελέτης μιας περίπτωσης έτσι να μπορέσουν να καταγραφούν όλες οι ευεργετικές επιδράσεις του προγράμματος στη ζωή του συμμετέχοντα. Ενδιαφέρον θα είχε επιπλέον και μια ενδεδειγμένη βιβλιογραφική επισκόπηση όλων των ερευνών του εξωτερικού που αφορούν στην μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών από προγράμματα φροντίδας στο Σπίτι και θα βοηθήσουν στον επαναπροσδιορισμό των σκοπών και στόχων του προγράμματος.

7.3 Περιορισμοί της έρευνας

Ένας σημαντικός περιορισμός της εργασίας αυτής είναι η αξιολόγηση της αξιοπιστίας του εργαλείου, που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, δηλαδή του ερωτηματολογίου. Όπως αναφέρουν και οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου (Κωσταρέλης Τσιτουρίδου, 2006) ο βαθμός της επιτυχίας του εξαρτάται από τις δυσκολίες που παρουσιάζονται και σχετίζονται με τον τρόπο αλλά και το χρόνο της πραγματοποίησης της έρευνας.

Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός της έρευνας ήταν ότι η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε μόνο στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Ακόμη ο σχεδιασμός και η στρατηγική της αναζήτησης της βιβλιογραφίας έγινε από έναν μόνο ερευνητή κι όχι από περισσότερους ανεξάρτητους ερευνητές, που θα μπορούσαν να επιλύσουν διάφορα προβλήματα επιλογής και αποκλεισμού μελετών που ενδεχομένως να έδινε μια πιο σφαιρική και αντικειμενική προσέγγιση στο θέμα.

Δεν μπόρεσε να γίνει μια συγκριτική παρουσίαση με μελέτες που έγιναν στο εξωτερικό και αφορούσαν την ικανοποίηση από το αντίστοιχο πρόγραμμα κατ' οίκον φροντίδας γιατί παρουσιάζονται πολλές διαφορές στον τρόπο που τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται στο εξωτερικό και αφορούν κυρίως τη χρηματοδότησή τους και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν. Επομένως η οποιαδήποτε σύγκριση δεν θα οδηγούσε σε ασφαλή συμπεράσματα.

Η βιβλιογραφική επισκόπηση βασίστηκε περισσότερο σε έρευνες και μελέτες που αφορούν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και στηρίζονται στην διεπιστημονική συνεργασία. Αποκλείστηκαν δηλαδή οι μελέτες που αναφέρονταν σε μια μόνο ειδικότητα που παρέχει υπηρεσίες στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», γιατί ο σκοπός ήταν η ολόπλευρη παρουσίαση των υπηρεσιών και μέτρηση της ικανοποίησης από όλες τις υπηρεσίες.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- **Αλεξιάς Γ., Φλάμου Α.,** (2007). Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού. Η περίπτωση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):37-42.
- **Αμίτσης Γ.,** (2001), «Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία», Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- **Γρηγορούδης, Ε., & Ζοπουνούδης, Κ.** (2000), “Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας”, Ιατρικά Χρονικά Κρήτης; 6; 2-4
- **Δήμος Μεγαλόπολης,** (2012). Βοήθεια στο Σπίτι στο <http://www.megalopoli.gr/default.asp> (25/7/2013).
- **ΕΛΣΤΑΤ** (2011). Νόμιμος πληθυσμός της χώρας στο http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A1603 (29/7/2013).
- **ΚΕΔΚΕ,** (2013). Προγράμματα στο http://www.kedke.gr/?page_id=1974 (26/8/2013).
- **Κ. Υ. Α. 4514/1996** «Εφαρμογή Πιλοτικού Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στο Δήμο Περιστερίου»
- **Κ.Υ.Α. 5814/1997** «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι»
- **Κ.Υ.Α. με αριθμό 5814/1997**
- **Κανδυλάκη Α., Τσαιρίδης Χ.,** (2008). Η αξιολόγηση των Προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι μέσα από την οπτική των εργαζομένων σε αυτά στο http://www.grsr.gr/preview.php?c_id=413 (18/7/2013).
- **Καιφά, Σ., Οικονομάκης, Φ., Πουτσιάκας, Ν., Φωτόπουλος, Γ.** (2005). «Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι», Πυλώνας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πρακτικά Ιου Πανελληνίου Συνεδρίου «Βοήθεια στο σπίτι στην 1η γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών»; 9-11.

- **Κωσταρέλης Α., Τσιτουρίδου Μ.,** (2006). Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»- Ικανοποίηση εξυπηρετούμενων. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών στο http://www.grsr.gr/preview.php?c_id=413 (8/8/2013).
- **Μερκούρης Α.,**(1996) «Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, σελ. 13-18, 31-32, 34, 42.
- **Μουστάκα Α.,** (2008). Η Αξιολόγηση της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Μια συστηματικής ανασκόπηση. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης- Τμήμα Ιατρικής στο http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Moustaka_2008.pdf (4/7/2013).
- **Οικονόμου Χ.,** (2004), « Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες», Αθήνα, εκδ. Διονικος.
- **Οικονόμου, Χ.,** (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα Επιστημονικές Εκθέσεις στο <http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report7.pdf> (17/8/2013).
- **Οντίλε, Ρ.Σ.,** (2008). Αξιολόγηση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι, Ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας.
- **Παπανικολάου Β.,** (2007). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Αρχές -Μέθοδοι και Εφαρμογές, Παπαζήση Αθήνα, 79-80.
- **Παπακωστούδη Α., Τσουκαλάς Ν.,** (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4). 480-488.
- **Πελεκίδου, Μ.,** (2010). Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Βοήθεια στο Σπίτι: Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης -Τμήμα Ιατρικής στο http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Pelekidou_2010.pdf (8/8/2013).
- **Τσιότρας Δ. Γ.,** (2002) Βελτίωση Ποιότητας, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Ε.Μπένου, Αθήνα.
- **Σαπουντζή Δ., Λεμονίδου Χ.** (1994). Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα Εξελίξεις και Προοπτικές. Εκδόσεις: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

- **Σκαλκίδης Ι., Παπαδόπουλος Φ., Σκαλκίδης Η.,** (2010). Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία αναφορών περίθαλψης των ασθενών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (3), 487-497.
- **Στρατηγάκη Μ.** (2005), «Κρατικές παρεμβάσεις και ιδιωτική ζωή της οικογένειας. Προσδοκίες από την άσκηση οικογενειακής πολιτικής» στο επιμ. Μουσούρου Λ.- Στρατηγάκη Μ., «Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις», Αθήνα, Gutenberg
- **Συμεωνίδη Χ.,** (1996), «Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΟΚ» στο επιμ. Κοτζαμάνης Β.- Μαράτου-Αλιπραντή Λ.- Τεπερογλου Α.-Τζωρτζοπούλου Μ. «Γήρανση και κοινωνία. Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ», Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- **Σωτηρόπουλος Δ.,** (2001). «Ερμηνείες της μεταπολεμικής ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα: υποθέσεις εργασίας και εμπειρικά στοιχεία» 1ο Διεθνές Συνέδριο της Επιστημονικής Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής, Μάιος.
- **Τεπέρογλου Α.,** (1990), «Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων», Αθήνα, ΕΚΚΕ
- **Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας,** (2002) *Σχέδιο Περιγραφής της δράσης «Βοήθεια στο Σπίτι» στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ, Ομάδα Διοίκησης Έργου για την προετοιμασία και παρακολούθηση προγραμμάτων που αφορούν την οικογένεια και το παιδί, τους ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες και ευπαθή ομάδες, Αθήνα.*
- **Φ.Ε.Κ.236/τα'/20-10-1998**
- **Φ.Ε.Κ.1127/τβ'/30-8-2001**
- **Φ.Ε.Κ.726/τβ'/2001**
- **Φ.Ε.Κ. 30/τα'/10-2-2003**
- **ΦΕΚ 81, 4 Απριλίου, 2005**
- **Χαλκουτσάκη Σ.** (2007), *Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας στο Δήμο Ηρακλείου,* μεταπτυχιακή εργασία (επιβλέποντες: Α. Φιλαλήθης και Α. Αλεγκάκης), Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- **Χατζηβαρνάβα-Καζάση Ε.,**(2005),«Οικογένειες, οικογενειακές πολιτικές κοινωνικός αποκλεισμός και ο ιδιαίτερος ρόλος προγραμμάτων οικογενειακής στήριξης.» στο επιμ. Μουσούρου Λ.- Στρατηγάκη Μ., «Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις», Αθήνα, Gutenberg.

- **Χατζηβαρνάβα-Καζάση Ε.**,(2005). «Οικογένειες, οικογενειακές πολιτικές κοινωνικός αποκλεισμός και ο ιδιαίτερος ρόλος προγραμμάτων οικογενειακής στήριξης.» στο επιμ. Μουσούρου Λ.- Στρατηγάκη Μ., «Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις», Αθήνα, Gutenberg.

Ξενόγλωσση

- **Boerma, W.G.W.** (2006), “Coordination and integration in European primary care,” in: *Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care*, edited by Richard B. Saltman, Ana Rico and Wienke G. W. Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, UK.
- **Brown, LD., (1995)** .Lessons learned in institutionalization of quality assurance Programs: An International Perspective, *International Journal of Quality Health Care*, 1995; 7; 419-425.
- **Campbell S.M., Braspenng J, Hutchinson A., Marhall M.N,** (2003). Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*, 326.7393.816.
- **Donabedian, A.,** (1990). The seven pillars of quality, *Archives of Pathology and Labarotary Medicine*,114; 1115-1118.
- **Eurobarometer,**(2010)http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_en.htm (8/8/2013).
- **Evans, D.B., Edejer T.T., Lauer J & Marray C.J.,** (2001).Measuring quality: from the system to provider, *International Journal of Quality Health Care*, 13;499-446.
- **Geitona M., Margaritidou V., Kyriopoulos J.** (1998): Nursing Manpower Requirements in Greece: The case of Private non Qualified Nurses. In D.Heffley et al (Eds), *Human resources supply and cost containment in the health system, FICOSSER-NSPH-Exandas* , 229-239.
- **Lohrh K.,** (1997). How do we measure quality; *Health Affairs*, 16;22-25.
- **Longo DR.,**(1994)., The impact of outcomes measurements on the hospital-physician relationship. *Top Health Care Finance.*, 20:63–74
- **Mossialos, E.,** (1998). *Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs .
- **Sansgiry, S.** (2005). Pharmacy patient –reported satisfaction with health care services offered by health plans, health clinics and pharmacies. *Drug Benefit Treds*, 17(1), 38-49.

- *Sissouras A, Ketsetzopoulou M., Bouzas N., Fagadaki E., Papaliou O., Fakoura A., (2002), « Providing integrated health and social care for older persons in Greece» Athens, EKKE.*
- **Smith M.,** 2002, «Program evaluation», στο Roberts A. and Green G. (eds), Social worker's desk reference, Oxford University Press

Παραρτήματα

1. Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥ

1. Φύλο

Ανδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία

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

3. Μόρφωση

Αναλφάβητος/η	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Άλλο

4. Οικογενειακή Κατάσταση

Άγαμος/η	Παντρεμένος/η	Χήρος/α	Διαζυγισμένος/η

5. Μηνιαίο Εισόδημα (σε Ευρώ)

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

6. Περίοδος συμμετοχής στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

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

7. Συχνότητα επισκέψεων

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

8. Εκτός από το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, βοήθεια σας προσφέρουν

Συγγενείς	Παιδιά	Γείτονες	Φίλοι	Άλλο

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

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

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

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

2. Έντυπο βεβαίωσης συμμετοχής στην έρευνα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

«ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Απρίλιος 2013

Αγαπητή/έ κυρία/ κύριε

Ονομάζομαι Γεώργιος Λαμπρόπουλος και εργάζομαι ως κοινωνικός λειτουργός στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του ΝΠΔΔ του Δήμου Μεγαλόπολης. Σκοπός του παρών εντύπου είναι να ζητήσω τη συνεργασία και τη συγκατάθεσή σας ως προς τη συμπλήρωση του επισυναπτόμενου ερωτηματολογίου στο πλαίσιο ερευνητικής μελέτης του πανεπιστημίου Πελοποννήσου για το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά στη διερεύνηση της ικανοποίησης σας απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Βοήθεια στο Σπίτι. Το πρόγραμμα είναι πολύ σημαντικό για την προαγωγή της υγείας ενός πληθυσμού. Ωστόσο, για τη διεύρυνσή και μελλοντική βελτίωση του είναι σημαντικό να μελετηθούν οι απόψεις των ανθρώπων που το χρησιμοποιούν.

Η συμμετοχή σας σε αυτή την προσπάθεια είναι εθελοντική. Το ερωτηματολόγιο δεν έχει σκοπό να σας εξετάσει. Γίνεται απλά μια διερεύνηση απόψεων και για αυτό είναι σημαντική η ειλικρινής σας άποψη. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που θα δοθούν είναι αυστηρά εμπιστευτικές. Η συμπλήρωσή του συνιστά την αποδοχή της συμμετοχής σας στην μελέτη. Για να το απαντήσετε θα χρειαστείτε περίπου 10 λεπτά από το χρόνο σας. Βέβαιος για την ανταπόκριση σας ευχαριστώ θερμά για τη συνεισφορά σας σε αυτή την προσπάθεια.

Με εκτίμηση,
Ο κοινωνικός λειτουργός
Γεώργιος Λαμπρόπουλος

3. Ηλεκτρονική αδειοδότηση από τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου

----- Original Message -----

From: george lampropoulos

To: valettras@uom.gr

Sent: Wednesday, April 3, 2013 8:29 PM

Subject: Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εξυπηρετούμενων Βοήθειας στο σπίτι

Κε Αλετρά καλησπέρα. Ονομάζομαι Γεώργιος Λαμπρόπουλος και είμαι μεταπτυχιακός φοιτητής στο ΠΜΣ Δοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση κρίσεων στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Βρίσκομαι στην φάση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα ικανοποίηση εξυπηρετούμενων του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι του δήμου Μεγαλόπολης και θα ήθελα να σας ζητήσω την άδεια να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο που είχατε συντάξει μαζί με τον κo Κωσταρέλλη. Μίλησα τηλεφωνικά μαζί του και μου είπε ότι μπορώ να το χρησιμοποιήσω αλλά την τελική άδεια θα μου την δώσετε εσείς.

George Lampropoulos

From: Βασίλειος Αλετράς <valettras@uom.gr>;

To: george lampropoulos <zkm4071@yahoo.gr>;

Subject: Re: Re: Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης εξυπηρετούμενων Βοήθειας στο σπίτι

Sent: Thu, Apr 4, 2013 10:49:38 AM

Εννοείται την έχεις Γιώργο. Απλά θα ήθελα να ξέρω με ποιον επιβλέποντα κάνεις τη διπλωματική σου.

B.A.

4. Χορήγηση άδειας πραγματοποίησης έρευνας από το Ν.Π.Δ.Δ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ
Ν.Π.Δ.Δ. «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ
& ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ»

Μεγαλόπολη 25/4/2013

Αρ. Πρωτ.: 243

Πολυβίου 33 & Παπαολέσσα
22200 – Μεγαλόπολη
e-mail: kra@megalopoli.gr
Πληροφορίες: Τσίρη Χριστίνα
Τηλ : 27910-22752
Fax : 27910-22752

Προς :κκ Λαμπρόπουλο Γεώργιο
Κοινωνικό Λειτουργό
Προγράμματος Βοήθεια
στο Σπίτι

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας για διανομή ερωτηματολογίου.
ΣΧΕΤ.: 243/25-4-2013, αίτησή σας.

Σας γνωρίζουμε ότι:

σας επιτρέπουμε να μοιράσετε το ερωτηματολόγιο, το οποίο επισυνάπτετε στην αίτησή σας, στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι και να το χρησιμοποιήσετε για την διπλωματική σας εργασία με θέμα «Κανοιοίηση των εξυπηρετούμενων του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Μεγαλόπολης».



Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΜΑΡΚΟΛΕΦΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ